

Luxace talu - kazuistika

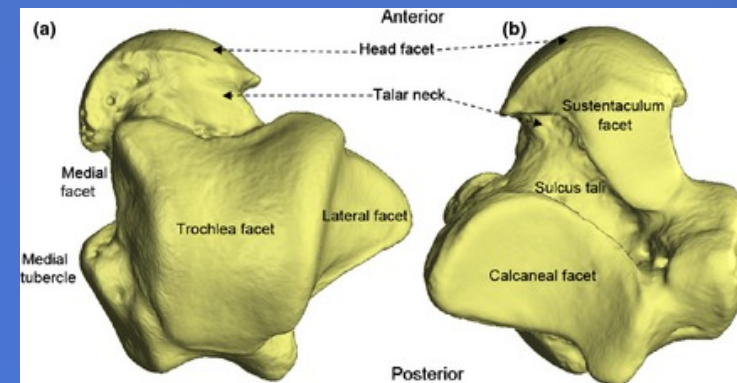
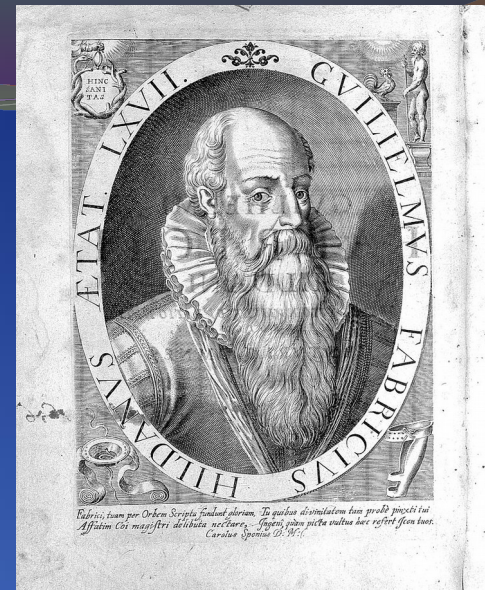
Pikula R., Chovanec M., Ira D., Krtilčka M.

Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno

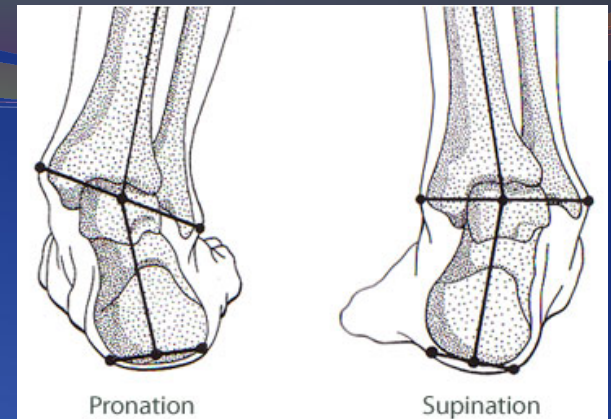


Úvod

- 1-10 % všech poranění talu
- Kompletní luxace talu postihuje všechny tři přilehlé klouby: tibiotalární, subtalární a talonavikulární
- První zmínka je z roku 1680 – **Wilhelm Fabry**
- Talus je jediná kost dolní končetiny, na kterou se neupínají žádné svaly a 60 % povrchu tvoří kloubní plochy.
- Má poměrně pevné uložení mezi vidlicí hlezenního kloubu a vlastní nohou a obklopují ho silné okolní vazy.



- High energy trauma
- Extrémní supinace nebo pronace dislokuje talus laterálně nebo mediálně
- Považována za třetí stadium poranění, při němž dochází postupně k talokalkaneární, navikulotalární a talokrurální luxaci.
- Nejčastější je luxace anterolaterální, dále jsou popsány luxace přední, laterální, mediální a posteromediální
- Diagnostika – RTG(missing talus)/ CT, MRI



Zadní luxace talu

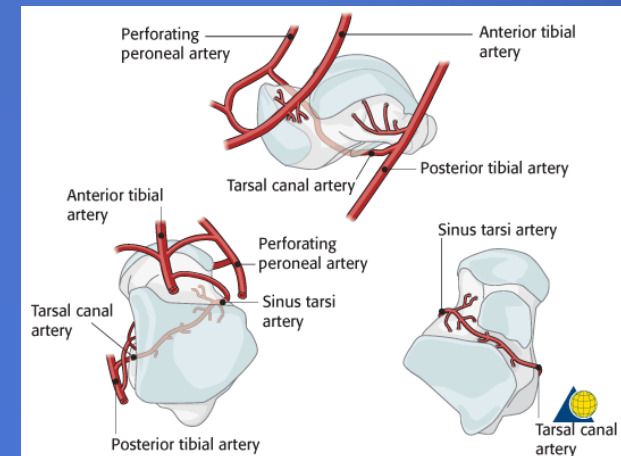
P, Šebesta, J. Hach, Z. Tlustý st.

