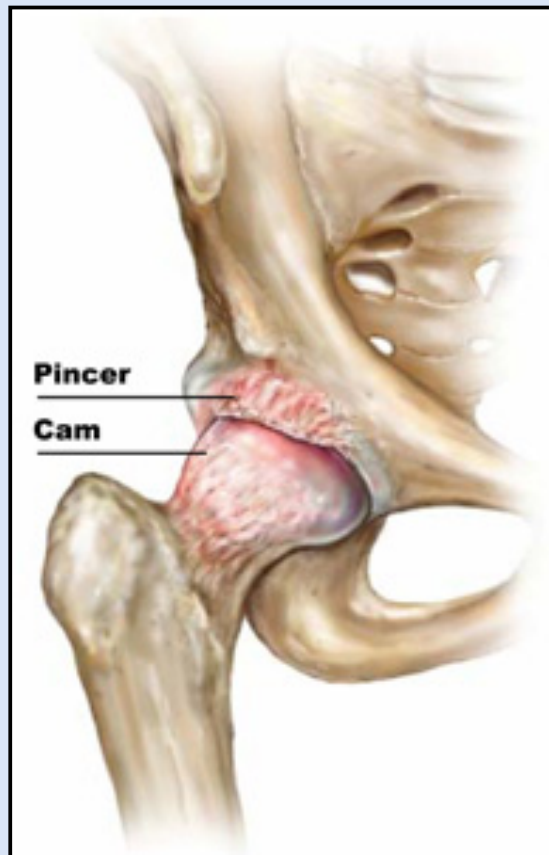




HELSE BERGEN
Kysthospitalet i Hagevik



KYSTHOSPITALET I HAGEVIK

Åpen behandling av femoracetabulær impingement gjennom kirurgisk luksasjon av hoftelrådet

Se i tillegg folder med generell informasjon om innleggelse på sykehuset.

Hvorfor operasjon?

Hofteleddet er som andre kuleledd begrenset av støtte og bevegelse. For mye støtte (dvs. dyp skål) gir lite bevegelse og grunnlag for kollisjon (eng. **impingement**). I tillegg må kula i leddet være nøyaktig kuleformet og jo mer kula står fritt på halsen som forbinder kula til noe (i kroppen er det lårhals og lårbeinet det er snakk om), desto større bevegelse.

To typer vanlige feil er:

- for dyp hofteskål (eller for mye overheng på en del av hofteskålen) og
- for lite klaring mellom kula(lårbeinshodet) og halsen (lårhalsen).

Disse feilene lager kollisjonstyper (**impingement**) under maksimal bøyning av hofteleddet som kalles på engelsk **pincer** (knipemekanisme) og **cam** (kam som i kamaksel som gir ventilløft i en bilmotor). Feilene opptrer enkeltvis og i kombinasjon, grad av feil og de krav som stilles til hofteleddet (sport, arbeidsstilling og lignende) er med på å bestemme når i livet problemene merkes av pasienten.

Pincer er vanligst hos kvinner og debuterer hyppigst i 30-årene, **cam** vanligst hos menn og debuterer noe før.

