

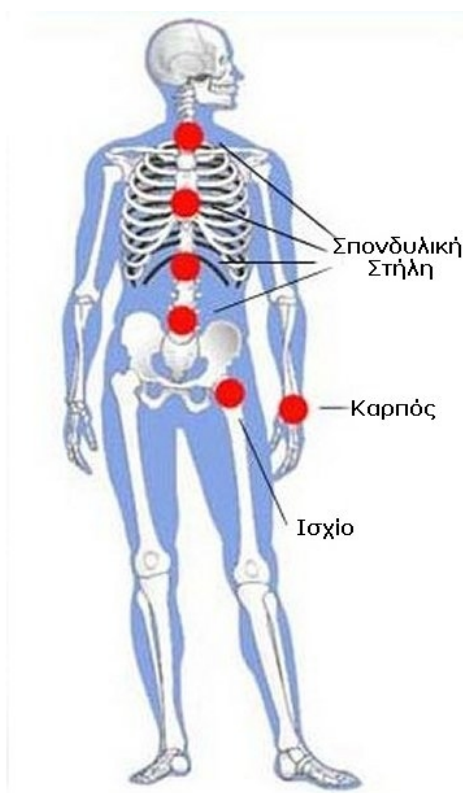
Χειρουργική Θεραπεία των Οστεοπορωτικόν Καταγμάτων

Πύργος Αθηνών, Κτίριο Γ', 2^{ος} όροφος, Λεωφ. Μεσογείων 2-4, Αθήνα 115 27

Τηλ.: 210 7712792 | **Κιντό:** 697 20 999 11 | **E-mail:** cky@orthosurgery.gr

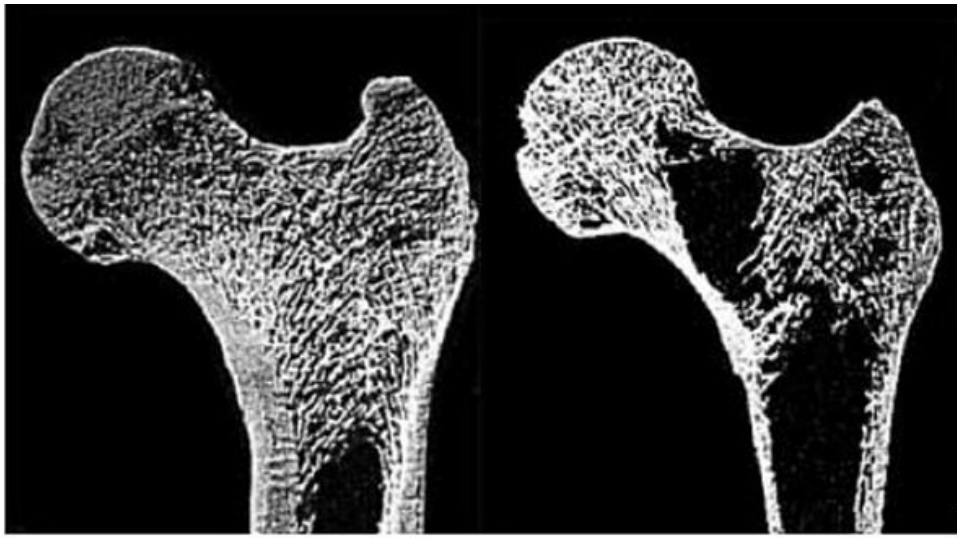
Η εμφάνιση καταγμάτων αποτελεί την κυριότερη επιπλοκή της οστεοπόρωσης. Τα περισσότερα κατάγματα επουλώνονται χωρίς να υπάρχει ανάγκη χειρουργικής επέμβασης, ενώ σπανιότερα είναι προτιμητέα η χειρουργική θεραπεία.

