

Hoftedysplasi

Sygdommen

Hoftedysplasi findes hos cirka 10% af den danske befolkning. Kun symptomgivende hoftedysplasi kræver behandling. Yngre mennesker med smerter i lysken bør have taget et røntgenbillede af bækkenet, hvis der ikke er anden oplagt forklaring på smerter i hofteregeionen.

Hoftedysplasi er en fejludvikling af hofteskålen, som resulterer i, at hofteskålen står meget stejlt og ikke har tilstrækkelig dybde til at give den nødvendige ledføring af lårbenhovedet. Den dårlige ledstøtte i hoften medfører beskadigelse af ledlæben, og giver øget slidtage af brusken i hofteledet, som kan bevirke tidlig udvikling af slidgigt.

Hoftedysplasi kan optræde i mange sværhedsgrader; fra mild til svær. I de meget svære tilfælde kan der samtidig være ledscred i hoften. Der kan også være ledsagende fejlstilling af lårbenshalsen og deformitet af lårbenhovedet.

Befolkningsundersøgelser har vist, at forekomsten af hoftedysplasi er høj. Cirka 10% af den voksne befolkning i Danmark har hoftedysplasi. Men heldigvis udvikler kun ganske få mennesker symptomer på hoftedysplasi. Kun symptomgivende hoftedysplasi skal behandles. Der er angiveligt sammenhæng mellem sværhedsgraden af hoftedysplasien og risikoen for at udvikle slidgigt.

Årsagen til udvikling af hoftedysplasien er endnu ukendt, men det drejer sig sandsynligvis om et samspil af genetiske faktorer og miljø.

Symptomer

Symptomerne hænger som regel sammen med graden af hoftedysplasi. Det betyder, at patienter med svær hoftedysplasi udvikler symptomer tidligere i livet og med større voldsomhed af symptomerne, end det er tilfældet med patienter, som har hoftedysplasi i let grad.

Ved hoftedysplasi ødelægges ledlæben først, hvilket medfører smerter, der oftest føles dybt inde i lysken. Smerterne optræder typisk ved hoftebøjning. Senere forsvinder brusken, og hofteledet ødelægges, hvorved lyskesmerterne forværres som følge af betændelsestilstand og væskeansamling i hofteledet.

Der er således tale om en udvikling af hoftesmerterne, som begynder med lyskesmerter i relation til aktivitet og belastning af hoften. Senere i forløbet kommer ofte en følelse af udtrætning og uro i hoften (eventuelt også natlig).

Behandlingsmuligheder

Patienter med symptomgivende hoftedysplasi kan hjælpes med en ledbevarende operation, hvis hofteledet endnu ikke er nedslidt. Denne operation kaldes Peri-Acetabulær Osteotomi (PAO) eller Ganz-operation (opkaldt efter den schweiziske professor Reinhold Ganz, som var den første til at bruge operationen til behandling af hoftedysplasi i slutningen af 1980'erne). Det overordnede formål med operationen er, at patienten bevarer sit eget hofteled og ikke får behov for en hofteprotese. PAO medfører, at hoftedysplasi-patienter får færre smerter og bedre aktivitetsniveau. Endvidere ønskes det, at risikoen for udvikling af slidgigt i hofteledet mindskes på længere sigt.

Det skal bemærkes, at overvægt kan forværre symptomerne. Overvægt kan også gøre PAO teknisk umulig.

Hvis hofteledet er slidt kan hofteprotese være den eneste behandlingsmulighed.

Peri-Acetabulær Osteotomi (PAO) eller "Ganz"-operation

Behandlingen for hoftedysplasi består i at flytte hofteskålen til en mere optimal placering for belastning af hofteledet. Denne operation kaldes periacetabulær osteotomi, men forkortes ofte til PAO eller Ganz. Formålene med operationen er, at (1) mindske hoftesmerterne, (2) øge aktivitets-niveauet, og (3) bevare hofteledet.

