

ΟΑ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ ΠΟΙΟΣ-ΠΟΤΕ;

Δρ Καρανικόλας Ανέστης
Ορθοπαιδικός Χειρουργός
Διευθυντής Α΄ Ορθοπαιδικής
Γεν.Νοσ/μειο Κιλκίς

ΣΥΣΤΑΣΗ ΑΡΘΡΙΚΟΥ ΧΟΝΔΡΟΥ

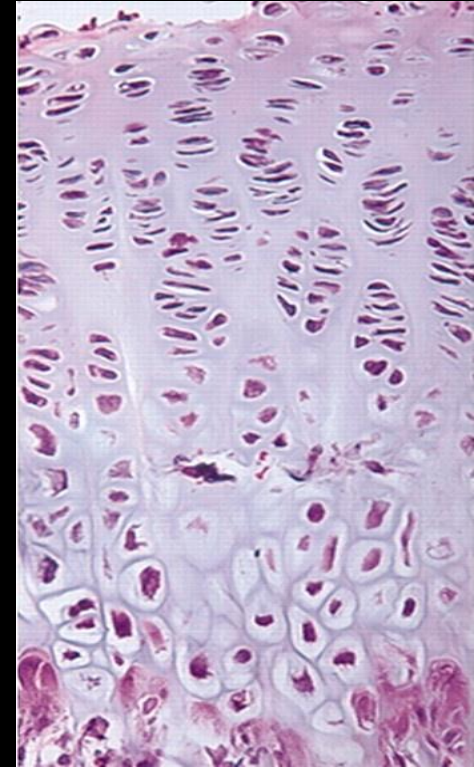
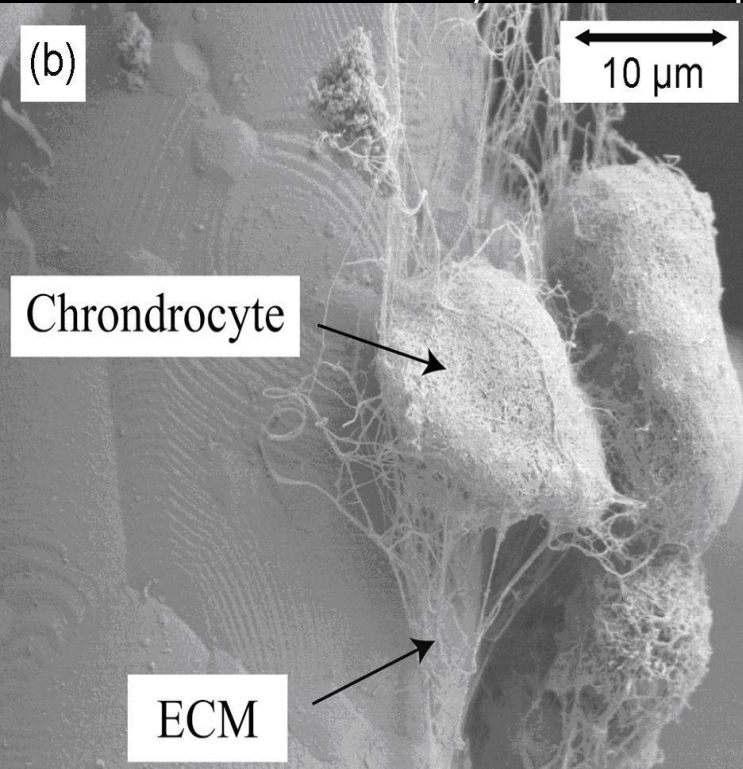
Κύτταρα Θεμέλια Ουσία

1. ΧΟΝΔΡΟΚΥΤΤΑΡΑ (1-10%)

Παράγουν θεμέλια ουσία (κολλαγόνο + πρωτεογλυκάνες)

