ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΕΙΛΟΥΣ ΤΗΣ ΩΜΟΓΛΗΝΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΤΟΥ ΩΜΟΥ

Κυριάκος Κ. Αβραμίδης, Κωνσταντίνος Α. Κατούνης
Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου "Αχιλλοπούλειο", Βόλος, Ελλάδα

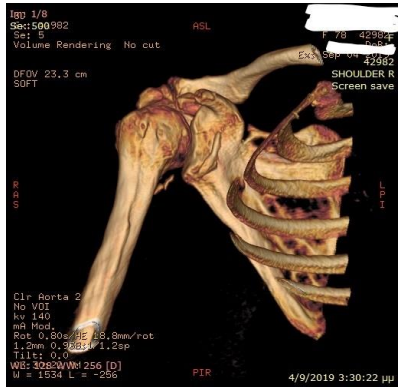
ΣΚΟΠΟΣ

Κατάγματα του προσθίου χείλους της ωμογλήνης (Τύπου-Ια κατά Goss[1]) συμβαίνουν εξαιτίας τραυματικού εξαρθρήματος του ώμου και χρήζουν χειρουργικής επέμβασης με ανατομική ανάταξη και οστεοσύνθεση όταν το οστικό τεμάχιο έχει παρεκτόπιση ≥ 10mm ή όταν αντιστοιχεί σε ≥ 25% της διαμέτρου της κατώτερης ωμογλήνης[2,3]. Μη εγχειρητική αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων οδηγεί σε υποτροπιάζουσα πρόσθια αστάθεια του ώμου, αλλοιώσεις μετατραυματικής αρθρίτιδας ή/και μόνιμο πρόσθιο εξάρθρημα της βραχιονίου κεφαλής[2].
Συμπληρωματικά στις απλές ακτινογραφίες συνιστάται έλεγχος με αξονική τομογραφία και τρισδιάστατη ανασύνθεση εικόνας, προκειμένου να γίνει ακριβής εκτίμηση του μεγέθους και της παρεκτόπισης του οστικού τεμαχίου καθώς και της παρουσίας υπεξαρθρήματος ή πλήρους εξαρθρήματος της βραχιονίου κεφαλής (αστάθεια).

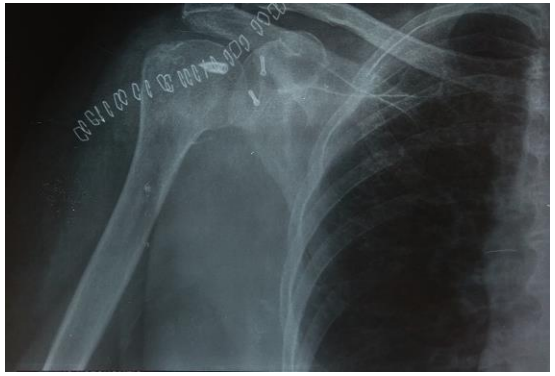
Παρουσιάζουμε 3 περιπτώσεις τέτοιων καταγμάτων της ωμογλήνης και τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα χειρουργικής αντιμετώπισής τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η: Γυναίκα 79 ετών με υποτροπιάζον εξάρθρημα δεξιού ώμου λόγω κατάγματος τύπου Ια της ωμογλήνης όπως κατεδείχθη σε CT έλεγχο, υπεβλήθη σε εγχείρηση ανοιχτής ανάταξης και οστεοσύνθεσης με αυλοφόρες βίδες 2,5mm.

