

Οστεοπόρωση Νεοπλάσματα των Οστών



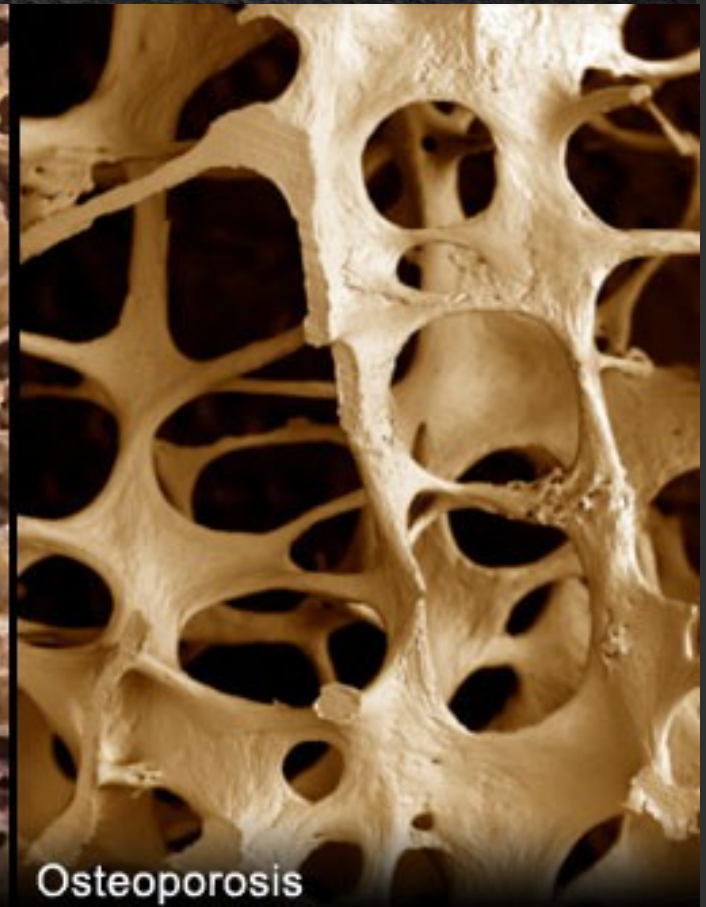
Ioannis Th. Lazarettos MD, PhD
Orthopaedic Surgeon

Οστεοπόρωση

- ◆ Η οστεοπόρωση αποτελεί τη συχνότερη μεταβολική νόσο των οστών, η οποία προσβάλλει αμφότερα τα φύλα & οδηγεί στη δημιουργία καταγμάτων.
- ◆ Το κοινωνικοοικονομικό κόστος της οστεοπόρωσης είναι τεράστιο.
- ◆ Τα κατάγματα ευθραστότητας (fragility) κοστίζουν ετησίως 1,5 δισ. λίρες στη Μεγάλη Βρετανία & 13 δισ. δολάρια στις ΗΠΑ.
- ◆ Τα 2/3 των χρημάτων αφορούν στην αντιμετώπιση ασθενών με κατάγματα ισχίου.
- ◆ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) το 1/3 των λευκών γυναικών, ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, πάσχει από οστεοπόρωση.

- ♦ Τα κατάγματα τού ισχίου είναι τα πιο συνηθισμένα & ακολουθούν τα κατάγματα των σπονδύλων, τα κατάγματα του περιφερικού άκρου της κερκίδας κ.ά.
- ♦ Στην Ελλάδα, σύμφωνα με επιδημιολογικές εργασίες, η εμφάνιση της νόσου ακολουθεί την ίδια πορεία με τις άλλες χώρες τής Ευρώπης.
- ♦ Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικά βήματα προόδου στη διάγνωση & θεραπεία.

- ♦ Οστεοπόρωση είναι η παθολογική κατάσταση, κατά την οποία η ελάττωση της οστικής πυκνότητας με τη συνύπαρξη ελαττωμένης μηχανικής αντοχής του οστού οδηγεί σε αυξημένη ευθραστότητα & σε αυξημένο κίνδυνο κατάγματος.



- ◆ Κορυφαία οστική πυκνότητα ή κορυφαία οστική μάζα είναι η μεγίστη επιτυγχανομένη οστική πυκνότητα κατά τη διάρκεια τής ζωής. Αυτή επιτυγχάνεται στους άνδρες στα 30, ενώ στις γυναίκες στα 25 έτη.
- ◆ Απώλεια οστικής μάζας ως μια (1) σταθερή απόκλιση (SD) θεωρείται φυσιολογική.
- ◆ Απώλεια από 1-2,5 SD είναι ενδεικτική χαμηλής οστικής πυκνότητας (οστεοπενία).
- ◆ Απώλεια μεγαλύτερη των 2,5 SD από την κορυφαία οστική πυκνότητα θέτει τη διάγνωση της οστεοπόρωσης.

- ◆ Οστική απώλεια συμβαίνει και στά δύο φύλα με την πάροδο της ηλικίας, αλλά είναι σημαντικότερη στις γυναίκες.
- ◆ Η εμμηνόπαυση & η ενδεχομένη ταχεία απώλεια οστικής μάζας στις γυναίκες χρονικά συμπίπτουν.
- ◆ Μετά την εμμηνόπαυση οι γυναίκες χάνουν περίπου 15% της οστικής τους μάζας ανά δεκαετία.
- ◆ Οι άνδρες χάνουν το 4% της οστικής τους μάζας ανά δεκαετία.
- ◆ Το γεγονός αυτό καθώς επίσης και το ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερη κορυφαία οστική πυκνότητα από τους άνδρες ερμηνεύει το λόγο για τον οποίο οι γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες από τη νόσο (αναλογία 7:1).

- ◆ Η οστεοπόρωση είναι συνήθης στην Ασιατική & Λευκή φυλή & σπανιότερη στους Αφρικανούς, Νοτιοαμερικανούς & έγχρωμους Αμερικανούς.
- ◆ Περίπου το 20% των λευκών γυναικών, ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών, εμφανίζει οστεοπόρωση στο ισχίο, ενώ ποσοστό 16% εμφανίζει οστεοπόρωση σπονδυλικής στήλης.
- ◆ Η επίπτωση των οστεοπορωτικών καταγμάτων αυξάνεται σημαντικά με την πάροδο της ηλικίας.
- ◆ Υπολογίζεται η πιθανότητα εμφάνισης οστεοπορωτικού κατάγματος στους άνδρες ανέρχεται στο 1/3 σε σχέση με τις γυναίκες.

Παράγοντες κινδύνου

- ◆ Φύλο
- ◆ Προεμμηνοπαυσιακή ανεπάρκεια οιστρογόνων
- ◆ Πρόωρη εμμηνόπαυση
- ◆ Πτωχή διατροφή σε ασβέστιο
- ◆ Πλούσια διατροφή σε λευκώματα
- ◆ Κατάχρηση καφέ, τσαγιού, αλκοόλ
- ◆ Κάπνισμα
- ◆ Κορτιζόνη
- ◆ Θυροξίνη
- ◆ Ηπαρίνη
- ◆ Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- ◆ Υπερθυρεοειδισμός
- ◆ Πολλαπλούν μυέλωμα
- ◆ Νεοπλάσματα
- ◆ Νεφρική ανεπάρκεια
- ◆ Ηπατική ανεπάρκεια
- ◆ Ατελής οστεογένεση

Γ. Λυρίτης: Τα μεταβολικά νοσήματα των οστών & διαταραχές του μεταβολισμού των μετάλλων. Αθήνα 1988.

Κλινική εικόνα

- ♦ Η διαδρομή τής νόσου είναι σιωπηλή έως ότου εμφανισθεί κάταγμα.

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ♦ Εάν υπάρχει ακτινολογική εικόνα οστεοπόρωσης, τότε υπολογίζεται ότι αντιστοιχεί σε απώλεια οστικής μάζας 3-4 μονάδων σταθερής αποκλίσεως.

Διακρίνονται δύο τύποι οστεοπόρωσης:

- ♦ Πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής
- ♦ Δευτεροπαθής



Η πρωτοπαθής οστεοπόρωση διακρίνεται:

- ◆ Τύπος I (μετεμμηνοπαυσιακή)
- ◆ Τύπος II (γεροντική)

Τύπος I

- ◆ Η ανεπάρκεια των οιστρογόνων αποτελεί την κύρια αιτία οστικής απώλειας περιεμμηνοπαυσιακά & στα πρώτα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση.
- ◆ Η εμφάνιση σπονδυλικών καταγμάτων καθώς & καταγμάτων του περιφερικού άκρου της κερκίδας είναι αντιπροσωπευτικά της κατηγορίας αυτής
- ◆ Αποτέλεσμα της οστικής απώλειας των σπονδυλικών σωμάτων & των καταγμάτων είναι η εμφάνιση ραχιαλγίας, η προοδευτική απώλεια αναστήματος & η κύφωση.

