

▶▶ ΤΑ ΑΡΘΡΑ

ΥΓΕΙΑ

Ελπιδοφόρα μηνύματα στην χειρουργική γόνατος

Η αύξηση του μέσου όρου ζωής τα τελευταία χρόνια, καθώς και άλλοι παράγοντες όπως η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή και έλλειψη σωματικής δραστηριότητας κ.ά. είχαν σαν αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας των νοσημάτων των μεγάλων αρθρώσεων και ιδιαίτερως του γόνατος

Οι επεμβάσεις γόνατος που εξελίχθηκαν ταχύτατα τις τελευταίες δεκαετίες συνέβαλαν σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενών που μέχρι προηγουμένως ήταν καταδικασμένοι να ζουν με πόνο και αναπηρία. Σήμερα, σε όλο τον πλανήτη, 1,8 εκατομμύρια ασθενείς υποβάλλονται ετησίως σε ολική αρθροπλαστική γόνατος με πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας και βιώνουν τα οφέλη της ανώδυνης και ικανοποιητικής βάδισης ανεξαρτήτως της προχωρημένης ηλικίας τους.

Το γόνατο σχηματίζεται από την άρθρωση μεταξύ του μηριαίου οστού, της κνήμης και της επιγονατίδας. Τα τρία αυτά οστά καλύπτονται από αρθρικό χόνδρο μέσω του οποίου αρθρώνονται. Ο τελευταίος επιπρέπει την κίνηση μεταξύ τους με ελάχιστη φθορά και ολίσθηση. Επίσης, το μηριαίο και η κνήμη συνδέονται μεταξύ τους με πρόσθιο και οπίσθιο χιαστό σύνδεσμο στο κέντρο του γόνατος και τον έσω και έξω πλάγιο σύνδεσμο. Μεταξύ του μηριαίου και της κνήμης παρεμβάλλονται ο έσω-και έξω μηνίσκος με τους οποίους αυξάνεται και η σταθερότητα του γόνατος και επιφανείς επαφής των αρθρώσεων.

Η πιο κοινή αιτία του χρόνιου πόνου και ανικανότητας των γονάτων είναι η αρθρίτιδα. Εμφανίζεται με την μορφή είτε της οστεοαρθρίτιδας σε άτομα 50 ετών και άνω ή σε άτομα με ένα οικογενειακό ιστορικό αρθρίτιδας, σε άτομα με διαταραχή της ευθυγράμμισης του μηριαίου και της κνήμης (ραιβογονία-βλαισιγονία), είτε της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, είτε μετατραυματικής αρθρίτιδας που μπορεί να ακολουθήσει ένα σοβαρό τραυματισμό των γονάτων, είτε σε άλλες μορφές λιγότερο συχνές.

Συγκεκριμένα, στην οστεοαρθρίτιδα ο χόνδρος που καλύπτει τα οστά του γόνατου μαλακώνει και καταστρέφεται με αποτέλεσμα να τρίβονται το ένα πάνω στο άλλο προκαλώντας πόνο και ακαμψία. Στην ρευματοειδή η αρθρική μεμβράνη παχύνεται και φλεγμαίνει, παράγοντας άφθονο αρθρικό υγρό που διογκώνει την άρθρωση και η χρόνια φλεγμονή μπορεί να βλάψει ανεπανόρθωτα τον χόνδρο προκαλώντας και πάλι πόνο και ακαμψία. Τέλος, ένα κά-



ταγμα στο γόνατο ή σοβαρή συνδεσμική κάκωση αλλάζει την εμβιομηχανική προκαλώντας αυξημένες φορτίσεις που με την πάροδο του χρόνου προκαλούν βλάβη στον αρθρικό χόνδρο οδηγώντας σε πόνο και περιορισμό λειτουργικότητας άρθρωσης. Αυτή είναι η μετατραυματική αρθρίτιδα.

