

Péče o pacienta po kloubní náhradě kyčle

MUDr. Pavel Příkryl¹, MUDr. Jiří Selucký¹, MUDr. Jana Fialová²

¹Ortopedické oddělení Nemocnice Přerov

²Traumatologické oddělení, Fakultní nemocnice Olomouc

Totální endoprotéza (TEP) kyčle je v dnešní době rozšířenou a velice efektivní operací. Aby proběhla bez zbytečných komplikací a byla opravdu razantním přínosem do kvality života pacienta, musí příprava, operace samotná i její doléčení splňovat poměrně přísná kritéria. Každé ortopedické pracoviště má v tomto určitá specifika, nicméně obecně platná pravidla jsou jasně dána a pokusíme se je zde nastínit.

Klíčová slova: totální endoprotéza kyčle, antiluxační režim, rehabilitace.

Care of a patient following hip replacement

At present, total hip replacement (THR) is a common and very effective procedure. For it to occur without complications and to be of major benefit to the patient's quality of life, its preparation, the procedure itself as well as follow-up treatment must meet rather strict criteria. Every orthopaedic centre is specific in certain aspects, however, some generally accepted rules are clearly established and the aim of the article is to highlight them.

Key words: total hip replacement, protection against luxation, rehabilitation.

Med. Pro Praxi 2009; 6(3): 167–168

Úvod

Zavedení a rutinní používání kloubních náhrad pacienty je jedním z největších dobrodíní, jakými se může ortopedická medicína pochlubit. Při správné přípravě pacienta, implantaci i doléčení navrací pacientovi téměř plné zdraví pohybového aparátu a dovoluje plnohodnotný život. Nejdokonaleji jsou kloubní implantáty opracovány právě pro náhradu kyčle a poté kolene. Jsou sice vyvinuty implantáty prakticky pro všechny klouby lidského těla, ale nejsou používány rutinně a taktéž se ještě potýkají s různými problémy. V České republice je ročně naimplantováno přes 10 000 totálních endoprotéz (TEP) kyčle. Za zcela optimálních okolností umožňují pacientům nejen návrat k zaměstnání, ale i možnost sportovního vyžití. Je ovšem potřeba si uvědomit, že kloubní náhrada jakožto implantát je zatěžováním pomalu postupně opotřebovávána a časem dojde k jeho selhání. K opotřebení dochází především v **kontaktní třecí ploše náhrady**, která uvolňuje otěrové částice. Nejčastěji používaným kontaktním povrchem je u kyčle kovová hlavička a polyetylenová jamka (obrázek 1). Uvolňované částice polyetylénu pak způsobují reakci „kolem cizích těles“, vytváří specifický **polyetylenový granulom**, ten pak narušuje kostní fixaci protézy a způsobí její uvolnění. Jsou vyvíjeny i jiné kontaktní materiály, např. polyetylen-keramika, keramika-keramika, či kov-kov. U těchto typů protéz je kvalitou zpracování otěr lépe eliminován a mají tedy teoreticky delší životnost. Nicméně jejich vyšší cena masovému

používání brání a jsou používány především pro mladší a aktivní pacienty. Jsou známy případy z ortopedických kruhů, kdy doba používání náhrady pacientem přesáhla 30 let, nicméně většina operátů by se jistě spokojila s dobrou funkcí náhrady kolem 20 let. Délka průměrně dobré funkce v České republice není známa, je ale odhadována na 12 let.

Implantace kloubní náhrady

Následují okolnosti a optima k maximální možné a dlouhodobě dobré funkci kloubní náhrady. V první řadě jde o výběr pacienta ke kloubní náhradě. Za ideálních okolností se jedná o pacienta bez celkových onemocnění, případně s jejich správnou korekcí. Ať již jde o častý diabetes, či hypertenzi. Důležitým faktorem je optimální váha pacienta. Nadváha pooperačně protézu každým krokem zatěžuje, a tedy může vést k předčasnému opotřebení. Tedy ideálem je BMI kolem 25. Za velmi zásadní považujeme „bezinfekčnost pacienta“. Vždy vyšetřujeme HIV a hepatitidy všech typů. Tyto nemoci způsobují imunodeficientní stavy a implantace jsou pak vysoce rizikové k pooperačním infekcím. Bakteriální zánět v oblasti protézy je totiž velmi svízelně řešitelný a finančně náročný. Chronickou osteomyelitidu totiž dodnes současná medicína neumí jednoznačně vyřešit, a tak můžeme pacientovi přehlédnutím tohoto faktu operací s následnou infekcí výrazně ublížit. Proto vyžadujeme dobrou sanaci jakýchkoliv možných infekčních ložisek, ať už zubních fokusů,

jakýchkoliv zánětlivých procesů kůže či nehtů, ale taky poměrně častých asymptomatických uroinfekcí.

Nejvýznamnějším faktorem, ovlivňujícím délku funkčnosti náhrady, vždy byla a bude ideální **přesnost implantace kloubní náhrady** do kostí. Kvalita náhrady samotné a použité materiály třecích povrchů jsou sice také důleži-

Obrázek 1. TEP kyčle



tými parametry, nicméně nepřesně či špatně implantována sebekvalitnější náhrada je odsouzena k časnému selhání. Z tohoto důvodu lze jednoznačně říci, že miniinvasivita operačního zákroku je sice vítaná a moderní, ale nesmí být na úkor přesnosti implantace TEP.