ACTA CHIRURGIAE ORTHOPAEDICAE ET TRAUMATOLOGIAE ČECHOSL., 80, 2013, p. 411 – 413

Otevřená luxace talu

R. Veselý, J. Kočíš, M. Kelbl

ACTA CHIRURGIAE ORTHOPAEDICAE ET TRAUMATOLOGIAE ČECHOSL., 82, 2015, p. 80 - 83



Terapie

Neexistují jednoznačné terapeutické směrnice

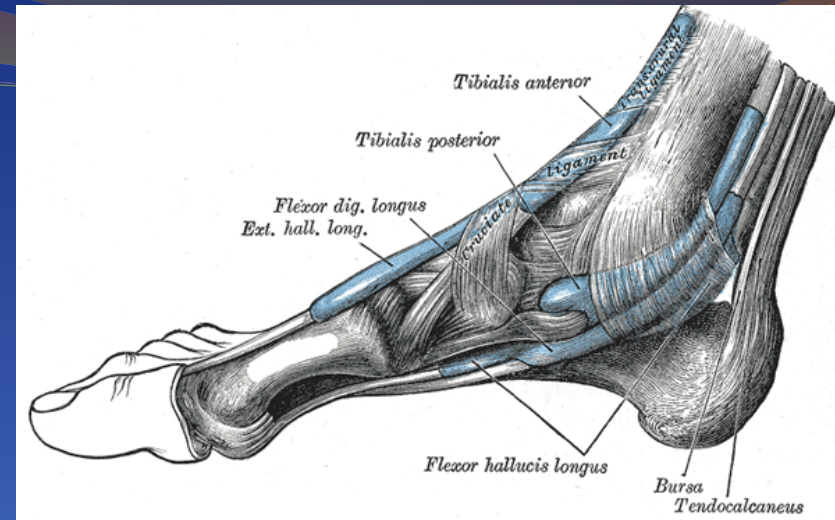
Zavřené luxace - repozice talu

Šlachy *m. tibialis posterior*, *m. flexor hallucis longus* a *m. flexor digitorum longus* - reпозиční překážky – nutnost otevřené repozice

Retence reponovaného talu – Ki dráty, zevní fixátor, sádrová fixace

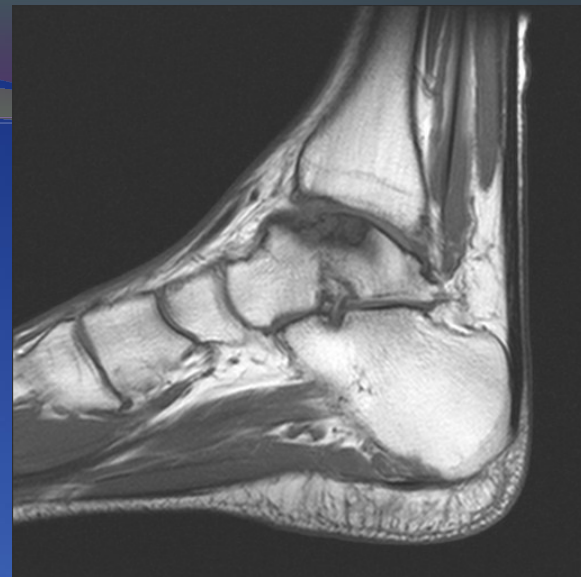
Reimplantace talu vs. astragalektomie s primární tibiokalkaneální artrodézou.

