Długoterminowe wyniki leczenia wrodzonego skrócenia kości udowej

Streszczenia zjazdu PTOiTr – 2000 (W69)

Dungl.P.

Od 1981 do końca 1988 roku leczeniu chirurgicznemu poddano 21 dzieci z wrodzonym skróceniem kości udowej (klasy II, III i IV według Pappas). Rozkład wg Pappas był następujący: II-3, III-11, IV- 7. U pacjentów klasy II zastosowano technikę ,,kolano dla biodra" zgodnie z Kinks'em i wyniki były bardzo satysfakcjonujące ale przewlekle musi być noszona skomplikowana proteza. Ta praca zogniskowana została na końcowych wynikach kompleksowego leczenia klasy II i IV wg Pappas u 6 pacjentów z pozostałych 18, starszych niż 18 lat u których ustał wzrost. Leczenie chirurgiczne składało się z 6 kroków i zostało rozpoczęte nie wcześniej niż w wieku 3 lat. .
Etap 1. Jednostronny fiksator zamocowany do kości biodrowej i również do kości udowej lub kości piszczelowej z zastosowaniem ciągłej dystrakcji celem przybliżenia bliższego końca trzonu kości udowej do poziomu panewki. .
Etap 2. Usunięcie stawu rzekomego na poziomie szyjki kości udowej celem wytworzenia zespolenia między pomiędzy głową kości udowej a trzonem. .
Etap 3. Wydłużenie krótszej kości udowej przez zastosowanie miedniczno-udowego fiksatora ramowego z neutralizacją sił kompresji w obrębie stawu biodrowego. Wydłużenie jest uzyskane przez dystrakcję kostniny przez kortykotomię dalszej udowej przynasady. .
Etap 4. Wydłużenie piszczeli o 5 do 10 cm i powtórne wydłużanie kości udowej podczas wzrostu wykonywane z powodu skrócenia kończyny i hypoplastycznej strzałki lub braku strzałki które są częścią ,,wrodzonego skrócenia uda". .

Etap 5. Korekcja ciężkiej szpotawości stopy i korekcja nawracającej osiowej dewiacji obejmują permenentną epifizjodezę naokoło kolana gdy pacjent jest wysoki powyżej 1,55m. .
Etap 6. W przypadku dziewcząt naturalny fałd skórny jest ważny dlatego stworzenie takiego fałdu stanowi część tego etapu, jak również usunięcie dużych blizn. .
Wyniki: .
3 z 6 dorosłych miało LLD do 3 cm i stosowało normalne buty. Wielkość elongacji wynosiła 35 do 41 cm. W 3 przypadkach LLD wynosi pomiędzy 5 a 10 cm, i osoby te odmówiły dalszego wydłużania. Wszyscy pacjenci chodzą z pełnym obciążaniem ale stosują jedną kulę. Średnie wartości ROM w biodrze były następujące: S.: 0-0-60, F: 10-0-20, R 10-0-10 i w kolanie S.: 0-5-45. Nie występowało uszkodzenie nerwowo-mięśniowe lub zapalenie kości w przebiegu pooperacyjnym. Średnia liczba zabiegów operacyjnych na pacjenta wynosiła 9 i każdy pacjent był zadowolony z końcowego efektu. Żaden pacjent nie chciał zamienić wyniku końcowego na amputację i protezę.