

Αμιγές εξάρθρημα της ποδοκνημικής παρουσίαση περίπτωσης νέας ενήλικης αθλήτριας ασθενούς.

Κουμής Π., Καλαϊδόπουλος Π., Ξωνίκης Γ., Κουλούρης Α., Σαββόπουλος Θ., Μπισχινιώτης Ι. Στ.

Από την Ορθοπαιδική του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής

Περίληψη

Το αμιγές εξάρθρημα της ποδοκνημικής δηλαδή το κνημοαστραγαλικό εξάρθρημα χωρίς σχετιζόμενο κάταγμα είναι μια σχετικά σπάνια κάκωση, η οποία κατά τα τελευταία έτη εμφανίζει αυξημένη συχνότητα. Παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς νέας γυναίκας, αθλήτριας που κατά την προσγείωση στο έδαφος με το πόδι σε πελματιαία κάμψη και έσω στροφή υπέστη αμιγές οπίσθιο εξάρθρημα της ποδοκνημικής. Μετά ακτινολογικό έλεγχο έγινε ευχερής κλειστή ανάταξη υπό τοπική αναισθησία και εφαρμογή κνημοποδικού γυψίνου επιδέσμου. Η ανάταξη επιβεβαιώθηκε ακτινολογικώς και παρακολουθούταν με διαδοχικές ακτινογραφίες. Διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία με μια εβδομάδα και επιβεβαιώθηκε η ρήξη του αστραγαλοπερονιαίου και πτεροπερονιαίου συνδέσμου. Ακολούθησε μετά την αφαίρεση του κνημοποδικού γύψου πρόγραμμα αποκατάστασης με άριστα αποτελέσματα και επιστροφή της ασθενούς σε πλήρη δραστηριότητα σε τρεις μήνες. Παρόλο που δεν υπάρχουν οδηγίες για χειρουργική αποκατάσταση αυτών των κακώσεων, συνιστάται η συντηρητική αγωγή με τη χειρουργική να επιφυλάσσεται μόνο για τις περιπτώσεις μείζονος αστάθειας.

Όροι ευρετηρίου:

Αμιγές εξάρθρημα ποδοκνημικής

Κακώσεις ποδοκνημικής

Αστάθεια ποδοκνημικής

Pure ankle dislocation without an associated fracture in a young female athlete.

Koumis P, Kalaïdopoulos P, Xonikis G, Koulouris A, Savvopoulos Th, Bischiniotis I St.

From the Orthopaedic of Khalkidiki General Hospital

Polygyros, Greece

Abstract

Pure ankle dislocation that is the talotibial dislocation without an associated fracture is a relative rare injury, although seen with increasing frequency. The case of a young female athlete is presented, who during a volley ball match while returning back to the ground with the foot in flexion and internal rotation and her right ankle dislocated without a fracture. After X-ray confirmation and under local anesthesia a closed reduction was easily achieved and below the knee plaster cast was mounted and retained for eight weeks. After confirming the reduction by means of X rays an MRI scan was performed showing tear of talofibular and calcaneofibular ligaments. Two months later the plaster cast was removed and a full program of restoring exercises was introduced. Full recovery and return to athletic activity was achieved after three months. While ligamentous tears are significant there are no guidelines for operative treatment of this kind of injury. MRI and residual ankle instability are the cornerstones for attempting operative treatment in selective cases.

Key Words: Pure ankle dislocation

Ankle injuries

Ankle instability

Αμιγές εξάρθρημα της ποδοκνημικής παρουσίαση περίπτωσης νέας ενήλικης αθλήτριας ασθενούς

Κουμής Π., Καλαϊδόπουλος Π., Ξωνίκης Γ., Κουλούρης Α., Σαββόπουλος Θ., Μπισχινιώτης Ι. Στ.

