



Αντιμετώπιση της αρθρίτιδας της ποδοκνημικής με αρθρόδεση



Ελληνική Εταιρεία
Αρθροσκόπησης,
Χειρουργικής Γόνατος &
Αθλητικών Κακώσεων
«Γεώργιος Νούλης»

www.eae-net.gr

Ταχ. Διεύθυνση:
ΤΘ 17114, 10024 Αθήνα
Τηλ.: 210 7230601
Κάθε Πέμπτη
17:00-22:00



Persomed Editions

2 rue de la Concorde
68000 Colmar, France
Tel. : +33 (0)3 89 41 39 94
www.persomed.com

Σύνταξη: *D. Gosset*

Εικόνες: *J. Dasic*

Μετάφραση: *M. Σαλταγιάννη*

Επιμέλεια: *N. Τζανακάκης*

E. Αντωνογιαννάκης

Με την ευγενική χορηγία των:



Ορθοπαιδικός Χειρουργός:

**Μέλος Ελληνικής
Αρθροσκοπικής Εταιρείας**

Κάθε άτομο έχει δικαίωμα ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας του. Κάθε ασθενής πρέπει να γνωρίζει όλες τις θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν για την αντιμετώπιση του προβλήματός του, τα πιθανά οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους σε κάθε περίπτωση.

Κυρίες, κύριοι

Στόχος αυτού του φυλλαδίου είναι να δώσει απαντήσεις σε κάποιες από τις απορίες σας. Ωστόσο, αναφέρει γενικές οδηγίες. Δεν υποκαθιστά τις οδηγίες του γιατρού σας για την προσωπική κατάσταση της υγείας σας.

Ποιό μέρος του σώματος ;

Ποιά η χρησιμότητα αυτού του μέρους του σώματος ;

Άρθρωση είναι το σημείο όπου συνδέονται δύο ή περισσότερα οστά μεταξύ τους για να επιτρέπεται η κίνηση προς συγκεκριμένες κατευθύνσεις.

Η **ποδοκνημική** είναι η άρθρωση που ενώνει την κνήμη (γάμπα) με τον άκρο πόδα. Επιτρέπει να σηκώνουμε και να χαμηλώνουμε τον άκρο πόδα (**κινήσεις κάμψης/έκτασης**) και παίζει σημαντικό ρόλο στο περπάτημα.

Ακριβώς κάτω από την ποδοκνημική, υπάρχει μια άλλη άρθρωση, η **άρθρωση του τάρσους**, η οποία επιτρέπει τις κινήσεις του ποδιού προς τα αριστερά και τα δεξιά (**περιστροφικές κινήσεις**).

Η άρθρωση του τάρσους προστατεύει την ποδοκνημική άρθρωση, απορροφώντας τους κραδασμούς. Επιτρέπει, επίσης, στην άρθρωση να προσαρμόζεται τέλεια στις ανωμαλίες του εδάφους.

Από τι αποτελείται ;

Η ποδοκνημική άρθρωση ενώνει τα δύο οστά της γάμπας (την **κνήμη** και την **περόνη**) με ένα οστό του άκρου ποδός (τον **αστράγαλο**).

Η άρθρωση του τάρσους αποτελείται από διάφορες μικρότερες αρθρώσεις, που συνδέουν τα οστά του άκρου ποδός:

- **υπαστραγαλική άρθρωση**, ανάμεσα στον αστράγαλο και την **πτέρνα**,
- **αστραγαλοσκαφοειδή άρθρωση**, ανάμεσα στον αστράγαλο και το **σκαφοειδές οστό**,
- **πτερνοκυβοειδή άρθρωση**, ανάμεσα στην πτέρνα και το **κυβοειδές οστό**.

Μια μαλακή επιφάνεια (ο **χόνδρος**) επιτρέπει στα οστά να γλιστρούν μεταξύ τους χωρίς τριβές.

Τα οστά συγκρατούνται μεταξύ τους με ένα είδος μαλακών και ανθεκτικών ταινιών (τους **συνδέσμους**) και τους μυς.



Γιατί χρειάζεται Θεραπεία ;

Ποιό είναι το πρόβλημα ;

Η άρθρωση του αστραγάλου προσβάλλεται από μια ασθένεια που ονομάζεται **αρθρίτιδα**. Ο χόνδρος, που προστατεύει τα οστά, φθείρεται. Προκαλούνται τριβές μεταξύ των οστών και ο αστράγαλος γίνεται επώδυνος.

