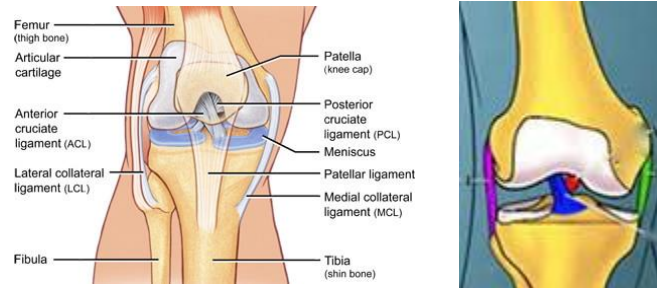


Ρήξη πρόσθιου χιαστού

Σημείωση: Το κείμενο που ακολουθεί είναι γραμμένο σε απλή γλώσσα με σκοπό την πληροφόρηση ασθενών για ιατρικά θέματα. Οι ιατρικοί όροι αποδίδονται και στα Αγγλικά για ευκολότερη αναζήτηση με λέξεις/κλειδιά στο διαδίκτυο

Η άρθρωση του γόνατος (knee joint) δεν έχει καλή οστική καθοδήγηση καθώς τα αρθρούμενα οστά, ο μηρός (femur) και η κνήμη (tibia) εφάπτονται επιφανειακά μόνον. Αυτό που συγκρατεί τα δύο οστά είναι ένα καλά ανεπτυγμένο συνδεσμικό σύστημα.



Οι βασικοί σύνδεσμοι του γόνατος (knee ligaments) είναι τέσσερις: δύο πλάγιοι και δύο χιαστοί.

Ο έσω πλάγιος (medial collateral ligament - MCL) - με πράσινο χρώμα στην εικόνα - βρίσκεται στην εσωτερική πλευρά του γόνατος και δεν το αφήνει να <τσακίσει> προς τα μέσα. Αντίστοιχα ο έξω πλάγιος (lateral collateral ligament - LCL) - μωβ στην εικόνα - διατείνεται όταν το γόνατο πάει να <τσακίσει> προς τα έξω.

Οι χιαστοί βρίσκονται στο κέντρο του γόνατος και ο μεν πρόσθιος χιαστός σύνδεσμος (anterior cruciate ligament - ACL) - μπλε στην εικόνα - δεν επιτρέπει στο κάτω κόκκαλο, την κνήμη, να φύγει προς τα εμπρός ενώ ο οπίσθιος χιαστός (posterior cruciate ligament - PCL) - κόκκινος στην εικόνα - την συγκρατεί ώστε να μην φύγει προς τα πίσω.

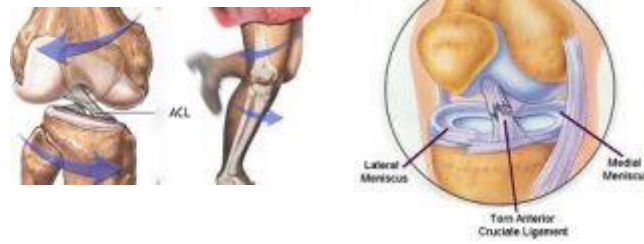
Οι συχνότερες συνδεσμικές κακώσεις του γόνατος είναι η ρήξη του έσω πλαγίου και του πρόσθιου χιαστού.

Η **ρήξη πρόσθιου χιαστού** δεν δημιουργεί συχνά σημαντικό πρόβλημα επειδή συνήθως είναι μερική. Ακόμα και οι πιο σοβαρές αντιμετωπίζονται με συντηρητική αγωγή χωρίς την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης καθώς επουλώνονται από μόνες τους.

Αντίθετα η **ρήξη πρόσθιου χιαστού** είναι συνήθως ολική ενώ οι περιπτώσεις αυτόματης επούλωσης είναι ελάχιστες.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΚΩΣΗΣ

Ο πιο συνηθισμένος μηχανισμός ρήξης του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου είναι ο λεγόμενος μηχανισμός μη επαφής (non-contact mechanism). Χωρίς δηλαδή καμία επαφή με αντίπαλο, συνήθως με το πέλμα <κολλημένο> στο έδαφος και απότομη στροφή του κορμού, νοιώθει κανείς ένα ξαφνικό <κρακ> στο γόνατο που συνοδεύεται από έντονο πόνο.



