

تبديل مفصل الورك في كسور عنق الفخذ الحادة نتائج قريبة المدى

الدكتور هيثم غنام*

الملخص

تبديل مفصل الورك البدني في كسور عنق الفخذ الحادة، يجب أن يكون لمرضى مختارين أخذين بالحسبان عمر المريض، والحالة العامة، ومدى الحياة المتوقعة، وبنية العظم والتغيرات المرضية الموجودة في المفصل قبل الرض، ونمط الإصابة...
يتم الحصول على نتائج جيدة في المدى القريب بعد تبديل مفصل الورك البدني عند الغالبية العظمى من المرضى مع عودتهم إلى النشاط والفعالية بشكل جيد شرط توافر الظروف المناسبة لإجراء هذه العمليات مع توافر إمكانية التأهيل الجيد.

* قسم الجراحة - كلية الطب البشري - جامعة دمشق.

Arthroplasty for Acute Hip Fractures, Early Results

Haitham Gannam *

Abstract

THA as a primary management for acute fractures around the hip should generally be reserved to a very selected few patients where the general condition, life expectancy, age, bone quality, pathological changes, type of injury...

Primary THA for acute fractures around the hip done with proper patient selection under the proper condition, and requirements can result in good clinical results with excellent short-term survival of the prosthesis.

* Dep. of Surgery - Fac. of Medicine - Damascus University.

المدخل

والبراغي مثل D.H.S وغيرها...) وتصل النسبة إلى ٢٠% بعد كسور عنق الفخذ المتبدلة وما يحصل بعد ذلك من نخرة جافة في رأس الفخذ وتبدلات تنكسية في الجوف الحقي [6].

في الأعمار المتقدمة يعدُّ تبديل المفصل الجزئي أو الكامل من الإجراءات العلاجية الهامة التي تسمح بالحركة المبكرة والحرية مع وضع الوزن المبكر على الطرف خلال ٤٨ ساعة مع عكازات دون مشاكل مقارنة بطرق الاستبدال والتي قد يتأخر حمل الوزن فيها إلى أكثر من شهر، ومن ثمَّ تقلل من نسبة المضاعفات ومن نسبة الوفيات [5,1].

تصنيف الكسور

اعتمدنا تصنيف A.O الذي يقسم كسور عنق الفخذ إلى كسور داخل المحفظة وكسور خارج المحفظة، الجدول (١).

١- كسور داخل المحفظة

i- (B1) وهي كسور باترة للكرمة من دون تبدل أو مع تبدل طفيف في هذا النوع من الكسور وجد أن (B1-3) وهي كسور باترة للكرمة غير متشابكة بلغت ٨١ر٢٥% من الكسور.

ii- (B2) وهي كسور عابرة للعنق. لوحظ أن الكسور القاعدية (B2-1) بلغت ٣ر٢٩% من الحالات.

iii- الكسور الباترة للكرمة والمتبدلة (B3).

بلغت نسبة الكسور الباترة للكرمة مع تبدل بروح ودوران خارجي (B3-1) ٦٨ر٩% في حين الكسور الباترة للكرمة والمتبدلة بشدة (B3-3) وصلت إلى ٣٥ر١٩% من الكسور.

٢- كسور خارج المحفظة

وجد أن الكسور بين المدورين المتفتت (A2) حيث إن خط الكسر يتجه من المدور الكبير إلى الصغير ليكسر القشر الإنسي بأكثر من منطقة (A2-2) ويحوي عذة قطع إنسية بلغت نسبته من مجمل الكسور المدروسة ١٦ر٣%.

الجدول رقم (١) : توزيع الكسور حسب تصنيف (A-O)

تعدُّ كسور عنق الفخذ كسوراً شائعة وخطيرة وتأتي خطورة هذه الكسور من إلحاق العجز الكامل بالمريض المسنّ الذي يعاني غالباً من أمراض داخلية أخرى. وإبقائه في السرير لفترة طويلة وما ينجم عن ذلك من مضاعفات عديدة (مثل التهاب وريد خثري، الصمات وذات الرئة، الخشكريشات الاضطجاجية...) تؤدّي إلى الموت البطئ، لذلك لُقّب بكسر الموت.

ارتفعت نسبة حدوث هذه الكسور في المدة الأخيرة بسبب التحسّن في مستوى الحياة وزيادة معدل الأعمار وخاصة عند النساء بسبب الترقق العظمي، إضافة إلى عوامل أخرى مثل الحوض الواسع، السورك الأرواح، قلة الحركة، طول العمر... ليصبح من أكثر الكسور شيوعاً لدى الإنسان وتصل نسبة الوفيات فيها إلى ١٥-٢٠% . يراجع معظم المرضى بعد تعثر قدمهم فوق بساط أو درج، وينجم الكسر بسبب رضّ مباشر كالسقوط على الجانب أو برضّ غير مباشر ناجم عن أذية دورانية انفتالية تؤدّي إلى كسر في منطقة ضعف في العنق ولاسيما إذا ارتطمت الحافة العلوية للعنق مع حافة الجوف الحقي.

