

MOGUĆNOSTI I OGRANIČENJA SEKSUALNE AKTIVNOSTI NAKON UGRADNJE TOTALNE ENDOPROTEZE KUKA

POSSIBILITIES AND LIMITATIONS OF SEXUAL ACTIVITY FOLLOWING TOTAL HIP REPLACEMENT

GORAN BIČANIĆ, KATARINA BARBARIĆ, KREŠIMIR CRNOGAČA,
TOMISLAV SMOLJANOVIĆ, DARIJA GRANEC*

Deskriptori: Osteoartritis kuka – kirurgija; Totalna endoproteza kuka – neželjeni učinci; Zglobna pokretljivost; Spolna aktivnost; Koitus; Držanje tijela; Kvaliteta života

Sažetak. Ugradnja totalne endoproteze kuka bolesnicima s osteoartritisom kuka znatno smanjuje bol i povećava kvalitetu života. Bitan parametar kvalitete života o kojem liječnici rijetko razgovaraju s bolesnicima jest seksualna aktivnost, a interes bolesnikâ za tu temu postoji. Dapače, bolesnici koji su prije operacije imali otežane seksualne aktivnosti uzrokovane bolnošću i ograničenjem kretanja u zahvaćenom kuku nakon operacije ponovo imaju bezbolne i pokretljive kukove. Operater nakon ugradnje totalne endoproteze kuka najčešće preporučuje ograničen opseg pokreta u kuku kako bi se prevenirala luksacija endoproteze. To stvara ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života, sportskim aktivnostima te naravno u seksualnoj aktivnosti. Cilj je ovog rada dati smjernice o osobitostima seksualnih odnosa kod bolesnica i bolesnika s ugrađenom totalnom endoprotezom kuka. Rehabilitacija ovih bolesnika trebala bi sadržavati i edukaciju o mogućnostima i ograničenjima tijekom seksualne aktivnosti.

Descriptors: Osteoarthritis, hip – surgery; Arthroplasty, replacement, hip – adverse effects; Range of motion, articular; Sexual behavior; Coitus; Posture; Quality of life

Summary. Total hip replacement in patients with osteoarthritis significantly reduces pain and enhances the quality of life (QoL). Sexual activity is an important component of QoL about which doctors rarely discuss with patients even though it is a matter of concern to many patients. In fact, patients who have previously had impaired sexual function due to preoperative hip pain and/or stiffness find that after surgery their hips are pain free and have better motion. After total hip arthroplasty range of hip motions is usually limited by surgeon's recommendation in order to prevent dislocation of prosthesis. This creates limitations in activities of daily living, sport activities and also sexual activities. The aim of this paper is to give guidelines for safe sexual intercourse to patients following total hip replacement. During rehabilitation, patients should be educated on what positions are and are not recommended in the context of sexual activity.

Liječ Vjesn 2016;138:266–272

Osteoartritis (OA) kuka velik je javnozdravstveni problem. Prevalencija OA u populaciji starijoj od 60 godina iznosi 8%.¹ Treba uzeti u obzir i bolesnike sa sekundarnim OA kuka u sklopu razvojnog poremećaja kuka, avaskularne nekroze glave bedrene kosti, upalne reumatske bolesti ili posttraumatskog OA koji tu nisu ubrojani, a to su uglavnom bolesnici mlade životne dobi. Bol u preponi i području kuka te ograničenje opsega pokreta prvi su i najčešći znakovi oštećenja zgloba. Ograničenje kretanja zgloba kuka, osim funkcionalnih tegoba u svakodnevnom životu, može izazvati i teškoće pri održavanju higijene genitourinarnog područja pa tako i pri seksualnoj aktivnosti. Prema nevelikom broju objavljenih radova o toj temi možemo reći da se o seksualnoj aktivnosti (SA) kod bolesnika s oštećenjem kuka malo govori.²⁻⁹

Ugradnja totalne endoproteze (TEP) kuka u liječenju uznapredovalog OA kuka proglašena je operacijom 20. stoljeća.¹⁰ Uspješnost ugradnje TEP-a kuka procjenjuje se, među ostalim, različitim specifičnim upitnicima kojima se prati stanje bolesnika prije i nakon operacije vezano za različite aspekte njihova života. Analizirajući najčešće upotrebljavane upitnike za procjenu aktivnosti bolesnika s OA kuka i ugrađenim TEP-om kuka, utvrdili smo da tek rijetki od tih

upitnika sadržavaju i pitanje vezano za SA. Sukladno tomu, danas se jako malo ili gotovo ništa ne zna o tome imaju li ti bolesnici ili nemaju znatnih ograničenja u SA, žele li o tome ili ne žele razgovarati, dobivaju li dostatne i korisne informacije od medicinskog osoblja uključenog u njihovo liječenje. Nadalje, pitanje je koliko su bolesnici upoznati koje SA su im dopuštene, a koje nisu nakon ugradnje umjetnog kuka. Postoji li razlika između žena i muškaraca u osobitostima i ograničenjima SA? Cilj je ovog rada dati smjernice o specifičnostima SA kod bolesnica i bolesnika s ugrađenim TEP-om kuka.

* **Klinika za ortopediju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb** (doc. dr. sc. Goran Bičanić, dr. med.; Katarina Barbarić, dr. med.; Krešimir Crnogača, dr. med.), **The South West London Elective Orthopaedic Center (SWLEOC), Epsom and St Helier University Hospitals NHS Trust, Dorking Road, Epsom, Surrey, KT18 7EG, United Kingdom** (doc. dr. sc. Tomislav Smoljanović, dr. med.), **Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice i Medicinski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku** (Darija Granec, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. D. Granec, Odjel za ortopedsku rehabilitaciju, Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske Toplice, Gajevo 2, 49217 Krapinske Toplice, e-mail: dgranec@gmail.com

Primljeno 17. prosinca 2015., prihvaćeno 18. srpnja 2016.

OA kuka i rehabilitacija nakon ugradnje TEP-a kuka

Prema nedavno objavljenom pregledu literature, OA kuka zahvaća podjednako oba spola s prevalencijom između 6,25 i 12,3% u općoj populaciji.¹ Prevalencija simptomatskog OA kuka u općoj populaciji iznosi 5 do 10%.¹¹ Ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života te sportsko-rekreacijskim i profesionalnim aktivnostima dovode bolesnike s OA kuka u naše ambulante.