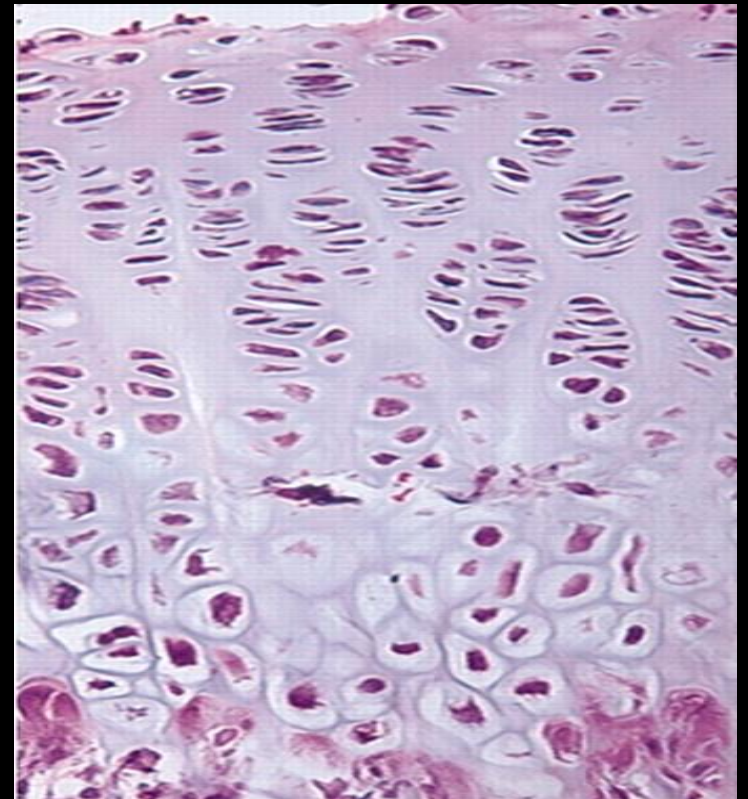
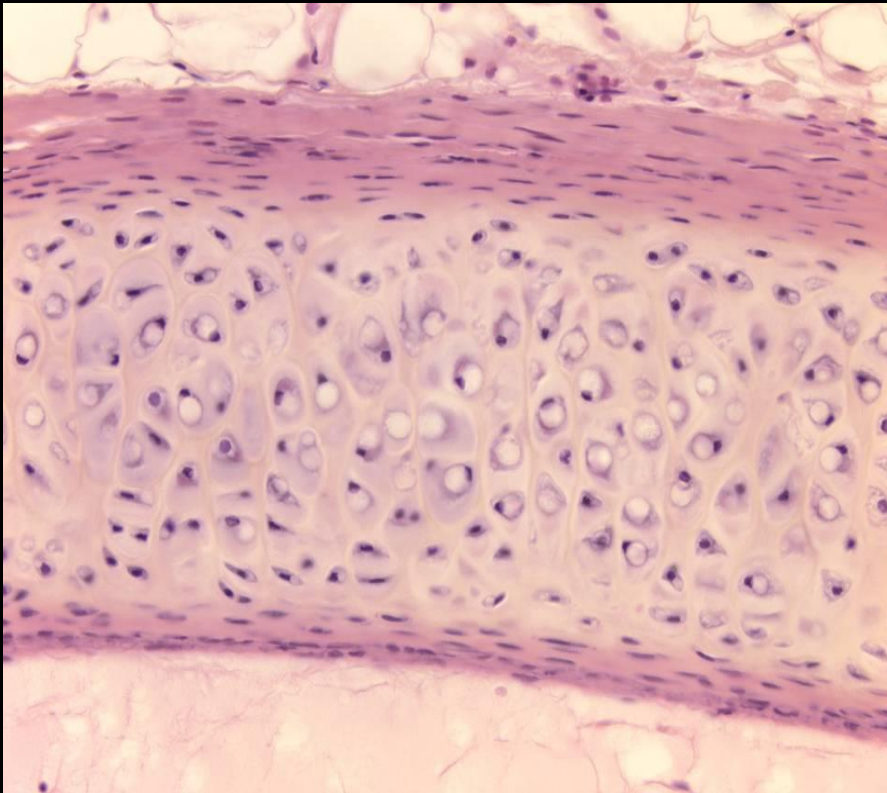
Μέγεθος: 3-40 μ.

Στον άωρο χόνδρο τα χονδροκύτταρα πολλαπλασιάζονται με μίτωση, ενώ **δεν** πολλαπλασιάζονται στον ώριμο χόνδρο



1. ΧΟΝΔΡΟΚΥΤΤΑΡΑ

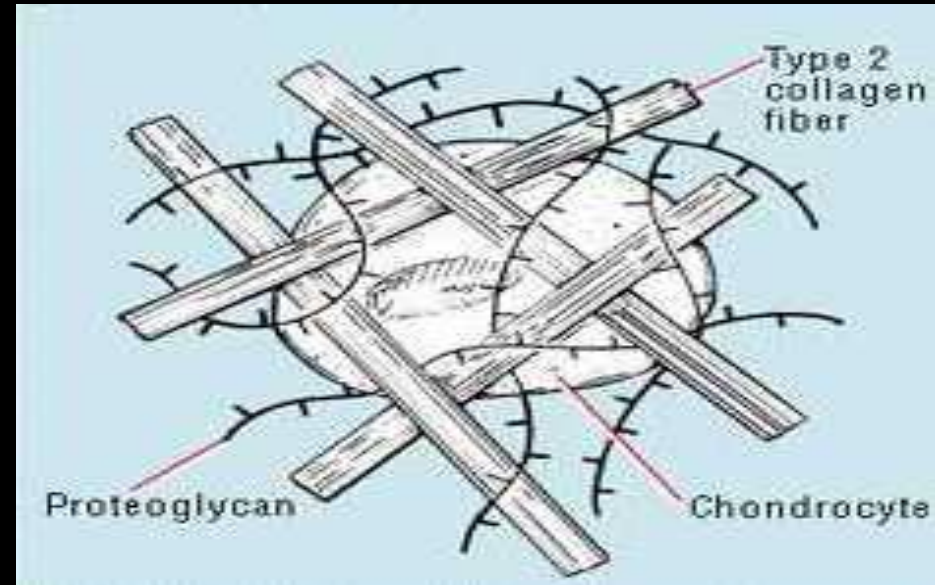
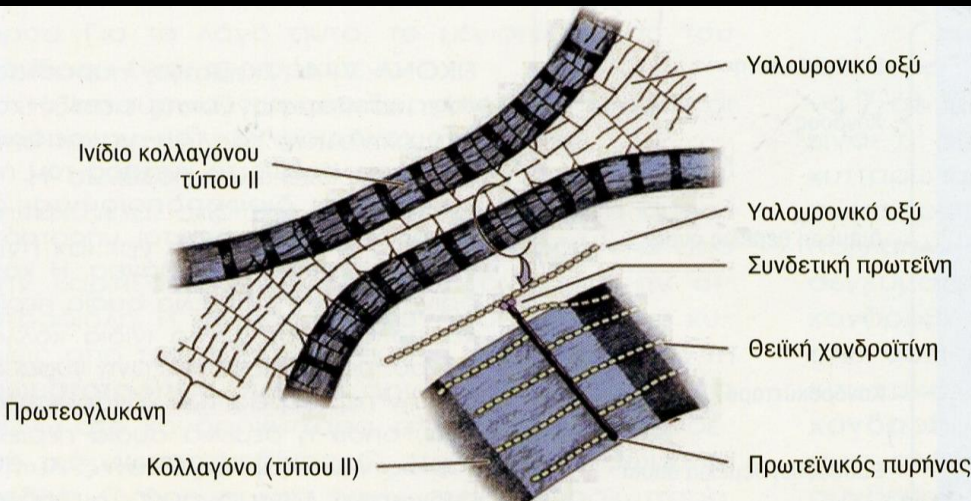
Διατρέφονται μέσω μηχανισμών διάχυσης των μορίων (< 100 kd), που εισέρχονται στο αρθρικό υγρό σαν διϊδρωμα πλάσματος, μέσω των αγγείων του αρθρικού υμένα



