

616.718.6/7-018.38-007.251-07-08

NAŠE ZKUŠENOSTI S DIAGNOSTIKOU A LÉČBOU TOTÁLNÍCH A PARCIÁLNÍCH RUPTUR ACHILLOVY ŠLACHY

Mjr. MUDr. Jiří HERNYCH

Chirurgické oddělení vojenské nemocnice v Plzni

(náčelník: plk. MUDr. Oldřich Smola)

Ruptura Achillovy šlachy (RAŠ) bylo na začátku století poranění téměř raritní. S rozvojem sportu, zejména pak s rozšířením rekreačních forem sportu a sportovní činností střední generace, se toto poranění stává typickým sportovním úrazem [3, 7]. Postihuje osoby středního věku, tedy osoby v plné sportovní a

pracovní aktivitě. Horel udává, že na každých 10 vážnějších sportovních úrazů připadá 1 RAŠ. V naší i zahraniční literatuře je této problematice věnována značná pozornost. Názory na léčbu totálních RAŠ jsou jednotné a operace je při správné diagnostice včas indikována. Zcela jiná je situace u parciálních RAŠ. Tyto se

vyskytují ve 4–6 % poranění AŠ (5, 7). Údaje v literatuře na toto téma jsou velmi sporadické, různí se názory na léčbu, existují tu diagnostické problémy. V našem klinickém materiálu se parciální RAŠ vyskytly téměř ve 25 %. Některé naše zkušenosti jsou obsahem tohoto sdělení.

Materiál, způsob léčby a diagnostika

Od ledna 1982 do prosince 1985 bylo na chirurgickém oddělení VN Plzeň hospitalizováno 12 nemocných pro traumatické poškození AŠ. Z toho bylo 11 mužů a 1 žena. Průměrný věk postižených byl 32,9 roku, nejmladšímu bylo 21 let, nejstaršímu 51 let. Věkové složení a výskyt v jednotlivých věkových dekádách ukazuje tabulka 1. Všichni nemocní s RAŠ byli operováni. Při operaci jsme našli totální RAŠ 10×, inkompletní RAŠ 2×. Jeden pacient po totální RAŠ byl reoperován pro rupturu AŠ.

Tab. 1

Diagnostika:

1. Anamnéza a klinické vyšetření
2. RTG — měkký snímek a Kargerův trojúhelník
3. Xeroradiografie
4. Operační revize

Jedním z faktorů rozhodujícím o konečném efektu léčby je včasnost chirurgického zákroku. Všeobecně je dnes uznáván názor, že operace má následovat co nejdříve po poranění (2). Časový interval od úrazu do operace ukazuje tabulka 2.

Tab. 2

Interval úraz — operace:

Do 24 hodin	2
Do 3 dnů	7
Déle než 3 dny	3

Desítky navrhovaných stehů a plastik AŠ do svědčují, že pro samotné zhojení není pravděpodobně tato technika rozhodující. Způsoby operační léčby, které jsme použili na našem pracovišti, ukazuje tabulka 3. Diagnostika totální RAŠ

Tab. 3

Způsoby chirurgické léčby:

Prostá sutura šlachy	10
Plastika dle Chigota	1
Plastika dle Chigota a Langeho	2

nečiní obvykle obtíže a chirurgická intervence je včas indikována. Diagnostické chyby a omyly přicházejí však u parciálních RAŠ nebo u parciálních ruptur. Pacienti jsou často léčeni pod diagnózou achilodynie nebo distorze hlezenného kloubu a přetrvávající obtíže ve-

dou ke správné diagnóze a operační revizi často i po několika měsících.

Pro názornost uvádím kasuistiku 2 neúplných RAŠ a jedné parciální ruptury AŠ.

