

## ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΟΥ ΕΣΩ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΟΜΗΡΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΣΤΟ ΎΨΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΑΣ

Μ. Λυκίσσας<sup>1</sup>, Σ. Parikh<sup>2</sup>, Ι. Γκιάτσας<sup>1</sup>, Ι. Κώστας-Αγνάντης, Μ. Βεκρής<sup>1</sup>, Α. Κορομπίλιας<sup>1</sup>, Ε. Wall<sup>2</sup>, Α. Μπερής<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

<sup>2</sup>Department of Pediatric Orthopaedics, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Ohio, USA

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η εκτίμηση της μεταβολής του ύψους της επιγονατίδας σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε επέμβαση ανακατασκευής του έσω επιγονατιδομηριαίου συνδέσμου λόγω επιγονατιδικής αστάθειας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Εξετάστηκαν οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές πλάγιες ακτινογραφίες του γόνατος 38 εφήβων ασθενών που υπεβλήθησαν σε επέμβαση ανακατασκευής του έσω επιγονατιδομηριαίου συνδέσμου από το 2005 έως το 2011. Σε όλες τις ακτινογραφίες μετρήθηκε ο λόγος Insall-Salvati, ο λόγος Blackburne-Peel, ο λόγος Caton-Deschamps και η γωνία μεταξύ της επιγονατίδας και του κνημιαίου πλατώ ώστε να προσδιοριστούν οι διαφορές στο ύψος της επιγονατίδας. Οι ίδιοι δείκτες μετρήθηκαν και στις πλάγιες ακτινογραφίες του γόνατος 25 εφήβων που είχαν αντιμετωπιστεί συντηρητικά για διαχωριστική οστεοχονδρίτιδα του γόνατος (ομάδα μάρτυρας).

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των ασθενών που υπεβλήθησαν σε ανακατασκευή του έσω επιγονατιδομηριαίου ήταν 14.2 έτη (εύρος 13.4-15.8 έτη) και ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 10.7 μήνες (εύρος 2.3-23.9 μήνες), ενώ για τους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά 12.1 έτη (εύρος 9.9-12.9 έτη) με μέσο χρόνο παρακολούθησης 6 μήνες (εύρος 5.4-6.3 μήνες). Προεγχειρητικά, οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ανακατασκευή του έσω επιγονατιδομηριαίου συνδέσμου εμφάνιζαν μεγαλύτερο ύψος της επιγονατίδας σε όλους τους δείκτες και σε στατιστικά σημαντικό βαθμό συγκρινόμενοι με την ομάδα μάρτυρα τόσο πριν όσο και μετά την εξομοίωση για την ηλικία και το φύλο. Οι ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ανακατασκευή του έσω επιγονατιδομηριαίου συνδέσμου παρουσίασαν μείωση στο ύψος της επιγονατίδας όπως αυτό εκτιμήθηκε με τους δείκτες Blackburne-Peel ( $p=0.002$ ) και Caton-Deschamps ( $p=0.012$ ), ώστε μετεγχειρητικά να μην υπάρχει διαφορά στους δείκτες αυτούς μεταξύ των δύο ομάδων ( $p=0.35$  και  $p=0.67$  αντίστοιχα). Μετά την ανακατασκευή του έσω επιγονατιδομηριαίου συνδέσμου, η μεταβολή των δεικτών του ύψους της επιγονατίδας δεν διέφερε μεταξύ των ασθενών με περισσότερο ή λιγότερο από ένα χρόνο παρακολούθησης.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη αποδεικνύει τη μετεγχειρητική μείωση του ύψους της επιγονατίδας στους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε επέμβαση ανακατασκευής του έσω επιγονατιδομηριαίου συνδέσμου για αστάθεια της επιγονατίδας. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται για τον καθορισμό της μακροπρόθεσμης επίδρασης της ανακατασκευής του έσω επιγονατιδομηριαίου συνδέσμου στο ύψος της επιγονατίδας.

## **ΔΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ . Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΙΑΣ ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΣΥΓΓΕΝΟΥΣ ΔΙΑΜΑΡΤΙΑΣ**

Ν. Λαλιώτης, Δ. Τσιπούρας, Μ. Καρανάσσοσ, Γ. Γεωργακάκης, Ι. Κύρκος  
*Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου Παπαγεωργίου*

Ο διπλασιασμός του αντίχειρα αποτελεί ιδιαίτερα σπάνια συγγενή διαμαρτία του άνω άκρου. Σκοπός της εργασίας είναι να δείξουμε την πολυπλοκότητα της βλάβης και την τεχνική της χειρουργικής διόρθωσης των ασθενών μας.

**Ασθενείς & Μέθοδος:** Παρουσιάζουμε μια σειρά από 16 παιδιά με διπλασιασμό του αντίχειρα. Σε όλα τα παιδιά, πλην ενός, η βλάβη ήταν ετερόπλευρη. Δεν υπήρχε θετικό οικογενειακό ιστορικό. Η ακτινολογική εξέταση είναι επαρκής για την ταξινόμηση της διαμαρτίας. Χρησιμοποιήθηκε η κατάταξη Wassel, που περιγράφει το ύψος του διπλασιασμού του αντίχειρα. Στον τύπο I ανήκουν 3 παιδιά, στο τύπο II 4 παιδιά ( ονυχοφόρος φάλαγγα), στον τύπο III 2 παιδιά, στον τύπο IV 5 ασθενείς ( η συχνότερη μορφή στην σειρά μας με πλήρη διπλασιασμό της εγγύς φάλαγγας) και 2 ασθενείς στο τύπο V. Δεν είχαμε ασθενείς με πλήρη διπλασιασμό του μετακαρπίου και δεν είχαμε παιδιά με τριφαλλαγισμό του διπλού αντίχειρα. Στους διπλασιασμούς τύπου III , IV, V υποπλασία αναλογικά υπήρχε στον κερκιδικά ευρισκόμενο αντίχειρα. Εξαίρεση σε μία ασθενής τύπου IV με υποπλασία του ωλένιου αντίχειρα. Στους τύπους I και II υπήρχε αναλογικά ίδιο μέγεθος.

**Αποτελέσματα:** Η χειρουργική επέμβαση έγινε από 8 έως 18 μηνών. Ο σκοπός της χειρουργικής διόρθωσης είναι η επίτευξη ενός εύκαμπτου σταθερού αντίχειρα, με καλό άξονα και δυνατότητα αντίθεσης με τα άλλα δάκτυλα. Η χειρουργική αντιμετώπιση γινόταν με κριτήριο την ταξινόμηση. Στις βλάβες τύπου I και II έγινε σε 2 παιδιά συνένωση των φαλάγγων με τροποποιημένη μέθοδο ανασχηματισμού του όνυχα και προσπάθεια διατήρησης της επιφυσιακής πλάκας ( Billhaut Cloquet). Στους άλλους 5 ασθενείς έγινε αφαίρεση της ονυχοφόρου, τροποποίηση της εγγύς φάλαγγας, διόρθωση στην κατάφυση των τενόντων και ανακατασκευή του ΦΦ κερκιδικού συνδέσμου. Στις κεντρικότερες βλάβες ( III – V) μετά την αφαίρεση του υποπλαστικού αντίχειρα, έγινε ανακατασκευή του μεγέθους του μετακαρπίου, επιμελής τοποθέτηση του απαγωγού του αντίχειρα και ανακατασκευή του ΜΚΦ κερκιδικού συνδέσμου. Έγινε διόρθωση των τενόντων και σε ένα ασθενή οστεοτομία του μετακαρπίου. Ιδιαίτερη προσοχή στην σταθερότητα απαιτήθηκε στην ασθενή που αφαιρέθηκε ο ωλένιος αντίχειρας. Η σταθεροποίηση βοηθήθηκε με διεκβολή βελονών Kirschner.

**Συμπεράσματα:** Ο διπλασιασμός του αντίχειρα απαιτεί ακριβή σχεδιασμό για την διόρθωση της βλάβης και δεν μπορεί να γίνεται με απλή αφαίρεση του υποπλαστικού τμήματος. Το παραμένον τμήμα είναι μικρότερο, έχει δυσκαμψία αλλά παρουσιάζει, όταν αντιμετωπισθεί σωστά, καλή δυνατότητα αντίθεσης κατά την σύλληψη.

**Η ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΡΑΙΒΟΪΠΠΟΠΟΔΙΑΣ, ΜΕΣΩ ΨΗΦΙΑΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΚΡΟΥ**

Β. Γεωργίου, Ν. Λαλιώτης, Ι. Κύρκος

*Γ Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ. , ΓΝ «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη*

Η ιδιοπαθής ραιβοίπποποδία (ΣΡΙΠ) είναι μια σύνθετη παραμόρφωση του ποδιού, στο τρισδιάστατο επίπεδο. Υπάρχουν ελάχιστα συστήματα αξιολόγησης και ταξινόμησης της παραμόρφωσης. Σκοπός\_ της ερευνητικής μελέτης μας είναι η αντικειμενική καταγραφή και ταξινόμηση της βαρύτητας της ΣΡΙΠ, με τη βοήθεια ψηφιακής απεικόνισης.

**Ασθενείς – Μέθοδος:** Πρόκειται για μια σειρά 120 νεογνών και βρεφών με ΣΡΙΠ (σε 18% η παραμόρφωση ήταν αμφοτερόπλευρη). Μετά από ένα πλήρη κλινικό έλεγχο, τα βρέφη τοποθετούνται σε κατάλληλη θέση και με την βοήθεια ψηφιακής κάμερας γίνονται διαδοχικές λήψεις των κάτω άκρων, σε μια συγκεκριμένη σειρά προβολών .

Γίνεται καταγραφή της παραμόρφωσης στο μετωπιαίο επίπεδο, στο πλάγιο επίπεδο και σε πελματιαία λήψη. Στην συνέχεια γίνεται ψηφιακή επεξεργασία της φωτογραφίας, με μέτρηση καθορισμένων σταθερών ανατομικών σημείων, μετρώντας με ακρίβεια σε ψηφιακό επίπεδο την παραμόρφωση. Καθορίζονται και καταγράφονται οι γωνίες παραμόρφωσης σε μετωπιαίο και πλάγιο επίπεδο και η παραμόρφωση του πέλματος.

**Αποτελέσματα:** Επιτυγχάνεται η ακριβής μέτρηση των γωνιών απόκλισης για κάθε ασθενή με ραιβοίπποποδία, ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Η μέτρηση είναι ευχερής και γρήγορη και επιτρέπει την επαναληψιμότητα. Συγκρίνουμε ανά διαστήματα την βελτίωση που επιτυγχάνεται με την θεραπεία. Έχοντας καθορίσει τις φυσιολογικές τιμές των μετρήσεων στο υγιές πόδι, ομαδοποιήσαμε τις αποκλίσεις των γωνιών στις 3 μετρήσεις, με αποκλίσεις ανά 10μ για κάθε μέτρηση, από την φυσιολογική γωνία. Δημιουργήσαμε 3 ομάδες βαρύτητας της πάθησης, ανάλογα με την απόκλιση των γωνιών. Η διάκριση είναι ανάλογη της κλινικής αξιολόγησης της ραιβοίπποποδίας σε ελαφρά, μέσης βαρύτητος και βαριά παραμόρφωση.

**Συμπέρασμα:** Παρουσιάζουμε μια ακριβή καταγραφή της παραμόρφωσης της ραιβοίπποποδίας με απλή ψηφιακή κάμερα. Επιτρέπει την ακριβή βαθμολόγηση της παραμόρφωσης, ελέγχει την βελτίωση και χρησιμεύει για την πρόγνωση της θεραπευτικής παρέμβασης.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΔΥΟ ΟΜΑΔΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΕΦΗΒΙΚΗ ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟ ΧΡΟΝΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΒΟΣΤΟΝ 25 ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ**

**Σ. Πέλλιος<sup>1</sup>, Ε.Κενανίδης<sup>1</sup>, Μ.Ποτούπνης<sup>1</sup>, Ε.Τσιρίδης<sup>1</sup>, Φ.Σαιεχ<sup>1</sup>, Γ.Πετσατώδης<sup>2</sup>, Ι.Κύρκος<sup>1</sup>, Γ.Καπετάνος<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική – Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης- Γ.Ν. Παπαγεωργίου, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική – Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης- Γ.Ν. Παπανικολάου*

**Σκοπός:** Η σύγκριση των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων της συντηρητικής αντιμετώπισης Εφηβικής Ιδιοπαθούς Σκολίωσης (ΕΙΣ) με κηδεμόνα Boston μεταξύ δύο ομάδων ασθενών με διαφορετικό ημερήσιο χρόνο εφαρμογής του κηδεμόνα, 25 έτη μετά την αφαίρεση του.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** 101 ασθενείς με ΕΙΣ που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά στο παρελθόν με κηδεμόνα Boston αναζητήθηκαν 25 χρόνια μετά την εφαρμογή του. Οι ασθενείς χωρίστηκαν αναδρομικά σε δύο ομάδες ανάλογα με τον ημερήσιο χρόνο εφαρμογής του κηδεμόνα. Στην πρώτη ομάδα (Full Time Application/ FTA) εντάχθηκαν ασθενείς που έκαναν θεραπεία 23 ώρες ημερησίως και στη δεύτερη ασθενείς που δεν εφάρμοζαν κηδεμόνα στο σχολείο ( 18 ώρες ημερησίως) (Part Time Application/ PTA). Υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο καθώς και έλεγχο ποιότητας ζωής ( SF-36, SRS-22 και ODI). Τα αποτελέσματα μεταξύ των ομάδων συγκρίθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, στην άμεση περίοδο αφαίρεσης του κηδεμόνα και 25 έτη μετά την αφαίρεση του κηδεμόνα.

**Αποτελέσματα:** Στην ομάδα FTA εντάχθηκαν 42, ενώ στην ομάδα PTA 32 ασθενείς . Οι δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμες ως προς την ηλικία , το φύλο , BMI, τύπο εργασίας , συνοσηρότητα, οικογενειακή κατάσταση , αριθμός τέκνων και άλλα δημογραφικά στοιχεία. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο εύρος του κύριου σκολιωτικού κυρτώματος ( γωνία Cobb) προ εφαρμογής του κηδεμόνα ( $p=0.32$ ), κατά την εφαρμογή του κηδεμόνα ( $p=0.656$ ), στο άμεσο διάστημα αφαίρεσης του κηδεμόνα ( $p=0.512$ ) και στα 25 έτη μετά την αφαίρεση του κηδεμόνα ( $p=0.587$ ).

**Συμπεράσματα:** Με βάση τα μακροχρόνια αποτελέσματα της εργασίας μας υποστηρίζουμε τη μη εφαρμογή του κηδεμόνα στο σχολείο κατά τη συντηρητική αντιμετώπιση της Ιδιοπαθούς Εφηβικής Σκολίωσης.



**ΠΑΝΑΣΤΡΑΓΑΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΔΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕΙΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Κ. Παπαβασιλείου<sup>1</sup>, Σ. Προβελέγγιος<sup>2</sup>, Μ. Καρανάσσο<sup>1</sup>, Δ. Τσιπούρας<sup>1</sup>, Σ. Κολιατζάκης<sup>1</sup>, Σ. Αδάμ<sup>1</sup>, Μ. Κύρκος<sup>1</sup>, Φ. Σάιεχ<sup>1</sup>, Ι. Κύρκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ' Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου,

<sup>2</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Αθηνών Λαϊκό

**Σκοπός:** Η παναστραγαλική αρθρόδεση (ΠΑ) θεωρείται ως η τελική εναλλακτική λύση πριν τον ακρωτηριασμό. Βασικές της ενδείξεις είναι ο πόνος, η παραμόρφωση και η αστάθεια του ποδιού. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων της ΠΑ στις γειτονικές αρθρώσεις και στην ικανότητα βάδισης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενείς πάσχοντες από υπολλειμματική νόσο κατόπιν πολιομυελίτιδας, οι οποίοι υποβλήθηκαν (1953-1973) σε ΠΑ σε ένα χρόνο, εντάχθηκαν στη συγκεκριμένη αναδρομική μελέτη σειράς ασθενών. Όλοι εξετάσθηκαν κλινικά, απάντησαν στο ερωτηματολόγιο SF-36 και σε ένα ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο ειδικά για την αρθρόδεση.

**Αποτελέσματα:** Εικοσι-ένας ασθενείς (16 άνδρες, πέντε γυναίκες) με μέση ηλικία τα 19 έτη κατά την επέμβαση (εύρος: 14-26) και τα 62,8 έτη κατά την τελευταία επανεξέταση (εύρος: 51-79) αποτέλεσαν την ομάδα της μελέτης. Ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης ήταν 42,8 (εύρος: 33-53) έτη. Δέκα ασθενείς εκδήλωσαν άμεσα μετεγχειρητικές επιπλοκές (επούλωση τραύματος: οκτώ, λοίμωξη: δύο). Τα απώτερα αποτελέσματα ήταν πολύ καλύτερα (μέσες τιμές Short Form-36: συνολικό = 71/100, "Σωματική Λειτουργικότητα" = 50.5/100, όλες οι υπόλοιπες ενότητες του ερωτηματολογίου >70/100). Δεκατέσσερις ασθενείς ανέφεραν επανειλημμένα επεισόδια γοναλγίας σύστοιχα, οι περισσότεροι από τους οποίους (12) με σταδιακή έναρξη σε ένα διάστημα 20,4 ετών μετά την επέμβαση (εύρος: 15-29). Η θέση της αρθροδεμένης ποδοκνημικής άρθρωσης δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη δευτεροπαθούς γοναλγίας σύστοιχα ( $p>0.005$ ) και στο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την επέμβαση μέχρι την εμφάνιση γοναλγίας σύστοιχα ( $p>0.005$ ).

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται ότι όταν η ΠΑ πραγματοποιείται σε προσεκτικά επιλεγμένους ασθενείς, αποτελεί μια αξιόπιστη θεραπευτική μέθοδο η οποία προσφέρει ένα σταθερό και ανώδυνο άκρο πόδι στον ασθενή.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ MANCHESTER ΚΑΙ ΤΟΥ AMERICAN ORTHOPEDIC FOOT AND ANKLE SOCIETY (AOFAS) SCORE ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΛΑΙΣΟ ΜΕΓΑΛΟ ΔΑΚΤΥΛΟ**

Κ. Ηλιού<sup>1</sup>, Γ. Παρασκευάς<sup>2</sup>, Χ. Γκέκας<sup>1</sup>, Α. Βρεπτάκος<sup>1</sup>, Α. Μπαρμπούτη<sup>1</sup>, Π. Κιτσούλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

<sup>2</sup>Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Στην παρούσα μελέτη, σκοπό έχουμε να μελετήσουμε την συσχέτιση της κλίμακας Manchester με το AOFAS score σε ασθενείς με βλαισό μεγάλο δάκτυλο.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης περιλαμβάνει 181 άκρους πόδες με βλαισό μεγάλο δάκτυλο από 122 συμμετέχοντες στη μελέτη και 424 άκρους πόδες χωρίς βλαισό δάκτυλο από 212 υγιείς συμμετέχοντες. Η αξιολόγηση της βαρύτητας του βλαισού δακτύλου έγινε με την κλίμακα Manchester και το AOFAS score. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS (έκδοση 18).

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με την κλίμακα Manchester 70.1% των άκρων ποδιών ήταν φυσιολογικά, 14% εμφάνιζαν ήπιου βαθμού βλαισό μεγάλο δάκτυλο, 11.1% μέτριου βαθμού και 4.8% σοβαρού βαθμού βλαισό δάκτυλο. Το συνολικό AOFAS score στην ομάδα ελέγχου ήταν 99.14. Σε ήπια και μέτρια διαταραχή βλαισού δακτύλου ήταν 86.20 και 68.19 αντίστοιχα, ενώ σε σοβαρή διαταραχή το σκορ ήταν 44.69. Στατιστικά σημαντικές διαφορές του AOFAS score βρέθηκαν ανάμεσα στις βαθμίδες της κλίμακας Manchester ( $p=0.000$ ). Ισχυρές θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν ανάμεσα στο AOFAS score και τις γωνίες απαγωγής μεγάλου δακτύλου και πρώτου – δεύτερου μεταταρσίου ( $p=0.000$ ).

**Συμπεράσματα:** Το AOFAS score σχετίζεται με την κλίμακα Manchester και τις γωνίες απαγωγής μεγάλου δακτύλου και πρώτου – δεύτερου μεταταρσίου. Όσο αυξάνει η σοβαρότητα της διαταραχής του βλαισού δακτύλου, τόσο μειώνεται το AOFAS score.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΜΕ ΜΕΤΑΛΙΚΑ Η ΒΙΟΑΠΟΡΡΟΦΗΣΙΜΑ ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΕΞΩΓΕΝΗ ΕΓΧΥΣΗ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΚΟΝΙΚΛΟΥΣ**

Π.Σαββίδης<sup>1</sup>, Π. Γκιβίσης<sup>1</sup>, Α. Χέβα<sup>2</sup>, Α. Παπαλόης<sup>3</sup>, Α. Χριστοδούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη, <sup>2</sup> Παθολογοανατομικό τμήμα, Νοσοκομείο Γ. Παπανικολάου, Θεσσαλονίκη,

<sup>3</sup> Ερευνητικό και Πειραματικό τμήμα ELPEN AE

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι η σύγκριση της επίπτωσης της λοίμωξης σε οστεοσύνθεση με μεταλλικά και βιοαπορροφήσιμα υλικά μετά από έγχυση μικροβιακού παράγοντα σε κόνικλους. (New Zealand white rabbits)

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν δύο ομάδες. Η ομάδα Α (20 κουνέλια) στα οποία τοποθετήθηκε μεταλλική πλάκα φαλάγγων 2 οπών στο μηριαίο τους. Κατά τη διάρκεια της οστεοσύνθεσης έγινε έγχυση στελέχους *Pseudomonas Aeruginosa* μεσαίας λοιμογόνου δύναμης απομονωθείσα από ασθενή με χρόνια οστεομυελίτιδα. Μετά από ολονύκτια καλλιέργεια ετοιμάστηκε διάλυμα  $2 \times 10^8$  CFU προς ενοφθαλμισμό (Kanelakorouliou, 2008). Από το διάλυμα αυτό ενίεται 0,5ml στη μεσότητα της διάφυσης του μηριαίου οστού. Στην ομάδα Β (20 κουνέλια) τοποθετήθηκε βιοαπορροφήσιμη πλάκα 2 οπών στο μηριαίο τους και ακολουθήθηκε ίδια διαδικασία ενοφθαλμισμού του μικροβίου. Εκτός από τον κλινικό έλεγχο, καταγράφηκαν ΤΚΕ, CRP, λευκά και τα αφαιρεθέντα μηριαία μελετήθηκαν ιστολογικά.

**Αποτελέσματα:** Στην ομάδα Α (μεταλλικά υλικά) είχαμε 10 περιπτώσεις λοίμωξης τεκμηριωμένης ιστολογικά ενώ στην ομάδα Β (βιοαπορροφήσιμα υλικά) είχαμε 8.

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται ότι η παρουσία των βιοαπορροφήσιμων υλικών καθιστά την οστεοσύνθεση ανθεκτικότερη στη λοίμωξη από τον συγκεκριμένο παράγοντα από την οστεοσύνθεση με μεταλλικά υλικά. Πιθανολογούμε ότι η άσηπτη φλεγμονώδης αντίδραση στη διάρκεια αποδόμησης των βιοαπορροφήσιμων υλικών ασκεί κάποια προστατευτική έναντι της λοίμωξης δράση.

**ΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΕΓΓΥΣ ΣΤΟΙΧΟΥ ΚΑΙ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ**

Β. Σακελλαρίου<sup>1,2</sup>, A.W.Hooke<sup>2</sup>, M. Rizzo<sup>2</sup>, O. Σαββίδου<sup>1,2</sup>, An KN<sup>2</sup>, Π. Παπαγγελόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *1<sup>η</sup> Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών*

<sup>2</sup> *Mayo Clinic, 300 First Street, Rochester, MN, USA*

**Σκοπός:** Η εκτομή του εγγύς στοίχου του καρπού (PRC) και η ολική αρθροπλαστική του καρπού (TWA) αποσκοπούν στην αποκατάσταση του εύρους κίνησης του καρπού με αρθρίτιδα. Υποθέσαμε ότι η ολική αρθροπλαστική Remotion® TWA διατηρεί καλύτερα τη φυσιολογική κινηματική του καρπού σε σχέση με την PRC.

**Υλικό & Μέθοδος:** Δέκα φυσιολογικοί (χωρίς αρθρίτιδα) πτωματικοί καρποί χρησιμοποιήθηκαν για την κινηματική ανάλυση του φυσιολογικού καρπού καθώς και μετά τη διενέργεια PRC και TWA. Πέντε καρποί χρησιμοποιήθηκαν για κάθε χειρουργική επέμβαση. Τα δοκίμια τοποθετήθηκαν σε ειδικά προσαρμοσμένα ενδομυελικά στηρίγματα τοποθετημένα παράλληλα με τον επιμήκη άξονα του καρπού. Έξι μύες (ECRL, ECRB, ECU, FCR, FCU, και APL) προφορτίστηκαν με βάρος 10kg κατανεμημένο σε κάθε μυ. Διενεργήθηκε μια σειρά λειτουργικών δοκιμασιών σε κάθε καρπό που αποτελούνταν από κινήσεις σε 4 επίπεδα: κάμψη/έκταση, κερκιδική/ωλένια απόκλιση, κίνηση dart thrower, και περιαγωγή. Ο έλεγχος της κίνησης γινόταν αρχικά στο φυσιολογικό καρπό και εν συνεχεία στον καρπό μετά από επέμβαση (PRC ή TWA). Χρησιμοποιήθηκε ένα ηλεκτρομαγνητικό σύστημα καταγραφής (Liberty, Polhemus, Inc.) με σένσορες τοποθετημένους στο 3ο μετακάρπιο και την άπω κερκίδα για τη συλλογή των κινηματικών δεδομένων.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε ότι η PRC παρουσίασε στατιστικά σημαντική αύξηση της έκτασης ( $9.3 \pm 5.3^\circ$ ,  $p=0.018$ ) κατά τη διάρκεια της κάμψης/έκτασης χωρίς άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το φυσιολογικό καρπό. Μετά την TWA, διαπιστώθηκε μια στατιστικά σημαντική μείωση της κάμψης ( $12.2 \pm 7.0^\circ$ ,  $p=0.018$ ) σε σχέση με το φυσιολογικό καρπό χωρίς άλλες στατιστικά σημαντικές μεταβολές στο εύρος κίνησης του καρπού.

**Συμπεράσματα:** Η PRC προκαλεί αύξηση της έκτασης του καρπού πιθανόν λόγω της βλάβης που προκαλείται στους συνδέσμους της περιοχής. Η TWA προκαλεί μια μείωση της κάμψης του καρπού διατηρώντας όλες τις υπόλοιπες κινήσεις εντός των φυσιολογικών ορίων.

## ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΝΔΟΪΜΕΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΞΩΪΜΕΝΙΚΩΝ ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΣΥΝΔΕΣΜΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΚΟΝΙΚΛΟΥΣ

Ι. Θεοδωρούδης<sup>1</sup>, Κ. Δίτσιος<sup>1</sup>, Α. Μπουτσιάδης<sup>2</sup>, Γ. Χατζηλιάδης<sup>1</sup>, Χ. Πούλιος<sup>3</sup>, Δ. Καπουκρανίδου<sup>3</sup>, Μ. Αλμπάνη<sup>3</sup>, Α. Χριστοδούλου<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ. "Π.Γ.Ν. Γεώργιος Παπανικολάου", <sup>2</sup>Β΄ Ορθοπαιδική Κλινική 424 Γ.Σ.Ν.Ε. <sup>3</sup>Εργαστήριο Φυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

**Σκοπός:** Η μελέτη μας βασίζεται στην υπόθεση ότι τα ενδοϋμενικά τενόντια αυτομοσχεύματα πιθανώς να έχουν καλύτερα κλινικά και βιολογικά αποτελέσματα στην συνδεσμοπλαστική του προσθίου χιαστού συνδέσμου από τα ήδη χρησιμοποιούμενα αυτομοσχεύματα (ισχνός-ημιτενοντώδης, επιγονατιδικός τένοντας). Θεωρούμε πως τα ενδοϋμενικά αυτομοσχεύματα θα έχουν υποστεί μικρότερη εκφύλιση, καθώς και ότι θα διατηρούν την αγγείωση και την δομή του κολλαγόνου τους. Ταυτόχρονα, θα έχουν καλύτερη ενσωμάτωση, ταχύτερη επούλωση του τούνελ και ίσως πιο ρεαλιστική προσομοίωση του συνδέσμου.

**Υλικό-Μέθοδοι:** Για την αρχική μας πειραματική μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 10 αρσενικοί κόνικλοι ράτσας Νέας Ζηλανδίας ηλικίας 8 μηνών περίπου. Σε 5 κόνικλους (ομάδα Α) συνέβη ανακατασκευή προσθίου χιαστού συνδέσμου με τη χρήση εξωϋμενικού αυτομοσχεύματος (τένοντες από τους εκτείνοντες των δακτύλων του άκρου ποδός) και στους υπόλοιπους 5 (ομάδα Β) χρησιμοποιήθηκαν ενδοϋμενικά αυτομοσχεύματα (τένοντας του μακρού καμπήρα του δεύτερου δακτύλου του άκρου ποδός). Το δεξί πίσω σκέλος προετοιμαζόταν υπό άσηπτες συνθήκες για χειρουργική επέμβαση κατά την οποία денεργούταν μέση τομή και έσω παραεπιγονατιδική προσπέλαση. Το ζώο θυσιαζόταν την 6<sup>η</sup> μετεγχειρητική εβδομάδα και το μόσχευμα αποστελλόταν για ιστοπαθολογική εκτίμηση.

**Αποτελέσματα:** Υπήρχε εμφανής διαφορά στα αποτελέσματα των 2 ομάδων. Η παθολογοανατομική εξέταση κατέδειξε καλύτερη ενσωμάτωση στην ομάδα Β σε σχέση με την ομάδα Α. Η ενσωμάτωση του μοσχεύματος στο οστόν αξιολογούταν ανάλογα με την παρουσία ινοβλαστών και την απουσία ιστιοκυττάρων στην ένωση μοσχεύματος-χόνδρου. Επιπλέον, δεν υπήρχαν σημεία νέκρωσης ή αντίδραση τύπου ξένου σώματος και παράλληλα κατά τη θυσία η χροιά των μοσχευμάτων της ομάδας Β ήταν πολύ καλύτερη από αυτήν της Α.

**Συμπεράσματα:** Επιλέγοντας, θα τονίζαμε πως τα ενδοϋμενικά αυτομοσχεύματα αποτελούν το μέλλον για την ανακατασκευή της ρήξεως του προσθίου χιαστού συνδέσμου. Τα πρώτα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά και κρίνεται απαραίτητο να γίνουν περισσότερες μελέτες στο συγκεκριμένο θέμα.

**ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΕΠΙΜΥΕΣ**

Ε. Παπαδέλης<sup>1</sup>, Π. Μυσιδης<sup>2</sup>, Α. Αντωνιάδης<sup>1</sup>, Δ. Αμπελάς<sup>1</sup>, Ι. Βλάμης<sup>1</sup>, Δ.Σ. Ευαγγελόπουλος<sup>1</sup>, Σ.Πνευματικός<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

<sup>2</sup> Εργαστήριο Έρευνας Μυοσκελετικών Παθήσεων, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίδρασης της αρτηριακής ισχαιμίας στην επούλωση των τενόντων.

**Υλικό και Μέθοδος:** Εξήντα ενήλικες επίμυες Wistar βάρους τουλάχιστον 300 g χρησιμοποιήθηκαν στην πειραματική αυτή μελέτη. Τα ζώα κατανεμήθηκαν τυχαία είτε στην πειραματική είτε στην ομάδα ελέγχου (30 επίμυες σε κάθε ομάδα). Ισχαιμία του κάτω άκρου προκλήθηκε στη πειραματική ομάδα με απολίνωση της κοιλιακής αορτής και της μηριαίας αρτηρίας. Ο αχίλλειος τένοντας υπεβλήθει σε διατομή 0,5cm εγγύτερα από την καταφυγή του στο οστό της πτέρνας. Κατά τις εβδομάδες 1, 2 και 4, δέκα επίμυες από κάθε ομάδα υποβλήθηκαν σε ευθανασία. Έπτά επίμυες κάθε υποομάδας χρησιμοποιήθηκαν για εμβιομηχανική μελέτη και τρεις για ιστολογική εκτίμηση. Η διαδικασία επούλωσης παρακολούθηθηκε με τη χρήση του Achilles Functional Index.

**Αποτελέσματα:** Η ιστολογική μελέτη έδειξε ότι τα ισχαιμικά ζώα στις δύο πρώτες εβδομάδες είχαν σημαντική καθυστέρηση στη διαδικασία επούλωσης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων στην πρώτη και στη δεύτερη εβδομάδα βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές ( $p < 0,05$ ). Υπήρξε μια πλήρης συσχέτιση μεταξύ των ιστολογικών και εμβιομηχανικών αποτελεσμάτων.

**Συμπεράσματα:** Η διαδικασία της επούλωσης του τένοντα επηρεάζεται σημαντικά στο τέλος της πρώτης και της δεύτερης εβδομάδας στους ισχαιμικούς επίμυες. Στο τέλος της τέταρτης εβδομάδας, όταν η επούλωση του τένοντα έχει ολοκληρωθεί, τα αποτελέσματα της μελέτης είναι παρόμοια. Φαίνεται ότι η περιφερική αρτηριακή νόσος καθυστερεί αλλά δεν αναστέλλει τη διαδικασία της επούλωσης.

## ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΣΑΡΩΣΗΣ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Ε. Ζεγγίνη<sup>1,2</sup>, Λ. Αναστασοπούλου<sup>3</sup>, Κ.Ν. Μαλίζος<sup>3</sup>, Γ. Μπάμπης<sup>4</sup>, J M. Wilkinson<sup>1</sup>, Γ. Αλεξιάδης<sup>5</sup>, Α. Τσέζου<sup>6</sup>, Ε. Ζεγγίνη<sup>7</sup>, Κ. Χατζηκωτούλας<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Department of Human Metabolism, University of Sheffield, UK, <sup>2</sup>Γηροψυχιατρικό, Ψ.Ν.Α 'Δρομοκαΐτειο', <sup>3</sup>Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, <sup>4</sup>2<sup>η</sup> Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική κλινική, ΓΝ Νέα Ιωνίας 'Κωνσταντοπούλειο', <sup>5</sup>ΣΤ' Ορθοπαιδική κλινική, ΓΝ Αττικής 'ΚΑΤ', <sup>6</sup>Τμήμα Βιολογίας, Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, <sup>7</sup>Department of Human Genetics, Wellcome Trust Sanger Institute

**Σκοπός:** Γενετικές μελέτες έως σήμερα έχουν συσχετίσει δεκαοχτώ πολυμορφισμούς με το ρίσκο νοσηρότητας οστεοαρθρίτιδας. Στόχος της μελέτης ήταν να εξετάσουμε και να συγκρίνουμε τις συχνότητες εμφάνισης αλληλίων και τους λόγους πιθανοτήτων των βιβλιογραφικά εδραιωμένων πολυμορφισμών με τις τιμές που προκύπτουν από τις αναλύσεις δεδομένων σε Ελληνικό πληθυσμό για πρώτη φορά.

**Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήσαμε μελέτη σάρωσης γονιδιώματος σε σύνολο 517 ασθενών και 342 μαρτύρων αντίστοιχα, Ελληνικής καταγωγής με πρωτοπαθή οστεοαρθρίτιδα γόνατος. Η γονοτύπηση έγινε με το Illumina Core Exome-24 Bead chip και εφαρμόστηκε ποιοτικός έλεγχος. Χρησιμοποιήσαμε τα προγράμματα SHAPEIT v2 και IMPUTE v2.3.2 για τον εμπλουτισμό των δεδομένων μας με αναφορά τη βάση δεδομένων 1000 Genomes Project. Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το πρόγραμμα SNPTEST v2.2.0. και οι υπολογισμοί στατιστικής ισχύος με το Quanto v1.2.4.

**Αποτελέσματα:** Προέκυψε συνολική αντιστοιχία των τιμών συχνότητας εμφάνισης του υπεύθυνου αλληλίου με αυτές του πληθυσμού της Τοσκάνης και μεγάλου βαθμού αντιστοιχία (14/17) με τις τιμές δημοσιοποιημένων πολυμορφισμών. Ο πολυμορφισμός rs10948172 συσχετίστηκε με την οστεοαρθρίτιδα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p=0.05$  (OR 1.27 CI 0.81 έως 1.30). Από τη διερεύνηση της αντιστοιχίας κατεύθυνσης επίδρασης των πολυμορφισμών προέκυψε ότι 12/17 αλληλία ήταν ίδια με τη βιβλιογραφία.

**Συμπεράσματα:** Οι τρεις ουσιώδεις διαφορές που προέκυψαν από τη σύγκριση τιμών συχνότητας εμφάνισης των υπεύθυνων αλληλίων εξηγούνται από τη διαφορά εθνικότητας των δυο πληθυσμών (Ελληνικός- Ασιατικός). Συμπερασματικά καταλήγουμε σε αντιστοιχία τιμών. Η μελέτη συνεχίζεται με στόχο τη συλλογή μεγαλύτερου δείγματος και εμπλουτισμό φαινοτυπικών πληροφοριών προκειμένου να επαληθεύσει ή να ταυτοποιήσει γενετικές περιοχές υπεύθυνες για την εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας.

**MICRORNA-33A: ΚΟΙΝΟΣ ΡΥΘΜΙΣΤΗΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΑΣ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΞΟΔΟΥ ΤΗΣ ΠΕΡΙΣΣΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΣΤΑ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΚΑ ΧΟΝΔΡΟΚΥΤΤΑΡΑ**

Φ. Κωστοπούλου<sup>1</sup>, Κ.Ν. Μαλίζος<sup>2</sup>, Ι. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Α. Τσέζου<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Κυτταρογενετικής και Μοριακής Γενετικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

<sup>2</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Σκοπός:** Η διαταραχή του μεταβολισμού των λιπιδίων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και εξέλιξη των μεταβολικών διαταραχών, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου του miRNA-33a (miR-33a), κύριου ρυθμιστή του μεταβολισμού των λιπιδίων, στην παθογένεια της ΟΑ.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αρθρικός χόνδρος ελήφθη από 14 ασθενείς με πρωτοπαθή ΟΑ που υπεβλήθησαν σε ολική αρθροπλαστική γόνατος και από 9 άτομα χωρίς ιστορικό αρθρικών παθήσεων που χειρουργήθηκαν για αποκατάσταση καταγμάτων. Ο προσδιορισμός της έκφρασης του miR-33a πραγματοποιήθηκε με PCR πραγματικού χρόνου πριν και μετά την επίδραση του αυξητικού παράγοντα TGF-β1 σε καλλιέργειες χονδροκυττάρων. Η επίδραση του miR-33a και του αναστολέα του (anti-miR-33a) στο σηματοδοτικό μονοπάτι της ενδοκυττάριας σύνθεσης χοληστερόλης και στην έκφραση των γονιδίων ABCA1 και ApoA1 που ευθύνονται για την εξόδο της περίσσειας της από τα χονδροκύτταρα, διερευνήθηκε με τη μέθοδο western blot και με PCR πραγματικού χρόνου, αντίστοιχα.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε αυξημένη έκφραση του miR-33a στα ΟΑ χονδροκύτταρα συγκριτικά με τα φυσιολογικά και επαγωγή της έκφρασής του από τον TGF-β1, ενώ η χορήγηση anti-miR-33a σε επαγόμενα με TGF-β1 χονδροκύτταρα οδήγησε σε μείωση της ενδοκυττάριας σύνθεσης χοληστερόλης. Επιπλέον, η χορήγηση του miR-33a στα φυσιολογικά χονδροκύτταρα επέφερε μείωση της έκφρασης των γονιδίων ABCA1 και ApoA1, με ταυτόχρονη αύξηση του βασικού καταβολικού ενζύμου μεταλλοπρωτεϊνάση-13 (MMP-13), γεγονός που αντιστράφηκε μετά τη χρήση anti-miR-33a στα ΟΑ χονδροκύτταρα.

**Συμπεράσματα:** Η κλινική σπουδαιότητα των αποτελεσμάτων μας έγκειται στην αναγνώριση του miR-33a ως κοινού ρυθμιστή της σύνθεσης και της εξόδου της χοληστερόλης στα χονδροκύτταρα, αναδεικνύοντας την αναστολή του ως ένα νέο θεραπευτικό στόχο στην οστεοαρθρίτιδα.



## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΟΣΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΣΕ ΕΠΙΜΥ

Α. Κορομπίλιας<sup>1,2</sup>, Ι. Κώστας-Αγνάντης<sup>1,2</sup>, Ι. Γκιάτας<sup>1,2</sup>, Μ. Λυκίσσας<sup>2</sup>, Σ. Αγαθοπουλος<sup>3</sup>, Α. Μπατιστάτου<sup>4</sup>, Δ. Παπαδόπουλος<sup>1,2</sup>, Α. Μπερής<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, <sup>2</sup>Εργαστήριο Μικροχειρουργικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, <sup>3</sup>Εργαστήριο Κεραμικών και Σύνθετων Υλικών, Τμήμα Μηχανικών και Επιστήμης Υλικών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>4</sup>Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

**Σκοπός:** Σκοπός αυτής της πειραματικής μελέτης είναι να εντοπιστούν πιθανές αλλαγές μετά από ολικού τύπου βλάβη στη δομή, τη σύσταση αλλά και τη μηχανική συμπεριφορά του βραχιονίου οστού μετά από ολικού τύπου βλάβη του βραχιονίου πλέγματος.

**Υλικό και Μέθοδος:** Χρησιμοποιηθήκαν 59 αρσενικοί επίμυες της φυλής Wistar, ηλικίας 3 εβδομάδων και βάρους από 55-85 gr. Έγινε παρασκευή του αριστερού βραχιονίου πλέγματος και διατομή των ριζών του (A5-Θ1 ρίζες) και κατόπιν σύγκλειση του τραύματος κατά στρώματα. Ακολούθησε δεύτερη χειρουργική επέμβαση 6, 9 και 12 μήνες μετά το πρώτο χειρουργείο, όπου έγινε θυσία του πειραματοζώου και λήψη και των δύο βραχιονίων οστών κάθε επίμυος. Σε κάθε ηλικιακή ομάδα πραγματοποιήθηκαν εμβιομηχανική μελέτη, παθολογοανατομική μελέτη ενώ σε 5 επίμυες πραγματοποιήθηκε micro CT και στα δύο βραχιόνια οστά.

**Αποτελέσματα:** Όσον αφορά την εμβιομηχανική μελέτη σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, βρέθηκε ότι στα απονευρωμένα οστά σε σύγκριση με τα υγιή η θράυση επέρχεται σε μικρότερη δύναμη. Επιπροσθέτως υφίστανται μεγαλύτερη παραμόρφωση πριν τη θράυση τους. Παθολογοανατομικά στους 6 και 9 μήνες μετά την πρώτη επέμβαση δεν υπήρχε ιδιαίτερη διαφορά ανάμεσα στα παθολογικά και τα υγιή οστά ενώ στους 12 μήνες παρατηρήθηκε αραιώση και λέπτυνση των οστικών δοκίδων καθώς και εκφύλιση του χόνδρου. Τα αποτελέσματα της εξέτασης micro CT ανέδειξαν μειωμένη οστική πυκνότητα στο σπογγώδες τμήμα του οστού

**Συμπεράσματα:** Τα απονευρωμένα οστά γίνονται πιο εύθραυστα και ταυτόχρονα πιο ελαστικά σε σχέση με τα φυσιολογικά. Επίσης γίνονται πιο οστεοπωρωτικά στο σπογγώδες τμήμα του οστού ενώ οι οστικές δοκίδες υφίστανται ήπια λέπτυνση και αραιώση κυρίως σε μεγάλα χρονικά διαστήματα απονεύρωσης

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΟΥΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΣΕ ΜΕΤΑΛΛΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΔΟΜΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ . ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΚΟΝΙΚΛΟΥΣ**

Γ. Κόμνος<sup>1</sup>, Θ. Καραχάλιος<sup>1</sup>, Κ. Κολωνια<sup>1</sup>, Κ. Μπανιός<sup>1</sup>, Ε. Πετεινάκη<sup>2</sup>, Ε. Μαγνήσαλης,  
Λ. Πουλτίδης, Κ.Ν. Μαλιζός<sup>1</sup>

Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι να εκτιμήσει την πρώιμη μηχανική σταθερότητα και την ανάπτυξη αιματογενούς λοίμωξης σε σύγχρονα ορθοοπαιδικά εμφυτεύματα με διαφορετικές επιφανειακές και δομικές ιδιότητες. Στη μελέτη αυτή ελέγχεται η θεωρία του Gristina για την παθογένεια της λοίμωξης του εμφυτεύματος (αγώνας ταχύτητας για την επιφάνεια) παρουσία σύγχρονων τύπων εμφυτευμάτων. Για τις ανάγκες της μελέτης αυτής χρησιμοποιήθηκε πρόσφατα δημοσιευμένο πειραματικό μοντέλο λοίμωξης σε κονίκλους και κατασκευάστηκαν κυλινδρικά εμφυτεύματα από τιτάνιο με λεία επιφάνεια (Ομάδα Α), τιτάνιο με τραχεία επιφάνεια (Ομάδα Β), τιτάνιο με επικάλυψη υδροξυαπατιτη (Ομάδα Γ), πορώδες ταντάλιο (Ομάδα Δ) και αφρώδες τιτάνιο (Ομάδα Ε). Σαράντα πειραματόζωα χωριστήκαν σε 5 ομάδες των οκτώ ζώων ανάλογα με το υλικό που εμφυτεύτηκε. Τα πειραματόζωα χειρουργήθηκαν σε δυο στάδια: Πρώτο στάδιο - εμφύτευση του υλικού στην κνήμη. Δεύτερο στάδιο (4 εβδομάδες μετεγχειρητικά) - καθετηριασμός της μηριαίας αρτηρίας και έκχυση πρωτυποποιημένου μικροβιακού παράγοντα (σταφυλόκοκκος). Στην ομάδα Α έγινε έκχυση στείρου φυσιολογικού ορού (ομάδα ελέγχου). Τα πειραματόζωα θυσιάστηκαν στις 8 εβδομάδες από την αρχική επέμβαση και τα δοκίμια υποβλήθηκαν σε καταπόνηση εφελκυσμού. Στην συνέχεια τρία ιστοικά δείγματα ανά δοκίμιο από την επιφάνεια του εμφυτεύματος, την διεπιφάνεια και από το οστικό υπόστρωμα υποβλήθηκαν σε ανίχνευση (συμβατικές καλλιέργειες και σύγχρονη ανίχνευση γενετικού υλικού - ποιοτική και ποσοτική ανάλυση) του συγκεκριμένου μικροβιακού παράγοντα. Οι μέσες τιμές φορτίου διαχωρισμού της επιφάνειας στις διαφορές ομάδες ήταν οι ακόλουθες: Ομάδα Α: 20N, Ομάδα Β: 53.5N, Ομάδα Γ: 242N, Ομάδα Δ: 200.5N, Ομάδα Ε: 190N. Οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές υπέρ των ομάδων Γ, Δ, και Ε (Wilcoxon test  $p < 0.05$ ). Ο αριθμός πειραματόζωων στις διαφορές ομάδες που ανιχνεύτηκε ο μικροβιακός παράγοντας ήταν ο ακόλουθος: Ομάδα Α: 0/8, Ομάδα Β: 7/8, Ομάδα Γ: 6/8, Ομάδα Δ: 5/8 και Ομάδα Ε: 5/8. Οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές υπέρ των ομάδων Δ, και Ε (Wilcoxon test  $p \sim 0.05$ ).

Συμπερασματικά η χρήση εμφυτευμάτων με σύγχρονες βιοενέργειες επιφάνειες και δομές που προκαλούν ισχυρή ιστοική αντίδραση ενσωμάτωσης αυξάνει την πρώιμη μηχανική σταθερότητα της διεπιφάνειας και μειώνει τα ποσοστά ανάπτυξης κυματογενούς λοίμωξης.

**ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΕΝΑΝΤΙ «ΤΥΦΛΩΝ» ΕΓΧΥΣΕΩΝ ΜΕΘΥΛΠΡΕΔΝΙΖΟΛΟΝΗΣ**

Μ.-Α. Μαλαχιάς, Ε. Τυρπένου, Ε. Αβραμίδης, Ε. Χρονόπουλος, Β. Νικολάου, Γ. Μπάμπης  
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική ΕΚΠΑ, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Ν. Ιωνίας*

**Σκοπός:** Να τεκμηριωθεί η υπεροχή της υπερηχογραφικά καθοδηγούμενης ενδαρθρικής έγχυσης κορτικοστεροειδούς, έναντι της «τυφλής», στην αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας της 1<sup>ης</sup> καρπομετακάρπιας άρθρωσης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για προοπτική συγκριτική κλινική μελέτη 12 ασθενών με ακτινολογική και κλινική εικόνα οστεοαρθρίτιδας στην 1<sup>η</sup> καρπομετακάρπια άρθρωση. Στη μελέτη μας δε συμπεριλήφθηκαν όσοι είχαν ήδη αναπτύξει οστεονέκρωση του μείζωνος πολυγώνου ή προχωρημένο υπεξάρθρωμα του 1<sup>ου</sup> μετακαρπίου, με αστάθεια της άρθρωσης κατά τη δυναμική εξέταση, αλλά και εκείνοι που έπασχαν από ρευματολογικό νόσημα. Οι υπό εξέταση ασθενείς χωρίστηκαν τυχαία σε 2 ομάδες, την Α (6 άτομα) και τη Β (6 άτομα). Τα μέλη της ομάδας Α υπεβλήθησαν σε 2 ενδαρθρικές ultrasound-guided εγχύσεις μεθυλπρεδνιζολόνης-ξυλοκαΐνης, με απόσταση 15 ημερών η πρώτη από τη δεύτερη. Παράλληλα, στους ασθενείς της ομάδας Β -ακολουθώντας το ίδιο χρονοδιάγραμμα- διενεργήθηκαν 2 «τυφλές» εγχύσεις της ίδιας δοσολογίας και περιεκτικότητας με αυτές της ομάδας Α.

**Αποτελέσματα:** Προ της καθοδηγούμενης έγχυσης αναγνωρίστηκε υπερηχογραφικά ο πάσχων αρθρικός χόνδρος, με τα οστεόφυτα και τα erosions, όπως και η ενδεχόμενη ύπαρξη effusion (αυξημένης ποσότητας αρθρικού υγρού). Ακόμη, ελήφθη ξεχωριστή μέριμνα για τη σωστή τοποθέτηση του tip της βελόνης εντός της άρθρωσης, χωρίς να διαπερνά τον αρθρικό χόνδρο. Εν συνεχεία καταγράφηκε η διόγκωση του αρθρικού θυλάκου κατά και μετά το πέρας της έγχυσης, επιβεβαιώνοντας την ορθή εφαρμογή της τεχνικής. Τρεις εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, καταγράφηκε πλήρης ύφεση των συμπτωμάτων στους 5 εκ των 6 ασθενών της ομάδας Α και στους 2 εκ των 6 της ομάδας Β. Επιπλέον, στις 6 εβδομάδες του follow-up, 3 ασθενείς της ομάδας Α παρέμεναν ελεύθεροι συμπτωμάτων, ενώ οι άλλοι 3 παρουσίασαν επανεμφάνιση της αρχικής κλινικής εικόνας. Αντιθέτως, στο χρονικό αυτό σημείο δε βρέθηκε ασθενής από την ομάδα Β, ο οποίος να είναι ελεύθερος συμπτωμάτων, καθώς οι 5 εκ των 6 είχαν ήδη υποτροπιάσει πλήρως.

**Συμπεράσματα:** Η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη έγχυση μεθυλπρεδνιζολόνης στη βασική άρθρωση του αντίχειρα προσφέρει, βραχυπρόθεσμη έως μεσοπρόθεσμη, ανακούφιση από τα συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας και συνιστά αξιόλογο εργαλείο της συμπτωματικής θεραπείας της νόσου. Η μέθοδος αυτή δείχνει να υπερτερεί έναντι της «τυφλής» έγχυσης και ως εκ τούτου προτείνεται ως ένα σημαντικό όπλο στη φαρέτρα του ορθοπεδικού για τη διαχείριση φαρμακοανθεκτικών μορφών οστεοαρθρίτιδας στη συγκεκριμένη ανατομική θέση.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ULTRASOUND-GUIDED ΕΝΑΝΤΙ «ΤΥΦΛΩΝ» ΕΓΧΥΣΕΩΝ ΒΗΤΑΜΕΘΑΖΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑΣ**

Μ. - Α. Μαλαχιάς, Β. Νικολάου, Σ. Κάζας, Μ.-Κ. Κασέτα, Δ. Χύτας, Γ. Μπάμπης  
Β' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική ΕΚΠΑ, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Ν. Ιωνίας

**Σκοπός:** Να διακριβωθεί εάν η καθοδηγούμενη –στα εξωτερικά όρια του ECRB- έγχυση βηταμεθαζόνης υπερέρχει στην αντιμετώπιση της χρόνιας επικονδυλίτιδας, έναντι της τυφλής εμπειρικής έγχυσης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για προοπτική κλινική μελέτη 22 (20 γυναίκες: 2 άνδρες, μ.ο. ηλικίας: 48 έτη) ασθενών με ιστορικό χρόνιας εμμένουσας φαρμακοανθεκτικής επικονδυλίτιδας, χωρίς ανταπόκριση σε NSAID's, λειτουργικούς νάρθηκες, αλλά και φυσικοθεραπευτικές συνεδρίες. Ως επόμενο βήμα, επελέγη η τοπική έγχυση βηταμεθαζόνης συνδυασμένης με ξυλοκαΐνη (4 cc. συνολικά), σε 3 συνεδρίες, με χρονική απόσταση 10 ημερών περίπου, ανά συνεδρία. Οι ασθενείς χωρίστηκαν τυχαία σε 2 ομάδες των 11 ατόμων, εκ των οποίων η ομάδα Α περιελάμβανε αυτούς στους οποίους διενεργήθηκαν 3 υπερηχογραφικά καθοδηγούμενες εγχύσεις, ενώ στην ομάδα Β συμπεριλήφθηκαν εκείνοι που υπεβλήθησαν σε 3 «τυφλές» εγχύσεις, επικεντρωμένες στο ψηλαφητικό σημείο του μέγιστου άλγους. Σημειώνεται ότι τόσο οι καθοδηγούμενες εγχύσεις όσο και οι «τυφλές» διεκπεραιώθηκαν από ειδικευμένο ορθοπαιδικό ιατρό του τμήματός μας. Κατόπιν, ακολούθησε ανάπαυση του άκρου για 3-4 ημέρες μετά από κάθε έγχυση. Η αξιολόγηση έγινε με τη visual analogue scale (VAS 100/100) προ της έγχυσης, 1 μήνα και 3 μήνες μετά το πέρας των συνεδριών.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς της ομάδας Β εμφάνισαν καλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης στη θεραπεία (VAS: 59/100, προ έγχυσης, σε VAS: 15/100, 1 μήνα μετά και VAS: 21/100, 3 μήνες μετά) έναντι αυτών της ομάδας Α (VAS: 64/100, προ έγχυσης, σε 33/100, 1 μήνα μετά και 38/100, 3 μήνες μετά). Ακόμη, 6 εκ των 11 ασθενών της ομάδας Β παρουσίασαν πλήρη ύφεση και αποδρομή των συμπτωμάτων, 3 μήνες μετά τις «τυφλές» εγχύσεις, σε αντίθεση με μόλις 2 ασθενείς της ομάδας Α.

**Συμπεράσματα:** Αποδεικνύεται ότι η περιτενόντια καθοδηγούμενη έγχυση κορτικοστεροειδούς άνευ doppler, για τη θεραπεία της επικονδυλίτιδας, υπολείπεται έναντι της «τυφλής», σε βαθμό που να μην δικαιολογείται η χρήση της πρώτης. Ένα σημείο που αξίζει να διερευνηθεί στο μέλλον αφορά το, υποστηριζόμενο και βιβλιογραφικά πλέον, Platelet-Rich Plasma (PRP). Το ερώτημα που τίθεται είναι αν θα διαφοροποιούνταν -και πώς- τα αποτελέσματα των καθοδηγούμενων εγχύσεων έναντι των εμπειρικών, με την εφαρμογή ενδοτενόντιας διήθησης PRP, στο σημείο του ECRB όπου, κατά την doppler υπερηχογραφική εξέταση, εμφανίζει νεοαγγείωση.

## **ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΟ-ΣΤΟΧΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑΣ ΜΕ GREY SCALE ULTRASOUND?**

Μ.-Α. Μαλαχιάς, Β. Νικολάου, Α. Κάντζιος, Π. Παπαλεωνιδοπούλου, Γ. Μπάμπης  
*Β' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική ΕΚΠΑ, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Ν. Ιωνίας*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Να διερευνηθεί αν ο υπέρηχος μυοσκελετικού, άνευ χρήσης Doppler, μπορεί να χρησιμεύσει στην απεικονιστική διάγνωση της επικονδυλίτιδας, έτσι ώστε να μπορεί να γίνει καθοδηγούμενη έγχυση -κορτικοστεροειδών ή PRP- με απόλυτη ακρίβεια στην πάσχουσα περιοχή. Βιβλιογραφικά, η υπερηχογραφική εξέταση της συγκεκριμένης νόσου εστιάζεται περισσότερο στη χρήση Doppler για την ανάδειξη νεοαγγείωσης εντός της τενόντιας μάζας, η οποία και «φωτογραφίζει» την ενδεχόμενη φλεγμονή.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πρόκειται για προοπτική κλινική μελέτη 18 (14 γυναίκες: 4 άνδρες, μ.ο. ηλικίας: 44 έτη) ασθενών με σαφή κλινική εικόνα χρόνιας επικονδυλίτιδας (>6 εβδομάδων). Οι εν λόγω ασθενείς εξετάστηκαν στο ΤΕΠ ή στο ΤΕΙ του νοσοκομείου μας και κατόπιν υπεβλήθησαν σε υπερηχογράφημα υψηλών συχνοτήτων (grey scale, 10-12 Mhz), τόσο στο πάσχον άκρο όσο και στο ετερόπλευρο, για λόγους σύγκρισης.

**Αποτελέσματα:** Σε 6 ασθενείς απεικονίστηκε μετρήσιμη πάχυνση του ECRB εν συγκρίσει με τον υγιή αγκώνα (swelling). Αντίθετα, 8 ασθενείς εμφάνισαν φυσιολογική υπερηχογραφική εικόνα, χωρίς οποιοδήποτε παθολογικό εύρημα. Τέλος, διακρίναμε 2 ασθενείς με επασβεστώσεις (dots αλάτων) εντός του βραχύ κερκιδικού εκτείνοντα τον καρπό και 2 ασθενείς με υπερηχογραφική εικόνα γενικότερης αποδιοργάνωσης της μορφολογίας του τένοντα («θολή» απεικόνιση εν συγκρίσει με τον υγιή), ενδεικτική παθολογίας του.

**Συμπεράσματα:** Δεν τεκμηριώνεται η χρήση grey scale υπερηχογραφήματος για την ασφαλή απεικόνιση της χρόνιας επικονδυλίτιδας. Ακόμη, δεν ξεπερνά το 50% το ποσοστό των ασθενών που ευρέθη υπερηχογραφικό σημείο-στόχος της επικονδυλίτιδας, έτσι ώστε να μπορούμε να μιλήσουμε για δυνατότητα ultrasound guided injection, με απόλυτη ακρίβεια. Το αποτέλεσμα αυτό υποστηρίζει παθολογοανατομικά και ιστολογικά ευρήματα της βιβλιογραφίας, τα οποία δεν ανιχνεύουν -παρά σπάνια- φλεγμονώδη κύτταρα στην πάσχουσα περιοχή, τεκμηριώνοντας τη χρόνια εκφυλιστική φύση της νόσου, όπου προσομοιάζει περισσότερο προς τενοντοπάθεια παρά προς τενοντίτιδα. Αντίθετα, στην οξεία επικονδυλίτιδα ίσως να είχε θέση η χρήση υπερήχου με Doppler για την απεικόνιση των φλεγμονωδών αλλοιώσεων του ECRB.

**ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΔΙΑΤΟΜΗΣ ΜΕΣΟΥ – ΩΛΕΝΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ, ΤΕΝΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΚΑΡΠΟΥ**

Κ. Ράπτης<sup>1,2</sup>, Ι. Σταθόπουλος<sup>1,3</sup>, Ε. Μπάλλας<sup>1</sup>, Κ. Τόλης<sup>1</sup>, Ε. Φανδρίδης<sup>1</sup>, Σ. Σπυριδωνος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική Άκρας Χείρας, Μικροχειρουργικής, Άνω Άκρου, ΓΝΑ ΚΑΤ

<sup>2</sup>Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική 251 ΓΝΑ

<sup>3</sup>Γ΄ Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

**Σκοπός:** Μελέτη της λειτουργικής αποκατάστασης νέων ασθενών με σύγχρονη διατομή μέσου και ωλενίου νεύρου στην περιοχή του καρπού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Εξετάσθηκαν και αξιολογήθηκαν 29 νέοι ασθενείς με σύγχρονη διατομή μέσου – ωλενίου νεύρου και τενόντων. Σε επτά περιπτώσεις, υπήρχε διατομή μίας εκ των δύο αρτηριών, ενώ στις υπόλοιπες συμμετείχαν και οι δύο αρτηρίες. Η χειρουργική αντιμετώπιση ήταν με τελικοτελική συρραφή όλων των στοιχείων (αγγεία, νεύρα, τένοντες) με μικροχειρουργική τεχνική. Τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν με βάση τη μυϊκή ισχύ (M0- M5), την αισθητικότητα (S0-S5), το εύρος κίνησης των δακτύλων και την προσωπική εκτίμηση του ασθενούς

Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 5,8 έτη (εύρος, 4-7 έτη).

**Αποτελέσματα:** Καλή λειτουργική αποκατάσταση παρατηρήθηκε σε 17 ασθενείς (60%). Από αυτούς άριστα αποτελέσματα (M5, S4) είχαν 3 ασθενείς (10%), πολύ καλά (M4 S3+) 6 ασθενείς (20%), ενώ καλά αποτελέσματα (M3, S3) 9 ασθενείς (30%). Οι υπόλοιποι ασθενείς χρειάστηκαν περαιτέρω επεμβάσεις. Διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς που μελετήθηκαν παρουσίασαν χαμηλότερο ποσοστό λειτουργικής αποκατάστασης σε σύγκριση με ομάδα ασθενών με μεμονωμένη διατομή ενός νεύρου.

**Συμπεράσματα:** Η χειρουργική αντιμετώπιση τραυματικών διατομών νεύρων, αγγείων και τενόντων στο ύψος της ΠΧΚ παρέχει σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής νέων ασθενών. Η έγκαιρη αναγνώριση και αποκατάσταση της βλάβης, η χρήση μικροσκοπίου και της μικροχειρουργικής τεχνικής και η συμμόρφωση του ασθενούς σε εξειδικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης και φυσικοθεραπείας εξασφαλίζουν στην πλειοψηφία των ασθενών ικανοποιητικά κλινικά αποτελέσματα.

**Η ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΜΗΝΟΕΙΔΩΝ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ(MRI) ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΣΕ ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

I. Αντωνίου<sup>1</sup>, Β.Κοντογεωργάκος<sup>2</sup>, Χ.Ρούντας<sup>3</sup>, Ζ. Νταϊλιάνα<sup>1</sup>, Κ.Ν. Μαλίζος<sup>1</sup>, Σ. Βαρυτιμίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας,

<sup>2</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αθηνών,

<sup>3</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

**Σκοπός:** Τα περιμηνοειδή εξάρθρηματα είναι αποτέλεσμα κακώσεων υψηλής ενέργειας και σχετίζονται με συγκεκριμένες βλάβες σε οστά και συνδέσμους του καρπού. Παρουσιάζονται τα μεσοπρόθεσμα κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα ασθενών που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική αποκατάσταση για περιμηνοειδές εξάρθρημα του καρπού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Είκοσι-ένας ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για εξάρθρημα. Μόνο 9 από τους 21 δέχτηκαν να αξιολογηθούν με MRI σε απώτερο χρονικό διάστημα από την επέμβαση. Όλοι τους είναι άντρες με μέσο όρο 4 (2-9) χρόνια από την επέμβαση. Οι 6 είχαν περιμηνοειδές εξάρθρημα και οι 3 περιμηνοειδές κάταγμα-εξάρθρημα του καρπού. Η βαρύτητα της κάκωσης κατά Herzberg ήταν τύπου I σε όλους. Διεγχειρητικά η ανάταξη πραγματοποιήθηκε με παλαμιαία, ραχιαία ή και συνδυασμένη προσπέλαση και το μηνοειδές σταθεροποιήθηκε με 3 k/ws στο σκαφοειδές, στο κεφαλωτό και το πυραμοειδές. Το κάταγμα του σκαφοειδούς οστεοσυντέθηκε με βίδα Herbert. Το Mayo wrist και PRWE score χρησιμοποιήθηκαν για την κλινική αξιολόγηση των ασθενών και το δυναμόμετρο Jamar για την εκτίμηση του δρασμού. Σε όλους τους ασθενείς έγινε ακτινογραφία σε 2 επίπεδα και MRI.

