

DECIMENTĂRI ASEPTICE ALE ENDOPROTEZELOR DE ȘOLD

ASEPTIC DECIMENTATIONS OF THE HIP ENDOPROTHESYS

Mihail DARCIUC

Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie în campanie USMF "N.Testemițanu"

Rezumat

Studiul nostru cuprinde 71 revizii ale artroplastiei totale de sold, efectuate în anii 1992-2008. Intervalul de la endoprotezarea primară până la cea de reluare a variat de la 2 săptămâni la 12 ani. Au fost revizuite ambele componente protetice în 36,1%, componentul femural în 18,5%, și cel acetabular în 45,45%. Rezultatele cu o medie de urmărire de 93 luni, analizate după scorul Harris a evoluat de la 26 puncte în preoperator la 85 postoperator.

Summary

Our study comprised 71 revisions of total hip arthroplasties performed the last 16 years (1992-2008). The time elapsed from the primary hip replacement till the revision with a follow-up of minimum 2 weeks till 12 years. We have revised both components in 36,1%, the femoral component in 18,5%, and the acetabular cup in 45,45%. With a follow-up media of 93 months, the assessment after Harris score evaluated from 26 points preop to 85 points postop.

Introducere

Prevalența artroplastiei de revizie în endoprotezarea șoldului este în permanentă creștere și constituie 18% în SUA și 8% în registrele Suedeze, cu un pronostic de majorare considerabilă pe viitor [1,8]. În centrele specializate de artroplastii, coraportul dintre artroplastiile primare și cele de reluare actualmente constituie 4:1, cu pronosticul de atingere în viitorul apropiat a coraportului de 2:1 [6,8]. Cauzele principale ale diminuării capitalului osos sunt reprezentate de osteoliza peri-implant, defectele iatrogene, datorate unei tehnici chirurgicale deficitare, mai ales la etapa de înlăturare a componentului protetic și a cimentului, "stress-seldinguli" etc [2,3,4, 5,7].

Material și metoda

În perioada anilor 1992-2008, în clinica noastră s-au efectuat 71 revizii a artroplastiilor totale de șold pentru decimentarea și mobilizarea aseptica. Majoritatea acestor proteze fac parte din primele generații (Virabov, Movșovici-Gavriuşenco, Compomed și Ghercev). Au fost operați 22 bărbați și 45 femei, vârsta pacienților a variat între 21 și 80 ani, cu o medie de 47 de ani. Intervalul dintre prima artroplastie și operația de revizie a variat între 1 an și 12 ani, cu o medie de 5 ani și 2 luni. Indicații pentru reluare au servit: luxația capului protezei (6 cazuri), osificări heterotopice (4 cazuri) deteriorarea componentelor protezei (10 cazuri), decimentarea și mobilizarea protezei (47 cazuri). În 26 cazuri a fost revizuit componentul acetabular, în 11 cazuri – cel femural, și în 20 cazuri – ambele componente.

Intervențiile chirurgicale au fost efectuate sub anestezie generală, prin calea de abord laterală, folosită la intervenția primară. Defectele au fost apreciate după Paprosky W.G.

În defectele tip I au fost aplicate cupele necimentate pentru refacerea sfericității cotilului, fixare cu șuruburi și a cupelor cimentate.

În defectele tip II A defectul osos a fost substituit cu autoos morselat din aripa iliacă (6 cazuri).

În defectele tip II B refacerea inelului și sfericității cotilului a fost obținută prin plasarea unei allogrefe corticale prelevată din creasta tibială și conservată în soluții de 0,5% formaldehidă (4 cazuri) și grefă osoasă morselată din creasta iliacă.

În defectele tip II C peretele medial al cotilului a fost substituit cu grefă conservată structurizată din condilii femurali. În 8 cazuri, au fost aplicate cupe cimentate, în 11 cazuri - necimentate și fixate cu 3 șuruburi.

În defectele tip III A au fost folosite alotransplante structurale, și autogrefe morselate din creasta iliacă prin metoda originală, propusă de noi (6 cazuri).

În defectele tip III B utilizarea cupelor necimentate n-a fost argumentat (4 cazuri). Unica încercare de a substitui defectul masiv cu transplant de os din femurul distal conservat, s-a complicat cu dezvoltarea unei hepatite toxice. La alta pacienta a fost aplicată cupa BAIPAS.

De rând cu reluările acetabulare izolate, în 15 cazuri (27,9%) au fost reluate ambele componente, iar în 8 cazuri (17,8%) a fost reluat componentul femural.

Defecte Paprosky I au fost rezolvate prin aplicarea tijelor cimentate.

La defect de tip II au fost plasate allogrefe scindate, fixate cu un serclaj metalic.

Defecte de tip III A s-a rezolvat cu tije de revizie de la firma ESI cu pedestal metafizar. La 3 pacienți au fost aplicate tije necimentate de tip ИМПЛАНТ ЭЛИТ. Defecte de tip III B au fost rezolvate cu tije de revizie ИМПЛАНТ P, și îngustarea canalului medular prin implantarea unei allogrefe structurale; tijele de revizie cu pedestal mai mare de 5 cm de tip ESI.

