

Κλειστό εξάρθρημα υπαστραγαλικής άρθρωσης. Περιγραφή περίπτωσης

Σ. Παράσχου
Μ. Κουσούτη
Η. Αναστασόπουλος
Ι Χαριτίδης

Περίληψη

Παρουσιάζεται περίπτωση ενήλικου ασθενούς με κλειστό έσω εξάρθρημα αριστερής υπαστραγαλικής μετά από τροχαίο ατύχημα με μοτοποδήλατο. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε χειρουργικά με ανοικτή ανάταξη του εξαρθήματος και συγκράτηση με βελόνες. Η παρουσίαση γίνεται λόγω της σπανιότητας της κάκωσης η ανάταξη της οποίας γίνεται κλειστά, ή ανοικτά επί αποτυχίας, και επ' ευκαιρία γίνεται ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Εισαγωγή

Το κλειστό εξάρθρωμα υπαστραγαλικής αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια οντότητα στην καθ' ημέρα ορθοπαιδική πράξη ως αποτέλεσμα δράσης βίας υψηλής ενέργειας. Πολλές φορές είτε δε διαγιγνώσκεται είτε συγχέεται με εξάρθρωμα ποδοκνημικής στα επείγοντα ιατρεία όποτε και ακολουθούνται λάθος χειρισμοί για την κλειστή ανάταξή του οι οποίοι οδηγούν σε αποτυχία (Syed et al 2003). Η έγκαιρη κλειστή ή ανοικτή ανάταξη μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών όπως αστάθεια, νέκρωση αστραγάλου και οστεοαρθρίτιδα (Tucker et al 1998).

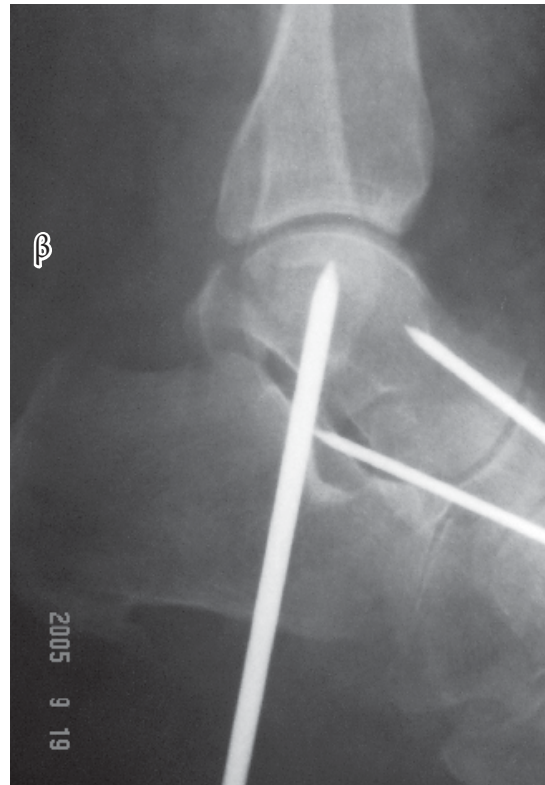
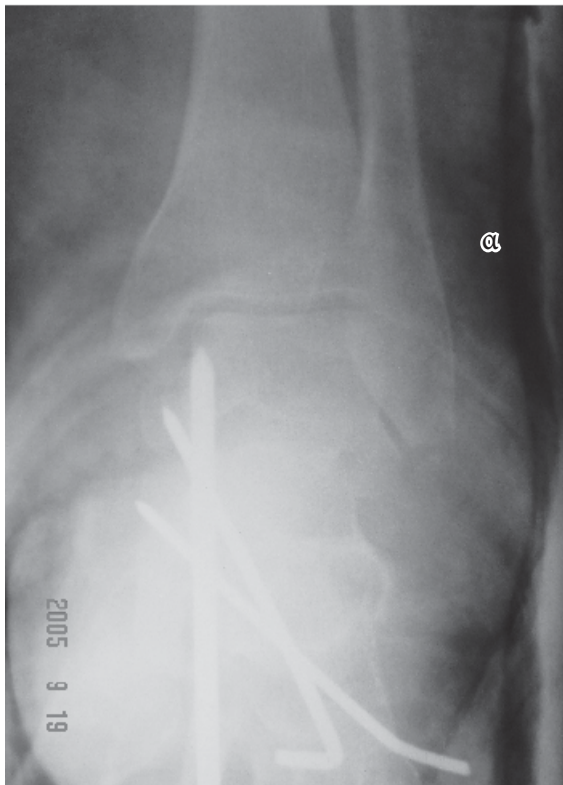
Περιγραφή περίπτωσης