Τύπος II

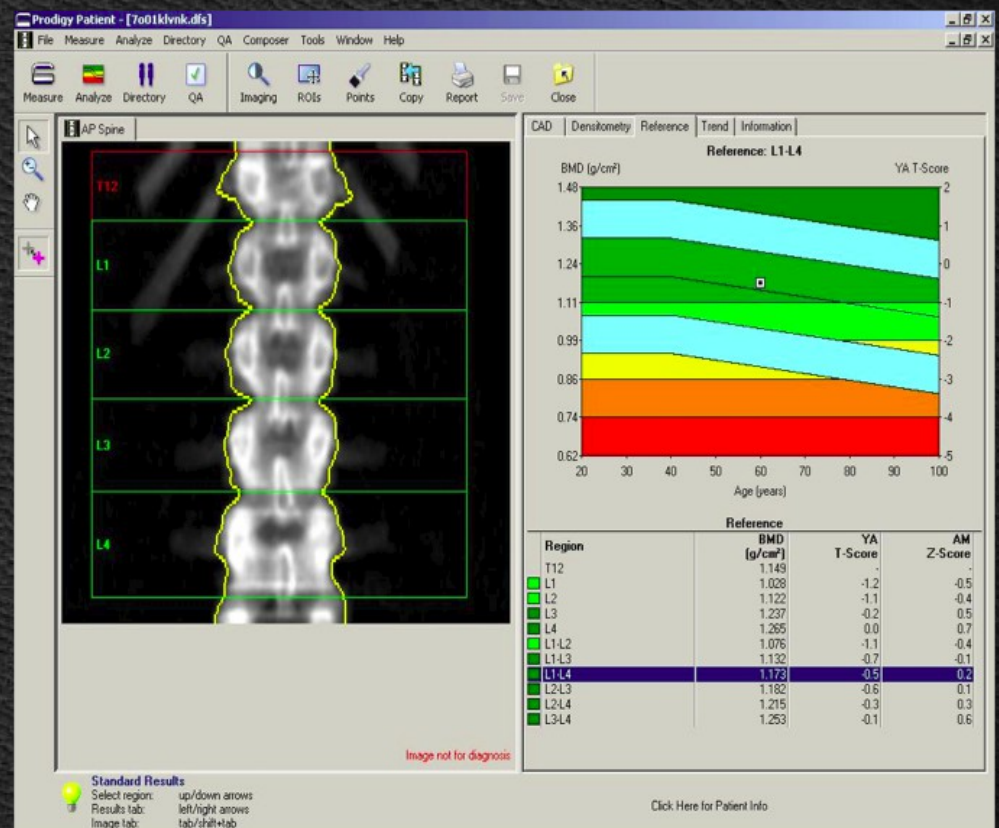
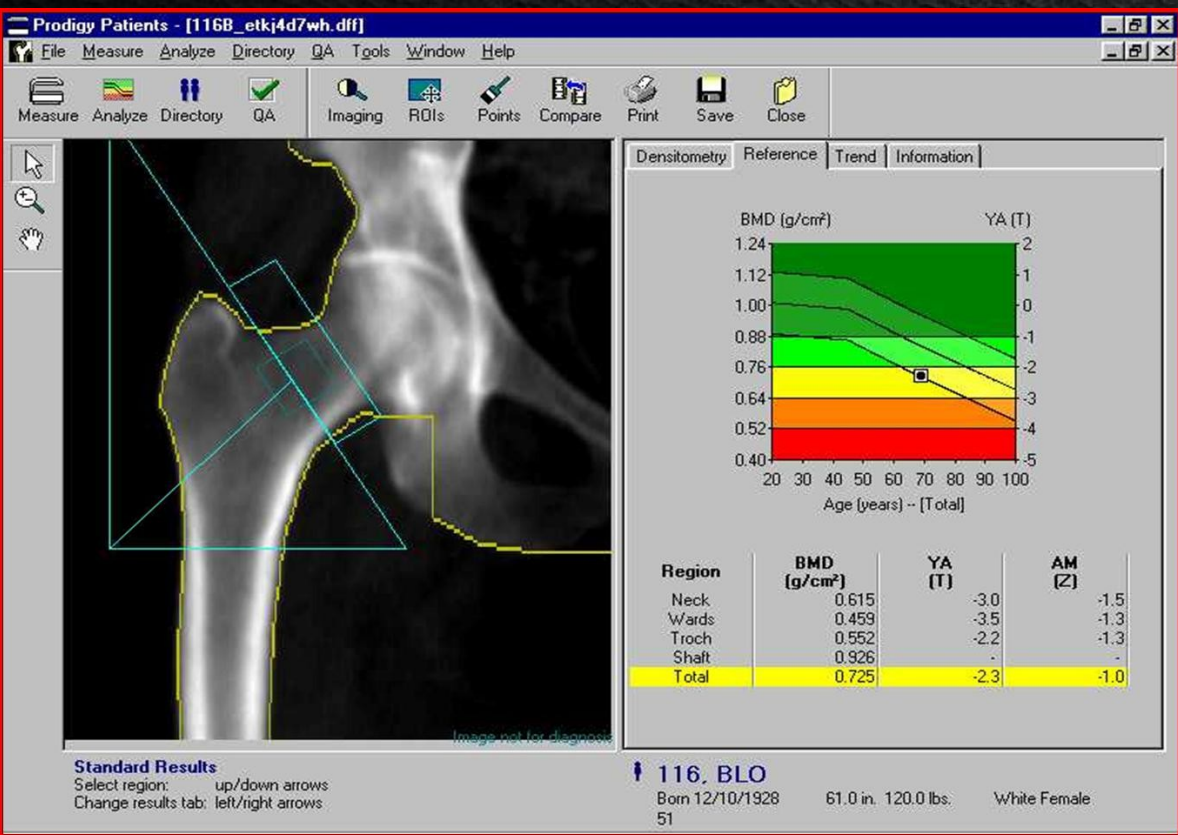
- ♦ Τα κατάγματα του ισχίου είναι τα συνηθέστερα, & αποτελούν βασική αιτία νοσηρότητας & θνησιμότητας στους ηλικιωμένους ασθενείς, ηλικίας μεγαλύτερης των 70 ετών.
- ♦ Χαρακτηριστική εμφάνιση έχουν τα σπονδυλικά κατάγματα.
- ♦ Τα τύπου II χαρακτηρίζονται από προοδευτική σφηνοειδή παραμόρφωση, χωρίς έντονο πόνο, ο οποίος παρατηρείται στα κατάγματα τύπου I, οπότε υπάρχει πλήρης καθίζηση των σπονδυλικών σωμάτων & πόνος, ο οποίος μπορεί να διαρκεί 2 μήνες.



Δευτεροπαθής οστεοπόρωση: Κάθε παράγοντας κινδύνου, όταν κυριαρχήσει, αποτελεί αιτία εμφάνισης οστεοπόρωσης

Διάγνωση

- ◆ Το ιστορικό, η κλινική εικόνα, ο ακτινολογικός & βιοχημικός έλεγχος οδηγούν σε διάγνωση της νόσου.
- ◆ Ο ακτινολογικός έλεγχος περιλαμβάνει απλή ακτινογραφία στη σπονδυλική στήλη, στο ισχίο & στην πηχεοκαρπική καθώς & τη μέθοδο της ποσοτικής αξονικής τομογραφίας (pQCT).
- ◆ Η πλέον πρόσφατη μέθοδος μέτρησης οστικής πυκνότητας είναι η μέθοδος διπλής ενεργειακής απορροφησιομετρίας (DEXA).
- ◆ T-score <2.5 είναι ενδεικτικό οστεοπόρωσης & χρήζει θεραπείας.



Ioannis Th. Lazaretos MD, PhD
 Orthopaedic Surgeon

Ο βιοχημικός έλεγχος περιλαμβάνει εξετάσεις αίματος & ούρων.

Εξέταση αίματος:

- ◆ Ασβέστιο
- ◆ Φωσφόρος
- ◆ Αλκαλική φωσφατάση
- ◆ Παραθορμόνη
- ◆ Οστεοκαλσίνη
- ◆ Ουρία
- ◆ Κρεατινίνη,
- ◆ T3
- ◆ T4
- ◆ TSH
- ◆ 1,25 διυδροξυβιταμίνη D
- ◆ Νεότεροι οστικοί δείκτες

Εξέταση ούρων:

- ◆ Ασβέστιο
- ◆ Φωσφόρος
- ◆ Κρεατινίνη

Διαφορική Διάγνωση

- ◆ Οστεομαλακία
- ◆ Πολλαπλούν μυέλωμα
- ◆ Νόσος Paget
- ◆ Μεταστατικός καρκίνος
- ◆ Υπερπαραθυρεοειδισμός
- ◆ Ατελής οστεογένεση

Θεραπεία:

- ◆ Πρόληψη εμφάνισης της νόσου
- ◆ Στην αύξηση της οστικής μάζας
- ◆ Στην αποφυγή εμφάνισης καταγμάτων
- ◆ Στην ανακούφιση από τον πόνο
- ◆ Στην αύξηση της κινητικότητας
- ◆ Στη βελτίωση της ποιότητας ζωής

Φαρμακευτική προσέγγιση

Ασβέστιο

- ◆ Επιδρά στο ρυθμό οστικής απώλειας, πιθανόν λόγω μείωσης της έκκρισης παραθορμόνης, & θα πρέπει να χορηγείται σε κανονικές δόσεις ημερησίως. Συνδυάζεται με άλλα φάρμακα.

Βιταμίνη D

- ◆ Χορηγείται σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα, π.χ. ασβέστιο κ.ά.

Οιστρογόνα

- ◆ Η θεραπεία με οιστρογόνα αποβλέπει στη μείωση της οστικής απώλειας, αλλά δεν βελτιώνουν την οστική μάζα
- ◆ Σε μία ξεχωριστή κατηγορία ανήκουν οι εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογόνων (SERMs), με κύριο αντιπρόσωπο τη ραλοξιφένη

Διφωσφονικά

- ◆ Τα διφωσφονικά δρουν, αναστέλλοντας την οστική απορρόφηση.
- ◆ Πρόκειται φάρμακα, τα οποία χρησιμοποιούνται στην καθημερινή πράξη, επειδή έχουν ελάχιστες εξωσκελετικές παρενέργειες, αυξάνουν την οστική μάζα & μειώνουν τα κατάγματα.
- ◆ Υπάρχουν 3 γενιές φαρμάκων, με κύριους εκπροσώπους ανά γενιά:
 - ◆ Ετιδρονάτη
 - ◆ Αλενδρονάτη
 - ◆ Ριζεδρονάτη

Αναβολικά στεροειδή

- ◆ Τα αναβολικά ανήκουν στα φάρμακα, που επιτείνουν την οστεοβλαστική λειτουργία & αυξάνουν έτσι την οστική παραγωγή.
- ◆ Εμφανίζουν αρκετές παρενέργειες & έχουν περιορισμένη χρήση.

Άσκηση

- ♦ Η άσκηση είναι ευεργετική για τον οργανισμό. Είναι γνωστό ότι η ακινητοποίηση & η χρόνια κατάκλιση οδηγούν σε οστική απώλεια, η οποία αποκαθίσταται με την επάνοδο στις δραστηριότητες & στην κινητοποίηση.
- ♦ Η ήπια άσκηση βελτιώνει το μυϊκό σύστημα & την ισορροπία. Με τον τρόπο αυτό περιορίζονται οι πτώσεις, που οδηγούν σε κατάγματα.

Νεοπλάσματα των Οστών

Νεοπλάσματα των Οστών

- ♦ Τα νεοπλάσματα των οστών διακρίνονται σε:
 - ♦ Πρωτοπαθή
 - ♦ Δευτεροπαθή
- ♦ Τα πρωτοπαθή είναι σπάνια, ενώ τα δευτεροπαθή πιο συχνά
- ♦ Τα πρωτοπαθή κακοήθη εμφανίζονται τις περισσότερες φορές κατά τη δεύτερη & τρίτη δεκαετία τής ζωής, με εξαίρεση τό μυέλωμα (μετά το πεντηκοστό έτος)
- ♦ Τα δευτεροπαθή κακοήθη οφείλονται μεταστάσεις όγκων από άλλα όργανα (μαστός, πνεύμονες, προστάτης)
- ♦ Είναι πολύ συχνότερα από τα πρωτοπαθή κακοήθη & εμφανίζονται συνήθως κατά την 4η-6η δεκαετία της ζωής

Διαγνωστική Προσέγγιση Ασθενή

- ◆ Η κλινική εκτίμηση τού ασθενή γίνεται με το ιστορικό & την κλινική εξέταση

Παρακλινικός έλεγχος

- ◆ Ο αιματολογικός έλεγχος είναι συνήθως φυσιολογικός.

