

Doświadczenia własne w realloplastyce stawu biodrowego

P.J.Biliński, E.Szymkowiak, D.Mątewski, J.Puchała, M.Śniegowski

Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu w Bydgoszczy.

Kierownik Kliniki: dr hab.n. med. P.J.Biliński

Streszczenia zjazdu PTOiTR – 2000

W24

Celem pracy jest ocena wyników leczenia pacjentów, u których wykonaliśmy realloplastykę stawu biodrowego. .

W okresie od 1989 do 1999 w Klinice Ortopedii Akademii Medycznej w Bydgoszczy wykonaliśmy 1322 alloplastyki stawu biodrowego w tym 1033 cementowych i 289 bezcementowych. W tym samym czasie wykonaliśmy 40 realloplastyk stawu biodrowego. Wśród operowanych było aż 35 kobiet i tylko 5 mężczyzn. Przed i pooperacyjną kliniczną ocenę funkcji stawu biodrowego dokonaliśmy według Harrisa. Ocenę obluzowania protezy stawu biodrowego oparliśmy o podział według De Lee-Charnleya dla panewki i Gruena dla trzpienia. .

Sposób postępowania w realloplastyce uzależniony był od rodzaju obluzowania, oraz stopnia destrukcji kostnej. Najczęściej używaliśmy endoprotezy rewizyjnej osadzonej na cemencie kostnym. W przypadku dużego zniszczenia elementów kostnych panewki, stosowaliśmy pierścienie wzmacniające oraz przeszczepy kostne. Średnia wieku operowanych wyniosła 66,3 lat (+/- 5,7) i wahała się od 58 do 80 lat. W grupie 40 pacjentów z wykonaną realloplastyką 37 miało pierwotnie założoną protezę cementową a 3 bezcementową. Obluzowanie w 17 przypadkach dotyczyło panewki, w 9 trzpienia, a w 14 obu

komponentów protezy. U 36 pacjentów przyczyną realloplastyki było obluzowanie aseptyczne, a u 4 septyczny proces zapalny. .
Wyniki Przedoperacyjna ocena funkcji stawu biodrowego według Harrisa wyniosła średnio 48 punktów (od 36 do 60 punktów). .
W czasie ostatniej kontroli pooperacyjnej , średnio 3,2 lat po zabiegu (okres obserwacji waha się od 6 miesięcy do 7 lat) średnia ocena funkcji stawu biodrowego według Harrisa wynosiła 79 punktów i wahała się od 64 do 90. .

Uzyskane dobre wyniki kliniczne, tylko w 80% odpowiadały dobremu wynikowi w kontrolnym badaniu RTG. .

U jednej chorej lat 79 z 3 stopniem destrukcji miednicy według De Lee-Charnleya doszło do przemieszczenia całego konglomeratu (przeszczepów i implantu) do wnętrza miednicy. Chora ta nie wyraziła zgody na reoperację. Pacjentka ta chodzi z użyciem kul łokciowych. Kliniczny wynik leczenia wyniósł 47 punktów w skali Harrisa. .

Wnioski: Im większa destrukcja i ubytek masy kostnej części panewkowej miednicy i trzonu kości udowej, . tym trudniejsze warunki stabilnej implantacji wszczepu i gorsze perspektywy zachowania dobrych wczesnych wyników leczenia operacyjnego.