- obnova původního tvaru a biomechaniky hlezna a nohy
- možnost rekonstrukčních výkonů je ponechána na druhou dobu



Komplikace

- Infekt
- Aseptická(avaskulární) nekroza talu



Intraoseální anastomózy i bohatá extraoseální síť tepen zásobujících talus

Riziko nekrózy talu po kompletní luxaci pod 20 %

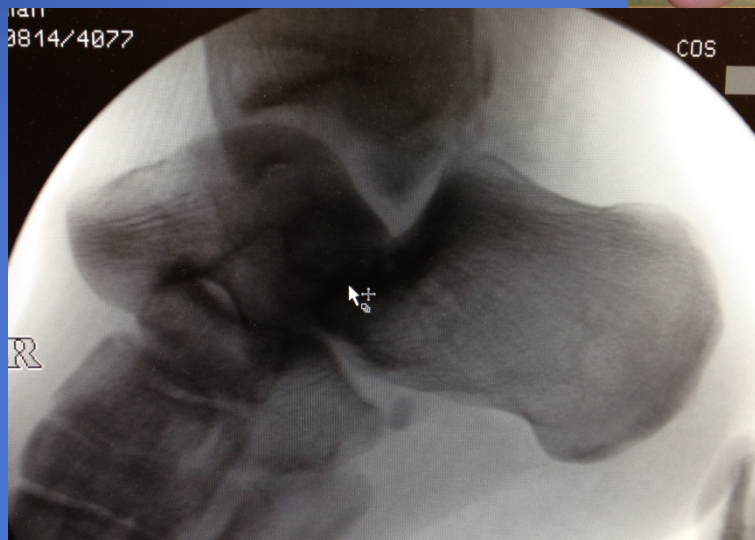
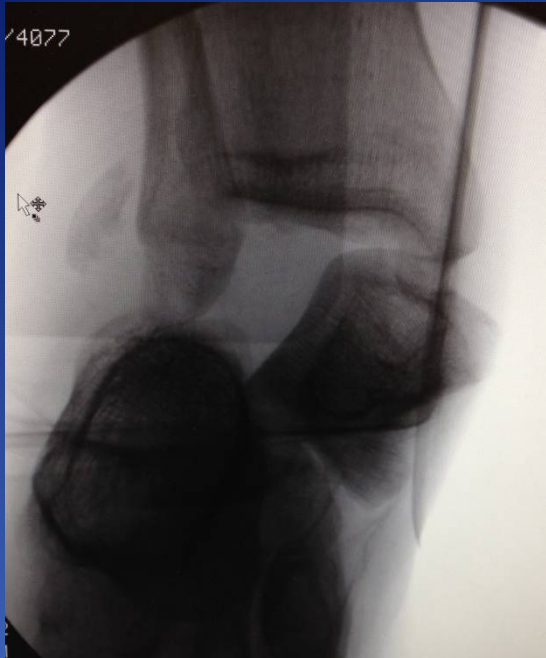
MILLER, A. N., PRASARN, M. L., DYKE, J. P., HELFET, D. L., LORICH, D. G.: Quantitative assessment of the vascularity of the talus with gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging. J. Bone Jt Surg., 93-A: 1116-1121, 2011.

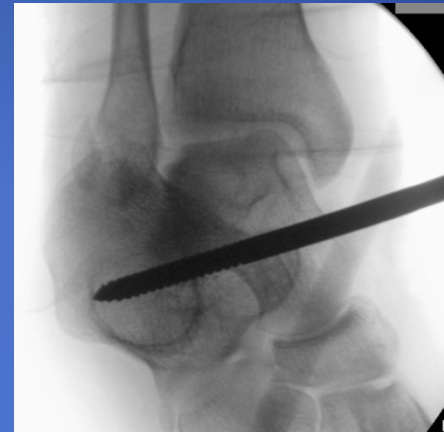
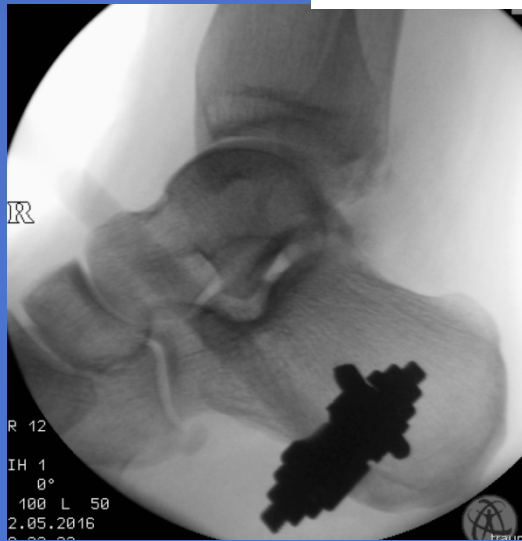
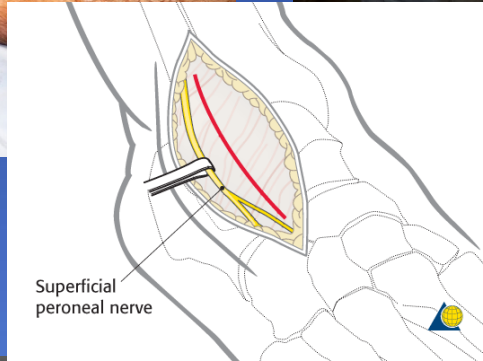
- Poúrazovou artróza

