

Κάταγμα

Τι είναι:

Είναι η λύση της συνέχειας του οστού που επέρχεται μετά από άσκηση βίας. Το οστό χάνει την μηχανική ιδιότητα της στηρίξεως και υπάρχει έντονος πόνος στη περιοχή του κατάγματος.

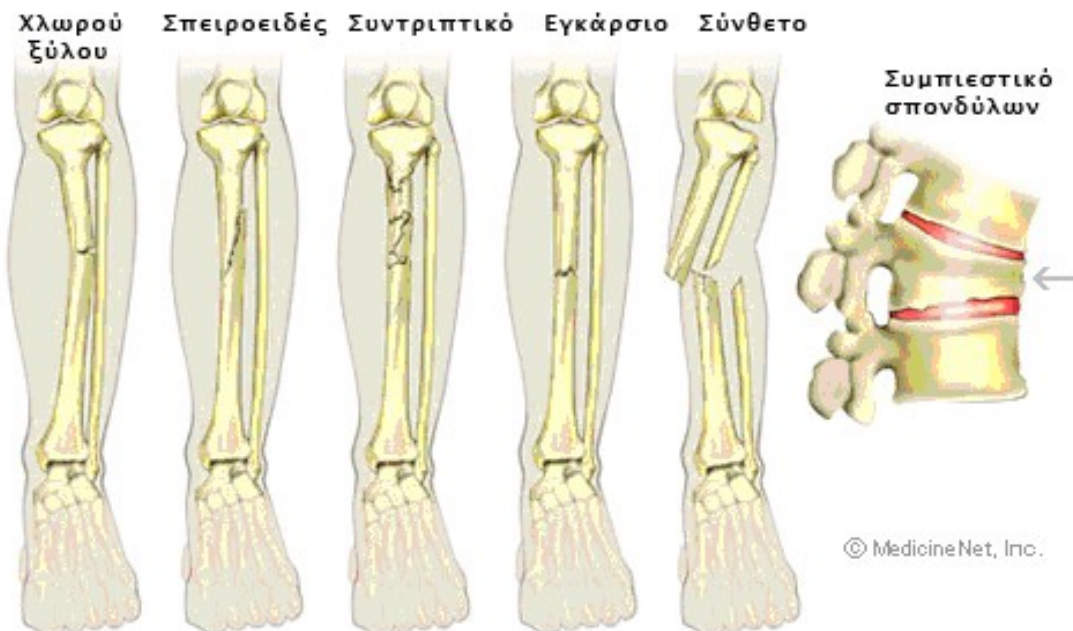
Τις πρώτες 48 ώρες, στην περιοχή δημιουργείται αιμάτωμα με συρροή οστεοβλαστών. Μετά το πρώτο διήμερο, ο οργανισμός αρχίζει να μετατρέπει το αιμάτωμα σε οστικό πύρο (κόκαλο). Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται μέχρι την πλήρη συγκόλληση του οστού. Αφού ο οργανισμός επιτύχει την σταθεροποίηση του κατάγματος, αρχίζει να ανακατασκευάζει και να ομαλοποιεί το σημείο της βλάβης (REMODELING). Όλη αυτή η διαδικασία διαρκεί από εβδομάδες μέχρι χρόνια και χρησιμεύει στην διόρθωση μικρών παραμορφώσεων. Στα παιδιά, ο οργανισμός επιτυγχάνει μεγάλες διορθώσεις και αυτό είναι ένα από τα αίτια που σπανίως η θεραπεία είναι χειρουργική σε μικρές ηλικίες.

Που οφείλεται η νόσος – Αίτια – Παράγοντες που την πυροδοτούν

Τα κατάγματα ταξινομούνται:

- Α. Ανάλογα με την ένταση της βίας που τα προκάλεσε σε βίαια, από καταπόνηση (επαναλαμβανόμενες μικροκαταπονήσεις) και παθολογικά (σε έδαφος προϋπάρχουσας κύστης ή όγκου κ.λ.π.)

