



GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE
IM. PROF. LESZKA GIECA
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

**XXXV Konferencja Naukowo-
Szkoleniowa Ortopedów Wojska
Polskiego**
11–12 maja 2018 **Wrocław**



ZŁAMANIA BLIŻSZEGO KOŃCA KOŚCI RAMIENNEJ; WSKAZANIA I PRZECIWWSKAZANIA DO ENDOPROTEZOPLASTYKI BARKU

Sławomir Dudko, Damian Kusz, Konrad Kopeć

Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
Wydziału Lekarskiego w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. med. Damian Kusz

Pod względem częstości występowania złamania bliższego końca kości ramiennej [ZBKRR] u pacjentów w wieku podeszłym zajmują 3 miejsce [6%-10% wszystkich złamań]

Klasyfikacja AO uwzględniająca ukrwienie odłamów stawowych, wyróżnia 3 grupy złamań: A, B i C

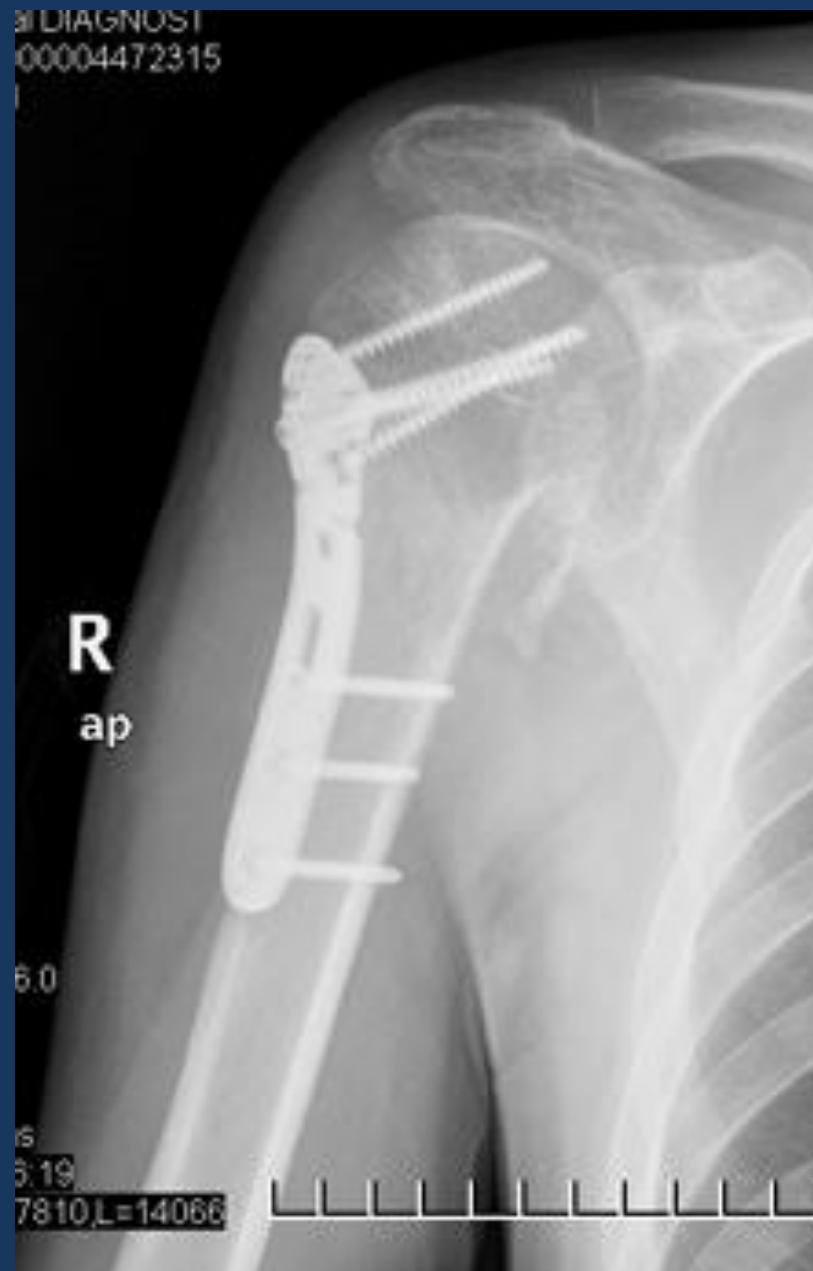
Wciąż około 80% tych złamań kwalifikuje się do leczenia zachowawczego

Ludzie aktywni sportowo i rekreacyjnie w wieku 60-70 lat oczekują powrotu wcześniejszej sprawności po leczeniu omawianych złamań

ZESPOLENIA

Aktualnie do zespolenia tych złamań stosuje się płyty kątowo-stabilne lub gwoździe blokowane





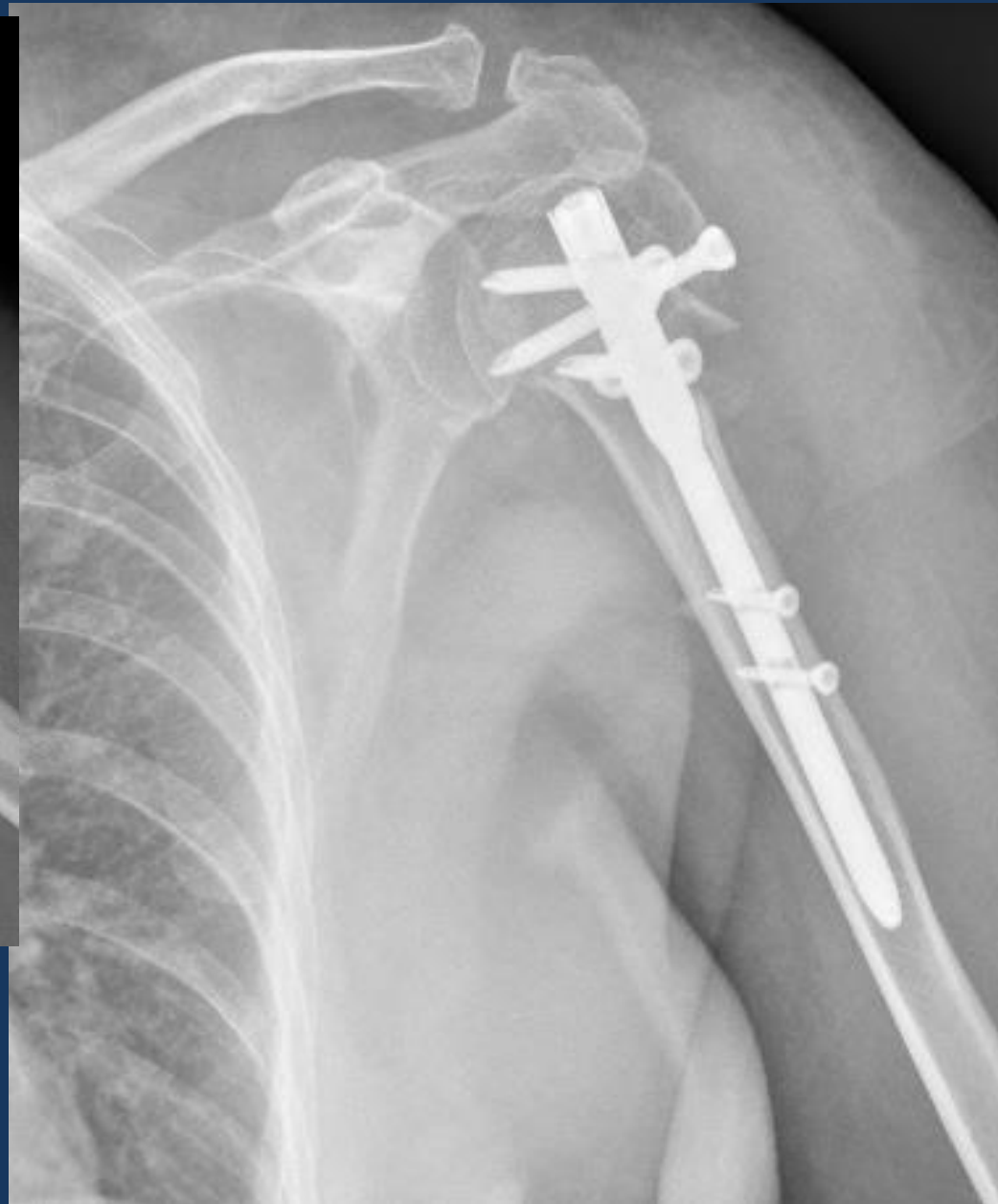
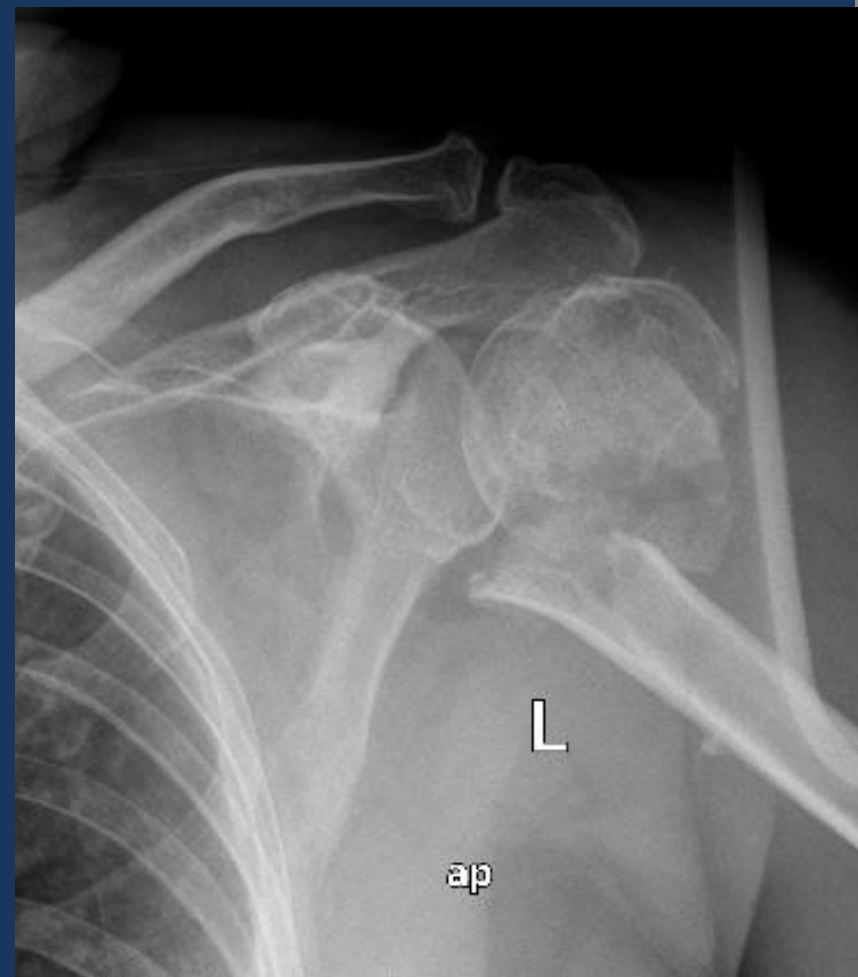