يتميّز هذا الكسر بألم وركي مختلف الشدة حسب درجة تبدل الكسر والذي قد يمتدّ إلى أسفل الفخذ والركبة. العجز الوظيفي يتراوح من عرج طفيف إلى عجز تام. والكدمة تكون واضحة وشديدة في كسور عنق الفخذ خارج المحفظة مقارنة مع داخل المحفظة بسبب تسرب الورم الدموي إلى ما تحت الجلد. القصر والدوران الخارجي ولاسيما في كسور خارج المحفظة يحدثان بسبب غياب فعل المديرات الداخلية وتحول البسواس من عضلة عاطفة إلى مديرة خارجية إلى جانب الاليويات في حين بقاء المحفظة والأربطة سليمة يعاكس هذا التبدل.

تعدُّ الجراحة واستبدال هذه الكسور العلاج النوعي لهذه الكسور. لكن لوحظ وجود عدم الاندماج باستعمال وسائل التثبيت الداخلي (الصفائح

تبدال مفصل الورك في كسور عنق الفخذ الحادة «نتائج قريبة المدى»

النسبة المئوية	عدد المرضى	نوع الكسر
٢٥٨١%	٨	باتر للكرمة - غير متشارك B1-3
٢٩٠٢%	٩	عبر العنق - قاعدي B2-1
٩٦٨%	٣	باتر للكرمة - تبدل يروح ودوران خارجي B3-1
١٩٣٥%	٦	باتر للكرمة - متبدل بشدة B3-3
١٦١٣%	٥	كسر خارج المحفظة - يحوي عدة قطع أنسية A2-2
١٠٠%	٣١	المجموع

خمسة أمثال وزن الجسم في بعض الظروف مثل الجري.

لذلك يجب الأخذ بالحسبان تجنب زيادة وزن المريض والنشاط الفيزيائي الزائد اللذين يعملان كقوى تساعد على تداخل وإضعاف المركب الفخذي للمفصل المزروع.

الاستنباط

إن تبديل مفصل الورك كإجراء بدئي لكسور عنق الفخذ الحادة يجب أن يترك بشكل عام لمرضى قلائل مختارين مع الأخذ بالحسبان عمر المريض ومدة الحياة المتوقعة، الحالة العامة، بنية العظم والتغيرات المرضية الموجودة في المفصل [2] ... جدول رقم (٢).

الميكانيكا الحيوية لمفصل الورك

تمرّ قوتان عبر عنق الفخذ، الأولى محورية تمثل الوزن وتتوجه نحو مركز الأرض، والأخرى معاكسة لها بالاتجاه وهي ردّ الفعل مع شدّ العضلات، وبالمحصلة نجد قوى هائلة تؤثر في ذراع رافعة قصيرة نسبياً. وعلى سبيل المثال تبلغ هذه القوى ص ٢ من الوزن عند الوقوف على طرف واحد وخمسة أمثال الوزن عند الجري و ص ١ من الوزن عند رفع الطرف للأعلى مع ركبة مبسوطة.

بيوميكانيكية الورك الاصطناعي تختلف عن وسائل الاستبدال بالبراغي والصفائح، إذ أن هذه تستخدم للثبوت المؤقت وحمل الوزن الجزئي حتى التحام الكسر. أما عناصر المفصل الاصطناعي فيجب أن تقاوم لسنوات عديدة كي تحمل أكثر من

جدول رقم (٢) : حالة المفصل قبل الكسر

النسبة المئوية	العدد	التشخيص قبل الكسر
٢٩.٣%	٩	مفصل الورك طبيعي
٥١.٦١%	١٦	التهاب مفصل تنكسي
١٢.٩١%	٤	التهاب مفصل رثواني
٦.٤٥%	٢	وجود انتقال ورمي إلى المفصل
١٠.٠%	٣١	المجموع

- مفاصل رثواني...[3].
- ٣- إن البديل الصناعي ممكن أن يُستطب لمرضى ٧٠ سنة أو أكثر مع إمكانية حياة ليست أكثر من ١٠ إلى ١٢ سنة.
- ٤- في حال الكسور المرضية يكون الخيار المناسب تبديل المفصل مع إمكانية إجراء الدراسة من الناحية التشريحية المرضية.

