Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

ENDOPROTEZOPLASTYKA CAŁKOWITA STAWU KOLANOWEGO

Endoprotezoplastyka całkowita stawu kolanowego (alloplastyka, wymiana stawu kolanowego) to operacja ortopedyczna polegająca na wszczepieniu sztucznych elementów, zastępujących uszkodzone powierzchnie tworzące staw kolanowy. Operacja jest wykonywana u osób, u których dochodzi do znacznego zniszczenia stawu w przebiegu zmian zwyrodnieniowych, a ból wynikający z tego uszkodzenia nie reaguje na inne metody leczenia nieoperacyjnego i chirurgicznego. Celem operacji wszczepienia sztucznego stawu jest przede wszystkim zniesienie bólu, eliminacja przykurczu mięśni, poprawa siły mięśniowej, a przez to - stopniowe odzyskanie sprawności ruchowej.

Przed przyjęciem do szpitala

Uzyskanie kwalifikacji do operacji wymaga przedstawienia następujących dokumentów:

1. Zaświadczenie od lekarza rodzinnego o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia dużej operacji ortopedycznej.
2. Zaświadczenie od stomatologa o przeprowadzonej sanacji jamy ustnej.
3. Karty informacyjne dotyczące poprzedniego leczenia, wypisy ze szpitali, oraz inne informacje dotyczące aktualnego stanu zdrowia.
4. Badanie rentgenowskie kolana (ważne 3 miesiące) wykonane w skali 1:1
   a) na stojąco w projekcji przednio – tylnej
   b) w projekcji bocznej

Przed przyjęciem należy przygotować samego siebie oraz najbliższych do pobytu w szpitalu i okresu rekonwalescencji poszpitalnej. Pobyt potrwa od kilku do kilkunastu dni, zależnie od stanu ogólnego chorego, jego samopoczucia, postępów rehabilitacyjnych i możliwych problemów wymagających dodatkowego leczenia. Okres rekonwalescencji trwa od 3 do 12 miesięcy.

© Maciej Uchowicz

Do szpitala należy zgłosić się w wyznaczonym terminie, zabierając ze sobą dodatkowo:

1. Dowód osobisty, ważną legitymację ubezpieczeniową/emeryta/rencisty.
2. Leki własne w ilości wystarczającej na okres do 3 tygodni.
3. Ewentualne zaświadczenie o oddanej krwi.
4. Wygodne ubranie, kule łokciowe, obuwie sportowe na miękkiej podeszwie z zakrytą piętą i odpowiednią pończochę przeciwżylakową, jeśli wskazana.

W szpitalu

Przed zabiegiem wykonywanych jest szereg czynności, których celem jest zwiększenie bezpieczeństwa i komfortu pacjenta w czasie i po operacji. Należą do nich m.in: umycie całego ciała (pacjent dokonuje samodzielnie), ewentualnie oczyszczenie przewodu pokarmowego (enema) i cewnikowanie pęcherza moczowego. Zalecone i własne leki przyjmuje się w sposób ustalony z lekarzem prowadzącym. Ostatni posiłek (lekki) należy zjeść do godziny 18.00 dnia poprzedzającego operację, picie niewielkiej ilości płynów (woda, herbata) jest dozwolone do godziny 22.00. Rano w dniu operacji obowiązuje dieta ścisła, bezwzględny zakaz spożywania płynów, palenia papierosów. Konieczne jest przyjęcie niezbędnych leków, która można popić minimalną ilością przegotowanej wody.

Operacja

Operacja jest wykonywana w znieczuleniu regionalnym (znieczulenie dolnej połowy ciała) lub ogólnym. Dzięki znieczuleniu pacjent nie odczuwa bólu w czasie i po operacji. Szczegóły dotyczące znieczulenia należy omówić z anestezjologiem.

Po sterylnym przygotowaniu, chirurg nacina skórę w okolicy kolana i odsłania staw. Następnie usuwa uszkodzone tkanki i przycina w odpowiedni sposób koniec kości udowej i piszczelowej. Na przyciętych końcach obu kości mocuje elementy endoprotezy z metali szlachetnych. Mocowanie może odbywać się bezpośrednio w kości lub za pomocą cementu chirurgicznego. Pomiędzy elementem udowym i piszczelowym osadzana jest wkładka (rodzaj amortyzatora) ze specjalnego tworzywa sztucznego. Elementy te pozostają w kolanie na stałe. Następnie dokonywana jest ocena ruchomości i stabilności stawu i w razie konieczności dokonywane są odpowiednie korekty. Pod koniec operacji następuje wyrównanie powierzchni rzepki, zeszycie rany operacyjnej. Jeśli zostanie użyty dren, jest utrzymywany do 48 godzin – należy unikać zginania stawu do momentu usunięcia.