2. ΘΕΜΕΛΙΑ ΟΥΣΙΑ

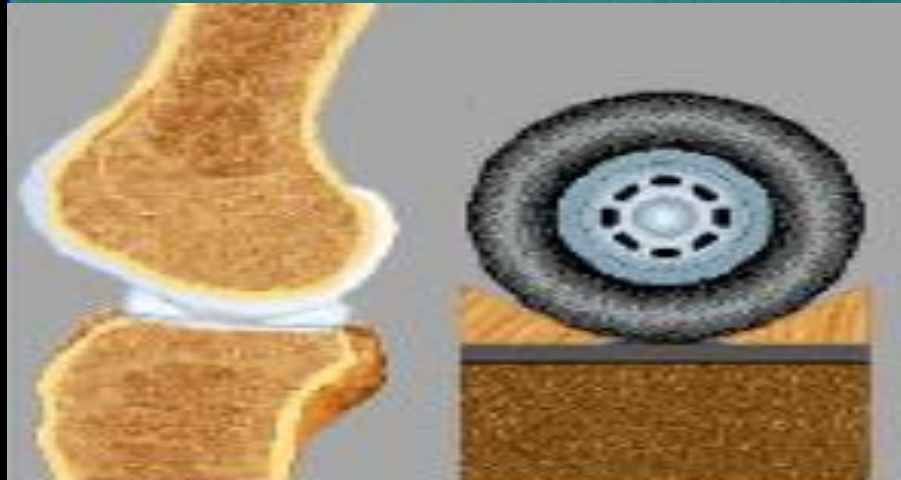
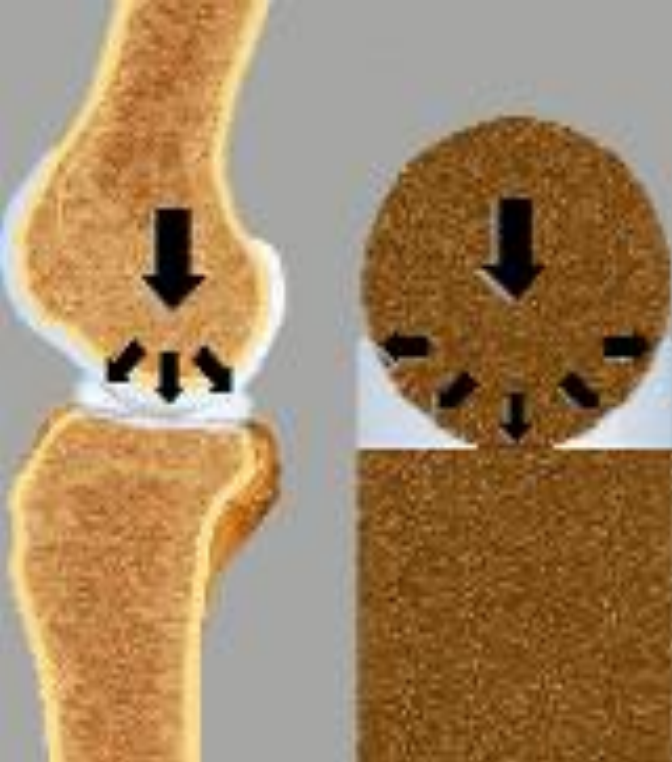
Υπερυδατωμένο υλικό (60-80%): H_2O - Αέρια - Μεταβολίτες

Αποτελείται: Δίκτυο μακρομορίων (20-40%): Κολλαγόνο τύπου II (τριπλή έλικα) Πρωτεογλυκάνες-Γλυκοπρωτεΐνες