Ασθενής 37 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Νοσοκομείου μας μετά από τροχαίο ατύχημα με μοτοποδήλατο. Υπήρχε οίδημα, δυσκαμψία και πόνος στον αριστερό άκρο πόδα ο οποίος ήταν σε υπτιασμό και προσαγωγή. Ο κλινικός έλεγχος αγγείων και νεύρων της πε-

ριοχής ήταν αρνητικός για παθολογικά ευρήματα. Στον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε έσω εξάρθρωμα της υπαστραγαλικής με συνοδό εξάρθρωμα αστραγαλοσκαφοειδούς αρθρώσεως, τόσο στην πλάγια όσο και στην προσθιοπίσθια λήψη (εικ. 1). Αφού ολοκληρώθηκε ο απαραίτητος προεγχειρητικός έλεγχος ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου υπό μέθη και μυοχάλαση έγινε ανεπιτυχής προσπάθεια κλειστής ανάταξης και εν συνεχεία υπό γενική αναισθησία και ίσχειμο περίδεση ανοικτή ανάταξη και συγκράτηση με βελόνες τόσο του εξάρθρωματος της υπαστραγαλικής όσο και αυτού της αστραγαλοσκαφοειδούς (εικ 2). Στον ασθενή εφαρμόστηκε κνημοποδικός γύψος. Έξι εβδομάδες μετεγχειρητικά, αφού αφαιρέθηκε ο γύψος και οι βελόνες, επετράπη πλήρης φόρτιση και συνεστήθησαν φυσιοθεραπείες. Τρία χρόνια μετεγχειρητικά το ακτινολογικό αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό (εικ. 3), κλινικά έχουμε περιορισμό του υπτιασμού και πρηνισμού κατά 7 μοίρες και υπάρχει ήπιος πόνος στην έντονη κούραση. Μείζονες επιπλοκές δεν παρατηρήθηκαν.



Εικόνα 1: α) προσθιοπίσθια και β) πλαγιοπλάγια απλή ακτινογραφία αριστερού άκρου ποδός. Διακρίνεται το εξάρθρωμα της υπαστραγαλικής και της αστραγαλοσκαφοειδούς άρθρωσης.

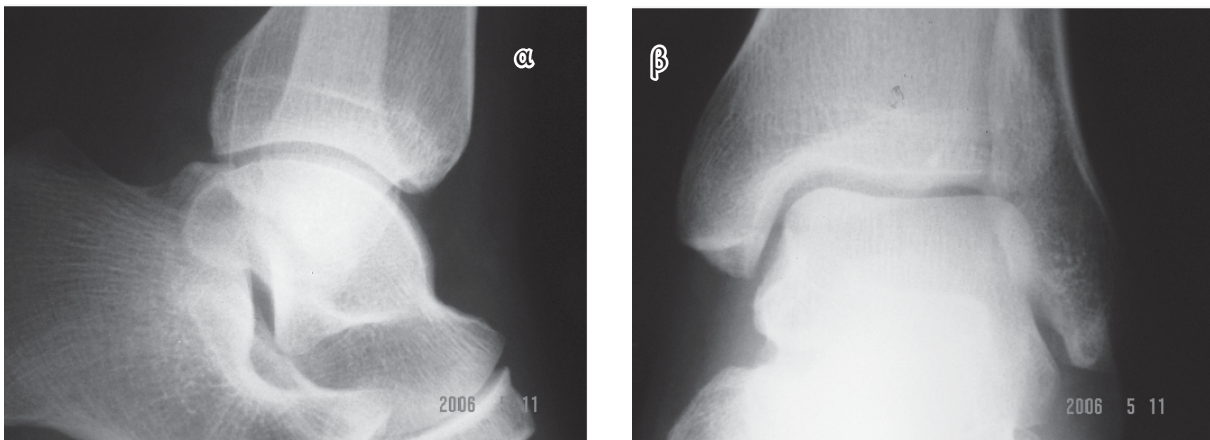


Εικόνα 2: α) προσθιοπίσθια β) πλαγιοπλάγια ακτινογραφία και γ) αξονική τομογραφία άμεσα μεταχειρητικά. Παρατηρείται ανάταξη του εξάρθρωματος και συγκράτηση με 2 βελόνες Kirshner και μια βελόνη τύπου Steinmann.