Ο πιθανολογούμενος μηχανισμός είναι ότι κατά την στροφή του σώματος ο μηρός στρίβει πάνω στην κνήμη και το <τούνελ> που βρίσκεται ανάμεσα στους κονδύλους του μηρού <κόβει> τον σύνδεσμο που περνάει από μέσα του. Γι' αυτό τον λόγο έχει συχνά υποστηριχθεί ότι ένα στενό διακονδύλιο τούνελ (intercondylar notch) αυξάνει τις πιθανότητες ρήξης του χιαστού.

Η εξήγηση ωστόσο δεν είναι καθόλου απλή καθώς έχουν εντοπισθεί και πολλοί άλλοι παράγοντες που συμβάλουν στις ρήξεις του Π.Χ.Σ. Έχουν βρεθεί σε ιστολογικές μελέτες ακόμα και ορμονικοί υποδοχείς στον πρόσθιο χιαστό σύνδεσμο και είναι στατιστικά γνωστό ότι σε κάποιες δραστηριότητες η συχνότητα ρήξης στις γυναίκες είναι πολλαπλάσια αυτής των ανδρών - μάλιστα φαίνεται να έχει σχέση με τον έμμηνο κύκλο.

Ο δεύτερος μηχανισμός ρήξης του Π.Χ.Σ. είναι ο μηχανισμός επαφής, δηλαδή όταν ένας αντίπαλος πέφτει πάνω στο γόνατο. Σε αυτή την περίπτωση συνήθως ή ρήξη του χιαστού είναι συνδυασμένη και με ρήξη άλλων συνδέσμων του γόνατος.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται με λήψη του ιστορικού, κλινική εκτίμηση και απεικονιστικές εξετάσεις.

Στο ιστορικό ο ασθενής αναφέρει τον μηχανισμό της κάκωσης και συνήθως την αίσθηση ή τον ήχο του <κρακ> κατά την στροφή του γόνατος. Επίσης στο 99% των περιπτώσεων ο αθλητής θα αναφέρει ότι δεν μπόρεσε να συνεχίσει αλλά βγήκε αμέσως έξω. Συνήθως πρήζεται το γόνατο άμεσα μετά τον τραυματισμό ή τουλάχιστον μέσα στις πρώτες ώρες (αίμαρθος). Ο ασθενής είναι στην αρχή ανίκανος να φορτίσει το πόδι και χρησιμοποιεί πατερίτσες.



Στην κλινική εξέταση το τεστ επιλογής είναι το τεστ Lachman στο οποίο ο γιατρός τραβάει την κνήμη προς τα εμπρός με το γόνατο σε 30° κάμψη. Όταν δεν νοιώθει το απότομο stop του χιαστού ο σύνδεσμος έχει ρήξη. Το τεστ αυτό, ενώ είναι καθαρά υποκειμενικό, έχει μεγάλη ακρίβεια στα χέρια ενός πεπειραμένου χειρουργού αθλητικών κακώσεων. Πρέπει να γίνεται πάντα απαλά, χωρίς πόνο, καθώς αποδίδει μόνο όταν ο ασθενής είναι χαλαρός.

Το τεστ pivotshift που εκτιμά την στροφική αστάθεια συνήθως δεν χρησιμοποιείται στις οξείες κακώσεις γιατί προξενεί πόνο στον ασθενή.

Η τελική επιβεβαίωση της διάγνωσης γίνεται με τις απεικονιστικές εξετάσεις και κατεξοχήν με την μαγνητική τομογραφία του γόνατος (MRI). Η εξέταση αυτή μας δίνει επίσης πληροφορίες για πιθανό τραυματισμό και άλλων ενδοαρθρικών στοιχείων όπως είναι οι μηνίσκοι (meniscus) και ο αρθρικός χόνδρος (articular cartilage).



ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Π.Χ.Σ.

