

Leczenie operacyjne dużych (powyżej 40°), neurogennych przykurczów stawów kolanowych i powikłania z tym związane

Surgical treatment of severe, neurological flexion knee contracture

Paweł Flont, Wojciech Stelmach, Piotr Sobczuk, Krzysztof Małecki Polish Mother's Memorial Hospital, Clinic of Orthopaedics and Traumatology

Wstęp. Leczenie dużych przykurczów stawów kolanowych w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych stanowi trudny problem kliniczny. Przykurcz (> 40°) uniemożliwia bierną pionizację dziecka, dopasowanie ortez i jakiegokolwiek podtrzymywanie ciężaru ciała przez pacjenta podczas czynności dnia codziennego wykonywanych przez opiekunów.

Cel. Ocena wyników złożonego leczenia przykurczów stawów kolanowych.

Materiał metoda. 7 pacjentów w wieku od 9 do 17 lat z przykurczem stawu kolanowego (40–70°). U 2 pacjentów wykonano zabieg obustronny w odstępie 6 tyg., i 12 tyg. Deformacje wynikały z zaburzeń nerwowo-mięśniowych w przebiegu MMC (n-3), MPD (n-2), po NZK (n-1) i w zespole płetwistości (n-1). U wszystkich chorych wykonano: kapsulotomię tylną stawu, uwolnienie nerwu strzałkowego wspólnego, głębokiego i powierzchownego, osteotomie wyprostna, skracającą, derotacyjną kości udowej i w wybranych przypadkach skrócono więzadło rzepki i wydłużono wybrane mięśnie kulszowo-goleniowe. U 2 pacjentów z powodu podwichnięcia rotacyjnego goleni wykonano również rekonstrukcje po-zastawową PCL. U pacjentów zbadano przed zabiegiem i rok po nim: zakres ruchu stawu kolanowego i wykonano RTG. Określono możliwości pionizacji biernej i poprawę podczas wykonywania czynności dnia codziennego – ankieta rodziców. U pacjentów szczegółowo opisano powikłania pooperacyjne.

Wyniki. U 5 pacjentów uzyskaliśmy pełen wyprost kolana, u 2 utrzymywał się przykurcz do 10°. Skrócenie w przypadku operacji jednostronnych wynosi średnio 4 cm. U 2 pacjentów wykonano reoperacje i założenie systemu VAC z powodu wtórnego gojenia się rany. U 1 pacjenta wykonano reoperacje z powodu podwichnięcia kolana z rekonstrukcją PCL i tenodezą połowy ścięgna bicepsa. U 4 chorych pozostawały niewielkie zaburzenia rotacyjne kończyn dolnych po korekcji. U jednej chorej wystąpiło ograniczenie czynnego ruchu zgięcia kolana. U żadnego pacjenta nie doszło do pogorszenia się stanu neurologicznego i powikłań naczyniowych.

Wnioski. Opisane rozległe leczenie operacyjne, według naszej oceny, jest jedynym możliwym rozwiązaniem takich deformacji kolana, gdzie dochodzi o zmiany kształtów kłykci kości udowych i przykurczona jest torba stawowa i ścięgna. Rozległość operacji powoduje, że ryzyko powikłań jest duże. Również z naszych obserwacji wynika, że ocena rotacji kończyny dolnej i zborności stawu kolanowego jest zawsze ograniczona w tak dużych przykurczach. Uważamy, że po wyprostowaniu kolana możliwa jest jeszcze korekcja rotacyjna kończyny w celu uzyskania optymalnego ustawienia kończyny.