

Operacje metodą małych nacięć "złotym standardem światowym"

Fakty
źródło: medyczne.pl



Dr Adrian Rymarczyk
Specjalista chirurg ortopeda i
traumatolog

Z dr. Adrianem Rymarczykiem, specjalistą chirurgiem, ortopedą traumatologiem rozmawiamy na temat stosowania nowoczesnych małoinwazyjnych metod leczenia operacyjnego.

Panie Doktorze, niedawno wykonał Pan nowatorską operację – rekonstrukcję więzadła rzepkowo-udowego przyśrodkowego poprzez umieszczenie nowatorskich implantów przy wykorzystaniu małych cięć. Jakie są wskazania do przeprowadzenia tego rodzaju zabiegu?

Przede wszystkim powinno się go wykonywać u pacjentów z nawykowym bądź urazowym zwichnięciem rzepki. Osoby z pierwszej grupy posiadają genetyczne predyspozycje wynikające ze spłaszczenia rowka w kości udowej, w którym ślizga się rzepka, także o spłaszczonym kształcie. Jeżeli ten rowek jest zbyt płaski, to rzepka nie ma takiej bariery, która ograniczałaby ją do wychodzenia na boki. Wtedy do zwichnięcia kolana nie potrzeba żadnego urazu, wystarczy lekko skrzywić nogę. Urazowe następuje wtedy, gdy przyłożymy do tego siłę, natomiast pourazowe zwichnięcie może stać się nawykowym.

Proszę powiedzieć na czym polegała zastosowana przez Pana metoda operacyjna?

Do tej pory najczęściej stosowana technika polegała na tym, że przycinano tzw. troczki boczne. Dzięki temu przycięciu siły po stronie przyśrodkowej i bocznej wyrównywały się, a jeżeli to nie wystarczało, robiono plikację po stronie przyśrodkowej i całą torebkę razem z zerwanym więzadłem plikowano, czyli ściągnano. Problem jednak w tym, że większość tego typu urazów występuje na całej długości więzadła rzepkowo-udowego przyśrodkowego, najczęściej po stronie udowej i plikacja od strony rzepkowej niewiele dawała. Mniej więcej 8–9 lat temu przeczytałem w piśmie angielskim o technice stosowanej przez japońskiego specjalistę. Dotyczyła ona rekonstrukcji tego więzadła za pomocą ścięgna z okolicy podkolanowej i ścięgna z grupy kulszowo-goleniowej. Autor w swojej publikacji opisywał, że robi cięcie, tak jak do wstawienia endoprotezy, następnie wszczepia za pomocą implantów tytanowych do rzepki i do uda. Wtedy pomyślałem, żeby zastosować tę samą technikę, ale wykonując małe nacięcia. Metoda, którą operuję, polega na zrobieniu jednego nacięcia do pobrania ścięgna, drugiego nacięcia po stronie przyśrodkowej rzepki, żeby móc wkręcić implanty, kolejne robię po stronie przyśrodkowej udowej w okolicy przyczepu anatomicznego tego więzadła, żeby zrobić otwór, wciągając w niego ten przeszczep i umocować go na implantcie. Po około 3–4 latach stosowania przeze mnie takiej modyfikacji, okazało się, że stała się ona „złotym standardem światowym”. Mogę więc śmiało powiedzieć, że czuję się „ojcem chrzestnym” tej metody, choć przypuszczam, że nie byłam jedyny, który pomyślał, aby operować w taki właśnie sposób.

Jak dokładnie wyglądała operacja, którą wykonał Pan w czerwcu na rozpoczęcie działalności Szpitala Enel-Med?

Operowana przeze mnie pacjentka miała wielokrotne nawykowe zwichnięcie rzepki. Technika, którą zastosowałem polegała na tym, że nacięciem przyśrodkowo w okolicy przyczepu grupy kulszowo-goleniowej na piszczeli w tzw. gęsiej stronie i pobrałem przeszczep ze ścięgna. Co to oznacza w praktyce? Otóż robi się otwór, w który wkłada się nić, którą z kolei wypycha się na prowadnicy. Potem pociągając za dwa końce nici, powstaje kłębek w środku kanału i blokuje się. Daje to ten sam efekt, co implanty wkręcane lub wbijane.