Σύμφωνα με τους ορθοπαιδικούς χειρουργούς της ΣΤ Ορθοπαιδικής Κλινικής του Νοσοκομείου ΚΑΤ η καταλληλότερη στιγμή για να κάνει κάποιος την επέμβαση είναι: όταν βλέπετε ότι τα φάρμακα δεν επαρκούν πλέον για τον έλεγχο των συμπτωμάτων, όταν τα βοηθήματα περπατήματος (μπαστούνι) δεν είναι πλέον αποτελεσματικά, όταν πόνος δεν υποχωρεί με φυσικοθεραπεία, όταν υπάρχει δυσκαμψία με σημαντικό περιορισμό της κινητικότητας του γόνατος και παραμόρφωση των άκρων, όταν ο σημαντικός πόνος περιορίζει από την δυνατότητα εργασίας και αναψυχής επηρεάζοντας άμεσα την ποιότητα ζωής, όταν νιώσετε μέσα σας έτοιμος να ξεπεράσετε τον φόβο ενός χειρουργείου...Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ηλικίας 60-80 ετών αλλά έχουν εκτελεστεί επεμβάσεις ακόμα σε νέους εφήβους με νεανική αρθρίτιδα. Οπότε οι συστάσεις για την επέμβαση είναι βασισμένες στον πόνο ενός ασθενή και την επακολουθούσα ανικανότητα, και όχι στην ηλικία.

Η ολική αρθροπλαστική πρόκειται για μία χειρουργική επέμβαση κατά την οποία οι φθαρμένες φορτιζόμενες επιφάνειες του γόνατος αντικαθίστανται με τεχνητά υλικά. Ο καταστραμμένος αρθρικός χόν-

δρος του μηρού και της κνήμης αφαιρούνται και στη θέση τους τοποθετούνται μεταλλικά ενθέματα τα οποία είναι συνήθως κατασκευασμένα από ειδικά κράματα πτανίου, κοβαλτίου ή χειρουργικού χάλυβα. Ανάμεσα στο μηριαίο και το κνημιαίο ένθεμα τοποθετείται ένα ένθεμα πολυαιθυλενίου υψηλής πυκνότητας προκειμένου να επιτευχθεί η ελάχιστη τριβή κατά την κίνηση του τεχνητού γόνατος. Επίσης έχουν χρησιμοποιηθεί και ειδικά κεραμικά υλικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαραίτητη κρίνεται και η αντικατάσταση της αρθρικής επιφάνειας της επιγονατίδας.

Η επέμβαση μπορεί να διεξαχθεί είτε υπό ολική είτε από ραχιαία αναισθησία και μπορεί να συνδυαστεί με block μηριαίου νεύρου. Λόγω των πολλών οστεοτομιών είναι μια αρκετά επώδυνη επέμβαση. Μετά την επέμβαση ο ασθενής παραμένει στην ανάνηψη για 1 ώρα ενώ η κινητοποίηση στο κρεβάτι αρχίζει το απόγευμα της ίδιας μέρας ενώ την επόμενη ημέρα είναι αναγκαία η βάδιση με την επίβλεψη των φυσικοθεραπευτών. Η χορήγηση αντιβιοτικών διαρκεί 48 ώρες, διάστημα για το οποίο μπορεί να είναι απαραίτητη η παρουσία ουροκαθετήρα. Εξαιρετικά σημαντική είναι η συμμόρφωση του ασθενούς με το πρόγραμμα φυσιοθεραπείας ώστε να επιτευχθεί το ιδανικό εύρος κίνησης. **Η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο είναι 3-4 ημέρες αλλά μπορεί να φτάσει και την εβδομάδα. Η χρήση βακτηριών είναι αναγκαία για διάστημα 4 εβδομάδων μετά την επέμβαση. Ο χρόνος ανεξάρτητης βάδισης στην πλειονότητα των ασθενών ξεκινά μετά τις 4-6 εβδομάδες ενώ μετά από αυτό το διάστημα μπορεί να επανέλθει και ο πλήρης έλεγχος κινήσεων των κάτω άκρων για οδήγηση.**