Συζήτηση

Το εξάρθρωμα της υπαστραγαλικής είναι σπάνιο περίπου 1% όλων των εξάρθρωμάτων και είναι κυρίως τραυματικό (Freud GK et al 1989). Έχουν περιγραφεί και άλλες αιτίες που οδηγούν σε ατραυματικό εξάρθρωμα όπως το συγγενές εξάρθρωμα της υπαστραγαλικής, (Kaufmann RA et al 2002), η νόσος του Charcot, η διαβητική νευροπάθεια λόγω χαλαρότητας των συνδέσμων (Coban YK et al 2004) και μετά από έγκαιμα λόγω εκτεταμένων

νεκρώσεων του δέρματος. Από τα τραυματικά το κλειστό είναι το συχνότερο, έχουν όμως περιγραφεί και περιπτώσεις ανοικτών εξάρθρωμάτων, τόσο μεμονωμένες (Milenkovic S et al 2004, Naranja RS et al 1997), όσο και σε μεγάλες σειρές όπως αυτή με 15 ασθενείς (Godner et al 1995). Η παρεκτόπιση του άκρου ποδός στα ανοικτά εξάρθρωματα είναι συνήθως προς τα έξω (Zimmer T 1989), ενώ στα κλειστά συνήθως προς τα έσω (Jarde O et al 1996) και σπανιότερα προς τα έξω (Bibbo C et al 2003). Έχουν περιγραφεί και 3 ασθενείς με πρόσθιο και ένας ασθενής με οπίσθιο εξάρθρωμα υπαστραγαλικής (Krishan KM 2003, Inokushi S et al 1997, Kanda T et al 2001, Tabib W et al 2000). Ο μηχανισμός πρόκλησης είναι προσαγωγή και υπτιασμός για τα έσω ενώ πρηνισμός και απαγωγή για τα έξω εξάρθρωματα (Canee A et al 1981, Tucker DJ et al 1998). Το εξάρθρωμα της υπαστραγαλικής έπεται του εξάρθρωματος της αστραγα-



Εικόνα 3: α) προσθιοπίσθια και β) πλάγιοπλάγια απλή ακτινογραφία 3 χρόνια μετεγχειρητικά. Παρατηρείται απουσία οστεοαρθριτικών αλλοιώσεων τόσο στην υπαστραγαλική όσο και στην αστραγαλοσκαφοειδή άρθρωση.

λοσκαφοειδούς αρθρώσεως στα έσω ενώ προηγείται αυτού στα έξω εξάρθρημα (Marotte JH et al 1979). Τα συνηθέστερα αίτια είναι η πτώση με αλεξίπτωτο και τα τροχαία ατυχήματα με μηχανές (Horer DI 1984). Η θεραπεία συνιστάται σε κλειστή ανάταξη, και ακινητοποίηση με γύψο για 6 εβδομάδες. Επί αποτυχίας διενεργείται ανοικτή ανάταξη και συγκράτηση με βελόνες διά των αρθρώσεων. Αίτια της κλειστής αποτυχημένης ανάταξης είναι η παρεμβολή μαλακών μορίων όπως ο οπίσθιος κνημιαίος, ο εγκάρσιος σύνδεσμος των εκτεινόντων, ο θύλακος και ο καμπτήρ του μεγάλου δακτύλου (Pehlivan O et al 2002, Bibbo et al 2002). Αφαίρεση του γύψου και των βελόνων γίνεται μετά από 6 εβδομάδες και ακολουθεί φόρτιση και φυσιοθεραπείες για άλλες 2 εβδομάδες. Επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν είναι η νέκρωση του δέρματος, η επιπολής και η εν τω βάθει φλεγμονή (ανοικτά) καθώς και η νέκρωση του αστραγάλου, η μετατραυματική αρθρίτιδα, η αστάθεια και ο απλός περιορισμός των κινήσεων τόσο στα ανοικτά όσο και στα κλειστά (Jarde O et al 1996). Θετικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι το κλειστό εξάρθρημα, η απουσία συνοδών καταγμάτων και η έγκαιρη αντιμετώπιση ενώ αντίθετα αρνητικοί είναι το ανοικτό εξάρθρημα, η ύπαρξη συνοδών καταγμάτων (κυρίως, του αστραγάλου), και η καθυστερημένη αντιμετώπιση. (Garofalo R et al 2004, Lancanster S et al 1985).

Abstract

Closed subtalar dislocation. A case report

S. Parashou, M. Kousouti, H. Anastasopoulos, I. Haritidis

A Orthopaedic Clinic – Kilikis General Hospital

A case of a closed traumatic medial subtalar dislocation without fracture on an adult, caused by a motorcycle-accident, is presented. The dislocation was managed operatively with open reduction and internal fixation with k-wires and a steinmann. We present this case because it is extremely rare injury on adults, which is usually reducible by closed method, and we review the literature.