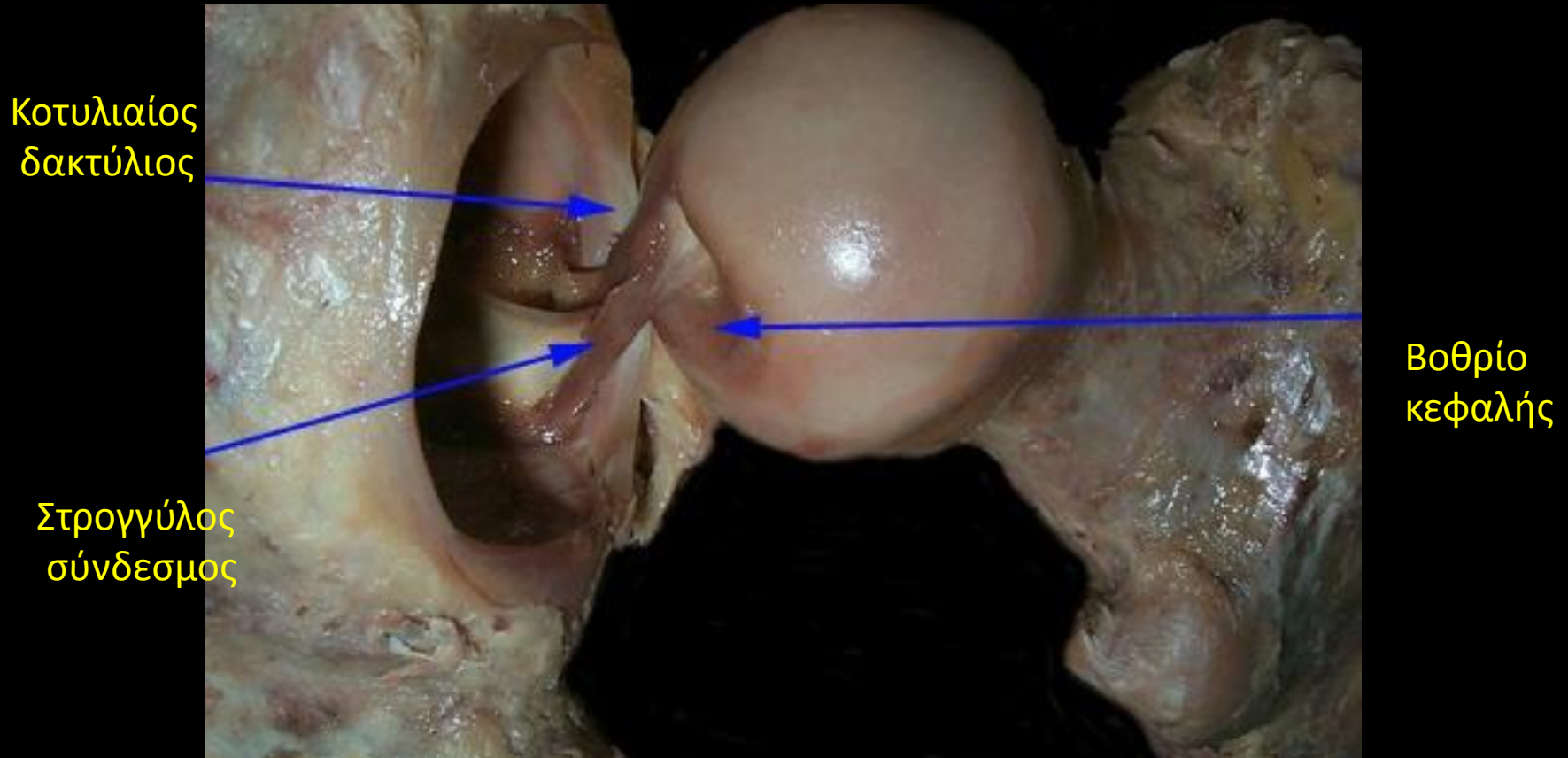


Παρέχει: στον αρθρικό χόνδρο τις υλικές του ιδιότητες καθώς και πολλά από τα χαρακτηριστικά του

Ο συντελεστής τριβής σε μια φυσιολογική άρθρωση είναι ,0,0025 ενώ στην καλύτερη τεχνητή άρθρωση είναι 30 φορές μεγαλύτερος



ΑΡΘΡΙΚΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΚΕΦΑΛΗΣ ΜΗΡΙΑΙΟΥ



Αρθρικός χόνδρος (1-4 χλστ.) ΠΛΗΝ βοθρίου κεφαλής
Παχύτερος στο κέντρο (πρόσθιο έξω τεταρτημόριο) = 1 - 3,7 χλστ.