Το γόνατο με κομμένο τον πρόσθιο χιαστό δεν παρουσιάζει σε όλες τις περιπτώσεις σημαντικά προβλήματα στην καθημερινή ζωή. Από μελέτες που έχουν γίνει σε ασθενείς οι οποίοι ουδέποτε χειρουργήθηκαν, έχει διαπιστωθεί ότι ένα ποσοστό δεν φαίνεται να έχει σοβαρό πρόβλημα αστάθειας εφ' όσον δεν συμμετέχει σε αθλητικές δραστηριότητες. Γι' αυτό τον λόγο κάποιοι ασθενείς (μη αθλητές) επιθυμούν να δοκιμάσουν ένα πρόγραμμα συντηρητικής αγωγής (conservative treatment) πριν επιλέξουν την λύση του χειρουργείου.

Ωστόσο η αποτελεσματικότητα της συντηρητικής θεραπείας έχει αμφισβητηθεί ευρέως. Τα γόνατα τα οποία δεν παρουσιάζουν σημαντική αστάθεια δεν χρήζουν καμίας θεραπείας ούτως ή άλλως. Αντίθετα, τα γόνατα τα οποία παρουσιάζουν στροφική αστάθεια (δηλ. η μεγάλη πλειονότητα) δεν μπορούν να σταθεροποιηθούν επαρκώς με συντηρητική αγωγή. Υπάρχουν πάντως διάφορα πρωτόκολλα αποκατάστασης με σκοπό την μείωση της συχνότητας των επεισοδίων αστάθειας.



Τα προγράμματα αυτά δίνουν έμφαση στην ενδυνάμωση των οπίσθιων μηριαίων (hamstrings) οι οποίοι συγκρατούν την κνήμη προς τα πίσω και υποτίθεται ότι είναι σε θέση να μειώσουν το πρόσθιο συρτάρι (anterior drawer sign). Για να αποφευχθεί ανισορροπία με τον πρόσθιο μυ (τετρακέφαλο) συνίσταται και ταυτόχρονη, αναλογική ενδυνάμωση του τετρακεφάλου (quadriceps).

Ωστόσο το σύννηθες λειτουργικό πρόβλημα στα γόνατα χωρίς χιαστό δεν είναι ο προσθιοπίσθιος <τζόγος> αλλά μια αστάθεια στροφικού τύπου (rotational instability). Ο λόγος είναι γιατί ο πρόσθιος χιαστός σύνδεσμος είναι τοποθετημένος στο γόνατο με μια ελαφρά λοξότητα. Έτσι εκτός από την πρόσθια μετακίνηση της κνήμης ελέγχει και την στροφή του μηρού πάνω στην κνήμη όταν το πόδι πατάει στο έδαφος.



Αυτή η απώλεια της στροφικής σταθερότητας είναι που προκαλεί τα πιο πολλά προβλήματα. Το γόνατο χωρίς χιαστό λειτουργεί φυσιολογικά όταν ο ιδιοκτήτης του κινείται στην ευθεία, ακόμα και αν τρέχει. Ούτε σε πλαϊνές στροφές παρουσιάζει πρόβλημα εφ' όσον η κίνηση γίνεται προσεκτικά και ελεγχόμενα. Στην ξαφνική στροφή όμως (όταν πέφτουμε σε μια λακούβα, παραπατάμε, τινάζομαστε για να πιάσουμε κάτι), το γόνατο εμφανίζει αστάθεια. Αυτό οι ασθενείς το νοιώθουν σαν <ξεκούμπωμα> (<giving way>) της άρθρωσης και το περιγράφουν κλασσικά στον γιατρό στρίβοντας ελαφρά τις δύο γροθιές την μία πάνω στην άλλη (fistsign).

Γι' αυτό τον λόγο το σπουδαιότερο κομμάτι του προγράμματος αποκατάστασης στοχεύει στην βελτίωση της ιδιοδεκτικότητας (ιδιοδεκτικότητα (proprioception) λέγεται η αίσθηση την οποία <στέλνει> προς τον εγκέφαλο η κάθε άρθρωση - γνωρίζουμε, π.χ., όταν καθόμαστε στο τραπέζι πόσο λυγισμένο είναι το γόνατο μας ενώ δεν το βλέπουμε). Η υπόθεση είναι ότι η έμφαση σε ιδιοδεκτικές ασκήσεις μετά από ρήξη του πρόσθιου χιαστού μπορεί σε κάποιο ποσοστό να μειώσει τα επεισόδια αστάθειας διατηρώντας πιο <ξάγρυπνη> την άρθρωση.