Patienter med symptomgivende hoftedysplasi kan behandles med en særlig form for bækkenkirurgi, som kaldes periacetabulær osteotomi. I daglig tale kaldes operationen for PAO (forkortelse af "periacetabulær osteotomi") eller Ganz (opkaldt efter den schweiziske læge, Reinhold Ganz, som var den første til at benytte PAO til behandling af hoftedysplasi i 1989).

Formål med hofteprotese

Øge patientens nuværende livskvalitet ved at mindske smerter og forbedre det fysiske aktivitetsniveau, og at mindske risikoen for at udvikle slidgigt i hoften. Således er PAO en ledbevarende operation, idet patienten undgår operation med hofteprotese.

Hvem kan hjælpes med hofteprotese?

PAO er berettiget til patienter med symptomgivende hoftedysplasi. Der må dog ikke være slidgigt i hofteledet. Af tekniske årsager skal "body mass index" (BMI) skal være mindre end 30.

Operationsmetode

Der benyttes en skånsom minimal adgangsteknik til PAO med et lille operationssår i lysken (ca. 7 cm langt), og uden overskæring af muskler eller sener. Disse forhold adskiller teknikken fra andre operationsmetoder, der kan anvendes til PAO. Det giver hurtigere og bedre mobilisering af patienten, menes at nedsætte risikoen for at komme til at halte, og pænere kosmetisk resultat.

Ved PAO frigøres hofteskålen af bækkenet ved præcise overskæringer af bækkenknoglerne rundt om hofteskålen. Alle knogle-overskæringer foretages omhyggeligt og placeringen kontrolleres fortløbende under operationen med røntgenbilleder. Placeringen af knogleoverskæringerne bevarer stabiliteten af bækkenet. Det betyder, at heling af bækkenknoglerne sjældent er et problem, og at patienten kan mobiliseres hurtigt efter operationen. Når hofteskålen er løsnet fra bækkenet kan den roteres på plads hen over lårbenhovedet. Ved denne flytning sikres primært, at hofteskålens loft bliver "vandret", og dermed danner et mere normalt led med lårbenhovedet.

Samtidig ønsker hoftekirurgen at forbedre hofteskålens dækningsgrad af lårbenhovedet. Under operationen benyttes et specielt apparatur til udmåling af hofteskålens nye position, således hoftekirurgen under operationen kan sikre sig, at korrektionen er udført bedst muligt.

Når hofteskålen har opnået en ny tilfredsstillende position, låses hofteskålen fast til bækkenet ved hjælp af to skruer,

indtil bækkenet igen er vokset sammen. Det tager normalt 6-8 uger. Undersøgelser har vist, at denne metode giver meget nøjagtig korrektion af hoftedysplasi med yderst stabil fastgøring af hofteskålen.

Under hele operationen, har kirurgen stor opmærksomhed rettet mod at beskytte nerver, blockar, muskler og ledbånd i operationsområdet.

Selve hoftedeledet åbnes ikke ved PAO. Operationen foregår primært fra indersiden af bækkenet, hvor der ikke er direkte adgang til selve hoftedeledet. Hvis hoftekirurgen ønsker adgang til hoftedeledet for at reparere en ledlæbeskade, vil det kræve yderligere kirurgi.

Forløb efter hofteprotese

- **Indlæggelse:** Udskrivelse finder sted, når patienten er mobiliseret til gang med to krykker. Det er normalt 2 dage efter PAO
- **Fysisk belastning:** De første 6-8 uger efter operationen benyttes krykker for at vægt-aflaste bækkenet under gang. Man må belaste med 30 kg på det opererede ben. Men man må gerne bevæge hoften frit, når blot man ikke vægtbelaster. Cykling på motionscykel kan begyndes efter få dage og svømming efter 4 uger. Efter 6-8 uger er belastende aktivitet indtil smertegrænse tilladt. Krykkerne afvikles normalt gradvist i perioden fra 6-8 uger til 12 uger efter PAO. Efter 3 måneder kan løb, spring og anden sport genoptages. De fleste patienter er dog ikke i stand til f.eks. løbetræning før tidligst 6 måneder efter PAO. En fysioterapeut vil efter operationen instruere patienten detaljeret i alt dette.
- **Sociale forhold:** Perioder for sygemelding varierer meget, og afhænger både af den enkelte patients helbredsstatus inden operation og af patientens jobfunktion. Normalt vil patienter være sygemeldt i 3-6 måneder efter PAO. Skoleelever begynder normalt i skole efter 3-4 uger.

