

# XI. MEZINÁRODNÍ KONGRES ÚRAZOVÉ CHIRURGIE A SOUDNÍHO LÉKAŘSTVÍ

05-06.09.2019

Mikulov, hotel Galant



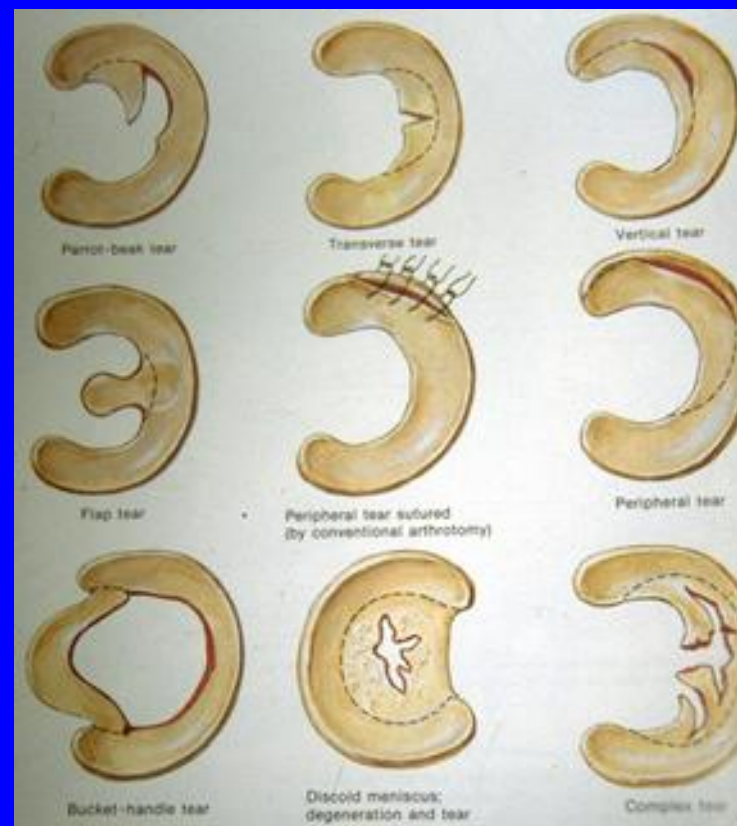
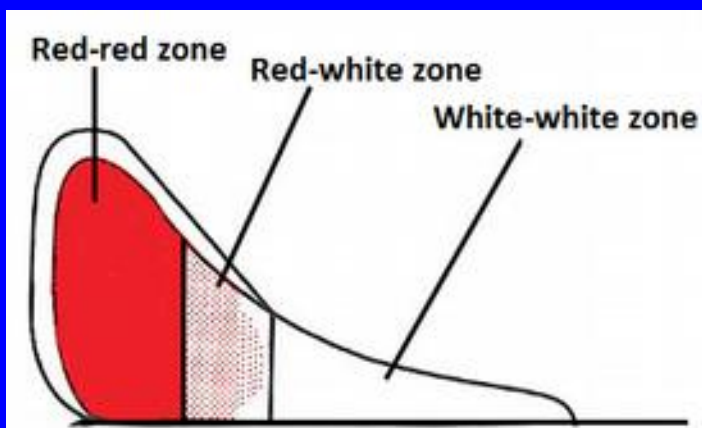
## **„Komplikace“ v artroskopii**

*Pikula R., Smékal P., Vojtaník P., Uher T.  
Klinika úrazové chirurgie LF MU a TC FN Brno*