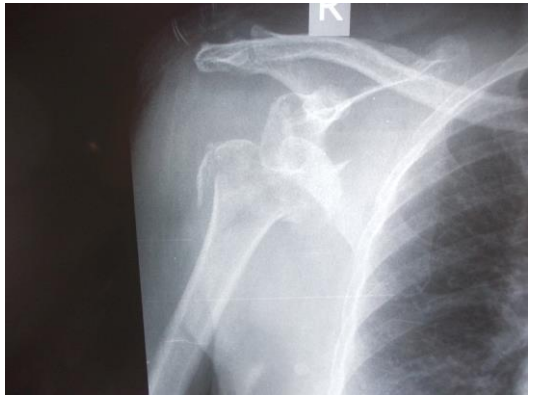


Προεγχειρητικός CT έλεγχος ώμου 1ης ασθενούς

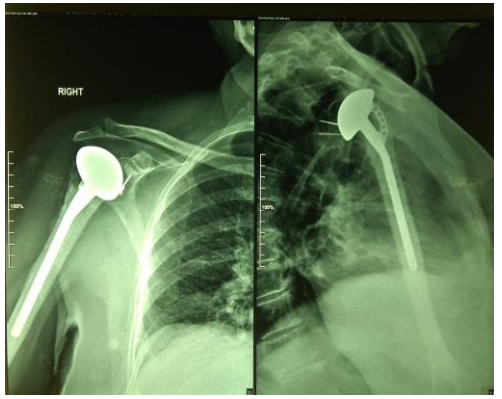


Μετεγχειρητικός ακτινολογικός έλεγχος ώμου 1ης ασθενούς

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η: Γυναίκα 72 ετών με κάταγμα-εξάρθρημα 3 τεμαχίων της βραχιονίου κεφαλής που υπέστη μετά από πτώση πάνω στον αγκώνα με το βραχίονα σε απαγωγή, υπεβλήθη σε εγχείρηση ημιαρθροπλαστικής του δεξιού ώμου. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε κάταγμα του προσθίου χείλους της ωμογλήνης που οστεοσυντέθηκε με αυλοφόρο βίδα και βελόνη Kirschner.



Προεγχειρητικός ακτινολογικός έλεγχος ώμου 2ης ασθενούς



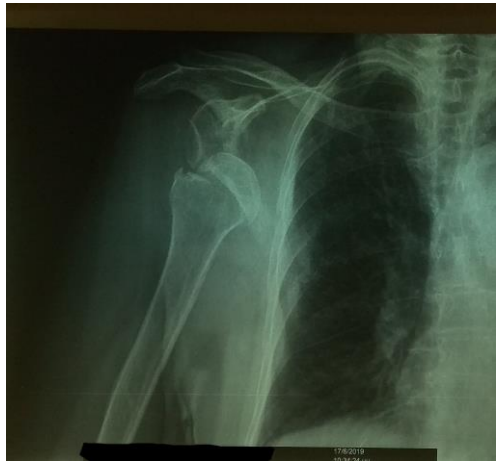
Μετεγχειρητικός ακτινολογικός έλεγχος ώμου 2ης ασθενούς

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3η: Γυναίκα 70 ετών με εξάρθρημα του δεξιού ώμου που υποτροπίασε αμέσως μετά την κλειστή ανάταξη, υπεβλήθη σε CT έλεγχο που κατέδειξε κάταγμα του προσθίου χείλους της ωμογλήνης με συντριβή και μεγάλη βλάβη Hill-Sachs. Διενεργήθηκε ανακατασκευή ωμογλήνης με τη χρήση αυτομοσχεύματος λαγονίου οστού, καθήλωση του προσθίου επιχειλίου χόνδρου με άγκυρες 3mm επί του μοσχεύματος (ανοιχτή Bankart) και έγινε προσπάθεια καθήλωσης του υπερακανθίου τένοντα εντός της βλάβης Hill-Sachs (Remplissage) που απέτυχε λόγω εκρίζωσης της άγκυρας 5mm κατά τη σύσφιξη των ραμμάτων.

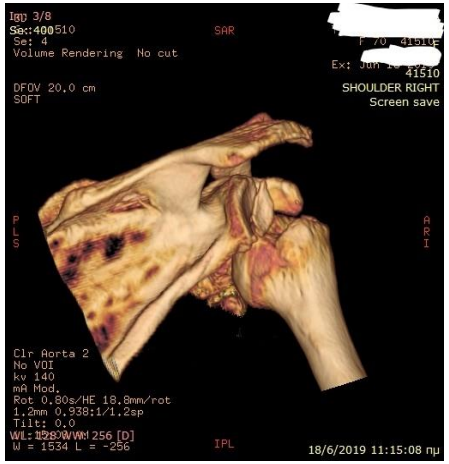
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΕΙΛΟΥΣ ΤΗΣ ΩΜΟΓΛΗΝΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΤΟΥ ΩΜΟΥ

