

אוסטאורתריטיס של מפרק הברך

מחלת מפרק הברך הניונית (אוסטאורתריטיס)

אוסטאורתריטיס של הברך הינה מחלה ניונית כרונית ומתקדמת הפוגעת בסחוס המפרקי, בעצם התת-סחוסית וברקמות הרכות במפרק. המפרקים השכיחים להיפגע במחלה הם: הברך, הירך, עמוד השדרה, כפות הידיים, וכפות רגליים. המרכיב העיקרי במחלה אינו דלקתי אלא נווני, אם כי יש במחלה גם מרכיבים דלקתיים.

הסחוס המפרקי שתפקידו לאפשר תנועה חלקה של המפרק, הוא הנפגע העיקרי במחלה. באופן טבעי הוא חסר כלי דם ועצבים, ולכן אינו יכול לתקן נזקים שנוצרו בו באופן יעיל. לפי כך, נזקים בסחוס יובילו להרס המפרק, ומכאן לירידה בתפקוד וכאב.

קיימים מספר גורמי סיכון להתהוות המחלה, וביניהם ניתן למנות: פציעת ברך בעבר (פגיעה במיניסקוסים, פגיעה ברצועות המייצבות את הברך), משקל יתר, ציר לא תקין של הברך (רגלי O, או רגלי X), גיל מבוגר, ונשים שסובלות בערך פי 2 מגברים לאחר גיל המנופאוזה.

מעט עובדות על אוסטאורתריטיס של מפרק הברך:

בארה"ב 12.1% מהאוכלוסייה מעל גיל 60 סובלים מאוסטאורתריטיס סימפטומטית של הברך (היינו בעלי ממצאים רנטגניים ותלונות). המספר אמור לגדול בעתיד, עקב הזדקנות האוכלוסייה והעלייה בהשמנה בעולם המערבי. הסובלים מאוסטאורתריטיס של הברך פונים במוצע 6 פעמים יותר בשנה לקבלת שרות רפואי, בהשוואה לבני גילם שאינם סובלים מאוסטאורתריטיס של הברך.

נשים בגילאים 55-74 דווחו על מדדים חמורים יותר בהשוואה לגברים בגילאים אלה בכאב, סימפטומים, ואיכות חיים, הנובעים מאוסטאורתריטיס של הברך. 13% מהנשים סובלות מהמחלה בגילאי 44-49 והשכיחות עולה ל-55% לאחר גיל 80. בגברים המצאות המחלה בגיל 44-49 היא 8% ומגיעה ל-22% לאחר גיל 80. ההבדל בשכיחות בין נשים וגברים גדל סביב גיל המנופאוזה, שבו יש ירידה חדה ברמת הורמון האסטרוגן בדם.

הוכח בבדיקות MRI, שעובי הסחוס המפרקי בברך בנשים ירוד בהשוואה לגברים.

מהם תסמיני המחלה?

התלונה העיקרית באוסטאוארטריטיס של הברך היא כאב, המחמיר בהפעלת הברך ומוקל במנוחה. אנשים המתמודדים עם מחלת מפרק הברך מתלוננים בדרך כלל על כאב במצבים הבאים:
בסוף טווחי התנועה, בעלייה וירידת מדרגות, בקימה משיבה, בישיבה עם רגל מכופפת, בהליכה או בריצה, לעיתים כאב לילי שמפריע להירדם. בנוסף ניתן לראות נפיחות בברך, ועוות מסויים שלה.
מטופלים רבים סובלים מקישיון בוקר המתבטא בהגבלה בטווחי תנועת הברך ההתעוררות, ומשתפר לאחר מכן. כמו כן ניכרת ירידה בטווחי התנועה של הברך.

כיצד מתבצעת האבחנה:

האבחנה נעשית ע"י בדיקת רופא (לרב אורתופד) אשר יברר תחילה את התלונות.
בשלב הבא, יש צורך בבדיקה פיזיקאלית הכוללת- הסתכלות על תבנית ההליכה, הסתכלות על הברך והערכת ציר הגפה, עוותים ונפיחות סביב הברך. מדידת טווחי התנועה, מישוש לזיהוי נוזל תוך פרקי ונפיחות, ומיפוי האיזורים הכאובים בברך. כמו כן בדיקת יציבות הברך.

