

Η ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΜΗ ΕΜΦΑΝΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ



Ν.Λασσανιάνος, Γ.Μουζόπουλος, Ε.Μοράκης, Γ.Νικολάρας, Ι.Σπανός, Χ.Γαρνάβος

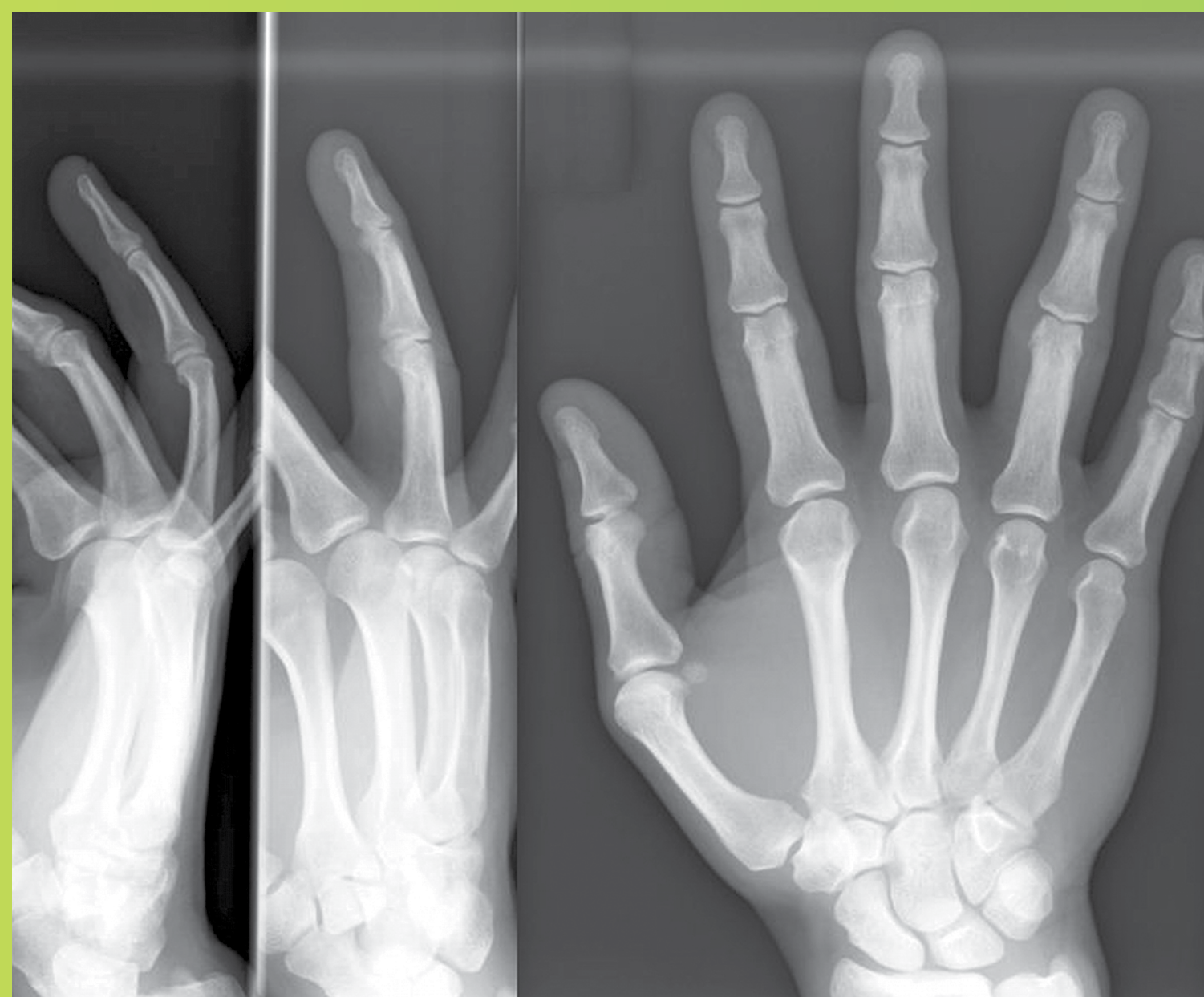
Α' & Β' Ορθοπαιδικές κλινικές, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός της εργασίας: Η παρουσίαση διαφυγόντων καταγμάτων του Άνω Άκρου και η επισήμανση της σωστής κλινικής και ακτινολογικής προσέγγισης αντίστοιχων περιπτώσεων

Υλικό και μέθοδος: Παρουσιάζονται 4 περιπτώσεις κακώσεων του Άνω Άκρου μη εμφανείς με την πρώτη ακτινολογική ματιά. Τα περιστατικά αυτά εξετάσθηκαν στο Τμήμα Επειγόντων του νοσοκομείου μας και η οριστική τους διάγνωση ετέθη κατά τον επανέλεγχό τους.

