

A humerus álízület sebészi kezelése egy többször műtött beteg esetén

Török Barna¹, Bătaga Tiberiu², Márton Dénes¹, Solyom Árpád², Deák Imre Barna¹

¹Maros Megyei Sürgősségi Kórház, 1.sz. Ortopédia és Traumatológia Klinika,

²Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, 2.sz. Ortopédia és Traumatológia Tanszék

Tratamentul chirurgical al pseudartrozei de humerus la un pacient operat de mai multe ori

Printr-un caz clinic elocvent a unei pseudartroze, autorii atrag atenția asupra importanței diagnosticării precoce și a tratamentului corect care sunt necesare pentru o vindecare completă. La clinica de Ortopedie și Traumatologie I Târgu Mureș se formulează diagnosticul de pseudartroză care este rezolvat prin osteosinteză cu placă și șuruburi. După 6 luni materialul de osteosinteză s-a degradat, fapt pentru care s-a practicat cura pseudartrozei, osteosinteză cu tijă centromedulară zăvorâtă și cu placă și șuruburi. În cazul de față la reoperație suplimentarea tijei centromedulare cu placă și șuruburi asigură stabilitatea focarului și în același timp previne celelalte complicații ale fracturii de humerus.

Cuvinte cheie: humerus, pseudartroză, osteosinteză, tijă centromedulară

The surgical treatment of a patient with humerus pseudoarthrosis whit multiple operations

The authors, based on a specific clinical case of pseudoarthrosis draw attention to the importance of early diagnosis and proper treatment which are indispensable for a complete recovery. The pseudoarthrosis is diagnosed at the Clinic of Orthopaedics and Traumatology I. Târgu Mureș and solved in open reduction, internal fixation with plate and screws. After six months the damaged implant was removed, the treatment of the pseudoarthrosis was carried out by osteosynthesis with intramedullary nail and plate with screws. In this case adding the plate with screws to the intramedullary nail in reoperation assures stability and at the same time prevents the other complications of the fractured upper arm.

Keywords: humerus, pseudoarthrosis, osteosynthesis, intramedullary nail

Orvostudományi Értesítő, 2010, 83 (1): 55-57

www.orvtudert.ro

A törések kezelése során a traumatológus célja a callusképződés, illetve a törésátépülés ideális feltételeinek biztosítása, a törésgyógyulás zavartalan és minél tökéletesebb lezajlása. A traumatológiai szakkönyvek általában részletesen áttekintik a törésgyógyulás menetét, az elsődleges angiogén vagy más néven kontakt gyógyulás, illetve a másodlagos, callusképződéssel járó vagy részgyógyulás lefolyásának fázisait [2]. Az évtizedekkel korábban ideálisnak tartott kontakt törésgyógyulás elérése a minél stabilabb, „rigid” osteosynthesisekre való törekvésben nyilvánult meg. Abban az időben a különböző lemezes szintézisek uralták a műtéti technikát. A nyolcvanas években azonban nyilvánvalóvá vált, hogy a bőséges callusképződéssel járó részgyógyulás után a sérült csont terhelhetősége lényegesen jobb a callus nélkül átépült töréseknél. A jó callusképződés feltétele a törésben megmaradó mikromozgások gerjesztette mechanikai hatás, ezért a korábbi rigid szintéziseket a rugalmasabb eljárások váltották fel. Ezek legismertebb formái a különböző intramedullaris rögzítések (velőúrszegek stb.). Ha nem kellően stabil a szintézis, illetve a törési gócban a kívánatosnál nagyobb mértékű mozgás marad vissza a törtvégek között, akkor – amennyiben a törésgyógyulás egyéb feltételei adottak – hipertrófiás álízület alakulhat ki. Gyakran előfordul azonban, hogy bár látszólag a törésgyógyulás feltételei minden szempontból adottak – tehát megfelelő a törtvégek illeszkedése, jó a környező lágy részek álla-

pota, vérellátása, és a sérültnek nincs lényeges, a törésgyógyulást befolyásoló betegsége –, mégsem gyógyul a törés. Az ilyen, biológiai okokra visszavezethető törésgyógyulási zavarokban úgynevezett atrófiás álízület alakul ki, a törtvégek elvékonyodnak, a törési rés kitágul [1, 3, 6, 8, 9].

Szakirodalmi adatok szerint az össz törések 3%-a érinti a humerus diafizist, amelyeket konzervatívan kezelve 2-3%-ban alakul ki álízület, melynek leggyakoribb oka a tört végek elégtelen illetve hiányzó kontaktusa. Sebészi kezelés esetén az álízület előfordulása 6-16%, amelynek oka legtöbbször a góc elégtelen vérellátása, az elégtelen repozíció és a nem megfelelő rögzítés [2, 4, 5].

Célkitűzés

A dolgozat célja felhívni a figyelmet az álízület korai felismerésének és helyes kezelésének fontosságára egy sajátos klinikai eset alapján.

