

Εισαγωγή

Οι επεμβάσεις ολικής αρθροπλαστικής ισχίου συγκαταλέγονται στις πιο διαδεδομένες, με σημαντική 10ετή επιβίωση και αναμενόμενη περαιτέρω αύξηση μέχρι το 2030^{1,2}.

Οι περιπροθετικές λοιμώξεις σε έδαφος αρθροπλαστικής ισχίου εκτιμώνται ότι ανέρχονται στο 1 % και αποτελούν το 14.8 % των περιπτώσεων αναθεώρησης ολικής αρθροπλαστικής ισχίου^{3,4}.

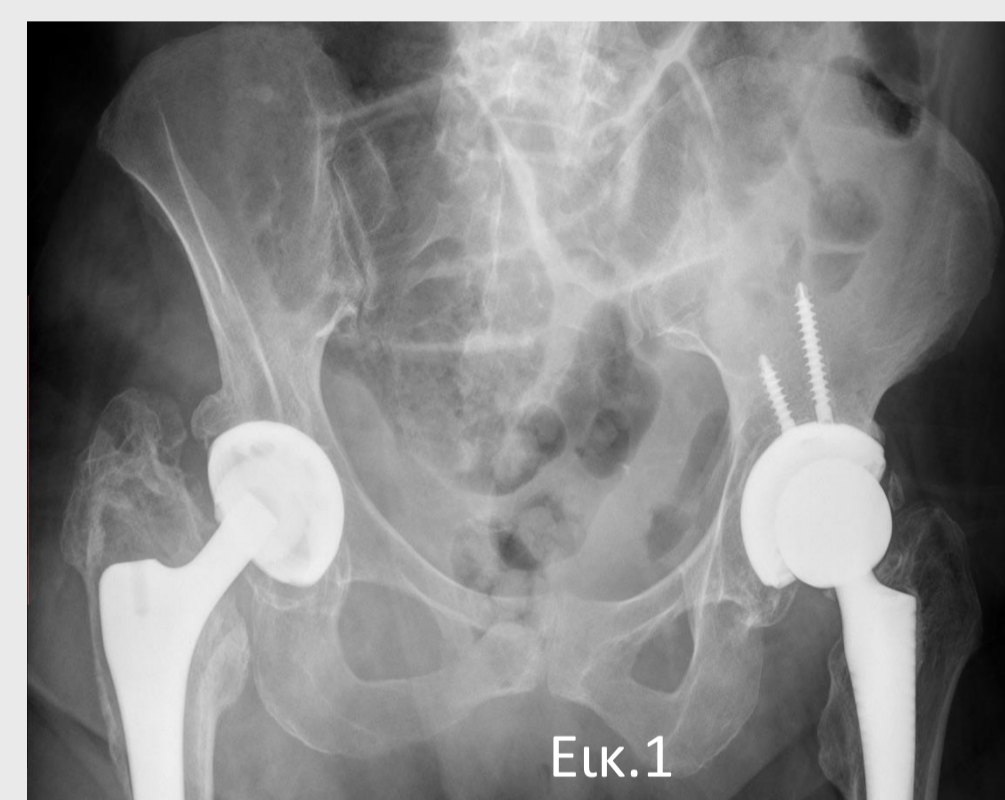
Λαμβάνοντας υπόψη την επικράτηση διάφορων μικροοργανισμών με ανθεκτικότητα στα συχνά χρησιμοποιούμενα αντιβιοτικά, η επείγουσα αντιμετώπιση αυτών των λοιμώξεων είναι αναγκαία, δεδομένου ότι σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.

Οι παράγοντες κινδύνου για τέτοιου είδους λοιμώξεις σχετίζονται είτε με παράγοντες που αφορούν τον ασθενή όπως το φύλο, προηγούμενο χειρουργείο, είτε με τις συνθήκες του χειρουργείου.

