

A. TRACTAMENT DE LES COXITIS REUMÀTIQUES AMB PRÒTESI TOTAL

A. FERNÁNDEZ I SABATÉ, H. FERRER I ESCOBAR, R. VILÀ I FERRER

La nostra experiència quirúrgica en el tractament de les coxitis reumàtiques es fonamenta en una sèrie de 37 malalts dels quals 33 patien l'afectació bilateral; sumen un total de 70 anques reumàtiques. Foren operats amb pròtesi total tots 37 malalts i 11 d'ells la reberen bilateral: tenim, doncs, 48 pròtesis totals d'anca col·locades. Estudiem les que tenen un seguiment d'almenys un any: 43 casos.

La distribució de sexes i edats és la següent: 10 homes i 27 dones, que correspon amb la coneguda predilecció pel sexe femení; edats per decennis:

20 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70
2	5	7	18	5

L'antiguitat de seguiment dels casos oscilla entre 1 any i 6 anys:

1 a 2	2 a 3	3 a 4	4 a 5	5 a 6
6	11	10	2	14

En aquest grup de coxitis reumàtiques incloem: artritis reumatoide, 29 casos; coxitis reumàtica aïllada, 3 casos; artritis psoriàsica, 3 casos; i, malaltia de Still, 2 casos. Excloem 3 casos de malaltia de Bechterew que

quirúrgicament plantegen un problema diferent per la seva tendència a l'anquilosi.

Cal remarcar que es tracta de malalties generalitzades a l'aparell locomotor i que de l'afectació poliarticular depèn el resultat de l'esforç quirúrgic. Entre els nostres malalts la patologia articular és tan rica com ho demostra aquesta enumeració de les articulacions afectades:

- anques, 37 casos; genolls, 21 casos; turmells, 9 casos; peus, 20 casos.
- espatlles, 9 casos; colzes, 8 casos; canells, 11 casos; mans, 25 casos.
- columna cervical, 8 casos; temporo-maxil·lar, 1 cas.

El sofriment articular fou d'aparició variable i, pel que fa a les anques, acostumen a afectar-se temps després d'haver diagnosticat el procés reumàtic en altres localitzacions. Els casos de més antiguitat sofrien des de feia 30 anys i, en canvi, la majoria d'anques no feia encara 15 anys que havien estat diagnosticades. El procés reumàtic tenia 5 anys d'antiguitat en 7 malalts i tots els altres eren més antics. La coxitis tenia 5 anys d'antiguitat en 28 malalts i si no en tenim de més recents és perquè segurament és necessari aquest temps d'evolució per a arribar a necessitar el tractament protèsic; mentrestant segueixen tractament mèdic. En la meitat dels casos trobem períodes de 15 anys entre la manifestació del reumatisme amb el seu diagnòstic i el diagnòstic de coxitis.

El grau d'afectació de l'articulació coxo-femoral és variable. Podem classificar-lo en quatre grups segons els paràmetres de Serre i Simon:

- Estadi I: pinçament articular, cap cas operat.
- Estadi II: desaparició de la interlínia i formacions quístiques o geòdiques a ambdós costats de l'articulació, 17 casos operats.
- Estadi III: esclafament cefàlic, 16 casos operats.
- Estadi IV: greu lesió articular amb penetració pèlvica del còtil, 10 operats.

Veiem doncs que les coxitis arriben a la fase quirúrgica quan la lesió articular assoleix almenys l'estadi II i, com hem vist abans, això succeeix en la nostra experiència al cap de 5 anys com a mínim.

