

Bölüm 41

REVİZYON TOTAL KALÇA PROTEZİ

Serkan GÜLER¹

GİRİŞ

Günümüzde ortopedi ve travmatoloji kliniklerine yapılan hasta başvurularının önemli bir kısmını kalça rahatsızlığı olan hastalar oluşturmaktadır. Genişleyen endikasyonlar ve artan cerrahi çeşitlilik ile birlikte özellikle kalça eklemine yönelik operasyon sayıları artmaktadır. Sıklıkla izole koksartroz zemininde yapılmış total kalça protezi uygulamalarının yetmezlikleri revizyon kalça protezi ihtiyacı doğurabilmektedir. Ayrıca travma zemininde yapılmış endoprotezlerin yetmezlikleri de önemli bir revizyon cerrahisi alanı oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra başarısız femur üst üç kırığı ve asetabulum kırığı tedavilerinin olumsuz sonuçları nedeniyle gerek duyulan revizyon kalça artroplastileri ile implant enfeksiyonları nedeniyle başvurulmuş revizyon cerrahisi ihtiyaçları bu nedenlere eklenebilir(1,2).

REVİZYON CERRAHİSİNE KARAR VERME

Aseptik gevşeme, enfeksiyon, periprostetik kırıklar, implant yetersizliği, osteoliz, dislokasyon, fonksiyonel kısıtlılık ve diğer az görülen nedenler revizyon total kalça protezi gerekliliğine neden olan durumlardır. Revizyon gerekliliğine hastanın yakınmaları, anamnezi, yapılan fizik muayene ve elde edilen radyolojik tetkikler ile laboratuvar sonuçları değerlendirilerek bu veriler ışığında karar verilmelidir. Klasik röntgen görüntülerine ek olarak son yıllarda BT taraması asetabular ve femoral

kemik stoğunu belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (3).

Revizyon total kalça protezi endikasyonlarından en önemlisi ağrıdır ve implanttaki gevşeme ağrı oluşturan nedenlerin başında gelmektedir (4). Aktivite veya yükleme ile artan, buna karşın istirahat ile azalan ağrı çoğunlukla aseptik gevşeme lehine yorumlanır (5). Revizyon cerrahisi kararı verilirken hastanın genel durumu ile mevcut ek hastalıkları değerlendirilerek, hasta için fayda zarar dengesi gözetilmelidir. Bu kapsamda anestezi konsültasyonu ve olası diğer konsültasyonlar dikkatle analiz edilmelidir. Primer cerrahilere nazaran daha dikkatli ve daha titiz yaklaşılması gerektiği unutulmamalıdır.

Revizyon kararı alınan hastalar daha uzun yatış süreleri, olası komplikasyonlar ve operasyon sonrası rehabilitasyon açısından bilgilendirilmelidir. Hastanın nasıl bir operasyon geçireceğini, operasyon sonrasında ne gibi kazanımları olabileceğini bilmesi gereklidir. Hangi yakınmalarının giderilemeyebileceği hasta ve yakınlarına detaylı anlatılmalıdır. Bazı kliniklerde hasta odalarında birden fazla hastanın tedavisi yürütülmektedir. Revizyon cerrahisi yapılacak hastalar mümkünse tek başına yatırılmalı değilse şartların sağlanması beklenilmelidir. Enfeksiyon zemininde yapılan revizyon planlamalarında mutlaka bu kural uygulanmalıdır. Bu hastaların izole tutulması için imkanlar oluşturulmalıdır.

Enfeksiyon nedeniyle başvurun hastalara imp-

¹ Dr.Öğr.Üyesi,Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, drserkanguler@hotmail.com

komponentlerin dünya çapında kullanımı görülmektedir (20). Genel kullanımda olan asetabuler revizyon komponentleri, primer komponentlere benzer niteliktedir. Çok delikli kaplar eski vida deliklerinden faydalanılmadığı ve kemik defektlerinin yüksek oranda olduğu durumlarda kurtarıcı olabilmektedir.