Υλικά και μέθοδος

Γυναίκα 63 ετών με ατομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, που είχε υποβληθεί σε ολική αρθροπλαστική δεξιού ισχίου προ 10ετίας προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, λόγω οιδήματος και έντονου άλγους σε ολόκληρο το δεξιό κάτω άκρο. Κατά την άφιξη παρουσίαζε επηρεασμένα ζωτικά σημεία, δηλαδή αρτηριακή πίεση 75/40 mmHg, αυξημένες σφύξεις (122bpm) και θερμοκρασία 35,2°C. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανεδείχθη λευκοπενία (WBC -2,16 K/μl), αυξημένη τιμή της CRP (42,82 mg/dl), αυξημένα ηπατικά ένζυμα και κρεατινίνη (1.8 mg/dl). Σε εργαστηριακό έλεγχο από 4 ημερών που προσκόμισαν οι συνοδοί της ασθενούς, οι τιμές της CRP ήταν 2.5 mg/dl και των WBC ήταν φυσιολογικά. Σύμφωνα, με τους οικείους, εμφάνιζε πόνο από μηνός και είχε γίνει ο απαραίτητος έλεγχος και προγραμματισμός επέμβασης αναθεώρησης για πιθανή άσηπτη χαλάρωση.

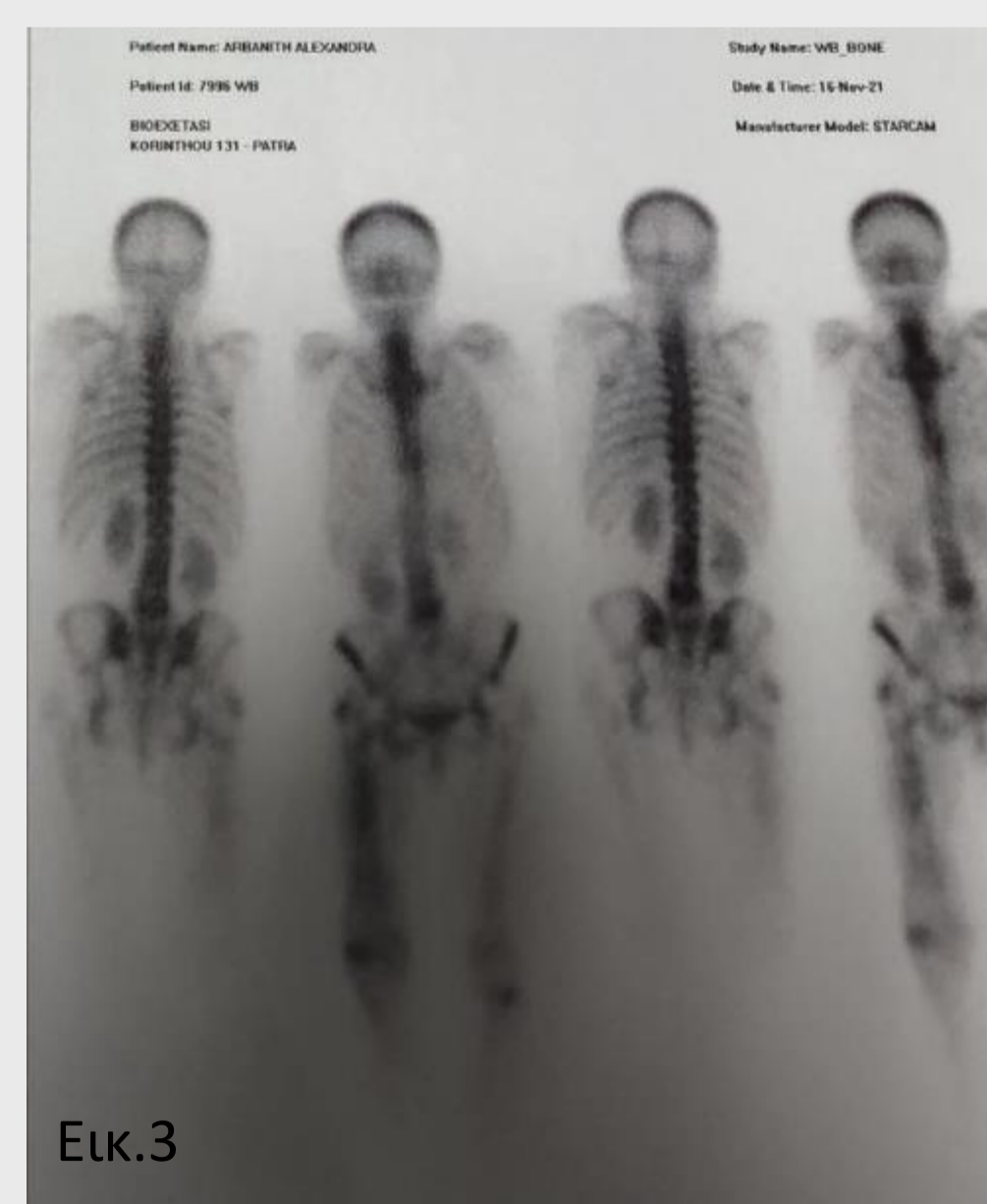
Προσκομίσθηκε, επίσης σπινθηρογράφημα οστών (εικ.3). Από τον απεικονιστικό έλεγχο με απλές ακτινογραφίες δεν ανεδείχθησαν ευρήματα πέραν των οστεοδιαγαστικών περιοχών στα σημεία διεπαφής των υλικών που θα μπορούσαν μάλιστα να αποδοθούν σε άσηπτη χαλάρωση (εικ1,2).