Τα οστεοπορωτικά κατάγματα είναι συχνά, συνοδεύονται από μεγάλη νοσηρότητα και επιβαρύνουν σημαντικά τα συστήματα υγείας. Στις ΗΠΑ κάθε χρόνο αντιμετωπίζονται περίπου 1.5 εκατομμύρια οστεοπορωτικά κατάγματα, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται 500.000 κατάγματα στη σπονδυλική στήλη, 300.000 κατάγματα ισχίου, 200.000 κατάγματα στον καρπό και 300.000 κατάγματα σε άλλα οστά. Υπολογίζεται ότι 37.000 άνθρωποι αποβιώνουν κάθε χρόνο από επιπλοκές οφειλόμενες στα οστεοπορωτικά κατάγματα. Στην Ευρώπη 1 στα 8 άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών θα υποστεί κάταγμα στην σπονδυλική στήλη ενώ 1 στις 3 γυναίκες και 1 στους 9 άνδρες άνω των 80 ετών θα υποστούν οστεοπορωτικό κάταγμα στο ισχίο.



Εικόνα 1.

Εντόπιση των σπονδυλικών καταγμάτων.

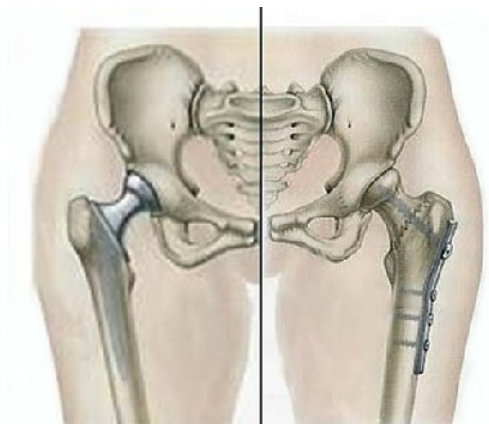


Εικόνα 2.

Σύγκριση ενός φυσιολογικού (αριστερά) και ενός οστεοπορωτικού μηριαίου οστού. Η μείωση στην οστική μάζα είναι προφανής.

Η αντιμετώπιση των οστεοπορωτικών καταγμάτων πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να προσαρμόζεται στις ανάγκες και στις λειτουργικές απαιτήσεις των ασθενών.

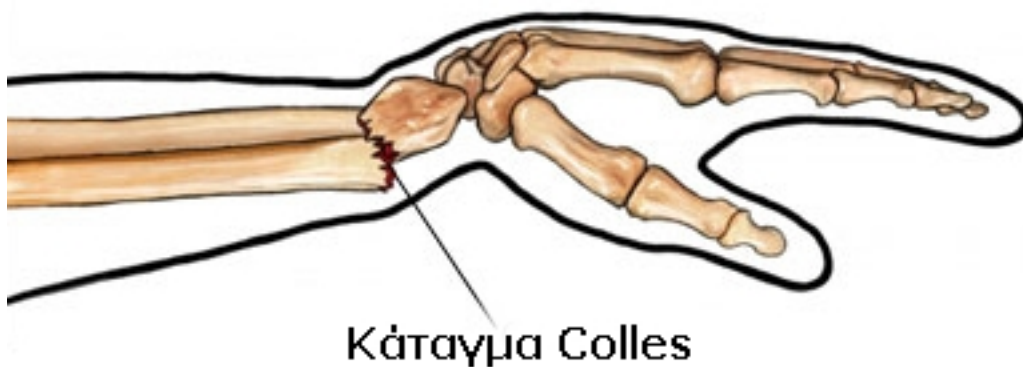
Τα *κατάγματα του ισχίου* προκαλούνται μετά από πτώση, συνήθως από την όρθια στάση και συνοδεύονται από πόνο, βράχυνση του κάτω άκρου και αδυναμία φόρτισης. Τα κατάγματα του ισχίου διακρίνονται ανάλογα με την εντόπισή τους σε υποκεφαλικά και διατροχαντήρια. Τα υποκεφαλικά κατάγματα προκαλούνται στην κεφαλή του μηριαίου οστού, ενώ τα διατροχαντήρια στην περιοχή σύνδεσης του αυχένα της κεφαλής με το μηριαίο οστό. Ο τρόπος αντιμετώπισης των καταγμάτων του ισχίου διαφέρει. Με λίγες εξαιρέσεις τα κατάγματα του ισχίου θα πρέπει να αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Τα υποκεφαλικά κατάγματα αντιμετωπίζονται με αντικατάσταση της κεφαλής του μηριαίου με τεχνητή ενδοπρόθεση διαφόρων τύπων, ενώ τα διατροχαντήρια κατάγματα αντιμετωπίζονται με οστεοσύνθεση με πλάκα και βίδες ή ενδομυελικούς ήλους. Στόχος της χειρουργικής επέμβασης είναι η όσο το δυνατόν ταχύτερη κινητοποίηση του ασθενή για την αποφυγή επιπλοκών όπως είναι η θρόμβωση. Λίγοι όμως ασθενείς επανέρχονται στο προκαταγματικό επίπεδο δραστηριότητας. Όσο μεγαλύτερη είναι η μετεγχειρητική φροντίδα, τόσο ταχύτερη και πληρέστερη είναι η ανάρρωση των ασθενών. Η ενίσχυση των ασθενών από το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει σημαντικά στην επάνοδο στην προτέρα κατάσταση.



