

Παρουσίαση περίπτωσης σπάνιας εντόπισης μετατραυματικού υγρώματος (μετατραυματικής συλλογής κνήμης)

Α. Μπιτζίδης
Πτολεμαΐδα

Παρουσίαση ασθενούς

Γυναίκα 52 ετών προσήλθε αιτιώμενη παρουσία υγρού στην ΔΕ κνήμη από 2 εβδομάδων μετά από αναφερόμενο τροχαίο ατύχημα. Η ασθενής παραπονείται για συνοδό δυσχέρεια στάσης και βάδισης και προοδευτικά επιδεινούμενο τοπικό αίσθημα βάρους (εικ. 1 και 2).



Εικόνα 1. - Κλινική επισκόπηση αριστεράς κνήμης



Εικόνα 2. - Περίγραμμα των ορίων της διόγκωσης.

Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται πτώση από αυτοκίνητο εν κινήσει στο οδόστρωμα προ 2 εβδομάδων με επιφανειακές εκδορές ΔΕ κνήμης και ΔΕ Γόνατος χωρίς άλλες συνοδές κακώσεις. Από το λοιπό αξιοσημείωτο παθολογικό ιστορικό η ασθενής λαμβάνει αγωγή για δυσλιπιδαιμία.

Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση αποκαλύπτει μία επώδυνη μαλακή συλλογή υγρού στην πρόσθια έσω επιφάνεια της ΔΕ κνήμης με επέκταση στο κάτω τριτημόριο

του μηρού, διαστάσεων 10X20 εκατοστών, η οποία δεν επηρεάζει το εύρος κίνησης του ΔΕ γόνατος. Το υπερκείμενο δέρμα της συλλογής παρουσιάζει υπέρχρωση και εμφανίζεται το σημείο της αντιτυπίας κατά την ψηλάφηση. Κατά την αδρή νευρολογική εκτίμηση αναφέρεται δυσαισθησία σχεδόν σε ολόκληρη την πρόσθια επιφάνεια της ΔΕ κνήμης.

Πιθανή διάγνωση

Η διαφοροδιάγνωση της συλλογής υγρού περιλαμβάνει:

- Αιμάτωμα: - Μετατραυματικό
- Λόγω διαταραχής πήξης αίματος
- Διάχυτο υποδόριο οίδημα
- Μετατραυματική νέκρωση λιπώδους ιστού
- Μετατραυματική Οστεοποιός μυΐτιδα
- Σύνδρομο Morel-Lavallée
- Παρακλινικές εξετάσεις

Οι εξετάσεις αίματος που διενεργήθηκαν ήταν φυσιολογικές:

Γενική αίματος (Ht, Hb, PLT)

Πήξη αίματος (INR, PT, APTT)

Κατά τον έλεγχο των προηγούμενων Ακτινογραφιών του ΔΕ σκέλους που διενεργήθηκαν την ημέρα της κάκωσης δεν αναφέρεται συνοδό κάταγμα.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε μαγνητική τομογραφία ΔΕ κνήμης (εικ. 3, 4, 5 και 6):



Εικόνα 3. - Απεικόνιση της κνήμης κατά τη μαγνητική τομογραφία στεφανιαία τομή.



Εικόνα 4. - Απεικόνιση της κνήμης κατά τη μαγνητική τομογραφία οβελιαία τομή.



Εικόνα 5. - Απεικόνιση της κνήμης κατά τη μαγνητική τομογραφία εγκάρσια τομή.



Εικόνα 6. - Απεικόνιση της κνήμης κατά τη μαγνητική τομογραφία - απεικόνιση του συνόλου της έκτασης της συλλογής.

Μετά από αξιολόγηση του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και των απεικονιστικών εξετάσεων, η ασθενής διαγνώσθηκε με την ασυνήθιστη εντόπιση συνδρόμου Morel-Lavallée ΔΕ κνήμης.