# Poranění menisku

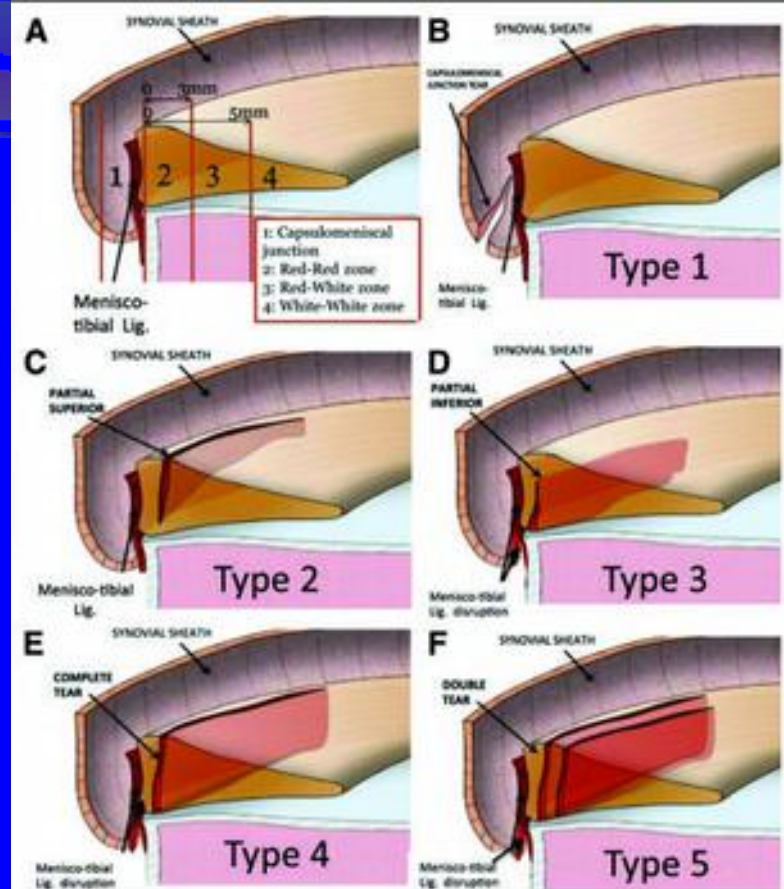
- *Tvar ruptury, místo ruptury (R-R, R-W, W), čas od úrazu, stabilita kolenního kloubu, artroza kloubu*

- Ideální indikace k meniskopexi  
věk <40, bez degenerativy, vertikální  
ruptura v R-R zóně při LCA rekonstrukci



# „Ramp“ léze

- 9-17% při ruptuře LCA
- Longitudinální rpt. zadního rohu MM
- MRI často negativní
- PM port – ošetření léze
- All-inside, inside-out ošetření



**Figure 2: CLASSIFICATION OF RAMP LESIONS:** (A) These tears can then further classified by their proximity to meniscus blood supply, namely, whether they are located in the capsulomeniscal junction (1), red-red (2), red-white (3), or white-white (4) zones. (B) Type 1: Capsulomeniscal junction lesions. Lesions are very peripherally located in the synovial sheath. Mobility at probing is very low. (C) Type 2: Partial superior lesions. It is stable and can be diagnosed only by the trans-notch approach. Mobility at probing is low. (D) Type 3: Partial inferior or hidden lesions. They are not visible with the trans-notch approach, but they may be suspected in case of mobility at probing, which is high because of the disruption of the meniscotibial ligament. (E) Type 4: Complete tear in the red-red zone. Mobility at probing is very high. (F) Type 5: Double tear.

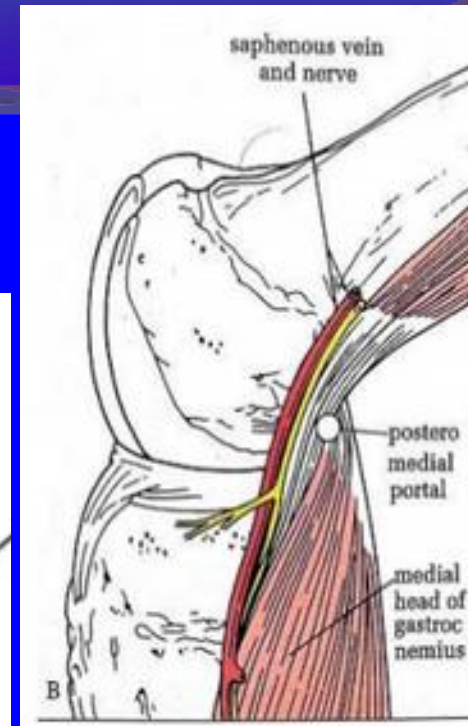
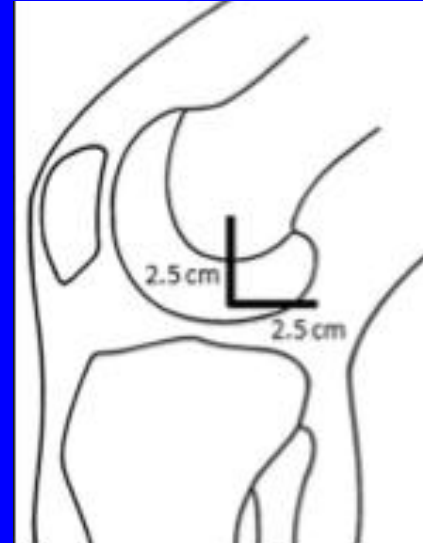


