Chirurgiczne leczenie złamań nadkłykciowych

Streszczenia zjazdu PTOiTr – 2000 (WII)

Joseph Schatzker, MD., F.R.C.S. (C)
Sunnybrook and Women's Health Science Center, 2075 Bayview Avenue, Toronto, Ontario. Canada M4N 3M5

Wprowadzenie płytki kłykciowej przez AO w latach sześćdziesiątych zrewolucjonizowało leczenie tego złamania. Liczne publikacje z ostatnich 30 lat potwierdzają wyższość nowoczesnych metod AO w leczeniu złamania nadkłykciowego. Pełna klasyfikacja złamań nadkłykciowych w znacznym stopniu pomaga chirurgom w podejmowaniu decyzji. Bardziej od klasycznego nacięcia bocznego preferuje się dojście chirurgiczne okołorzepkowe przyśrodkowo w linii środkowej. Szczegółowe zrozumienie anatomii chirurgicznej dystalnej części kości udowej zapobiega technicznym nieszczęśliwym wypadkom przy zabezpieczaniu stabilnego unieruchomienia. Stworzono atraumatyczne techniki nastawiania złamań mające zapobiegać dewitalizacji odłamów pośrednich, co pozwala na zespolenie mostujące i eliminuje konieczność stosowania przeszczepów kostnych w złamaniach wieloodłamowych. W przeszłości, niepowodzenie przeszczepów kostnych w leczeniu złamań wieloodłamowych było najczęstszą przyczyną niepowodzeń dotyczących unieruchomienia. Obecnie urządzeniami stosowanymi do stabilizacji zespoleń są: klasyczna płytka kłykciowa, dynamiczna śruba kłykciowa, kłykciowa płytka podtrzymująca i wsteczny nadkłykciowy gwóźdź udowy. Wybór implantu zależy od swoistego wzoru złamania i współistniejących urazów tkanek miękkich, równoległych urazów kończyn i ogólnoustrojowych, wieku pacjenta i obecności osteoporozy. Otwarte złamanie nadkłykciowe stanowi unikalny problem wymagający ostrożnej oceny i stopniowania w rekonstrukcji. Nawet jeżeli ulegną

zakażeniu, po właściwej stabilizacji w 80% osiągnięte zostaną satysfakcjonujące wyniki. Złamanie nadkłykciowe w obecności całkowitej protezy kolana jest bezwzględnym wskazaniem do stabilizacji chirurgicznej. To oraz osteoporoza stwarzają swoiste wyzwanie wymagające do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego wyspecjalizowanych technik unieruchamiania. Uraz wielokrotny z uszkodzeniami wielonarządowymi i pewnymi swoistymi towarzyszącymi urazami stawowymi takimi jak złamania rzepki lub złamania plateau kości piszczelowej pogarszają wynik leczenia. Przy zastosowaniu nowoczesnych metod leczenia chirurgicznego, młodzi pacjenci z izolowanymi złamaniami typu A, typu B i C1 lub C2 mogą spodziewać się w wyniku leczenia normalnego funkcjonowania kolana. Złamania typu C3 oraz złamania otwarte wciąż są wyzwaniem a ich zejście zależy od stopnia początkowego zniszczenia chrząstki stawowej, stopnia fragmentacji i przemieszczenia kości i stopnia zniszczenia tkanek miękkich. Uraz chrząstki stawowej i ciężka osteoporoza pozostają nadal dwoma najważniejszymi nierozwiązanymi problemami w chirurgii złamań.