Çıkık riskinin yüksek olduğu hasta gruplarında metal-metal içine geçen veya kelepçe sıkmalı insertler ile kısıtlayıcı revizyon artroplastiler uygulanabilmektedir (21). Elbette kısıtlanan bir revizyonel sistemde periprostetik kırık ve gevşeme ihtimalinin arttığını unutmamak gerekir (21,22).

REVİZYON CERRAHİSİNDE KOMPLİKASYONLAR

Revizyon cerrahisinde karşılaşılabilen komplikasyonlar genel artroplasti vakalarında karşımıza çıkabilen komplikasyonlardan pek farklılık göstermemekle birlikte, revizyon cerrahide daha sık görülürler ve daha ciddi boyuttadırlar. Revizyon cerrahisi komplikasyonları intraoperatif ve postoperatif olarak iki kısımda değerlendirilebilirler (23).

İNTRAOPERATİF KOMPLİKASYONLAR

- Kanama ve büyük damar hasarı
- Peroperatif kırık
- Peroperatif instabilite

POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLAR

- Periprostetik kırık
- Sinir hasarı
- Bacak eşitsizliği ve rotasyonel bozukluklar
- Kalça İnstabilitesi
- Yara akıntısı
- Enfeksiyon
- Venö tromboemboli

Daha çok artroplasti vakalarında sıklıkla görülen bu komplikasyonlarla birlikte tüm cerrahilerde karşılaşılabilen diğer komplikasyonlar göz ardı edilmemelidir (23,24).

SONUÇ

Revizyon ameliyatları primer cerrahilere nazaran, endikasyona karar vermeden, cerrahi öncesi planlama ve preop implant seçimleri ile genişlemiş implant çeşitliğine hakim olmaya kadar farklılıklar göstermektedir. Cerrahi tecrübe bu seçimlerin doğru yapılması ve sonucun daha olumlu neticelenmesinde etkili olabilir. Bu nedenle planlanacak vakaların zorluğunun, cerrahin kendi tecrübesine göre analiz edilmesi olması uygun olabilir.

KAYNAKLAR

1. Terry M. Campbell's operative orthopedics. JAMA,2016. 301(3):p.329-340.
2. Smith-Petersen M., The Classic :Evolution Mould Arthroplasty of the Hip Joint.Clinical orthopedics and related research, 2006.453:p.17-21.
3. Wright JM, Pellici PM, Salvati EA. Bone density adjacent to press-fit acetabular components: a prospective analysis quantitative CT.JBJS,2001.83(4): p.529.
4. Miller, M.D.S.R.Review OrthopaedicsBook.2012:Elsevier Health Sciences:p222-224.
5. Berry DJ. Total revision hip and knee arthroplasty. 2012: Lippincott Williams & Wilkins:p.312-314
6. Engh Jr C A, Culpepper WJ, Engh JA. Longterm result of using of the anatomic medullar locked prosthesis in total arthroplastyof hip.JBJS,1997.79(2):p. 177-84.
7. Salvati EA et al. The infected total hip arthroplasty.Instructional course lectures,2003.52: p.223-245.
8. Bourne R, Hunter GA, Rorabeck CH. Six years follow-up of infected total hip replacements managed with Girdlestone's arthroplasty. Bone&Joint Journal, 1984.66(3): p.340-343.
9. Electricwala AJ, Amanatullah DF, Narkbunnam RI. Comprehensive Operative Note Templates for Primary and Revision Total Hip and Knee Arthroplasty. Open Orthop J. 2016 Dec 21;10:725-731. doi:10.2174/1874325001610010725.
10. De Lalla F. Antibiotics prophylaxis in orthopaedic surgery. Journal of Chemotherapy, 2001.13(sup4): p.48-53.
11. Schrama JC, Espehaug B, Hallan G, Risk of revision infection in primary total hip and knee in patients with rheumatoid arthritis compared with osteoarthritis:A prospective, population-based study on 108,786 hip and knee joint arthroplasty from the Norwegian Register. Arthritis care & research,2010.62(4):p.473-479.
12. Solomon LB, Hofstaetter JG, Bolt MJ, An extended posterior approach to the hip and pelvis for complex acetabular reconstruction that preserves the gluteal muscles and their neurovascular supply.Bone Joint J. 2014 Jan;96-B(1):48-53. doi: 10.1302/0301
13. Kagan RP, Greber EM, Richards SM, Advantages of an Anterior-Based Muscle Sparing Approach in Transitioning From a Posterior Approach for Total Hip Arthroplasty: Minimizing the Learning Curve.J Arthroplasty. 2019 Dec;34(12):2962-2967. oi:10.1016/j.arth.2019.07.009. Epub 2019 Jul 12.

