

• Uvod • Dijagnoza • Prognoza

Uvod Koksartroze su degenerativna obolenja zgloba kuka, sa svim patoanatomskim i patohistološkim osobinama ostalih degenerativnih obolenja perifernih zglobova, ali sa osobinom koju nemaju ostala degenerativna obolenja zglobova da evolucijom dovode do ankiloze i deformacije obično prvo jednog a kasnije i drugog zgloba kuka. Takođe im je osnovna osobina da ranije ili kasnije dovode do invalidnosti, za razliku od ostalih degenerativnih obolenja zglobova gdje je to rjeđe.

Koksartroza je degenerativno obolenje perifernih zglobova koje je najviše zaokupljalo pažnju kako reumatologa, tako i ortopeda. I zaslužuje, jer je jedno od najčešćih i stvarno najteže degenerativno obolenje perifernih zglobova, što mu određuje najviše njegov značaj u hodanju. To je takođe obolenje čija je etiologija najmračnija, kako u primarnim, tako i u sekundarnim oblicima (kojih ima oko 60%).

Etiopatogeneza je kao i u ostalih degenerativnih obolenja nepoznata stin što ovde ima veći značaj hereditarna dispozicija, prethodna displazija, subluksacija i luksacije, kao i infekcije zgloba.

Patoanatomski nalaz se karakteriše primarnom degeneracijom koštanih hrskavica, sklerozom suphondralne kosti, naročito jakom osteofitozom marginalno, hiperplazijom koštanog tkiva, i osteporozom. To sve zajedno stvara koštani blok, zglobna pukotina iščezne, zglob postaje nepokretan a time se i opšta bolesnikova mobilnost smanjuje.

Vrste koksartroze

1. Primarne: gdje se ne zna pravi uzrok. Smatra se da je jedan ili više od onih faktora koji su navedeni u etiologiji zajedničkoj za sve periferne zglobove. I tu je najvažniji faktor konstitucija i predispozicija.

2. Sekundarne: one koje su posljedica poznatih faktora displazije, subluksacije, luksacije, koksaplana, aseptičke nekroze i in-fleksije kuka.

Dijagnoza 1. Bol u kuku koji iradira (po pravilu) ka ingvinuumu ili kao išijalgična bol, zavisno od toga koji je dio zglobne kapsule obolio. Bol je jača pri kretanju, naročito pri promjeni položaja tijela. Može biti i u miru - noću.

Jačina bola je u zavisnosti od položaja tijela, tj. jača je pri ustajanju i pri sjedenju. Intenzitet je uglavnom zavisan od

patoloških promjena u samoj kapsuli koja je snadbjevena sa dosta senzitivnih nerava i koja se

tako patološki

promjenjena teško rasteže pri pokretima zgloba.

2. Otežano, čak i onemogućeno kretanje ponekad. Ni kod koksartroze kao i kod ostalih artroza: klinički simptomi nisu srazmjerni anatomskim promjenama u zglobu viđenim rtg-om.

3. Ograničenost spoljne i unutrašnje rotacije, abdukcije i adukacije, kao i fleksije i ekstenzije.

4. Spazam okolnih mišićnih grupa: gluteusa, psoasa i aduktora.

5. Pojava kompenzatorne hiperlordoze i skolioze lumbalne kičme.

6. Hramanje kao posljedica svih ovih promjena.

Laboratorijski nalazi su u fiziološkim granicama.

Rtg nalaz Suženje zglobnog prostora, subhondralna skleroza, osteofitoza, ciste, deformacije glave femura (oblik pečurke i drugi) subluksacije i luksacije, a ponekad i protrusio acetabuli.

Minimum za postavljanje dijagnoze: 1. Bolovi tipični za ovo obolenje, 2. Ograničenost pokreta u koksofemoralnom zglobu,

3. Radiografski nalaz,

4. Laboratorija.

Funkcionalne karakteristike koksartroza Uslijed degenerativno-destruktivnih ili produktivnih (patoanatomskih) promjena u predjelu kuka dolazi do bolova različitog stepena, sa slijedstvenom pojavom kontraktura fleksiono-adukcionog tipa.

Bilo da je mišićnog porijekla (spazam, kontraktura) ili koštano-zglobnog porijekla (destrukcija, osteofitoza ili centralna proturuzija) ispoljava se prividno ili stvarno skraćenje ekstremiteta sa više-manje ograničenom pokretljivošću u zglobu. Funkcija stojećeg stava i hoda ozbiljno su ugrožene, takva osoba pri »stavu mirno« ima jedan ekstremitet skraćen, a pri hodu evidentno šepa. Pri testiranju obima pokretljivosti u zglobu kuka može se konstatovati kontraktura fleksiono-adukcionog tipa u različitom stepenu, sa slijedstvenim smanjenjem ekstenzije i abdukcije potkoljenice.

Normalne vrijednosti fleksije natkoljenice sa opruženom potkoljenicom iznosi 80-110°, dok sa savijenom potkoljenicom iznosi oko 115°.

Ekstenzija natkoljenice iznosi oko 15-20°.

Abdukcija natkoljenice bez pokretanja karlice iznosi 45°, dok adukcija natkoljenice pod istim uslovima iznosi oko 15-30°.

Spoljašnja rotacija zgloba kuka u stojećem položaju iznosi 60° a u ležećem 50°.

Unutarnja rotacija zgloba kuka iznosi oko 15°.

Manuelnim testiranjem mišića glutealne regije i mišića natkoljenice, kao i mjerenjem brzine hoda («walkig time») dopunjuje se fizikalni nalaz kod ovih osoba.

Prognoza Iako se u osnovi ne radi samo o procesima starenja zgloba već i o drugim etio-patogenetskim faktorima, prognostički izgledi koksartroze su najteže od svih drugih perifernih zglobova jer skoro uvijek dovode do invaliditeta.