- إن أهم استنباطات العمل الجراحي لاختيار تبديل مفصل الورك يمكن أن تحدد في النقاط التالية:
- ١- كسر مع خلع في المرضى المسنين، حيث يُفضّل العلاج بإجراء التبديل المفصلي على العلاج باستخدام وسائل الاستبدال الأخرى.
- ٢- ترافق الكسر مع بعض الآفات الموجودة مسبقاً (نخرة جافة، داء تنكسي، التهاب

الداخلي والتي تصل حسب بعض الدراسات إلى أكثر من الثلث بعد التثبيت الداخلي، في حين كانت هذه النسبة أقل من الخمس في حالة تبدل المفصل الجزئي.

لا يخلو تبدل المفصل كذلك من بعض المساوئ وأهمها: العمل الجراحي أوسع وأعد مقارنة بطرق التثبيت الداخلي لكسور عنق الفخذ، إذ أن نسبة الوفيات في الفترة بعد العمل الجراحي أعلى مما في التثبيت الداخلي في الشهر الأول ثم تصبح متساوية بعد ذلك.

الدراسة والنتائج

تم إجراء العمل الجراحي بتبدل مفصل الورك عند ٣١ مريضاً لديهم كسر في منطقة النهاية القريبة للفخذ، وكان شكل الكسر كما ورد في الجدول (١). بلغ عدد الذكور ١٤ مريضاً (٤٥٫١٦%)، في حين وصلت نسبة الإناث إلى ١٧ مريضة، وشكلت ٥٤٫٨٤% أي زيادة عن الذكور بما يساوي ٩٫٦٨% جدول (٣).

متوسط عمر المريض ٦٧٫٧٥ سنة في مجال تراوح بين (٩٥-٤٠) سنة متوسط عمر الذكور ٦٧٫٦٩ سنة في حين كان متوسط عمر الإناث ٧٣٫١٣ سنة.

الجدول رقم (٣) : توزيع المرضى حسب الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
٤٥٫١٦%	١٤	ذكور
٥٤٫٨٤%	١٧	إناث
١٠٠%	٣١	الإجمالي

الوحيد القطب بأنها رخيصة الثمن مقارنة بالأنواع الأخرى المستخدمة. أجري هذا النوع من الاستخدام في ثلاث حالات مرضية . متوسط عمر المريض ٨١٫٦٦ سنة ، وبرغم النتائج الجيدة التي تم الحصول عليها

٥- كسر عنق الفخذ مع خلع كامل برأس الفخذ لمريض مسن يكون العلاج الجراحي انتقائياً بإجراء تبدل المفصل، لأن النخرة الجافة لرأس الفخذ غالباً ما تحدث في هذه الظروف باستخدام وسائل الاستبدال الأخرى الشائعة [7].

محاسن ومساوئ تبدل المفصل

يُنصح بإجراء الاستبدال الصناعي البطني في كسور عنق الفخذ عند المرضى المسنين، ولهذه العملية محاسن أهمها:

- ١- يُسمح للمريض بحمل الوزن السريع ومن ثم العودة إلى الفعالية والنشاط وممارسة ظروف الحياة الاعتيادية مما يجنب المريض المضاعفات المشاهدة بعد كسور عنق الفخذ.
- ٢- يُجَنَّب تبدل المفصل من حدوث النخرة الجافة وعدم الاندماج التالية لاستبدال كسر عنق الفخذ. وقد لوحظت نسبة تطوّر النخرة الجافة في كسور ضمن المحفظة أنها وصلت إلى ٤٥% من الحالات بعد التثبيت الداخلي لكسور عنق الفخذ عند المسنين [4].
- ٣- تبدل المفصل يقلل من الحاجة لإعادة العمل الجراحي مقارنة مع وسائل الاستبدال

تم استخدام البديل الصناعي على الشكل التالي : (جدول رقم ٤)

- ١- أوستن مور : استخدم بشكل بدئي عند المرضى قليلي الفعالية مع فترة حياة متوقعة حوالي السنين أو أقل. من ميزات هذا الرأس

أي بنسبة ٧٤ر٥٧% من إجمالي الحالات، استخدم مفصل ورك كامل من دون أسمنت في أربع حالات، كانت جميعها ذكوراً متوسط عمر المريض ٢٥ر٥٠ سنة، في حين استخدم مفصل ورك كامل مع أسمنت عظمي ١٧ حالة مرضية كان عدد الذكور خمسة مرضى، أما عدد الإناث بلغ ١٢ حالة مرضية.

فإن ظهور المتلازمة الألمية بدرجات مختلفة إضافة إلى غوص الرأس ضمن الجوف الحقي كونت أهم المشاكلات في هذا النوع.

٢- تم استخدام الجزرع الفخذي ثنائي القطب (bipolar) مع استخدام الأسمنت العظمي في سبع حالات مرضية متوسط عمر المريض ٢٨ر٦٨ سنة، بلغ عدد الذكور أربعة والإناث ثلاث.