- Β. Ανάλογα με την κλινική εικόνα σε ανοικτά (επλεγμένα) και κλειστά. Ανοικτά ονομάζονται τα κατάγματα που συνοδεύονται από τραύμα από το οποίο επικοινωνούν με το εξωτερικό περιβάλλον. Όταν δεν υπάρχει τέτοια επικοινωνία, τα κατάγματα λέγονται κλειστά.
- Γ. Ανάλογα με το μηχανισμό σε: Άμεσα, όταν τα κατάγματα γίνονται στο σημείο όπου έδρασε η βία. Έμμεσα, όταν συμβαίνουν μακριά από τη θέση που εφαρμόζεται η βία.
- Δ. Ανάλογα με τη φορά της γραμμής του κατάγματος σε σχέση προς τον άξονα του οστού τα κατάγματα μπορεί να είναι εγκάρσια, λοξά και σπειροειδή.
- Ε. Άλλες υποδιαιρέσεις είναι :τα ενσφηνωμένα κατάγματα (όταν το ένα τμήμα με τη μικρότερη διάμετρο μπαίνει μέσα στο άλλο με τη μεγαλύτερη), Αποσπαστικά λέγονται τα κατάγματα που συμβαίνουν στα σημεία πρόσφυσης των μυών ύστερα από βίαιη σύσπασή τους, Συντριπτικά είναι εκείνα που παρουσιάζουν στο επίπεδο του κατάγματος περισσότερα από τρία οστικά τμήματα κ.λ.π.



© MedicineNet, Inc.

Συνήθη κατάγματα των οστών

Πώς εκδηλώνεται η νόσος – Συμπτώματα

Ένα κάταγμα προκαλεί γενικά πόνο και δυσχέρεια ή αδυναμία στην κίνηση του μέλους. Επίσης συχνά συνυπάρχουν τοπικό οίδημα, ευαισθησία στην πίεση, παραμόρφωση, εκχύμωση, κριγμός, αφύσικη κίνηση, δηλαδή κίνηση στο σημείο του κατάγματος που φυσιολογικά δεν υπήρχε.

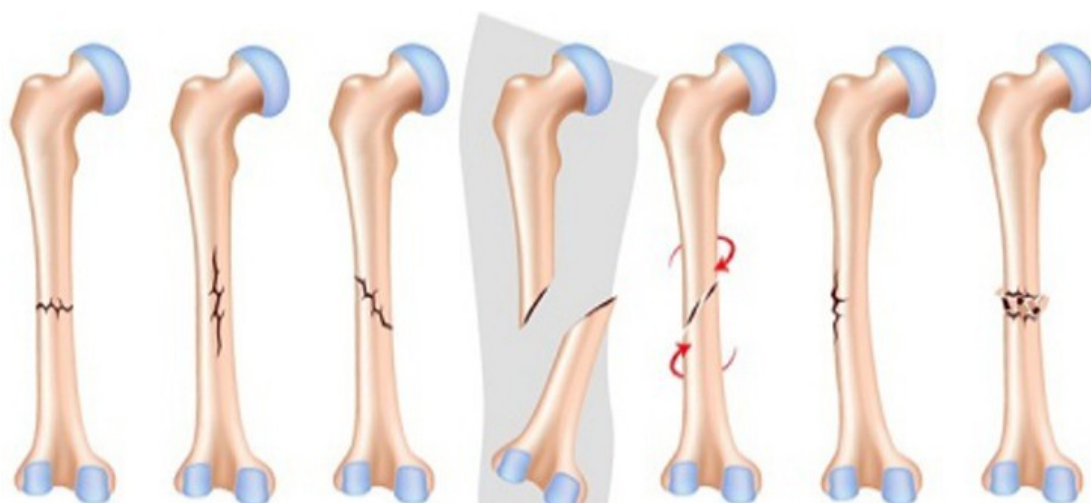
Διάγνωση της νόσου – Εξετάσεις

Ανεξάρτητα αν η κλινική διάγνωση είναι βέβαιη ή όχι, ο ακτινολογικός έλεγχος είναι πάντα απαραίτητος για να επιβεβαιώσει την ύπαρξη κατάγματος.

Ποιες είναι οι επιπλοκές

Οι επιπλοκές των καταγμάτων διακρίνονται σε άμεσες και απώτερες:

- Άμεσες μπορεί να είναι κάκωση αγγείων-νεύρων, λιπώδης ή πνευμονική εμβολή, σύνδρομο διαμερίσματος, πώρωση σε πλημμελή θέση κ.α.
- Ενώ απώτερες είναι η καθυστέρηση πώρωση, η δυσκαμψία της άρθρωσης, η Οστεοποιός μυοσίτιδα, Οστεομυελίτιδα, αρθρίτιδα, Αλγοδυστροφία κ.α.



