



Artroplastia na displasia acetabular

OPINIÃO



Dr. Paulo Rego
Diretor do Serviço de Ortopedia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures

Luciano Reis

→ Sendo a segunda causa mais frequente de osteoartrose mecânica da anca, a displasia acetabular coloca ao cirurgião alguns desafios. Independentemente da posição da cabeça femoral, esta displasia apresenta como denominadores comuns a pouca profundidade, a hipoplasia da coluna anterior e o formato oval do acetáculo.

Várias opções técnicas dependentes do implante a utilizar são possíveis, como as artroplastias cimentadas com anel de reforço ou o enxerto estrutural supra-acetabular, as artroplastias não cimentadas com aumentos metálicos ou com autoenxerto macio supra-acetabular. Pelo facto de estes doentes serem jovens, na maioria dos casos, é deseável a preservação do capital ósseo para futuras revisões.

Na artroplastia primária, o cirurgião dispõe de um valioso bloco de autoenxerto estrutural com excelente capacidade de integração e revascularização, que é a cabeça femoral. A sua utilização como acrescento acetabular, sob a forma de tetoplastia aparafulada, permite, muitas vezes, a obtenção de uma boa cobertura do implante e de um *press-fit* primário de boa qualidade, bem como a colocação do componente acetabular na orientação adequada, de modo a assegurar a maior longevidade possível da artroplastia.

Este procedimento tem ainda a grande vantagem de ser substancialmente menos dispendioso, porque podem ser utilizados os implantes acetabulares que normalmente utilizamos nas artroplastias primárias

não complexas. Independentemente da via de abordagem utilizada (preferencialmente vias transtrocantericas trigâstricas, nas ancas mais complexas), por rotina, o nervo grande ciático deve ser isolado. Caso pretendamos baixar o centro de rotação, devemos efetuar osteotomia proximal do fêmur com distalização do grande trocânter.

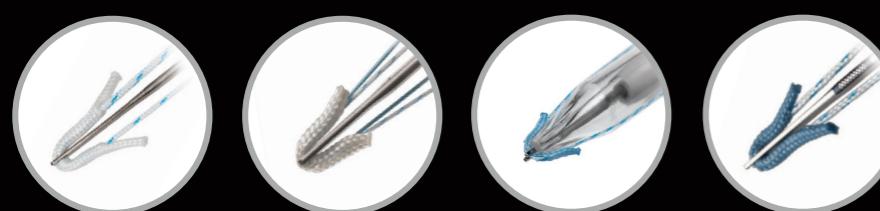
Os critérios de opção da haste femoral são a dimensão do canal femoral e a deformidade torcional proximal do fêmur. Em ancas com diâmetro proximal do fêmur pequeno, privilegiamos a utilização de hastes cónicas com dois ângulos haste/colo possíveis. O planeamento pré-operatório é muito importante. O cirurgião deve ter especial atenção à decisão de onde colocar o centro de rotação. Centros de rotação mais baixos e mais anátomicos proporcionarão menor descolamento asséptico e terão uma sobrevida maior.



Deve ser medida a profundidade do transfundo acetabular até à lámina quadrilátera e estimada a medialização necessária para o componente acetabular ficar corretamente colocado. Intraoperatoriamente, o enxerto cefálico deve ser colocado antes das fresagens definitivas com o tamanho de implante que planeámos, sendo primeiro aparafusado com dois parafusos de 3,5 mm.

Depois de colocado o implante não cimentado definitivo, idealmente em *press-fit*, pode ser colocado um terceiro parafuso no enxerto cefálico. Esta técnica permite que a porção do enxerto entre o teto acetabular original e o respetivo componente fique sob tensão, assegurando uma integração mais rápida do mesmo. Os resultados a longo prazo desta técnica são claramente superiores aos da artroplastia cimentada, particularmente quando o centro de rotação é restaurado. Estão descritas taxas de sobrevida, com esta técnica, de 78% aos 20 anos de seguimento. ↗

**They're small.
They're strong.
And they're all suture.**



The award winning **JuggerKnot™ Soft Anchor** began with a 1.4 mm diameter, **100% suture** based anchor system and has quickly grown into a family of anchors that offer sizing options for **25 different procedures**.