٣- تبديل مفصل كامل أجري عند ٢١ مريضاً

الجدول رقم (٤) : نوع البدائل الصناعية المستخدمة

النسبة المئوية	العدد	نوع البديل الصناعي
٦٨ر٩%	٣	أوستن مور
٢٢ر٥٨%	٧	Bipolar
٥٤ر٨٤%	١٧	مفصل أسمنتي
١٢ر٩٠%	٤	كامل من دون أسمنت

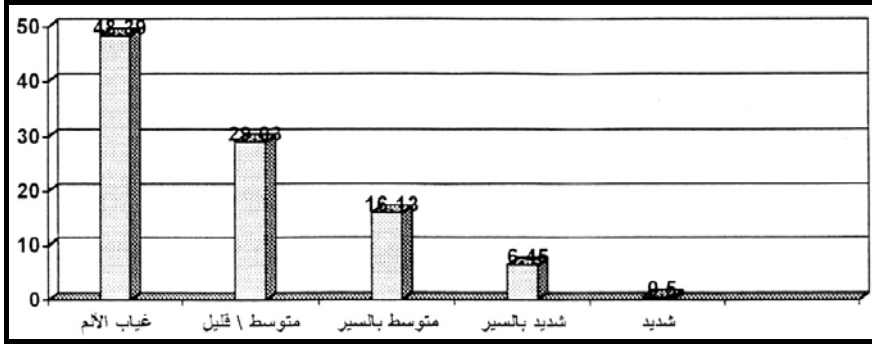
بواسطة مساعدة (قوس Walker). ويقوم بتحميل الطرف وزن الجسم بشكل باكر إلا في حالة استخدام المفصل من دون أسمنت طبي يكون حمل الوزن جزئياً لمدة أربعة أسابيع بعد العمل الجراحي.

يخضع المريض للمراقبة السريرية والشعاعية بشكل دوري بعد شهر، ثلاثة أشهر، ستة أشهر، سنة... ثم متابعة المرضى بشكل دوري فترة المراقبة تراوحت حتى ٣٢ شهراً. ومن العناصر الأساسية درس الألم عند المريض وحددت شدته وتطورته (الجدول ٥)، لوحظ غياب الألم في ٣٩ر٤٨% من الحالات. وكان متوسطاً أو قليلاً في ٣ر٢٩% وبلغ الألم شدة متوسطة في أثناء السير في ١٦ر١٣%، في حين كان شديداً في أثناء السير في ٦ر٤٥% من إجمالي الحالات المرضية. وظهر بشكل أساسي في مجموعة المرضى، حيث استخدم مفصل جزئي وحيد القطب.

يتم تحضير المريض بشكل جيد قبل العمل الجراحي من الناحية الداخلية وبإجراء استشارات قلبية وتخديرية، حيث يجري العمل الجراحي تحت التخدير العام أو الناحي، المدخل الجراحي الذي استخدم هو مدخل خلفي وحشي (مدخل مور).

في أثناء العمل الجراحي يجب اختبار ثباتية وحركات المفصل بشكل جيد، ويجب إجراء إرقاء جيد، وعادة نستخدم جهازاً تفجير للجرح، واحداً عميقاً تحت الصفاق والثاني تحت الجلد، ونقوم بتعويض فقد الدم في أثناء وحول العمل الجراحي.

يبدأ المريض في اليوم الأول بتمارين في الفراش بتحريك القدم وتمارين العضلة مربعة الرؤوس الفخذية والإليوبات مع تمارين تنفس عميق، في اليوم الثاني بعد سحب المفجرات يسمح للمريض بالجلوس في السرير ونبدأ بالتحريك والمشي



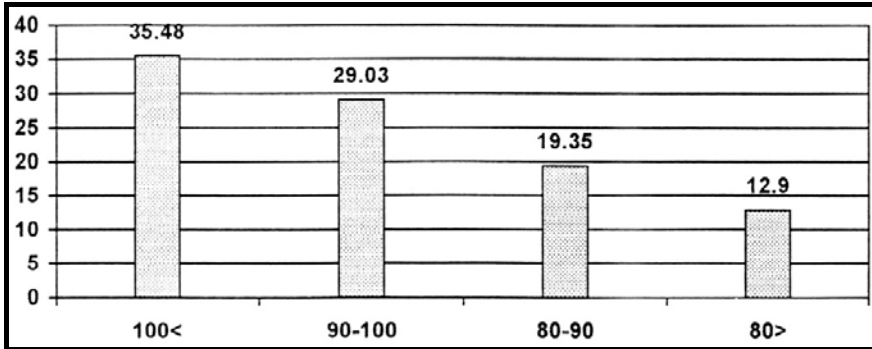
مخطط رقم (١) : درجة الألم

وجيدة في ٢٥٫٨١%، وقليلة في ٩٫٦٨% ، وكانت فقيرة في ٦٤٫٥% من إجمالي الحالات .