Θεραπεία – Μέθοδοι αντιμετώπισης

Η θεραπεία ενός κατάγματος εξαρτάται από τον τύπο κατάγματος, τη σοβαρότητα και τη θέση του, καθώς επίσης και την κατάσταση του ασθενούς. Τα κατάγματα αντιμετωπίζονται ανάλογα με τα παραπάνω κριτήρια είτε συντηρητικά δηλαδή με ακινητοποίηση σε νάρθηκα ή γύψο είτε με χειρουργικές επεμβάσεις εξωτερικής ή εσωτερικής οστεοσύνθεσης. Σε σχεδόν όλα τα κατάγματα, μετά την πρώτη φάση της επούλωσης, που είναι η ανάπτυξη του ινοχόνδριου πύρου, το άτομο μπορεί να κινείται με δυσκολία. Για την καλύτερη επούλωση των καταγμάτων χρησιμοποιούνται μέθοδοι εξωτερικής συγκράτησης (γύψινοι επίδεσμοι και εξωτερικές οστεοσυνθέσεις) ή εσωτερικής συγκράτησης (οστεοσύνθεση με μεταλλικά εμφυτεύματα, βίδες, πλάκες και ενδομυελικούς ήλους), που αφαιρούνται συνήθως μετά την πώρωση του κατάγματος. Η διαφορά της επούλωσης των καταγμάτων από την επούλωση των τραυμάτων στο σώμα είναι ότι στα οστά επιτυγχάνεται η αποκατάσταση του οστού στην αρχική σχεδόν μορφή του, ενώ στην επούλωση των λοιπών ιστών η τραυματισμένη περιοχή αντικαθίσταται από έναν υποβαθμισμένο ινώδη ιστό (τη γνωστή μας ουλή)

Ανάλογα με την περιοχή κατάγματος έχουμε τα εξής

Κατάγματα άκρου ποδός – μεταταρσίων

Δεν υπάρχει ανάγκη ακινητοποίησης με γύψο ή μπότα και ο χρόνος πορώσεως είναι περίπου 3 εβδομάδες. Ο ασθενής μπορεί να βαδίζει δίχως να προκαλεί ζημιά στην πόρωση του κατάγματος. Εάν υπάρχει έντονος πόνος κατά την βάδιση τις πρώτες ημέρες, ένα ζευγάρι πατερίτσες είναι αρκετό. Δεν μας αρέσει η ακινητοποίηση, γιατί επιφέρει δυσκαμψία (αγκύλωση) των αρθρώσεων και έτσι επιμηκύνεται ο συνολικός χρόνος της παθήσεως

Κατάγματα ποδοκνημικής

Η αντιμετώπιση είναι χειρουργική ή συντηρητική με γύψο. Ο χρόνος πορώσεως είναι 2 μήνες. Προτιμάται η μέθοδος εκείνη η οποία θα μας δώσει μια ανατομική ανάταξη. Στην μη χειρουργική θεραπεία, για τις 3 πρώτες εβδομάδες, το πόδι πρέπει να ευρίσκεται σε έσω στροφή. Μετά από αυτό το διάστημα, το πόδι ακινητοποιείται σε ουδέτερη θέση. Εάν δεν γίνουν αυτοί οι χειρισμοί, πιθανότατα μετεγχειρητικά θα υπάρξει αστάθεια κατά την βόδιση. Εάν είναι απαραίτητη η χειρουργική αντιμετώπιση, πρέπει να το αποφασίσουμε άμεσα την πρώτη μέρα, μετά σχεδόν πάντοτε το οίδημα επιβαρύνει το χειρουργείο.

