

ΤΕΝΟΝΤΟΜΕΤΑΦΟΡΑ ΜΑΚΡΟΥ ΚΑΜΠΗΤΗΡΑ ΤΟΥ ΜΕΓΑΛΟΥ ΔΑΚΤΥΛΟΥ (FHL) ΜΕ ΜΙΑ ΤΟΜΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩΝΤΑΣ ΑΥΤΟΛΟΓΗ ΟΣΤΙΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗ : ΜΙΑ ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΑ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΕΧΝΙΚΗ

Παπαχρήστος Ιωάννης, Μαχαιράς Γεώργιος

Νοσοκομείο Stepping Hill, Manchester, Ηνωμένο Βασίλειο
Δ' Ορθοπαιδική Κλινική Νοσοκομείου ΚΑΤ

Εισαγωγή

Οι χρόνιες ή παραμελημένες ρήξης Αχιλλείου τένοντα αποτελούν πρόκληση επειδή παρουσιάζονται σε ηλικιωμένους ή χαμηλών απαιτήσεων ασθενείς οι οποίοι συνήθως έχουν ευάλωτο και προβληματικό δέρμα. Η μεταφορά του τένοντα του μακρού καμπήρα το μεγάλο δάκτυλο (FHL) αποτελεί μια χρήσιμη επέμβαση διάσωσης μιας και ο τένοντας αυτός είναι ο 2^{ος} ισχυρός στο πόδι και ενεργεί κατά την κατεύθυνση αχιλλείου. Η πιο διαδεδομένη μορφή της τεχνικής περιλαμβάνει **2 τομές**: μία στο σημείο του Henry για τη λήψη του τένοντα και μια εγγύτερα για την ανάκτηση και σταθεροποίησή του. Τελευταία έχει περιγραφεί και τεχνική με 1 μόνο τομή. Σε κάθε περίπτωση η σταθεροποίηση της τενοντομεταφοράς γίνεται με **βίδα παρεμβολής ή άγκυρα**.

Σκοπός

Περιγράφουμε μια τεχνική χρησιμοποιώντας **μόνο μια μικρή τομή** και σταθεροποίηση με **αυτομόσχευμα** το οποίο λαμβάνεται κατά την τενοντομεταφορά, **αποφεύγοντας 2 τομές και χρήση ξένων υλικών**.

Υλικό

Η τεχνική καταδεικνύεται σε ένα περιστατικό παραμελημένης ρήξης αχιλλείου σε ασθενή 85 ετών

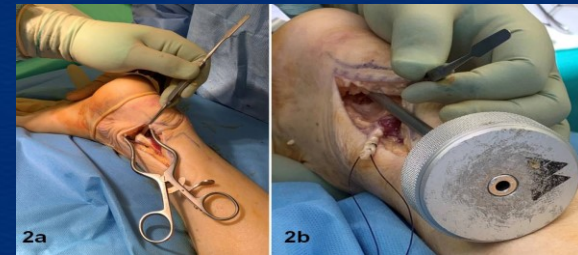
Μέθοδος

Ο ασθενής τοποθετείται σε πρηνή θέση με ίσχαιμο περίδεση στο μηρό. Ο εξοπλισμός περιλαμβάνει ένα precision set λήψης οστικού μοσχεύματος (**Εικόνα 1a**). Το τενόντιο κενό καταδεικνύεται σε τυπική περίπτωση ηλικιωμένου ασθενή με προβληματικό δέρμα (**Εικόνα 1b**).

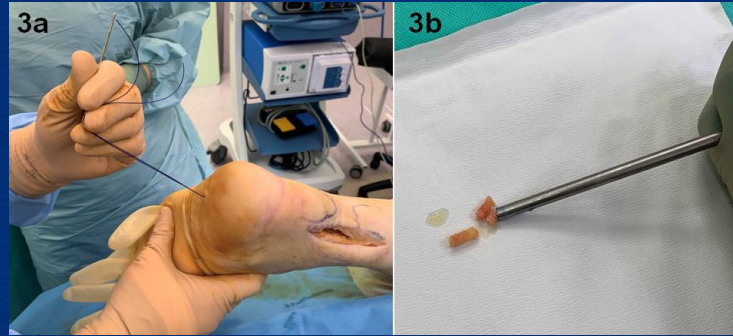


Η τομή ξεκινά έσω, στο ύψος του απώτερου άκρου του εγγύς κολοβώματος του αχιλλείου, και επεκτείνεται περιφερικά κατά 4 εκ. Αγνοούμε τη ρήξη του αχιλλείου και η προσοχή μας στρέφεται στην αναγνώριση του μακρού καμπτήρα το μεγάλο δάκτυλο (FHL). Με το πόδι σε μέγιστη πελματιαία κάμψη λαμβάνουμε τον FHL τένοντα και τον προετοιμάζουμε με ράμμα (**Εικόνα 2a**).

Ένας κυλινδρικός κορευτής 5mm διαμορφώνει ένα τούνελ στο μέσο της πτέρνας με πελματιαία κατεύθυνση και με ελαφρά διεύθυνση προς τα έξω (**Εικόνα 2b**).



Ο FHL περνάται με τη βοήθεια βελόνας δια του τούνελ και τεντώνεται (**Εικόνα 3a**). Η τενοντομεταφορά ασφαρίζεται με αυτομόσχευμα σε μορφή κυλίνδρου το οποίο απομονώθηκε κατά τη διενέργεια του τούνελ από τον κορευτή (**Εικόνα 3b**). Το αυτομόσχευμα λειτουργεί ως μέσο παρεμβολής και συγκράτησης του μοσχεύματος μέσα στο οστικό τούνελ.



Ακολούθως ο τένοντας συρράπτεται πλαγιο-πλάγια με το κολόβωμα εγγύς Αχιλλείου. Το τελικό ακτινολογικό αποτέλεσμα με το ενσωματωμένο αυτομόσχευμα φαίνεται στην **Εικόνα 4**.



Αποτελέσματα

Ο ασθενής φορτίζει μερικώς για 6 εβδομάδες σε κνημοποδική μπότα και μετά επανέρχεται σε πλήρη δραστηριότητα.

Συμπεράσματα

Σε 30 ασθενείς σε διάστημα 5 ετών δεν είχαμε καμία ρήξη και όλοι επανήλθαν στις δραστηριότητές τους.

Αποτελεί την πρώτη περιγραφή αυτής της ελαχίστης παρεμβατικότητας τεχνικής χαμηλού κόστους.