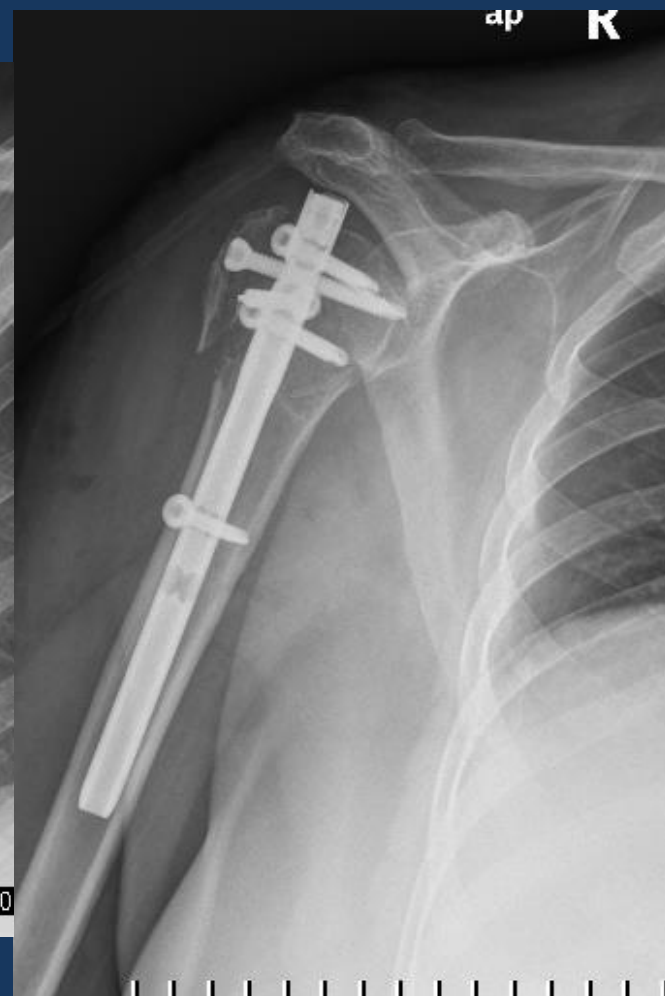
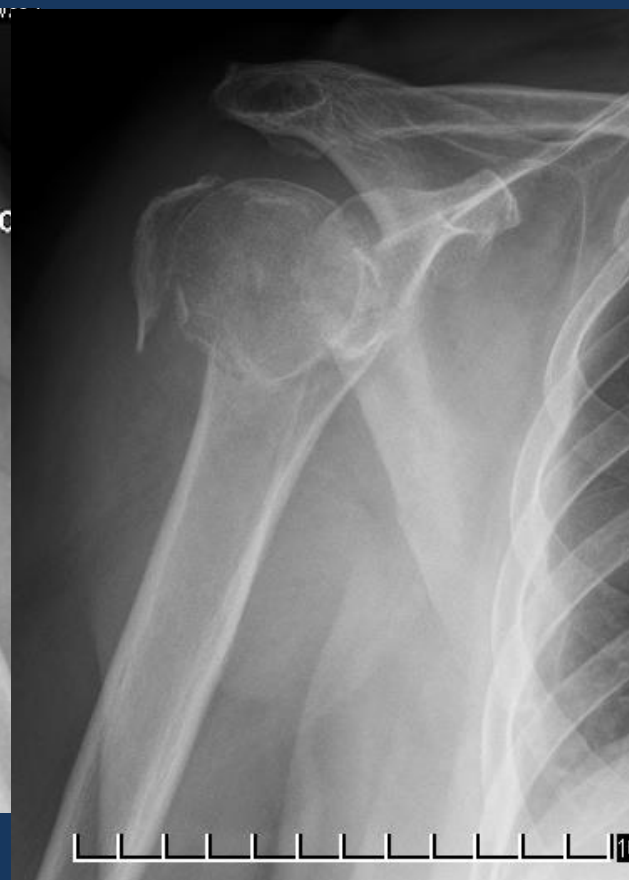