Anyag és módszer

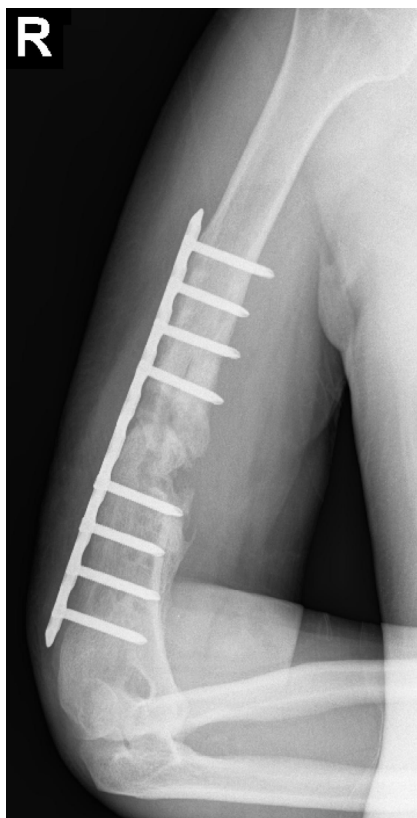
Egy 30 éves férfi beteg 2007 októberében autóbaleset következtében jobb oldali felkartörést szenved. A humerus középső 1/3-án létrejött darabos törést csavarlemezes csontrögzítéssel kezelték egy más intézetben. A műtét után 6 hónappal a törést gyógyultnak minősítették és az osteosynthesises anyagot eltávolították. Ezt követően a beteg a mindennapi tevékenysége során a végtag erőtlenségéről panaszkodik, amihez fájdalom és instabi-

Dr. Török Barna

540113 Marosvásárhely - Târgu Mureș

Aleea Constructorilor 15/17

e-mail cím: torokbarni@yahoo.com



1. ábra. Synthes csavar-lemezes rögzítés



2. ábra. Reteszelt velőürszegzés és csavar-lemezes csonttrögzítés



3. ábra. 6 hetes kontroll röntgenkép csonttrögzítés

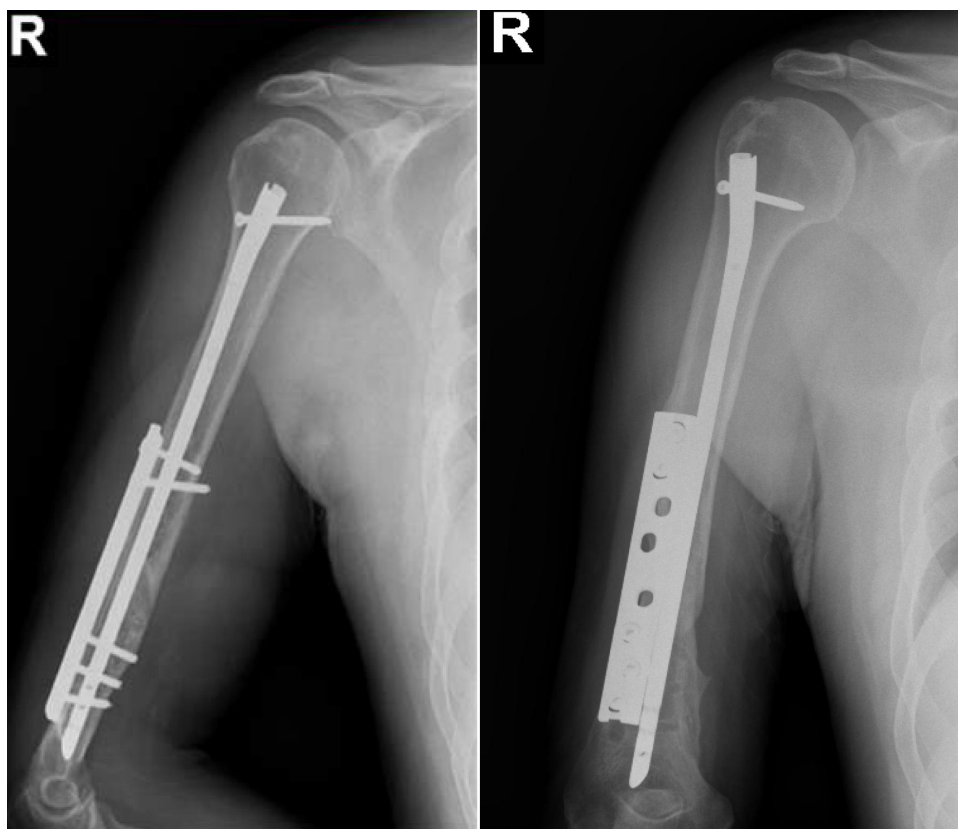
litás is társult. Ezen panaszokkal jelentkeztek 2008 júliusában a marosvásárhelyi 1. sz. Ortopédiai és Traumatológiai Klinikán, ahol állízületet diagnosztizáltunk, amit nyílt fel-tárársban végeztünk, a spina iliaca antero-superiorból nyert csontgrafttal és Synthes csavar-lemezes rögzítéssel kezel-tünk (1. ábra).

