

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ

I. Τιντώνης

Παρά την προαναφερθείσα φαρμακευτική και λοιπή συντηρητική αγωγή που υποβάλλονται άτομα με οστεοπόρωση, ένα ποσοστό απ' αυτά με ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών θα υποστούν διάφορα κατάγματα και πολλά απ' αυτά θα οδηγηθούν στο χειρουργείο.

Αν και όλος ο σκελετός χάνει οστική μάζα που οφείλεται είτε στην ηλικία είτε στην εμμηνόπαυση, περιοχές που αποτελούνται από δοκιδωτή οστική υφή, όπως τα θωρακικά και οσφυϊκά σπονδυλικά σώματα, πλευρές, λεκάνη, το άνω άκρο του μηριαίου και του βραχιονίου, περιοχές γύρω από το γόνατο και τον αγκώνα, καθώς και το περιφερικό άκρο της κερκίδος υφίστανται τη περισσότερη βλάβη. Οι πιό πρώιμες και πλέον διαδεδομένες επιπλοκές της οστεοπόρωσης είναι τα συμπίεστικά κατάγματα των σωμάτων των σπονδύλων.

Συχνά είναι ασυμπτωματικά και ανακαλύπτονται μόνο ακτινολογικά. Περίπου το 1/3 των γυναικών πάνω από 65 έτη έχουν υποστεί κάποιο συμπίεστικό κάταγμα της Σ.Σ. Μπορεί όμως να έλθουν στον Ορθοπαιδικό Χειρουργό ηλικιωμένοι (κυρίως) ασθενείς που παραπονούνται για σοβαρό πόνο στη θωρακο-οσφυϊκή μοίρα ή παρατήρησαν παραμόρφωση ή σχετική προοδευτική κύφωση στη ράχη. Συνήθως τα οστεοπορωτικά συμπίεστικά κατάγματα των σπονδύλων, ακόμη και τα εκρηκτικά δεν οδηγούν σε νευρολογικά ευρήματα από τα κάτω άκρα. Τα κατάγματα αυτά παρατηρούμε είτε μετά από φυσιολογική δραστηριότητα ή σε μικρό ή μέτριο τραυματισμό. Στην Θ.Μ.Σ.Σ. τα κατάγματα παρουσιάζουν σφηνοειδή παραμόρφωση και στην Ο.Μ.Σ.Σ. συμπίεστικού ή εκρηκτικού τύπου βλάβη. Μετά από κάθε κάταγμα το ύψος της ασθενούς μειώνεται κατά 2-4 εκ. μ. Ενίοτε παρουσιάζονται και αυτόματα κατάγματα πλευρών.

Η θεραπεία γενικά που ακολουθείται έχει σχέση με τα συμπτώματα του ασθενούς. Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς δίδεται θεραπεία για οστεοπόρωση και κάποιες ασκήσεις ενδυναμώσεως των μυών τους (ιδιαίτερα των ιερονωτιαίων). Σε οξεία φάση, βοηθούν σημαντικά ο κλινοστατισμός, τα αναλγητικά, τα μυοχαλαρωτικά και διακεκομμένη εφαρμογή υγρής θερμότητας. Μόλις αρχίσει να υποχωρεί ο οξύς πόνος και ο ασθενής μπορεί να γυρίσει στο κρεβάτι του άνετα (γύρω στις 7-14 ημέρες από το κάταγμα) αρχίζει η κινητοποίηση του με τη βοήθεια κάποιου εξωτερικού θωρακοοσφυϊκού κηδεμόνος σχετικά μαλακού (είδος ελαστικού κορσέ) διότι οι σκληροί ορθωτικοί κηδεμόνες δύσκολα γίνονται ανεκτοί από τους ηλικιωμένους ασθενείς. Επίσης βοηθούν διάφορες αναπνευστικές ασκήσεις καθώς και ασκήσεις υπερεκτάσεως του κορμού για να αποφευχθούν κάποιες δυνάμεις κάμψεως και συμπίεσεως της Σ.Σ. Περίπου 6-8 εβδομάδες μετά το κάταγμα οι περισσότεροι ασθενείς είναι απαλλαγμένοι από πόνο και μπορούν να αρχίσουν ξανά κανονική ζωή.