Tibiokalkaneální artodéza

výsledný zkratek končetiny lze kompenzovat vhodnou obuví nebo kalusdistrakcí tibie

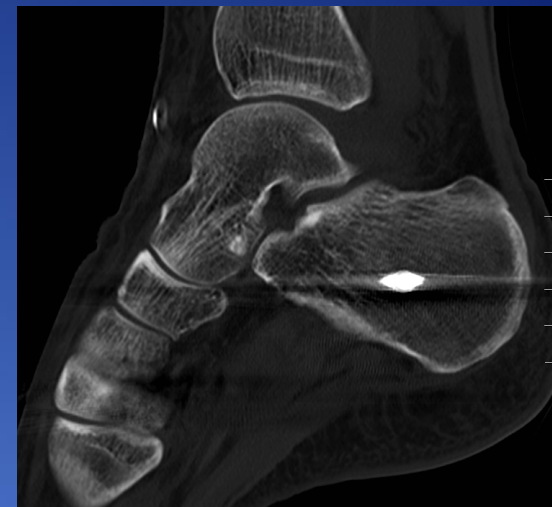
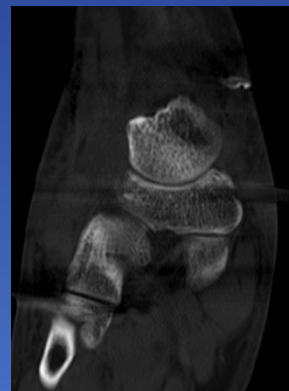
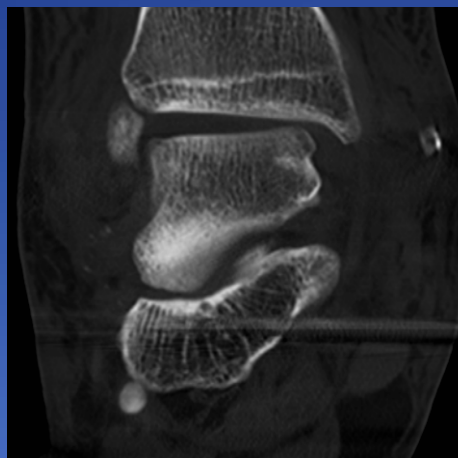
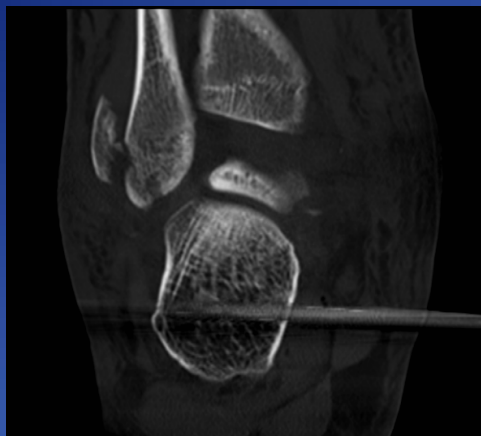
P.R. 1992*, úraz 22.5.2016, upadl ze strážně