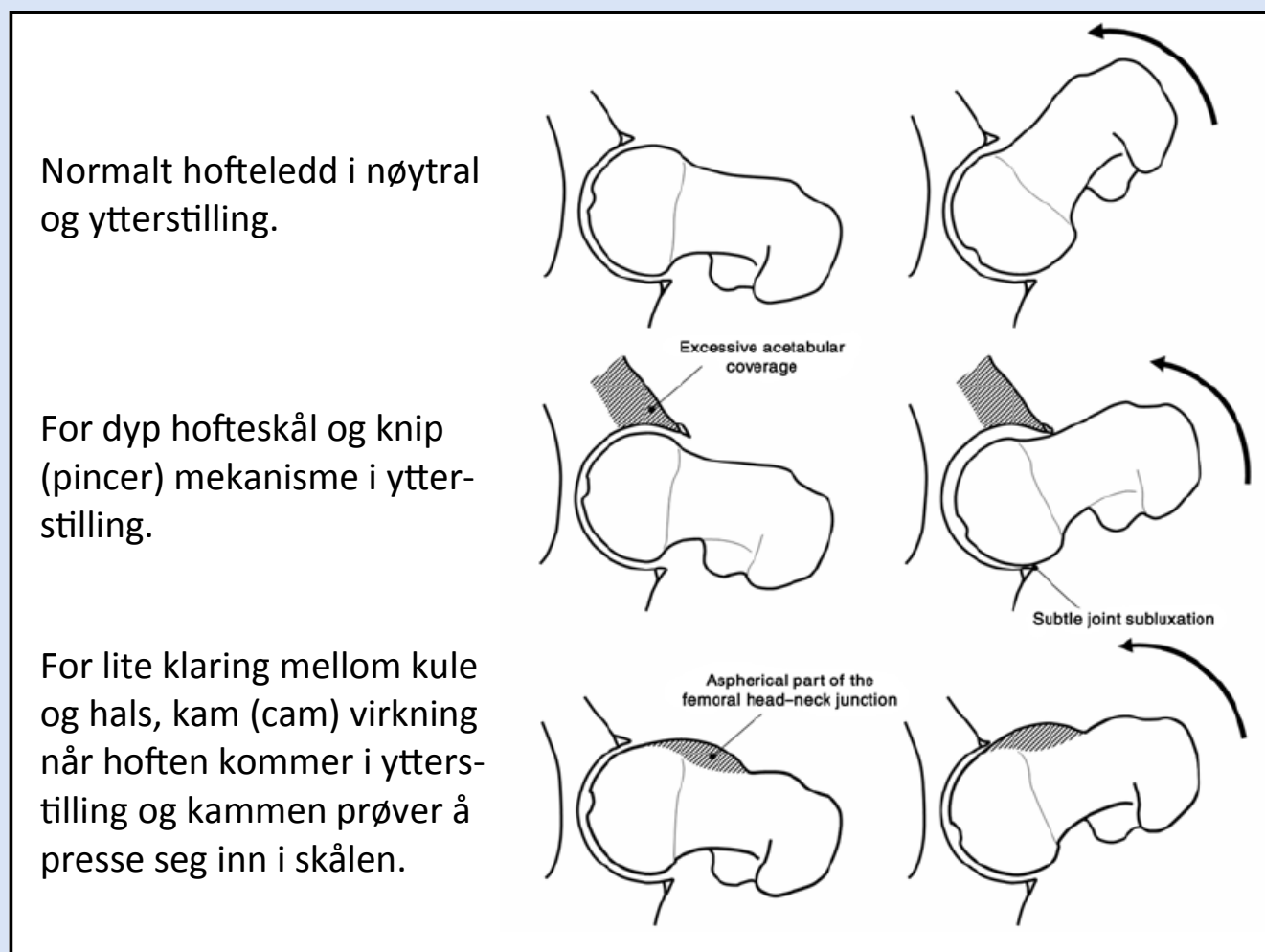
Grunnlaget for å få symptomer (smerter) er brusk og leddleppe skade.

En operasjon kan ta vekk kollisjonsgrunnlaget og i noen grad reparere skader, men best blir resultatet på lang sikt når skadene er minimale på operasjonstidspunktet.

Grunnen til å operere er altså å utsette nedbrytningen av hofteleddet så snart man blir klar over diagnosen og ikke å vente til smertene er

blitt så sterke at man ikke klarer å leve med dem. Erfaringene med tilstanden hittil tyder på at symptomene (smertene) kommer først et stykke ut i nedbrytningsprosessen og i varierende grad har sammenheng med hvor mye skadet hoftedeppet er. Et ledd med lite symptomer kan altså ha forholdsvis store skader.

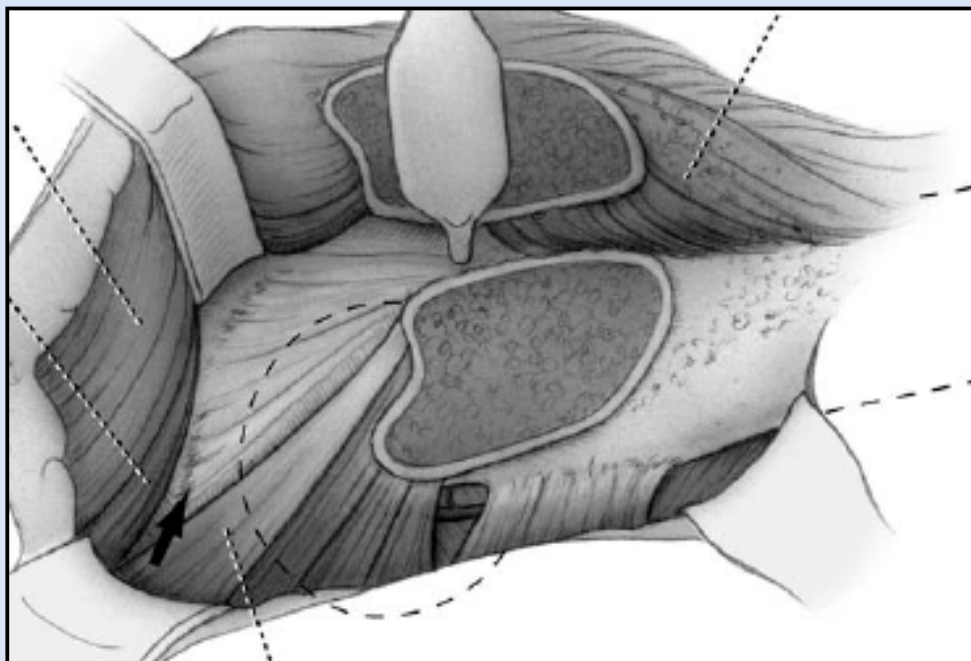
Inngrepet regnes som "proteseutsettende" og ikke "reparerende", dette har sammenheng med de store krav som stilles til hoftedeppet, bare det helt perfekte hoftedepp holder seg gjennom et langt liv.