Ledlæbeskade og hoftedysplasi

Ved PAO operationen skabes bedre mekaniske forhold, som betyder, at patientens hoftesmerter forsvinder og udviklingen af slidgigt i hoften udsættes eller forhindres.

MR-undersøgelser af patienter, der henvises til vores klinik med symptomgivende hoftedysplasi, har vist, at 95% har skader på ledlæben og 19% har beskadigelse af hofteledkapslen. Ved hoftedysplasi er hofteskålen jo flad og stejl. Oftest betyder det en stor belastning af af den forreste og øverste del af ledlæben. Dette område svarer præcist til det område hvor ledlæben oftest er gået i stykker. Det er formentligt disse skader, som er årsagen til patienternes smerter. PAO operationen ændre belastningsmønstret i hoften. Presset på den forreste del af hoften mindskes. Dermed mindskes også belastningen af ledlæben. Hos 90% af de PAO-opererede patienter forsvinder symptomerne på ledlæbeskaden efter PAO. Derfor foretages ikke primær operation for ledlæbelæsion når der foretages PAO. Hvis patienten efter PAO fortsat oplever symptomer på ledlæbeskade (lyskesmerter, hofteklik, følelse af indklemning eller aflåsning, m.v.), vil patienten som regel blive tilbudt kikkertoperation.

Fejlstilling af låbens-hals og hoftedysplasi

Patienter med hoftedysplasi forandringer i hofteskålen kan samtidigt have misdannelser i lårbenet. Ofte er der tale om en fejlstilling hvor lårbenshalens er meget stejl og fremadvendt. Begge faktorer forøger belastningsproblemerne ved hoftedysplasi. Rotation og vinkel-korrektion af lårbenshalsen kan være nødvendig.

Men oftest vil operationerne blive planlagt i to trin, idet der ofte ikke vil være behov for lårbenskorrektion efter PAO.

Eventuelle CAM-deformitet af lårbenshalsen behandles også ved efterfølgende operation, hvis deformiteten viser sig at give patienten problemer.

Følsomhed på låret

Gennem operationssåret i lysken, der er nødvendigt for PAO, løber en følenerve (nervus cutaneus femoris lateralis). Nerven erkendes og frilægges ved PAO-operationen. Men selvom kirurgen udviser forsigtighed vil nerven ofte blive udsat for stræk, der påvirker følsomheden på forsiden og ydersiden af låret. 91% af PAO-opererede patienter bemærker føleforstyrrelse. De fleste patienter beskriver det som en sovende, prikkende fornemmelse ved berøring. I sjældne tilfælde kan der være en periode med ubehagelig ofte brændende følsomhed. Området med ændret følsomhed vil mindskes og følsomheden vil blive mere normal. Normaliseringen vil foregå over måneder til år (op til 2 år). Selv om patienterne har ændret følsomhed angiver 90%, at det ikke udgør et problem.

Resultater efter PAO

Metodens kvalitet og sikkerhed er blevet dokumenteret i en række undersøgelser, der er offentliggjort i ansete videnskabelige fagtidsskrifter. Det er vist, at patienter efter PAO har færre hoftesmerter, opnår højre aktivitetsniveau og bedre livskvalitet. Metodens fordele er også lav risiko for komplikationer, og mulighed for hurtig mobilisering af patienten efter operation.

