

Endoprotezoplastyka stawu biodrowego po przezpanewkowych złamaniach miednicy. Wyniki leczenia

Zawadzki A, Caban A, Szydłowski D, Marczyński W



Oddział Uszkodzeń i Patologii Miednicy Kliniki Ortopedii

C.M.K.P

S.P.S.K. Im. Prof. Adama Grucy w Otwocku

Otwock, ul. Konarskiego 13

Kierownik Kliniki Ortopedii prof. dr hab. med. W. Marczyński

Przyczyny artrozy pourazowej:

1. Złe nastawienie odłamów
2. Pourazowa martwica awaskularna głowy kości udowej i panewki stawu biodrowego
3. Zniszczenie chrząstki stawowej – rozległe zagniecenia powierzchni stawowej
4. Powikłania śródoperacyjne:
 - Intraarticular hardware – metal, śruby penetrujące do stawu, pozostawione fragmenty kostne w stawie
 - Uszkodzenie jatrogenne gałęzi głębokiej MFCA

Endoplastyka totalna po leczeniu operacyjnym złamań panewki:

- Blizna po pierwszej operacji
- Skostnienia pozaszkieletowe
- Ubytki tkanki kostnej
- Zniekształcenie miednicy
- Pozostawiony materiał zespalający
- Ubytki neurologiczne
- Dłuższy czas operacji
- Większa utrata krwi

Z powodu artrozy pourazowej po przebytych leczeniu operacyjnym złamania panewki stawu biodrowego w naszej Klinice w latach 2001 – 2012 wykonano u 140 chorych protezoplastykę totalną stawu biodrowego

- 38 kobiet – 27,1%
- 102 mężczyzn – 72,9%

W 81 przypadkach leczono staw biodrowy lewy (57,4%) w 60 prawy (42,6%), w 1 przypadku oba stawy biodrowe.

Okres obserwacji wynosił od 2 do 13 lat (średnio 5 lat)

Przedział wiekowy chorych w dniu urazu wynosił od 16 do 80 lat (średnio 45 lat i 7 miesięcy)

W 48 (34%) przypadkach stwierdzono pourazowe zaburzenia neurologiczne w obrębie operowanej kończyny:

- porażenie/niedowład nerwu kulszowego – 45 chorych
- połowiczny niedowład z powodu urazu OUN – 1 chory
- porażenie splotu lędźwiowo – krzyżowego – 1 chory
- niedowład nerwu skórno – bocznego uda – 1 chory

Okres od urazu do wykonania endoprotezoplastyki:

Okres w miesiącach	do 12 m-cy	13-24 m-ce	25-36 m-cy	37-48 m-cy	powyżej 48 m-cy
Liczba przypadków	42	50	21	5	22

Przedział czasowy od urazu do wykonania endoprotezoplastyki wynosił od 2 tygodni do 22 lat (średnio 30 miesięcy).

Typ złamania u chorych leczonych operacyjnie:

- Tylina ściana - 23 (16,3%)
- Tylina kolumna – 3 (2,1%)
- Przednia ściana – 1 (0,7%)
- Przednia kolumna – 5 (3,6%)
- Poprzeczne – 8 (5,7%)
- Typu T - 14 (9,9%)
- Tylina kolumna z tylną ścianą - 15 (10,6%)
- Poprzeczne z tylną ścianą - 35 (24,8%)
- Poprzeczne połowicze ze złamaniem przedniej ściany-kolumny - 0
- Obie kolumny - 28 (19,9%)
- Brak danych – 9 (6,4%)

Zastosowane endoprotezy:

- Alloclassic – 81
- Profemur - 27
- Bicontact – 7
- Exeter – 5
- trzpień Metha – 5 (panewka Profemur – 4, Antega – 1)
- Taperloc – 2
- kapoplastyka ACCIS - 1
- ABG II – 1
- Weller – 1
- panewka i trzpień rewizyjny Profemur - 1
- Koszyk Burch – Schneider - 3 (trzpień Alloclassic -2, Taperloc -1)
- koszyk Procotyl, trzpień Profemur - 1
- Hybrydy – 6:
 - panewka Exeter, trzpień Profemur – 1, Alloclassic – 1, ABG – 1
 - panewka Alloclassic/trzpień Profemur – 2
 - panewka Bocontact, trzpień Antega - 1

W 66 przypadkach (46,8%) endoprotezoplastykę wykonano z powodu jałowej martwicy głowy kości udowej, w 5 przypadkach towarzyszyła jałowa martwica panewki stawu biodrowego

W części przypadków, zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego wiązał się z koniecznością jednoczesowego wykonania:

- usunięcia zespolenia – 38
- usunięcia skostnień – 15
- tenotomii przywodzicieli - 1
- usunięcia zespolenia i skostnień - 6
- usunięcia zespolenia, skostnień oraz tenotomii przywodzicieli - 1

Do odbudowy panewki użyto łącznie 34 razy przeszczepów kostnych

- autogeniczne rozdrobnione z resekowanej głowy kości udowej – 24
- autogeniczne lite z resekowanej głowy kości udowej z odtworzeniem panewki – 3
- autogeniczne rozdrobnione z resekowanej głowy kości udowej + BoneSave - 1
- allogeniczne rozdrobnione – 2
- rozdrobnione allogeniczne i autogeniczne z resekowanej głowy kości udowej - 1
- belka allogeniczna + autogeniczne lite z resekowanej głowy kości udowej z odtworzeniem panewki – 1
- belka allogeniczna z odtworzeniem panewki – 1
- allogeniczna głowa kości udowej + rozdrobnione allogeniczne i autogeniczne z resekowanej głowy kości udowej - 1

Wynik leczenia oceniano w stopniach wg klasyfikacji Merle d' Aubigne w modyfikacji Matty

BÓL	CHODZENIE	ZAKRES RUCHOMOŚCI
pkt.	pkt.	pkt.
Nie ma - 6	Normalne - 6	100% - 95% - 6
Mały albo przerywany - 5	Bez laski, małe utykanie - 5	80% - 94% - 5
Łagodny po chodzeniu, ustający po spoczynku - 4	Długi dystans z laską lub kulami - 4	60% - 79% - 4
Umiarkowany, pozwalający chodzić - 3	Ograniczony ruch z podparciem - 3	40% - 59% - 3
Silny przy chodzeniu - 2	Bardzo ograniczony - 2	
Silny, uniemożliwiający chodzenie - 1	Brak chodzenia - 1	0% - 39% - 1

Wynik bardzo dobry 18 pkt

Wynik dobry 15 -17pkt

Wynik zadowalający 12 -14 pkt

Wynik zły 3 -11 pkt

]- **107 osób**

- **7 osób**

- **3 osoby**

23 osoby nie zgłaszają się do kontroli

POWIKŁANIA WCZESNE

- jatrogenne uszkodzenie części strzałkowej nerwu kulszowego – 1
- poiniekcyjne uszkodzenie części strzałkowej nerwu kulszowego – 1
- masywne zakrzepowe zapalenie żył kończyny operowanej - 1
- powikłanie zapalne - 1
- zwichnięcie endoprotezy – 8

POWIKŁANIA PÓŹNE

- reimplantacje:
 - całkowita – 3
 - panewki – 5
 - trzpienia – 2
 - wymiana głowy na dłuższą - 1
- późna infekcja – 2
- późne zwichnięcie endoprotezy – 4
- złamanie okołoprotezowe – 2
- skostnienia okołoszkieletowe – 1
- dogięcie dolnego haka koszyka Burch – Schneidera - 1
- druga reimplantacja:
 - całkowita – 1
 - panewki – 2
 - trzpienia – 1

Chory O.S. lat 35 w lutym 2003 roku w wyniku wypadku komunikacyjnego doznał złamania tylnej ściany panewki stawu biodrowego lewego ze zwichnięciem głowy kości udowej.