- AL port
- Mezi PCL a med. kondylem femuru
- Valgus stress, trokar



# PM port

- prosvícení, PM pouzdro
- za pomoci jehly vyhledání – „safe“ vstupu – nad meniskem, proximálně od med. kondylu

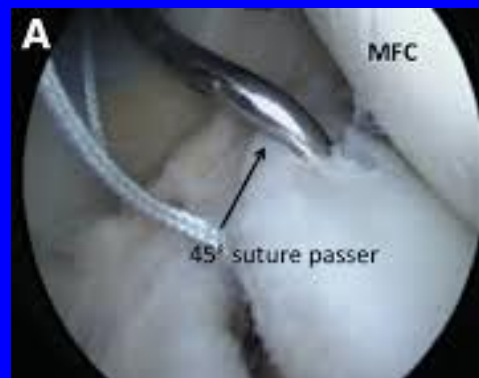
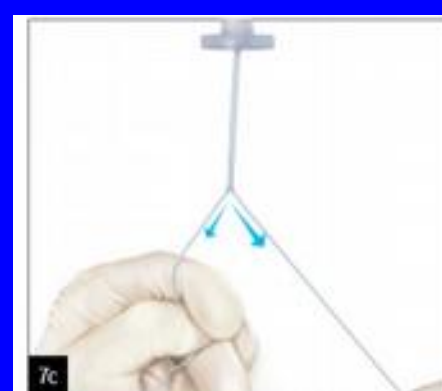
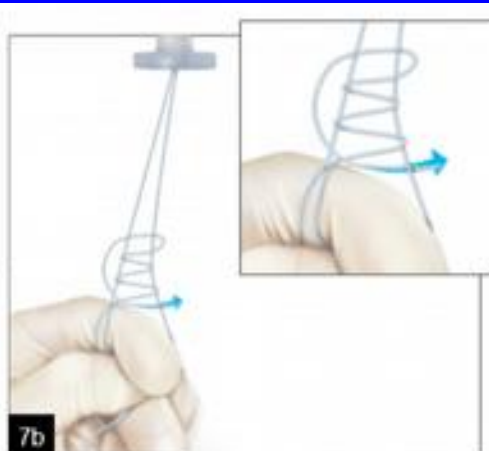
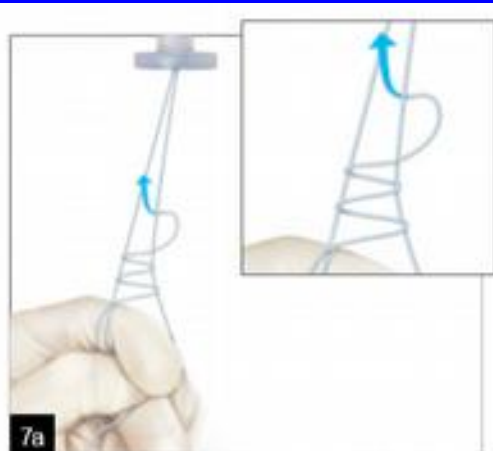


- QuickPass lasso + 2-0 FiberStick



- Utažení steh
- Ne! přetažení PM struktur
- N. saphenus
- PRP(platelet rich plasma)
- Microfracturing