Liječenje uznapredovaloga simptomatskog OA kuka u 90% bolesnika podrazumijeva ugradnju umjetnog zgloba, odnosno aloartoplastiku zgloba kuka. S obzirom na smanjenje boli, poboljšanje funkcije kuka i kvalitete života bolesnika, a uzimajući u obzir izuzetan napredak u tehnologiji izrade TEP-a, minimalno invazivnih kirurških tehnika i ekonomske dobrobiti za zdravstveni sustav, ugradnja TEP-a kuka proglašena je operacijom 20. stoljeća.¹⁰ Rehabilitacija nakon ugradnje TEP-a kuka prosječno traje 8 – 12 tjedana. Do potpune samostalnosti i funkcionalnog oporavka bolesnika katkada je potrebno i 6 do 12 mjeseci. Nakon ugradnje TEP-a kuka preporučena su svojevrsna ograničenja pokreta u operiranom kuku kako bi se izbjegla iščašenja, tj. luksacije TEP-a.^{12,13} Fleksija u kuku veća od 90 stupnjeva, adukcija i unutarnja rotacija rizični su pokreti koji mogu dovesti do luksacije TEP-a (slika 1).² Primjeri tih pokreta jesu sjedenje na niskoj stolici, „križanje“ nogu, primicanje natkoljenice prema trupu pod kutom većim od 90 stupnjeva i obratno, primicanje trupa prema natkoljenici bilo da bolesnik leži, sjedi ili stoji. Učestalost luksacija najveća je u prva 3 mjeseca nakon operacije, a osobito u razdoblju između 4. i 6. tjedna.¹⁴ Operativni postupak također može utjecati na iščašivost TEP-a.¹⁵ Pregledom literature skupina autora našla je znatno veću učestalost luksacija TEP-a kuka kod stražnjeg operativnog pristupa bez adekvatne rekonstrukcije mekotkivnih struktura u odnosu prema istom pristupu uključujući rekonstrukciju mekih česti te anterolateralni i direktni lateralni operativni pristup.¹⁵ Ova ograničenja zajedno s boli, strahom od oštećenja kuka i nuspojavama lijekova protiv boli koje nerijetko uzimaju ograničavaju SA bolesnika prije i nakon ugradnje TEP-a kuka.^{3-5,7-9,16-19}



Slika 1. Crtež položaja donjih ekstremiteta koji izlaže totalnu endoprotezu desnog kuka velikom riziku od luksacije. Desni kuk je tada u fleksiji (većoj od 90 stupnjeva) i adukciji

Figure 1. Drawing of the lower extremity position that exposes the right hip endoprosthesis to a high risk of dislocation. Right hip is in flexion (greater than 90 degrees) and adduction.

U svakodnevnoj kliničkoj praksi za procjenu funkcionalnog deficita i kvalitete života bolesnika s oštećenjem kuka, osim anamneze i kliničkog pregleda, rabe se specifični upitnici. Prema literaturi i kliničkom iskustvu, najčešće se rabe: *Western Ontario and MacMaster University Questionnaire (WOMAC)*,²⁰ *Harris Hip Score (HHS)*,²¹ *Merle d'Aubigne Hip Score*,²² *Oxford Hip Score*,²³ *Short Form 36 Health Survey (SF-36)*,²⁴ *Health-Related Quality of Life (HRQoL)*,²⁵ *EuroQol-5D (EQ-5D)*.²⁶ Od tih upitnika samo HRQoL sadržava pitanje o SA.

SA prije i nakon ugradnje TEP-a kuka

Kada pitaju bolesnike što očekuju od operacije ugradnje TEP-a kuka, čak 32% je zabrinuto kako će to utjecati na njihovu SA.²⁷ Prvi autor koji je skrenuo pozornost na seksualnu disfunkciju kod bolesnika s OA kuka bio je Currey 1970. godine.⁹ On je osmislio vlastiti upitnik s 12 pitanja u kojem je, uz opće podatke o bolesti, propitivao koliko OA utječe na SA, koji su ograničavajući faktori, kakav je utjecaj na odnos s partnerom te je pitao o poželjnom načinu informiranja o SA. Istraživanje je bilo retrospektivno i provedeno je na 121 ispitaniku u dobi do 60 godina, od kojih su 73 bile žene, a 48 muškarci. Šezdeset i sedam posto bolesnika s OA navelo je da imaju teškoća u SA koje negativno utječu na odnos s partnerom, među kojima je bilo znatno više žena (73%).

Više autora istraživalo je koliko ugradnja TEP-a kuka poboljšava SA. Već je Currey⁹ iznio podatak o smanjenju tegoba tijekom SA nakon ugradnje TEP-a kuka, a do identičnih rezultata došli su i njegovi suvremenici Todd i sur.¹⁶ U retrospektivnoj studiji provedenoj na 86 bolesnika prosječne dobi 57 godina (u rasponu od 20 do 70 godina) Stern i sur. uočili su da je prije operacije 46% bolesnika imalo znatnih seksualnih problema zbog tegoba s kukom, dok je nakon operacije samo 1% ispitanika imalo ograničenja u SA vezano za kuk.⁸ Laffosse i sur. u retrospektivnoj su studiji provedenoj na 135 nešto mlađih bolesnika (prosječna dob 51,8 godina, u rasponu od 22 do 65 godina) otkrili da je 19% bolesnika imalo izrazito teška ograničenja u SA prije operacije kuka, a 54% nije imalo znatnih ograničenja.⁵ Prosječna dob kada su počela ograničenja u SA bila je 45 godina. Nakon ugradnje TEP-a kuka 74% bolesnika bilo je bez tegoba tijekom SA.⁵ Prema dosadašnjim brojnim radovima, bol i ograničenje pokreta u kuku glavni su razlozi zbog kojih se bolesnici odlučuju za operaciju ugradnje TEP-a kuka.^{5,7-9,16,19} Laffosse i sur. istraživanjem su utvrdili da se 18% ispitanika odlučilo na operaciju primarno zbog ograničenja u SA i u toj je skupini bilo najviše žena mlađe životne dobi s displazijom kuka.⁵ U literaturi nismo naišli na radove koji su istraživali SA nakon ugradnje parcijalne endoproteze kuka, operacije prema Girdlestonu niti zasebno kod bolesnika s ugrađenom pokrovnom endoprotezom kuka. Valenzuela i sur. istraživali su utjecaj periacetabularne osteotomije na SA, trudnoću i porođaj upravo kod skupine mlađih odraslih bolesnica s razvojnim poremećajem kuka srednje životne dobi 32 godine.²⁸ Kod većine žena (56%) nije bilo razlike u učestalosti SA nakon periacetabularne osteotomije, dok je 23% žena potvrdilo povećanje SA. Kod 17% žena koje su potvrdile povećanje boli i smanjenje opsega pokreta zabilježena je i smanjena SA. Učestalost spontanih pobača-

ja i porođaja carskim rezom nije bila drugačija nego u zdravoj populaciji.

