Porównanie bliższej i dalszej techniki fiksacji w rewizji części udowej endoprotezy

Elke R.,
Basel Switzerland

Streszczenia zjazdu PTOiTR – 2000

W14

Ok. 20% wszystkich alloplastyk stawu biodrowego jest wykonywane jako rewizje. Chirurgia rewizyjna jest wymagająca, zwłaszcza biorąc pod uwagę wymagania sprzętowe, dostępność odpowiednich implantów oraz technikę chirurgiczną. .

Obluzowanie trzpienia części udowej często jest związane z poważnymi problemami jakością łożyska kostnego bliższej części uda. W wielu przypadkach nie istnieje wystarczająco stabilna kość dla przynasadowego zakotwiczenia zwykłego trzpienia. Tym niemniej najcieńsza ścianka kostna w polach z przyczepami mięśniowymi musi zostać zachowana dla osiągnięcia późniejszego optymalnego wyniku czynnościowego. Ubytki lub deformacje łożyska kostnego są kolejnymi przeszkodami w rewizyjnej chirurgii części udowej. .

Biorąc pod uwagę amerykańską i europejską szkołę rekonstrukcji łożyska kostnego różnią się one znacząco, jako że masywne strukturalne przeszczepy nie są stosowane Europie tak często jak w Stanach. .

Nie zastosowanie przeszczepów oznacza oparcie się na zdolnościach samowygojenia na pozostającym łożysku kostnym oraz oznacza to konieczność zapewnienia dobrej stabilizacji przez zastosowanie odpowiedniego implantu oraz techniki fiksacji. W latach wcześniejszych większość rewizji została wykonana trzpieniami cementowymi, wiele z nich z długimi trzpieniami cementowymi.

Kiedy pojawił się samoblokujący trzpień Wagnera w 1988 ze swoją stożkową nasadową fiksacją bezcementową, był to wielki krok do przodu w chirurgii rewizyjnej. Ale szczególnie w cylindrycznie ukształtowanych udach z cienką korową kością stożkowo ukształtowany trzpień prowadził do częstych powikłań. Razem z małym kątem CCD częstość zwichnięć była również znacząco duża. Z pojawieniem się późniejszych projektów trzpienia jak trzpienia cylindrycznego z korzystną opcją dla uzyskania modularności w odcinku bliższym, która pozwoliła na dostosowanie się lepsze do istniejących ubytków i dostarczyła lepszych wartości CCD kąta, pojawił się problem, aby rozróżnić pomiędzy bliższą i dalszą fiksacją w zależności od typu ubytku.

Dla dużych ubytków w bliższej części udowej istnieją dwie podstawowe zasady postępowania: –

- rekonstrukcja ubytku strukturalnymi przeszczepami –
- mostowania lub zaopatrzenia ubytku długimi trzpienia rewizyjnymi.

Pozostaje pytanie na jakim poziomie pozostająca kość może zapewnić stabilną fiksację. Dlatego sklasyfikowano ubytki kostne, aby przedstawić zasady postępowania dla wyboru implantu i techniki fiksacji.

- – Jeśli brakuje podtrzymania przynasadowego, ale dobra jakość kości trzonu jest dostępna w części bliższej do cieśni, można zastosować stożkowy trzpień bezcementowy. –
- Jeśli podtrzywanie przynasadowe jest dostępne lub może zostać zrekonstruowane, a część trzonu jest cylindrycznie wykształcona, korowa ściana jest cienka lub gdy ubytek sięga poniżej cieśni zastosowanie trzpienia cylindrycznego, który zachowuje stabilność rotacyjną może być lepszym wyborem.

–

- Jeśli zastosowanie przeszczepu kostnego jest nieuniknione, rodzaj implantu powinien dać dużą sztywność, aby zminimalizować siły ścierające pomiędzy kością pacjenta i przeszczepem oraz na granicy przeszczep – implant.
  Wyniki doświadczeń z zastosowaniem trzpienia Wagnera w Klinice Ortopedycznej w Bazylei od 1989 do 1995 są przedstawione wraz z obecną polityką doboru implantu oraz stosowanej techniki.