Πολύ σπάνια μπορεί να υπάρχουν και νευρολογικά ευρήματα από τα κάτω άκρα ή συμπτώματα που σχετίζονται με το έντερο ή κάποια δυσλειτουργία της κύστεως. Σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι δυνατόν να προχωρήσουμε και σε χειρουργική αποκατάσταση με πρόσθια ή οπίσθια προσπέλαση και με χρήση διαφόρων στηρικτικών υλικών. Πάντως η χειρουργική επέμβαση είναι σπάνια.

Τα κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου αποτελούν μεγάλο ιατροκοινωνικό πρόβλημα στις ανεπτυγμένες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Β. Αμερικής, οι οποίες κατοικούνται από πληθυσμούς Καυκάσιας προέλευσης. Η συχνότητα των καταγμάτων αυτών στην Ελλάδα αυξήθηκε από 0,57% σ' ολόκληρη την Ελληνική Επικράτεια το 1977, σε 0,97% το 1987. Παρά το σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος των καταγμάτων αυτών, μόνο το 60% των ασθενών επιβιώνει περισσότερο από 2 χρόνια μετά το κάταγμα και από αυτούς τελικά μόνο οι μισοί κατορθώνουν να επανακτήσουν την κινητική δραστηριότητα που είχαν πριν το κάταγμα και την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης τους. Είναι επομένως εύλογο ότι η επιδημιολογία αυτών των καταγμάτων ενδιαφέρει τόσο για τη σωστή θεραπευτική τους αντιμετώπιση όσο και για το σχεδιασμό προληπτικών μέτρων που θα αποσκοπούν στη μείωση της συχνότητας εμφάνισής τους.

Τα ενδορθρικά κατάγματα του άνω άκρου του μηριαίου συμβαίνουν συνήθως σε ηλικία μεταξύ 65-75 ετών, οφειλόμενα σε οστική απώλεια σπογγώδους οστού, ενώ τα διατροχαντήρια κατάγματα συμβαίνουν 10 χρόνια αργότερα, σε ηλικία μεγαλύτερη των 75 ετών, και προκαλούνται από απώλεια μάζας φλοιώδους και σπογγώδους οστού.

Για τα διατροχαντήρια κατάγματα συντηρητική αντιμετώπιση ενδείκνυται μόνο σε ορισμένους ασθενείς με ρωγμώδες κάταγμα και ελάχιστα συμπτώματα από το ισχίο. Αυτοί οι ασθενείς πρέπει να κινητοποιηθούν πολύ γρήγορα για να αποφύγουν τις επιπλοκές της παρατεταμένης ακινητοποίησης. Αν και τα περισσότερα κατάγματα μπορούν να χειρουργηθούν στο πρώτο 24ωρο, δεν έχει αποδειχθεί αύξηση της θνησιμότητας αν χειρουργηθούν μετά από κάποιο χρονικό διάστημα το οποίο κρίνεται απαραίτητο για να διορθωθούν ωρισμένα προβλήματα υγείας τους και να οδηγηθούν με ασφάλεια στο χειρουργείο.

Στα διατροχαντήρια κατάγματα ο διολισθαίνων ήλος επιτρέπει σταθερή συγκράτηση και συνεχή συμπίεση του καταγματος, ενώ στα υποτροχαντήρια κατάγματα λύση έχει προσφέρει και ο συνδυασμός διολισθαίνοντος και ενδομυελικού ήλου (Gamma nail). Επίσης σ' ορισμένες περιπτώσεις προβλημάτων υγείας χρησιμοποιείται και η εξωτερική οστεοσύνθεση. Η κινητοποίηση πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν συντομότερα με μερική ή πλήρη φόρτιση του σκέλους, ανάλογα με τη δυνατότητα του ασθενούς.