Σταδιακά, το οστό παραμορφώνεται. Δημιουργούνται οστικές προεξοχές (τα **οστεόφυτα**), που περιορίζουν τις κινήσεις του αστραγάλου.

Η αρθρίτιδα είναι ασθένεια που συνήθως, συνδέεται με την ηλικία. Μπορεί, όμως, να οφείλεται και σε παλαιότερο τραυματισμό. Είναι πιθανό να πρόκειται για κάταγμα του οστού, ή για διάταση ή ρήξη ενός ή περισσότερων συνδέσμων του αστραγάλου (**διάστρεμμα**).

Στη χειρότερη περίπτωση, ο αστράγαλος πλήττεται και από άλλες ασθένειες των αρθρώσεων, για παράδειγμα **ρευματοειδής πολυαρθρίτιδα**.

Ποιά είναι τα συμπτώματα ;

Η αρθρίτιδα προκαλεί πόνο και δυσκαμψία. Δεν μπορείτε να κινήσετε το πέλμα προς τα πάνω (**κίνηση ραχιαίας κάμψης**). Δυσκολεύεστε στις μετακινήσεις σας και χωλαίνετε.

Ο αστράγαλος μπορεί να παραμορφωθεί και το άκρο πόδι παρεκκλίνει προς το εσωτερικό ή το εξωτερικό.

Τι εξετάσεις χρειάζονται ;

Η **απλή ακτινογραφία** είναι η τεχνική που χρησιμοποιεί ακτίνες (τις **ακτίνες X**), για να δούμε τα οστά στο εσωτερικό του σώματος. Ο γιατρός σας, σας υποβάλει σε πρόσθια και πλάγια ακτινογραφία του αστραγάλου.

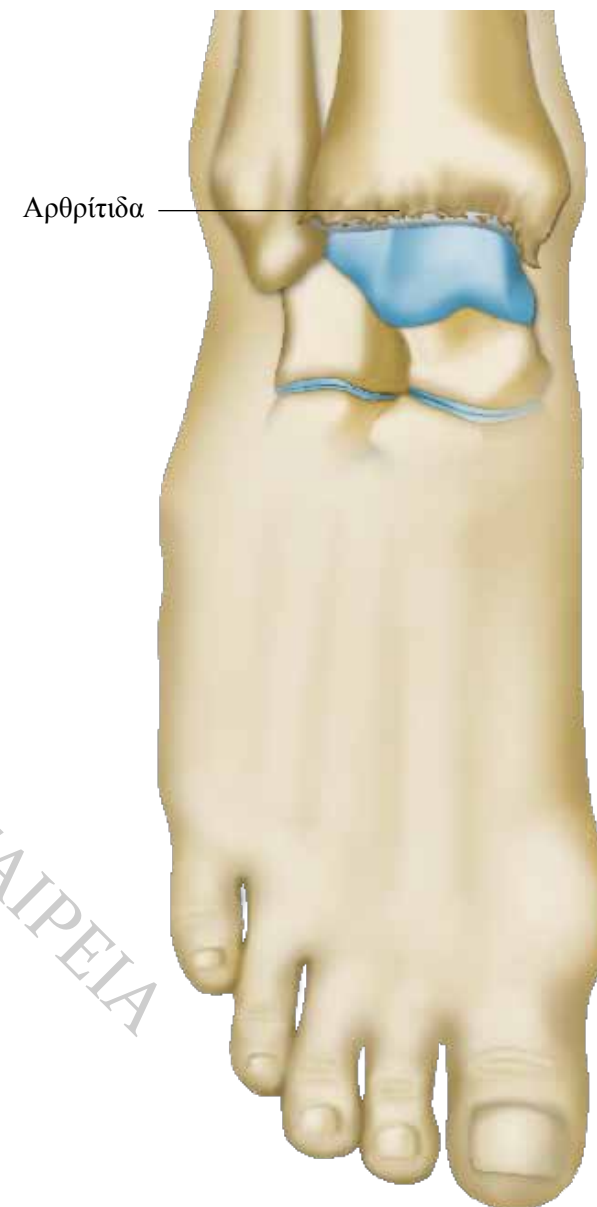
Συχνά, τοποθετεί ένα κομμάτι από σίδηρο ή μόλυβδο στην πτέρνα: το κομμάτι αυτό είναι ορατό στις ακτίνες X και επιτρέπει να δούμε σε μια ακτινογραφική πλάκα τη θέση των οστών του πρόσθιου τμήματος του κάτω άκρου και τη σχέση τους με αυτά του οπίσθιου τμήματος.

