

Zabiegi rewizyjne w obłuzowaniach aseptycznych całkowitych endoprotez stawu biodrowego

Marek Synder, Piotr Kozłowski, Marek Marciniak

Katedra i Klinika Ortopedii AM w Łodzi ul. Drewnowska 75,
91-002 Łódź

Streszczenia zjazdu PTOiTR – 2000

W20

Zabiegi rewizyjne w ortopedii związane z aseptycznym obłuzowaniem endoprotezy stanowią poważny problem terapeutyczny. Są to, bowiem zabiegi w znacznym stopniu obciążające pacjenta, trudne technicznie oraz bardzo kosztowne ze względu na konieczność używania dodatkowych łączników kości, siatek lub pierścieni. W klinice Ortopedii AM w Łodzi do roku 1999 wykonano 1684 zabiegi alloplastyki stawu biodrowego, z których 96 uległo aseptycznemu obłuzowaniu. Obłuzowania w znacznej przewadze, około 80% pacjentów, dotyczyły endoprotez cementowych. Wśród endoprotez bezcementowych najczęściej obłuzowaniu ulegała gładka panewka typu P-M, oraz gładki trzpień endoprotezy typ Mittelmeiera. Wśród nowszych typów endoprotez bezcementowych typ Zweymuller, Taperloc, Bicontact w okresie ostatnich 6 lat nie stwierdziliśmy obłuzowania endoprotezy w żadnym przypadku. Największy problem stanowili w naszym materiale pacjenci zgłaszający się późno do zabiegów rewizyjnych. Obłuzowane, bowiem elementy endoprotezy w wielu przypadkach doprowadzały do znacznych zniszczeń w obrębie, głównie panewki, a także w zakresie bliższego końca kości udowej. Stan taki powodował

olbrzymie trudności techniczne w czasie zabiegu. W każdym zabiegu rewizyjnym używaliśmy znacznej ilości przeszczepów kostnych, mrożonych z własnego banku kostnego – średnie zużycie przeszczepów wynosiło 3 głowy kości udowej. Praktycznie w większości przypadków do zabiegu rewizyjnego koniecznym było użycie dodatkowych implantów jak koszyki, siatki lub pierścienie wspomagające. Doświadczenia nasze wskazują, że zabiegi rewizyjne powinny być wykonywane we wczesnym okresie po stwierdzeniu obluzowania endoprotezy. Postępowanie takie powoduje, że zabieg jest łatwiejszy, mniej obciążający dla pacjenta i mniej kosztowny. W pracy omówiono statystykę powikłań, omówiono szczegółowo wybrane przypadki, w tym dwa, w których przemieszczona panewka do miednicy spowodowała uszkodzenie dużych naczyń. Zabiegi rewizyjne naszym zdaniem powinny być wykonywane w wyspecjalizowanych, niewielu ośrodkach w kraju przez doświadczony zespół chirurgów. Septyczne obluzowania endoprotez stawu biodrowego w naszym materiale stanowiło 0,8% operowanych przypadków. W pracy nie omawiano przypadków septycznego obluzowania endoprotez.