Operacyjne leczenie zerwań ścięgien prostowników ręki w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów

Streszczenia zjazdu PTOiTr – 2000 (W93)

Tomasz Mazurek, Bogusław Baczkowski, Adam Lorczyński
Katedra i Klinikai Ortopedii AM w Gdańsku 80-803 Gdańsk, ul. Nowe ogrody 4-6, tel/fax (0-58) 3021864

CELEM PRACY jest ocena wyników operacyjnego leczenia zerwań ścięgien prostowników okolicy nadgarstka w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów. MATERIAŁ: stanowi 29 chorych leczonych z powodu zerwania ścięgien prostowników. Zerwanie dotyczyło najczęściej ścięgna prostownika długiego kciuka (14 chorych), prostowników palca małego i serdecznego u 8 chorych, prostowników palca małego u 5 chorych i prostowników palców III, IV, V u 2 chorych. Okres obserwacji wynosił od 2 lat do 12 lat, średnio 6,7 lat. Operacyjne leczenie polegało na wykonaniu transpozycji ścięgien z wykorzystaniem ścięgna EIP, FDS III,IV lub sąsiednich nieuszkodzonych ścięgien EDC. Nie wykonywano szwu zerwanych ścięgien oraz przeszczepów mostkowych ze względu na złe warunki dla gojenia się ścięgien w miejscu zerwania. Wyniki oceniano na podstawie badania klinicznego w postaci oceny zakresu ruchu czynnego i biernego stawów objętych rekonstrukcją ścięgien i ocenie siły zgięcia ręki w pięść. WNIOSKI: Uzyskano dobre wyniki leczenia w postaci odtworzenia zakresu ruchu czynnego i biernego stawów u chorych w drugim okresie RZS wg Steinbrockera (niewielkie zmiany stawowe) oraz zadowalające wyniki leczenia u chorych w III i IV grupie RZS z mnogim przerwaniem ścięgien i znaczną destrukcją stawów (średni zakres ruchu czynnego 10 do 75

stopni w stawach MCP).

Wyniki leczenia operacyjnego stawów rzekomych kości łódeczkowatej

Streszczenia zjazdu PTOiTr – 2000 (W92)

Mariusz Bonczar, Tadeusz Niedźwiedzki, Marek Szuścik, Witold Mierniczek
Oddział Urazowo-Ortopedyczny i Chirurgii Ręki WSS im. L. Rydygiera w Krakowie
Ordynator: Dr hab. n. med. Tadeusz Niedźwiedzki

W latach 1997-1999 leczono 17 pacjentów z powodu stawu rzekomego kości łódeczkowatej. Czas od chwili złamania do leczenia operacyjnego wynosił od roku do 3 lat, średnio 25 miesięcy. Leczono 5 kobiet i 12 mężczyzn w wieku od 17 do 32 lat (średnio 23,2 lat). Nasilenie zmian zwyrodnieniowych wokół kości łódeczkowatej było proporcjonalne do czasu trwania stawu rzekomego, a ograniczenie ruchomości nadgarstka proporcjonalne do stopnia zaburzeń osi kości z rotacyjnym podwichnięciem bieguna proksymalnego.U wszystkich pacjentów wykonano wycięcie stawu rzekomego z dostępu dłoniowego, korekcję osi kości z przeszczepem autogennym korowo-gąbczastym lub gąbczastym oraz zespolenie śrubą Herberta. Nie stosowano unieruchomienia, rozpoczynając fizykoterapię od pierwszej doby po zabiegu. Zrost kostny uzyskano u 14 pacjentów (82,3%) średnio po upływie 5 miesięcy. U pozostałych 3 pacjentów obserwowano zrost włóknisty, bez objawów bólowych i prawidłową ruchomością nadgarstka, co tłumaczyć można wewnętrzym

szynowaniem kości przez śrubę Herberta.

Leczenie operacyjne zastarzałych złamań kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego

Streszczenia zjazdu PTOiTr – 2000 (W80)

Daniel Zarzycki, Maciej Tęsiorowski, Wojciech Kącki, Barbara Jasiewicz, Ewa Lipik
Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum Klinika Ortopedii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży 34-501 Zakopane Balzera 15

W pracy poddano ocenie wyniki leczenia operacyjnego 12 chorych z zastarzałym złamaniem kręgosłupa, operowanych średnio 3 lata od chwili urazu. Wcześniej leczonych zachowawczo było 9 chorych, a operacyjnie 3 chorych. Złamanie najczęściej dotyczyło kręgów Th12 i L1. Wskazaniami do zabiegu operacyjnego były: zespół pourazowego wąskiego kanału kręgowego, brak zrostu kostnego, niestabilność kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe oraz trwałe dolegliwości bólowe. Oceniano stan neurologiczny chorych, dolegliwości bólowe, sposób lokomocji, kyfotyzację kręgosłupa w miejscu urazu, wysokość złamanego trzonu kręgowego, zwężenie światła kanału kręgowego i zmiany zwyrodnieniowe, stabilność i zrost kostny kręgosłupa. Spondylodezę przednią wykonano u 2 chorych, spondylodezę przednią i tylną u 6, a spondylodezę tylną u 6 operowanych. Okres obserwacji wyniósł średnio 2 lata. Po leczeniu operacyjnym dolegliwości bólowe ustąpiły u 9 chorych,