Επιτρέπει να διαπιστώσουμε παραμορφώσεις του αστραγάλου (**παρέκκλιση προς το εσωτερικό, ραιβότητα**, ή προς το εξωτερικό, **βλαισότητα**) σε σχέση με το πρόσθιο τμήμα του άκρου ποδός.

Η **αξονική** είναι μια άλλη εξέταση, που επιτρέπει να δούμε τη δομή των οστών και τη μεταξύ τους σχέση. Πραγματοποιείται σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της ακτινογραφίας δεν είναι επαρκή.

Εάν ο γιατρός σας θεωρεί ότι το πρόβλημά σας οφείλεται στους συνδέσμους και ένα πιθανό διάστρεμμα, σας προτείνει μια άλλη εξέταση : τη **μαγνητική τομογραφία**.

Μη διστάσετε να ζητήσετε περισσότερες διευκρινήσεις από το γιατρό σας, αν αυτή είναι η περίπτωσή σας.



Αρθρίτιδα

Οι διάφορες Θεραπείες

Οι συντηρητικές Θεραπείες...

Η αρθρίτιδα της ποδοκνημικής είναι ασθένεια, συνήθως, με ιδιαίτερα αργή και σταδιακή εξέλιξη. Η συντηρητική θεραπεία είναι, λοιπόν, σημαντική μέχρι τη στιγμή που η επέμβαση είναι απαραίτητη.

Τα φάρμακα στοχεύουν στην καταπολέμηση του πόνου (**αναλγητικά**) και στην προστασία του χόνδρου (**χονδροπροστατευτικά**).

Μερικές φορές, μπορεί να γίνει απευθείας έγχυση φαρμάκων στην άρθρωση, που καθυστερεί την εξέλιξη της αρθρίτιδας (**ενδοαρθρική έγχυση**). Πρόκειται για έγχυση **υαλουρονικού οξέος**.

Ο γιατρός σας μπορεί επίσης να σας συστήσει συνεδρίες **φυσιοθεραπείας** με τη βοήθεια ενός **κινησιοθεραπευτή**: συγκεκριμένες ασκήσεις αποτρέπουν τη δυσκαμψία της ποδοκνημικής και ενδυναμώνουν τους μυς που τη στηρίζουν. Οι ασκήσεις αυτές μπορούν να εκτελούνται μέσα στο νερό.

Συνιστάται η χρήση άνετων υποδημάτων, τα οποία συγκρατούν την άρθρωση. Εάν είστε υπέρβαρος, οι αρθρώσεις των αστραγάλων καταπονούνται ιδιαίτερα. Για το λόγο αυτό, ο γιατρός σας, σας συστήνει την απώλεια βάρους.

... και τα όριά τους

Δεν υπάρχουν σήμερα φάρμακα για τη θεραπεία της αρθρίτιδας. Η συνεισφορά τους έγκειται στην καθυστέρηση εξέλιξης της ασθένειας. Μερικές φορές, δεν αρκούν για τη μείωση του πόνου και της δυσκαμψίας της ποδοκνημικής.

Πότε χρειάζεται επέμβαση ;

Αν ο πόνος επιμένει και δεν μπορείτε να ανταποκριθείτε στις καθημερινές και επαγγελματικές σας δραστηριότητες, ο γιατρός σας, σας προτείνει επέμβαση.

Συνήθως, η απόφαση αυτή λαμβάνεται μετά από τρία έως πέντε χρόνια συντηρητικής θεραπείας.

Ποιοί οι κίνδυνοι χωρίς θεραπεία ;

Ο πόνος και η δυσλειτουργία της άρθρωσης επιμένουν και επιδεινώνονται. Η άρθρωση του αστραγάλου παραμορφώνεται όλο και περισσότερο. Είναι πιθανό να δυσκολεύεστε να βάλετε τα υποδήματά σας.

Λόγω της χωλότητας, το γόνατο, το ισχίο, ή η άρθρωση, που βρίσκεται κάτω από την ποδοκνημική (**άρθρωση ταρσού**) κινδυνεύουν επίσης να υποστούν βλάβες.

Ο γιατρός σας είναι ο αρμόδιος να εκτιμήσει τους κινδύνους από την έλλειψη θεραπείας. Μη διστάσετε να μιλήσετε μαζί του.