1ο Περιστατικό

Ασθενής άρρεν 35 ετών προσήλθε λόγω πόνου στον ΑΡ παράμεσο δάκτυλο, κατόπιν άμεσης πλήξης. Όλος ο παράμεσος ήταν οίδηματώδης και ο ασθενής αδυνατούσε να πειθαρχήσει στην κλινική εξέταση αποτραβώντας το χέρι του κάτω τη ψηλάφηση. Η ερμηνεία του ακτινολογικού ελέγχου (Εικ.1α) δεν κατέληξε στη διάγνωση κάποιου κατάγματος και η περίπτωση θεωρήθηκε ως θλάση. Ετέθη ακινητοποίηση στον παράμεσο και ανάρτηση του άνω άκρου και συνεστήθη επανεκτίμηση τις επομενες μέρες. Κάτα τον επανέλεγχο και δεδομένου της υποχώρησης του έντονου αισθήματος πόνου εκ του ασθενούς, η κλινική εκτίμηση υπέδειξε ευαισθησία στο επίπεδο τόσο της εγγύς, όσο και της άπω Φαλαγγοφαλαγγικής (ΦΦ) άρθρωσης. Υπό αυτό το πρίσμα, η λεπτομερέτερη εκτίμηση των αρχικών ακτινογραφιών ανέδειξε την ύπαρξη αποσπαστικού κατάγματος στην ωλένια πλευρά της άπω φαλαγγοφαλαγγικής και ακτινοσκιερό οίδημα των μαλακών μοριών πέριξ της εγγύς ΦΦ άρθρωσης (Εικ.1β). Η αντιμετώπιση των κακώσεων παρέμεινε συντηρητική μέχρι της αποκατάστασής τους, ωστόσο η αδυναμία ολοκλήρωσης του κλινικού ελέγχου και η πλημλής ανάγνωση των ακτινογραφιών κατά την πρώτη εξέταση καθυστέρησαν τη διάγνωση.