**Αποτέλεσμα:** Η μέση τιμή ήταν 75 (50-90) στο Mayo wrist score και 17 (3-55) στο PRWE. Το μέσο εύρος κάμψης-έκτασης ήταν 90° και η μέση δύναμη δρασμού 42kg(80% του υγιούς). Με βάσει τις μετεγχειρητικές ακτινογραφίες 6 είχαν ικανοποιητικό και 3 φτωχό αποτέλεσμα. Οι περισσότεροι από τους συνδέσμους του καρπού μπορούν να απεικονιστούν στη MRI. Οι στεφαναίεις και εγκάρσιες τομές ήταν αυτές που έδιναν τις περισσότερες πληροφορίες. Οι ασθενείς που δεν είχαν αστάθεια του καρπού ήταν αυτοί που είχαν και τους περισσότερους συνδέσμους ανέπαφους και κυρίως τον παλαμιαίο και ραχιαίο σκαφομηνοειδή σύνδεσμο. Οι ασθενείς με DISI είχαν ρήξη στο ραχιαίο σκαφομηνοειδή σύνδεσμο (ο ένας και στον παλαμιαίο) ενώ αυτός με VISI είχε ρήξη στον παλαμιαίο σκαφομηνοειδή σύνδεσμο.

**Συμπεράσματα:** Η MRI μπορεί να απεικονίσει τους συνδέσμους του καρπού και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μετεγχειρητική παρακολούθηση και διάγνωση των παραμορφώσεων έπειτα από χειρουργηθέν εξάρθρημα του καρπού.

**ΚΛΕΙΣΤΗ ΔΙΑΝΟΙΞΗ ΤΗΣ ΡΙΚΝΩΣΗΣ DURYUTREN ΥΠΟ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ**

V. Sakellariou<sup>1,2</sup>, J. Brault<sup>2</sup>, O. Savvidou<sup>1</sup>, P. Papagelopoulos<sup>1</sup>, M. Rizzo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>1η Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών

<sup>2</sup>Department of Orthopaedic Surgery, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

**Σκοπός:** Η κλειστή διάνοιξη της περιτονίας στη νόσο Duryutren είναι μια σχετικά απλή και ανέξοδη επέμβαση, ενέχει ωστόσο τον κίνδυνο τραυματισμού των δακτυλικών αγγείων και νεύρων. Σκοπός μας είναι η παρουσίαση μιας νέας τεχνικής που περιλαμβάνει τη χρήση συστήματος υπερήχου για την ασφαλή καθοδήγηση της διαδερμικής κλειστής διάνοιξης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήσαμε προοπτικά 48 ασθενείς με ρίκνωση Duryutren που υποβλήθηκαν σε κλειστή διάνοιξη υπό υπερηχογραφική παρακολούθηση. Σε 30 περιπτώσεις η ρίκνωση ήταν ετερόπλευρη και σε 18 περιπτώσεις αμφοτερόπλευρη. Συνολικά 66 χέρια / 90 δάκτυλα συμπεριελήφθησαν στην μελέτη μας.

Όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν προεγχειρητικά και έγινε καταγραφή του ελλείμματος εύρους κίνησης σε παθητική έκταση συνολικά, στην MCP, PIP και DIP άρθρωση και ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την Tubiana classification.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 26 μήνες (εύρος 12 έως 32 μήνες). Δεν παρατηρήθηκε καμία νευραγγειακή επιπλοκή όπως τεκμηριώθηκε από τον διεγχειρητικό αλλά και μετεγχειρητικό υπερηχογραφικό έλεγχο. Η άμεση μετεγχειρητική διόρθωση στην MP άρθρωση ήταν 45 μοίρες (εύρος 20 έως 55) και στην PIP άρθρωση 35 μοίρες (εύρος 15 έως 45). Το ποσοστό διόρθωσης στη MP άρθρωση ήταν 80% και στην PIP 65.6%. Κατά την πιο πρόσφατο επανέλεγχο, διαπιστώθηκε μια μέση σύγκαμψη 10 μοιρών στη MP και 25 μοιρών στην PIP άρθρωση. Δώδεκα από τα 66 χέρια (18.2%) χρειάστηκαν επανεπέμβαση λόγω υποτροπής της σύγκαμψης. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις αποφασίσαμε να κάνουμε ανοικτή επέμβαση παρά να επαναλάβουμε την κλειστή διάνοιξη.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνική της υπερηχογραφικής χαρτογράφησης των δακτυλικών νευραγγειακών δομών μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην αποφυγή επιπλοκών σημαντικών νευραγγειακών επιπλοκών.



## Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΔΙΟΣΤΙΚΩΝ ΑΓΚΥΡΩΝ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΩΛΕΝΙΟΥ ΠΛΑΓΙΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ

Ι. Αντωνίου<sup>1</sup>, Γ. Κόκκινος<sup>1</sup>, Β. Κοντογεωργάκος<sup>2</sup>, Ζ. Νταϊλιάνα<sup>1</sup>, Κ.Ν. Μαλίζος<sup>1</sup>, Σ. Βαρυτιμίδης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, <sup>2</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αττικών

**Σκοπός:** Ο Ωλένιος πλάγιος σύνδεσμος(UCL) του αντίχειρα είναι βασικός σταθεροποιητής της μετακάρπιο-φαλαγγικής άρθρωσης. Ρήξη ή απόσπασση του UCL μπορεί να προκαλέσει αστάθεια, πόνο και να περιορίσει τη χρησιμότητα του χεριού. Στο παρελθόν τενοντομεταφορές, διοστικές σύραγγες και διοστικές ραφές δεν είχαν πάντοτε το επιθυμητό αποτέλεσμα. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται τα αποτελέσματα με τη μέθοδο των διοστικών αγκυρών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Είκοσι-τρεις ασθενείς περιελήφθησαν τελικά στη αναδρομική μελέτη. Σε όλους ο UCL επισκευάστηκε με διοστική άγκυρα. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 38 έτη, 16 εξ'αυτών άντρες και 7 γυναίκες. Η επέμβαση έγινε με τοπική αναισθησία και μασχαλιαίο νευρικό αποκλεισμό. Ναρθηκοποίηση του αντίχειρα για 4 εβδομάδες εφαρμόστηκε σε όλους μετά το χειρουργείο. Η αξιολόγηση έγινε με την κλίμακα Glickel. Ο πόνος, η σταθερότητα, η δύναμη αντίθεσης και η επιστροφή στη δουλειά αξιολογήθηκαν επίσης.

**Αποτέλεσμα:** Οι 18 ασθενείς είχαν βλάβη τύπου Stener. Σε κανένα ασθενή δε χρησιμοποιήθηκε τενόντιο μόσχευμα. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 4 έτη (20 μήνες- 6 χρόνια). Τα αποτελέσματα ήταν εξαιρετικά σε 18 ασθενείς και καλά σε 5. Δεκαεννιά δεν είχαν καθόλου πόνο μετεγχειρητικά ενώ 4 παραπονούνταν για διαλείποντα άλγη με την αλλαγή του καιρού. Δεκαεφτά ανέκτησαν πλήρη σταθερότητα της άρθρωσης και 6 εμφάνισαν μικρού βαθμού χαλάρωση σε σχέση με το υγιές. Η μέση απώλεια δύναμης αντίθεσης ήταν 14N. Όλοι οι ασθενείς επέστρεψαν στις εργασίες τους. Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές αν εξαιρέσουμε 4 ασθενείς με ενοχλήσεις στην περιοχή που διήρκεσαν έως ένα χρόνο από το χειρουργείο.

**Συμπεράσματα:** Η αποκατάσταση του UCL με διοστικές άγκυρες είναι μια εύκολη και αποδοτική τεχνική. Ειδικά στην περίπτωση της απόσπασσης του συνδέσμου από το οστόν προσδίδουν μεγάλη ευκολία στην επιδιόρθωση. Οι τενοντομεταφορές και οι διοστικές συραφές δεν είναι πλέον απαραίτητες.

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΑΠΟ 4000 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»**

Β. Ηγουμενίου, Κ. Τσιάβος, Π. Μεγαλοικονόμος, Χ. Βώπτης, Ι. Γαλανόπουλος, Φ. Ζαμπέλη, Η. Παπαστάθης, Α.Φ. Μαυρογένης, Κ. Σουλτάνης  
*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Σκοπός:** Η εξαγωγή συμπερασμάτων τόσο για την αιτία της οσφυαλγίας, όσο και για το είδος της θεραπείας που εφαρμόστηκε και τα αποτελέσματά της.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στην αναδρομική αυτή μελέτη συμπεριελήφθησαν συνολικά 4453 ασθενείς, πάσχοντες από οσφυαλγία, οι οποίοι εξετάστηκαν στο ιατρείο Σπονδυλικής Στήλης την περίοδο Ιανουάριος 2004 – Δεκέμβριος 2013. Τα δεδομένα των εξετάσεων, της θεραπείας και της παρακολούθησης των ασθενών προέρχονται από το τηρούμενο αρχείο του ιατρείου και της κλινικής.

**Αποτελέσματα:** Από τους 4453 ασθενείς που εξετάστηκαν στο προαναφερθέν χρονικό διάστημα, οι 1437 ήταν άνδρες και οι 3016 ήταν γυναίκες. Από τις 3016 γυναίκες, οι 1012 ήταν ηλικίας κάτω των 50 ετών ενώ οι υπόλοιπες 2004 ήταν άνω των 50 ετών. 738 ασθενείς έπασχαν από νόσο εκφυλισμένου δίσκου (60,4% σε ένα επίπεδο, 29,7 σε δύο, 7,5% σε τρία επίπεδα) και 303 εμφάνιζαν δισκοκήλη (79,7% σε ένα επίπεδο, 14% σε δύο, 6% σε τρία επίπεδα), εκ των οποίων 12 ασθενείς εμφάνιζαν νευρολογική συνδρομή και οι 4 χειρουργήθηκαν. Σπονδυλολίση παρατηρήθηκε σε 372 ασθενείς (347 πρόσθιας, 18 οπίσθιας, 7 πλάγιας) από τους οποίους χειρουργήθηκαν οι 34. Σπονδυλική στένωση παρουσίασαν 1631 ασθενείς (1249 ενός επιπέδου, 293 δύο επιπέδων και 89 άνω των τριών επιπέδων) εκ των οποίων χειρουργήθηκαν οι 92. Με εκφυλιστική σκολίωση παρουσιάστηκαν 232 περιπτώσεις και από αυτές χειρουργήθηκαν οι 21.

**Συμπεράσματα:** Σχεδόν 3 στους 4 ασθενείς έπασχε από μηχανικής αιτιολογίας οσφυαλγία. Στις νεαρές ηλικίες οι κύριες αιτίες αφορούν παθήσεις του μεσοσπονδυλίου δίσκου ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες τα αίτια σχετίζονται με δομικές αλλαγές στην σπονδυλική στήλη. Η συντριπτική πλειοψηφία ανταποκρίθηκε καλά στην συντηρητική θεραπεία, ενώ μόλις το 3,4% χρειάστηκε να αντιμετωπισθεί χειρουργικά.

### **ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΩΝ**

Β. Ηγουμενίου, Π. Μεγαλοοικονόμος, Χ. Βώπτης, Κ. Τσιάβος, Γ. Γαλανόπουλος,  
Η. Παπαστάθης, Θ. Σαρλικιώτης, Α. Μαυρογένης, Κ. Σουλτάνης  
*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση ενδείξεων, χρόνου και τρόπου χειρουργικής θεραπείας της σπονδυλοδισκίτιδας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Κατά την διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας (2004 - 2014) 142 ασθενείς με σπονδυλοδισκίτιδα αντιμετωπίστηκαν με επιτυχία συντηρητικά στο ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ». Ωστόσο, επιπλέον 13 ασθενείς χρειάστηκε να αντιμετωπισθούν χειρουργικά. Οι περισσότεροι από αυτούς είχαν επιβαρυντικούς ιατροκοινωνικούς παράγοντες. Η εντόπιση αφορούσε την ΘΜΣΣ (6 ασθενείς), την ΟΜΣΣ (5 ασθενείς) και την ΑΜΣΣ (2 ασθενείς). Οι χειρουργικές ενδείξεις περιλάμβαναν: νευρολογική βλάβη (11 ασθενείς), σηπτική εικόνα (4 ασθενείς) και αστάθεια (6 ασθενείς). Σπονδυλοδεσία πραγματοποιήθηκε σε 6 ασθενείς. Τα παθογόνα μικρόβια που απομονώθηκαν ήταν το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης (7 ασθενείς), μύκητας (1 ασθενής) και κοινοί κόκκοι (6 ασθενείς). «Συντηρητική» χειρουργική αντιμετώπιση έγινε σε 3 ασθενείς ενώ σε 10 ασθενείς έγινε «Ριζική» χειρουργική αντιμετώπιση με καθαρισμό της εστίας της λοίμωξης (7 πρόσθιες προσπελάσεις, 2 οπισθοπλάγιες προσπελάσεις με πλευρεγκαρσiekτομή και 1 οπίσθια προσπέλαση σε φυματιώδη σπονδυλίτιδα των facet)

**Αποτελέσματα:** Δύο ασθενείς απεβίωσαν μετεγχειρητικά (έμφραγμα του μυοκαρδίου 10η μετεγχειρητική ημέρα και λοίμωξη του αναπνευστικού 6 μήνες μετεγχειρητικά). Δύο ασθενείς παρουσίασαν μόνιμη νευρολογική βλάβη, ενώ οι υπόλοιποι παρουσίασαν πλήρη λειτουργική βελτίωση. Η σηπτική εικόνα αποχώρησε πλήρως, μετεγχειρητικά, σε όλους τους ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Η συντηρητική αγωγή παραμένει η θεραπεία εκλογής για τη σπονδυλοδισκίτιδα. Η χειρουργική θεραπεία έχει θέση σε ασθενείς με όψιμη διάγνωση και ατελή αρχική αντιμετώπιση καθώς και σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική θεραπεία. Η ριζικότητα της χειρουργικής θεραπείας αποτελεί προϋπόθεση για την επιτυχία της. Σύγχρονοι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες μπορεί να σχετίζονται με αύξηση της επίπτωσης παραμελημένων σπονδυλίτιδων.

**ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΥΧΕΝΑΛΓΙΑΣ;**

Ε. Σαμολαδάς, Σ. Σταυρίδης, Κ. Τσίτας, Κ. Ξανθοπούλου, Κ. Αποστολίδου, Ι. Χατζώκος  
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη*

**Σκοπός:** Η καθημερινότητα των φοιτητών οδοντιατρικής και των οδοντιάτρων περιλαμβάνει πολύωρη εργασία σε στάση που θεωρείται «ανθυγιεινή» για τη σπονδυλική στήλη.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση τυχόν συσχέτισης ανάμεσα στην κλινική άσκηση των φοιτητών οδοντιατρικής και την εμφάνιση οσφυαλγίας και αυχεναλγίας, καθώς και τυχόν περαιτέρω αιτιολογικοί παράγοντες.

**Υλικό και Μέθοδος:** Ένα ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε όλους τους τεταρτοετείς και πεμπτοετείς (έτη κλινικής άσκησης) φοιτητές οδοντιατρικής του πανεπιστημίου μας. Το ερωτηματολόγιο περιείχε 43 ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικά στοιχεία, ιστορικό (σπονδυλικό τραύμα, σπονδυλικές παθήσεις) καθημερινές δραστηριότητες (άσκηση, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και καφέ, χρήση κινητού, κτλ.), επαγγελματικές δραστηριότητες (διάρκεια και είδος εργασίας), μοτίβο και ένταση του πόνου και αυτοαξιολόγησή του.

**Αποτελέσματα:** Φοιτητές με ιστορικό ύποπτο για προδιαθεσικούς παράγοντες σπονδυλικού πόνου αποκλείστηκαν από τη μελέτη, στην οποία συμπεριλήφθηκαν 112 άτομα (43 άνδρες, 69 γυναίκες). Τα στοιχεία δείξαν πως το κάπνισμα και η παρατεταμένη χρήση κινητού συνδέονταν με αυξημένα επίπεδα πόνου. Η πιο συνηθισμένη ώρα έναρξης του πόνου ήταν μια ώρα μετά την έναρξη εργασίας σε όρθια θέση, ενώ η πλειοψηφία των φοιτητών θεωρούσε πως οι εργασιακές τους συνήθειες εμπλέκονταν στην εμφάνιση και στην ένταση των ενοχλήσεών τους. Υπήρχε σημαντική διαφορά στη συχνότητα της εμφάνισης οσφυαλγίας και αυχεναλγίας στους ερωτηθέντες σε σχέση με την πριν την κλινική άσκηση περίοδο.

**Συμπέρασμα:** Η παρούσα μελέτη πιθανολογεί την ύπαρξη αιτιολογικής συσχέτισης ανάμεσα στην επαγγελματική δραστηριότητα και το σπονδυλικό πόνο στους φοιτητές της οδοντιατρικής. Τα στοιχεία αυτά πιθανόν να είναι χρήσιμα σε μια μελλοντική αναθεώρηση του προγράμματος οδοντιατρικών σπουδών και στη βελτίωση της εργονομίας των οδοντιατρικών μονάδων.

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΟΥ SONICATION ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΓΟΝΑΤΟΣ**

Π. Λεπέτσος<sup>1</sup>, Α. Στυλιανάκης<sup>2</sup>, Σ. Μιχαήλ<sup>1</sup>, Π. Αναστασόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Αργύρης<sup>2</sup>, Μ. Λελέκης<sup>3</sup>, Γ. Μαχαιράς<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Δ' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ, <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝΑ ΚΑΤ, <sup>3</sup>Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ<sup>3</sup>

**Εισαγωγή:** Παρά τη μείωση της συχνότητας τους, οι περιπροθετικές λοιμώξεις παραμένουν ερευνητικό, διαγνωστικό, θεραπευτικό και οικονομικό πρόβλημα. Η έγκαιρη διάγνωση, η επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής στρατηγικής, η ακριβής ταυτοποίηση των υπεύθυνων μικροοργανισμών και η χορήγηση κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής είναι ουσιώδη στοιχεία κάθε θεραπευτικής στρατηγικής. Σκοπός της μελέτης είναι, πρώτον, η σύγκριση της διαγνωστικής ακρίβειας των συμβατικών καλλιέργειών περιπροθετικών ιστών με την καλλιέργεια του υγρού που προέρχεται από υπερήχηση του εμφυτευμένου υλικού (sonication) και, δεύτερον, η διερεύνηση του ρόλου των πιθανών μεταβολικών παραγόντων που επηρεάζουν την ευαισθησία της μεθόδου της υπερήχησης.

**Μέθοδοι:** Η μελέτη περιλαμβάνει 70 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αναθεώρηση αρθροπλαστικής ισχίου ή γόνατος λόγω χαλάρωσης των προθέσεων, μεταξύ Οκτώβριου του 2011 και του Νοέμβριου του 2013. Έγινε καταγραφή του ιατρικού ιστορικού και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών. Συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα των καλλιέργειών από την υπερήχηση των αφαιρεμένων προθέσεων με τα αποτελέσματα των συμβατικών καλλιέργειών των περιπροθετικών ιστών για τη διάγνωση των περιπροθετικών λοιμώξεων.

**Αποτελέσματα:** Για τον ορισμό των περιπροθετικών λοιμώξεων εφαρμόστηκαν οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Λοιμωξιολογικής Εταιρείας (IDSA). Τριάντα δύο ασθενείς είχαν σηπτική χαλάρωση και 38 άσηπτη χαλάρωση (48 προσθέσεις ισχίου και 22 εμφυτεύματα του γόνατος). Η ευαισθησία της καλλιέργειας του υγρού υπερήχησης ήταν 81,25% και η ευαισθησία των συμβατικών καλλιέργειών ιστού ήταν 56,25% (p-value = 0,043). Η ευαισθησία της μεθόδου κατεργασίας με υπερήχους ήταν στατιστικά υψηλότερη σε παχύσαρκους, διαβητικούς ασθενείς, με ηλικία άνω των 60, σε χωρίς τσιμέντο αρθροπλαστικές και αρθροπλαστικές εξαιτίας ιδιοπαθούς οστεοαρθρίτιδας (p-value <0,05).

**Συμπεράσματα:** Η μέθοδος επεξεργασίας με υπερήχους (sonication) αντιπροσωπεύει μια αξιόπιστη δοκιμασία για τη διάγνωση των περιπροθετικών λοιμώξεων με μεγαλύτερη ευαισθησία από τις συμβατικές καλλιέργειες περιπροθετικών ιστών, ιδιαίτερα σε παχύσαρκους, διαβητικούς ασθενείς, με ηλικία άνω των 60, σε ατσιμέντωσης αρθροπλαστικές και αρθροπλαστικές εξαιτίας ιδιοπαθούς οστεοαρθρίτιδας.

**ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΝΘΕΤΩΝ ΠΟΛΥΑΙΘΥΛΕΝΙΟΥ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ (Constrained liners): ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ι. Νακόπουλος, Ε. Κετανίδης, Α. Ν. Τζαβέλλας, Γ. Γεωργακάκης, Μ. Ποτούπνης, Φ. Σάιελ, Ι. Κύρκος, Ε. Τσιρίδης  
*Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική – Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης- Γ.Ν. Παπαγεωργίου*

**Σκοπός:** Το εξάρθημα ολικής αρθροπλαστικής ισχίου αναφέρεται ως η τρίτη συχνότερη επιπλοκή της επέμβασης και συχνή αιτία αναθεώρησης. Η χρήση ενθέτων πολυαιθυλενίου περιοριστικού τύπου αποτελεί μια από τις επιλογές για την πρωτογενή αντιμετώπιση ή αναθεώρηση ασθενών με υψηλό μετεγχειρητικό κίνδυνο αστάθειας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των μεσοπρόθεσμων αποτελεσμάτων ομάδας ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση περιοριστικού τύπου ενθέτων.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μεταξύ Ιουνίου 2010 και Αυγούστου 2014 , 12 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με THR με ένθετο περιοριστικού τύπου (Stryker ) σε εξειδικευμένο κέντρο. Οι ασθενείς κλήθηκαν για κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο και καταγράφηκαν τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματά τους.

**Αποτελέσματα:** Σε όλους τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε το ένθετο stryker constrained liner with or without cement . Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 76,4 έτη. Οι ενδείξεις χρήσης συνδεδεμένου τύπου αρθροπλαστικής ήταν ιστορικό πολλαπλών εξαρθρημάτων (5 ασθενείς), ανεπάρκεια των απαγωγών (2 ασθενείς) και νευρολογικές βλάβες κεντρικής αιτιολογίας (νόσος Parkinson 3 ασθενείς, σκλήρυνση κατά πλάκας 2 ασθενείς). Το μέσο διάστημα παρακολούθησης ήταν 23,6 μήνες. Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες επιπλοκές, όπως εξάρθημα, εν τω βάθει λοίμωξη ή περιπροθετικό κάταγμα. Κατά την τελευταία επανεκτίμηση, δεν παρατηρήθηκαν ευρήματα χαλάρωσης σε κανένα ασθενή, ενώ η μέση τιμή του Harris Hip Score ήταν 84,8.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση ενθέτων πολυαιθυλενίου περιοριστικού τύπου αποτελεί αξιόπιστη επιλογή για ασθενείς με υψηλή πιθανότητα αστάθειας της αρθροπλαστικής ισχίου. Εάν εφαρμοστούν σωστά, προσφέρουν σταθερότητα, ικανοποιητική διάρκεια και ποιότητα ζωής με χαμηλά ποσοστά επιπλοκών.

**ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΚΟΤΥΛΙΑΙΑΣ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑΣ GANZ**G. Grammatopoulos<sup>1</sup>, J. Wales<sup>1</sup>, A. Pollalis<sup>1</sup>, H.S. Gill<sup>2</sup>, A. Wainwright<sup>1</sup>, T. Theologis<sup>1</sup><sup>1</sup>Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford, UK, <sup>2</sup>University of Bath, Bath, UK

**Σκοπός:** Η περικοτυλιαία οστεοτομία Ganz εφαρμόζεται όλο και συχνότερα για την αντιμετώπιση της συμπτωματικής δυσπλασίας ισχίου, με στόχο τη βελτίωση των συμπτωμάτων αλλά και την καθυστέρηση ή/και αποφυγή εμφάνισης δευτερογενών εκφυλιστικών αλλοιώσεων. Η μελέτη αυτή παρουσιάζει αποτελέσματα 10-ετούς επιβίωσης και λειτουργικότητας της περικοτυλιαίας οστεοτομίας, καθώς και παραμέτρους που επηρεάζουν την έκβαση της επέμβασης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Εκτιμήθηκαν αναδρομικά 62 συνεχόμενες περικοτυλιαίες οστεοτομίες που πραγματοποιήθηκαν σε 53 ασθενείς [45 γυναίκες, (54 ισχία, 87%)] μέσης ηλικίας 26.1(SD:8) μεταξύ 1998-2012 από ένα χειρουργό με ενδιαφέρον στη δυσπλασία ισχίου παιδών και νέων ενηλίκων. Κύρια ένδειξη ήταν η συμπτωματική δυσπλασία ισχίου σε σκελετικά ώριμους ασθενείς χωρίς παρουσία υπεξαρθρήματος. 7 ασθενείς είχαν υποστεί προηγούμενη επέμβαση. Η μέση παρακολούθηση ήταν 6.4 χρόνια(1-15). Το λειτουργικό αποτέλεσμα εκτιμήθηκε με χρήση WOMAC score(0-96). Παράμετροι όπως κοτυλιαίος δείκτης(AI), γωνία center-edge(CEA), επικέντρωση, βαθμός οστεοαρθρίτιδας προσδιορίστηκαν ακτινολογικά.

**Αποτέλεσμα:** Η 10-ετής επιβίωση ήταν 90.2% (95%CI: 80.3–99.8%). 4 ασθενείς υποβλήθηκαν σε περαιτέρω επέμβαση στην περίοδο μελέτης (6%): 3 σε αρθροπλαστική και 1 σε οστεοτομία Shelf, με ικανοποιητικό αποτέλεσμα στην τελική εκτίμηση (WOMAC 0/10). Ο μέσος AI μετεγχειρητικά ήταν 8.6° (μέση διόρθωση 5.5°). Η μέση CEA μετεγχειρητικά ήταν 23.7° (μέση διόρθωση 8.7°). Αυξημένα ποσοστά περαιτέρω επέμβασης παρουσιάστηκαν με απουσία επικέντρωσης προεγχειρητικά, καθώς και με αυξημένο AI και μειωμένη CEA μετεγχειρητικά (p=0.01). Το μέσο WOMAC ήταν 15(0 – 54), ενώ εμφανίστηκε βελτιωμένο σε AI<15° και CEA 20°–35°.

**Συμπεράσματα:** Η περικοτυλιαία οστεοτομία εμφανίζει άριστα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της συμπτωματικής δυσπλασίας του ισχίου, με 10-ετή επιβίωση 90%. Παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση είναι ο βαθμός επικέντρωσης προεγχειρητικά και ο βαθμός διόρθωσης των κοτυλιαίων παραμέτρων.

**ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΑΘΗΤΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ (CPM) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΕΥΡΟΣ ΤΡΟΧΙΑΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΠΟΝΟ**

Σ. Στάση<sup>1</sup>, Ν. Κορρές<sup>2</sup>, Γ. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Ι.Π. Μπαλτόπουλος<sup>2</sup>, Π. Μπαλτόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών (ΤΕΙ-Α)

<sup>2</sup>Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συμβολής της μηχανικής συνεχούς παθητικής κινητοποίησης (CPM) και η επίδραση του χρόνου εφαρμογής της, μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος (ΟΑΓ), στο εύρος τροχιάς της άρθρωσης και στα επίπεδα του μετεγχειρητικού πόνου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 75 άτομα (50-80 ετών) χωρισμένα σε 3 ομάδες. Η ομάδα ελέγχου ακολούθησε μόνο τυποποιημένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Πλέον της φυσικοθεραπείας, στις άλλες δύο ομάδες εφαρμόστηκε CPM, 2 φορές/ημέρα. Στην ομάδα CPM-30 για 30 λεπτά και στην ομάδα CPM-60 για 60 λεπτά. Το εύρος τροχιάς της ενεργητικής κάμψης και έκτασης της άρθρωσης μετρήθηκε προεγχειρητικά και την 8<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Τα επίπεδα του πόνου αξιολογήθηκαν με την κλίμακα VAS την 2<sup>η</sup> και 8<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Η τιμή  $p < 0,05$  καθορίστηκε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Το ερευνητικό πρωτόκολλο εγκρίθηκε από τον οργανισμό Current Controlled Trials Ltd – WHO (ISRCTN91125056).

**Αποτελέσματα:** Συγκρίνοντας τις ομάδες CPM-30 και CPM-60 με την ομάδα ελέγχου κατά ζεύγη, παρατηρήθηκε ότι η ενεργητική κάμψη του γόνατος αυξήθηκε σημαντικά περισσότερο ( $p=0,001$ ), στην ομάδα CPM-60 ( $10,02^\circ$ ) σε σύγκριση με την ομάδα CPM-30 ( $2,43^\circ$ ). Όσον αφορά στην βελτίωση της ενεργητικής έκτασης του γόνατος, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ( $p = 0,570$ ). Επιπρόσθετα η εφαρμογή CPM, τόσο για 30΄, όσο και για 60΄, δεν επηρέασε σημαντικά τα επίπεδα του μετεγχειρητικού πόνου ( $p=0,190$ ).

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός φυσικοθεραπείας και εφαρμογής CPM για 60΄ οδήγησε σε μεγαλύτερο εύρος ενεργητικής κάμψης της άρθρωσης του γόνατος. Τόσο η ενεργητική έκταση του γόνατος όσο και τα επίπεδα του μετεγχειρητικού πόνου δεν επηρεάστηκαν από την εφαρμογή CPM.



**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΔΟΣΕΩΣ ΤΡΑΝΕΞΑΜΙΚΟΥ ΟΞΕΩΣ ΣΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ**

Ι. Βλαστός, Α. Κωνσταντίνου, Κ. Μανιάτης, Δ. Ντούσης, Ν. Δημητράκης, Γ. Χρονάς, Γ. Γεωργιάδης,

Ι. Μίχος

Δ' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης μας είναι να διαπιστώσουμε την επίδραση του τρανεξαμικού οξέως (ΤΧΑ) στην απώλεια αίματος και ανάγκη μετάγγισης μετά από πρωτοπαθή ολική αρθροπλαστική γόνατος (TKR).

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 50 ασθενείς (50 γόνατα) που υπεβλήθησαν σε πρωτοπαθή TKR με τσιμέντο την περίοδο Ιανουαρίου – Δεκέμβριου 2014. 25 ασθενείς (ομάδα Α) έλαβαν ενδοφλέβια χορήγηση ΤΧΑ 10ml/kg, 20 λεπτά πριν την εφαρμογή ίσχαιμου περιόδου, ενώ οι υπόλοιποι 25 ασθενείς (ομάδα Β) δεν έλαβαν την ως άνω ουσία. Κατεγράφει μετεγχειρητικά η απώλεια αίματος, υπολογισθείσα με τον τύπο του Mercurialli, το περιεχόμενο των παροχετεύσεων, το επίπεδο της αιμοσφαιρίνης, ο ρυθμός των μεταγγίσεων, οι ημέρες νοσηλείας και η κλινική εκδήλωση θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν ταμπλέτα ριβαροξαμπάνη 10mg ως θρομβοπροφύλαξη.

**Αποτελέσματα:** Η ομάδα Α παρουσίασε χαμηλότερη απώλεια αίματος στις παροχετεύσεις το πρώτο 24ωρο ( $208 \pm 82$  vs  $470 \pm 159$  ml,  $p < 0.01$ ) και μικρότερη συνολική απώλεια αίματος ( $431 \pm 239$  vs  $633 \pm 308$  ml RBC,  $p = 0.015$ ). Μετάγγιση έγινε σε 8 ασθενείς (32%) της ομάδας Α και σε 18 (72%) της ομάδας Β ( $p < 0.01$ ). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα αιμοσφαιρίνης κατά την 1<sup>η</sup>, 3<sup>η</sup> και 7<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα ούτε στην διάρκεια νοσηλείας. Δεν παρατηρήθηκαν θρομβοεμβολικά επεισόδια κατά τη νοσηλεία, ούτε και τρεις μήνες μετά, σε καμία από τις ομάδες.

**Συμπέρασμα:** Μια μονήρης ενδοφλέβια δόση ΤΧΑ ελαττώνει την μετεγχειρητική αιμορραγία στην TKR. Η παραπάνω μέθοδος αποδείχθηκε αποτελεσματική, ασφαλής και με χαμηλό κόστος επιλογή για την μείωση των μεταγγίσεων σε ασθενείς που υποβάλλονται σε TKR.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΠΛΩΝ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΨΕΥΔΟΟΓΚΩΝ (PSEUDOTUMOURS) ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΙΣΧΙΟΥ**

A. Pollalis, G. Grammatopoulos, S. Ostlere, H. Pandit, P. McLardy-Smith, D. Murray  
*Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford, UK*

**Σκοπός:** Ένας μεγάλος αριθμός αρθροπλαστικών επιφανείας ισχίου metal-on-metal (MoMHR) έχει πραγματοποιηθεί διεθνώς. Πολυέξοδες και συχνά περιπτές εξετάσεις πραγματοποιούνται συστηματικά για παρακολούθηση των ασθενών, χωρίς καθιερωμένο αλγόριθμο. Στόχος της μελέτης είναι να προσδιορίσει το ρόλο των απλών ακτινογραφιών στην παρακολούθηση μιας MoMHR και στην ανίχνευση ψευδοόγκων (pseudotumours).

**Υλικό & Μέθοδος:** 140 MoMHRs (γυναίκες=74) μελετήθηκαν αναδρομικά σε 2 ομάδες: Ομάδα Ψευδοόγκων (86 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αναθεώρηση λόγω συμπτωματικού ψευδοόγκου, διαγνωσμένου με υπερηχογράφημα/MRI) και Ομάδα Ελέγχου (54 ασθενείς με Oxford-Hip-Score>42, UCLA-Activity-Score>6, Co-Cr<7μg/ml, φυσιολογικό υπερηχογράφημα/MRI). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε απλή προσθιοπίσθια ακτινογραφία πυέλου πριν την αναθεώρηση ή στην τελευταία εκτίμηση. Οι ακτινογραφίες εκτιμήθηκαν από δύο ανεξάρτητους παρατηρητές (Ορθοπαιδικός/Ακτινολόγος Μυοσκελετικού) με άριστη συσχέτιση. Αναζητήθηκαν ευρήματα όπως ακτινοδιαύγαση, οστεόλυση, πρόσκρουση, remodeling, στένωση αυχένα στις Ζώνες Κοτύλης Charnley (I-III) και Ζώνες Μηριαίου DeSmet (1-7).

**Αποτέλεσμα:** 64 MoMHRs (46%) εμφάνισαν παθολογικά ακτινολογικά ευρήματα: 61 της Ομάδας Ψευδοόγκων και 3 της Ομάδας Ελέγχου. Το ποσοστό παθολογικών ευρημάτων εντός των ομάδων ήταν σημαντικά υψηλότερο στην Ομάδα Ψευδοόγκων (71% έναντι 6%) ( $p<0.001$ ). Τα συχνότερα ευρήματα ήταν οστεόλυση (28% Ζώνη 2, 21% Ζώνη 3), στένωση αυχένα (18% Ζώνη 1, 15% Ζώνη 7), ακτινοδιαύγαση (7% Ζώνες 2-4, 13% Ζώνες I-III). Η ευαισθησία των ακτινογραφιών στη διάγνωση αποτυχίας MoMHR ήταν 71% και η ειδικότητα 94%.

**Συμπεράσματα:** Αυτή είναι η πρώτη μελέτη που αναδεικνύει τη σημασία της απλής ακτινογραφίας στη διάγνωση αποτυχίας MoMHR λόγω ψευδοόγκου. Η χαμηλή ευαισθησία στην ανίχνευση ψευδοόγκων επισημαίνει την ανάγκη πραγματοποίησης περαιτέρω μελετών σε συμπτωματικούς ασθενείς με φυσιολογικές ακτινογραφίες. Ωστόσο, η παρουσία παθολογικών ακτινολογικών ευρημάτων πρέπει να θεωρείται σημείο αποτυχίας MoMHR μέχρι αποδείξεως του εναντίου.

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΡΑΝΕΞΑΜΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

A. Δασκαλάκης<sup>1,2</sup>, N. Κοντοδημόπουλος<sup>2</sup>, Γ. Σταματόπουλος<sup>1</sup>, N. Ζαχαράκης<sup>1</sup>, Γ. Λουπάσης<sup>1</sup>, Γ. Αναστόπουλος<sup>1</sup>, Α. Παπαηλιού<sup>1</sup>, Α. Ασημακόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»

<sup>2</sup>Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

**Σκοπός:** Με δεδομένο το υψηλό κόστος για το σύστημα υγείας του χειρουργείου της Ολικής Αρθροπλαστικής του Γόνατος (ΟΑΓ), μελετάται η χρήση τρανεξαμικού οξέος για τον περιορισμό της αιμορραγίας και της χρήσης αλλογενούς αίματος.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στην μελέτη εντάχθηκαν 70 άτομα (n=70) που υποβλήθηκαν σε ΟΑΓ. Στην ομάδα παρέμβασης (n<sub>1</sub>=35), χορηγήθηκαν 500mg τρανεξαμικού οξέος, πριν την εφαρμογή και πριν την λύση του tourniquet. Μετρήθηκαν η απώλεια αίματος, η πτώση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης στις 18 ώρες από το χειρουργείο και καταγράφηκαν οι χορηγούμενες μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών. Μετρήθηκαν επίσης, το υποκειμενικό αίσθημα του πόνου και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής πριν το χειρουργείο και τρεις μήνες μετά. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με την ομάδα ελέγχου (n<sub>2</sub>=35).

**Αποτελέσματα:** Η απώλεια αίματος στην ομάδα του τρανεξαμικού ήταν 305 ml (±105 ml) και χορηγήθηκαν 0,09 (±0,28) μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών έναντι 604 ml (±104 ml) και 1,54 (±0,65) μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών, αντίστοιχα, στην ομάδα ελέγχου. Το οικονομικό όφελος της παρέμβασης ήταν 190.6 € (±49,06 €) ανά άτομο. Μετρήθηκαν, επίσης, σημαντικές μειώσεις στο αίσθημα του πόνου και βελτιώθηκε σημαντικά η ποιότητα ζωής τρεις μήνες μετά το χειρουργείο.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση του τρανεξαμικού οξέος περιορίζει σημαντικά την αιμορραγία και την ανάγκη μετάγγισης στην ΟΑΓ και μειώνει αποτελεσματικά το κόστος για το σύστημα υγείας.

## ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΧΟΝΔΡΟΓΕΝΕΣΗ ΜΕ ΙΚΡΙΩΜΑ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟΥ (AMIC) ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΟΝΔΡΙΝΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΝΕΩΝ, ΑΘΛΗΤΙΚΑ ΕΝΕΡΓΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δ. Γιώτης<sup>1,2</sup>, Φ. Ζαμπέλη<sup>2</sup>, Ν.Κ. Πάσχος<sup>3</sup>, F. Thorey<sup>1</sup>, Α. Γεωργούλης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Center for Hip, Knee and Foot Surgery, Sports Traumatology, ATOS Hospital, Heidelberg, Germany, <sup>2</sup>Ορθοπαιδικό Αθλητιατρικό Κέντρο Ιωαννίνων, Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, <sup>3</sup>Department of Biomedical Engineering, University of California, Davis, CA, USA

**Σκοπός:** Η χρήση της τεχνικής μικροκαταγμάτων έχει βρεθεί ότι προσφέρει αξιόλογα αποτελέσματα σε μικρής διαμέτρου χόνδρινες βλάβες στο ισχίο. Ωστόσο σε μεγαλύτερες βλάβες, μεταξύ άλλων, η τεχνική AMIC θεωρείται αρκετά αποτελεσματική. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί το κλινικό αποτέλεσμα της χρήσης τεχνικής AMIC σε μεσαίου μεγέθους χόνδρινες βλάβες στην κοτύλη νέων, αθλητικά ενεργών ασθενών καθώς και το ενδεχόμενο επιστροφής τους στο προ- βλάβης επίπεδο αθλητικών δραστηριοτήτων.

**Υλικό-Μέθοδος:** 62 ασθενείς με ολικού πάχους και μεσαίου μεγέθους χόνδρινες βλάβες στην κοτύλη συμμετείχαν στη μελέτη. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε αρθροσκοπική αποκατάσταση των χόνδρινων βλαβών με την τεχνική AMIC. Η κλινική εξέταση περιελάμβανε αξιολόγηση του Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS), του τροποποιημένου – modified Harris Hip Score (mHHS) και του Visual Analog Scale (VAS) σκορ. Η κλινική εξέταση των ασθενών έγινε προεγχειρητικά όσο και τουλάχιστον 2 χρόνια μετεγχειρητικά.

**Αποτελέσματα:** Σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε και στις τρεις κλινικές δοκιμασίες που αξιολογήθηκαν στο follow-up σε σχέση με τη προεγχειρητική κατάσταση. Το μέσο HOOS βελτιώθηκε από  $58,8 \pm 7,4$  προεγχειρητικά σε  $90,6 \pm 7,1$  μετεγχειρητικά ( $p < 0.001$ ), ενώ το μέσο mHHS βελτιώθηκε από  $53,4 \pm 6,6$  σε  $82,4 \pm 8,2$  ( $p < 0.001$ ). Αναφορικά με το VAS σκορ, υπήρξε σημαντική μείωση από  $4,9 \pm 1,1$  προεγχειρητικά σε  $1,1 \pm 0,8$  μετεγχειρητικά ( $p < 0.001$ ), που υποδήλωνε πως οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από τη μείωση του πόνου.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνική AMIC είναι μια αποτελεσματική, ενός σταδίου, τεχνική για την αποκατάσταση μεσαίου μεγέθους βλαβών στη κοτύλη νεαρών ασθενών, βελτιώνοντας το βραχυ/μεσο-πρόθεσμο κλινικό αποτέλεσμα και ενισχύοντας το ενδεχόμενο επιστροφής τους σε καθημερινές αθλητικές δραστηριότητες. Ωστόσο, περαιτέρω έρευνες θα πρέπει να γίνουν προκειμένου να επιβεβαιωθούν μακροπρόθεσμα τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σε ασθενείς με χόνδρινες βλάβες του ισχίου.

**Η ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΝΔΕΣΜΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΠΧΣ ΕΜΠΟΔΙΖΕΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΕΚΤΑΣΗΣ. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**Φ. Ζαμπέλη<sup>1</sup>, Δ. Γιώτης<sup>1</sup>, Ε. Παππάς<sup>1,2</sup>, Α. Γεωργούλης<sup>1</sup><sup>1</sup>Ορθοπαιδικό Αθλητιατρικό Κέντρο Ιωαννίνων, Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα<sup>2</sup>Discipline of Physiotherapy, Faculty of Health Sciences, University of Sydney, Lidcombe, NSW, Australia

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί 1) Αν η ανατομική συνδεσμοπλαστική προσθίου χιαστού συνδέσμου (ΠΧΣ) εμποδίζει το έλλειμμα έκτασης και 2) αν ο βαθμός έκτασης σχετίζεται με τη διόρθωση της κνημομηριαίας σχέσης που επιτυγχάνει η ανατομική συνδεσμοπλαστική (Σ<sub>α</sub>ΠΧΣ).

**Υλικό&Μέθοδος:** Δώδεκα ασθενείς εξετάστηκαν προοπτικά πριν και μετά (μ.ό.15 μήνες) την Σ<sub>α</sub>ΠΧΣ. Μετρήθηκαν για το γόνατο με ΡΠΧΣ, Σ<sub>α</sub>ΠΧΣ, και το ετερόπλευρο υγιές σε κάθε συνθήκη 1)η μέγιστη γωνία έκτασης γόνατος(ΚΕ) στις φάσεις heel strike(HS) και midstance(MS) της βάρδισης και 2)η κνημιαία στροφή(TR) σε στροφική δοκιμασία με εμβιομηχανική ανάλυση, και 3)η πρόσθια κνημιαία μετατόπιση(ΑΤΤ) (KT-1000). Προσδιορίστηκε η διαφορά ανάμεσα στα δύο γόνατα(SSD) για όλες τις παραμέτρους. Ελέγχθηκε αν υπάρχει διαφορά στην ΚΕ ανάμεσα στα γόνατα καθώς και πριν και μετά την Σ<sub>α</sub>ΠΧΣ (ANOVA) και αν οι SSDATT και SSDTR είναι προγνωστικοί παράγοντες για την SSDKE στις φάσεις HS και MS (γραμμική παλινδρόμηση, P<.05).

**Αποτελέσματα:** Η ΚΕ (μ.ό,±SD) για το γόνατο με ρήξη ΠΧΣ, ΣΠΧΣ, και το ετερόπλευρο υγιές σε κάθε συνθήκη αντίστοιχα ήταν:HS 1.7°(±3.1), 2.06(±3.5), 2.48(±4.2), 2.49(±4.7), και MS 4.08(±4.2), 3.89(±3.7), 3.89(±4.4), 4.62(±4.9). Δεν υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στα 2 γόνατα (p≥0.372), ή πριν και μετά την ΣΠΧΣ(p≥0.668) σε καμία φάση βάρδισης (HS,MS). Η SSDATT ήταν προγνωστική της SSDKE στο HS(R<sup>2</sup>=0.428, p=0.021) και έδειξε τάση για την SSDKE στο MS(R<sup>2</sup>=0.267, p=0.085).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με Σ<sub>α</sub>ΠΧΣ δεν εμφανίζουν έλλειμμα έκτασης κατά τη βάρδιση. Η διόρθωση της ΑΤΤ μετά από Σ<sub>α</sub>ΠΧΣ είναι προγνωστική της συμμετρικής λειτουργικής έκτασης του γόνατος. Η διόρθωση της παθολογικής κνημομηριαίας σχέσης μετά από Σ<sub>α</sub>ΠΧΣ είναι ένας από τους παράγοντες που εμποδίζει την εμφάνιση ελλείμματος έκτασης.

**ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΙΣ ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΧΣ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΕΝΔΟΣΥΝΔΕΣΜΙΚΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ**

D.S. Evangelopoulos<sup>1,2</sup>, S. Pneumaticos<sup>2</sup>, S.S. Ahmad<sup>1</sup>, S. Kohl<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, *Inselspital*, Πανεπιστήμιο Βέρνης, Ελβετία

<sup>2</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα

**Σκοπός:** Μια νέα τεχνική, η Δυναμική Ενδοσυνδεσμική Σταθεροποίηση (DIS), προτάθηκε πρόσφατα για την άμεση αποκατάσταση προσφάτων ρήξεων του ΠΧΣ. Σκοπός της παρούσης μελέτης αποτελεί η ανάλυση της λειτουργικότητας του γόνατος και της επιστροφής στις αθλητικές δραστηριότητες σε ασθενείς που υποβλήθησαν στη νέα τεχνική.

**Υλικό & Μέθοδος:** Τα αρχεία 45 ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με τη νέα τεχνική, μελετήθηκαν αναδρομικά. Η λειτουργικότητα του γόνατος εκτιμήθηκε βάσει του “*Back to Sports Test*”, του εύρους κίνησης, πόνου, της μυικής ισχύος, του δείκτη συμμετρίας σκέλους (LSI: limb symmetry index of the hop test), της κλίμακας δραστηριότητας Tegner (Tegner activity scale: TAS) και της μεταβολής της προσθιοπίσθιας σταθερότητας (Δ-AP Translation).

**Results:** 45 (13 γυναίκες, 32 άνδρες) ασθενείς αποτέλεσαν τον πληθυσμό μελέτης. Η μέση ηλικία ήταν 26 έτη (εύρος 18-54 έτη). Ο μέσος χρόνος για το “hop test” ήταν 22.0 εβδομάδες (εύρος 11-32 εβδομάδες) μετεγχειρητικά. Ο μέσος δείκτης συμμετρίας σκέλους (mean LSI) ήταν 91.6% ± 8.3%. Η μέση μεταβολή της προσθιοπίσθιας σταθερότητας (mean Δ-AP translation) ήταν 0.0 mm ± 1.6mm. Η μέση TAS πριν την κάκωση ήταν 7 (range 4-9) και διατηρήθηκε στην ίδια τιμή στην τελευταία επανεξέταση στους 12 μήνες (7, εύρος 4-9). Σε 3 ασθενείς είχαμε νέα ρήξη, συνεπεία νέου τραυματισμού.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνική της Δυναμικής Ενδοσυνδεσμικής Σταθεροποίησης (DIS) με την ανάλογη φυσιοθεραπεία, σε ασθενείς που υποβλήθησαν σε άμεση αποκατάσταση ρήξεως ΠΧΣ, οδηγεί σε επιτυχή επιστροφή στο προ της κάκωσης επίπεδο αθλητικών δραστηριοτήτων. Το ποσοστό των επαναρήξεων είναι ανάλογο με αυτό της ανακατασκευής του ΠΧΣ που περιγράφει η διεθνής βιβλιογραφία.

**ΑΝΟΙΧΤΗ ΛΑΤΑΡJΕΤ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΩΜΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΕΙΛΟΥΣ ΩΜΟΓΛΗΝΗΣ**

*Δ. Βαρβιτσιώτης, Β. Χατζηραβδέλη, Χ. Τζούρος, Π. Βλάχος, Δ. Μητσιόπουλος, Ι. Φερούσης  
Η' Ορθοπαιδική Κλινική, Μονάδα Χειρουργικής Ωμου, Γ.Ν.Ασκληπιείο Βούλας*

**Σκοπός:** Η οστική Bankart είναι μια βλάβη που παραδοσιακά αντιμετωπίζεται συντηρητικά, όταν το οστικό τεμάχιο συμμετοχής είναι μικρό και δεν υπάρχει αστάθεια. Σε υποτροπιάζουσα αστάθεια ή σε ευμέγεθες τεμάχιο συμμετοχής, συνίσταται χειρουργική αποκατάσταση με οστικό block ή οστεοσύνθεση. Στην περίπτωση εκείνη όμως που πρόκειται για συντριπτικό # της ωμογλήνης συνοδευόμενο με αστάθεια η Latarjet αποτελεί μια εναλλακτική ικανοποιητική μέθοδο αντιμετώπισης.

**Υλικό/Μέθοδος:** Μεταξύ 2010 - 2012 προσήλθαν 8 ασθενείς (3γυναίκες/5άντρες) με μέσο όρο ηλικίας 45έτη (από 41-51), με πρόσθιο εξάρθρωμα και συντριπτικό κάταγμα του προσθίου χείλους της ωμογλήνης. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ακτινολογικό έλεγχο και CT προκειμένου να αξιολογηθεί η βλάβη και να γίνει ο προεγχειρητικός σχεδιασμός. Σε όλους τους ασθενείς διεγχειρητικά, μετά την διάνοιξη του υποπλατίου διεπιστώθη ότι δεν ήταν εφικτή η οστεοσύνθεση και ότι ο ώμος παρέμενε ιδιαίτερα ασταθής. Για τον λόγο αυτό επελέχθη η Latarjet ως μέθοδος αντιμετώπισης, με μεταφορά της κορακοειδούς απόφυσης συνοδευόμενη από τους καταφυτικούς της τένοντες στο σημείο του ελλείμματος της ωμογλήνης. Σε όλους χρησιμοποιήθηκε ανάρτηση τύπου Dossault και η κινητοποίηση ξεκίνησε 4 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Οι ασθενείς επανεξετάσθηκαν κλινικά και ακτινολογικά με απλή ακτινογραφία.

**Αποτελέσματα:** Το 50% των περιπτώσεων παρουσίασε ακτινολογικά, μερική απορρόφηση του οστικού τεμαχίου της ωμογλήνης χωρίς ψευδάρθρωση. Σε δυο ασθενείς παρατηρήθηκε πρόσκρουση του κοχλία με τον οποίο είχε καθηλωθεί το τμήμα της κορακοειδούς κατά την έσω στροφή και σε έναν εξ αυτών χρειάστηκε να αφαιρεθεί. Σχεδόν το σύνολο των ασθενών παρουσίασε αρχικά δυσκαμψία η οποία υφέθηκε με πρόγραμμα φυσικοθεραπείας με τελικό χρόνο αποκατάστασης κατά μέσο όρο τους 2 μήνες. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε αστάθεια, όπως επίσης ούτε πάρεση του μασχαλιαίου ή μυοδερματικού νεύρου.

**Συμπεράσματα:** Η αύξηση επιφανείας της ωμογλήνης, η ενίσχυση με τον κοινό καταφυτικό, του προσθίου – κάτω τμήματος του υποπλατίου – θυλάκου και η συρραφή του θυλάκου, είναι τα στοιχεία εκείνα που κάνουν τη Latarjet να θεωρείται μια εναλλακτική αξιόπιστη μέθοδος με υψηλά ποσοστά επιτυχίας που επιφέρει σταθερότητα, με καλό εύρος κίνησης του ώμου στις περιπτώσεις αστάθειας ώμου λόγω συντριπτικού κατάγματος του προσθίου χείλους της ωμογλήνης.

**Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΩΜΟΥ, ΣΕ ΜΑΖΙΚΕΣ ΜΗ ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΙΜΕΣ ΡΗΞΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ. ΜΕΛΕΤΗ 31 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ 3.5 ΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**

Δ. Βαρβιτσιώτης, Π. Παπαδόπουλος, Γ. Τσακούμης, Κ. Παντελάκης, Χρ. Φερούσης, Ι. Φερούσης

*Η' Ορθοπαιδική Κλινική, Μονάδα Χειρουργικής Ωμου, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας*

**Σκοπός:** Η ανάστροφη ολική αρθροπλαστική του ώμου (RTSA), αποτελεί μέθοδο επιλογής στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει οστεοαρθρίτιδα ώμου με μη επιδιορθώσιμη βλάβη του στροφικού πετάλου (rotator cuff arthropathy). Οι ενδείξεις της, λόγω του καλού λειτουργικού αποτελέσματός της, έχουν διευρυνθεί και μία από αυτές μπορεί να αποτελέσει η χρήση της σε ασθενείς με μαζικές μη επιδιορθώσιμες ρήξεις του στροφικού πετάλου (RC), χωρίς συνυπάρχουσα οστεοαρθρίτιδα και να εκτιμηθούν τα αποτελέσματά της.

**Υλικό & Μέθοδος:** Από το 2007 έως το 2013 μελετήθηκαν 31 ασθενείς (17 γυναίκες, 14 άνδρες) με μ.ο. ηλικίας 68 έτη, οι οποίοι υπεβλήθησαν σε RTSA λόγω μη επιδιορθώσιμης ρήξης του R-C και της μειωμένης λειτουργικότητας του ώμου χωρίς συνυπάρχουσα οστεοαρθρίτιδα. 15 ασθενείς παρουσίαζαν ψευδοπαράλυση και οι περισσότεροι είχαν προς τα άνω μετατόπιση της βραχιονίου κεφαλής. Η εγχείρηση πραγματοποιήθηκε μετά το πέρας 3 μηνών συντηρητικής αντιμετώπισης χωρίς βελτίωση του πόνου ή της λειτουργικότητας του ώμου. Στους περισσότερους ασθενείς η προσπέλαση ήταν η θωρακοδελτοειδής. Όλες οι ρήξεις εκτιμήθηκαν διεγχειρητικά 5 – 7εκ. και αφορούσαν 2 τουλάχιστον τένοντες του R-C. Από την 1<sup>η</sup> εβδομάδα ξεκίνησαν όλοι με παθητική κινητοποίηση, ακολουθούμενη από ενεργητική υποβοηθούμενη μετά από 3 εβδομάδες. Η παρακολούθηση στα 3.5 έτη μ.ο, έγινε κλινικά με τη μέτρηση του Constant score (Cs) και απεικονιστικά.

**Αποτελέσματα:** Το σημαντικότερο εύρημα, είναι η δραματική ύφεση του άλγους μετεγχειρητικά σε όλους τους ασθενείς. Βάση Cs η πρόσθια κάμψη αυξήθηκε από 47<sup>ο</sup> προεγχειρητικά σε 138<sup>ο</sup> μετεγχειρητικά και η απαγωγή από 45<sup>ο</sup> σε 100<sup>ο</sup>, ενώ υπήρχε μερική βελτίωση στην έσω και έξω στροφή. Σε ασθενείς με προεγχειρητική ενεργητική απαγωγή μεγαλύτερη των 90<sup>ο</sup>, δεν ανεδείχθη σημαντική βελτίωση μετεγχειρητικά στην κίνησή τους. Ένας ασθενής παρουσίασε παροδική πάρεση μασχαλιαίου νεύρου. Σε 8 περιπτώσεις παρατηρήθηκε πρόσκρουση (notching), στο κατώτερο τμήμα της γλήνης, χωρίς όμως να επηρεάζει το κλινικό αποτέλεσμα. Σε κανέναν ασθενή δεν παρατηρήθηκε μετεγχειρητικό εξάρθρημα, αστάθεια, λοίμωξη ή χαλάρωση των προθέσεων.

**Συμπεράσματα:** Η RTSA δείχνει να αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο, στην αντιμετώπιση ασθενών με μαζικές μη επιδιορθώσιμες ρήξεις του RC, χωρίς συνυπάρχουσα οστεοαρθρίτιδα. Ο πόνος και η κινητικότητα δείχνει να βελτιώνεται σημαντικά, ενώ πιο περιορισμένες δείχνουν να είναι οι ενδείξεις σε εκείνους που προεγχειρητικά εμφάνιζαν άνω των 90<sup>ο</sup> ενεργητική ανύψωση του ώμου.



**Η ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΛΑΤΥ ΡΑΧΙΑΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΑΖΙΚΩΝ ΡΗΞΕΩΝ ΤΟΥ ΤΕΝΟΝΤΙΟΥ ΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΤΟΥ ΩΜΟΥ : 10ΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΝΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ**

Κ. Αλεξίου, Β. Ραούλης, Α. Δράκος, Ν. Δοξαριώτης, Π. Νατσαρίδης, Κ.Ν. Μαλίζος  
*Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Λάρισας*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση των κλινικών και απεικονιστικών αποτελεσμάτων των ασθενών, που υποβλήθηκαν σε μεταφορά του πλατύ ραχιαίου για την αντιμετώπιση μαζικών ρήξεων του τενοντίου στροφικού πετάλου του ώμου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Από τον Ιανουάριο του 2005 έως τον Ιανουάριο του 2015, 21 ασθενείς (15 άντρες / 6 γυναίκες) υποβλήθηκαν σε μεταφορά του πλατύ ραχιαίου για την αντιμετώπιση μαζικών ρήξεων του τενοντίου στροφικού πετάλου του ώμου. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 6,6 έτη (2,2 έτη - 9,4 έτη). Η μέση ηλικία των ασθενών όταν χειρουργήθηκαν ήταν 61 έτη. Η αξιολόγηση των ρήξεων του τενοντίου στροφικού πετάλου έγινε προεγχειρητικά με MRI και κλινική εξέταση. Ενώ, προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά εκτιμήθηκαν το Constant και VAS score. Η ανάπτυξη αρθρίτιδας καθορίστηκε με ακτινολογικό έλεγχο, σύμφωνα με το σύστημα που περιέγραψε ο Hamada et al.

**Αποτελέσματα:** 3 ασθενείς δεν προσήλθαν στο follow-up (1 απεβίωσε / 2 λόγω απόστασης). Ο μέσος όρος του Constant score βελτιώθηκε από 42% σε 73% ( $p < 0.0001$ ) τη στιγμή του follow-up. Ενώ, αντίστοιχα ο μέσος όρος του VAS score σημείωσε μείωση από 8.2 σε 2.3 ( $p < 0.0001$ ). Ο μέσος βαθμός αρθροπάθειας κατά Hamada αυξήθηκε από 1,6 (εύρος 0-2) σε 2,3 (εύρος 1-5) σύμφωνα με τις ακτινογραφίες.

**Συμπέρασμα:** Η μεταφορά του πλατύ ραχιαίου αποτελεί αξιόπιστη και αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπιση μαζικών ρήξεων του τενοντίου στροφικού πετάλου του ώμου, προσφέροντας πολύ σημαντική βελτίωση ως προς την αναλγησία και βελτιώνοντας τη λειτουργικότητα του ώμου, χωρίς περαιτέρω ανάγκη άλλης επέμβασης.

## Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΕΡΕΩΣΗΣ SURGILIG LOCKDOWN ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΑΚΡΩΜΙΟΚΛΕΙΔΙΚΗΣ – ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δ. Αλεξιάκης, Π. Κατσάκου, Ι. Μασιώτης, Κ. Καραπατάκης

Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική & Κλινική Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών

**Σκοπός:** Πολλές τεχνικές έχουν περιγραφεί για την αντιμετώπιση του εξάρθρωματός της ακρωμιοκλειδικής. Σε περιπτώσεις αναθεωρήσεων και χρόνιας αστάθειας οι λύσεις περιορίζονται και τα αποτελέσματα γίνονται επιφυλακτικότερα. Σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε τα πρώιμα αποτελέσματα από την εμπειρία μας της χρήσης του συστήματος συγκράτησης Surgilig για την αντιμετώπιση τέτοιων δύσκολων περιστατικών αστάθειας ακρωμιοκλειδικής.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το τελευταίο έτος 6 ασθενείς με εξάρθρωμα ακρωμιοκλειδικής Rockwood III και V (3 χρόνια, 2 αναθεωρήσεις και 1 πρόσφατο) αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση του Surgilig στην Κλινική μας. Πρόκειται για ένα συνθετικό ικρίωμα που τοποθετείται γύρω από τη βάση της κορακοειδούς, περνάει πίσω και πάνω από την κλείδα όπου και καθλώνεται με μία προσθιοπίσθια βίδα. Σε μία δική μας παραλλαγή τοποθετήθηκε και τμήμα μοσχεύματος (η οδηγός ταινία του) στερεωμένη στη βίδα της κλείδας και στο έξω χείλος και πέριξ του ακρωμίου σαν οριζόντια μοίρα ενισχύοντας τους ραχιαίους συνδέσμους της άρθρωσης (αντίστοιχα με τεχνική του Howkins). Επίσης εναποτέθηκαν τρίμματα οστού στη θέση των συνδέσμων ενισχύοντας την επούλωση (όπως περιέγραψε ο Eugene Wolf).

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς εξήλθαν την επομένη του χειρουργείου με ανάρτηση του άκρου και χωρίς να επιτρέπεται η ανύψωσή του πάνω από το επίπεδο του ώμου για ένα μήνα. Ακολούθησαν φυσικοθεραπείες και επάνοδος στις καθημερινές δραστηριότητες στους 2 μήνες και στις αθλητικές στους 3 μήνες. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ακτινολογικό έλεγχο στους 6 μήνες ενώ για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν τα Constant και Imataní scores προ και 6 μήνες μετά το χειρουργείο. Σε έναν ασθενή στους 6 μήνες παρατηρήθηκε ήπια διαύγαση πέριξ της βίδας καθήλωσης χωρίς ωστόσο κάποια συμπτωματολογία. Απώλεια της ανάταξης σε follow up 6 μηνών δεν παρατηρήθηκε.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση του Surgilig φαίνεται ότι μπορεί να δώσει λύση σε χρόνιες και υποτροπιάζουσες περιπτώσεις αστάθειας της ακρωμιοκλειδικής με πολύ καλά κλινικά αποτελέσματα. Μεγαλύτερος αριθμός περιστατικών και μακρόχρονη παρακολούθηση ωστόσο είναι απαραίτητη για την μελέτη της συμπεριφοράς του μοσχεύματος και την αντίδραση του ασθενή σε αυτό.

**ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΩΝ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΩΜΟΥ  
3<sup>ης</sup> & 4<sup>ης</sup> ΓΕΝΙΑΣ**

Ι.Σ. Μαρής, Π. Μασούρος, Α. Βασιλόπουλος, Ι. Μαμάης, Ι. Μπουντούρης, Α. Παπανικολάου  
*Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Α, Κοργιαλένιο-Μπενάκειο, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός*

**Σκοπός:** Παρουσιάζουμε τα κλινικά και ακτινολογικά αποτελέσματα 18 ανατομικών αρthroπλαστικών ώμου 3<sup>ης</sup> & 4<sup>ης</sup> γενιάς.