Οι χειρουργικές Θεραπείες...

Σήμερα υπάρχουν δύο τεχνικές :

- Η τοποθέτηση τεχνητού υλικού που αντικαθιστά την άρθρωση της ποδοκνημικής (**πρόθεση**),
- Το «κλείδωμα» της άρθρωσης, ανάμεσα στην κνήμη και τον αστράγαλο (**αρθρόδεση**). Η άρθρωση της ποδοκνημικής γίνεται δύσκαμπτη, αλλά δεν προκαλεί πια πόνο. Αυτή η τεχνική παρουσιάζεται σε αυτό το φυλλάδιο.

... και τα όριά τους

Το «κλείδωμα» της άρθρωσης προκαλεί απώλεια μέρους της κινητικότητας της ποδοκνημικής: δεν μπορείτε πια να πραγματοποιείτε κινήσεις κάμψης και έκτασης. Οι ασθενείς, ωστόσο, μένουν, σε γενικές γραμμές, ικανοποιημένοι, καθώς ο πόνος υποχωρεί.

Εάν και οι δύο αρθρώσεις της ποδοκνημικής χρειάζονται επέμβαση, συνήθως προτείνεται αρθρόδεση για τη μία και τοποθέτηση πρόθεσης στην άλλη, για να μην έχετε ιδιαίτερες ενοχλήσεις κατά τη βάδιση.

Εάν έχετε ήδη αρκετές ουλές στην άρθρωση, από προηγούμενες επεμβάσεις, για παράδειγμα εξαιτίας ενός κατάγματος, υπάρχει ο κίνδυνος κακής επούλωσης του δέρματος.

Σε αυτή την περίπτωση, χρειάζονται ιδιαίτερες προφυλάξεις. Αποφεύγουμε συνήθως την τοποθέτηση πρόθεσης, διότι εμπεριέχει σοβαρούς κινδύνους.

Η επέμβαση που σας προτείνουν

Εισαγωγή

Ο χειρουργός καταργεί την κίνηση στην άρθρωση του αστραγάλου. Στην ιατρική γλώσσα, μιλάμε για **αρθρόδεση ποδοκνημικής**.

Η αναισθησία

Πριν την επέμβαση, επικοινωνείτε με τον **αναισθησιολόγο**, ο οποίος προτείνει την κατάλληλη μέθοδο αναισθησίας για εσάς και σας δίνει οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσετε.

Στη διάρκεια της επέμβασης, είτε είστε τελείως «κοιμισμένος» (**γενική αναισθησία**), είτε αναισθητοποιείται το κάτω μέρος του σώματος, (**επισκληρίδιος αναισθησία**), ή αναισθητοποιείται μόνο το πόδι σας (**περιοχική αναισθησία του κάτω άκρου**).

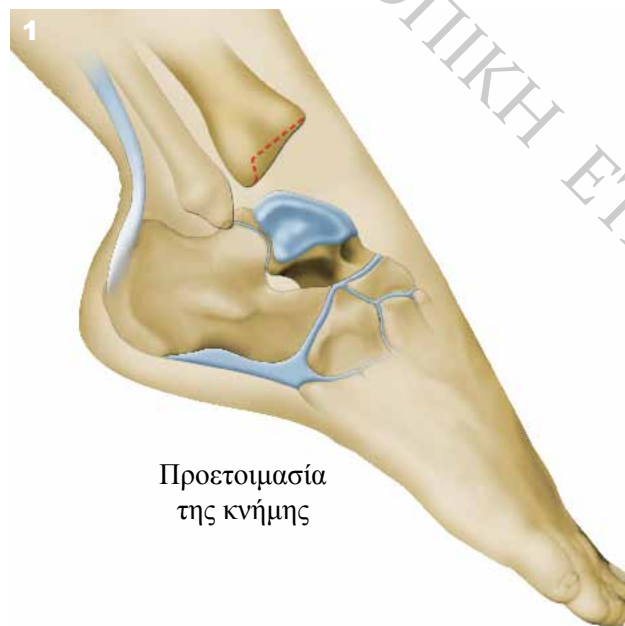


Προετοιμασία

Η επέμβαση πραγματοποιείται σε χώρο (**χειρουργείο**), που υπόκειται σε αυστηρούς κανόνες υγιεινής και ασφάλειας.

