

รายงานผู้ป่วย

Case Report

ผลการรักษาโดยวิธีตัดขาในระดับข้อเท้า ในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ธีระชาติ บุตรคำโชติ พ.บ.

กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วันรับ:	29 ม.ค. 2563
วันแก้ไข:	19 มี.ค. 2563
วันตอบรับ:	29 มี.ค. 2563

บทคัดย่อ การตัดขาในระดับข้อเท้า (ankle amputation) เป็นการตัดขาในระดับข้อเท้า ช่วยทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้สามารถเดินลงน้ำหนักที่ปลายขาได้ โดยที่ขาทั้งสองข้างมีความสั้นยาวต่างกันไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับ การตัดขาในระดับใต้หัวเข่า (below knee amputation) การเดินในระยะทางไกลๆ ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยไม่ต้องใช้ขาเทียม แต่ปัญหาเกี่ยวกับแผล (wound failure, wound infection) ที่พบ ทำให้ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่เลือกที่จะทำการผ่าตัดในระดับใต้หัวเข่า ในปัจจุบันยังไม่พบว่ามีรายงานการตัดขาในระดับข้อเท้าในประเทศไทย การศึกษานี้ได้รายงานผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนไทย 10 ราย ซึ่งได้รับการตัดขาในระดับข้อเท้าในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2556 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2563 รวมทั้งหมด 7 ปี โดยใช้เทคนิคการผ่าตัดของ Syme's amputation และ Modified Pirogoff's amputation เนื่องจากมีแผลเรื้อรังที่เท้ารักษาไม่หาย ติดตามการรักษาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน หลังผ่าตัดพบว่าแผลหายดี ผู้ป่วยสามารถเดินลงน้ำหนักและใช้ขาเทียมได้ สามารถช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับแผลเรื้อรังที่ต้องผ่าตัดซ้ำหรือตัดขาในระดับที่สูงขึ้น จากการศึกษาในผู้ป่วย 10 รายในครั้งนี้ พอจะสรุปขั้นต้นได้ว่า การตัดขาในระดับข้อเท้าได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้ารักษาไม่หาย โดยที่ขาสองข้างสั้นยาวต่างกันไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดใต้หัวเข่า

คำสำคัญ: การตัดขา; ระดับข้อเท้า; โรคเรื้อน

บทนำ

โรคเรื้อน (leprosy) เป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการของมือ เท้า และใบหน้า ซึ่งสาเหตุของโรคเกิดจากการติดเชื้อเรื้อรังของผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลายจากเชื้อแบคทีเรียที่ชื่อ Mycobacterium leprae การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะตั้งแต่ระยะแรกสามารถลดความพิการที่เกิดขึ้นได้⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามหลังการรักษาโรคเรื้อนในนิคมโนนสมบูรณ์ อ.บ้านแฮด จ.ขอนแก่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความ-

พิการหลงเหลืออยู่ อาการขาที่บริเวณแขน ขาส่วนปลาย มักจะเป็นปัญหาทำให้เกิดแผลเรื้อรังร่วมกับติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนบ่อยครั้ง จนต้องลงเอยด้วยการตัดแขนหรือขา⁽²⁾

วิธีการรักษาแผลในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาแผลเรื้อรังที่เท้า ได้แก่ การทำแผลตัดเนื้อตาย ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วยหากมีภาวะแผลติดเชื้อแทรกซ้อน การหลีกเลี่ยงการเดินลงน้ำหนักของเท้าที่เป็นแผล การใส่

เปลือก รวมไปถึงการตัดขาในกรณีที่มีแผลเรื้อรัง รักษาไม่หาย^(2,3)

การตัดขาในกรณีที่มีปัญหาแผลเรื้อรังที่เท้า รักษาไม่หายจากโรคเรื้อรังขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยมีความสำคัญคือเหลือความยาวของขาให้ได้มากที่สุด (length preservation) และหลีกเลี่ยงการเกิดแผลไม่หาย หลังผ่าตัด^(2,4)