23.5.2016 CT

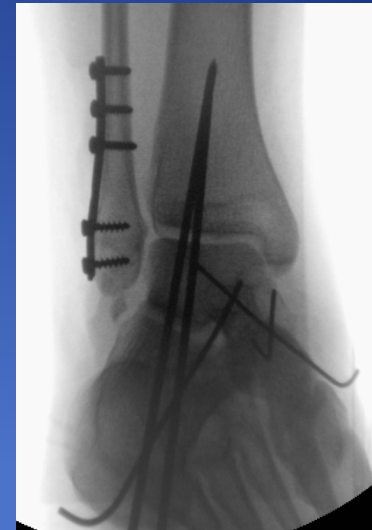
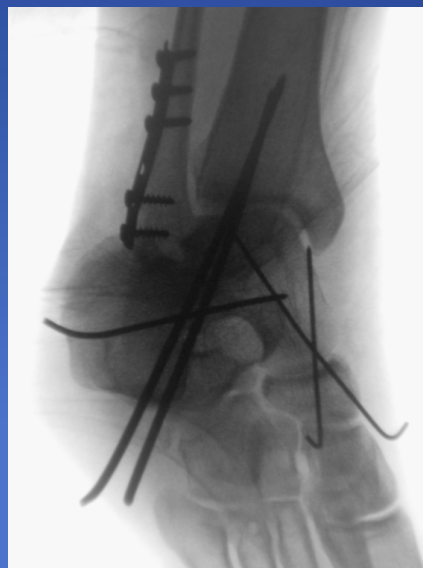
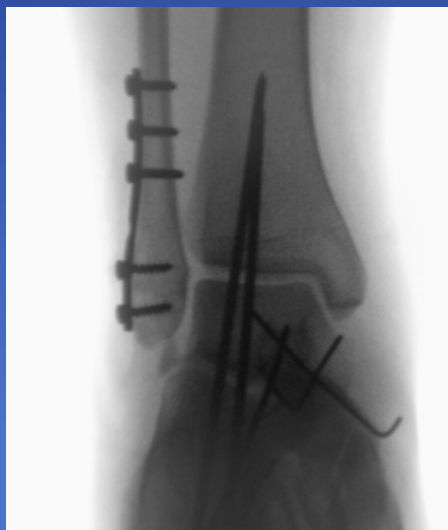
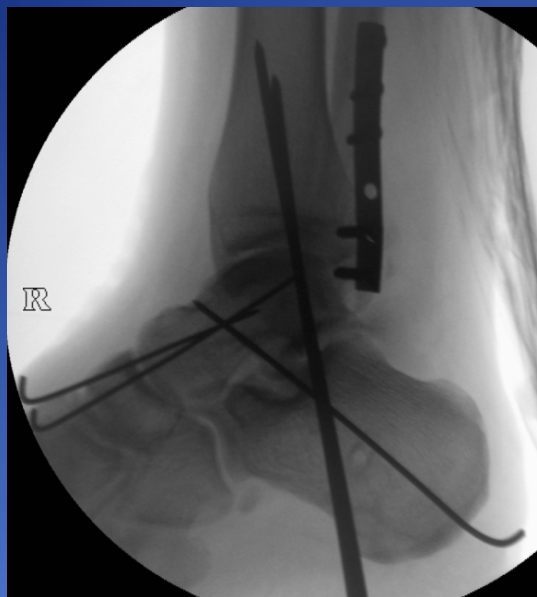
tříštivá zlom. fibul. kotníku W/A, subluxační postavení v TC kloubu, drobná abrubce fragmentu z med. kotníku, drobná osteochondronekroza ventr. hrany tibie, drobná impakce trochley talu fibulárně



30.5.2016 (7 dní od úrazu)

Ex ZF, fibul. dlahá antislíde, transfixace Kí dráty

1x talokalkaneárně, 2x tibiokalkaneárně, 1x navikulotalárně,
sutura lig. FTA, FC



6.6.2016 UZ hlezna

– kompletní rpt. deltového vazú, hematomy mediálně

10.6.2016 (18 dní od úrazu)
- na sále v CA revize deltového vazu - sutura

29.6.2016



7.7.2016 (6 týdnů od úrazu)



21.7.2016 (2 měsíce od úrazu)



18.8.2016 (3 měsíce od úrazu)



Aftercare

- Chůze o berlích s odlehčením na 3 měsíce.
- Rtg kontroly 6 týdnů a 3 měsíce od operace
- Pasivní či aktivně asistované cviky co nejdříve
- Plná zátěž 3 měsíce od operace
- Odborně vedená RHB
- MRI 1 rok od úrazu



Děkuji za pozornost !