Operowany pierwotnie poza naszą Kliniką.

Podczas pobytu w Klinice chory został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego.

W dniu 08.07.05 wykonano: protezoplastykę stawu biodrowego lewego z użyciem koszyka Octopus i przeszczepów kostnych.



Obraz Rtg 2,5 roku
po leczeniu operacyjnym złamania panewki

O.S.



O.S.





O.S.



O. S.

Rtg pooperacyjne



Rtg 3 miesiące po operacji



Rtg 1 rok po operacji



41 letnia chora N.B. w dniu 30.09.2004r. w wypadku komunikacyjnym doznała urazu wielonarządowego i wielomiejscowego, złamania panewki typu T z porażeniem nerwu kulszowego lewego.

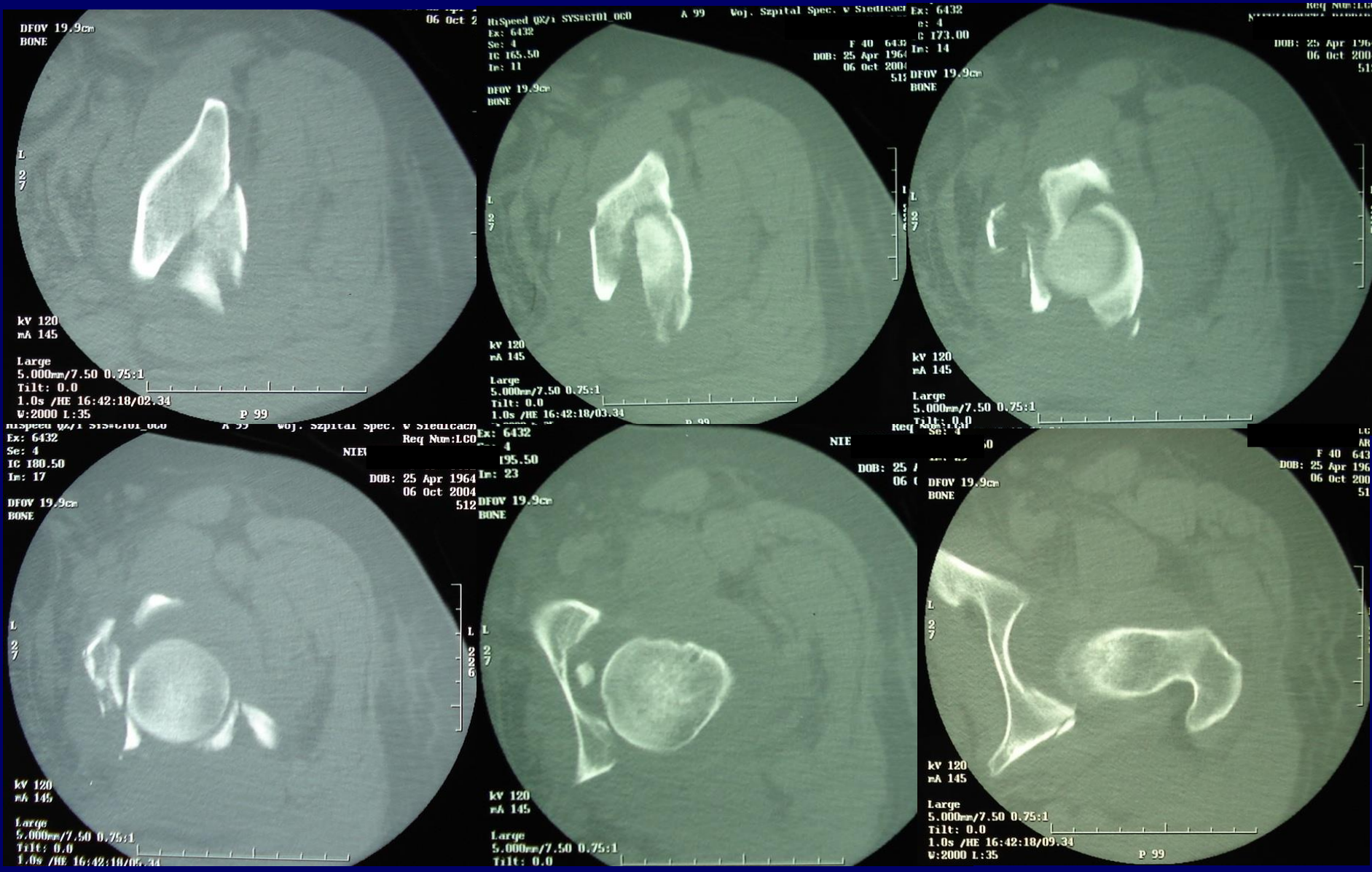
Leczona operacyjnie w Klinice:

W dniu 18.10.2004r.: wykonano krwawą repozycję oraz zespolenie płytą i śrubami tylnej kolumny panewki stawu biodrowego lewego, odbarczenie nerwu kulszowego.

Następnie w Klinice w dniu 26.10.05r. wykonano: protezoplastykę totalną bezcementową stawu biodrowego lewego m. Zweymuller.



N.B.



N.B.

N.B.



06.10.2004



29.11.2004r. – 6 tyg po operacji



N.B.

29.11.2004r. – 6 tyg po operacji



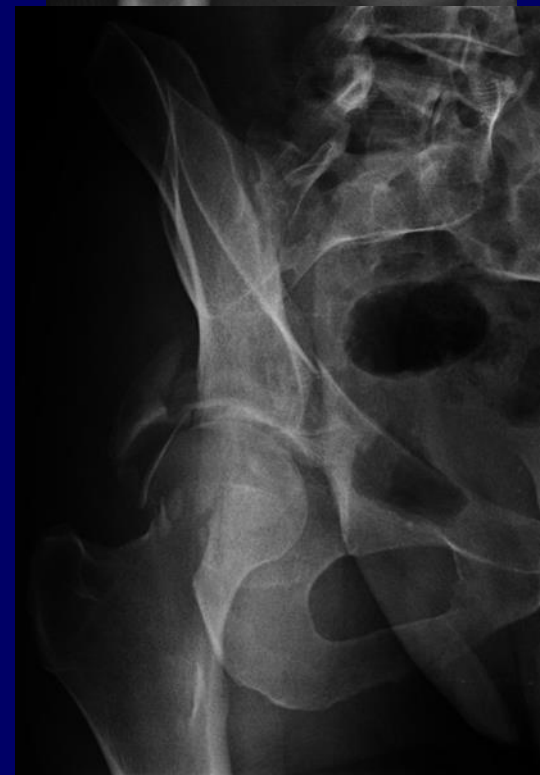
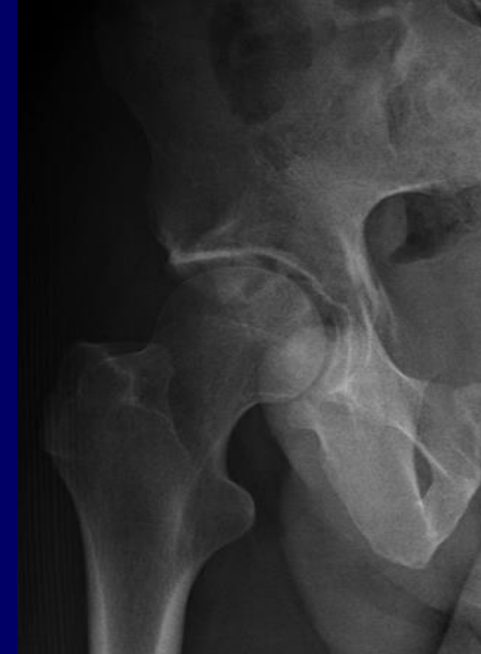