Podczas zabiegu wykonałem nacięcie po stronie przyśrodkowej rzepki, potem zrobiłem rowek w rzepce i osadziłem dwa implanty składające się z samej nici. Jest to wygodne w przypadku małych rzepki i przy operacjach rewizyjnych, bo w przyszłości – jeśli zajdzie potrzeba – taki kanał można bez żadnego problemu rozwiąć i wstawić większy implant nie niszcząc struktury kości. W przypadku tytanowych implantów zabieg tego rodzaju jest już zdecydowanie trudniejszy. Wymaga wykręcania implantów, często razem z czopem kostnym, co powoduje, że potem mamy dół i zaczepek w tym miejscu nie jest już aktywny.

Ale wracając do operacji... Po włożeniu dwóch implantów w odpowiednich anatomicznych punktach rzepki, zagłębiłem się pod skórę i przeszedłem po torebce stawowej do punktu przyczepu anatomicznego po stronie udowej przyśrodkowej. Następnie nacięciem skórę w tym miejscu, doszedłem do kości i wykonałem w kłykcium udowym przyśrodkowym otwór długości około 3 cm i średnicy zgodnej ze średnicą ścięgna pobranego przeszczepu złożonego na pół. Przeszczep osadziłem w rowku kotwicząc zaimplementowanymi nićmi w rzepce, a wolne końce wciągnąłem do

Masz wątpliwości?

Odpowiedzi udzieli lekarze różnych specjalności oraz prawnicy



Archiwum Pytań

Zapytaj

Moduł konsultacyjny, przeznaczony dla lekarzy

Aktualności z **Fakty** medyczne.pl

Operacje metodą małych nacięć "złotym standardem światowym" [czytaj więcej](#)

Chirurgia ręki to wciąż niedoceniana dziedzina w Polsce [czytaj więcej](#)

Kongres EFORT, czyli o problemach nurtujących ortopedów i traumatologów [czytaj więcej](#)

Laparoskopia w ostrym brzuchu – zalecenia ekspertów włoskich. Część II [czytaj więcej](#)

Laparoskopia w ostrym brzuchu [czytaj więcej](#)

Profilaktyka zakrzepowa u chorych onkologicznych [czytaj więcej](#)

Międzynarodowy kongres Charing Cross [czytaj więcej](#)

Kontrowersje wokół 19 edycji wytycznych ACCP [czytaj więcej](#)

Kapsułka jelitowa pomoże w wykrywaniu raka jelita grubego [czytaj więcej](#)

Mikrochirurgia rekonstrukcyjna – co nowego w 2012 roku? [czytaj więcej](#)

XXIII Kongres ISTH w Kioto – spotkanie w cieniu Fukushima [czytaj więcej](#)

Profilaktyka przeciwzakrzepowa u chorych onkologicznych – XXIII Kongres ISTH [czytaj więcej](#)

Leczenie endowaskularne – motyw przewodni konferencji LINC 2012 [czytaj więcej](#)

Komórki macierzyste pomogą przy operacyjnym leczeniu stawów [czytaj więcej](#)

[Więcej Aktualności](#)

[Quiz](#)

kanalu udowego. Wszedłem artroskopem do kolana, przyciąłem troczki boczne i pociągając za nici doszyłem do wolnych końców przeszczepu napiąłem go tak, aby anatomicznie ustawić rzepkę względem uda. Potem wkręciłem implant biowchłaniający do uda składający się z pochwki i śruby interferencyjnej.

Najważniejszym punktem tej metody operacyjnej jest odpowiednie naciągnięcie nowego więzadła. A jeżeli u chorego występuje nawykowe zwichnięcie, to równocześnie trzeba przeciąć tzw. troczki boczne.

Ile czasu trwa rekonwalescencja pacjenta po takim zabiegu?