**Υλικό & Μέθοδος:** Κατά το χρονικό διάστημα Μαρτίου 2007 έως Μάρτιο 2014 υποβλήθηκαν στη κλινική μας 16 ασθενείς (6 άνδρες, 10 γυναίκες) σε ανατομική αρthroπλαστική ώμου. Δύο εξ' αυτών είχαν αμφοτερόπλευρη επέμβαση. Η αιτιολογία ήταν πρωτοπαθής οστεοαρθρίτιδα στις 17 περιπτώσεις και μετατραυματική σε μία ασθενή. Το εύρος ηλικίας ήταν από 53 έως 81 έτη (Μ.Ο=69,6 έτη). Σε 6 ασθενείς χρησιμοποιήθηκε αρthroπλαστική 3<sup>ης</sup> γενιάς (Aequalis), ενώ στις υπόλοιπες 12 περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε αρthroπλαστική 4<sup>ης</sup> γενιάς (Equinox).

**Αποτελέσματα:** Ο χρόνος παρακολούθησης κυμάνθηκε από 12 έως 98 μήνες (Μ.Ο=51,6 μήνες). Επανεξετάστηκαν 15 από τους 16 ασθενείς, ενώ μία ασθενής απεβίωσε 3 έτη μετά την εγχείρηση. Το μέσο προεγχειρητικό score στην κλίμακα Constant-Murley ήταν 42 μονάδες (33-48), ενώ το μέσο μετεγχειρητικό score κατά την τελευταία επανεξέταση ήταν 82,2 μονάδες (25-97). Σε μία ασθενή συνέβη διεγχειρητικό κάταγμα διάφυσης βραχιονίου, το οποίο οστεοσυντέθηκε άμεσα, ενώ σε μία ασθενή λόγω υψηλής τοποθέτησης της μεταλλικής κεφαλής το αποτέλεσμα ήταν κακό (25 μονάδες) και οδηγήθηκε σε ανάστροφη αρthroπλαστική. Επίσης, στην ασθενή που απεβίωσε παρουσιάστηκε ασυμπτωματική χαλάρωση της γλήνης.

**Συμπεράσματα:** Οι ανατομικές αρthroπλαστικές 3<sup>ης</sup> & 4<sup>ης</sup> γενιάς προσφέρουν λόγω των χαρακτηριστικών τους τη δυνατότητα ανατομικής αποκατάστασης της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης. Η μακροχρόνια επιβίωση του γληνιαίου εμφυτεύματος αποτελεί πάντα ένα πρόβλημα. Τονίζεται ότι είναι μία ιδιαίτερα απαιτητική επέμβαση λόγω της ανάγκης ακριβούς αποκατάστασης της ανατομίας της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης.

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΟΠΙΣΘΙΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ – ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΩΝ ΩΜΟΥ: ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Z. Κόκκαλης, Δ. Πανταζής, Γ. Αντωνίου, Γ. Κολλιτσιδής, Ε. Τατάνη, Α. Κωνσταντοπούλου, Δ. Μυλωνάς, Α. Παναγόπουλος

*Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, Πάτρα*

**Σκοπός:** Το οπίσθιο κάταγμα - εξάρθρωμα του ώμου αποτελεί μια σπάνια κάκωση που συχνά διαλάθει λόγω ασαφούς κλινικής εικόνας και ανεπαρκούς ακτινολογικής απεικόνισης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της χειρουργικής αντιμετώπισης σε οκτώ ασθενείς (εννέα ώμοι).

**Υλικό & Μέθοδος:** Οκτώ ασθενείς, με μέσο όρο ηλικίας τα 47 έτη αντιμετωπίστηκαν λόγω οπίσθιου κατάγματος - εξάρθρωματος ώμου. Τέσσερις ασθενείς υπέστησαν τη βλάβη μετά τραυματισμό, ένας μετά από ηλεκτροπληξία, και τρεις μετά από επιληπτικές κρίσεις. Εκ των τελευταίων, ο ένας ασθενής εμφάνισε αμφοτερόπλευρη συμμετοχή. Σε 6 ώμους διαπιστώθηκε συνοδός ανάστροφη Hill-Sachs βλάβη που αφορούσε ποσοστό μεγαλύτερο από 30% της βραχιονίου κεφαλής (από 30 έως 45% αυτής) σύμφωνα με τα ευρήματα της αξονικής τομογραφίας. Οι τελευταίοι υπεβλήθησαν σε αποκατάσταση με τροποποιημένη McLaughlin τεχνική. Αυτή περιελάμβανε ανοικτή ανάταξη του εξάρθρωματος με οστεοτομία ελάσσονος βραχιονίου ογκώματος, καθήλωση αυτού με δύο βιοαπορροφήσιμες άγκυρες στην περιοχή του ελλείματος μετά πλήρωση του κενού με αλλομόσχευμα μηριαίας κεφαλής. Τρεις ασθενείς, με συνοδό κάταγμα της κεφαλής υπεβλήθησαν σε ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με αντομική πλάκα.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 18 μήνες (από 12 έως 24 μήνες) με μέσο μετεγχειρητικό Constant Score 83 (75 έως 94). Η μέση πρόσθια κάμψη του ώμου ήταν 162 μοίρες (150 – 180) με μέση έξω στροφή 63 μοίρες (50 – 85). Δεν παρατηρήθηκε καμία υποτροπή ενώ όλοι οι ασθενείς επέστρεψαν χωρίς πρόβλημα στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

**Συμπεράσματα:** Η αντιμετώπιση των σύνθετων οπισθίων καταγμάτων – εξάρθρωμάτων ώμου, είτε με την τροποποιημένη McLaughlin τεχνική είτε με ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση σε πιο σύνθετες περιπτώσεις, έχουν σα στόχο την αποκατάσταση της ανατομίας της γληνοβραχιονίου άρθρωσης με απώτερο σκοπό την επαναφορά στη προ – τραυματική δραστηριότητα.

**ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ, ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΧΗΣ ΤΟΥ CONSTANT SCORE (CS) ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΙΚΙΛΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΩΜΟΥ**

Δ. Ντουραντώνης, Η. Ηλιόπουλος, Π. Τσουμπός, Ε. Τατάνη, Α. Παναγόπουλος,  
Μ. Τυλλιανάκης

*Τμήμα Χειρουργικής Ωμου και Αγκώνα-Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών*

**Σκοπός:** Το CS αποτελεί μια ευρέως διαδεδομένη μέθοδο αξιολόγησης ασθενών με προβλήματα στην άρθρωση του ώμου η οποία εμπεριέχει μια σειρά από υποκειμενικές και αντικειμενικές παραμέτρους αξιολόγησης. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η μετάφραση του ερωτηματολογίου αυτού στην Ελληνική γλώσσα και η επικύρωση των πολιτισμικών προσαρμογών και της εγκυρότητας της.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η διαδικασία μετάφρασης έγινε με βάση τις οδηγίες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Εξήντα τρεις ασθενείς με ποικίλα προβλήματα στην άρθρωση του ώμου, εκτός από αστάθεια, συμπλήρωσαν την ελληνική έκδοση του CS, την ελληνική έκδοση του SF-12, την κλίμακα βαθμολόγησης ώμου & αγκώνα ASES (δεν υπάρχει επίσημη μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα) και την Ελληνική έκδοση του Quick – DASH Score με σκοπό την πιστοποίηση ή μη της εγκυρότητας της μεταφρασμένης έκδοσης του ερωτηματολογίου αναφοράς. Για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας της επαναληψιμότητας των μετρήσεων μας, πενήντα οκτώ από τους ασθενείς αυτούς, επανεξετάστηκαν σε διάστημα εικοσιπεντάριων έως τριαντάξι ωρών από την αρχική μέτρηση χωρίς να έχουν λάβει καμία θεραπεία (φαρμακευτική ή άλλου είδους) για το πρόβλημα τους.

**Αποτελέσματα:** Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικά προβλήματα κατά την διάρκεια της μετάφρασης του ερωτηματολογίου CS από την Αγγλική στην Ελληνική γλώσσα και κατά την αντίστροφη διαδικασία. Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου μας ήταν ιδιαίτερα υψηλή (Cronbach's alpha 0.92), ενώ η δοκιμασία επαναληψιμότητας των αποτελεσμάτων μας σε ολόκληρο το ερωτηματολόγιο ήταν επίσης υψηλή (ICC 0.95). Η συνοχή του ερωτηματολογίου αναφοράς επιβεβαιώθηκε καθώς ο δείκτης Pearson's σε σύγκριση με το Quick-DASH Score, το ASES Score και το SF-12 ήταν 0.84, 0.86 και 0.80 αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Η Ελληνική έκδοση του Constant Score διαθέτει επαρκή αξιοπιστία και εγκυρότητα επιδεικνύοντας σημαντική συσχέτιση όπως διαπιστώνεται από την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων μας και φαίνεται να είναι ένα κατανοητό και πρακτικό μέσο αξιολόγησης ασθενών με προβλήματα στην άρθρωση του ώμου που μιλούν την Ελληνική γλώσσα.

**ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΕΡΙΠΑΡΑΤΙΔΗΣ ΚΑΙ ΙΒΑΝΔΡΟΝΑΤΗΣ ΣΕ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΑΠΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΧΑΜΗΛΗ ΟΣΤΙΚΗ ΜΑΖΑ**

Χ. Ζήδρου, Π. Τσιούλας, Γ. Γκίκας, Θ. Κυριακίδης, Α. Κυριακίδης  
*Β Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης*

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει δύο καινούργιους συνδυασμούς χορήγησης τεριπαρατίδης για 6 μήνες και ιβανδρονάτης εφάπαξ μηνιαίως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με χαμηλή οστική μάζα.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη μας που διενεργήθηκε από τον Ιανουάριο του 2010 μέχρι το Δεκέμβριο του 2014 πήραν μέρος 30 γυναίκες ηλικίας 55-85 ετών με Tscore αυχένα μηριαίου ή ΟΜΣΣ $\leq$ -2,5SD και έναν παράγοντα κινδύνου οστεοπόρωσης (ηλικία $\geq$ 65 ετών, ιστορικό κατάγματος μετεμμηνοπαυσιακά ή ιστορικό κατάγματος ισχίου της μητέρας). Η 1<sup>η</sup> υποομάδα (15 ασθενείς) έλαβαν 6 μήνες καθημερινά τεριπαρατίδη ταυτόχρονα με ιβανδρονάτη εφάπαξ μηνιαίως ακολουθούμενη από 18 μήνες μόνο ιβανδρονάτης εφάπαξ μηνιαίως. Η 2<sup>η</sup> υποομάδα (15 ασθενείς) έλαβαν διαδοχικά 2 έτη από τρίμηνη αγωγή τεριπαρατίδης ακολουθούμενη από 9μηνη αγωγή ιβανδρονάτης εφάπαξ μηνιαίως.

**Αποτελέσματα:** Μετά από 2 έτη θεραπείας η οστική πυκνότητα BMD της ΟΜΣΣ αυξήθηκε σημαντικά και παρόμοια κατά 7,5% και 8,2% στην 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> υποομάδα αντίστοιχα. Παρόμοια αυξήθηκε και στις δύο υποομάδες η οστική πυκνότητα συνολικά στο ισχίο και στον αυχένα του μηριαίου.

Στην 1<sup>η</sup> υποομάδα που έλαβε ταυτόχρονα τεριπαρατίδη και ιβανδρονάτη, το πεπτιδίο του προκολλαγόνου τύπου I (PINP) αυξήθηκε τον 1<sup>ο</sup> μήνα κατά 75%, παρέμεινε αυξημένο μέχρι τον 3<sup>ο</sup> μήνα κατά 42% αλλά δεν διατηρήθηκε υψηλό κατά τη συνέχιση της ταυτόχρονης θεραπείας. Στη 2<sup>η</sup> υποομάδα που έλαβε διαδοχικά τεριπαρατίδη και ιβανδρονάτη, το PINP αυξήθηκε τους πρώτους 3 μήνες κατά 186%, μειώθηκε κατά τους υπόλοιπους 9 μήνες ιβανδρονάτης και ξανα-αυξήθηκε μετά από το δεύτερο 3-μηνο θεραπείας με τεριπαρατίδη κατά 209%. Αντίστοιχες αυξομειώσεις παρατηρήθηκαν σε κάθε υποομάδα για τις τιμές του οστικού κλάσματος της αλκαλικής φωσφατάσης (B-ALP) και οστεοκαλσίνης (OC), ενώ δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στις τιμές του καρβοξυτελικού διασταυρούμενου τελοπεπτιδίου του κολλαγόνου τύπου I (CTX). Δεν βρέθηκαν διαφορές στις ανεπιθύμητες ενέργειες μεταξύ των δύο υποομάδων.

**Συμπεράσματα:** Οι συγγραφείς καταλήγουν ότι η θεραπεία 6 μηνών με τεριπαρατίδη μαζί με διφωσφονικό για 2 έτη αυξάνει σημαντικά την BMD. Ένα πιθανό συμπέρασμα είναι ότι η βραχύχρονη χορήγηση τεριπαρατίδης θα μπορούσε να παρέχει τα οφέλη της αναβολικής θεραπείας με χαμηλότερο κόστος και λιγότερες υποδόριες ενέσεις σε σύγκριση με τη μακροχρόνια θεραπεία.

**ΜΕΓΑΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΣΤΡΩΣΗ ΑΡΓΥΡΟΥ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ**

Π. Μεγαλοοικονόμος, Β. Ηγουμένου, Χ. Βώπτης, Κ. Τσιάβος, Ι. Γαλανόπουλος,  
Γ. Παναγόπουλος, Β. Σακελλαρίου, Α. Μαυρογένης, Π. Παπαγγελόπουλος  
Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα

**Σκοπός:** Τα νανοσωματίδια αργύρου όταν ενσωματώνονται στην επιφάνεια των ορθοπαιδικών προθέσεων φαίνεται να έχουν βακτηριοκτόνο δράση. Σκοπός της μελέτης ήταν η παρουσίαση της έκβασης 20 ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με μεγαπρόθεσεις με επίστρωση αργύρου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 20 ασθενείς (5 άνδρες, 15 γυναίκες) μέσης ηλικίας 56,2 ετών (εύρος, 26-78 έτη) που αντιμετωπίστηκαν με μεγαπρόθεσεις με επίστρωση αργύρου κατά τη χρονική περίοδο 2013-2015. Σε 9 ασθενείς τοποθετήθηκε μεγαπρόθεση με άργυρο στα πλαίσια ανακατασκευής οστικού ελλείμματος μετά από εκτομή όγκου. Σε 11 ασθενείς μεγαπρόθεση με άργυρο χρησιμοποιήθηκε για την αναθεώρηση μετά από περιπροθετική λοίμωξη. Οι περιπροθετικές λοιμώξεις αφορούσαν ολική αρθροπλαστική ισχίου σε 7 ασθενείς, ολική αρθροπλαστική γόνατος σε 3 ασθενείς και εσωτερική οστεοσύνθεση σε 1 ασθενή. Το μέσο οστικό έλλειμμα ήταν 18,3cm (εύρος, 6-42cm). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 17,2 μήνες (εύρος, 7-27 μήνες).

**Αποτελέσματα:** Το ποσοστό λοιμώξεων που σημειώθηκε ήταν 10%. 2 ασθενείς παρουσίασαν περιπροθετική λοίμωξη μετά από ανακατασκευή με μεγαπρόθεση με άργυρο. Μια γυναίκα ασθενής που λόγω περιπροθετικής λοίμωξης ολικής αρθροπλαστικής ισχίου από *Staphylococcus warneri* είχε υποβληθεί στο παρελθόν σε πολλαπλές ανεπιτυχείς αναθεωρήσεις, αντιμετωπίστηκε με μεγαπρόθεση αργύρου μετά από αναθεώρηση 2 σταδίων. Η ασθενής αρχικά παρουσίασε υποτροπή της λοίμωξης, μετά όμως από νέα αναθεώρηση 2 σταδίων και νέα μεγαπρόθεση αργύρου η λοίμωξη εκριζώθηκε. Μια δεύτερη γυναίκα ασθενής αντιμετωπίστηκε ανεπιτυχώς με μεγαπρόθεση αργύρου μετά από περιπροθετική λοίμωξη ολικής αρθροπλαστικής ισχίου από πολυανθεκτική *Klebsiella pneumoniae*. Η τελευταία ασθενής απεβίωσε λόγω σηψαιμίας.

**Συμπεράσματα:** Η επίστρωση αργύρου αποτελεί καθοριστική εξέλιξη για τις μεγαπρόθεσεις. Με τη χρήση των προθέσεων αυτών αναμένονται μειωμένα ποσοστά λοιμώξεων και αναθεωρήσεων.

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΗΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ**

L. Poultsides, V. Sakellariou, P. Sculco, H. Do, S. Memtsoudis, T. Sculco  
*Hospital for Special Surgery, New York, NY, USA*

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίπτωσης και των δυνητικών παραγόντων κινδύνου περιπροθετικής λοίμωξης μετά από πρωτογενή αρθροπλαστική γόνατος.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήσαμε αναδρομικά 17.959 ασθενείς, 6.525 άνδρες και 11.434 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή αρθροπλαστική γόνατος από το 2000 έως το 2009. Μελετήθηκαν δυνητικοί παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση περιπροθετικής λοίμωξης: προεγχειρητικά δημογραφικά δεδομένα (ηλικία, φύλο, φυλή, διάγνωση), ατομικό αναμνηστικό (υπέρταση, διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, παχυσαρκία, αναπνευστική νεφρική ή ηπατική νόσος, διαταραχές πήκτικότητας, κλπ) καθώς και ο δείκτης νοσηρότητας Deyo. Μελετήθηκαν επίσης παράγοντες που σχετίζονται με το χειρουργείο, όπως η μετεγχειρητική αναιμία, η ανάγκη μετάγγισης, καθώς και η εμφάνιση περιεγχειρητικών επιπλοκών (τοπικών ή συστηματικών). Καταγράφηκαν επίσης η διάρκεια νοσηλείας, η ανάγκη νοσηλείας σε ΜΕΘ και η μεταφορά σε κέντρο αποκατάστασης. Η ελάχιστη διάρκεια παρακολούθησης ήταν 1 έτος.

**Αποτελέσματα:** Η επίπτωση ενδονοσοκομειακής λοίμωξης ήταν 0.64%; 4% αυτών ήταν εν τω βάθει. Η ηλικία (OR 0.96; CI 0.93–1.00), η μετάγγιση αίματος (OR 1.54; CI 1.07–2.22), η ηπατική νόσος (OR 8.63; CI 1.03–72.43), η ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη επέμβαση (OR 3.99; CI 1.35–11.83), και η σε στάδια έναντι ενός σταδίου αμφοτερόπλευρη επέμβαση (OR 3.76; CI 1.35–10.50) αξιολογήθηκαν ως στατιστικά σημαντικοί παράγοντες ενδονοσοκομειακής λοίμωξης.

Η επίπτωση καθυστερημένης λοίμωξης ήταν 0.41%; 82% από αυτές ήταν εν τω βάθει. Η νεφρική νόσος (OR 2.96; CI 1.04–8.47), η αναπνευστική νόσος (OR 2.11; CI 1.20–3.70), UTI (OR 2.67; CI 1.26–5.68), η διάσπαση του χειρουργικού τραύματος (OR 12.89; CI 1.61–102.95), και το ιστορικό ενδονοσοκομειακής λοίμωξης (OR 6.33; CI 2.21–18.20) αξιολογήθηκαν ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση καθυστερημένης λοίμωξης. Αν και διαπιστώθηκε μια τάση όσον αφορά το φύλο (άνδρες έναντι γυναικών: OR 1.53; CI 0.96–2.45) και το ιστορικό μεταβολικού συνδρόμου (OR 1.75; CI 0.96–3.19) αυτοί οι παράγοντες δεν βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικοί.

**Συμπεράσματα:** Η έγκαιρη αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση περιπροθετικής λοίμωξης θα μπορούσε να βοηθήσει στον εντοπισμό των ασθενών αυξημένου ρίσκου προεγχειρητικά και στη μείωση σημαντικών περιεγχειρητικών επιπλοκών.



**ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΟΡΟΥ ΤΗΣ 25-ΥΔΡΟΞΥΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΡΥΘΜΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΦΑΣΗΣ ΠΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΓΧΥΣΗ ΑΜΙΝΟΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΟΥ**

*Χ. Ζήδρου, Γ. Γκίκας, Π. Τσιούλας, Θ. Κυριακίδης, Α. Κυριακίδης  
Β Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης*

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ των παραμέτρων του οστικού μεταβολισμού, ιδιαίτερα της βιταμίνης D και της αντίδρασης οξείας φάσης μετά τη χορήγηση ζολεδρονικού οξέως.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στην παρούσα μελέτη που διενεργήθηκε από τον Ιανουάριο του 2011 μέχρι το Δεκέμβριο του 2014, συμμετείχαν 100 οστεοπορωτικές μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, στις οποίες θα χορηγούνταν για πρώτη φορά ενδοφλεβίως ζολεδρονικό οξύ 5mg για περισσότερο από 15 λεπτά. Αποκλείστηκαν αυτές που νοσούσαν ή λάμβαναν κάποιο φάρμακο που οδηγεί σε ανοσολογική διαταραχή.

Οι 44 γυναίκες (44%) λάμβαναν συμπλήρωμα χολικαλσιφερόλης 400IU την ημέρα για χρονικό διάστημα κατά μέσο όρο 1,5±1 έτη, πριν τη χορήγηση του ζολεδρονικού οξέως. Οι βιοχημικοί παράμετροι που μετρήθηκαν ήταν το ασβέστιο, η παραθορμόνη, η 25-υδροξυβιταμίνη D (25(OH)D), το C –τελοπεπτιδίο του κολλαγόνου τύπου I (CTx) και η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP). Η βαρύτητα της αντίδρασης οξείας φάσης αξιολογήθηκε με την υψηλότερη θερμομέτρηση και τη CRP κατά τις πρώτες τρεις μέρες μετά την έγχυση του φαρμάκου.

**Αποτελέσματα:** 68% (68/100) των ασθενών εμφάνισαν οξεία αντίδραση και από αυτές 30% (20/68) είχαν επάρκεια, 26%(18/68) είχαν έλλειψη και 44% (30/68) ανεπάρκεια βιταμίνης D. Αντίθετα από αυτές που δεν εμφάνισαν οξεία αντίδραση (32/100), 75%(24/32) είχαν επάρκεια, 18% (6/32) έλλειψη και 7% (2/32) ανεπάρκεια 25(OH)D.

Επίπεδα της 25(OH)βιταμίνης D κάτω από 30 ng/ml τριπλασιάζουν τον κίνδυνο οξείας αντίδρασης, ενώ όσο αυξάνονται τα επίπεδα της 25(OH)D τόσο μειώνεται η βαρύτητα της αντίδρασης. Τα αρχικά επίπεδα της CRP, παραθορμόνης και δείκτη μάζας σώματος φάνηκαν να μην είναι σημαντικοί παράγοντες για τη μεταβολή CRP και θερμοκρασίας.

**Συμπέρασμα:** Η μελέτη συσχετίζει τα επίπεδα της βιταμίνης D με την αντίδραση οξείας φάσης που προκαλείται από την ενδοφλέβια έγχυση ζολεδρονικού οξέως και η επίτευξη επιπέδων 25(OH)D πάνω από 40ng/ml πριν από την πρώτη έγχυση, αποτελεί μια απλή λύση για την αποφυγή της αντίδρασης αυτής.

## ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ METHICILLIN RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA) ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Α. Στυλιανάκης<sup>1</sup>, Π. Λεπέτσος<sup>2</sup>, Σ. Τσιπλάκου<sup>1</sup>, Β. Παπαϊωάννου<sup>1</sup>, Σ. Καμαριώτης<sup>1</sup>, Μ. Κουρσοπούλου<sup>1</sup>, Α. Αδαμόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Λελέκης<sup>3</sup>, Γ. Μαχαιράς<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Λοιμώξεων από Εμφυτεύματα-Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ,

<sup>2</sup>Δ' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ,

<sup>3</sup>Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΚΑΤ

**Εισαγωγή – Σκοπός:** Η βανκομυκίνη είναι ο "χρυσός κανόνας" της θεραπείας για σοβαρές λοιμώξεις MRSA αλλά είναι λιγότερο αποτελεσματική για λοιμώξεις με απομονώσεις χρυσίζοντος σταφυλόκοκκου ανθεκτικού στη μεθικιλίνη (MRSA) που έχουν μια υψηλή ελάχιστη ανασταλτική συγκέντρωση (minimum inhibitory concentration, MIC) μέσα στο ευαίσθητο εύρος. Σκοπός της εργασίας μας ήταν να μελετήσουμε στελέχη MRSA ευαίσθητα στην βανκομυκίνη με υψηλές τιμές MIC, τα οποία απομονώθηκαν από δείγματα καλλιέργειών οστών και μαλακών μορίων.

**Υλικό – Μέθοδοι:** Από τον Ιανουάριο του 2009 έως το Σεπτέμβριο του 2014 εξετάσαμε δείγματα Staphylococcus aureus που προέρχονται από καλλιέργειες πύου (n = 268), αρθρικού υγρού (n = 193), ιστών (n = 92) ισάριθμων ορθοπαιδικών ασθενών που νοσηλεύονταν σε ελληνικό τριτοβάθμιο νοσοκομείο λόγω λοιμώξεων οστών και μαλακών μορίων. Η ταυτοποίηση και η ευαισθησία των στελεχών σταφυλόκοκκων έγιναν με χρήση του αυτοματοποιημένου συστήματος Vitek 2 (BIOMERIEUX). Οι τιμές MIC της βανκομυκίνης προσδιορίστηκαν με τη χρήση του συστήματος Vitek 2 και αν οι τιμές αυτές ήταν μεγαλύτερες από 1 mg / lt και μικρότερο ή ίσο με 4 mg / lt επιβεβαιώθηκαν με τη χρήση της μεθόδου E-test (BIOMERIEUX).

**Αποτελέσματα:** Ο αριθμός των υπό εξέταση απομονωθέντων Staphylococcus aureus κάθε έτος της περιόδου της μελέτης και το ποσοστό των MRSA ευαίσθητων στην βανκομυκίνη με υψηλές τιμές MIC στη βανκομυκίνη είναι οι ακόλουθες: 2009/136 / 2,9%, 2010/132 / 3,1% , 2011/91 / 4.4%, 2012/90 / 6.7%, 2013/58 / 10,3% και μέχρι το Σεπτέμβριο του 2014/46 / 19.6%, αντίστοιχα. Όλες οι τιμές MIC της βανκομυκίνης ήταν 2 mg / lt, εκτός από ένα στέλεχος MRSA που απομονώθηκε το 2010, το οποίο είχε 4 mg / lt. Τα αποτελέσματα των δύο μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της MIC της βανκομυκίνης δεν έχουν σοβαρές διαφορές. Δεν βρήκαμε κανένα από τα μελετημένα στελέχη σταφυλόκοκκων που είναι τόσο ευαίσθητα στη μεθικιλίνη όσο και στη βανκομυκίνη με υψηλές MIC. Όλα τα εξεταζόμενα στελέχη ήταν επίσης ευαίσθητα στην λινεζολίδη και στη δαπτομυκίνη.

**Συμπέρασμα:** Το ποσοστό των MRSA ευαίσθητων στην βανκομυκίνη με υψηλή τιμή MIC αυξάνεται, ετησίως, παρά τη μείωση του αριθμού των αντίστοιχων στελεχών σταφυλόκοκκων σε ασθενείς με λοιμώξεις οστών και μαλακών μορίων. Αν η διαπίστωση αυτή οδηγεί σε θεραπευτικές αποτυχίες, πρέπει να επιβεβαιωθεί και από άλλες μελέτες. Εν τω μεταξύ, η λινεζολίδη και η δαπτομυκίνη μπορεί να είναι εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις για τη θεραπεία των λοιμώξεων οστών και μαλακών μορίων που προκαλούνται από αυτά τα πολυανθεκτικά στελέχη σταφυλόκοκκων.

**ΜΕΛΕΤΗ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ ΠΡΟΕΡΧΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΒΙΟΜΕΜΒΡΑΝΕΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΑ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΑ ΤΩΝ ΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ**

Α. Στυλιανάκης<sup>1</sup>, Π. Λεπέτσος<sup>2</sup>, Σ. Καμαριώτης<sup>1</sup>, Α. Αδαμόπουλος<sup>1</sup>, Μ. Κουρσοπούλου<sup>1</sup>, Σ. Καταρά<sup>1</sup>, Δ. Δημόπουλος<sup>1</sup>, Α. Κάκιου<sup>1</sup>, Γ. Μαχαιράς<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Λοιμώξεων από Εμφυτεύματα-Μικροβιολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ,

<sup>2</sup>Δ' Ορθοπαιδικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ

**Σκοπός** της εργασίας μας ήταν η μελέτη Gram(-) βακτηρίων από τις βιομεμβράνες ορθοπαιδικών εμφυτευμάτων και η σύγκρισή τους με τα μικρόβια των αντίστοιχων περιεμφυτευματικών ιστικών καλλιιεργειών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Σε διάστημα τριών ετών μελετήθηκαν η κατανομή του είδους, και η ευαισθησία ή η ανθεκτικότητα Gram (-) βακτηρίων που προήλθαν από καλλιέργειες υγρού υπερήχησης (sonication fluid) εξαχθεισών προθέσεων ισχίου (n = 6), γόνατος (n = 1) και εσωτερικών οστεοσυνθέσεων (n = 6) ισάριθμων ασθενών καθώς και τα ευρήματα των αντίστοιχων ιστικών καλλιιεργειών τους. Η υπερήχηση των εμφυτευμάτων, η καλλιέργεια του υγρού υπερήχησης(SFC) και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων έγινε με τη μέθοδο Trampuz (NEJM 2007). Οι ιστικές καλλιέργειες (TC), η ταυτοποίηση των μικροβίων και το αντιβιογράμμα έγινε με τη συνήθη εργαστηριακή πρακτική. Ως πολυανθεκτικά (MDR) θεωρήθηκαν τα βακτήρια που ήταν ανθεκτικά σε τουλάχιστον τρεις διαφορετικές ομάδες αντιβιοτικών.

**Αποτελέσματα:** Σε όλα τα εμφυτεύματα ανερεύθησαν Gram(-) βακτήρια με τους υπερήχους, ενώ σε 2 ασθενείς οι περιπροθετικές ιστικές τους καλλιέργειες ήταν στείρες. Από την SFC ταυτοποιήθηκαν 3 απομονώσεις *A.baumannii* (3MDR), 3 *Pseudomonas* (2MDR), 3 *Enterobacter* (1MDR), 4 *Proteus*, 3 *E.coli* και 1 *Raoutella*. Από τις TC απομονώθηκαν τα ίδια μικρόβια με δύο λιγότερες απομονώσεις *Proteus*. Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στα τεστ ευαισθησίας μεταξύ των δύο μεθόδων. Δεν ανευρέθησαν μικρόβια ευαίσθητα σε ένα μόνο αντιβιοτικό. Μεικτές λοιμώξεις ανευρέθησαν σε 4 ασθενείς με την SFC και σε δύο με τις TC.

**Συμπεράσματα:** Παρόλο που στη μελέτη μας δεν πιάνουν στατιστική σημαντικότητα, οι υπέρηχοι φαίνεται να ανιχνεύουν Gram (-) βακτήρια που προκαλούν λοιμώξεις από ορθοπαιδικά εμφυτεύματα και ευκολότερα μεικτές λοιμώξεις που δεν αναγνωρίζονται από τις ιστικές καλλιέργειες. Γι' αυτό και μπορεί να συμβάλλουν στην επίτευξη καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ ΜΗΡΙΑΙΟΥ: ΕΥΡΕΙΑ ΕΚΤΟΜΗ Η ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ;**

Χ. Βώπτης, Π. Μεγαλοικονόμος, Β. Ηγουμενίου, Ι. Γαλανόπουλος, Γ. Παναγόπουλος, Β. Σακελλαρίου, Β. Κοντογεωργάκος, Α. Μαυρογένης, Π. Παπαγγελόπουλος  
*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Σκοπός:** Η σύγκριση των ποσοστών επιβίωσης και τοπικής υποτροπής και των επιπλοκών των ασθενών, που υπεβλήθησαν σε ριζική ή συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση για οστικές μεταστάσεις πυέλου ή μηριαίου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Έγινε αναδρομική μελέτη 30 ασθενών (11 άντρες, 19 γυναίκες; μέσης ηλικίας 61,5 ετών; εύρος, 42-87) που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην κλινική μας λόγω πολλαπλών ή μεμονωμένων οστικών μεταστάσεων στην πύελο ή το μηριαίο, από το 2008 έως και το 2014. 18 ασθενείς παρουσίασαν μεταστατικές βλάβες του μηριαίου και χειρουργήθηκαν λόγω υπαρκτού ή επαπειλούμενου κατάγματος. Σε 6 ασθενείς έγινε ευρεία εκτομή και ανακατασκευή με μεγαπρόθεση και ακρυλικό τσιμέντο, ενώ 12 υπεβλήθησαν σε ενδομυελική ήλωση. 12 ασθενείς παρουσίασαν βλάβες της πυέλου και 7 εξ' αυτών υπεβλήθησαν σε απόξεση. Στους υπόλοιπους 5 έγινε ευρεία εκτομή του όγκου. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 20 μήνες, (εύρος, 2-48).

**Αποτελέσματα:** Στους 20 μήνες, η επιβίωση των ασθενών ήταν 33%. Οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με συντηρητικές χειρουργικές τεχνικές (ενδομυελική ήλωση, απόξεση, τοπική εκτομή) εμφάνισαν 35,6% επιβίωση στα δύο χρόνια και 84% υποτροπή, ενώ αυτοί που αντιμετωπίστηκαν με ευρείες εκτομές 25% επιβίωση και 27% τοπική υποτροπή. Ένας ασθενής που υπεβλήθη σε απόξεση μετάστασης κοτύλης και ολική αρθροπλαστική με κοτύλη δίκην κώνου παρουσίασε εξάρθρημα και χρειάστηκε αναθεώρηση. 3 ασθενείς με ευρεία εκτομή εμφάνισαν περιπροθετική λοίμωξη και μία εξ' αυτών κατέληξε.

**Συμπεράσματα:** Η χειρουργική αντιμετώπιση των οστικών μεταστάσεων πυέλου και μηριαίου έχει στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και πρέπει να διενεργείται υπό αυστηρές ενδείξεις. Οι συντηρητικές χειρουργικές τεχνικές φαίνεται να υπερέρχουν, καθώς προσφέρουν χαμηλότερα ποσοστά επιπλοκών και υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης, ενώ επιταχύνουν τη μετεγχειρητική αποκατάσταση.

**ΣΥΝΑΡΜΟΛΟΓΟΥΜΕΝΕΣ ΔΙΑΦΥΣΙΑΚΕΣ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΜΗΜΑΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΜΑΚΡΩΝ ΟΣΤΩΝ**

Χ. Βώπτης, Π. Μεγαλοικονόμος, Β. Ηγουμενίου, Ι. Γαλανόπουλος, Γ. Παναγόπουλος, Β. Σακελλαρίου, Β. Κοντογεωργάκος, Α. Μαυρογένης, Π. Παπαγγελόπουλος  
*Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση μεσοπρόθεσμων αποτελεσμάτων της χρήσης συναρμολογούμενων διαφυσιακών ενδοπροθέσεων για ανακατασκευή διαφυσιακών ελλειμμάτων, στα πλαίσια χειρουργικής διάσωσης μέλους.

**Υλικό & Μέθοδος:** Διεξήχθη αναδρομική μελέτη 6 ασθενών (4 άντρες, 2 γυναίκες, μέσης ηλικίας 62 ετών, εύρος, 40-77) που αντιμετωπίστηκαν για πρωτοπαθείς ή μεταστατικούς όγκους διάφυσης με χειρουργική διάσωσης μέλους, στους οποίους η ανακατασκευή έγινε με συναρμολογούμενες διαφυσιακές ενδοπροθέσεις. Οι εκτομές αφορούσαν τον μηρό (n=1), την κνήμη (n=2) και το βραχιόνιο (n=3). Το μέσο μέγεθος εκτομής ήταν 10εκ., (εύρος, 4-15εκ.). Οι ιστολογικές διαγνώσεις περιελάμβαναν αδμαντίνωμα, μυέλωμα, αποδιαφοροποιημένο συνοβιακό σάρκωμα και μεταστατικές βλάβες. Η αξιολόγηση των μεσοπρόθεσμων αποτελεσμάτων έγινε με το σύστημα Enneking και η διάρκεια παρακολούθησης ήταν 17 μήνες, (εύρος, 11-28).

**Αποτελέσματα:** Η μέση διάρκεια της επέμβασης ήταν 132 λεπτά, (εύρος, 90-240). Σε όλους τους ασθενείς επιτράπη σταδιακή φόρτιση με πλήρη στις 4-6 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Το μετεγχειρητικό Enneking Score ήταν 88%, (εύρος, 87-92%) και παρουσίασε ασθενή συσχέτιση με το μήκος ανακατασκευής. Σε έναν ασθενή παρουσιάστηκε άσηπτη χαλάρωση και σε δύο καθυστερημένη επούλωση του τραύματος, με ορώδη εκροή στον έναν. Σε έναν ασθενή παρατηρήθηκε ανισοσκελία και σε έναν περιορισμένο εύρος κίνησης της ποδοκνημικής. Στην τελευταία επανεξέταση, ένας ασθενής κατέληξε λόγω απομακρυσμένων μεταστάσεων ενώ στους υπόλοιπους δεν υπήρξαν σημεία μετάστασης ή τοπικής υποτροπής.

**Συμπεράσματα:** Οι διαφυσιακές ενδοπροθέσεις αποτελούν μία αξιόπιστη επιλογή για την ανακατασκευή διαφυσιακών ελλειμμάτων στα πλαίσια χειρουργικής διάσωσης μέλους, καθώς παρουσιάζουν ικανοποιητικά ογκολογικά και λειτουργικά αποτελέσματα. Αυτός ο τύπος ανακατασκευής προσφέρει γρήγορη κινητοποίηση αλλά δεν είναι άμοιρος επιπλοκών. Μεγαλύτερα ελλείμματα φαίνεται να σχετίζονται με χειρότερο λειτουργικό αποτέλεσμα και υψηλότερο ποσοστό επιπλοκών.

## ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΟΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΝΗΜΗΣ ΜΕΤΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΓΙΑ ΣΑΡΚΩΜΑΤΑ

Χ. Βώπτης<sup>1</sup>, Π. Μεγαλοικονόμος<sup>1</sup>, Ι. Γαλανόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Παναγόπουλος<sup>1</sup>, Ι. Παπαναστασίου<sup>2</sup>, Β. Σακελλαρίου<sup>1</sup>, Χ. Ζαμπακίδης<sup>3</sup>, Ν. Δεμερτζής<sup>2</sup>, Α. Μαυρογένης<sup>1</sup>, Π. Παπαγγελόπουλος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα <sup>2</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. «Άγιοι Ανάργυροι», Αθήνα <sup>3</sup>Α' Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν. Παίδων «Παν. & Αγλαΐα Κυριακού», Αθήνα<sup>3</sup>

**Σκοπός:** Η περιγραφή 6 διαφορετικών τεχνικών ανακατασκευής οστικών ελλειμμάτων της κνήμης μετά από επεμβάσεις διάσωσης μέλους.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 16 ασθενείς με οστικά ελλείμματα κνήμης μετά από επέμβαση διάσωσης μέλους για σαρκώματα. Τρεις ασθενείς ήταν παιδιά (2,5 - 11 ετών) και 13 ενήλικες (22 - 80 ετών). Η ανακατασκευή έγινε με κνημοποίηση περόνης (n=6), με διαφυσιακή μεγαπρόθεση (n=4), με διαφυσιακό αλλομόσχευμα (n=3), με συνδυασμό διαφυσιακού αλλομοσχεύματος και αγγειούμενης περόνης (n=1), με διατακτική οστεογένεση (n=1), και με οστικό τσιμέντο και εσωτερική οστεοσύνθεση (n=1). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 8 έτη.

**Αποτελέσματα:** Η συνολική επιβίωση των ασθενών ήταν 87,5% - 100% και η επίπτωση τοπικής υποτροπής ή μετάστασης 12,5% - 0%. Δύο ενήλικες ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με ατελή εκτομή, εμφάνισαν υποτροπή, μεταστάσεις και απεβίωσαν. Ένας ενήλικας ασθενής εμφάνισε σύστοιχες βουβωνικές λεμφογενείς μεταστάσεις 3 έτη μετά τη θεραπεία. Ένα παιδί εμφάνισε ψευδάρθρωση του περιφερικού άκρου της κνημοποίησης της περόνης και αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με εύκαμπτο ενδομυελικό ήλο. Ένας ενήλικας ασθενής με κνημοποίηση της περόνης εκδήλωσε θραύση της πλάκας και υπεβλήθη σε αναθεώρηση αυτής, ενώ ένας άλλος ενήλικας ασθενής με κυκλικό πλαίσιο εξωτερικής οστεοσύνθεσης εκδήλωσε οστεομυελίτιδα, καταλήγοντας σε ακρωτηριασμό. Στους υπόλοιπους, η κνημοποίηση της περόνης ολοκληρώθηκε επιτυχώς. Ένας ασθενής με μεγαπρόθεση και ένας με αλλομόσχευμα εκδήλωσαν οστεομυελίτιδα και αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με χειρουργικό καθαρισμό, αναθεώρηση σε 2 στάδια και αντιμικροβιακή αγωγή.

**Συμπεράσματα:** Η κνημοποίηση της περόνης φαίνεται αποτελεσματική στα παιδιά, ωστόσο, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η διατήρηση των επιφύσεων. Τα συστήματα εξωτερικής οστεοσύνθεσης σχετίζονται με επιπλοκές, και η λοίμωξη είναι η συχνότερη επιπλοκή των επεμβάσεων διάσωσης μέλους με μεγαπροθέσεις ή αλλομοσχεύματα.

**Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΩΑΥΛΙΚΗΣ ΣΤΕΡΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΓΑΠΡΟΘΕΣΗΣ ΣΤΙΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ**

Κ. Παντελάκης, Κ. Βασσίου, Σ. Σαραφόπουλος, Γ. Αλεξιάδης, Γ. Διακουμής, Ι. Παπακώστας, Δ. Λέκκας, Θ. Κορμάς  
Ορθοπαιδική Κλινική Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας"

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της εξωαυλικής στερέωσης των ογκολογικών μεγαπροθέσεων με συναρμολογούμενο κολλάρο υδροξυαπατίτη όσον αφορά στη μείωση της πιθανότητας χαλάρωσης.

**Υλικό-Μέθοδος:** 121 ασθενείς (56 άνδρες - 65γυναίκες, ΜΟ ηλικίας 69 έτη) με οστικούς όγκους αντιμετωπίστηκαν με εγχείρηση διάσωσης μέλους ενώ το οστικό έλλειμμα μήκους 9-30cm, αποκαταστάθηκε με ογκολογική μεγαπρόθεση. Όλες οι ενδοπροθέσεις, στο όριο επαφής πρόθεσης -οστού διέθεταν συναρμολογούμενο ραβδωτό κολλάρο με υδροξυαπατίτη, διαφόρων μεγεθών και σχημάτων για ακριβή προσαρμογή στις διαστάσεις και τη γεωμετρία της οστεοτομίας. Ο υδροξυαπατίτης ευνοεί το σχηματισμό οστού που συνδέει σταθερά και μόνιμα την πρόθεση με το οστό. Σφραγίζεται έτσι η διεπιφάνεια τσιμέντου-οστού δια της οποίας εισέρχονται τα μικροσωματίδια που προκαλούν την άσηπτη χαλάρωση.

**Αποτελέσματα:** Στο follow-up (10-80/12) εξετάσθηκαν όλοι οι ασθενείς. Στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώθηκε ακτινολογικά σχηματισμός οστικής γέφυρας μεταξύ πρόθεσης και οστού. Σε 33 ασθενείς το νεοαναπτυχθέν οστό κάλυψε το σημείο επαφής πρόθεσης-οστού κυκλοτερώς, ενώ στις υπόλοιπες μερικώς. Σε 1 επιβεβαιώθηκε χειρουργικώς πρόιμη ανάπτυξη γέφυρας ινώδους συνδετικού ιστού στο σημείο επαφής του κολλάρου με το οστό, παρατήρηση η οποία συμφωνεί με βιβλιογραφικά δεδομένα. Στο διάστημα αυτό δεν υπήρξε καμία χαλάρωση. Αναπτύχθηκε μια όψιμη εν τω βάθει φλεγμονή 3 χρόνια μετεγχειρητικώς, χωρίς να επηρεαστεί η σταθερότητα της ενδοπρόθεσης.

**Συμπεράσματα:** Η πρόληψη της χαλάρωσης αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση στις μεγαπροθέσεις. Ο συνδυασμός άμεσης σταθεροποίησης με τσιμεντένιους στυλεούς και με εξωαυλική στερέωση επιτρέπει άμεση φόρτιση, πλήρη κινητοποίηση, ενώ εκμηδενίζει τον κίνδυνο χαλάρωσης και την ανάγκη αναθεώρησης.

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΓΙΑ ΟΓΚΟΥΣ ΤΟΥ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ**

Π. Μεγαλοικονόμος<sup>1</sup>, Χ. Βώττης<sup>1</sup>, Β. Ηγουμενίου<sup>1</sup>, Ι. Γαλανόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Παναγόπουλος<sup>1</sup>, Β. Κοντογεωργάκος<sup>1</sup>, Δ. Φιλίππιδης<sup>2</sup>, Α. Κελέκης<sup>2</sup>, Α. Μαυρογένης<sup>1</sup>, Π. Παπαγγελόπουλος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα <sup>2</sup>Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της ακρίβειας και της αποτελεσματικότητας της κλειστής βιοψίας του μυοσκελετικού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Διεξήχθη αναδρομική μελέτη στο αρχείο της κλινικής μας για τα έτη 2005-2015 και αναζητήθηκαν οι ιστολογικές εξετάσεις από τις βιοψίες που πραγματοποιήθηκαν σε αυτή τη περίοδο. Ανευρέθηκαν 183 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κλειστή βιοψία με ή χωρίς καθοδήγηση από αξονικό τομογράφο. Οι ανατομικές θέσεις αφορούσαν κατά 35,5% τη σπονδυλική στήλη (n=65), 8,2% τα άνω άκρα (n=15), 25,7% τη πύελο (n=47), και κατά 30,6% τα κάτω άκρα (n=56).

**Αποτελέσματα:** Η αρχική κλειστή βιοψία ήταν διαγνωστική σε 131 περιπτώσεις (71,6%). Από τους ασθενείς αυτούς 42 παρουσίασαν πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκους, 24 καλοήθειες, 3 ψευδοόγκους, 33 οστικές μεταστάσεις, 16 οξεία ή χρόνια λοίμωξη. Άλλες διαγνώσεις όπως μεταβολικά νοσήματα, χρόνιες εκφυλιστικές αρθροπάθειες, νόσος Paget αφορούσαν 13 περιπτώσεις. Διαγνωστική δεν ήταν η βιοψία σε 52 περιπτώσεις (28,4%). Σε 9 περιπτώσεις το δείγμα ήταν ανεπαρκές (συχνότερα στη σπονδυλική στήλη), ενώ το δείγμα δεν ήταν διαγνωστικό σε 43 περιπτώσεις (συχνότερα άνω άκρα). Επανάληψη της βιοψίας διενεργήθηκε σε όλους. Σε 41 ασθενείς έγινε δεύτερη κλειστή βιοψία. Διαγνωστική ήταν ή δεύτερη κλειστή βιοψία σε 36 περιπτώσεις. Στους υπόλοιπους 16 ασθενείς (9%) έγινε ανοικτή βιοψία.

**Συμπεράσματα:** Η κλειστή βιοψία του μυοσκελετικού βρέθηκε να έχει υψηλά ποσοστά διαγνωστικής ακρίβειας, στους ασθενείς που εξετάστηκαν. Στις περιπτώσεις που η κλειστή βιοψία δεν είναι διαγνωστική πρέπει να επαναλαμβάνεται. Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις αναμένεται να κριθεί απαραίτητη η ανοικτή βιοψία.



**ΑΝΟΙΚΤΗ ΕΝΑΝΤΙ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΚΑΘΟΔΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ. ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 1027 ΒΙΟΨΙΩΝ ΣΕ 935 ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Κ Παπαβασιλείου<sup>1</sup>, Α Μπιντούδη<sup>2</sup>, Α Φονταλής<sup>1</sup>, Μ Καρανάσσο<sup>1</sup>, Δ Τσιπούρας<sup>1</sup>, Ι Ευστρατίου<sup>3</sup>, Π Χυτίρογλου<sup>4</sup>, Ι Τσιτουρίδης<sup>2</sup>, Ι Κύρκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ' Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, <sup>2</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, <sup>3</sup> Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου, <sup>4</sup> Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ

**Σκοπός:** Η βιοψία θεωρείται διαγνωστική εξέταση κεφαλαιώδους σημασίας σε ασθενείς με μυοσκελετικούς όγκους. Η πραγματοποίηση κλειστής καθοδηγούμενης core-needle βιοψίας στον αξονικό τομογράφο ή στον υπέρηχο θεωρείται η διαγνωστική μέθοδος εκλογής. Η ανοιχτή βιοψία έχει επίσης πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η αξιολόγηση της διαγνωστικής αξίας των κλειστών βιοψιών που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς με όγκους του μυοσκελετικού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ελέγχθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι ασθενών που έπασχαν από μυοσκελετικές αλλοιώσεις και υποβλήθηκαν σε βιοψίες στη διάρκεια 10 ετών. Καταγράφηκαν: οι επιπλοκές και η νοσηρότητα, η ανάγκη για πραγματοποίηση ανοικτής έπειτα από κλειστή βιοψία, και συσχετίστηκε το αποτέλεσμα της κλειστής βιοψίας με το τελικό πόρισμα μετά από την αφαίρεση της κάθε μάζας (όποτε αυτό συνέβη).

**Αποτελέσματα:** Από τον Δεκέμβριο του 2003 έως τον Δεκέμβριο του 2013, πραγματοποιήθηκαν συνολικά 1027 βιοψίες σε 935 ασθενείς (499 γυναίκες and 436 άνδρες) οι οποίοι έπασχαν από 213 καλοήθεις και 710 κακοήθεις (337 πρωτοπαθείς και 373 μεταστατικούς) όγκους του μυοσκελετικού. Δώδεκα ασθενείς έπασχαν από γιγαντοκυτταρικό όγκο. Σε όλους αρχικά πραγματοποιήθηκε κλειστή καθοδηγούμενη βιοψία (στον αξονικό τομογράφο σε 702 και στον υπέρηχο σε 233). Σε 92 περιπτώσεις απαιτήθηκε η πραγματοποίηση και ανοικτής βιοψίας. Η διαγνωστική ακρίβεια της κλειστής βιοψίας (όπως αυτή επιβεβαιώθηκε από την τελική παθολογοανατομική έκθεση μετά την αφαίρεση της μάζας) ανήλθε στο 95,5%.

**Συμπεράσματα:** Η κλειστή καθοδηγούμενη βιοψία αποτελεί την εξέταση εκλογής για την ταυτοποίηση της πάθησης, συνοδεύεται από εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό επιπλοκών και σε έμπειρα χέρια αποτελεί ένα εξαιρετικό διαγνωστικό εργαλείο στα πλαίσια της ολοκληρωμένης και ασφαλούς αντιμετώπισης ασθενών με μυοσκελετικούς όγκους.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΟΣΤΙΚΟ ΤΣΙΜΕΝΤΟ ΜΕΓΑΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΜΕΤΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ ΓΙΑ ΣΑΡΚΩΜΑΤΑ**

Β. Ηγουμενίου, Π. Μεγαλοοικονόμος, Χ. Βώπτης, Ι. Γαλανόπουλος, Γ. Παναγόπουλος, Φ. Ζαμπέλη, Θ. Σαρλικιώτης, Β. Κοντογεωργάκος, Α. Μαυρογένης, Π. Παπαγγελόπουλος  
*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Σκοπός:** Να καθορισθούν και να συγκριθούν τόσο η αντοχή, όσο και οι πιθανές επιπλοκές μετά από επέμβαση διάσωσης μέλους στα κάτω άκρα, ανακατασκευή με μεγαπρόθεση και σταθεροποίηση με και χωρίς οστικό τσιμέντο.

**Υλικό & Μέθοδος:** Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη για την περίοδο 2006-2012 και ανευρέθηκαν 69 ασθενείς, που αντιμετωπίστηκαν με επέμβαση διάσωσης μέλους στα κάτω άκρα, λόγω οστικής νεοπλασίας. 59 από αυτούς μπορέσαμε να εξετάσουμε (36 άνδρες, 23 γυναίκες), μέσης ηλικίας 51 ετών (εύρος, 18–76 έτη). Εξετάστηκε η αντοχή των μεγαπροθέσεων σε αυτούς τους ασθενείς σχετικά με την ηλικία, το φύλο, το δείκτη μάζας σώματος, τη διάγνωση, το σημείο ανακατασκευής, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και το είδος της σταθεροποίησης των μεγαπροθέσεων (με ή χωρίς οστικό τσιμέντο). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 32 μήνες (εύρος, 12-84 μήνες). Σε 34 ασθενείς τοποθετήθηκαν μεγαπροθέσεις με οστικό τσιμέντο (ομάδα Α), ενώ σε 25 χωρίς οστικό τσιμέντο (ομάδα Β).

**Αποτελέσματα:** Στους 48 μήνες η συνολική αντοχή των μεγαπροθέσεων στην ομάδα Α ήταν 79,4% (n=27), ενώ στην ομάδα Β ήταν 92% (n=23). 6 ασθενείς εμφάνισαν λοίμωξη (10,1%), 4 από την ομάδα Α (11,8%) και 2 από την ομάδα Β (8%). Άσηπτη χαλάρωση εμφάνισαν 2 ασθενείς της ομάδας Α και ένας ασθενής της ομάδας Β. Οι λοιποί παράγοντες που εξετάστηκαν, δεν φάνηκε να επηρεάζουν την αντοχή των μεγαπροθέσεων.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνική σταθεροποίησης των μεγαπροθέσεων φαίνεται να είναι ο μοναδικός παράγοντας που επιρρεάζει την αντοχή τους. Σε αυτή τη σειρά ασθενών, οι μεγαπροθέσεις χωρίς οστικό τσιμέντο, φαίνεται να υπερτερούν έναντι εκείνων με τσιμέντο. Παρουσίασαν υψηλότερο ποσοστό αντοχής αλλά και μειωμένα ποσοστά λοιμώξεων.

**ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΡΘΡΟΔΕΣΗ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΑΚΕΦΑΛΩΝ ΚΩΝΙΚΩΝ ΒΙΔΩΝ**

Δ. Παπαδόπουλος, Ι. Γκιάτας, Δ. Γιαννούλης, Σ. Πλακούτσης, Γ. Γιαννόπουλος,  
Χ. Παπαγεωργίου  
*Ορθοπαιδικό Τμήμα , Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αρθροσκοπική αρθρόδεση της ποδοκνημικής με χρήση ακέφαλων κωνικών βιδών σε περιπτώσεις μετατραυματικής κυρίως αρθρίτιδας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη 12 διαδοχικών ασθενών μέσου όρου ηλικίας 54,6 ετών (εύρος, 28-76 έτη) με αρθρίτιδα της ποδοκνημικής που αντιμετωπίστηκαν με αρθροσκοπική αρθρόδεση. Για την αρθρόδεση της ποδοκνημικής χρησιμοποιήθηκαν δυο κωνικές ακέφαλες βίδες 6/7 χιλ. σε διασταυρούμενο σχηματισμό. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για ένα μέσο χρονικό διάστημα 34 μηνών (εύρος, 24-42 μήνες).

**Αποτελέσματα:** Η αρθρόδεση της ποδοκνημικής επιτεύχθηκε σε 11 από τους 12 ασθενείς. Ο μέσος όρος κλινικής και ακτινολογικής αρθρόδεσης ήταν 8,9 εβδομάδες (εύρος, 6-15 εβδομάδες) Σε έναν ασθενή που υπήρξε ψευδάρθρωση , διενεργήθηκε δεύτερη επέμβαση ανοιχτής αρθρόδεσης. Δεν παρατηρήθηκαν άλλες επιπλοκές. Σε 9 ασθενείς το αποτέλεσμα της επέμβασης αξιολογήθηκε ως άριστο : Δεν υπήρχε μετεγχειρητικό άλγος, χωλότητα και περιορισμός των δραστηριοτήτων, ενώ η αρθρόδεση ήταν σταθερή. Σε 2 ασθενείς το αποτέλεσμα αξιολογήθηκε ως καλό : Υπήρχε ήπιο μετεγχειρητικό άλγος και περιστασιακή χωλότητα αν και η αρθρόδεση ήταν σταθερή. Σε 1 ασθενή το αποτέλεσμα ήταν κακό : Παρουσιάστηκε ψευδάρθρωση με συνοδό άλγος.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποστηρίζουν την αποτελεσματική χρήση της αρθροσκοπικής αρθρόδεσης της ποδοκνημικής. Η χρησιμοποίηση ακέφαλων βιδών αποτελεί μια αξιόπιστη μέθοδο σταθεροποίησης η οποία επιπλέον δεν απαιτεί πιθανή επανεπέμβαση για αφαίρεση των υλικών λόγω προβολής τους ή ερεθισμού του ασθενούς.

## **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΜΕ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΟ ΗΛΟ GAMMA3 LONG NAIL**

*Ι. Συρίκας, Ε. Τσαρίδης, Ν. Βαρελτζίδης, Γ. Νίτσης, Α. Καραβέλης, Σ. Σαρικλόγλου  
Ορθοπαιδική κλινική Γ.Ν.Καβάλας*

**Σκοπός:** η παρουσίαση των αποτελεσμάτων από την αντιμετώπιση διαφόρων τύπων καταγμάτων μηριαίου με την χρήση ενδομυελικών ήλων τύπου Long γ-Nail.

**Υλικό – Μέθοδος:** Στην κλινική μας κατά τα έτη 2010-2013 αντιμετωπίστηκαν 67 κατάγματα μηριαίου με τη χρήση ενδομυελικού ήλου Gamma3 Long Nail. Οι ήλοι τοποθετήθηκαν σε 67 ασθενείς (22 άνδρες, 45 γυναίκες), ηλικίας από 23 έως και 87 ετών. Επρόκειτο για 50 υποτροχαντήρια, 6 συνδυασμένα και 11 κατάγματα διάφυσης μηριαίου. Τα υποτροχαντήρια ταξινομήθηκαν με βάση την ταξινόμηση Seinsheimer (IIA:2, IIB:4, IIC:3, IIIA:3, IIIB:2, IV:9, V:27). Τα συνδυασμένα κατάγματα ταξινομήθηκαν με βάση την ταξινόμηση κατά Λαμπέρη (Ia:1, IIa:1, IIb:1, IIc:2). Όλοι οι ήλοι κλειδώθηκαν περιφερικά με την χρήση του σκοπεύτρου (93% επιτυχής σκόπευση). Μέσος χρόνος χειρουργείου 80min.

Μετεγχειρητικά οι ασθενείς κινητοποιούνταν άμεσα με μερική φόρτιση. Οι ασθενείς επανεξετάζονταν κλινικά και ακτινολογικά κάθε μήνα μέχρι την πώρωση των καταγμάτων

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν από 6 μήνες έως 2 έτη . Τα κατάγματα πωρώθηκαν με μέσο χρόνο 18 εβδομάδες. Στα προτραυματικά επίπεδα λειτουργικότητας επέστρεψε το 85% των ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση του ενδομυελικού ήλου Gamma3 Long Nail αποτελεί μια εξαιρετική επιλογή στην αντιμετώπιση των υποτροχαντηρίων, των συνδυασμένων καταγμάτων μηριαίου καθώς και των καταγμάτων διάφυσης μηριαίου (σε ηλικιωμένους οστεοπορωτικούς ασθενείς). Το σκόπευτρο του ήλου είναι ιδιαίτερα αξιόπιστο και λύνει το πρόβλημα της περιφερικής σκόπευσης.

## **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΞΩΑΡΘΡΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΖΜΟΡΙΟΥ ΚΝΗΜΗΣ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 2 ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

Μ. Σαββίδης, Α. Κωνσταντινίδης, Η. Μπισμπινάς, Δ. Γεωργιάνος, Δ. Καπούτσης, Γ. Γκούβας  
*Α' Ορθοπαιδική Κλινική 424 Γ.Σ.Ν.Ε.*

**Εισαγωγή:** Τα κατάγματα κάτω τριτημορίου διάφυσης κνήμης αποτελούν μία πρόκληση για τον ορθοπαιδικό χειρουργό τραύματος. Η ενδομυελική ήλωση (Ε.Η.) και η μικρής παρεμβατικότητας οστεοσύνθεση με πλάκα (ΜΙΡΟ) αποτελούν τις μεθόδους εκλογής, καθώς η μικρότερη παρέμβαση στην περιοχή του τραύματος ευνοεί την πώρωση του κατάγματος. Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να συγκρίνει τα κλινικά, ακτινολογικά και λειτουργικά αποτελέσματα από την εφαρμογή των δύο μεθόδων στην κλινική μας.

**Μέθοδος:** Από τον Ιανουάριο του 2007 μέχρι τον Μάρτιο 2014, 39 περιπτώσεις μεμονωμένων εξωαρθρικών καταγμάτων κάτω πέρατος κνήμης (ΑΟ 43-Α) αντιμετωπίστηκαν με Ε.Η. (Υποσύνολο 1) και 23 περιπτώσεις παρόμοιων καταγμάτων αντιμετωπίστηκαν με ΜΙΡΟ (Υποσύνολο 2). Από αυτούς οι 32 (82%) στο Υποσύνολο 1 ( 24 άνδρες – 8 γυναίκες , Μ.Ο. ηλικίας 42,7 έτη, 25-67) και 20 στο Υποσύνολο 2 (84%) ( 16 άνδρες – 4 γυναίκες , Μ.Ο. ηλικίας 41,3 έτη, 16-70) με Μ.Ο. μετεγχειρητικής παρακολούθησης τους 52 μήνες επανεξετάστηκαν κλινικά και ακτινολογικά, απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τη λειτουργική τους αποκατάσταση (FFI) και υποβλήθηκαν σε στατικό και δυναμικό πελματογράφημα. Ακτινολογικά ελέγχθηκε η πώρωση του κατάγματος, η ανατομική ανάταξη και το εύρος κίνησης της ποδοκνημικής σε σχέση με την αντίστοιχη ποδοκνημική. Από το ιστορικό ελέγχθηκε ο χρόνος για την αρχική φόρτιση, για την πλήρη φόρτιση, για την επιστροφή στην εργασία και για τις δραστηριότητες αναψυχής. Τα ποσοστά της πώρωσης, της ψευδάρθρωσης, της πώρωσης σε πλημμελή θέση, της λοίμωξης και της αφαίρεσης των υλικών συγκρίθηκαν σύμφωνα με τα τελικά αποτελέσματα. Τέλος, διενεργήθηκε στατικό και δυναμικό πελματογράφημα με σκοπό να αποδειχθεί η συμμετρική φόρτιση του χειρουργηθέντος κάτω άκρου και η λειτουργική του αποκατάσταση στη βάδιση.

**Αποτελέσματα:** Η ηλικία και η ποσότητα του φύλου ήταν παρόμοια και στα δύο υποσύνολα. Δεν παρατηρήθηκε καμία λοίμωξη, αλλά μία ψευδάρθρωση (5%) και τρεις πωρώσεις σε πλημμελή θέση χωρίς λειτουργικά ενοχλήματα (15%) στους ασθενείς του 2<sup>ου</sup> υποσυνόλου. Σε 2 ασθενείς του 1<sup>ου</sup> υποσυνόλου (6,25%) παρατηρήθηκε ακτινολογικά ήπια αρθρίτιδα στην ποδοκνημική και σε 2 ασθενείς του 2<sup>ου</sup> υποσυνόλου (10%) παρατηρήθηκε κλινικά δυσκαμψία στην υπαστραγαλική άρθρωση. Ο πόνος στο γόνατο και στην ποδοκνημική δεν συσχετίστηκε με τη μέθοδο, αλλά περισσότερο με την ύπαρξη έμμισθης απασχόλησης του ασθενή. Από τους 8 παραπάνω ασθενείς, η πελματογραφία ανέδειξε αλλαγές στους 5 ( 62,5%) και συσχετίστηκε με τα κλινικά ευρήματα. Ένας ασθενής τροποποίησε τις επαγγελματικές του καταπονήσεις, ενώ 4 σταμάτησαν κάποιες δραστηριότητες αναψυχής.

**Συμπεράσματα:** Η χειρουργική αντιμετώπιση των έξω-αρθρικών καταγμάτων κάτω πέρατος κνήμης είναι μία εξαιρετικά αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης είτε με Ε.Η. είτε με ΜΙΡΟ. Η ενδομυελική ήλωση φαίνεται να προσφέρει ταχύτερη πλήρη φόρτιση του τραυματισμένου κάτω άκρου και μικρότερο χρόνο πώρωσης, αλλά η ικανοποίηση των ασθενών και η λειτουργική τους αποκατάσταση είναι παρόμοιες και στα δύο υποσύνολα. Οι άνεργοι ασθενείς έχουν χειρότερα λειτουργικά αποτελέσματα και στις 2 κατηγορίες.