Κατάγματα κνήμης

Ο χρόνος πορώσεως είναι 3,5 μήνες. Έχει πολλούς τρόπους χειρουργικής θεραπείας και συντηρητικής με γύψο. Ο ιατρός πρέπει να έχει μεγάλη εμπειρία στους διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης. Ανεξαρτήτως τρόπου αντιμετώπισης, εάν δεν συνυπάρχει κάταγμα περόνης είναι απαραίτητο ο ιατρός χειρουργικά να δημιουργήσει κάταγμα. Η ακέραια περόνη συνήθως οδηγεί σε ψευδάρθρωση του κατάγματος της κνήμης και πάντοτε την σπάμε χειρουργικά πριν την έναρξη της θεραπείας. Εμείς προτιμάμε τους λειτουργικούς νάρθηκες τύπου Sarmiendo. Με αυτούς, συνήθως επιτυγχάνεται η πόρωση του κατάγματος σε 3 με 4 μήνες. Δεν χρειάζεται να υποβληθεί ο πάσχων σε χειρουργική επέμβαση ούτε για την τοποθέτηση αλλά ούτε για την μελλοντική αφαίρεση των υλικών της οστεοσυνθέσεως. Σε περιπτώσεις συντριπτικών καταγμάτων, τοποθετούμε εξωτερική οστεοσύνθεση για 4 με 6 εβδομάδες και μετά συνεχίζουμε με λειτουργικό νάρθηκα. Πιστεύουμε, ότι η παρατεταμένη χρήση της εξωτερικής οστεοσύνθεσης επιβραδύνει την πόρωση του κατάγματος και δημιουργεί δυσκαμψίες στις παρακείμενες αρθρώσεις που

αντιμετωπίζονται δύσκολα. Ο συγκεκριμένος τρόπος αντιμετώπισης των καταγμάτων κνήμης, παρότι είναι οικονομικότερος του χειρουργείου, είναι δυσκολότερος αν ο ιατρός δεν είναι γνώστης της ειδικής τεχνικής

Κάταγμα επιγονατίδας

Εάν υπάρχει ρήξη του επιγονατιδικού τένοντα η θεραπεία είναι πάντοτε χειρουργική. Η πόρωση είναι 6 εβδομάδες. Η διαπίστωση εάν έχει σπάσει ο επιγονατιδικός τένοντας, είναι σχετικά εύκολη. Ο ιατρός σηκώνει το πόδι του πάσχοντος στις 45 μοίρες και το αφήνει. Εάν ο πάσχων μπορεί να το κρατήσει τεντωμένο, τότε συνήθως ο πάσχων, δεν χρήζει χειρουργικής αποκατάστασης. Η χειρουργική αντιμετώπιση, υπερτερεί της ακινητοποίησης με γύψο, στον συνολικό χρόνο θεραπείας. Μετά από 6 εβδομάδες ακινητοποίησης, πάντοτε υπάρχει ατροφία τετρακέφαλου και αγκύλωση γόνατος και είναι απαραίτητη η φυσιοθεραπεία για ένα μεγάλο διάστημα.

Ενδαρθρικά κατάγματα γόνατος

Η πόρωση είναι 6 εβδομάδες και ο τρόπος μπορεί να είναι χειρουργικός ή συντηρητικός. Η απλή ακτινογραφία ΔΕΝ δείχνει το μέγεθος της βλάβης και πάντοτε πρέπει να γίνεται αξονική τομογραφία με ψηφιακή αναπαράσταση του γόνατος. Η απόφαση εάν θα χειρουργήσουμε ή όχι είναι δύσκολη. Το χειρουργείο συνίσταται στην ανύψωση του σημείου που υπάρχει η βλάβη με χρήση οστικών μοσχευμάτων και την συγκράτηση με ειδική πλακά και βίδες. Παρότι ο χειρουργός μπορεί να είναι έμπειρος, το αποτέλεσμα μπορεί να απέχει του ικανοποιητικού λόγω της μεγάλης συντριβής που συνήθως υπάρχει. Η προσωπική μας άποψη είναι το χειρουργείο για όλα τα άτομα που είναι νέα ή βιολογικά νέα και για τα μεγαλύτερα, η ελεγχόμενη πρώιμη κινητοποίηση. Η αποτυχία στην αντιμετώπιση αυτών των καταγμάτων, συνίσταται στην ασταθή βάδιση. Εάν ο βαθμός αστάθειας είναι μεγάλος,

τότε η ολική αρθροπλαστική του γόνατος θα μας λύσει το πρόβλημα σε άτομα άνω των 45-50 ετών

Κατάγματα μηρού

Πάντοτε χειρουργικά και η πόρωση είναι 3 μήνες. Στον μηρό το βάρος του σώματος διέρχεται από την εσωτερική πλευρά. Αυτό είναι ο λόγος που προτιμάμε την τοποθέτηση ήλου μέσα στον αυλό και όχι πλακά και βίδες στην εξωτερική επιφάνεια εάν αυτό είναι εφικτό. Σε ορισμένα κατάγματα, οι λειτουργικοί νάρθηκες τύπου Sarmiendo δίδουν εξαιρετικά αποτελέσματα, έχουν όμως ένα σημαντικό μειονέκτημα, πρέπει ο πάσχων να είναι κλινήρης με σκελετική έλξη τις πρώτες 4 με 6 εβδομάδες.