Κυριάκος Κ. Αβραμίδης, Κωνσταντίνος Α. Κατούνης
Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου "Αχιλλοπούλειο", Βόλος, Ελλάδα

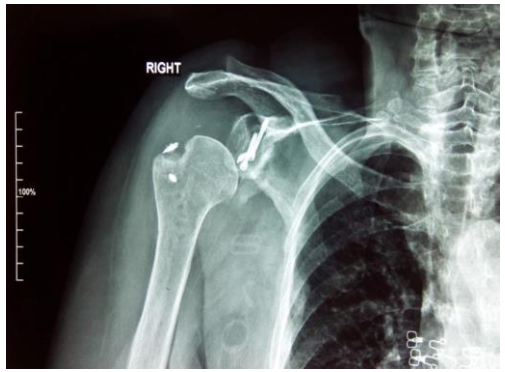
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3η (συνέχεια)



Προεγχειρητικός ακτινολογικός έλεγχος ώμου 3ης ασθενούς



Προεγχειρητικός CT έλεγχος ώμου 3ης ασθενούς



Μετεγχειρητικός ακτινολογικός έλεγχος ώμου 3ης ασθενούς

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά από περίοδο 3 εβδομάδων ανάρτησης του άνω άκρου, οι ασθενείς ακολούθησαν πρόγραμμα φυσικής αποκατάστασης αρχικά με παθητικές κινήσεις και αργότερα με ενεργητικές υποβοηθούμενες και ενεργητικές ασκήσεις. Απέκτησαν ανώδυνο πλήρες εύρος κίνησης περίπου στους 4 μήνες.
Ένα έτος μετά την επέμβαση δεν παρατηρήθηκαν υποτροπές εξαρθρήματος του ώμου ενώ το ASES Functional score[4] ήταν 82, 77 και 72 στην1η, 2η και 3η περίπτωση αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αποκατάσταση της αρθρικής επιφανείας της ωμογλήνης με ανοιχτή ανάταξη και οστεοσύνθεση του κατάγματος τύπου Ια[5,6] ή σε περίπτωση συντριβής του οστικού τεμαχίου η ανακατασκευή της με λαγόνιο μόσχευμα[7] σταθεροποιούν την άρθρωση του ώμου και σχετίζονται με ικανοποιητικό λειτουργικό αποτέλεσμα. Αποτελούν αξιόπιστη αντιμετώπιση της κάκωσης προκειμένου να αποφευχθεί υποτροπιάζουσα αστάθεια του ώμου και μετατραυματική αρθρίτιδα[6].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Goss TP. Fractures of the glenoid cavity. J Bone Joint Surg Am 74(2):299–305, 1992.
2. De Palma AF (1983) Fractures and fracture-dislocations of the shoulder girdle. In: Jacob RP, Kristainsen T, Mayo K et al (eds), Surgery of the shoulder. Lippincott Company, Philadelphia, pp. 348–427.
3. Aston JW Jr, Gregory CF. Dislocation of the shoulder with significant fracture of the glenoid. J Bone Joint Surg Am 55:1531–1533, 1973.
4. Michener LA, McClure PW, Sennett BJ. American Shoulder and Elbow Surgeons standardized shoulder assessment form, patient self-report section: Reliability, validity and responsiveness. J Shoulder Elbow Surg 2002; 11(6): 587-594.
5. Niggebrugge AH, van Heusden HA, Bode PJ, van Vugt AB. Dislocated intra-articular fracture of anterior rim of glenoid treated by open reduction and internal fixation. Injury 1993; 24(2): 130-131.
6. Osti M, Gohm A, Benedetto KP. Results of open reconstruction of anterior glenoid rim fractures following shoulder dislocation. Arch Orthop Trauma Surg (2009); 129: 1245-1249.
7. Warner JJ, Gill TJ, O'Hollerhan JD, Pathare N, Millett PJ. Anatomical glenoid reconstruction for recurrent anterior glenohumeral instability with glenoid deficiency using an autogenous tricortical iliac crest bone graft. Am J Sports Med 2006; 34:205–212.