

## **Prospekt informacyjny Nr 1**

### **1. Nazwa zaproponowanego świadczenia zdrowotnego:**

Endoprotezoplastyka całkowita stawu biodrowego.

### **2. Istota oraz cel zaproponowanego świadczenia zdrowotnego:**

Na podstawie przeprowadzonego dotychczas badania lekarskiego (wywiad i badanie fizykalne) oraz badań dodatkowych stwierdzono u Pani/Pana zaawansowaną chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego. Operacja protezoplastyki stawu biodrowego, zwana także całkowitą endoprotezoplastyką stawu biodrowego polega na usunięciu składowych zniszczonego stawu biodrowego (panewki i głowy kości udowej) i zastąpieniu go sztucznym, czyli protezą. Endoproteza składa się z elementu zastępującego bliższą część kości udowej, czyli trzpienia wykonanego ze stopu metali i głowy wykonanej ze stopu metali lub ceramiki oraz z metalowej panewki z wkładką, która może być z polietylenu lub ceramiki. Implanty używane w endoprotezoplastyce stawu biodrowego są wykonane z materiałów akceptowanych przez organizm i stworzonych w taki sposób, który zapewni największą odporność na korozję, niszczenie i zużycie. Panewka i trzpień mogą być osadzone bezpośrednio w kości lub za pomocą specjalnego kleju zwanego cementem kostnym. Wybór rodzaju endoprotezy, techniki operacyjnej i sposób osadzenia zależą od zaawansowania zmian zwyrodnieniowych, wieku pacjenta i stanu tkanki kostnej. Zabieg protezoplastyki ma przynieść ulgę w bólu oraz poprawić zakres ruchu i funkcję stawu biodrowego. Celem zabiegu nie jest wyrównanie różnicy w długości kończyn.

### **3. Następstwa, ryzyko, powikłania:**

Endoprotezoplastyka stawu biodrowego jest dużym zabiegiem operacyjnym, przy którym mogą wystąpić różne powikłania. Chociaż niektóre z nich mogą być poważne, większości z nich można uniknąć lub je ograniczyć wprowadzając odpowiednie leczenie. Do powikłań można zaliczyć:

- a) zakrzepica żylna: skrzepy w żyłach kończyn dolnych powstają w wyniku braku ruchu w okresie okołoperacyjnym jak również w efekcie urazu naczyń żylnych podczas operacji. Standardowo stosuje się profilaktykę przeciwzakrzepową w okresie okołoperacyjnym, aby zapobiegać powstawaniu skrzeplin. Oprócz leków p-zakrzepowych i specjalnych elastycznych pończoch wdrażane są ćwiczenia zwiększające przepływ krwi przez żyły. Należy pamiętać, że powikłania zatorowo-zakrzepowe mogą wystąpić pomimo tej profilaktyki (zator tętnicy płucnej, zawał serca, udar mózgu, a w ich wyniku nawet zgon). Zdarzają się one rzadko i częściej występują u pacjentów z przeszłością zatorową i kardiologiczną (zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca itd.).
- b) infekcja: bardzo ważnym elementem profilaktyki przeciwniekcyjnej jest usunięcie przed planowanym zabiegiem ognisk zapalnych w obrębie jamy ustnej, nosa, układu moczowo-płciowego i skóry. Zaburzeniom w gojeniu rany sprzyjają otyłość, palenie tytoniu, cukrzyca, łuszczyca, przewlekłe stosowanie leków sterydowych w przebiegu chorób tkanki łącznej, astmy, POCHP, RZS. oraz wstrzyknięcia leków do stawu w okresie 6-ciu m-cy przed operacją. Zakażenia mogą dotyczyć zarówno rany jak i tkanek położonych głębiej, bliżej protezy oraz kości. Większość zakażeń skutecznie udaje się leczyć antybiotykami, ale masywna infekcja może spowodować konieczność ponownej operacji z usunięciem protezy włącznie i wszczepieniem tzw. spaceru z antybiotykiem zastępującego protezę.
- c) złamanie: podczas operacji kość udowa lub miednica mogą ulec złamaniu. Czasami złamanie są tak małe, że goją się same, ale większe uszkodzenia mogą wymagać zastosowania specjalnego zespolenia kości lub zastosowania przeszczepów kostnych.

d) zwichnięcie: określone pozycje ciała i kończyny mogą spowodować, że głowa protezy wypadnie z panewki protezy i przemieści się poza nią. Zasady postępowania aby temu zapobiec są przedstawione w punkcie 5. W przypadku zwichnięcia konieczna jest repozycja w znieczuleniu dożylnym i czasem unieruchomienie kończyny np. w orcie stawu biodrowego. Powtarzające się wielokrotnie takie epizody wymagają ponownej operacji i wymiany elementów protezy.

e) obluzowanie: z biegiem czasu elementy „sztucznego stawu” mogą obluzować się w łożysku kostnym i z powodu ich ruchomości w kości powodować ból. Ponowna operacja może być jedyną metodą, aby rozwiązać ten problem. Zabieg rewizyjny polega na wymianie endoprotezy na nową i jest znacznie bardziej obciążający dla chorego niż zabieg pierwotny, trudny technicznie i powoduje znaczną destrukcję kości. Wzrasta też bardzo częstość powikłań.

f) zmiana długości kończyny: pomimo, że ortopeda podczas zabiegu stara się uniknąć tego problemu to nie zawsze kończyny po zabiegu są równe. Może dojść do wydłużenia lub skrócenia operowanej kończyny. Należy pamiętać, że istotą zabiegu nie jest wyrównanie długości kończyn lecz zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawa zakresu ruchów biodra. Konieczność wydłużenia kończyny może być spowodowana niewydolnością i osłabieniem otaczających staw mięśni i ustawieniem elementów protezy w taki sposób aby zminimalizować ryzyko zwichnięcia. Czasem zmuszają do tego warunki anatomiczne stawu oraz zły stan samej kości.