La valoració clínica dels malalts s'ha fet de forma numèrica, d'acord amb els paràmetres de Merle d'Aubigné que dona per al dolor, la mobilitat i la marxa una puntuació que va de 6 —que correspon a indolència, mobilitat normal i marxa normal— fins 0 —que és dolor permanent, anquilosi i allitament. Segons aquesta avaluació trobem les situacions següents:

Dolor 0 : 1	Mobilitat 0 : —	Marxa 0 : 3
1 : 10	1 : —	1 : 6
2 : 16	2 : 6	2 : 12
3 : 13	3 : 10	3 : 14
4 : 3	4 : 11	4 : 8
5 : —	5 : 2	5 : —
6 : —	6 : 14	6 : —



En aquesta distribució veiem que tots els malalts arribaven a la cirurgia amb dolor, però amb una disminució de la mobilitat molt menys important puix que molts la tenien normal. En canvi cap no caminava bé, bé per la coxitis bé per l'afectació d'altres articulacions de les extremitats inferiors.

La intervenció de pròtesi total fou realitzada sempre segons una tàctica normalitzada: via anterior de Watson-Jones i pròtesi de model Charnley-Muller. L'únic problema tècnic d'interès el planteja la coxa profunda que ens obligà a omplir o a protegir el fons del còtil amb reixeta metàl·lica (3 casos), empelt d'os de mig díplce ilíac (2 casos) o brocal retentor d'Eichler (2 casos). El fons del còtil molt sovint és prim i és fàcil de perforar la làmina quadrilàtera durant el fresat, la qual cosa succeí 7 vegades i calgué donar-hi una solució anàloga a la del còtil profund.

En aquests malalts no són rares les complicacions operatòries, de tres ordres:

— Locals: penetració intrapèlvica d'un bolet de ciment en el moment d'impactar i percutir la pròtesi de còtil en 14 casos; falsa via de la tija femoral per la cortical posterior diafisària molt aprimada en un cas d'artritis psoriàsica antiga i d'afectació poliarticular totalment invalidant.

— Regionals: 1 cas de flebotrombosi.

— Generals: 2 casos d'embolisme pulmonar no mortal.

Cap d'aquestes complicacions no afectà el resultat clínic postoperatori. Major influència tenen les complicacions posteriors a la intervenció per la seva repercussió en la qualitat de la teràpia protèsica. Fem esment de les realment importants:

— Calcificacions: no podem lluitar contra elles amb medicació i solament amb un màxim acurament tècnic podem reduir-les; les trobem en 9 malalts entre 43 pròtesis revisades (20 %) però és important adonar-se de la seva nul·la repercussió en la mobilitat, puix que aquests malalts tenien una flexió de 90° o més.

— Penetració pèlvica: la trobem en 2 casos tolerats malgrat un lleuger dolor, però és de preveure la seva progressió amb el pas del temps.

— Luxació: 1 cas fou reduït d'urgència i malgrat que retardà la recuperació funcional no perjudicà un bon resultat posterior.

— Ruptura de filferro: l'osteotomia del trocànter gran pot ésser obligatòria en casos de penetració pèlvica per a poder extreure el cap femoral sense fractura trocantèria, cosa probable si es força el fémur per a luxar l'articulació en ossos poròtics (per la malaltia o per la corticoteràpia); l'encerclament del trocànter gran és problemàtic per la mateixa porosi de l'os o per la posterior ruptura del metall que obliga a reoperar la pseudoartrosi, cosa que férem en 1 cas, però en 2 casos era tolerada degut a la pobra exigència funcional del malalt afectat a diverses articulacions.

— Afluixament de la pròtesi: és un fenomen progressiu amb el pas del temps i en el moment de revisar la sèrie ja hi havia 8 casos que foren diagnosticats pel dolor, per la imatge clara a la interfase ciment-os i per

l'artrografia de sustracció amb contrast opac; a 6 malalts els fou recanviada, a un li fou extreta deixant-lo amb una resecció tipus Girdlestone i l'últim encara no ha estat reoperat.

