

Κατάγματα πηχεοκαρπικής άρθρωσης

Πρέπει να χειρουργηθούν? Και αν ναι, πότε?

Τα κατάγματα πηχεοκαρπικής άρθρωσης είναι τα πιο συχνά κατάγματα του άνω άκρου. Είναι πιο συχνά στις γυναίκες και σε ηλικίες άνω των 60. Σύμφωνα με τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Οστεοπόρωσης, αποτελεί σημείο διερεύνησης για οστεοπόρωση και αυξάνει την πιθανότητα οστεοπορωτικού κατάγματος σύμφωνα με τον δείκτη Frax. Το διαγνωστικό πρόβλημα με αυτά τα κατάγματα είναι ότι διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Γι' αυτό το λόγο υπάρχουν πολλές κατατάξεις μεταξύ των ορθοπαιδικών και στα συνέδρια αποτελεί σημείο διχογνωμίας ποια κατάγματα χειρουργούνται και ποια όχι. Παρόλο αυτά, όλοι συμφωνούν ότι στα ενδαρθρικά κατάγματα πρέπει να προτείνεται χειρουργική θεραπεία για καλύτερα λειτουργικά αποτελέσματα της πηχεοκαρπικής άρθρωσης. Στα εξωαρθρικά κατάγματα μπορεί να ακολουθηθεί συντηρητική θεραπεία (γύψος), αρκεί στην επανεξέταση η επιτυχής ανάταξη να κρατείται σταθερή. Αυτή η κλινική εξέταση αποτελεί και πάλι σημείο διχογνωμίας, καθώς πολλοί συνάδελφοι ορθοπαιδικοί κρίνουν αποδεκτή ή μη την συγκράτηση της ανάταξης εμπειρικά παρόλο που υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για την παλαμιαία κλίση της κερκίδας, την ωλένια διαφορά, το μήκος της κερκίδας και την κλίση της.

Οι παθογένειες του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχουν οδηγήσει πολλούς συνανθρώπους μας με τα παραπάνω κατάγματα να πάσχουν από έναν επώδυνο καρπό και μη λειτουργικό όσο θα ήθελαν. Αυτή η κατάσταση ονομάζεται πώρωση σε πλημμελή θέση ή λαϊκά το κάταγμα έχει στραβοκολλήσει..Οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης της πώρωσης σε πλημμελή θέση των καταγμάτων της περιφερικής κερκίδας είναι η απώλεια του μήκους της κερκίδας κατά 5 mm, η μείωση της κερκιδικής κλίσης κατά 10 μοίρες, ή η αύξηση της παλαμιαίας κλίσης κατά 25 μοίρες. Οι σημαντικές λειτουργίες που επηρεάζονται είναι η ισχύς του δραγμού, το εύρος κίνησης της πηχεοκαρπικής άρθρωσης και η εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Λύση υπάρχει και είναι χειρουργική... Γίνεται προεγχειρητικός σχεδιασμός με αξονική τομογραφία και στα δύο χέρια, υπολογίζεται η διόρθωση του περιφερικού άκρου της κερκίδας στο χώρο (υπάρχει δυνατότητα 3printing του οστικού μοσχεύματος αν θα χρειαστεί) και προχωράμε στο χειρουργείο, όπου υπό αναισθησία (συνήθως μασχαλιαίο block) γίνεται προσπέλαση και η ανάδειξη της πλημμελούς πώρωσης. Η οστεοτομία γίνεται κεντρικότερα αυτής υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο. Στη συνέχεια διατείνεται η περιοχή και γίνεται συγκράτηση, στη νέα σωστή ανατομικά θέση, με υλικά οστεοσύνθεσης (πλάκα και βίδες). Τα νεότερα υλικά μας δίνουν τη δυνατότητα ισχυρής συγκράτησης χωρίς ανάγκη για οστικό μόσχευμα σε μικρά ελλείματα. Ακολουθεί η εφαρμογή νάρθηκα για 2 εβδομάδες και στη συνέχεια φυσικοθεραπεία, ώστε να επανέλθει η πηχεοκαρπική στο φυσιολογικό εύρος τροχιάς της καθώς και να ισχυροποιηθεί ο δραγμός της.

Κοκκαλάς Νικόλαος

Ορθοπαιδικός Χειρουργός MD,MSc, PhDc.