A beteg 6 hónap múlva ismételt fájdalomról és insta-bilitásról panaszokozik az implantátum károsodása miatt. A kórelőzményből kiderült, hogy túl hamar kezdte meg a fizikai terhelést és egy hirtelen, erőltetett mozgás köv-etkeztében sérülhetett meg az implantátum. Ez egy újabb műtéti beavatkozást igényelt, amely során a károsodott implantátumot eltávolítottuk, az állízületi gócot felfrissít-tettük, illetve reteszelt velőürszegzést és csavar-lemezes csonttrögzítést végeztünk (2. ábra) és a végtagot 4 hétig gipszsinben rögzítettük. A 6 hetes kontroll röntgenképen megfigyelhető a callusképződés (3. ábra), de még nincs teljes gyógyulás. A beteg általános állapota jó volt, nem panaszokozott végtagfájdalomról és megkezdte a rehabi-litációt/rekuperációt egy erre szakosodott központban.

A következő ellenőrzésre 8 hónap múlva jelentkezett és az ekkor készített röntgenfelvételen a törési rés eltűnése látható, ami azt jelenti, hogy a törési végék között létre-jött a csontos összeköttetés (4. ábra). Ezt követően a beteg megkezdte a végtag fokozatos terhelését és a műtét után 9 hónappal teljes értékű munkát végzett.

Megbeszélés

Egy 1998-as AO statisztika szerint 98%-os sikerrel alkalmazták a lemez-csavaros osteosynthesist társítva csontgraft beültetéssel, mint jelen esetben, darabos törés esetén. A szegzések technikáról végzett tanulmányukban nagyon jó eredmény 90%-ban érhető el és 91%-ban a betegek meg vannak elégedve a funkcionális eredménnyel. Mindkét tanulmányban a kor, a beteg foglalkozása, csontállománya, rehabilitációs kezelése és tudatos együtt-működése nagyon fontos volt [7]. Jelen esetben a beteg fegyelmezetlen volt, beismerte hogy túl hamar kezdte



4. ábra. 8 hónapos kontroll röntgenkép

meg a fizikai aktivitást, ami a lemez töréséhez vezetett, késleltetvén ezáltal a gyógyulás folyamatát. A bemutatott eset alapján elmondható, hogy az ízületi góc felújítása mellett a velőürszegés társítása csavar-lemezzel a választandó megoldás.

Következtetés

A töréskezelés során észlelt szövődmények közül a törésgyógyulás elhúzódása, illetve az ízület kialakulása akár többszörösére nyújthatja a betegek gyógyulásának, rehabilitációjának idejét. A reoperációnál a velőürszegés pótlása lemez-csavarral biztosítja a góc stabilitását és megelőzi a felkar törések más szövődményeit, mint anguláció, rotáció vagy rövidülés. Ez az eset tükrözi, hogy több elengedhetetlen tényező játszik közre a törésgyógyulásban, mint például a beteg kora, foglalkozása, csontállománya, rehabilitációs kezelése és tudatos együttműködése. A sebész feladata és felelősége, hogy figyelembe véve a fentebb említett tényezőket kiválassza a rendelkezésére álló technikák közül a csontgyógyulás szempontjából a legtöbb előnyt biztosító módszert.

Irodalom

1. Antonescu D.M. – *Patologia aparatului locomotor I.*, Ed. Medicală, Bukarest. 2008, 873-879, 250-254.
2. Cziffer E. – *Operatív töréskezelés*, Springer Kiadó, Budapest. 1997, 67-79, 331-341, 615-637.
3. Fontanesi G., Traina G.C, Giancetti F. et al. – *Slow healing fractures: can they be prevented?* Italian Journ of Orthopedics and Traum. 1986, 12: 371-385.
4. Kienast B., Wurm M., Seide K. et al. – *Therapy of Non-Union of the Humeral Diaphysis-Comparison Between Locked and Conventional Implants.* Surgery Journal, 2008, 3(1): 13-16.
5. Nagy Ö., Gergely I. – *A mozgásszervek traumatológiája*, Studium Alapítvány Kiadó, Marosvásárhely. 2008, 73-78.
6. Renner A. – *Traumatológia*, Medicina Kiadó, Budapest, 2004, 53-59.
7. Rüedi T.P., Murphy W.M. – *AO Principles of Fracture Management*, Thieme Kiadó, 2000, vol. 1: 127-139, 505-521, vol. 2: 595-609.
8. Szendrői M. – *Ortopédia*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2005, 13-15.
9. Velde T., Van der Werken C. – *Plate osteosynthesis for pseudarthrosis of the humeral shaft.* Injury, 2001, 32: 621-624.