Κατάγματα ισχίου

Πάντοτε χειρουργικά, εκτός ειδικών ελαχίστων περιπτώσεων. Η πόρωση είναι 3 μήνες. Διακρίνονται σε υποκεφαλικά και διατροχαντήρια. Στα διατροχαντήρια, χρησιμοποιούμε ειδική πλάκα και βίδες. Είναι συχνά κατάγματα αλλά εξαιρετικά τεχνικά και ο χειρουργός πρέπει να έχει σημαντική εμπειρία για ένα καλό αποτέλεσμα και γρήγορη επιστροφή του ασθενούς στην πλήρη δραστηριότητα. Στα υποκεφαλικά κατάγματα, αφαιρείται η κεφαλή και τοποθετείται μεταλλική. Πολλές φορές λόγω του κατάγματος, διαταράσσεται η αιμάτωση της κεφαλής, με αποτέλεσμα να νεκρωθεί. Αυτός είναι ο λόγος που διαφοροποιούνται στην αντιμετώπιση, τα διατροχαντήρια από τα υποκεφαλικά κατάγματα του ισχίου.

Σε ηλικιακά ή βιολογικά νέα άτομα, εμείς θεωρούμε ότι πρέπει πάση θυσία να διατηρήσουμε την κεφαλή του ισχίου και να μην βάλουμε μεταλλική. Έχουμε αναπτύξει την τεχνική της διαθερμικής ηλώσεως με άριστα αποτελέσματα. Με 3 μικρές οπές τοποθετούνται οι βίδες συγκρατήσεως της

κεφαλής, δεν υπάρχει απώλεια αίματος και ο ασθενής επιστρέφει σε 48 ώρες σπίτι του.

Κατάγματα ηβοισχιακών κλάδων

Ο ασθενής δύναται να βαδίζει με περιπατητήρα και η πόρωση είναι 6 εβδομάδες. Ο ιατρός πρέπει να ελέγξει προσεκτικά τα όρια του κατάγματος, Μερικές φορές το κάταγμα επεκτείνεται στην κοτύλη (η οροφή της αρθρώσεως του ισχίου) και οι επιπλοκές είναι σοβαρές. Αυτά τα κατάγματα ενώ δεν προκαλούνε προβλήματα, είναι άκρως ενοχλητικά για ένα μεγάλο διάστημα που κυμαίνεται για περίπου 2 μήνες.

Κατάγματα άκρας χειρός

Η θεραπεία είναι συνήθως συντηρητική αλλά σχεδόν πάντοτε πρέπει να επιτύχουμε ανατομική ανάταξη. Πόρωση σε 3 εβδομάδες. Πρόβλημα δημιουργείται σχεδόν πάντοτε με κατάγματα ενδοαρθρικά των φαλάγγων των δακτύλων. Συνήθως αφήνουν διογκωμένη και επώδυνη την άρθρωση. Σε αυτά τα κατάγματα, εξετάζουμε κατά πόσο το χειρουργείο θα μας δώσει καλύτερο αποτέλεσμα που δεν συμβαίνει πάντοτε.

Κατάγματα πηχεοκαρπικής

Τα περισσότερα αντιμετωπίζονται συντηρητικά με γύψο, σπανίως επιτυγχάνεται ανατομική ανάταξη. Εάν επιθυμούμε άριστο αποτέλεσμα η θεραπεία είναι χειρουργική. Η εξωτερική οστεοσύνθεση δίνει άριστα αποτελέσματα και είναι μια ελάχιστη επεμβατική μέθοδος. Η πόρωση είναι 4 εβδομάδες. Η δική μας επιλογή για άτομα τα οποία έχουνε πλήρη δραστηριότητα στις περισσότερες περιπτώσεις είναι η αντιμετώπιση με εξωτερική οστεοσύνθεση.