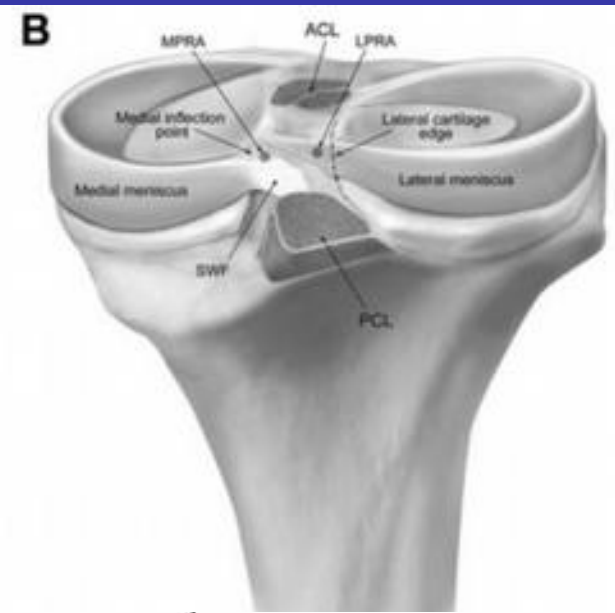
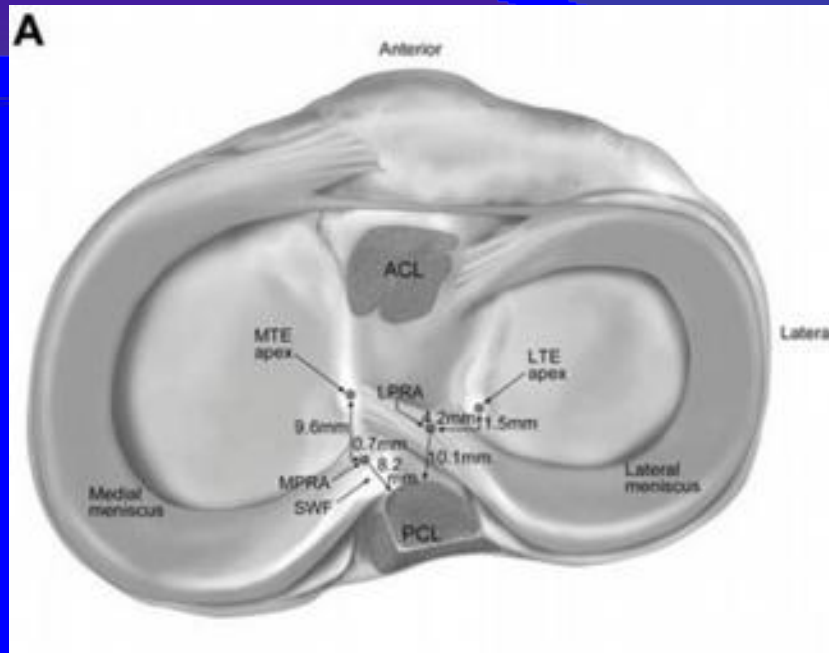
# Root léze

- Radiální rpt. 1cm od úponu menisku
  - avulze kostního fragmentu
- Úraz vs. Degenerativní změny
- Prevence rozvoje osteoartritidy

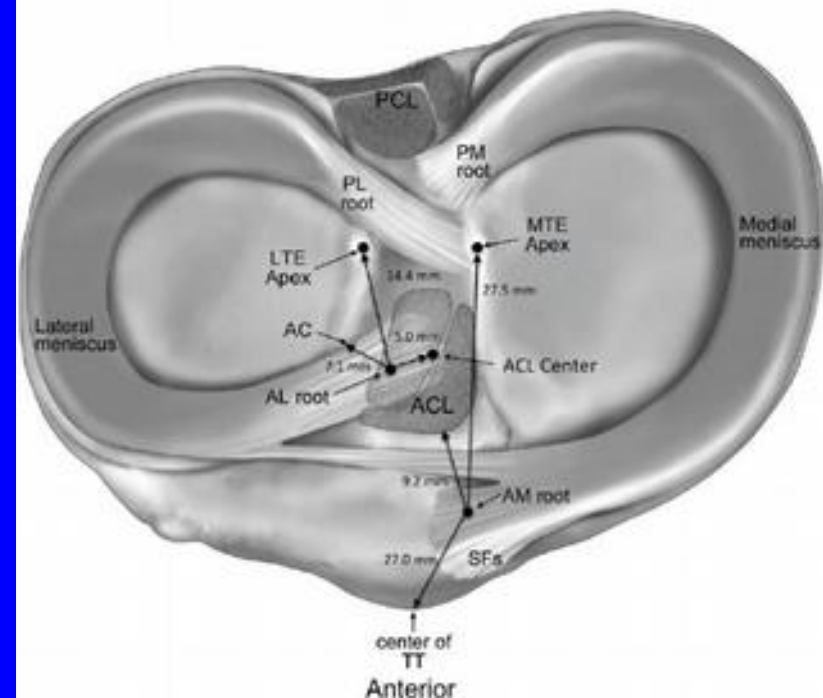


- *Medial meniscus posterior root attachment (MPRA)*
- *Lateral meniscus posterior root attachment (LPRA)*
- *Medial meniscus anterior root attachment (MARA)*
- *Lateral meniscus anterior root attachment (LARA)*