Pacient E. D., 26 let, pocítil náhle při kopané prasknutí a bolest v oblasti AŠ vpravo. Byl vyšetřen na chirurgickém oddělení OÚNZ, byla stanovena diagnóza parciální RAŠ a naložena sádrová fixace na 3 týdny. Do naší péče předán 2 měsíce po poranění pro přetrvávající bolesti a zduření v oblasti AŠ. Při vyšetření nacházíme omezenou dorzální flexi pravého hlezna, otok měkkých tkání v oblasti AŠ a zduření 2 cm nad úponem AŠ na kost patní. Thompsonův test je negativní, pacient nesvede stoj na špičce, Kargerův trojúhelník na rtg snímku je ostře kreslený. Naložen zinkokliheový obvaz a doporučena šetrná rehabilitace. Po 3 týdnech přikročeno k operační revizi pro nelepšící se stav. Ode dne úrazu uplynuly 3 měsíce. Peroperačně zjištěna parciální RAŠ, provedena anatomická rekonstrukce šlachy a další průběh byl bez komplikací. Zhojen bez funkčního poškození.

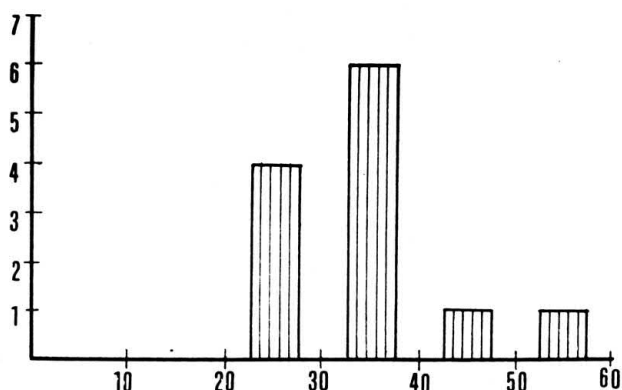
Pacient I. S., 21 let, při kopané zezadu nakopnut do napjaté AŠ vpravo. Léčen v OÚNZ jako distorze hlezna sádrou fixací na dobu 3 týdnů. Do naší péče předán 6 týdnů po úraze pro přetrvávající bolesti a zduření AŠ. Na naší ambulanci naložena chodící sádrová fixace na 14 dní. Po sejmutí sádky bez větších obtíží. Po 3 měsících od úrazu se pacient vrací, objektivně nacházíme bolestivé zduření prakticky celé AŠ na šíři 3 cm. Rtg snímek prokazuje ztlustění AŠ a defiguraci Kargerova trojúhelníku. Přistupujeme tedy k operační revizi AŠ, kde nacházíme hypertrofii peritendinózních tkání (callus like mass) a parciální RAŠ. Po snesení peritendinózních tkání, rekonstrukci a sutuře AŠ je další průběh bez komplikací.

Pacient J. S., 33 let, při volejbalu utrpěl totální RAŠ vpravo. Druhý den ráno přijat na naše oddělení a týž den operován. Po 6 týdnech sádrové fixace zahájena rehabilitace. Po 10 týdnech od úrazu uklouzl doma v koupelně, pocítil bolest v oblasti operované AŠ. Při vyšetření zjištěna 1 cm dlouhá dehiscence operační jizvy se séroanquinolentní sekrecí a edémem měkkých tkání, Thompsonův test je negativní, Kargerův trojúhelník je ostře kreslený. Pacienta hospitalizujeme, provádíme drenáž hematomu z okolí AŠ. Po opakovaném klinickém vyšetření stanovena diagnóza parciální ruptury AŠ, přikročeno k operační revizi, peroperačně zjištěna parciální ruptura AŠ. Provedena rekonstrukce šlachy a sutura. Další průběh je bez komplikací. Pacient nastupuje do zaměstnání 7,5 měsíce od prvního úrazu.

Diskuse

Tupá poranění AŠ jsou stále vyhledávaným tématem naší i zahraniční literatury. Výsledky

rekonstrukce šlachy jsou ovlivněny časovým intervalem mezi úrazem a operací, použitou operační technikou, včasnou rehabilitací a individuálním stavem pacienta (6). Včasná, správná diagnóza umožní adekvátní léčení tohoto poranění. Tak tomu bývá obvykle u totálních RAŠ. Jinak je tomu u parciálních RAŠ, které jsou často mylně léčeny jako jiná, méně závažná onemocnění šlachy imobilizací, fyzikální terapií, lokálními protizánětlivými prostředky a dnes již obávanými lokálními injekcemi kortikoidů (4, 8). Srovnáme-li dobu potřebnou ke stanovení diagnózy v našem klinickém materiálu, pak tato doba u totálních RAŠ činí 4 dny, u parciálních 3 měsíce. S tím pak souvisí i délka pracovní neschopnosti, která u totálních ruptur činila 3,5 měsíce, zatímco u parciálních RAŠ činila dvojnásobek, tedy 7 měsíců.