g) mechaniczne uszkodzenie protezy: proteza, tak jak „oryginalny” staw podlega siłom tarcia i obciążeniu. Jeśli zabieg wykonywany jest u względnie młodej osoby, może zaistnieć konieczność wymiany zużytych elementów protezy, czyli ponownego zabiegu. Chociaż nowoczesne protezy robione są z coraz trwalszych materiałów to zawsze trzeba brać pod uwagę ich zużycie i konieczność reoperacji po pewnym czasie. Żadna proteza nie jest „dożywnia”. Na zużycie elementów protezy ma wpływ tryb życia pacjenta i stosowanie się do zaleceń dla pacjentów po protezoplastyce. Jeśli pacjent nie dostosuje po zabiegu swojej aktywności i masy ciała do ograniczeń związanych z wszczepieniem protezy, to narazi się na wczesne niepowodzenie protezoplastyki (nadmierne obciążenia spowodują szybsze zużycie implantu lub obluzowanie, a tym samym konieczność ponownej, znacznie rozleglejszej operacji).

h) zaburzenia neurologiczne po zabiegu operacyjnym najczęściej dotyczą niedowładu nerwu strzałkowego (częstość występowania w pierwotnej endoprotezoplastyce stawu biodrowego to 0,17-5,2 %, natomiast w przypadku operacji rewizyjnych ilość tego typu powikłań wzrasta do 3-3,5%). Częściej powikłanie to występuje również u pacjentów ze zmienioną anatomią okolicy biodra w wyniku wcześniej przebytych operacji tej okolicy (np. złamania, osteotomie) i u pacjentów z dysplazją stawu biodrowego w dzieciństwie. W wyniku niedowładu nerwu strzałkowego dochodzi do opadania stopy operowanej kończyny i poruszania się tzw. chodem brodzącym. Sytuacja taka wymaga zaopatrzenia stopy w odpowiednią ortezę oraz konieczna jest długotrwała rehabilitacja.

#### **4. Skutki nie podjęcia leczenia za pomocą endoprotezoplastyki:**

Zwiększenie stopnia zaawansowania choroby, aż do całkowitego zeszywnienia (braku ruchu) stawu biodrowego (ankylozy). Brak możliwości codziennej samodzielnej egzystencji.

#### **5. Zalecenia po leczeniu operacyjnym:**

Program rehabilitacji po zabiegu ma na celu odtworzenie prawidłowego stereotypu chodu, wzmocnienie mięśni kończyny operowanej oraz zapobieganie zakrzepicy żyłnej. Po ustąpieniu znieczulenia pacjent wykonuje ćwiczenia izometryczne mięśni pośladkowych oraz m.czworogłowego uda kończyny operowanej oraz ruchy w stawie skokowym zapobiegające wystąpieniu zakrzepicy żyłnej. W pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym usuwany jest dren Redona (jeśli został założony) odbierający krew z okolicy miejsca operowanego oraz rozpoczyna się usprawnianie pacjenta – sadzanie w łóżku ze spuszczonej nogami, a następnie pionizacja pacjenta i nauka chodu przy pomocy balkonika lub kul łokciowych z częściowym lub pełnym

obciążaniem operowanej kończyny zależnie od rodzaju użytej endoprotezy i jakości tkanki kostnej. Podczas kolejnych dni pacjent w asyście rehabilitanta utrzuca prawidłowy stereotyp chodu i uczy się poruszania po schodach. Pacjent powinien przez okres 6 tygodni od zabiegu poruszać się przy pomocy 2 kul łokciowych. Po tym okresie możliwe jest odstawienie 1 kuli. Prowadzenie samochodu jest dozwolone po 6 tygodniach od zabiegu operacyjnego. Kontynuacja profilaktyki przeciwzakrzepowej jest prowadzona przez okres 30 dni od dnia wypisu ze szpitala (zastrzyki podskórne z H.D.Cz.). Pobyt w oddziale wynosi najczęściej 5 dni. Szwy usuwane są w warunkach ambulatoryjnych w 10-14 dobie od zabiegu operacyjnego. Dodatkowo każdy pacjent otrzymuje broszurę z zaleceniami postępowania po protezoplastyce. I tak: - nie zginać nogi w biodrze powyżej kąta prostego, - nie siadać na niskich siedzeniach (miękkie sofy i fotele,), -stosować nasadkę podwyższającą sedes, - nie pozwolić, aby noga przeszła przez linie osi ciała (zakaz zakładania nogi na nogę, konieczność spania z wałkiem pomiędzy nogami). Należy unikać nagłych i niekontrolowanych ruchów operowanej kończyny w celu uniknięcia zwichnięcia. Po 3 m-cach obowiązuje kontrola kliniczna i radiologiczna w poradni ortopedycznej. Kolejne kontrole odbywają się co rok.

Przygotowanie i opracowanie danych lek. Marcin Cabaj / Paweł Osiński ©

Zatwierdził Kierownik Oddziału lek. med. Paweł Osiński

Wszystkie prawa autorskie zastrzeżone i prawnie chronione. Kopiowanie i przedruk powyższych materiałów w części lub w całości możliwy tylko i wyłącznie z zgodą autorów. Cytowanie i oraz wykorzystywanie fragmentów opracowania dozwolone tylko za podaniem źródła.

lek. lek. Marcin Cabaj / Paweł Osiński ©