

Przypadek

OPIS PRZYPADKU

Imię: Docent (z hodowli – Agniola Dumny Docent)

Urodzony: 08/04/2006

Rasa: Flat Coated Retriever

Rozpoznanie: Nawykowe zwichnięcie rzepki

Kiedy dowiedzieliśmy się o chorobie, szukaliśmy informacji – wszędzie, oby jak najwięcej. Mam nadzieję, że osoby postawione w podobnej sytuacji, trafią na opis Docenta, zanotują nazwiska, obejrzą zdjęcia...

Poniższe informacje mają na celu jedynie przybliżenie konkretnego przypadku, zwrócenie uwagi na problem, wymienienie lekarzy weterynarii, pokazanie dość długiej drogi, którą przebyliśmy, a którą można, mam nadzieję, skrócić, poszerzając wiedzę o garstkę poniższych informacji.

© **Ania Ryżlak**

Oswoić wroga...

Zwichnięcie rzepki często występuje u psów w wyniku rozbieżności w ustawieniu rzepki i kości udowej. U psów, ras małych i dużych, najczęściej występuje przyśrodkowe zwichnięcie rzepki. U niektórych ras, np. basetów, może wystąpić zwichnięcie rzepki zarówno boczne, jak i przyśrodkowe, chociaż zwichnięcie tylko jednej ze stron jest częstsze. Przyczyną zwichnięcia rzepki są zniekształcenia i zaburzenia skrętu kości udowej i piszczelowej. Zaawansowanie zwichnięcia rzepki określa się w stopniach od I do IV. Stopień I oznacza, że w większości przypadków możliwe jest korygowanie zwichnięcia rzepki, zaś stopień IV wskazuje, że jest ono niemożliwe. Stopień II i III są stanami pośrednimi między dwoma skrajnymi uszkodzeniami. Interesujące jest, że u psów dotkniętych przewlekłym zwichnięciem rzepki istnieje tendencja do zerwania więzadła krzyżowego doczaszkowego, które jest schorzeniem znacznie trudniejszym do leczenia. W przypadku wystąpienia zaburzeń chodu, kulawizny i nieużywania kończyny, których przyczyną jest zwichnięcie, wskazane jest przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego. W zależności od stopnia zaawansowania zwichnięcia i zaburzeń stosuje się różnorodne chirurgiczne metody naprawcze, m.in. transpozycję grzebienia kości piszczelowej, uwolnienie torebki, operację odtwórczą bloczka, przeniesienie mięśnia prostego uda, przecięcie ścięgna mięśnia, osteotomię korekcyjną oraz inne. Ważne jest, by po operacji zapewnić odpowiednie gojenie się tkanek, zanim wprowadzi się bardziej energiczne ćwiczenia rehabilitacyjne. W pierwszych trzech tygodniach wprowadza się krótkie spacery na smyczy, krioterapię i NLP. Następnie można zacząć ćwiczenia wzmacniające, jednak wykonywane tylko w płaszczyźnie strzałkowej, by uniknąć napięcia w miejscu zoperowanym i ponownego zwichnięcia rzepki.

[źródło: *Rehabilitacja psów*, D. Levine, D. L. Millis, R. A. Taylor, wyd. I polskie, pod redakcją J. Bieżyńskiego, 2007 r.]

Streszczając temat...