Τοποθετείστε ξαπλωμένος ανάσκελα, αν ο χειρουργός πραγματοποιήσει την τομή στην πρόσθια επιφάνεια της άρθρωσης, ή σε πλάγια θέση, αν η τομή γίνει στην πλάγια επιφάνεια.

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές από τις οποίες ο χειρουργός σας καλείται να επιλέξει ανάλογα με την περίπτωσή σας και τις πρακτικές που εφαρμόζει. Στη διάρκεια της επέμβασης, ο χειρουργός πρέπει να προσαρμοστεί και πιθανώς να πραγματοποιήσει επιπλέον ενέργειες, που επιμηκύνουν την επέμβαση, χωρίς ωστόσο να γίνεται πιο δύσκολη ή επικίνδυνη.

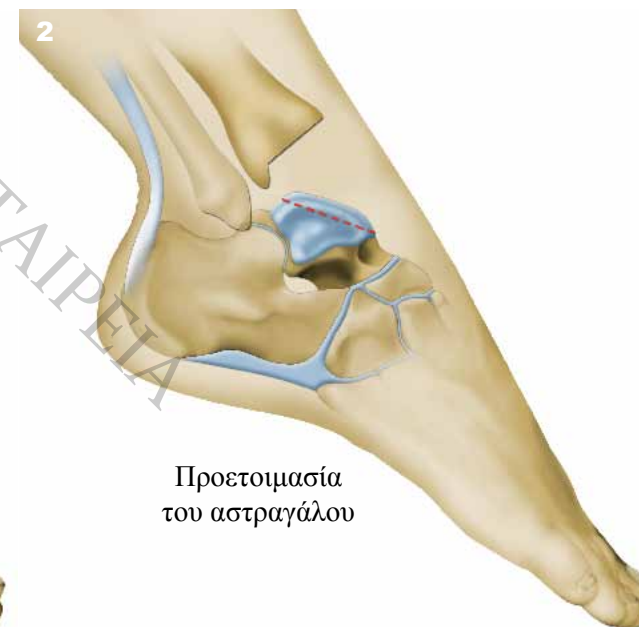


Η διάνοιξη

Ο χειρουργός μπορεί να πραγματοποιήσει την τομή σε δύο σημεία : στην πλάγια επιφάνεια της ποδοκνημικής (**πλάγια προσπέλαση**) ή στην πρόσθια επιφάνεια (**πρόσθια προσπέλαση**). Και στις δύο περιπτώσεις, το μέγεθος της τομής είναι περίπου 15 εκατοστά.

Η βασική επέμβαση

Ο χειρουργός προετοιμάζει το οστό της κνήμης: αφαιρεί το χόνδρο που έχει φθαρεί και το οστό, που έχει επίσης καταστραφεί. Στη συνέχεια, προετοιμάζει αντίστοιχα τον αστράγαλο.



Η βασική επέμβαση (συνέχεια)

Όταν τα δύο οστά είναι έτοιμα, η κνήμη και ο αστράγαλος, ενώνονται. Ο χειρουργός χρησιμοποιεί, στη συνέχεια, βίδες για τη στερέωσή τους. Πρόκειται για **οστεοσύνθεση**. Οι βίδες συμπιέζουν τα οστά. Σταδιακά, τα οστά συγκολλούνται και η άρθρωση «κλειδώνει».

Συνδυαστικές επεμβάσεις

Εάν ο χειρουργός πραγματοποιεί την τομή στην πλάγια επιφάνεια (**πλάγια προσπέλαση**), αφαιρεί, συνήθως, ένα μέρος της περόνης (**μόσχευμα**), το οποίο στερεώνει με βίδες στο σημείο συνένωσης της κνήμης και του αστραγάλου, με σκοπό να αυξήσει τη σταθερότητα της ένωσης.

Χρειάζεται μετάγγιση ;

Όχι, είναι μια επέμβαση κατά την οποία ο ασθενής χάνει λίγο αίμα. Συνήθως, δε χρειάζεται η χορήγηση αίματος.

Υπάρχει και μια άλλη τεχνική για την αφαίρεση του φθαρμένου χόνδρου. Ο χειρουργός πραγματοποιεί μικρές τομές, από τις οποίες εισάγει τα εργαλεία του και μια μικρή κάμερα (**αρθροσκόπιο**).

Βλέπει, λοιπόν, στο εσωτερικό του σώματος μέσω μιας οθόνης. Πρόκειται για **αρθροσκόπηση**.