Razlika u SA među spolovima

Kao što je već spomenuto, žene imaju znatnija ograničenja SA zbog tegoba s kukom nego muškarci.^{5,9} Meyer i sur. retrospektivno su ispitali upravo žene srednje životne dobi 44,5 godina (14 – 59 godina) kojima je ugrađen TEP kuka ili učinjena osteotomija bedrene kosti.⁷ Ispitali su i njihove partnere. Smanjenje boli nakon operacije iskazale su 2/3 ispitanica, a kod njih 38% povećao se opseg pokreta u kuku. No, svega je 33% žena potvrdilo povećanje kvalitete SA nakon operacije kuka, i to značajno više u dobnj skupini do 40 godina (45%), dok je to isto potvrdilo 27% žena starijih od 40 godina. Autori su to objasnili činjenicom da žene s mišićno-koštanom boli u odnosu prema muškarcima općenito iskazuju intenzivniju bol, imaju znatniji invaliditet, višu razinu posttraumatskih stresnih reakcija i slabiji kapacitet samokontrole stresa te više depresije i anksioznosti.²⁹ Više od polovice muškaraca potvrdilo je da im je OA kuka njihovih partnerica značajno ograničavao SA, a da je ugradnja TEP-a kuka poboljšala kvalitetu SA, uočilo je 46% muških partnera.

Nordentoft i sur. u svojoj su prospektivnoj studiji s uključenih 99 bolesnika starijih od 45 godina istraživali utjecaj li operacija ugradnje TEP-a kuka ili TEP-a koljena kod muškaraca na njihovu SA uključujući seksualnu želju, erekciju, masturbaciju ili koitus te djeluje li operacija na erektilnu disfunkciju.¹⁹ Tijekom praćenja bolesnika 6 mjeseci nakon operacije utvrdio se negativan učinak operacije na SA, a osobito na erektilnu disfunkciju. Tako je 26% ispitanika, koji su prije ugradnje TEP-a koljena ili kuka imali urednu erektilnu funkciju, nakon operacije imalo njezin poremećaj. Autori tog rada nažalost nisu zasebno analizirali utjecaj ugradnje TEP-a kuka u odnosu prema ugradnji TEP-a koljena. U istraživanju Rosena i sur. o pojavnosti erektilne disfunkcije tijekom 6 mjeseci praćenja kod skupine muškaraca istih demografskih karakteristika kao u studiji Nordentofta i sur., bez poznatoga predisponirajućeg faktora nađeno je da se erektilna disfunkcija javlja kod 3% muškaraca.³⁰ Nordentoft i sur. zaključili su da je ugradnja TEP-a nezavisni čimbenik rizika od erektilne disfunkcije.

Među spolovima uočena je i razlika u vremenu kada se započinje sa SA nakon operacije. Pokazalo se da muškarci sa SA počinju ranije, prosječno 2 mjeseca nakon operacije, a žene 10-ak dana kasnije.^{5,8} U istraživanju na populaciji od 64 Azijca nije zamijećena razlika između spolova u počinjanju SA nakon operacije.³ Pokreti u kuku kod muškaraca pri SA ne zahtijevaju nužno abdukciju i vanjsku rotaciju pa se i položaji kojima se muškarci koriste tijekom SA prije operacije ne razlikuju mnogo od položaja nakon operacije. Kod žena je drugačije. Pri položaju u supinaciji (na leđima) s abdukcijom i vanjskom rotacijom u kuku malen je rizik od dislokacije TEP-a kuka i to je položaj koji žene preferiraju tijekom SA.

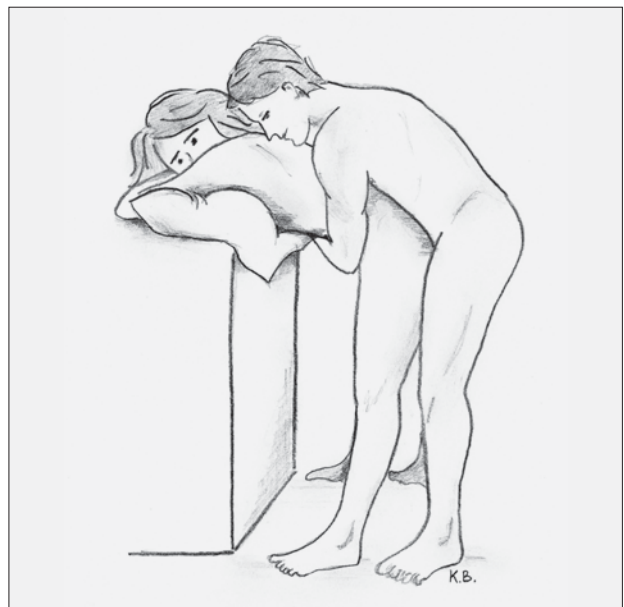
Nedavno je objavljena zanimljiva studija računalne animacije pokreta (engl. *motion capture study*) Charbonnier i sur. radi evaluacije sindroma sraza i instabiliteta kuka.² Dvoje zdravih dobrovoljaca, nakon što su im kukovi snimljeni magnetskom rezonancijom (MR), simuliralo je pred infracrvenim kamerama 12 koitalnih pozicija već publiciranih u radovima Laffosse i sur.⁵ te Dahm i sur.⁶ Prema vanjskim markerima ključnih anatomskih točaka te MR prikaza zgloba, uz pomoć kompjutorskog programa rekonstruirali su trodimenzionalni model odnosa zglobnih tijela kuka. Re-

zultati su pokazali da je prilikom SA kod žena zabilježena fleksija (> 95 stupnjeva), abdukcija (> 32 stupnja) i češće vanjska rotacija u zglobu kuka. Kod muškaraca su fleksija i abdukcija bile u normalnim razmjerima, no u gotovo svim pozicijama dominirala je vanjska rotacija kuka. Kako se sraz u kuku uglavnom javlja u pozicijama koje zahtijevaju veću fleksiju kuka, žene su pod većim rizikom od sraza i posljedične dislokacije TEP-a kuka. Učestalost sraza i dislokacije TEP-a uvelike ovisi o samoj operaciji, odnosno operacijskom pristupu na kuk, rekonstrukciji mekih tkiva te pogotovo o položaju i orijentaciji komponenata TEP-a, osobito acetabularnog dijela. Obično se preporučuje ugradnja acetabularne komponente u „sigurnoj“ zoni od 35 do 45 stupnjeva inklinacije (abdukcije) i 20 – 30 stupnjeva anteverzije.³¹

Nismo naišli na radove koji ispituju istospolne odnose niti utjecaj ugrađenog TEP-a kuka na SA bez koitusa.

