ARABIC SUMMARY

الملخص العربي

التعويض الجراحي للركبة فاقدة الرباط الصليبي الأمامي باستخدام وتر العضلة شبه الوترية متصلا بأعلى عظمة القصبة *

مقدمة :

يمثل الرباط الصليبي الأمامي تكوينا وظيفيا هاما بالنسبة لمفصل الركبة حيث يشارك في إرساء قواعد حركة الركبة الميكانيكية منذ بداية تكوينها في المرحلة الجنينية ، كما يمثل الدعامة الرئيسية للحد من الخلخلة الأمامية لعظمة القصبة بالنسبة للفخذ . و قد يشارك هذا الرباط أيضا في عملية الاستقرار الوظيفي للركبة عن طريق إرسال إشارات عصبية مستمرة تؤدى الى برمجة التوتر العضلي طبقا لمتطلبات استقرار الركبة .

وتعد إصابات هذا الرباط الحيوى من أكثر إصابات الركبة شيوعا حيث تمثل حوالى ثلث إصابات الركبة بين الرياضيين ، كما يمكن أن تحدث أيضا ضمن الحوادث الأخرى . وفي أغلب الأحوال تكون هذه الإصابات مصحوبة بتمزقات أخرى لإحدى الأربطة الرئيسية أو محفظة مفصل الركبة ، ولكنه ليس من غير المألوف أن يصاب الرباط الصليبي الأمامي منفردا وإن كان مصحوبا في معظم الأحوال بتمزقات بالغضاريف الهلالية . ويترتب على قطع الرباط الصليبي الأمامي للركبة حدوث متزامنة مرضية تتألف من خلخلة بالمفصل وضعف وقصور بوظائف العضلات مع تزايد مضطرد لعدل التمزقات المصاحبة للدعامات الثانوية و الغضاريف الهلالية . وقد يؤدى إهمال علاج هذه الإصابات إلى تآكل غضروفي بمفصل الركبة. ومما هو جدير بالذكر أن الأعراض المرضية والإعاقات الوظيفية المصاحبة لهذه المتزامنة المرضية تتباين تباينا ملحوظا بين المرضى . وقد علل هذا التباين بتاثر درجة الخلخلة الوظيفية ، التى تمثل حتما حجر الزاوية لهذه المتزامنة ، بعدة عوامل من أهمها التكوين العظمي المفصلي للركبة وكفاءة الدعامات الثانوية ومدى التوافق العصبي العضلي لكل مريض على حدى .

---

* يجبذ أن تستخدم كلمة " الرباط المتصالب " بدلاً من الصليبي حيث أن هذا الرباط متصالباً مع الرباط الخلفي وليس صليبياً في حد ذاته . و يبرر استخدم لفظ الرباط الصليبي بأن هذه التسمية تعد خطأً لغوياً شائعاً راسخاً في أذهان العامة ومعظم الأطباء .

وبعد إختلاف الآراء حول أفضل الطرق العلاجية من أهم المشكلات فيما يختص بإصابات الرباط الصليبى الأمامى . وعلى الرغم من هذا الإختلاف فإنه قد إتفق فى الأونة الأخيرة بشكل شبه عمومى على حتمية التدخل الجراحى لكافة المرضى الذين يصبون الى حياة عملية ورياضية نشطة دون تقييد مستوى النشاط . ويتمثل العلاج الجراحى أساسا فى التصليح المبدئى مع التعضيد فى حالة الإصابات الحادة ، أو الإستعواض الجراحى للإصابات المزمنة باستخدام دعامات بديلة للرباط الصليبى . وقد طرحت عدة اختيارات فيما يختص بهذه الدعامات تتضمن العديد من الأنسجة الحيوية من المريض نفسه أو من شخص آخر أو أنسجة حيوانية ، بالإضافة الى عدة أنواع من الأربطة الصناعية ،ومازال باب النزاع مفتوحا على مصراعيه حول افضل بديل لإستعواض الرباط الصليبى الأمامى حيث لم تثبت أى من البدائل المطروحة نجاحا مطلقا من حيث الكفاءة وتجنب المضاعفات .

هـــدف البحـــث :

قمنا باجراء هذا البحث مستهدفين التقييم العملى والاكلينيكى لنتائج إستعواض الرباط الصليبى الأمامى باستخدام وتر العضلة شبه الوترية متصلا بأعلى عظمة القصبة كدعامه بديله. وتعتبر هذه الطريقة من أقل الطرق المطروحة تسبيبا للمضاعفات ، إلا أنها تنتقد بشدة من حيث ضعف القوة الميكانيكية للوتر المستخدم ، مما قد يؤدى الى إرتخاء الرقعة الوترية وعودة الخلخة بشكلها المرضى . وبالرغم من ذلك فقد أكدت بعض النتائج العملية لهذه الطريقة نجاحا كبيرا. ولذلك فقد كان الخوض فى تجربة عملية لتقيم نتائج التعويض الجراحي لفقد الرباط الصليبي الأمامي المزمن هدفاً براقاً ومجدياً .

