

ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΚΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΝΕΩΤΕΡΟΥΣ ΕΚΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟΥΣ ΗΛΟΥΣ ΧΩΡΙΣ ΓΛΥΦΑΝΙΣΜΟ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Γ. Α. Φλεβάρης, Γ. Κυραργύρης, J.A. Nixon, Α. Μουρίκης, Δ. Λέκκας, Θ. Π. Κορμάς
Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

Σκοπός: Η χειρουργική των παθολογικών καταγμάτων μακρών οστών σε γενικευμένη νεοπλασματική νόσο είναι υποστηρικτική. Έχει στόχο μακροχρόνια μηχανική και ογκολογική σταθερότητα που επιτυγχάνεται με ενδομυελική ήλωση με κλειδούμενους ήλους 2^{ης} και 3^{ης} γενιάς με γλυφανισμό που έχει κίνδυνο ταχείας διασποράς της νόσου. Μελετήσαμε τα αποτελέσματα της ήλωσης με εκπτυσσόμενο ενδομυελικό ήλο χωρίς γλυφανισμό για αποφυγή διαφυγής νεοπλασματικών κλώνων στη συστηματική κυκλοφορία και γρήγορης επιδείνωσης της πρόγνωσης.

Υλικό και μέθοδος: Αντιμετωπίσαμε 45 παθολογικά κατάγματα μακρών οστών (10 ενεργά - 7 επαπειλούμενα βραχιονίου, 2 ενεργά - 16 επαπειλούμενα μηριαίου, 1 ενεργό - 1 επαπειλούμενο κνήμης, 5 ενεργά - 3 επαπειλούμενα δια/υποτροχαντήρια) σε ασθενείς με πολλαπλές οστικές μεταστάσεις ή/και σπλαγχνική διασπορά με διογκούμενο ενδομυελικό ήλο (ορθόδρομη, ανάστροφη ή κεφαλομυελική ήλωση) χωρίς γλυφανισμό (μονήρεις μεταστάσεις αντιμετωπίστηκαν με ευρεία εκτομή και σύνθετη επανορθωτική χειρουργική). Ο ήλος τοποθετήθηκε εύκολα χωρίς γλυφανισμό και σταθεροποιήθηκε στη διάφυση χωρίς βίδες. Όταν το κάταγμα πλησίαζε την μετάφυση τοποθετήθηκε μία αντιστροφική βίδα κεντρικά ενώ σε ανάστροφους ήλους περιφερικά. Ο ήλος, αφού εισαχθεί στην οριστική θέση, εκπτύσσεται με φυσιολογικό ορό υπό ελεγχόμενη πίεση (max 70 bar), μέσω κλειστού κυκλώματος με ειδική χειροκίνητη αντλία με μανόμετρο. Μία βαλβίδα μονής ροής διατηρεί σταθερή την πίεση όταν αποσυνδεθεί το κύκλωμα. Ο εκπτυχθείς ήλος εφαρμόζει απόλυτα στα εσωτερικά τοιχώματα του οστού και σταθεροποιεί το κάταγμα. Η εγχείρηση διήρκεσε 12min-40min. Σε καμία περίπτωση δεν χρειάστηκε μετάγγιση αίματος. Σε όλους έγινε εξωτερική ακτινοβολία για τοπικό έλεγχο της νόσου.

Αποτελέσματα: Στο follow-up (3-41 μήνες) εξετάστηκαν όλοι οι ασθενείς. Πέντε υπέκυψαν στη νόσο. Σε 16 ενεργά κατάγματα επετεύχθη απόλυτη σταθεροποίηση. Κανένα επαπειλούμενο κάταγμα δεν εξελίχθηκε σε ενεργό και επανεγχείρηση. Στα κατάγματα βραχιονίου υφέθη ο πόνος και ανέκτησαν άμεσα τη λειτουργικότητα. Στα κατάγματα μηριαίου και κνήμης επετράπη άμεσα βάδιση με μερική φόρτιση και στη αργότερα με πλήρη. Σημειώθηκαν επιπλοκές σε τρεις περιπτώσεις, που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς. Ένα ατελές επίμηκες κάταγμα διάφυσης μηριαίου που προκάλεσε η έκπτυξη του ήλου, ένα κάταγμα στο άκρο ήλου και μία θραύση του υλικού μετά από κάκωση και βίαια πτώση. Σε καμία περίπτωση δεν παρατηρήθηκε επιτάχυνση εμφάνισης νέων μεταστάσεων ενώ η ακτινοβολία βοήθησε στην ογκολογική σταθεροποίηση καταστρέφοντας τη νεοπλασματική μάζα.

Συμπεράσματα: Ο διογκούμενος ενδομυελικός ήλος έχει θέση σε επιλεγμένα παθολογικά κατάγματα αφού τοποθετείται γρήγορα, αναίμακτα και αποτελεσματικά με περιορισμένη νοσηρότητα εξασφαλίζοντας καλή ποιότητα ζωής, σταθερότητα του καταγματος και της νόσου επιτρέποντας στον ασθενή να συνεχίσει με ασφάλεια τη θεραπεία του για την κύρια νόσο.

Υπεύθυνος εργασίας: Θ. Π. Κορμάς

Διεύθυνση αλληλογραφίας:

Αριστομένους 7^Α Ηλιούπολη, 16 341, Αθήνα

Τηλ: +30 210 99 66 720 – 69 7292 8242

Fax: +30 210 64 09 402

Email: thkormas@doctors.org.uk