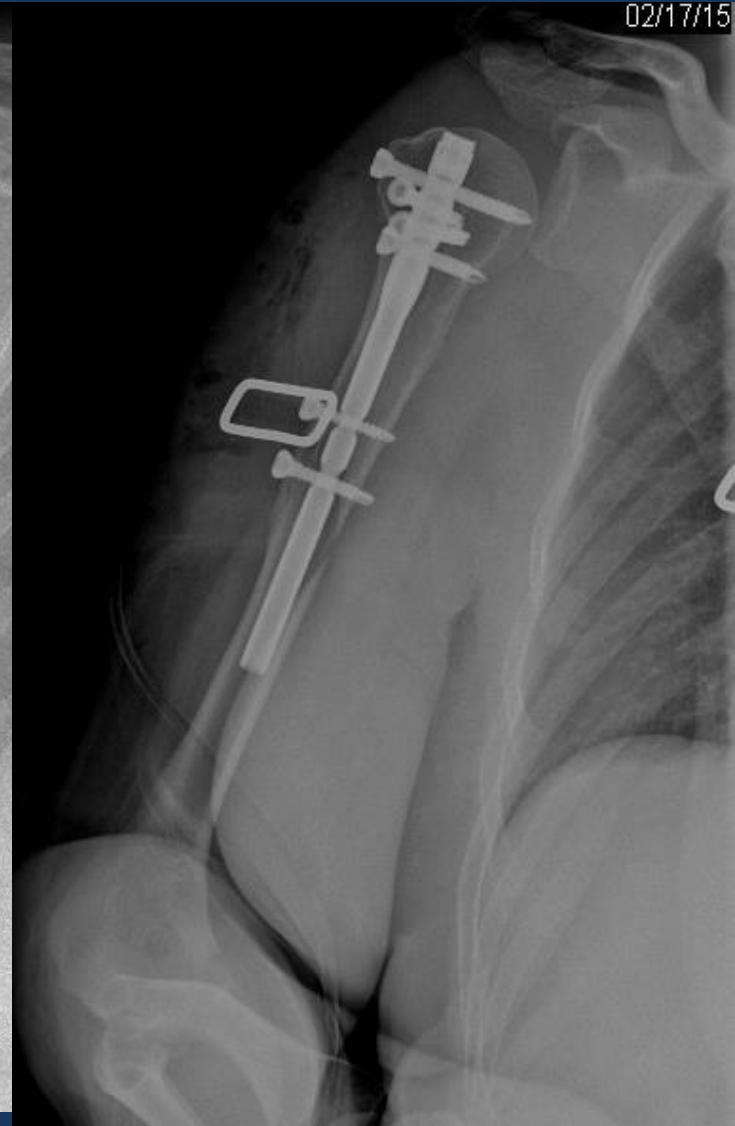


ap R



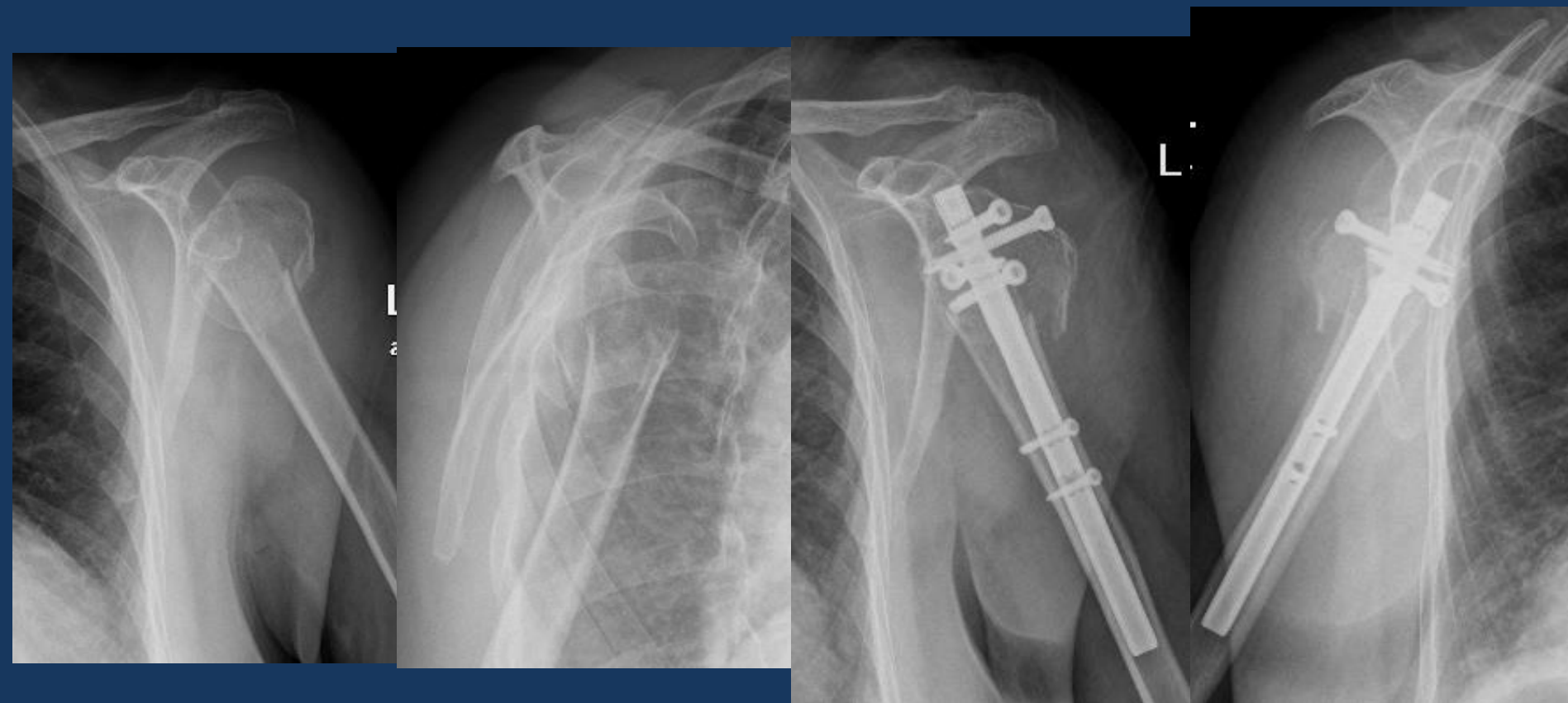






POWIKŁANIA

Stosowane obecnie zespolenia za pomocą płyt kątowo stabilnych lub gwoździ blokowanych nie chronią przed powikłaniami takimi jak:
martwica głowy kości ramiennej,
brak zrostu,
wtórne przemieszczenie,
destabilizacja zespolenia,
penetracja śrub przez głowę kości ramiennej do stawu,
brak odtworzenia funkcji rotatorów



Martwica głowy kości ramiennej jest najczęstszą przyczyną złych wyników leczenia złamań 4 odłamowych. Odłamki są przemieszczone przez mięśnie w przeciwnych kierunkach:

- trzon przyśrodkowo [*m. pectoralis major, latissimus dorsi*]
- guzek mniejszy przednio- przyśrodkowo [*m. subscapularis*]
- guzek większy przyśrodkowo, do tyłu, ku górze [*m. supra-spinatus, infraspinatus, teres minor*]

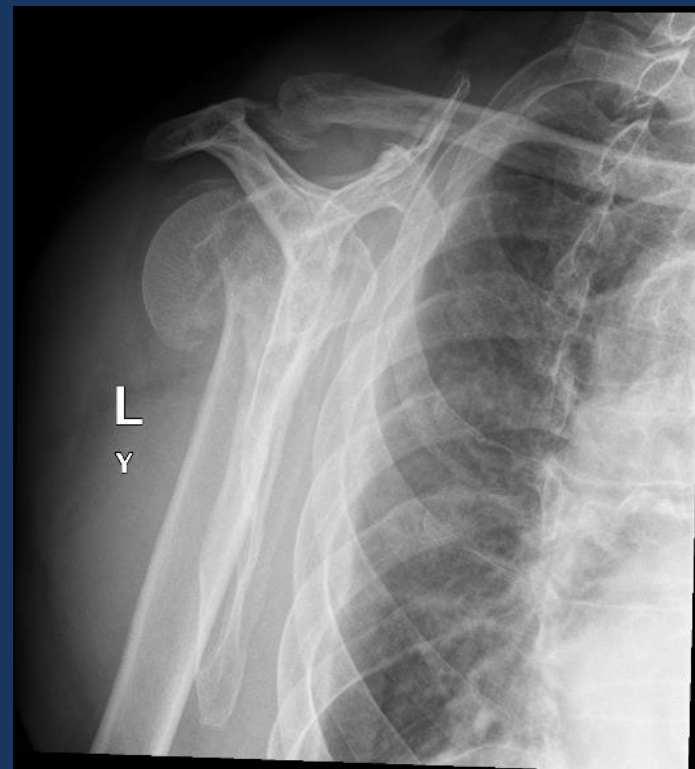


Głowa kości ramiennej traci kontakt z
panewką
przemieszcza się ku przodowi, tyłowi,
bocznie
lub ku dołowi,
przyjmuje ustawienie szpotawe lub
koślawe
efektem jest jej martwica i brak
zrostu



Ryzyko martwicy odłamu proksymalnego, wzrasta od bardzo niskiego w typie A do wysokiego w typie C i warunkuje sposób postępowania

Pozostawanie guzka większego lub mniejszego w odłamie stawowym zabezpiecza przed martwicą



Trudności w zespoleniu i uzyskaniu dobrego wyniku mogą wystąpić również w złamaniach 3 odłamowych w przypadku