Η διάρκεια της επέμβασης

Η διάρκεια της επέμβασης ποικίλλει χωρίς να σημαίνει ότι η εξέλιξη της παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα, καθώς εξαρτάται από διάφορους παράγοντες (τη μέθοδο, τον αριθμό των συνδυαστικών ενεργειών, κτλ).

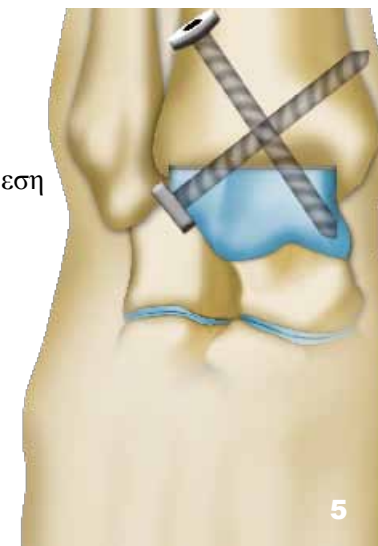
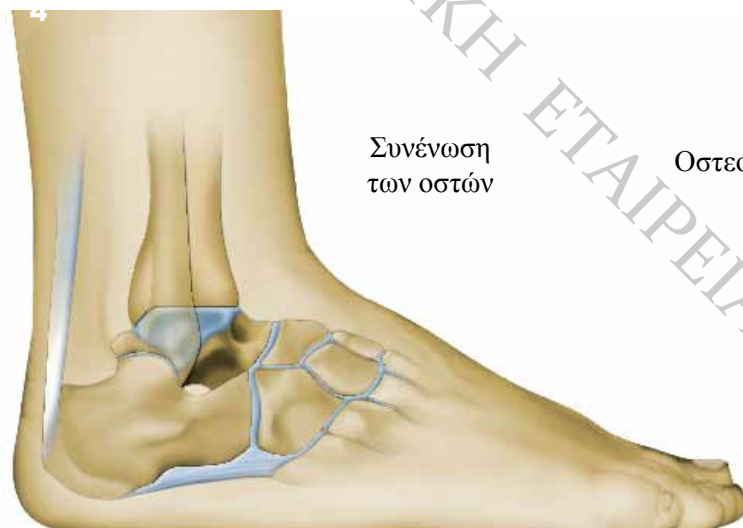
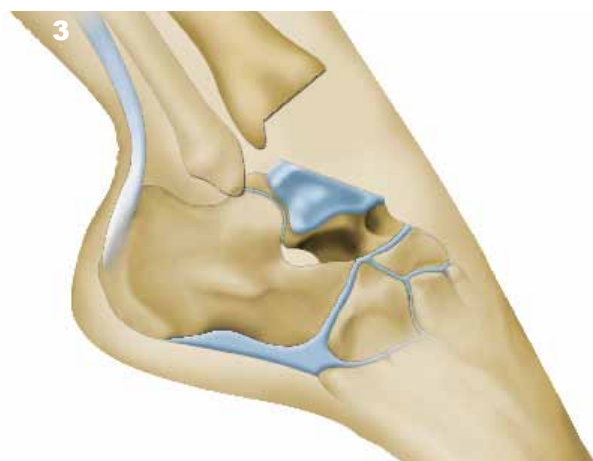
Συνήθως, διαρκεί περίπου 90 λεπτά για την κλασική χειρουργική επέμβαση και 2 ώρες για την αρθροσκόπηση.

Η συρραφή

Είναι φυσιολογικό η εγχειρισμένη περιοχή να παράγει υγρά (αίμα, κτλ). Συνήθως ο χειρουργός σας τοποθετεί ένα λεπτό σωληνάκι, (**παροχέτευση**), για να παροχετεύονται τα υγρά μετά την επέμβαση.

Για τη συρραφή της τομής, ο γιατρός σας χρησιμοποιεί ράμματα, αγκράφες, ή κάποιο άλλο σύστημα συρραφής. Το υλικό αυτό μπορεί να είναι σταθερό ή να απορροφηθεί σταδιακά από τον οργανισμό (**απορροφήσιμο υλικό**). Η επέμβαση ολοκληρώνεται με την τοποθέτηση επιδέσμου, που πιέζει την πληγή (**επίδεσμος συμπίεσης**) και κατόπιν γύψου.

Η τελική μορφή της ουλής εξαρτάται από την κατάσταση του δέρματός σας, τα «τραβήγματα» που υφίσταται, ή ακόμα από την έκθεσή σας στον ήλιο, που πρέπει να αποφεύγεται μετά την επέμβαση.



