



KYSTHOSPITALET I HAGEVIK

Kirurgisk behandling av hoftelddysplasi hos voksne (periacetabulær osteotomi)

Denne foldaren inneheld informasjon til pasientar som skal få utført kirurgisk behandling av hoftedysplasi. Sjå i tillegg foldar med generell informasjon om innlegging på sjukehuset.

Innleiing

Denne informasjonsbrosjyren er meint å hjelpe deg til å forstå meir om tilstanden "hoftelddsdysplasi" slik den artar seg hos vaksne og kva behandlingsmåtar Kysthospitalet i Hagevik tilbyr. Den skal også introdusera for deg korleis behandlinga går føre seg og kva du kan forventa av resultat. Den vil også forklara om risiko ved kirurgisk behandling av hoftelddsdysplasi hos vaksne.

Kva er hoftelddsdysplasi og kva inneber det å ha ein slik tilstand?

Hoftelddsdysplasi er ei fellesnemning på fleire former for utviklingsforstyrring av hofteleddet. Hoftekula på toppen av lårbeinet blir ikkje tilstrekkeleg støtta av hofteskåla, som ein del av bekkenet.

Symptom på hoftelddsdysplasi kan oppstå første gang i godt voksen alder, og da gjerne som belastingsavhengige smerter, klikk i hofta, i perioder låsing av leddet eller ei kjensle av at hofteleddet er ustabil. Tilstanden er meir vanleg hos kvinner, og arv spelar ei rolle saman med enkelte forhold omkring svangerskap/fødsel (seteleie).

Sjølv om dysplasi er påvist i barneåra og behandling er gitt i form av pute og eventuelle operasjonar, er det dessverre ingen garanti for at det utvaksne hofteleddet tilfredstiller dei strenge krav naturen stiller for at eit hofteledd skal fungera perfekt gjennom eit langt liv.

Symptom oppstår ofte først ved mindre skadar av leddleppa som omgir hofteskåla og deretter vil bruskranda i hofteskåla bli påvirka. Graden av nedbryting vil vere knytta til alvorlighetsgrad, aktivitetsnivå og tid. Undersøkelsar av store pasientgrupper har konkludert med minimumsverdiar for støtte som må til for at ei hofte skal kunne vare eit normalt

langt liv utan slitasjeforandringar (artrose). Hofteleddsdysplasi er den mest vanlege enkeltårsaka til at personar under 40 år treng hofteproteseoperasjon.

Brusk har variabel slitestyrke fra person til person og ein reknar med dette er noko av forklaringa på det ulik slitasje i elles likeforma hofter.

Ved symptom på hofteleddsdysplasi uten alvorlige slitasje-/skadetegn i leddet, kan vi for ei gruppe pasientar tilby ein korrigerande operasjon som hjelp med plager og for at hofteleddet skal kunne vare lengre før det til slutt må behandlas med "utskifting"/hofteleddsprotese operasjon.

Kva operasjonar blir utført og kva inneber desse?

Stillinga av hofteskåla kan korrigeras slik at den støtter kula betre. Dette inneber at hofteskåla blir løyst kirurgisk fra bekkenet og vinkla inn i ein meir gunstig stilling for funksjon og belastning. Dette inngrepet heiter "periacetabulær osteotomi", forkorta til PAO. Kikkholsoperasjon er nokre gonger aktuelt for utbetring av skader i hofteleddet som eit supplement til PAO. Dette gjeld bare eit mindretal av pasientane.

Kva er nytteverdien av PAO operasjonen?

På kort sikt vil dei al-



ler fleste pasientane merke ei lindring av sine plager, men får sjeldan eit symptomfritt hofteldd i alle belastningssituasjonar. Det er eit håp om at operasjonen kan hjelpe på lang sikt til å utsette hofteproteseoperasjonen.

Langtidseffekten for å unngå artrose/slitasjeutvikling er ikkje godt dokumentert utover ca. 10-15 år på grunn av tidspunktet når metoden bli utbredt internasjonalt. PAO har bare sida ca år 2000 vært den vanligaste operasjonen for hoftelddsdysplasi hos utvaksne.

Det som til no er blitt klart etter undersøking av opererte, er at prognosen for leddet er nøye knytta til alder på pasienten og graden av skade som er oppstått fram til operasjonstidspunktet. Den enkelte pasient må derfor informeras spesielt om sin prognose og forventa nytteverdi av inngrepet.

Kva risiko har operasjonen?

Inngrepet er rekna som stort, med betydelig risiko for bløding og til dels nerveskadar i forhold til hofteproteseoperasjon. Bløding under operasjonen blir handtert med ein apparatur som samlar opp blod fra sårflatane, og så gir blodet (i ei behandla form) tilbake til pasienten der og da. Bløding vil likevel prege tida etter operasjonen og føre til at du kjenner deg slapp og manglar tiltakslust dei første vekene etter operasjonen. Blodoverføring er likevel sjeldan nødvendig.