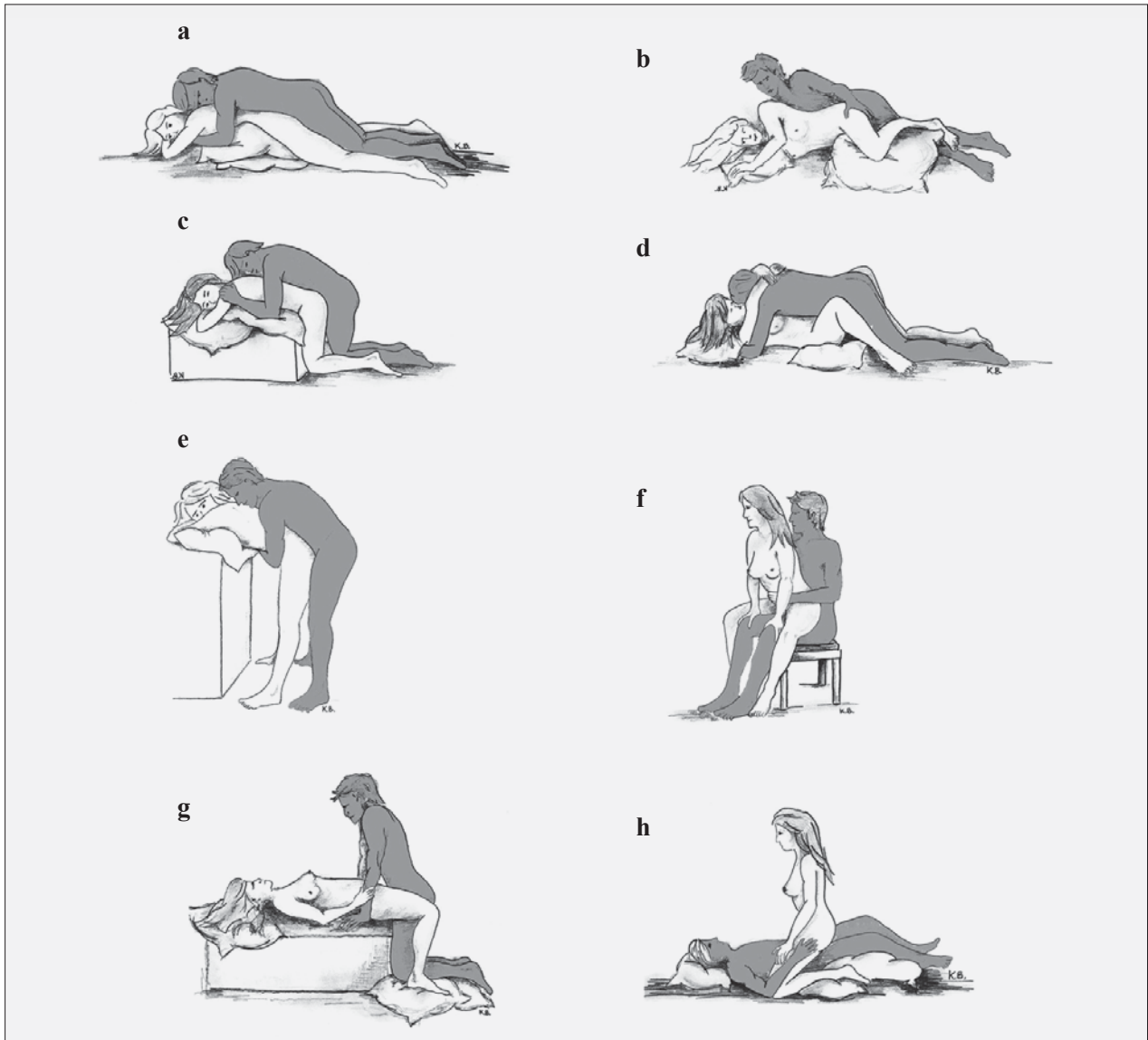
Obaviještenost bolesnika

Bilo da se radi o operaterima, liječnicima koji vode rehabilitaciju, fizioterapeutima, medicinskim sestrama ili drugome medicinskom osoblju koje sudjeluje u procesu liječenja i rehabilitacije, ne pridaje se dovoljno pozornosti pitanju SA bolesnika. Manje od 10% bolesnika razgovara s liječnikom o SA, i to ne zato što ih ne zanima, nego im razgovor o tome stvara nelagodu.⁸ Više od 80% bolesnica u radu Meyera i sur. izjavilo je da su bile nedostavno informirane o SA nakon operacije na kuku.⁷ Tek manji broj bolesnica, tj. njih 17%, dobio je informacije o SA od fizioterapeuta. No, bolesnici bi htjeli razgovarati sa svojim operaterom o specifičnostima SA nakon ugradnje TEP-a kuka.⁵ Zbog specifičnosti i intimnosti teme bolesnici sve češće takve informacije traže na internetu.^{3,32} Većina bolesnika izjasnila se da bi te informacije rado dobili u obliku pisanih uputa.^{5,8,9}



Slika 2. Crtež koitalnog položaja za koji operateri smatraju da bolesnike s totalnom endoprotezom kuka izlaže najmanjem riziku od luksacije endoproteze. U tom položaju žena stoji okrenuta leđima prema muškarcu koji stoji iza nje. Ženin trup blago je pognut prema naprijed

Figure 2. Drawing of the coital position that, by surgeons opinion, had the smallest risk of dislocation after hip replacement. In this position, the female is standing with her back to the man behind her. The female is slightly bent forward.

