



About Institute of Atherothrombosis

FUNDACJA

KONFERENCJE

WYDAWNICTWA

PROGRAMY EDUKACYJNE



2

ZMIENŃ KATEGORIĘ

Aterotromboza a nadciśnienie tętnicze

Aterotromboza a otyłość

Aterotromboza a zawał

Aterotromboza a udar

Lekarz POZ i medycyna rodzinna

Kardiologia i Kardiochirurgia

Diabetologia

Neurologia i neurochirurgia

Chirurgia ogólna i naczyniowa

Ortopedia

Z POLSKIEJ PERSPEKTYWY

Operacje metodą małych nacięć „złotym standardem światowym”

29-04-2013 Dr n. med. 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 zwinięciem rzepki. Osoby z pierwszej grupy posiadają genetyczne predyspozycje wynikające ze spleśzczenia rowka w kości udowej, w którym ślizga się rzepka, także o spleśzczonym kształcie. Jeżeli ten rowek jest zbyt płaski, to rzepka nie ma takiej bariery, która ograniczałaby ją do wychodzenia na boki. Wtedy do zwinięcia kolana nie potrzeba żadnego urazu, wystarczy lekko skrzywić nogę. Urazowe następuje wtedy, gdy przyłożymy do tego siłę, natomiast pourazowe zwinięcie 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 ściągano. 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 anglojęzycznym 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, wciągnąć w niego ten przeszczep i umocować go na implancie. 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 byłem 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 naciąłem przyśrodkowo w okolicy przyczepu grupy kulszowo-goleniowej na puszczeli w tzw. gęsiej stopce i pobrałem przeszczep ze ścięgna. Co to oznacza w praktyce? Otóż robi się otwór, w który wkłada się nić, którą z kolei wpycha 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 rzepek i przy operacjach rewizyjnych, bo w przyszłości – jeśli zajdzie potrzeba – taki kanał można bez żadnego problemu rozwiерcić 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 zaczerp 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 naciąłem skórę w tym miejscu, doszedłem do kości i wykonałem w kłykciu 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 kanału udowego. Wszedłem artroskopem do kolana, przyciąłem troczki boczne i pociągając za nici doszyte do wolnych końców przeszczepu napiąłem go tak, aby anatomicznie ustawić rzepkę względem uda. Potem wkręciłem implant biowchłaniający do uda składający się z pochewki 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. Równolegle pacjent poddawany jest rehabilitacji, która polega na tym, że odbudowuje się głowę przyśrodkową 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 przyśrodkową. Oprócz zbalansowania sił mięśni mobilizuje się również rzepkę i bliznę, żeby nie doszło do zbliźnowacenia 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 je 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 przyśrodkową. Ta metoda pośrednia nie sprawdza się jednak u osób, które mają zaburzony układ więzadłowy przyśrodkowy, bo nawet po operacji rzepka może nadal się podwichać – niekoniecznie przy chodzeniu, ale może tak działać 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 przyśrodkowych 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