การตัดขาในระดับข้อเท้า (ankle amputation) มีข้อดีกว่าการตัดขาในระดับที่สูงกว่า คือ (1) ขาสองข้างสั้นยาวต่างกันไม่มาก (2) ผู้ป่วยสามารถเดินลงน้ำหนักที่ปลายขาได้ โดยใช้หรือไม่ใช้ขาเทียม⁽⁵⁻⁹⁾ (3) การทำกายภาพบำบัด ฝึกการเดินโดยใช้ขาเทียมทำได้ง่าย ใช้พลังงานในการเดินน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการตัดใต้หัวเข่า (below knee amputation)⁽¹⁰⁻¹³⁾ แต่ปัญหาเรื่องการประเมนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เทคนิคการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งปัญหาสำคัญที่พบบ่อยหลังการผ่าตัดก็คือ แผลไม่หาย นำไปสู่การติดเชื้อและเนื้อ flap ตาย (wound failure and infection)^(4,6,14) ทำให้ต้องตัดขาในระดับที่สูงขึ้น ศัลยแพทย์ส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะทำการผ่าตัดในระดับใต้หัวเข่า⁽¹⁵⁾

จากการสืบค้นและทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับการตัดขาในระดับข้อเท้า พบว่า มีการรายงานการตัดขาในระดับข้อเท้าด้วยเทคนิคทั้งแบบ Syme's amputation และแบบ Pirogoff's amputation จากรายงานของ Gainé WJ⁽⁹⁾ ที่สก็อตแลนด์ ในปี ค.ศ.1996 ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Syme's amputation 46 ราย พบว่าส่วนใหญ่ให้ผลการรักษาที่ดี มี 10 รายที่ต้องทำการผ่าตัดซ้ำ และตัดขาในระดับที่สูงขึ้น จากการศึกษาของ Srinivasan H⁽¹⁶⁾ ที่อินเดีย ในปี ค.ศ.1973 พบว่าการรักษาด้วยการทำ Syme's amputation ได้ผลดีในผู้ป่วยกลุ่ม leprosy ซึ่งให้ผลตรงกับรายงานของ Pinzur MS⁽⁶⁾ ในปี ค.ศ.2003 ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และจากการรายงานของ Taniguchi A⁽¹⁷⁾ ประเมินผลการรักษา (daily function) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Pirogoff's amputation 11 ราย โดยใช้ Taniguchi rating scale พบ

ว่าร้อยละ 50 ได้ผล excellent to good (≥ 60 คะแนน) ร้อยละ 5 ได้ผล fair (40-59 คะแนน) ร้อยละ 45 ได้ผล poor (≤ 39 คะแนน) โดยใน 2 กลุ่มหลัง ทุกคนเป็น กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหา vascular disease และมี 4 รายที่ต้องผ่าตัดขาในระดับที่สูงขึ้น

ปัจจุบัน ยังไม่พบว่ามีรายงานการตัดขาในระดับข้อเท้าในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยเบาหวานหรือโรคเรื้อรังที่มีแผลเรื้อรัง ซึ่งรายงานฉบับนี้เป็นกรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 10 รายที่ได้รับการผ่าตัดขาในระดับข้อเท้าด้วยเทคนิคทั้งแบบ Syme's amputation⁽¹⁸⁾ และ Modified Pirogoff's amputation^(19,20)

การตัดขาในระดับข้อเท้าด้วยเทคนิคของ Syme เป็นวิธีการตัดขาในระดับข้อเท้า โดยตัดระดับเหนือข้อเท้า ประมาณ 0.6 เซนติเมตร โดยลงมีดเริ่มจากจุดเริ่มต้นที่บริเวณปลายของปุ่มกระดูก lateral malleolus กรีดไปทางด้านหน้าตามแนวของข้อเท้าไปจนถึงจุดที่อยู่ล่างและหน้าต่อปุ่มกระดูก medial malleolus ประมาณ 1 เซนติเมตร หลังจากนั้นกรีดแนวตรงลงไปยังฝ่าเท้าทางด้านหลังไปจนถึงจุดเริ่มต้นอีกครั้ง ทำการเลาะตัดเนื้อเยื่อและกรีดเยื่อหุ้มเพื่อเปิดข้อเท้าทางด้านหน้า ใช้ bone hook เกี่ยวกระดูก talus ทางด้านหลังเพื่อช่วยให้ข้อเท้าอยู่ในท่า equinus ได้มากขึ้น สามารถมองเห็นข้อเท้าทางด้านหลัง และทำการเลาะเยื่อหุ้มข้อเท้าทางด้านหลังได้ง่าย ตัดเอ็นข้อเท้าและเลาะกระดูก talus และกระดูก calcaneus ออกจุดสำคัญในขั้นตอนนี้คือ ต้องทำการเลาะเนื้อเยื่อชิดติดกระดูก calcaneus เพื่อป้องกัน flap necrosis จากขาดเลือดไปเลี้ยง ทำการตัดกระดูก tibia และ fibular ที่ระดับเหนือข้อเท้า ประมาณ 0.6 เซนติเมตร หลังจากนั้นจึงทำการตัดเส้นเอ็น เส้นประสาทรอบข้อเท้า (medial and lateral plantar nerve) ทำการตัดและผูกเส้นเลือด anterior และ posterior tibial vessels โดยพยายามตัดผูกให้เหลือส่วนปลายของเส้นเลือดให้มากที่สุดเพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงในส่วนปลาย flap แล้วเย็บปิดแผล