Από την Ορθοπαιδική του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής

Εισαγωγή

Το αμιγές εξάρθρημα της ΠΔΚ είναι ένας σπάνιος τραυματισμός. Ιστορικά η πρώτη παρόμοια περίπτωση περιγράφηκε το 1913 από τον Peraire. Τα εξαρθρήματα από τους Fahey και Murphy (1965) έχουν ταξινομηθεί ως πρόσθια, οπίσθια, έσω, έξω και άνω ή/και συνδυασμοί των παραπάνω. Σε μεγάλο βαθμός είναι ανοικτά εφόσον όχι σπάνια το δέρμα της υπερκείμενης περιοχής των οστικών σχηματισμών της περιοχής της ποδοκνημικής διατείνεται και λύνεται η συνέχειά του (Μπισχινιώτης και συν 2010, Agrawal et al 2008). Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας δείχνει ότι η κάκωση αυτή προκαλείται κυρίως σε αυτοκινητιστικά ατυχήματα (40%), ιδίως με μηχανές (33%). Δεύτερες σε συχνότητα έρχονται οι αθλητικές κακώσεις (35%), ιδιαίτερα σε αθλήματα με άλματα, όπως το βόλεϊ (13%) και το μπάσκετ (8%) (Garrick, 1977, Colville et al 1987). Προδιαθεσικοί παράγοντες εκτός από τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες είναι η νεαρή ηλικία, το γυναικείο φύλο και προϋπάρχουσα αστάθεια της ποδοκνημικής (Koukoulas et al 2009, Bahari και Hanif 2009, Yurttas et al 2009, Yurttas et al 2009). Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι εκτός από τη συμβολή στην αναγνώριση της οντότητας να επισημάνει τις επιμέρους ιδιαιτερότητες της διάγνωσης και της θεραπείας

Παρουσίαση ασθενούς

Γυναίκα ηλικίας 24 ετών αθλήτρια βόλεϊ υπέστη κάκωση δεξιάς ποδοκνημικής στην προπόνηση. Πιθανός μηχανισμός κάκωσης μετά από άλμα για διεκδίκηση της μπάλας και η προσγείωση με το πόδι σε πελματιαία κάμψη και έσω στροφή. Παραμόρφωση ποδοκνημικής. Μετά την πτώση της στο έδαφος παρουσιάστηκε απόλυτη αδυναμία βάδισης. Διακομίστηκε στα ΤΕΠ με το πόδι σε προσαγωγή, η ποδοκνημική σε τέλεια οπίσθια παρεκτόπιση και το έξω σφυρό να διατείνει την περιοχή του δέρματος πάνω από αυτό. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μια ακόμη εκδορά στο δέρμα της ραχιαίας επιφάνειας του ποδός, ενώ δεν υπήρχαν ψηλαφητές σφίξεις στην ραχιαία του ποδός αρτηρία με παράλληλη καθυστέρηση της τριχοειδικής επαναπλήρωσης μεγαλύτερη από 2". Πλήρης αισθητικότητα υπήρχε ενώ η κινητικότητα ήταν καταργημένη.

Ακολούθησε ακτινολογικός έλεγχος με προσθιοπίσθια και πλάγια ακτινογραφία, ο οποίος κατέδειξε οπίσθιο εξάρθρωμα της ποδοκνημικής (εικ. 1 και 2).



Εικόνα 1 και 2: Προσθιοπίσθια και πλάγια ακτινογραφία της δεξιάς ποδοκνημικής προ της ανάταξης.

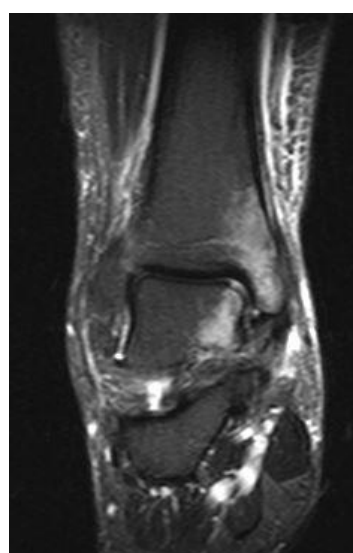
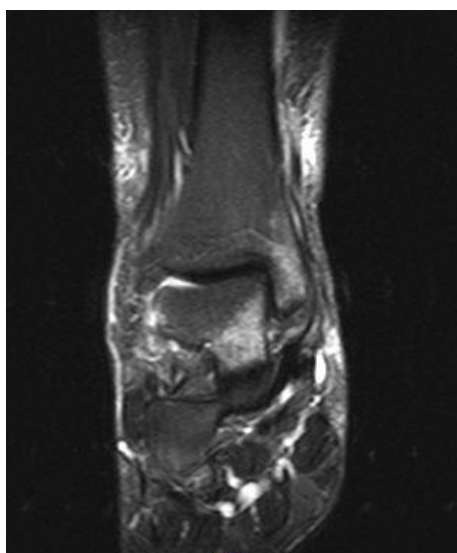
Χορηγήθηκε προφυλακτική αντιβίωση και έγινε ανάταξη στα ΤΕΠ υπό τοπική αναισθησία λόγω της τάσης του δέρματος. Μια λαβίδα χρησιμοποιήθηκε για τους χειρισμούς του δέρματος κατά την ανάταξη.

