



KYSTHOSPITALET I HAGEVIK

Kirurgisk behandling av hoftelddysplasi hos voksne (periacetabulær osteotomi)

Denne folderen inneholder informasjon til pasienter som skal få utført kirurgisk behandling av hoftedysplasi. Se i tillegg folder med generell informasjon om innleggelse på sykehuset.

Introduksjon

Denne informasjonsbrosjyren er ment å hjelpe deg til å forstå mer om tilstanden "hofteleddsdysplasi" slik den arter seg hos voksne og hvilke behandlingsmåter som tilbys fra Kysthospitalet i Hagevik. Den skal også introdusere for deg hvordan behandlingen foregår og hva du kan forvente av resultater. Den vil også forklare om risiko ved kirurgisk behandling av hofteleddsdysplasi hos voksne.

Hva er hofteleddsdysplasi og hva innebærer det å ha en slik tilstand?

Hofteleddsdysplasi er en fellesbetegnelse på flere former for utviklingsforstyrrelse av hofteleddet. Hoftekulen på toppen av lårbeinet støttes ikke tilstrekkelig av hofteskålen, som en del av bekkenet.

Symptomer på hofteleddsdysplasi kan oppstå første gang i godt voksen alder, og da gjerne som belastingsavhengige smerter, klikk i hoften, låsning i perioder av leddet eller en følelse av at hofteleddet er ustabil. Tilstanden er mer vanlig hos kvinner, og arv spiller en rolle sammen med enkelte forhold omkring svangerskap/fødsel(seteleie).

Selv om dysplasi er påvist i barneårene og behandling er gitt i form av pute og eventuelle operasjoner, er det dessverre ingen garanti for at det utvokste hofteleddet tilfredstiller de strenge krav naturen stiller for at et hofteledd skal fungere perfekt gjennom et langt liv.

Symptomer oppstår gjerne først ved mindre skader av leddleppen som omgir hofteskålen og dernest vil bruskranden i hofteskålen påvirkes. Graden av nedbryting vil være knyttet til tilstandens alvorlighetsgrad, aktivitetsnivå og tid. Undersøkelser av store pasientgrupper har konkludert med minimumsverdier for støtte som må til for at en hofte skal kunne vare et normalt langt liv uten slitasjeforandringer (artrose).

Hofteleddsdysplasi er den hyppigste enkeltårsaken til at personer un-

der 40 års alder trenger hofteproteseoperasjon.

Brusk har variabel slitestyrke fra person til person og det regner man med er noe av forklaringen på det noe uforutsigbare slitasjeforløp som sees i ellers likedan formete hofter.

Ved symptomer på hofteledds dysplasi og samtidig fravær av alvorlige slitasje-/skadetegn i leddet, kan vi for en gruppe pasienter tilby en korrigerende operasjon som hjelp med nåværende plager og for at hofteleddet skal kunne vare lengre før det til slutt må behandles med ”utskifting”/hofteleddsprotese operasjon.

Hvilke operasjoner utføres og hva innebærer disse?

Stillingen av hofteskålen kan korrigeres slik at den støtter kulen bedre. Dette innebærer at hofteskålen løses kirurgisk fra bekkenet og vinkles inn i en mer gunstig stilling for funksjon og belastning. Dette inngrepet heter ”periacetabulær osteotomi”, forkortet til PAO. Kikkhullsoperasjon er noen ganger aktuelt for utbedring av skader i hofteleddet som et supplement til PAO. Dette gjelder bare et mindretall av pasientene.

Hva er nytteverdien av PAO operasjonen?

På kort sikt vil de aller fleste pasientene merke en lindring av sine plager, men får sjelden et symptomfritt hofteledd i alle belastningssituasjoner. Det er et håp om at operasjonen kan hjelpe på lang sikt til å utsette hofteproteseoperasjonen.

Langtidseffekten for å



unngå artrose/slitasjeutvikling er ikke godt dokumentert utover ca. 10-15 år grunnet tidspunktet for metodens utbredelse internasjonalt. PAO har bare siden ca år 2000 vært den vanligste operasjonen for hofteleddsdysplasi hos utvokste.

Det som hittil er blitt klart etter undersøkelse av opererte, er at prognosen for leddet er nøye knyttet til alder på pasienten og graden av skade som er oppstått fram til operasjonstidspunktet. Den enkelte pasient må derfor informeres spesielt om sin prognose og antatte nytteverdi av inngrepet.

Hvilken risiko har operasjonen?

Inngrepet er regnet som stort, med betydelig risiko for blødning og til dels nerveskader i forhold til hofteproteseoperasjon. Blødning under operasjonen håndteres med en apparatur som samler opp blod som tapes i sårflatene, og gis tilbake der og da til pasienten i en behandlet form. Blødning vil likevel prege etterforløpet og medfører en viss grad av slapphet og mangel på tiltakslust de første ukene etter operasjonen. Blodoverføring er likevel sjelden nødvendig.