© Maciej Uchowicz

Po operacji

Po operacji wdrażany jest specjalny program postępowania lekarsko – pielęgniarsko - rehabilitacyjnego, którego celem jest stopniowe odzyskiwanie sprawności ogólnej przez pacjenta i przygotowanie go do właściwego wykorzystania endoprotezy. Obejmuje on stosowanie leków przeciwbólowych, przeciwbakteryjnych i przeciwzakrzepowych, wdrażana jest fizykoterapia, ćwiczenia, pionizacja, następuje nauka chodu i korzystania z kul łokciowych, pończoch przeciwżylakowych itp.

Zabieg operacyjny wykonywany jest z zachowaniem najwyższych, rygorystycznie przestrzeganych standardów bezpieczeństwa, niemniej jednak nie jest możliwe zapewnienie bezpieczeństwa na poziomie 100%. Wszystkie badania oraz własne doświadczenie wskazuje, że chociaż endoprotezoplastyka jest skuteczną i bezpieczną procedurą, a liczba zadowolonych pacjentów jest bardzo wysoka, to po operacji może dojść do wystąpienia powikłań.

Pewne problemy występujące po operacji, choć czasem postrzegane jako powikłanie, nie są nimi z medycznego puntu widzenia. Należą tu m.in: nudności i wymioty, bóle głowy, złe samopoczucie, zaburzenia świadomości, krwiaki podskórne, konieczność przetaczania krwi, gorączka utrzymująca się do kilku dni po operacji, umiarkowany obrzęk kolana i podudzia, opóźnienie w gojeniu rany, przejściowe zaburzenia czucia kończyny, utrzymujące się umiarkowane bóle w stawie, niepełne odzyskanie sprawności ruchowej czy niewielka zmiana długości kończyny (o ile nieistotne z punktu widzenia czynności).

Powikłania – to zdarzenia potencjalnie wpływające na ogólny stan zdrowia w sposób chwilowy lub trwały i które mogą wymagać dodatkowej interwencji medycznej. Należą do nich m.in: niepożądana reakcja na leki/przetoczoną krew, zaburzenia rytmu serca, spadki ciśnienia, wstrząs, zawał serca, udar, choroba zakrzepowo-zatorowa, infekcja powierzchowna i głęboka, zaburzenia oddechowe, jelitowo - żołądkowe, uszkodzenie naczyń i nerwów, zwichnięcie endoprotezy, złamanie, przykurcz stawu i inne. Zgon jest zjawiskiem niezmiernie rzadkim. Ogółem około 1% operowanych doświadcza powikłania wymagającego dodatkowego postępowania, ale nawet w przypadku wystąpienia, większość udaje się pomyślnie wyleczyć. Choroby występujące uprzednio u pacjenta mogą podwyższać ryzyko wystąpienia dodatkowych zaburzeń.

Z czasem (w okresie kilku/kilkunastu lat), nawet pomimo przestrzegania zaleceń i najlepszej techniki operacyjnej może dojść do stopniowego, powolnego obluzowania elementów endoprotezy, wymagającego ponownej operacji celem jej wymiany. Obluzowanie takie nie jest powikłaniem, a raczej konsekwencją wszczepienia sztucznego elementu w żywy, funkcjonujący organizm i dotyczy ok. 7% pacjentów w okresie 20 lat po operacji.

© Maciej Uchowicz

Po wypisie

Po wypisie ze szpitala następuje okres rekonwalescencji, który dzieli się na trzy etapy: wczesny - do 6 tygodnia, średni - do 3 miesięcy i późny – do 1 roku po zabiegu. W tym okresie mogą występować dolegliwości w okolicy operowanego kolana – bóle, obrzęki, zaczerwienienie czy ucieplenie, budzące niepokój chorego, ale najczęściej niewymagające postępowania chirurgicznego. Pacjent jest zobowiązany do przestrzegania zaleceń lekarskich, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, powinien przyjmować zalecane leki i stopniowo wdrażać się do wykonywania czynności życia codziennego. Wskazane są okresowe kontrole medyczne, ćwiczenia i rehabilitacja, korzystne jest leczenie sanatoryjne.

Po endoprotezoplastyce stawu kolanowego należy: dbać o masę ciała (nadwaga znacznie zwiększa ryzyko obluzowania protezy!), unikać noszenia dużych ciężarów i sytuacji zagrażających uderzeniami czy upadkami. Niewskazane jest klękanie, kucanie, przysiady, forsowne zginanie i przeciążanie kolana. Pozostałe czynności życia codziennego są dozwolone i możliwe jest prowadzenie aktywności fizycznej w umiarkowanym zakresie.

UWAGA

Powyższe informacje mają charakter ogólny, nie dotyczą konkretnej osoby, nie zawierają wyjaśnień odnoszących się konkretnej sytuacji klinicznej i nie zastępują indywidualnej konsultacji medycznej. Wszelkie wątpliwości należy wyjaśniać z lekarzem prowadzącym.

© Maciej Uchowicz