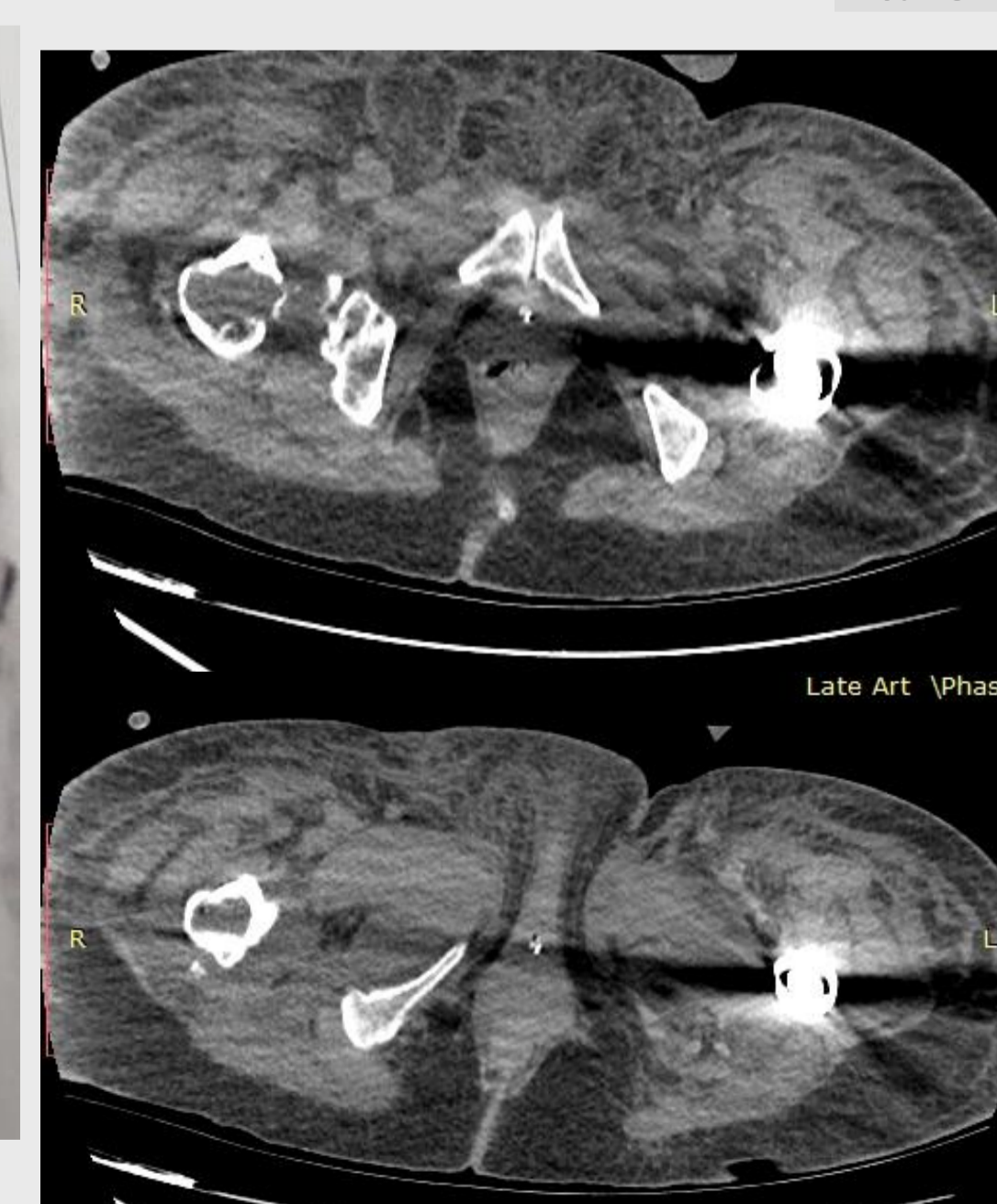
Εικόνας 1,2: προσθιοπίσθιες ακτινογραφίες λεκάνης ισχίων, δεξιού ισχίου