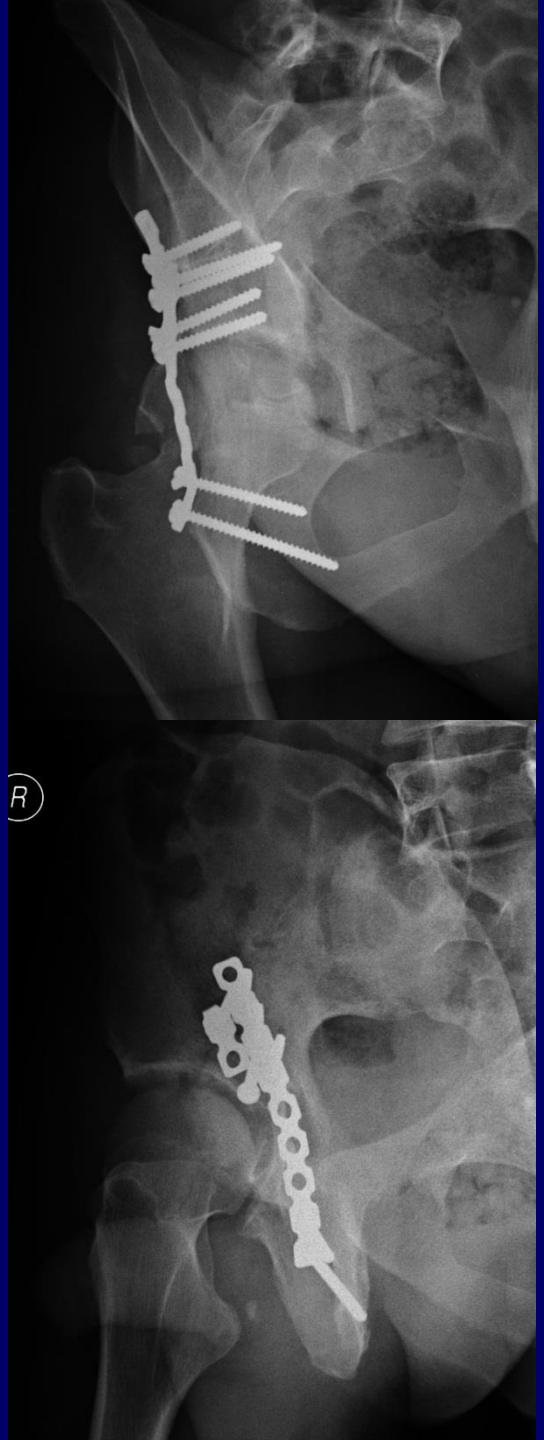
1 rok po operacji złamania panewki

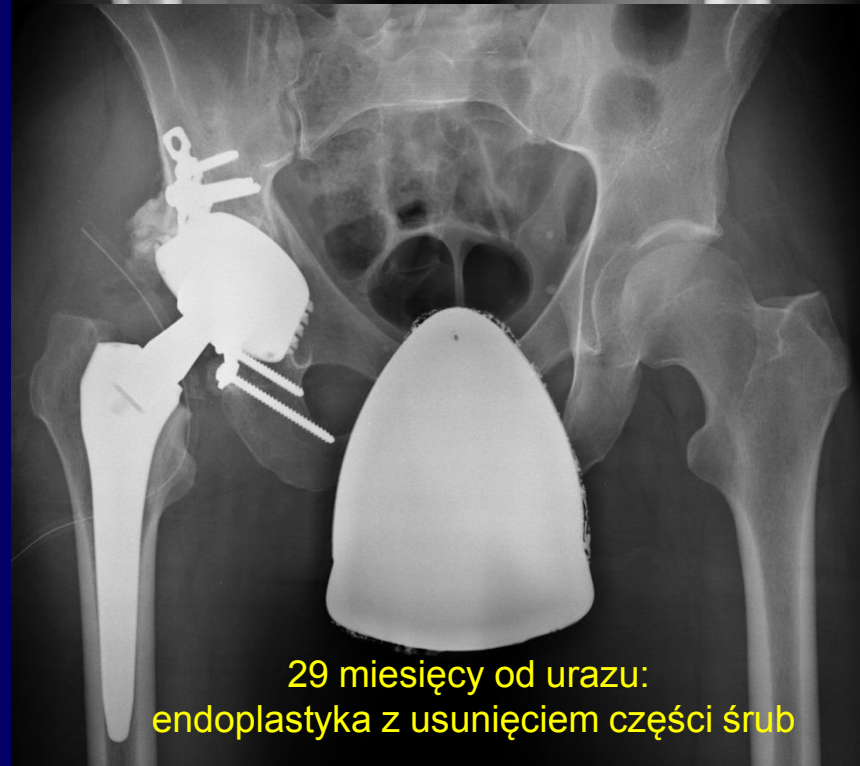
N.B.



