

V/1. A kéztőcsontok megbetegedései

V/1.1. A sajkacsont álízülete

V/1.1.1 Definíció



A sajkacsont törése az egyik leggyakoribb „elnézett” sérülés a kézsebészeti gyakorlatban. Ennek oka a sajkacsont anatómiai helyzetében és a törés gyakran szerény tüneteiben keresendő. A csont hossz tengelyében futó erek sérülése és a törésben keletkező mikromozgások a megfelelő rögzítés hiányában gyakran okoz álízület képződést a sajkacsonton. A normál rögzítés mellett a sajkacsonttörés gyógyulásának várható időtartama három hónap. Három hónap és fél év között elhúzódó törésgyógyulásról beszélünk és fél év után, pedig álízület képződésről.

V/1.1.2. Diagnózis



A diagnózis felállításához négyirányú csukló rtg. felvétel szükséges. Bizonytalan esetben a CT vizsgálat ad egyértelmű diagnosztikus eredményt

A csukló fájdalma esetén a röntgenvizsgálat elvégzése nélkülözhetetlen

V/1.1.3. Terápia

A sajkacsonttörés konzervatív töréskezelés mellett („Benette” gipsz, amely a hüvelykujjat is rögzíti egy enyhén opponált helyzetben) 12 hét folyamatos rögzítés mellett a legtöbb esetben problémamentesen gyógyul.

Elhúzódó törésgyógyulásnál a rögzítés ritkán hoz megfelelő eredményt. Ezekben az esetekben műtét végzése és intramedulláris rögzítés mérlegelendő és a legtöbbször szükséges.

Álízület képződésekor műtétet kell végezni. A műtét során a csontot rögzíteni kell és az elhalt, esetleg kompaktálódott spongiosus állományt el kell távolítani és spongiosus csont behelyezésével pótolni kell. Csontpótlásra mind autológ mind homológ csont, esetleg érneles csontblokk is használható.

A csont rögzíthető csavaros oszteoszintézissel úgynevezett interferencia csavar alkalmazásával , Ennél a csavarnál a két végen a menetemelkedés különböző és ebből adódóan a csavar két vége között kompressziós hatás érvényesül.



1. ábra: A sajkacsonttörést követő állzület a műtét előtt

2. ábra: A sajkacsont állzületének kezelése intramedulláris csavarral és spongiosa plasztikával

V/1.2 Az os lunatum avascularis necrozisa

V.1.2.1. Definíció



Az os lunatum vérellátásának progresszív megszűnése következtében az érintett csont fokozatos elhalása alakul ki. A csontelhalás az os lunatum compressziós destructiójához és következményes intercarpalis arthrosishoz vezet.

A betegség kóreredete nem pontosan tisztázott de traumás anamnézis (ismétlődő mikrotraumák) és az ulna minus variáns következtében kialakuló intercarpalis nyomásnövekedés fontos kóroki tényezőnek tűnik

V.1.2.2. Klinikai megjelenés



A betegség kezdeti stádiumában az MRI vizsgálat elvégzése nélkülözhetetlen

Kezdeti stádiumban a csekély röntgen tünetek mellett a beteg erős csuklófájdalma a vezető tünet.

A diagnózis felállításához kezdeti stádiumban (I-III) MRI vizsgálat szükséges, mert korai stádiumban pontosan megmutatja a vérellátás változását.

Az os lunatum avascularis necrozisának stádiumbeosztása Kienböck szerint:

I. Stádium: Nincs látható röntgen elváltozás a csonton

II. Stádium: Az os lunatum sclerosisa

III. Stádium:

A: az os lunatum sclerosisa és fragmentációja

B: Az os lunatum sclerosisa és fragmentációja a sajkacsont rotációs dislocatiojával.

IV: Stádium: A 3/A-B elváltozások előrehaladott intercarpalis arthrozissal.

V.1.2.3. Kezelés

A betegség műtéti ellátást igényel. Korai stádiumban ulna mínusz variáns esetén a radius rövidítése és a következményes intercarpalis nyomáscsökkenés hatásos lehet. I-II stádiumban az os lunatum revascularizációja a radius distalis végéről vagy az intermetacarpalis artériára nyelezett érnevel blokkal lehetséges.

A III.a-b stádiumban a részleges arthrodezis vagy a proximalis kéztőcsontsor eltávolítása szükséges. Előrehaladott intercarpalis arthrozis mellett radio-carpalis arthrodezis válik szükségessé.