בדיקות הדמייה: בבדיקת הבחירה היא צילום רנטגן של הברכיים לפחות בשני המבטים הבאים:
1. מבט קדמי-אחורי של שתי הברכיים בעמידה.
2. מבט מהצד.

יש המוסיפים מבטי ציר ארוך בעמידה של שתי הגפיים, ומבט SKY VIEW של מפרק הפיקה עם הירך.

מדוע צילום הרנטגן נדרש ?

בצילום הרנטגן ניתן לאבחן מספר גורמים אופיניים: הייצרות המרווח המפרקי, יצירת בליטות גרמיות שניתן למששן בשולי המפרק- אוסטאופיטים, נוון

(סקלרוזיס) של העצם התת סחוסית, ציסטות בעצם התת-סחוסית, ותת-פריקה המתבטאת בהעדר התאמה מלאה בין חלקי המפרק.

דרכי הטיפול באוסטאוארתריטריס של מפרק הברך:

הטיפול מתחלק לטיפול שמרני וניתוחי.

טיפול שמרני:

עיקרו בשינוי בהרגלים, והוא מתחיל בהבנת המחלה. המטופל חייב להבין שהוא סובל ממחלה כרונית, שמתנהגת כגל סינוס עם עליות וירידות, והבסיס לשיפור בתלונות הוא השתתפות פעילה בטיפול. אנו דורשים מהמטופל לקחת חלק פעיל בטיפול ע"י ירידה במשקל (לרב יש צורך בכך), והפעלת המפרק. ע"י הירידה במשקל העומס מהמפרק יורד. הנעת המפרק משפרת את הזנת הסחוס המפרקי, וחיזוק שרירי הירך מביא לשיפור ביציבות המפרק בתנועה.

פעילות גופנית: ההמלצה על פעילות רציפה ומאוזנת וללא עומסים חדים על המפרק, כגון: הליכה, שחייה (חתירה ולא חזה, בה תנועת הברך יכולה להחמיר את התלונות) או רכיבה על אופניים. לא נמליץ על פעילות בה יש קפיצות או שינויי כוון חדים כגון כדורסל, כדורגל, טניס וכו'.

פיזיותרפיה: מטרתה הפעלת המפרק, שיפור טווחי התנועה, חיזוק שרירי הירך, ובכך שיפור ייצוב המפרק בתנועה.

ברכייה: משפרת את ייצוב המפרק בתנועה ולכן תורמת לירידה בתלונות ובכאב. קיימות ברכיות שיכולות לשנות את ציר הברך, ולהעביר את הכוחות הפועלים על הברך לאיזורים הפחות פגועים.

שימוש במקל הליכה: מוריד עומס מהמפרק הכאוב ומשפר יציבה. את המקל יש לאחוז ביד הנגדית למפרק הכאוב.

מדרסים: מדרס בהתאמה אישית יכול להוריד עומס מהאיזור הפגוע בברך.

נעלי APOS: נעל המותאמת למטופל באופן אישי לפי הפגיעה שלו. הנעל משפרת את תפקוד השרירים סביב הברך ומעבירה עומס לאיזור הפחות פגוע בברך.

טיפול תרופתי:

הטיפול התרופתי הוא חלק מהטיפול השמרני ומתלווה למה שתואר עד כה.

נוגדי כאב: ההמלצה היא לטפל בכאב בתרופות נוגדות כאב באופן קבוע, ע"מ לשפר את איכות החיים של המטופל. הטיפול הבסיסי הוא בנוגדי כאב כגון אקמול, במידה ואין למטופל רגישות לתרופה או התוויות נגד. אנו מנחים את המטופלים ליטול אקמול באופן קבוע או כאשר הם יודעים שעתידים לסבול מכאב, למשל לפני הליכה לקניות או לפני השינה אצל חולים הסובלים מכאב לילי. נוגדי כאב מקבוצות אחרות כגון נגזרות אופיאטיות יש ליטול רק בהמלצת רופא.

נוגדי דלקת: קבוצה זו נכנסת לטיפול כאשר יש החמרה חדה בתלונות, ולא כטיפול קבוע וארוך טווח. לרב הטיפול בנוגדי דלקת הוא למשך מספר ימים. היתרון של תרופות הדור החדש מקבוצה זו על פני הדורות הקודמים של נוגדי

הדלקת, הוא באפקטיביות ובהגנה על מערכת העיכול. יש ליטול תרופות אלו רק בהמלצת רופא, ולהמנע מלטול אותן לאורך זמן או בנוכחות התוויות נגד.