El resultat global d'aquestes pròtesis els exposem d'acord amb la referida puntuació de Merle d'Aubigné; entre parèntesis referim novament l'avaluació preoperatòria:

Dolor 0 : (1) —	Mobilitat 0 : (0) —	Marxa 0 : (3) 1
1 : (10) —	1 : (0) —	1 : (6) 1
2 : (16) 1	2 : (6) —	2 : (12) 2
3 : (13) 4	3 : (10) 1	3 : (14) 9
4 : (3) 3	4 : (11) 4	4 : (8) 10
5 : (0) 13	5 : (2) 8	5 : (0) 5
6 : (0) 22	6 : (14) 30	6 : (0) 15

Veiem que el màxim efecte s'obté en el component dolorós de la malaltia i que podem considerar la pròtesi total com una terapèutica antiàlgica. Els resultats favorables sobre la mobilitat es fan sentir en els casos que tenien una important limitació, però representa poc per als que la tenien poc afectada. La marxa del malalt amb pròtesi i amb artritis reumatoide depèn del nombre d'articulacions afectades i una bona pròtesi pot proporcionar un guany escàs a un malalt amb lesions als genolls i als peus. Analtzarem alguns d'aquests factors.

Si fem dos lots de malalts en funció dels graus de lesió coxo-femoral amb els estadis II i IV trobarem notables diferències en el resultat sobre la marxa; entre parèntesis referim l'avaluació pre-operatòria:

Estadi II 0 : (2) —	Estadi IV 0 : (1) 1
1 : (3) —	1 : (0) 1
2 : (5) —	2 : (3) 1
3 : (6) 3	3 : (2) 1
4 : (1) 3	4 : (4) 3
5 : (0) 4	5 : (0) 1
6 : (0) 7	6 : (0) 2

En l'estadi II les xifres es desplacen des d'una puntuació baixa cap a una puntuació alta; en l'estadi IV la variació és pobre. S'explica perquè els malalts d'estadi IV amb important lesió a l'anca tenen també importants lesions a altres articulacions, com correspon a la fase avançada de la malaltia. Per tant, com més progressiu sigui el moment en què veiem el malalt menys benefici funcional li podem donar amb les pròtesis.

Aquestes consideracions són més acusades en els casos de lesió bilateral degut al sofriment poliarticular. En el pre-operatori els 11 casos bilaterals tenien la marxa puntuada a 3 o menys i en el postoperatori només la meitat aconseguiren de caminar bé. Als malalts amb pròtesi bilateral hem de sumar els que tenien pròtesi d'un genoll (3 casos) o d'ambdós genolls (1 cas).

A les extremitats inferiors la lesió dels turmells (9 casos) i dels peus (20 casos) dificultava el recobrament. A les extremitats superiors la lesió de les espatlles (9 casos), dels colzes (8 casos), dels canells (11 casos) i de les mans (25 casos) dificultava la utilització de croses. La repercussió en el resultat funcional de la pròtesi és evident i solament el balanç global del quadre clínic pre-operatori ens donarà una idea aproximada del resultat que poden assolir amb la pròtesi total d'anca.

Una visió global dels resultats resumirà les consideracions terapèutiques esmentades. El dolor millora notablement amb puntuació a 5 i 6 (indolència) en el 81 % dels casos i la mobilitat arriba també a 5 i 6 (normal) en el 88 % dels casos. En canvi la marxa a 5 i 6 només l'obtenen el 46 % dels malalts, que són els qui retroben una vida activa. Més de la meitat no arriben a aquesta situació i es queden amb una vida limitada a petites caminades amb creua (23 %) o a raure a casa asseguts o caminant pel pis amb dues croses (31 %).

En conclusió la cirurgia de les coxitis reumàtiques amb pròtesi total obliga a una estreta col·laboració entre el reumatòleg i el cirurgià per tal de considerar les vàries lesions articulars que decidiran a quin grau de benefici podem portar el malalt. La pròtesi té mecànicament una acció mobilitzadora de l'articulació que no es diferencia de la que proporciona en altres indicacions i elimina el dolor degut a l'eliminació anatòmica dels elements osteoarticulars lesionats; és doncs antiàlgica i mobilitzadora. Però recordem quina esperança funcional podem presentar al malalt, que tot sovint és un invàlid i que en la nostra experiència (funció de la patologia que ens arriba) té una possibilitat inferior al 50 % d'assolir una independència per a la vida quotidiana.