

ABORDAGEM LATERAL do JOELHO, combinada c/ OSTEOTOMIA da TUBEROSIDADE TIBIAL, segundo a técnica de Werner Müller/ Niklaus Friederich - sua aplicação em PTJ -

INTRODUÇÃO

Existem várias vias de abordagem possíveis de acesso à articulação do joelho, das quais a mais utilizada universalmente é, sem dúvida, a incisão **MEDIANA**.

Esta incisão apresenta várias **VANTAGENS** nomeadamente:

- permitir a operação através de uma incisão relativamente pequena
- em caso de necessidade poder ser estendida praticamente sem limites próxima e distalmente
- habitualmente, a ausência de problemas significativos com a cicatrização da pele.

NOTA: observe-se o desvio da incisão a nível da T.A.T. para evitar a cicatriz directa sobre esta proeminência óssea



- J. DINIS CARMO -

Os potenciais **INCONVENIENTES** são poder haver dificuldades:

- na **LIXAÇÃO EXTERNA** (segura da RÓTULA, sem lesão iatrogénica do TENDÃO PATELAR ou da sua inserção na T.A.T.
 - na libertação adequada das **ESTRUTURAS CAPSULARES LIGAMENTARES EXTERNAS**
 - na exposição do **COMPARTIMENTO EXTERNO** do joelho
- nomeadamente em doentes:
- **OBESOS**
 - com joelho **VARO** acentuado
 - com joelho **VALGO**
 - com **ANTECEDENTES CIRÚRGICOS**, como p.ex. **OSTEOTOMIA TIBIAL VALGIZANTE** com problemas de **RIGIDEZ**
 - em casos de cirurgia de **REVISÃO**



Embora a osteotomia da T.A.T. durante a realização de PTJ, tenha sido recomendada por outros autores, nomeadamente **Leo Whiteside**, para obter uma exposição adequada da articulação do joelho em casos com problemas acrescidos de exposição cirúrgica,

o conceito da utilização da **Abordagem Lateral do Joelho com Osteotomia da T.A.T. associada** como via de abordagem de rotina para a realização de PTJ foi desenvolvido pelo Prof. **Werner Müller** no serviço de Ortopedia do Hospital Bruderholz, Basileia, Suíça, tendo sido continuada pelo seu sucessor Prof. Dr. **Niklaus Friederich**.

o motivo principal

desta escolha é, fundamentalmente, a exposição

- excelente -

que se obtém de toda a superfície intra-articular do joelho, o que facilita a orientação dos cortes e posterior colocação dos componentes protésicos.

INCONVENIENTES

Os inconvenientes são óbvios, fundamentalmente:

- a necessidade de reinserção/fixação interna da T.A.T. e
- o perigo potencial de avulsão ou não-união da tuberosidade.

A NOSSA ATITUDE ACTUAL

- Depois de um período experimental, não utilizamos a via lateral por rotina, fundamentalmente por não sentirmos dificuldades acrescidas na exposição adequada das superfícies articulares do joelho com a abordagem parapatelar interna nos doentes com normo-eixo ou varismo (o mais frequente)
- Porém, em doentes:
 - particularmente **obesos**,
 - com joelho **VALGO**
 - problemas de **rigidez articular**
 - antecedentes de cirurgia anterior, nomeadamente: **OSTEOTOMIA de VALGIZAÇÃO**

temos utilizado esta via de abordagem

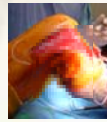


NOTAS TÉCNICAS:

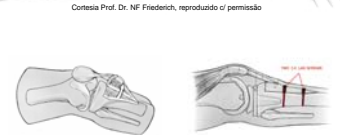
INCISÃO CUTÂNEA: Lateral, Parapatelar Externa

OSTEOTOMIA

- Imediatamente acima da inserção do T.R.
- Planidade a superfície anterior
- Profundidade do corte: Jam
- Extensão: generosa
- Manter a inserção do patelar e tendão m. quadrado na face anterior interna da tíbia



NOTA: cirurgia efectuada pela equipa do Serviço de Ortopedia do Kantonspítal Bruderholz, Basileia, Suíça, Janeiro 2003. Prótese utilizada: LCS-Knee (DePuyJohnsonJohnson, with meniscal bearings and rotating platform)



Cortesias Prof. Dr. NF Friederich, reproduzido c/ permissão

EXEMPLOS

1

JOELHO VALGO

Doente do sexo masculino, 65A idade, agricultor. Antecedentes de varismo bilateral dos joelhos.