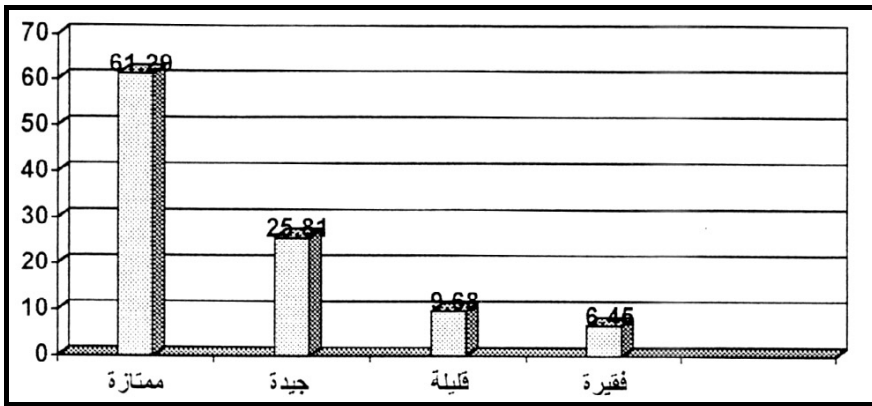
إضافة إلى ما سبق ذكره تمّ تقييم تنقل المرضى وكيفية السير بعد التأهيل التالي للعمل الجراحي وفي أثناء فترات المراقبة الدورية (مخطط ٤)، حيث تبين نسبة المرضى الذين يسيرون بشكل طبيعي ٦١٫٢٩% من الحالات. أما المرضى الذين يسيرون مسافات طويلة مع استخدام العكازات فكانت النسبة ٢٢٫٥٨% ، أما السير لمسافات قصيرة فكانت نسبته ٩٫٦٨% ، ولوحظ إمكانية السير لبضع ياردات في ٦٤٫٥% من مجمل الحالات المرضية .

عند كل مراقبة دورية للمريض تمّت الدراسة الحركية المفصلة، وتمّ التركيز على مدى حركة العطف والبسط، حيث لوحظ أكثر من ١٠٠ درجة مئوية في ٣٥٫٤٨% وتراوحت بين ٩٠-١٠٠ درجة في ٢٩٫٠٣% وكانت بين ٨٠-٩٠ درجة في ١٩٫٣٥% . وكانت أقل من ٨٠ درجة في ١٢٫٩٠% من إجمالي الحالات المرضية .

المخطط رقم (٢).
درست السعة الحركية للمفصل من تقريب وتبعيد إضافة إلى الدوران الداخلي والخارجي وكانت مقبولة، وقيمت الوظيفة المفصلة بشكل عام (المخطط ٣)، فكانت ممتازة في ٦١٫٢٩%،



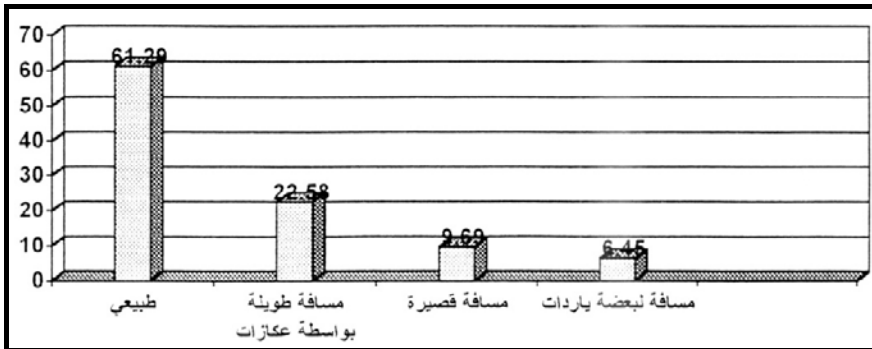
المخطط رقم (٢) : مدى الحركة في البسط والعطف



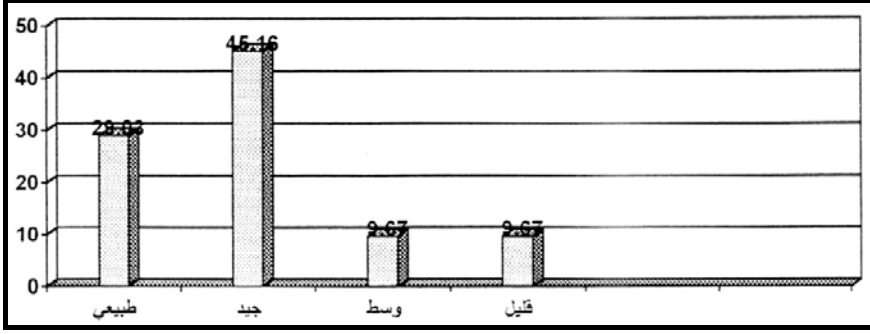
المخطط رقم (٣) : درجة الوظيفة المفصلية

عادوا إلى نشاطهم وفعاليتهم بشكل جيد، في حين في ٩٦٧ من الحالات كان نشاطهم وفعاليتهم متوسطين، وفي ٩٧٦% كانت الفعالية والنشاط قليلة.