Εικόνα 3.

Τα κατάγματα του ισχίου αντιμετωπίζονται είτε με αντικατάσταση της κεφαλής του μηριαίου (αριστερά) είτε με οστεοσύνθεση.

Τα κατάγματα στο περιφερικό άκρο του αντιβραχίου στο ύψος του καρπού είναι ιδιαίτερα συχνά και συνοδεύονται από πόνο, παραμόρφωση και αδυναμία κίνησης του καρπού. Προκαλούνται μετά από πτώση και στήριξη στην παλάμη. Τα κατάγματα αυτά εάν είναι παρεκτοπισμένα σε μεγάλο βαθμό ανατάσσονται υπό τοπική ή γενική αναισθησία και ακινητοποιούνται με γύψινο νάρθηκα για 4-6 εβδομάδες. Σε επιλεγμένα κατάγματα με σημαντική συντριβή, βλάβη του δέρματος, σημαντικό οίδημα του καρπού ή καταστροφή της αρθρικής επιφάνειας ενδείκνυται η πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης. Στόχος της επέμβασης είναι η επανατοποθέτηση των τμημάτων του οστού σε καλή θέση προκειμένου να πωρωθεί το κάταγμα, το οποίο ακινητοποιείται στη συνέχεια με εξωτερική οστεοσύνθεση, πλάκες και βίδες ή βελόνες. Ορισμένες φορές είναι αναγκαία η τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος για την επιτάχυνση της πώρωσης. Η πλημμελής αντιμετώπιση αυτών των καταγμάτων οδηγεί σε πόνο, παραμόρφωση και δυσκαμψία του καρπού.

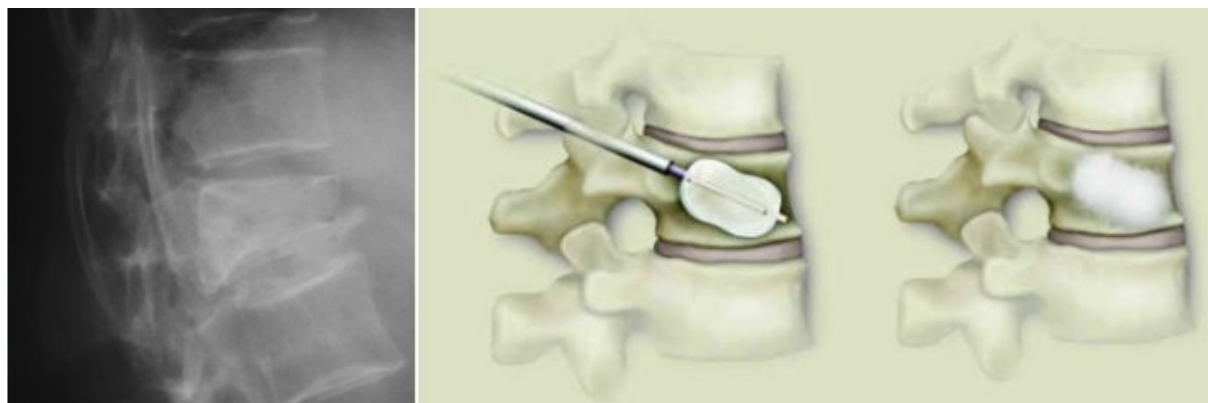


Εικόνα 4. Κάταγμα στον καρπό με ραχιαία παρεκτόπιση.