Fakta om PAO

Alle former for operationer er forbundet med risiko for komplikationer. Det er både i patientens og hoftekirurgens interesse, at komplikationer undgås. Før, under og efter operation iværksættes procedurer, der skal forhindre komplikationer. Desværre kan de alligevel aldrig undgås helt. Faktorer så som "case-mix" af patienter samt hoftekirurgens erfaring og uddannelsesniveau være af betydning for hyppigheden af komplikationer.

Følgende komplikationer har speciel relevans for PAO:

- **Betændelse:** Der er mulighed for infektion af operationsområdet. I de cirka 800 patienter, som siden 1996, er blevet behandlet på Århus Sygehus, har der ikke været nogle alvorlige infektioner (i.e. infektion under hudniveau). 0,5% af patienterne får overfladisk infektion i operationssåret, som ikke kræver kirurgisk behandling. Der gives infektions-forebyggende antibiotika under og efter operationen.
- **Påvirkning af føle-nerver:** 91% af PAO-patienterne oplever ændret følsomhed på forsiden og ydersiden af det opererede ben (se ovenfor). Det er risiko for beskadigelse af andre nerver som f.eks. iskias-nerven. Risiko for påvirkning af iskiasnerven er cirka 0,2%.
- **Påvirkning af motoriske nerver:** Beskadigelse af motoriske nerver kan medføre nedsat funktion af de muskler nerverne innoverer. Ved PAO kan alle muskelgrupper omkring hoften og i resten af benet blive påvirket afhængigt af hvilken nerve, der påvirkes. Forbigående funktionsnedsættelse af ugers til få måneders varighed er den hyppigst forekommende motoriske nerve påvirkning af patienterne. Fænomenet ses hos 0,5% af PAO-patienterne.
- **Under operationen kommer man tæt på 2 store nerver, der forsyner muskulaturen til benet. Der er minimal risiko for beskadigelse af disse nerver.**

- **Blødning:** Den skånsomme minimale adgangsteknik giver mindre blødning end den klassiske åbne PAO-teknik. I gennemsnit bløder patienterne 250ml under den minimale PAO. Blodtransfusion er næsten aldrig nødvendig (<1%).
- **Skade på blodkar:** Men idet overskæring af knoglerne skal foretages meget tæt på de store pulsårer og vener til benet er der risiko for læsion af disse kar under operationen. Risikoen for kar-læsioner er dog meget lille omend den kan være alvorlig.
- **Blodprop:** Som følge af mindre fysisk aktivitet og særligt mange timers sengeleje efter en stor operation, er der øget risiko for at danne blodpropper i benenes venesystem. Disse blodpropper kan være lokalt generende, men de kan også frigøres og føres tilbage til lungerne. Blodprop i lungerne kan være en alvorlig komplikation. Blodprop i benenes venesystem optræder hos 1% af patienterne efter hofteoperation. Som forebyggelse mod blodpropper gives blodfortyndende fra operationstidspunktet indtil patienten er mobiliseret til gang med krykker (dvs. til udskrivelse). Bevægelse af benene nedsætter også risikoen for dannelse af blodpropper i venerne.
- **Benlængdeforskel:** Ved udtalt hofte dysplasi, og særligt hvis korrektion af lårbenet også foretages, kan forskel i benlængde forekomme efter PAO.

Praktiske informationer

Ortoklinik foretager udredning, behandling og opfølgning af patienter med behov for PAO. Operationen foretages af professor Michael Ulrich. Indlæggelse finder sted på privathospitalet GHP, Aarhus, som Ortoklinik har samarbejdsaftale med.

På nuværende tidspunkt er der ingen aftale mellem den offentlige sygesikring og Ortoklinik. Derfor er dette behandlingstilbud kun rettet mod forsikringspatienter og private patienter.

Ved problemer

Hvis der opstår problemer eller der er mistanke herom efter operationen bedes man henvende sig i klinikkens åbningstid (telefon 8612 9174). Ved akutte uopsættelige problemer kan professor Michael Ulrich altid kontaktes på telefon 5188 2306.