

Heterotop csontképződés felszínpótló teljes csípő arthroplastikát követően

Ritter M. A., Galley M. HSSJ 2011.7. 41-43

A heterotop ossificatio (HO) gyakori szövődménye a teljes csípő endoprotézis (TEP) műtétnek, amely leírások szerint mintegy 15-76%-ban fordul elő műtét után. A HO kialakulását a lágyszövet disszekcióval hozzák összefüggésbe, emellett az életkor, nem, bilateralitás szerepe merült fel. A klinikailag súlyos esetekben azt is kimutatták, hogy a csípő mozgása beszűkült a műtét utáni időszakban. Az ún. felszínpótló csípő endoprotézis (FEP) műtét után a HO gyakoribb előfordulását figyelték meg. Ezt a nagyobb műtéti területtel, a nagyobb lágyszöveti disszekcióval hozták összefüggésbe.

A HO képződés jobb megértése céljából az amerikai szerzők azt vizsgálták, hogy milyen arányban és milyen súlyosságban fordul elő a HO képződés olyan betegek-nél, akiknél egyik oldalon TEP, másik oldalon pedig FEP műtétet végeztek egyidőben. A HO súlyosságát a Brooker-féle osztályozási skálával mérték minden egyes klinikai kontroll során.

45 beteget vizsgáltak retrospektíve, akik 1977–1980 között az egyik oldalon TEP, a másik oldalon pedig FEP műtéti kezelést kaptak szimultán. A betegek utánkötése 25 évig terjedt. A FEP betegcsoportban 32 csípőnél nem alakult ki HO, 10 csípő esetén a HO képződés súlyossága I. fokozatú volt, 3 csípő pedig II. vagy III. fokozatú. A TEP betegcsoportban 36 csípőnél nem alakult ki HO képződés, 8 csípőnél I. fokozatú, 1 csípőnél pedig II. fokozatú HO képződést találtak. A FEP és TEP betegcsoportban statisztikailag jelentős különbség nem volt kimutatható sem a HO képződés gyakoriságában, sem pedig azok súlyosságai között. A műtétet követő csípőmozgások beszűkülése sem volt összefüggésbe hozható a súlyosabb fokozatok kialakulásával. Vizsgálati eredményeik arra utaltak, hogy bilaterális, de eltérő csípő arthroplastikai beavatkozások nem okoznak gyakoribb HO képződést FEP műtétet követően. Férfiak esetében nem találtak szignifikánsan gyakoribb HO képződést sem a FEP csoportban (férfiak: 34,8%; nők: 22,7%), sem pedig a TEP betegcsoportban (férfiak: 26,1%; nők: 13,6%). Nem találtak összefüggést a férfi nem és a HO képződés súlyosabb formái között sem. A műtétet követő fájdalom score-ban sem volt különbség a FEP és TEP betegcsoport között. A csípőprotézis elégtelenség nagyobb arányban fordult elő HO képződés esetén akár a FEP, akár a TEP betegcsoportban. A vizsgálati eredmények szerint a FEP műtét megválasztásánál nem kell félni a HO gyakoribb előfordulásától. Az irodalmi adatok arra utalnak, hogy a HO képződés gyakoribb bilaterális csípőműtét (FEP vagy TEP), valamint férfiak esetében.

Nagy Judit dr.

Heterotop ossificatoról szerzett saját tapasztalataink

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet mindennapos orvosi gyakorlatában nem ritka a heterotop ossificatio (HO) kialakulásának szövődménye. 1999 és 2005 között 243 beteget (53 nő, 190 férfi, életkor: 52 (15–95) év) vizsgáltunk a radiológiai osztályon HO klinikai gyanújával. A HO hátterében leggyakrabban gerincvelő (95 beteg, 39%) vagy agy (78 beteg, 32%) károsodás, poszttraumás állapot (24 beteg, 10%), ortopédiai műtét (20 beteg, 8%), végtagsérülés műtete után (19 beteg, 8%), illetve végtag amputáció (7 beteg, 3%) szerepelt.

A leggyakoribb HO-s testtájék az egyik (122 beteg) vagy mindkét oldali csípő (63 beteg), könyök (21 beteg), térd (17 beteg), femur (9 beteg), váll (2 beteg), illetve ritka lokalizációk (9 beteg, például femur csonk körül) voltak. Több testtájék érintettsége a betegek mintegy egynegyedében fordult elő.

Amennyiben a HO klinikai gyanúját a röntgen felvétel még nem mutatta sorozatos ultrahang vizsgálatok minden esetben diagnosztikusnak bizonyultak. A HO kimutathatóságával egy időben a vér gyulladásos paraméterei, illetve az alkalikus foszfatáz is megemelkedik.

A HO képződés kezelése nem megoldott, nem szteroid gyulladás gátló kezelés mellett is kialakul. Kezelése általában lehet konzervatív, vagy sebészi (az elmeszesedett lágyszöveti sebészi eltávolítása), amelyet általában pre- és posztoperatív röntgen besugárzás egészít ki. A HO kialakulása késlelteti, lassítja a betegek rehabilitációs kezelését, teljes gyógyulását.

Klinikai tapasztalatainkat a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Központi idegrendszeri, vagy végtag sérülések gyakran okoznak HO-t több testtájékon is.
2. Leggyakoribb az egyik v. mindkét csípőízület körüli lokalizáció.
3. A HO férfiak esetében sokkal gyakrabban fordul elő.
4. A HO érési folyamatának korai szakában az UH vizsgálat általában megelőzi a röntgen felvételek pozitívitását.
5. A ritka HO-s lokalizációk, mélyvénás thrombosis, myositis ossificans, differenciál diagnosztikai nehézséget okozhatnak, ilyenkor az ultrahang, röntgen, labor leletek és a klinikai kép mindig segít.
6. A HO-s betegek egyénre szabott körültekintő, speciális rehabilitációs kezelést igényelnek.

*Nagy Judit dr.,
Országos Rehabilitációs Intézet, Budapest*