Średnio trzy miesiące. Kończyna jest uruchomiona, żeby nie doszło do zrostów, ale pacjent musi nosić stabilizator ochronny z zakresem ruchu. Przez pierwsze dwa tygodnie ten zakres wynosi od 20 do 60 stopni. Chodzi o to, aby w pierwszym okresie po operacji więzadło było odpowiednio chronione w napięciu izometrycznym. Po dwóch tygodniach stabilizator ustawia się na ruchomość w zakresie od 0 do 90 stopni, po sześciu – przestaje on być potrzebny. Równoległe pacjent poddawany jest rehabilitacji, która polega na tym, że odbudowuje się głowę przysródkową mięśnia czworogłowego poprzez ćwiczenia i stymulację, a głowę boczną maksymalnie się relaksuje. Chodzi o to, żeby napięcie wcześniejsze, które było na stronę boczną, przekierować na stronę przysródkową. Oprócz zbalansowania sił mięśni mobilizuje się również rzepkę i bliźnię, żeby nie doszło do zbliznowacenia tkanek. Podczas rehabilitacji stosuje się też ćwiczenia na czucie wewnętrzne. Chory chodzi od razu na własnej nodze tyle, że z pomocą kul ze względu na ograniczenie ruchu, ale po dwóch tygodniach może już odstawić.

Czy istnieje jakieś ryzyko powikłań okołoperacyjnych?

Dzięki temu, że używam takiego rodzaju implantów, to groźba pęknięcia rzepki jest praktycznie żadna. Jeśli zaś chodzi o stronę udową, to ten typ mocowania jest najpewniejszy. Poza tym wszystkie nici i implanty są biowchłaniające, więc nie trzeba ich potem usuwać.

Czy w Polsce jedynie Pan operuje tą metodą?

Myślę, że nie jestem jedyny, ale na pewno ta metoda nie jest stosowana powszechnie. Bardziej popularna jest tzw. technika pośrednia, czyli osteotomia przyczepu dystalnego więzadła rzepki polegająca na przesunięciu go na stronę przysródkową. Ta metoda pośrednia nie sprawdza się jednak u osób, które mają zaburzony układ więzadłowy przysródkowy, bo nawet po operacji rzepka może nadal się podwichać – niekoniecznie przy chodzeniu, ale może tak dziać się na przykład przy rotacjach kończyny.

Jakby Pan ocenił efekty przeprowadzonych operacji przy użyciu metody małych nacięć?

Do tej pory wykonałem kilkadziesiąt takich zabiegów. Najbardziej ekstremalny przypadek z mojej praktyki lekarskiej to pacjentka z Norwegii, która miała wcześniej trzy operacje: osteotomię, uwolnienie troczków bocznych i plikację troczków przysródkowych oraz osteotomię guzowatości. I pomimo tych wszystkich zabiegów rzepka wciąż ulegała podwichaniu, tzn. wychodziła do połowy, a potem wskakiwała na miejsce lub całkowicie się zwichała. Drugi przypadek, o którym warto wspomnieć, to 24-letnia Amerykanka, która miała obustronne nawykowe zwichanie do tego stopnia, że chrząstka rzepki była całkowicie zniszczona i musiałem, sześć lat temu, wykonać pokrycie rzepki membraną chrzęstnotwórczą. Muszę powiedzieć, że od czasu, kiedy zacząłem operować tą metodą – a było to 6–7 lat temu – u żadnego z pacjentów nie następowało później zwichnięcie rzepki. Tylko w jednym przypadku pojawiła się sytuacja, że rzepka trochę jakby „zbacza z kursu” i tu prawdopodobnie będę musiał dodać osteotomię. Najprawdopodobniej wynika to jednak z faktu, że pacjentka była operowana jeszcze jako dziecko i musiałem wtedy ominąć tzw. chrząstki wzrostowe, bo punkt anatomiczny był zbyt blisko. Poza tym, mogę powiedzieć, że efekty są naprawdę bardzo zadowalające.

Bardzo dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała Marzena Jaworska

[Kontakt](#) [Nota prawna](#) [Mapa strony](#) [Moje konto](#)

1. Clexane jest refundowany we wskazaniach

- Profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej
- Leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej
- Profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe u chorych z chorobami nowotworowymi
- Wszystkie wyżej wymienione wskazania są refundowane

[Sprawdź](#)