Τα προγράμματα αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί επίσης και προληπτικά σε αθλητικές ομάδες (prevention programs) με σκοπό την μείωση των ρήξεων του ΠΧΣ - με ανάμεικτα ωστόσο αποτελέσματα.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

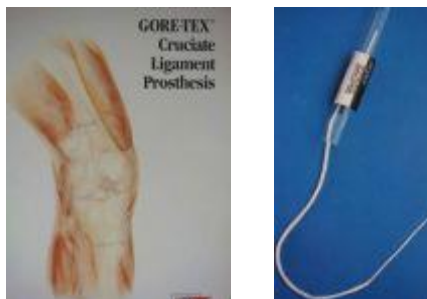
Από την δεκαετία του '60, οπότε και υπήρξε καλύτερη κατανόηση της εμβιομηχανικής του γόνατος, υπήρξαν συντονισμένες προσπάθειες για την χειρουργική αποκατάσταση των ρήξεων του ΠΧΣ με διάφορες τεχνικές.



Οι πρώτες προσπάθειες εστίαστηκαν στην συρραφή του συνδέσμου (primary repair). Με ανοικτή χειρουργική τεχνική εντόπιζε δηλ. ο χειρουργός τα υπολείμματα του ρηχθέντος συνδέσμου και προσπαθούσε να τα ενώσει με πολλαπλά ράμματα. Η τεχνική αυτή δεν απέδωσε ωστόσο ποτέ ικανοποιητικά αποτελέσματα (ποσοστά επιτυχίας γύρω στο 60% μόνον).

Στην δεκαετία του '70 οι ορθοπαιδικοί, στην προσπάθειά τους να ελέγξουν την δραματική στροφική αστάθεια η οποία συχνά σήμαινε το τέλος της σταδιοδρομίας των αθλητών, χρησιμοποιούσαν εκτός της συρραφής του συνδέσμου και τεχνικές συρρίκνωσης της έξω πλευράς του γόνατος (extra-articular procedures, lateral tenodesis) έτσι ώστε να μειώσουν τον στροφικό <τζόγο>. Αυτές οι τεχνικές (McIntosh, Losee, Bousquet, κλπ.), σαν μη ανατομικές, εγκαταλείφθηκαν επίσης σύντομα.

Στην δεκαετία του '80 εμφανίστηκαν οι εγχειρήσεις αντικατάστασης του προσθίου χιαστού συνδέσμου με συνθετικά μόσχευματα (synthetic ACL grafts). Η γκάμα των συνθετικών υλικών η οποία χρησιμοποιήθηκε για την κατασκευή αυτών των μόσχευμάτων ήταν μεγάλη. Κατασκευάστηκαν σύνδεσμοι από Dacron, Gortex ακόμη και ανθρακονήματα (σύνδεσμος Leeds-Keio).



Τα συνθετικά μόσχευματα χρησιμοποιήθηκαν κατά κόρον αλλά σύντομα φάνηκαν οι αδυναμίες τους: δημιούργησαν μετεγχειρητικά προβλήματα (αυξημένο ποσοστό λοιμώξεων, αντιδραστική υμενίτιδα, αυξημένη πιθανότητα αρθροϊνώσης) και το ποσοστό επιτυχίας δεν ξεπέρασε ποτέ το 65-70%.

Εκτός αυτού εμφανίστηκε ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα: ακόμα και στις <επιτυχημένες> περιπτώσεις υπήρχε μεγάλη πιθανότητα το μόσχευμα αργότερα να σπάσει. Κι' αυτό απλά γιατί, παρά τους πειραματισμούς με διάφορα υλικά, δεν μπορεί ποτέ να ξεπεραστεί αυτό που στην Φυσική λέγεται όριο αντοχής και είναι δεδομένο για κάθε υλικό: μετά από κάποια εκατομμύρια κύκλους το μόσχευμα φτάνει στο σημείο ρήξης.

Το 1991 απαγορεύθηκε η χρήση συνθετικών μόσχευμάτων για ρήξεις του προσθίου χιαστού συνδέσμου στην Βόρεια Αμερική και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. (Το παράξενο είναι ότι μετά το 1995 υπήρξε συγκεκριμένα στην Ελλάδα μια αναβίωση της χρήσης συνθετικών μόσχευμάτων. Η πρακτική αυτή διήρκεσε σχεδόν μια δεκαετία αλλά φαίνεται ότι ευτυχώς έχει πλέον εγκαταλειφθεί).