Doléčení

Doléčení po zákroku je dalším důležitým krokem. Spočívá v prevenci komplikací a správné rehabilitaci. Jde především o komplikace tromboembolické, infekční, ale také možné vykloubení náhrady. Stran **tromboembolie** jsou všichni pacienti zajištěni vyššími dávkami LMWH, riziková jsou warfarinizováni na tři měsíce nebo nově užívají perorální inhibitory trombinu (např. Pradaxa). Jakákoliv **infekce** či i podezření na ni je indikací k léčbě pokud možno baktericidními antibiotiky, ať již jde o uroinfekt či angínu. Infekční komplikace v ráně patří promptně k léčbě za hospitalizace na pracovišti, kde byla náhrada implantována.

Luxace TEP kyčle patří mezi obávané komplikace a nevídané příhody v doléčení. Správný režim, pomůcky i edukace pacienta jsou velmi důležité. Rizikové jsou především první tři měsíce, kdy ještě probíhá jizvení svalstva kolem náhrady. Po tuto dobu pacienti používají francouzské hole na odlehčení. Chodí tzv. trojdobou chůzí - tedy napřed berle, pak krok operované končetiny a následuje dokročení zdravou. Taktéž chůze po schodech je nacvičována již na pooperačních odděleních. Vykloubení TEP bývá většinou dvěma směry, ventrálně nebo dorzálně. K ventrální, přední luxaci dochází při zanožení, překřížení končetin nebo zevní rotaci. Učíme tedy pacienty nevytáčet chodidlo zevně a tam, kam směřuje osa těla, tam musí směřovat i chodidlo. K zadní luxaci TEP kyčle dochází při vnitřní rotaci či velké flexi kyčle. Je tedy zakázáno jakékoliv křížení nohou, při ležení na zdravém boku mají mít pacienti polštář mezi koleny (obrázek 2), aby zpočátku hůře ovladatelná operovaná končetina vlastní vahou nepřekřížila tu neoperovanou. Druhý možný způsob vzniku je velká flexe kyčle nad 90 st. Proto pacienti nesmí zpočátku dřepat, užívají vysoký sed na židli (obrázek 3), nástavec na WC či sedačku do vany. Je doporučována vyšší postel s pevnou matrací. Taktéž obouvání ponožek a obuvi vyžaduje nácvik, aby bylo provedeno bez velkého předklonu a flexe v kyčli. Doporučujeme tedy zpočátku obuv bez šněrování. Taktéž nasedání do auta musí být prováděno bezpečně a řídit auto si pacienti mohou dovolit až po zhojení a návratu funkčnosti končetiny s TEP. Tedy nejdříve za tři měsíce od operace. Toto rozhodnutí však patří

Obrázek 2. Leh s polštářem



do kompetence operatéra, který náhradu operoval a provádí její kontroly včetně rtg (obrázek 4). Jak je z uvedeného patrné, jsou režimová opatření a specifická rehabilitace po kloubní náhradě kyčle poměrně obsáhlá a je tedy navýsost vhodný postup, že operovaný pacient je doléčen na ortopedickém oddělení zhruba do extrakce stehů a poté je přeložen přímo do rehabilitačního zařízení. Zde dále zvyšuje kondici svalstva při dodržování **antiluxačního režimu**. Domů se pak dostává zhruba po měsíci od operace. Kolem třetího měsíce pak pacienti postupně odkládají berle a normálně chodí. Eventuální sportovní aktivity přichází v úvahu kolem půl roku od zákroku. Sportovní úspěchy uživatelů kloubních náhrad budiž chválou šikovnosti operatérů, nicméně jde jen o „špičku ledovce“.

Závěr

Úmyslně zde nezmiňujeme doporučený věk na kloubní náhradu. Optimálně se TEP operuje ve vyšším věku tak, aby nositel náhrady zemřel dříve přirozenou smrtí, než se dočkal uvolnění a nutnosti náročné reoperace. Na druhou stranu je dost mladých pacientů, jejichž stav kyčle je z různých důvodů tragický a ti potřebují náhradu ihned. V takovém případě s implantací neváháme, neboť produktivní věk je potřeba strávit pokud možno bez bolestí kloubu, bez kulhání, bez zkratu končetiny, bez všech dalších symptomů a omezení, které patří do obrazu těžké artrózy kyčle.

Literatura

1. Bartoníček J, Heft J. Základy klinické anatomie pohybového aparátu. Praha: Maxdorf, 2004.
2. Čech O. Alopplastika kyčelního kloubu. Praha: Avicenum, 1979.
3. Dungal P, a kol. Ortopedie. Praha: Grada, 2004.
4. Stehlík J, Musil D, Held M, Stárek M. Náhrada kyčelního kloubu MIS-AL technikou – roční výsledky. Acta Chir. ortop. Traum. Čech. 2008; 75: 262–270.
5. Sosna A, Čech O, Krbec M. Operační přístupy ke skeletu končetin, pánve a páteře. Praha: Triton, 2005.

Obrázek 3. Zvýšený sed



Obrázek 4. Rtg TEP kyčle



6. Sosna A, Pokorný D, Jahoda D. Náhrada kyčelního kloubu. Praha: Triton, 2003.

7. Žofka P. Bipolární endoprotéza kyčelního kloubu. Acta Chir. ortop. Traum. Čech. 2007; 74: 99–104.

MUDr. Pavel Příkryl

Ortopedické oddělení
Nemocnice Přerov
Dvořákova 75, 751 52 Přerov
pavlik.prikryl@seznam.cz