- Při rpt. LCA zadní úpon LM hraje důležitou roli ke stabilizaci kolen. kloubu - anterior tibial translation (ATT), pivot aktivity
- Zadní úpon MM - MPRA je nejméně mobilní část – největší incidence ruptur



# Klasifikace



Type 1



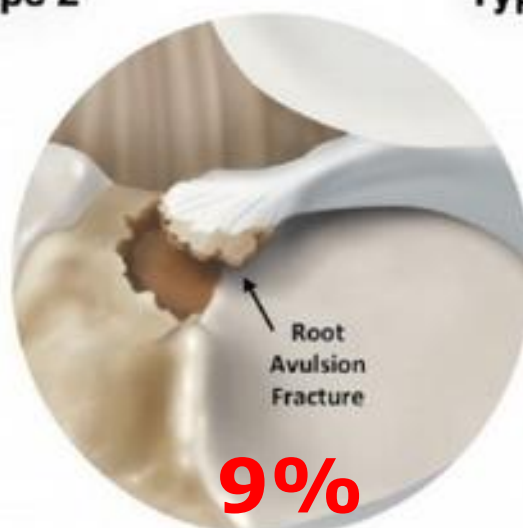
Type 2



Type 3



Type 4



Type 5

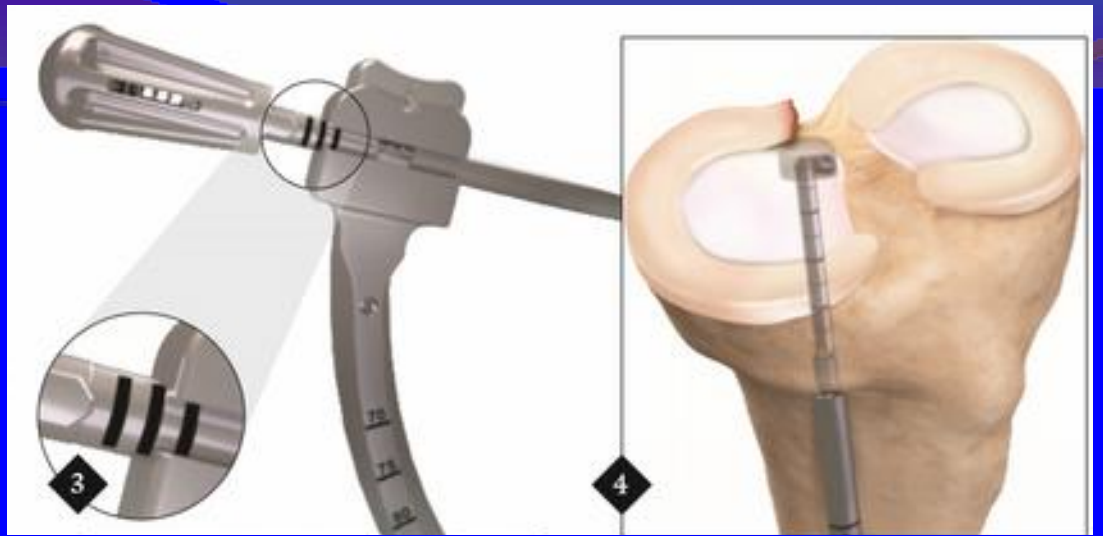
# Terapie

- Konzervativní – typ 1
- Menisektomie
- Meniskopexie: all-inside technika
  - : transtibiální (transoseální) pull-out technika
  - 2 stehy, 1 vs. 2 kanály



Lepší dlouhodobé funkční výsledky, snížení osteoartritidy, snížení extruze menisku

*Chung KS, Ha JK, Yeom CH, Ra HJ, Jang HS, Choi SH, et al. Comparison of clinical and radiologic results between partial meniscectomy and refixation of medial meniscus posterior root tears: a minimum 5-year follow-up. Arthroscopy. 2015;31(10):1941–50*



# Pooperačně

- Ortéza kolenní rigidní 2-6 týdnů
- Prevence otoku
- Chůze o berlích: 2 týdny bez došlapu, 4 týdny odlehčení
- 3 týdny od operace – bez rotací!
- Od 6. týdne rotoped, plavání
- Dřep, sporty, rotace se zátěží, skoky – 3(4) měsíce od úrazu
- *Průměrná doba rekurence symptomů – 34 měsíců (16-53 měsíců)*

***Děkuji za pozornost!***