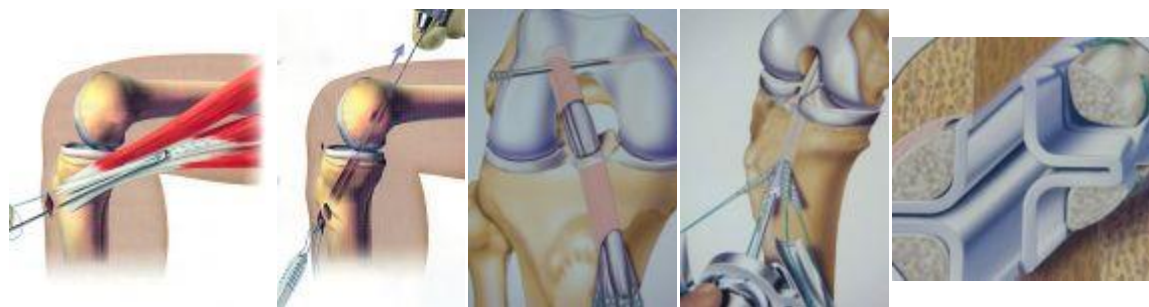
Μετά το 1991 το μόσχευμα επιλογής διεθνώς για ρήξεις του προσθίου χιαστού είναι τα αυτόλογα μόσχευματα (autologous grafts), δηλαδή τένοντες οι οποίοι αφαιρούνται με μικρή τομή από το ίδιο το ανθρώπινο σώμα και τοποθετούνται στην θέση του ρηχθέντος προσθίου χιαστού.

Την δεκαετία του '90 το δημοφιλέστερο μόσχευμα ήταν η μεσαία λωρίδα του επιγονατιδικού τένοντα (patellar tendon - PT - graft ή bone-tendon-bone - BTB - graft). Κατά την εγχείρηση αυτή αφαιρούμε το μεσαίο τρίτο του επιγονατιδικού τένοντα, δηλ. μια λωρίδα πλάτους ενός εκατοστού, μαζί με οστικά κομμάτια (boneblocks) από την έκφυση και κατάφυση. Στην συνέχεια δημιουργούμε δύο τούνελ αντίστοιχης διαμέτρου στον μηρό και στην κνήμη και περνάμε το μόσχευμα με αρθροσκοπικό έλεγχο. Η τελική καθήλωση γίνεται με βίδες (από τιτάνιο ή απορροφήσιμο υλικό) οι οποίες σφηνώνουν το μόσχευμα στα δύο τούνελ (interference screw fixation).



Στα θετικά αυτής της μεθόδου είναι η πολύ καλή αντοχή του μοσχεύματος και η οστική καθήλωση. Στα αρνητικά του είναι το υψηλό ποσοστό τενοντίτιδας στο σημείο λήψης του μοσχεύματος. Αυτό συχνά καθυστερεί την ανάκτηση ικανοποιητικής μάζας του τετρακέφαλου κατά την διάρκεια της αποκατάστασης και προκαλεί την δυσφορία των ασθενών.

Για τον λόγο αυτό πολλοί χειρουργοί στράφηκαν σε μοσχεύματα από τους οπίσθιους μηριαίους. Αυτά τα μοσχεύματα είχαν χρησιμοποιηθεί και στο παρελθόν αλλά το κύριο πρόβλημα ήταν η αδυναμία ικανοποιητικής καθήλωσής τους. Με την εξέλιξη σύγχρονων συστημάτων καθήλωσης η δημοτικότητά τους ανέβηκε και πλέον προτιμούνται από την πλειονότητα των χειρουργών διεθνώς ενώ φαίνεται να είναι και καλύτερα αποδεκτά από τους ασθενείς.



Στην τεχνική της πλαστικής με οπίσθιους μηριαίους (hamstrings), οι δύο τένοντες που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι ο ημιτενοντώδης (semitendinosus) και ο ισχνός (gracilis).