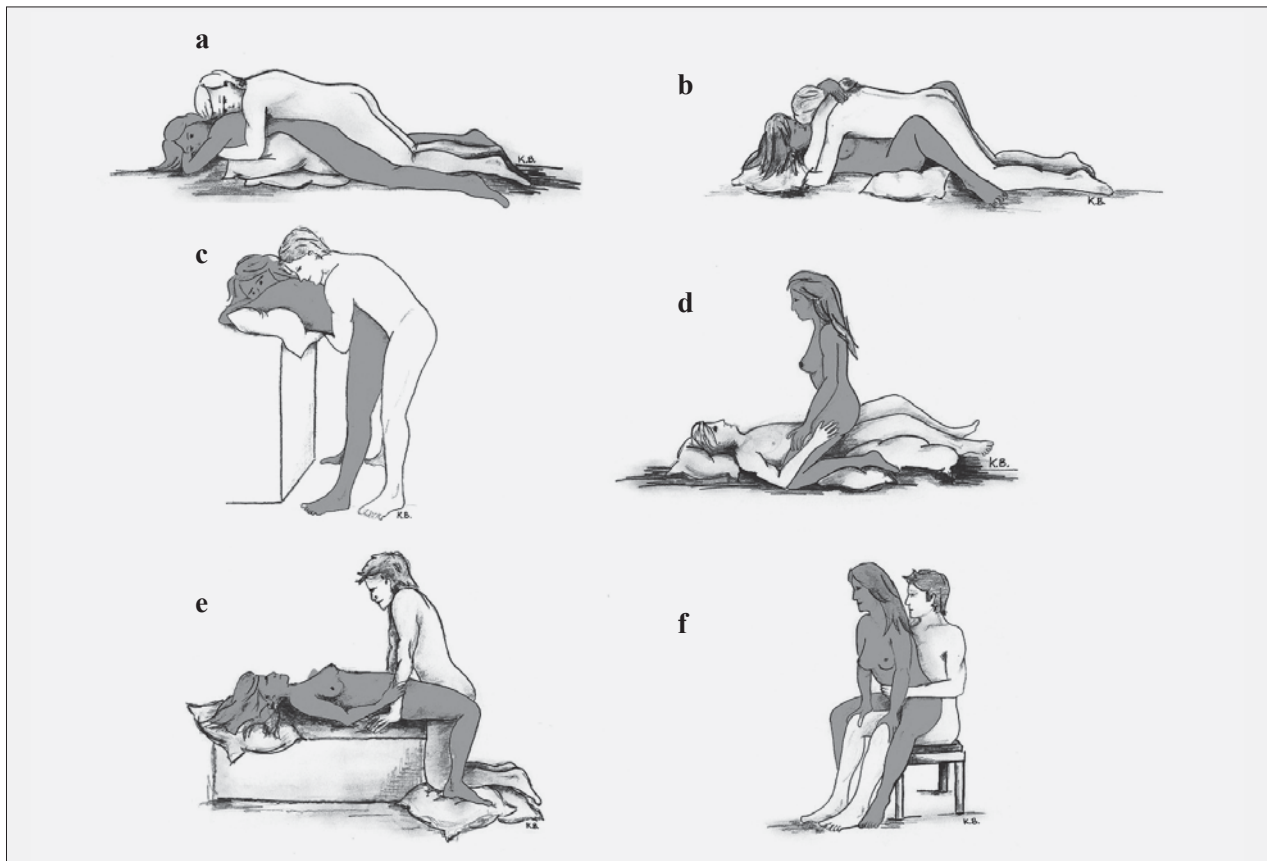


Slika 3. Crteži preporučljivih koitalnih položaja za muškarce s ugrađenom totalnom endoprotezom kuka. a – muškarac leži na trbuhu ispruženih nogu, blago savijenih i raširenih u kuku, uz leđa žene koja također leži na trbuhu s jastukom ispod trbuha. b – muškarac leži na operiranom boku trbuhom uz leđa žene koja također leži na boku. c – muškarac je oslonjen na koljena na leđima s trupom pognutim prema naprijed do 90 stupnjeva fleksije u kuku, trbuhom uz leđa žene koja je također oslonjena na koljena i trupa pognuta prema naprijed. d – muškarac leži na trbuhu ispruženih nogu, blago savijenih i raširenih nogu u kuku i koljenu, a žena ispod njega na leđima s raširenim i savijenim nogama u kuku. e – muškarac stoji iza žene koja je leđima okrenuta prema muškarcu, oboje trupa blago pognuta prema naprijed. f – muškarac sjedi na stolici s blago raširenim nogama u kukovima i fleksijom u kukovima do 90 stupnjeva, a žena sjedi na muškarcu. g – muškarac oslonjen na koljena, trupa blago pognuta prema naprijed, a žena leži na leđima s ispruženim i raširenim nogama (kukovima) te savijenim koljenima. h – muškarac leži na leđima s blago raširenim nogama, a žena iznad njega licem prema licu

Figure 3. Drawings of recommended coital positions for male after hip replacement. a – female lies on her stomach with a pillow underneath her stomach. The man lies on top of her with straight legs and hip in slight flexion and abduction. b – male lies on the operated hip side behind a female which is also on her knees with a torso bent forward. c – male is on the knees with a bent torso up to 90 degrees in hip flexion behind a female which is also on her knees with a torso bent forward. d – female lies on her back with flexed and abducted position of her hips. On top of her lies a male with stomach down and straight legs with knees and hips in a slight abduction and flexion. e – male stands behind a female and both have slightly bent torso. f – male sits on a chair with slightly abducted legs in the hips and flexion of the hips up to 90 degrees, and the female sits on top of him. g – male is on his knees slightly leaned over and the female lies on her back with 0 degrees extension and abduction in the hips and flexion in the knees. h – male lies on his back with slightly abducted legs and a female is on top of him face to face.