Σύνδρομο Morel-Lavallée

Το σύνδρομο Morel-Lavallée είναι μια μετατραυματική κλειστή βλάβη απογαντισμού των μαλακών μορίων. Οφείλεται στον απότομο διαχωρισμό του δέρματος και του υποδορίου ιστού από την υποκείμενη περιτονία και τη δημιουργία ενδιάμεσου νεκρού χώρου μετά από κακώσεις υψηλής ενέργειας. Περιγράφηκε αρχικά από τον Γάλλο ιατρό Maurice Morel-Lavallée το 1853 και παρουσιάζει οξεία, υποξεία, χρόνια και υποτροπιάζουσα μορφή.

Η έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου είναι σημαντική για την πρόληψη επιπλοκών, όπως η φλεγμονή και επιμόλυνση της συλλογής καθώς και η νέκρωση του υπερκείμενου δέρματος.

Χαρακτηριστικά του συνδρόμου Morel-Lavallée

Μετά από την κάκωση των μαλακών μορίων, ο ενδιάμεσος νεκρός χώρος που δημιουργείται λόγω της βλάβης των παρακείμενων ιστών γεμίζει με αίμα, λέμφο, λίπος και νεκρωμένους ιστούς. Αρχίζει, έτσι, μια φλεγμονώδης εξεργασία η οποία μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία περιφερικής κάψας γεγονός που συμβάλλει στην υποτροπή και τη χρονιότητα της βλάβης. Μια οξεία διογκούμενη βλάβη απαιτεί γρήγορη χειρουργική αντιμετώπιση για την πρόληψη λοίμωξης και νέκρωσης του υπερκείμενου δέρματος ενώ το ύποξυ και το χρόνιο σύνδρομο Morel-Lavallée έχουν αργή εξέλιξη και παρουσιάζουν διαγνωστικές δυσκολίες.

Η συχνότερη εντόπιση είναι στην προσθιοπλάγια επιφάνεια του άνω τριτημορίου του μηρού και κλινικά εμφανίζεται ως ένα διογκούμενο επώδυνο μόρφωμα ύπερθεν του τροχαντήρα με συνοδό οίδημα των μαλακών μορίων και παρούσα αντιτυπία ενώ μπορεί να συνοδεύεται από κάταγμα του μηριαίου, της κοτύλης ή και της λεκάνης. Άλλες περιοχές εντόπισης του συνδρόμου είναι ο κορμός, η οσφύς, το γόνατο (προεπιγονατιδικά) και η ωμοπλάτη.

Η διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνει:

- Αιμάτωμα
- Διάχυτο υποδόριο οίδημα
- Μετατραυματική νέκρωση λιπώδους ιστού
- Μετατραυματική Οστεοποιός μυΐτιδα
- Κύστη
- Όγκος μαλακών μορίων

Καθώς η υποξεία και η χρόνια μορφή του συνδρόμου μπορεί κλινικά και απεικονιστικά να μιμηθεί έναν κακοήγη όγκο μαλακών μορίων, η προσεκτική λήψη προηγούμενου ιστορικού τραύματος μπορεί να αποδειχθεί πολύ σημαντική στην πραγματοποίηση σωστής διάγνωσης.

Απεικονιστικά χαρακτηριστικά

Η μαγνητική τομογραφία είναι η εξέταση εκλογής για την διερεύνηση του συνδρόμου Morel-Lavallée. Τα χαρακτηριστικά των εικόνων εξαρτώνται από την χρονιότητα της βλάβης και το περιεχόμενό της σε λίπος/νεκρωμένους ιστούς. Συνήθως παρουσιάζουν χαμηλό σήμα στις T1 ακολουθίες και υψηλό στις T2. Με βάση τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά στη Μαγνητική Τομογραφία οι Mellado και Bencardino έχουν ταξινομήσει τη σοβαρότητα του συνδρόμου σε έξι τύπους (ταξινόμηση Mellado και Bencardino: Τύποι I-VI).