Τους τένοντες αυτούς τους παίρνουμε από μια τομή 4-5 εκατοστών περίπου χρησιμοποιώντας ένα ειδικό εργαλείο (tendonstripper). Οι δύο τένοντες αναδιπλώνονται έτσι ώστε να σχηματίσουν μια τετραπλή δέσμη. Την δέσμη αυτή την περνάμε μέσα από τα τούνελ της κνήμης και του μηρού κάτω από αρθροσκοπικό έλεγχο.

Υπάρχουν διάφορα συστήματα καθήλωσης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο στο επάνω όσο και στο κάτω τούνελ. Όλα δίνουν ικανοποιητική ποιότητα καθήλωσης έτσι ώστε το μόσχευμα να έχει μια συνολική αντοχή πάνω από 900 N (Newton), αριθμός που θεωρείται όριο ασφαλείας για άμεση κινητοποίηση του ασθενούς.



Επίσης δημοφιλής, ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες, είναι τα αλλομοσχεύματα (allografts) δηλ. ανθρώπινοι τένοντες από δότη (τράπεζα ιστών - tissue bank). Στην περίπτωση αυτή μειώνεται κατά πολύ το χειρουργικό τραύμα καθώς δεν υπάρχει λήψη μοσχευμάτων από τον ίδιο τον ασθενή.

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούμε σε κατάλληλα περιστατικά και την λεγόμενη τεχνική *διπλής δέσμης* (doublebundle reconstruction). Με την τεχνική αυτή οι δύο τένοντες δεν τοποθετούνται μαζί στο ίδιο τούνελ αλλά σε ξεχωριστό ο καθένας. Αυτή η διάταξη προσπαθεί να μιμηθεί την τρισδιάστατη ανατομία του προσθίου χιαστού συνδέσμου. Υπάρχουν ωστόσο τεχνικά προβλήματα με τα διπλά τούνελ σε στενό χώρο όπως επίσης και με συχνή λειτουργική αστοχία του λεπτότερου εκ των δύο τενόντων, του ισχνού. Η τεχνική έχει θερμούς υποστηρικτές αλλά και πολέμιους.

Σε ερευνητικό στάδιο βρίσκονται <υβριδικά> συστήματα καθήλωσης με ένα τούνελ στον μηρό και δύο ξεχωριστά στην κνήμη. Αυτό ίσως αποτελέσει στο μέλλον την χρυσή τομή και λύσει κάποια από τα προβλήματα των υπόλοιπων τεχνικών.

Άσχετα πάντως από την τεχνική που ακολουθείται, τα αποτελέσματα της συνδεσμοπλαστικής του προσθίου χιαστού συνδέσμου με αυτόλογα μοσχεύματα και αλλομοσχεύματα κυμαίνεται από 90 ως 94% στις δημοσιευμένες μελέτες.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Την επόμενη του χειρουργείου ο ασθενής πηγαίνει σπίτι περπατώντας με ενα ελαφρύ νάρθηκα και πατερίτσες. Την μεθεπόμενη αρχίζει φυσικοθεραπευτική αγωγή. Τις πατερίτσες τις αφήνει συνήθως μετά από 7-10 ημέρες. Στις 10 ημέρες τοποθετείται επίσης ο λειτουργικός κηδεμόνας τεσσάρων σημείων (ACL brace / 4-point brace) με τον οποίο μπορεί κανείς να έχει πλήρη κίνηση και φόρτιση του ποδιού. Οδήγηση αυτοκινήτου επιτρέπεται συνήθως από την 3η εβδομάδα.



Από τον 2ο μήνα κάποιοι ασθενείς προτιμούν να συμμετέχουν σε δραστηριότητες γυμναστηρίου ή πισίνας μειώνοντας παράλληλα τις επισκέψεις τους στον φυσιοθεραπευτή. Στους 2 ½ μήνες ο ασθενής αρχίζει τρέξιμο με σταθερή ταχύτητα σε ευθείες (jogging) ενώ τους επόμενους 2 μήνες δουλεύει σταδιακά στην επανένταξή του εκτελώντας sprints, πλαϊνές μετατοπίσεις, άλματα και συγκεκριμένες ασκήσεις τεχνικής για το άθλημά του. Η επανένταξη σε κανονική προπόνηση γίνεται στους 4 ½ μήνες περίπου.