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ 58 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΑΡΕΚΤΟΠΙΣΜΕΝΑ ΕΝΔΑΡΘΡΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΠΤΕΡΝΗΣ**

Κ. Παπαγιαννάκος, Α. Πρίφτης, Π. Κακαβάς, Ι. Καρνέζης, Π. Γεωργιάδου, Δ. Λούπας, Ι. Ακριβός  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»*

**Σκοπός:** Τα κατάγματα της πτέρνης ( περίπου το 1% του συνόλου των καταγμάτων στον ανθρώπινο σκελετό ) είναι στην πλειοψηφία τους ενδαρθρικά και η θεραπεία τους χειρουργική. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της χειρουργικής θεραπείας τους ( ανοικτή ανάταξη και οστεοσύνθεση ).

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε διάστημα 19 ετών (1995-2014), 52 ασθενείς ( 7 με αμφοτερόπλευρα κατάγματα ) με εύρος ηλικιών 19-77, αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με έξω προσπέλαση. Ο επανέλεγχος κυμάνθηκε μεταξύ 1-19 έτη. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων έγινε με βάση ακτινολογικές παραμέτρους ( μορφολογία πτέρνης, γωνίες Bohler και Gissane ), το SF-36, το εύρος κίνησης, τη φθορά υποδημάτων και το χρόνο επιστροφής στην εργασία.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος πώρωσης των καταγμάτων ήταν 15,3 εβδομάδες. Το αποτέλεσμα ήταν άριστο σε 22 περιπτώσεις, καλό σε 25 και πτωχό σε 11. Σε 8 περιπτώσεις παρατηρήθηκε πλημμελής τοποθέτηση της οστεοσύνθεσης, σε 5 επιπολής διάσπαση του τραύματος, αντανακλαστική συμπαθητική αλγοδυστροφία σε 6 ασθενείς, ενώ εν τω βάθει φλεγμονή εμφανίστηκε σε 1 ασθενή και αντιμετωπίστηκε με αντιμικροβιακή αγωγή και αφαίρεση υλικών. Άλλος ασθενής αντιμετωπίστηκε καθυστερημένα με αποτέλεσμα πλημμελή πώρωση, που διορθώθηκε με οστεοτομία.

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία των παρεκτοπισμένων ενδαρθρικών καταγμάτων της πτέρνας με ανοικτή ανάταξη και οστεοσύνθεση είναι η ενδεδειγμένη, εφόσον αποκαθίσταται το σχήμα της πτέρνης, ο ευθειςασμός και το ύψος. Όψιμα λειτουργικά αποτελέσματα με ήπιο πόνο, μικρές αλλαγές στις καθημερινές δραστηριότητες, χωρίς προβλήματα υπόδησης, μπορούν να αναμένονται.

**ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΕΙ Η ΣΟΥΚΡΑΛΦΑΤΗ ΤΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΤΩΝ ΒΕΛΟΝΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ;**

Π. Μεγαλοικονόμος, Χ. Βώπτης, Δ. Φλέβας, Β. Ηγουμένου, Φ. Ζαμπέλη, Η. Παπαστάθης, Α. Μαυρογένης, Α. Δράκου  
*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της τοπικής εφαρμογής γέλης σουκραλφάτης (θειικό άλας αλουμινίου), στην πρόληψη των λοιμώξεων στα σημεία εισόδου των βελονών των συστημάτων εξωτερικής οστεοσύνθεσης.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν δύο ομάδες ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με εξωτερική οστεοσύνθεση. Η ομάδα Α είχε 15 ασθενείς (8 άνδρες, 7 γυναίκες) και η ομάδα Β είχε 14 (10 άνδρες, 4 γυναίκες). Στην ομάδα Α, η φροντίδα των σημείων εισόδου των βελονών έγινε με καθημερινή περιποίηση με απλές γάζες και φυσιολογικό ορό. Στην ομάδα Β, εφαρμόστηκε τοπικά στο δέρμα γύρω από τις βελόνες γέλη σουκραλφάτης 25%. Η σουκραλφάτη εφαρμόστηκε αμέσως μετά την τοποθέτηση της εξωτερικής οστεοσύνθεσης στη χειρουργική αίθουσα και ανανεωνόταν μετεγχειρητικά κάθε τρίτη ημέρα μέχρι την πλήρη επούλωση των τραυμάτων μετά την οριστική αφαίρεση του συστήματος. Και οι δύο ομάδες σε περιπτώσεις λοίμωξης έλαβαν per os αντιβιοτική αγωγή σύμφωνα με τις καλλιέργειες.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος εφαρμογής της εξωτερικής οστεοσύνθεσης ήταν 18 εβδομάδες (εύρος, 2-18). Το ποσοστό των λοιμώξεων για το σύνολο των βελονών που εξετάστηκαν ήταν 7% για την ομάδα Α, ενώ 3% για την ομάδα Β. Τα βακτήρια που ταυτοποιήθηκαν ήταν ο *Staphylococcus aureus* και ο *Staphylococcus epidermidis*. Οι λοιμώξεις ήταν 1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> βαθμού κατά Checketts–Otterburn. Παρατηρήθηκε ταχύτερη επούλωση μετά την αφαίρεση του συστήματος στην ομάδα Β.

**Συμπεράσματα:** Η γέλη σουκραλφάτης χρησιμοποιήθηκε ως φραγμός στην λύση της συνέχειας του δέρματος στα σημεία εισόδου των βελονών με αποτέλεσμα την μείωση των λοιμώξεων και της λήψης αντιβιοτικών. Η νέα αυτή μέθοδος πρόληψης ίσως μπορεί να μειώσει την ανάγκη χορήγησης αντιβιοτικών στους ασθενείς που αντιμετωπίζονται με συστήματα εξωτερικής οστεοσύνθεσης.

**ΟΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΟΥ ΗΛΟΥ ΚFN ΣΕ ΠΕΡΙΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΣΕ ΣΕΙΡΑ 502 ΑΣΘΕΝΩΝ**

N. Τσάκωνας, Κ. Σιδηρόπουλος, Γ. Προφητηλιώτης, Α. Παπαδόπουλος, Π. Σαλούπης, Α. Κούκος

*Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Έδεσσας*

**Σκοπός:** Η καταγραφή των επιπλοκών της χρήσης ενδομυελικού ήλου ΚFN στην αντιμετώπιση των περιτροχαντηρίων καταγμάτων.

**Υλικό-Μέθοδοι:** 502 ασθενείς (339 γυναίκες (67,5%) και 163 άνδρες (32,5%) με περιτροχαντήριο κάταγμα αντιμετωπίστηκαν με τη χρήση ενδομυελικού ήλου ΚFN κατά την 6ετία 2009-2014. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 81,7 έτη. Με βάση την ταξινόμηση κατά AO, 190 ασθενείς παρουσίασαν τύπο κατάγματος 31-A1 (37,8%), 184 με 31-A2 (36,7%), 60 με 31-A3 (11,9%), 32 με 31-B2 (6,4%), 20 με 32-A (4%) και 16 ασθενείς με 32-B (3,2%).

**Αποτελέσματα:** Οι διεγχειρητικές επιπλοκές αφορούσαν σε θραύση οδηγού βελόνης (5 περιπτώσεις, 1%), ιατρογενές κάταγμα διάφυσης μηριαίου (6, 1,2%) και αποτυχία στατικής ασφάλισης του ήλου (1, 0,2%). Οι απώτερες επιπλοκές αφορούσαν κυρίως σε 6 περιπτώσεις οστεότμησης αυχένα (cut out) (1,2%), από τις οποίες τρεις αντιμετωπίστηκαν με ημιολική αρθροπλαστική, μία με ολική ολική αρθροπλαστική και δύο συντηρητικά, καθώς και 4 περιπτώσεις προστριβής της λαγονοκνημιαίας ταινίας λόγω μετανάστευσης του διαυχενικού κοχλίου ή του κοχλίου συμπίεσης (0,8%). Καταγράφηκαν 26 περιπτώσεις με επιπολής λοίμωξη (5,2%), ενώ σε 6 ασθενείς υπήρξε εν τω βάθει λοίμωξη (1,2%). Διεγχειρητικά δεν υπήρξαν θάνατοι, ενώ μετεγχειρητικά καταγράφηκαν 8 θάνατοι κατά τη διάρκεια νοσηλείας (1,6%). Δεν καταγράφηκε περίπτωση Z- effect επιπλοκής όπως και περίπτωση ψευδάρθρωσης.

**Συμπέρασματα:** Η αντιμετώπιση των περιτροχαντηρίων καταγμάτων με χρήση ενδομυελικού ήλου ΚFN κατέδειξε μικρό ποσοστό επιπλοκών το οποίο είναι συγκρίσιμο με το αντίστοιχο της διεθνούς βιβλιογραφίας.



**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ, ΕΚΠΛΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ**

Γ. Τριανταφυλλόπουλος, Λ. Πουλτσίδης, Β. Σακελλαρίου, W. Zhang, P. Sculco, Y. Ma, T. Sculco  
*Hospital for Special Surgery, New York, USA*

**Σκοπός:** Ο καθορισμός των ποσοστών επιτυχίας του χειρουργικού καθαρισμού και έκπλυσης με διατήρηση της πρόθεσης για την αντιμετώπιση ασθενών με πρώιμες μετεγχειρητικές ή οξείες αιματογενείς περιπροθετικές λοιμώξεις του ισχίου και του γόνατος. Επίσης, η αναγνώριση προγνωστικών παραγόντων της έκβασης του χειρουργικού καθαρισμού και έκπλυσης και η διερεύνηση του ρόλου των διαδοχικών χειρουργικών καθαρισμών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 154 ασθενείς (77 άνδρες-77 γυναίκες, μέσης ηλικίας 64,3±10,8 ετών), που αντιμετωπίστηκαν μεταξύ 1/2000 και 12/2013. Η περιπροθετική λοίμωξη αφορούσε το ισχίο στους 60 και το γόνατο στους 94. Ο ελάχιστος χρόνος παρακολούθησης ήταν 12 μήνες. Επιτυχία θεωρήθηκε η διατήρηση της πρόθεσης χωρίς την ανάγκη χρόνιας καταστολής με αντιβιοτικά. Πραγματοποιήθηκε πολυπαραμετρική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης με επίπεδο σημαντικότητας 0,05.

**Αποτελέσματα:** Το ποσοστό επιτυχίας ήταν 70% (42/60) για το ισχίο και 55,3% (52/94) για το γόνατο. Στο ισχίο, παράγοντες αποτυχίας αναγνωρίστηκαν η παχυσαρκία (BMI≥30) (p=0,029), η λοίμωξη από MRSA/MRSE (p=0,0255) και η διάρκεια συμπτωμάτων >5 ημέρες μέχρι την παρέμβαση (p<0,0001). Στο γόνατο, προγνωστικοί παράγοντες αποτυχίας καθορίστηκαν η θυρεοειδοπάθεια (p=0,0345), η λοίμωξη με MRSA/MRSE (p=0,043) και η διάρκεια συμπτωμάτων >5 ημέρες μέχρι την παρέμβαση (p<0,0001). Οι διαδοχικές επεμβάσεις σχετίστηκαν με μικρότερη πιθανότητα επιτυχίας (p=0,042) και μεγαλύτερη συχνότητα περιφερικής αγγειακής νόσου (p=0,033). Στους ασθενείς αυτούς, προγνωστικοί παράγοντες αποτυχίας ήταν η λοίμωξη του γόνατος (p=0,047) και η μεσολάβηση περισσότερων από 20 ημερών μεταξύ των διαδοχικών επεμβάσεων (p=0,044).

**Συμπεράσματα:** Ο χειρουργικός καθαρισμός και έκπλυση μπορεί να αποτελεί επιλογή σε επιλεγμένους ασθενείς με πρώιμη ή αιματογενή περιπροθετική λοίμωξη.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΗΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΠΛΑΤΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΟΝ ΩΜΟ

Δ. Αλασεϊρήλης<sup>1</sup>, Χ. Καλλίτσης<sup>1,2</sup>, Λ. Νάκου<sup>3</sup>, Α. Κορομπίλιας<sup>2</sup>, Π. Γκιβίσης<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Γενική Κλινική *Euromedica* Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

<sup>3</sup>Νευροχειρουργική Κλινική Γ.Ν.Θ. Παπανικολάου, <sup>4</sup>Α' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ.

**Σκοπός:** Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της αρθροσκοπικής αποσυμπίεσης του υπερπλάτιου νεύρου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πέντε ασθενείς διαγνώστηκαν με επίμονο άλγος του ώμου που αποδόθηκε σε πίεση του υπερπλάτιου νεύρου. Οι τέσσερις ασθενείς αντιμετωπίστηκαν για 23±5 μήνες συντηρητικά χωρίς αποτέλεσμα. Ένας ασθενής είχε υποβληθεί σε αρθροσκοπική ακρωμιοπλαστική, χωρίς να παρουσιάζει βελτίωση για 14 μήνες μετεγχειρητικά. Σε όλους τους ασθενείς διαπιστώθηκαν χαρακτηριστικά νευροπαθητικού άλγους, ενώ θετικό Tinnel test παρουσίαζαν οι τέσσερις. Σε όλους τους ασθενείς το test έγχυσης τοπικού αναισθητικού ήταν θετικό. Σε τρεις ασθενείς υπήρχαν θετικά ευρήματα από το ηλεκτρομυογράφημα. Έγινε αρθροσκοπική αποσυμπίεση του υπερπλάτιου νεύρου στην εντομή της ωμοπλάτης σε όλους τους ασθενείς και επιπροσθέτως στον ακανθογληνοειδή σύνδεσμο σε τρεις ασθενείς. Το άνω άκρο διατηρήθηκε σε απλή ανάρτηση για 3 εβδομάδες. Όλοι οι ασθενείς ακολούθησαν φυσιοθεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης της κίνησης και της δύναμης.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς παρουσιάζουν 28±10 μήνες μετεγχειρητικά εξαιρετικό τελικό αποτέλεσμα (UCLA shoulder score 34±4, συγκριτικά με το προεγχειρητικό score που ήταν 14±2). Η μετεγχειρητική βελτίωση εξελίχθηκε ομαλά, χωρίς υποτροπές σοβαρού άλγους.

**Συμπεράσματα:** Η αρθροσκοπική τεχνική της αποσυμπίεσης του υπερπλάτιου νεύρου φαίνεται να αποτελεί αξιόπιστη και ασφαλή επιλογή. Σημαντικό πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η εύκολη και ομαλή μετεγχειρητική αποκατάσταση λόγω του ελάχιστου τραυματισμού του μυϊκού φακέλου, καθώς λόγω της ανατομικής του νεύρου απαιτούνται μεγάλες αποκολλήσεις μυών σε ανοικτές μεθόδους.

**Η ΔΙΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΚΑΝΑΛΙΟΥ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ ΣΕ 60 ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Π. Μεγαλοοικονόμος, Κ. Σταρατζής, Δ. Κούλαλης, Π. Παπαγγελόπουλος, Δ. Μαστρόκαλος  
*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Σκοπός:** Η όψιμη αξιολόγηση της διεγχειρητικής χρήσης των αιμοπεταλιακών παραγόντων (PRP) στη διάταση του μηριαίου καναλιού μετά την ανακατασκευή του προσθίου χιαστού συνδέσμου (ΑΠΧΣ) με μόσχευμα οπίσθιων μηριαίων.

**Υλικό & Μέθοδος:** Διενεργήθηκε προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη σε 60 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με μεμονωμένη ΑΠΧΣ. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες. Στην 1η ομάδα (30 ασθενείς) έγινε διεγχειρητική χρήση PRP, ενώ στη 2η ομάδα (30 ασθενείς) δεν έγινε χρήση PRP. Όλοι οι ασθενείς ακολούθησαν το ίδιο μετεγχειρητικό φυσιοθεραπευτικό πρωτόκολλο. Η διάμετρος του μηριαίου καναλιού εκτιμήθηκε με μαγνητική τομογραφία άμεσα μετεγχειρητικά και 1 έτος αργότερα. Η διάμετρος μετρήθηκε στην ενδορθρική είσοδο, στη μεσότητα και στο άπω πέρας του μηριαίου καναλιού. Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν κλινικά με το Pivot shift test, το Lachman Noulis test και με το Rolimeter. Επίσης εκτιμήθηκαν με τις κλίμακες αξιολόγησης Tegner, Lysholm και IKDC.

**Αποτελέσματα:** Οι μετρήσεις με το Rolimeter βελτιώθηκαν μετεγχειρητικά και στις δύο ομάδες ασθενών αλλά δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ( $p=0,686$ ). Στις κλίμακες Tegner, Lysholm και IKDC επίσης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Η μέση όψιμη μετεγχειρητική διάταση στη ομάδα με PRP ήταν 0,30 χιλ. (3,6%), ενώ στην ομάδα ελέγχου ήταν 0,69 χιλ. (8,6%). Η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p=0,062$ ). Η διάταση των μηριαίων καναλιών ήταν κυρίως κωνικής μορφής.

**Συμπεράσματα:** Στη παρούσα μελέτη η χρήση των PRP δεν αποδείχτηκε να συμβάλλει στη μείωση της διάτασης του μηριαίου καναλιού μετά την ΑΠΧΣ. Ακαθόριστος παραμένει ο ακριβής ρόλος των μηχανικών και βιολογικών παραγόντων στη διάταση του μηριαίου καναλιού.

**ΜΕΤΑΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΤΕΝΟΝΤΟΡΑΦΗΣ ΡΗΞΕΩΝ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ DRESDEN**

Σ. Τσιτσιλώνης, J. Schumann, T. Gehlen, N.P. Haas, S. Manegold

*Center for Musculoskeletal Surgery, Campus Virchow Klinikum, Charité – University Medicine Berlin, Germany*

**Σκοπός:** Η διαδερμική τενοντοραφή με τη μέθοδο Dresden για τη χειρουργική θεραπεία των ρήξεων Αχιλλείου τένοντα αποτελεί εναλλακτική της ανοιχτής αχιλλοραφής και της συντηρητικής θεραπείας. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του λειτουργικού και κλινικού αποτελέσματος της διαδερμικής τενοντοραφής.

**Υλικό και Μέθοδος:** Αναλύσαμε αναδρομικά 101 ασθενείς (85 άνδρες) που χειρουργήθηκαν με διαδερμική συρραφή Αχιλλείου τένοντα με μέσο όρο ηλικίας 43.4 χρόνια (24-73) και μέσο χρόνο παρακολούθησης τους 31.6 μήνες (7-76). Οι παρακάτω παράμετροι εκτιμήθηκαν στην τελική εξέταση των ασθενών: εύρος κίνησης (ROM), μυική ατροφία, ένταση πόνου (VAS) και επιπλοκές. Τα ακόλουθα σκορ χρησιμοποιήθηκαν για την υποκειμενική και αντικειμενική εκτίμηση του αποτελέσματος: AOFAS-Score, 100-points Thermann-Score, το Achilles Tendon Rupture Score (ATRS) και το Trillat-Score.

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά εύρους κίνησης και μυικής ατροφίας σε σχέση με την υγιή πλευρά. Τα αποτελέσματα του πόνου στην VAS ήταν  $0.6 \pm 1.0$ . Παρατηρήθηκαν τρεις επαναρήξεις. Δεν παρατηρήθηκαν λοιμώξεις ούτε βλάβες του γαστροκνήμιου νεύρου. Οι μέσες τιμές των σκορ ήταν: AOFAS-Score:  $95.3 \pm 6.7$ ; 100-Thermann-Score:  $85.7 \pm 12.3$ ; ATRS:  $85.4 \pm 15.2$ . Σύμφωνα με το Trillat-Score, 88.7% των ασθενών εμφάνισαν πολύ καλά έως άριστα αποτελέσματα.

**Συμπεράσματα:** Με βάση τα ικανοποιητικά αντικειμενικά και υποκειμενικά αποτελέσματα, καθώς και τη χαμηλή συχνότητα επιπλοκών, η διαδερμική συρραφή του Αχιλλείου τένοντα με τη μέθοδο Dresden μπορεί να αποτελέσει μία αξιόπιστη εναλλακτική μέθοδο θεραπείας των ρήξεων Αχιλλείου τένοντα.

**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ MACI ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΟΝΔΡΙΝΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΓΟΝΑΤΟΣ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ ΚΑΙ ΜΗ**

**Ε. Παπακώστας<sup>1</sup>, Ε. Παπασούλης<sup>1</sup>, Ι. Τερζίδης<sup>1</sup>, Α. Σιδερίδης<sup>1</sup>, Μ. Χαντές<sup>2</sup>, Κ.Ν. Μαλίζος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>The-MIS Ορθοπαιδικό Κέντρο, Κλινική Αγ. Λουκάς, Θεσσαλονίκη <sup>2</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Βιόπολη, Λάρισα

**Σκοπός:** Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει κατά πόσο οι αθλητές και οι μη αθλητές βελτιώνονται το ίδιο με την τεχνική MACI (matrix autologous chondrocyte implantation) που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση χόνδρινων βλαβών γόνατος.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 9 αθλητές (Tegner score >6) και 13 μη αθλητές εφαρμόστηκε η τεχνική MACI για την αντιμετώπιση χόνδρινων βλαβών γόνατος 4<sup>ου</sup> βαθμού. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν προοπτικά με scores KOOS και IKDC προεγχειρητικά, και μετεγχειρητικά στους 6, 12, 24 (όλοι οι ασθενείς), 36 (8 αθλητές – 8 μη αθλητές) και 48 μήνες (5 αθλητές – 5 μη αθλητές).

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με το IKCD score και τα 2 γκρουπ παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε κάθε μετεγχειρητικό στάδιο σε σχέση με προεγχειρητικά (Αθλητές: 6 μήνες:  $p=0.008$ , 12 μήνες:  $p<0.001$ , 24 μήνες:  $p<0.001$ , 36 μήνες:  $p<0.001$ , 48 μήνες:  $p<0.001$  – Μη αθλητές: 6 μήνες:  $p=0.004$ , 12 μήνες:  $p<0.001$ , 24 μήνες:  $p<0.001$ , 36 μήνες:  $p<0.001$ , 48 μήνες:  $p=0.004$ ).

Οι διαφορές μεταξύ αθλητών και μη αθλητών δεν ήταν στατιστικά σημαντικές μέχρι και 1 έτος μετεγχειρητικά, αλλά οι αθλητές παρουσίασαν καλύτερα σκορ στο 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> έτος (Προεγχειρητικά:  $p=0.13$ , 6 μήνες:  $p=0.29$ , 12 μήνες:  $p=0.10$ , 24 μήνες:  $p=0.036$ , 36 μήνες:  $p=0.025$ , 48 μήνες:  $p=0.65$ ).

Και τα 2 γκρουπ παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση ως και 3 έτη σε σχέση με προεγχειρητικά σε όλες τις υποπαράμετρους του KOOS score. Ωστόσο δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αθλητών και μη σε καμία υποπάρμετρο, σε καμία χρονική στιγμή.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνική MACI οδηγεί σε ικανοποιητικά κλινικά αποτελέσματα τα οποία διατηρούνται ως τα 4 έτη μετεγχειρητικά, χωρίς διαφορές μεταξύ αθλητών και μη αθλητών.

**ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΡΡΑΦΗ ΤΕΝΟΝΤΙΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ ΤΟΥ ΩΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 55 ΕΤΩΝ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΔΙΠΛΗΣ ΣΕΙΡΑΣ ΑΓΚΥΡΩΝ**

*N. Δοξαριώτης, Β. Ραούλης, Κ. Καρατζιος, Σ. Χλιάπας, Κ. Μπανιός, Μ. Χαντές  
Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας*

**Σκοπός:** Η εκτίμηση των λειτουργικών αποτελεσμάτων και των απεικονιστικών ευρημάτων με μαγνητική τομογραφία μετά από συρραφή τενοντίου πετάλου σε νέους ασθενείς συγκρίνοντας την τεχνική μονής με διπλής σειράς αγκυρών.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Από τον Φεβρουάριο του 2006 έως τον Ιούνιο του 2010 όλοι οι ασθενείς κάτω των 55 ετών με ρήξη του τενοντίου πετάλου και υπεβλήθησαν σε αρθροσκοπική συρραφή συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Συνολικά 46 ασθενείς που υπεβλήθησαν σε μεταγχειρητική και ακτινολογική παρακολούθηση με μαγνητική τομογραφία συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Από αυτούς 25 αντιμετώπιστηκαν με την τεχνική της μονής σειράς αγκυρών και 21 με την τεχνική της διπλής σειράς αγκυρών. Κλινικά οι ασθενείς εκτιμήθηκαν με τις κλίμακες UCLA και Constant καθώς επίσης και με μαγνητική τομογραφία. Η ακεραιότητα του τενοντίου πετάλου μετεγχειρητικά εκτιμήθηκε σε μια από τις 5 κατηγορίες σύμφωνα με την ταξινόμηση του Sugaya.

**Αποτελέσματα:** Το μέσο σκορ για την κλίμακα UCLA ήταν 30.1 και 32.2 για την τεχνική με μονή και διπλή σειρά αγκυρών αντίστοιχα ( $p=0.134$ ). Το μέσο σκορ για την κλίμακα Constant ήταν 86.3 και 90.3 για την τεχνική με μονή και διπλή σειρά αγκυρών αντίστοιχα ( $p=0.254$ ). Σύμφωνα με την Μαγνητική Τομογραφία 9 (36%) από τους ασθενείς με την τεχνική της μονής σειράς και τρεις (14%) από τους ασθενείς με την τεχνική της διπλής σειράς είχαν ασυνέχεια του τένοντα (Τύπος IV και V). Η διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων ήταν στατιστικά σημαντική ( $p<0.05$ ).

**Συμπεράσματα :** Παρόλο που τα λειτουργικά αποτελέσματα μεταξύ των δυο τεχνικών δεν είχαν διαφορά, η ακεραιότητα του τένοντα υπερεπερέυσε σημαντικά στην ομάδα της διπλής σειράς αγκυρών. Επειδή η ακεραιότητα του τένοντα είναι σημαντική στους νέους ανθρώπους για καλό μακροχρόνιο αποτέλεσμα πιστεύουμε ότι η τεχνική που πρέπει να ακολουθείται στους νέους ανθρώπους είναι αυτή της διπλής σειράς αγκυρών.

## ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΠΩ ΚΕΡΚΙΔΑΣ: ΠΡΟΣΘΙΑ Η΄ ΟΠΙΣΘΙΑ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Σ. Τσιτσιλώνης, D. Machó, N.P. Haas, F. Wichlas

*Center for Musculoskeletal Surgery, Charité - University Medicine Berlin, Βερολίνο, Germany*

**Σκοπός:** Η εισαγωγή των πλακών σταθερής γωνίας έχει οδηγήσει στην αύξηση της χειρουργικής θεραπείας των καταγμάτων άπω κερκίδας. Η οπίσθια προσπέλαση φαίνεται να συνδέεται με αυξημένο αριθμό επιπλοκών. Ο καθορισμός των ενδείξεων της οπίσθιας προσπέλασης παραμένει σημαντικό ερώτημα. Στόχος της μελέτης ήταν ο έλεγχος της ανάταξης των καταγμάτων με την πρόσθια και οπίσθια προσπέλαση, των επιπλοκών και των ενδείξεων της οπίσθιας προσπέλασης.

**Υλικό και Μέθοδος:** Συνολικά 285 κατάγματα της άπω κερκίδας με εσωτερική οστεοσύνθεση σταθερής γωνίας (2.4mm/3.5mm LCP, Synthes ®) αναλύθηκαν αναδρομικά σε σχέση με την μετεγχειρητική ανάταξη (κερκιδική και πρόσθια κλίση, ωλένια απόκλιση), τις επιπλοκές, την εγχειρητική διάρκεια και την ένδειξη. Εξήντα ασθενείς χειρουργήθηκαν μέσω οπίσθιας προσπέλασης ενώ 225 μέσω πρόσθιας. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν  $54.1 \pm 17.7$ . Η ταξινόμηση των καταγμάτων έγινε σύμφωνα με την ΑΟ/ΟΤΑ: 89 Α, 16 Β, 170 C.

**Αποτελέσματα:** Η προεγχειρητική κερκιδική κλίση ήταν  $15.1^\circ \pm 8.7^\circ$  και η πρόσθια κλίση  $-13.4^\circ \pm 1.2$  για την παλαμιαία ομάδα και  $15.7^\circ \pm 10.8$  και  $-12.8 \pm 2.1$  για την οπίσθια. Οι μετεγχειρητικές τιμές ήταν  $22.3^\circ \pm 0.3^\circ$  και  $8.1^\circ \pm 6.1^\circ$  για την παλαμιαία και  $20.9^\circ \pm 4.9^\circ$  και  $10.3^\circ \pm 6.1^\circ$  για την οπίσθια. Η εγχειρητική διάρκεια ( $p < 0.001$ ), η συχνότητα επιπλοκών ( $p < 0.01$ ) και η αφαίρεση υλικών ήταν συχνότερη στην οπίσθια ομάδα ( $p < 0.01$ ). Οπίσθια προσπέλαση χρησιμοποιήθηκε κατά κύριο λόγο στα τύπου C κατάγματα (90%), με τα μισά από αυτά ήταν 23C3.

**Συμπεράσματα:** Η ανατομική ανάταξη είναι δυνατή και με τις δύο προσπελάσεις με την εξαίρεση των ΑΟ23C3 καταγμάτων. Η οπίσθια προσπέλαση συνδέεται με αυξημένη συχνότητα επιπλοκών και αυξάνει το χειρουργικό χρόνο. Στη μεγάλη πλειοψηφία των κατάγμάτων προτείνουμε την πρόσθια προσπέλαση.

**ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΠΑΛΑΜΙΑΙΑΣ ΠΛΑΚΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ**

Δ. Μπουγιουκλής<sup>1</sup>, Α. Παπαδήμας<sup>1</sup>, Κ. Μαστραντωνάκης<sup>1</sup>, Δ. Μυλωνάς<sup>2</sup>, Π. Κίννας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ε' Ορθοπαιδικό τμήμα, μονάδα Χεριού, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας,

<sup>2</sup>Ορθοπαιδική κλινική πανεπιστημιακού Γ.Ν. Πατρών

**Σκοπός:** η αναδρομική αυτή μελέτη συγκρίνει τα τελικά λειτουργικά και ακτινογραφικά αποτελέσματα της εφαρμογής εξωτερικής οστεοσύνθεσης έναντι της εσωτερικής οστεοσύνθεσης με χρήση παλαμιαίας πλάκας, στην αντιμετώπιση των καταγμάτων της περιφερικής κερκίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς.

**Υλικό & μέθοδος:** μελετήθηκαν 44 ασθενείς με κάταγμα περιφερικής κερκίδας, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στη πρώτη ομάδα εφαρμόστηκε εξωτερική οστεοσύνθεση και επιπλέον σταθεροποίηση με βελόνες Kirschner, ενώ η δεύτερη ομάδα αντιμετωπίστηκε με εσωτερική οστεοσύνθεση με χρήση παλαμιαίας πλάκας. Ο μέσος όρος παρακολούθησης ήταν τα δύο χρόνια. Τα λειτουργικά αποτελέσματα αξιολογήθηκαν με βάση το DASH score και τα τροποποιημένα κριτήρια των Green και O'Brien, ενώ το άλγος αξιολογήθηκε με βάση το VAS score.

**Αποτελέσματα:** όσο αφορά στο DASH score, οι ασθενείς της δεύτερης ομάδας παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση 6 και 12 εβδομάδες μετά το χειρουργείο. Ωστόσο η διαφορά αυτή μετά τους 6 μήνες δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Βάσει των κριτηρίων των Green και O'Brien στην τελευταία επίσκεψη το 56 % των ασθενών της δεύτερης ομάδας είχαν εξαιρετικό αποτέλεσμα, έναντι του 28.3% της πρώτης ομάδας. Το VAS score παρουσίαζε αρχικά μεγαλύτερη βελτίωση στην δεύτερη ομάδα κατά 20%, μετά τους 6 μήνες το ποσοστό έπεφτε στο 1.3% συγκριτικά στις δυο ομάδες.

**Συμπεράσματα:** η βέλτιστη αντιμετώπιση των παρεκτοπισμένων καταγμάτων της περιφερικής κερκίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς, αποτελεί πεδίο αντιπαράθεσης. Η επιλογή της εσωτερικής οστεοσύνθεσης με παλαμιαία πλάκα παρέχει πιο γρήγορη λειτουργική αποκατάσταση, ωστόσο και οι δύο μέθοδοι δεν παρουσιάζουν στατιστικές διαφορές τόσο στην παρουσία επιπλοκών όσο και στο τελικό αποτέλεσμα.



**ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ 5ΟΥ ΜΕΤΑΚΑΡΠΙΟΥ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ MINI ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΚΑΙ MINI ΠΛΑΚΑΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΠΡΟΦΙΛ**

Z. Νταϊλιάνα, Δ. Αγοραστάκης, Σ. Βαρυτιμίδης, M. Παπαναγιώτου, Κ. Αλεξίου,  
Κ.Ν.Μαλίζος

*Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*

**Σκοπός:** Η σύγκριση του μετεγχειρητικού αποτελέσματος δύο διαφορετικών μεθόδων οστεοσύνθεσης εξωαρθρικών καταγμάτων του 5ου μετακαρπίου (ΜΚ<sub>5</sub>).

**Υλικό-Μέθοδος:** Αντιμετωπίστηκαν 36 ασθενείς (30 άνδρες-6 γυναίκες), με μέσο όρο ηλικίας 34,9 έτη, με εξωαρθρικά κατάγματα ΜΚ<sub>5</sub> με τη χρήση mini πλάκας (18) ή mini εξωτερικής οστεοσύνθεσης (ex-fix) (18). Από τα κατάγματα ΜΚ<sub>5</sub> 14 ήταν υποκεφαλικά (αντιμετώπιση με πλάκα: 3, ex-fix: 11) και 22 ήταν διάφυσης (αντιμετώπιση με πλάκα: 15, ex-fix: 7). Όλες οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν υπό περιοχική αναισθησία και ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 46' για την πλάκα και 25' για την εξωτερική οστεοσύνθεση. Μετεγχειρητικά αξιολογήθηκαν (συγκριτικά με το υγιές χέρι) η δύναμη δραγμού, η αμφιδακτυλική σύλληψη, η δυνατότητα κάμψης της μετακαρποφαλαγγικής και το ενεργητικό εύρος κίνησης. Επίσης έγινε καταγραφή του VAS και DASH score και της ικανοποίησης των ασθενών. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το Mann-Whitney test.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 28 μήνες (24-55). Όλα τα κατάγματα πωρώθηκαν κατά μέσο όρο σε 5 εβδομάδες ανεξάρτητα από τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε. Στην κατηγορία των υποκεφαλικών καταγμάτων δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις παραμέτρους που αξιολογήθηκαν, αν και οι mini πλάκες είχαν κατά κανόνα καλύτερα αποτελέσματα. Αντίθετα στα κατάγματα της διάφυσης η mini ex-fix υπερέχει στην δύναμη δραγμού και στο ενεργητικό εύρος κίνησης όπου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,02$  και  $p=0,009$  αντίστοιχα.

**Συμπέρασμα:** Η τοποθέτηση mini πλάκας, αν και ιδιαίτερα χρονοβόρα στην εφαρμογή της, προσφέρει καλύτερα (όχι όμως στατιστικώς σημαντικά) αποτελέσματα στην αντιμετώπιση υποκεφαλικών καταγμάτων, ενώ η χρήση mini ex-fix πλεονεκτεί σημαντικά στην αντιμετώπιση των καταγμάτων της διάφυσης ΜΚ<sub>5</sub>.

**ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΣΥΜΠΙΕΣΗΣ ΤΟΥ ΩΛΕΝΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΟΝ ΑΓΚΩΝΑ**

Π. Μεγαλοοικονόμος<sup>1</sup>, Χ. Βώπης<sup>1</sup>, Ι. Γαλανόπουλος<sup>1</sup>, Κ. Ράπτης<sup>2</sup>, Η. Παπαστάθης<sup>1</sup>, Δ. Αντωνόπουλος<sup>2</sup>, Β. Κοντογεωργάκος<sup>1</sup>, Α. Μαυρογένης<sup>1</sup>, Σ. Σπυρίδωνος<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα <sup>2</sup>Κλινική Χειρουργικής Χεριού, Άνω Άκρου και Μικροχειρουργικής, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα

**Σκοπός:** Η παρουσίαση αποτελεσμάτων διαφορετικών τεχνικών χειρουργικής αποσυμπίεσης του ωλενίου νεύρου στην περιοχή του αγκώνα, σε ασθενείς με συμπτωματολογία ωλενίου νευρίτιδος ως αποτέλεσμα περιφερικής πιεστικής νευροπάθειας.

**Υλικό & Μέθοδος:** 69 ασθενείς με συμπτωματολογία ωλενίου νευρίτιδος αντιμετωπίστηκαν με διαφορετικές χειρουργικές τεχνικές σύμφωνα με το στάδιο και την αιτία της νόσου. 35 ασθενείς χωρίς βλαισό αγκώνα που παρουσίασαν πίεση στο cubical tunnel, στο σύνδεσμο struthers, και στην αψίδα των καμπτήρων αντιμετωπίστηκαν με απλή αποσυμπίεση. 17 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με πρόσθια υποδόρια μεταφορά του ωλενίου νεύρου, είτε λόγω βλαισού αγκώνα, είτε γιατί είχαν αβαθή αύλακα που στην κάμψη-έκταση του αγκώνα προκαλούσε αναπήδηση του ωλενίου νεύρου επί της παρατροχίλιου απόφυσης. Σε 13 ασθενείς με έντονη νευρολογική σημειολογία διενεργήθηκε πρόσθια ενδομυϊκή μεταφορά, ενώ σε 3 με ευμεγέθη παρατροχίλιο απόφυση προτιμήθηκε η εκτομή αυτής. Μετεγχειρητικά εφαρμόστηκε μερική ακινητοποίηση του αγκώνα για 2-3 εβδομάδες σε όλους.

**Αποτελέσματα:** Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίασαν άμεση βελτίωση της συμπτωματολογίας και επανήλθαν πλήρως στις δραστηριότητες 1-2 μήνες μετεγχειρητικά. Οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με απλή αποσυμπίεση παρουσίασαν συντομότερη βελτίωση. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εκτομή της παρατροχίλιου απόφυσης παρουσίασαν άλγος στην περιοχή εκτομής που υποχώρησε σταδιακά την 4η-6η μετεγχειρητική εβδομάδα. 13 ασθενείς προχωρημένου σταδίου με ατροφία των αυτόχθονων μυών του χεριού παρουσίασαν καθυστερημένη βελτίωση έως και 6 μήνες μετεγχειρητικά. Δεν παρατηρήθηκαν επιπλοκές όπως φλεγμονή, δυσκαμψία αγκώνος, νευροαπτραξία.

**Συμπεράσματα:** Η πίεση του ωλενίου νεύρου στον αγκώνα έχει συγκεκριμένη συμπτωματολογία, ποικίλη όμως αιτιολογία. Η σωστή διάγνωση της αιτίας και η σωστή επιλογή της τεχνικής αποσυμπίεσης, οδηγεί σε ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η εκτομή της παρατροχίλιου απόφυσης δεν προτιμάται γιατί επιφέρει μετεγχειρητικό άλγος στον ασθενή.

**ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΚΡΟΔΑΚΤΥΛΩΝ ΜΕ ΤΟΠΙΚΟΥΣ ΚΡΗΜΝΟΥΣ**

B. Κοντογεωργάκος, Η. Παπαστάθης, Π. Μεγαλοοικονόμος, Γ. Παναγόπουλος, Δ. Φλέβας,  
B. Ηγουμενίου, Φ. Ζαμπέλη, Α. Μαυρογένης

*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Σκοπός:** Η μελέτη των αποτελεσμάτων της αποκατάστασης ελλειμμάτων μαλακών μορίων στα ακροδάκτυλα με χρήση τοπικών κρημνών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήσαμε αναδρομικά για τουλάχιστον 6 μήνες, 18 ασθενείς/21 δάκτυλα με τραυματικό έλλειμμα πολφού και εκτεθειμένο οστό στα ακροδάκτυλα. 14 ασθενείς ήταν άνδρες ενώ το αριστερό άκρο τραυματίστηκε σε 15. Χρησιμοποιήθηκαν 7 κρημνοί V-Y, 4 διασταυρούμενου δακτύλου, 7 πλάγιοι ορθόδρομοι ομοδακτυλικοί, και 3 κρημνοί ραχιαίας μετακαρπίου αρτηρίας (2 ορθόδρομοι κρημνοί χαρταετού και 1 ανάστροφος κρημνός 3ης μετακαρπίου αρτηρίας).

**Αποτελέσματα:** Επαρκής κάλυψη του ελλείμματος επιτεύχθηκε σε όλους τους ασθενείς. Νέκρωση μερικού πάχους παρατηρήθηκε στο περιφερικό άκρο ενός κρημνού χαρταετού, που όμως επιθηλιοποιήθηκε σε δεύτερο χρόνο. Δυσκαμψία και οίδημα στα πλαίσια αλγοδυστροφίας παρατηρήθηκε σε ένα ασθενή που βελτιώθηκε σημαντικά 6 μήνες αργότερα. Η χρήση του χεριού για καθημερινές δραστηριότητες επιτεύχθηκε σε 4-6 εβδομάδες σε 16 ασθενείς. Η διάκριση στατικής αισθητικότητας 2 σημείων ήταν 5-6 χιλ. στους νευρούμενους και 9-10 χιλ. στους μη νευρούμενους κρημνούς.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση τοπικών κρημνών στη σύγκλειση τραυματικών ελλειμμάτων του πολφού δακτύλων είναι ασφαλής μέθοδος. Διασώζει το μήκος της φάλαγγας και επιτρέπει σχετικά γρήγορη επιστροφή της χρήσης του χεριού. Η χρήση νευρούμενων κρημνών αποκαθιστά την αισθητικότητα του πολφού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΡΡΑΦΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΤΑΙΝΙΑΣ ΕΚΤΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΔΑΚΤΥΛΩΝ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΑΣΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ ΕΓΓΥΣ ΑΚΡΟΥ ΑΥΤΗΣ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΠΛΑΓΙΩΝ ΔΕΣΜΙΔΩΝ**

Γ. Μουζόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Νομικός<sup>2</sup>, Β. Βασιλειάδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Ληξουρίου, <sup>2</sup>Γενικό Νοσοκομείο Χίου

**Σκοπός:** Ανάδειξη της αποτελεσματικότητας της συρραφής των ανοικτών ρήξεων του εκτατικού μηχανισμού των δακτύλων με σημαντικό έλλειμμα της κεντρικής ταινίας.

**Μέθοδος-Υλικό:** Σε προοπτική μελέτη συμμετείχαν 12 ασθενείς (10 άνδρες και 2 γυναίκες, ηλικίας  $48 \pm 3.3$  ετών), που υπέστησαν ανοικτή ρήξη με σημαντικό έλλειμμα της κεντρικής ταινίας του εκτατικού μηχανισμού των δακτύλων, κατά την περίοδο 2013-2014. Όλοι οι ασθενείς χειρουργήθηκαν με αναστροφή τμήματος του εγγύς άκρου της κεντρική ταινίας με συρραφή αυτού περιφερικά του θυλάκου της εγγύς φαλαγγο-φαλαγγικής άρθρωσης με διοστικές ραφές καθώς και κεντρική μετάθεση των πλάγιων δεσμίδων του εκτατικού μηχανισμού. Έγινε καταγραφή του εύρους ενεργητικής κίνησης της εγγύς φαλαγγο-φαλαγγικής άρθρωσης, της λειτουργικότητας του χεριού με τα κριτήρια κατά Dargan καθώς και των επιπλοκών, 1 έτος μετά την επέμβαση.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ενεργητική κάμψη της εγγύς φαλαγγο-φαλαγγικής άρθρωσης των ασθενών ήταν  $83 \pm 2.1$ ο. Η λειτουργικότητα των δακτύλων σύμφωνα με τα κριτήρια Dargan ήταν άριστη σε 8 ασθενείς (66.6%), καλή σε 3 ασθενείς (25%), ικανοποιητική σε 1 ασθενή (8.33%) και πτωχή σε κανέναν ασθενή. Δεν παρατηρήθηκε παραμόρφωση δίκην κουμπότρυπας (boutonniere deformity) στους ασθενείς, 1 έτος μετά την επέμβαση.

**Συμπέρασμα:** Η συρραφή των ανοικτών ρήξεων του εκτατικού μηχανισμού των δακτύλων με σημαντικό έλλειμμα της κεντρικής ταινίας με τη μέθοδο της αναστροφής αυτής και με κεντρική μετάθεση των πλάγιων δεσμίδων είναι ασφαλής και αποτελεσματική.

## ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΡΠΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

Ε. Μητσιοκάπα<sup>1</sup>, Δ. Δρακόπουλος<sup>2</sup>, Α. Μαυρογένης<sup>1</sup>, Π. Μεγαλοοικονόμος<sup>1</sup>, Χ. Βώπτης<sup>1</sup>, Κ. Τσιάβος<sup>1</sup>, Ο. Σαββίδου<sup>1</sup>, Β. Κοντογιωργάκος<sup>1</sup>, Π. Κουλουβάρης<sup>1</sup>, Π. Παπαγγελόπουλος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα,  
<sup>2</sup>401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών

**Σκοπός:** Η σύγκριση της διαγνωστικής ακρίβειας της νευροφυσιολογικής μελέτης (ηλεκτρονευρογράφηματος και ηλεκτρομυογράφηματος) και του υπερηχοτομογράφηματος στην ανάδειξη του συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε νευροφυσιολογικός και υπερηχοτομογραφικός έλεγχος υψηλής ευκρίνειας σε ασθενείς με κλινική υπόνοια συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα. Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος βασίστηκε στις μορφολογικές μεταβολές του μέσου νεύρου στο ύψος του καρπιαίου σωλήνα (εγκάρσια διάμετρος και εύρος διατομής), στις αλλαγές της ηχωδομής και στην αναγνώριση σειράς παθολογικών καταστάσεων που μπορούν να αυξήσουν την πίεση εντός του καρπιαίου σωλήνα (πχ. τενοντοελυτρίτιδες, χωροκατακτητικές αλλοιώσεις, επικουρικούς μυς και αγγεία). Ο νευροφυσιολογικός έλεγχος επικεντρώθηκε στην καταγραφή της κινητικής και της αισθητικής ταχύτητας αγωγής του μέσου νεύρου, αλλά και τις ταχύτητες αγωγής των άλλων νεύρων καθώς και στην ηλεκτρομυογραφική μελέτη των μυών του οπισθέναρος.

**Αποτελέσματα:** Σε 33 ασθενείς με κλινική υποψία συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα διαπιστώθηκαν 21 με υπερηχοτομογραφικά και νευροφυσιολογικά ευρήματα ενδεικτικά του συνδρόμου. Εξ αυτών το 82% (n=17) παρουσίαζε ευρήματα ενδεικτικά του συνδρόμου σε αμφότερες τις δοκιμασίες, ενώ το 9% (n=2) μόνο στην ηλεκτροφυσιολογική μελέτη και οι υπόλοιποι μόνο στο υπερηχοτομογράφημα.

**Συμπεράσματα:** Το υπερηχοτομογράφημα του μέσου νεύρου εξελίσσεται ραγδαία τα τελευταία χρόνια λαμβάνοντας συνεχώς σημαντικότερη θέση στη διερεύνηση του ασθενούς με σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα. Ο συνδυασμός του με τη νευροφυσιολογική μελέτη παρέχει τη δυνατότητα στον κλινικό ιατρό να αυξήσει την αξιοπιστία της διαγνωστικής προσέγγισης του ασθενούς.

## Η ΑΣΥΜΜΕΤΡΙΑ ΤΟΥ ΜΗΚΟΥΣ ΤΗΣ 12<sup>HS</sup> ΠΛΕΥΡΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΜΥΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΥΤΗΝ ΩΣ ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΟΣΦΥΙΚΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ

Θ.Β. Γρίβας<sup>1</sup>, R.G. Burwell<sup>2</sup>, Β. Κεχαγιάς<sup>1</sup>, Χ. Μαζιώτη<sup>1</sup>, Α. Φούντας<sup>1</sup>, Δ. Κολοβού<sup>3</sup>, Α. Μπούντης<sup>4</sup>, Ε. Χριστοδούλου<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο",

<sup>2</sup>Centre for Spinal Studies and Surgery, Nottingham University Hospitals Trust, Queen's Medical Centre Campus, Nottingham, UK,

<sup>3</sup>Ακτινολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά "Τζάνειο",

<sup>4</sup>Τμήμα Σπονδυλικής Στήλης, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Κηφισιά,

<sup>5</sup>Asklepios Klinik Lindenlohe, Schwandorf, Germany

**Σκοπός:** Υπάρχουν πολλές προτάσεις σχετικά με τον ρόλο των παρασπονδυλικών μυών στην παθογένεση της σκολίωσης, που θεωρείται σκολιογενετικός, δρών ενάντια στην δημιουργία σκολίωσης, αβέβαιος ή και ασήμαντος. Σε αυτήν την εργασία επιχειρείται να συσχετιστούν τα πλάγια οσφυϊκά κυρτώματα με τον ρόλο του τετράγωνου οσφυϊκού (ΤΟ) μυός, υπό το πρίσμα του νέου ευρήματος της ασυμμετρίας του ζεύγους της 12<sup>NS</sup> θωρακικής πλευράς.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήσαμε τις προσθιοπίσθιες ακτινογραφίες της ΣΣ σε 2 ομάδες παιδιών. Η πρώτη ομάδα αποτελούταν από 14 παιδιά (9 κορίτσια, 5 αγόρια), από 9-18 ετών και μέσο όρο ηλικίας τα 13 έτη, που παρουσίαζαν δεξιά οσφυϊκή σκολίωση και δεξιά πλάγια οσφυϊκή καμπύλη μικρότερη από 10 μοίρες. Η μέση γωνία Cobb ήταν 12 μοίρες (εύρος τιμών 5-22).

Η δεύτερη ομάδα αποτελούταν από 28 παιδιά (17 κορίτσια, 11 αγόρια), από 8-17 ετών και μέσο όρο ηλικίας τα 13 έτη, είχαν ευθεία σπονδυλική στήλη και εκτιμήθηκαν ομοίως με τα παιδιά με οσφυϊκή καμπύλη,

Σε όλα τα παιδιά μετρήθηκε και καταγράφηκε το μήκος της δεξιάς και αριστερής 12<sup>NS</sup> πλευράς, καθώς και ο λόγος αυτής. Υπολογίστηκε η αξιοπιστία των μετρήσεων – reliability study. Ελέγχθηκε η διαφορά των πηλίκων μεταξύ των δύο ομάδων (Mann-Whitney); και η συσχέτιση μεταξύ του πηλίκου και της γωνίας Cobb (Spearman's rho). Η στατιστική ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Η πραγματοποίηση της μελέτης εγκρίθηκε από την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσοκομείου.

**Αποτελέσματα:** Η μελέτη αξιοπιστίας των πηλίκων έδειξε λάθος μεταξύ του ίδιου παρατηρητή (intra-observer) +/- 0,036 και μεταξύ των δύο παρατηρητών (inter-observer error) +/- 0,042 αντίστοιχα όσο αφορά το 95% όριο εμπιστοσύνης του λάθους (confidence limit of the error) των μετρήσεων.

Η 12<sup>NS</sup> πλευρά ήταν μεγαλύτερη από την πλευρά του οσφυϊκού κυρτώματος σε 12 από τα 14 παιδιά της 1<sup>NS</sup> ομάδας, ενώ σε 2 παιδιά η 12<sup>NS</sup> αριστερή και δεξιά πλευρά ήταν ίσες. Ο λόγος της 12<sup>NS</sup> δεξιάς προς αριστερής πλευράς ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στην 1<sup>NS</sup> ομάδα σε σύγκριση με την 2<sup>NS</sup> ομάδα (Mann-Whitney U = 71,000, p<0,001). Η συσχέτιση του λόγου της 12<sup>NS</sup> πλευράς με την γωνία Cobb ήταν στατιστικά σημαντική (Spearman's rho = 0,690, p<0,002).

Η μελέτη skewness και kurtosis για τα πηλικά ήταν 0,615 και -0,702 και για την γωνία Cobb 0,359 και 1,068 αντίστοιχα.

Επίσης ο 12<sup>OS</sup> θωρακικός σπόνδυλος δεν παρουσίασε στροφή σε καμία από τις 2 ομάδες.

**Συμπεράσματα:** Δεν είναι δυνατόν προς το παρόν να καθοριστεί αν η επιμήκυνση της 12<sup>NS</sup> πλευράς είναι συγγενώς επελθούσα ή έχει προκληθεί από μηχανικό ερεθισμό ή και τα δύο. Επί της 12<sup>NS</sup> πλευράς προσφύονται πολλοί μικροί μύες. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στον ΤΟ μυ. Αυτός προσφύεται στην λαγόνιο ακρολοφία της πυέλου, στην 12<sup>NS</sup> πλευρά και στις οσφυϊκές εγκάρσιες αποφύσεις. Η εφαρμογή αυξημένης μυϊκής δράσης στο κυρτό της οσφυϊκής καμπύλης και ομοίως με την ερμηνεία των προηγούμενα αναφερθέντων ερευνητών, προτείνουμε δύο υποθέσεις, σχετικά αυξημένη δραστηριότητα του δεξιού ΤΟ μυός προκαλεί το πλάγιο οσφυϊκό κύρτωμα (πρώτη υπόθεση), ή αντενεργεί την οσφυϊκή καμπύλη ως μέρος της προσπάθειας του σώματος να την αντισταθμίσει (δεύτερη υπόθεση). Αυτές οι υποθέσεις μπορούν να δοκιμαστούν μελετώντας με ηλεκτρικό ερεθισμό τον ΤΟ σε άτομα με οσφυϊκή ΙΣ με το να φανεί αντίστοιχα χειροτέρευση ή βελτίωση της καμπύλης.

Προτείνεται ότι η επιμήκυνση της 12<sup>NS</sup> πλευράς μπορεί να είναι αποτέλεσμα αυξημένης λειτουργίας του τετράγωνου οσφυϊκού μυός, που προσφύεται σε αυτήν, σύμφωνα με τον νόμο της μηχανοεπαγωγής των Wolff's και Pauwel's.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΡΙΖΕΝΔΡΟΝΑΤΗ ΣΤΗΝ ΟΣΤΙΚΗ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ

Χ. Ζήδρου, Π. Τσιούλας, Γ. Γκίκας, Θ. Κυριακίδης, Α. Κυριακίδης  
Β Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση του οστικού μεταβολισμού και της οστικής πυκνότητας, ένα χρόνο μετά τη διακοπή της βραχυπρόθεσμης (2 έτη) και μακροπρόθεσμης (7 έτη) θεραπείας με ριζενδρονάτη.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη μας που διενεργήθηκε από τον Ιανουάριο του 2012 μέχρι το Δεκέμβριο του 2014 συμμετείχαν 60 γυναίκες μετεμνηνοπαυσιακές για τουλάχιστον πέντε χρόνια, όχι μεγαλύτερης ηλικίας από τα 85 έτη, οι οποίες είχαν τουλάχιστον δύο σπονδυλικά κατάγματα (Θ4-Ο4). Ετσι σε 30 γυναίκες που λάμβαναν μόνο 1000mgασβεστίου και 500IUβιταμίνης D (1<sup>η</sup> ομάδα) και σε 30 γυναίκες που λάμβαναν 35 mgριζενδρονάτης εβδομαδιαίως, 1000mgασβεστίου και 500IUβιταμίνης D για 5 χρόνια (2<sup>η</sup> ομάδα), χορηγήθηκε ριζενδρονάτη για επιπλέον 2 χρόνια.

**Αποτελέσματα:** Ηενδιάμεση τιμή της επίπτωσης των σπονδυλικών καταγμάτων ανά ασθενή ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα που λάμβανε 2 χρόνια ριζενδρονάτη σε σύγκριση με αυτή που ελάμβανε 7 χρόνια.

-Τα επίπεδα του αμινοτελικού διασταυρούμενου τελοπεπτιδίου του κολλαγόνου τύπου I (δείκτης οστικής απορρόφησης) αυξήθηκαν ένα χρόνο μετά τη διακοπή της θεραπείας και στις δύο ομάδες. Ωστόσο δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές του σε σύγκριση με αυτές που μετρήθηκαν πριν την έναρξη της θεραπείας στην 1<sup>η</sup>ομάδα (3 χρόνια πριν).

- Επίσης, η ολική οστική πυκνότητα του ισχίου και του τροχαντήρα μειώθηκε μετά από ένα χρόνο της διακοπής της ριζενδρονάτης. Αντίθετα, η οστική πυκνότητα της σπονδυλικής στήλης και του αυχένα του μηριαίου διατηρήθηκε αμετάβλητη ή αυξήθηκε στις αντίστοιχες μετρήσεις.

- Όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

**Συμπέρασμα:** Οι συγγραφείς τονίζουν την ανάγκη διεξαγωγής συγκριτικών μελετών που να ερευνούν την επίδραση της διακοπής των διφωσφονικών στην οστική πυκνότητα, την οστική ανακατασκευή και την επίπτωση των καταγμάτων. Συμπεραίνουν πως και μετά από 7 χρόνια θεραπείας με ριζενδρονάτη, διατηρείται η ικανότητα της οστικής ανακατασκευής ένα χρόνο μετά τη διακοπή της θεραπείας.

**ΑΤΥΠΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΚΑΙ DENOSUMAB. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Ι. Σταθόπουλος, ΗΑ. Βασιλειάδης, Κ. Λαμπροπούλου-Αδαμίδου, Μ. Μασούντ,

-ΣΦ. Πνευματικός

Γ' Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ ΚΑΤ

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με άτυπα κατάγματα μηριαίων μετά από μακρόχρονη θεραπεία οστεοπόρωσης με διφωσφονικά ακολουθούμενη από denosumab.

**Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής ηλικίας 75 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ με χαμηλής βίας υποτροχαντήριο κάταγμα δεξιού μηριαίου. Η εικόνα του κατάγματος σε συνδυασμό με το ιστορικό μακρόχρονης αντιοστεοπορωτικής θεραπείας με αλενδρονάτη 70 mg εβδομαδιαίως για 7 έτη και denosumab 60 mg ανά εξάμηνο για ένα έτος και πρόδρομων συμπτωμάτων έθεσε τη διάγνωση του άτυπου κατάγματος από ανεπάρκεια του οστού. Η ασθενής ανέφερε επιπλέον άλγος του αριστερού μηρού και ο ακτινολογικός έλεγχος (απλή ακτινογραφία και MRI) του «υγιούς» μηριαίου ανέδειξε στην υποτροχαντήριο περιοχή πάχυνση του έξω φλοιού, ατελές κάταγμα και εντοπισμένο οστικό οίδημα, σημεία ενδεικτικά επαπειλούμενου πλήρους κατάγματος. Αποφασίστηκε η ενδομυελική ήλωση και των δύο μηριαίων και λήφθηκαν διεγχειρητικές βιοψίες από την περιοχή του πλήρους και ατελούς κατάγματος καθώς και από το λαγόνιο οστού. Η αντιοστεοπορωτική αγωγή συνεχίστηκε με τεριπαρατίδη 20 μg ημερησίως και συμπλήρωμα ασβεστίου και βιταμίνης D.

**Αποτελέσματα:** Η βιοψία από την περιοχή των καταγμάτων έδειξε σημεία πώρωσης ενώ η βιοψία λαγονίου ανέδειξε την πλήρη απουσία οστεοκλαστών γεγονός που αποδόθηκε στη μακρόχρονη αντικαταβολική θεραπεία (συνολικά 8 ετών). Πέντε μήνες μετεγχειρητικά η ασθενής παρουσίαζε ομαλή πορεία πώρωσης αμφοτερόπλευρα, ενδεικτικό του ότι η προηγούμενη χορήγηση διφωσφονικών και denosumab δεν εμποδίζει την επούλωση των καταγμάτων.

**Συμπεράσματα:** Η χορήγηση του denosumab, που αποτελεί ισχυρό αναστολέα των οστεοκλαστών, μετά από πολυετή θεραπεία με διφωσφονικά, τα οποία, επίσης, στοχεύουν τους οστεοκλάστες θα πρέπει να εξετάζεται με προσοχή σε ασθενείς με οστεοπόρωση. Η υπέρμετρη καταστολή της οστικής εναλλαγής με αυτό το σχήμα είναι πιθανό να οδηγήσει σε μηχανική ανεπάρκεια των οστών και την εμφάνιση άτυπων καταγμάτων χαμηλής βίας.



**ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΩΧΡΟΝΟΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΑ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Π. Αδαμόπουλος, Κ. Δρούτσας, Δ. Μπακιρτζής, Δ. Βασιλείου, Μ. Γαβράς, Π.Κ. Σουκάκος  
*Ορθοπαιδική Κλινική Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο Αμαλία Φλέμινγκ*

**Σκοπός – Παρουσίαση σπάνιας περίπτωσης:** Η ωχρονοσική αρθροπάθεια είναι μια σπάνια έκφραση της αλκαπτονουρίας, διαταραχής του μεταβολισμού της τυροσίνης που ορίζεται ως η αυτοσωματική υπολειπόμενη κληρονομική έλλειψη του ηπατικού ενζύμου οξειδάσης του ομογεντισικού οξέος και χαρακτηρίζεται από τη συσσώρευση ομογεντισικού οξέος στον αρθρικό χόνδρο. Παρουσιάζουμε την περίπτωση άνδρα ασθενή ετών 62 ο οποίος υποβλήθηκε σε ολική αρθροπλαστική γόνατος, εν συνεχεία ολική αρθροπλαστική ισχίου και του ετερόπλευρου γόνατος, με διεγχειρητικό εύρημα τη καστανόμαυρη χροιά των χόνδρων. Οι εργαστηριακές και ανατομοπαθολογικές εξετάσεις που ακολούθησαν τα χειρουργεία έδωσαν τη διάγνωση της αλκαπτονουρίας. Παρουσιάζουμε την κλινική αυτή περίπτωση διότι υπάρχουν λίγες κλινικές βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με αυτή τη πάθηση και επίσης επειδή είναι εξαιρετικά σπάνιο ασθενής να υποβληθεί σε αρθροπλαστική τριών μεγάλων αρθρώσεων χωρίς να έχει νωρίτερα διαγνωστεί η αλκαπτονουρία.

**Υλικό – Μέθοδος:** Η διάγνωση ήρθε από την εξέταση των ούρων του ασθενή, που αποκτούν καστανόμαυρη χροιά κατά την παραμονή τους στον ατμοσφαιρικό αέρα. Κατά την αναγωγή με χλωριούχο σίδηρο αποκτούν γαλαζοπράσινο χρώμα, ενώ γίνονται καστανά με προσθήκη αντιδραστηρίου του Benedict. Η ιστολογική εξέταση των τεμαχίων του αρθρικού ημένα, των μηνίσκων, των οστικών τεμαχίων και του αρθρικού υγρού επιβεβαίωσε τη κλινική διάγνωση.

**Αποτελέσματα–Συμπέρασμα:** Στην περίπτωσή μας ο ασθενής αναφέρει εντυπωσιακή βελτίωση της ποιότητας της ζωής του μετά από τις τρεις επεμβάσεις. Καθώς δεν αναφέρονται καταγεγραμμένες αντενδείξεις και περιπτώσεις πρόωρης χαλάρωσης αρθροπλαστικών σε τέτοιους ασθενείς, η ολική αρθροπλαστική αποτελεί τη μοναδική επεμβατική θεραπεία.

**ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΩΝ ΥΠΟΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΙΣΧΙΟΥ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Ζ. Κόκκαλης, Ι. Βραχνής, Δ. Παναγιωτόπουλος, Π. Πούλιος, Ν. Μποτονάκης,  
Δ. Ντουραντώνης, Η. Παναγιωτόπουλος

*Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών*

**Σκοπός:** Αναφορά σπάνιου περιστατικού με ταυτόχρονα υποκεφαλικά κατάγματα ισχίου άμφω. Η διερεύνηση δεν ανέδειξε τη συνήθη με βάση την βιβλιογραφία παθολογία. Θέμα συζήτησης αποτελεί η απόφαση αποκατάστασης σε ένα ή δύο χρόνους.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενής πενήντα επτά ετών η οποία υπέστη αμφοτερόπλευρα υποκεφαλικά κατάγματα ισχίου IV κατά Garden, συνεπεία κάκωσης χαμηλής βίας. Ο μηχανισμός κάκωσης αφορούσε βίαιη απαγωγή των κάτω άκρων. Η ασθενής έχει ελεύθερο ιστορικό. Πραγματοποιήθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος (ορμονολογικός, ρευματολογικός και για αιματολογικά νοσήματα). Ο απεικονιστικός έλεγχος περιελάμβανε αξονική τομογραφία λεκάνης ισχίων και μέτρηση οστικής πυκνότητας (DEXA). Η ασθενής υπεβλήθη σε ολική αρθροπλαστική ισχίου σε δύο χρόνους. Διεγχειρητικά ελήφθη υλικό που εστάλη για βιοψία

**Αποτελέσματα:** Από τον εργαστηριακό έλεγχο το μόνο εύρημα ήταν μικρή ανεπάρκεια βιταμίνης D. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε οστεοπορωτικές αλλοιώσεις χωρίς συνοδό παθολογία. Η ασθενής μπόρεσε να κινητοποιηθεί άμεσα μετεγχειρητικά με χρήση βοηθήματος. Στην παρούσα φάση, τρεις μήνες μετεγχειρητικά, εμφανίζει πλήρη ανώδυνη φόρτιση.