Απεικονιστικός έλεγχος

- ◆ Ακτινογραφίες
- ◆ Σπινθηρογράφημα οστών
- ◆ Αξονική τομογραφία (CT)
- ◆ Μαγνητική τομογραφία (MRI)
- ◆ Αγγειογραφία

Βιοψία

Θεραπεία

- ◆ Συνδυασμός χειρουργικών μεθόδων
 - ◆ Ριζική ή τοπική εκτομή
 - ◆ Ακρωτηριασμός
 - ◆ Τοποθέτηση ειδικών προθέσεων
- ◆ Συντηρητικά θεραπευτικά σχήματα
 - ◆ Χημειοθεραπεία
 - ◆ Ακτινοθεραπεία (σπανιότερα)

Πρόγνωση των νεοπλασμάτων

- ◆ Οι σημαντικότεροι παράγοντες, που καθορίζουν την πρόγνωση ενός κακοήθους νεοπλάσματος των οστών ή των μαλακών μορίων είναι:
- ◆ Η ύπαρξη μεταστάσεων τη στιγμή της διάγνωσης του νεοπλάσματος
- ◆ Ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας του νεοπλάσματος
- ◆ Οι διαστάσεις & η ανατομική θέση της εξεργασίας, επιπολής ή εν τω βάθει
- ◆ Ο περιορισμός σε ανατομικό διαμέρισμα (οστικό ή μυϊκό)
- ◆ Η εξωδιαμερισματική επέκταση της νεοπλασίας είναι κακός προγνωστικός δείκτης

Καλοήθειες Νεοπλασίες

Καλοήθεις νεοπλασίες – Ινώδους Προέλευσης

Ινώδη ελλείμματα τού φλοιού-Μη οστεοποιούμενο ίνωμα (Fibrous cortical defect - Non-ossifying fibroma)

- ◆ Είναι η συχνότερη καλοήθης βλάβη των οστών τής παιδικής ηλικίας.
- ◆ Λευκές βλάβες από ινώδη συνδετικό ιστό, οι οποίες εντοπίζονται στις μεταφύσεις των μακρών οστών και είναι αποτέλεσμα τοπικής διαταραχής της οστεοποιήσης
- ◆ Αρχίζουν συνήθως σε ηλικία 4-8 ετών & σπάνια μετά την εφηβεία
- ◆ Συχνότερη εντόπιση μηριαίο & κνήμη

Κλινική Εικόνα

- ◆ Είναι ασυμπτωματικές & αποτελούν τυχαίο ακτινολογικό εύρημα.
- ◆ Σπάνια το μη οστεοποιούμενο ίνωμα μπορεί να προκαλέσει παθολογικό κάταγμα.

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ♦ Ακτινολογικά χαρακτηρίζονται από ωοειδή ή ατρακτοειδή ακτινοδιαυγαστική βλάβη, η οποία περιβάλλεται από σκληρυντικά όρια.

Διαφορική Διάγνωση

- ♦ Ανευρυσματική κύστη
- ♦ Ινώδης δυσπλασία
- ♦ Εγχόνδρωμα
- ♦ Ινοκυστικό σάρκωμα



Θεραπεία

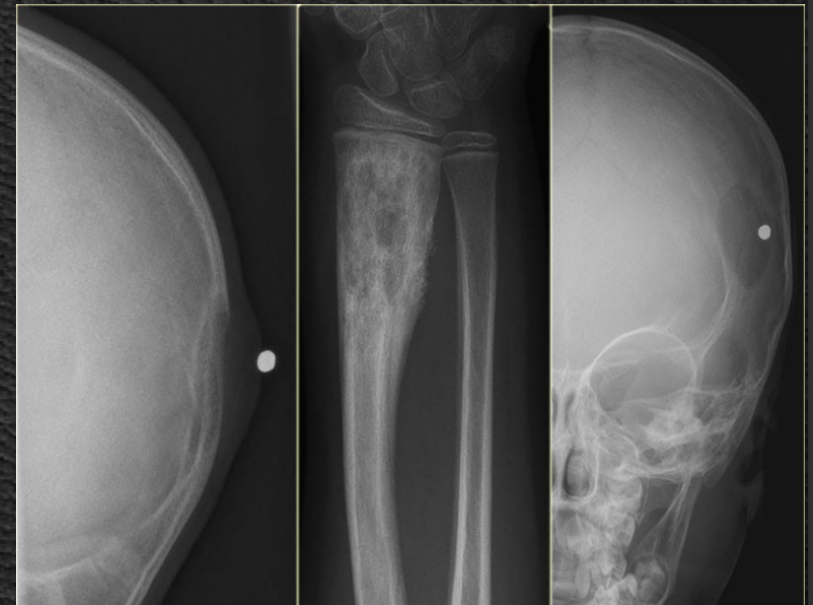
- ◆ Δεν χρειάζεται ιδιαίτερη θεραπεία
- ◆ Η βλάβη κατά κανόνα αποκαθίσταται μόνη της
- ◆ Εάν το έλλειμμα είναι πολύ μεγάλο ή έχει δημιουργηθεί παθολογικό κάταγμα, τότε μπορεί να αντιμετωπιστεί με απόξεση και τοποθέτηση οστικών μοσχευμάτων.

Καλοήθειες νεοπλασίες – Δικτυοενδοθυλιακής Προέλευσης Ηωσινόφιλο κοκκίωμα (Eosinophilic granuloma)

- ◆ Προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας μικρότερης των 30 ετών και εκδηλώνεται με ελαφρό πόνο και διόγκωση, όταν τα οστά είναι επιφανειακά

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ◆ Μικρή οστεολυτική εστία χωρίς οστεοσκλήρυνση
- ◆ Η πάχυνση εντοπίζεται συχνότερα στο κρανίο, στη ΣΣ, στις πλευρές, στη λεκάνη & στη διάφυση του μηριαίου



Διαφορική Διάγνωση

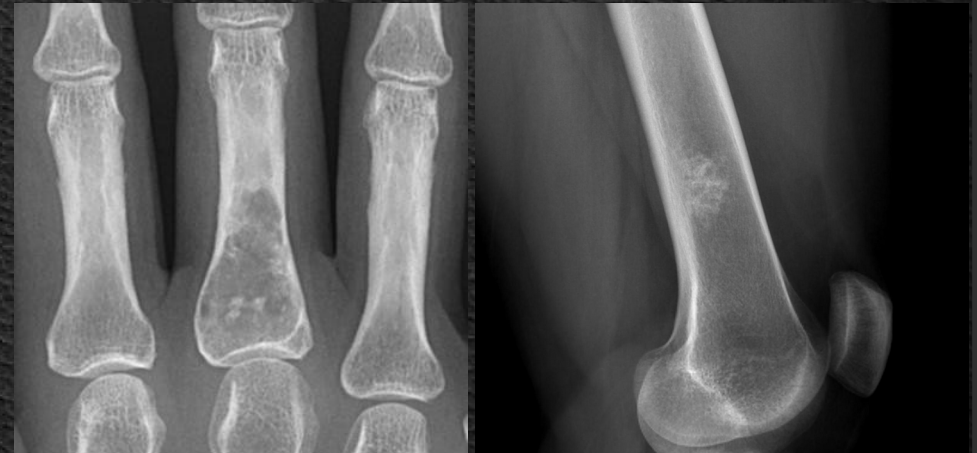
- ◆ Απόστημα Brodie
- ◆ Οποιαδήποτε οστεολυτική βλάβη μικρού μεγέθους.

Θεραπεία

- ◆ Συνήθως είναι χειρουργική αφαίρεση όπου είναι δυνατή.
- ◆ Η πρόγνωση είναι καλή

Καλοήθεις νεοπλασίες – Χονδρογενούς Προέλευσης Εγχόνδρωμα (Enchondroma)

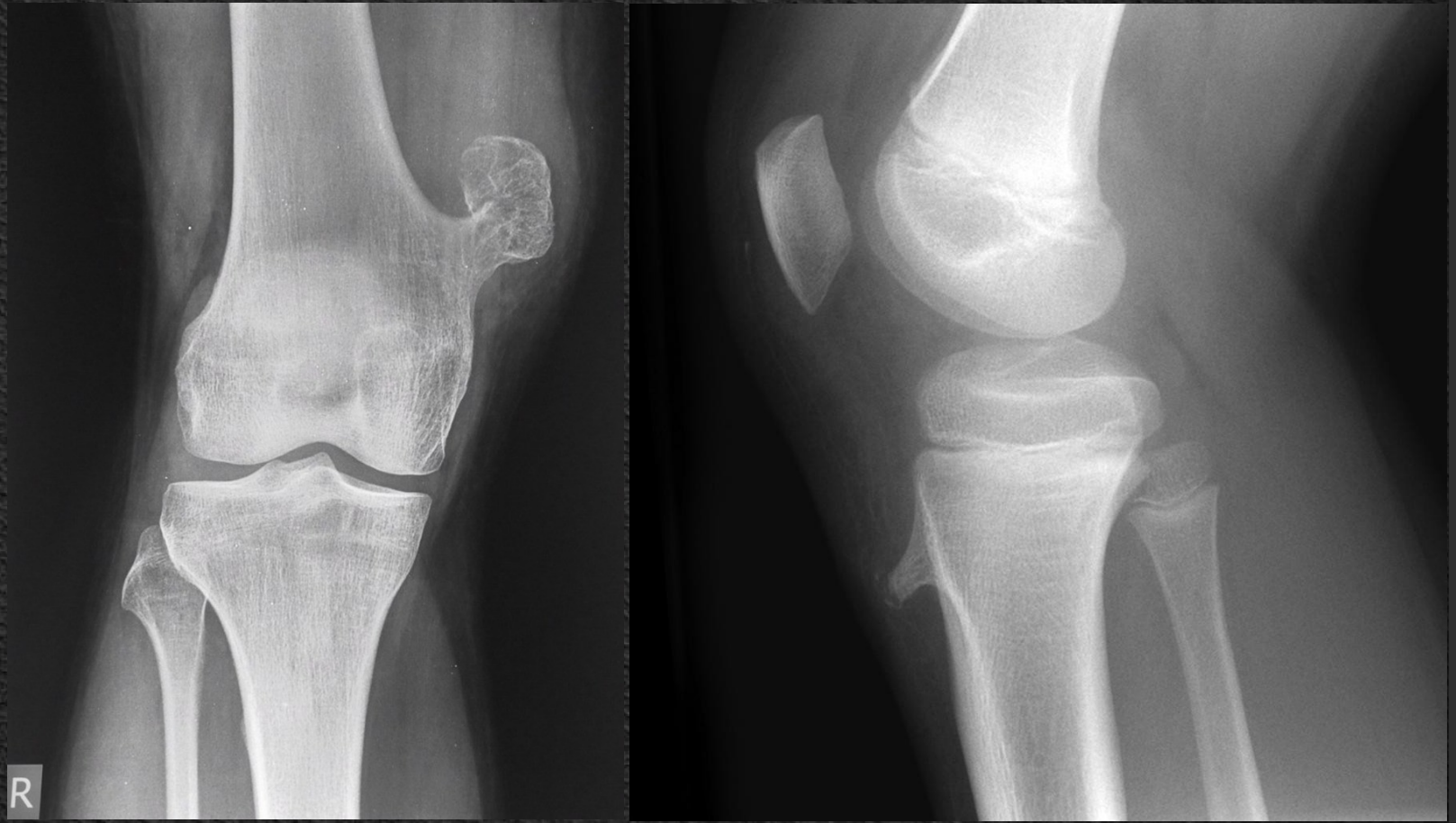
- ♦ Καλόηθες νεόπλασμα που προέρχεται από δυσπλαστικά χονδροκύτταρα της επιφυσσιακής πλάκας
- ♦ Η βλάβη είναι ασυμπτωματική και αποτελεί τυχαίο ακτινολογικό εύρημα. Χαρακτηρίζεται από μία κυστική περιοχή στο κέντρο της διάφυσης, καλά αφοριζομένη, με ακανόνιστα οστεοπυκνωτικά στοιχεία.
- ♦ Παρακολουούθηση σε τακτά χρονικά διαστήματα, διότι υπάρχει η σπάνια πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής



Οστεοχόνδρωμα (Osteochondroma)

- ◆ Είναι ο συχνότερος καλοήθης όγκος, γνωστός & ως εξόστωση.
- ◆ Προσβάλλει συνήθως τις μεταφύσεις των μακρών αυλοειδών οστών & πιο συχνά το βραχιόνιο & την περιοχή γύρω από το γόνατο.
- ◆ Αποτελεί οστεοχόνδρινο σχηματισμό άλλοτε άλλου μεγέθους, η ανάπτυξη τού οποίου σταματά με την ολοκλήρωση τής σκελετικής ωριμάνσεως.
- ◆ Υπάρχουν τά μισχωτά και τά άμισχα, τά οποία συνδέονται με ευρεία βάση με τό υποκείμενο οστόύν και είναι σπανιότερα
- ◆ Είναι ασυμπτωματικά, εκτός & αν παρεμποδίζουν τη λειτουργία των μυών-τενόντων-αρθρώσεων ή αν πιέζουν αγγειονευρώδη δεμάτια

- ♦ Εάν είναι συμπτωματικά, πρέπει να αφαιρούνται από τή βάση τους και να αποστέλλονται για ιστολογική εξέταση, διότι υφίσταται κίνδυνος εξαλλαγής < 1%



Χονδροβλάστωμα (Chondroblastoma)

- ♦ Τό χονδροβλάστωμα είναι σπάνιος, κατά κανόνα, καλοήθης όγκος χονδρικής προελεύσεως, ο οποίος εντοπίζεται στις επιφύσεις των μακρών οστών (ώμος, ισχίο, γόνατο).
- ♦ Ακτινολογικά, εμφανίζεται με τή μορφή λυτικής βλάβης στήν επίφυση του οστού, κατά κανόνα σε άτομα με ανοικτό το συζευκτικό χόνδρο
- ♦ Η θεραπεία συνίσταται σε χειρουργικό καθαρισμό & πλήρωση του κενού με οστικά μοσχεύματα.
- ♦ Ο κίνδυνος υποτροπής είναι υψηλός.



Καλοήθειες νεοπλασίες – Οστεογενούς Προέλευσης Οστεοειδές οστέωμα (Osteoid Osteoma)

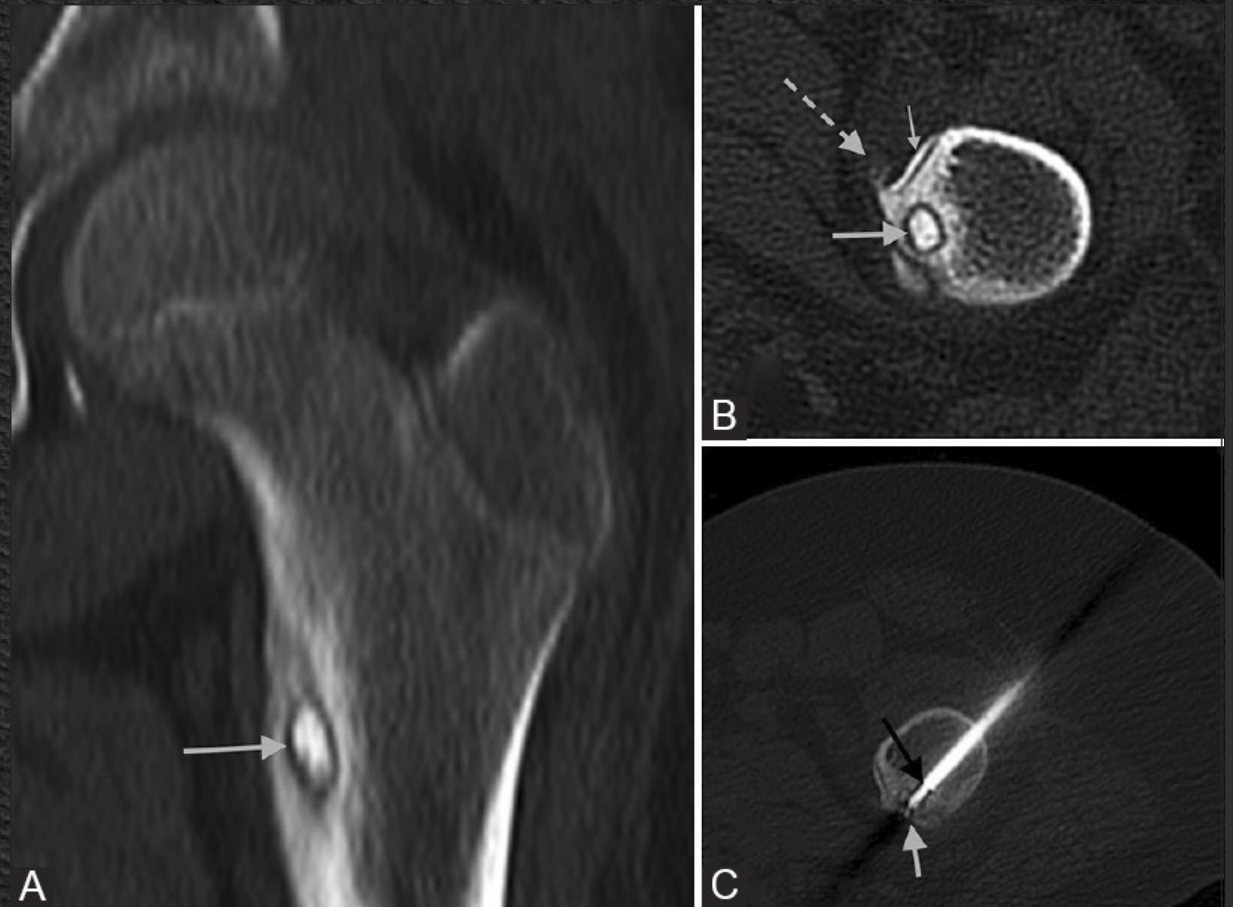
- ♦ Πρόκειται για καλοήθες, μικρό σε διαστάσεις νεόπλασμα, τό οποίο εντοπίζεται συνήθως στά μακρά οστά, ιδιαίτερα τών κάτω άκρων.
- ♦ Προσβάλλει περισσότερο συχνά άρρενες, ηλικίας 10-30 ετών.
- ♦ Αποτελεί τό 10% περίπου τών καλοήθων όγκων.
- ♦ Περίπου τό 50% τών περιπτώσεων εντοπίζεται στό μηρό και στήν κνήμη, συνήθως στη διάφυση.
- ♦ Στη ΣΣ προσβάλλει συνήθως τα τόξα των σπονδύλων

Κλινική εικόνα

- ♦ Ο πόνος είναι εντονότερος τη νύχτα & υποχωρεί με σαλικυλικά
- ♦ Οι εξετάσεις αίματος και ούρων είναι φυσιολογικές

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ♦ Στρογγυλή αραιωτική σκίαση, διαμέτρου 0,5-1 cm, συχνά με πυκνωτική κεντρική κηλίδα (nidus), η οποία περιβάλλεται στα μακρά οστά από χαρακτηριστική αντιδραστική σκλήρυνση με ατρακτοειδή μορφή
- ♦ Θετικό σπινθηρογράφημα



Διάγνωση

- ◆ Θα στηριχθεί στην προσεκτική λήψη τού ιστορικού, στην κλινική εξέταση, στην αξονική τομογραφία, στον μαγνητικό συντονισμό & στο σπινθηρογράφημα των οστών

Διαφορική Διάγνωση

- ◆ Απόστημα Brodie
- ◆ Σάρκωμα Ewing
- ◆ Σκληρυντική οστεομυελίτιδα Garre
- ◆ Κάταγμα εκ κοπώσεως
- ◆ Οστικό έμφρακτο ή την οστική νησίδα.

Θεραπεία

- ◆ Είναι χειρουργική & συνίσταται σε πλήρη αφαίρεση του όγκου, η οποία συνεπάγεται πλήρη εξαφάνιση των συμπτωμάτων.

Καλοήθεις νεοπλασίες – Αγγειακού Ιστού των Οστών

Αιμαγγείωμα τών οστών (Haemangioma of bone)

- ♦ Τό αιμαγγείωμα τών οστών είναι σπάνιο νεόπλασμα, με συνηθέστερη εντόπιση στή σπονδυλική στήλη, & ακολουθούν το κρανίο & τα μακρά οστά.
- ♦ Εμφανίζεται κυρίως στη μέση ηλικία

Κλινική Εικόνα

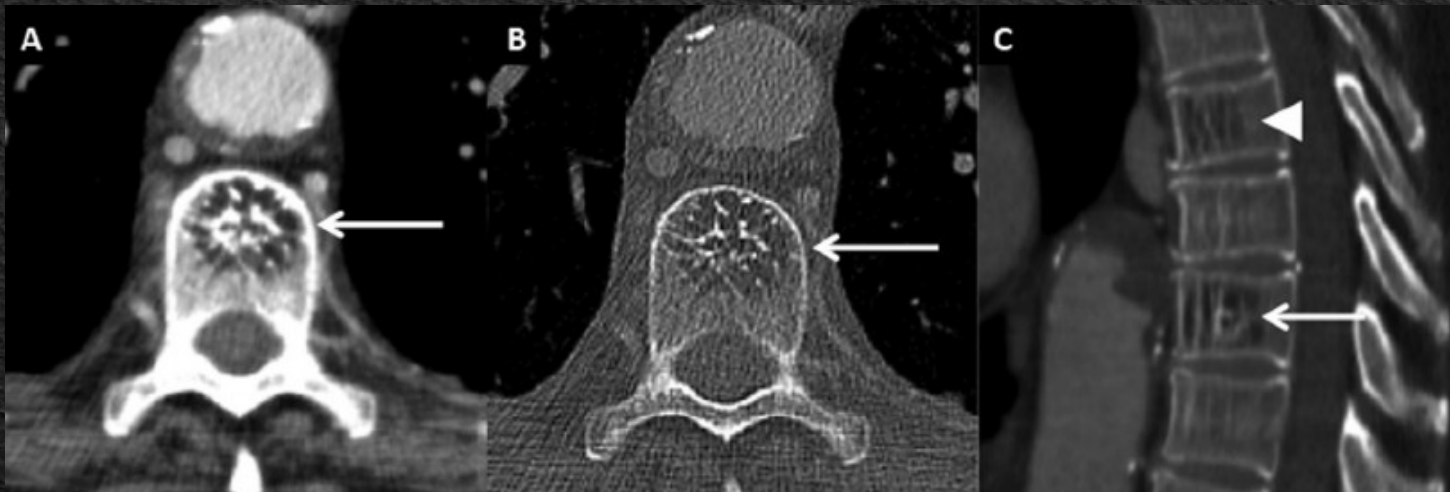
- ♦ Είναι συνήθως ασυμπτωματικό & διαπιστώνεται τυχαία
- ♦ Σπανιότερα είναι δυνατόν να γίνει αιτία συμπιεστικού κατάγματος σπονδυλικού σώματος, μετά από ασήμαντη βία, πράγμα που αρκετά συχνά γίνεται αιτία να διαγνωστεί η πάθηση.