การตัดขาในระดับข้อเท้าด้วยเทคนิคของ Pirogoff

เป็นการตัดขาที่คล้ายกันกับเทคนิคของ Syme แต่ขั้นตอนยุ่งยากและซับซ้อนกว่า โดยมีการเชื่อมกระดูก tibia และกระดูก calcaneus เข้าด้วยกัน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงผลการรักษาโดยวิธีตัดขาระดับข้อเท้า ในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้า ในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การหายของแผล (wound healing) การเดินโดยใช้ขาเทียม (walk with prosthesis) และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ต้องผ่าตัดซ้ำ (reamputation at higher level) รายงานผลการรักษาที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังผ่าตัด

รายละเอียดกรณีศึกษา

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 - 30 กันยายน พ.ศ. 2563 รวมทั้งหมด 7 ปี โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งหมด 10 ราย ที่มีแผลเรื้อรังที่เท้าเป็นๆหายๆ เคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้อตายและฉีดยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง แต่แผลไม่หายขาดและมีลักษณะเป็นแผลมีหนองและเนื้อตายปน (chronic ulcers with infection) ดังภาพที่ 1

ผู้ป่วยทั้ง 10 ราย ไม่รู้สึกปวดบริเวณแผล ไม่มีอาการชาที่บริเวณสันเท้า ตรวจคลำชีพจรที่ข้อเท้าด้านในได้ชัดเจน (posterior tibial artery) ดังแสดงในตารางที่ 1

ภาพที่ 1 ลักษณะแผลเรื้อรังที่เท้าของผู้ป่วย



ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้ป่วย

ผู้ป่วย	อายุ	เพศ	แผลที่เท้า	เส้นเลือด Posterior tibial artery
1	73	ชาย	ขวา	คลำได้ชัดเจน
2	74	ชาย	ขวา	คลำได้ชัดเจน
3	78	หญิง	ขวา	คลำได้ชัดเจน
4	68	ชาย	ซ้าย	คลำได้ชัดเจน
5	72	ชาย	ขวา	คลำได้ชัดเจน
6	64	ชาย	ขวา	คลำได้ชัดเจน
7	91	ชาย	ซ้าย	คลำได้ชัดเจน
8	65	หญิง	ซ้าย	คลำได้ชัดเจน
9	77	ชาย	ขวา	คลำได้ชัดเจน
10	58	ชาย	ซ้าย	คลำได้ชัดเจน

ผลการรักษาโดยวิธีตัดขาในระดับข้อเท้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีแผลเรื้อรังที่เท้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดขาที่ระดับข้อเท้า (Syme's amputation 5 ราย และ Modified Pirogoff's amputation 5 ราย) โดยศัลยแพทย์คนเดียวกันและใช้วิธีการฉีดยาชาเข้าไขสันหลังทั้งหมด ดังภาพที่ 2 และ 3

หลังผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ cefazolin 1 กรัม ทุก 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 7 วัน และทำแผลจนแผลแห้งดี จึงได้รับการใส่แผลและกลับบ้านนัดตรวจติดตามอาการที่ 14 วันหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการถอดเฝือกดูแลแผลและตัดไหม

หลังผ่าตัด 3 เดือน พบว่า แผล stump แข็งแรงและไม่แยก (mature stump) ผู้ป่วยได้รับการฝึกการเคลื่อนไหว กำลังก้ามเนื้อ และเตรียมทำขาเทียม ดังภาพที่ 4

หลังผ่าตัด 6 เดือน ผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักและใช้ขาเทียมได้ดี ไม่ปวด ช่วยเหลือตนเอง ทำกิจวัตรประจำวันได้ ดังแสดงในตารางที่ 2 และภาพที่ 5

ภาพที่ 2 การตัดขาในระดับข้อเท้าด้วยเทคนิค Syme . A-C, ตำแหน่งของแผลผ่าตัด D, การตัดกระดูก talus และกระดูก calcaneus ออก และเลาะเนื้อเยื่อชิดติดกระดูก calcaneus เพื่อป้องกันเนื้อตาย (flap necrosis) จากการขาดเลือดไปเลี้ยง E, ลักษณะของ stump หลังผ่าตัด F, ภาพถ่ายรังสีหลังผ่าตัด (syme's stump)