Εικ. 1α



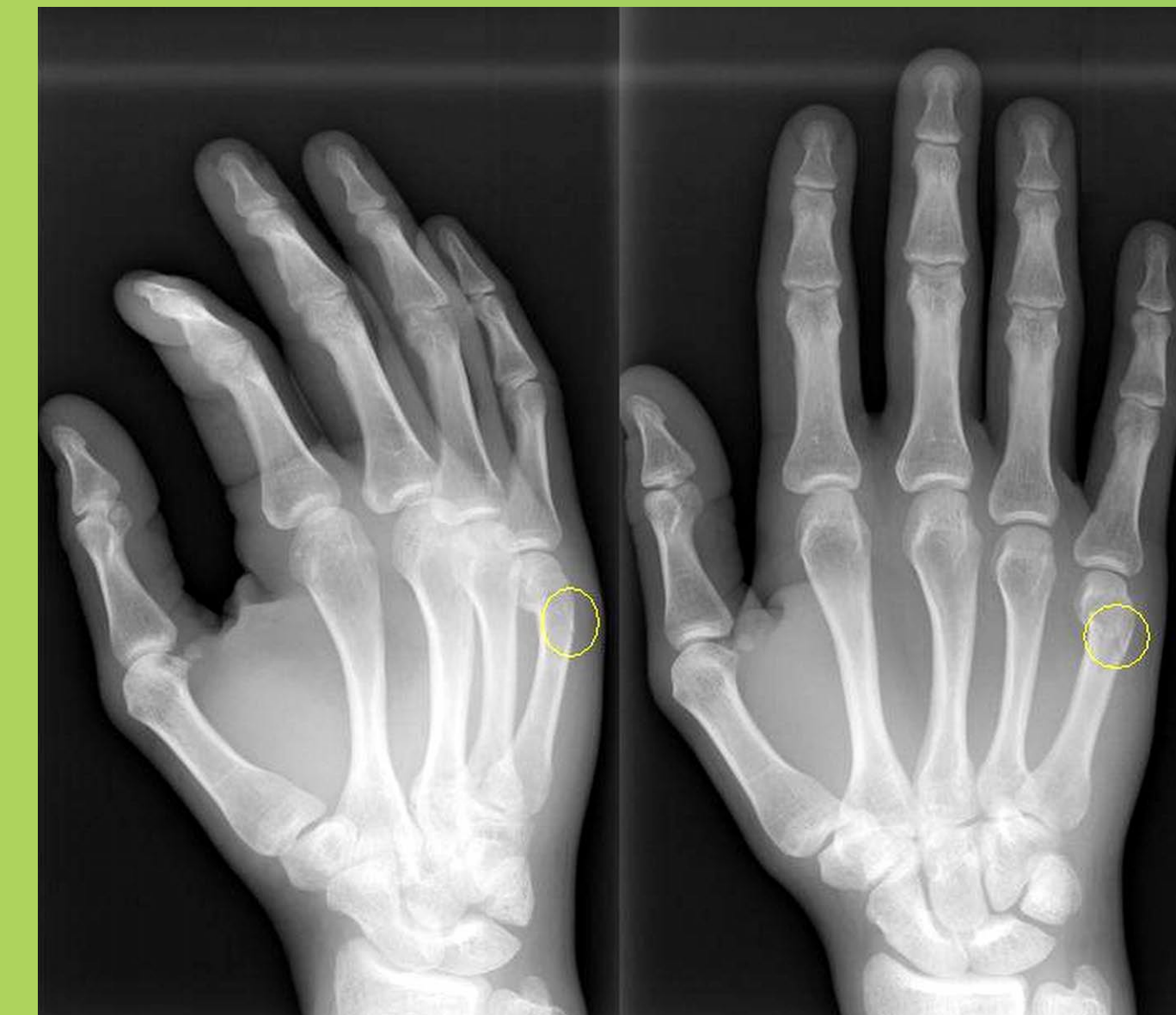
Εικ. 1β

2ο Περιστατικό :

Ασθενής άρρεν 26 ετών προσήλθε με έντονο πόνο στη ΔΕ Άκρα Χείρα, εντοπισμένο ιδιαίτερα στο 5ο Μετακάρπιο, κατόπιν αναφερόμενης γροθιάς. Η απειρία του εξετάζοντος σε συνδυασμό με το βιαστικό κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο (Εικ.2α) απέτυχε να θέσει τη διάγνωση του κατάγματος της κεφαλής του 5ου Μετακαρπίου (Εικ.2β). Η διάγνωση ετέθη τελικά την ίδια ημέρα κατόπιν εκτίμησης του ασθενούς από ένα πιο έμπειρο στέλεχος της κλινικής. Ωστόσο και μόνο ο τρόπος τραυματισμού (γροθιά) σε συνδυασμό με την έντονη ευαισθησία στο 5ο Μετακάρπιο θα μπορούσαν να θέσουν τη διάγνωση (Boxer's fracture). Ο ακτινολογικός έλεγχος θα ήταν βέβαια επιβεβλημένος, τόσο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, όσο και τη διαπίστωση της βαρυτητάς της και τον καθορισμό της αντιμετώπισης (συντηρητική ή χειρουργική). Στην προκειμένη περίπτωση και δεδομένου της μικρής γωνίωσης του κατάγματος η συντηρητική αντιμετώπιση με τοποθέτηση κατάλληλης ακινητοποίησης οδήγησαν στην επιτυχή πόρωση του.



Εικ. 2α



Εικ. 2β

3ο Περιστατικό :

Ασθενής άρρεν 22 χρονών προσήλθε λόγω πόνου και οιδήματος στην ΑΡ Πηχεοκαρπική κατόπιν πτώσης επί της Άκρας Χειρός. Το αίσθημα του πόνου προκαλούσε πλήρη περιορισμό κινητικότητας της Πηχεοκαρπικής. Η ερμηνεία του ακτινολογικού ελέγχου δε μπόρεσε να αναδείξει οστική παθολογία σ' εκείνη τη φάση (Εικ.3α). Ετέθη ελαστική επίδεση και ανάρτηση της άκρας χειράς και διεγνώσθη θλάση της Πηχεοκαρπικής. Κάτα τον επανέλεγχο μετά από 7 ημέρες η ευαισθησία του ασθενούς εντοπιζόταν εντονότερα στο έξω χείλος του άπω πέρατος της κερκίδας και στο ανατομικό βοθρίο του σκαφοειδούς (snuffbox). Με βάση την κλινική εκτίμηση η αναδρομική ερμηνεία των αρχικών ακτινογραφιών ανέδειξε κάταγμα του εγγύς πόλου του Σκαφοειδούς και επιπρόσθετα ρωγμώδες εξωαρθρικό κάταγμα στο έξω χείλος του κάτω πέρατος της Κερκίδας (Εικ.3β & 3γ). Η μεγάλη πιθανότητα ανάπτυξης ψευδάρθρωσης στο κάταγμα του Σκαφοειδούς επέβαλε τη χειρουργική αντιμετώπιση με τη χρήση αυλοφόρας συμπιεστικής βίδας ενώ το κάταγμα της κερκίδας αντιμετωπίστηκε συντηρητικά. Η πλημλής αναγνωση των ακτινογραφιών σε συνδυασμό με τον πόνο και το οίδημα της Πηχεοκαρπικής κατά την αρχική εκτίμηση καθυστέρησαν την ορθή αντιμετώπιση του κατάγματος (χειρουργική) και διάκινδυνεψαν πιθανή παρεκτόπιση του λόγω του λανθασμένου τρόπου ακινητοποίησης.