Κατάγματα αντιβραχίου (κερκίδας ή ωλένης ή αμφότερων)

Αντιμετωπίζονται μόνο χειρουργικά. Η μη τέλεια ανάταξη επιφέρει σοβαρή διαταραχή της λειτουργίας του χεριού. Η πόρωση επιτυγχάνεται σε 2 μήνες. Η κερκίδα και η ωλένη όταν κινούμε το χέρι μας, περιστρέφεται η μία πάνω στην άλλη. Η μη τέλεια ανάταξη των καταγμάτων επηρεάζει τον υπτιασμό πρηνισμό του χεριού (το χέρι δεν μπορεί να στρίψει και να συλλάβει αντικείμενα). Και αυτός είναι ο λόγος που πάντοτε επιλέγουμε την χειρουργική θεραπεία.

Κατάγματα κεφαλής κερκίδας

Σχεδόν πάντοτε αντιμετωπίζονται συντηρητικά με πρώιμη κινητοποίηση την πρώτη εβδομάδα. Τυχόν αφαίρεση της κεφαλής της κερκίδας, γίνεται εκ των υστέρων αν εμποδίζει σημαντικά την κάμψη του αγκώνα. Ακίνητοποίηση του αγκώνα, πέρα των τριών εβδομάδων επιφέρει μεγάλη αγκύλωση η οποία αντιμετωπίζεται δύσκολα. Γι' αυτό πάντοτε επιμένουμε στην πρώιμη κινητοποίηση.

Κατάγματα βραχιονίου

Σχεδόν πάντοτε συντηρητικά με λειτουργικούς νάρθηκες τύπου Sarmiento και ο χρόνος πορώσεως είναι 2 μήνες. Στην προκειμένη περίπτωση, οι λειτουργικοί νάρθηκες, χρησιμοποιούνται και για υφιστάμενες ψευδαρθρώσεις του βραχιονίου. Σε αυτή την θεραπεία, τοποθετούμε έναν βαρύ κρεμάμενο γύψο για να γίνει ευθυσμός του κατάγματος με την βαρύτητα για 2 εβδομάδες. Εν συνεχεία, τοποθετούμε το λειτουργικό νάρθηκα ο οποίος επιτρέπει την κίνηση του αγκώνα.

Κατάγματα υποκεφαλικά βραχιονίου

Συντηρητικά με απλή ανάρτηση και πρώιμη κινητοποίηση μετά την πρώτη εβδομάδα. Ο χρόνος πορώσεως είναι 4 εβδομάδες. Αυτά τα κατάγματα, της πρώτες μέρες έχουν πόνο και ο ασθενής δεν ξέρει που να βολέψει το χέρι του. Πολλές φορές αναγκάζεται να κινηθεί καθιστός το βράδυ. Παρ' όλα αυτά με την πρώιμη κινητοποίηση έχουν άριστη πρόγνωση και η τυχόν χειρουργική αντιμετώπιση, δεν επιφέρει γρηγορότερη την κινητοποίηση.

Κατάγματα κλειδός

Αναφέρονται πάνω από 250 τρόποι ακινητοποίησης της κλείδας με τον πλέον γνωστό, την δίκην 8 επίδεση, των ώμων. Όλοι αποτυγχάνουν να ακινητοποιήσουν επαρκώς την κλείδα και ο ασθενής υφίσταται άσκοπη ταλαιπωρία. Πάντοτε η κλείδα βραχύνεται δίχως αυτό να επιφέρει πρόβλημα λειτουργίας. Εμείς προτιμάμε την απλή ανάρτηση του άνω άκρου, ώστε τις πρώτες μέρες να αισθάνεται καλύτερα ο πάσχων. Χειρουργούμε μόνο τους αθλητές για να επιτύχουμε ένα τέλειο αποτέλεσμα.

Κατάγματα σπονδυλικής στήλης τραυματικής ή οστεοπορωτικής αιτιολογίας

Εάν δεν υπάρχει νευρολογική συνδρομή, δεν χρήζουν χειρουργικής αντιμετώπισης. η ακινητοποίηση ή μη του κατάγματος εξαρτάται από την εκτίμηση του ιατρού αν θεωρεί το κάταγμα σταθερό ή ασταθές. Η κατηγοριοποίηση του κατάγματος εξαρτάται από την εμπειρία του γιατρού και την γνώση των διεθνών πρωτοκόλλων. Ο χρόνος πορώσεως είναι 3-4 εβδομάδες. Στα μεν σταθερά κινητοποιούμε τον ασθενή μας από την πρώτη εβδομάδα, αναλόγως του πόνου, στα δε σταθερά η κινητοποίηση γίνεται λίγο αργότερα και με κηδεμόνα