a znacznie się zmniejszyły u 3. Zmniejszenie objawów neurologicznych stwierdzono u 2 chorych, a poprawę lokomocji u 1 chorego. Zmniejszenie kifotyzacji wyniosło średnio 7o, a wysokość trzonu wzrosła o 15%. U wszystkich leczonych uzyskano stabilizację kręgosłupa i likwidację istniejącego stawu rzekomego. Uzyskane wyniki pozostały trwałe w okresie obserwacji. .
1. W zastarzałych złamaniach kręgosłupa leczeniem z wyboru jest zabieg operacyjny obejmujący uwolnienie rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych drogą korporektomii, laminotomii i foraminektomii oraz wykonanie spondylodezy przedniej i/lub tylnej za pomocą nowoczesnego instrumentarium. 2. Korekcja deformacji kręgosłupa jest trudna do uzyskania.

POSTĘPOWANIE OPERACYJNE W ZŁAMANIU KOŚCI ŁÓDECZKOWATEJ JAKO LECZENIE Z WYBORU A WTÓRNE LECZENIE […

II Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 11-13.10.2007
Streszczenia:
Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2007, vol 9 (Suppl. 2), s186.

P41
POSTĘPOWANIE OPERACYJNE W ZŁAMANIU KOŚCI ŁÓDECZKOWATEJ JAKO LECZENIE Z WYBORU A WTÓRNE LECZENIE OPERACYJNE

Stolarczyk A.1,2, Karliński M.1, Nagraba Ł.1, Mitek T.1, Siuda

M.1

1 Klinika Ortopedii i Rehabilitacji II Wydział Lekarski Akademia Medyczna w Warszawie
2 Zakład Rehabilitacji Klinicznej Oddziału Fizjoterapii II Wydział Lekarski Akademia Medyczna w Warszawie

Słowa kluczowe: kość łodeczkowata, leczenie operacyjne

Wstęp
Złamanie kości łódeczkowatej jest najczęściej występującym uszkodzeniem kości nadgarstka i stanowi 2-7% wszystkich złamań. Dotyczy głównie młodych, zdrowych, prowadzących aktywny tryb życia mężczyzn. Ocena radiograficzna tego urazu jest trudna i często może być negatywna. Również obecne wytyczne i wskazania co do strategii postępowania w tym złamaniu nie są do końca spójne. Generalnie, opatrunek gipsowy jest zalecany w przypadku złamań bez przemieszczenia oraz klinicznie podejrzanych, ale radiologicznie nie potwierdzonych złamaniach. Otwarte nastawienie i wewnętrzna fiksacja jest leczeniem z wyboru dla przemieszczonych złamań i pozostaje opcją dla złamań nieprzemieszczonych. Celem pracy była ocena i porównanie postępowania operacyjnego w złamaniu kości łódeczkowatej jako leczenia z wyboru do wtórnego leczenia operacyjnego.
Materiał i metody
Badanie przeprowadzono w WSzZ w Kielcach. Obejmowało ono grupę 23 osób (22 mężczyzn; wiek 17-50 lat). Kryterium włączającym do badania były: złamania kości łódeczkowatej, wiek>=17 oraz zastosowanie leczenia operacyjnego. Dostępne dane pacjentów jak i wpisy do książek operacyjnych zostały retrospektywnie przeanalizowane. Oceny typu złamania w oparciu o obrazową dokumentację radiologiczną dokonano wykorzystując zmodyfikowaną skalę Herbert’a, klasyfikację Russe i prostą klasyfikację anatomiczną.
Wyniki
W przebadanej grupie pierwotnemu zabiegowi operacyjnemu poddanych zostało 10 pacjentów, w 13 przypadkach był on wtórny

do leczenia zachowawczego. Zdjęcia rentgenowskich wykonywano rutynowo w trzech projekcjach (PA, boczne i skośne). W większości pierwotnych zabiegów operacyjnych założono prostą śrubę dociskową z dobrym śródoperacyjnym efektem. Prawa ręka częściej operowana była wtórnie do leczenia zachowawczego. Dodatkowa resekcja kości łódeczkowatej była przeprowadzona wyłącznie w pojedynczych przypadkach zabiegu wtórnego. Podobne obserwacje poczyniono względem stosowania autoprzeszczepu.

Wnioski

W złamaniu kości łódeczkowatej liczba pierwotnych, jak i wtórnych zabiegów operacyjnych wydaje się być zbliżona. Można przypuszczać, że poprzez podniesienie czułości technik diagnostycznych lub/i rozszerzenie wskazań do pierwotnego zabiegu operacyjnego, uzyska się zmniejszenie częstości zrostów powikłanych, zwłaszcza stawu rzekomego.