Εικ. 3α



Εικ. 3β



Εικ. 3γ

4ο Περιστατικό :

Ασθενής άρρεν 17 χρονών προσήλθε λόγω έντονου πόνου στον Αγκώνα κατόπιν πτώσης και στήριξης στην άκρα χείρα με το άνω άκρο τεντωμένο. Το εύρος κίνησης του αγκώνα ήταν αισθητά μειωμένο και η κινητοποίηση της άρθρωσης συνοδευόταν από πόνο. Η ερμηνεία του ακτινολογικού ελέγχου (Εικ.4α) δε μπόρεσε να εντοπίσει κάποιο προφανές κάταγμα. Ετέθη ανάρτηση στον αγκώνα και συνεστήθη επανεκτίμηση σε μερικές μέρες. Κατα την επανεκτίμηση ο πόνος του ασθενούς ήταν μειωμένος και το εύρος κίνησης του αγκώνα είχε βελτιωθεί. Ωστόσο έντονος πόνος εκλύοταν στις ακραίες θέσεις κάμψης-έκτασης & πρηνισμού-υπτιασμού καθώς και κατά την πίεση της κεφαλής της κερκίδας. Η υποψία κατάγματος της κεφαλής της Κερκίδας ετέθη και επιβεβαιώθηκε με τον επανέλεγχο των αρχικών ακτινογραφιών (Εικ.4β). Τα αίτια της διαφυγούσας διάγωσης σ' αυτήν την περίπτωση εντοπίζονται στην υποεκτίμηση της κλινικής κατάστασης (το επώδυνο και μειωμένο εύρος κινητικότητας θα έπρεπε να υποψιάσει τον εξετάζοντα) καθώς και στις ανεπαρκείς ακτινολογικές λήψεις. Ο πόνος του ασθενούς απέτρεψε τη διενέργεια μιας σωστής πλάγιας ακτινογραφίας του αγκώνα σε θέση κάμψης. Η αντίστοιχη ακτινογραφία έγινε σε θέση έκτασης χωρίς να γίνονται εμφανή τα χρήσιμα ακτινολογικά σημεία (fat pad sign & sail sign) που προειδοποιούν έμμεσα για την παρουσία κάποιου μή εμφανούς, ακτινολογικά, κατάγματος (Εικ.4γ - απεικόνιση των fat pad και sail signs σε πλάγια ακτινογραφία αγκώνα με κάταγμα κεφαλής κερκίδας). Βέβαια πρέπει να τονιστεί ότι μια προσεκτική ανάγνωση της προσθιοπίσθιας λήψης θα αναδείκνυε το κάταγμα άμεσα χωρίς την αναγκαιότητα έμμεσων δεικτών.



Εικ. 4α



Εικ. 4γ

Εικ. 4β

Συμπεράσματα

Η μελέτη των ακτινολογικών προβολών θα πρέπει να γίνεται αναλυτικά και σε συσχέτιση με την κλινική εικόνα του ασθενούς. Η εξέταση μιας ορθοπαιδικής βλάβης δε μπορεί να περιορίζεται μόνο στην ανάγνωση των ακτινογραφιών ενώ ο αποκλεισμός καταγματικών κακώσεων άνευ ακτινολογικού ελέγχου μπορεί να είναι επισφαλής. Ο συνδυασμός κλινικής και ακτινολογικής αξιολόγησης εξασφαλίζει τη σωστή διάγνωση (υπό την προϋπόθεση ότι αναφερόμαστε σε επαρκείς και σωστές ακτινολογικές λήψεις). Σε περίπτωση διλήμματος ή αμφιβολίας για την οριστική διάγνωση ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να ενεργεί θεραπευτικά έχοντας υπ' όψιν του τη δυσχερέστερη περίπτωση. Επίσης σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει οι ασθενείς να επανέρχονται για έλεγχο στα Τακτικά Ιατρεία. Τέλος, ανεξάρτητα από τις όποιες πρακτικές δυσκολίες (μετατραυματική κατάσταση ασθενούς, αδυναμία συνεργασίας κ.α.) θα πρέπει πάντα να γίνεται προσπάθεια λήψεων τουλάχιστον 2 επιπέδων (λχ face/profil) σε κάθε εξεταζόμενη περιοχή. Πολύ συχνά μία, μόνο, λήψη ισοδυναμεί με καμμία λήψη.