Zanimljivo istraživanje proveli su Dahm i sur. na populaciji američkih ortopeda.⁶ Anonimne ankete o kliničkom iskustvu i preporukama o SA za bolesnike poslale su 821 članu Američkog udruženja kirurga za kuk i koljeno (engl. *American Association of Hip and Knee Surgeons*), od čega su 254 kirurga odgovorila. Više od 80% odgovorilo je da

rijetko ili nikada ne razgovaraju s bolesnicima o SA nakon ugradnje TEP-a kuka. Od 50 kirurga koji su rekli da razgovaraju sa svojim bolesnicima o SA 96% za razgovor o toj temi potroši manje od 5 min. Sukladno navedenom slobodni smo zaključiti da medicinsko osoblje koje je u svakodnevnoj komunikaciji s bolesnicima tijekom i nakon



Slika 4. Crteži preporučljivih koitalnih položaja za žene s ugrađenom totalnom endoprotezom kuka. a – žena leži s jastukom ispod trbuha, s blago raširenim i savijenim nogama u kukovima, ispruženim koljenima, a muškarac trbuhom uz leđa žene. b – žena leži na leđima s raširenim i savijenim nogama u kukovima (fleksija ne prelazi 90 stupnjeva) i savijenim koljenima, a muškarac iznad nje licem prema licu. c – žena stoji s blago raširenim kukovima, okrenuta leđima prema muškarcu koji stoji iza nje, oboje trupa blago pognuta prema naprijed. d – žena je oslonjena na koljena s blago savijenim kukovima i uspravno držanim trupom, licem prema muškarcu koji leži na leđima ispod nje. e – žena leži na leđima na povišenoj podlozi s ispruženim i raširenim kukovima te savijenim koljenima, a muškarac oslonjen na koljena okrenut licem prema licu žene. f – žena sjedi na muškarcu, okrenuta leđima prema licu muškarca, s nogama savijenim do 90 stupnjeva i blago raširenim u kukovima te savijenim koljenima

Figure 4. Drawings of recommended coital positions for female after hip replacement. a – female lies with the pillow underneath her stomach, slightly abducted and flexed legs in hips, extended knees and the male lies on top of her. b – female lies on her back with abducted and flexed legs in the hips (flexion does not pass 90 degrees) and flexion in the knees and the male is on top of her face to face. c – female stands with slightly abducted hips and the male stands behind her, both are slightly bent over. d – female is on her knees with hips slightly flexed and an upright torso face towards the male who is lying on his back beneath her. e – female lies on her back on elevated surface with hips in 0 degrees extension and abduction in the hips and flexion in the knees and the male is on his knees facing towards the female. f – female sits on the male facing away from him with flexed legs up to 90 degrees and slightly abducted in the hips and flexed in the knees.

ugradnje TEP-a kuka ne razgovara dovoljno o toj temi i da bolesnici ostaju uskraćeni za informacije koje uvelike utječu na kvalitetu njihova života.

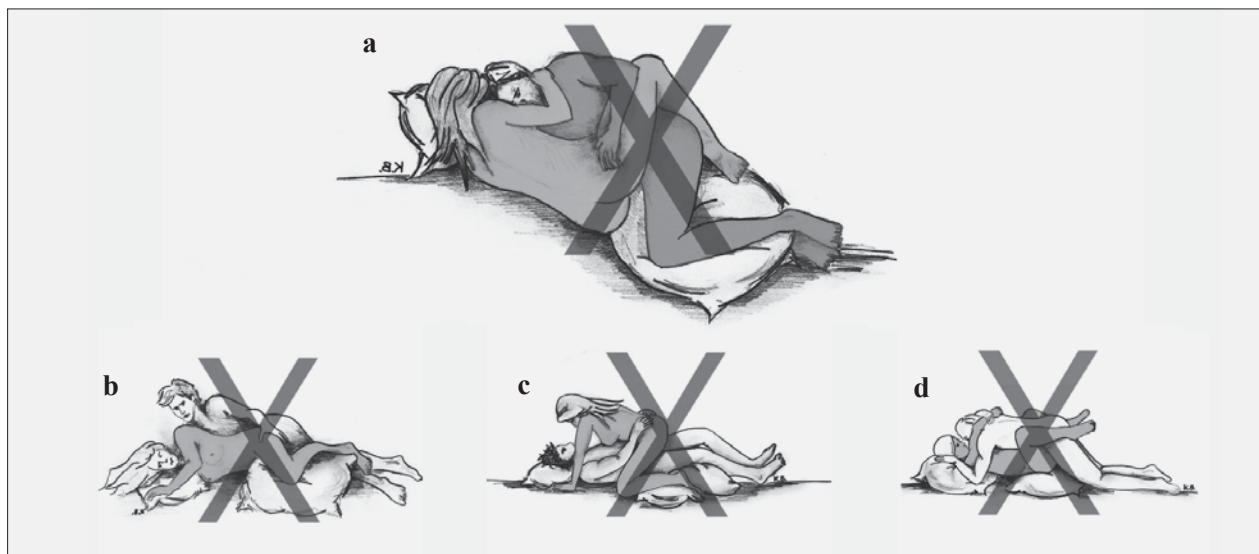
Preporuke kada i kako započeti SA nakon ugradnje TEP-a kuka

Zaista je teško reći kada započeti SA nakon ugradnje TEP-a kuka. Operateri se najčešće vode uobičajenim stajalištem da je za cijeljenje mišića i perikapsularnog tkiva operacijske regije potrebno 6 do 8 tjedana, odnosno između 2 i 3 mjeseca nakon operacije.^{4,6,8} S druge strane, svaki bolesnik samostalno prema osobnim ograničenjima i motivaciji odlučuje kada će započeti SA.^{5,8} Već je navedeno da u literaturi nalazimo podatke da su muškarci ranije započinjali SA nakon operacije, prosječno 66 dana, nego žene koje su ju započinjale prosječno 74 dana nakon operacije.⁵ Koliko je odluka o početku SA individualna govori podatak da je raspon dana bio od 4 do 365.⁵ Načelno se može reći da se SA nakon operacije može prakticirati kada liječnik prepo-

ručni odbacivanje štaka i hod s punim opterećenjem, uz poštovanje preporučenih ograničenja pokreta u kuku (ako su preporučeni) i preduvjet da nema boli u kuku tijekom odnosa. Taj je trenutak obično 2 mjeseca nakon operacije, no on se ipak treba individualno odrediti za svakoga pojedinog bolesnika.