**Συμπεράσματα:** Η πλειονότητα των περιστατικών με αμφοτερόπλευρα υποκεφαλικά κατάγματα αφορούν περιστατικά με υποκείμενη παθολογία. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται συνηθέστερα επιληπτικές κρίσεις, αιματολογικά νοσήματα, παροδική οστεοπόρωση και ιστορικό ακτινοβόλησης στην περιοχή. Για αυτά τα περιστατικά απαιτείται ενδελεχής έλεγχος ώστε να μην διαφύγουν σοβαρά παθολογικά προβλήματα, που αποτελούν την αιτία των καταγμάτων αυτών. Η αποκατάσταση των καταγμάτων σε δύο χρόνους αποτελεί ασφαλή λύση που επιτρέπει την ταχεία κινητοποίηση του ασθενή.

## **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ**

V. Sakellariou, L. Poultsides, Y. Ma, J. Bae, S. Liu, T. Sculco

*Department of Orthopedic Surgery, Hospital for Special Surgery, Weill Cornell Medical College, New York, USA*

**Σκοπός:** Η αναγνώριση των περιεγχειρητικών παραγόντων κινδύνου για εκδήλωση μέτριου ως σοβαρού πόνου μετά από ολική αρθροπλαστική ισχίου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήσαμε τους φακέλους ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική ισχίου από το 2007 έως το 2010 με ελάχιστο χρόνο παρακολούθησης τα 2 έτη. Στείλαμε σε όλους τους ασθενείς ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε τη βραχεία έκδοση του 36-item Short Form Health Survey. Συνολικά συγκεντρώσαμε δεδομένα από 271 ασθενείς. Τα δεδομένα του ενδοοσσομειακού (πρώιμου) και εξωοσσομειακού (εμμένουτος) πόνου καταγράφηκαν και αναλύθηκαν διεξοδικά στη βάση διαφόρων διεγχειρητικών και ακτινολογικών μεταβλητών.

**Αποτελέσματα:** Τριάντα οκτώ τοις εκατό των ασθενών ανέφερε την ύπαρξη μέτριου ή σοβαρού πόνου άμεσα μετεγχειρητικά, ενώ 18% των ασθενών ανέφερε χρόνιο πόνο με μια μέση ένταση πόνο 3/10 και μέγιστο πόνο 5/10. Ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου ήταν η (1) προς τα έσω μετατόπιση του κοτυλιαίου εμφυτεύματος (estimated risk: 0.056, SE 0.024,  $p=0.0254$ ) και (2) το offset της μηριαίας κεφαλής (estimated risk: 0.33, SD: 0.152,  $p=0.0316$ ). Στους ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται (1) το offset μηριαίας κεφαλής (estimated risk: 0.383, SD: 0.145,  $p=0.0096$ ) και το μέγεθος αυτής (estimated risk: 0.296, SD: 0.106,  $p=0.0064$ ). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου που θα μπορούσαν να μεταβάλουν το SF-36 2 χρόνια μετεγχειρητικά.

**Συμπεράσματα:** Ο εμμένων πόνος μετά από ολική αρθροπλαστική ισχίου δεν είναι συνήθης μετά από επέμβαση ολικής αρθροπλαστικής ισχίου. Η αποκατάσταση του κέντρου περιστροφής και της γεωμετρίας της άρθρωσης είναι ιδιαίτερα σημαντικά. Αυτοί οι παράγοντες κατέχουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση μετεγχειρητικού πόνου.

## **ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΓΟΝΑΤΟΣ GENESIS II-OXINIUM**

Ε. Παπασούλης, Θ. Καραχάλιος, Ν. Δοξαριώτης, Κ. Μπαργιώτας, Κ.Ν. Μαλίζος  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Ιατρικό Τμήμα, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της μακροπρόθεσμης αποτελεσματικότητας της ολικής αρthroπλαστικής γόνατος Genesis II – Oxinium (Smith & Nephew, Memphis, Tennessee, USA) στην αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας του γόνατος.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 262 ολικές αρthroπλαστικές γόνατος Genesis II – Oxinium που πραγματοποιήθηκαν σε 249 ασθενείς στην κλινική μας την περίοδο 2002-2008. Κλινικά καταγράφηκαν το Knee Society Score (KSS), το Oxford Knee Score (OKS), το WOMAC, καθώς και το SF-12. Ακτινολογικά εκτιμήθηκαν οι ακτινογραφίες σύμφωνα με το Knee Society Total Knee Arthroplasty Roentgenographic Evaluation and Scoring System. Σε 44 περιπτώσεις η παρακολούθηση δεν υπερέβη τα 2 έτη και δεν συμπεριλήφθηκαν στα αποτελέσματα. Ο μέσος όρος παρακολούθησης στις υπόλοιπες 218 αρthroπλαστικές ήταν 9,5 έτη (7,5-12,5).

**Αποτελέσματα:** Σε 3 περιπτώσεις χρειάστηκε αναθεώρηση της αρthroπλαστικής, 2 λόγω άσηπτης και 1 λόγω σηπτικής χαλάρωσης. Πραγματοποιήθηκαν ακόμα 4 αντικαταστάσεις της επιγονατίδος σε δευτερο χρόνο. Η συνολική επιβίωση της αρthroπλαστικής στα 9,5 έτη μετεγχειρητικά ήταν 97,8%. Κλινικά το εύρος κίνησης βελτιώθηκε από 79,3° προεγχειρητικά σε 108,7° μετεγχειρητικά. Όλες οι κλινικές παράμετροι παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στο τελευταίο follow-up. Το KSS αυξήθηκε κατά μέσο όρο από 35,8 σε 88,1 (p,0.001), το OKS από 14,8 σε 43,0 (p,0.001), και το WOMAC από 46,2 σε 86,2 (p,0.001). Το 94% των ασθενών δήλωσαν ευχαριστημένοι από την επέμβαση. Δεν παρατηρήθηκε αστοχία υλικού. Ακτινολογικά, μόνο σε μία περίπτωση το άθροισμα του πάχους των ακτινοδιαφανών γραμμών γύρω από την κνημιαία πρόθεση ήταν >5mm, που όμως δεν επιδεινώθηκε στην πορεία του χρόνου.

**Συμπεράσματα:** Η ολική αρthroπλαστική γόνατος Genesis II – Oxinium έχει υψηλό ποσοστό επιβίωσης με καλά κλινικά και ακτινολογικά αποτελέσματα στα 9,5 έτη μετεγχειρητικά.

**ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ- ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Ι. Γαλανόπουλος, Η. Παπαστάθης, Χ. Βώπτης, Π. Μεγαλοοικονόμος, Δ. Φλέβας, Α. Μαυρογένης, Ο. Σαββίδου, Π. Παπαγγελόπουλος

*Α Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ “ΑΤΤΙΚΟΝ”*

**Σκοπός:** Να καταγραφούν οι επιπλοκές, πρώιμες και απώτερες, μετά τη χειρουργική θεραπεία καταγμάτων του ισχίου με ενδομυελική ήλωση.

**Υλικό και μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά όλοι οι ασθενείς που αντιμετώπιστηκαν με ενδομυελική ήλωση με βραχύ ήλο για κάταγμα ισχίου στην κλινική μας στο διάστημα 2/2010 έως 2/2015. Αποκλείστηκαν οι ασθενείς με ψυχιατρικά και νευρομυϊκά νοσήματα. Χρησιμοποιήθηκαν δύο συστήματα ηλώσεως, ο ήλος Affixus ( ομάδα Α ) και ο ήλος Vero nail (ομάδα Β). Στην ομάδα Α περιλαμβάνονταν 242 ασθενείς και στην ομάδα Β 131.

**Αποτελέσματα:** Ομάδα Α: Ενδοπυελική μετανάστευση του διαυχενικού κοχλίου εμφανίστηκε σε 3 ασθενείς ενώ λοίμωξη χειρουργικού τραύματος σε 13 ασθενείς εκ των οποίων οι 9 αφορούσαν εν τω βάθει λοίμωξη που οδήγησε σε οστεομυελίτιδα. 3 ασθενείς παρουσίασαν άμεση ραιβοποίηση μετά το χειρουργείο και 1 ασθενής υπέστη διεγχειρητικό κάταγμα. Σε 3 ασθενείς παρουσιάστηκε ψευδάρθρωση και σε 2 βράχυνση του σκέλους. Ομάδα Β: Cut out παρουσιάστηκε σε 2 ασθενείς και ενδοπυελική μετανάστευση σε 1 ενώ 2 ασθενείς παρουσίασαν φαινόμενο z-effect. Ισχαιμική νέκρωση της μηριαίας κεφαλής εμφανίστηκε σε 3 ασθενείς ενώ ψευδάρθρωση και συνεπεία αυτής αστοχία υλικού σε 6 ασθενείς. 1 ασθενής υπέστη διεγχειρητικά κάταγμα του μείζονος τροχαντήρα ενώ σε 4 ασθενείς οι διαυχενικοί κοχλίες είχαν τοποθετηθεί σε πλημμελή θέση. Λοίμωξη χειρουργικού τραύματος παρουσιάστηκε σε 6 ασθενείς εκ των οποίων στους 4 εν τω βάθει.

**Συμπέρασμα:** Η ενδομυελική ήλωση για τα κατάγματα του ισχίου αποτελεί εξαιρετικά αξιόπιστη χειρουργική επιλογή με χαμηλό ποσοστό επιπλοκών πολλές από τις οποίες εξαρτώνται από τη χειρουργική τεχνική.

**PATIENT-REPORTED OUTCOMES AFTER HIP RESURFACING ARTHROPLASTY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

C. Koutras<sup>1,2</sup>, S.A. Antoniou<sup>3,4</sup>, M.A. Talias<sup>2</sup>, H. Heep<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Orthopaedics and Trauma Surgery, University of Duisburg-Essen, Germany, <sup>2</sup>Open University of Cyprus, Health Care Management Program, Nicosia, Cyprus, <sup>3</sup>Center for Minimally Invasive Surgery, Neuwerk Hospital, Mönchengladbach, Germany, <sup>4</sup> Department of General Surgery, University Hospital of Heraklion, University of Crete, Greece

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίπτωσης της αρθροπλαστικής επιφανείας του ισχίου (ΟΑΕΙ) στα γενικά εργαλεία σχετιζόμενα με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) και εξειδικευμένα εργαλεία για την ασθένεια και την άρθρωση του ισχίου, όπως επίσης η διερεύνηση της αναφερόμενης από τον ασθενή μετεγχειρητικής λειτουργίας του και της ικανοποίησής του.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελέτες οι οποίες δημοσιεύθηκαν από το 2000 στην αγγλική γλώσσα, συμπεριλάμβαναν τουλάχιστον 10 σκελετικά ώριμους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΟΑΕΙ και αναφέρουν τα αποτελέσματα γενικών ΣΥΠΖ μέτρων με ελάχιστη διάρκεια παρακολούθησης 6 μηνών, μελετήθηκαν για συμπερίληψη στην έρευνα. Οι έρευνες που συμπεριλάμβαναν ασθενείς που υποβλήθηκαν ταυτόχρονα και σε άλλες αντικαταστάσεις μέσω προθέσεων αποκλείστηκαν από την ανασκόπηση. Η Σταθμισμένη Μέση Διαφορά και το αντίστοιχο 95% διαστήματος εμπιστοσύνης υπολογίστηκαν με τη βοήθεια της γενικής μεθόδου αντίστροφης διακύμανσης χρησιμοποιώντας το μοντέλο τυχαίων επιδράσεων.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 12 πρωτότυπες μελέτες, οι οποίες περιλάμβαναν συνολικά 1898 ασθενείς (2123 αρθροπλαστικές). Η σωματική συνιστώσα ( $p < 0,001$ ) και η ψυχική συνιστώσα ( $p = 0,05$ ) του Short-Form-12 βελτιώθηκαν σημαντικά, όπως και το EuroQol-5D ( $p < 0,0001$ ). Το WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, συνολική βαθμολογία,  $p < 0,00001$ ) και τα εξειδικευμένα εργαλεία για την άρθρωση του ισχίου βελτιώθηκαν επίσης αξιοσημείωτα (Harris Hip Score:  $p < 0,00001$ , Oxford Hip Score:  $p < 0,001$ ). Η λειτουργική κατάσταση (University of California, Los Angeles activity scale,  $p < 0,00001$ ) βελτιώθηκε παρομοίως και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών ήταν επίσης ικανοποιητικός. Τέλος, αναγνωρίστηκε σημαντική ετερογένεια μεταξύ των μελετών, αλλά χαμηλός βαθμός σφάλματος δημοσίευσης.

**Συμπεράσματα:** Η κλινική εφαρμογή της ολικής αρθροπλαστικής επιφανείας ισχίου επέδειξε σημαντικές βελτιώσεις στη σωματική συνιστώσα, στα εξειδικευμένα εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ για την άρθρωση του ισχίου και την ασθένεια.

**ΣΠΑΝΙΑ ΣΥΓΕΝΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ ΙΣΧΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΑΧΟΝΔΡΟΠΛΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΞΟΣΤΩΣΕΩΝ- PRIMARY IMPACTION GRAFTING ΑΝΑΔΟΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΤΥΛΗΣ**

Ε. Τσιριδης<sup>1</sup>, Ε. Κεσανίδης<sup>1</sup>, Γ. Παπαροϊδάμης<sup>2</sup>, Δ. Μπαρμπάκη<sup>2</sup>, Μ. Μίντζας<sup>2</sup>, Ν. Γαλάνης<sup>1</sup>, Γ. Μιχαηλίδης<sup>1</sup>, Ι. Κύρκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ./ Γ.Ν. Παπαγεωργίου, <sup>2</sup>Φοιτητής Α.Π.Θ.

**Σκοπός:** Η αχονδροπλασία είναι η πιο κοινή διαταραχή ανάπτυξης των οστών του ανθρώπου. Οι κλινικές εκδηλώσεις της χαρακτηρίζονται από κοντό ανάστημα με δυσανάλογη βράχυνση των μακρών οστών και μεταφυσιακές δυσπλασίες. Η νόσος πολλαπλών εξοστώσεων είναι μία σκελετική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από πολλαπλά οστοχονδρώματα κυρίως στις μεταφύσεις των μακρών οστών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να περιγραφεί μία σπάνια περίπτωση γυναίκας, η οποία πάσχει από αχονδροπλασία και νόσο πολλαπλών εξοστώσεων καθώς και οι τεχνικές δυσκολίες της ολικής αρθροπλαστικής ισχίου στην οποία υποβλήθηκε.

**Ασθενής- Μέθοδος:** Γυναίκα 66 ετών, που έπασχε από το σπάνιο συνδυασμό αχονδροπλασίας και νόσου πολλαπλών εξοστώσεων, προσήλθε στην κλινική μας με τελικού σταδίου οστεοαρθρίτιδας επί εδάφους δυσπλασίας της αριστερής κατ'ισχίον άρθρωσης. Η ασθενής υποβλήθηκε σε ολική αρθροπλαστική αριστερού ισχίου μέσω τυπικής οπίσθιας προσπέλασης.

**Αποτελέσματα:** Οι τεχνικές δυσκολίες του χειρουργείου περιλάμβαναν την αναγνώριση και αφαίρεση των πολυάριθμων και ευμεγεθών εξοστώσεων, την ανατομική παραλλαγή, το μέγεθος της κοτύλης και του μηριαίου, τον προσανατολισμό του μηριαίου, το οστικό υπόστρωμα της ασθενούς και την επιλογή των υλικών. Η αναδόμηση της κοτύλης έγινε με impaction grafting αύτοοστεομεταμόσχευση και mesh οροφής ενώ προστέθηκε PLAD augment στο οπίσθιο χείλος του ΗΧΛΡ. Η ολική αρθροπλαστική ισχίου παρουσίασε καλή κινητικότητα της πρόθεσης προς όλες τις κατευθύνσεις

**Συμπεράσματα:** Ο συνδυασμός των δύο αυτών γενετικών νοσημάτων σε μία ασθενή έχει περιγραφεί μόνο μία φορά στη βιβλιογραφία. Αρθροπλαστικές ισχίου έχουν περιγραφεί σε μεμονωμένες περιπτώσεις ασθενών με αχονδροπλασία ή νόσο πολλαπλών εξοστώσεων. Αρθροπλαστική ισχίου σε ασθενή με τις δύο νοσολογικές οντότητες περιγράφεται για πρώτη φορά και παρουσιάζει ιδιαίτερες τεχνικές δυσκολίες.

**ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΝΕΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΠΡΟΣΘΙΑ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ (AMIS)**

Γ. Μαχαιράς<sup>1</sup>, Π. Χριστοφιλόπουλος<sup>2</sup>, Π. Λεπέτσος<sup>1</sup>, Σ. Μιχαήλ<sup>1</sup>, Σ. Γαλανάκος<sup>1</sup>, Π. Αναστασόπουλος<sup>1</sup>, Χ. Μηλαράς<sup>1</sup>, Κ. Τσιαμτσούρης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Δ' Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο ΚΑΤ, <sup>2</sup>Département de Chirurgie. Chirurgie Orthopédique et Traumatologie de l'appareil Moteur. Hôpitaux Universitaires de Genève

**Εισαγωγή:** Οι τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας για την ολική αρθροπλαστική ισχίου έχουν γίνει δημοφιλείς την τελευταία δεκαετία. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η μελέτη των τραυματισμών των νεύρων μετά ολική αρθροπλαστική ισχίου με τη μέθοδο AMIS και η πιθανή εξήγηση αυτών.

**Υλικό – Μέθοδος:** Μελετήθηκαν όλες οι περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική ισχίου με τη μέθοδο AMIS για μια 5ετία. Η τεχνική περιλαμβάνει πρόσθια προσπέλαση με τομή 8 – 10 cm, χρήση ειδικού τραπεζιού έλξης και ακτινοσκοπικού ελέγχου. Καταγράφηκαν όλες οι επιπλοκές της μεθόδου και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στις βλάβες των περιφερικών νεύρων.

**Αποτελέσματα:** Η μελέτη μας περιελάμβανε 1512 ολικές αρθροπλαστικές ισχίου που πραγματοποιήθηκαν με την τεχνική AMIS σε δύο μεγάλα κέντρα χειρουργικής του ισχίου, σε 1238 ασθενείς (985 γυναίκες - 253 άνδρες, μέσης ηλικίας 65,24 ετών). Το μέσο follow-up ήταν 29,4 μήνες. Παρατηρήθηκαν 51 περιπτώσεις παροδικής βλάβης του έξω μηροδερματικού νεύρου (3,37%), 4 περιπτώσεις παράλυσης του μηριαίου νεύρου (3 μόνιμες - 1 παροδικές, 0,26%) και μία περίπτωση μόνιμης πάρεσης του ισχιακού νεύρου (0,06%). Η μέση ηλικία αυτών των περιπτώσεων ήταν 68,97 χρόνια. Όλοι οι τραυματισμοί νεύρων επιβεβαιώθηκαν με ηλεκτρομυογράφημα, δείχνοντας αξονότμηση του προσβεβλημένου νεύρου.

**Συμπεράσματα:** Οι τραυματισμοί των νεύρων είναι μια σπάνια αλλά υπαρκτή επιπλοκή της ολικής αρθροπλαστικής ισχίου με τη μέθοδο AMIS. Πιθανή εξήγηση των τραυματισμών αυτών είναι η άμεση πλήξη των νεύρων, η υπερβολική έλξη, η υπερέκταση, η μεγάλη έξω στροφή του σκέλους, η χρήση των αγκίστρων και οι συνυπάρχουσες παραμορφώσεις της σπονδυλικής στήλης. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται ώστε να διαλευκανθεί πλήρως ο ρόλος των παραπάνω παραγόντων στις νευρολογικές επιπλοκές της μεθόδου AMIS.



**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΥ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ ΟΛΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΙΛΙΖΑΡΟΝ ΚΑΙ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ**

Α. Αντωνιάδης, Ε. Καβρουδάκης, Α. Albarni, Δ.Σ. Ευαγγελοπουλος, Β. Πολυζώης,  
Σ. Πνευματικός

Γ΄ Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «ΚΑΤ»

**Σκοπός:** Η αντιμετώπιση παραμελημένου εξάρθρωματος αριστερού ισχίου επι εδάφους ολικής αρthroπλαστικής ισχίου σε δύο στάδια, αρχικά με εφαρμογή εξωτερικής οστεοσύνθεσης Ilizaron, για την προοδευτική ανάταξη του εξάρθρωματος και εν συνεχεία αναθεώρηση της ολικής αρthroπλαστικής του ισχίου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η ασθενής είχε υποβληθεί στο παρελθόν, λόγω συγγενούς εξάρθρωματος, σε ολική αρthroπλαστική, η οποία αναθεωρήθηκε, ενώ αργότερα λόγω σηπτικής χαλάρωσης, αφαιρέθηκε η κοτυλαία πρόθεση. Προσέρχεται 10 χρόνια μετά το τελευταίο χειρουργείο με σημαντική βράχυνση σκέλους. Η αντιμετώπιση της ασθενούς πραγματοποιήθηκε σε δύο στάδια. Στο πρώτο, διενεργήθηκε προοδευτική αποκατάσταση της ανισοσκελίας με εφαρμογή εξωτερικής οστεοσύνθεσης Ilizaron, με σκοπό τη σταδιακή ανάταξη του μηριαίου στην ανατομική θέση της κοτύλης. Εφαρμόστηκαν 2 μηριαία τόξα με συνδυασμό πλακών τα οποία συγκρατήθηκαν με half pins στο λαγόνιο και στη διάφυση του μηριαίου. Η επιμήκυνση διενεργήθηκε με ρυθμό 1,5-2mm/ημέρα σε διάστημα 2 μηνών. Σε δεύτερο στάδιο, διενεργήθηκε αναθεώρηση της ΤΗΑ. Συγκεκριμένα, έγινε κοτυλοπλαστική και εφαρμογή νέας κοτυλαίας πρόθεσης, ενώ η μηριαία πρόθεση διατηρήθηκε.

**Αποτελέσματα:** Με την σταδιακή έλξη παρατηρήθηκε σαφής ακτινολογική βελτίωση του εξάρθρωθέντος ισχίου, χωρίς να παρουσιάζονται σημεία νευρολογικής πάρεσης, πριν από το χειρουργείο. Διεγχειρητικά, μετά την εφαρμογή της νέας κοτυλαίας πρόθεσης, πραγματοποιήθηκε ευχερής ανάταξη της άρθρωσης χωρίς την ανάγκη απελευθέρωσης μαλακών μορίων ή διενέργεια οστεοτομίας. Μετά το χειρουργείο δεν παρουσιάσθηκε νευρολογική βλάβη. Η ασθενής μετεγχειρητικά ήταν ισοσκελισμένη και να κινητοποιήθηκε άμεσα.

**Συμπεράσματα:** Σε επιλεγμένες περιπτώσεις παραμελημένων εξάρθρωμάτων (ή υψηλών εξάρθρωμάτων λόγω DDH), η αρχική εφαρμογή συστήματος Ilizaron οδηγεί σε σταδιακή χαλάρωση των μαλακών μορίων με αποτέλεσμα την δυνατότητα μεγαλύτερης διόρθωσης της βράχυνσης χωρίς νευρολογική βλάβη περιφερικών νεύρων.

## **Η ΟΞΕΙΑ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΕΜΠΥΡΕΤΗΣ ΕΠΩΔΥΝΗΣ ΧΩΛΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Θ. Ρεπαντής, Γ. Τάγαρης, Α. Δρόσου, Γ. Χριστοδούλου

*Ορθοπαιδικό Τμήμα, Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων Πατρών*

**Σκοπός:** Η ανάδειξη της οξείας οστεομυελίτιδας του λαγονίου οστού ως μια από τις αιτίες χωλότητας στα παιδιά που μιμείται την εικόνα σηπτικής αρθρίτιδας του ισχίου. Παρουσιάζονται 2 περιστατικά και γίνεται ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Αγόρι 13 ετών και κορίτσι 11 ετών με κλινική εικόνα συμβατή με σηπτική αρθρίτιδα ισχίου (εμπύρετο έως 40°C, αδυναμία βάδισης, περιορισμός κινήσεων ισχίου), εισήχθησαν το τελευταίο έτος στην κλινική μας. Ο έλεγχος με U/S ισχίου ήταν και στις δυο περιπτώσεις αρνητικός όπως και το σπινθηρογράφημα οστών στην περίπτωση του κοριτσιού. Ακολούθως έγινε MRI λεκάνης –ισχίων που ανέδειξε οστεομυελίτιδα λαγονίου με εντόπιση στην πρώτη περίπτωση στην κοτύλη και στη δεύτερη περίπτωση στο μεγαλύτερο τμήμα του οστού με συνοδό φλεγμονώδη συλλογή 5,5 εκ. μεταξύ του λαγονίου οστού και του λαγονίου μυός.

**Αποτελέσματα:** Ταυτοποιήθηκε και στα δυο περιστατικά σε καλλιέργειες αίματος *Staph. aureus* MSSA ευαίσθητο και οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με IV αντιβίωση για 3 εβδομάδες και *pegas* για άλλες 4 εβδομάδες και αυστηρό κλινοστατισμό. Μετά από παρακολούθηση 1 έτους και 6 μηνών αντίστοιχα και οι δύο ασθενείς είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων και με αρνητικό εργαστηριακό έλεγχο.

**Συμπεράσματα:** Η οξεία οστεομυελίτιδα του λαγονίου λόγω της σπανιότητάς της (2,3% των εντοπίσεων οξείας οστεομυελίτιδας) συχνά διαλάθει της προσοχής κατά τη διαφορική διάγνωση της εμπύρετου χωλότητας στα παιδιά. Επειδή η καθυστέρηση στη διάγνωση και αντιμετώπισή της οδηγεί σε επιπλοκές δυνατικά επικίνδυνες, τονίζεται στη βιβλιογραφία η σημασία της κλινικής επαγρύπνησης και η αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα της μαγνητικής απεικόνισης για την γρήγορη διάγνωση της πάθησης.

## ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΔΙΟΡΘΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΚΟΛΙΩΤΙΚΟΥ ΚΥΡΤΩΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σ. Πέλλιος<sup>1</sup>, Ε. Κενανίδης<sup>1</sup>, Μ. Ποτούπνης<sup>1</sup>, Ε. Τσιρίδης<sup>1</sup>, Φ. Σαιεχ<sup>1</sup>, Γ. Πετσατώδης<sup>2</sup>,  
Ι. Κύρκος<sup>1</sup>, Γ. Καπετάνος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική – Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης- Γ.Ν. Παπαγεωργίου, <sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική – Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης- Γ.Ν. Παπανικολάου

**Σκοπός:** Η εύρεση προγνωστικών παραγόντων απώλειας της διόρθωσης του σκολιωτικού κυρτώματος ασθενών με Εφηβική Ιδιοπαθή Σκολίωση (ΕΙΣ) που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με κηδεμόνα Boston, με βάση τα μακροχρόνια (25 έτη) αποτελέσματα της θεραπείας τους.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** 101 ασθενείς με ΕΙΣ που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά στο παρελθόν με κηδεμόνα Boston αναζητήθηκαν 25 χρόνια μετά την εφαρμογή του, με σκοπό την καταγραφή των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων της θεραπείας. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο, ενώ συμπλήρωσαν επίσης και ειδικά ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής (SF-36, SRS-22 και ODI). Καταγράφηκε η απώλεια της διόρθωσης του σκολιωτικού κυρτώματος και συσχετίστηκε με πλήθος δημογραφικών στοιχείων αλλά και χαρακτηριστικών του κυρτώματος και της θεραπείας.

**Αποτελέσματα:** Ανευρέθηκαν 77 ασθενείς, 71 γυναίκες και 6 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 40.2 (± 3.2) έτη. Ο επανέλεγχος των ασθενών έγινε στα 25.05 (± 2.8) έτη μετά την αφαίρεση του κηδεμόνα. Το βέλτιστο μοντέλο πρόγνωσης της απώλειας της διόρθωσης του σκολιωτικού κυρτώματος που καταγράφηκε αποτελείται από τη στροφή του κορυφαίου σπονδύλου πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την αφαίρεση του κηδεμόνα καθώς και από το μέγεθος του κύριου σκολιωτικού κυρτώματος κατά τη διάρκεια και μετά την αφαίρεση του κηδεμόνα. Το μοντέλο μας εξηγεί το 65% της διακύμανσης της απώλειας του κυρτώματος.

**Συμπεράσματα:** Η στροφή του κορυφαίου σπονδύλου καθώς και το μέγεθος του σκολιωτικού κυρτώματος μετά την αφαίρεση του κηδεμόνα είναι οι κυριότεροι προγνωστικοί παράγοντες της μακροχρόνιας απώλειας διόρθωσης του κυρτώματος μετά τη διακοπή της συντηρητικής θεραπείας της Ιδιοπαθούς Εφηβικής Σκολίωσης.

## **ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ SALTER-HARRIS ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΥΖΕΥΚΤΙΚΟΥ ΧΟΝΔΡΟΥ**

A. Τζαβέλλας, Μ. Ποτούπνης, Ε. Κενανίδης, Γ. Γεωργακάκης, Θ. Μιχαήλ, Ε. Τσιρίδης,  
Φ. Σαίεχ, Ι. Κύρκος

*Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική – Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης- Γ.Ν. Παπαγεωργίου*

**Σκοπός:** Η προγνωστική αξία της ταξινόμησης Salter-Harris (SH) είναι αποδεδειγμένη, ωστόσο η αξιοπιστία της δεν έχει πλήρως εκτιμηθεί. Σκοπός μας είναι να υπολογίσουμε την αξιοπιστία μεταξύ διαφορετικών παρατηρητών (interobserver reliability) και την αξιοπιστία μεταξύ δύο διαφορετικών χρονικών στιγμών (intraobserver reliability) για τον ίδιο εκτιμητή, καθώς και να συσχετίσουμε το επίπεδο της εμπειρίας των παρατηρητών με την ορθή κατάταξη στην κάθε υποκατηγορία της ταξινόμησης.

**Υλικό & Μέθοδος:** 28 ανεξάρτητοι παρατηρητές τριών επιπέδων εμπειρίας, εκτίμησαν σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές 50 ακτινογραφίες καταγμάτων του συζευκτικού χόνδρου. Οι ακτινογραφίες επιλέχθηκαν τυχαία από μεγαλύτερη δεξαμενή ακτινογραφιών. Το διάστημα μεταξύ των δύο εκτιμήσεων ήταν 12 εβδομάδες. Η συμφωνία μεταξύ των παρατηρητών υπολογίστηκε με τη χρήση δεικτών κ (kappa). Το Student's t-test και ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's ρ χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των ομάδων.

**Αποτελέσματα:** Η αξιοπιστία μεταξύ διαφορετικών παρατηρητών ήταν κ=0,45. Η αξιοπιστία μεταξύ ειδικών ήταν σημαντικά καλύτερη σε σχέση με των ειδικευόμενων (p<0,01). Επίσης σημαντική ήταν και η διαφορά μεταξύ παλαιότερων και νεότερων ειδικευομένων (p<0,01). Η αξιοπιστία μεταξύ δύο διαφορετικών χρονικών στιγμών για τους ειδικούς και τους ειδικευόμενους δεν ήταν στατιστικώς σημαντική (p=0,34). Οι τύποι S-H II και III επέδειξαν τον υψηλότερη αξιοπιστία ανά κατηγορία. Η εμπειρία συσχετίστηκε σημαντικά με μεγαλύτερο αριθμό ορθών απαντήσεων (ρ=0,6, p=0,001).

**Συμπεράσματα:** Η συνολική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ήταν μετρίου βαθμού, βελτιώθηκε όμως με την μεγαλύτερη εμπειρία των παρατηρητών. Οι τύποι SH II και III είχαν την υψηλότερη τιμή, ανεξαρτήτως εμπειρίας παρατηρητή. Επί αμφιβολίας οι τύποι I, IV και V απαιτούν επιπρόσθετη απεικονιστική διερεύνηση.

**ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΝΗΣΙΩΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

Π. Κουλουβάρης<sup>1</sup>, Γ. Τσεκούρας<sup>1,2</sup>, Χ. Τσολάκης<sup>3</sup>, Π. Μεγαλοοικονόμος<sup>1</sup>, Χ. Βώττης<sup>1</sup>, Γ. Παναγόπουλος<sup>1</sup>, Θ. Σαρλικιώτης<sup>1</sup>, Β. Ηγουμενίου<sup>1</sup>, Ε. Μητσιοκάπα<sup>1</sup>, Α. Μαυρογένης<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα <sup>2</sup>Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο <sup>3</sup>Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών

**Σκοπός:** Η ραγδαία εξέλιξη της παιδικής παχυσαρκίας οφείλεται σε συνδυασμό πολλαπλών παραγόντων. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να αξιολογήσει τα επίπεδα παιδικής παχυσαρκίας στις απομακρυσμένες νησιωτικές περιοχές της Ελλάδος και να εξετάσει τις παραμέτρους που σχετίζονται με το φαινόμενο.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η έρευνα διεξήχθη σε 8 νησιά άγονης γραμμής, τα οποία παρουσιάζουν περιορισμένη εμπορική και επιβατική κίνηση στη διάρκεια του χειμώνα. Αξιολογήθηκαν 953 παιδιά, ηλικίας 6-17 ετών, με ερωτηματολόγια ποσοτικής και ποιοτικής ανάλυσης των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας. Παράλληλα, από το ιατρικό προσωπικό των κινητών μονάδων που επισκέφτηκαν τα νησιά πραγματοποιήθηκε μέτρηση του σωματικού βάρους (kg), του αναστήματος (m) και υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος (BMI, kg/m<sup>2</sup>) των παιδιών. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20.

**Αποτελέσματα:** Το 41% των παιδιών που εξετάστηκαν βρέθηκαν υπέρβαρα και παχύσαρκα, ενώ παρατηρήθηκε αντίστοιχη έλλειψη αθλητικού ενδιαφέροντος κατά 32%. Ιδιαίτερα χαμηλό ήταν το ενδιαφέρον των παιδιών για την κολύμβηση (3%). Φάνηκε τα παιδιά να προτιμούν να αφιερώσουν τον ελεύθερο χρόνο τους βλέποντας τηλεόραση ή παίζοντας με ηλεκτρονικά παιχνίδια παρά να επιδοθούν σε αθλοπαιδιές (p<0.05). Τέλος, η πολλαπλή ανάλυση διακύμανσης έδειξε πως η παράμετρος που καθορίζει τα επίπεδα της παιδικής παχυσαρκίας, στο συγκεκριμένο μοντέλο αξιολόγησης, είναι οι συνολικές ώρες/εβδομάδα που αφιερώνουν τα παιδιά στις αθλητικές δραστηριότητες.

**Συμπεράσματα:** Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν τη σοβαρότητα του προβλήματος της έλλειψης φυσικής δραστηριότητας στην παιδική και εφηβική ηλικία, το οποίο τείνει να λάβει επιδημικές διαστάσεις στη χώρα μας. Κρίνεται απαραίτητος ο σχεδιασμός προγραμμάτων παρέμβασης, με στόχο την ενίσχυση της αθλητικής παιδείας και την αύξηση των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας του μαθητικού πληθυσμού.

**ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΑΡΣΙΑΙΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΛΟΓΩ ΓΑΓΓΛΙΑΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ/ ΟΣΤΕΟΠΟΙΟΥ ΜΥΟΣΙΤΙΔΟΣ- ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Ι. Παπαναστασίου, Θ. Χαρίτος, Β. Πρεβεζάνος, Α. Κάτζιος, Γ. Παπαγεωργίου, Ι. Πατούλιας, Δ. Ντάλλας, Α. Ανδρέακος  
*Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση σπανίου περιστατικού συνδρόμου ταρσαίου σωλήνα λόγω υποκείμενης ογκόμορφης εξεργασίας.

**Υλικό-μέθοδος:** Άνδρας 42 ετών εμφανίστηκε στην κλινική λόγω χωλότητας μετά από τρέξιμο και αιμωδιών στην πελματιαία περιοχή. Οι κλινικο-απεικονιστικές εξετάσεις έδειξαν πολυαριθμες γαγγλιακές κύστες και έντονη υμενίτιδα ΠΔΚ. Η έγχυση λιδοκαΐνης στο οπίσθιο κνημιαίο νεύρο οδήγησε σε πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων και έτσι αποφασίσαμε να προχωρήσουμε σε διάνοιξη και διερεύνηση του ταρσαίου σωλήνα. Κατά την επέμβαση ανευρέθηκαν 3 τουλάχιστον τυπικές γαγγλιακές κύστες και 1 ευμεγέθη σκληρή κύστη όπισθεν του οπισθίου κνημιαίου νεύρου

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής είχε άμεση και θεαματική βελτίωση των συμπτωμάτων του και παραμένει ελεύθερος άλγους και πλήρως λειτουργικός για το διάστημα που παρακολουθείται (1 ετος ΜΤΧ). Η ιστολογική διαγνώση επιβεβαίωσε την παρουσία γαγγλιακών κύστεων μαζί με συνυπάρχουσα έκτοπη οστεοποίηση εντός της τελευταίας κύστεως.

**Συμπέρασμα:** Το σύνδρομο ταρσαίου σωλήνα μπορεί να προκαλέσει σημαντικές λειτουργικές διαταραχές, ιδίως σε έδαφος ογκόμορφης εξεργασίας. Σε αυτή την περίπτωση η εκτομή του όγκου οδηγεί σε άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων και οδηγεί στην ιστολογική του ταυτοποίηση.

**ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΠΤΕΡΝΑΣ ΚΑΙ ΣΚΑΦΟΕΙΔΟΥΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΘΕΝΤΑ ΜΕ ΑΝΟΙΚΤΗ ΑΝΑΤΑΞΗ ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ.  
ΣΠΑΝΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**

Γ. Κωνσταντόπουλος, H.D. Atkinson, I. Ακτσελής  
*North Middlesex University Hospital, London, UK*

**Σκοπός:** Η περιγραφή της διάγνωσης, προσέγγισης και αντιμετώπισης μη συχνών καταγμάτων του άκρου ποδός.

**Υλικό και μέθοδος:** Ασθενής, Θήλυ, 40 ετών με αναφερόμενη πτώση από σκάλα, προσήλθε στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών με αναφερόμενο πόνο και αδυναμία φόρτισης του άκρου ποδός. Κατά τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε κάταγμα της πρόσθιας επιφάνειας της πτέρνας και κάταγμα του σκαφοειδούς στο σύστοιχο άκρο. Η ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία του άκρου ποδός για να διαπιστωθεί το μέγεθος και η μορφολογία των καταγμάτων. Αμφότερα τα κατάγματα αντιμετωπίστηκαν με την μέθοδο της ανοικτής ανάταξης και εσωτερικής οστεοσύνθεσης.

Χρησιμοποιήθηκε πρόσθια εξω προσπέλαση για το κάταγμα της πρόσθιας αποφυσης της πτέρνας, ενώ το κατεαγόν τεμάχιο ανετάχθη και σταθεροποιήθηκε με μια βίδα μερικού σπειράματος 3,5 χιλ. Μέσω πρόσθιας προσπέλασης έγινε ανάταξη και σταθεροποίηση του κατάγματος του σκαφοειδούς με 2 βελόνες Kirchner 1.6 χιλ. Για την χειρουργική διαδικασία χρησιμοποιήθηκε C-arm.

**Αποτελέσματα:** Η ασθενής εξήλθε την ίδια μέρα με κυκλοτερή γύψο ποδοκνημικής και οδηγίες για αποφυγή φόρτισης για 6 εβδομάδες. Οι βελόνες αφαιρέθηκαν την 6<sup>η</sup> μετεγχειρητική εβδομάδα και αφού είχαν ληφθεί οι απαραίτητες ακτινολογικές εικόνες που επιβεβαίωναν την πώρωση των καταγμάτων. Η ασθενής παραπέμφθηκε για εντατική φυσιοθεραπεία. 3 μήνες μετεγχειρητικά, η ασθενής είχε πολύ καλό εύρος κίνησης στην ποδοκνημική και στον άκρο πόδα, με απουσία πόνου κατά την πλήρη φόρτιση.

**Συμπεράσματα:** Τα κατάγματα της πρόσθιας απόφυσης της πτέρνας πολύ συχνά διαλάθουν της διάγνωσης. Η μέθοδος της ανοικτής ανάταξης και εσωτερικής οστεοσύνθεσης για την αντιμετώπιση παρεκτοπισμένων καταγμάτων στην πρόσθια απόφυση της πτέρνας, έχει άριστα αποτελέσματα.

**ΠΡΩΤΟΤΥΠΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑΣ ΓΑΓΓΛΙΑΚΗΣ ΚΥΣΤΗΣ ΜΕΓΑΛΟΥ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Δ. Παναγιωτόπουλος, Ι. Γκλιάτης, Ι. Βραχνής, Κ. Πανταζής, Η. Παναγιωτόπουλος  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Π.Γ.Ν. Πατρών*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση για πρώτη φορά μίας συντηρητικής εναλλακτικής αντιμετώπισης στο δύσκολο κλινικό πρόβλημα της γαγγλιακής κύστης μεγάλου δακτύλου άκρου ποδός

**Υλικό - Μέθοδος:** Τα γάγγλια του μεγάλου δακτύλου έχουν δύο χαρακτηριστικά. Πρώτον δημιουργούν σημαντικά λειτουργικά προβλήματα στον ασθενή κα δεύτερον υποτροπιάζουν μετά από χειρουργική αντιμετώπιση. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς που είχε υποβληθεί σε πολλαπλές αναρροφήσεις καθώς και σε 3 χειρουργικές εξαιρέσεις του γαγγλίου σε διάστημα 3 ετών. Ως υλικό για την σκληροθεραπεία χρησιμοποιήθηκε η λυοφιλιωμένη σκόνη από S.pyogenes, η οποία προμηθεύτηκε από το εξωτερικό μετά από σχετική άδεια του Ε.Ο.Φ. Πραγματοποιήθηκαν 2 εγχύσεις από την παραπάνω ουσία σε διάστημα ενός δμήνου.

**Αποτελέσματα:** Τέσσερα χρόνια μετά την τελευταία έγχυση ο ασθενής είναι χωρίς υποτροπή της κύστης και πλέον έχει επιστρέψει στις προηγούμενες δραστηριότητες.

**Συμπεράσματα:** Είναι η πρώτη αναφορά στην Ευρωπαϊκή επιστημονική κοινότητα για την σκληροθεραπεία ως αντιμετώπιση γαγγλιακών κύστεων μεγάλου δακτύλου άκρου ποδός. Η μόνη αναφορά που υφίσταται προέρχεται από την Ιαπωνία. Η μέθοδος έχει το πλεονέκτημα ότι δεν είναι επεμβατική και δε δημιουργεί σοβαρές επιπλοκές για τον ασθενή Η εμπειρία μας στην αντιμετώπιση αυτού του μοναδικού περιστατικού μας ενθαρρύνει να τη συστήσουμε και σε άλλες περιπτώσεις, ώστε να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά της και στη δική μας πρακτική.



**ΣΠΑΝΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΟΣΤΕΟΕΙΔΟΥΣ ΟΣΤΕΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΙΚΡΟΤΕΡΗΣ ΤΩΝ 3 ΕΤΩΝ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Ν. Λαλιώτης<sup>1</sup>, Γ. Γεωργακάκης<sup>1</sup>, Μ. Σεντονά<sup>2</sup>, Ε. Μαρτζιβάνου<sup>2</sup>, Π. Καρυδάκης<sup>2</sup>, Ν. Γαλάνης<sup>1</sup>, Ε. Τσιρίδης<sup>1</sup>, Ι. Κύρκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική Α.Π.Θ./ Γ.Ν. Παπαγεωργίου,

<sup>2</sup>Φοιτητής Α.Π.Θ.

**Σκοπός:** Το οστεοειδές οστέωμα είναι ο πιο συχνός καλοήθης όγκος των οστών. Εμφανίζεται κυρίως στη δεύτερη και τρίτη δεκαετία της ζωής. Σπάνια αφορά παιδιά ηλικίας μικρότερης των 5 ετών. Σκοπός της εργασίας μας είναι να επισημάνουμε την πιθανότητα εμφάνισης οστεοειδούς οστεώματος σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 3 ετών.

**Ασθενείς-Μέθοδος:** Παρουσιάζουμε τρία παιδιά ηλικίας από 18 μηνών έως 3 ετών που διαγνώστηκαν με οστεοειδές οστέωμα. Στα δύο παιδιά η εντόπιση του οστεοειδούς οστεώματος ήταν στην κνήμη και στο ένα στον έξω σφυρό. Τα βασικά συμπτώματα τους ήταν άλγος με επιδείνωση κατά τη νύχτα και χωλότητα κατά τη δραστηριότητα. Η κλινική εξέταση ήταν δυσχερής λόγω δυσκολίας εντόπισης του πόνου. Η χρήση ΜΣΑΦ επέφερε ύφεση του άλγους. Ο απλός ακτινολογικός έλεγχος ανέδειξε πάχυνση του φλοιού και περιοστική αντίδραση. Οι δείκτες φλεγμονής ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Το σπινθηρογράφημα οστών ανέδειξε θετική πρόσληψη στο σημείο της βλάβης και στους τρεις ασθενείς. Η CT και η MRI ανέδειξαν τον κεντρικό πυρήνα με την σκληρυντική ζώνη στην περιφέρεια. Υπήρξε καθυστέρηση στην τελική διάγνωση 3 με 8 μήνες από την εμφάνιση των συμπτωμάτων.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με minimal invasive χειρουργική εξαίρεση της βλάβης. Η ιστοπαθολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση του οστεοειδούς οστεώματος. Υπήρξε πλήρης εξάλειψη των συμπτωμάτων. Κατά τη διάρκεια του follow-up δεν υπήρξε υποτροπή.

**Συμπέρασμα:** Επισημάνουμε την πιθανότητα εμφάνισης του οστεοειδούς οστεώματος και στην ηλικιακή ομάδα παιδιών μικρότερων των 3 ετών. Η καθυστέρηση διάγνωσης πρέπει να εγείρει την κλινική υποψία.

**ΕΞΩΑΡΘΡΙΚΟΣ ΔΙΑΧΥΤΟΣ ΓΙΓΑΝΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΟΥ ΤΕΝΟΝΤΙΟΥ ΕΛΥΤΡΟΥ:  
4 ΑΣΥΝΗΘΕΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ**

Γ. Παναγόπουλος, Θ. Σαρλικιώτης, Π. Μεγαλοικονόμος, Β. Ηγουμενίου, Δ. Φλέβας,  
Β. Σακελλαρίου, Ο. Σαββίδου, Π. Παπαγγελόπουλος  
Α' Ορθοπαιδική Κλινική, Αττικών Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα

**Σκοπός:** Ο «διάχυτος» τύπος γιγαντοκυτταρικού όγκου του τενόντιου ελύτρου (GTTS), ή μελαχρωματική λαχνοζώδης υμενίτιδα (PVNS) παρουσιάζει εκτεταμένη προσβολή του υμένα και θυλάκου και συχνά είναι ενδαρθρικός. Ο εξωαρθρικός «διάχυτος» τύπος σε αντίθεση με τον ενδαρθρικό, είναι σπάνιος και συχνά διαφεύγει της διάγνωσης. Ο όγκος είναι αργά αναπτυσσόμενος, με άτυπη κλινική εικόνα, δύσκολη διαφοροδιάγνωση και υψηλό ποσοστό υποτροπής.

**Υλικό - Μέθοδος:** Παρουσιάζουμε 4 περιπτώσεις εξωαρθρικού «διάχυτου» τύπου γιγαντοκυτταρικού όγκου του τενόντιου ελύτρου, (α) σε αγώνα γυναίκας 68 ετών και (β) 3 περιπτώσεις στη ραχιαία επιφάνεια άκρου ποδός σε άνδρες ηλικίας 45- 56 ετών. Και στις 4 περιπτώσεις, οι ασθενείς προσήλθαν με ψηλαφητή μάζα. Η μαγνητική τομογραφία κατέδειξε την παρουσία εξωαρθρικού όγκου με ασαφή όρια, χαμηλής έντασης σήμα σε αμφότερες τις T<sub>1</sub> και T<sub>2</sub> ακολουθίες και τοπική οστική διάβρωση. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με αφαίρεση του γιγαντοκυτταρικού όγκου σε υγιή όρια (οριακή εκτομή). Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε και ιστολογικά. Οι ασθενείς δε λάβανε καμία επιπρόσθετη θεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Στην τελευταία επανεξέταση των ασθενών 24 μήνες μετεγχειρητικά, δεν υπήρξε τοπική υποτροπή σε καμία από τις παρουσιαζόμενες περιπτώσεις.

**Συμπέρασμα:** Ο «διάχυτος» τύπος γιγαντοκυτταρικού όγκου του τενόντιου ελύτρου είναι μία σπάνια οντότητα με υψηλό ποσοστό υποτροπής μετά τη χειρουργική εξαίρεση του. Είναι πιο επιθετικός σε σχέση με τον «εντοπισμένο» τύπο και για αυτό επιβάλλεται η αφαίρεση του σε υγιείς ιστούς και η τακτική μετεγχειρητική παρακολούθησή του ασθενούς.

**ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΕΞΟΣΤΩΣΕΩΝ. ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΕΞΟΣΤΩΣΗ ΤΟΥ Α1. ΤΡΙΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΣΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Π. Τσιτσόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Κυνηγόπουλος<sup>3</sup>, Ν. Γαραντζιώτης<sup>3</sup>, Δ. Ρήγκος<sup>3</sup>, Ε. Κεσανίδης<sup>2</sup>, Ν. Γαλάνης<sup>2</sup>, Μ. Ποτούπνης<sup>2</sup>, Ε. Τσιρίδης<sup>2</sup>, Ι. Κύρκος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νευροχειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ "Ιπποκράτειο",

<sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Α.Π.Θ., Γ.Ν "Παπαγεωργίου",

<sup>3</sup>Φοιτητής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Περιγραφή μιας πολύ σπάνιας παθολογικής κατάστασης με τελικό αποτέλεσμα την εμφάνιση τετραπληγίας σε ασθενή με σύνδρομο πολλαπλών εξοστώσεων.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ασθενής 23 ετών με σύνδρομο πολλαπλών εξοστώσεων και ιστορικό προοδευτικής τετραπάρεσης, προσεκομίσθη σε τριτοβάθμιο Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, λόγω έντονης αναπνευστικής δυσχέρειας. Κατά την άφιξή του στο νοσοκομείο, παρουσίασε τετραπληγία ενώ η αναπνευστική δυσχέρεια εξελίχθηκε σε πλήρη άπνοια και ο ασθενής διασωληνώθηκε.

Η αξονική τομογραφία ανέδειξε εξόστωση στον Α1 σπόνδυλο εξορμούμενη από την ατλαντοϊνιακή διάρθρωση. Διενεργήθηκε νευροχειρουργική επέμβαση με σκοπό την εκτομή της εξόστωσης και την αποσυμπίεση του νωτιαίου μυελού.

**Αποτελέσματα:** Μετεγχειρητικά δεν παρατηρήθηκε βελτίωση της νευρολογικής εικόνας. Ο ασθενής επιβίωσε με μόνιμη τετραπληγία και τραχειοτομία. Η τελευταία αξονική τομογραφία δεν ανέδειξε υποτροπή της εξόστωσης.

**Συμπεράσματα:** Παρότι στο παρελθόν έχουν γίνει αναφορές για συμπίεση του νωτιαίου μυελού από εξοστώσεις σε αυχενικούς σπονδύλους, το συγκεκριμένο περιστατικό είναι το μοναδικό στο οποίο η βλάβη αφορά το επίπεδο της ατλαντοϊνιακής διάρθρωσης και η βλάβη οδήγησε σε μη αναστρέψιμη τετραπληγία. Η γνώση αυτής της παθολογικής οντότητας μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς ιατρούς να διαγνώσουν έγκαιρα μια παρόμοια κατάσταση στο μέλλον, με ευεργετικά αποτελέσματα για την πρόγνωση αντίστοιχων ασθενών.

## Η ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΑΓΓΛΙΩΝ ΤΗΣ ΑΝΩ ΚΝΗΜΟΠΕΡΟΝΙΑΙΑΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

Ι. Παπαναστασίου, Β. Πρεβεζάνος, Α. Κάτζιος, Θ. Χαρίτος, Ι. Πατούλιας, Δ. Ντάλλας, Δ. Μπάλας, Ι. Βρυώνης, Ι. Αποστολόπουλος, Α. Ανδρεάκος, Γ. Παπαγεωργίου  
*Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»*

**Σκοπός:** Οι γαγγλικές κύστεις της άνω κνημοπερονιαίας συχνά αποτελούν πρόβλημα στην αντιμετώπισή τους λόγω της γεινίασης με το περονιαίο νεύρο. Στη παρούσα μελέτη παρουσιάζουμε τα λειτουργικά αποτελέσματα της χειρουργικής εξαίρεσης γαγγλίων περί την περονιαία κεφαλή.

**Υλικό-μέθοδος:** Το διάστημα 2010– 2015, χειρουργήθηκαν στην κλινική μας 10 ασθενείς ηλικίας 29-52 ετών (μ.ο. 40.5 έτη 6 άνδρες και 4 γυναίκες). Οι ασθενείς προσήλθαν είτε λόγω διόγκωσης, είτε συμπτωμάτων απο την πίεση του περονιαίου νεύρου. Προηγήθηκε μαγνητική τομογραφία σε όλες τις περιπτώσεις που ανέδειξε τυπική εικόνα γαγγλιακής κύστης. Ως εκ τούτου στην πλειονότητα των περιπτώσεων, πραγματοποιήθηκε απευθείας εξαίρεση: υφολική εκτομή της κύστης (αφαιρετική βιοψία) με παρασκευή και διατήρηση του περονιαίου νεύρου.

**Αποτελέσματα:** 8 ασθενείς είχαν άριστη μετεγχειρητική πορεία και αποκατάσταση χωρίς υποτροπή του όγκου ή ανάγκη επανεπέμβασης. 1 ασθενής παρουσίασε πτώση άκρου ποδός λόγω διατομής του περονιαίου νεύρου αλλά αρνήθηκε επανεπέμβαση. Ο τελευταίος ασθενής παρουσίασε πλήρη νευραπραξία περονιαίου & ισχιακού νεύρου άμεσα μετεγχειρητικά και υπεβλήθη σε άμεση επανεπέμβαση για τυχόν σύνδρομο διαμερισματος. Μετεγχειρητικά παρουσίασε έντονη αλγοδυστροφία που βελτιώθηκε σταδιακά σε διάστημα 3-4 μηνών, ενώ λόγω υποτροπής του όγκου υπεβλήθη σε επανεπέμβαση, με τελική πλήρη αποκατάσταση.

**Συμπέρασμα:** Η παρουσία νευρολογικής σημειολογίας & ψηλαφητής μάζας στην ανατομική περιοχή του αυχένα της περόνης χωρίς ιστορικό τραυματισμού, θέτει την υποψία γαγγλιακής κύστης της άνω κνημοπερονιαίας άρθρωσης, που μπορεί να επιβεβαιωθεί με MRI με σκιαγραφικό. Η χειρουργική εξαίρεση ενέχει κινδύνους λόγω της στενής συνάφειας με το περονιαίο νεύρο και οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται καταλλήλως.

## Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΜΕΓΑΠΡΟΘΕΣΕΩΝ STANMORE ΜΕΤΑ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Β. Ηγουμενίου, Π. Μεγαλοοικονόμος, Χ. Βώττης, Ι. Γαλανόπουλος, Κ. Τσιάβος, Φ. Ζαμπέλη, Θ. Σαρλικιώτης, Β. Σακελλαρίου, Α. Μαυρογένης, Π. Παπαγγελόπουλος  
*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Σκοπός:** Η μελέτη των κλινικών και απεικονιστικών αποτελεσμάτων σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις διάσωσης μέλους και ανακατασκευή με τη χρήση μεγαπροθέσεων τύπου STANMORE.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 47 ασθενείς (28 άνδρες και 19 γυναίκες; μέση ηλικία, 52,7 έτη; εύρος, 15-80 έτη), με μέσο χρόνο παρακολούθησης 35 μήνες (εύρος, 6-84 μήνες), οι οποίοι έπασχαν από πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους των οστών και από όγκους των μαλακών μορίων. Ανακατασκευή με μεγαπρόθεση μετά από επέμβαση διάσωσης μέλους έγινε τόσο στα άνω (n=8) όσο και στα κάτω (n=39) άκρα, με μέσο μήκος οστικού ελλείμματος 22,3cm (εύρος, 9,5-37cm). Για την αξιολόγηση του κλινικού αποτελέσματος χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Enneking και TES score, ενώ η απεικονιστική αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε βάσει του ISOLS score.

**Αποτελέσματα:** 29 ασθενείς επιβίωσαν χωρίς να παρουσιάσουν στοιχεία τοπικής υποτροπής ή απομακρυσμένης μετάστασης. 16 ασθενείς παρουσίασαν μεταστατική νόσο εκ των οποίων 13 απεβίωσαν. 2 ασθενείς απεβίωσαν από άλλα αίτια. Το μέσο Enneking και το μέσο TES score ήταν 71% και 84% αντιστοίχως. Το ISOLS score ήταν εξαιρετικό ή καλό σε 43 περιπτώσεις για την οστική ανακατασκευή, την οστική διεπαφή και την ενσωμάτωση. Σε 44 περιπτώσεις ήταν εξαιρετικό ή καλό για το εμφύτευμα και σε 45 περιπτώσεις για την άρθρωση. Εξωφλοϊκή οστική γεφύρωση >25%, παρατηρήθηκε σε 15 μεγαπροθέσεις, ενώ η μηχανική αντοχή των μεγαπροθέσεων έφθασε στο 96% (n=45).

**Συμπεράσματα:** Τα ποσοστά επιβίωσης, επισημαίνουν την αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων διάσωσης μέλους. Το υψηλό ποσοστό μηχανικής αντοχής των μεγαπροθέσεων υποδεικνύει, πως οι συναρμολογούμενες μεγαπροθέσεις τύπου STANMORE είναι αξιόπιστες στην ανακατασκευή οστικών ελλειμμάτων μετά την εκτομή όγκων.

## **ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΚΑΙ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΗ ΗΛΩΣΗ**

Κ. Παντελάκης, Κ. Βασσίου, Γ. Διακουμής, Ι. Παπακώστας, Δ. Λέκκας, Θ. Κορμάς  
*Ορθοπαιδική Κλινική Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας"*

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της αντιμετώπισης των παθολογικών καταγμάτων με ενδομυελική ήλωση.

**Υλικό-Μέθοδος:** Αντιμετωπίσαμε -από το 2005 μέχρι σήμερα- 192 ασθενείς με παθολογικά ή επαπειλούμενα κατάγματα με ενδομυελική ήλωση. Οι ασθενείς είχαν εύρος ηλικίας 42-95, 88 άντρες και 104 γυναίκες. Οι πιο συχνές πρωτοπαθείς εστίες ήταν ο μαστός και ο πνεύμονας. Οι εντοπίσεις ήταν 109 στο μηριαίο, 64 στο βραχιόνιο και 19 στην κνήμη. Χρησιμοποιήσαμε συμβατικούς ήλους καθώς και εκπτυσσόμενους.

**Αποτελέσματα:** Σε όλες τις περιπτώσεις επετεύχθη σταθεροποίηση του κατάγματος, ύφεση του άλγους και βελτίωση της ποιότητας υγείας του ασθενή. Στους ασθενείς με κατάγματα του κάτω άκρου επιτράπη άμεσα βάδιση, αρχικά με μερική φόρτιση και στη συνέχεια –εντός εβδομάδας- με πλήρη.

**Συμπεράσματα-Συζήτηση:** Τα οστά είναι η τρίτη συχνότερη εντόπιση της μεταστατικής νόσου και το παθολογικό κάταγμα είναι μια συχνή επιπλοκή της. Οι στόχοι της χειρουργικής επέμβασης είναι η σταθεροποίηση των παθολογικών καταγμάτων, η ανακούφιση από τον πόνο και η βελτίωση της λειτουργικότητας του άκρου. Η ενδομυελική ήλωση αποτελεί μια ασφαλή μέθοδο αποκατάστασης που βελτιώνει άμεσα την ποιότητα ζωής των ασθενών και επιτρέπει την απρόσκοπτη συνέχιση της θεραπείας τους για την κύρια νόσο.

## **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΜΕΓΑΠΡΟΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ**

Θ. Σαρλικιώτης, Ο. Σαββίδου, Β. Σακελλαρίου, Δ. Φλέβας, Α. Μαυρογένης, Π. Παπαγγελόπουλος  
*Α' Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ*

**Σκοπός:** Τα περιπροθετικά κατάγματα σε έδαφος μεγαπρόθεσης είναι σπάνια. Καθώς όμως αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με κακοήθεις όγκους των οστών αυξάνεται και ο αριθμός των μεγαπροθέσεων και κατά συνέπεια και ο αριθμός των περιπροθετικών καταγμάτων. Τα κατάγματα αυτά αποτελούν μια πρόκληση ως προς τη χειρουργική τους αντιμετώπιση και θέτουν σε κίνδυνο τη διάσωση του σκέλους λόγω του υψηλού ποσοστού χαλάρωσης, λοίμωξης, ψευδάρθρωσης, ακόμη και ακρωτηριασμού.

**Υλικό-Μέθοδος:** Οι φάκελοι δέκα ασθενών με μέσο όρο ηλικίας 44,6 έτη μελετήθηκαν αναδρομικά μεταξύ Απριλίου 2004 και Ιανουαρίου 2012. Η αρχική διάγνωση ήταν σε οκτώ ασθενείς πρωτοπαθής κακοήθης όγκος των οστών και σε δύο οστική μετάσταση. Επτά κατάγματα εμφανίσθηκαν σε μεγαπρόθεση μηριαίου, δύο σε κνήμης, ενώ ένα σε μεγαπρόθεση βραχιονίου.

**Αποτελέσματα:** Τα κατάγματα σημειώθηκαν κατά μέσο όρο 28 μήνες μετά την αρχική επέμβαση. Ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση του κατάγματος ήταν εφικτή σε έξι περιπτώσεις, ενώ στις υπόλοιπες τέσσερις κρίθηκε αναγκαία η αλλαγή της πρόθεσης με αφαίρεση οστού κατά μέσο όρο 3,2 cm ( 2- 6cm). Σε δύο περιπτώσεις τοποθετήθηκε μια επιπλέον πρόθεση (μία κνήμης και μία ισχίου). Οι επιπλοκές ήταν δύο περιπροθετικές λοιμώξεις οι οποίες αντιμετωπίστηκαν με αναθεώρηση σε δύο στάδια και δύο ψευδαρθρώσεις μετά από οστεοσύνθεση του κατάγματος, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν με αλλαγή μεγαπρόθεσης. Σε επτά ασθενείς επιτεύχθηκε πλήρη φόρτιση του σκέλους.

**Συμπεράσματα:** Τα περιπροθετικά κατάγματα σε έδαφος μεγαπρόθεσης αποτελούν μια θεραπευτική πρόκληση. Τα περισσότερα μπορούν να αντιμετωπισθούν με εγχείρηση διάσωσης σκέλους, με στόχο τη διατήρηση όσο το δυνατόν οστικού υποστρώματος. Πιο συχνές επιπλοκές αποτελούν η λοίμωξη και τη ψευδάρθρωση.

### **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΟΡΔΩΜΑΤΩΝ ΙΕΡΟΥ**

B. Σακελλαρίου<sup>1</sup>, B. Κοντογεωργάκος<sup>1</sup>, O. Σαββίδου<sup>1</sup>, N. Σταυρόπουλος<sup>1</sup>, K. Σουλτάνης<sup>1</sup>, Π. Πατάπης<sup>2</sup>, A. Μαυρογένης<sup>1</sup>, Π. Παπαγγελόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>1η Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών

<sup>2</sup>3η Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών

**Εισαγωγή:** Τα χορδώματα ιερού ανήκουν στους σπάνιους κακοήθεις όγκους. Η θεραπεία προϋποθέτει τη ριζική χειρουργική εκτομή. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται να θυσιαστούν νευρικές ρίζες ενώ η επίτευξη καθαρών χειρουργικών ορίων δεν είναι πάντα μια εύκολη υπόθεση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήσαμε αναδρομικά τα στοιχεία 13 ασθενών με χόρδωμα ιερού που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά από το 2008 έως το 2011. Τρεις ασθενείς παραπέμφθηκαν στην κλινική μας μετά από υποτροπή του όγκου. Συνολικά ήταν 7 άνδρες και 6 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 63 έτη.

