

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 zbliżno-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 niektórych 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. jatrogenna retrotorsja szyjki (u jednego z pacjentów wynosiła ona 30; głowa była „zreponowana” do wcięcia kulzowego), 6. „nadcięcie” trzonu kości biodrowej zamiast osteotomii miednicy.