مادة وطريقة البحث:

تم اجراء العملية لخمسين مريضٍ فى الفترة ما بين يونيو سنة ١٩٩٢ وأغسطس سنة ١٩٩٣ وقمنا بمتابعة جميع الحالات حتي شهر يناير ١٩٩٦ لمدة متوسطها ٢٨.٧٤ شهراً . وحيث أن هذا البحث قد أجرى فى مستشفى الحلمية العسكرى فقد كان كل هؤلاء المرضى من الرجال العسكريين الذين تراوحت أعمارهم بين العشرين والثلاثين عاما . وبالرغم من إستبعاد جميع الحالات التى شملت إصابات مصاحبة للرباط الصليبى الخلفى إلا أنه قد تضمنت الحالات ٢٩ حالة تشتمل على إصابات مصاحبة للغضاريف الهلالية . وقد طبق برنامج تأهيلى مكثف لاستعادة معدل حركة الركبة والتوافق العضلى العصبى بعد العملية لجميع المرضى فى فترة تتراوح بين عشرة شهور الى سنة . وقد تابعنا جميع الحالات لفترة متوسطها تسع وعشرون شهرا منذ إجراء الجراحة .

وبمتابعة أول عشرة حالات وجدت النتائج غير مرضية فى أربعة منهم . وببحث سبب الفشل وجد كامنا فى قطر وتر العضل المستخدم حيث لم يتم تحقيق أى نتيجة جيدة باستخدام وتر أقل من

ثمانية مليمترات . وبالطبع فإن هذا المقياس يعد قاصرا حيث أنه قد استنبط من خلال عدد محدود من الحالات ، إلا أنه قد لفت أنظارنا الى ضرورة تعضيد الوتر المستخدم . وعلى ذلك فقد قمنا بتعضيد جميع الحالات فيما بعد بإستخدام الوتر المجاور للعضلة الجراسيليه.

النتائـــــج :

تم تقييم النتائج باستخدام لائحة التقييم العددية الخاصة بـارندبت وزملائـه والتـى تقـوم علـى تقييم شكوى المريض وعلامات الفحص الاكلينيكى كل على حدى فى لائحة خاصة بحـد أقصـى مائـة درجة . وعلى هذا الأساس إندرجت النتائج التعبيرية (شكوى المريض) فى أربعـة مجموعـات . تمثـل المجموعة الأولى النتائج الممتازة وتضم ٢٣ مريض ، وتمثل المجموعة الثانيـة النتـائج الجيـدة وتضم ٢١ مريض ، وتضم المجموعة الثالثة النتائج المُرضية وتضم ٤ مرضى ، كما تمثل المجموعة الرابعة النتـائج السيئة وتضم مريضين . وقد اندرجت نتائج علامات الفحص الاكلينيكى أيضا فى أربعة مجموعات تمثـل النتائج الممتازة والجيـدة والـمُرضية والسـيئة .تضمنـت المجموعـة الأولى ١١مريضـا والثانيـة ٣١ مريضـا والثالثة مريضين ، والرابعة ٦ مرضى . وقد تمت الدراسة الاحصائيـة لهـذه النتـائج باسـتخدام برنـامج الكمبيوتر الإحصائى " ميكروسوفت إكسل – ٥ " حيث أثبتـت اختبـارات التبـاين تقدمـا ملحوظـا بعـد الجراحة.كما ظهر إرتباط ملحوظ بين النتائج السيئة وإستئصال أحد الغضاريف الهلالية .

ومن الناحية الوظيفية فقد عـاد ٤٤ مريـض (٨٨٪) إلى نفس وظـائفهم بنفـس الكفـاءة البدنيـة وبدون تقيدات ، بينما فقد ستة من المرضى وظائفهم العسكرية . وقد تمكن ٢٦ مريض من ممارسة جميع الأنشطة الرياضية بنفس مستواهم وكفاءتهم السابقة قبل الإصابة ، بينما عاد ١٨ مريض الى مستوى أقـل نسبيا . و تمثل الفشل جليا فى اربعة حالات حيث تسبب نقص معدل ثنى الركبة فى إعاقـات وظيفيـة بالغة لاثنين من المرضى ، بينما إستمرت الخلخلة الوظيفية بنفس مستواها قبل العملية لحالتين .

ومن الجدير بالذكر أنه قد تم اعـادة الاسـتعواض الجراحىلإثنـين مـن المرضـى الحـاصلين علـى نتائج سيئة باستخدام الثلث الأوسط لوتر الرضفة . وقد ظهر سبب فشل العمليـة الأولي جليـا متمثـلا فـى استطالة وارتخاء الرقعة الوترية السابقة التى لم تكن مرضية من حيث السمك .

الخلاصـــــة:

يعتبر وتر العضلة شبه الوترية بد يلا ممتازا لإسـتعواض الربـاط الصليبـى الأمـامى فـى حـالات الإصابة المزمنة شريطة تعضيد هذا الوتـر بـاحدى الدعامـات المسـاعدة بغـرض زيـادة قوتـة الميكانيكيـة . و لتحقيق هذا الغرض ننصح باستخدام وتر العضلة الجراسيلية كطريقة لبسكومب .