**Αποτελέσματα:** Η μέση διάμετρος του όγκου ήταν 14cm. Η μέση διάρκεια της επέμβασης ήταν 7.5 ώρες (εύρος 3-18 ώρες). Σε 8 περιπτώσεις χρειάστηκε συνδυασμένη πρόσθια και οπίσθια προσπέλαση. Σε 4 ασθενείς τα χειρουργικά όρια δεν ήταν καθαρά. Οσφυολαγόνιος σταθεροποίηση χρειάστηκε σε 4 ασθενείς (31%) ενώ σε 8 (62%) έγινε ιερεκτομή κάτω από τον I1 σπόνδυλο. Σε 2 περιπτώσεις χρειάστηκε, με τη συνδρομή πλαστικού χειρουργού, να γίνει μεταφορά στροφικού κρημνού ορθού κοιλιακού μυός και σε 4 περιπτώσεις V-Y πλαστική των γλουτιαίων μυών για να επιτευχθεί σύγκλειση του χειρουργικού τραύματος.

Η πιο συχνή μετεγχειρητική επιπλοκή ήταν η εν τω βάθει λοίμωξη σε 6 από τις 13 (46%). Το πιο συχνό μικρόβιο που απομονώθηκε ήταν η Klebsiella. Όλες οι λοιμώξεις αντιμετωπίστηκαν με χειρουργικό καθαρισμό και ενδοφλέβια αντιβίωση. Σε 4 περιπτώσεις, χρειάστηκε η εφαρμογή του VAC (vacuum assisted wound closure) για τουλάχιστον 6 εβδομάδες. Ένας ασθενής απεβίωσε ένα μήνα μετά την επέμβαση λόγω σηψαιμίας. Τρεις ασθενείς (2 εκ των οποίων με υποτροπή νόσου) απεβίωσαν μετά από 2 έτη λόγω μεταστατικής νόσου, ενώ 6 ασθενείς είναι ελεύθεροι νόσου μετά από παρακολούθηση 2 ετών.

**Συμπεράσματα:** Η ιερεκτομή σε ασθενείς με χόρδωμα αποτελεί πολύ απαιτητική χειρουργική διαδικασία. Η λοίμωξη αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή και είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Ωστόσο, σε αρκετούς ασθενείς μπορούμε να αναμένουμε ένα αξιόλογο ογκολογικό αποτέλεσμα.



## **ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΕΝΔΟΠΡΟΘΕΣΗΣ ΕΓΓΥΣ ΜΗΡΙΑΙΟΥ**

G. Grammatopoulos, H. Martin, A. Alvand, T. Cosker, A. Taylor, D. Whitwell, C.L.M.H. Gibbons  
*Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford, UK*

**Σκοπός:** Η χρήση ενδοπροθέσεων μηριαίου (EPR) στην αρθροπλαστική ισχίου προσφέρει λύση στην αντιμετώπιση όγκων (πρωτοπαθών και μεταστατικών), αλλά και εκτεταμένων οστικών ελλειμμάτων του μηριαίου. Η αναδρομική αυτή μελέτη παρουσιάζει τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα αρθροπλαστικής ισχίου με χρήση ενδοπρόθεσης εγγύς μηριαίου για την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Από το 2006, 158 EPRs πραγματοποιήθηκαν για αντιμετώπιση ογκολογικών (n=77) ή άλλων (n=81) περιστατικών σε ένα κέντρο από 8 χειρουργούς. Η μέση ηλικία ήταν 65 (SD:15). Οι συνηθέστερες ενδείξεις ήταν μεταστατική νόσος στα ογκολογικά περιστατικά και περιπροθητική λοίμωξη επί Ολικής Αρθροπλαστικής Ισχίου με εκτεταμένη συνοδό οστεόλυση στα μη-ογκολογικά περιστατικά. Το λειτουργικό αποτέλεσμα εκτιμήθηκε με Oxford Hip Score, Toronto Extremity Salvage Score και SF12 ερωτηματολόγια. Η μέση παρακολούθηση ήταν 3 χρόνια (0-9).

**Αποτέλεσμα:** Στην τελική εκτίμηση, 59 ασθενείς είχαν αποβιώσει (37%). Οι περισσότεροι είχαν αντιμετωπισθεί για μεταστατική νόσο (n=32) με μέσο χρόνο επιβίωσης μετά από την επέμβαση EPR 1.3 έτη (SD:15). Στην πλειοψηφία των μη-ογκολογικών περιστατικών (n=42), η επέμβαση EPR αποτελούσε τουλάχιστον την 3η επέμβαση στο ισχίο. Το ποσοστό επιπλοκών ήταν 20% (n=33), με συχνότερη τη λοίμωξη (n=12). 23 ασθενείς (15%) υποβλήθηκαν σε περαιτέρω επέμβαση, με συνηθέστερη την αναθεώρηση (n=12). Η συνολική 5-ετής επιβίωση των EPR ήταν 87% (77-97%), με 5-ετή επιβίωση 98% στα ογκολογικά και 82% μη-ογκολογικά περιστατικά. Το λειτουργικό αποτέλεσμα θα παρουσιαστεί.

**Συμπεράσματα:** Η αρθροπλαστική ισχίου με χρήση ενδοπρόθεσης εγγύς μηριαίου είναι μια αποτελεσματική τεχνική διάσωσης σκέλους στην αντιμετώπιση σύνθετων ογκολογικών και μη-ογκολογικών περιστατικών, με καλή επιβίωση και λειτουργικό αποτέλεσμα

**ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΩΜΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 10 ΑΣΘΕΝΩΝ**

B. Κοντογεωργάκος<sup>1</sup>, A. Μαυρογένης<sup>1</sup>, Π. Μεγαλοοικονόμος<sup>1</sup>, Δ. Φλέβας<sup>1</sup>,  
M. Παπαναγιώτου<sup>1</sup>, Z. Νταϊλιάντα<sup>2</sup>, M. Βλυχού<sup>2</sup>, Δ. Παπαχρήστου<sup>3</sup>, K.N. Μαλίζος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Α' Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα,*

<sup>2</sup>*Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα,*

<sup>3</sup>*Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Πανεπιστήμιο Πάτρας*

**Σκοπός:** το πρωτοπαθές λέμφωμα στα οστά είναι μία σπάνια εντόπιση που συνήθως συγγέεται με άλλες οστικές αλλοιώσεις. Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τα κλινικά και απεικονιστικά χαρακτηριστικά της νόσου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήσαμε αναδρομικά 12 ασθενείς, μέσης ηλικίας 42 ετών, με πρωτοπαθές λέμφωμα οστών, δίχως εκτεταμένη συστηματική νόσο. Η εντόπιση αφορούσε το μηριαίο (n=8), τη κνήμη (n=1) και το βραχιόνιο (n=3).

**Αποτελέσματα:** Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν διαλείπον άλγος με σταδιακή επιδείνωση. Η έναρξη των συμπτωμάτων ήταν κατά μέσο όρο 19 μήνες (εύρος, 10-24 μήνες) πριν τη διάγνωση. Το άλγος στη κλίμακα VAS αξιολογήθηκε ως 3,5 (εύρος, 2-10). Αρχικές διαγνώσεις όπως ρήξη μηνίσκου, οστικό οίδημα ή λοίμωξη κατεγράφησαν. Ακτινολογικά 3 ασθενείς παρουσίασαν ήπια περιοστική αντίδραση, 4 λύση και 2 διάσπαση του φλοιού, ενώ 3 δεν είχαν ευρήματα. Στη μαγνητική τομογραφία αναδείχτηκε διάχυτο χαμηλό σήμα στις T1 και υψηλό στις T2 ακολουθίες στη περιοχή της μετάφυση σε όλους τους ασθενείς. Διήθηση του φλοιού και των μαλακών μορίων παρουσίασαν 7 ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε βιοψία. Η ιστολογική εξέταση έδειξε σε όλους μικρά στρογγυλά κύτταρα με αυξημένη αναλογία πυρήνα/κυτταροπλάσματος. Τα νεοπλασματικά κύτταρα παρουσίαζαν ισχυρή ανοσοθετικότητα του κοινού λευκοκυτταρικού αντιγόνου και των B-δεικτών CD79a και CD20, ενώ αρνητικοί ήταν οι T-δείκτες οδηγώντας στη διάγνωση του λεμφώματος B-κυττάρων. Οι καλλιέργειες ήταν αρνητικές για λοίμωξη ή άλλη παθολογία.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με οστικό λέμφωμα παρουσιάζουν τοπικό άλγος για μεγάλη περίοδο που αρχικά μπορεί να αποδίδεται σε κάκωση ή άλλη καλοήγη οντότητα. Η μαγνητική τομογραφία θα αναδείξει διάχυτη έκταση της νόσου στο οστό και τα μαλακά μόρια, ενώ η βιοψία θα καθορίσει την τελική διάγνωση.

**ΜΗ ΕΞΩΚΡΙΝΕΣ ΠΟΛΛΑΠΛΟ ΜΥΕΛΩΜΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Κ. Παντελάκης, Κ. Βασσίου, Γ. Αλεξιάδης, Γ. Διακουμής, Ι. Παπακώστας, Δ. Λέκκας,  
Θ. Κορμάς  
Ορθοπαιδική Κλινική Α.Ο.Ν.Α. "Άγιος Σάββας"

**Σκοπός:** Η παρουσίαση περιπτώσεων ασθενών με μη εξωκρινές πολλαπλό μυέλωμα.

**Υλικό-Μέθοδος:** Σε 3 ασθενείς -σε σύνολο 145 με πολλαπλό μυέλωμα (2,1%)- διαγνώστηκε μη εξωκρινές πολλαπλό μυέλωμα. Οι ασθενείς προσήλθαν με παθολογικά κατάγματα ενώ στον απεικονιστικό έλεγχο παρουσίαζαν πολλαπλές οστεολύσεις. Η κλινική εικόνα και τα ακτινολογικά ευρήματα δε διέφεραν από το κλασικό μυέλωμα, όμως στην ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων δεν βρέθηκε αναστροφή του τύπου - μονοκλωνική γ-σφαιρινοπάθεια. Αυτό έκανε ασαφή τη διάγνωση μέχρι τη λήψη βιοψιών.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς μετά τη βιοψία έλαβαν νεοεπικουρική θεραπεία και στη συνέχεια έγινε χειρουργική σταθεροποίηση των καταγμάτων. Σε όλους τους ασθενείς αντιμετωπίστηκε ο πόνος και αποκαταστάθηκε η λειτουργικότητα του μέλους.

**Συμπεράσματα:** Το μη εξωκρινές πολλαπλό μυέλωμα είναι μια αρκετά σπάνια παραλλαγή του πολλαπλού μυελώματος, η οποία χαρακτηρίζεται από την απουσία μονοκλωνικής γ-σφαιρινοπάθειας ενώ η επίπτωση του σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία είναι περίπου 1-5% όλων των περιπτώσεων.

## Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΗΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΣΚΕΚΤΟΜΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΗΛΗΣ ΜΕΣΟΣΠΟΝΔΥΛΙΟΥ ΔΙΣΚΟΥ ΟΣΦΥΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Γ. Κατζουράκη, Λ. Μοράσση, Ν. Μπαδήλας, Λ. Νικολακάκος, Η. Βασιλειάδης, Σ. Πνευματικός  
*Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**Σκοπός:** Η ανοικτή μικροδισκεκτομή αποτελεί τον «χρυσό κανόνα» στην αντιμετώπιση ασθενών με συμπτώματα ριζίτιδας λόγω κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης, σε περιπτώσεις αποτυχίας της συντηρητικής αντιμετώπισης. Τα τελευταία χρόνια ολοένα και κερδίζει έδαφος η διαδερμική ενδοσκοπική διατρηματική δισκεκτομή. Σκοπός της παρούσης αναδρομικής μελέτης είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της διαδερμικής ενδοσκοπικής δισκεκτομής.

**Υλικό-Μέθοδος:** 62 ασθενείς υπεβλήθησαν σε διαδερμική ενδοσκοπική διατρηματική δισκεκτομή στη κλινική μας κατά τη διάρκεια 4 ετών. Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε πλήρη κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο και αξιολογήθηκαν με τη χρήση των ερωτηματολογίων VAS και Oswestry Low Back Pain Questionnaire τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά την 6<sup>η</sup> εβδομάδα, 6<sup>ο</sup>, 12<sup>ο</sup> και 32<sup>ο</sup> μήνα.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών ήταν 15 μήνες. Μετά τη διαδερμική ενδοσκοπική διατρηματική δισκεκτομή στο 90% των ασθενών παρατηρήθηκε πλήρη ύφεση του άλγους στο πάσχων κάτω άκρο και το άλγος στην οσφή είχε μειωθεί σημαντικά. Κλινικά παρατηρήθηκε βελτίωση του VAS score και του ODI score. Το ποσοστό υποτροπής ήταν 9,6% (6 ασθενείς). Στους ασθενείς αυτούς διενεργήθηκε ανοικτή μικροδισκεκτομή.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της διαδερμικής ενδοσκοπικής διατρηματικής δισκεκτομής είναι συγκρίσιμα με αυτά της ανοικτής δισκεκτομής. Στα πλεονεκτήματα της ενδοσκοπικής τεχνικής περιλαμβάνονται η περιορισμένη χειρουργική τομή και η ελαχιστοποίηση του τραυματισμού των παρασπονδυλικών μυών και των επισκληριδίων αγγείων, η αποφυγή δημιουργίας αστάθειας καθώς δεν απαιτείται τρηματεκτομή ή πεταλεκτομή για την αποσυμπίεση των νευρικών ριζών που πάσχουν. Επιπρόσθετα, σημαντικό πλεονέκτημα της ενδοσκοπικής δισκεκτομής είναι ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, ο οποίος περιορίζεται σε 24 ώρες καθώς και ο χρόνος επιστροφής του ασθενούς στην εργασία του, ο οποίος κατά μέσο όρο είναι 28 ημέρες.

**Η ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΣΕ ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ**

Α. Καλαμπόκης, Σ. Μόσχος, Ι. Χατζηκομηνός, Χ. Ζαφείρης, Ε. Μικέδη, Α. Μπούντης, Ε. Τσαφαντάκης.

*Τμήμα Σκολίωσης & Σπονδυλικής Στήλης, ΓΝΑ 'ΚΑΤ', Αθήνα*

**Σκοπός:** Τα κατάγματα σε αγκυλοποιητικούς ασθενείς μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα σοβαρά νευρολογικά ελλείμματα όταν λανθάνει η έγκαιρη διάγνωσή τους.

**Υλικό και Μέθοδος:** Από τον Ιανουάριο του 2009 έως και τον Δεκέμβριο του 2014, 15 αγκυλοποιητικοί ασθενείς (8 άνδρες και 6 γυναίκες), ηλικίας 42-78 ετών (μ.ο ηλικίας: 60 έτη) οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην κλινική μας λόγω καταγμάτων που είχαν λανθάνει της αρχικής διάγνωσης. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε οπίσθια ανάταξη και ακολούθως σταθεροποίηση με κοχλίες και ράβδους. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν με κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο για 1-25 μήνες (μ.ο 13 μήνες). Στους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε μετεγχειρητικά κολάρο Philadelphia ή νάρθηκας TLSO ανάλογα την θέση του κατάγματος για 8-12 εβδομάδες.

**Αποτελέσματα:** Σε 10 (66,6%) ασθενείς με νευρολογική σημειολογία παρατηρήθηκε βελτίωση της νευρολογικής τους εικόνας από ASIA D σε ASIA E. 2 ασθενής απεβίωσε στην Μ.Ε.Θ. (ASIA A), 1 ασθενής απεβίωσε κατά την νοσηλεία του, ενώ 5 (33,3%) ασθενείς δεν παρουσίασαν βελτίωση. Σε μία περίπτωση παρατηρήθηκε μετεγχειρητική λοίμωξη και υπεβλήθη σε χειρουργικό καθαρισμό μετά από 1 μήνα.

**Συμπεράσματα:** Η εμφάνιση σοβαρών νευρολογικών επιπλοκών λόγω λανθάνουσας αρχικής διάγνωσης σε αγκυλοποιητικούς ασθενείς καθιστά επιτακτική την έγκυρη διάγνωση αυτών και την σωστή αντιμετώπισή τους.

**ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΘΩΡΑΚΟ-ΟΣΦΥΓΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ Σ.Σ. ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΘΗΣΑΝ ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΑ ΣΕ ΑΡΧΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ**

Σ. Μόσχος, Α. Καλαμπόκης, Ι. Χατζηκομηνός, Χ. Ζαφείρης, Ε. Μικέδη, Α. Μπούντης, Ε. Τσαφαντάκης

*Τμήμα Σκολίωσης & Σπονδυλικής Στήλης, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΑΤ»*

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η αξιολόγηση των καθυστερημένα αντιμετωπισθέντων καταγμάτων, που κατέληξαν στην κλινική μας από τον Ιανουάριο 2009, έως και το Δεκέμβριος του 2014.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 39 ασθενείς (25 άνδρες και 14 γυναίκες), ηλικίας 19-82 ετών ( μ.ο ηλικίας: 50,,5 έτη) οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν καθυστερημένα στην κλινική μας λόγω σπονδυλικών καταγμάτων, με ή χωρίς νευρολογική σημειολογία ( 3 ASIA A, 3 ASIA C, 7 ASIA D και 26 χωρίς νευρολογική σημειολογία). Ελέγχθηκαν οι δυσκολίες ανάταξης.

**Αποτελέσματα:** Σε 20 από τους 39 ασθενείς (51,3%) το κάταγμα διέφυγε της αρχικής διάγνωσης. 15 από τους 39 ασθενείς (38,4%) προσήλθαν καθυστερημένα. Ο χρόνος που μεσολάβησε από την αρχική κάκωση μέχρι τη χειρουργική αντιμετώπιση ήταν 10-100 ημέρες (μ.ο. 55 ημέρες). Σε 6 ασθενείς παρατηρήθηκε κάταγμα της ΘΜΣΣ, σε 24 κάταγμα της θωρακοοσφυϊκής συμβολής και σε 9 κάταγμα της ΟΜΣΣ. Σε 13 ασθενείς (33,3%) παρατηρήθηκε βελτίωση της νευρολογικής τους εικόνας κατά 1 ή 2 βαθμίδες της κλίμακας ASIA. Σε 9 ασθενείς (23%) χρειάστηκε μεγαλύτερη επέμβαση λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης.

**Συμπεράσματα:** Η χειρουργική δυσκολία και η έκβαση των καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης που αντιμετωπίζονται χειρουργικά με καθυστέρηση, εξαρτάται από τον τύπο του κατάγματος, τη νευρολογική εικόνα του ασθενούς, τον χρόνο που μεσολάβησε από την αρχική κάκωση.

## **ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ MASQUELET ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΤΙΚΟΥ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΜΑΚΡΩΝ ΟΣΤΩΝ**

Γ. Πετρίδης, Γ. Κυριακόπουλος, Δ. Μαυρολιάς, Λ. Οικονόμου, Ι. Ταγκαλέγκας, Σ. Μπούντρης, Κ. Κατέρος

*1<sup>η</sup> Ορθοπεδική Κλινική Γ.Ν.Α. Γ. Γεννηματάς*

**Σκοπός:** Η αποκατάσταση μεγάλων οστικών ελλειμμάτων μακρών οστών τραυματικής αιτιολογίας αποτελεί ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα και μια πρόκληση για το χειρουργό.

Έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι όπως η χρήση αγγειούμενης περόνης, και η μέθοδος Ilizarov. Τα τελευταία χρόνια έχει προταθεί η μέθοδος Masquelet, μία διαδικασία δύο σταδίων που χρησιμοποιεί αρχικά ένα spacer τσιμέντου και σε δεύτερο χρόνο αυτόλογα μοσχεύματα που γεφυρώνουν την απόσταση μεταξύ των κατεαγόντων άκρων

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση περιστατικών που έγινε χρήση της τεχνικής Masquelet

**Υλικό & Μέθοδος:** Παρουσιάζονται 3 περιστατικά στα οποία χρησιμοποιήθηκε η τεχνική Masquelet.

Πρόκειται για ένα κλειστό κάταγμα βραχιονίου το οποίο επιμολύνθηκε, καθώς και δύο ανοικτά (Gust 3b) υπερ-διακονδύλια κατάγματα μηριαίου (3,3,C3 κατά AO) στον ίδιο ασθενή.

**Αποτελέσματα:** Ικανοποιητική αποκατάσταση του οστικού ελλείμματος.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνική Masquelet αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο για την αντιμετώπιση οστικών ελλειμμάτων μακρών οστών τραυματικής αιτιολογίας.

**ΠΑΡΕΣΗ ΚΟΙΝΟΥ ΠΕΡΟΝΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΣΤΡΕΜΜΑ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ**

Π. Μεγαλοικονόμος, Ε. Μητσιοκάπα, Ι. Γαλανόπουλος, Γ. Παναγόπουλος, Χ. Βώπτης, Β. Ηγουμενίου, Φ. Ζαμπέλη, Π. Κουλουβάρης, Β. Κοντογεωργάκος, Α. Μαυρογένης  
*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα*

**Σκοπός:** Να παρουσιάσουμε μια σειρά 3 ασθενών με πάρεση του κοινού περονιαίου νεύρου μετά από διάστρεμμα της ποδοκνημικής, έχοντας ως σκοπό να δώσουμε έμφαση στην πιθανότητα συνοδού τραυματισμού του περονιαίου νεύρου σε αυτές τις κακώσεις.

**Υλικό & Μέθοδος:** 3 ασθενείς (1 γυναίκα, 2 άνδρες) ηλικίας 28, 25 και 21 ετών προσήλθαν στο ΤΕΠ λόγω τραυματισμού της ποδοκνημικής σε αθλητικές δραστηριότητες. Ο μηχανισμός κάκωσης σε όλους ήταν υππιασμός και ανάσπαση του έσω χείλους της ποδοκνημικής. Δύο είχαν 2<sup>ου</sup> βαθμού διάστρεμμα και ένας είχε 1<sup>ου</sup> βαθμού, ενώ όλοι παρουσίασαν σύστοιχη πτώση άκρου ποδός. Στην κλινική εξέταση σε όλους τους ασθενείς η αισθητικότητα ήταν μειωμένη στην κατανομή του εν τω βάθη και του επιπολής περονιαίου νεύρου, ενώ η μυϊκή ισχύς των εκτεινόντων του ποδός ήταν 2/5-3/5. Οι ακτινογραφίες, η MRI της ποδοκνημικής όπως και η MRI της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης δεν είχαν ιδιαίτερα ευρήματα σε κανέναν. Διενεργήθηκε νευροφυσιολογικός έλεγχος με ηλεκτρομυογράφημα και ηλεκτρονευρογράφημα που ανέδειξε ήπιο τραυματισμό του κοινού περονιαίου νεύρου στον αυχένα της περόνης σε όλους τους ασθενείς. Εφαρμόστηκε συντηρητική θεραπεία με ορθωτικό νάρθηκα και περιορισμό βάρδισης.

**Αποτελέσματα:** Η μυϊκή ισχύς των εκτεινόντων του ποδός βελτιώθηκε σε 4/5 σε όλους τους ασθενείς 2-3 μήνες αργότερα, ενώ στον 4ο μήνα η κινητικότητα και η αισθητικότητα είχαν αποκατασταθεί πλήρως σε όλους.

**Συμπεράσματα:** Υψηλή υποψία πρέπει να υπάρχει για συνοδό τραυματισμό του περονιαίου νεύρου σε περιπτώσεις διαστρέμματος της ποδοκνημικής ακόμα και αν είναι 1<sup>ου</sup> βαθμού. Το νεύρο πρέπει να ελέγχεται στις κακώσεις αυτές, ιδιαίτερα όταν αναφέρεται υππιασμός ως μηχανισμός κάκωσης. Ο νευροφυσιολογικός έλεγχος είναι αποτελεσματικός στον ακριβή εντοπισμό της βλάβης.



## ΟΠΙΣΘΙΟ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΟΜΟΠΛΕΥΡΟ ΚΑΤΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΑΥΧΕΝΑ. ΕΠΙΛΥΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΔΙΛΗΜΜΑΤΟΣ

Δ. Μπουγιουκλής<sup>1</sup>, Δ. Ντουραντώνης<sup>2</sup>, Ν. Μποτονάκης<sup>2</sup>, Ε. Τατάνη<sup>2</sup>, Θ. Πατσιαούρας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ε' Ορθοπαιδική κλινική Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας,

<sup>2</sup>Ορθοπαιδική κλινική πανεπιστημιακού Γ.Ν. Πατρών

**Σκοπός:** Παρουσιάζεται περιστατικό οπίσθιου εξαρθρώματος του ισχίου με συνοδό ομόπλευρο κάταγμα του μηριαίου αυχένα, με σκοπό την περιγραφή της μεθόδου και χειρουργικής τεχνικής που απαιτείται για την ανάταξη του εξαρθρώματος και την οστεοσύνθεση της μηριαίας κεφαλής.

**Υλικό & μέθοδος:** Ασθενής 45 ετών, άνδρας, διεκομίσθη στα ΤΕΠ εξαιτίας τροχαίου ατυχήματος. Ο ασθενής ήταν τετρακινητικός, ισοκορικός, αιμοδυναμικά σταθερός και έπασχε από ελαφρά κάκωση κεφαλής και κάκωση ΑΡ ισχίου. Από τον γενόμενο κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο προέκυψε εικόνα οπίσθιου εξαρθρώματος του ΑΡ ισχίου με συνοδό ομόπλευρο κάταγμα του ΑΡ μηριαίου αυχένα. Ο ασθενής οδηγήθηκε επείγοντως στο χειρουργείο όπου πραγματοποιήθηκε ανοικτή ανάταξη του εξαρθρώματος και εσωτερική οστεοσύνθεση με τρεις αυλοφόρους κοχλίες του υποκεφαλικού κατάγματος. Η τοποθέτηση των κοχλιών έγινε μέσω της οπίσθιας προσπέλασης. Αρχικά τοποθετήθηκαν ορθόδρομα τρεις βελόνες οδηγοί που επέτρεψαν την ανάταξη του κατάγματος και την προσωρινή του σταθεροποίηση. Εν συνεχεία το κάταγμα οστεοσυντέθηκε με τοποθέτηση τριών αυλοφόρων κοχλιών 6.5 mm σε ανεστραμμένη τριγωνική διάταξη.

**Αποτελέσματα:** Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή και ο ασθενής πήρε εξιτήριο μετά από πέντε ημέρες. Τέσσερα χρόνια μετά ο ασθενής παρουσιάζει ακτινογραφικά ευρήματα άσηπτης νέκρωσης της μηριαίας κεφαλής, ωστόσο η άρθρωση του ισχίου έχει ικανοποιητική κινητικότητα που του επιτρέπει να εργάζεται και να πραγματοποιεί της προσφιλείς ενασχολήσεις του.

**Συμπεράσματα:** Το τραυματικό εξάρθρημα του ισχίου με συνοδό ομόπλευρο κάταγμα του μηριαίου αυχένα είναι μια σπάνια κάκωση απότοκος ατυχήματος υψηλής ενέργειας που συναντάται συνήθως σε νέα άτομα. Αν και η επίπτωση ενός πτωχού τελικού αποτελέσματος είναι υψηλή, η αντιμετώπιση αυτού του είδους της κάκωσης πρέπει να είναι επείγουσα και να στοχεύει στην διάσωση της μηριαίας κεφαλής.

**ΑΜΕΣΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΟΡΘΩΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΑΠΩ ΠΕΡΑΤΟΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΠΩΡΩΘΕΝΤΩΝ ΣΕ ΠΛΗΜΜΕΛΗ ΘΕΣΗ ΜΕ ΡΑΧΙΑΙΑ ΓΩΝΙΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΣΠΟΓΓΩΔΟΥΣ ΑΛΛΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΛΑΜΙΑΙΑΣ ΚΛΕΙΔΟΥΜΕΝΗΣ ΠΛΑΚΑΣ: ΣΕΙΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Z. Κόκκαλης, H. Ηλιόπουλος, Δ. Πανταζής, Π. Πούλιος, Δ. Μπουγιουκλής, Δ. Ντουραντώνης, Η. Παναγιωτόπουλος

*Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών*

**Σκοπός:** Να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας πάνω στη χρήση παλαμιαίας κλειδούμενης πλάκας, σε συνδυασμό με διορθωτική οστεοτομία και αλλομόσχευμα σπογγώδους οστού, για την αντιμετώπιση ασθενών με κάταγμα άπω πέρατος κερκίδας και πώρωση σε πλημμελή θέση με ραχιαία γωνίωση.

**Υλικό & Μέθοδος:** Συνολικά 9 ασθενείς με κατάγματα περιφερικής κερκίδας, πωρωθέντα σε μη αποδεκτή θέση ραχιαίας γωνίωσης, αντιμετωπίστηκαν με παλαμιαία οστεοτομία ανοικτής γωνίας, σταθεροποίηση με παλαμιαία κλειδούμενη πλάκα και πλήρωση του οστικού κενού με αλλομόσχευμα. Η αναδρομική μελέτη των ασθενών αυτών περιελάμβανε τις εξής παραμέτρους: μια οπτική αναλογική κλίμακα πόνου, δύναμη δραγμού, εύρος κίνησης και το υποκειμενικό για κάθε ασθενή λειτουργικό αποτέλεσμα, όπως μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο "Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand" (Quick Dash). Το εύρος κίνησης και η δύναμη δραγμού συγκρίθηκαν με το ετερόπλευρο μέλος. Όλοι οι ασθενείς εντάχθηκαν σε πρωτόκολλο άμεσης μετεγχειρητικής κινητοποίησης.

**Αποτελέσματα:** Η μέση χρονική περίοδος ανάμεσα στο αρχικό κάταγμα έως την διορθωτική οστεοτομία κυμάνθηκε στους 7 μήνες. Το μέσο διάστημα μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών ήταν 14 μήνες. Σε όλες τις περιπτώσεις είχαμε πώρωση, με μέσο χρόνο τις 14 εβδομάδες, επιτυγχάνοντας συνολικό εύρος κίνησης πηχεοκαρπικής στις 120°, στροφής αντιβραχίου στις 155° και δύναμη δραγμού στο 80% σε σχέση με το ετερόπλευρο μέλος. Το μέσο Quick Dash σκορ εμφάνισε βελτίωση από το 82 στο 14, ενώ το μέσο σκορ στην κλίμακα πόνου βελτιώθηκε από 5.5 σε 1.5.

**Συμπεράσματα:** Τα άκαμπτα χαρακτηριστικά των κλειδούμενων πλακών προσφέρουν μια εναλλακτική επιλογή σε σχέση με τις παραδοσιακές τεχνικές οστεοτομίας περιφερικής κερκίδας και σταθεροποίησης με ραχιαία πλάκα και μοσχεύματα, με επαρκή ισχύ ώστε να επιτραπεί πρώιμη μετεγχειρητική κινητοποίηση. Επιπλέον, αποφεύγοντας τη χρήση λαγόνιου μοσχεύματος, μηδενίζονται οι περιπτώσεις νοσηρότητας σχετιζόμενης με τη δότρια περιοχή.

## ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΟΥΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ ΙΣΧΙΟΥ

Γ. Χαλμούκη<sup>1</sup>, Ε. Πολυμενοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Γραβιά<sup>1</sup>, Ε. Σουλιώτη<sup>1</sup>, Π. Μεγαλοοικονόμος<sup>2</sup>, Ε. Μητσιοκάπα<sup>2</sup>, Β. Κοντογεωργάκος<sup>2</sup>, Π. Κουλουβάρης<sup>2</sup>, Α. Μαυρογένης<sup>2</sup>, Α. Μελά<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο «Ασκληπιείο Βούλας»,

<sup>2</sup>Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική, ΑΤΤΙΚΟΝ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, Αθήνα

**Σκοπός:** Τα πλεονεκτήματα της περιοχικής αναισθησίας σε ασθενείς με κατάγματα ισχίου είναι πολλαπλά. Η τοποθέτησή τους όμως σε πλάγια θέση για την εκτέλεση της υπαραχνοειδούς αναισθησίας είναι επώδυνη. Σκοπός της εργασίας μας ήταν να συγκρίνουμε τον αποκλεισμό του μηριαίου νεύρου με χρήση νευροδιεγέρτη, με την ενδοφλέβια χορήγηση οπιοειδών για την μείωση του πόνου τοποθέτησης.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήσαμε 60 ασθενείς. Και στις δύο ομάδες χορηγήθηκε προνάρκωση με 1-2 mg μιδαζολάμης. Στους 30 ασθενείς της ομάδας ΜΑ έγινε 10 λεπτά πριν την εκτέλεση της υπαραχνοειδούς αναισθησίας αποκλεισμός του μηριαίου νεύρου με την καθοδήγηση με υπέρηχο. Χορηγήθηκαν 20ml διαλύματος ροπιβακαΐνης 0,5 %. Στην ομάδα ΦΕ (30 ασθενείς) χορηγήθηκαν 5 λεπτά πριν την υπαραχνοειδή αναισθησία 50g φεντανύλης. Η αναισθησία έγινε με τους ασθενείς σε πλάγια θέση και το πάσχων μέλος προς τα πάνω. Συγκρίναμε τον πόνο των ασθενών κατά την τοποθέτηση σε πλάγια θέση με την 10βάθμια κλίμακα VAS, τον χρόνο για την τοποθέτηση των ασθενών σε πλάγια θέση και τον χρόνο για την εκτέλεση της υπαραχνοειδούς αναισθησίας.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς της ΜΝ ομάδας ένιωσαν σημαντικά μικρότερο πόνο κατά την τοποθέτησή τους ( $2,1 \pm 0,8$  vs  $7,4 \pm 2,1$ ). Η εκτέλεση της υπαραχνοειδούς αναισθησίας ήταν σημαντικά ευκολότερη στην ΜΝ ομάδα, όπως φαίνεται από τους χρόνους τοποθέτησης και εκτέλεσης της αναισθησίας ( $3,5 \pm 1,2$  vs  $4,9 \pm 2,1$  και  $10,5 \pm 3,1$  vs  $15,5 \pm 3,6$  αντίστοιχα). Ο χρόνος για την εκτέλεση του μηριαίου αποκλεισμού ήταν  $7,2 \pm 2,6$  min.

**Συμπεράσματα:** Η εκτέλεση μηριαίου αποκλεισμού με τη χρήση υπερήχου πριν την εκτέλεση υπαραχνοειδούς αναισθησίας προσφέρει σημαντική μείωση του πόνου των ασθενών και βελτιώνει τις συνθήκες εκτέλεσης της αναισθησίας.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΕΓΜΕΝΟΥ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΑΠΩ ΠΕΡΑΤΟΣ ΚΝΗΜΗΣ (III B) ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ILLIZARON ΚΑΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ PARINEAU, ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΣΔ**

Σ. Κουφός, Γ. Κατζουράκη, Α. Αντωνιάδης, Ε. Παπαδέλης, Δ.Σ. Ευαγγελόπουλος, Β. Πολυζώης, Σ. Πνευματικός

*Γ΄ Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ*

**Σκοπός:** Η εφαρμογή, σε πρώτο χρόνο, συσκευής εξωτερικής οστεοσύνθεσης Illizaron σε συνδυασμό με την τεχνική Parineau, ως θεραπευτική επιλογή σε περιπτώσεις ανοικτών καταγμάτων του περιφερικού άκρου της κνήμης σε διαβητικούς ασθενείς με συνοδό περιφερική αγγειοπάθεια-νευροπάθεια (πόδι Charcot)

**Υλικο & Μέθοδος:** Ασθενής 67 ασθενών, με ιστορικό ινσουλινοεξαρτώμενου Σ.Δ και περιφερική αγγειοπάθεια-νευροπάθεια υπέστη ανοικτό κάταγμα κνήμης (τύπου IIIb κατά Gustillo) εξαιτίας τροχαίου ατυχήματος. Ο ασθενής διακομίσθηκε στην Κλινική μας από Περιφερικό Νοσοκομείο για χειρουργική αντιμετώπιση. Εφαρμόσθηκε ως οριστική/τελική θεραπεία η ανάταξη και σταθεροποίηση του κατάγματος με τη χρήση συσκευής εξωτερικής οστεοσύνθεσης τύπου Illizaron σε συνδυασμό με την τεχνική Parineau σε πρώτο χρόνο, για την κάλυψη των οστικών και των δερματικών ελλειμμάτων.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής εμφανίσε ομαλή μετεγχειρητική πορεία, χωρίς σημεία φλεγμονής του χειρουργικού τραύματος ή άλλες επιπλοκές από τη δότρια χώρα του αυτομοσχεύματος και με θετικές πρώιμες ακτινολογικές ενδείξεις πύρωσης της εστίας του κατάγματος.

**Συμπέρασμα:** Η χρήση της ως άνω περιγραφείσας τεχνικής μειώνει την (στατιστικά υψηλή, με βάση τις συννοσηρότητες) πιθανότητα ακρωτηριασμού του πάσχοντος σκέλους χωρίς να επηρεάζει ουσιαδώς τη μετεγχειρητική νοσηρότητα καθώς επίσης μειώνει ουσιαστικά τον χρόνο της αποκατάστασης από έναν τέτοιο τραυματισμό αποφεύγοντας τους αναμενόμενους κινδύνους μιας δεύτερης - τραυματικής για τα ούτως η άλλως πτωχού βιολογικού δυναμικού μαλακά μόρια – χειρουργικής επέμβασης στην συγκεκριμένη περιοχή.

**ΟΠΙΣΘΙΟ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΩΜΟΥ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΒΛΑΒΗ REVERSE HILL SACHS. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΣΤΕΟΧΟΝΔΡΙΝΟΥ ΑΛΛΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**

Ι. Γαλανόπουλος, Θ. Σαρλικιώτης, Χ. Βώπτης, Π. Παπαγγελόπουλος, Δ. Κούλαλης,

Δ. Μαστρόκαλος

*Α Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ "Αττικόν"*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση μιάς διαφορετικής τεχνικής χειρουργικής αντιμετώπισης του οπίσθιου εξάρθρωματος ώμου, που συνδυάζονταν με reverse hill Sachs βλάβη.

**Υλικό:** Ασθενής 30 ετών προσέρχεται στο ΤΕΠ μετά από ξυλοδαρμό με οπίσθιο εξάρθρωμα ώμου που ανατάσσεται υπό μέθη. Η 1η επαναξέταση μετά από 5 ημέρες είναι ικανοποιητική. Προσέρχεται εκ νέου μετά δεκαήμερου οπότε και ο ώμος βρίσκεται ξανά σε εξάρθρωμα και εμπλοκή με πλήρη απώλεια κινητικότητας. Στη μαγνητική τομογραφία αναγνωρίζεται ευμεγέθους βλάβη reverse hill Sachs της τάξης του 40% της αρθρικής επιφάνειας.

**Μέθοδος:** Ο ασθενής υποβάλλεται σε ανοικτή ανάταξη και το οστικό έλλειμμα αποκαθίσταται με τη χρήση οστεοχόνδρινου αλλομοσχεύματος μηριαίας κεφαλής με μια πρωτότυπη τεχνική. Το οστεοχόνδρινο έλλειμμα καλύπτεται με μετάθεση οπίσθιου τμήματος της βραχιονίου κεφαλής προς τα εμπρός και κατόπιν πλήρωση του οπίσθιου ελλείματος με πτωματικό αλλομόσχευμα. Μετεγχειρητικά εφαρμόζεται κηδεμόνας απαγωγής για έξι εβδομάδες.

**Αποτελέσματα:** Έξι εβδομάδες μετεγχειρητικά ο ασθενής ξεκινά πρόγραμμα φυσιοθεραπείας και ενάμιση μήνα μετά παρουσιάζει ικανοποιητική κινητικότητα. Τρεις μήνες μετεγχειρητικά επανέρχεται στην εργασία του ενώ ένα χρόνο μετεγχειρητικά ο ασθενής δεν παρουσιάζει καμία επιπλοκή κλινικά και ακτινολογικά και έχει επανέλθει πλήρως στις δραστηριότητές του.

**Συμπέρασμα:** Το οπίσθιο εξάρθρωμα του ώμου σε συνδυασμό με ευμεγέθη βλάβη reverse hill Sachs είναι σπάνιο πλην όμως η ικανοποιητική χειρουργική του αποκατάσταση είναι απαραίτητη για την επίτευξη καλού λειτουργικού αποτελέσματος. Η αποκατάσταση του οστικού ελλείματος με τη χρήση οστεοχόνδρινου αλλομοσχεύματος φαίνεται να είναι μια επιλογή με καλά λειτουργικά αποτελέσματα.

**ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΡΗΞΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΦΥΣΗΣ ΤΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΤΡΙΚΕΦΑΛΟΥ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Γ. Ρουμελιώτης, Χ. Σαμαράς, Α. Αντωνόπουλος  
*Γ' Ορθοπαιδική κλινική, Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ»*

**Σκοπός:** Να παρουσιαστεί μια διαδερμική τεχνική για την αποκατάσταση ρήξης της κατάφυσης του τένοντα του τρικέφαλου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Ένας ασθενής με κλειστή τραυματική ρήξη της κατάφυσης του τρικέφαλου μυός στο ωλέκρानο. Ο ασθενής είχε πλήρη αδυναμία ενεργητικής έκτασης και η μαγνητική τομογραφία έδειξε πλήρη ρήξη του τένοντα. Η βλάβη αποκαταστάθηκε με διαδερμική συρραφή ανάλογη με αυτή που χρησιμοποιείται στην διαδερμική συρραφή του Αχιλλείου και ενδοοστικό ράμμα που κρίθηκε απαραίτητο επειδή η ρήξη ήταν περιφερική.

**Αποτελέσματα:** Ο ασθενής παρουσίασε πλήρη αποκατάσταση της ενεργητικής έκτασης του αγκώνα, με κλινικά μη σημαντικό έλλειμμα έκτασης 10 μοιρών.

**Συμπεράσματα:** Η διαδερμική συρραφή του τένοντα του τρικέφαλου είναι τεχνικά δυνατή και τα αποτελέσματά της είναι ανάλογα της ανοικτής τεχνικής.

## **ΑΝΟΙΚΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΑΖΙΚΗ ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ**

Δ. Μπουγιουκλής<sup>1</sup>, Κ. Πανταζής<sup>2</sup>, Γ. Κολλιτσιδάς<sup>2</sup>, Π. Πούλιος<sup>2</sup>, Ν. Ψυχογιός<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ε' Ορθοπαιδικό τμήμα, μονάδα Χεριού, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας,

<sup>2</sup>Ορθοπαιδική κλινική πανεπιστημιακού Γ.Ν. Πατρών

**Σκοπός:** το αντικείμενο της αναδρομικής αυτής μελέτης ήταν να εκτιμήσει το τελικό λειτουργικό αποτέλεσμα του στροφικού πετάλου έπειτα από ανοικτή συρραφή με ή χωρίς χρήση διοστικών αγκύρων για μαζικές ρήξεις.

**Υλικό & μέθοδος:** η σειρά μας αποτελείται από 26 ασθενείς με μαζική ρήξη του στροφικού πετάλου οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ανοικτή χειρουργική αποκατάσταση. Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική αξιολόγηση έγινε με βάση το constant score, το simple shoulder test (SST) και την κλίμακα VAS score.

**Αποτελέσματα:** ο μέσος όρος παρακολούθησης ήταν 72 μήνες. Παρατηρήθηκε βελτίωση του constant score από μια μέση τιμή ίση με 43.1 προεγχειρητικά σε μια μέση τιμή ίση με 74.6 μετεγχειρητικά. Το VAS score βελτιώθηκε από 6.9 σε 2.7, ενώ το simple shoulder test παρουσίασε βελτίωση από 5.7 σε 10.4. Ο μέσος όρος επαναρρήξης στα 6 έτη ήταν 20%. Η ισχύς του στροφικού πετάλου στον χειρουργημένο ώμο παρουσίαζε σημαντική μείωση συγκριτικά με τον υγιή.

**Συμπεράσματα:** η ανοικτή αποκατάσταση των ολικών ρήξεων του στροφικού πετάλου με ή χωρίς χρήση διοστικών αγκύρων παρέχει ικανοποιητικά μακροπρόθεσμα λειτουργικά αποτελέσματα παρά το αξιοσημείωτο ποσοστό επαναρρήξης. Η ισχύς του στροφικού πετάλου σε σχέση με το υγιές μετά από 6 χρόνια παρουσιάζεται σημαντικά μειωμένη.

**ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΜΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΘΕΝΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΣΕ ΠΤΩΜΑΤΙΚΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ**

Ι. Χύτας<sup>1</sup>, Π. Γκιβίσης<sup>1</sup>, Χ. Αντωνόπουλος<sup>2</sup>, Ι. Τσιάφης<sup>3</sup>, Δ. Σιούτης<sup>3</sup>, Α. Χέβα<sup>4</sup>, Α. Χριστοδούλου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου",

<sup>2</sup>Τμήμα Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Πολυτεχνική Σχολή ΑΠΘ,

<sup>3</sup>Τμήμα Μηχανολόγων Μηχανικών, Πολυτεχνική Σχολή ΑΠΘ,

<sup>4</sup>Α' Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης "Γ. Παπανικολάου"

**Σκοπός:** Η μελέτη της μακροχρόνιας φθοράς του έξω βραχιονίου κονδύλου σε αγκώνες με κάταγμα κεφαλής της κερκίδας που αποκαταστάθηκε χειρουργικά.

**Υλικό & Μέθοδος:** Χρησιμοποιήθηκαν δύο πτωματικοί αγκώνες στους οποίους μέσω προσπέλασης τύπου Kocher προκλήθηκε κάταγμα κεφαλής της κερκίδας με τη χρήση παλλόμενου πριονιού. Η ακεραιότητα όλων των συνδεσμικών στοιχείων διατηρήθηκε. Ο πρώτος αγκώνας αντιμετωπίστηκε με ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με ένα κοχλία τύπου Herbert. Ο δεύτερος με αφαίρεση και αντικατάσταση κεφαλής της κερκίδας με μεταλλική (radial head replacement system, BIOMET). Ειδικά κατασκευασμένες μηχανές περιστροφής προκάλεσαν κινήσεις υπτιασμού-πρηνισμού των πτωματικών αγκώνων στα όρια του λειτουργικού τους εύρους, περίπου 150°, πραγματοποιώντας αδιάλειπτα επτακόσιες χιλιάδες κύκλους λειτουργίας σε κάθε πτωματικό αγκώνα.

**Αποτελέσματα:** Έγινε διερεύνηση των υπό μελέτη αρθρώσεων με μαγνητική τομογραφία καθώς και ιστολογική εξέταση των παρασκευασμάτων των έξω βραχιονίων κονδύλων. Τόσο μακροσκοπικά όσο και απεικονιστικά υπάρχουν διαφορές και στα δύο παρασκευάσματα, πριν και μετά την επέμβαση. Σαφή αποτελέσματα αναμένονται άμεσα.

**Συμπεράσματα:** Παρ' ότι η διερεύνηση των βραχυ/μεσοπρόθεσμων αποτελεσμάτων καταγμάτων κεφαλής της κερκίδας που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά έχει επαρκώς τεκμηριωθεί, δε συμβαίνει το ίδιο για τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Η ανεύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών στα εμβιομηχανικά αποτελέσματα των χρησιμοποιούμενων χειρουργικών μεθόδων θα έχει σημαντικές κλινικές προεκτάσεις στην αποσαφήνιση των ενδείξεων επιλογής χειρουργικής μεθόδου αντιμετώπισης των καταγμάτων κεφαλής της κερκίδας.



**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΗΜΙΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΣΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΤΡΙΩΝ ΚΑΙ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΕΓΓΥΣ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ**

Ε. Φανδρίδης, Π. Αναστασόπουλος, Γ. Αλεξιάδης, Δ. Νομικάριος, Δ. Σκουτέρης, Σ. Σπυρίδωνος  
*Κλινική Χεριού Άνω Άκρου & Μικροχειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ,*

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων καταγμάτων και καταγμάτων εξάρθρωμάτων του εγγύς βραχιονίου, τα οποία αντιμετωπίστηκαν με ημιαρθροπλαστική.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στο διάστημα 2009 - 2014 αντιμετωπίστηκαν 46 ασθενείς με ημιαρθροπλαστική λόγω καταγμάτων τριών και τεσσάρων τμημάτων. Ο μ.ο ηλικίας ήταν 66 ετών (52-78) από τους οποίους 15 ήταν άνδρες και 31 γυναίκες. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε αξονική τομογραφία ώμου. Κατάγματα και κατάγματα-εξάρθρωματα τριών τμημάτων παρατηρήθηκαν σε 32 περιπτώσεις, ενώ τεσσάρων τμημάτων σε 14. Βάση των κριτηρίων Hertel και της διεγχειρητικής εκτίμησης επιλέχθηκε η ημιολική αρθροπλαστική. Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε από τον τραυματισμό έως την επέμβαση ήταν 7 ημέρες (1-34). Πραγματοποιήθηκε θωρακοδελτοειδής προσπέλαση, παρασκευή των ογκωμάτων, αφαίρεση της κεφαλής. Η τοποθέτηση του βραχιονίου στυλεού πραγματοποιήθηκε με τσιμέντο σε 23 περιπτώσεις, και η καθήλωση των ογκωμάτων με 5 ισχυρά πολύκλινα ράμματα.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος όρος παρακολούθησης ήταν 20 μήνες (12-43). Σε μία περίπτωση υπήρξε τρώση της βραχιονίου αρτηρίας. Πέντε ασθενείς παρουσίασαν εκτεταμένο αιμάτωμα μετεγχειρητικά, το οποίο αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Ρήξη του τενοντίου πετάλου παρατηρήθηκε σε 6 περιπτώσεις, πλημμελής πώρωση του ελάσσονος βραχιονίου ογκώματος σε 1 περίπτωση. Πλημμελής θέση του μείζονος βραχιονίου ογκώματος παρατηρήθηκε σε 8 περιπτώσεις, και σε 5 απορρόφηση. Από τους ασθενείς 40 ήταν ευχαριστημένοι και 6 μέτρια ευχαριστημένοι. Η μέση ανύψωση ήταν 110° με εύρος 80-170 και έξω στροφή 20 (0-50)

**Συμπεράσματα:** Τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα της ημιαρθροπλαστικής σε κατάγματα εγγύς βραχιονίου εξαρτώνται από την επιλογή των ασθενών, την χειρουργική τεχνική, την πώρωση των ογκωμάτων την λειτουργικότητα του τενοντίου πετάλου και το πρόγραμμα αποκατάστασης.

## Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΙΣΧΙΩΝ ΠΡΩΨΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΓΩΝΙΑ Α ΚΑΤΑ GRAF

Π. Σαμέλης<sup>1</sup>, Χ. Λάλος<sup>1</sup>, Α. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Ν. Άνους, Μ. Λιόντος<sup>1</sup>, Α. Νίκα<sup>2</sup>, Ι. Καπετανάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Α' Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών «Π&Α Κυριακού»

<sup>2</sup>Μονάδα Νεογνών, Γενικό Νοσοκομείο Παιδων Αθηνών «Π&Α Κυριακού»

**Σκοπός:** η εξέλιξη της μορφολογίας της κοτύλης ακολουθεί συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα: Η άρθρωση του ισχίου αρχίζει να διαμορφώνεται την 4η εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής. Την 11η εβδομάδα η μηριαία κεφαλή περιβάλλεται σχεδόν εξ' ολοκλήρου από την κοτύλη. Τις επόμενες εβδομάδες η κάλυψη της κεφαλής μειώνεται προοδευτικά προς όφελος της κινητικότητας του ισχίου. Όσο πλησιάζει η γέννηση η κοτύλη ισορροπεί στην διαμόρφωση που δεχόμαστε ως φυσιολογική. Σκοπός της μελέτης είναι η παρακολούθηση της ενδομήτριας εξέλιξης του ανθρώπινου ισχίου, μετρώντας υπερηχογραφικά την γωνία α του ισχίου κατά Graf σε πρόωρα νεογνά.

**Υλικό και μέθοδος:** πρόκειται για υπερηχογραφική μελέτη ισχίων σε 13 πρόωρα νεογνά, τα οποία νοσηλεύτηκαν στην Μονάδα Νεογνών του νοσοκομείου μας. Τα νεογνά είχαν ηλικία κύησης από 24 έως 35 εβδομάδες και βάρος γέννησης από 660 gr έως 2340 gr. Ο έλεγχος των ισχίων έγινε κλινικά και υπερηχογραφικά. Ο κλινικός έλεγχος περιλάμβανε δοκιμασίες σταθερότητας και εύρος κίνησης, ενώ ο υπερηχογραφικός έλεγχος στηρίχθηκε στη γωνία α κατά Graf.

**Αποτελέσματα:** όλα τα ισχία ήταν κλινικά σταθερά με συμμετρικό εύρος κίνησης. Η γωνία α του ισχίου, η οποία αντιπροσωπεύει την οστέινη οροφή της κοτύλης, μειώνεται σημαντικά όσο αυξάνεται η ηλικία κύησης. Η μείωση αυτή γίνεται μεγαλύτερη όσο πλησιάζει το πέρας της κύησης και η επικείμενη γέννηση.

**Συμπέρασμα:** Το υπερηχογράφημα του ισχίου σε πρόωρα νεογνά αποτελεί μια ασφαλή μη παρεμβατική μέθοδο για την μελέτη και παρακολούθηση της εξέλιξης του ισχίου. Εγγενείς – κληρονομικοί ή εξωγενείς παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν αυτή την πορεία, οδηγώντας σε αυτό που ονομάζουμε «συγγενές εξάρθρωμα», «αναπτυξιακή νόσο» ή «συγγενή νόσο» του ισχίου. Το ζητούμενο στην μελέτη του αναπτυσσόμενου ισχίου είναι να επιμερίσουμε την ευθύνη εξωγενών παραγόντων και γενετικής προδιάθεσης στην ανάπτυξη της νόσου.

**ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΣΕ 144 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ (ΕΠ)**

Μ. Πετρά<sup>1</sup>, Α. Σπαθής<sup>1</sup>, Ι. Μπαλτόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Μαντάκος<sup>1</sup>, Α. Παπαβασιλείου<sup>2</sup>, Κ. Φιλίππου<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Όρθοπαιδικό Τμήμα Γ.Ν. Παιδων Πεντέλης, <sup>2</sup>Νευρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Παιδων Πεντέλης

**Σκοπός:** Η τεκμηρίωση του ποσοστού αστάθειας ισχίου και των αποτελεσμάτων της χειρουργικής θεραπείας αυτής στα παιδιά με ΕΠ.

**Μέθοδοι:** Στη διάρκεια ενός έτους, εξετάστηκαν στο νοσοκομείο μας 237 ασθενείς με ΕΠ. Πρόσφατες ακτινογραφίες ισχίων υπήρχαν σε 144/237 (60.7%).

**Αποτελέσματα:** Στην αξιολόγηση των ευρημάτων, αναγνωρίστηκαν 2 ομάδες ασθενών. Ομάδα Α: 103/144 (71,5%) είχαν ισχία καλυμμένα από την κοτύλη στην τελευταία επανεξέταση, σε μέση ηλικία 9,9 ετών. Από αυτούς, 9/103 ήταν GMFCS I, 24/103 II, 17/103 III, 38/103 IV και 15/103 V. Ομάδα Β: 41/144 (28,4%) ασθενείς εμφάνιζαν αστάθεια ισχίου (Migration Percentage, MP  $\geq$  30%), σε μέση ηλικία 9,98 ετών. Στην δεύτερη ομάδα, υπήρχαν 2/41 GMFCS II, 5/41 III, 22/41 IV και 12/41 V, ενώ 12/41 (29,2%) εμφάνιζαν πλήρες εξάρθρημα. Στην ομάδα Α, αναγνωρίστηκε υπο-ομάδα 53 ασθενών με βαρύτερες μορφές ΕΠ (38 GMFCS IV και 15 GMFCS V), και με ισχία καλυμμένα από την κοτύλη σε μέση ηλικία 11,78 ετών. Από αυτούς, 18/53 είχαν επεμβάσεις μαλακών μορίων και 16/53 είχαν οστικές επεμβάσεις, σε μέση ηλικία 7,3 ετών. Στην ομάδα Β, αναγνωρίστηκε υπο-ομάδα 30 ασθενών με βαρύτερες μορφές ΕΠ (18 GMFCS IV και 12 GMFCS V), και MP  $\geq$  40%, σε μέση ηλικία 11,11 ετών. Από αυτούς, 11/30 είχαν επεμβάσεις μαλακών μορίων και 6/30 είχαν οστικές επεμβάσεις, σε μέση ηλικία 10 ετών.

**Συμπέρασμα:** Στους ασθενείς μας διαπιστώθηκε σχετικά υψηλό ποσοστό αστάθειας ισχίων (28,4%), που με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία κυμαίνεται από 6-70%. Όψιμη διάγνωση και θεραπεία της αστάθειας ισχίου στις βαρύτερες μορφές ΕΠ δύνανται να ενοχοποιηθούν για πτωχότερα αποτελέσματα στη σκελετική ωριμότητα.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΠΡΟΣΘΙΑΣ ΑΠΟΚΛΙΣΗΣ ΤΟΥ ΜΗΡΙΑΙΟΥ ΑΥΧΕΝΑ**

C. Rossas, I. Majid, M. Wijesekera, G. Holmes, L.A. James

*Paediatric Orthopaedic Department, Alder Hey Children's Hospital, Liverpool UK*

**Σκοπός:** Η χρήση της ανάλυσης βάδισης τρισδιάστατης απεικόνισης (3D-gait analysis: 3D-GA) στην προεγχειρητική εκτίμηση της ιδιοπαθούς πρόσθιας απόκλισης του μηριαίου αυχένα (idiopathic femoral anteversion: IFA), στον καθορισμό της θεραπείας με τη χρήση στροφικής μηριαίας οστεοτομίας (femoral derotational osteotomy: FDO) και στη μετεγχειρητική επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων

**Υλικό & Μέθοδος:** Μεταξύ Ιανουαρίου 2008 και Δεκεμβρίου 2012, μελετήθηκαν 12 περιπτώσεις παιδιατρικών FDO λόγω IFA που σταθεροποιήθηκαν είτε με μονόπλευρο σύστημα εξωτερικής οστεοσύνθεσης (5), είτε με γωνιώδη πλάκα (3), είτε με ενδομυελικό ήλο (4). Σε όλες χρησιμοποιήθηκε 3D-GA τόσο προεγχειρητικά όσο και ένα χρόνο μετεγχειρητικά και συγκρίθηκαν οι ακόλουθες παράμετροι: μέση IFA, μέση μέγιστη έσω στροφή ισχίου, μέση μέγιστη έξω στροφή ισχίου. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση συζευγμένου Student t-test.

**Αποτελέσματα:** Στην κινηματική μελέτη όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν ανωμαλίες στο μετωπιαίο επίπεδο που διορθώθηκαν μετεγχειρητικά. Συγκεκριμένα, η μέση IFA μειώθηκε από  $33.33 \pm 7.66^\circ$  σε  $10.45 \pm 7.57^\circ$  ( $p < 0.0001$ ), η μέση μέγιστη έσω στροφή ισχίου μειώθηκε από  $71.67 \pm 8.35^\circ$  σε  $42.92 \pm 6.56^\circ$  ( $p < 0.0001$ ) και η μέση μέγιστη έξω στροφή ισχίου αυξήθηκε από  $30.42 \pm 14.05^\circ$  σε  $49.17 \pm 11.45^\circ$  ( $p < 0.0001$ ).

**Συμπεράσματα:** Η 3D-GA είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο ανάδειξης και καθορισμού ανωμαλιών στις παραμέτρους βάδισης σε παιδιά με IFA, συμβάλλοντας στην επιτυχή χειρουργική αντιμετώπισή τους. Μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη μέθοδος ποσοτικοποίησης των παθολογικών παραμέτρων βάδισης και διόρθωσής τους μετεγχειρητικά σε σύγκριση με στατικές μελέτες όπως η αξονική τομογραφία.

**ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΕΡΚΙΔΑΣ ΜΕ ΜΕΓΑΛΗ ΠΑΡΕΚΤΟΠΙΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ.  
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΟΙΚΤΗ ΑΝΑΤΑΞΗ**

Γ. Χριστοδούλου, Θ. Ρεπαντής, Γ. Τάγαρης, Γ. Σδούγκος, Α. Βλάχος, Β. Δασκαλόπουλος  
*Ορθοπαιδικό Τμήμα, Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παιδών Πατρών*

**Σκοπός:** Η μελέτη των αποτελεσμάτων της ανοικτής ανάταξης των καταγμάτων κεφαλής κερκίδας με μεγάλη παρεκτόπιση και γωνίωση  $> 70^\circ$  σε παιδιατρικούς ασθενείς.

**Υλικό-Μέθοδος:** Σε διάστημα 25 ετών νοσηλεύσαμε 26 παιδιά που είχαν υποστεί κάταγμα κεφαλής κερκίδας με μεγάλη παρεκτόπιση και γωνίωση  $> 70^\circ$  και υποβλήθηκαν σε ανοικτή ανάταξη κατάγματος. Πρόκειται για 16 αγόρια και 12 κορίτσια με μέση ηλικία 9 ετών. Σταθεροποίηση με K-wires έγινε σε 20 περιπτώσεις (77%). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 9 χρόνια. Στο 55% των περιπτώσεων συνυπήρχαν συνοδές κακώσεις όπως κάταγμα ωλεκράνου, ωλένης, παρατροχιλίου, κορωνοειδούς απόφυσης και εξάρθρημα αγκώνος.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα κριτήρια του D' Souza είχαμε 25% εξαιρετικά αποτελέσματα, 42% καλά, 21% μέτρια και 10% πτωχά. Τα χειρότερα αποτελέσματα εμφανίστηκαν σε ασθενείς με βαριές και σύνθετες κακώσεις και σε παιδιά με ηλικία  $>10$  ετών. Οι λειτουργικές επιπλοκές αφορούσαν κυρίως περιορισμό πρηνισμού (15 περιπτώσεις) και υππιασμού (10 παιδιά) και λιγότερο κάμψης και έκτασης. Ακτινολογικές επιπλοκές: Μεγέθυνση κεφαλής σε όλες τις περιπτώσεις, μερική νέκρωση σε 3, πρώιμη σύγκλιση επιφυσιακής πλάκας σε 5, οστεοποιός μυΐτις σε 6 και προσωρινή πάρεση κερκιδικού νεύρου σε 3 περιπτώσεις.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας είναι ανάλογα της βαρύτητας της κάκωσης. Τα χειρότερα αποτελέσματα εμφανίστηκαν σε ασθενείς με βαριές και σύνθετες κακώσεις και με ηλικία  $>10$  ετών. Οι λειτουργικές επιπλοκές αφορούν κυρίως περιορισμό του πρηνισμού και υππιασμού ενώ συχνότερες ακτινολογικές επιπλοκές ήταν η οστεοποιός μυΐτιδα, η νέκρωση και η πρώιμη σύγκλιση επιφυσιακής πλάκας που συνοδεύτηκαν και με λειτουργικά ελλείμματα.

### **Η ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ MEYER ΩΣ ΣΠΑΝΙΑ ΑΙΤΙΑ ΕΠΩΔΥΝΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Ν. Μαρκέας, Λ. Δημόπουλος, Α. Συντριλάλας, Μ. Τζιώρτζης, Χ. Μήρτσιος, Ν. Σταυρόπουλος,  
Δ. Πασπαράκης

*Β' Ορθοπαιδική κλινική Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»*

**Σκοπός:** Η δυσπλασία Meyer είναι μια σπάνια παθολογική κατάσταση που προσβάλλει τη μηριαία κεφαλή στην παιδική ηλικία. Περιγράφονται δύο περιπτώσεις παιδιών με χαρακτηριστική κλινική και απεικονιστική εκδήλωση της νόσου, που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά και παρακολουθούνται ακόμη για την εκτίμηση της εξέλιξης της μηριαίας κεφαλής.

**Υλικό-Μέθοδος** Αγόρια, ηλικίας 5 ετών και 4 μηνών αμφότερα, προσκομίστηκαν στα ιατρεία της κλινικής μας εξ αιτίας επώδυνης χωλότητας, χωρίς πυρετό ή άλλα συνοδά γενικά φαινόμενα. Τα συμπτώματα είχαν εμφανιστεί για πρώτη φορά πριν 10 και 40 ημέρες αντίστοιχα και αποδόθηκαν σε παροδική υμενίτιδα. Ο αιματολογικός και ο βιοχημικός έλεγχος ήταν αρνητικοί, ενώ το υπερηχογράφημα απεκάλυψε ενδοαρθρική συλλογή. Οι ακτινογραφίες ανέδειξαν αναπτυξιακές διαταραχές των προσβεβλημένων κεφαλών. Η διάγνωση συνέκλινε υπέρ της νόσου Perthes, πλην όμως η εξέλιξη της κατάστασης διέψευσε τους αρχικούς φόβους.