A/ rozkawałkowania guzka większego

B/ złamania na pół powierzchni stawowej głowy

C/ złamania-zwichnięcia głowy kości ramiennej

Ryzyko powikłań leczenia wzrasta u pacjentów starszych oraz w zaawansowanej osteoporozie

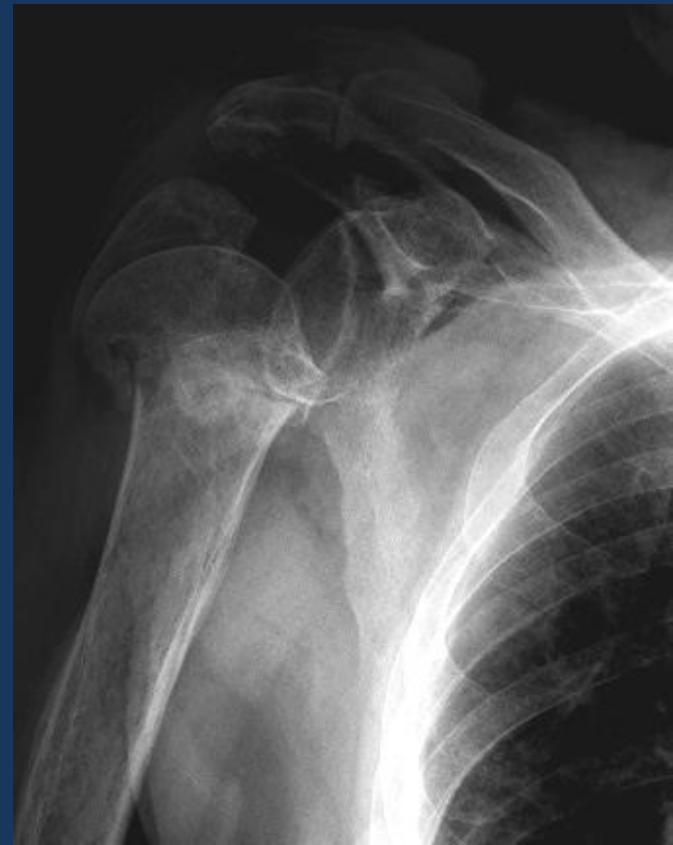
Obok choroby zwyrodnieniowej złamania są jednym z 2 głównych wskazań do endoprotezoplastyki barku

Z tego powodu w 1950r wykonano pierwszą endoprotezę

Obecnie w leczeniu ZBKRR stosuje się endoprotezy połowicze lub całkowite odwrócone

Wybór typu endoprotezy ma zasadnicze znaczenie w ograniczeniu powikłań, ponieważ w endoprotezoplastykach wykonywanych w złamaniach występują one częściej

Jednym z problemów endoprotezoplastyki połowiczej jest resorpcja guzków, ich nieprawidłowe zespolenie lub brak zrostu prowadzące do stawu rzekomego, a brak funkcji rotatorów jest przyczyną złych wyników



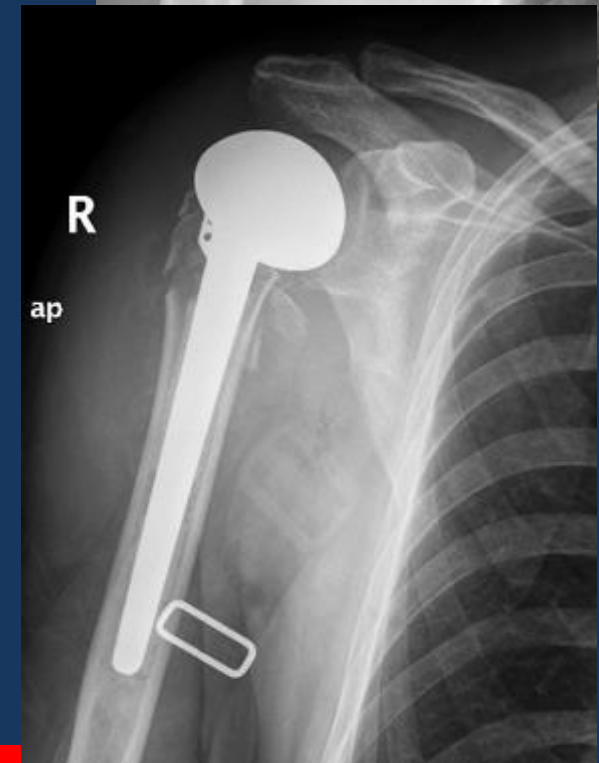
WSKAZANIA

do endoprotezoplastyki barku w złamaniach:

złamania 3, 4 odłamowe, szczególnie grupy C,
martwica głowy kości ramiennej,
brak zrostu,
wtórne przemieszczenie i destabilizacja zespolenia,
penetracja śrub przez głowę kości ramiennej
do stawu,
niemożność odtworzenia funkcji rotatorów,
zaawansowany wiek,
osteoporoza,
pourazowa artroza ze znaczną deformacją

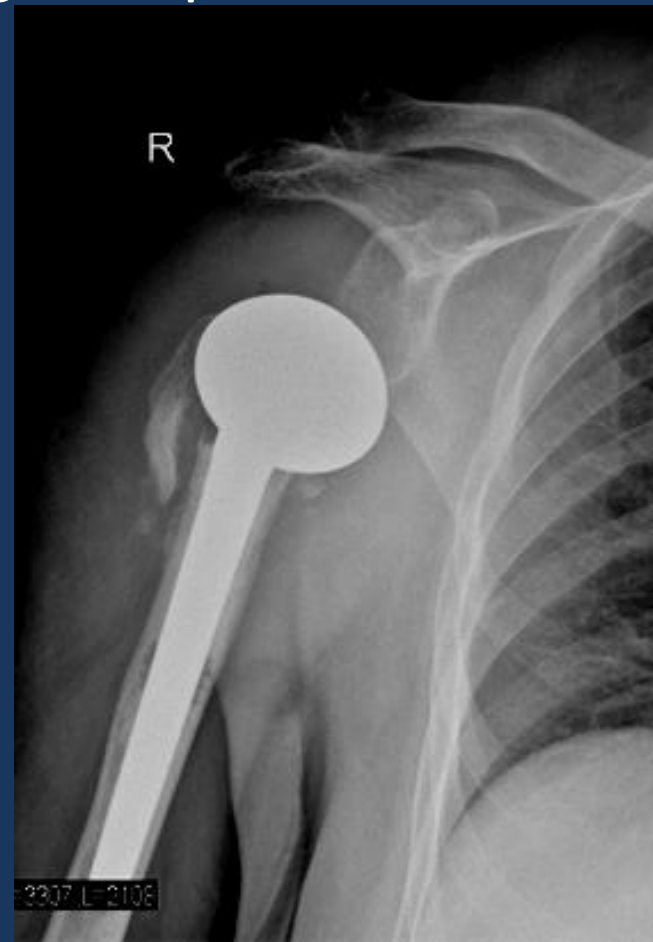
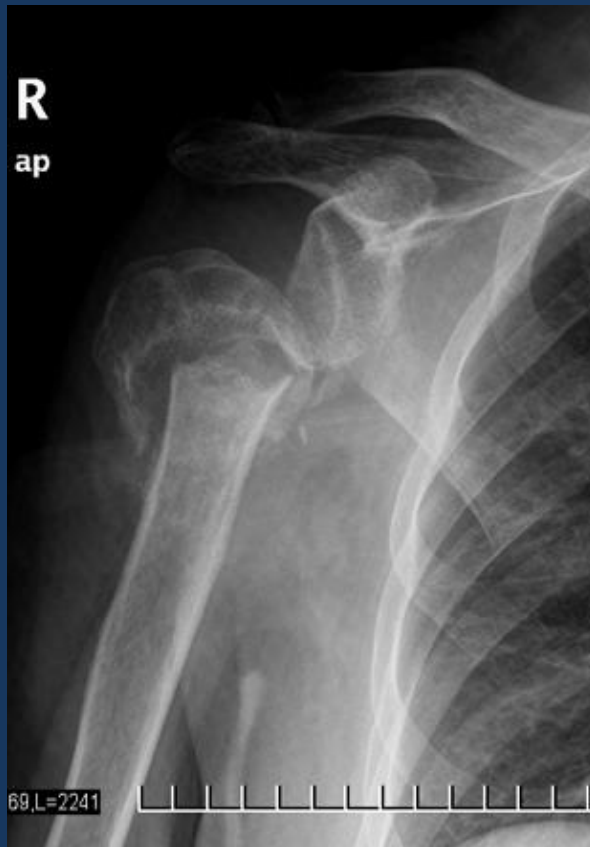
WSKAZANIA DO ENDOPROTEZOPLASTYKI POŁOWICZEJ W ZŁAMANIACH

pacjenci stosunkowo młodszy, złamania
wieloodłamowe
nie obejmujące panewki,
powikłania zrostu,
warunki do zachowania funkcji
rotatorów,
znaczne uszkodzenie panewki
bez możliwości pewnego osadzenia
implantu

