

ROZPOZNAWANIE I LECZENIE WCZESNYCH POSTACI MARTWICY GŁÓW KOŚCI UDOWYCH

Niedokrwienie głowy kości udowej prowadzi zwykle do martwicy tkanki kostnej i ograniczonego zapadnięcia warstwy podchrzęstnej. Utrata kulistego kształtu powierzchni stawowej głowy kości udowej jest przyczyną rozwoju wtórnych zmian zmniejszających. Zapobieganie tym procesom jest możliwe tylko w początkowym stadium choroby, gdy obraz radiologiczny pokazuje zachowany w pełni kształt głowy kości udowej.

Analizowany materiał Kliniki w latach 1991-2001 obejmuje 146 bioder u 96 osób. Średni okres obserwacji wyniósł 7 lat (od 1 do 10). Wiek pacjentów 26-64 lata (średnio 43).

Ostateczne rozpoznanie martwicy głowy kości udowej stawiano w oparciu o badanie kliniczne, obraz radiologiczny, badanie scyntygraficzne, badanie histologiczne oraz pomiar ciśnienia śródkostnego. Od sześciu lat do standartowego postępowania diagnostycznego dołączono KT i MRI. Dla klasyfikacji zaawansowania zmian kliniczno-radiologicznych przyjęto podział zaproponowany przez ARCO (wg Arlet i Ficat), stadium od I do IV.

W przedstawionym materiale do stadium I zaliczono 62 biodra, do stadium II – 74 biodra, do stadium III – 10 bioder.

Zabieg operacyjny przeprowadzono w znieczuleniu lędźwiowym nawiercając pod kontrolą monitora rtg 3 kanały o średnicy ok. 5mm. W trakcie zabiegu wykonywano pomiar ciśnienia śródkostnego oraz pobierano materiał do badania histologicznego. Wszystkie nawiercone kanały sięgały do warstwy podchrzęstnej w strefie wcześniej stwierdzonych zaburzeń ukrwienia.

Odciążenie przy pomocy 2 lasek przez okres 2-3 miesięcy oraz leczenie sanatoryjne były nieodzownym uzupełnieniem całego procesu leczenia.

Ustąpienie bolesności i brak progresji obrazu radiologicznego w okresie 1-10 lat odnotowano w 110 biodrach, częściowe pogorszenie kliniczne i radiologiczne wystąpiło w 21 biodrach. Całkowitą protezoplastykę stawu biodrowego wskutek progresji zmian wykonano w 15 biodrach w okresie od 1,5 roku do 8 lat po zabiegu nawiercania i dekompresji.

Dodatkowo analizowaną grupę stanowi 41 bioder (II i III stadium wg Arlet i Ficat) gdzie wykonano zabieg nawiercenia i usunięcia kości w podchrzęstnej strefie martwicy, z jednoczesnym wypełnieniem przeszczepami kości mrożonej lub własnej. Dotychczasowe

obserwacje od 1 roku do 6 lat (średnio 2,5 roku) wskazują na dużą skuteczność (60%) tego rozwiązania w zachowaniu głowy kości udowej.

RECOGNITION AND TREATMENT OF EARLY STAGES OF AVASCULAR NECROSIS OF FEMORAL HEAD

Ischaemia of femoral head leads usually to necrosis of osseous tissue and limited collapse of subchondral layer. The loss of spherical shape of articular part of femoral head is the reason of development of secondary osteoarthritis. Prevention of this process is possible only in the first phase of disease, when x-ray examination shows behaved fully shape of femoral head.

We analyzed 146 hips at 96 persons operated on in our Department in the years 1991-2001. Average follow up was 7 years (from 1 to 10). Age of patients was 16-64 (average 43).

Final diagnosis of avascular necrosis of femoral head was placed basing on clinical symptoms and signs, x-ray examination, histological examination, and measurement of intraosseus pressure. From 6 years CT and MRI scans were added to standard diagnostic conducts. Clinical and radiological changes were classified with classification proposed by ARCO (according to Arlet and Ficat), stadium From I to IV.

In presented material 62 hips were classified to phase I, 74 hips – to phase II, and 10 hips – to phase III.

The operation of core decompression was carried out under lumbar anesthesia. It consisted of drilling 3 channels in femoral neck and head (5mm in diameter) under x-ray image intensifier. During the operation the measurement of intraosseus pressure was made and material for histological investigation was received. All core decompression channels reached to subchondral layer in zone earlier diagnosed with disturbances of blood supply.

Relief of pain and lack of progression of x-ray changes in the period of 1 – 10 years were noted in 110 hips, partial decrease in clinical and radiological results in 21 hips. Total hip replacement in consequence of progression of changes was made in 15 hips in the period from 1,5 to 8 years after core decompression.

Additionally analyzed group consisted of 41 hips (II and III stage according to Arlet and Ficat) in which the intervention of core decompression with removal of necrotic bone in subchondral layer was made with simultaneous fulfillment with autologous or frozen allografts.

Hitherto existing observations from 1 to 6 years (average 2,5 years) show large efficiency (60%) of this solution in maintenance of femoral head.

WYNIKI WYKONANYCH W CIĘŻKICH WYPADKACH DYSPLAZJI SIĄDŁOWO-
BIEGOWYCH I TOWARZYSZĄCYCH ARTROZA

Wyniki obserwacji z tego rodzaju operacji opisano w literaturze. W niniejszym artykule przedstawiono wyniki obserwacji z 1 do 6 lat (średnio 2,5 lat) po wykonaniu operacji w ciężkich przypadkach dysplazji siądlowo-biegowej i towarzyszącej artrozy.

W tym celu wykonano operacje w 10 przypadkach. Wyniki obserwacji przedstawiono w tabeli.

WYNIKI WYKONANYCH W CIĘŻKICH WYPADKACH DYSPLAZJI SIĄDŁOWO-
BIEGOWYCH I TOWARZYSZĄCYCH ARTROZA

W niniejszym artykule przedstawiono wyniki obserwacji z 1 do 6 lat (średnio 2,5 lat) po wykonaniu operacji w ciężkich przypadkach dysplazji siądlowo-biegowej i towarzyszącej artrozy.

Wyniki obserwacji przedstawiono w tabeli.

WNIOSKI

W ciężkich przypadkach dysplazji siądlowo-biegowej i towarzyszącej artrozy operacja w postaci wszczepienia siądlowca i wykonania artroplastyki jest najlepszym sposobem leczenia. Wyniki obserwacji z 1 do 6 lat (średnio 2,5 lat) po wykonaniu operacji w ciężkich przypadkach dysplazji siądlowo-biegowej i towarzyszącej artrozy przedstawiono w tabeli. Wyniki obserwacji z tego rodzaju operacji opisano w literaturze. W niniejszym artykule przedstawiono wyniki obserwacji z 1 do 6 lat (średnio 2,5 lat) po wykonaniu operacji w ciężkich przypadkach dysplazji siądlowo-biegowej i towarzyszącej artrozy.