ภาพที่ 3 การตัดขาในระดับข้อเท้าด้วยเทคนิค Modified Pirogoff โดยมีการเชื่อมกระดูก tibia และกระดูก calcaneus เข้าด้วยกันโดยใช้สกรู



ภาพที่ 4 A,B หลังผ่าตัด 3 เดือน แผลแข็งแรงและไม่แยก



ตารางที่ 2 ผลการรักษาผู้ป่วยที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังการผ่าตัด

	ใช่	ไม่ใช่	สัดส่วน (%)
แผลหายดี (wound healing)	10	0	100.0
เดินใช้ขาเทียม (walk with prosthesis)	10	0	100.0
ตัดขาได้เข้า (reamputation at higher level)	0	10	0.0

ภาพที่ 5 A-G การใช้ชีวิตประจำวันหลังผ่าตัดได้ตามปกติ และเดินโดยใช้ขาเทียมได้ดี



วิจารณ์

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาแผลเรื้อรังไม่หายที่เท้าจากโรคเรื้อรัง (neuropathic foot with non healing ulcers) การตัดสินใจเลือกว่าจะทำ amputation ในระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับอาการประหมื่นผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แต่สิ่งสำคัญกว่าที่จะให้ผลการรักษาที่ดีนั้น คือเทคนิคการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด โดยในกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 10 รายนี้ มีปัญหาแผลเรื้อรังไม่หายที่ตำแหน่ง forefoot โดยมี heel flap ที่ดี และเราเลือกการรักษาด้วยการตัดขาในระดับข้อเท้า เนื่องจากทำให้ขา 2 ข้างสั้นยาวต่างกันไม่มาก หลังการผ่าตัดรักษาและติดตามผู้ป่วย 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 10 ราย แผลหายดี สามารถเดินลงน้ำหนักและใช้ขาเทียมได้ สามารถช่วยเหลือตนเองทำกิจวัตรประจำวันได้ เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเป็นอย่างยิ่ง (elderly and low demand) ที่ต้องการเดินในระยะใกล้ๆ ภายในบ้านหรือรอบบ้าน อย่างไรก็ตามถ้าต้องเดินไกลหรือต้องการออกนอกบ้านก็สามารถทำได้เนื่องจากขาสั้นยาวต่างกันไม่มาก การฝึกเดินโดยใช้ขาเทียมทำได้ง่าย ผู้ป่วยบางรายสามารถเดินใช้ขาเทียมได้ดีแม้ในที่ลาดชันหรือเดินขึ้นบันไดก็สามารถทำได้เอง สามารถปั่นจักรยานหรือขับรถมอเตอร์ไซด์ได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับแผลกดทับที่ปลาย stump และไม่มีแผลเรื้อรังที่จำเป็นจะต้องผ่าตัดซ้ำหรือต้องตัดขาในระดับที่สูงขึ้น

ข้อแตกต่างที่เห็นชัดที่สุดคือความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยของเราทั้ง 10 รายพึงพอใจที่จะเลือกให้ตัดขาในระดับข้อเท้ามากกว่าการตัดขาในระดับใต้หัวเข่า

สรุป

จากการศึกษาในผู้ป่วย 10 รายในครั้ง นี้ พอลจะสรุปขั้นต้นได้ว่า การตัดขาในระดับข้อเท้าได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีแผลเรื้อรังที่เท้ารักษาไม่หาย โดยที่ขาสองข้างสั้นยาวต่างกันไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ตัดขาใต้หัวเข่า