ΜΗΡΙΑΙΑ ΤΡΟΧΙΑΙΑ

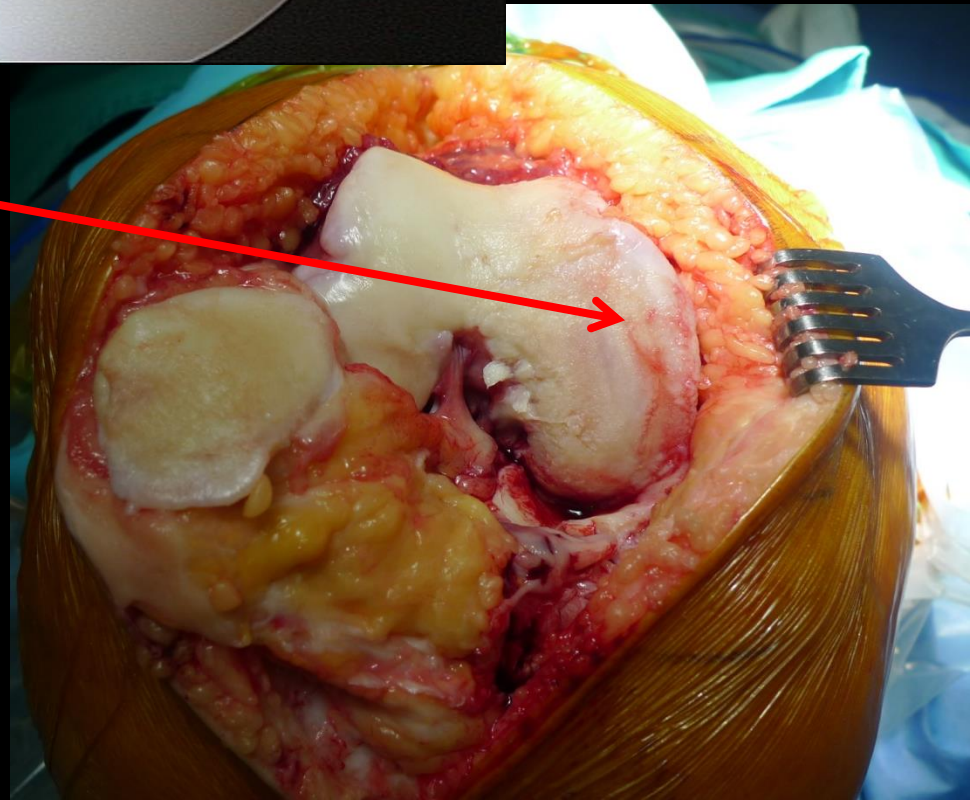
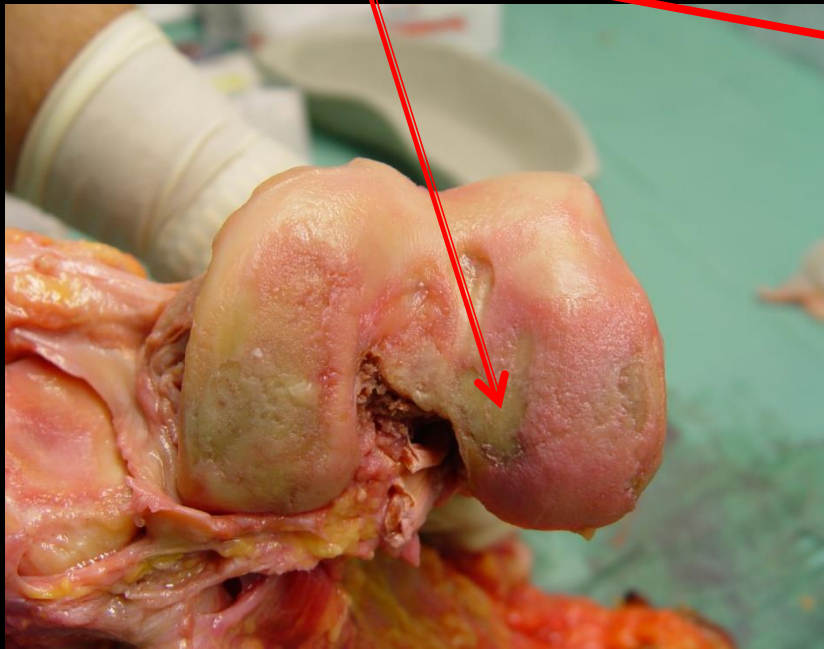
Το έξω όγκωμα ευρύτερο και προπετέστερο
Ο χόνδρος παχύτερος στον αυχένα **3-3.5 mm** και παχύτερος
στο έξω όγκωμα από ότι στο έσω



Σχάση και μεγάλη
βλάβη χόνδρου



ΟΑ γόνατος



- Η Οστεοαρθρίτις ο πιο κοινός τύπος αρθρίτιδας υπολογίζεται ότι προσβάλλει το 10%-25% του ενήλικου πληθυσμού άνω των 65 ετών(γόνατος-ισχίου)
- Η Ρευματοειδής αρθρίτις προσβάλλει πάνω από το 1% του ενήλικα πληθυσμού με τις γνωστές επιπτώσεις της σε πολλαπλά όργανα και στην θνησιμότητα.
- Είναι προφανέστατος λοιπόν ο ρόλος της αντιρευματικής θεραπείας.
- Επίσης είναι αναγνωρισμένη η αξία της αρθροπλαστικής μιας άρθρωσης αλλά και το υψηλό κόστος αυτής

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΓΟΝΑΛΓΙΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Σε πληθυσμό πρωτοβάθμιας περίθαλψης
100000 ατόμων > 55 ετών:

- ❑ 25000 άτομα θα εμφανίσουν γοναλγία
- ❑ σε 4000 άτομα με γοναλγία κάποια στιγμή θα τεθεί διάγνωση ΟΑ
- ❑ σε 1500 άτομα με πολύ σοβαρή γοναλγία που προκαλεί αναπηρία ,έχει διαγνωσθεί ΟΑ

ΟΑ ΜΕΓΑΛΩΝ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

ΠΟΙΟΣ-ΠΟΤΕ ;

- Στο τόπο μας συνήθως ασθενείς με πόνο αρθρώσεων ,επισκέπτονται ιδιωτικά ιατρεία ή ιατρεία νοσοκομείων,διότι δεν υπάρχει πρωτοβάθμια οργανωμένη περίθαλψη ή αναπτυγμένος ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού.
- Σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα υγείας(π.χ Καναδάς) ,οι οικογενειακοί γιατροί είναι οι πρώτοι που χειρίζονται το πρόβλημα αυτών των ασθενών, συνταγογραφούν, συζητούν με ειδικούς και κατευθύνουν τους ασθενείς για θεραπείες

Πολλοί συγγραφείς γιατροί, υποστηρίζουν ότι η
ΟΑ του ισχίου και του γόνατος θα πρέπει να
αντιμετωπίζεται πρωτίστως στην πρωτοβάθμια
περίθαλψη , από τους φυσικοθεραπευτές και
τους ορθοπαιδικούς χωρίς συμμετοχή άλλων
εμπλεκόμενων ειδικοτήτων όπως οι ρευματολόγοι

Derek Bennett:Mayo General Hospital
ISR 2011 Autumn Meeting

- Ανακύπτουν ερωτήματα του τύπου:

***ΜΑ ΤΙ ΘΑ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ;***

Η απάντηση είναι οτι συνήθως φροντίζουν να υποβάλλουν τους ασθενείς σε προγράμματα απώλειας βάρους και να τους βοηθούν στο πόνο με αντιφλεγμονώδη αγωγή για τη βελτιστοποίηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων ενώ παρέχουν εκπαίδευση και ενημέρωση με σκοπό την πρόληψη περαιτέρω βλάβης

Οι **Γενικοί Ιατροί** λοιπόν είναι δυνητικά οι πλέον αρμόδιοι να συντονίσουν τη φροντίδα των ατόμων με ΟΑ εντός της κοινότητας , καθώς έχουν πρόσβαση στις διάφορες υπηρεσίες που μπορούν να παρέχουν βοήθεια και φροντίδα,δηλαδή: επισκέπτριες νοσηλεύτριες(προγρ.βοήθεια στο σπίτι),φυσικοθεραπευτές ,εργοθεραπευτές,κοινωνικές υπηρεσίες,φαρμακοποιοί ,διαιτολόγοι κ.λ.π

ΚΑΙ ΟΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ;

- Αυτοί θα υποβάλλουν τους ασθενείς σε προγράμματα ασκήσεων, ειδικά ,προς ενδυνάμωση μυικών ομάδων.
- Θα τους μάθουν να χρησιμοποιούν βοηθήματα για την πάθησή τους
- Θα χρησιμοποιήσουν όλη τη φαρέτρα των μηχανημάτων εργαλείων που διαθέτουν για αυτό το σκοπό

Γιατί: η σύγχρονη φυσικοθεραπεία, στοχεύει όχι μόνο στην εκτίμηση, αλλά και στη θεραπεία των ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα

Από πλευράς **ορθοπαιδικής χειρουργικής** τα στοιχεία δείχνουν ότι η επέμβαση της ολικής αρthroπλαστικής έχει μεγάλη επίπτωση στην ποιότητα ζωής των πασχόντων :αφ ενός μεν βελτιώνεται δραματικά ,αφ ετέρου όμως προσαρμόζεται ο πάσχων σε νέο τρόπο ζωής

Ποιοί είναι όμως οι φόβοι που εκφράζονται συνήθως από τούς ρευματολόγους;

- α)οτι ο πάσχων δεν είναι ίσως σε θέση να ανταπεξέλθει στο <<βάρος>> μιας τέτοιας επέμβασης
- β)οτι κινδυνεύει από δημιουργία θρόμβων, από εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα και πιθανή πνευμονική εμβολή
- γ)οτι τα νεαρά άτομα θα πρέπει στο μέλλον να υποβληθούν εκ νέου σε επέμβαση αναθεώρησης

- δ)οτι θα πρέπει να υπάρχει ολοκληρωμένη εκτίμηση από ρευματολόγο εξ αρχής ,διότι αρκετά συχνά συνυπάρχουν παθήσεις που αυξάνουν τον πόνο ,όπως η ινομυαλγία,οπότε ρυθμίζοντας αυτή τη πάθηση, υπάρχει μια δραστική μείωση του άλγους και από την ΟΑ και η λήψη απόφασης για χ/ο είναι πλέον πιο σαφής
- ε)οτι μπορούν να χειριστούν ευκολώτερα περιπτώσεις παχυσαρκίας,κοινωνικής απομόνωσης και έχουν περισσότερο χρόνο να εξορθολογίσουν την λαμβανομένη φαρμ/κη αγωγή

Και οι Ορθοπαιδικοί τι αντιπαραθέτουν;

- Μια επέμβαση ολικής αρθροπλαστικής γόνατος είναι πια ,μια συνηθισμένη εγχείρηση με πολύ μικρή ελεγχόμενη απώλεια αίματος
- Μια επέμβαση στο ισχίο εξακολουθεί να είναι σοβαρή εγχείρηση όμως με τις νέες τεχνικές περιορίζεται σημαντικά η επιβάρυνση από χειρισμούς μυικών ομάδων και είναι ταχεία η έγερση και βάδιση

• Η εμφάνιση εν τω βάθει φλεβικής
θρόμβωσης μετά τις κατευθυντήριες οδηγίες που
ακολουθούμε όλοι μας έχουμε ισχυρές ενδείξεις
οτι είναι μειωμένη διότι:

α) Η θρομβοπροφύλαξη είναι αποτελεσματική
στη πρόληψη της συνολικής ΕΒΦΘ και της
άνωθεν του γόνατος ΕΒΦΘ

β) Η θρομβοπροφύλαξη είναι αποτελεσματική
στην πρόληψη της συμπτωματικής ΕΒΦΘ ενώ
υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις οτι είναι
αποτελεσματική και στην πρόληψη της

θανατηφόρου ΠΕ

➤ Οι επεμβάσεις τώρα πια και σε νεαρούς ασθενείς εφ' όσον γίνουν σωστά, παρέχουν πολύ μεγάλη ανακούφιση και βελτίωση της ποιότητας ζωής για μακρό χρονικό διάστημα και κατά συνέπεια η πιθανή μελλοντική αναθεώρηση να μην είναι στοιχείο αποτρεπτικό

➤ Οι επεμβάσεις αυτές παρέχουν αποτελεσματική θεραπεία και εάν αθροίσουμε το κόστος της μακροχρόνιας θεραπείας με ακριβά αντιφλεγμονώδη ,φυσικ/πειες,κ.λπ.,είναι τελικά μεγαλύτερο από αυτό της επέμβασης

ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ

In many cases, it may be desirable to delay TKR in younger patients because of the risk of hardware revisions, loosening from the bone, pain from overuse, or to delay or avoid the procedure altogether in older patients or patients with comorbidities who may increase their complication risk with surgery.