**Αποτελέσματα:** Μετά τον αρχικό περιορισμό δραστηριοτήτων, η ένταση των συμπτωμάτων μειώθηκε και τα παιδιά επανήλθαν στις προηγούμενες ενασχολήσεις των. Η απεικονιστική εξέλιξη της μηριαίας κεφαλής δεν ήταν αυτή της νόσου Perthes. Στον ένα ασθενή, 25 μήνες μετά την αρχική διάγνωση, διαπιστούται πλήρης και ανώδυνη κινητικότητα των αρθρώσεων, οι οποίες παρουσιάζουν coxa magna. Στον άλλο ασθενή, 12 μήνες μετά την έναρξη των ενοχλημάτων, διαπιστούται η ίδια κλινική εικόνα στο δεξιό ισχίο, με παρόμοια παραμόρφωση (coxa magna).

**Συμπεράσματα:** Η δυσπλασία Meyer αντιπροσωπεύει μια φυσιολογική παραλλαγή οστεοποίησης της μηριαίας κεφαλής, είναι ασυμπτωματική και ανακαλύπτεται συνήθως σε τυχαίο ακτινολογικό έλεγχο. Σε περιπτώσεις αμφοτερόπλευρης προσβολής πρέπει να αποκλειστούν η επιφυσιακή δυσπλασία και ο υποθυρεοειδισμός. Η γνώση ύπαρξης της δυσπλασίας Meyer μπορεί να προλάβει μη αναγκαίες κινητοποιήσεις και άσκοπες νοσηλείες.

**ΠΡΩΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΕΝΟΝΤΟΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΚΝΗΜΙΑΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΔΥΣΚΑΜΠΤΗΣ ΡΑΙΒΟ-ΙΠΠΟ-ΚΟΙΛΟΠΟΔΙΑΣ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ**

Α. Σπαθής<sup>2</sup>, Γ. Παρασκευάς<sup>1</sup>, Κ. Φιλιόπουλος<sup>2</sup>, Α. Μαρμπούτη<sup>1</sup>, Μ. Πετρά<sup>2</sup>, Π. Κιτσούλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Ανατομίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,

<sup>2</sup>Ορθοπαιδικό Τμήμα Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης

**Σκοπός:** Παρουσίαση των πρώιμων αποτελεσμάτων τενοντομεταφοράς του οπισθίου κνημιαίου, για τη διόρθωση της δύσκαμπτης ραιβο-ιππο-κοιλοποδίας επί εδάφους νευρολογικών παθήσεων.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Κατά τα τελευταία 4 έτη, 7 ασθενείς με υποκείμενη νευρολογική πάθηση και δύσκαμπτη ραιβο-ιππο-κοιλοποδία, αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην κλινική μας. Οι ασθενείς, ηλικίας 9-17 ετών (μ.ό. 12,2 ετών), έπασχαν από: περιφερική πολυνευροπάθεια (2), εγκεφαλική παράλυση (3), αγενεσία ιερού και καθήλωση τελικού νηματίου (1) και μονοπληγία/ πάρεση ισχιακού νεύρου αγνώστου αιτιολογίας (1). Σε 5 ασθενείς, η παραμόρφωση ήταν αμφοτερόπλευρη. Σε όλους τους ασθενείς, η χειρουργική διόρθωση περιελάμβανε διατομή της πελματιαίας απονεύρωσης και θυλακοτομές 1<sup>ου</sup> στίχου/ έσω χείλους ποδός, σε συνδυασμό με μεταφορά του τένοντα οπισθίου κνημιαίου στο 3<sup>ο</sup> σφηνοειδές δια της μεσοστέου μεμβράνης (σε 6 ασθενείς), ενώ σε 1 ασθενή, έγινε ημι-μεταφορά του τένοντα οπισθίου κνημιαίου στον βραχύ περνιαίο. Σε 4 ασθενείς, η επέμβαση συνδυάστηκε με επιμήκυνση Αχιλλείου τένοντα. Μετεγχειρητικά, εφαρμόστηκε κνημοποδικός γυψεπίδεσμος για 2 μήνες και στη συνέχεια λειτουργικός κηδεμόνας.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης ήταν 1,2 έτη (εύρος: 6 μήνες έως 3,5 έτη). Κατά την τελευταία εξέταση, σε 6 από τους 7 ασθενείς, διαπιστώνεται άριστο σχήμα ποδός, τόσο κλινικά όσο και με τη χρήση πελματογραφήματος, ενώ βελτιώθηκε κατά πολύ η βάδισή τους.

**Συμπέρασμα:** Σε ασθενείς με ραιβο-ιππο-κοιλοποδία, επί εδάφους υποκείμενης νευρολογικής νόσου και συνεπακόλουθης μυϊκής ανισορροπίας των εξωγενών μυών του άκρου ποδός, η μεταφορά του τένοντα οπισθίου κνημιαίου (στη ράχη του ποδός ή στον βραχύ περνιαίο) επιτρέπει τη διόρθωση της παραμόρφωσης και την εξισορρόπηση της δράσης των μυών, ενώ βελτιώνει την εφαρμογή κηδεμόνων και τη βάδιση.

**ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ 25 ΕΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ BOSTON**

Σ. Πέλλιος<sup>1</sup>, Μ. Ποτούπνης<sup>1</sup>, Ε. Κεσανίδης<sup>1</sup>, Ε. Τσιρίδης<sup>1</sup>, Φ. Σάιεχ<sup>1</sup>, Γ. Πετσατώδης<sup>2</sup>, Ι. Κύρκος<sup>1</sup>, Γ. Καπετάνος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική – Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης- Γ.Ν. Παπαγεωργίου

<sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική – Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης- Γ.Ν. Παπανικολάου

**Σκοπός:** Η παρουσίαση των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων της συντηρητικής αντιμετώπισης Εφηβικής Ιδιοπαθούς Σκολίωσης (ΕΙΣ) με κηδεμόνα Boston σε ομάδα ασθενών, 25 έτη μετά την αφαίρεση του κηδεμόνα.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** 101 ασθενείς με ΕΙΣ που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά στο παρελθόν με κηδεμόνα Boston αναζητήθηκαν 25 χρόνια μετά την εφαρμογή του, με σκοπό την καταγραφή των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων της θεραπείας. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο, ενώ συμπλήρωσαν επίσης ειδικά ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής ( SF-36, SRS-22 και ODI). Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με τα αντίστοιχα αποτελέσματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας καθώς και της άμεσης περιόδου αφαίρεσης του κηδεμόνα.

**Αποτελέσματα:** Ανευρέθηκαν 77 ασθενείς , 71 γυναίκες και 6 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 40.2 ( ± 3.2) έτη. Η μέση ηλικία των ασθενών κατά την εφαρμογή του κηδεμόνα ήταν 13.2 ( ± 1.5) έτη, ενώ ο μέσος χρόνος εφαρμογής του ήταν 2.7 ( ± 1.2) έτη. Ο επανέλεγχος των ασθενών έγινε στα 25.05 ( ± 2.8) έτη μετά την αφαίρεση του κηδεμόνα. Το μέσο εύρος του κύριου σκολιωτικού κυρτώματος (γωνία Cobb) προ εφαρμογής του κηδεμόνα ήταν 28.1 ( ± 8.5) μοίρες. Το μέσο εύρος του κύριου σκολιωτικού κυρτώματος (γωνία Cobb) ελαττώθηκε κατά 5.63 ( ± 9.12) στο άμεσο διάστημα αφαίρεσης του κηδεμόνα. Ωστόσο παρουσίασε αύξηση κατά 2.93 ( ± 4.87) στο μακροχρόνιο έλεγχο των ασθενών.

**Συμπεράσματα:** Η επιτυχής αντιμετώπιση της ΙΕΣ χαρακτηρίζεται από ελάττωση του κύριου σκολιωτικού κυρτώματος στο τέλος της θεραπείας. Ωστόσο μετά την αφαίρεση του μπορεί να υπάρξει αύξηση του κυρτώματος που συνεχίζεται έως τα 25 έτη.



## ΕΠΙΚΥΡΩΣΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ Η ΟΠΟΙΑ ΠΡΟΣΟΜΟΙΑΖΕΙ ΦΟΡΤΙΣΗ ΑΚΡΟΥ ΜΕ ΑΠΛΕΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ

B. Campbell<sup>1</sup>, P. Papapetropoulos<sup>2</sup>, S. Conti<sup>2</sup>, M. Miller<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA, <sup>2</sup>University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, USA

**Σκοπός:** Η απεικόνιση με φορτιζόμενο άκρο μπορεί να είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος για τη διάγνωση πολλών ορθοπαιδικών παθήσεων. Ορισμένες παθήσεις, όπως ο βλαισός μεγάλος δάκτυκλος (BMD), μεταβάλλονται με τη φόρτιση, και η αλλαγή στη γεωμετρία μπορεί να επηρεάσει τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Ο τρέχων σκοπός είναι να αποδειχθεί η μέθοδος για την επικύρωση της συσκευής και η απεικόνιση των αλλαγών που προκαλούνται από το βάρος στον BMD.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η κύρια λειτουργία της συσκευής είναι να εφαρμόζει φορτίο στο πόδι του ασθενούς κατά τη διάρκεια αξονικής τομογραφίας (AT). Η συσκευή, σχεδιασμένη με συμβατά υλικά, αποτελείται από ένα πεντάλ με ελατήριο και ένα κάθισμα με ρυθμιζόμενη απόσταση από τη συσκευή. Η συμπίεση των ελατηρίων παρέχει ένα μετρήσιμο φορτίο στο πόδι και την ποδοκνημική. Το μέγιστο φορτίο επιλέγεται από την προσαρμογή δύο κοχλιών που περιορίζουν τη συμπίεση του ελατηρίου. Το πόδι του ασθενούς πιέζει το μεντάλ μέχρι να συμπιεστούν τα ελατήρια.

**Αποτελέσματα:** Η γωνία του BMD και η γωνία μεταξύ της πρώτης φάλαγγας και του μεταταρσίου, συγκρίθηκαν μεταξύ τους σε φυσιολογικό ασθενή σε ακτινογραφία σε όρθια θέση και αξονική τομογραφία υπό φόρτιση. Η γωνία στην ακτινογραφία ήταν 7 °. Η γωνία στην αξονική τομογραφία ήταν 6 °. Δύο ασθενείς με BMD μετρήθηκαν επίσης με AT. Οι γωνίες του BMD σε μη φορτιζόμενες AT ήταν μικρότερες από τις γωνίες σε φορτιζόμενες AT. Οι γωνίες που μετρήθηκαν σε ακτινογραφίες ήταν μεγαλύτερα από αυτές στις AT.

**Συμπέρασμα:** Επιπλέον συλλογή δεδομένων για να επιτευχθεί ένα μέγεθος δείγματος πιο γενικευμένο και να επικυρώσει ότι η προσομοίωση της πλήρους φόρτισης είναι ισοδύναμη με την πλήρη φόρτιση είναι σε εξέλιξη.

**ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΜΑΚΡΟΥ ΠΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΜΥΟΣ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΤΕΝΟΝΤΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΑΘΛΗΤΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Σ. Ριστάνης<sup>1</sup>, S. Docking<sup>2</sup>, H. Bedi<sup>1</sup>, J.L. Cook<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*OrthoSport Victoria, Epworth Hospital, Melbourne, Australia*

<sup>2</sup>*School of Physiotherapy, Monash University, Melbourne, Australia*

**Σκοπός:** Η χρόνια τενοντίτιδα του Αχιλλείου είναι μια συχνή κατάσταση στους αθλητές. Η πρώτη γραμμή αντιμετώπισης είναι συντηρητική, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να παραμείνουν. Ο ρόλος του χειρουργείου δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητός και διαφορετικοί τύποι επεμβάσεων έχουν προταθεί. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει την παρουσία φλεγμονώδους αντίδρασης στον παρατένοντα που περιβάλλει Αχίλλειο και μακρο πελματικό, η οποία μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία συμφύσεων μεταξύ των δυο τενόντων και κατ'επέκταση σε παθολογία της περιοχής. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να παρουσιάσουμε τη σειρά μας από 12 επαγγελματίες αθλητές που αντιμετωπίσαμε χειρουργικά με καθαρισμό (scraping) του Αχιλλείου και εκτομή του μακρού πελματικού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η δομή του Αχιλλείου ελέγχθηκε πρό- και μετεγχειρητικά με μια νέα τεχνική που βασίζεται στην αξιολόγηση ιστών με τη βοήθεια υψηλής ευκρίνειας υπερηχοτομογράφου (ultrasound tissue characterisation technique, UTC). Με την τεχνική αυτή τυποποιείται σε σταθερό πρότυπο η κλίση, εστίαση, το βάθος και η γωνίωση της κεφαλής του υπερήχου, με αποτέλεσμα να μπορούμε να αξιολογήσουμε με μεγάλη αξιοπιστία και συγκρισιμότητα τους υπό εξέταση ιστούς

**Αποτέλεσμα:** Η παρουσία ενός αποδιοργανωμένου εγκολεασμένου μακρού πελματικού εντοπίστηκε με τη χρήση του UTC σε όλους τους ασθενείς. Τα VISA-A scores βελτιώθηκαν σημαντικά μετεγχειρητικά (μ.ο 38.8±13.0). Η μορφολογία του Αχιλλείου επίσης βελτιώθηκε μετεγχειρητικά, όπως φάνηκε με το UTC. Όλοι οι αθλητές επέστρεψαν στις αθλητικές τους δραστηριότητες σε μ.ο 3 μηνών.

**Συμπεράσματα:** Η αποδιοργάνωση ενός εγκολεασμένου μακρού πελματικού φαίνεται να συνδράμει σημαντικά στη δημιουργία της χρόνιας τενοντίτιδας του Αχιλλείου. Στη σειρά μας, όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά με εκτομή του μακρού πελματικού με αποτελέσματα απόλυτα ικανοποιητικά.

**ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΤΙΚΗ ΑΡΘΡΟΔΕΣΗ ΥΠΑΣΤΡΑΓΑΛΙΚΗΣ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΠΟΡΩΔΟΥΣ ΤΑΝΤΑΛΙΟΥ: ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Ι. Βλάμης, Β. Πολυζώης, Ε. Παπαδέλη, Π. Καραμπίνας, Σ. Κουφός, Σ. Πνευματικός  
*Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ «ΚΑΤ»*

**Σκοπός:** Σε αρκετές επανορθωτικές επεμβάσεις στον οπίσθιο πόδα είναι απαραίτητη η χρήση δομικών μοσχευμάτων για την πλήρωση των οστικών ελλειμμάτων. Μέχρι σήμερα, ως μέθοδος εκλογής θεωρείται η λήψη αυτομοσχεύματος (λαγόνια ακρολοφία, κνημιαίο πλατώ κλπ) με συγκεκριμένο ωστόσο ποσοστό επιπλοκών (νοσηρότητα της δότριας χώρας σε ποσοστό μέχρι και 41%). Προκειμένου να αποφευχθεί η επιπλοκή αυτή χρησιμοποιήθηκε από τους μελετητές πορώδες ταντάλιο ως δομικό μόσχευμα. Το μέταλλο αυτό παρουσιάζει ποσοστό ενσωμάτωσης αντίστοιχο των οστικών μοσχευμάτων, υψηλή σταθερότητα, μειωμένο ποσοστό φλεγμονών και επίτευξη σταθερής αρθρόδεσης.

**Υλικό & Μέθοδος:** 18 ασθενείς (11 άνδρες, 7 γυναίκες) υπεβλήθησαν σε αρθρόδεση υπαστραγαλικής με αρθροδιάταση με τη χρήση Μεταλλικού Προθέματος Τανταλίου και μελετήθηκαν αναδρομικά. Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν αφενός κλινικά με τη χρήση των ερωτηματολογίων AOFAS και VAS, αφετέρου ακτινολογικά. Η μέση περίοδος παρακολούθησης ήταν 18 μήνες.

**Αποτελέσματα:** Σε όλους τους ασθενείς παρατηρήθηκε επιτυχής αρθρόδεση χωρίς σημαντικές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Κλινικά, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση τόσο στο AOFAS όσο και στο VAS score. Ακτινολογικά, όλες οι παράμετροι που μελετήθηκαν παρουσίασαν βελτίωση (αστραγαλοπτερνική γωνία, αστραγαλοπτερνικό ύψος/μήκος, γωνία κλίσης αστραγάλου) και οι παρατηρούμενες διορθώσεις διατηρήθηκαν μέχρι και την τελική επίσκεψη παρακολούθησης.

**Συμπέρασμα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της σειράς ασθενών, το πορώδες ταντάλιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δομικό μόσχευμα σε περιπτώσεις που ενδείκνυται η διατατική αρθρόδεση της υπαστραγαλικής.

## **ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΠΕΛΜΑΤΙΑΙΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ(PLANTAR PLATE) ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΑΡΣΟΦΑΛΑΓΓΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΤΟΥ ΜΑΚΡΟΥ ΕΚΤΕΙΝΟΝΤΑ ΤΟΥΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥΣ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΜΕ ΜΙΑ ΝΕΑ ΤΕΧΝΙΚΗ**

Ε.Μπάλλας, J. Jelali, P.J. Briggs

*Τμήμα ποδοκνημικής και άκρου ποδός, Freeman Hospital, Newcastle Upon Tyne NHS Trust*

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης μας είναι να παρουσιάσουμε μια νέα χειρουργική τεχνική για την ανακατασκευή ρήξεων του πελματιαίου πετάλου της μεταταρσιοφαλαγγικής άρθρωσης σε μια ομάδα 38 ασθενών

**Μέθοδοι:** Αντιμετωπίσαμε 38 ασθενείς (41 MTP αρθρώσεις), με μέση ηλικία 57 ετών (εύρος 44 - 72) και η μέση διάρκεια των συμπτωμάτων του 2 έτη (εύρος από 0, 5 έως 10 έτη). Η πελματιαία πλάκα της δεύτερης μεταταρσιοφαλαγγικής άρθρωσης είχε προσβληθεί συνηθέστερα (93%) με συνηθέστερο τύπο ρήξης Grade I (53%). Σε 25 ασθενείς έγινε ταυτόχρονη διόρθωση του βλαισού μεγάλου δακτύλου και η μετεγχειρητική παρακολούθηση κυμάνθηκε από 2 έως 81 μήνες.

Η ανακατασκευή είναι εξωαρθρική. Ο τένοντας του EDL διατέμνεται ραχιαία και κινητοποιείται κάτω από την εγγύς φάλαγγα και τον διαμετατάρσιο σύνδεσμο. Αφού καθηλωθεί με ράμμα στην βάση της εγγύς φάλαγγας και στο εγγύς άκρο του συνδέσμου μετακινείται κάτω από τον αυχένα του μεταταρσίου και καθηλώνεται στον έσω θύλακο της άρθρωσης και τον EDL.

**Αποτελέσματα:** Σε ένα ποσοστό 81%(33 από τους 41 ασθενείς) επετεύχθη άριστη ευθυγράμμιση και σταθερότητα της άρθρωσης. Οι ασθενείς δεν ανέφεραν πόνο και ήταν απόλυτα ικανοποιημένοι με το τελικό αποτέλεσμα. Υποτροπή της παραμόρφωσης με ασταθή άρθρωση που απαιτεί μια νέα χειρουργική αντιμετώπιση παρατηρήθηκε σε 8 ασθενείς. Η αποτυχία ήταν πιο πιθανό με την παρουσία προεγχειρητικά υπεξαρθρήματος Ένας ασθενής παρουσίασε λοίμωξη του τραύματος.

**Συμπεράσματα:** Η βέλτιστη χειρουργική αποκατάσταση των ρήξεων του πελματιαίου πετάλου της μεταταρσιοφαλαγγικής άρθρωσης του ποδιού δεν έχει ακόμα αποσαφηνιστεί. Τα πλεονεκτήματα της προτεινόμενης εξωαρθρικής μας τεχνικής είναι ότι μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης δυσκαμψίας της άρθρωσης, τις ούλες πελματιαία και την παραμόρφωση 'floating toe' μετά από οστεοτομία τύπου Weil. Αποτελεί έτσι μια ασφαλή τεχνική για την αποκατάσταση των συχνών αυτών ρήξεων,

**IN VIVO ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΜΕΤΑΤΑΡΣΟΦΑΛΛΑΓΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΑΡΣΟΜΕΤΑΤΑΡΣΙΩΝ**S. Conti<sup>1</sup>, P. Papapetropoulos<sup>1</sup>, B. Campbell<sup>2</sup>, M. Miller<sup>2</sup><sup>1</sup>University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, USA, <sup>2</sup>The University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA

**Σκοπός:** Έχει αποδειχθεί ότι η πυκνότητα κατά μήκος του πρώτου μεταταρσίου αλλάζει λόγω παθολογικών καταστάσεων. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η ραχιαία επιφάνεια του συνόλου μεταταρσίου είναι πυκνότερη από το πελματιαία επιφάνεια και ότι η έξω επιφάνεια του συνόλου του μεταταρσίου είναι πυκνότερη από την έσω επιφάνεια. Η έρευνά μας υποδηλώνει ότι το εγγύς-έξω τμήμα του μεταταρσίου ήταν πυκνότερο από το άπω-έσω τμήμα. Πιστεύουμε ότι το επόμενο βήμα είναι μια επέκταση αυτής της εργασίας για in vivo ανάλυση για την πρόβλεψη της εξέλιξης της πυκνότητας των οστών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Γυναίκες ασθενείς, ηλικίας μεταξύ 30 και 65 ετών συμμετείχαν εθελοντικά στην αξονική τομογραφία του ποδιού. Μετά την ανακατασκευή, οι περιοχές ενδιαφέροντος αναλύθηκαν και καταγράφηκαν. Στο οβελιαίο επίπεδο, οι περιοχές αυτές περιελάμβαναν την ραχιαία και πελματιαία πλευρά της κεφαλής μεταταρσίου, τη βάση του μεταταρσίου και του σφηνοειδούς και διαβάστικαν από έσω προς τα έξω. Στο εγκάρσιο επίπεδο, οι περιοχές αυτές περιελάμβαναν την έσω και έξω πλευρά της κεφαλής του μεταταρσίου, τη βάση του μεταταρσίου, και σφηνοειδούς και διαβάστικαν από ραχιαία σε πελματιαία κατεύθυνση. Η πυκνότητα μετρήθηκε σε μονάδες Hounsfield (HU).

**Αποτελέσματα:** Στο οβελιαίο επίπεδο των δύο πρώτων ασθενείς η HU ήταν υψηλότερες στην ραχιαία επιφάνεια σε σύγκριση με την πελματιαία επιφάνεια στην κεφαλή, στη βάση και στο σφηνοειδές. Στο εγκάρσιο επίπεδο, τα αποτελέσματα δείχνουν μόνο στην κεφαλή του μεταταρσίου ήταν HU υψηλότερη από την έξω επιφάνεια.

**Συμπεράσματα:** Επιπλέον συλλογή δεδομένων για να επιτευχθεί ένα μέγεθος δείγματος πιο γενικευμένο βρίσκεται σε εξέλιξη.

**ΝΕΥΡΩΜΑ MORTON – ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ , ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**  
Α.Κωνσταντινίδης<sup>1</sup>, Ε. Περδικάκης<sup>2</sup>, Δ. Γεωργιάννος<sup>1</sup>, Δ. Καπούτσης<sup>1</sup>, Η. Μπισμπινάς<sup>1</sup>, Μ.Σαββίδης<sup>1</sup>,  
Γ. Γκούβας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Ορθοπαιδική Κλινική 424 Γ.Σ.Ν.Ε., <sup>2</sup>Ακτινολογικό Τμήμα 424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Το νεύρωμα Morton αποτελεί τη συχνότερη νευροπάθεια του κάτω άκρου και επομένως η υποψία του και η διαγνωστική του προσέγγιση είναι γνωστές σε κάθε ορθοπαιδικό χειρουργό. Η θεραπευτική του προσέγγιση συνεχίζει όμως να αποτελεί μία πρόκληση, καθώς η χειρουργική του αφαίρεση ελλοχεύει τον κίνδυνο της επιδείνωσης των συμπτωμάτων και της υποτροπής.

**Υλικό – Μέθοδος:** Από το Σεπτέμβριο 2012 και για 2 συνεχόμενα έτη, 72 ασθενείς (55 γυναίκες – 17 άνδρες) ηλικίας 29 – 78 ετών (Μ.Ο.ηλικίας 50,6 έτη –Μ.Ο. παρακολούθησης 13,2 μήνες) με ελάχιστη παρακολούθηση τους 6 μήνες, εξετάστηκαν στα Εξωτερικά Ιατρεία Α' Ορθοπαιδικής πάσχοντες από μεταταρσαλγία με ποιοτικά χαρακτηριστικά και κλινικές δοκιμασίες ενδεικτικές για νεύρωμα Morton. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε σε 43 περιπτώσεις με μαγνητική τομογραφία (60%) και σε 29 περιπτώσεις με υπερηχογράφημα μαλακών μορίων (40%). Το νεύρωμα αφορούσε σε 38 περιπτώσεις το δεξί πόδι (53%), σε 25 το αριστερό (35%) και σε 9 περιπτώσεις ήταν αμφοτερόπλευρο (12%). Θεραπευτικά, σε 47 ασθενείς δόθηκαν οδηγίες για κατάλληλα υποδήματα και αντιφλεγμονώδη αγωγή (65%), σε 14 ασθενείς διενεργήθηκε τοπική έγχυση κορτικοστεροειδούς με ή χωρίς καθοδήγηση με υπερηχογράφημα(19%), ενώ σε 11 ασθενείς (15,2%) διενεργήθηκε αφαίρεση του νευρώματος με ραχιαία προσπέλαση με τοπική 8 (72%) ή ενδορραχιαία αναισθησία 3 (28%).

**Αποτελέσματα:** Η συντηρητική θεραπεία είναι αποτελεσματική και εφαρμοζόμενη με επιμονή για 6 τουλάχιστον μήνες οδηγεί σε υποχώρηση των ενοχλημάτων στο 84% των ασθενών. Η χειρουργική αφαίρεση του νευρώματος με ραχιαία προσπέλαση σε επιλεγμένες περιπτώσεις έχει πολύ καλά αποτελέσματα χωρίς μείζονες επιπλοκές. Στη μικρή σειρά μας μέχρι και σήμερα, δεν υπάρχουν παρά μόνο 2 επιπολής λοιμώξεις και διασπάσεις τραύματος που αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με αλλαγές.

**Συμπέρασμα:** Παρόλο που ο επιπολασμός του νευρώματος Morton είναι σχετικά συχνός, η χειρουργική του θεραπεία πρέπει να γίνεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις, όπου η οξύτητα των ενοχλημάτων δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική αγωγή και όπου η χρονιότητά τους δεν αφήνει περιθώρια συντηρητικής θεραπείας.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗΣ ΣΥΡΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΡΗΞΕΩΝ ΤΟΥ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ**

Δ. Μπέλας, Κ. Λαμπροπούλου-Αδαμίδου, Μ. Massud, Γ. Γκατζουράκη, Ι. Μπενέτος, Σ. Πνευματικός  
Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική ΓΝΑ «ΚΑΤ»

**Σκοπός:** Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων συγκριτικής μελέτης μεταξύ διαδερμικής και ανοικτής τεχνικής αποκατάστασης των ρήξεων του αχίλλειου τένοντα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Στη μελέτη περιλαμβάνονται συνολικά 65 ασθενείς, οι οποίοι διακρίνονται σε δύο ομάδες, Α και Β. Η ομάδα Α περιλαμβάνει 31 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας τα 40,2 έτη οι οποίοι υποβλήθηκαν σε διαδερμική συρραφή Αχιλλείου τένοντα και η ομάδα Β 34 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 42,1 έτη που αντιμετώπιστηκαν με τη μέθοδο της ανοικτής συρραφής. Σε 5 περιπτώσεις η διαδερμική συρραφή πραγματοποιήθηκε με τον ασθενή υπό γενική αναισθησία ενώ σε όλες τις άλλες περιπτώσεις υπό ραχιαία αναισθησία. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε βάσει βαθμολόγησης σύμφωνα με το Ankle-hindfoot scale της AOFS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society) ενώ συγχρόνως οι ασθενείς απάντησαν σε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο το οποίο αξιολογούσε το βαθμό ικανοποίησης τους μετά την εφαρμογή της μεθόδου.

**Αποτελέσματα:** Στον τελευταίο μετεγχειρητικό έλεγχο ο μέσος όρος βαθμολογίας του ankle hindfoot scale στην ομάδα Α ήταν 98 και στην ομάδα Β ήταν 91. Δεν παρατηρήθηκαν διεγχειρητικές ή άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές στους ασθενείς της ομάδας Α οι οποίοι δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από το αποτέλεσμα σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας Β.

**Συμπεράσματα:** Η αποκατάσταση των ρήξεων του αχίλλειου τένοντα διαμέσου της διαδερμικής συρραφής είναι προτιμότερη της κλασσικής ανοικτής συρραφής, ιδίως όταν λαμβάνονται υπόψη παράμετροι όπως η ηλικία του ασθενούς, το επάγγελμα και ο βαθμός ενασχόλησης του με αθλητικές δραστηριότητες. Είναι σχετικά εύκολη και σύντομη τεχνική η οποία μειώνει δραματικά τα ποσοστά φλεγμονής του χειρουργικού τραύματος, επιταχύνοντας το χρόνο επούλωσης και το χρόνο επανόδου του ασθενή στην καθημερινότητα.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΕ ΣΕΙΡΑ 100 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ MINIMALLY INVASIVE CHEVRON-AKIN ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ (MICA) ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΤΟΥ ΒΛΑΙΣΟΥ ΜΕΓΑΛΟΥ ΔΑΚΤΥΛΟΥ.**

Σ. Ριστάνης, A. Amin, H. Bedi

*OrthoSport Victoria, Epworth Hospital, Melbourne, Australia*

**Σκοπός:** Η διαδερμική minimally invasive chevron-akin (MICA) οστεοτομία είναι μια νέα χειρουργική τεχνική για τη διόρθωση του βλαισού μεγάλου δακτύλου. Ακόμη στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει κάποια μεγάλη δημοσιευμένη σειρά ασθενών που να δείχνει τα αποτελέσματα της τεχνικής αυτής. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσει προοπτικά τα κλινικά και ακτινολογικά αποτελέσματα σε μια σειρά 100 τέτοιων MICA οστεοτομιών.

**Υλικό & Μέθοδος:** Οι οστεοτομίες πραγματοποιήθηκαν από έναν μόνο χειρουργό και μέσα σε διάστημα 20 μηνών (Ιαν 2012-Σεπτ 2013). Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν σε τακτά χρονικά διαστήματα μετεγχειρητικά, μέχρι του 1 έτους. Η κλινική διόρθωση του βλαισού μεγάλου δακτύλου βαθμολογήθηκε με βάση την Manchester scale. Η ακτινολογική διόρθωση εκτιμήθηκε με βάση τη διόρθωση της γωνίας βλαισότητας της 1<sup>ης</sup> μεταταρσοφαλαγγικής άρθρωσης (HVa) και της μεσομεταταρσικής γωνίας (IMTa).

**Αποτέλεσμα:** Προεγχειρητικά, η παραμόρφωση του βλαισού μεγάλου δακτύλου με βάση την Manchester scale ήταν ήπια σε 30 ασθενείς (30%), μέτρια σε 48 (48%) και σοβαρή σε 22 (22%). Πλήρως επιτυχής διόρθωση της βλαισότητας επιτεύχθηκε σε 92 (92%) περιπτώσεις. Στις υπόλοιπες 8 (8%) παρέμεινε μικρή παραμόρφωση βλαισότητας (υποδιόρθωση). Όλες οι υποδιορθώσεις συνέβησαν σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού βλαισό μεγάλο δάκτυλο προεγχειρητικά. Η γωνία HVa βελτιώθηκε σημαντικά από  $28.7^{\circ} \pm 9.7^{\circ}$  σε  $11.5^{\circ} \pm 7.0^{\circ}$  ( $p < 0.0001$ ). Παρομοίως η IMTa μειώθηκε από  $14.5^{\circ} \pm 6.1^{\circ}$  σε  $9.0^{\circ} \pm 4.4^{\circ}$  ( $p < 0.0001$ ). Ως επιπλοκές είχαμε ένα περιστατικό με ψευδάρθρωση, ένα με μόλυνση και σε 5 ασθενείς είχαμε οπισθοχώρηση (back-out) των βιδών που χρησιμοποιήθηκαν για την σταθεροποίηση της οστεοτομίας Chevron.

**Συμπεράσματα:** Η διαδερμική minimally invasive chevron-akin (MICA) τεχνική μπορεί να αποκαταστήσει αξιόπιστα την παραμόρφωση του βλαισού μεγάλου δακτύλου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που η παραμόρφωση είναι ήπια έως μέτρια.



**ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ SCARF ΔΙΑΦΥΣΗΣ 1<sup>ΟΥ</sup> ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΟΥ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΜΑΣ ΣΕ 18 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

Α. Κωνσταντινίδης, Δ. Γεωργιάννος, Δ. Καπούτσης, Η. Μπισμπινάς, Μ. Σαββίδης, Γ. Γκούβας  
*Α' Ορθοπαιδική Κλινική 424 Γ.Σ.Ν.Ε.*

**Σκοπός:** Η οστεοτομία Scarf είναι μία σχετικά νέα διαφυσική οστεοτομία 1<sup>ου</sup> μεταταρσίου, που αποκτά ολοένα και περισσότερους οπαδούς στη χειρουργική της ποδοκνημικής και του άκρου ποδός για τη διόρθωση μεσαίου βαθμού παραμορφώσεων βλαισού μεγάλου δακτύλου.

**Υλικό – Μέθοδος:** Από το Σεπτέμβριο 2012 και για 2 συνεχόμενα έτη, 18 γυναίκες ασθενείς ηλικίας 38 – 77 ετών (Μ.Ο. ηλικίας 62,5 έτη – Μ.Ο. παρακολούθησης 12,8 μήνες) υποβλήθηκαν σε οστεοτομία Scarf. Όλοι οι ασθενείς φωτογραφήθηκαν προεγχειρητικά, συμπλήρωσαν το βαθμολόγιο AOFAS Hallux και υποβλήθηκαν σε ακτινογραφία άκρου ποδός αμφοτερόπλευρα με δύο λήψεις σε όρθια θέση. Η χειρουργική επέμβαση πραγματοποιήθηκε υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο και περιελάμβανε πάντα διατομή του προσαγωγού του μεγάλου δακτύλου, διατομή του κρεμαστήρα του έξω σησαμοειδούς, αφαίρεση προέχουσας απόφυσης, οστεοσύνθεση με δύο βίδες 3,2χιλ. και έσω θυλακοπλαστική. Σε 10 ασθενείς έγιναν 15 συμπληρωματικές επεμβάσεις προσθίου ποδός. Όλοι οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν με ακτινολογικό έλεγχο στις 6 εβδομάδες και στους 3 μήνες και υποβλήθηκαν ξανά στο ερωτηματολόγιο στους 3 μήνες και στην τελευταία παρακολούθηση.

**Αποτελέσματα:** Σε 16 ασθενείς (88%) επιτράπηκε η άμεση φόρτιση του άκρου ποδός με ειδικό μετεγχειρητικό υπόδημα αποφόρτισης προσθίου ποδός για 6 εβδομάδες και στη συνέχεια προοδευτική πλήρης φόρτιση και επάνοδος σε καθημερινές και αθλητικές δραστηριότητες τον επόμενο μήνα. Το βαθμολόγιο AOFAS βελτιώθηκε από 62,2 σε 88,4 κατά την τελευταία παρακολούθηση.

**Συμπέρασμα:** Η οστεοτομία Scarf αποτελεί μία χαμηλού κόστους επέμβαση για τα οικονομικά της υγείας, ασφαλή για τον χειρουργό και αποτελεσματική για τον ασθενή οστεοτομία διόρθωσης παραμόρφωσης βλαισού μεγάλου δακτύλου.

**ΠΡΟΛΗΨΗ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΤΕ ΜΕ ΕΝΕΣΙΜΗ ΝΑΤΡΙΟΥΧΟ ΒΕΜΗΠΑΡΙΝΗ ΕΙΤΕ ΜΕ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΡΙΒΑΡΟΞΑΒΑΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ; ΜΙΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΛΕΤΗ.**

Β. Χουλιάρης<sup>1</sup>, Γ. Καβαλάρης<sup>2</sup>, Σ. Καλιαρντάς<sup>1</sup>, Φ. Γαλάνη<sup>2</sup>, Β. Τσάγγου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ορθοπαιδική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Άρτας, <sup>2</sup>Ακτινολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Άρτας

**Εισαγωγή:** Η εν τω βάθει Φλεβική Θρόμβωση είναι μία σοβαρή και αρκετά συχνή επιπλοκή μετά από μείζονες Ορθοπαιδικές επεμβάσεις, ιδιαίτερα μετά από αρθροπλαστικές ισχίου και γόνατος. Η Πλαστική Αποκατάσταση του Προσθίου Χιαστού (ΠΠΧΣ) περιγράφεται ως επέμβαση με μέτριου βαθμού κίνδυνο για μετεγχειρητική φλεβοθρόμβωση, και αυτό οφείλεται κυρίως στη χρήση ισχαιίου περιδέσης αλλά και στην χρονική διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Ο σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εκτιμήσει την επίπτωση της μετεγχειρητικής φλεβοθρόμβωσης μετά από πλαστική προσθίου χιαστού και να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα της θρομβοπροφύλαξης είτε με ενέσιμο Νατριούχο Βεμηπαρίνη είτε με από του στόματος Ριβαροξαβάνη.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για μία τυχαιοποιημένη, προοπτική, διπλή-τυφλή μελέτη που ερευνά 50 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Πλαστική Αποκατάσταση του προσθίου χιαστού. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν υποδόρια Νατριούχο Βεμηπαρίνη 6 ώρες μετά την επέμβαση και την 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα. Μετά την έξοδο τους από την κλινική οι Ασθενείς έλαβαν είτε Νατριούχο Βεμηπαρίνη ενέσιμο για 20 ημέρες μετεγχειρητικά (Ομάδα Α = 25 ασθενείς) είτε Ριβαροξαβάνη από του στόματος για 20 ημέρες (Ομάδα Β = 25 ασθενείς). Όλοι οι ασθενείς χειρουργήθηκαν από την ίδια χειρουργική ομάδα, με την ίδια τεχνική και μόσχευμα (Αυτομόσχευμα οπισθίων μηριαίων) και ακολούθησαν το ίδιο μετεγχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης. Οι ασθενείς με συνοδές μηνισκικές ή χόνδρινες βλάβες ή άλλες συνδεσμικές βλάβες που χρειάστηκαν και επιπρόσθετες επεμβάσεις και ακολούθησαν διαφορετικό πρόγραμμα αποκατάστασης αποκλείστηκαν από την παρούσα μελέτη.

**Αποτελέσματα:** Δεν έγινε διάγνωση Φλεβοθρόμβωσης είτε κλινικά είτε υπερηχοτομογραφικά σε κανένα ασθενή την ημέρα της εξόδου από την κλινική. Όλοι οι ασθενείς και των 2 ομάδων υποβλήθηκαν σε έγχρωμο υπερηχοτομογραφικό έλεγχο των αγγείων την 20<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα (16 – 22 ημέρες μετεγχειρητικά), ο οποίος ήταν αρνητικός για διάγνωση Φλεβοθρόμβωσης. Επιπρόσθετα κανείς ασθενής δεν διαγνώστηκε με Πνευμονική Εμβολή. Παρατηρήθηκε μία ελάσσονα αιμορραγία στο χειρουργημένο γόνατο ενός ασθενούς από την ομάδα Β που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με φαρμακευτική αγωγή με NSAIDs και παγοθεραπεία.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη αποδεικνύει ότι η Θρομβοπροφύλαξη που επιτυγχάνεται είτε με ενέσιμο Νατριούχο Βεμηπαρίνη είτε με από του στόματος Ριβαροξαβάνη για 20 ημέρες μετά την επέμβαση κρίνεται αποτελεσματική και χωρίς ουσιαστικές και στατιστικά σημαντικές διαφορές. Χρειάζονται όμως περισσότερες μελέτες για να αναδείξουν την ακριβή χρονική διάρκεια της φλεβοπροφύλαξης μετά από ΠΠΧΣ ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν παράγοντες κινδύνου.

**Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΜΒΡΑΝΗΣ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟΥ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΧΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΕΝΔΟΣΥΝΔΕΣΜΙΚΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ**

D.-S. Evangelopoulos<sup>1,2</sup>, S. Pneumaticos<sup>2</sup>, S.S. Ahmad<sup>1</sup>, S. Schvienbacher<sup>1</sup>, S. Kohl<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, *Inselspital, Πανεπιστήμιο Βέρνης, Ελβετία*

<sup>2</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ελλάδα

**Σκοπός:** Η ανάλυση της επίδρασης της εφαρμογής μεμβράνης κολλαγόνου τύπου 1&3 στο δυναμικό επούλωσης του ΠΧΣ μετά από άμεση αποκατάσταση με την τεχνική της Δυναμικής Ενδοσυνδεσμικής Σταθεροποίησης (DIS).

**Υλικό & Μέθοδος** 56 ασθενείς με πρόσφατη ρήξη ΠΧΣ, στην μεσότητα του συνδέσμου (midsubstance tears), υποβλήθηκαν σε άμεση αποκατάσταση με την τεχνική της Δυναμικής Ενδοσυνδεσμικής Σταθεροποίησης. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με αντιστοιχία ως προς την περιοχή βλάβης του ΠΧΣ και τις συνοδές μηνισκικές κακώσεις (matched groups). Στην ομάδα Α συμμετείχαν από 33 ασθενείς που υποβλήθηκαν στην τεχνική DIS πριν το 2013, ενώ στην ομάδα Β συμμετείχαν 23 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε DIS μαζί με εφαρμογή μεμβράνης κολλαγόνου. Καταγράφησαν τα Tegner, Lysholm, International Knee Documentation Committee (IKDC) σκορ, η μεταβολή της προσθιοπίσθιας σταθερότητας μεταξύ πάσχοντος και υγιούς μέλους (KT-1000 knee arthrometer: Δ- AT translation) και το VAS προεγχειρητικά και στις επανεξετάσεις των 3, 6 και 12 μηνών, μετεγχειρητικά.

**Αποτελέσματα:** Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα δραστηριότητας (Tegner & Lysholm scores) και στην μεταβολή προσθιοπίσθιας σταθερότητας (Δ-AT translation) μεταξύ των δύο ομάδων. Παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών στην ομάδα Α, 4 ασθενείς εμφάνισαν επαναρήξη και 5 σημαντικό έλλειμα έκτασης. Όλοι υποβλήθηκαν σε νέα επέμβαση (ανακατασκευή, καθαρισμό).

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή μεμβράνης κολλαγόνου παρουσίασε θετική επίπτωση στην άμεση αποκατάσταση πρόσφατων ρήξεων στην περιοχή της μεσότητας του ΠΧΣ (midsubstance tears) καθώς οδήγησε σε σημαντική μείωση του ποσοστού των επιπλοκών και των δευτερευουσών επεμβάσεων.

**ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΖΙΚΩΝ ΡΗΞΕΩΝ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΙΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ**

*Γ. Αλεξιάδης, Κ. Τόλης, Ι. Παυλίδης, Α. Καρδάτος, Φ. Γιαννούλης, Ε. Φανδρίδης  
Κλινική Χεριού-Άνω Άκρου-Μικροχειρουργικής, Γ.Ν.Α. "ΚΑΤ", Αθήνα*

**Σκοπός:** Η αναδρομική μελέτη ασθενών με αρθροσκοπική αποκατάσταση μαζικών ρήξεων οπισθίου τενοντίου πετάλου.

**Υλικό & Μέθοδος:** 31 ασθενείς με μαζική ρήξη οπισθίου τενοντίου πετάλου αντιμετώπιστηκαν αρθροσκοπικά την περίοδο 2009-2014. Ο μ.ο ηλικίας ήταν 51 έτη (38-61). Όλοι οι ασθενείς εκτιμήθηκαν προεγχειρητικά με κλινική εξέταση και με το Constant score (CS) και το Subjective Shoulder Score (SSS). Η μαζική ρήξη εκτιμήθηκε προεγχειρητικά με μαγνητική τομογραφία ώμου. Όλοι οι ασθενείς είχαν ανύψωση άκρου τουλάχιστον 90°. Όλοι οι ασθενείς αντιμετώπιστηκαν αρθροσκοπικά σε πλάγια θέση με έλξη του άκρου. Η οπίσθια και πρόσθια θυλακτομή, η κινητοποίηση του τενοντίου πετάλου, η διάνοιξη του στροφικού διαστήματος πραγματοποιήθηκαν σε όλες τις περιπτώσεις για την κινητοποίηση και καθήλωση με μικρότερη τάση του τενοντίου πετάλου. Σε 25 ασθενείς επιβεβαιώθηκε η μαζική ρήξη μόνο του οπισθίου πετάλου και σε 6 ασθενείς υπήρχε συνοδός ρήξη υποπλατίου. Σε 23 περιπτώσεις επιτεύχθηκε ανατομική αποκατάσταση και σε 8 περιπτώσεις μερική αποκατάσταση (70-90%). Σε όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν άγκυρες-ράμματα. Εφαρμόστηκε νάρθηκας απαγωγής για 4 εβδομάδες.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 25 μήνες (12-42). Το CS και το SSS βελτιώθηκαν σημαντικά. 4 ασθενείς δεν κατάφεραν να επιστρέψουν στις αθλητικές δραστηριότητες. Ο ακτινολογικός έλεγχος ανέδειξε μείωση της ακρωμιοβραχιόνιας απόστασης σε 6 περιπτώσεις και ήπιες αρθρικές αλλοιώσεις σε 5 περιπτώσεις.

**Συμπεράσματα:** Η επιλογή των ασθενών, ο προεγχειρητικός σχεδιασμός με την μελέτη της μαγνητικής τομογραφίας και οι τεχνικές απελευθέρωσης του τενοντίου πετάλου για την καθήλωσή του με μικρότερη τάση, εξασφαλίζουν καλά κλινικά και λειτουργικά αποτελέσματα κατά την αρθροσκοπική αποκατάσταση μαζικών ρήξεων του οπισθίου τενοντίου πετάλου.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΧΕΙΡΑ**

Κ. Ράπτης<sup>1,2</sup>, Ε. Μπάλλας<sup>1</sup>, Ι. Σταθόπουλος<sup>1,3</sup>, Δ. Αντωνόπουλος<sup>1</sup>, Ε. Φανδρίδης<sup>1</sup>, Σ. Σπυρίδωνος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Κλινική Ακρας Χείρας, Μικροχειρουργικής, Άνω Άκρου, ΓΝΑ ΚΑΤ

<sup>2</sup>Α Ορθοπαιδική Κλινική 251 ΓΝΑ

<sup>3</sup>Γ' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική ΓΝΑ ΚΑΤ

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση των συγκριτικών μακροπρόθεσμων κλινικών αποτελέσματα των χειρουργικών τεχνικών στη θεραπεία της συμπτωματικής αρθρίτιδας της βασικής άρθρωσης του αντίχειρα.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 78 ασθενείς με μέσο όρο ηλικίας 68,5 έτη (εύρος, 53-79 έτη) με συμπτωματική αρθρίτιδα της καρπομετακάρπιας άρθρωσης του αντίχειρα. Η σταδιοποίηση βασίστηκε στην ακτινολογική ταξινόμηση κατά Eaton. Από τους ασθενείς η ομάδα Α (n= 10) αντιμετωπίστηκε με αρθρόδεση της πολυγωνομετακάρπιας άρθρωσης, στην ομάδα Β (n=30) χρησιμοποιήθηκε αφαιρετική αρθροπλαστική με παρεμβολή τένοντος του κερκιδικού καμπήρα του καρπού (LRTI) και στην ομάδα Γ (n=38) απλή αφαίρεση του μείζονος πολυγώνου (trapeziectomy). Η επιλογή της μεθόδου ήταν συνάρτηση του σταδίου της νόσου, της ηλικίας και των απαιτήσεων του ασθενούς.

Η κλινική εκτίμηση των ασθενών βασίστηκε στη χρήση προ- μετεγχειρητικά των DASH Score και Mann-Whitney ερωτηματολογίων, στον υπολογισμό του εύρους κίνησης της πολυγωνομετακάρπιας άρθρωσης, της δύναμης δραγμού και σύλληψης και στο βαθμό των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 5,8 έτη (εύρος, 4-7 έτη).

**Αποτελέσματα:** Σε όλες τις ομάδες ασθενών το DASH Score και το Mann Whitney test παρουσίασαν σημαντική βελτίωση σε βάθος χρόνου χωρίς σημαντικές διαφορές. Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές καταγράφηκαν στις παραμέτρους της δύναμης δραγμού και σύλληψης, ενώ στην ομάδα Α εμφανίστηκε σημαντική μείωση στο εύρος κίνησης της άρθρωσης. Καταγράφηκαν περισσότερες επιπλοκές στην τεχνική της αρθρόδεσης, ενώ η μετεγχειρητική ικανοποίηση των ασθενών υπερτερούσε στις τεχνικές LRTI και στην trapeziectomy. Ο μέσος χρόνος χειρουργείου ήταν σημαντικά μικρότερος στην trapeziectomy.

**Συμπεράσματα:** Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές καταγράφηκαν στα κλινικά αποτελέσματα μεταξύ των διαφορετικών τεχνικών αντιμετώπισης των ασθενών. Η τεχνική της μεμονωμένης αφαίρεσης του μείζονος πολυγώνου προτείνεται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ως μέθοδος εκλογής λόγω της υψηλού δείκτη ικανοποίησης των ασθενών, του χαμηλού βαθμού επιπλοκών, του μικρότερου χειρουργικού χρόνου και της ευκολότερης συγκριτικά χειρουργικής τεχνικής.

## **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΜΕ ΚΛΕΙΔΟΥΜΕΝΗ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΗ ΗΛΩΣΗ**

A. Χατζηγιαννάκης, N. Παπαντωνίου, Π. Τουζόπουλος, Σ. Ιορδανίδης, Χ. Μπογιατζής,  
A. Gordeev

*Ορθοπαιδική Κλινική Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης*

**Σκοπός:** Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ορθόδρομης ενδομυελικής ήλωσης των καταγμάτων διάφυσης του βραχιονίου και η επίπτωση στη λειτουργία του στροφικού πετάλου.

**Υλικό και μέθοδος:** Από το 2008 μέχρι το 2013 αντιμετωπίστηκαν δέκα τέσσερις ασθενείς με κλειστά κατάγματα διάφυσης του βραχιονίου με ενδομυελική ήλωση τύπου Pollagous. Σε όλες τις περιπτώσεις εφαρμόστηκε γλυφανισμός και τοποθέτηση περιφερικών βιδών. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 44 χρόνια ( 38-71 ) και ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 1.5 χρόνος ( 1-4). Σύμφωνα με την ταξινόμηση της AO/ASIF, 7 ήταν τύπου A, 5 τύπου Β και 2 τύπου C. Εκτιμήθηκαν ο χρόνος πώρωσης του κατάγματος, το εύρος κίνησης του ώμου και οι επιπλοκές. Για τον ώμο χρησιμοποιήθηκε το Constant scor.

**Αποτελέσματα:** Όλα τα κατάγματα πωρώθηκαν σε καλή ανατομική θέση στα δυο επίπεδα των ακτινογραφιών, με μέσο χρόνο 14 εβδομάδες ( 9- 18 ). Δεν παρατηρήθηκε καμία διεγχειρητική ή μετεγχειρητική επιπλοκή σε σχέση με το κάταγμα ή νευροαγγειακά. Σε όλους τους ασθενείς επιτεύχθηκε πλήρης κίνηση του ώμου εκτός από ένα με επώδυνο περιορισμό της απαγωγής ( 110°) και σε ένα με ελάττωση της έκτασης του αγκώνα κατά 10°.

**Συμπεράσματα:** Η ορθόδρομη ενδομυελική ήλωση είναι πολύ χρήσιμη επιλογή για την αντιμετώπιση καταγμάτων της διάφυσης του βραχιονίου. Απαιτεί όμως προσοχή στην δημιουργία της πύλης εισόδου για αποφυγή του συνδρόμου πρόσκρουσης. Τα αποτελέσματα αυτής της σειράς παρέχουν μια πολύ καλή λειτουργικότητα του άνω άκρου χωρίς ενοχλήσεις από το στροφικό πέταλο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΟΓΚΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΕΛΥΤΡΩΝ: ΕΚΠΥΡΗΝΙΣΗ Η ΕΚΤΟΜΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΥ;**

Ι. Παπαναστασίου, Α. Κάτζιος, Β. Πρεβεζάνος, Θ. Χαρίτος, Ι. Πατούλιας, Γ. Παπαγεωργίου, Δ. Ντάλλας, Α. Ανδρέακος  
*Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας «Αγιοι Ανάργυροι»*

**Σκοπός:** Στη μελέτη αυτή αναλύονται τα ογκολογικά & λειτουργικά αποτελέσματα μετά από εκτομή ογκων νευρικών ελυτρών ακρου & κορμου (νευρινώμα/ σβαννώμα/ νευρινόσαρκωμα).

**Υλικό-μέθοδος:** 19 συνεχόμενοι ασθενείς (ηλικίας 26-65 ετών, μο 43) μελετήθηκαν κατά το διάστημα 2006- 2014. 7 ασθενείς έπασχαν από Νευρινόσαρκωμα και υπεβλήθησαν σε ενδοεξτομή του όγκου και του υποκείμενου νεύρου (1 εκτομή ισχιακού, 1 κνημιαίου και 1 μεσοπλεύριου νεύρου). Οι υπόλοιποι 12 ασθενείς είχαν καλοήθεις όγκους ελυτρών (3 στην ιγνύ, 2 στο βραχιόνιο πλέγμα, 3 σε δακτυλικά νεύρα, 1 στον ταρσιαίο σωλήνα και τα λοιπά στους προσαγωγούς, δελτοειδή, και βραχίονα). Σε αυτές τις περιπτώσεις υπο νευροπαρακολούθηση έγινε είτε εξαίρεση του νεύρου (έλασσαν νευρικό στέλεχος- 2 περιπτώσεις) ή συνήθως εκπυρήνιση του όγκου από το κυρίως στέλεχος του νεύρου με μικροπαρασκευή των νευρικών δεσμίδων (10 ασθενείς).

**Αποτελέσματα:** Όλοι οι ασθενείς με σαρκώματα είναι εν ζωή, (ένας με πνευμονικές μεταστάσεις), χωρίς περιστατικά τοπικής υποτροπής. Οι ασθενείς με εκτομή ισχιακού/ η περονιαίου χρησιμοποιούν κνημοποδικούς κηδεμονες. Στην ομάδα της επινευρόλυσης δεν είχαμε κινητικά ελλείματα, παρά νευραπραξία (2 περιπτώσεις) ή ελάσσονες αισθητικές διαταραχές. Οι μισοί όμως από τους ασθενείς εμφάνισαν σημαντική αλγοδυστροφία που υφέθη πλήρως μετά από παρακολούθηση στο ιατρείο πόνου για 2-6 μήνες.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με όγκους των νευρικών ελυτρών είναι σημαντική η διαφοροδιάγνωση των κακοήθων όγκων όπου θα πρέπει να γίνεται ενδοεξτομή του νευρικού στελέχους. Σε καλοήθεις όγκους η προσεκτική επινευρόλυση και εκπυρήνιση του όγκου έχει πολύ καλά αποτελέσματα, αν και προσωρινά μπορεί να υπάρχει σημαντική αλγοδυστροφία ή νευραπραξία, για τα οποία ο ασθενής πρέπει να έχει ενημερωθεί κατάλληλα.

**Η ΜΕΘΥΛΙΩΣΗ ΤΟΥ DNA ΚΑΙ Η BMP-2 ΡΥΘΜΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΚΛΕΡΟΣΤΙΝΗΣ ΣΤΑ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΚΑ ΧΟΝΔΡΟΚΥΤΤΑΡΑ**

I. Παπαθανασίου<sup>1</sup>, Κ.Ν. Μαλίζος<sup>2</sup>, Φ. Κωστοπούλου<sup>1</sup>, Α. Τσέζου<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Κυτταρογενετικής και Μοριακής Γενετικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

<sup>2</sup>Ορθοπαιδική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

**Σκοπός:** Η σκλεροστίνη (SOST) συμμετέχει στην υπερτροφική διαφοροποίηση των χονδροκυττάρων, βασικό χαρακτηριστικό της οστεοαρθρίτιδας (ΟΑ). Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε ο πιθανός ρόλος της μεθυλίωσης του DNA και της μορφογενετικής πρωτεΐνης των οστών 2 (BMP-2) στη ρύθμιση της έκφρασης της σκλεροστίνης στην ΟΑ.

**Υλικό και Μέθοδος:** Αρθρικοί χόνδροι ελήφθησαν από 14 ασθενείς με πρωτοπαθή οστεοαρθρίτιδα και από 10 υγιή άτομα χωρίς ιστορικό αρθρικών παθήσεων. Η μεταγραφική και πρωτεϊνική έκφραση του SOST μελετήθηκε με PCR πραγματικού χρόνου και Western Blot, αντίστοιχα. Η ανάλυση του προτύπου μεθυλίωσης του υποκινητή του SOST έγινε με τη μέθοδο qMSP (quantitative methylation-specific PCR) και Bisulfite-sequencing. Ακολούθησε προσδιορισμός της έκφρασης του SOST μετά από επίδραση με BMP-2 και 5-AzadC σε χονδροκύτταρα. Τέλος, μελετήθηκε η ύπαρξη στοιχείων πρόσδεσης των Smad 1/5/8 στον υποκινητή του γονιδίου SOST μέσω της ανοσοκαθίζησης της χρωματίνης (ChIP).

**Αποτέλεσμα:** Παρατηρήθηκε υπομεθυλίωση του υποκινητή του SOST στα οστεοαρθρικά χονδροκύτταρα η οποία σχετίζεται με την αυξημένη έκφραση του γονιδίου στην ΟΑ. Η ανάλυση Bisulfite sequencing ανέδειξε 3 CpG δινοκλεοτίδια που υπομεθυλιώνονται στα ΟΑ χονδροκύτταρα και τα οποία εντοπίζονται κοντά στη θέση σύνδεσης των μεταγραφικών παραγόντων Smad 1/5/8. Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε ότι η BMP-2 επάγει την έκφραση του SOST μέσω άμεσης σύνδεσης των Smad 1/5/8 στην υπομεθυλιωμένη CpG περιοχή του υποκινητή του γονιδίου.

**Συμπεράσματα:** Η μεθυλίωση του DNA ρυθμίζει την έκφραση του SOST στην ΟΑ, μέσω τροποποίησης της ικανότητας σύνδεσης των μεταγραφικών παραγόντων Smad 1/5/8 στον υποκινητή του γονιδίου, αναδεικνύοντας νέους μοριακούς-θεραπευτικούς στόχους για την ΟΑ, καθώς η μεθυλίωση του DNA αποτελεί έναν αντιστρεπτό μηχανισμό ρύθμισης της έκφρασης των γονιδίων.



**ΜΕΛΕΤΗ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΩΝ ΣΤΟ ΑΡΘΡΙΚΟ ΥΓΡΟ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕ ΡΗΞΗ ΜΗΝΙΣΚΟΥ ΓΟΝΑΤΩΝ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΘΡΙΚΟΥ ΧΟΝΔΡΟΥ**

Σ. Σαμαρά<sup>1</sup>, Θ. Κατωπόδη<sup>1</sup>, Σ. Βαρυτιμίδη<sup>2</sup>, Μ. Χαντές<sup>2</sup>, Β. Πλιάκα<sup>4</sup>, Λ. Αλεξόπουλος<sup>3,4</sup>, Π. Κόλλια<sup>1</sup>, Ζ. Νταϊλιάννα<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εργαστήριο Γενετικής Ανθρώπου, Τομέας Γενετικής και Βιοτεχνολογίας, Σχολή Βιολογίας, ΕΚΠΑ, Αθήνα,

<sup>2</sup>Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα,

<sup>3</sup>Εργαστήριο Εμβιομηχανικής και Συστημικής Βιολογίας, Σχολή Μηχανολόγων Μηχανικών, ΕΜΠ, Αθήνα

<sup>4</sup>Protatonce Ltd., Αθήνα,

**Σκοπός:** Η οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) είναι μια εκφυλιστική νόσος των αρθρώσεων. Η ρήξη του μηνίσκου προκαλεί φλεγμονή στην αρθρική κοιλότητα, η οποία, αν δεν αντιμετωπιστεί οδηγεί σε οστεοαρθρίτιδα. Στην εργασία αυτή μελετήθηκε η παρουσία κυτταροκινών στο αρθρικό υγρό (ΑΥ) γονάτων με ρήξη μηνίσκου (PM) και γονάτων με ΟΑ καθώς και ο πιθανός ρόλος τους στην εξέλιξη της οστεοαρθρίτιδας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Συλλέχθηκε ΑΥ από ασθενείς με ΟΑ (N=32) και με PM (N=8), οι οποίοι υποβλήθηκαν σε αρθροπλαστική γόνατος και μηνισκεκτομή, αντίστοιχα. Μετρήθηκαν 22 φλεγμονώδεις κυτταροκίνες με την τεχνική της multiplex ELISA (Luminex FlexMAP 3D). Δυο εξ' αυτών (IL-8, GroA) χρησιμοποιήθηκαν για επίδραση σε καλλιέργειες φυσιολογικών δισκίων χόνδρου για 14 ημέρες. Ακολούθησε μέτρηση των γλυκοζαμινογλυκανών (GAGs) στον ιστό και το υπερκείμενο της καλλιέργειας και ιστολογική ανάλυση.

**Αποτελέσματα:** Η μελέτη του ΑΥ των ασθενών με ΟΑ και PM ανέδειξε παρόμοιο προφίλ κυτταροκινών και στις δυο ομάδες, με αυξημένα επίπεδα στους ασθενείς με ΟΑ. Τα επίπεδα των GAGs μειώθηκαν στους ιστούς που καλλιεργήθηκαν, με παράλληλη αύξηση στο υπερκείμενο της καλλιέργειας. Το φαινόμενο αυτό ήταν εντονότερο παρουσία της GroA. Ιστολογικά, η IL8 δεν φαίνεται να προκαλεί σημαντικές αλλοιώσεις, σε αντίθεση με την GroA, που σε συνδυασμό ή όχι με την IL8 επιφέρει αλλοιώσεις παρόμοιες με αυτές που παρατηρούνται στην οστεοαρθρίτιδα.

**Συμπεράσματα:** Τα παραπάνω αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι κυτταροκίνες που εκλύονται κατά τον τραυματισμό του μηνίσκου μπορούν να προκαλέσουν οστεοαρθρικές αλλαγές που οφείλονται σε βιολογικά-φλεγμονώδη αίτια, εκτός από τα εμβιομηχανικά, που εμφανίζονται στην άρθρωση μετά από τον τραυματισμό.

Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο-ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ)-Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο έργο : **ΘΑΛΗΣ**. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

**ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΙΣΧΙΟΥ ΑΠΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΣΕ 2 ΣΤΑΔΙΑ ΜΕ ΜΑΚΡΟ ΧΡΟΝΟ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ**

Γ. Μπάμπης<sup>1</sup>, Β.Σακελλαρίου<sup>2</sup>, Π. Πάντος<sup>3</sup>, Γ. Σάσαλος<sup>2</sup>, Ν. Σταυρόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>2η Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αγ. Όλγα, Νέα Ιωνία, <sup>2</sup>1η Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικών, Χαϊδάρη, <sup>3</sup>Orthopaedic Department, Asklepios Klinik, Seligenstadt, Germany

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του πρωτοκόλλου μακράς αναμονής μεταξύ των 2 σταδίων αναθεώρησης ολικής αρθροπλαστικής ισχίου επί εδάφους περιπροθετικής λοίμωξης από πολυανθεκτικούς μικροοργανισμούς.

**Υλικό & Μέθοδος:** Μελετήσαμε αναδρομικά τα αρχεία 31 ασθενών με περιπροθετική λοίμωξη ισχίου από πολυανθεκτικά μικρόβια. Το υλικό μας αποτελούνταν από 6 άνδρες και 25 γυναίκες με μέση ηλικία τα 64 έτη (εύρος 32-82 έτη) που αντιμετωπίστηκαν μεταξύ 2007 και 2010 στην κλινική μας. Οι ασθενείς είχαν ένα μέσο όρο 2 επεμβάσεων (εύρος 1-5) πριν από την προγραμματισμένη επέμβαση αναθεώρησης. Εφαρμόσαμε ένα τροποποιημένο πρωτόκολλο αντιμετώπισης σε 2 στάδια με ένα μέσο διάστημα αναμονής μεταξύ των 2 σταδίων 9.2 μηνών (εύρος 8-12 μήνες) πριν από την εμφύτευση των τελικών υλικών. Μετά το 1ο στάδιο οι ασθενείς έλαβαν αντιβιοτικά ενδοφλεβίως για μια μέση περίοδο 5.1 εβδομάδων (εύρος 4-6 εβδομάδες) που συνεχίστηκε με από του στόματος αντιβιοτική αγωγή για μια μέση περίοδο 17 εβδομάδων (εύρος 12 έως 21 εβδομάδες) βασισμένης στις διεγχειρητικές καλλιέργειες. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 30 μήνες (εύρος 20 έως 48 μήνες).