ข้อเสนอแนะ

ควรที่จะทำการศึกษาต่อให้มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อเปรียบเทียบวิธีการรักษาทั้ง 2 แบบคือการตัดขาในระดับข้อเท้าและระดับใต้หัวเข่า จึงจะสามารถสรุปได้ว่าการรักษาด้วยวิธีการแบบไหนดีกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. Murley AHG. Orthopaedic surgery in the treatment of leprosy. J Bone Joint Surg Br 1964;46(3):503-17.
2. Vincent Y, Gregory C. Evolving techniques in foot and ankle amputation. J Am Acad Orthop Surg 2010;18(4):223-35.
3. Puri V, Venkateshwaran N, Khare N. Trophic ulcers - practical management guidelines. Indian J Plast Surg 2012;45(2):340-51.
4. Tintle SM, Keeling JJ, Shawen SB, Forsberg JA, Potter BK. Traumatic and traumatic-related amputations part I: general principles and lower-extremity amputations. J Bone Joint Surg Am 2010;92(17):2852-68.
5. Soderberg B. Partial foot amputations. Guidelines to prosthetic and surgical techniques. 2nd ed. Helsingborg, Sweden: Centre for Partial Foot Amputees; 2001.
6. Pinzur MS, Stuck RM, Sage R, Hunt N, Rabinovich Z. Syme ankle disarticulation in patients with diabetes. J Bone Joint Surg Am 2003;85(9):1667-72.
7. Zinger W, Holtslag HR, Verleisdonk EJ. Serious foot injury: consider partial amputation designed to preserve leg-length and a weight-bearing stump. Ned Tijdschr Geneesk 2007;151(14):789-94.
8. Smith DG, Michael JW, Bowker JH. Atlas of amputations and limb deficiencies: surgical, prosthetic and rehabilitation principles. 3rd ed. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2004.

9. Gaine WJ, McCreath SW. Syme's amputation revisited: a review of 46 cases. *J Bone Joint Surg Br* 1996;78(3):461-7.
10. Waters RL, Perry J, Antonelli D, Hislop H. Energy cost of walking of amputees: the influence of level of amputation. *J Bone Joint Surg Am* 1976;58(1):42-6.
11. Pinzur MS, Gold J, Schwartz D, Gross N. Energy demands for walking in dysvascular amputees as related to the level of amputation. *Orthopedics* 1992;15(9):1033-7.
12. Pinzur MS, Gottschalk F, Pinto MA, Smith DG. Controversies in lower extremity amputation. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89(5):1118-27.
13. Walker SD. Below-knee and syme amputations: comparative review. *Northern Ohio Foot and Ankle Journal* 2017;4(1):12.
14. Chang BB, Bock DE, Jacobs RL, Darling RC 3rd, Leather RP, Shah DM. Increased limb salvage by the use of unconventional foot amputations. *J Vasc Surg* 1994;19(2):341-9.
15. Hunter GA. Selection of level for lower limb amputation. *Curr Orthop* 1996;10(4):239-46.
16. Srinivasan H. Syme's amputation in insensitive feet: a review of twenty cases. *J Bone Joint Surg Am* 1973;55(3):558-62.
17. Taniguchi A, Tanaka Y, Kadono K, Inada Y, Takakura Y. Pirogoff ankle disarticulation as an option for ankle disarticulation. *Clin Orthop Relat Res* 2003;414(1):322-8.
18. Harris RI. Syme's amputation; the technical details essential for success. *J Bone Joint Surg Br* 1956;38(3):614-32.
19. Langeveid AR, Oostenbroek RJ, Wijffels MP, Hoedt MT. The Pirogoff amputation for necrosis of the forefoot: a case report. *J Bone Joint Surg Am* 2010;92(4):968-72.
20. den Bakker FM, Holtslag HR, van den Brand JG. Pirogoff amputation for foot trauma: an unusual amputation level: a case report. *J Bone Joint Surg Am* 2010;92(14):2462-5.

Abstract: Ankle Amputation for Non Healing Ulcers of the Foot in Leprosy Patients: a Case Series

Teerachat Budkhamchote, M.D.

Department of Orthopedics, Sirinthorn Hospital, Khon Kaen, Thailand

Journal of Health Science 2021;30(Suppl 1):S124-S131.

Ankle amputation is an amputation level that minimizes disability and preserves functions. Potential benefits of these levels include their long lever arm and the potential ability to continue to bear weight and walk for short distances without the use of a prosthesis. The stump is nearly as long as a normal leg. Full end weight bearing on the heel pad with normally-channeled proprioceptive feedback is what distinguishes ankle amputation from below knee amputation. Ankle amputation is not suitable for everyone because of potential wound-healing problems (wound failure, wound infection). Most surgeons believe that below knee amputation is preferable. To date, there have not yet report this procedure in Thailand. The author presented 10 cases with non healing ulcers of the foot due to leprosy (neuropathic foot) who had a successful ankle amputation (Syme's and Modified Pyrogoff's amputation) at Sirinthorn Hospital, Khan Kaen between October 2013 - September 2020. All patients remained socially independent for 6 months post-operatively. This amputation preserved more of the limb than a below knee amputation. The major psychologic benefit was the relatively small alteration of body image. Thus, ankle amputation is considered viable alternatives to that of below knee level. This is true not only in trauma cases, but also in leprosy patients with a neuropathic foot.

Keywords: amputation; syme; leprosy