

Przednio - przyśrodkowa niestabilność kolana (specjalizacja)

Definicja

Nawracające przednie podwichnięcie kłykcia przyśrodkowego piszczeli względem kłykcia kości udowej powstające w wyniku urazu rotacyjno - odwiedzeniowego goleni przy zgiętym kolanie lub w następstwie urazu bezpośredniego. Niestabilność wynika zwykle z nieszczęśliwej triady O'Donoghue.

Objawy kliniczne

- w wywiadzie zwykle chory zgłasza że w momencie urazu poczuł lub usłyszał trzask w kolanie, miał wrażenie że kolano „ucieкло” i zauważył narastający obrzęk kolana w 1-2 godziny po wypadku
- w przypadkach ostrych tkliwość na przebiegu MCL
- zwykle wyczuwalny ubytek na przebiegu MCL
- dodatni objaw Slocuma
- szufladkowy przedni w rotacji zewnętrznej
- niekiedy dodatni objaw Lachmanna
- dodatni test odwiedzeniowy w zgięciu 30°
- przy nieuszkodzonym PCL test odwiedzeniowy słabo dodatni w wyproście
- uszkodzenie więzadła pobocznego piszczelowego (MCL), skośnego tylnego i ACL

Leczenie niestabilności ostrych

Wg O'Donoghue i Larsona ostra niestabilność tego typu wymaga operacji naprawczej wszystkich uszkodzonych komponent w trybie pilnym.

Jednak jednoczesowe odtworzenie ACL i MCL w znacznym odsetku przypadków niesie ryzyko pooperacyjnego zeszywnienia kolana. W związku z tym obecnie niektórzy autorzy zalecają (ICL 1996) u młodych chorych leczenie zachowawcze MCL i odroczoną rekonstrukcję ACL po 4-8 tygodniach.

Jeśli chodzi o towarzyszące uszkodzenia łąkotek to wbrew wcześniejszym sugestiom jedynie w 10-20% stwierdza się rozerwania łąkotki przyśrodkowej, natomiast aż w 50-60% rozerwania łąkotki bocznej.

Ewentualną meniscectomię partialną wykonuje się w czasie operacji rekonstrukcyjnej ACL (w wielu przypadkach stwierdza się w tym czasie wygojenie łąkotek).

Proponowany schemat leczenia opiera się na 3 założeniach:

1. Ponieważ leczenie operacyjne w trybie pilnym nie jest zwykle konieczne w przypadku uszkodzeń łąkotek towarzyszących obrażeniom ACL i MCL, leczenie wstępne skupia się na uzyskaniu wygojenia MCL metodami zachowawczymi.
2. Z wysokim prawdopodobieństwem wygojenie MCL można uzyskać leczeniem zachowawczym niezależnie od stopnia jego uszkodzenia (leczenie operacyjne nie jest konieczne w tych złożonych obrażeniach).
3. Odroczenie rekonstrukcji ACL (przy pomocy autogennego przeszczepu z więzadła rzepki; bone-patellar tendon-bone graft) do czasu ustąpienia ostrej fazy zapalnej oraz odzyskanie pełnego zakresu ruchomości kolana przed rekonstrukcją znacząco zmniejsza ryzyko powikłań pooperacyjnych takich jak arthrofibrosis.
4. Jednoczesowa wczesna rekonstrukcja ACL i MCL niesie za sobą wysoki odsetek powikłań związanych z ograniczeniem ruchomości kolana

W rozerwaniach ACL połączonych z obrażeniami II* MCL, celem wstępnego leczenia jest przywrócenie pełnej ruchomości kolana, zmniejszenie obrzęku oraz ochrona kolana poprzez ograniczenie obciążania kkd. Wskazane jest wówczas unieruchomienie kolana stabilizatorem, odciążanie kkd przez krótki okres bólowy oraz zastosowanie okładów z lodu.

W przypadku uszkodzeń III* MCL w odcinku środkowym lub bliższym (nie mają tendencji do gojenia z wydłużeniem) wskazane jest krótkie unieruchomienie gipsowe na 2 tygodnie, a następnie stabilizator zawiasowy kolana dla uzyskania pełnego zakresu ruchomości. W przypadku rozerwania MCL w odcinku obwodowym (ma tendencję do gojenia się z wydłużeniem) zakłada się unieruchomienie gipsowe w zgięciu kolana 30° na 3-4 tygodnie.

Po tym okresie stosuje się ćwiczenia wzmacniające mm czworogłowy oraz poprawiające zakres ruchomości.

Rekonstrukcja ACL wskazana jest w zależności od wieku chorego, aktywności fizycznej i jego oczekiwań, dopiero po uzyskaniu pełnego zakresu ruchomości kolana, zwłaszcza wyprostu i siły mm czworogłowego zbliżonej do prawidłowej.

Klasyczne zasady rekonstrukcji przyśrodkowego przedziału kolana wg Kusia:

- szew łąkotki przyśrodkowej (jeśli to możliwe) lub meniscectomia partialna
- odtworzenie i prawidłowe napięcie torebki stawowej zwłaszcza tylnej
- odtworzenie połączenia łąkotkowo - piszczelowego z kompleksem półbłoniastym
- rekonstrukcja więzadła tylnego skośnego
- odtworzenie więzadła pobocznego piszczelowego

Leczenie niestabilności przewlekłych

Metoda Slocuma-Larsena

- cięcie po przyśrodkowej stronie kolana skręcające ku dołowi i tyłowi
- uwidocznienie gęsia stopkę i odłuszczyć jej 2/3 dolne od powierzchni pęczeli
- odwrócić uwolnioną część o 180°, doszyć ją do przyśrodkowej krawędzi więzadła rzepki i do krawędzi pęczeli wzdłuż szpary stawowej
- mm krawiecki, smukły i półścięgnisty działają teraz nie jak zginacze ale jak rotatory wewnętrzne kolana
- gips udowy w rotacji wewnętrznej gołeni i zgięciu 30° na 2-6 tygodni

Metoda O'Donoghue

- cięcie j.w.
- wypreparować płat torebkowo - więzadłowy na tylnoprzyśrodkowej powierzchni kolana uszypułowany w odcinku bliższym
- resekcja łąkotki przyśrodkowej i toaletę stawu
- wywiercić kanały w tkance kostnej przednio-przyśrodkowej krawędzi pęczeli dla przyszywania płata, który przesuwany się ku dołowi i przodowi
- przeszczepienie gęsiej stopki j.w.

Metoda Nicholasa (five in one)

- resekcja łąkotki przyśrodkowej co pozwala na mobilizację tylnej torebki stawowej
- oddłutowanie udowego przyczepu MCL i przesunięcie go ku górze i tyłowi
- obniżenie i przesunięcie ku przodowi tylnej torebki, przyszywanie jej do przedniej krawędzi MCL i przyśrodkowych troczków rzepki
- obniżenie obwodowego przyczepu mm obszernego przyśrodkowego i doszycie do przednio-przyśrodkowej torebki
- plastyka gęsiej stopki wg Slocuma

Operacja wg Kliniki warszawskiej (wg Kusia)

- wytworzenie, uszypułowanego w części bliższej, płata powięziowo-mięśniowego
- napięcie przyśrodkowych struktur więzadłowo-torebkowych
- podłużne zmarszczenie więzadła pobocznego pęczelowego i poprzeczne napięcie torebki w uszkodzeniach częściowych
- napięcie torebki szwami poprzecznymi w przypadkach całkowitego uszkodzenia więzadła pobocznego pęczelowego
- rekonstrukcja MCL wytworzonym pasmem powięziowym