Εικ.2



Εικόνα 3: σπινθηρογράφημα οστών 3 φάσεων, ενδεικτικό αυξημένης συγκέντρωσης ραδιοφαρμάκου κατά μήκος του δεξιού μηριαίου



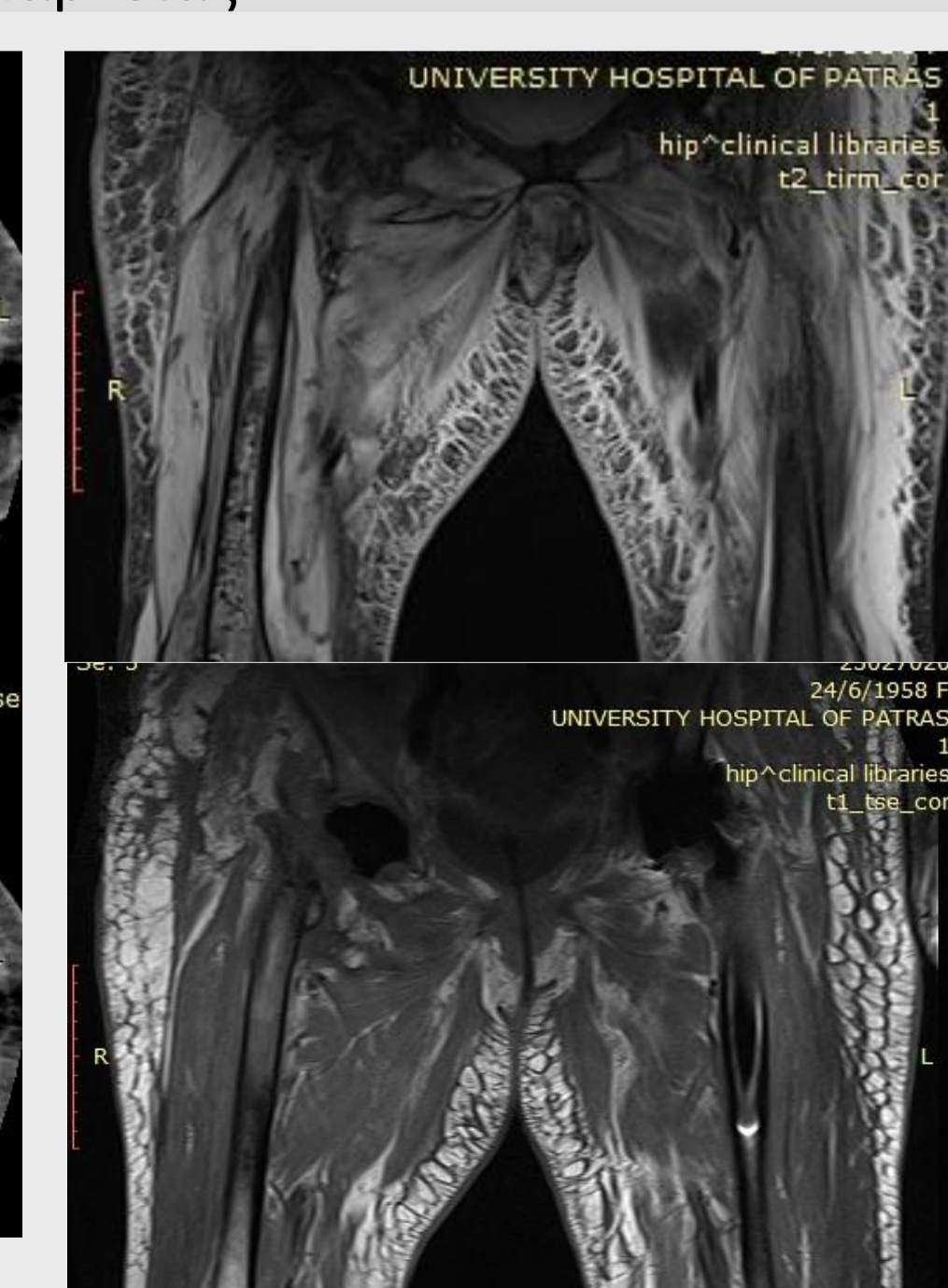
Εικόνας 4,5: CT έλεγχος, εστίες εντός του μηριαίου, ποσότητα υγρού πέριξ της άρθρωσης