Συχνά, η προσβολή από την αρθρίτιδα

είναι ετερόπλευρη, περιοριζόμενη μόνο στο ένα γόνατο. Μπορεί όμως και αμφοτερόπλευρη. Η αμφοτερόπλευρη αρθροπλαστική σε ένα χρόνο αποφεύγεται λόγω αυξημένης καταπόνησης του οργανισμού και αυξημένης πιθανότητας επιπλοκών. Προτιμάται η πραγματοποίηση των επεμβάσεων διαδοχικά με την παρεμβολή διαστήματος 3-6 μηνών.

Η διάρκεια του χειρουργείου είναι περίπου 2 ώρες και ποικίλει ανάλογα με τις τεχνικές ιδιαιτερότητες της περίπτωσης. Όπως σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις, έτσι και εδώ υπάρχει κάποιος κίνδυνος για επιπλοκές κατά το μετεγχειρητικό στάδιο. Έτσι, προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο μόλυνσης του τραύματος, χορηγούνται περιεγχειρητικά αντιβιοτικά ενδοφλεβίως (μικροβιακή λοίμωξη 1-2%). Επίσης, η εκτέλεση της επέμβασης σε χειρουργική αίθουσα με σύστημα laminar air flow (αποστειρωμένου αέρα), μειώνει σημαντικά την πιθανότητα μόλυνσης. **Παράλληλα στον ασθενή τοποθετούνται μετεγχειρητικά κάλτσες θρομβοπροφύλαξης, ενώ χορηγούνται ανπηκτικά φάρμακα προκειμένου να προστατευθεί από το ενδεχόμενο της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και της πνευμονικής εμβολής(1%). Για το ενδεχόμενο αιμορραγίας, πρέπει να υπάρχουν άμεσα διαθέσιμες δύο διασταυρωμένες φιάλες αίματος στο τμήμα αιμοδοσίας. Λόγω της έλλειψης αιμοδοτών στην χώρα μας θα πρέπει ο ασθενής να δώσει τις φιάλες αίματος από πριν.**

Τα υλικά από τα οποία κατασκευάζονται τα σύγχρονα ενθέματα είναι υψηλής αντοχής. Έτσι, μία ολική αρθροπλαστική γόνατος μπορεί να έχει διάρκεια ζωής 15-25 έτη πριν χρειαστεί να αντικατασταθεί (αναθεώρηση αρθροπλαστικής)υρωμένες φιάλες αίματος στο τμήμα αιμοδοσίας.

Συνοψίζοντας, η ολική αρθροπλαστική γόνατος έχει σταθερά πάνω από 90% και κάποιες φορές πάνω από 95% ευχарιστημένους ασθενείς αποτελώντας μια από τις πιο πετυχημένες επεμβάσεις της σύγχρονης ορθοπαιδικής, αποδεικνύοντας ότι η επιστήμη μπορεί επάξια να υπηρετήσει τον άνθρωπο προσφέροντας του την χαμένη δυνατότητα όχι μόνο της βάδισης, αλλά και της κολύμβησης, της οδήγησης, της βόλτες με το ποδήλατο, το γκολ και τον χορό, λύνοντας όχι τα χέρια τους αλλά... τα πόδια τους!

* Ευχαριστώ για την πολύτιμη συμβολή τους, τους Διευθυντές της ΣΤ κλινικής κ. Μιχαήλ Κούρτη και κ. Σπυρίδων Ηλιόπουλος καθώς και την ειδικευμένη ορθοπαιδικό-χειρουργό κ. Αυγή Κυριαζή.



ΑΠΟ ΤΟΝ
ΜΑΝΟ ΔΗΜΟΝΙΤΣΑ,
ΦΟΙΤΗΤΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗΣ ΑΘΗΝΩΝ
doctor_demon@hotmail.com