GWOŹDZIOWANIE ŚRÓDSZPIKOWE W LECZENIU ZABURZEŃ ZROSTU TRZONU KOŚCI PISZCZELOWEJ

I Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 6-8.10.2005

Streszczenia:
Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2005, vol 7 (Suppl. 1), s191-192.

P61
GWOŹDZIOWANIE ŚRÓDSZPIKOWE W LECZENIU ZABURZEŃ ZROSTU TRZONU KOŚCI PISZCZELOWEJ

Kaleta M., Wroński S., Gajda T., Jaworski J.M., Gaździk T.S.
Katedra i Oddział Kliniczny Ortopedii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Słowa kluczowe: złamania kości piszczelowej, powikłania zrostu, gwoździowanie śródszpikowe, Zespol, Polfix

Wstęp
Własne obserwacje kliniczne dotyczące leczenia złamań trzonu kości piszczelowej (kp) sposobami Zespol i Polfix wskazują, że utrwalony brak zrostu jest rzadki i ma najczęściej charakter aseptyczny, a dzięki właściwej mineralizacji blizny kostnej rzadko dochodzi do złamań powtórnych. Z powikłań zrostu na pierwszy plan wysuwają się stawy rzekome hypertroficzne.
Cel pracy
Celem pracy jest ocena metody gwoździowania śródszpikowego (gś) w leczeniu zaburzeń zrostu trzonu kp po pierwotnej osteosyntezie sposobem Zespol i Polfix.
Materiał i metody

Od 1987 do 2003 roku leczyliśmy metodą gś z rozwiercaniem kanału szpikowego 42 chorych z zaburzeniami zrostu trzonu kp. Początkowo stosowaliśmy klasyczne, piszczelowe gwoździe Küntschera (gK), a od 1994 gwoździe śródszpikowe z blokowaniem (gśb). Liczbę dodatkowych procedur operacyjnych przedstawiono w tabeli.

Rozwiercanie kanału szpikowego Częściowe wycięcie strzałki Otwarcie szczeliny złamania Przeszczep gąbczasty własny Przeszczep gąbczasty mrożony Dekortykacja sposobem Judeta
gK (n=14) 14 11 10 8 2 10
gśb (n=28) 28 19 13 6 9 3

Za zrost uznawaliśmy stan bezbolesnego obciążania kończyny w połączeniu z widoczną na zdjęciach kostniną mostującą złamanie.
Wyniki
U 40 chorych uzyskaliśmy zrost kostny w czasie średnio 24 tyg. Najdłużej zrastały się atroficzne stawy rzekome (30 – 34 tyg.). Szybciej goiły się stawy rzekome hypertroficzne oraz złamania powtórne (17 – 28 tyg.). W 5 przypadkach stwierdziliśmy skrót kończyny 1 – 2 cm, natomiast u 2 chorych > 2 cm. W grupie chorych leczonych gśb w 7 przypadkach doszło do złamania śrub blokujących odłam dalszy, a w 3 przypadkach do płużenia i osteolizy wokół śrub blokujących odłam bliższy.
Wnioski
1.Gś z rozwiercaniem kanału szpikowego jest skuteczną metodą leczenia stawów rzekomych i złamań powtórnych trzonu kp po pierwotnej osteosyntezie sposobami Zespol i Polfix.
2.Gś pozwala na odstąpienie od unieruchomienia zewnętrznego, co znacznie skraca rehabilitację chorych, zmniejszając do minimum objawy „choroby złamaniowej”.

P61
INTRAMEDULLARY NAILING IN THE TREATMENT OF TIBIAL DIAPHYSIS NONUNION

Kaleta M., Wroński S., Gajda T., Jaworski J.M., Gaździk T.S.
Department and Clinic of Orthopaedics, Silesian Medical Academy in Katowice, Poland

Keywords: intramedullary nailing, complicationes, nonunion. Zespol, Polfix

Introduction
Our own clinical observations considering treatment of tibial diaphysis fractures using Zespol and Polfix methods indicate that prolonged lack of consolidation is rare and for the most part aseptic. Thanks to the proper fracture scar mineralization process repeated fractures are also rare. Most often adhesion complications are hypertrophic spurious joints.
Goal
To evaluate the intramedullary nailing method in treatment of tibial diaphysis nonunion after primary Zespol and Polfix osteosynthesis.
Materials and Methods
In 1987-2003 we treated 42 patients with tibial diaphysis nonunion using bone nailing with medullary reaming method. Initially we used classic Kuntscher tibial nails (Kn), and since 1994 locked intramedullary nails (Lin). Additional procedures are shown in the below table:

Intramedullary reaming Partial fibula removal Fracture fissure reopening Autologous spongy bone graft Frozen spongy graft Judet decortication
Kn (n=14) 14 11 10 8 2 10
Lin
(n=28) 28 19 13 6 9 3

As union we accepted the state of painless limb weightening connected with radiograph visible connective callus.
Results
40 patients – we attained union within 24 weeks. It took longer to achieve union in atrophic spurious joints (30-34 weeks). It took faster to heal hypertrophic spurious joints

and repeated fractures (17-28 weeks). In 5 cases we noted shortened lower extremity of 1-2 cm and in 2 cases of more than 2 cm. In the group treated with locked intramedullary nails, in 7 cases breaking of bolt locking proximal fracture mass occurred. In 3 cases osteolysis round the proximal locking bolts occurred.

Conclusions

1. Reamed bone nailing is effective in treatment of spurious joints and repeated fractures of tibal diaphysis after primary osteosythenis using Zespol and Polfix methods.
2. Intramedullary bone nailing allows withdrawal from external encasing which significantly shortens rehabilitation reducing symptoms of “fracture illness” to the minimum.