

Verksamheten vid protessektionen

Uppsala Akademiska Sjukhus

Indikationer för protesoperationer

Huvudsaklig indikation är värk i vila och belastningsrelaterad smärta som kraftigt begränsar aktivitet i arbete och på fritid och där konservativ regim inte givit tillräcklig effekt. Särskild tyngd har vilovärk och påtagligt störd nattsömn. Funktionsförlust i form av gångsträcka under 500 m och svårigheter att leva ett självständigt liv är starka skäl för att överväga operation, liksom ständigt behov av gånghjälpmedel trots adekvat analgetikabehandling.

Förtur

Förtursmarkering innebär att just denna patient har mer besvär än andra och därmed måste gå före i kön, eller behöver prioriteras av andra medicinska skäl så som frakturrisk, tumör eller snabbt progredierande inflammatorisk sjukdom.

Fem prioriteringsgrader finns:

Patienter utanför vårdgarantin

Patienter inom vårdgarantin

Oprioriterad

Enkel förtur

Dubbel förtur

Akut (intagning och operation snarast möjligt)

Röntgenundersökning före operation

Röntgenbilder ska vara aktuella, och i princip tagna under sista halvåret. Vid frakturrisk eller snabbt progredierande tillstånd ska bilder finnas från senaste veckorna.

Inför en planerad höftoperation ska röntgen innefatta bäckenbild med referenskula för att möjliggöra preoperativ digital planering.

Inför en planerad knäoperation ska röntgen innefatta stående belastade bilder samt ska långa bilder på hela benet. Detta möjliggör bedömning av rotation och HKA-vinkel (Hip-Knee-Ankle).

Allmänna medicinska synpunkter inför protesoperationer i höft- och knäled

Vid besök där beslut om operation ska fattas görs en bedömning om patienten är tillräckligt frisk för att överstå ingreppet och om riskerna är motiverade med hänsyn till besvären. Patienter med komplicerande sjukdomar kan behöva remitteras till annan specialist så som kardiolog, infektionsläkare eller reumatolog för bedömning. Patienter med diabetes mellitus undersöks med blodprov för HbA1C, och patientens diabetesbehandling bör om möjligt optimeras om detta ligger över referensintervallet. Vid BMI över 35 avråds starkt från protesförsörjning och remiss till överviktsenheten för ställningstagande till kirurgi bör övervägas. Först när alla utredningar gjorts och patienten är klar för operation kan patienten sättas upp på väntelistan.

Inför operation sker utredning med urinprov och rutinblodprover. Patienter över 65 år lämnar även EKG. Om urinprovet visar förhöjt antal vita och röda blodkroppar hos patient utan symtom så ska asymtomatisk bakteriuri misstänkas. Urinodling tas och urinvägsantibiotika förskrivs.

Patienter kallas till inskrivningsmottagning 1-3 veckor före planerad operation genom operationskoordinatören. Med den skriftliga kallelsen finns förutom information om avdelningsrutiner, vårdtid och rehabiliteringsregimer.

Helst skall alla antiinflammatoriska preparat utsättas 14 dagar före operation eftersom blödningsrisken är ökad, och istället ges smärtlindring som inte har effekt på blödningsbenägenheten.

Vid operation av höft- och knäprotes

Som förebyggande behandling mot infektion ges tre doser Ekvacillin intravenöst under operationsdygnet. Vid allergi mot penicillin ges istället Dalacin.

Som förebyggande behandling mot blodpropp i ben och lungor ges Eliquis som tablett. För höftproteser ges 30 dagars profylax och för knäproteser 10 dagar. Vid ökad risk för blodpropp ges istället Arixtra. Patienten skall lära sig ta sprutorna själv så långt det är möjligt.

Om patienten står på Waran skall detta utsättas minst 5 dygn före operation och under tiden fram till operation ges sprutor med Klexane eller Arixtra. Efter operation återinsätts Waran på andra dagen i den dos som patienten är vällinställd på och Klexane/Arixtra ges parallellt till dess att Waran åter fått effekt.