Avoiding surgical treatment might also prevent complications that can arise from TKR, including, but not limited to, infection, pulmonary embolism, thromboses, fat embolism, hemarthrosis, patellar fracture, heterotopic ossification, stiffness, nerve damage, vascular injuries, urinary complications, and even death for some.

- 11. Lombardi AV, Mallory TH, Fada RA, et al. Simultaneous bilateral total knee arthroplasties: who decides? *Clin Orthop Rel Res.* 2001;392:319-29.
- 12. Weaver F, Hynes D, Hopkinson W, et al. Preoperative risks and outcomes of hip and knee arthroplasty in the Veterans Health Administration. *J Arthroplasty.* 2003;18:693-708.
- 13. Ginsberg JS, Turkstra F, Buller HR, Mackinnon B, Magier D, Hirsh J. Postthrombotic syndrome after hip or knee arthroplasty: a cross-sectional study. *Arch Intern Med.* 2000;160:669-72.
- 14. Saleh KJ, Hoeffel DP, Kassim RA, Burstein G. Complications after revision total knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85-A(suppl 1):S71-S74.
- 15. Kim YH, Oh SH, Kim JS. Incidence and natural history of deep-vein thrombosis after total hip arthroplasty. A prospective and randomised clinical study. *J Bone Joint Surg Br.* 2003;85-B:661-65.
- 16. Kim YH. Incidence of fat embolism syndrome after cemented or cementless bilateral simultaneous and unilateral total knee arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2001;16:730-39.
- 17. Ohdera T, Tokunaga M, Hiroshima S, Yoshimoto E, Matsuda S. Recurrent hemarthrosis after knee joint arthroplasty: etiology and treatment. *J Arthroplasty.* 2004;19:157-61.
- 18. Ortiguera CJ, Berry DJ. Patellar fracture after total knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 2002;84-A:532-40.
- 19. Dalury DF, Jiranek WA. The incidence of heterotopic ossification after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2004;19(suppl 1):447-52.
- 20. Toyoda T, Matsumoto H, Tsuji T, Kinouchi J, Fujikawa K. Heterotopic ossification after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2003;18:760-64.
- 21. Laskin RS, Beksac B. Stiffness after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2004;19(suppl 2):41-46.
- 22. Bong MR, Di Cesare PE. Stiffness after total knee arthroplasty. *J Am Acad Orthop Surg.* 2004;12:164-71.

ΠΟΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΥΣ;

Αυτοί που λόγω της αρθρίτιδας τους:

Δεν μπορούν να κοιμηθούν

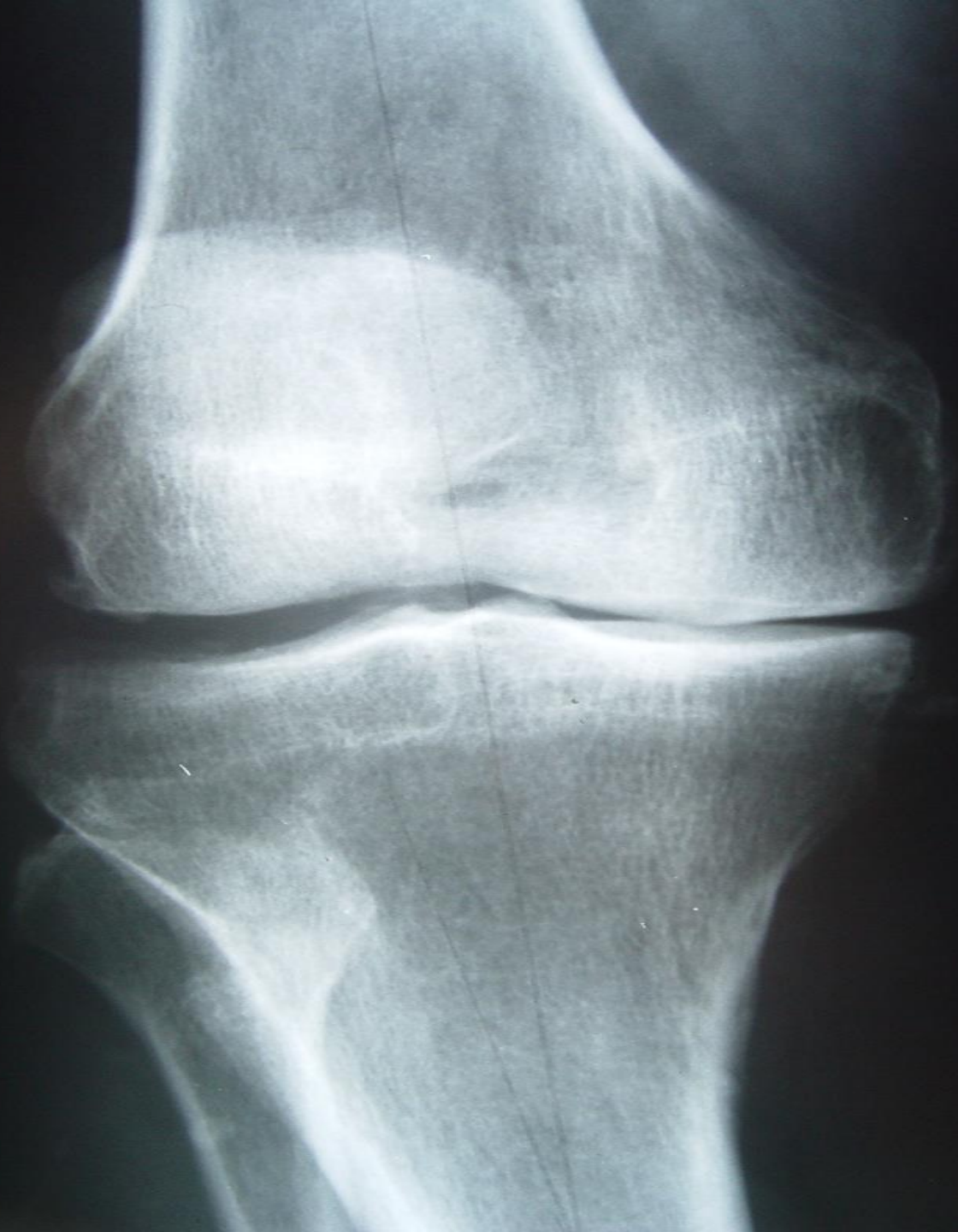
Δεν μπορούν να περπατήσουν

Δεν μπορούν να εργασθούν

Δεν μπορούν να λαμβάνουν φάρμακα

Ο πόνος είναι η πλέον σημαντική παράμετρος
και αν γίνει πολύ σοβαρός και χρόνιος **ΤΟΤΕ ΤΑ
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΤΟΣΟ
ΚΑΛΑ ΚΑΘΩΣ ΚΑΠΟΙΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ
ΕΠΙΜΕΝΕΙ**





2007 2 19

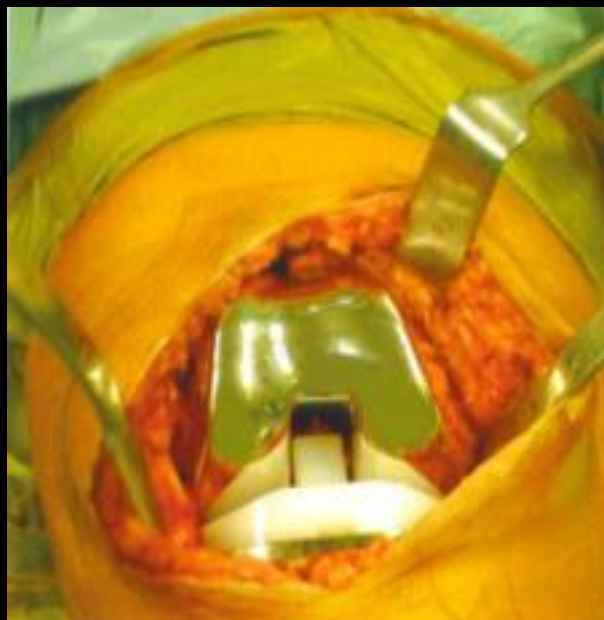


2007 2 19

2007 2 19









Ακτινολογία
Γυναικεία
20/11/2020



ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ



ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ : Μεγάλες βλάβες πριν την κατάρρευση της κεφαλής ή αμέσως μετά την κατάρρευση της κεφαλής αλλά χωρίς συμμετοχή της κοτύλης. **ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ :**
1.Ο κατεστραμμένος χόνδρος αφαιρείται 2.το οστικό υπόστρωμα της μηριαίας κεφαλής και του αυχένα διατηρείται 3.η ενδεχόμενη μετατροπή σε ολική αρthroπλαστική ισχίου δεν επιπλέκεται



Visits to all physicians for arthritis and related conditions among adults aged 15 years and over, Canada, 1998/99

Condition	Persons Visiting per 1,000 Population	Sex Ratio (Women:Men)	Estimated Total Number of Visits*	Average Number of Visits per Person
Arthritis and Related Conditions	162.7	1.3:1	8,800,000	2.3
Osteoarthritis	40.7	1.6:1	2,000,000	2.1
Rheumatoid Arthritis	7.4	2.4:1	540,000	3.1
Connective Tissue Disorders (e.g. lupus)	1.9	3.1:1	110,000	2.5
Ankylosing Spondylitis	1.1	1.0:1	40,000	1.8
Gout	5.2	0.3:1	200,000	1.6

Distribution of type of physician seen by adults aged 15 years and over for arthritis and related conditions, Canada, 1998/99

Condition	Type of Physician*					
	Primary Care (%)	Surgical Specialists		Medical Specialists		
		All (%)	Orthopedic Surgeons (%)	All (%)	Rheumatologists (%)	Internists (%)
Arthritis and Related Conditions	82.0	18.5	15.1	13.7	5.5	4.8
Osteoarthritis	83.8	19.1	18.1	11.8	5.5	4.8
Rheumatoid Arthritis	70.6	7.5	4.4	44.3	26.4	17.5
Connective Tissue Disorders	42.4	8.0	0.7	62.2	34.6	23.2
Ankylosing Spondylitis	55.3	8.6	7.1	47.0	30.6	13.0
Gout	97.1	1.6	0.6	9.7	4.9	3.7

Συμπέρασμα:

Ασθενή με ΟΑ μεγάλων αρθρώσεων τον παρακολουθεί και δίνει θεραπευτική αγωγή, ο ιατρός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Επί εμμονής των συμπτωμάτων τον κατευθύνει σε ορθοπαιδικό ή ρευματολόγο, που θα πρέπει να διαγνώσει την προέλευση του πόνου, να δώσει φαρμ.αγωγή εξειδικευμένη σε συνδυασμό με φυσικοθεραπεία και πριν εγκατασταθούν σοβαρές βλάβες στην αρχιτεκτονική της άρθρωσης να οδηγεί τον ασθενή στο χειρουργείο

Ευχαριστή