تمت متابعة وضع المرضى من حيث العودة إلى النشاط اليومي والفعالية (المخطط ٤)، وقد مارس ٣٠٢٩% من المرضى حياتهم وفعاليتهم بشكل طبيعي، وفي ٤٥١٦% من إجمالي الحالات



المخطط رقم (٤) : طبيعة سير وتنقل المرضى



المخطط رقم (٥) : العودة إلى النشاط اليومي

الوسط، والضعيفة وصلت ١٩٣٥ من إجمالي الحالات.

أما النتائج قريبة المدى حسب نوع البديل الصناعي المستخدم في العمليات الجراحية لعلاج كسور عنق الفخذ الحادة لوحظ أن النتائج الممتازة والجيدة ظهرت في مجموعة المرضى، حيث أجري لهم العلاج باستخدام مفصل ثنائي القطب، أو أجري لهم تبدل مفصل ورك كامل، سواء من دون أسمنت عظمي/ أو معه.

تمت دراسة النتائج القريبة المدى للمرضى اعتماداً على المعطيات السابقة من دراسة الألم، الوظيفة المفصلية، سير المريض، ودرجة العودة إلى النشاط والفعالية، وتم الحصول على نتائج ممتازة في ٤٨٣٩%، وجيدة في ٣٢٢٦%، وكانت متوسطة في ١٢٩٠%، أما الضعيفة فقد وصلت إلى ٦٤٥% من إجمالي الحالات. (الجدول رقم ٥).

من خلال الجدول نجد أن النتائج الجيدة والممتازة بلغت ٨٠٦٥% من إجمالي الحالات والنتائج

الجدول رقم (٥): النتائج قريبة المدى

النسبة المئوية	العدد	النتائج
٤٨٣٩%	١٥	ممتازة
٣٢٢٦%	١٠	جيدة
١٢٩٠%	٤	وسط
٦٤٥%	٢	ضعيفة

وبمتابعة المرضى تمت دراسة المضاعفات التي حدثت عند المرضى (الجدول ٦).

أما النتائج الضعيفة فكانت في مجموعة المرضى الذين أجري لهم العلاج الجراحي باستخدام مفصل جزئي وحيد القطب ومن دون أسمنت عظمي.

الجدول رقم (٦) : المضاعفات

النسبة المئوية	العدد	نوع المضاعفة
----------------	-------	--------------

خلع المفصل	٣	٩٦٨%
التهاب وريد خثري	٢	٦٤٥%
صمة رئوية	١	٣٢٢%
وفاة في ٣ أشهر بعد الجراحة	١	٣٢٢%

أولي لكسور عنق الفخذ الحادة يجب أن يُستطب في الأشخاص المسنين المصابين بكسور عنق الفخذ الحادة حسب المجموعات التالية:

- كسور عنق الفخذ الحادة عند مرضى لديهم أمراض تؤدي إلى أذية في الغضروف المفصلي (التهاب مفصل تنكسي، التهاب مفاصل رثواني...) حيث ترافق الكسر مع التهاب مفصل تنكسي في ٥١٪ من الحالات، في حين وجد التهاب مفاصل رثواني في ١٢٩١٪ من الحالات ووجود نقائل ورمية إلى المفصل في ٦٤٥٪ من إجمالي الحالات، حيث يُستطب إجراء تبديل مفصل كامل مع أسمنت/ أو دونه حسب البنية العظمية.
- كسور عنق الفخذ عند مرضى متقدمين في السن أكثر من ٦٥ سنة مع الحفاظ على النشاط والفعالية مع وجود درجات من التخلخل العظمي ناجم عن نقص المادة العظمية.
- كسور عنق الفخذ المتبدلة لمرضى مسنين مع إمكانية حياة ليست أقل من خمس سنوات.
- كسور عنق الفخذ المرضية أو وجود انتقالات ورمية إلى المفصل تلاحظ فيها زيادة نسبة حدوث المضاعفات والفتل عند إجراء تبديل مفصل الورك الكامل.

لوحظ وجود زيادة واضحة في حدوث الخلع بعد العمل الجراحي في مجموعة المرضى التي أجريت لها تبديل مفصل ورك أسمنتي وصلت إلى ١٧٦٥٪ من هذه الحالات، وشكلت ٩٦٨٪ من إجمالي الحالات. حالتان تم إجراء الرّد المحافظ مع اتخاذ التدابير الوقائية وكانت النتائج إيجابية، الحالة الثالثة حدث خلع متكرر كان لدى المريض كسر من نوع A2-2 يحوي عدة قطع إنسية، تم إجراء الجراحة الثانية بإعادة التبديل في الأسبوع الثامن من الجراحة البدئية.

