ALLOPLASTYKA STAWU KOLANOWEGO – WSKAZANIA I WYNIKI LECZENIA

I Środkowo Europejski Kongres Osteoporozy i Osteoartrozy oraz XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii i Polskiej Fundacji Osteoporozy, Kraków 6-8.10.2005

Streszczenia:
Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2005, vol 7 (Suppl. 1), s111-113.

L47
ALLOPLASTYKA STAWU KOLANOWEGO – WSKAZANIA I WYNIKI LECZENIA

Tadeusz S. Gaździk
Katedra i Oddział Kliniczny Ortopedii Śląskiej AM, Sosnowiec

Słowa kluczowe: alloplastyka kolana, wyniki leczenia

Pomysł uzyskania poprawy ruchomości stawu kolanowego poprzez zastąpienie uszkodzonych jego powierzchni narodził się w XIX wieku. Rozwój nowoczesnych, całkowitych protez stawu kolanowego rozpoczął się jednak dopiero przed 40 laty. W chwili obecnej stosowane są różnego typu implanty (jednoprzedziałowe, kłykciowe, związane) w zależności od stanu klinicznego oraz stopnia zniekształcenia stawu. Najprościej protezy stawu kolanowego można podzielić na odtwarzające powierzchnie stawowe oraz zawiasowe. Te dwie grupy protez można dalej dzielić. Wśród protezy odtwarzających powierzchnie stawowe można wyróżnić implanty jednoprzedziałowe oraz kłykciowe. Te ostatnie mogą być zakładane z zachowaniem, resekcją oraz substytucją więzadeł krzyżowych. Protezy zawiasowe mogą być wolne i związane. Wolne umożliwiają pewien zakres ruchów rotacji oraz przemieszczeń szpotawych i koślawych. Protezy związane posiadają stałą, sztywną oś ruchów. W ostatnich latach dobre wyniki kliniczne uzyskano po

zastosowaniu protez jednoprzedziałowych u wybranych grup chorych, implanty związane lub zawiasowe stosowane są w operacjach rewizyjnych oraz w przypadku znacznego zaburzenia struktury i funkcji stawu. W niektórych przypadkach, zarówno w czasie alloplastyk pierwotnych, jak i rewizyjnych stosuje się protezy wykonywane dla konkretnego chorego. Protezy kłykciowe mogą być osadzane na cemencie lub techniką bezcementową.
Głównym wskazaniem do wykonania alloplastyki stawu kolanowego jest konieczność zniesienia dolegliwości bólowych spowodowanych przez zawansowane zmiany zwyrodnieniowe, w przypadku braku lub obecności znacznego zniekształcenia stawu. Zawsze konieczne jest precyzyjne wykluczenie innych przyczyn dolegliwości bólowych kończyny i kolana (bólów korzeniowych, biodra lub chorób naczyń krwionośnych). Przed leczeniem operacyjnym konieczne jest wyczerpanie możliwości postępowania zachowawczego poprzez podawanie środków przeciwzapalnych i przeciwbólowych, fizykoterapię oraz zmianę sposobu życia. Ponieważ alloplastyka stawu kolanowego posiada ograniczoną żywotność, która w znacznym stopniu zależy od poziomu aktywności fizycznej, wykonuje się głównie u osób starszych. Oczywiście jest ona wskazana również u młodych chorych w przypadku znacznego ograniczenia funkcji stawu lub przy zajęciu przez proces chorobowy licznych stawów.
Główne przeciwwskazania do alloplastyki stawu kolanowego to: przebyte lub aktywne ropne zapalenie, ogniska zapalne w innych okolicach organizmu, uszkodzenie lub znaczne zaburzenie funkcji aparatu wyprostnego kolana, tyłowygięcie stawu w następstwie osłabienia siły mięśniowej oraz obecność niebolesnej dobrze funkcjonującej artrodezy. Najczęstsze powikłania alloplastyki kolana to: choroba zakrzepowo-zatorowa, infekcje, obluzowanie aseptyczne, ból.
W chwili obecnej dobre wyniki po alloplastyce kolana uzyskuje się po 10 latach w 92-96% przypadków, a po 15 i 20 latach odpowiednio u 95% i 91% chorych.

L47
KNEE ARTHROPLASTY – INDICATIONS AND RESULTS OF TREATMENT

Tadeusz S. Gaździk
Katedra i Oddział Kliniczny Ortopedii Śląskiej AM, Sosnowiec, Poland

Key words: knee arthroplasty, results of treatment

The concept of improving knee joint function by modifying the articular surfaces has received attention since the 19th century. The evolution of total knee replacement is in its modern form about 40 years old. A range of protheses (unicondylar, bicondylar, and hinged) were used according to the preoperative condition and deformity. Most simply, a prothesis can be a surface replacement or a constraint design. These two categories may be further subdivided. Surface replacements comprise unicondylar and bicondylar designs. Bicondylar protheses can be cruciate ligament retaining, cruciate ligament excising, or cruciate ligament substituting. Constrained protheses can be loose or rigid. Loose designs allow some degree of rotation and varus-valgus rock. Rigid designs have a fixed-axis metal hinge. In recent years, successful results have been obtained with unicondylar protheses in selected patients, and the use of both constrained and hinged protheses have found a place in the surgical armamentarium for revision and complex primary surgery. In same cases are needed custom protheses for primary and revision surgery. Total condylar protheses can be cemented or cementless designs.
The primary indication for total knee arthroplasty is to relieve pain caused by severe arthritis, with or without significant deformity. Other sources of knee and leg pain (radicular pain, hip pain, vascular disease) must be sought and systematically excluded. Before surgery is considered, conservative treatment measures should be exhausted, including anti-inflammatory medications and activity modifications. Because knee replacement has a finite expected survival that is adversely affected by activity level, it generally is indicated in older patients with more sedentary lifestyles. It

is clearly indicated in younger patients who have limited function because of systemic arthritis with multiple joint involvement.

Contraindications to total knee arthroplasty include recent or current knee sepsis, a remote source of ongoing infection, extensor mechanism discontinuity or severe dysfunction, recurvatum deformity secondary to muscular weakness, and the presence of a painless, well functioning arthrodesis. Most frequent complications of total knee arthroplasty are: thromboembolism, infection, aseptic failure, pain.

Long-term series have documented the longevity of the original condylar prothesis to be 92 -96% at 10 years, 95% at 15 years and 91% at 21 years.