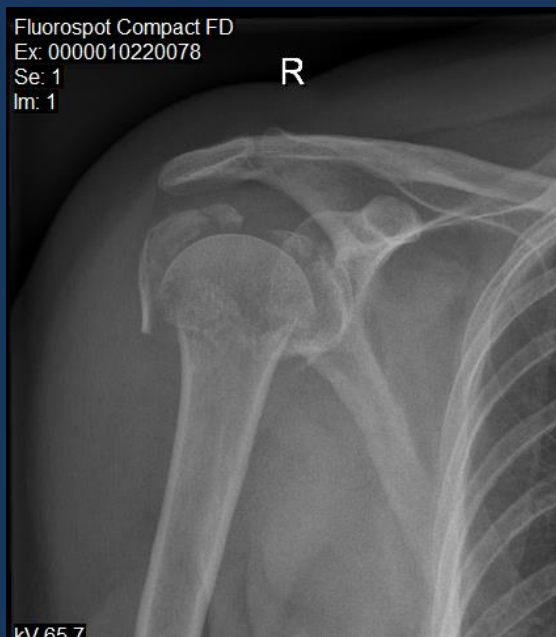
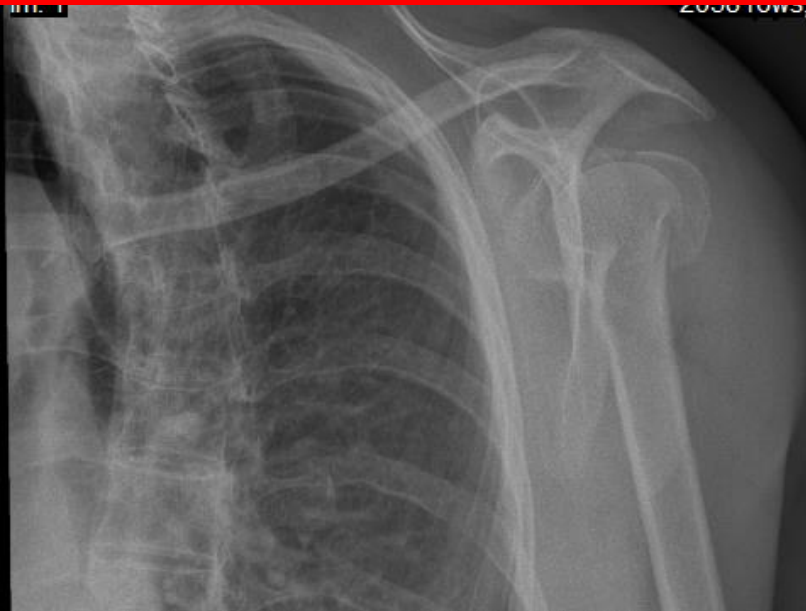


Zalety: niższy koszt leczenia w porównaniu z endoprotezą całkowitą, łatwiejszy i szybszy zabieg, mniej powikłań operacyjnych

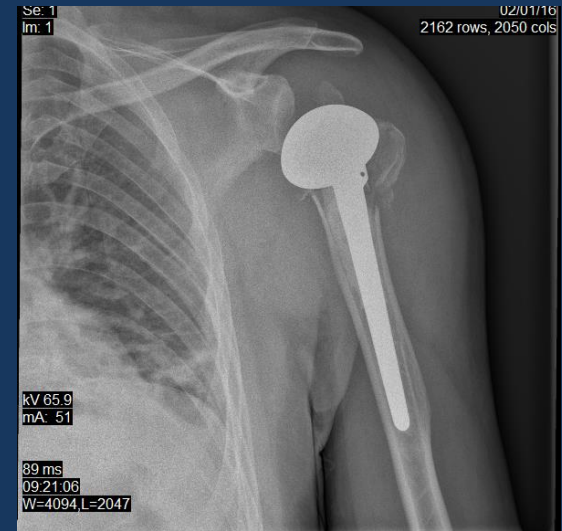
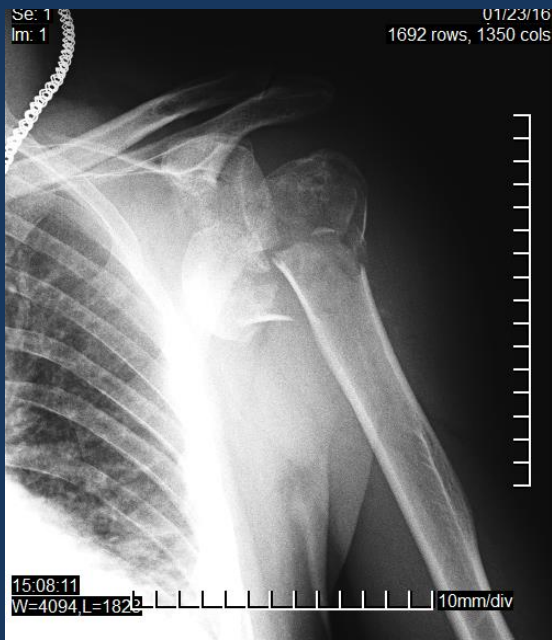
Wada: gorsze wyniki szczególnie późne