32 letni chory, wypadek komunikacyjny,
złamanie poprzeczne z tylną ścianą

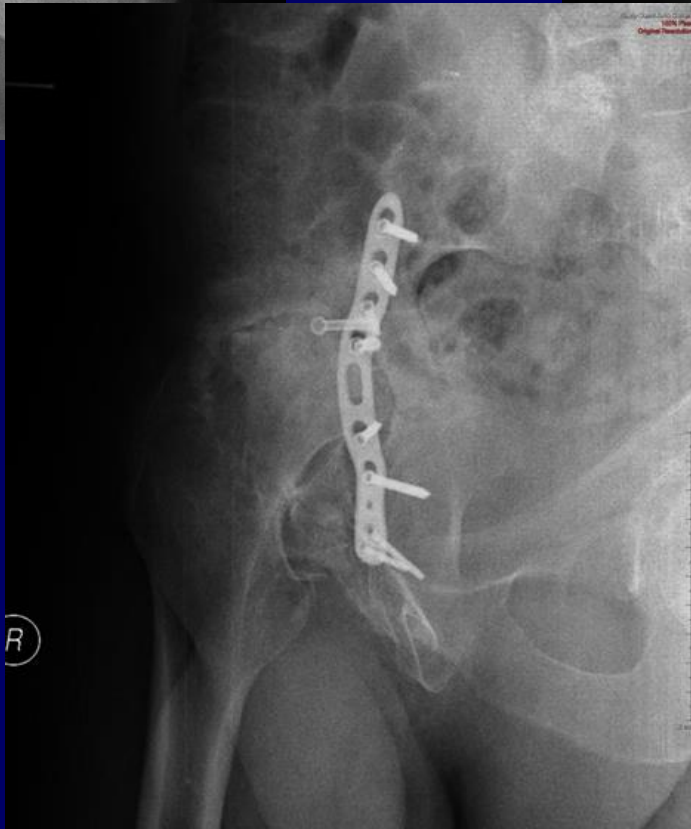




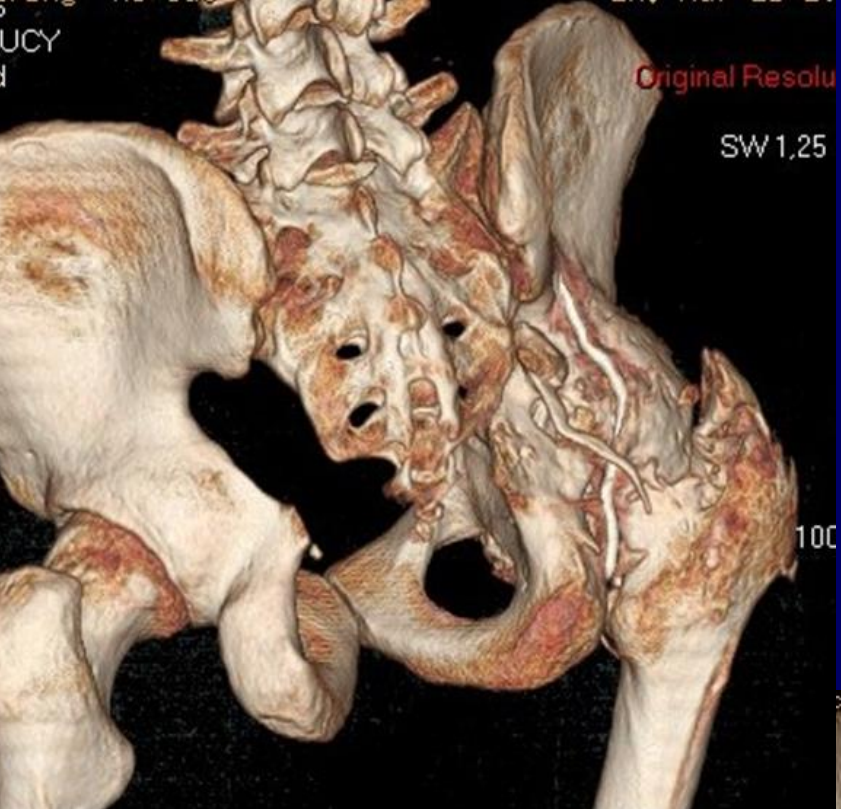