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ◆ Εμφανίζεται σαν ωοειδής, ψηκτροειδής βλάβη χωρίς διάβρωση του φλοιού ή ενδομυελική επέκταση.
- ◆ Στή σπονδυλική στήλη έχει εικόνα προχωρημένης οστεοπορώσεως με τονισμό της κάθετης δοκίδωσης

Θεραπεία

- ◆ Ασυμπτωματικά αιμαγγειώματα δεν χρειάζονται ιδιαίτερη θεραπεία.
- ◆ Τά συμπτωματικά αιμαγγειώματα αντιμετωπίζονται με εκλεκτικό αρτηριακό εμβολισμό ή ακτινοβολία σε μέτριες δόσεις.
- ◆ Σπανιότερα, αντιμετωπίζονται με χειρουργική επέμβαση



Ογκοι που μιμούνται πρωτοπαθή νεοπλασμάτα των οστών

Μονήρης κύστη των οστών

(Solitary or Unicameral bone cyst)

- ♦ Καλοήθης οστική βλάβη της μετάφυσης των μακρών οστών, συνήθως μονόχωρη, με συνήθη εντόπιση τήν κεντρική μετάφυση τού βραχιονίου (50%), τού μηριαίου (20%) και της κνήμης.
- ♦ Εμφανίζεται συνήθως σε αγόρια (2:1), ηλικίας 5-15 χρόνων
- ♦ Η κύστη καλύπτεται εσωτερικά από λεπτό ινώδη συνδετικό υμένα και περιέχει θολερό ή διαυγές υγρό, που γίνεται αιμορραγικό μετά από τραυματισμό ή κάταγμα τής περιοχής

Κλινική Εικόνα

- ♦ Ασυμπτωματική. Αποκαλύπτεται μετά από παθολογικό κάταγμα ή τυχαία σε ακτινολογικό έλεγχο.

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ♦ Μονόχωρη καλά περιγεγραμμένη περιοχή στή μετάφυση πολύ κοντά στο συζευκτικό χόνδρο, με συνοδό λέπτυνση του οστικού φλοιού

Διαφορική Διάγνωση

- ♦ Μονοοστική ινώδη δυσπλασία
- ♦ Εγχόνδρωμα
- ♦ Ανευρυσματική κύστη
- ♦ Ηωσινόφιλο κοκκίωμα
- ♦ Οστεολυτικό οστεοσάρκωμα.



Θεραπεία

- ◆ Απόξεση της κύστης & τοποθέτηση μοσχευμάτων
- ◆ Υποτροπές, που χρειάζονται επανεγχείρηση, ανέρχονται στο 25% των περιπτώσεων.
- ◆ Οι υποτροπές είναι συχνότερες, όταν οι ασθενείς είναι ηλικίας μικρότερης των 10 ετών.

Ανευρυσματική κύστη τών οστών (Aneurismal bone cyst)

- ♦ Καλοήθης κυστική βλάβη των οστών, άγνωστης αιτιολογίας.
- ♦ Είναι σπανιότερη από τη μονήρη κύστη & εντοπίζεται στη μετάφυση των μακρών οστών, αν & μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε οστούν
- ♦ Προκαλεί διεύρυνση τού οστού, όπως υποδηλώνει τό όνομά της.

Κλινική Εικόνα

- ♦ Κλινικά εκδηλώνεται με πόνο, τοπική ευαισθησία στήν πίεση και σε προχωρημένα στάδια με μεγάλη διόγκωση, η οποία είναι εμφανής σε περιοχές, όπου τά οστά δεν καλύπτονται από πολλά μαλακά μόρια..

Απεικονιστικός Έλεγχος

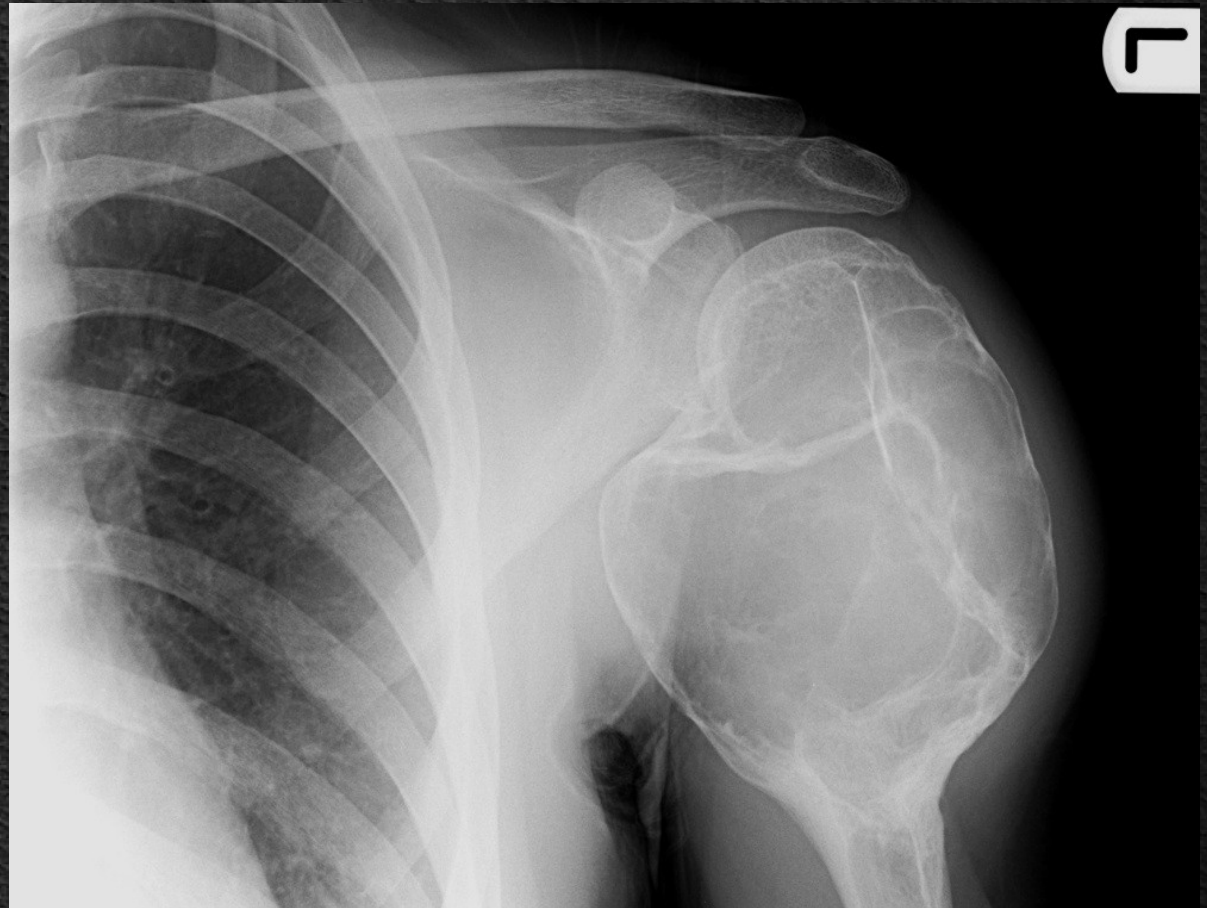
- ◆ Εμφανίζεται σαν μία καλά περιγεγραμμένη ακτινοδιαυγής κύστη, που συχνά έχει διαφράγματα και εντοπίζεται έκκεντρα

Διαφορική Διάγνωση

- ◆ Γιγαντοκυτταρικός όγκος

Θεραπεία

- ◆ Όπως και στη μονήρη κύστη



Ινώδης δυσπλασία (Fibrous dysplasia)

- ♦ Πρόκειται για μία σχετικά συχνή, καλοήθη, μονοοστική ή πολυοστική, παθολογική ανωμαλία τών οστών, αγνώστου αιτιολογίας.
- ♦ Η μονοοστική μορφή αποτελεί τό 70% τών περιπτώσεων, ενώ η πολυοστική τό 30%.
- ♦ Εντοπίζεται στή διάφυση τών μακρών οστών, κυρίως μηριαίου και κνήμης, στίς πλευρές, στή βάση τού κρανίου και σπανιότερα στο βραχιόνιο και στο αντιβράχιο
- ♦ Παρουσιάζεται εξ ίσου συχνά & στα δύο φύλα

Κλινική Εικόνα

- ♦ Η μονοοστική μορφή συνήθως είναι ασυμπτωματική και η διάγνωσή της αποτελεί τυχαίο εύρημα

Διαφορική Διάγνωση

- ◆ Γιγαντοκυτταρικός όγκος

Θεραπεία

- ◆ Όπως & στη μονήρη κύστη
- ◆ Υποτροπές μετά τήν απόξεση είναι αρκετά συχνές (25%).
- ◆ Ακτινοθεραπεία σε εντοπίσεις μη προσπελάσιμες χειρουργικά



Νεοπλάσματα Αδιευκρίνιστης Προέλευσης Γιγαντοκυτταρικός όγκος (Giant-cell tumor)

- ♦ Ο γιγαντοκυτταρικός όγκος καλύπτει τό 5% όλων των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων των οστών.
- ♦ Κατά κανόνα σε άτομα ηλικίας 20-40 ετών (5-70)
- ♦ Συνήθως εντοπίζεται στα μακρά οστά & χαρακτηριστικά στις επιφύσεις
- ♦ Περίπου τό 50% των περιπτώσεων αφορά στήν περιοχή τού γόνατος (κάτω επίφυση μηριαίου και άνω κνήμης)
- ♦ Οι γιγαντοκυτταρικοί όγκοι θεωρούνται δυνητικά κακοήθεις
- ♦ Ενδειξη κακοήθειας αποτελεί κάθε υποτροπή ύστερα από καλή χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

Κλινική Εικόνα

- ♦ Πόνος, συχνά ψηλαφητή διόγκωση & ευαισθησία στην πίεση

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ♦ Οστεολυτική εξεργασία ομοιογενής ή πολύχωρη χωρίς περιφερική οστεοσκλήρυνση ή περιοστική αντίδραση



Διαφορική Διάγνωση

- ♦ Καλόηθες χονδροβλάστωμα
- ♦ Μη οστεοποιούμενο ίνωμα
- ♦ Χόνδρο-ή ινοσάρκωμα
- ♦ Ανευρυσματική ή μονήρης κύστη

Θεραπεία

- ♦ Σε αργά εξελισσόμενες βλάβες, απόξεση της κυστικής βλάβης & πλήρωση της κοιλότητας με οστικά μοσχεύματα
- ♦ Σε περιπτώσεις υποτροπής μετά από απόξεση ή σε επιθετικότερες μορφές όγκου γίνεται ευρεία εκτομή & αν είναι απαραίτητο, αντικατάσταση με πρόθεση

Κακοήθεις Νεοπλασίες

Κακοήθεις νεοπλασίες – Ινώδους Προέλευσης

Κακόηθες ινώδες ιστοκύττωμα (Malignant fibrous Histiocytoma)

- ♦ Τό κακόηθες ιστοκύττωμα είναι ένας ινώδης όγκος, με χαρακτηριστική διαπλοκή των ινών & παρουσία ιστοκυττώματος & γιγαντοκυττάρων.
- ♦ Προσβάλλει περισσότερο άτομα της μέσης ηλικίας.
- ♦ Εντοπίζεται κυρίως στή μετάφυση τών μακρών οστών και ιδιαίτερα περί το γόνατο
- ♦ Οι οστικές εντοπίσεις είναι δυνατόν να διαβρώσουν το φλοιό και να διηθήσουν τα παρακείμενα μαλακά μόρια.