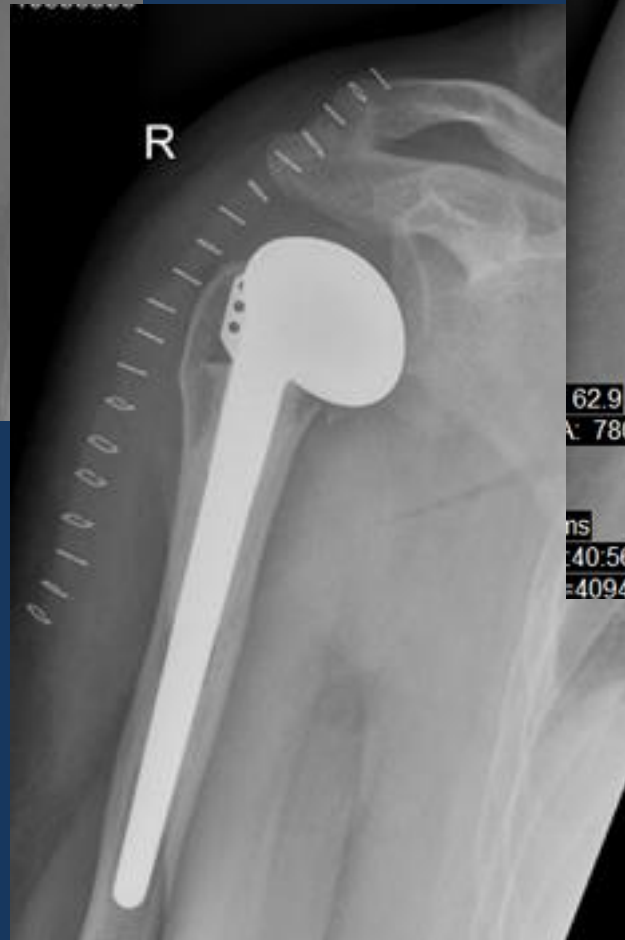


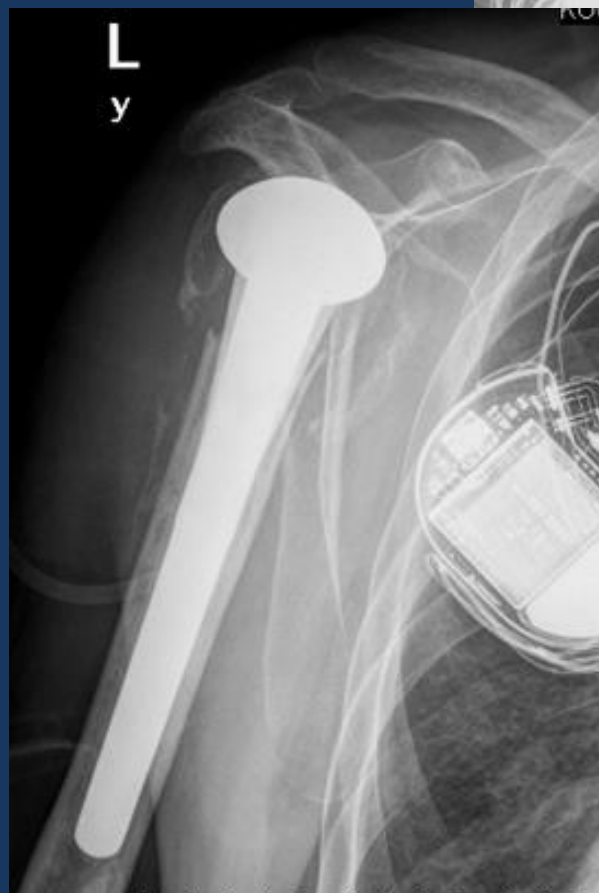
ZŁAMANIA BLIŻSZEGO KOŃCA KOŚCI RAMIENNEJ; WSKAZANIA I PRZECIWWSKAZANIA DO ENDOPROTEZOPLASTYKI BARKU



ZŁAMANIA BLIŻSZEGO KOŃCA KOŚCI RAMIENNEJ; WSKAZANIA I PRZECIWSKAZANIA DO ENDOPROTEZOPLASTYKI BARKU







WSKAZANIA

do endoprotezoplastyki odwróconej:

pacjenci starsi,

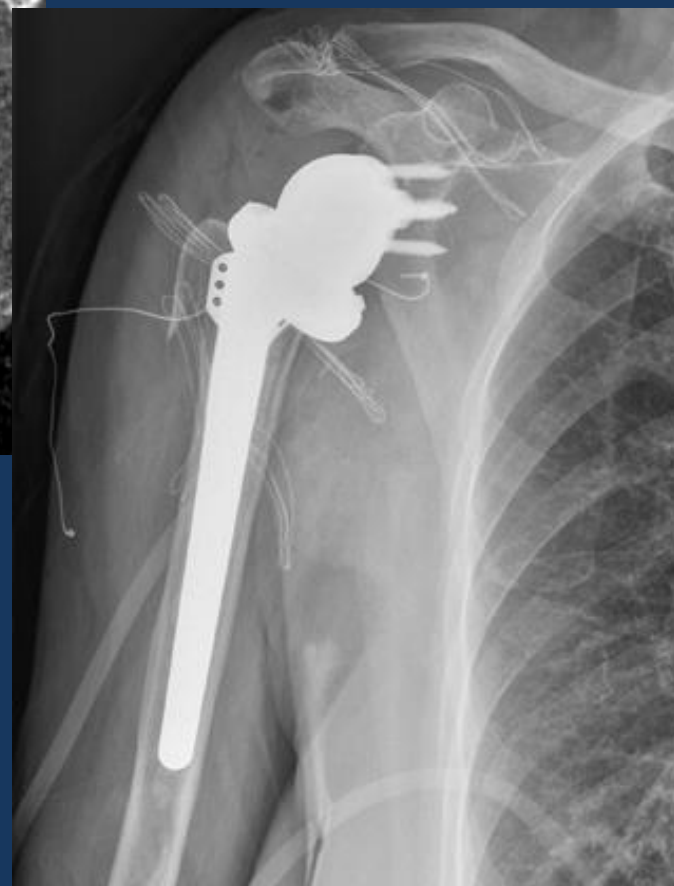
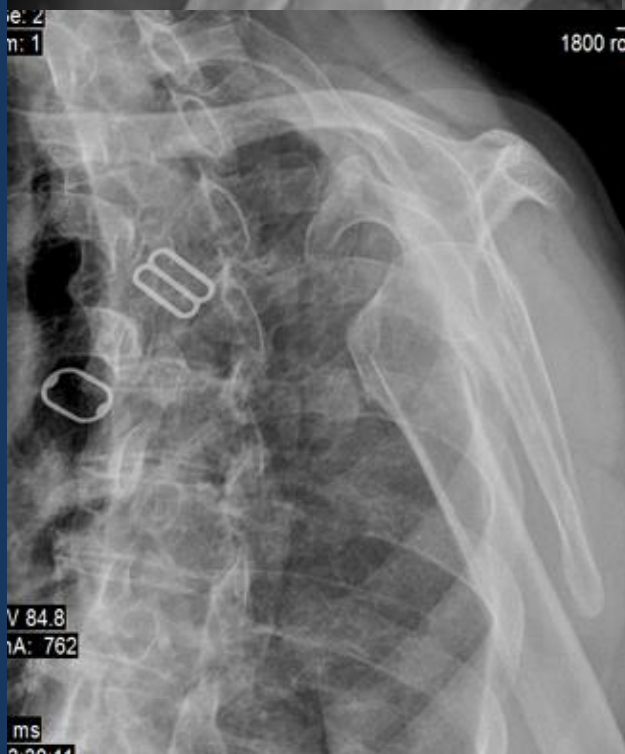
niemożność odtworzenia funkcji rotatorów,

erozja panewki z równoczesnym zachowaniem dobrej jakości kości pozwalającej prawidłowo osadzić implant

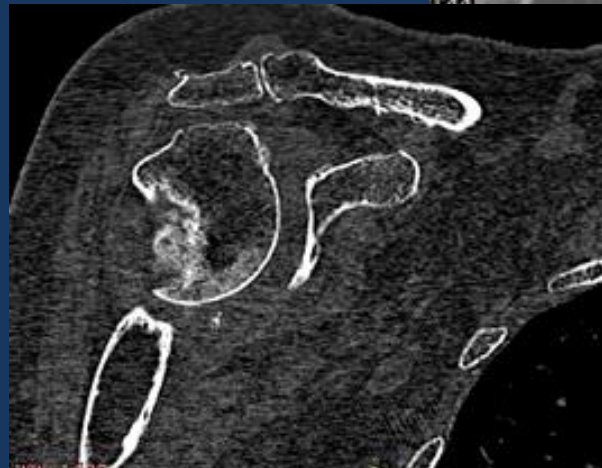
Zalety: lepsze, szczególnie późne wyniki leczenia, szybszy powrót ruchomości