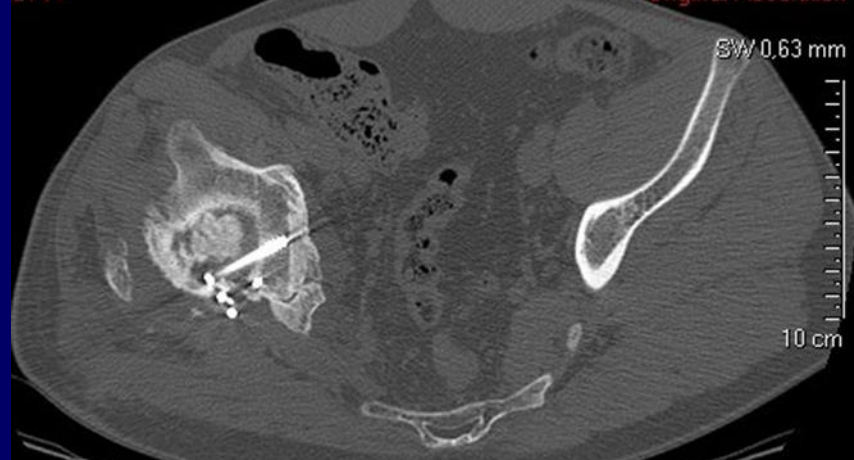


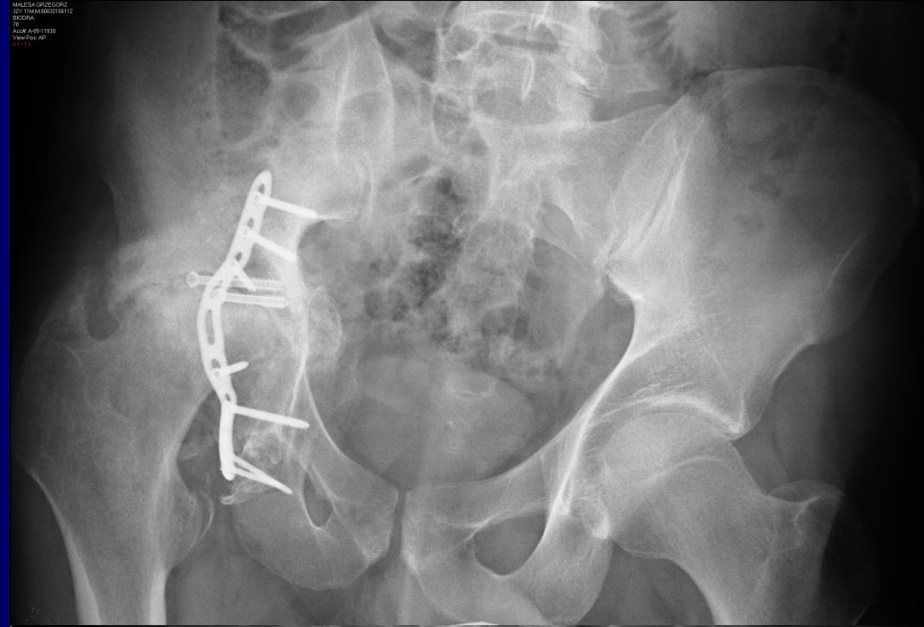
miesiąc po endoplastyce w wyniku upadku z własnej wysokości,
złamanie okołoprotezowe trzonu kości udowej prawej