För att minska blödning under och efter operationen ges Cyklokapron intravenöst på operationssalen om patienten inte har riskfaktorer som talar emot detta (t ex stroke eller tidigare djup ventrombos).

Smärtlindring efter operation sker med Paracetamol, Morfin, Oxynorm och Oxycontin. Risk för förstoppning föreligger vid användandet av morfinläkemedel och för att minska risken för detta rekommenderar vi att Laktulos och Laxoberal tas tillsammans.

Aktuella höftproteser

Primära höftproteser

Standardprotes i höftled för patienter över 65 år är en cementerad Lubinuscup och Lubinus SP2-stam från LINK. Vi använder Palacos R+G cement (Heraeus).

För yngre patienter med bra benkvalité och sjukdomar som inte försvårar inläkning av implantat väljer vi ocementerade proteser. I första hand Contiumcup och Conestam från Zimmer. I utvalda fall används även ocementerad Pinnaclecup och Corailstam från DePuy Synthes.

Aktuella knäproteser

Uniprotaser

Vi använder Miller-Galanteprotesen från Zimmer och då endast vid medial gonartros och i en mycket sparsam utsträckning. Operationen sker med minimalinvasiv teknik.

Primära totalproteser

Standardprotes i knäled är en cementerad NexGen-protes från Zimmer. Femurkomponenten av protesens insätts med intramedullär teknik och tibiakomponenten med extramedullär teknik. Endast undantagsvis använder vi patellakomponent.

Avdelning 70E2

På våningsplan 4 i 70-huset finns vårdavdelning 70E2. Här vårdas protessektionens patienter. En och samma läkare med veckoplacering på 70E2, sköter rond och utskrivningar. Alla protesopererade patienter röntgas efter ingreppet under vårdtiden. Utskrivning sker i normalfallet på andra postoperativa dygnet. Målsättningen är att när effekten av spinal-/epiduralanestesi gått ur redan på operationsdagen ska stå upp. Nästföljande dag ska full rehabilitering under adekvat smärtlindring påbörjas. Målsättningen med den inläggande rehabiliteringen är att patienten ska komma i och ur sängen, gå till och från toaletten med kryckor/rollator och kunna gå i trappa med kryckor och för knäprotesopererade ha full kontroll på lårmuskeln. När dessa mål uppnåtts och det inte finns tecken till sårproblem kan den fortsatta rehabiliteringen ske i hemmet.

Utskrivning

Följande gäller i stort sett alla patienter som fått protes:

Återbesök till ortopedmottagningen 3 veckor efter operationen för borttagning av stygn eller agraffer som sluter huden. Om patienten bor långt bort går det bra att ta bort dessa via distriktssköterska, men det bästa alternativet

är att göra det på ortopedmottagningen eftersom vi är vana att träffa protespatienter och därmed även kan göra en sårkontroll samt att ortopedläkare finns tillgänglig vid problem.

Återbesök till sjukgymnast 6 veckor efter knäprotesoperation och 3 månader efter höftprotesoperation.

Varje patient bör som grund ha med sig följande läkemedel hem:

Stark långverkande smärtstillning (t.ex. OxyContin)

Stark kortverkande smärtstillning vid smärtgenombrott (t.ex. OxyNorm)

Bassmärtlindring (t.ex. Alvedon)

Medel mot förstoppning (t.ex. Laktulos i kombination med Laxoberal)

Medel mot blodpropp (vanligen Eliquis)

Är patienten i arbetsför ålder kommer troligen ett sjukintyg för sjukskrivning behövas. Enligt Socialstyrelsen kan "...arbetsförmågan vara nedsatt i upp till 8 veckor i lätta arbeten som inte belastar leden och i upp till 4 månader vid tunga arbeten".