הזרקה תוך מפרקית:

סטרואידים: מטרת ההזרקה היא הורדת התהליך הדלקתי. לאחרונה הוכח כי השפעתם הינה לטווח קצר, ולכן השימוש בהם פחות מבעבר.

חומצה היאלורונית: הכרבולת של התרנגול" בשפת הרחוב. משפרת את סיכוך המפרק ובלוימת הזעזועים בתנועה. בעלת אפקט נוגד כאב ודלקת. יעילותה למספר חודשים ואף יותר.

PRP: פקטורי צמיחה הנלקחים מדם המטופל בתהליך סרכוז עם צנטריפוגה, ומוחזרים בהזרקה לתוך המפרק הפגוע.

קיימים טיפולים שמרניים נוספים, שההסכמה לגבי יעילותם אינה אחידה: תוספי מזון כגון גלוקוזאמין-סולפאט וכונדרואיטין-סולפאט, אקופונקטורה, ג'ינג'ר, זוסטריקס, כורכום, ועוד.

כאשר הטיפול השמרני אינו מביא לשיפור, אנו עוברים לזרוע הניתוחית. צריך לזכור שמדובר בניתוחים משפרי איכות חיים ולא מצילי חיים, ולכן אינם מתאימים לכלל החולים בשל הסיכון הניתוחי.

הטיפול הניתוחי:

קיימים מס' ניתוחים לטיפול באוסטאוארטריטיס של הברך. ניתן לחלקם לניתוחים משמרי המפרק ולניתוחים שבהם מבצעים החלפה של המפרק באופן מלא או חלקי.
הניתוח המומלץ ביותר במצב של שחיקה מתקדמת של הסחוס הוא ללא ספק ה. Total knee Arthroplasty -

מטרת הניתוח: השגת טווח תנועה טוב של הברך תוך כדי תיקון ציר הברך ונשיאת משקל ללא כאב.

אופן הניתוח: בנייתו אנו מוציאים את החלקים המפרקיים החולים של הברך (שוק, ירך, ופיקה) ומחליפים אותם בתותבות שיוצרות מפרק חדש, תוך כדי תיקון ציר הברך .

הרדמה: הניתוח נעשה בהרדמה ספינאלית או בהרדמה כללית בהתאם להחלטת המרדים והמטופל.

משך הניתוח: כשעתיים.

שיקום: יום לאחר הניתוח המטופל מתחיל לבצע פיזיותרפיה שבה עובדים על טווחי התנועה של הברך ומתחילים ללמוד ללכת עם הברך החדשה. לרב המטופל משתחרר לביתו תוך 4 ימים מהניתוח, כשהוא במצב שהוא מסוגל להתהלך עם הליכון באופן עצמאי, כולל טיפוס וירידת מדרגות, כך שיוכל לתפקד בסביבת מגוריו.
ההליך הפיזיותרפי מתמשך באופן יומי בבית המטופל.

לרב בביקורת לאחר חודש וחצי מהניתוח המטופל מתנייד בעזרת מקל הליכה, ולאחר 3 חודשים ללא אמצעי עזר.

סיבוכים ומניעתם:

אנו מפחדים בעיקר משני סיבוכים עיקריים בניתוח.

1. זיהום: לצורך כך המטופל מתרחץ בערב שלפני הניתוח ובבוקר הניתוח עם סבון אנטיספטי מיוחד. בניתוח עצמו המטופל מקבל טיפול אנטיביוטי מניעתי דרך הוריד, ולאחר הניתוח חובת שמירת היגיינה ע"י המטופל וסביבתו. כמו כן, בכל פרוצדורה חודרנית לאחר הניתוח (טיפול שיניים, קולונוסקופיה, ניתוחים שונים וכדומה) המטופל חייב ליידע את הצוות המטפל וליטול טיפול אנטיביוטי מניעתי חד פעמי לפני הפעולה.

2. קרישי דם בורידי הרגליים העמוקים: תופעה הקיימת בניתוחים אורתופדיים של הגפיים התחתונות, ועלולה להיות קטלנית במקרה שהקריש הופך לתסחיף ריאתי. ע"מ להמנע מסיבוך זה, המטופל נוטל מדללי דם בזריקות תת-עוריות או כדורים למשך שבועיים עד 35 יום, לפי פרוטוקולים שונים המקובלים על הצוות המנתח.