

Przyczyny utraty repozycji po operacji

Streszczenia zjazdu PT0iTr – 2000 (W71)

Andrzej Gregosiewicz

Katedra i Klinika Ortopedii Dziecięcej AM w Lublinie ul. Różana 16/5, 20-538 Lublin

Materiał kliniczny: w latach 1984-98 leczyliśmy 13 dzieci z powodu naw-rotowego podwichnięcia (5) lub zwichnięcia (8) biodra. Wszyscy pacjenci, z wyjątkiem jednego, byli wcześniej operowani poza Kliniką. Średni wiek w czasie pierwszego zabiegu wynosił 30 mies., w czasie reoperacji 66 mies.

Pierwsze operacje: otwarta repozycja (OR) – 3 dzieci, OR + osteotomia uda – 6, OR + osteotomia miednicy – 1, OR + osteotomia uda i miednicy – 3.

Reoperacje: 11 dzieci operował autor. Istotą zabiegu było usunięcie zblizno-waceń i zrostów tkanek miękkich blokujących repozycję oraz skomplikowana rekonstrukcja zdeformowanych przez zaburzenia rośnięcia elementów stawu. .

Analiza historii naturalnej leczenia omawianych pacjentów wykazała, że niepowodzenia pierwszych operacji wynikały z błędnego wyboru metody operacyjnej lub błędów technicznych, a najczęściej z powodu obu tych przyczyn.

Podsumowanie obserwacji klinicznych: .

I. Błędny wybór metody operacyjnej był spowodowany przez: 1. przekonanie, że dla prawidłowego rozwoju stawu wystarczająca jest naprawa tylko nie-których elementów wady, 2. preferowanie „metody” leczenia jednej części stawu przez operację drugiej, np. leczenie dysplazji panewki przez osteotomię uda (lub odwrotnie), 3. wybór typu osteotomii miednicy nieadekwatny do deformacji; np. osteotomia Saltera przy znacznie zwiększonej objętości panewki, 4. ograniczanie się do łatwych technicznie metod operacyjnych (np. u 3,5-letniej dziewczynki, w ciągu 16

miesiący, pięciokrotnie! podejmowano próby naprawy stawu wyłącznie przy pomocy osteotomii detorsyjnej uda). .

II. Najczęstsze błędy techniczne: 1. dojście operacyjne nie zapewniające dostatecznego wglądu do panewki lub uniemożliwiająca osteotomię uda z tego samego cięcia, 2. niedostateczne przygotowanie panewki do repozycji (u 11 pacjentów więzadło poprzeczne było nietknięte), 3. pozostawienie przykurczu m. iliopsoas i mm. przywodzicieli biodra, 4. brak skrócenia trzonu kości udowej, 5. jatrogena retrotorsja szyjki (u jednego z pacjentów wynosiła ona 30; głowa była „zreponowana” do wcięcia kuluszowego), 6. „nadcięcie” trzonu kości biodrowej zamiast osteotomii miednicy.