Obr. 1

Na prvním místě v diagnostice RAŠ stále stojí pečlivá anamnéza a pečlivé, opakované klinické vyšetření (9). Žel, právě zde nám většina příznaků typických pro totální RAŠ selhává. Např. typická prudká bolest v místě ruptury a slyšitelné lupnutí. I další příznak — defekt šlachy, nemusí být patrný, zvláště je-li hematoma nebo otok v okolí šlachy, nebo je-li tato oblast změněna předchozí operací na AŠ. Thompsonův test — chybění plantární flexe při stisku lýtkového svalu volně visící nohy u pacienta ležícího na břiše — zde rovněž selhává. Dalším cenným a dostupným vyšetřením je rtg vyšetření s použitím měkké techniky. Při něm po-

suzujeme jednak stín AŠ a dále tzv. Kargerův trojúhelník, který je anatomicky vymezen kostí holenní, patní a konturou šlachy (2). Byla vyzkoušena i řada speciálních vyšetření, např. xeroradiografie, která však není dostupná na pracovištích nižšího typu (5). Z uvedeného vyplývá, že jediná spolehlivá diagnostická metoda je revize šlachy (tabulka 4).

Souhrn

Ve své práci jsem si dovolil upozornit na problematiku RAŠ, zejména pak na parciální poškození této šlachy. Jsem si vědom, že mé závěry vycházejí z poměrně malého souboru, ale na druhé straně vycházím z toho, že naše i zahraniční literatura o parciálních rupturách nehovoří. Délka pracovní neschopnosti podmíněná diagnostickými problémy hovoří pro včasnou operační revizi při podezření na parciální rupturu AŠ.

Literatura

1. TYPOVSKÝ, K.: Traumatologie pohybového ústrojí. Avicenum 1981.
2. LOM, P. - CHARVÁT, A. - SLEZÁK, Z. - KUČERA, M.: Naše zkušenosti s plastickým stehem Achillovy šlachy. Acta Chir. ortop. Traumatol. cecoslov., 1977, 1, s. 70.
3. MÜLLER, I. - MESSNER, P.: Poranění Achillovy šlachy u sportovců. Acta Chir. ortop. Traumatol. cecoslov., 1977, 4, s. 367.
4. HUDLER, J. - VACEK, Z. - MATĚJOVSKÝ, Z.: Achillo-dynie, morfologické změny po aplikaci Kenalogu. Acta Chir. ortop. Traumatol. cecoslov., 1981, 1, s. 84.
5. VACH, B. - BRUNA, J.: Příspěvek k diagnostice poranění Achillovy šlachy pomocí xeroradiografie. Rozhl. Chir., 1981, 6, s. 372.
6. ZAHORÁK, K.: Zkušenosti s léčením ruptury Achillovy šlachy. Rozhl. Chir., 1983, č. 2, s. 86.
7. HOREL, K.: Některé poznámky k diagnostice a léčbě ruptur Achillovy šlachy. In: Sborník věd. prací lék. fak. Hradec Králové 23, 1980.
8. KOLÁR, Z.: Poškození Achillovej šlachy a možnosti léčby. Lék. těl. vých., 1981, 1, s. 53.
9. LINNIK, S. A.: Clinical aspects and diagnosis of injuries of the Achilles tendon. Vest. Chir., 1983, 131, s. 127.
10. GIRSHIN, S. G.: Transcutaneous buried suture of the Achilles tendon in fresh ruptures. Ortop. travmatol. Protez, 1981, č. 10, s. 59.

Klíčová slova: Parciální RAŠ; Diagnostika; Operační revize.