La defecte de tip IV aplicate tijele MATI zăvorite, tije cimentate cu pedestal. Astfel, reluările femurale fiind efectuate în 23 de cazuri. Din cele 23 cazuri de reluări ale componentului femural, 7 s-au dovedit a fi la tijele cimentate și 16 la cele necimentate.

Rezultate

În perioada postoperatorie precoce la 6 pacienți după reluare s-au dezvoltat complicații septice profunde, la care a fost efectuată înlăturarea protezei, asanarea cavității. La 3 din acești pacienți, la care erau pierderi considerabile de capital osos a cotilului și îndeosebi a femurului proximal, a fost aplicată tracțiune scheletică continuă cu șoldul în extensie pentru o perioadă de 6 săptămâni.

Luxația capului protezei survenită la 2 pacienți pe parcursul primelor 10 zile a fost redusă ortopedic, membrul operat fiind imobilizat pentru 4 săptămâni în poziția de abducție în botina antirotațională.

Rezultatele globale ale endoprotezării de reluare a șoldului cu o medie de urmărire 78 de luni sunt mai modeste în comparație cu cele ale artroplastiei primare. Dar înregistrează o îmbunătățire considerabilă a funcționalității șoldului și calității vieții pacientului în comparație cu perioada înainte de reluare, fiind însoțită de o majorare a mediei scorului Harris de la 28 în preoperator la 85 postoperator.

Discuții

Conduita terapeutică pentru cotil prevede utilizarea protezelor necimentate când există suficient stoc osos pentru asigurarea stabilității primare.

În cazul deficitului osos, grefele morselate formează acetabulul, iar dacă defectele sunt mari este necesitate de alogrefe structurale sau utilizarea implantelor metalice: inel Kerboull alături de grefe și cupe cimentate. Pentru componenta femurală preferăm implante voluminoase și lungi impactate în zone de diafiză femurală neatacate, care pot oferi preluarea solicitărilor mecanice pentru a degaja zonele osoase proximale acoperite cu metal poros.

Surprinzătoare s-au dovedit a fi rezultatele la pacienții cu complicații septice și defecte considerabile ale femurului proximal, unde după înlăturarea protezei, a fost aplicată tracțiunea continuă. La toți acești pacienți a fost observată formarea unei neartroze cu apariția unui regenerat a capului femural, fapt ce încă o dată confirmă că forma și structura extremităților articulare sunt determinate de funcția pe care o îndeplinesc.

Concluzii

Decimentarea și mobilizarea aseptică a artroplastiilor reprezintă complicația tardivă. Revizia în chirurgia protetică a șoldului este foarte dificilă cu complicații frecvente care sunt greu de tratat. Experiența noastră este modestă și trebuie să ameliorăm tehnica artroplastiei primare a șoldului. Endoprotezarea de reluare are indicații primare fiindcă orice întârziere duce la degradarea protezei și diminuarea capitalului osos. Defectele osoase necesită folosirea de grefe osoase structurale și protezelor speciale. În viitor posibilă lărgirea folosirii cupelor speciale By-pass. Cimentarea componentelor în endoprotezarea de reluare trebuie să devină o excepție și nu o regulă.

Bibliografie

1. ASTION A.J., SALVAN P. și alții „The porous coated anatomic total hip prosthesis: failure of the metal backed acetabular component”, Journal of Bone and Joint Surgery, May 1996, vol. 78-A, nr.5, p.755-766.
2. PAUL BOTEZ, Artroplastia protetică de șold, Iași 2003.
3. CRISTEA ȘT., CRISTEA C., POPESCU M. *Tratamentul infecțiilor din artroplastia totală de șold și de genunchi*. Revista de Ortopedie și Traumatologie, 2006, vol 16, nr.1-2, p.107-113.
4. DINULESCU I., STĂNCULESCU D., și alții. *Decimentarea aseptică cu pierderi mari de substanță osoasă după artroplastia totală de șold*. Revista de Ortopedie și Traumatologie, 1997, vol 7, nr.4, p.219-222.
5. KERBOULL M., HAMADOUCHE M., KERBOULL L.- „The Kerboull acetabular reinforcement device in major acetabular reconstructions”; Clin. Orthop.Trans., 1997, 20, 899-905.
6. GEORGEANU V.AL. *Cauzele mobilizării componentelor protezei totale de șold*. Revista de Ortopedie și Traumatologie, 1999, vol 9, nr.2-3, p.139-148.
7. PAPROSKY W.G., PERONA P.G., LAWRENCE J.M. „Acetabular defect classification and surgical reconstruction in revision arthroplasty. A 6-year follow-up evaluation”; J. Arthroplasty, 1994, 9, 33-44.
8. POP T.S., NAGY O., și alții. *Reconstrucția acetabulară cu grefe osoase morselate și inele de ranfosare în artroplastia de revizie a șoldului*. Revista de Ortopedie și Traumatologie, 2004, vol 14, nr.1-2, p.95-100.
9. POPESCU M., URSU T, *Posibilități de reconstrucție osoasă în revizia protezelor de genunchi*. Revista de Ortopedie și Traumatologie, 2003, vol 3, nr.3-4, p.163-173.