ΓΙΑ ΑΡΘΡΟΣΚΟΠΙΚΑ VIDEO ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ ΚΑΝΕΤΕ ΚΛΙΚ [ΕΔΩ](#)

ΣΥΧΝΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΡΗΞΗ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ

Εχω ρήξη του προσθίου χιαστού εδώ και χρόνια αλλά αναβάλω συνεχώς το χειρουργείο. Είναι απαραίτητο να το κάνω?

Στην ερώτηση αυτή συνήθως απαντώ με μια άλλη : < Πόσο συχνά <ξεκουμπώνει> το γόνατό σας;>

Αυτή είναι η σημαντικότερη παράμετρος γιατί ο βαθμός φθοράς του γόνατος εξαρτάται από την συχνότητα των επεισοδίων αστάθειας. Όταν οι ασθενείς απαντούν: <Οχι πολύ συχνά, κανα δύο φορές το εξάμηνο> τους ζητώ να συνειδητοποιήσουν τι σημαίνει αυτό: οτι την επόμενη π.χ. δεκαετία το πόδι θα <ξεκουμπώσει> παραπάνω από 30 φορές. Αυτό δεν είναι καθόλου αστέιο - κάθε φορά που υπάρχει στροφική μετατόπιση στο γόνατο τραυματίζονται και τα υπόλοιπα ενδοαρθρικά στοιχεία, δηλαδή οι μηνίσκοι και ο αρθρικός χόνδρος. Αυτοί οι επαναλαμβανόμενοι μικροτραυματισμοί έχουν σαν αποτέλεσμα την πρόωμη αρθρίτιδα.

Πολλοί ασθενείς στην προσπάθειά τους να αποφύγουν την εγχείρηση σταματούν κάθε αθλητική δραστηριότητα. Και σε αυτή την περίπτωση ωστόσο, ένα γόνατο που έχει προδιάθεση για αστάθεια θα δημιουργήσει πρόβλημα, συνήθως σε άυποπτο χρόνο. Σε μια εκδρομή στο βουνό, παίζοντας ρακέτες στην παραλία, αποκρούοντας μια μπάλα που μας πέταξαν αναπάντεχα - το γόνατο ξαφνικά θα μας προδώσει.

Αν ανήκετε στο μικρό ποσοστό ασθενών όπου, λόγω ανατομικής προδιάθεσης ή παύσης αθλητικών δραστηριοτήτων, δεν υπάρχουν επεισόδια αστάθειας το χειρουργείο δεν είναι απαραίτητο.

Εαν κάνω χειρουργείο πόσο θα παραμείνω στο νοσοκομείο;

Ο ασθενής έρχεται συνήθως το πρωί του χειρουργείου και αμέσως μετά τις προεγχειρητικές εξετάσεις γίνεται η επέμβαση με γενική ή επισκληρίδια αναισθησία. Το απόγευμα ο ασθενής σηκώνεται και περπατάει με τις πατερίτσες. Το επόμενο πρωί αφαιρείται ένα μικρό σωληνάκι παροχέτευσης και ο ασθενής παίρνει εξιτήριο. Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι δηλ. μια νύχτα.

Η βραχεία αυτή παραμονή είναι εφικτή γιατί η εγχείρηση γίνεται με αρθροσκοπική τεχνική (χρησιμοποιώντας μια λεπτή κάμερα και ειδικά εργαλεία μέσα από δύο μικρές τρύπες στο δέρμα). Εφόσον τα μοσχεύματα είναι αυτόλογα (απο το δικό σας σώμα) θα υπάρξει επίσης μια μικρή τομή στο σημείο από το οποίο τα παίρνουμε.

Εκτός από την ρήξη χιαστού έχω και ρήξη μηνίσκου. Κάνει αυτό κάποια διαφορά;

Όχι. Κατά την αρθροσκόπηση, εκτός από την συνδεσμοπλαστική του χιαστού, αντιμετωπίζουμε ταυτόχρονα και όλα τα υπόλοιπα προβλήματα που υπάρχουν. Κάποιο απο αυτά (π.χ. εκτεταμένη χόνδρινη βλάβη) μπορεί να μας αναγκάσει να τροποποιήσουμε το φυσιοθεραπευτικό πρωτόκολλο αλλά δεν επηρεάζει τον χρόνο επανόδου.