Κλινική Εικόνα

- ◆ Εμφανίζεται με ήπιο πόνο, ο οποίος αργότερα γίνεται εντονότερος και με τοπική διόγκωση ευαίσθητη στην ψηλάφηση

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ◆ Οστεολυτική αλλοίωση κοντά σε μια περιοχή παλαιού εμφράκτου.

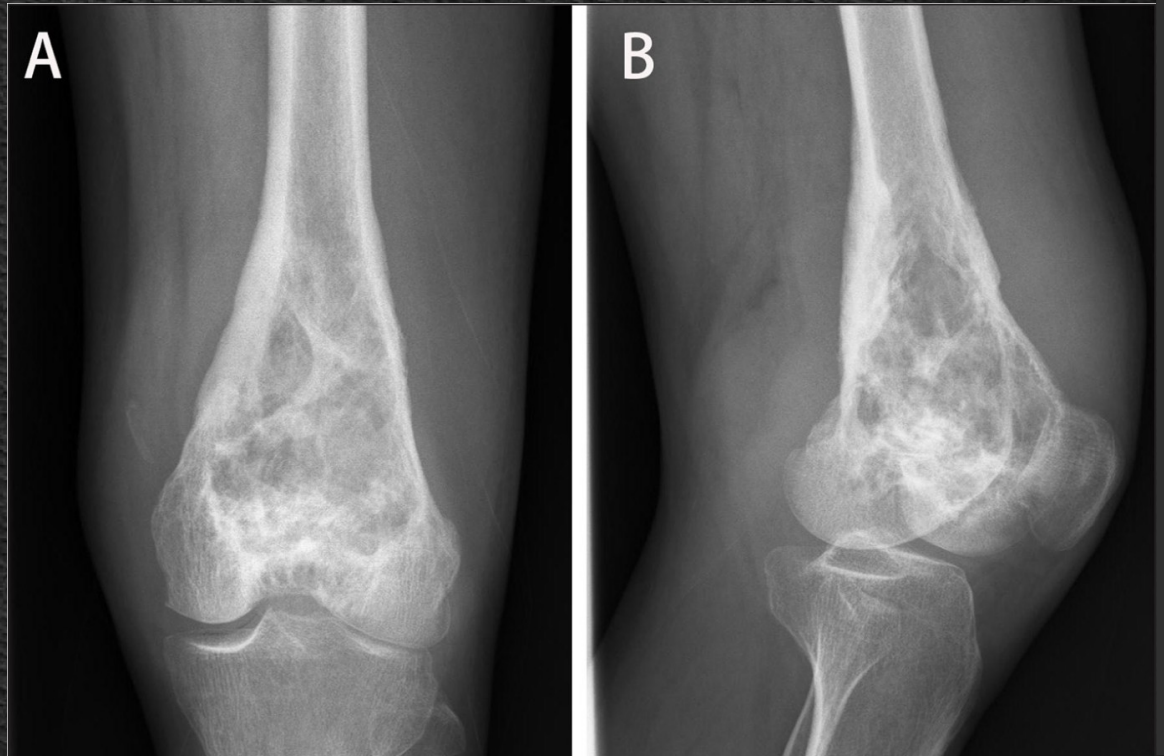
Θεραπεία

- ◆ Συνίσταται σε χειρουργική αφαίρεση του νεοπλάσματος σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία



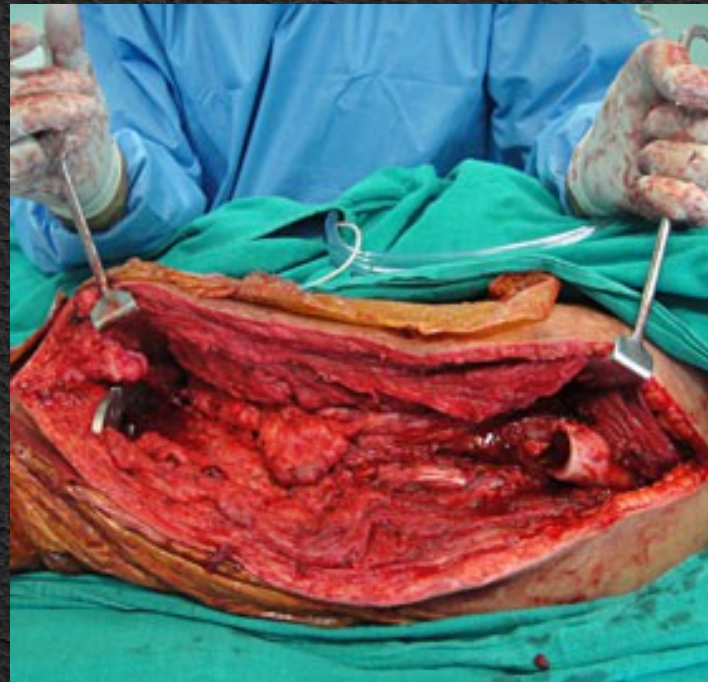
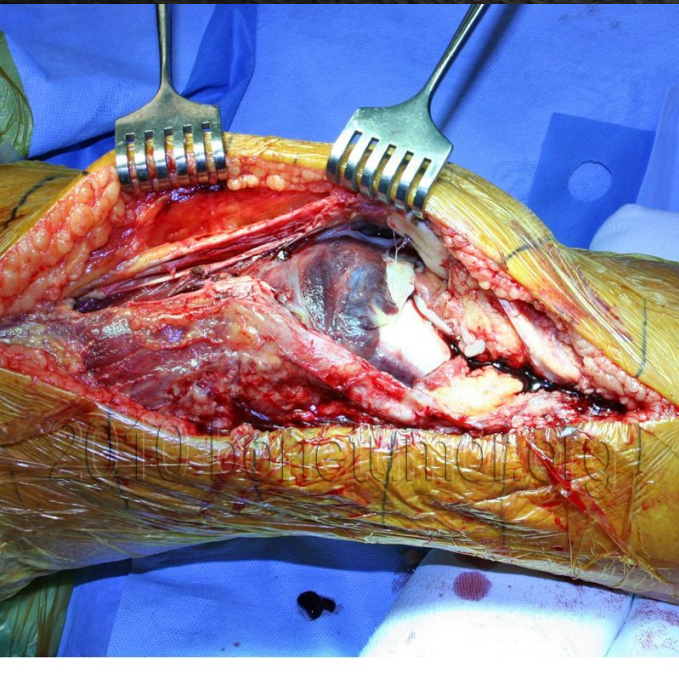
Ινοσάρκωμα (Fibrosarcoma)

- ♦ Τό ινοσάρκωμα είναι κακοήθης νεοπλασία, η οποία προέρχεται από μεσεγχυματικά κύτταρα
- ♦ Προσβάλλει τόσο τὰ μαλακά μόρια όσο & τα οστά
- ♦ Η κλινική εικόνα κυριαρχείται από πόνο & οίδημα
- ♦ Η διάβρωση τού φλοιού εγκυμονεί κίνδυνο παθολογικού κατάγματος



Θεραπεία

- ♦ Ανάλογα με το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος, και επεκτείνεται από ευρεία εκτομή της βλάβης & προθετική αντικατάσταση έως ριζική εκτομή ή ακρωτηριασμό σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία.
- ♦ Αν αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί, χρησιμοποιείται ακτινοβολία.



Κακοήθεις νεοπλασίες – Οστεογενούς Προέλευσης Οστεοσάρκωμα (Osteosarcoma)

- ◆ Τό οστεοσάρκωμα είναι υψηλής κακοήθειας νεόπλασμα
- ◆ Πρόκειται για έναν όγκο με μεγάλη επιθετικότητα κατά συνέχεια ιστού & υψηλό μεταστατικό δυναμικό
- ◆ Είναι το συχνότερο κακόηθες πρωτοπαθές νεόπλασμα των οστών, αν εξαιρεθεί το πολλαπλούν μυέλωμα
- ◆ Έχει 2πλάσια συχνότητα από τό χονδροσάρκωμα & 3πλάσια από το σάρκωμα τού Ewing.
- ◆ Προσβάλλει άτομα ηλικίας 10-30 ετών
- ◆ Εντοπίζεται στη μετάφυση των μακρών οστών & ιδιαίτερα στην κάτω μετάφυση του μηριαίου & στην άνω μετάφυση της κνήμης & του βραχιονίου

Κλινική Εικόνα

- ♦ Πόνος διόγκωση και τοπική ευαισθησία, η οποία συχνά συγχέεται με πάθηση της γειτονικής άρθρωσης
- ♦ Εκτός από τα τοπικά υπάρχουν και γενικά συμπτώματα, όπως ανορεξία, απώλεια βάρους και ενίοτε πυρετική κίνηση.
- ♦ Οι μεταστάσεις στους πνεύμονες είναι κατά κανόνα ασυμπτωματικές

Απεικονιστικός έλεγχος

- ♦ Η εικόνα του οστεοσαρκώματος είναι στο 50% περίπου των περιπτώσεων οστεοπυκνωτική στο 40% οστεολυτική & στο 10% μικτή
- ♦ Η νεοπλασματική εξεργασία προοδευτικά καταστρέφει το φλοιό και επεκτείνεται μέσα στα μαλακά μόρια
- ♦ Ο μαγνητικός συντονισμός είναι η καλύτερη απεικονιστική μέθοδος για τον καθορισμό των ορίων ενός σαρκώματος

Εργαστηριακός Έλεγχος

- ♦ Χαρακτηριστική είναι η μεγάλη αύξηση τής αλκαλικής φωσφατάσης, η οποία δεικνύει οστεοβλαστική δραστηριότητα

Διάγνωση

- ♦ Δεν πρέπει ποτέ να γίνεται μόνο με απεικονιστικές μεθόδους
- ♦ Είναι επιβεβλημένη η λήψη βιοψίας για την ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης



Θεραπεία

- ♦ Ο τύπος της επέμβασης που απαιτείται για ολοκληρωτική εκτομή του όγκου, εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων, που πρέπει να εκτιμηθούν σε ατομική βάση
- ♦ Σχεδόν πάντα συνδυάζεται με προεγχειρητική ή και μετεγχειρητική ακτινοβολία και χημειοθεραπεία (Τα πρωτόκολλα συνεχώς επικαιροποιούνται).
- ♦ Οι δύο φάσεις της χειρουργικής θεραπείας είναι αφ' ενός η εκτομή του όγκου και αφ' ετέρου η χειρουργική αποκατάσταση των ελλειμμάτων των οστών & των μαλακών μορίων
- ♦ Οι τεχνικές διάσωσης μέλους πρέπει να επιχειρούνται μόνον, όταν η προεγχειρητική σταδιοποίηση δεικνύει ότι είναι δυνατόν να επιτευχθούν επαρκή χειρουργικά όρια.