Wada: wyższy koszt leczenia przy krótszej perspektywie przeżycia

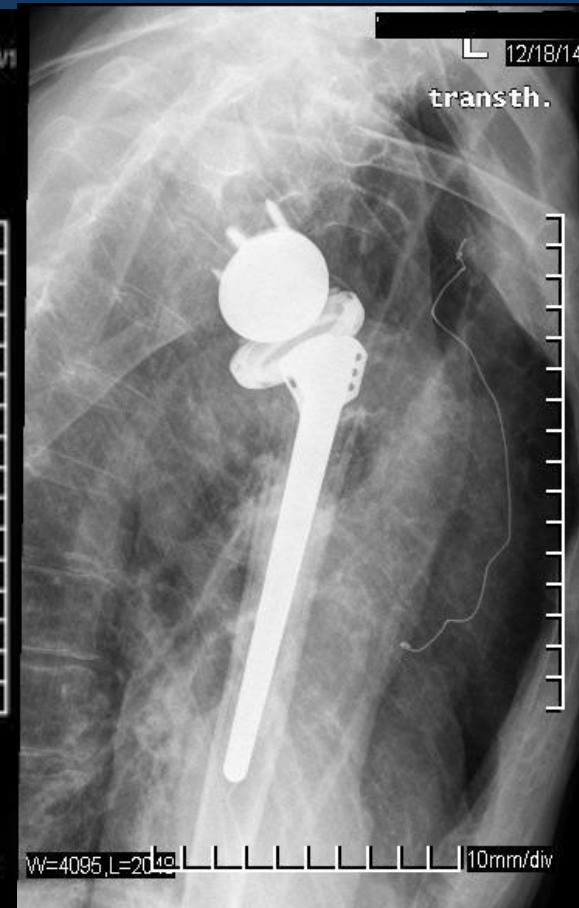
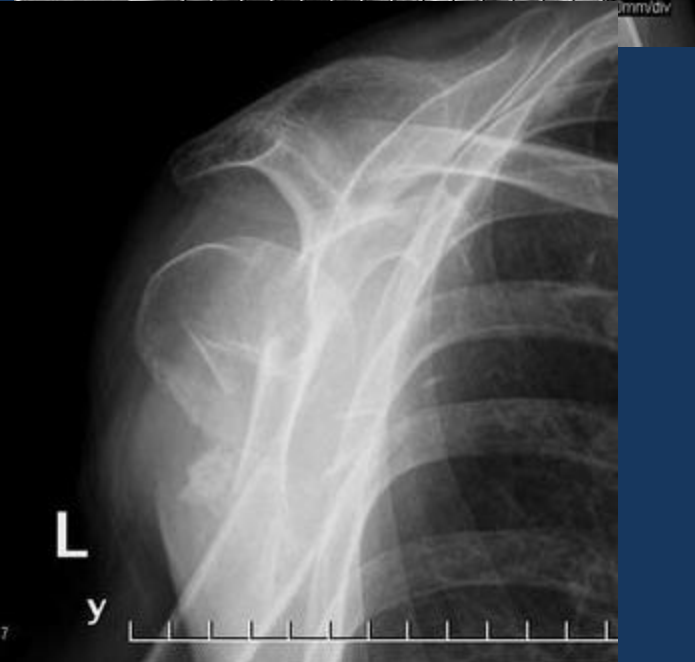
ZŁAMANIA BLIŻSZEGO KOŃCA KOŚCI RAMIENNEJ; WSKAZANIA I PRZECIWWSKAZANIA DO ENDOPROTEZOPLASTYKI BARKU

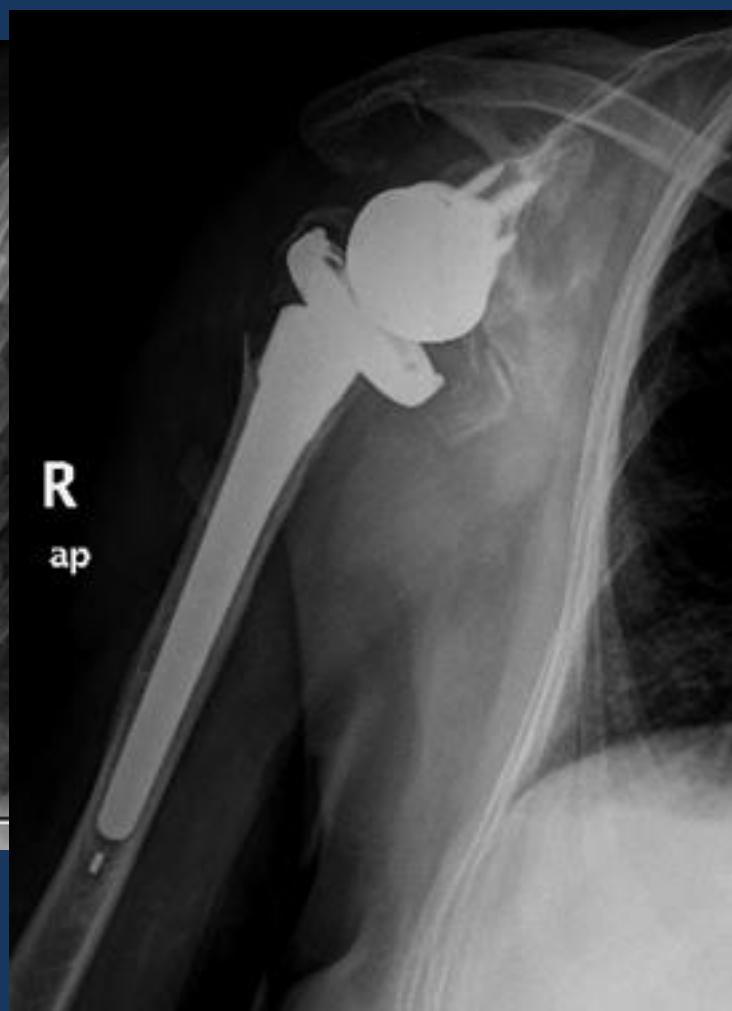


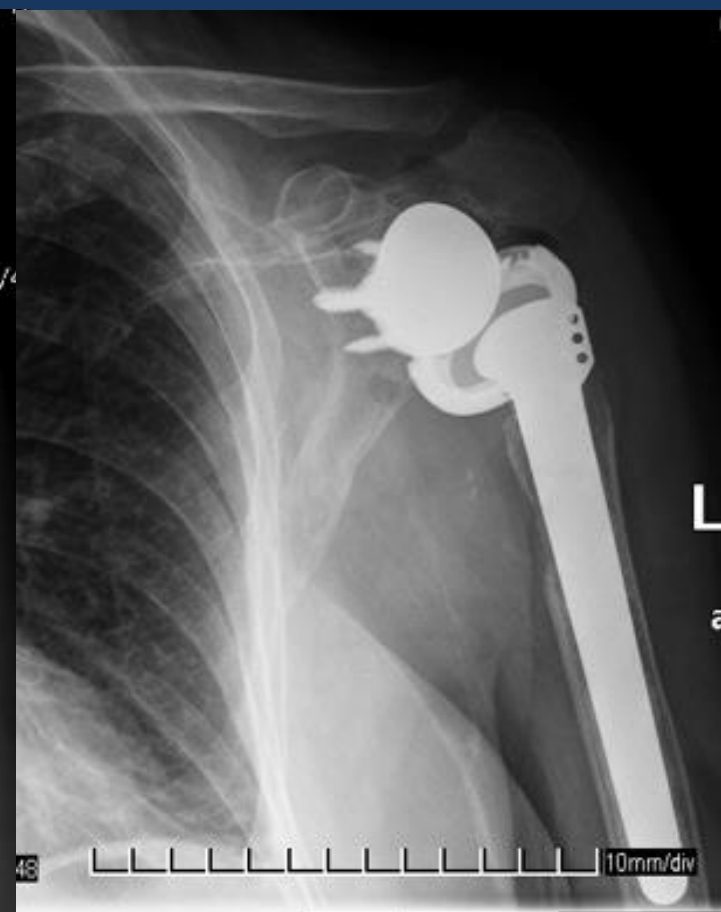
Podobny

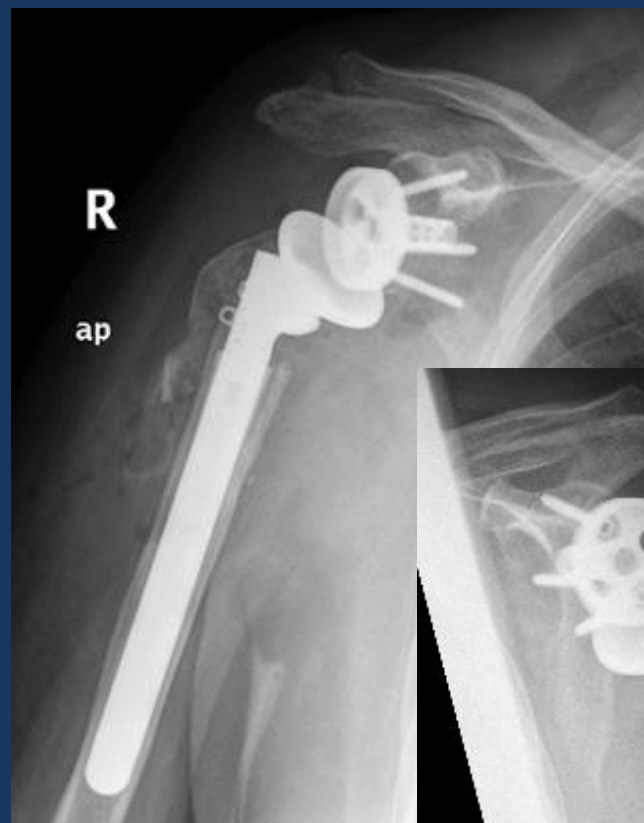
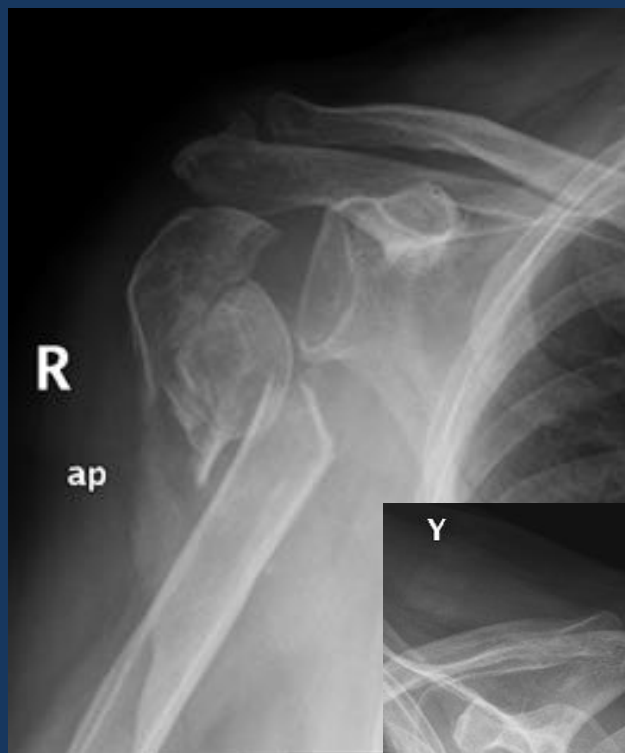