يُعزى السبب في حدوث الخلع إلى الرض، وأحياناً وضعية العطف الشديدة مع دوران داخلي. أما الحالة الثالثة فيعود السبب إلى اضطراب توتر الأنسجة الرخوة حول المفصل، ومن ثم حدوث عدم التوازن في المقوية العضلية.

لوحظ وجود التهاب الوريد الخثري العميق عند ٦٤٥٪ برغم تناول جرعات وقائية من الهيبارين. تمّ علاج المرضى بشكل محافظ مع المراقبة الوعائية من قِبل المختصين وتم حدوث الشفاء وزوال جميع الأعراض سريرياً مع غياب الألم والوذمة...

المناقشة

تبدال مفصل الورك الجزئي أو الكامل كإجراء



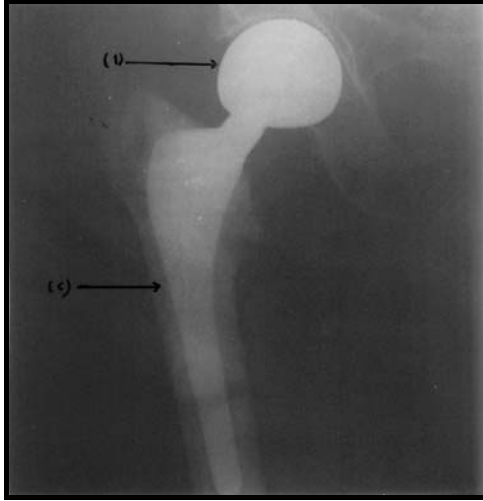
(أ): صورة شعاعية بعد
عمل جراحي لكسر عنق
فخذ. البديل الصناعي مفصل
جزئي. (أوستن مور).
سماكة الجوف الحقي جيدة.



(ب): صورة شعاعية بعد خمسة أشهر من العمل الجراحي.
إغلاق الجوف الحقي. إندمال المفصل ضمن الجوف الحقي.
شكل رقم ١- المريضة م: العمر ٧٨ سنة



(أ) صورة شعاعية كسر عنق فخذ أيسر ضمن المحفظة



(ب) صورة شعاعية بعد
العمل الجراحي، البديل
الصنعي مفصل ثنائي
القطبي يتألف من:
١- رأس ثنائي القطب.
٢- جذع إسمنتي.

شكل رقم ٢- المريضة أ: العمر ٦٨ سنة



(أ) صورة شعاعية كسر عنق فخذ ضمن المحفظة، إغلاق عظمي عند حواف الكسر، ترفق عظمي.



(ب) صورة شعاعية بعد العمل الجراحي، استخدام مفصل كامل إسمنتي. يتألف من ثلاث أجزاء.
١- مركب فخذي.
٢- رأس.
جزع.

شكل رقم ٣- المريضة س: العمر ٦١ سنة

Papander RF, Fromson[7]، JR[3] Delamarter R, Moreland معظم المؤلفين

استُخدم مفصل كامل من دون أسمنت في ٩٠ر١٢% من الحالات عندما كانت البنية العظمية جيدة دون وجود أي دلائل لتخلخل عظمي.

في النسبة العظمى من الحالات ٤٨ر٥٤% كان البديل الصناعي مفصلاً وركياً كاملاً مع اسمنت عظمي بسبب وجود درجات من التخلخل العظمي.

من خلال البحث نجد أن عمليات تبديل مفصل الورك البدئي في كسور عنق الفخذ الحادة عند المرضى المتقدمين في السن تجنب المضاعفات التي تحدث في طرق الاستبدال العظمي المعتادة من ظهور النخرة الجافة في رأس الفخذ... وصعوبة إعادة التأهيل وتأخر إمكانية حمل الوزن وما يرافق ذلك من مضاعفات عديدة، لأن إجراء تبديل المفصل الجزئي أو الكامل في هذه المجموعة من المرضى يسمح بالحركة المبكرة مع إمكانية وضع الوزن على الطرف وعودة المريض إلى النشاط والفعالية أخذين بالحسبان الحالة العامة للمريض، ومدى الحياة المتوقعة، العمر، بنية العظم، نمط الإصابة... كل ذلك يؤدي إلى نتائج ممتازة وجيدة تصل إلى ٦٥ر٨٠% من إجمالي الحالات، وعودة المرضى إلى النشاط والفعالية بشكل جيد في ٩٠ر٧٤% من الحالات.

كل ما سبق يدل على أن تبديل الورك البدئي بعد الكسور في منطقة عنق الفخذ الحادة لمرضى مناسبين ومختارين مع توافر الشروط المناسبة لإجراء هذه العمليات يمكن أن يعطي نتائج سريرية جيدة.