Αποτελέσματα

Κατόπιν επιθετικής αναζωογόνησης με ενδοφλέβια κρυσταλλοειδή, έναρξη ενδοφλεβίων αντιβιοτικών ευρέος φάσματος (πιπερακιλλίνη/ταζοβακτάμη, τεϊκοπλανίνη), και μετά την αποκατάσταση ικανοποιητικής διούρησης έγινε περαιτέρω απεικονιστικός έλεγχος με αξονική τομογραφία (εικ.4,5) όπου ανεδείχθησαν ύποπτες εστίες εντός του μηριαίου και μικρή ποσότητα υγρού πέριξ της άρθρωσης.

Η ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο με σημεία προχωρημένης σήψης. Ακολούθησε αφαίρεση των υλικών της ολικής αρθροπλαστικής του δεξιού ισχίου, εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός, τοποθέτηση spacer τιμέντου, λήψη πολλαπλών καλλιεργείων ιστού και οστού που ανέδειξαν πολυμικροβιακή λοίμωξη (μεταξύ των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν συμπεριλαμβάνονται Staphylococcus Aureus και Escherichia Coli).

Η ασθενής παρέμεινε διασωληνωμένη στη Μ.Ε.θ, έκτοτε υπεβλήθη σε πολλαπλούς χειρουργικούς καθαρισμούς, επιπλέον απεικονιστικό έλεγχο με MRI (εικ.6,7). Μετά από 2 μήνες νοσηλείας και περαιτέρω επιδείνωση, κατέληξε λόγω πολυοργανικής ανεπάρκειας.



Εικόνας 6,7: MRI δεξιού μηριαίου μετεγχειρητική ενδεικτική εστία εντός του αυλού του μηριαίου σε όλο το μήκος του και στα μαλακά μόρια

Συμπεράσματα

Η επίπτωση των λοιμώξεων σε έδαφος ολικής αρθροπλαστικής ισχίου αυξάνει (σε συνδυασμό με τον αυξανόμενο αριθμό επεμβάσεων που πραγματοποιούνται), παρά τις εξελίξεις των τελευταίων ετών σχετικά με την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση.

Αν και η διάγνωση της άσηπτης χαλάρωσης σε επώδυνη αρθροπλαστική είναι παραπάνω από εμφανής, η ενδελεχής διερεύνηση και ο επανέλεγχος του ασθενούς, των εργαστηριακών ευρημάτων, είναι απαραίτητος για να μην διαλάθουν τέτοιες σπάνιες περιπτώσεις.

REFERENCES

1. Dale H, Hallan G, Hallan G, Espehaug B, Havelin LI, Engesaeter LB. Increasing risk of revision due to deep infection after hip arthroplasty. Acta Orthop 2009; 80: 639–45.
2. Kurtz SM, Ong KL, Lau E, Bozic KJ, Berry D, Parvizi J. Prosthetic joint infection risk after TKA in the Medicare population. Clin Orthop Relat Res 2010; 468: 52–56
3. Parvizi J, Pawasarat IM, Azzam KA, Joshi A, Hansen EN, Bozic KJ. Periprosthetic joint infection: the economic impact of methicillinresistant infections. J Arthroplasty 2010; 25 (suppl): 103–07. 7
4. Bozic KJ, Kurtz SM, Lau E, et al. The epidemiology of revision total knee arthroplasty in the United States. Clin Orthop Relat Res 2010; 468: 45–51.