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 tzw. 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 „uciekło" 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), więzadła skośnego tylnego oraz ACL.

Leczenie niestabilności ostrych

Wg O'Donoghue i Larsona ostra niestabilność tego typu wymaga operacji naprawczej wszystkich uszkodzonych komponent w trybie pilnym. Jednak jednoczasowe odtworzenie ACL i MCL w znacznym odsetku przypadków niesie ryzyko pooperacyjnego zesztywnienia 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).

Wczesna rehabilitacja powinna obejmować kontrolowane ćwiczenia izometryczne mięśnia czworogłowego oraz ćwiczenia przywracające zakres ruchu, co sprzyja gojeniu MCL i

zmniejsza ryzyko zrostów (arthrofibrosis).

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. Jednoczasowa 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 kończyny dolnej. Wskazane jest wówczas unieruchomienie kolana stabilizatorem, odciążanie kończyny 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 w celu 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 mięsień 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 mięśnia 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.
- Uwidocznić gęsią stopkę i odłuszczyć jej dolne 2/3 od powierzchni piszczeli.
- Odwrócić uwolnioną część o 180° i doszyć ją do przyśrodkowej krawędzi więzadła rzepki oraz do krawędzi piszczeli wzdłuż szpary stawowej.
- Mięśnie krawiecki, smukły i półścięgnisty działają teraz nie jak zginacze, ale jak rotatory wewnętrzne kolana.
- Gips udowy w rotacji wewnętrznej goleni i zgięciu 30° na 2–6 tygodni.

Metoda O'Donoghue

- Cięcie jak wyżej.
- Wypreparować płat torebkowo-więzadłowy na tylno-przyśrodkowej powierzchni kolana, uszypułowany w odcinku bliższym.
- Resekcja łąkotki przyśrodkowej i toaleta stawu.
- Wywiercić kanały w tkance kostnej przednio-przyśrodkowej krawędzi piszczeli dla przyszycia płata, który przesuwa się ku dołowi i przodowi.
- Przeszczepienie gęsiej stopki jak wyżej.

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, przyszycie jej do przedniej krawędzi MCL i przyśrodkowych troczków rzepki.
- Obniżenie obwodowego przyczepu mięśnia 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 piszczelowego i poprzeczne napięcie

torebki w uszkodzeniach częściowych.
- Napięcie torebki szwami poprzecznymi w przypadkach całkowitego uszkodzenia więzadła pobocznego piszczelowego.
- Rekonstrukcja MCL wytworzonym pasmem powięziowym.