14. Li H, Lin JH. Experience of using anterior windowing of the femur in revision total hip arthroplasty. Article in Chinese Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2012 May;50(5):398-401.
15. Colas S, Allalou A, Poichotte A, Exchangeable Femoral Neck (Dual-Modular) THA Prostheses Have Poorer Survivorship Than Other Designs: A Nationwide Cohort of 324,108 Patients. Clin Orthop Relat Res. 2017 Aug;475(8):2046-2059. doi: 10.1007/s11999-017-5260-6.
16. Ellenrieder M, Steinhauser E, Bader R. Influence of cementless hip stems on femoral cortical strain pattern depending on their extent of porous coating. Biomed Tech (Berl). 2012 Apr;57(2):121-9. doi: 10.1515/bmt-2011-0998.
17. Lee S, Kagan R, Doung YC. Reliability and Validity of the Vancouver Classification in Periprosthetic Fractures Around Cementless Femoral Stems. J Arthroplasty. 2019 Jul;34(7S):S277-S281. doi: 10.1016/j.arth.2019.02.062. Epub 2019 Mar 7.
18. Fryhofer GW, Ramesh S, Sheth NP. Acetabular reconstruction in revision total hip arthroplasty. J Clin Orthop Trauma. 2020 Jan-Feb;11(1):22-28. doi: 10.1016/j.jcot.2019.11.004. Epub 2019 Dec 2.
19. Stevens J, Macpherson G, Howie C. Bone preserving techniques for explanting the well-fixed cemented acetabular component. J Orthop. 2018 Mar 28;15(2):500-505. doi: 10.1016/j.jor.2018.03.037.
20. Chiarlone F, Zanirato A, Cavagnaro L. Acetabular custom-made implants for severe acetabular bone defect in revision total hip arthroplasty: a systematic review of the literature. Arch Orthop Trauma Surg. 2020 Jan 20. doi: 10.1007/s00402-020-03334-5.
21. Lewis PL, Graves SE, de Steiger RN. Constrained Acetabular Components Used in Revision Total Hip Arthroplasty: A Registry Analysis. J Arthroplasty. 2017 Oct;32(10):3102-3107. doi: 10.1016/j.arth.2017.04.043.
22. Crawford DA, Adams JB, Brown KW. Mid-Term Survivorship of Novel Constrained Acetabular Device. J Arthroplasty. 2019 Oct 5. pii: S0883-5403(19)30932-5. doi: 10.1016/j.arth.2019.09.049.
23. McGrory BJ, Jorgensen AH. High Early Major Complication Rate After Revision for Mechanically Assisted Crevice Corrosion in Metal-on-Polyethylene Total Hip Arthroplasty. J Arthroplasty. 2017 Dec;32(12):3704-3710. doi: 10.1016/j.arth.2017.07.004.
24. Eethakota VVS, Vaishnav V, Johnston L. Comparison of revision risks and complication rates between total HIP replacement and HIP resurfacing within the similar age group. Surgeon. 2018 Dec;16(6):339-349. doi: 10.1016/j.surge.2018.05.005.