Αντιμετώπιση-Θεραπεία

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι συντηρητική για μικρές βλάβες, στις οποίες δεν υπάρχει περιφερική κάψα και χειρουργική για χρόνιες βλάβες ή προϊούσες μεγάλες με έντονα συμπτώματα. Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει ελαστική επίδεση και περιοδική αξιολόγηση του μεγέθους της συλλογής. Κατά την χειρουργική θεραπεία μετά την παροχέτευση του υγρώματος πραγματοποιείται καθαρισμός των νεκρωμένων ιστών, έκπλυση της κοιλότητας και τοποθέτηση παροχέτευσης κενού. Στην υποτροπιάζουσα μορφή του συνδρόμου Morel-Lavallée, έχει αποδειχθεί επιτυχής η τοπική χρήση ταλκ και δοξκυκλίνης.

Η συγκεκριμένη ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο προς παροχέτευση της συλλογής, έκπλυση και χειρουργικό καθαρισμό της εναπομείνουσας κοιλότητας. Παροχετεύτηκαν περίπου 1000 ml οροαιματηρού υγρού με περιεχόμενο λίπος και νε-

κρωμένους ιστούς (εικ. 7).

Η καλλιέργεια του υγρού ήταν αρνητική για αερόβια Gram +/- και Αναερόβια. Τέλος, τοποθετήθηκε παροχέτευση κενού και στη συνέχεια πιεστική ελαστική κάλτσα έως το ριζομήριο για τρεις μήνες.



Εικόνα 7. - Η κλινική εικόνα της ασθενούς μετά την παροχέτευση της συλλογής.

Βιβλιογραφία

1. Alexandris A, Alexandropoulos C, Goulas V, Varsanis G, Tasios N, Tsovrakas S: Morel-Lavallée Lesions: Our Treatment Experience, *MOJ Orthopedics & Rheumatology*, Volume 2, Issue 5 - 2015.
2. Anirudh V Nair, PK Nazar, Resmi Sekhar, PV Ramachandran, Shrikanth Moorthy: Morel-Lavallée lesion: A closed degloving injury that requires real attention, *Indian J. Radiol Imaging*, 2014 Jul-Sep 24(3): 288-290.
3. Efrimescu C, McAndrew J, Bitzidis A.: Acute lumbar Morel-Lavallee haematoma in a 14 year old boy. *Emergency Medical Journal*, published on October 19, 2011 as 10.1136/emmermed-2011-20066.
4. Hak DJ, Olson SA, Matta JM.: Diagnosis and management of closed internal degloving injuries associated with pelvic and acetabular fractures: The Morel-Lavallée lesion. *J Trauma*. 1997;42:1046-51.
5. Gilbert BC, Bui-Mansfield LT, Dejong S.: MRI of a Morel-Lavallee Lesion. *AJR Am J Roentgenol*.2004; 182:1347-8.
6. Letournel E, Judet R. 2nd ed. Berlin, Germany: Springer-Verlag; 1993. Fractures of the acetabulum.
7. Mellado JM, Bencardino JT.: Morel-Lavallée lesion: Review with Emphasis on MR imaging. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 2005; 13: 775-82.
8. Moriarty JM, Borrero CG, Kavanagh EC: A rare cause of calf swelling: The Morel-Lavallee lesion, *Ir J Med Sci*, Mar; 180 (1): 258-8.
9. Parra JA, Fernandez MA, Encinas B, Rico M.: Morel-Lavallée effusions in the thigh. *Skeletal Radiology*. 1997.
10. Tejwani SG, Cohen SB, Bradley JP. Management of Morel-Lavallee Lesion of the Knee Twenty-Seven Cases in the National Football League. *The American Journal of Sports Medicine*. 2007; 35:1162-1167
11. Weiss N A et al: Morel Lavallee Lesion Initially diagnosed as Quadriceps contusion: Ultrasound, MRI, and importance of early intervention. *Western Journal of Emergency Medicine*, Vol 16, issue 3, May 2015.