Για την ανάταξη χρησιμοποιήθηκε έλξη με το γόνατο σε κάμψη, ενώ δύναμη με πρόσθια κατεύθυνση ασκήθηκε στην ποδοκνημική. Μετά την ανάταξη οι περιφερικές σφάξεις ήταν ψηλαφητές και η τριχοειδική επαναπλήρωση κατέστη φυσιολογική. Όλη η διαδικασία πραγματοποιήθηκε στα ΤΕΠ, διότι δεν υπήρχε άμεσα διαθέσιμη αίθουσα χειρουργείου. Οι νέες ακτινογραφίες έδειξαν ότι η ανάταξη ήταν ανατομική όπως φαίνεται στις παρακάτω εικόνες (3 και 4):

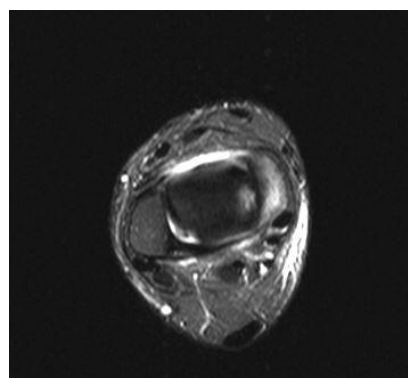
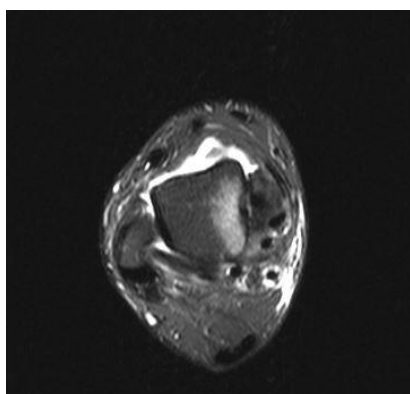


Εικόνα 3 και 4: Έλεγχος της ανάταξης.

Τοποθετήθηκε κνημοποδικός γύψινος επίδεσμος σε ουδέτερη θέση για 8 εβδομάδες, ενώ νια τις πρώτες 6 εβδομάδες δεν επιτράπηκε η φόρτιση. Τα μαλακά μόρια ελέγχθηκαν με MRI 1 εβδομάδα μετά την ανάταξη. Αν και διαπιστώθηκε ρήξη του πρόσθιου αστραγαλοπερονιαίου και του περνοπερονιαίου συνδέσμου (εικόνες 5-10), το αρχικό σχέδιο της συντηρητικής αντιμετώπισης δεν άλλαξε.



Εικόνα 5 και 6: Οβελιαίες τομές στην μαγνητική τομογραφία.



Εικόνα 7 και 8: Εγκάρσιες τομές στην μαγνητική τομογραφία. Ας σημειωθεί η ύπαρξη αιμάθρου εκτός των συνδεσμικών βλαβών.



Εικόνα 9 και 10: Οβελιαίες τομές στην μαγνητική τομογραφία. Ρήξη αστραγαλοπερονιαίου και πτερνοπερονιαίου.

Μετά την αφαίρεση του γύψινου επιδέσμου, η ασθενής υποβλήθηκε σε φυσιοθεραπεία με ασκήσεις ανάκτησης της ιδιοδεκτικότητας της άρθρωσης και επανήλθε στην προηγούμενη δραστηριότητα του προοδευτικά. Μετά από 3 μήνες ήταν ελεύθερος άλγους σε όλο το εύρος της κίνησης της άρθρωσης, μετά από 6 μήνες επανήλθε σε αθλητική και μετά από 9 μήνες σε αγωνιστική δραστηριότητα ίδιου επιπέδου με αυτή προ του τραυματισμού. Δύο έτη μετά τον αρχικό τραυματισμό δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα ενώ δεν διαπιστώνονται σημεία αστάθειας κατά την κλινική εξέταση.