Τις επόμενες μέρες...

Πόνος

Κάθε οργανισμός αντιλαμβάνεται διαφορετικά τον πόνο. Μπορεί να είναι έντονος, ωστόσο ελέγχεται με την κατάλληλη αγωγή. Εάν, ωστόσο, ο πόνος επιμένει, μη διστάσετε να μιλήσετε με τους θεράποντες ιατρούς σας. Πάντα υπάρχει λύση.

Λειτουργία και αυτονομία

Για περίπου δύο με τρεις μήνες, φοράτε ένα είδος μπότας από γύψο ή ρητίνη. Περιπατάτε, στηριζόμενος σε βακτηρίες, ή χρησιμοποιείτε αναπηρικό καροτσάκι, καθώς δεν πρέπει να στηρίζετε στο πόδι σας. Ένας ειδικός (**κινησιοθεραπευτής**) μπορεί να σας βοηθήσει.

Βασική φροντίδα

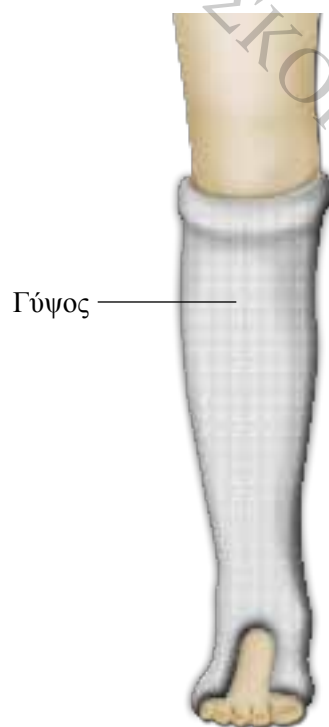
Σας χορηγείται φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο (**αναλγητικά**) και για να γίνει το αίμα πιο λευπόρρευστο (**αντιπηκτικά**), ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος σχηματισμού πηκτών συσσωρευμάτων αίματος (**θρόμβοι**) στις φλέβες του ποδιού (**φλεβοθρόμβωση**). Είναι φυσιολογικό το πόδι σας να πρηστεί μετά την επέμβαση. Το πρήξιμο υποχωρεί μετά από δύο εβδομάδες περίπου, και ίσως χρειαστεί να αλλάξετε γύψο, για να εφαρμόζει καλύτερα στο πόδι. Σε αντίθετη περίπτωση, δημιουργούμε μια τρύπα χαμηλά στο γύψο, για να παρακολουθούμε την ουλή.

Επιστροφή στο σπίτι

Συνήθως, η νοσηλεία σας διαρκεί δύο με πέντε μέρες. Εξαρτάται από το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύεστε και κυρίως από την περίπτωσή σας και την κατάσταση της υγείας σας.

Παρακολούθηση

Πρέπει να ακολουθείτε αυστηρά τις οδηγίες του γιατρού σας. Είναι σημαντικό να είστε συνεπής στις μετεγχειρητικές σας επισκέψεις και να υποβληθείτε σε εξετάσεις ελέγχου, αν αυτό κριθεί αναγκαίο.



Αποτέλεσμα

Πόνος

Γενικά, ο πόνος υποχωρεί μετά την επέμβαση.

Βασική φροντίδα

Εξακολουθείτε να λαμβάνετε θεραπεία για να γίνει το αίμα πιο λευπόρρευστο, για τρεις μήνες περίπου.

Λειτουργία

Η άρθρωση του αστραγάλου χάνει την κινητικότητά της μετά την επέμβαση: δεν μπορείτε να πραγματοποιείτε κινήσεις κάμψης και έκτασης του ποδιού. Δεν εμποδίζει το περπάτημά σας. Δεν μπορείτε, ωστόσο, να τρέξετε. Υπάρχει, επίσης, ο κίνδυνος εξάρθρωσης κατά τη γρήγορη βάδιση.

Αυτονομία

Επιστρέφετε στην εργασία σας περίπου έξι μήνες μετά την επέμβαση, ίσως και αργότερα αν ασκείτε χειρωνακτική εργασία.

Τα αθλήματα που καταπονούν την άρθρωση του αστραγάλου ή απαιτούν τρέξιμο, απαγορεύονται. Επιτρέπεται το περπάτημα, η κολύμβηση, κτλ.