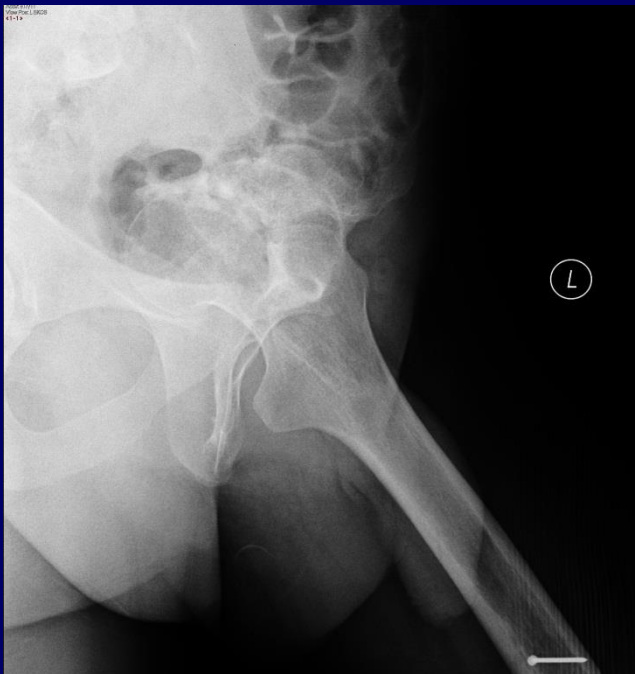


33 letni chory,
wypadek komunikacyjny,
porażenie części strzałkowej
nerwu kulszowego prawego









28 letni chory, 16 miesięcy po urazie,
początkowo leczony zachowawczo,
następnie w 4 miesiącu od urazu
operacyjnie, powikłanie zapalne – usunięcie
zespoleń





Wnioski:

Leczenie artrozy pourazowej, wymaga zastosowania endoplastyki stawu biodrowego, która pozwala zachować funkcję stawu.

Z powodu wcześniejszej ingerencji chirurgicznej operacja jest bardziej skomplikowana od typowej protezoplastyki na tle idiopatycznych zmian zwyrodnieniowych.

Często współistniejące pourazowe zaburzenia neurologiczne pogarszają końcowe wyniki leczenia.

Po leczeniu nieoperacyjnym znacznie częściej występuje brak zrostu, co utrudnia umocowanie panewki i może być przyczyną jej obluzowania.

Wnioski:

Usunięcie materiału zespalającego wskazane jest jedynie w przypadkach konfliktu materiału zespalającego złamanie panewki stawu biodrowego z implantowaną panewką endoprotezy.

Rozpoznanie NAFH jest wskazaniem do zastosowania protezoplastyki stawu biodrowego.

Przebieg pourazowej martwicy awaskularnej jest bardzo dynamiczny i może spowodować całkowitą destrukcję panewki

A photograph of a surgical team in an operating room. The team consists of several surgeons wearing green scrubs and surgical masks, focused on a patient lying on an operating table. A large overhead surgical light illuminates the scene. In the background, there are medical monitors and equipment. The text 'Dziękujemy za uwagę' is overlaid in a large, yellow, serif font across the center of the image.

**Dziękujemy
za
uwagę**