Στα υποκεφαλικά κατάγματα η χειρουργική αποκατάσταση είναι ανάλογη του βαθμού παρεκτόπισης του κατάγματος. Στα κατάγματα 1ου και 2ου βαθμού κατά Garden, γίνεται εσωτερική οστεοσύνθεση με 3 ή 4 παράλληλες βίδες ή ενίοτε βελόνες Steinmann (στα 1ου βαθμού). Η ψευδάρθρωση συμβαίνει σε ποσοστό 5% και η οστεονέκρωση σε ποσοστό 10% επί των μη παρεκτοπισμένων. Στα παρεκτοπισμένα κατάγματα 3ου και 4ου βαθμού η θεραπεία είναι θέμα αμφισβήτησης. Σε νεώτερα άτομα γίνεται προσπάθεια να διατηρηθεί η κεφαλή του μηριαίου, με αναίμακτη ή αιματηρή ανάταξη και οστεοσύνθεση με βίδες Aspen. Το ποσοστό ψευδάρθρωσης σ' αυτά τα κατάγματα ανέρχεται σε 10-30% και της οστεονέκρωσης 15-33%. Σε πιά ηλικιωμένα άτομα εφαρμόζεται ημιαρθροπλαστική μονού ή διπλού κυπελλίου. Μερικές φορές γίνεται ολική αρθροπλαστική σε παραμελημένα υποκεφαλικά κατάγματα.

Τα κατάγματα της κάτω επίφυσης της κερκίδος αποτελούν συχνή επιπλοκή της οστεοπόρωσης. Τα κατάγματα αυτά αντιμετωπίζονται ως επί το πλείστον συντηρητικά με κλειστή ανάταξη υπό τοπική ή γενική αναισθησία και τοποθέτηση γυψίνου επιδέσμου. Συχνή επιπλοκή αυτών των καταγμάτων είναι η απώλεια της ανάταξης, η βράχυνση της κερκίδος και η επώδυνη προβολή της ωλένης. Αυτά αποφεύγονται με τη σωστή ανάταξη και σωστή ακινητοποίηση. Η λειτουργικότητα της πηχεοκαρπικής αποκαθίσταται περί τις 6 εβδομάδες μετά το κάταγμα. Ασταθή ή συντριπτικά κατάγματα αντιμετωπίζονται με εξωτερική ή εσωτερική οστεοσύνθεση. Επιπλοκή της εξωτερικής οστεοσύνθεσης είναι η χαλάρωση των βελονών και ο τοπικός ερεθισμός απ' αυτές.

Συχνά είναι και τα υποκεφαλικά κατάγματα του βραχιονίου σε ηλικιωμένους ασθενείς με οστεοπόρωση που συμβαίνουν κατόπιν απλής πτώσεως. Αντιμετωπίζονται συντηρητικά με ανάρτηση του άνω άκρου για 2-3 εβδομάδες και ακολούθως με ενεργητική ή υποβοηθούμενη παθητική κινησιοθεραπεία. Συντριπτικά κατάγματα αντιμετωπίζονται είτε συντηρητικά είτε χειρουργικά με ανοικτή ανάταξη και εσωτερική οστεοσύνθεση με σπληνικά υλικά ή προθετική αντικατάσταση της κεφαλής.

Κατάγματα της περιοχής του γόνατος που συμβαίνουν σε οστεοπορωτικούς ασθενείς είναι τα δια-υπερκονδύλια του μηριαίου και κυρίως των κονδύλων της κνήμης. Η συντριπτικότητα αυτών των καταγμάτων και η ενδαρθρική τους προέκταση και η μη σωστή αντιμετώπιση οδηγούν σε αυξημένο ποσοστό εκφυλιστικής αρθροπάθειας του γόνατος. Η απλή τομογραφία και ενίοτε η αξονική τομογραφία βοηθούν σημαντικά στο καθορισμό της έκτασης της βλάβης. Τα υπερκονδύλια κατάγματα του μηριαίου αντιμετωπίζονται συντηρητικά (ιδίως τα ρωγμώδη και εκείνα που δεν έχουν μεγάλη παρεκτόπιση) με Μ.Κ.Π. γύψο και μετατροπή του κατόπιν σε λειτουργικό γύψο. Και χειρουργικά με γωνιώδεις ήλους και πλάκες.