Μη διστάσετε να ρωτήσετε το χειρουργό σας για οποιαδήποτε απορία έχετε σχετικά με τους κινδύνους που κρύβει κάθε δραστηριότητα.

Οι πιθανοί κίνδυνοι

Η ιατρική ομάδα παίρνει όλες τις απαραίτητες προφυλάξεις, για να περιορίσει τις επιπλοκές, όμως προβλήματα μπορεί πάντα να παρουσιαστούν.

Αναφέρουμε εδώ μόνο τις πιο συνηθισμένες ή τις πιο σοβαρές ανάμεσα σε αυτές που μπορεί να παρουσιάσει αυτή η επέμβαση.

Για τους συνήθεις κινδύνους κάθε επέμβασης, αναζητήστε το φυλλάδιο «οι κίνδυνοι μιας χειρουργικής επέμβασης».

Οι κίνδυνοι που συνδέονται με την αναισθησία αναφέρονται στο έντυπο «αναισθησία».

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης

Αν ο χειρουργός αποφασίσει να πραγματοποιήσει την τομή στην πλάγια επιφάνεια, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή να μην τραυματιστεί το **περνιαίο νεύρο**. Αν αυτό συμβεί, υπάρχει περίπτωση να νιώθετε ελαφριάς μορφής πόνους, μουδιάσματα ή ενοχλήσεις στο ύψος του αστραγάλου.

Αιμοφόρα αγγεία και νεύρα, που βρίσκονται κοντά στην άρθρωση, μπορεί να τραυματιστούν στη διάρκεια της επέμβασης και να χρειαστούν επιπλέον χειρουργικές ενέργειες για την αποκατάστασή τους.

Μετά την επέμβαση

Η εγχειρισμένη περιοχή, είναι πιθανό, να παρουσιάσει αιμορραγία, με αποτέλεσμα το σχηματισμό θυλάκου αίματος (**αιμάτωμα**), που απαιτεί συμπληρωματική θεραπεία.

Η περίπτωση μόλυνσης της εγχειρισμένης περιοχής από μικρόβια (**λοιμώξη**), είναι σπάνια. Η φαρμακευτική αγωγή (**αντιβιοτικά**), συνήθως αρκεί για την καταπολέμησή τους. Ειδικές αναλύσεις επιτρέπουν να εντοπίσουμε το μικρόβιο και να προσαρμόσουμε την αγωγή για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

Υπάρχει ο κίνδυνος δημιουργίας μικρών κομματιών συσσωρευμάτων αίματος (**θρόμβοι**) στις φλέβες του ποδιού (**φλεβοθρόμβωση**). Οι θρόμβοι μπορεί, μέσω της κυκλοφορίας του αίματος, να φράξουν αιμοφόρα αγγεία των πνευμόνων (**πνευμονική εμβολή**). Για το λόγο αυτό, ο γιατρός σας χορηγεί θεραπεία, για να γίνει το αίμα πιο λεπτόρρευτο.

Σε ορισμένους ασθενείς, είναι πιθανό η κνήμη και ο αστράγαλος να μην ενωθούν σωστά. Σε αυτή την περίπτωση, η χρήση του γύψου διαρκεί περισσότερο, μέχρι και έξι μήνες. Εάν παρόλα αυτά, η συγκόλληση των οστών δε γίνει σωστά, χρειάζεται δεύτερη επέμβαση.

Σε σπανιότερες περιπτώσεις, η κακή συγκόλληση των οστών, δημιουργεί ενοχλήματα, για παράδειγμα το πόδι σας παρεκκλίνει προς το εσωτερικό. Χρειάζεται, λοιπόν, μια δεύτερη επέμβαση.

Μερικές από τις επιπλοκές αυτές απαιτούν συμπληρωματικές ενέργειες ή μια νέα επέμβαση. Μην ανησυχείτε. Ο χειρουργός σας γνωρίζει καλά αυτά τα προβλήματα και ενεργεί ανάλογα ώστε να τα αποτρέψει.

Ανάλογα με την κατάσταση της υγείας σας, είστε λίγο ή πολύ εκτεθειμένος σε κάποιους από αυτούς τους κινδύνους.

Σε περίπτωση προβλήματος...

Αν διαπιστώσετε οτιδήποτε μη φυσιολογικό μετά την επέμβαση, μη διστάσετε να μιλήσετε με το χειρουργό σας. Είναι ο αρμόδιος να σας βοηθήσει καθώς γνωρίζει ακριβώς την περίπτωσή σας.