Hva er det som gjøres under operasjonen?

Ved Kysthospitalet bruker vi en metode som kalles kirurgisk luksasjon for å komme til hoftelrådet og utbedre de feilene som foreligger hos den enkelte pasient. Dette er den opprinnelige metoden fra den gruppen som beskrev tilstanden først (Prof. Ganz, Bern-Sveits), det er også metoden som har lengst oppfølgingstid på sine resultater og er den annerkjent mest robuste metode for å komme til alle type feil uansett grad.

Musklene separeres uten å skjæres over, et sentralt feste for hofte-musklene på lårbeinet deles og brettes til side for så å gi kirurgen tilgang til hoftelråds-kapslen og selve leddet:

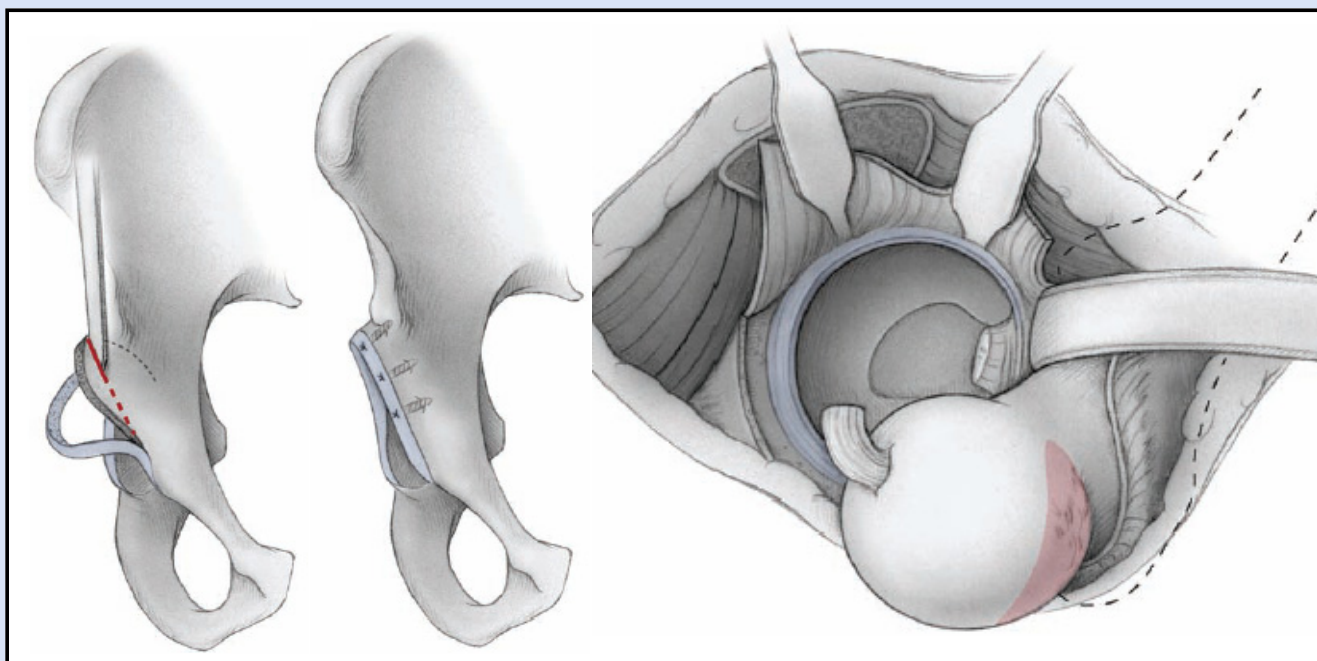


Deretter taes hoften ut av ledd, og man har full oversikt over skål, med leddleppe og bruske, samt lårbeinshodet og lårhals.