Wszystko zaczęło się, gdy Docent miał 6 miesięcy. Kulawizna pojawiła się na spacerze, zastosowano zastrzyk przeciwzapalny i postawiono mylną diagnozę – młodzieńcze zapalenie kości. Po kulawiznie następnego dnia nie było śladu... Problem jednak powrócił, zaledwie 1,5 miesiąca później. Po kilku nieudanych próbach wreszcie doczekaliśmy się nazwy choroby, która zabrzmiała w ustach weterynarzy jak wyrok. Docent przeszedł trzy operacje, mające na celu ufixowanie rzepki i zapobieżenie dalszym problemom oraz postępowi choroby, a także wiele kuracji wspomagających, m.in. kwasem hialuronowym. Nie obyło się bez komplikacji i efektów pooperacyjnych, jak np. wyjmowania implantów, zapalenia stawu, trwałych stanów zwyrodnieniowych operowanego stawu, trwałego przykurczu oraz kulawizny. Mimo całej tej trudnej drogi, jesteśmy jednak bardzo szczęśliwi. Od dwóch miesięcy (odpukać) pies ma doskonały humor, nie jest oswiały, cieszy się życiem i stara się normalnie funkcjonować. Zaobserwować można także zdecydowanie mniejszą krepitację niż przed trzecią operacją. Przedstawiając wstępną tezę, postawiłabym z pewnością na 3 najważniejsze elementy, które powinny zaistnieć i współgrać ze sobą podczas zmagania się z nawykowym zwichnięciem rzepki:

- po pierwsze: dobór lekarza (najlepszego z dostępnych – rozróżniamy dobrych diagnostyków od dobrych wykonawców);
- po drugie: ograniczenie ruchu po ewentualnej operacji (klatka w domu albo hospitalizacja w zasięgu ręki chirurga prowadzącego). Warunek absolutnie konieczny. Proszę prześledzić listę udanych operacji nawykowego zwichnięcia rzepki w Stanach Zjednoczonych – wszystkie przypadki podlegały ścisłym ograniczeniom ruchowym;
- po trzecie: rehabilitacja (niestety, ze względu na koszty utrzymania, takich ośrodków w Polsce po prostu brakuje. Należy postawić na hydroterapię, wykorzystując wszelkie możliwe okazje do kąpieli w

jeziorze, morzu, rzece, kanału, oraz masaż – tu warto zwrócić się do wykwalifikowanej osoby, która pokaże dokładnie nad czym pracować powinniśmy, a jakich partii mięśniowych ruszać po prostu nie należy). Napomknę jednak w tym miejscu o naszych wątpliwościach związanych z rozbudową mięśni. W naszym przypadku im mocniej działa bowiem mięsień czworogłowy uda, tym łatwiej wypada rzepka.

W datach...

październik 2006 – pierwsze symptomy choroby

listopad 2006 – diagnoza (dr Ratajska): PL stopień III/IV

grudzień 2006 – I operacja (wykonanie: dr Dariusz Wiśniewski), załącznik 1. & 2.

styczeń 2007 – II operacja (reoperował dr Dariusz Wiśniewski)

maj 2007 – III operacja (wykonanie: dr Jacek Mederski), załącznik 6.

czerwiec 2007 – usunięcie połowy pękniętej śruby (dr Jacek Mederski)

wrzesień 2007 – usunięcie pozostałych implantów operacyjnych (dr Jacek Mederski).

Obecnie (grudzień 2007): stopień PL trudny do określenia ze względu na podjęte interwencje chirurgiczne. Jeżeli za wyznacznik przyjmimy jednak opisy poszczególnych stadiów choroby (patrz chociażby <http://www.vetserwis.pl/rzepka.html>), to Docentowi przypisać należy w tej chwili stadium PL II/III.

Objawy choroby:

Podstawowym symptomem jest pojawienie się nagłej kulawizny, która, przynajmniej w początkowym stadium choroby, ustępuje po wprowadzeniu rzepki w jej fizjologiczne położenie. Pies potrafi „wypracować” swoistą metodę powrotu rzepki, np. siadając i wstając, a więc posiłkując się mięśniem czworogłowym uda. Część psów w momencie wypadnięcia rzepki zaczyna powłóczyć łapą (takie objawy towarzyszyły na początku Docentowi), ale większość „unieruchamia” kończynę z powodów bólowych i porusza się przez moment na trzech łapach. Oczywiście kulawizna stanowi objaw zbyt wielu schorzeń, by móc pozwalać sobie na ocenę tylko i wyłącznie na jej podstawie. Po właściwą diagnozę należy zawsze udać się do ortopedy.