Στα κατάγματα των κνημιαίων κονδύλων με μικρή παρεκτόπιση ή καθίζηση μικρότερη των 5mm η αντιμετώπιση είναι συντηρητική. Συνιστάται αποφυγή φόρτισης για 6-8 εβδομάδες. Η χρήση συνεχούς παθητικής κίνησης (CPM)

βοηθάει στη γρήγορη αποκατάσταση της κνημιαίας επιφάνειας της άρθρωσης του γόνατος και στην αποφυγή δυσκαμψίας. Στα κατάγματα με παρεκτόπιση μεγαλύτερη των 8mm ή γωνίωση μεγαλύτερη από 5-10 μοίρες συνιστάται ανοικτή ανάταξη και οστεοσύνθεση με ειδικές πλάκες σε σχημα «Γ» ή «Τ». Η φόρτιση καθυστερεί 8-10 εβδομάδες αλλά η γρήγορη κινητοποίηση της άρθρωσης (όταν αισθανθεί άνετα ο ασθενής) βοηθάει σημαντικά στην αποφυγή δυσκαμψίας.

Συχνά επίσης στους ηλικιωμένους με οστεοπόρωση είναι τα κατάγματα των ηβοισχιακών κλάδων της λεκάνης που συμβαίνουν κατόπιν απλής πτώσεως στο ισχίο. Αυτά αντιμετωπίζονται συντηρητικά, με κατάκλιση 2-3 εβδομάδων και προοδευτική κινητοποίηση και βάδιση.

Μεγάλο πρόβλημα για τον Ορθό/κό Χειρ/γό αποτελείουν και τα συντριπτικά κατάγματα της περιοχής του αγκώνα (ιδία τα υπερ-διακονδύλια). Επιχειρείται συντηρητική αντιμετώπιση των καταγμάτων αυτών, δηλαδή αναίμακτη ανάταξη, τοποθέτηση Β.Π.Κ. γυψονάρθηκα για 2-3 εβδομάδες και προοδευτική κινητοποίηση. Η χειρουργική θεραπεία (όταν γίνεται) είναι τρομερά δύσκολη και χρειάζεται μεθοδικότητα και υπομονή για να μαζευτούν και οστεοσυντεθούν τα κατεαγότα οστικά τεμάχια. Η μεγάλη επιπλοκή αυτών των καταγμάτων είναι η δυσκαμψία του αγκώνος είτε στη χειρ/κή είτε στη συντηρητική αγωγή που ακολουθείται. Γενικά όλα τα οστοπορωτικά κατάγματα των ηλικιωμένων αντιμετωπίζονται αρκεί να υπάρχει άμεση συμμετοχή και βοήθεια από αυτούς.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Barth R.W., Lane J.M.: Osteoporosis. Orthop. Clin. North Am. 1988; 19: 845 - 858
- 2) Consensus Conference. Osteoporosis. J.A.M.A. 1984; 252: 799-802
- 3) Cummings S.R., Kelsey J.L., Nevill M.C., et al. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. Epidemiol. Rev. 1985; 178 - 208
- 4) Δρεττάκης Εμμ.: Επιδημιολογία των καταγμάτων του άνω άκρου του μηριαίου. Οστούν 1997, 8 (4): 259 - 262. Από το 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελλην. Ετ. Μελ. Μετ. των Οστών.
- 5) Frost H.M. (ed): Symposium on the osteoporosis. The Orth. Clinics of North America. Philadelphia, W.B. Saunders, 1981.
- 6) Jensen Steen J., Baggar J. (1982): Long term social prognosis after hip fracture. Acta Orth. Scand. 53: 97 -101
- 7) Jette A.M., Harris B.A., Cleary P.D. (1987): Functional recovery after hip Fracture. Arch. Phys. Med. Rehabil. 68: 735 - 740.
- 8) Λυρίτης Γ.Π., Γεωργιάδου Π., Καββαδίας Κ. Οστούν 1990, Τομ. 1, Τεύχ. 3: 419-423. Από το 3ο Διεθνές Συνέδριο για την Οστεοπόρωση.
- 9) Rockwood Ch. A. and Green D.P. (1984): Fractures in adults. J.B. Lippincott Co. Philadelphia.