O joelho esquerdo foi operado noutra instituição (PTJ) com correção anatómica da deformidade, contudo veio como sequelas: **Fibrose, Menis. Tornadela no A. Cruzado Posterior do jo. e. Menis. Tornadela tornadela no A. Cruzado Posterior do jo. d.**

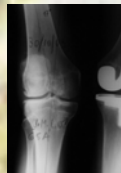
JOELHO DITO: pré-operatório:

- 2º varismo
- amplitude de Movimentos: sem restrições
- Ligamentos Colaterais: lajez pré-op. do L.C. Ext. c/ bem "end-point"
- Rx: sem défices ósseos acentuados.
- hipoxenia acentuada do Condilo F. Ext. com varus acentuado da diáfise tibial

DATA DA OPERAÇÃO: 2004-01-27

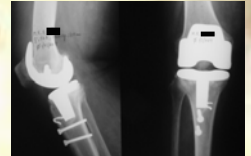
Prótese utilizada: Alpha (Biomet), cimentada

POS-OP. imediato: sem incidentes



Raios-X pré-op. em CÂMBIA

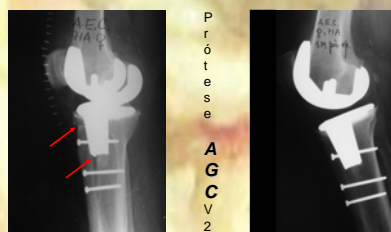
Observar: Valgismo de 22°



Como dificuldade operatória inesperada, por não se encontrar **descrita** refere-se que, em 2 casos, com 2 tipos diferentes de próteses que utilizamos habitualmente (Alpha e AGC V2, Biomet) aconteceu verificar-se durante a inserção do componente tibial uma

Procidência da haste do componente na zona da osteotomia

que foi resolvida pela "moldagem" com broca ("bur") do fragmento osteotomizado antes da sua fixação, de maneira a permitir a sua reposição anatómica, sem que se tenham verificado, como acima descrito, quaisquer problemas com a consolidação óssea.



(1) Raio-X obliquo, pos-op. imediato, permitindo ver o nível superior da osteotomia bem como a **procidência** que a haste tibial faz ao longo da base da zona osteotomizada.

(2) Raio-X perfil aos 5M: consolidação

Conclusão:

A **Abordagem Lateral do Joelho com Osteotomia da T.A.T. associada**, para realização de PTJ, realizada de acordo com a técnica preconizada pelo Prof. **Werner Müller** é uma técnica **muito útil** em casos que apresentem dificuldades acrescidas de exposição cirúrgica segura.

Contrariamente a alguns relatórios anteriores, mas de acordo com as comunicações efectuadas por W. Müller e N. Friederich, nos casos seleccionados em que utilizámos esta via de abordagem, não verificámos **quaisquer complicações adicionais**.

Este facto pode estar relacionado com a selecção de casos e com pormenores técnicos de execução diferentes efectuados por outros cirurgiões.

Podemos confirmar:

- 1) excelente exposição cirúrgica
- 2) ausência de problemas de consolidação óssea da osteotomia
- 3) idem relativamente à cicatrização cutânea.

A.E.C., sem., 72A, Op. 2003-02-03

Bibliografia

1. Friederich NF, Müller W, Johnson DP: Surgical approaches to the knee Instructional Course Lecture, ESSKA Congress, London Sept 2000
2. Arnold MP, Friederich NF, Widmer H, Müller W: Lateral approach to the knee combined with an osteotomy of the tibial tuberosity. Its use for total knee replacement. Orthopaedics and Traumatology 7(3): 212-223, 1999
3. Burks RT, Schaffer JJ: A simplified approach to the tibial attachment of the posterior cruciate ligament. Clin Orthop Rel Res 254:216-219, 1990
4. Fernandez DL: Anterior approach to the knee with osteotomy of the tibial tubercle for bicondylar tibial fractures. J Bone Joint Surg 70A:208-219, 1988
5. Insall J: A midline approach to the knee. J Bone Joint Surg 53A:1584-1586, 1971
6. Vince KG, Dorr LD: Surgical techniques of total knee arthroplasty: Principles and controversy. Tech Orthop 17:80-80, 1987
7. Whiteside LA, OH MD: Tibial tubercle osteotomy for exposure of the difficult total knee arthroplasty. Clin Orthop 260:6-9, 1990
8. Wolff MA, Hungerford DS, Krackow KA, et Al: Osteotomy of the tibial tubercle during total knee replacement. J Bone Joint Surg 71A:947-952, 1989