Key word: subtalar dislocation, adults

Βιβλιογραφία

1. Bibbo C, Anderson RB, Davis WH: Injury characteristics and the clinical outcome of subtalar dislocations: a clinical and radiographic analysis of 25 cases. *Foot Ankle Int.* 2003 Feb;24(2):158-63.
2. Brink DS, Eickmeier KM, Levitsky DR, Solomon MG: Subtalar and talonavicular joint dislocation as a presentation of diabetic neuropathic arthropathy with salvage by triple

- arthrodesis. *J Foot Ankle Surg.* 1994 Nov-Dec;33(6):583-9.
3. Coban YK, Gurlek A: Postburn subtalar dislocation in a major foot contractive. *J Burn Care Rehabil.* 2004 May-Jun;25(3):19-23
 4. Freund KG: Subtalar dislocation: a review of the literature. *J Foot Surg.* 1989 Sep-Oct;28(5):429-32.
 5. Ganel A, Ahronson Z, Heim M, Pritch M, Chechick A: Subtalar dislocations. *J Foot Surg.* 1981 Fall;20(3):142-4.
 6. Garofalo R, Moretti B, Ortolano V, Cariola P, Solarino G, Wettstein M, Mouhsine E: Peritalar dislocations: aretrospective study of 18 cases. *J Foot Ankle Surg.* 2004 May-Jun;43(3):166-72.
 7. Goldner JL, Poletti SC, Gates HS 3rd, Richardson WJ: Severe open subtalar dislocations. Long-term results. *J Bone Joint Surg AM.* 1995 Jul;77(7):1075-9.
 8. Heppenstall RB, Farahwar H, Balderston R, Lotke P: Evalution and management of subtalar dislocation. *J Trauma.* 1980 Jun;20(6):484-7.
 9. Horer DI, Fisman J: The early treatment of peritalar dislocation. *Int Orthop.* 1984;7(4):263-6.
 10. Inokushi S, Hashimoto T, Usami N: Anterior subtalar dislocation: case report. *J Orthop Trauma.* 1997 Apr;11(3):235-7.
 11. Jarde O, Trinquier-Lautard JL, Mert P, Tran Van F, Vives P: Subtalar dislocations. Apropos of 35 cases. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1996;82.
 12. Kanda T, Sakai H, Koseki K, Tamai K, Takeyama N, Saotome K: Anterior dislocation of the subtalar joint: a case report. *Foot Ankle Int.* 2001 Jul22(7):609-11.
 13. Kaufmann RA, Davidson R, McCarthy J: Bilateral congenital subtalar dislocation: a case report. *Clin Orthop Relat Res.* 2000 Apr;(397):381-4.
 14. Krishnan Km, Sinha AK: True posterior dislocation of subtalar joint: a case report. *J Foot Ankle Surg.* 2003 Nov-Dec;42(6):363-5.
 15. Lancanster S, Horowitz M, Alonso J: Subtalar dislocations: a prognosticasting classification. *Orthopedics.* 1985 Oct8(10):1234-40.
 16. Marotti Jh, Samuella P, Moati JC, Lord G, Bombart M: Subtalar dislocation with medial or lateral displacement. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 1979 Oct-Nov;65(7):377-85.
 17. Milenkovic S, Radenkovic M, Mitkovic M: Open subtalar dislocation treated by distractive external fixation. *J Orthop Trauma.* 2004 Oct;18(9):638-40.
 18. Naranja RJ Jr, Monaghan BA, Okereke E, Williams GR Jr: Open medial subtalar dislocation associated with fracture of the posterior process of the talus. *J Orthop Trauma.* 1996;10(2):142-4.
 19. Pehlivan O, Akmaz I, Solakogly C, Rodop O: Medial peritalar dislocation. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2002 Dec;122(9-10):541-3.
 20. Syed AA, Agarwal M, Dosani A, Giannoudis PV, Mathews SJ: Medial subtalar dislocation: importance of clinical diagnosis in distinguishing from other dislocations. *Eur J Emerg Med.* 2003 Sep;10(3):232-5.
 21. Tabib W, Lemone F, Abouferah F, Nguyen Duy T, Asselineau A, Bombart M: Anterior subtalar dislocation associated with a fracture of the calcaneus: a case report and review of the literature. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 2000 Apr;86(2):197-203.
 22. Tucker DJ, Burian G, Boylan JP: Lateral subtalar dislocation: review of the literature and case presentation. *J Foot Ankle Surg.* 1998 May-Jun;37(3):239-47.
 23. Zimmer TJ, Johnson KA: Subtalar dislocations. *Clin Orthop Relat Res.* 1989 Jan;(238):190-4.