- ◆ Οι ενδείξεις για ακρωτηριασμό είναι οι ακόλουθες:
 - ◆ Ακατάλληλη θέση βιοψίας ή τοπική λοίμωξη
 - ◆ Παθολογικό κάταγμα με μεγάλο αιμάτωμα
 - ◆ Παρουσία στόν όγκο μεγάλων αγγείων και νεύρων
 - ◆ Πτωχή ιστολογική απάντηση στη χημειοθεραπεία
 - ◆ Παθολογικό κάταγμα με μεγάλο αιμάτωμα
 - ◆ Παρουσία στόν όγκο μεγάλων αγγείων και νεύρων
 - ◆ Πτωχή ιστολογική απάντηση στη χημειοθεραπεία

- ◆ Σήμερα, τά περισσότερα παιδιά και οι νέοι ενήλικες με οστεοσάρκωμα τών άκρων υποβάλλονται σε επεμβάσεις διασώσεως μέλους (70%-90%).
- ◆ Η διαδικασία διασώσεως σκέλους πρέπει να περιλαμβάνει πλήρη εκτομή του όγκου επί ορίων φυσιολογικού ιστού και διατήρηση των μεγάλων νευροαγγειακών δομών
- ◆ Προϋπόθεση είναι η πλήρης εκτομή τής πρωτοπαθούς εστίας και η έλλειψη μεταστάσεων σε άλλα όργανα.
- ◆ Η πρόγνωση στα οστεοσαρκώματα είναι πάντοτε κακή (5ετής επιβίωση 54%-70%)

Κακοήθεις νεοπλασίες – Χονδρογενούς Προέλευσης Χονδροσάρκωμα (Chondrosarcoma)

- ♦ Αν εξαιρεθεί το πολλαπλούν μύελωμα, τό χονδροσάρκωμα αποτελεί τη δεύτερη σε συχνότητα μετά το οστεοσάρκωμα κακοήθη νεοπλασία τών οστών, η οποία καλύπτει τό 17%-22% όλων τών πρωτοπαθών κακοήθων νεοπλασιών τών οστών
- ♦ Αναπτύσσεται από τό χόνδρινο ιστό τών οστών και είναι λιγότερο κακόηθες από τό οστεοσάρκωμα
- ♦ Προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας 30 έως 60 χρόνων.

Κλινική Εικόνα

- ◆ Εκδηλώνεται με πόνο μετρίας έντασης και διόγκωση σκληρή, ελαφρά ευαίσθητη στην πίεση, χωρίς σημεία υπεραιμίας των υπερκείμενων μαλακών μορίων

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ◆ Οστεολυτικές αλλοιώσεις με ανώμαλο σχήμα, με στικτές αποτιτανώσεις ή περιοχές οστεοπύκνωσης



Θεραπεία

- ◆ Η ριζική τοπική εκτομή τής νεοπλασίας, όπου είναι εφικτή, και η αντικατάσταση με ειδικά κατασκευασμένη πρόθεση αποτελούν τήν καλλίτερη θεραπεία.
- ◆ Η ακτινοβολία δεν βοηθάει, επειδή ο όγκος είναι ακτινοάντοχος, ούτε και η χημειοθεραπεία, στην οποία επίσης είναι εξαιρετικά ανθεκτικός.
- ◆ Η 5ετής επιβίωση ανέρχεται στο 72% τών περιπτώσεων ενώ η 10ετής στο 57%.

Κακοήθεις νεοπλασίες – Αδιευκρίνιστης Προέλευσης Σάρκωμα τού Ewing (Ewing's Sarcoma)

- ♦ Τό σάρκωμα τού Ewing αποτελεί την πιο κακοήθη μορφή νεοπλασματος τών οστών.
- ♦ Προσβάλλει συχνότερα νεαρά άτομα, ηλικίας 5-20 χρόνων (αναλογία αρρένων-θηλέων 2:1).
- ♦ Εντοπίζεται στή διάφυση των μακρών αυλοειδών οστών, με σειρά συχνότητας το μηριαίο, την κνήμη, το βραχιόνιο, και από τα πλατέα οστά, στό λαγόνιο

Κλινική Εικόνα

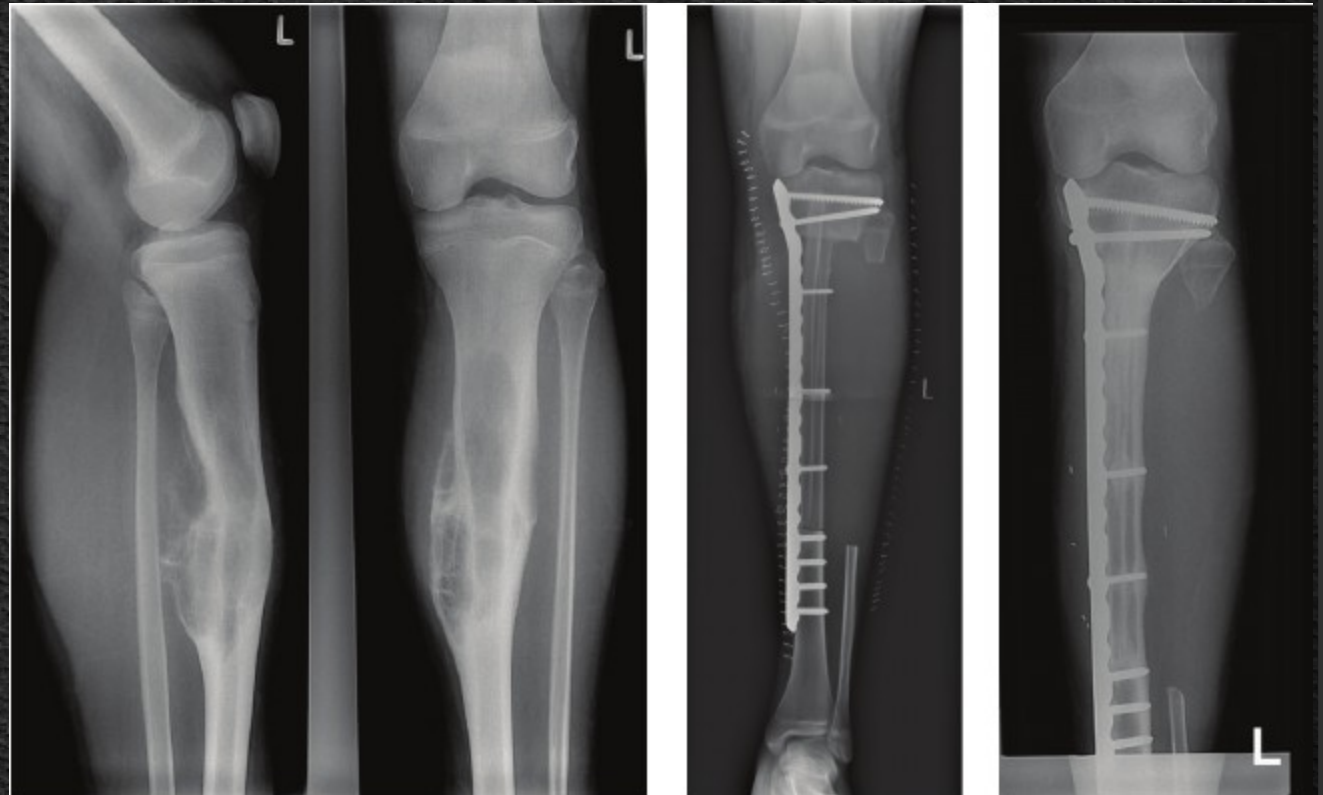
- ♦ Πόνος ο οποίος προοδευτικά επιδεινώνεται, διόγκωση, τοπική ευαισθησία στήν πίεση και υπεραιμία τών μαλακών μορίων
- ♦ Συνοδεύεται από πυρετική κίνηση & αύξηση τών λευκών & της ΤΚΕ

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ♦ Εικόνα ανώμαλης οστεολυτικής εξεργασίας με έντονο υποπεριοστική οστεοπλασία, η οποία, όταν εντοπίζεται στα μακρά αυλοειδή οστά, μοιάζει με "φύλλα βιβλίου" ή κρεμμυδιού"

Διαφορική Διάγνωση

- ♦ Πρωτοπαθές λέμφωμα
- ♦ Οστεοσάρκωμα
- ♦ Οξεία οστεομυελίτιδα



Θεραπεία

- ♦ Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται για τήν αντιμετώπιση αυτής της νεοπλασίας μεμονωμένα ή σε συνδυασμό.
- ♦ Τά τελευταία χρόνια, εν τούτοις, η ευρεία εκτομή και η αντικατάσταση με τεχνητή πρόθεση ή ο ακρωτηριασμός ύστερα από τοπική ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία φαίνεται ότι δίνουν τά καλλίτερα αποτελέσματα
- ♦ Η 5ετής επιβίωση σήμερα με τήν εφαρμογή των συγχρόνων θεραπευτικών σχημάτων ανέρχεται στό 50%-70%, ενώ, αν υπάρχουν μεταστάσεις κατά τή διάγνωση, το ποσοστό μειώνεται στο 25%-30%.

Κακοήθεις νεοπλασίες – Προερχόμενες από το Μυελό των Οστών

Πολλαπλούν μυέλωμα (Multiple Myeloma)

- ♦ Αποτελεί τη συχνότερη κακοήθη νεοπλασία του σκελετού, αν και ουσιαστικά είναι νεοπλασία τού αιμοποιητικού συστήματος, διότι προέρχεται από τά πλασματοκύτταρα του μυελού τών οστών
- ♦ Προσβάλλει συχνότερα άνδρες 40-60 χρόνων και εντοπίζεται στη σπονδυλική στήλη, στις πλευρές, στη λεκάνη, στο κρανίο αλλά και στα μακρά αυλοειδή οστά.

Κλινική Εικόνα

- ♦ Εκδηλώνεται με συνεχή πόνο στα οστά, ήπιο στην αρχή, ο οποίος προοδευτικά γίνεται εντονότερος
- ♦ Εκτός από τον πόνο, η πάθηση συνοδεύεται από γενική καταβολή των δυνάμεων και απώλεια βάρους

Απεικονιστικός Έλεγχος

- ♦ Το πολλαπλούν μυέλωμα παρουσιάζεται στη σπονδυλική στήλη με τη μορφή διάχυτης οστεοπόρωσης με ένα ή περισσότερα παθολογικά συμπιεστικά κατάγματα.
- ♦ Στά υπόλοιπα οστά παρουσιάζεται με τη μορφή πολλαπλών οστεολυτικών αλλοιώσεων, με σχήμα στρογγύλο ή ωοειδές, χωρίς περιφερική οστεοσκλήρυνση



Εργαστηριακός Έλεγχος

- ◆ ΤΚΕ > 100
- ◆ Η αύξηση των μυελοκυττάρων στη στερνική παρακέντηση
- ◆ Η αύξηση της γ-σφαιρίνης
- ◆ Ανίχνευση στα ούρα του παθολογικού λευκώματος Bence-Jones στο 30%-50% των ασθενών
- ◆ Ελάττωση των ερυθροκυττάρων (αναιμία) καθώς & των αιμοπεταλίων (αιμορραγία)
- ◆ Αύξηση τού ασβεστίου τού αίματος στό 50% τών περιπτώσεων, λόγω της ταχείας καταστροφής του οστού.