Nerveskadar i huda på låret er nokså hyppig (meir enn 1 %) og kan vere til plage, men behøver ikkje vere det. Nerveskadar som svekkar funksjonen i beinet permanent er svært sjeldne (mindre enn 1 %), midlertidig endring av nervefunksjonen til beinet ligg på omtrent same nivå som hofteprotese (ca 1 %).

Infeksjonsfaren er under 1%.

Blodpropp i samleårene til bekkenet og/eller samleårene til beinet som medfører fare for blodpropp til lungene er mulig, men svært sjeldan med den behandlinga som blir gitt (under 1%). For tida blir det nytta blodpropphindrande middel av same type og same gitt like lenge (f.t. 5 uker) som ved hofteprotese operasjon.

Dersom operasjonen er teknisk vellykka og vanlige rehabiliteringsregler blir følgt, er tilhelingsproblem svært sjeldne (under 1 %).

På lengre sikt er risikoen ved inngrepet at det ikkje har tilsikta effekt for symptomlinding, og at det må utførast ein hofteproteseoperasjon for å lindra plagene. Denne kommer i så fall tidligare i livet enn det ein håpte på å oppnå ved å gjennomføre PAO operasjonen. Slitestykken på leddet i forhold til øydelegging av bein og liknande er oftast mykje større enn den smertestillande effekten etter PAO. Tidspunktet for når ein hofteproteseoperasjon blir aktuelt etter PAO er altså svært individuelt.

Kva skjer før operasjonen og kva kan ein forvente seg etterpå?

Innlegging i sjukehuset begynner med frammøte ein enkelt dag i veka før operasjonsdagen og da gjennomgår vi eit program der pasienten møter ulike yrkesgrupper som forklarar detaljar omkring behandlinga. Anestesilege ("narkoselege") vil forklare bedøvingsform og smertelindringsopplegget under og etter operasjonen. Eit smertelindrande middel blir tilført gjennom et tynt plastrør i korsrygg/flanke, og dette blir brukt under og i nokre dagar etter operasjonen. På den måten blir behovet for morfinliknande sterke smertestillande redusert, noko som lettast rehabiliteringa betydelig. Fysioterapeut vil forklare korleis

ein kommer seg på beina igjen etter inngrepet. Sjukepleiarar vil forklare andre detaljar omkring opphaldet og stellet i avdelinga. Endelig vil kirurgen prøve å svare på spørsmål omkring inngrepet, og etter ei kort undersøking gi den endelige avgjerda på at inngrepet kan gjennomførast veka etter.

Etter operasjonen, blir det eit opphald på oppvåkingsavdelinga til neste morgon. Da er narkoseverknaden såpass stor ennå at det er best kommunikasjon med pårørende går gjennom personalet. Neste morgon er forma vanlegvis god nok til telefonsamtaler og besøk.

Dag 1 etter operasjonen blir ein rolig dag i senga med sitting på sengekanten. Dersom bløding er stabilisert, setter en i gang med bevegelse ut av senga dagen etter (dag 2), med støtte av personalet og hjelpemidlar etter behov.

Før heimreise, skal du vere trygg i krykkegang både på flatt golv og i trapper. Lengda på opphaldet i sjukehuset er oftast avgjort av kor godt du meistrar krykkene. God ålmenntilstand er også viktig før ein reiser direkte heim (for dei som bor aleine, kan eit rehabiliteringsopphald bli aktuelt og må diskuteras på førehand).

Operasjonen er utført med kontinuerleg røntgenkontroll, likevel er ein kontroll av operasjonsresultatet med eit nytt røntgenbilde nødvendig før utreise. Det vil bli etter-



kontroll 6 veker og 6 månader etter operasjonen ved vår poliklinikk. Etter dette avtales kontroller på individuell basis. Ved utreise får ein sjukemelding og resept på aktuelle smertestillande- og blodpropphindrande medisinar. Fysioterapi behandling etter at ein er komen heim, er vanlegvis ikkje nødvendig.

Oppsummering

Periacetabular osteotomi er eit tilbod til pasientar med hoftedeledsdyplasi som har redusert funksjon eller livskvalitet, men likevel ikkje har vesentlig grad av slitasjeforandring i hoftedeledet

Det er eit stort inngrep med fleire risikomoment som må vurderas nøye på førehand opp mot forventna nytteeffekt. Ikkje alle pasientar vil velja operasjon etter å ha blitt tilbode dette, og det finnes alternativ til operasjon.

Det er viktig at du som pasient føler at den endelige avgjerda om å få utført inngrepet er din eigen, og at denne er tatt på eit godt grunnlag basert på tilstrekkelig råd og rettleiing frå oss.

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

Vi vil ønske deg velkommen som pasient hos oss!



Adresse Hagaviksbakken 25, 5217 Hagavik

Sentralbord 56 56 58 00

www.kih.no