Konsultacje przypadku (telefoniczne/osobiste/e-mailowe):

- dr Wiśniewski, Warszawa
- dr Sterna, Warszawa (załącznik 5. oraz 8.)
- dr Degórska, Warszawa (załącznik 7.)
- dr Mederski, Grudziądz
- Magdalena Rutkowska, Łódź

(specjalistka z zakresu masażu leczniczego zwierząt)

- dr Janicki, Warszawa (załącznik 3.)

- dr Ratajska, Warszawa

- dr Wąsiatycz, Poznań

Badania wykonane podczas przebiegu choroby

Pamiętajmy, że każdy weterynarz oceniający tę chorobę u naszego psa będzie chciał, oczywiście w miarę możliwości, dysponować własnymi zdjęciami. Warto brać ten fakt pod uwagę, decydując się/godząc na robienie zdjęć „byle gdzie” i „byle jak”. Dobrze wykonane zdjęcie pozwoli chirurgowi chociażby na ocenę fizjologicznego ułożenia rzepki, m.in. wysokości jej usytuowania *etc.* Wśród lekarzy, którzy zdjęcia wykonują wręcz perfekcyjnie, na naszej prywatnej liście widnieją z pewnością: dr Wiśniewski oraz dr Mederski (radiolog). Wspomnę także, że badania CT & ich opisy są w Polsce nadal bardzo kosztowne, a zarazem mało udane...

- wielokrotna diagnostyka radiologiczna;
- diagnostyka tomograficzna (05/2007, SGGW, Warszawa), załącznik 4.;
- cytologia (09/2007, obraz wskazujący na zapalenie ropne stawu);

- badanie mikrobiologiczne – wykazało wysoką zawartość *Streptococcus* B-hemolitycznego. Leczenie: Ryfampicyna (*Rifampicin*);
- Echo (04/2007) oraz USG serca (11/2006).

Nietypowość PL u Docenta

Gdyby brać pod uwagę opisane źródłowo stopnie choroby, na obecnym etapie walki z chorobą Docenta należałoby przypisać mu cechy stopnia II oraz III. Rzępkę można bowiem łatwo ręcznie wywichnąć, wraca ona do swojego fizjologicznego położenia w momencie napięcia mięśniowego, ale sam moment wywichnięcia nie jest rzadki – rzepka wypada praktycznie przy każdej czynności siadania, a więc kilkanaście razy dziennie. Większość weterynarzy zapewni Państwa, że przy nawykowym zwichnięciu rzepki reoperacja jest sprawą, niestety, częstą. Dlaczego? Odpowiedź jest moim zdaniem prosta – pierwszy zabieg polega na stosunkowo najmniej inwazyjnym umieszczeniu rzepki na miejscu, a więc w większości przypadków na pogłębieniu bloczków udowych, swoistych korytek, którymi suwa się rzepka. Każdy zabieg niesie ryzyko, a wręcz pewność wystąpienia u psa stanów zwyrodnieniowych w obrębie operowanego stawu. Im mniejsza interwencja, tym mniejsze ryzyko. Z drugiej jednak strony, chcąc podważyć zasadność tej teorii, wypada wspomnieć o właściwej ocenie sytuacji, jednostkowym podejściu do przypadku i podjęciu odpowiedniej metody operacyjnej już na samym starcie leczenia...

Czy każdy przypadek z nawykowym zwichnięciem rzepki wymaga operacji?

Nie. Znany był mi chociażby przypadek niemieckiej suki, również rasy Flat Coated Retriever, która przy najcięższym stadium choroby (PL IV) nie wykazywała żadnych objawów bólowych czy też nawet upośledzenia ruchowego. Życie nauczyło nas, że do każdego psa należy podchodzić jednostkowo, z czym zresztą większość z Was pewnie się zgodzi, a więc PL I, choć najłżejsze, może sprawiać psu większy ból i dyskomfort niż PL IV, i na odwrót. Wspomnieć należy jednak także o konsekwencjach braku interwencji chirurgicznej w przypadkach, które jej wymagają. Zwiększająca się krepitacja, wycieranie kości w miejscu wypadania rzepki, nienaturalne odwodzenie biodra z powodu bólu stawu kolanowego – właśnie z takimi możliwościami musimy się, niestety, liczyć.

