

Válasz

Prof. Dr. Szepesi Kálmán, az orvostudomány doktora opponensi véleményére

Mindenekelőtt, szeretném megköszönni Opponens Úr részletes elemző véleményét, kritikai megjegyzéseit és a doktori értekezés elfogadására tett javaslatát. A különböző témakörökkel kapcsolatos kérdéseire az elhangzás sorrendjében a következőket válaszolom:

1. Kérdés: „Disszertáns értekezése alapvetően a fiatal (értelemszerűen szekunder artrózisos) betegek primer protézis beültetési időpontjának halasztási lehetőségeivel foglalkozik. Lát-e valamilyen lehetőséget a protézis beültetés időpontjának halasztására a primer artrózisos betegek esetében is?”

A primér artrózisos betegek nagyobb része idősebb korban, kisebb része relatíve fiatal korban kerül csípőízületi protézis műtetre. Ez utóbbi betegcsoportnál igen lényeges minden olyan lehetőség kihasználása, mely a műtéti időpontot úgy tudja késleltetni, hogy a csípőízület mozgáskészsége és terhelhetősége ne romoljon. A beteg felvilágosítás, oktatás nagyon fontos, úgy érzem, hogy a mozgásszervi betegségekkel foglalkozó szakmák, beleértve a háziorvosokat is, még igen sok lehetőséget használhatnának ki, pl. internetes oktató tanácsadó home page-k létrehozása, népszerűsítése, stb. Az egészséges táplálkozás mellett a rendszeres amatőr sporttevékenység végzését tartom fontosnak, lehetőleg olyan formában, hogy a csípőízület tehermentesített állapotban legyen, mint például kerékpározás vagy úszás esetében. Gyógyszeres lehetőségek közül a különböző chondroprotectív szerek alkalmazásától várható a protézis beültetés időpontjának több-kevesebb idővel történő késleltetése.

2. Kérdés: Ültetett-e be felszínpótló vagy Proxima protézist primer artrózisos betegbe? Gondolja-e, hogy a jövőben ilyen műtéti megoldás rutinná válhat-e, és ha igen, miben látja ennek az indikációját, feltételeit?

A felszínpótló protézisek körülbelül kétharmadában, a Proxima protézises beteganyag kb. 40% -ában fiatal primer artrózisos betegeknél végeztük el a protetizálást. A minél több csontállományt megtartó műtétek ideális indikációja éppen ez a betegcsoport, akiknél a várható élettartam hosszúsága miatt több revízióra lehet számítani, mint az idős betegeknél. Szemben a primér artrózisos csoporttal a szekunder artrozisos fiatal betegek esetében számos a technikai nehézség adódik, amely vagy a szövődmenyíratát emeli, vagy a protézis túlélési időtartamát csökkenti, a kényszerből felvállalt kompromisszumok miatt. A beültetés orvos szakmai szempontjait a disszertációban részletesen tárgyaltam. A rutinszerű alkalmazásnak azonban finanszírozási akadálya is van, pl. a resurfacing rendszerek beültetése esetén biztosan nem lehet kijönni a hibrid protézisek HBCS-jében biztosított keretből, így ezen tevékenységet felvállalók biztosan negatív szaldót produkálnak pénzügyileg. A nyugat-európai, és a fejlett Európán kívüli országok resurfacing beültetéseiinek részaránya a csípőízületi protézis implantációk 10+-5% -át teszik ki, míg hazánkban nem éri el az 10 ezreléket.

A fent említett finanszírozási anomáliák megszüntetésére az Ortopédiai Szakmai Kollégium először két évvel ezelőtt nyújtott be javaslatot. Válasz hiányában 2011. év végén a javaslatainkat újra eljuttattuk a döntéshozóknak.

3. Ismer-e olyan hosszú távú vizsgálatokat a felszínpótló és rövid szárú protézisekkel, melyekből legalább a 10 éves túlélésük megállapítható?