الاستنتاجات

- تبديل مفصل الورك الكامل أو الجزئي كإجراء بدئي لكسور عنق الفخذ الحادة، يحتفظ به لمجموعة مرضى قلائل مختارين أخذين بالحسبان عمر المريض، الحالة العامة، نمط الكسر، بنية العظم.
- تُجرى الجراحة في مركز مجهز تقنياً مع وجوب توافر الأطر الطبية ممن لديهم الخبرة في إجراء عمليات تصنيع المفاصل، مع وجود البدائل الصناعية المناسبة مع

ينصحون بإجراء تبديل مفصل الورك الكامل في كسور عنق الفخذ الحادة والمتبدلة عند المرضى المتقدمين في السن مع وجود أدبّة في الغضروف المفصلي، ناجمة عن مرض مرافق، حيث لاحظوا الحصول على نتائج وظيفية أفضل وحدوث مضاعفات أقل عما هو في تبديل المفصل الجزئي، والحصول على أفضل النتائج الوظيفية عند المرضى أجري لهم تبديل مفصل ورك كامل مقارنة مع مجموعة المرضى أجري لهم استبدال لكسر عنق الفخذ.

نسبة حدوث الخلع بعد إجراء تبديل مفصل الورك في كسور عنق الفخذ عالية نسبياً حوالي (٦٨ر٩%) وهذه تتوافق مع الدراسات [6]. وهذا يتطلب إجراء الرّد والمحافظة على الوضعية خاصة في الشهر الأول بعد العمل الجراحي والعناية التمرضية المناسبة وإعادة التأهيل والعلاج الفيزيائي.

يُعزى حدوث الخلع في مجموعة المرضى أجري لهم تبديل ورك كامل أسمنتي إلى خلل في توازن المقوية العضلية في منطقة مفصل الورك أو إلى خطأ في درجة توجيه المركب الفخذي أو الحرقفي، في حين ينعدم حدوث هذه المضاعفة بعد استخدام المفصل الجزئي وخاصة ثنائي القطب.

في الدراسة استخدم المفصل الجزئي وحيد القطب بشكل قليل في ٦٨ر٩% من الحالات بسبب المضاعفات التي تلاحظ في هذا النوع من المفاصل برغم قلّة الكلفة المادية مثل ظهور المتلازمة الألمية وما يرافق ذلك من عجز وظيفي، وحدوث تخلخل عظمي حول جزع المفصل وحدوث تغييرات مرضية في الجوف الحقي وهجرة رأس المفصل إلى داخل الجوف الحقي... وصعوبة إجراء العمل الجراحي (إعادة الاستبدال) التالي لذلك والحاجة إلى استخدام الطعوم العظمية...

استُخدم المفصل ثنائي القطب في ٥٨ر٢٢% من الحالات في مجموعة المرضى لديهم كسر عنق فخذ دون وجود تغييرات مرضية في الغضروف المفصلي ناجمة عن أمراض مرافقة. وغالباً كسر عنق الفخذ بائر للكرمة ومتبدل.

زمنية أطول لتوسيع الخبرة في هذا المجال،
مع الأخذ بالحسبان بأن هذا الموضوع
لا يزال متواضعاً في الأدب الطبي.

إمكانية إعادة التأهيل الجيد، والعناية
التمريضية الخبيرة.
■ يجب المتابعة لمجموعة مرضى أكبر ولفترة

المصادر

- 1 - Bochner RM, Pellicci PM, Lyden JP: Bipolar hemiarthroplasty fracture of the femoral neck., J Bone Joint Surg 70- A: 1001, 1988.
- 2 - Carnesale PG, Anderson LD: Primary prosthetic replacement for femoral neck fractures, Arch Surg 110: 27, 1975.
- 3 - Delamarter R, Moreland JR: Treatment of acute femoral neck fractures with total hip arthroplasty, Clin Orthop 218: 68, 1987.
- 4 - Greenough CG, Jones JR: Primary total hip replacement for displaced subcapital fracture of the femur, J Bone Joint Surg 70 - B: 639-1988.
- 5 - La Bell LW, Colwill JC, Swanson AB: Bateman bipolar hip arthroplasty for femoral neck fractures: a five - to ten - year follow - up study, Clin Orthop 251: 20 1990.
- 6 - Lee BP, Berry DJ, Harmsen WS: Total hip arthroplasty of the treatment of an acute fracture of the femoral neck, J Bone Joint Surg 80 - A: 70 - 75, 1998.
- 7 - Papander RF, Fromson MI: Total hip arthroplasty after acute displaced femoral neck fractures, America J of Orthopedics 25- 2: 85 - 8, 1996

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: ٢٠٠٠/١/٢.
تاريخ قبوله للنشر: ٢٠٠٠/٥/١٠.