Stan obecny

Rzepka znajduje się w fizjologicznym położeniu podczas chodu oraz leżenia. Wypada natomiast w momencie siadania (zgięcia kończyny, a więc największego napięcia mięśniowego), choć niekoniecznie każdego – czasami, przy braku rozkojarzenia, pies podwija kończynę, unikając owego napięcia. Po wyjęciu implantów operacyjnych (na szczęście do infekcji doszło po pełnych zrostach kostnych, a więc zdążyły one odegrać swoją zamierzoną funkcję) pies, odpukać, czuje się dobrze – obarcza chorą kończynę, choć niestety przejawia duży stopień kulawizny. Mało optymistyczne są również zaniki mięśniowe (ale zmniejszają się od momentu zwiększenia sprawności ruchowej chorej kończyny), a przede wszystkim nieodwracalne przykurcze mięśniowe (porównując ze zdrową kończyną, nie ma szans na uzyskanie takiego samego kąta przy wyproście nogi). Obecnie przyjmowane leki – condrosulf.

Wykaz załączników (porządek chronologiczny) I – operacja, dr Wiśniewski

- II – reoperacja, dr Wiśniewski
- III – konsultacja, dr Janicki
- IV – badanie CT stawów kolanowych
- V – konsultacja, dr Sterna
- VI – reoperacja, dr Mederski
- VII – wizyta, dr Degórska
- VIII – wizyta konsultacyjna, dr Sterna

Wykaz wybranych fotografii

- Fot. 1. zdjęcie rentgenowskie obrazujące metodę dobraną podczas pierwszej operacji.
- Fot. 2. zdjęcie rentgenowskie obrazujące metodę zastosowaną podczas trzeciej operacji.

Załącznik 1.

Operacja przemieszczenia guzowatości kości piszczelowej na stronę przyśrodkową, ufixowanie za pomocą gw. Kishnera 1.8 oraz śruby gąbczastej, desmotomia boczna i nawarstwienie torebki po stronie przyśrodkowej dwoma piętrami szwów materacowych, szycie tk. podskórnej dexon 2-0 ciągły, szycie skóry amifil 3-0 węzełkowy, opatrunek miękki.

Załącznik 2.

Reoperacja stawu kolanowego P., desmotomia boczna, arthrotomia przyśrodkowa, plastyka bloczka kości udowej metodą klinową, szycie torebki stawowej dexon w dwóch piętrach szwami materacowymi

przez nawarstwienie, szycie tk. podskórnej dexion 2-0 ciągły, szycie amifil 3-0 węzełkowy, opatrunek miękkie.

Załącznik 3.

Pacjent po dwóch operacjach korygujących rozwojowe boczne zwichnięcie rzepki prawego kolana (w wieku 8 i 9 miesięcy). Objawy obecne: kulawizna ptk, krepitacja podczas zginania i prostowania, spłaszczenie bloczka z obniżeniem grzebienia bocznego w części dystalnej. Zalecenia: wskazanie do tomografii komputerowej prawego stawu udowo-rzepakowego (Wydział Medycyny Weterynaryjnej, Pracownia Diagnostyki Obrazowej, ul. Nowoursynowska 157).

Załącznik 4.

Niewykształcenie grzebienia bocznego bloczka kości udowej prawej z następowym przemieszczeniem rzepki na stronę boczną. Nieregularny zarys grzebienia przyśrodkowego bloczka kości udowej prawej. Zagęszczenie tkanki kostnej okolicy bloczka bocznego. Lokalizacja rzepki lewej prawidłowa. Bliższy odcinek kości piszczelowej bez zmian. Grzebień boczny kości udowej prawej zmniejszony. W dalszych odcinkach kości udowych, na powierzchni doogonowej, delikatnie wyrażone cechy osteochondrozy (dr n. wet. Tadeusz Narojek).

Załącznik 5.