A resurfacing protézissel szerzett tapasztalatok és irodalmi adatok megoszolóak. Az eredmények különbözősége a feldolgozás alaposságától, a műtéti technika több lépésétől (pl. a combfej intraoperatív intraosseális szívása a ragasztás alatt, jet lavage használata ragasztás előtt, anterográd vagy retrográd cementezési technika alkalmazása, különböző célzó és fej kialakítási technikák, műtéti feltárás, vápabevevő eszköz designe-ja és a technikája, stb.) az indikációs kritériumok laza vagy nagyon szigorú betartásától, részben a protézis anyagától és designe-től függ. Összefoglalva a következő állapítható meg (ugyanazon protézis és operatőr esetében): a laza vagy toleráns indikációval végzett műtétek eredményei 8 év után 91,7%-osak, míg a tíz évet meghaladó survivorship 84,8%. A szigorú indikációval és helyes műtétechnikával végzett beteganyagon a 8 éves protézis túlélés 99,9% a tíz éves pedig 98,1% (1). Ami egyértelműen bizonyos, hogy a 46 mm-nél kisebb fejátmérő és/vagy a fejben 10 mm-nél nagyobb csonthiány (függetlenül attól, hogy az degeneratív ciszta vagy nekrozis)

jelentősen rontja a protézis túlélési eredményeket (2). A legújabb radiológiai értékelések felvetik a praeoperatív BMI jelentőségét, miszerint az alacsony (25 alatti) értékek is szignifikánsan rontják a posztop eredményeket, az összefüggést az csontállomány alacsony mérszartartalmával magyarázzák (1).

A rövidszárú protézisek esetében az aszeptikus lazulás vonatkozásában még csak középtávú eredmények érhetőek el. A CFP short stem protézis 5 éves túlélése jobb, mint 99% (3), Nanos rövid szár 5 éves túlélés 100% (4), a Mayo szár közel 7 éves túlélése 100% (5), míg a Spotorno szár 9 éves survivorship-je 99% (6), ezek az eredmények biztatóak, de további vizsgálatok szükségesek a végleges következtetések levonásához. A hagyományos protézisek esetében a proximális metaphysis területében előbb-utóbb csontvesztés jelentkezik. A felszínpótló (7) és a rövidszárú (4,5) protézisek esetében is több közlemény felhívja a figyelmet a proximális metaphysis területében mért BMD (Bone Mineral Density) növekedésére, mely egyes szerzők szerint a fiziológiásabb terhelési viszonyok eredménye (8). Véleményem szerint a fenti eredmények hosszú távú követése szükséges, a jelenlegi kedvező tapasztalatok és mérési eredmények igazolására.

Végül megköszönve Prof. Dr. Szepesi Kálmán, az MTA doktorának dolgozatom bírálatára fordított munkáját, tisztelettel kérem kérdéseire adott válaszaim elfogadását.

Szeged, 2012. február 18.

Dr. Tóth Kálmán

Hivatkozások:

1. Amstutz HC, Le Duff MJ, Campbell PA, Gruen TA, Wisk LE. Clinical and radiographic results of metal-on-metal hip resurfacing with a minimum ten-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am* 2010; 92 (16):2663-71.
- 2., Amstutz HC, Karren M, Takamura BA, Michel J, LeDuff MA. The Effect of Patient Selection and Surgical Technique on the Results of Conserve Plus Hip. Resurfacing 3.5-to 14-Year Follow-up. *Orthop Clin N Am* 2011; 42: 133–142.
3. Briem D, Schneider M, Bogner N, Botha N, Gebauer M, Gehrke T, Schwantes B. Mid-term results of 155 patients treated with a collum femoris preserving (CFP) short stem prosthesis. *Int Orthop* 2011; 35(5): 655-660. Epub 2010 May 2.
4. Logroscino G, Ciriello V, D'Antonio E, De Tullio V, Piciocco P, Magliocchetti Lombi G, Santori FS, Albanese CV. (Bone integration of new stemless hip implants (proxima vs. nanos). A DXA study: preliminary results. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2011; 24(1 Suppl 2):113-116.
5. Goebel D, Schultz W. The Mayo cementless femoral component in active patients with osteoarthritis. *Hip Int* 2009; 19(3): 206-210.
6. Bhalodiya HP, Singh SP. Results with the cementless Spotorno stem in total hip arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2009; 24(8):1188-1192. Epub 2009 Aug 18.
7. Kishida Y, Sugano N, Nishii T, Miki H, Yamaguchi K, Yoshikawa H. Preservation of the bone mineral density of the femur after surface replacement of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 2004; 86(2):185-189.
8. Little JP, Taddei F, Viceconti M, Murray DW, Gill HS. Changes in femur stress after hip resurfacing arthroplasty: response to physiological loads. *Clin Biomech* 2007; 22:440–448.