**Αποτελέσματα:** Σε 3 περιπτώσεις (9.6%) χρειάστηκε να επαναλάβουμε το 1ο στάδιο μετά από μια μέση περίοδο 12.3 εβδομάδων (11, 12, και 14 εβδομάδες μετά το χειρουργείο, αντίστοιχα) λόγω υποτροπής της λοίμωξης. Δεν υπήρξε καμία υποτροπή λοίμωξης μετά το 2ο στάδιο της επανεμφύτευσης των υλικών. Το λειτουργικό αποτέλεσμα των ασθενών βελτιώθηκε σημαντικά. Το μέσο Harris Hip Score βελτιώθηκε από 30 (+/- 5) προεγχειρητικά σε 75 (+/-6) κατά τον τελευταίο επανέλεγχο. Υπήρξαν 5 περιπτώσεις εξάρθρωσης του spacer τσιμέντου, που όμως δεν επηρέασαν αρνητικά το τελικό κλινικό αποτέλεσμα μετά το 2ο στάδιο. Δεν υπήρξαν περιπτώσεις αρθροκατάδυσης ή επιπλέον απώλειας οστικού υποστρώματος λόγω της παρατεταμένης παρουσίας του spacer.

**Συμπεράσματα:** Το πρωτόκολλο παρατεταμένης αναμονής μεταξύ των 2 σταδίων αναθεώρησης ισχίου σε περιπτώσεις περιπροθετικών λοιμώξεων από πολυανθεκτικά μικρόβια είναι αποτελεσματικό και ασφαλές. Οι περιπτώσεις με υποτροπή λοίμωξης μπορούν να αναγνωριστούν έγκαιρα μεταξύ των σταδίων και να δοθεί η δυνατότητα επανάληψης του χειρουργικού καθαρισμού πριν εμφύτευση των τελικών υλικών.

**ΣΥΝΤΡΙΠΤΙΚΑ ΠΑΡΕΚΤΟΠΙΣΜΕΝΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ 4 ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΑ ΩΜΟΥ. ΠΟΙΑ Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ; ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 38 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΜΕ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΣΕ ΤΕΣΣΕΡΑ ΕΤΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**

Δ. Βαρβιτσιώτης, Π. Παπαδόπουλος, Χ. Τζούρος, Β. Γενετζάκης, Χρ. Φερούσης, Ι. Φερούσης  
*Η' Ορθοπαιδική Κλινική, Μονάδα Χειρουργικής Ωμου, Γ.Ν.Ασκληπιείο Βούλας*

**Σκοπός:** Στα συντριπτικά παρεκτοπισμένα κατάγματα, 4 τμημάτων και στα κατάγματα – εξάρθρωμα του εγγύς πέρατος βραχιονίου, η επιλογή της χειρουργικής μεθόδου αντιμετώπισης αποτελεί ένα δίλλημα, ιδιαίτερα σε νέα άτομα. Με τη χρήση της εσωτερικής οστεοσύνθεσης, αναλαμβάνει κανείς το ρίσκο της άσηπτης νέκρωσης που μπορεί να επέλθει, αλλά εάν αυτό δεν συμβεί θα έχει λυθεί μονίμως το πρόβλημα ή εάν συμβεί μερική νέκρωση με ανώδυνη καλού εύρους κίνηση, θα έχει μεσολαβήσει πολύτιμος χρόνος μέχρι μια πιθανή δεύτερη επέμβαση αρθροπλαστικής. Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει τα αποτελέσματα της εσωτερικής οστεοσύνθεσης ως μιας αξιόπιστης εναλλακτικής μεθόδου αντιμετώπισης των ιδιαίτερος σοβαρών αυτών κακώσεων, οι οποίες συνήθως αντιμετωπίζονται με ημιαρθροπλαστική.

**Υλικό & Μέθοδος:** Η παρούσα μελέτη έλαβε χώρα από το 2010 έως και το 2012. Συμτείχαν 38 ασθενείς (22 άνδρες, 16 γυναίκες) οι οποίοι έπασχαν από συντριπτικά παρεκτοπισμένα κατάγματα 4 τμημάτων του εγγύς πέρατος βραχιονίου, ενώ σε 6 από αυτούς συνυπήρχε εξάρθρωμα. Το μέσο όρο ηλικίας τους ήταν 65 έτη (35-81). Σε όλους πραγματοποιήθηκε ακτινολογικός έλεγχος και αξονική τομογραφία για τη λεπτομερέστερη απεικόνιση του κατάγματος και τον προεγχειρητικό σχεδιασμό. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε ανοικτή ανάταξη και οστεοσύνθεση με πλάκα τύπου Philos κοχλίες καθώς και τοποθέτηση δομικού στηρικτικού μοσχεύματος. Σε όλους ετέθη επίδεση τύπου Dessault και εφαρμόστηκε φυσιοθεραπευτικό πρωτόκολλο με κινητοποίηση παθητική και ενεργητική υποβοηθούμενη από τις 3 εβδομάδες μετεγχειρητικά. Όλοι οι ασθενείς επανεξετάστηκαν σε τέσσερα έτη, κλινικά με την καταμέτρηση του Constant Score (CS) και με απεικονιστικό έλεγχο.

**Αποτελέσματα:** Το μέσο CS ήταν 70 στο σύνολο των ασθενών (10 - 94). Παρατηρήθηκε πλήρης άσηπτη νέκρωση της κεφαλής του βραχιονίου σε 5 εξ' αυτών με μ.ο. CS:13 και σε 8 μερική χωρίς αυτό να επηρεάσει ουσιωδώς το κλινικό αποτέλεσμα. Σε 1 παρατηρήθηκε μηχανική αποτυχία του υλικού με θραύση 2 κοχλιών χωρίς διείσδυση τους εντός της άρθρωσης. Σε 4 δεν επετεύχθη πλήρης ανατομική ανάταξη και παρατηρήθηκε γωνίωση της κεφαλής μεγαλύτερη των 30° ή παρεκτόπιση μεγαλύτερη των 2εκ. Δεν παρουσιάστηκε σε κανένα ασθενή άλλη επιπλοκή όπως λοίμωξη, ψευδάρθρωση ή νευρολογική βλάβη.

**Συμπεράσματα:** Η ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με πλάκα, για συντριπτικά, παρεκτοπισμένα κατάγματα 4 τεμαχίων του εγγύς πέρατος του βραχιονίου με ή χωρίς εξάρθρωμα, αποτελεί μία εναλλακτική μέθοδο χειρουργικής αντιμετώπισης που παρουσιάζει σοβαρές τεχνικές δυσκολίες και μερικές φορές αμφίβολα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματά μας συμβαδίζουν με την πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία, που πολλές φορές παρουσιάζουν την υπεροχή της μεθόδου αυτής συγκρινόμενης με τα αποτελέσματα της ημιαρθροπλαστικής όπου τα προβλήματα από την μετατόπιση, ψευδάρθρωση ή απορρόφηση των ογκωμάτων μπορεί να είναι σοβαρότερα.

## **ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΙΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΩΜΟΥ**

Δ. Αλεξάκης, Κ. Καραπατάκης, Ι. Μασιώτης, Π. Κατσάκου

*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική & Κλινική Αθλητικών Κακώσεων, Ευρωκλινική Αθηνών*

**Σκοπός:** Η παρουσίαση του τρόπου αντιμετώπισης των ασθενών με ασβεστοποιοό τενοντίτιδα του ώμου, που δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική θεραπεία, με αρθροσκοπική αφαίρεση της ασβέστωσης και συρραφή της εναπομένουσας ρήξης του στροφικού πετάλου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Την τελευταία τριετία 22 ασθενείς ηλικίας 26-72 ετών με ασβεστοποιοό τενοντίτιδα του ώμου αντιμετωπίστηκαν αρθροσκοπικά στην κλινική μας. Όλοι είχαν υποβληθεί σε 1-6 μήνες συντηρητικής αγωγής χωρίς ανταπόκριση. Υπεβλήθησαν σε αρθροσκόπηση του ώμου, αφαίρεση της ασβέστωσης και in situ συρραφή της δημιουργηθείσας μερικού πάχους ρήξης της θυλακικής πλευράς του τένοντα. Σε 8 ασθενείς έγινε και ακρωμιοπλαστική λόγω παρουσίας αρθροσκοπικών σημείων μηχανικής προστριβής ή υπερμεγέθους άκανθας.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς εξήλθαν την επομένη του χειρουργείου με απλή ανάρτηση του άκρου για 2 εβδομάδες. Στη συνέχεια ακολούθησαν πρόγραμμα φυσικοθεραπείας και επανήλθαν στις καθημερινές δραστηριότητες στις 6-8 εβδομάδες. Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το Constant score προεγχειρητικά και 6 μήνες μετά το χειρουργείο. Σε follow up 6 – 32 μηνών ένα επεισόδιο τενοντίτιδας στροφικού πετάλου παρατηρήθηκε 18 μήνες μετά, χωρίς ωστόσο παρουσία επασβέστωσης ή ρήξης του τένοντα, που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με αντιφλεγμονώδη και φυσικοθεραπεία.

**Συμπεράσματα:** Η αρθροσκόπηση του ώμου μπορεί να δώσει λύση στους ασθενείς με ασβεστοποιοό τενοντίτιδα του ώμου όταν τα συντηρητικά μέσα αποτυγχάνουν, με άριστα αποτελέσματα όσον αφορά τον πόνο και τη λειτουργικότητα του στροφικού πετάλου.

**ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΗΣ ΡΗΞΗΣ ΣΤΡΟΦΙΚΟΥ ΠΕΤΑΛΟΥ**

Γ. Μουζόπουλος<sup>1</sup>, Γ. Νομικός<sup>2</sup>, Β. Βασιλειάδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Ληξουρίου, <sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Χίου

**Σκοπός:** Συσχέτιση διαφόρων μεταβολικών παραγόντων με εκφυλιστικές ρήξεις του στροφικού πετάλου του ώμου.

**Μέθοδος-Υλικό:** Σε αναδρομική μελέτη συμμετείχαν 188 ασθενείς (112 γυναίκες και 76 άνδρες, ηλικίας 67±6.3 ετών), με κλινική και ακτινολογική (μαγνητική τομογραφία) εικόνα εκφυλιστικής ρήξης του στροφικού πετάλου του ώμου, που προσήλθαν για εξέταση στα τακτικά ιατρεία του νοσοκομείου μας, κατά την περίοδο 2010-2014. Σε όλους τους ασθενείς έγινε λήψη λεπτομερούς ιστορικού. Σε στατιστικό μοντέλο ανάλυσης παλινδρόμησης έγινε συσχέτιση μεταξύ των εκφυλιστικών ρήξεων του στροφικού πετάλου και των εξής παραγόντων: ηλικία, φύλο, σακχαρώδης διαβήτης, θυρεοειδοπάθεια και μεταβολικό σύνδρομο. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο STATA 8.0.

**Αποτελέσματα:** Γυναίκες ασθενείς με θυρεοειδοπάθεια έχουν 28% μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν εκφυλιστική ρήξη του στροφικού πετάλου (HR: 1.28 (1.085-1.36), p<0.05) σε σχέση με γυναίκες χωρίς ιστορικό θυρεοειδοπάθειας, ανεξάρτητα της ηλικίας. Άνδρες ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο έχουν 32% μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν εκφυλιστική ρήξη του στροφικού πετάλου (HR: 1.32 (1.066-1.19), p<0.05) σε σχέση με άνδρες χωρίς ιστορικό μεταβολικού συνδρόμου, ανεξάρτητα της ηλικίας.

**Συμπέρασμα:** Μεταβολικές παθήσεις όπως η θυρεοειδοπάθεια και το μεταβολικό σύνδρομο σχετίζονται σημαντικά με την εμφάνιση εκφυλιστικών ρήξεων του στροφικού πετάλου.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΝΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΠΑΓΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΑΝΤΙΒΡΑΧΙΟ

Δ. Μπουγιουκλής<sup>1</sup>, Ζ.Κόκκαλης<sup>2</sup>, Α. Παπαδήμας<sup>1</sup>, Η. Ηλιόπουλος<sup>2</sup>, Β. Ψυχογιός<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ε' Ορθοπαιδική κλινική Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

<sup>2</sup>Ορθοπαιδική κλινική πανεπιστημιακού Γ.Ν. Πατρών

**Σκοπός:** πρόκειται για μια αναδρομικής μελέτη που αφορά 11 ασθενείς με σύνδρομο πρόσθιου μεσόστεου νεύρου, οι οποίοι παρουσίαζαν μια ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και υποβλήθηκαν σε συντηρητική και χειρουργική θεραπεία.

**Υλικό & μέθοδος:** συμπεριελήφθησαν 11 ασθενείς (5 γυναίκες και 6 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 45 έτη). Όλοι υποβλήθηκαν αρχικά σε συντηρητική θεραπεία. Για όσους μετά από τρεις μήνες δεν παρατηρήθηκαν σημεία ανάληψης του νεύρου, εφαρμόστηκε χειρουργική αντιμετώπιση. Ο μέσος όρος follow up ήταν 47 μήνες. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με τις παρακάτω παραμέτρους: εύρος κίνησης, ικανότητα λεπτής σύλληψης αρκίβειας και δύναμη δακτύλου. Η αξιολόγηση του λειτουργικού αποτελέσματος έγινε με βάση το DASH score.

**Αποτελέσματα:** τέσσερις από τους ασθενείς της σειράς μας παρουσίαζαν μόνο απώλεια της λειτουργίας του μακρού καμπήρα του αντίχειρα (ΜΚΑ), πέντε παρουσίαζαν απώλεια της λειτουργίας τόσο το ΜΚΑ όσο και του εν τω βάθει καμπήρα του δείκτη. Επιπλέον, σε δύο ασθενείς παρατηρήθηκε αδυναμία του εν τω βάθει καμπήρα του μέσου, ενώ σε δύο ασθενείς υπήρχε παράλυση του στρογγύλου πρηνιστή. Εννιά ανέφεραν αμβλύ άλγος στο αντιβράχιο. Έξι ασθενείς παρουσίασαν αυτόματη αποκατάσταση του νεύρου μετά από 3-12. Πέντε ασθενείς στις 12 εβδομάδες υποβλήθηκαν σε χειρουργική διερεύνηση. Δέκα ασθενείς παρουσίασαν άριστα ή καλά αποτελέσματα, ενώ ένας υποβλήθηκε σε τενοντομεταφορά. Το DASH score σε όσους αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά δεν παρουσίαζε σημαντική διαφορά σε σχέση με αυτούς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση.

**Συμπεράσματα:** Το σύνδρομο του πρόσθιου μεσόστεου νεύρου μπορεί να εκδηλωθεί με ποικιλία συμπτωμάτων κλινικά. Εάν μετά από 12 εβδομάδες συντηρητικής αντιμετώπισης δεν υπάρχουν σημεία αποκατάστασης, τότε ενδείκνυται η χειρουργική αποσυμπίεση του νεύρου.

## ΣΤΕΡΟΕΙΔΙΚΕΣ ΕΝΕΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΡΘΡΟΛΥΣΗ ΣΕ “ΠΑΓΩΜΕΝΟ ΩΜΟ”

D. Baig<sup>1</sup>, Α. Προδρομίδης<sup>1,2</sup>, Χ.Π. Χαραλάμπους<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Orthopaedic Department, Blackpool Teaching Hospitals, Blackpool, UK

<sup>2</sup> School of Medicine and Dentistry, University of Central Lancashire, Preston, UK

<sup>3</sup> Institute of Inflammation and Repair, University of Manchester, Manchester, UK

**Σκοπός:** Μετά από αρθροσκοπική αρθρόλυση σε “Παγωμένο Ωμο”, στεροειδικές ενέσεις μπορεί να είναι απαραίτητες για τη βελτίωση του πόνου και του εύρους κίνησης. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί το ποσοστό χορήγησης στεροειδικών ενέσεων μετά από αρθροσκοπική αρθρόλυση παγωμένου ώμου.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σειράς περιστατικών σε Γενικό Νοσοκομείο της Μεγάλης Βρετανίας. Τριάντα (30) διαδοχικοί ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αρθροσκοπική αρθρόλυση υπό την επίβλεψη του εμπειρότερου συγγραφέα συμπεριλήφθηκαν για ανάλυση. Φάκελοι και ηλεκτρονικά αρχεία ασθενών μελετήθηκαν για να προσδιοριστεί ο αριθμός των στεροειδικών ενέσεων που χορηγήθηκαν μετεγχειρητικά.

**Αποτελέσματα:** Εξετάστηκαν 30 ασθενείς, 11 άνδρες και 19 γυναίκες, ηλικίας από 46-83 ετών (μέσος όρος: 56.1 έτη). Επτά ασθενείς ήταν διαβητικοί. 10 ασθενείς (33.3%) δέχτηκαν στεροειδική ένεση μετεγχειρητικά, με 8 από αυτούς εντός των πρώτων 6 μηνών. Ο μέσος χρόνος χορήγησης της ένεσης μετεγχειρητικά ήταν 9.8 μήνες. Δεν υπήρχε καμιά συσχέτιση μεταξύ διαβήτη και χορήγησης μετεγχειρητικής στεροειδικής ένεσης ( $p>0.01$ ).

**Συμπεράσματα:** Μετά από αρθροσκοπική αρθρόλυση σημαντικό ποσοστό ασθενών μπορεί να χρειαστεί 1 ή περισσότερες στεροειδικές ενέσεις για τη βελτίωση του πόνου και τη διευκόλυνση των ασκήσεων διάτασης στις φυσικοθεραπείες με σκοπό τη βελτίωση του εύρους κίνησης. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι 1 στους 3 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αρθροσκοπική αρθρόλυση για Παγωμένο Ωμο μπορεί να χρειαστούν στεροειδική ένεση εντός του πρώτου μετεγχειρητικού χρόνου. Ασθενείς με Παγωμένο Ωμο θα πρέπει να ενημερώνονται προεγχειρητικά σχετικά με αυτό και να προειδοποιούνται ότι η αρθροσκοπική αρθρόλυση είναι μόνο το πρώτο βήμα στο δρόμο προς την πλήρη αποκατάσταση.

**ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΜΕ ΠΡΟΣΘΙΑ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ (AMIS). ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕ 271 ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Γ. Μαχαιράς, Π. Λεπέτσος, Α. Καρράς, Π. Αναστασόπουλος, Ν. Σχίζας, Σ. Μιχαήλ,  
Χ. Μηλαράς, Κ. Τσιαμτσούρης  
Δ' Ορθοπαιδική Κλινική, Νοσοκομείο ΚΑΤ

**Σκοπός:** Οι τεχνικές ελάχιστης επεμβατικότητας για την ολική αρθροπλαστική ισχίου έχουν γίνει δημοφιλείς την τελευταία δεκαετία. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η μελέτη των βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων σε μια σειρά 271 ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική ισχίου με τη μέθοδο AMIS.

**Υλικό – Μέθοδος:** Μελετήθηκαν όλες οι περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική ισχίου με τη μέθοδο AMIS στην κλινική μας κατά τα έτη 2012 – 2014. Η τεχνική περιλαμβάνει πρόσθια προσπέλαση με τομή 8 – 10 cm, χρήση ειδικού τραπεζιού έλξης και ακτινοσκοπικού ελέγχου. Μετεγχειρητικά, οι ασθενείς κινητοποιούνταν με πλήρη φόρτιση την 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα, ενώ μετά από 1 μήνα επέστρεφαν πλήρως στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

**Αποτελέσματα:** Μελετήθηκαν 271 ασθενείς (167 γυναίκες – 104 άνδρες) μέσης ηλικίας 65.48 ετών (εύρος 34 – 86 έτη). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 4.9 ημέρες (εύρος 2 – 15 ημέρες) και το μέσο follow up 17.5 μήνες (εύρος 6 - 33 μήνες). Η μέση διάρκεια της εγχείρησης ήταν 62 λεπτά. Στο 41% των περιπτώσεων έγινε διεγχειρητική χορήγηση τρανεξαμικού οξέος. Παρατηρήθηκαν διεγχειρητικές επιπλοκές σε ποσοστό 7% και μετεγχειρητικές επιπλοκές σε ποσοστό 7.25%. Αυτές περιλάμβαναν διεγχειρητικά αποσπαστικά κατάγματα μείζονος τροchanτήρα (3.7%), διεγχειρητικά περιπρωθετικά κατάγματα (2.6%), διάτρηση κοτύλης (0.35%), διάτρηση μηριαίου (0.35%), εξάρθρηματα (1,5%), επιφανειακές λοιμώξεις (0.7%), άσηπτη χαλάρωση (0.7%), έκτοπη οστεοποίηση (1.8%), πάρεση ισχιακού (0,35%) και παροδική υπαισθησία του έξω μηροδερματικού (2.2%). Δεν παρατηρήθηκαν εν τω βάθει λοιμώξεις ή μείζονα θρομβοεμβολικά επεισόδια. Η μέση ανάγκη για μετάγγιση ετερόλογου αίματος ήταν 91 ml.

**Συμπεράσματα:** Η τεχνική AMIS είναι μια ασφαλής μέθοδος για την ολική αρθροπλαστική ισχίου. Η απόφαση για την επιλογή της μεθόδου θα πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε ασθενή.



**CUT OUT ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΤΡΟΧΑΝΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΜΕ γ-NAIL**

Ε. Τσαρίδης, Ν. Βαρελιτζίδης, Ι. Συρίκας, Α. Καραβέλης, Α. Μπιτόπουλος, Σ. Σαρικλόγλου  
Ορθοπαιδική κλινική Γ.Ν.Καβάλας

**Σκοπός:** Η διάσχιση της μηριαίας κεφαλής (cut-out) από τον ολισθαίνοντα ήλο μετά από αντιμετώπιση περιτροχαντηρίων καταγμάτων με ήλο γ-Nail είναι μία από τις σημαντικότερες επιπλοκές και έχει συσχετισθεί κυρίως με την τοποθέτηση του ολισθαίνοντα ήλου σε λάθος θέση και την λάθος επιλογή της αυχενοδιαφυσιακής γωνίας. Μελετήσαμε την επίπτωση αυτής της επιπλοκής στους ασθενείς με περιτροχαντήρια κατάγματα που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας με γ-Nail κατά τα έτη 2000-2013.

**Υλικό- Μέθοδος:** Κατά τα έτη 2000-2013 αντιμετωπίσαμε χειρουργικά στην κλινική μας 1366 περιτροχαντήρια κατάγματα. Τοποθετήθηκαν 1252 βραχείς ήλοι ενώ σε 114 ασθενείς τοποθετήθηκε long γ-Nail. Οι ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με βραχύ ήλο υποβάλλονταν σε κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο 1 μήνα και τρεις μήνες μετεγχειρητικά ενώ οι ασθενείς με long γ-Nail παρακολουθούνταν μέχρι και τον 6<sup>ο</sup> μετεγχειρητικό μήνα. Διαπιστώθηκαν 9 cut out (όλες ήταν γυναίκες, σε όλες είχε τοποθετηθεί βραχύς ήλος). Οκτώ ασθενείς επαναχειρουργήθηκαν (έγινε αφαίρεση του ήλου και τοποθέτηση ημιαρθροπλαστικής με τσιμέντο), μία ασθενής απεβίωσε χωρίς να αντιμετωπισθεί.

**Αποτελέσματα:** Από τις χειρουργηθείσες ασθενείς οι 6 αποκατέστησαν αυτόνομη βάδιση, μία δεν έγινε δυνατόν να κινητοποιηθεί και παρέμεινε κλινήρης ενώ μία αποβίωσε την 6<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα.

**Συμπέρασμα:** το cut out είναι μία επιπλοκή που οφείλεται συνήθως σε τεχνικά λάθη κατά την τοποθέτηση του ήλου γ-Nail. Η αναγκαιότητα νέας επέμβασης σε ήδη επιβαρυσμένους ασθενείς προσδιορίζει την βαρύτητα της επιπλοκής αυτής.

**Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΠΑΚΤΩΣΗΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΤΥΛΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΟΛΟΚΛΗΡΗΣ ΜΗΡΙΑΙΑΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΧΩΡΙΣ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΑΡΘΡΙΚΟΥ ΧΟΝΔΡΟΥ**

E. Drampalos, A. Fadulelmola, J. James, M. Hemmady

*Center for Hip Surgery, Wrightington Hospital, Wigan, Lancashire, UK*

**Σκοπός:** Η πάκτωση οστικών μοσχευμάτων σε συνδυασμό με ακρυλικό τσιμέντο στην αναθεώρηση της πρόθεσης της κοτύλης είναι μια αποτελεσματική τεχνική. Ο αρθρικός χόνδρος συνήθως αφαιρείται από το φρέσκο κατεψυγμένο αλλομόσχευμα της μηριαίας κεφαλής. Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν η επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων της εν λόγω τεχνικής διατηρώντας τον αρθρικό χόνδρο του αλλομοσχεύματος.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 38 περιπτώσεις αναθεώρησης πρόθεσης της κοτύλης από το Wrightington Hospital (UK), με την εν λόγω τεχνική διατηρώντας τον αρθρικό χόνδρο του αλλομοσχεύματος. Ο μ.ο. επανελέγχου ήταν 4.1 χρόνια. Η κλινική και ακτινολογική εκτίμηση έγινε με την χρήση του Oxford hip score, τα κριτήρια Hodgkinson's (1988) για την χαλάρωση της πρόθεσης της κοτύλης και την ταξινόμηση Gie (1993) για την αξιολόγηση της ενσωμάτωσης των αλλομοσχευμάτων.

**Αποτελέσματα:** 36 (94.7%) προθέσεις ταξινομήθηκαν ακτινολογικά ως σταθερές (τύπος 0, 1, 2 Hodgkinson) και 2 (5.3%) ως χαλαρές (τύπου 3 Hodgkinson) αλλά δεν υπήρχε καμία περίπτωση μετανάστευσης. Σε 21 (55.3%) περιπτώσεις υπήρξε καλή ενσωμάτωση του αλλομοσχεύματος (βαθμός 3), σε 4 (36.8 %) περιπτώσεις υπήρξε ανακατασκευή των δοκίδων βαθμού 2 και μόνο σε 3 (7.9%) περιπτώσεις παρατηρήθηκε πτωχή ενσωμάτωση του αλλομοσχεύματος (βαθμός 1). Το μέσο σκορ ισχίου προεγχειρητικά ήταν 41 και μετεγχειρητικά 21. Υπήρξε 1 επι πολλοίς λοιμώξη, 1 περιπροθετικό κάταγμα, 1 πνευμονική εμβολή και 3 (7.89%) περιπτώσεις έκτοπης οστεοποίησης. Η θνησιμότητα στο 1 έτος ανήλθε στο 2.6% (1 περίπτωση). Δεν υπήρξε καμία περίπτωση νέας αναθεώρησης (100% επιβίωση) σε ένα μ.ο. 4 ετών.

**Συμπέρασμα:** Η διατήρηση του χόνδρου του αλλομοσχεύματος της μηριαίας κεφαλής είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική εναλλακτική τεχνική.

**ΜΕΣΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕΓΑΠΡΟΘΕΣΕΩΝ ΣΕ ΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ**

G. Grammatopoulos, A. Alvand, F. Quiney, S. Thoma, A. Taylor, W. Jackson, D. Whitwell, M. Gibbons

*Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford University Hospitals, UK*

**Σκοπός:** Οι μεγαπροθέσεις είναι μια από τις διαθέσιμες επιλογές για την διαχείριση της μαζικής οστικής απώλειας και της σημαντικής αστάθειας του γόνατος. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τα μεσοπρόθεσμα αποτελέσματα της χρήσης μεγαπροθέσεων σε μη ογκολογικά περιστατικά.

**Υλικό και Μέθοδος:** Από το 2007 85 μεγαπροθέσεις εμφυτεύτηκαν για ενδείξεις άλλες εκτός ογκολογικών σε ένα τριτοβάθμιο κέντρο. Η μέση ηλικία ήταν τα 73.5 έτη (εύρος 35-95). Η λοίμωξη ήταν η συχνότερη ένδειξη (42, 49%), ακολουθούμενη από την άσηπτη χαλάρωση (15, 18%), την πολύπλοκη πρωτοπαθή αρθροπλαστική (14, 16%), το κάταγμα (13, 15%) και την μηχανική αποτυχία (1, 2%). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 4 έτη (εύρος 1-9). Η επιβίωση της πρόθεσης καθορίστηκε από το αν απαιτήθηκε αναθεώρηση ή περαιτέρω επέμβαση με αφαίρεση των υλικών.

**Αποτελέσματα:** Στον επανέλεγχο 2 ασθενείς απεβίωσαν και 6 χάθηκαν. Παρατηρήθηκαν 7 λοιμώξεις, 6 εκ των οποίων αντιμετωπίστηκαν με ευρύ χειρουργικό καθαρισμό, αντιβιοτικά και διατήρηση των υλικών και μια με ακρωτηριασμό. Η 5ετής επιβίωση των μεγαπροθέσεων ήταν 98.5% (95% CI: 95.5 - 100%). Τέσσερις από τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε ευρύ χειρουργικό καθαρισμό θεραπεύτηκαν από την λοίμωξη και δύο βρίσκονται σε μακροχρόνια αγωγή με αντιβιοτικά. Εάν υπολογίσουμε τους ασθενείς που χάθηκαν στον επανέλεγχο και αυτούς σε μακροχρόνια αντιβιοτικά στις αποτυχίες η 5 ετής επιβίωση των μεγαπροθέσεων ήταν 91.1%.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη αυτή έδειξε ότι οι μεγαπροθέσεις γόνατος συνιστούν μια πολύτιμη λύση για την διάσωση και αποκατάσταση της λειτουργικότητας του μέλους σε πολύπλοκες περιπτώσεις αναθεώρησης και αστάθειας και θα πρέπει να βρίσκονται στο οπλοστάσιο του χειρουργού γόνατος.

**ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΡΟΘΕΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ ΣΕ ΔΥΟ ΣΤΑΔΙΑ**

Γ. Τριανταφυλλόπουλος, Λ. Πουλτσίδης, Σ. Μεμτσούδης, W. Zhang, Y. Ma, T. Sculco  
*Hospital for Special Surgery, New York*

**Σκοπός:** Ο καθορισμός των ποσοστών υποτροπής των περιπροθετικών λοιμώξεων του ισχίου και του γόνατος μετά από αναθεώρηση δύο σταδίων και των παραγόντων κινδύνου για υποτροπή και για ανάπτυξη εμμένουσας (απομόνωση του ίδιου μικροοργανισμού) ή νέας λοίμωξης (απομόνωση διαφορετικού μικροοργανισμού).

**Υλικό & Μέθοδος:** Τα χαρακτηριστικά 548 ασθενών (283 άνδρες - 265 γυναίκες, μέσης ηλικίας 65,4±12,8 ετών) με χρόνια περιπροθετική λοίμωξη του ισχίου και του γόνατος που υποβλήθηκαν σε αναθεώρηση δύο σταδίων μεταξύ 1/1998 και 4/2014 μελετήθηκαν αναδρομικά. Η ελάχιστη παρακολούθηση ήταν 12 μήνες. Κατασκευάστηκαν δύο μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης για τον καθορισμό ανεξαρτήτων προγνωστικών παραγόντων για την υποτροπή και την επιμονή της λοίμωξης. Το επίπεδο σημαντικότητας καθορίστηκε στο 0,05.

**Αποτελέσματα:** Το συνολικό ποσοστό υποτροπής ήταν 8,76%. Τα ποσοστά υποτροπής για το ισχίο (8,51%) και το γόνατο (9,23%) δε διέφεραν ( $p=0,7681$ ). Οι άνδρες είχαν 48,7% λιγότερες πιθανότητες υποτροπής συγκριτικά με τις γυναίκες (OR=0,513, 95%CI [0,265, 0,292]). Συγκριτικά με εκείνους που είχαν αρνητικές καλλιέργειες, οι ασθενείς με λοιμώξεις από MRSA ή MSSA είχαν αντίστοιχα 762% (OR=8,619, 95%CI [2,571, 28,89]) και 94,8% (OR=0,052, 95%CI [0,003, 0,922]) υψηλότερες πιθανότητες υποτροπής. Συγκριτικά με το ισχίο, οι ασθενείς με υποτροπή λοίμωξης του γόνατος είχαν 84,6% λιγότερες πιθανότητες αυτή να είναι εμμένουσα (OR=0,154, 95%CI [0,034, 0,696]). Οι ασθενείς με καρδιακή νόσο και υποτροπιάζουσα λοίμωξη είχαν 406% υψηλότερες πιθανότητες αυτή να είναι εμμένουσα (OR=5,068, 95%CI [1,38, 22,56]).

**Συμπεράσματα:** Το θήλυ φύλο και οι λοιμώξεις από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο αυξάνουν τον κίνδυνο υποτροπής των περιπροθετικών λοιμώξεων. Οι ασθενείς με περιπροθετική λοίμωξη του ισχίου ή με καρδιακή νόσο έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμμένουσας λοίμωξης.

**Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΟΜΗΡΙΑΙΑΣ ΑΣΤΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΝΕΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑ FULKERSON ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΠΤΥΧΩΣΗ ΤΩΝ ΕΣΩ ΚΑΘΕΚΤΙΚΩΝ ΣΥΝΔΕΣΜΩΝ. ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ 5-10 ΕΤΩΝ**

B. Ραούλης, N. Δοξαριώτης, K. Καράτζιος, Σ. Χλιάπας, K. Αλεξίου, M. Χαντές  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας*

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογήσει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της οστεοτομίας Fulkerson σε συνδυασμό με την πτύχωση των έσω καθεκτικών συνδέσμων για την αντιμετώπιση της επιγονατιδομηριαίας αστάθειας.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Μεταξύ Μαρτίου 2003 και Σεπτεμβρίου 2009, 21 ασθενείς (13 γυναίκες, 8 άνδρες) με υποτροπιάζουσα αστάθεια της επιγονατίδας υποβλήθηκαν σε οστεοτομία Fulkerson σε συνδυασμό με πτύχωση των έσω καθεκτικών συνδέσμων. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 20,4 χρόνια (17-26). Όλοι οι ασθενείς είχαν θετικό τεστ φόβου προεγχειρητικά. Ο μέσος αριθμός των εξάρθρωσεων της επιγονατίδας προεγχειρητικά ήταν 8 (5-18). Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά χρησιμοποιώντας τα score Kujala και Lysholm. Η αξονική τομογραφία χρησιμοποιήθηκε προεγχειρητικά, για να αξιολογηθεί η TT-TG απόσταση. Πλάγιες ακτινογραφίες χρησιμοποιήθηκαν προ και μετεγχειρητικά για την αξιολόγηση του ύψους της επιγονατίδας και τον βαθμό της επιγονατιδομηριαίας οστεοαρθρίτιδας, σύμφωνα με την κατάταξη Iwano.

**Αποτελέσματα:** Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 8,1 έτη (5.3 - 9.7 ετών). Η απόσταση TT-TG ήταν μεγαλύτερη των 18 mm σε όλους τους ασθενείς. Μέσος όρος βαθμολογίας Lysholm βελτιώθηκε σημαντικά ( $P < .05$ ) από 56 προεγχειρητικά (44-67) έως 86 (61-100) μετεγχειρητικά με εξαιρετικά και καλά αποτελέσματα σε 17 ασθενείς (80%). Ομοίως, η Kujala βαθμολογία βελτιώθηκε αξιοσημείωτα ( $P < .05$ ) από 49 (34-61) προεγχειρητικά σε 82 μετεγχειρητικά (42 - 95). Μετεγχειρητικά σε 3 ασθενείς (14%) είχαμε νέο εξάρθρημα επιγονατίδος. Έξι ασθενείς (28%) παρουσίασαν ελαφρά και μέτριου βαθμού (βαθμού 2 και 3) εκφυλιστικές βλάβες της επιγονατιδομηριαίας άρθρωσης.

**Συμπέρασμα:** Η οστεοτομία Fulkerson σε συνδυασμό με την πτύχωση των έσω καθεκτικών συνδέσμων είναι μια αξιόπιστη θεραπεία της υποτροπιάζουσας επιγονατιδομηριαίας αστάθειας. Ωστόσο, εμφάνιση επιγονατιδομηριαίας αρθρίτιδας αναμένεται σε μερικούς ασθενείς κατά τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση.

## ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΙΣΧΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΙΣΧΙΟΥ

Σ. Μπουγιουκλή<sup>1</sup>, Μ. Παπαναγιώτου<sup>1</sup>, Μ. Χαντές<sup>1</sup>, Θ. Καραχάλιος<sup>1</sup>, Κ.Ν. Μαλίζος<sup>1</sup>, Π. Κόλλιας<sup>2</sup>, Ζ. Νταϊλιάνα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Λάρισα

<sup>2</sup>Εργαστήριο Γενετικής Ανθρώπου, Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, Αθήνα

**Σκοπός:** Αρκετές μελέτες αναδεικνύουν μια αντίστροφη σχέση μεταξύ οστεοαρθρίτιδας και οστεοπόρωσης, με την οστεοαρθρίτιδα να καθυστερεί την εμφάνιση οστεοπόρωσης και των σχετιζόμενων με αυτήν καταγμάτων. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της εν λόγω σχέσης, μέσω της μελέτης ασθενών με οστεοπορωτικά κατάγματα ισχίου για ύπαρξη υποκείμενης οστεοαρθρίτιδας.

**Υλικό & Μέθοδος:** Σε 100 ασθενείς (26 άνδρες/74 γυναίκες), ηλικίας 53-96 ετών (μέσος όρος: 79 έτη), με οστεοπορωτικά κατάγματα ισχίου που αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας, έγινε καταγραφή δημογραφικών στοιχείων, BMI, παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση οστεοπόρωσης και ιστορικού οστεοπόρωσης/αντιοστεοπορωτικής αγωγής. Ακολούθησε μέτρηση οστικής πυκνότητας με DEXA ισχίου. Η ύπαρξη και η βαρύτητα της οστεοαρθρίτιδας εκτιμήθηκαν με προσθιοπίσθιες ακτινογραφίες λεκάνης-ισχίων. Βαθμολογία  $\geq 2$  κατά Kellgren και Lawrence ορίστηκε ως οστεοαρθρίτιδα.

**Αποτελέσματα:** Οστεοαρθρίτιδα διαγνώστηκε στο 46% των ασθενών με κατάγματα ισχίου. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας μεταξύ ανδρών και γυναικών (47.4% vs 45.3%,  $p=0.88$ ). Τα αίτια δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης (θυρεοειδοπάθεια, υπερκορτιζολαιμία, διαβήτης κá) φάνηκε να συσχετίζονται με την παρουσία οστεοαρθρίτιδας ( $p<0.001$ ): ασθενείς με κάταγμα ισχίου και οστεοαρθρίτιδα είχαν 2.18 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου για δευτεροπαθή οστεοπόρωση στο ιστορικό τους σε σχέση με τους ασθενείς με κάταγμα χωρίς οστεοαρθρίτιδα (OR=6.3). Αντίθετα οι υπόλοιποι παράγοντες (ηλικία, BMI, BMD, ηλικία εμμηνόπαυσης, πρόσληψη γαλακτοκομικών) δεν παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ασθενών με ή χωρίς οστεοαρθρίτιδα.

**Συμπεράσματα:** Η οστεοαρθρίτιδα δε φαίνεται να δρα προστατευτικά έναντι των οστεοπορωτικών καταγμάτων ισχίου. Οστεοαρθρίτιδα και οστεοπόρωση μπορούν να συνυπάρχουν, με την επίπτωση του φαινομένου να φτάνει το 46% στη δική μας σειρά. Η ύπαρξη αιτίων δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης αναγνωρίστηκε ως σημαντικός παράγοντας της συσχέτισης οστεοαρθρίτιδας-οστεοπόρωσης.

**ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ ΜΕ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ: ΔΙΑΤΗΡΕΙΤΑΙ Ο ΟΠΙΣΘΙΟΣ ΧΙΑΣΤΟΣ;**

Τ. Τότλης, Μ. Ιωσηφίδης, Κ. Αποστολίδης, Α. Αγαπίδης, Ν. Ευτυχιάκος, Δ. Αλβανός  
*Β' Ορθοπαιδική Κλινική, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσ/νικη*

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορίσει διεγχειρητικά την έκταση της βλάβης στον οπίσθιο χιαστό μετά από την εφαρμογή πλήρους οστεοτομίας κνημιαίου πλατώ κατά τη διάρκεια αρθροπλαστικής γόνατος με διατήρηση του οπίσθιου χιαστού.

**Υλικό & Μέθοδος:** Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 30 γυναίκες με οστεοαρθρίτιδα γόνατος τελικού σταδίου. Πραγματοποιήθηκε προεγχειρητικά μαγνητική τομογραφία και επιλέχθηκε η τομή με τη μεγαλύτερη κνημιαία πρόσφυση του οπίσθιου χιαστού. Σε αυτήν την τομή απεικονίζεται μία λοξή οστική επιφάνεια του κνημιαίου πλατώ, όπου στο οπίσθιο τμήμα αυτής προσφύεται ο οπίσθιος χιαστός. Μετρήθηκε το συνολικό μήκος της επιφάνειας αυτής, καθώς και το μήκος της κνημιαίας πρόσφυσης του συνδέσμου. Όλες οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ολική αρθροπλαστική με διατήρηση του οπίσθιου χιαστού συνδέσμου, της ίδιας εταιρείας. Η οστεοτομία του κνημιαίου πλατώ ήταν πλήρης και έγινε στα 10mm από το «υγιές» έξω κνημιαίο πλατώ με 4° οπίσθια κλίση. Μετεγχειρητικά, μετρήθηκε με ηλεκτρονικό παχύμετρο το μήκος της λοξής επιφάνειας για την πρόσφυση του οπίσθιου χιαστού που αφαιρέθηκε μαζί με το κνημιαίο πλατώ.

**Αποτελέσματα:** Το μήκος της λοξής επιφάνειας του κνημιαίου πλατώ για την πρόσφυση του οπίσθιου χιαστού μετρήθηκε 25.5 mm, ενώ η κνημιαία πρόσφυση του οπίσθιου χιαστού ήταν 14.5 mm. Το μήκος της λοξής επιφάνειας για την πρόσφυση του οπίσθιου χιαστού που αφαιρέθηκε κατά την οστεοτομία ήταν 20.6 mm. Βάσει των μετρήσεων υπολογίσθηκε ότι κατά την οστεοτομία έγινε διατομή του 65.1% του οπίσθιου χιαστού.

**Συμπέρασμα:** Σύμφωνα με τις διεγχειρητικές μετρήσεις της παρούσας μελέτης μία τυπική πλήρης οστεοτομία του κνημιαίου πλατώ συνοδεύεται από διατομή των 2/3 κατά μέσο όρο του οπίσθιου χιαστού.

## **ΟΛΙΚΗ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΕΚΤΟΜΗ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ 35 ΧΡΟΝΙΑ**

Χ. Ιωαννίδης<sup>1</sup>, Ν. Τσάκωνας<sup>1</sup>, Φ. Πουτογλίδου<sup>1</sup>, Ν. Αρναρέλλη<sup>2</sup>, Α. Δρακοπαναγιωτάκη<sup>1</sup>, Α. Κούκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας - Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου Έδεσσας

<sup>2</sup>Φυσικοθεραπεύτρια, ιδιώτης, Λήμνος

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων τριών ασθενών που υποβλήθηκαν σε ολική επιγονατιδεκτομή πριν από 29, 30 και 35 χρόνια.

**Υλικό - Μέθοδος:** 3 ασθενείς άρρηνες 50, 55 και 59 ετών υποβλήθηκαν σε ολική επιγονατιδεκτομή πριν από 29, 30 και 35 έτη αντίστοιχα λόγω συντριπτικού κατάγματος επιγονατίδας. Μετεγχειρητικά το χρονικό διάστημα αποφυγής πλήρους δραστηριότητας στον πρώτο ασθενή ήταν 6 μήνες, ενώ στους άλλους δύο ήταν 4 μήνες. Τα συστήματα αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: 1) IKDC score, 2) KOOS score, 3) Oxford score, 4) WOMAC score, 5) KNEE SOCIETY Score και KNEE SOCIETY– FUNCTION Score.

**Αποτελέσματα:** Σε όλους τους ασθενείς τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικά. Οι δύο ασθενείς έχουν πλήρες εύρος κίνησης ενώ ο τρίτος παρουσιάζει μικρή μόνο ελάττωση. Κανένας ασθενής δεν αναφέρει άλγος. Η μυϊκή ισχύς και η σταθερότητα του γόνατος σε όλους τους ασθενείς είναι φυσιολογική και ομότιμη με το αντίστοιχο γόνατο. Κανένας δε χρειάστηκε να αλλάξει το επάγγελμά του μετεγχειρητικά λόγω αδυναμίας ενώ οι κοινωνικές δραστηριότητες τους δεν επηρεάστηκαν. Ο απεικονιστικός έλεγχος ανέδειξε και στους τρεις ασθενείς ήπιες οστεοαρθρικές αλλοιώσεις χωρίς κλινική συμπτωματολογία. Όλοι οι ασθενείς σήμερα δηλώνουν ευχαριστημένοι και ικανοποιημένοι από την απόδοση των γονάτων τους.

**Συμπέρασμα:** Η ολική επιγονατιδεκτομή αν και αποτελεί δύσκολη θεραπευτική επιλογή για τον θεράποντα ιατρό, δεν πρέπει να αποκλείεται σε περιπτώσεις συντριπτικού κατάγματος επιγονατίδας όταν η απολύτως ανατομική οστεοσύνθεσή της δεν είναι εφικτή.



### **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΚΝΗΜΙΑΙΟΥ ΠΛΑΤΩ**

P. Μαργαρίτη, Κ. Ιωάννου, Π. Γώγουλος, Κ. Καββαδίας, Κ. Γουβάλας, Θ. Μυλωνάς,  
Ι. Κρασούλης

*Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας*

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η ανάλυση των περιστατικών με κλειστό κάταγμα κνημιαίου πλατώ, που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά μεταξύ 2010 και 2014 στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Συνελέγησαν στοιχεία 39 ασθενών (Α: 24, Γ: 15) με κάταγμα κνημιαίου πλατώ, που αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά στην ορθοπαιδική κλινική από 2010 ως 2014 και αναλύθηκαν ως προς τον τύπο του κατάγματος κατά Schatzker, το είδος της οστεοσύνθεσης, τη διάρκεια νοσηλείας τους και των επιπλοκών.

Στη συνέχεια διεξήχθη επανεξέταση των περιστατικών και ανάλυση των αποτελεσμάτων με τη βοήθεια του Oxford Knee Score.

**Αποτελέσματα:** Ένας ασθενής έπασχε από κάταγμα κνημιαίου πλατώ τύπου I κατά Schatzker, 12 από τύπου III, 8 από τύπου IV, 9 από τύπου V και 9 από τύπου VI. Οι ασθενείς χειρουργήθηκαν κατά μέσο όρο 3 ημέρες μετά την κάκωση, σε 25 περιπτώσεις με πλάκα-βίδες (15 έξω, 10 έσω και 9 έσω/έξω πλάκα), σε 4 με υβρίδιο και σε μία με Kirschner.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 12 ημέρες. Σε μία περίπτωση εμφανίστηκε φλεγμονή τραύματος, η οποία αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτική αγωγή. Σε ένα ασθενή με υβρίδιο διαπιστώθηκε απώλεια ανάταξης και υπεβλήθη σε νέα χειρουργική επέμβαση.

Η πόρωση επιτεύχθη σε 4 μήνες κατά μέσο όρο.

Στην επανεξέταση προσήλθαν 29 ασθενείς 1-4 έτη μετά την κάκωση με ικανοποιητική λειτουργία της κατά γόνυ αρθρώσεως (Oxford Knee Score 45).

**Συμπέρασμα:** Τα κατάγματα του κνημιαίου πλατώ έχουν καλή πρόγνωση, εφ' όσον κατά τη χειρουργική τους αντιμετώπιση επιτευχθεί ικανοποιητική ανάταξη και επαρκής σταθερότητα μέσω κατάλληλης οστεοσύνθεσης.

**ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΚΝΗΜΙΑΙΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΝ**

Γ. Ρουμελιώτης<sup>1,2</sup>, Κ. Αναγνωστάκος<sup>1</sup>, Χρ. Σαμαράς<sup>2</sup>, Μ. Ιωάννου<sup>1</sup>, Αθ. Αντωνόπουλος<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Ορθοπαιδικό τμήμα, Γ.Ν. Κύμης, <sup>2</sup>Γ' Ορθοπαιδική κλινική, ΚΑΤ

**Σκοπός:** Να παρουσιαστεί μια χαμηλού κόστους τεχνική για την αποκατάσταση καταγμάτων κνημιαίων κονδύλων σε ηλικιωμένους ασθενείς.

**Υλικό & Μέθοδος:** Πέντε ασθενείς με κάταγμα κνημιαίων κονδύλων (Schatzker II). Η μέση ηλικία ήταν 74,3 και οι πέντε ήταν γυναίκες. Τα κατάγματα αντιμετωπίστηκαν με πλάκα τύπου L και χρήση οστικού τσιμέντου αντί για οστικό μόσχευμα. Η επιλογή των περιστατικών έγινε με βάση την ηλικία, την σχετική απλότητα του κατάγματος και των χαμηλών προσδοκιών για κινητικότητα, ενώ αποκλείστηκαν υπέρβαροι ασθενείς.

**Αποτελέσματα:** Η αποκατάσταση όλων των ασθενών ήταν πολύ καλή. Το μετεγχειρητικό πρωτόκολλο δεν τροποποιήθηκε. Δεν υπήρξαν επιπλοκές. Το κόστος ήταν πολύ μειωμένο.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση απλών πλακών τύπου L και οστικού τσιμέντου αντί για οστικά μόσχευμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια σε ηλικιωμένους ασθενείς όταν επιδιώκεται μείωση του κόστους θεραπείας.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΗΠΤΩΝ ΨΕΥΔΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΚΝΗΜΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΗ ΗΛΩΣΗ**

Ν. Δοξαριώτης, Κ. Μπανιός, Β. Ραούλης, Θ. Καραχάλιος, Κ.Ν. Μαλίζος, Μ. Χαντές  
*Ορθοπαιδική Κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας*

**Σκοπός:** Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της ενδομυελικής ήλωσης στην αντιμετώπιση της άσηπτης ψευδάρθρωσης της κνήμης.

**Υλικό και μέθοδος:** Από το 2002 έως το 2014 αντιμετωπίστηκαν στην κλινική μας 17 περιστατικά με ενδομυελική ήλωση της κνήμης μετά από άσηπτη ψευδάρθρωση. Από τους 17 ασθενείς οι 4 είχαν ανοικτά κατάγματα 1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> βαθμού και 2 3<sup>ου</sup> βαθμού κατά Gustillo. Από τους ασθενείς αυτούς οι 13 αντιμετωπίστηκαν αρχικά με εξωτερική οστεοσύνθεση, οι 2 με ενδομυελική ήλωση και 2 με εσωτερική οστεοσύνθεση. Ως ψευδάρθρωση ορίζεται η απουσία ακτινολογικών ευρημάτων πώρωσης για διάστημα μεγαλύτερο των 8 μηνών. Όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με στατική ενδομυελική ήλωση με γλυφανισμό και στους 4 τοποθετήθηκαν και αυτομοσχεύματα.

**Αποτελέσματα:** Σε όλους τους ασθενείς (100%) επιτεύχθηκε πώρωση της ψευδάρθρωσης σε διάστημα 6,5 μηνών μετά το χειρουργείο κατά μέσο όρο. Σε 10 ασθενείς (59%) χρειάστηκε να γίνει αφαίρεση των κεντρικών βιδών 4 μήνες μετεγχειρητικά για δυναμοποίηση του ήλου. Η παρέκκλιση του άξονα δεν ήταν σε κανέναν ασθενή παραπάνω από 4<sup>ο</sup> σε προσθιοπίσθιο και πλάγιο επίπεδο. Δεν υπήρξαν άλλες επιπλοκές σχετιζόμενες με την επέμβαση.

**Συμπέρασμα:** Η αντιμετώπιση των άσηπτων ψευδαρθρώσεων της κνήμης με ενδομυελική ήλωση με γλυφανισμό έχει καλά - άριστα αποτελέσματα στην συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών οδηγώντας σε πλήρη λειτουργικότητα του άκρου.

**ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΟΣΤΕΟΤΟΜΙΑΣ SHELF ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΣΕ ΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΩΡΙΜΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

*A. Pollalis, G. Grammatopoulos, A. Wainwright, T. Theologis, P. McLardy-Smith, D. Murray  
Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford, UK*

**Σκοπός:** Οι επεμβάσεις διατήρησης άρθρωσης, όπως η περικοτυλαία οστεοτομία, χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο για την αντιμετώπιση της δυσπλασίας ισχίου σε σκελετικά ώριμους ασθενείς. Ωστόσο, ο ρόλος των επεμβάσεων διάσωσης παραμένει αδιευκρίνιστος. Η μελέτη αυτή παρουσιάζει μακροχρόνια αποτελέσματα επιβίωσης και λειτουργικότητας της οστεοτομίας Shelf, καθώς και παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση.

**Υλικό & Μέθοδος:** 125 συνεχόμενες οστεοτομίες Shelf, που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ 1987-2013 σε 117 ασθενείς μέσης ηλικίας 33(15-53), εκτιμήθηκαν αναδρομικά. Η μέση παρακολούθηση ήταν 10 χρόνια(1-27). Παράμετροι όπως βαθμός οστεοαρθρίτιδας προεγχειρητικά, κοτυλαίος δείκτης, γωνία Wiberg, επικέντρωση, υπεξάρθρωμα, σφαιρικότητα μηριαίας κεφαλής, προσδιορίστηκαν ακτινολογικά. Το λειτουργικό αποτέλεσμα εκτιμήθηκε με χρήση Oxford Hip Score και UCLA Score. Ως αποτυχία ορίστηκε η μετατροπή σε αρθροπλαστική και/ή OHS<20.

**Αποτέλεσμα:** Ο κοτυλαίος δείκτης και η γωνία Wiberg βελτιώθηκαν αντίστοιχα από 23°(SD:9) και 12°(SD:8) προεγχειρητικά σε 10°(SD:9) και 45°(SD:11) μετεγχειρητικά. Στην τελική εκτίμηση, 63 οστεοτομίες Shelf( 50%) είχαν μετατραπεί σε αρθροπλαστικές. Το μέσο OHS και UCLA Score ήταν αντίστοιχα 33(SD:12) και 6(SD:3). Η 5-ετής επιβίωση ήταν 82%, η 10-ετής 61% , η 15-ετής 46%. Παράγοντες που επηρέασαν τη 10-ετή επιβίωση ήταν η ελάχιστη οστεοαρθρίτιδα προεγχειρητικά (84% έναντι 70%, p=0.01) και η επικέντρωση (87% έναντι 71%, p=0.02). Ασθενείς με μετεγχειρητική γωνία Wiberg 20°-40° εμφάνισαν καλύτερο λειτουργικό αποτέλεσμα (p=0.01).

**Συμπεράσματα:** Η οστεοτομία Shelf αποτελεί μια απλή, αξιόπιστη επέμβαση με καλά μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Προσφέρει λύση στην αντιμετώπιση της συμπτωματικής δυσπλασίας ισχίου σε νέους χωρίς σημαντική οστεοαρθρίτιδα, αλλά ακατάλληλους για περικοτυλαία οστεοτομία. Στο 60% των ασθενών θα καθυστερήσει την πραγματοποίηση αρθροπλαστικής κατά 10 χρόνια. Σε ασθενείς με ελάχιστη οστεοαρθρίτιδα και επικέντρωση η 10-ετής επιβίωση είναι 85%.

**ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΕΝΔΟΠΥΕΛΙΚΩΝ ΨΕΥΔΟΟΓΚΩΝ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ METAL ON METAL ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΙΣΧΙΟΥ. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Κ. Παπουτσή, R. Berber, H. Abdel-Hamid, M. Khoo, J. Miles, R. Carrington, J. Skinner, A. Hart

*Royal National Orthopaedic Hospital, Stanmore UK, Joint Reconstruction Unit*

**Σκοπός:** Η αντιμετώπιση ενδοπυελικών ψευδοόγκων επι εδάφους metal on metal αρthroπλαστικής ισχίου είναι πολύπλοκη. Επίσης ο επιπολασμός των ψευδοόγκων αυτών δεν είναι γνωστός. Σε πολλές περιπτώσεις η αγγειοχειρουργική συνδρομή είναι απαραίτητη για την καλή έκβαση της χειρουργικής αντιμετώπισης. Σκοπός μας ήταν να υπολογίσουμε τον επιπολασμό των περιπτώσεων αυτών και να παρουσιάσουμε έναν αλγόριθμο αντιμετώπισης παρόμοιων περιστατικών βασισμένη στην εμπειρία μας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Διενεργήσαμε μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης δεδομένων που συλλεξαμε προοπτικά. Στο ίδρυμα μας έχουμε βάση δεδομένων ασθενών με metal on metal αρthroπλαστικής ισχίου στην οποία όλοι οι ασθενείς έχουν εικόνες μαγνητικής τομογραφίας (MARS-MRI) από τις οποίες ο επιπολασμός μπορεί να υπολογιστεί. Επίσης μελετήσαμε όλες εκείνες τις περιπτώσεις στις οποίες κρίθηκε αναγκαία η συνδρομή αγγειοχειρουργού και προσπαθήσαμε να ορίσουμε τα κριτήρια για ένα καλό αποτέλεσμα.

**Αποτελέσματα:** Ο επιπολασμός των ενδοπυελικών ψευδοόγκων υπολογίστηκε στο 7% σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με metal on metal αρthroπλαστικής ισχίου. Αναγνωρίσαμε (8) οκτώ ασθενείς με (9) περιπτώσεις ενδοπυελικών ψευδοόγκων οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς χειρουργικά με την συνδρομή αγγειοχειρουργού αναδεικνύοντας τα οφέλη της διεπιστημονικής προσέγγισης σε πρόεγχειρητικό και διεγχειρητικό επίπεδο.

**Συμπέρασμα:** Είμαστε οι πρώτοι που υπολογίσαμε τον επιπολασμό των ενδοπυελικών όγκων σε ασθενείς με metal on metal αρthroπλαστική ισχίου, εξ όσων γνωρίζουμε. Παρουσιάζουμε έναν αλγόριθμο αντιμετώπισης παρόμοιων περιστατικών χειρουργικά και τονίζουμε την ανάγκη της συνδυασμένης χειρουργικής προσπέλασης από ορθοπαιδικό χειρουργό και αγγειοχειρουργό.

## **CLINICAL OUTCOME AFTER SURGICAL TREATMENT OF PERIPROSTHETIC FEMORAL FRACTURES**

P. Kinov, P. P. Tanchev, B. Antonov, L. Tzvetanov

*Department of Orthopaedics and Traumatology, University Hospital Queen Giovanna - ISUL, Medical University of Sofia, Bulgaria*

**Background:** Periprosthetic fractures are one of the most serious complications after hip replacement. The aim of this study was to evaluate the clinical and radiological outcome of surgical treatment of periprosthetic femoral fractures using treatment algorithm of the Vancouver classification.

**Material and methods:** We reviewed all periprosthetic femoral fractures after hip arthroplasty treated at our institution from 2004 to 2014. There were 29 fractures in 19 women and nine men with mean age at the time of surgery 65 years (41 to 88 years). The mean follow-up for the group was 4.8 years (range, 0.5 to 7.2 years). Periprosthetic fractures were classified according to the Vancouver classification. Functional outcome was assessed using the Harris Hip Score, the Bulgarian version of Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC) and Short Form 8 (SF-8). Bone healing, implant survival, pain, function and complications were recorded. Bone healing and implant stability were evaluated clinically and on plain radiographs. Radiological findings were classified using Beals and Tower's criteria.

**Results:** Uneventful bone healing was achieved in 28 cases. In one type B1 fracture nonunion and plate failure occurred. Two cemented stems were revised for aseptic loosening 7 and 6.5 years after fracture. Two years after surgery, uncontrollable periprosthetic infection and sepsis in a rheumatoid (immunocompromised) patient required disarticulation of the involved extremity.

**Discussion and conclusions:** Using a treatment protocol of the Vancouver classification according to the stability of the prosthesis and the type of the fracture we obtained satisfactory outcome.

**Key words:** periprosthetic fracture, hip arthroplasty, osteosynthesis, femur, revision, complications

### **OUTCOME AFTER ACETABULAR REVISION WITH CAGES**

P. Kinov, P. P. Tanchev, B. Antonov, L. Tzvetanov

*Department of Orthopaedics and Traumatology, University Hospital Queen Giovanna - ISUL, Medical University of Sofia, Bulgaria*

**Background:** Extensive acetabular defects may preclude use of pressfit cups. We evaluated outcomes after acetabular revision with antiprotrusion cages.

**Material and methods:** We retrospectively reviewed clinical and radiographic data for 17 acetabular revisions performed with cages in the period 2007 – 2014. Bursch-Schneider cages were used in 16 cases and in one case – Mueller-type cage. The mean age at surgery of the 14 females and two males was 68.3 years (40 to 80 years). The mean follow-up for the group was 3.8 years (range, 0.5 to 8.1 years).

**Results:** Two patients died of comorbidities not related to the revision in the follow-up period. The mean Harris Hip Score in the remaining 15 patients improved from 33 points preoperatively to 78.3 points postoperatively. The mean WOMAC Score (Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index) improved from 40.1 points preoperatively to 66.3 points postoperatively. In one case deep infection occurred after dislocation and was treated with two stage exchange. Another periprosthetic infection was suppressed with antibiotics. One dislocation was successfully reduced closely.

**Discussion and conclusions:** The antiprotrusion cage is useful solution for reconstruction in massive acetabular defects, but complication rates were high. Long-term mechanical failure is a concern.

**ΜΑΚΡΥΣ Η ΒΡΑΧΥΣ ΕΝΔΟΜΥΕΛΙΚΟΣ ΗΛΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΤΑΘΩΝ ΠΕΡΙΤΡΟΑΝΤΗΡΙΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ;**

Ι. Γαλανόπουλος, Β. Ηγουμένου, Χ. Βώπης, Π. Μεγαλοοικονόμος, Ε. Παπαργυροπούλου, Α. Μαυρογένης, Β. Κοντογεωργάκος, Π. Παπαγγελόπουλος  
*Α΄ Ορθοπαιδική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ "ΑΤΤΙΚΟΝ"*

**Σκοπός:** Η πλέον προτεινόμενη θεραπεία για τα ασταθή περιτροχανθήρια κατάγματα ( 31A2-2,3 και 31A3 κατά ΑΟ/ΟΤΑ )είναι η ενδομυελική ήλωση. Σκοπός της εργασίας είναι η σύγκριση της αποτελεσματικότητας και των επιπλοκών της θεραπείας αυτών των καταγμάτων με βραχύ ήλο σε σχέση με το μακρύ ήλο.

**Υλικό και μέθοδος:** Προοπτικά μελετήθηκαν 15 ασθενείς πάσχοντες από τέτοια κατάγματα που αντιμετωπίστηκαν με ήλωση με βραχύ ήλο (ομάδα Α: 77 ετών μέση ηλικία, 6/9 άνδρες/γυναίκες) και 14 ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν με ήλωση με μακρύ ήλο (Ομάδα Β: 73 έτη μέση ηλικία,6/8 άνδρες/γυναίκες).

**Αποτελέσματα:** Ομάδα Α: Μέση απόσταση της καταγματικής γραμμής έως το περιφερικό κοχλία 5,8 εκ. Ανάταξη σε 5° ραιβότητα σε σχέση με το ετερόπλευρο ισχίο, μέση ανισοσκελία τα 0,7 εκ, μέσος χρόνος λειτουργικής πώρωσης οι 7 εβδομάδες. 20% των ασθενών εμφάνισαν σημείο Trendelenburg. Μέσος χειρουργικός χρόνος τα 40 λεπτά. Ομάδα Β: Ανάταξη σε 3° μοίρες ραιβότητα σε σχέση με το ετερόπλευρο ισχίο, μέση ανισοσκελία τα 0.5 cm, μέσος χρόνος πώρωσης οι 7 εβδομάδες, με εξαίρεση έναν ασθενή που εμφάνισε καθυστερημένη πώρωση και χρειάστηκε αλλαγή κεντρικού κοχλία 10 μήνες αργότερα. 21,4% των ασθενών εμφάνισαν σημείο Trendelenburg. Ο μέσος χειρουργικός χρόνος ήταν 65 λεπτά.

**Συμπέρασμα:** Η χρήση βραχύ ήλου στη χειρουργική θεραπεία ασταθών διατροχανθρίων καταγμάτων φαίνεται ότι είναι ασφαλής ως προς την ανάταξη και πώρωση των καταγμάτων, επιτρέποντας μικρότερο χειρουργικό χρόνο.