Preporučljivi koitalni položaji razlikuju se za žene i muškarce. Do 2 mjeseca nakon operacije preporučuju se položaji koji omogućuju pasivniju ulogu tijekom SA, što je prije svega supinacijski položaj (ležanje na leđima). Za žene taj položaj, inače poznatiji pod nazivom „misionarski položaj“, znači prihvatljivu fleksiju (ne prelaziti iznad 90 stupnjeva fleksije), abdukciju i vanjsku rotaciju u kuku. To je položaj koji nosi najmanji rizik od luksacije TEP-a kuka. Kod muškaraca se položaj u supinaciji također opisuje kao siguran i preporučuje se već u ranome postoperativnom razdoblju, tj. između 6 – 8 tjedana. No, i položaj u pronaciji (ležanje na trbuhu)

Položaj kada žena stoji blago pognuta trupa prema naprijed okrenuta leđima muškarcu koji stoji iza nje 90% ortope-



Slika 5. Crteži koitalnih položaja koji su rizični za oba spola. a – (NE preporučuje se za oba spola) – muškarac i žena leže na boku okrenuti licem prema licu s mogućom fleksijom u kukovima > 90 stupnjeva. b – (NE preporučuje se za žene) – žena leži na boku s blago savijenim kukovima i mogućom adukcijom u suprotnom kuku, a muškarac na istostranom boku trbuhom uz leđa žene. c – (NE preporučuje se za žene) – žena je oslonjena na savijena koljena s pognutim trupom, licem prema licu muškarca koji leži na leđima ispod nje. d – (NE preporučuje se za žene) – žena leži na leđima s nogama savijenim u koljenima i kukovima više od 90 stupnjeva tako da su noge približene trupu žene

Figure 5. Drawings of coital positions for both genders after hip replacement. a – (NOT recommended for both genders) – male and female lie on their hips face to face with flexion in hips >90 degrees. b – (NOT recommended for females) – female lies on her hip with slightly flexed hips and possible adduction in the contralateral hip, and male lies on the same side hip behind female. c – (NOT recommended for females) – male lies on his back and a female is on top of him face to face with flexed knees and with a torso bent forward. d – (NOT recommended for female) – female lies on her back with flexed knees and hips >90 degrees.

da procijenilo je kao najsigurniji položaj tijekom SA kod bolesnika obaju spolova (slika 2.).⁶ Slikovno su prikazani pojedini preporučljivi koitalni položaji za muškarce (slika 3., a – h) te za žene (slika 4., a – f). Charbonnier i sur. zaključili su da za muškarce postoji jedan rizičan položaj za luksaciju, i to pri ležanju na boku kada su oba partnera okrenuta licem prema licu (slika 5.a).² Taj isti položaj rizičan je i za žene, no ženama se ne preporučuje ni položaj na boku kada je muškarac iza žene (slika 5.b), u pronaciji kada se trupom naginje prema partneru koji leži (slika 5.c) te u supinaciji s nogama savijenim u koljenima i kukovima više od 90 stupnjeva tako da su noge približene trupu žene (slika 5.d).

Zaključak

U ovom radu prikazali smo mogućnosti, ograničenja i rizike SA kod bolesnika s OA kuka te nakon ugradnje TEP-a kuka. Glavni ograničavajući faktori SA prije i nakon ugradnje TEP-a kuka jesu bol, ograničenje pokreta, strah od pogoršanja boli i umor.^{5,7–9,16,19} Ograničenju SA znatno pridonose i gubitak libida, erektilna disfunkcija, strah od oštećenja ili luksacije TEP-a kuka.^{5,7–9,16,19} Razlike u SA postoje ovisno o spolu, osobito što se tiče koitalnih pozicija, i o vremenu počinjanja SA nakon operacije. Informiranje bolesnika o SA nakon ugradnje TEP-a kuka od medicinskog osoblja, osobito liječnika, daleko je ispod očekivanja bolesnika. Bolesnicima bi bilo najprihvatljivije dobiti informacije o SA nakon ugradnje TEP-a kuka u obliku pisanih uputa dobivenih od stručnog osoblja uključenog u njihovo liječenje i rehabilitaciju. Navedene preporuke odnose se, naravno, na uobičajene slučajeve ugradnje TEP-a kuka kod kojih su poštovane preporučene smjernice misleći ponajprije na pravilni položaj i odnos komponentata TEP-a kuka te rekonstrukcije mekih tkiva. Rehabilitacija nakon ugradnje

TEP-a kuka, koja je uglavnom fokusirana na osposobljavanje bolesnika za aktivnosti svakodnevnog života, morala bi sadržavati i upute o SA kao jednom od važnih parametara kvalitete života.

LITERATURA

- Pereira D, Peleteiro B, Araujo J, Branco J, Santos RA, Ramos E. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage* 2011;19:1270–85.
- Charbonnier C, Chague S, Ponzoni M, Bernardoni M, Hoffmeyer P, Christofilopoulos P. Sexual activity after total hip arthroplasty: a motion capture study. *J Arthroplasty* 2014;29:640–7.
- Yoon BH, Lee KH, Noh S, Ha YC, Lee YK, Koo KH. Sexual activity after total hip replacement in Korean patients: how they do, what they want, and how to improve. *Clin Orthop Surg* 2013;5:269–77.
- Wall PD, Hossain M, Ganapathi M, Andrew JG. Sexual activity and total hip arthroplasty: a survey of patients' and surgeons' perspectives. *Hip Int* 2011;21:199–205.
- Laffosse JM, Tricoire JL, Chiron P, Puget J. Sexual function before and after primary total hip arthroplasty. *Joint Bone Spine* 2008;75:189–94.
- Dahl DL, Jacofsky D, Lewallen DG. Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THA: a survey of members of the American Association of Hip and Knee Surgeons. *Clin Orthop Relat Res* 2004: 237–40.
- Meyer H, Stern R, Fusetti C, Salsano F, Campana A, Hoffmeyer P. Sexual quality-of-life after hip surgery. *J Orthopaed Traumatol* 2003; 4:21–5.
- Stern SH, Fuchs MD, Ganz SB, Classi P, Sculco TP, Salvati EA. Sexual function after total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 1991, str. 228–35.
- Currey HL. Osteoarthritis of the hip joint and sexual activity. *Ann Rheum Dis* 1970;29:488–93.
- Learnmonth ID, Young C, Rorabeck C. The operation of the century: total hip replacement. *Lancet* 2007;370:1508–19.
- Dagenais S, Garbedian S, Wai EK. Systematic review of the prevalence of radiographic primary hip osteoarthritis. *Clin Orthop Relat Res* 2009; 467:623–37.
- Cacko MA, Keener JD. Total hip arthroplasty. U: Placzek JD, Boyce DA, ur. *Orthopaedic physical therapy secrets. 2. izd.* Saint Louis: Mosby; 2006, str. 539–43.