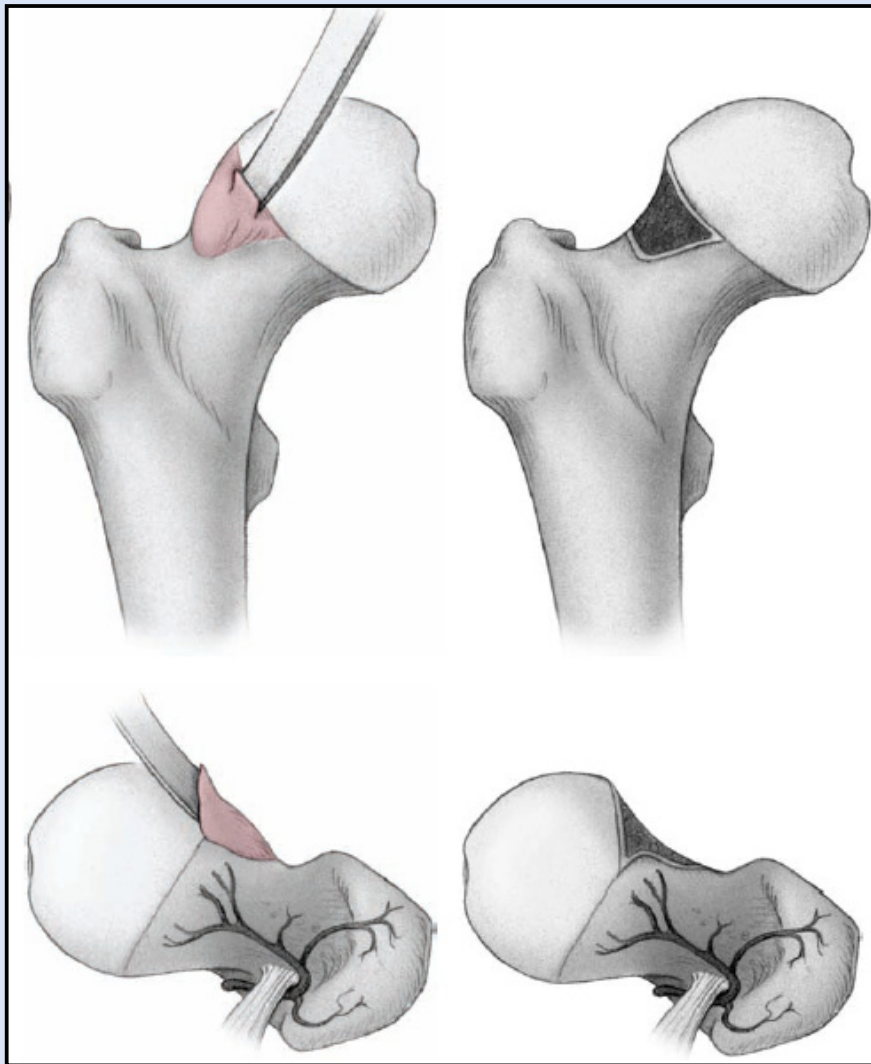
Da kan man med god oversikt ta vekk overflødig bein på hofteskålkanten og overgangen mellom lårbeinshodet og lårhalsen

Overdekkingen av bein taes nøyaktig av uten å lage hofteskålen for grunn (ville ha gitt utstabil hofte som ved for grunn hofteskål: hofteledds dysplasi) og leddleppen syes på den nye kanten for å kunne utøve sin viktige funksjon i hofteleddet (bl.a. ernæring).

Det brukes små titan (metall) skruer til feste for leddleppen og de vil kunne skimtes på røntgenbilder etter operasjonen (2.8mm i diameter).



Lårbeinsdelen blir deretter korrigert med full oversikt over den viktige blodsirkulasjonen til lårbeinshodet som går like ved området som behandles.



Hvilken innvirkning har operasjonen på hofteledet?

Inngrepet kan utsette slitasjen, men ikke forhindre den gjennom et langt livsløp.

Det er vanlig å få øket bevegelighet, mindre ubehag og normalisert gange etter operasjonen.

Operasjonen forhindrer ikke senere hofteprotese (skruer som ikke er fjernet tidligere kan fjernes samtidig med proteseinngrep).

Om selve inngrepet og risiko

Inngrepet påvirker ellers friske pasienter lite, det er rutinemessig ubetydelig blodtap.

Det passerer nerver og blodkar tett på hofteskålen både foran og bak, disse strukturene kan skades under operasjonen, vi har ikke registrert nerveskader hos våre pasienter, men vet det kan forekomme når hoften taes ut av ledd (mindre enn 1 %).