Διαφορική Διάγνωση

- ◆ Μεταστατικά νεοπλάσματα

Θεραπεία

- ◆ Η ακτινοβολία σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία δίνει τα καλλίτερα αποτελέσματα
- ◆ Η πρόγνωση είναι καλλίτερη από άλλες κακοήθεις νεοπλασίες.
- ◆ Η πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 25%-50%, ενώ η 3ετής επιβίωση στο 45%-77%.

Μεταστατικά Νεοπλάσματα των Οστών

- ♦ Η προσβολή των οστών από κακοήγη νεοπλασία άλλου οργάνου γίνεται κατά κανόνα με αιματογενή διασπορά και σπάνια με άμεση διήθηση

Κλινική Εικόνα

- ♦ Ο πόνος δεν είναι συνήθως έντονος

Απεικονιστικός Έλεγχος

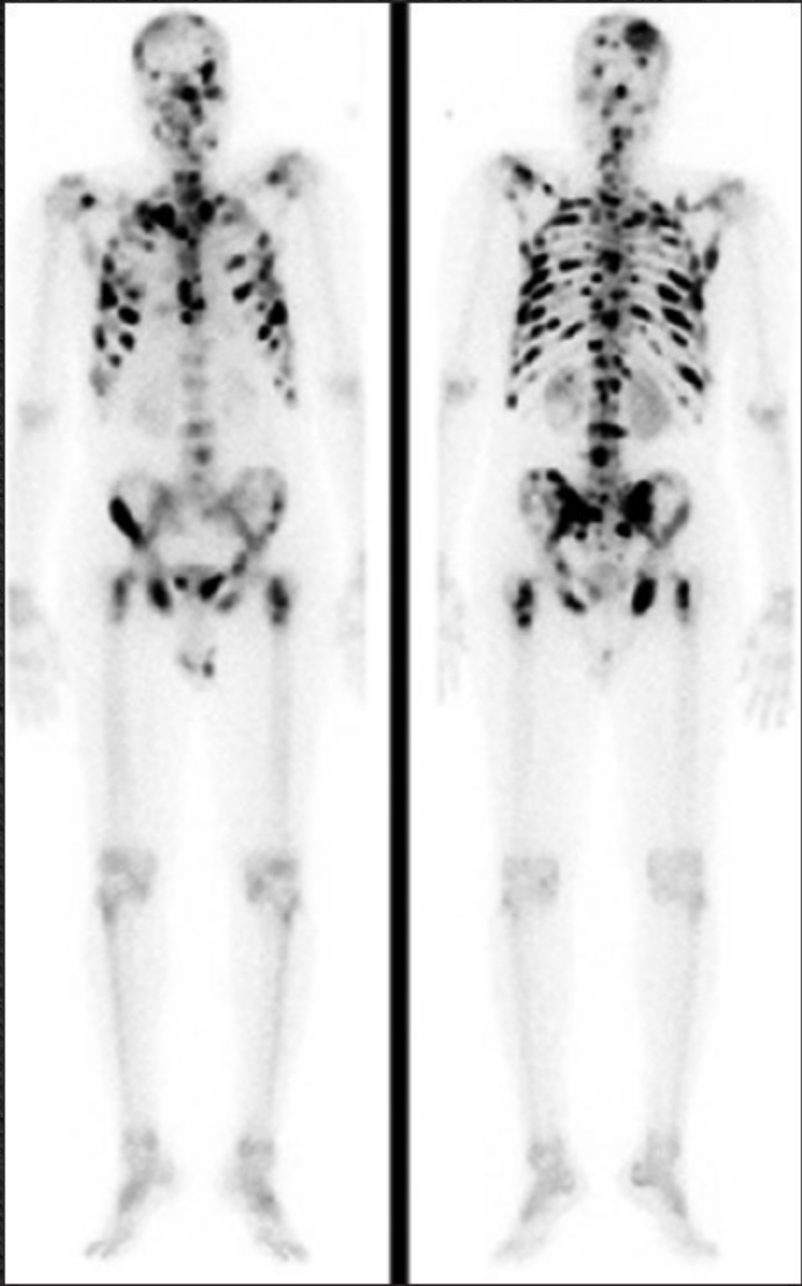
- ♦ Οι οστικές μεταστάσεις διαιρούνται σε οστεολυτικές, οστεοβλαστικές και μικτές
- ♦ Οστεολυτικού τύπου μεταστάσεις προέρχονται από τούς νεφρούς, θυρεοειδή, πνεύμονες, γαστρεντερικό σωλήνα, μαστός
- ♦ Οστεοβλαστικού τύπου μεταστάσεις προέρχονται από τον προστάτη

Θεραπεία

- ♦ Οι βασικοί παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν τόν τρόπο αντιμετώπισης των μεταστάσεων, είναι ο αναμενόμενος χρόνος επιβιώσεως και η γενική κατάσταση του ασθενούς

Παθολογικά κατάγματα

- ♦ Τά παθολογικά κατάγματα αντιμετωπίζονται με ενδομυελική ήλωση, οστεοσύνθεση με μεταλλική πλάκα και βίδες, με πρόθεση ειδικά κατασκευασμένη και αρκετά συχνά με τή χρησιμοποίηση ακρυλικού τσιμέντου.
- ♦ Η προφυλακτική ήλωση σε μεταστάσεις στά μακρά αυλοειδή οστά, ιδιαίτερα στά κάτω άκρα, αποτελεί ίσως τή θεραπεία εκλογής



Νεοπλασίες Μαλακών Μορίων – Καλοήθεις Ογκοί

Λίπωμα (Lipoma)

- ♦ Τό λίπωμα είναι η συχνότερη νεοπλασία η οποία αποτελείται από ώριμο λιπώδη ιστό
- ♦ Εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες κατά την 5η-6η δεκαετία τής ζωής
- ♦ Η διάμετρος της νεοπλασίας αυτής ποικίλλει από 1-10 εκατοστά και η εντόπισή της έχει άμεση συσχέτιση με τα συμπτώματα
- ♦ Τά λιπώματα, τα οποία βρίσκονται σε περιτονίες ή μυς, έχουν εξαιρετική πρόγνωση, εάν αφαιρεθούν ριζικά



Αιμαγγείωμα μαλακών μορίων (Haemangioma of soft tissue)

- ♦ Τά αιμαγγειώματα αποτελούν όγκους, που συνίστανται από υπερβολικά μεγάλες ποσότητες αγγειακού ιστού, συνήθως φλεβικού.
- ♦ Συνήθως συμμετέχει τό έλυτρο τών καμπτήρων τενόντων τού άνω άκρου.

Κλινική Εικόνα

- ♦ Συμπτώματα υποξείας τενοντοελυτρίτιδος.

Απεικονιστικός Έλεγχος

Η ακτινολογική εικόνα περιλαμβάνει εμφάνιση φλεβολίθων & οστική διάβρωση.

Η εξέταση εκλογής είναι ο μαγνητικός συντονισμός

Διαφορική διάγνωση

- ◆ Υμενική χονδρωμάτωση
- ◆ Λαχνοοζώδη υμενίτιδα

Θεραπεία

- ◆ Μερικές φορές οι όγκοι υποχωρούν από μόνοι τους (υποδόρια εντόπιση)
- ◆ Οι όγκοι που εντοπίζονται βαθύτερα απαιτούν χειρουργική αφαίρεση για ανακούφιση από τα συμπτώματα



Γιγαντοκυτταρικός όγκος τενοντίων ελύτρων (Giant-cell tumor of tendon sheath)

- ♦ Καλοήθης μεμονωμένος όγκος των τενόντων της άκρας χειρός
- ♦ Ηλικία 30-50 ετών.

Κλινική Εικόνα

- ♦ Επώδυνος όγκος αργής ανάπτυξης που πολλές φορές υποδύεται τενοντοελυτρίτιδα, ενώ σπανιότερα εμφανίζεται δυσαισθησία από πίεση νεύρου.



Θεραπεία

- ◆ Ευρεία εκτομή.
- ◆ Εμφανίζουν τοπική υποτροπή μετά τήν εκτομή (45%)

Νεοπλασίες Μαλακών Μορίων – Καλοήθεις Ογκοί

- ◆ Οι κακοήθεις νεοπλασίες τών μαλακών μορίων είναι αρκετά σπάνιες
- ◆ Η συχνότερη εντόπιση είναι στα άκρα & πιο συχνά στο μηρό
- ◆ Πιο συχνά είναι τα λιποσαρκώματα και τα κακοήθη ιστιοκυττώματα
- ◆ Είναι δυνατόν να εμφανισθούν σε όλες τις ηλικίες, αλλά είναι συχνότερα από την 5η δεκαετία της ζωής και μετά

Απεικονιστικός έλεγχος

- ◆ Ο μαγνητικός συντονισμός είναι απαραίτητος στη σταδιοποίηση και στον προεγχειρητικό σχεδιασμό

Θεραπεία

- ◆ Ευρεία εκτομή του όγκου

Βιβλιογραφία

1. Apley Graham "Apley's System of Orthopaedics and Fractures". 7th Edition Butterworth-Heinemann Ltd. 1993.
2. Campbell's. "Operative Orthopaedics". 8th Ed. Oxford, Butterworth-Heinemann Ltd. 1993.
3. Muller M., et all.: **Manual of internal fixation**. 3rd Edition 1994.
4. Rockwood and Green's. «Fractures in Adults». 4th Edition. Lippincott - Raven Publishers, 1996.
5. Skinner H.B. "Current diagnosis and treatment in orthopaedics". Lange Medical Book 2000.
6. ΔΕΠ Α' Ορθοπαιδικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών. "Ορθοπαιδική & Τραυματολογία". Ιατρικές Εκδ. Κωνσταντάρας. Αθήνα 2001.
7. Ευσταθόπουλος Ν. «Αρθρίτιδες Διάγνωση & Θεραπεία». Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρα, Αθήνα 2009.
8. Καμμάς & συνεργάτες. "Εισαγωγή στην Ορθοπαιδική". Αθήνα 1999.
9. Κορρές Δ. Λυρίτης Γ. Σουκάκος Π. «Ορθοπαιδική & Τραυματολογία του Μυοσκελετικού Συστήματος». Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρα 2010.
10. Λαμπίρης Η.Ε. "Ορθοπαιδική & Τραυματολογία". Εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδης, 2003, Αθήνα.
11. Παπαχρήστου Γ. "Εισαγωγή στην Ορθοπαιδική & Τραυματολογία". Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2006.
12. Σάπκας Γ. «Εμβιομηχανική-Παθοφυσιολογία & Αντιμετώπιση Παθολογικών καταστάσεων στη Σπονδυλική Στήλη». Ιατρικές Εκδόσεις Καυκάς. Αθήνα 2006
13. Συμεωνίδης Παναγιώτης: "Ορθοπαιδική" 2η Εκδοση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1996.
14. Χαρτοφυλακίδης - Γαροφαλλίδης. «Θέματα Ορθοπαιδικής & Τραυματολογίας». Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
15. Χατζηπαύλου Α.: "Κακώσεις οστών και αρθρώσεων". Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003