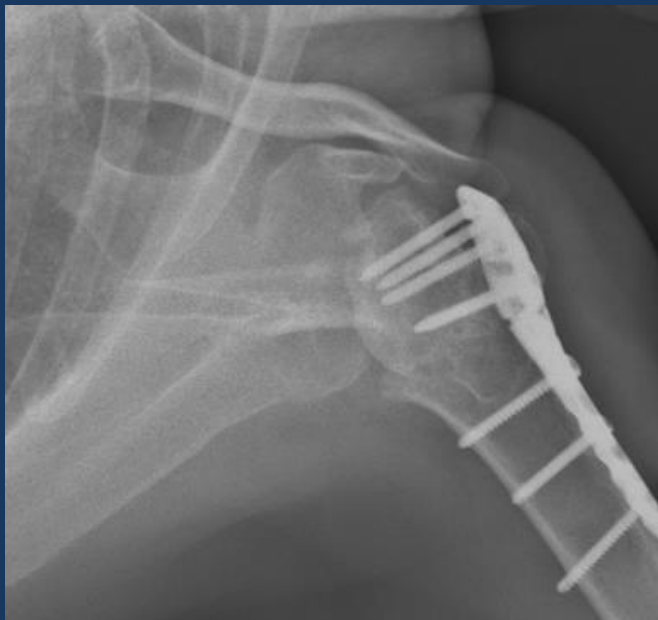
Chory I. 85 pierwotnie leczony zachowawczo. Staw rzekomy, całkowita dysfunkcja stawu ramiennego 8 tyg. po złamaniu









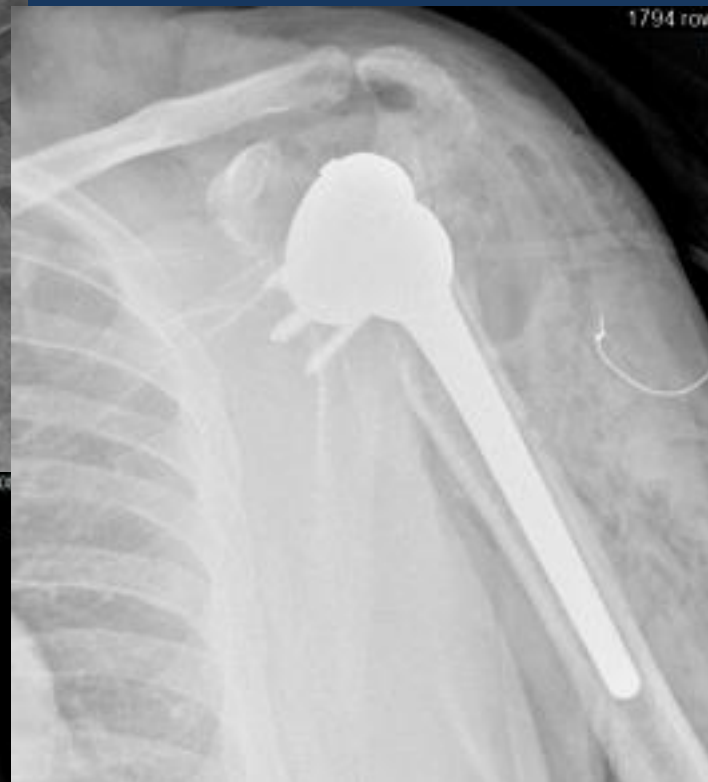
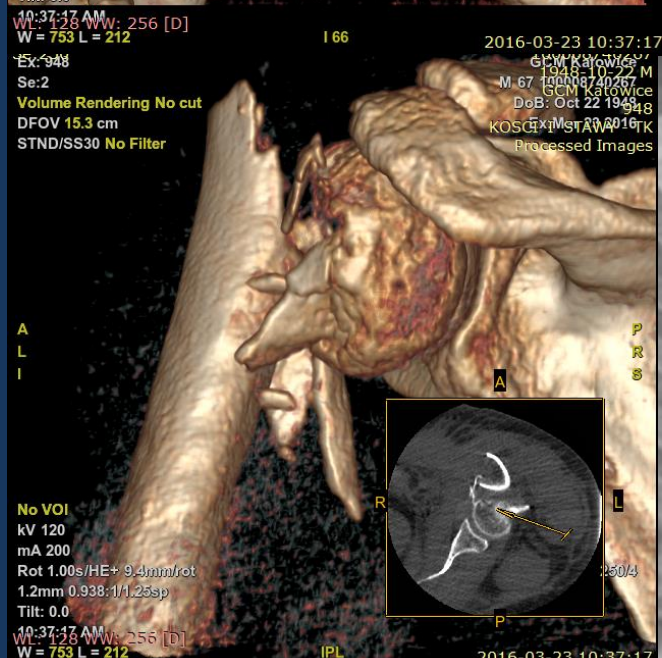


Chora I. 67 pierwotnie leczona operacyjnie poza oddziałem w sposób małoinwazyjny. Po miesiącu usunięto zespolenie pozostawiając 1 drut Kirschnera

Staw rzekomy, całkowita dysfunkcja stawu ramiennego



ZŁAMANIA BLIŻSZEGO KOŃCA KOŚCI RAMIENNEJ; WSKAZANIA I PRZECIWSKAZANIA DO ENDOPROTEZOPLASTYKI BARKU



PRZECIWWSKAZANIA

do endoprotezoplastyki stawu ramiennego w złamaniach:

1. Złamania kwalifikujące się do zespolenia,
2. Równoczesny brak czynności mięśni stożka rotatorów i naramiennego,
3. Ryzyko obluzowań i niestabilności: postępujące schorzenia neurologiczne wpływające na funkcję stawu np. staw Charcota, choroby z zaburzeniami czucia np. syringomielia,
4. Aktywna infekcja,
5. Brak współpracy ze strony pacjenta w okresie pooperacyjnym i rehabilitacji pooperacyjnej

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
złamania	30	28	19	17	23	21	42	30	14
endoprotezy	2	--	4	4	7	4	9	12	6
%	7	--	21	24	30	19	21	40	43

WNIOSKI

1. Wskazania do endoprotezoplastyki barku w leczeniu złamań wieloodłamowych zagrożonych martwicą głowy poszerzają się
2. Stosowanie tej techniki wykazuje znaczną akceptację ze strony pacjentów



WNIOSKI

3. Poszerzają się wskazania do endoprotezoplastyki odwróconej w złamaniach w przypadku niemożności odtworzenia funkcji rotatorów

4. Dobre wyniki uzyskuje się dzięki właściwej kwalifikacji przedoperacyjnej, właściwej technice operacyjnej i odpowiedniej rehabilitacji



A photograph of a field of tall, feathery grasses, possibly Japanese grass (Miscanthus sinensis), with a dark blue horizontal bar at the bottom. The grasses are in various stages of growth, with some showing a reddish-brown base and others being more silvery-white. A thin, dark branch is visible in the foreground on the right side.

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