13. Brander V, Stulberg SD. Rehabilitation after hip- and knee-joint replacement. An experience- and evidence-based approach to care. *Am J Phys Med Rehabil* 2006;85:S98–118; quiz S9–23.
14. Phillips CB, Barrett JA, Losina E i sur. Incidence rates of dislocation, pulmonary embolism, and deep infection during the first six months after elective total hip replacement. *J Bone Joint Surg Am* 2003;85-A:20–6.
15. Kwon MS, Kuskowski M, Mulhall KJ, Macaulay W, Brown TE, Saleh KJ. Does surgical approach affect total hip arthroplasty dislocation rates? *Clin Orthop Relat Res* 2006;447:34–8.
16. Todd RC, Lightowler CD, Harris J. Low friction arthroplasty of the hip joint and sexual activity. *Acta Orthop Scand* 1973;44:690–3.
17. Blake DJ, Maisiak R, Alarcon GS, Holley HL, Brown S. Sexual quality-of-life of patients with arthritis compared to arthritis-free controls. *J Rheumatol* 1987;14:570–6.
18. Wiklund I, Romanus B. A comparison of quality of life before and after arthroplasty in patients who had arthrosis of the hip joint. *J Bone Joint Surg Am* 1991;73:765–9.
19. Nordentoft T, Schou J, Carstensen J. Changes in sexual behavior after orthopedic replacement of hip or knee in elderly males – a prospective study. *Int J Impot Res* 2000;12:143–6.
20. Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol* 1988;15:1833–40.
21. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am* 1969;51:737–55.
22. D'Aubigne RM, Postel M. Functional results of hip arthroplasty with acrylic prosthesis. *J Bone Joint Surg Am* 1954;36-A:451–75.
23. Dawson J, Fitzpatrick R, Carr A, Murray D. Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br* 1996;78:185–90.
24. Wu AW, Rubin HR, Mathews WC i sur. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. Preliminary validation in persons with early HIV infection. *Med Care* 1991;29:786–98.
25. Sintonen H. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Ann Med* 2001;33:328–36.
26. Vogl M, Leidl R, Plotz W, Gutacker N. Comparison of pre- and post-operative health-related quality of life and length of stay after primary total hip replacement in matched English and German patient cohorts. *Qual Life Res* 2015;24:513–20.
27. Wright JG, Rudicel S, Feinstein AR. Ask patients what they want. Evaluation of individual complaints before total hip replacement. *J Bone Joint Surg Br* 1994;76:229–34.
28. Valenzuela RG, Cabanela ME, Trousdale RT. Sexual activity, pregnancy, and childbirth after periacetabular osteotomy. *Clin Orthop Relat Res* 2004;146–52.
29. Stubbs D, Krebs E, Bair M i sur. Sex Differences in Pain and Pain-Related Disability among Primary Care Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain Med* 2010;11:232–9.
30. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822–30.
31. Widmer KH. Containment versus impingement: finding a compromise for cup placement in total hip arthroplasty. *Int Orthop* 2007;31 Suppl 1:S29–33.
32. Moreira ED, Jr., Brock G, Glasser DB i sur. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract* 2005;59:6–16.

POREMEĆAJI HEMOSTAZE U BOLESNIKA S CIROZOM JETRE

ABNORMALITIES OF HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

MATEA MAJEROVIĆ, ANA BOBAN, MARINA PREMUŽIĆ, DAVOR RADIĆ,
IVANA KNEŽEVIĆ-ŠTROMAR, AGATA LADIĆ, ŽELJKO KRZNAŘIĆ,
NADAN RUSTEMOVIĆ, RAJKO OSTOJIĆ*

Deskriptori: Ciroza jetre – krv, komplikacije, patofiziologija, farmakoterapija; Poremećaji zgrušavanja krvi – etiologija, dijagnoza, komplikacije, farmakoterapija; Testovi zgrušavanja krvi – metode; Hemostaza; Fibrinoliza; Venska tromboembolija – etiologija, farmakoterapija, prevencija; Krvarenje – etiologija, prevencija; Anti-koagulansi – terapijska primjena, neželjeni učinci; Transfuzija krvnih produkata

Sažetak. Do početka 90-ih godina prevladavalo je uvriježeno mišljenje da su bolesnici s uznapredovalom jetrenom bolesti prirodno autoantikoagulirani i time zaštićeni od tromboembolijskih zbivanja. Međutim, novim saznanjima dugogodišnja je paradigma srušena. U bolesnika s cirozom jetre paralelno je reducirana sinteza prokoagulansa i endogenih antikoagulansa, dok je produkcija ekstrahepatalno sintetiziranih faktora, važnih za proces zgrušavanja i fibrinolize, očuvana. U stabilnoj jetrenoj bolesti sustav je „rebalansiran”, ali funkcionira u uskom rasponu homeostaze, što ga čini izuzetno fragilnim te ga i minimalni stres može uvesti u neželjeni ekstrem, trombozu ili krvarenje. Uz navedeno niz je drugih čimbenika koji prate jetrenu bolest, kao što su hemodinamske promjene, oštećenja drugih organa, ponajprije bubrega, te sklonost infekcijama, a koji pomiču ravnotežu prema sklonosti krvarenju ili pojačanom zgrušavanju. Konvencionalni laboratorijski testovi nisu prikladni za procjenu rizika od krvarenja u cirozi, rizični čimbenici za razvoj tromboze nisu nedvojbeno dokazani, a sigurnosni profil antitrombotskih lijekova u cirozi nije precizno utvrđen jer su ti bolesnici uglavnom isključeni iz velikih kliničkih

* Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb (Matea Majerović, dr. med.; Marina Premužić, dr. med.; Davor Radić, dr. med.; dr. sc. Ivana Knežević-Štromar, dr. med.; Agata Ladić, dr. med.; prof. dr. sc. Željko Krznarić, dr. med.; prof. dr. sc. Nadan Rustemović, dr. med.; prof. dr. sc. Rajko Ostojić, dr. med.), Zavod za hematologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb (doc. dr. sc. Ana Boban, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. M. Majerović, Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb, e-mail: matea.majerovic@gmail.com

Primljeno 24. veljače 2016., prihvaćeno 18. srpnja 2016.