Τα κατάγματα του ώμου προκαλούν σημαντική δυσλειτουργία στο άνω άκρο. Εάν η συντριβή του βραχιονίου είναι μεγάλη ενδείκνυται η χειρουργική θεραπεία με στόχο την αποκατάσταση της φυσιολογικής ανατομικής κατασκευής του οστού. Αυτό επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος, βελονών, πλακών και βιδών ή σε ορισμένες περιπτώσεις με αντικατάσταση του άνω άκρου του βραχιονίου με τεχνητή ενδοπρόθεση, όπως γίνεται και στα κατάγματα του ισχίου. Η συμμόρφωση του ασθενή στο μετεγχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης είναι αναγκαία για την επίτευξη ενός καλού αποτελέσματος.

Τα συχνότερα οστεοπορωτικά κατάγματα είναι τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης. Η εμφάνιση ενός κατάγματος της σπονδυλικής στήλης αποτελεί προειδοποίηση για την πρόκληση καταγμάτων και σε άλλες θέσεις του σώματος. Οι σπόνδυλοι έχουν υπό φυσιολογικές συνθήκες μορφή κύβου και περιέχουν

σπογγώδες οστό. Η μείωση του πάχους του σπογγώδους οστού έχει ως αποτέλεσμα την υποχώρηση του οστού και την καθίζηση του σπονδύλου. Ως συνέπεια μειώνεται το ύψος του ασθενή και παρουσιάζεται πόνος στη ράχη. Τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης μπορεί όμως να εκδηλώνονται και προοδευτικά εντός αρκετών ετών με αποτέλεσμα τη μείωση του ύψους και την παραμόρφωση των σπονδύλων. Επιπλέον ένας σπόνδυλος είναι δυνατό να υποστεί θραύση απότομα, να μειωθεί πολύ το ύψος του και να παραμορφωθεί σημαντικά. Η δημιουργία ενός σπονδυλικού κατάγματος έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση σημαντικού πόνου, ο οποίος παραμένει για αρκετό χρονικό διάστημα. Τα περισσότερα σπονδυλικά κατάγματα αντιμετωπίζονται συντηρητικά με παυσίπονα φάρμακα ή ειδικές ζώνες στήριξης. Σε επιλεγμένα περιστατικά και σε νέα σχετικά άτομα ενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση με τη μέθοδο της σπονδυλοπλαστικής ή της κυφοπλαστικής. Με αυτές τις μεθόδους τοποθετείται δια του δέρματος και υπό τοπική αναισθησία μία ειδική βελόνα εντός του σπονδύλου. Στο άκρο της βελόνας βρίσκεται ένα ειδικό μπαλόνι, το οποίο ανυψώνει το σπόνδυλο που έχει υποστεί καθίζηση. Ακολούθως εγχύεται ειδικό ακρυλικό τσιμέντο εντός του σπονδύλου προκειμένου να γίνει αρκετά ισχυρός ώστε να αντέξει τα φορτία που ασκούνται στη σπονδυλική στήλη. Οι ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο μετά από λίγη ώρα και μπορούν να επανέλθουν στις συνήθεις δραστηριότητές τους εντός 48 ωρών. Ο πόνος από το σπονδυλικό κάταγμα εξαφανίζεται άμεσα. Η μέθοδος όμως αυτή βρίσκεται ακόμα σε διαδικασία εξέλιξης και ενδείκνυται μόνο σε επιλεγμένους ασθενείς.



Εικόνα 5.

Κάταγμα ενός οστεοπορωτικού σπονδύλου, το οποίο αντιμετωπίζεται με τη μέθοδο της κυφοπλαστικής.

Τα οστεοπορωτικά κατάγματα παρουσιάζουν σημαντικές ιδιαιτερότητες και δυσκολίες όσον αφορά στην αντιμετώπιση. Σκοπός κάθε θεραπευτικής παρέμβασης είναι η αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ασθενή εντός του φυσικού του περιβάλλοντος και η διατήρηση της δυνατότητας αυτόνομης λειτουργίας. Η συμβολή της οικογενείας είναι ιδιαίτερα σημαντική στη μετεγχειρητική αποκατάσταση των ασθενών.