Det er alltid en viss risiko for infeksjon ved alle inngrep (mindre enn 1 %), men vi har heller ikke registrert dette ved våre pasienter for denne inngrepstypen.

Skrueene som fester beinblokken tilbake til lårbeinet fjerner vi



hos et antall av pasientene(30-40%), de fleste har ingen plager av dem og de kan stå livslangt i lårbeinet.

Hva skjer etter operasjonen?

Under operasjonen får man et svært tynt plastrør lagt inn over ryggkanalen og gjennom dette gir vi lokalbedøvelse som lager en epidural bedøvelse som brukes over flere dager (3-5). Dette pleier å gi utmerket smertelindring og tillater at vi setter i gang med bevegelsestrening umiddelbart etter operasjonen. Dette gjør vi får å oppnå best mulig bevegelighet i hoften på sikt.

Hoften bøyes og legges for en kort periode på en høy pute, deretter strekkes hoften helt ut, det hele gjentas hver time mens man er våken (pause om natten!).

Etter noen dager kan man gjøre disse øvelsene uten epiduralbedøvelse og da begynner tilvenning til krykker. Hoften må avlastes mest mulig for alle aktive bevegelse (både bøy og strekk), det betyr at man innbiller seg at den ikke virker til noe og er helt slapp, noe løft under krykkegang må man ha og tillates.

Etter 5 uker har beinblokken grodd nok til at det opererte beinet forsiktig belastes i en uke, og så (totalt 6 uker etter operasjonen) kontrolleres hoften med røntgen på poliklinikken av operatøren.

Dersom forholdene ligger til rette for det, avvikles krykke-



bruken forholdsvis raskt.

Man må regne å være borte fra bilkjøring i minimum 8 uker.

I 5 uker etter operasjonen brukes blodpropphindrende middel (Fragmin) som taes i sprøyteform, pasientene velger vanligvis å lære seg å sette denne daglige medisinen selv. Sprøytene kommer i engangspakker, og er enkle og sikre i bruk.

Hvilke resultater kan forventes av operasjonen?

Smertelindring og bedret evne til å bøye hofteleddene er vanlig.

Inngrepet kan utsette slitasje, men langtidsresultatene foreligger ikke utover 3-5 år.

Vi vet derfor ikke hvordan hofteleddene vil være 20-30 år etter operasjonen.

Vi ser på den annen side at et stort flertall av dem som kommer (uten operasjon) for å få hofteprotese før 60 års alder og som ikke har en revmatisk sykdom, barnehoftesykdom, eller tidligere stor skade på hofteleddene, har nettopp denne hoftefeilen som vi her har beskrevet.

Det er derfor grunn til å tro at ubehandlet inneklemmingshoftefeil gir tidlig slitasje og behov for protese. Metoden som her er beskrevet anses for å være trygg (langt over 1000 operasjoner av denne typen er beskrevet i verdenslitteraturen)

Finnes det alternativ til operasjon?

Det er alltid et alternativ å ikke la seg operere for den tilstanden som er beskrevet her. Det blir da å fortsette med de tiltak som ellers alltid bør prøves ut før en velger operasjon: arbeids-/idrettsaktivitets modifisere-

ring, fysioterapi og medikamenter.

De enklere former for impingement blir behandlet med alternativ operasjonstype, kikkhulls-teknikker, slik at denne beskrevne metoden er reservert for dem som trenger tillegg av andre prosedyrer omkring hoftelrådet, eller har så omfattende påvirkning av hoftelrådet at kikkhullsteknikker (foreløpig) ikke strekker til.

Oppsummering

Inneklemmingsfeil i hoftelrådet er en relativt ny forklaring på tidlig slitasjegikt i hoftelrådet.

Inngrepet som behandler feilene normaliserer de anatomiske forholdene i hoftelrådet, men vil uansett ikke kunne forventes å erstatte et hofteproteseinngrep på lang sikt ved et ellers normalt livsløp.

Det er få store komplikasjoner til inngrepet.

Man kan regne med smertelindring på kort sikt etter våre inngrep, men usikkerheten om langtidsnytteeffekt vil gjøre at noen velger å avstå fra inngrepet.

Vi på Kysthospitalet vil prøve å hjelpe deg i dette valget.

Det er viktig at du som pasient føler at endelig beslutning om å ta inngrepet er din egen avgjørelse og tatt på et godt grunnlag basert på tilstrekkelig råd og veiledning fra oss.

Vi vil ønske deg velkommen som pasient hos oss!



Adresse Hagaviksbakken 25, 5217 Hagavik

Sentralbord 56 56 58 00

www.kih.no