Pies ma zwichnięcie rzepki. Był operowany już 2 razy (w grudniu ub. roku oraz w styczniu br.). Po drugiej operacji nastąpiła poprawa na kilka tygodni i potem pogorszenie. Sprawa dotyczy pkm. Ruch niechętny, LKM w odwróceniu, męczy się na spacerach. Deformacja kolana prawego – rzepka zwicha się na stronę boczną, z wyraźnym ocieraniem jak przy ubytku chrząstki. Niski grzebień boczny bloczka. Wysokie ustawienie rzepki. Wynik tomografii komputerowej zgodny z wynikiem badania klinicznego. Wskazana kolejna próba operacji.

Załącznik 6.

W trakcie reoperacji dokonano przemieszczenia guzowatości kości piszczelowej prawej w kierunku dystalnym oraz medialnym w celu obniżenia nieprawidłowo ustawionej rzepki oraz wyrównania osi anatomicznej z osią biomechaniczną kończyny prawej. Wzmocniono ustawienie rzepki poprzez wprowadzenie sztucznego więzadła bocznego przyśrodkowego rzepki. Usunięto liczne deformacje – osteofity na obu bloczkach kości udowej, pogłębiono rowek międzykłykciowy. Grzebień boczny bloczka kości udowej w zaniku. Skrócenie torebki ze strony przyśrodkowej. Po operacji zalecono 2 tygodnie hospitalizacji, podawano kalcytoninę z powodu przedłużającego się zrostu guzowatości kości piszczelowej. Zastosowano także antybiotykoterapię (Ospexin i Enrofloxacyna w leczeniu skojarzonym).

Załącznik 7.

Trzykrotna operacja zwichnięcia rzepki stawu kolanowego. Staw odwiedziony, step spionizowany. Staw kolanowy o pogrubionym obrysie, wyczuwane zgrubienie tkanek miękkich otaczających staw oraz wypełnienie stawu znaczną ilością mazi. Wyczuwalna krepitacja przy zginaniu i prostowaniu stawu. Czuć też ocieranie struktur kostnych o siebie przy pracy stawu. Rzepka posadowiona w bloczku, choć możliwe są ruchy boczne. Przy omacywaniu rzepki stwierdza się tkliwość. [...] Do rozważenia usunięcie wszczepów – końce gwoździ wyczuwalne w części przedniej przy prostowaniu i zginaniu kolana mogą drażnić okoliczne tkanki miękkie. Zastosowano: metacam i movalis.

Załącznik 8.

Po zastosowaniu metacamu duża poprawa, przy movalisie stan zmienny. Po zakończeniu leczenia w czasie ostatnich dni pogorszenie. Po spoczynku i dłuższym ruchu dochodzi do kulawizny 4 stopnia. Staw kolanowy prawy ma znacznie zwiększoną ilość mazi, rzepka wydaje się być umieszczona w bloczku, balotuje. W dostarczonych RTG: gwoździe są za długie – ich wyjęcie może zmniejszyć ból. Podejrzenie zmian litycznych w przedniej części kości piszczelowej – u podstawy grzebienia piszczeli. Zmiany zniekształcające staw [...]

Fot. 1. Zdjęcie w projekcji bocznej. Obraz stawu po pierwszej operacji. Na zdjęciu widoczne są implanty mocujące: gwoździe Kishnera oraz śruba gąbczasta.



Fot. 2. 1-4 to implanty mocujące. Proszę zwrócić uwagę na dobór długości prętów i usytuowanie drutu. Liczy się także kąt umieszczenia prętów, który związany jest z przeciwdziałaniem ogromnej sile mięśnia.



Kilka słów w internecie http://www.pandm.org/inne/reh_zwierzat/zwichnięcia.pdf
<http://www.vitalpethealth.co.uk/data/articles/patellaluxation.pdf> <http://www.vetserwis.pl/rzepka.html>
<http://www.workingdogs.com/vcpatlux.htm> <http://www.ovrs.com/patella.htm>
<http://www.fcrsainc.org/healthmanual/patella.html> <http://www.dfwvetsurgeons.com/downloads/cuttingedge2006.2.pdf>
http://vsrp.net/Patella_Lux.pdf