Συζήτηση

Το αμιγές εξάρθρωμα της ποδοκνημικής χωρίς κάταγμα θεωρείτε σχετικά σπάνια βλάβη αν και τελευταία συχνότερα περιγράφονται τέτοια περιστατικά. Η πρώτη αναφορά φέρεται ότι έγινε το 1913 (Peraire) η πρώτη δημοσίευση έγινε το 1939 (Wilson et al 1939). Η αιτία της αμιγούς συνδεσμικής εκπροσώπησης της βλάβης οφείλεται στο ότι οι σύνδεσμοι ισχυρότεροι από τα οστά στην περιοχή της ποδοκνημικής (D'Anca 1970). Τα οπίσθια εξαρθρώματα είναι σχετικά συχνότερα. Η απλούστερη εξήγηση είναι ότι δεν υπάρχει ισχυρός τένοντας στην πρόσθια επιφάνεια της ποδοκνημικής όπως ο Αχίλλειος στην οπίσθια που να συγκρατεί την άρθρωση (Fahey και Murphy, 1965).

Αν και η σύγχρονη βιβλιογραφία προτείνει συντηρητική αντιμετώπιση δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες για την αποκατάσταση των συνδεσμικών κακώσεων σε αυτές. Η μαγνητική τομογραφία είναι απαραίτητη για τη αποσαφήνιση της φύσης και της έκτασης των συνδεσμικών βλαβών αλλά και των υποκρυπτόμενων χόνδρινων βλαβών. Ε όλες τις περιπτώσεις ενδείκνυται ο ακτινολογικός και στατοκινητικός έλεγχος. Οι νευρολογικές επιπλοκές είναι σπάνιες αλλά έχουν αναφερθεί βλάβες τόσο του κνημιαίου όσο και του επιπολής περνιαίου νεύρου με συχνότητα 10-20% αλλά

με καλή πρόγνωση. Σε ανοικτές διαπιτράινουσες κακώσεις παρατηρήσαμε και βλάβες των κνημιαίων αγγείων (Μπισχινιώτης και συν 2010) που απαίτησαν χειρουργική επαναιμάτωση. Αστάθεια, απώλεια του πλήρους εύρους κινητικότητας της ποδοκνημικής και εκφυλιστικές αλλοιώσεις ανήκουν στις όψιμες επιπλοκές της κάκωσης.

Συμπερασματικά, η κλειστή ανάταξη φαίνεται να αρκεί ενώ η χειρουργική αποκατάσταση οφείλει να κρατιέται μόνο για την όψιμη αποκατάσταση ασταθειών.

Βιβλιογραφία

1. Agrawal AC, Raza HKT, Haq RU: Closed posterior dislocation of the ankle without fracture. Indian J Orthop. 2008 Jul-Sep; 42(3): 360–362.
2. Bahari S, Hanif I: Pure closed medial ankle dislocation without fracture. Eur J Orthop Surg Traumatol 19: 433-436, 2009.
3. Colville MR, Colville JM, Manoli A: Posteromedial dislocation of the ankle without fracture. J Bone Joint Surg Am. 1987 Jun; 69(5):706-11.
4. D'Anca AF: Lateral rotatory dislocation of the ankle without fracture. J Bone Joint Surg Am 1970; 52:1643-1646.
5. Fahey JJ, Murphy JL: Talotibial dislocation of the ankle unassociated with fracture. Surg Clin N Am 115; 80, 1965.
6. Garrick JM: The frequency of injury, mechanism of injury, and epidemiology of ankle sprains. Am J Sports Med 1977; 5:241–2.
7. Koukoulas NE, Papastergiou SG, Panagopoulos P, Dimitriadis T, Koumis P: Pure Tibiotalar Dislocation with Talus Bone Contusion in a Volleyball Player:

A case report. The Foot and Ankle Online Journal, 2009, doi:
10.3827/faoj.2009.0209.0002.

8. Μπισχινιώτης Ι. Στ., Ασσάντης Β., Μπεκήρ Χ. Γιανναράκης Α: Ανοικτά
εξαρθρήματα και κατάγματα εξαρθρήματα ποδοκνημικής. Ποιος είναι ο
μηχανισμός πρόκλησης συνθηκών εξαρθρήματος; Ορθοπαιδική 23, 1: 57-66,
2010.
9. Ngai WK, Chan YF, Lui TH: Pure Ankle Dislocation. Hong Kong J Orthop
Surg, 2004;8(1):72-77.
10. Yurttaş Y ,1, Kılınçoğlu V, Toker S, Kürklü M, Atila A, Başbozkurt M:
Closed posteromedial dislocation of ankle in a 12 year-old boy: a case report.
Cases Journal 2009, 2:6550.
11. Wilson MJ, Michele AA, Jacobson EW: Ankle dislocations without fracture. J
Bone Joint Surg 21A: 198 – 204, 1939.