Nerveskader i huden på låret forekommer nokså hyppig (mer enn 1 %) og kan være plagsomme, men behøver ikke være det. Nerveskader som påvirker funksjonen i beinet permanent er meget sjeldne (mindre enn 1 %), midlertidig påvirkning av nervefunksjonen til beinet ligger på omtrent samme nivå som hofteprotese (ca 1 %).

Infeksjonsfaren er under 1%.

Blodpropp i bekkenets samleårer og/eller beinets samleårer som medfører fare for blodpropp til lungene er mulig, men meget sjelden med den behandlingen som gis (under 1%). Det benyttes for tiden blodproppshindrende middel av samme type som ved hofteprotese operasjon og samme varighet (f.t. 5 uker).

Dersom operasjonen er teknisk vellykket og vanlige rehabiliteringsreg-

ler følges, er tilhelingsproblemer svært sjeldne (under 1 %).

På lengre sikt er risikoen ved inngrepet at det ikke har tilsiktet effekt for symptomlindring og at disse plagene først avhjelpes av en hofteproteseoperasjon. Denne kommer i så fall tidligere i livet enn det man håpet på å oppnå ved å gjennomføre PAO operasjonen. Slitestykken på leddet i forhold til ødeleggelse av bein og liknende er vanligvis mye større etter PAO enn den smertestillende effekten. Tidspunktet for når en hofteproteseoperasjon blir aktuelt etter PAO er altså svært individuelt.

Hva skjer i forkant av operasjonen og hva kan man forvente seg etterpå?

Innleggelse i sykehuset begynner med frammøte en enkelt dag i uken før operasjonsdagen og da gjennomgår vi et program hvor pasienten møter ulike yrkesgrupper som forklarer detaljer omkring behandlingen. Anestesilege ("narkoselege") vil forklare bedøvelsesform og smertelindringsopplegget under og etter operasjonen. Et smertelindrende middel blir tilført gjennom et tynt plastrør i korsrygg/flanke, og dette brukes under og i noen dager etter operasjonen. På den måten reduseres behovet for morfinliknende sterke smertestillende og letter der ved rehabiliteringen betydelig. Fysioterapeut vil forklare hvordan man kommer seg på beina igjen etter inngrepet. Sykepleiere vil forklare andre detaljer omkring oppholdet og stellet i avdelingen. Endelig vil kirurgen prøve å oppklare fortsatt ubesvarte spørsmål omkring inngrepet, og etter en kort undersøkelse gi den endelige bekreftelse på at inngrepet kan gjennomføres påfølgende uke.

Etter operasjonen, blir det et opphold på oppvåkingsavdelingen til neste morgen. Da er narkosevirkningen såpass stor ennå at kommunikasjon med pårørende best foregår gjennom personalet. Neste morgen er formen vanligvis god nok til telefonsamtaler og besøk.

En rolig første dag i sengen med sitting på sengekanten følger så og dersom blødning er stabilisert, setter en i gang med bevegelse ut av sengen påfølgende dag (dag 2), med støtte av personalet og hjelpemidler etter behov.

Krykkegang inklusive i trapper trenes før hjemreise og varigheten av oppholdet i sykehuset er oftest avgjort av hvor godt krykkene beherskes. God almentilstand er også viktig før en reiser direkte hjem (for dem som bor alene, kan et rehabiliteringsopphold bli aktuelt og må diskuteres på forhånd).

Operasjonen er utført med pågående røntgen kontroll, likevel er en kontroll av operasjonsresultatet med et nytt røntgenbilde nødvendig før utreise. Det vil bli etterkontroll 6 uker og 6 måneder etter operasjonen ved vår poliklinikk, etter dette avtales kontroller på individuell basis. Ved utreise får man sykemelding og resept på aktuelle smertestillende- og blodproppshindrende medisiner. Fysioterapi behandling etter man er kommet hjem, er vanligvis ikke nødvendig.

Oppsummering

Periacetabular osteotomi er et tilbud til pasienter med hoftelddysplasi som har redusert funksjon eller livskvalitet, men likevel ikke noen vesentlig grad av slitasjeforandring i hoftelddet

Det er et stort inngrep med flere risikomomenter som må vurderes nøye på forhånd opp mot forventet nytteeffekt. Ikke alle pasienter vil velge operasjon etter å ha blitt tilbudt dette, og det finnes alternativ til operasjon.

Det er viktig at du som pasient føler at den endelige beslutningen om å få utført inngrepet er din egen avgjørelse, og at denne er tatt på et godt grunnlag basert på tilstrekkelig råd og veiledning fra oss.

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

Vi vil ønske deg velkommen som pasient hos oss!



Adresse Hagaviksbakken 25, 5217 Hagavik
Sentralbord 56 56 58 00

www.kih.no