**JuggerKnot™
SOFT ANCHOR**



**BOMET®
SPORTS MEDICINE**
One Surgeon. One Patient.®

NEWSLETTER rpa

Registo
Português
de Artroplastias
Portuguese
Arthroplasty
Register

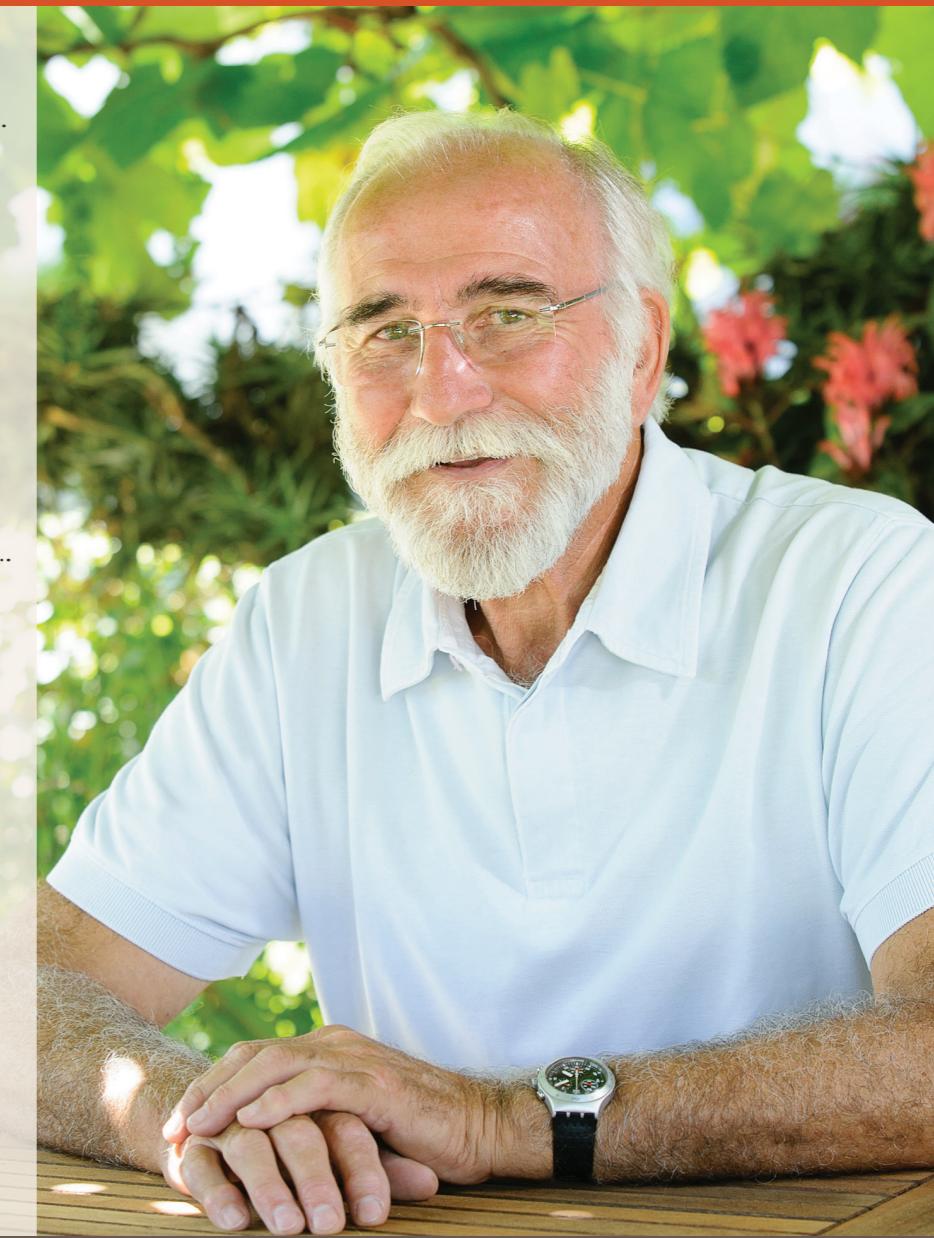
A Missão do RPA é melhorar a qualidade das artroplastias em Portugal

ESTATÍSTICA RPA

Em qualquer altura, consulte, em tempo real, o número de próteses registadas, por Administração Regional de Saúde, em rpa.spot.pt/Main-Sections/Hospitals.aspx

«A grande responsabilidade do RPA é dos diretores de serviço»

Em entrevista, o Dr. Manuel Leão defende que os diretores de serviço devem assumir um papel central no registo das artroplastias, evitando delegar essa tarefa a profissionais com menor preparação. No entanto, este ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) ressalva que a adesão ao Registo Português de Artroplastias (RPA) não é total (ronda atualmente os 70%) devido à «falta de interesse de muitos médicos».



Artroplastia na displasia acetabular

O Dr. Paulo Rego, diretor do Serviço de Ortopedia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, escreve sobre as várias técnicas disponíveis para o tratamento da segunda causa mais frequente de osteoartrose mecânica da anca.

Xarelto®



Bayer HealthCare



EDITORIAL

POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES ATUAIS DO RPA



Luciano Reis

Nos países nórdicos, que têm larga experiência nos registos e onde são registadas praticamente todas as artroplastias realizadas, é possível lançar alertas, contactando-se os doentes portadores de certo tipo de implantes, uma vez que podem ser identificados através dos registos. Em outros países, como Portugal, não é permitida a identificação dos doentes, o que se traduz na impossibilidade de contactá-los, nos casos em que tal seja necessário. O RPA solicitou à Comissão Nacional de Proteção de Dados uma reunião com o intuito de se estudar a hipótese de podermos alterar a situação atual. Neste momento, aguarda-se pela resposta a esse pedido.

Também na reunião de Londres foi decidida a alteração da designação de EAR para EARN (European Arthroplasty Register Network), uma vez que não existe um verdadeiro registo europeu, mas sim um conjunto de registos que funcionam de forma independente, que mantêm as suas identidades e que se encontram associados numa rede de vários registos europeus.

No entanto, para que possamos ter um papel mais ativo na comunidade dos registos, teremos de ter uma maior taxa de registos de todas as artroplastias realizadas em Portugal. Os nossos dados apontam para uma taxa de registo na ordem dos 60 a 70%, um valor razoável, atendendo ao facto de o registo ser voluntário e de não haver qualquer contrapartida para quem o efetua nem qualquer penalização para quem não regista as artroplastias. Assim, é de realçar o esforço de todos os que registam e pedir para que contribuam para a sensibilização dos colegas que ainda não o fazem.

Esperamos que, no próximo Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia, possamos apresentar os relatórios mais recentes do RPA, em que estamos a trabalhar neste momento.

O coordenador nacional do RPA,
Mário Tapadinhas

FICHA TÉCNICA



Propriedade:

Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia
Rua dos Aventureiros, lote 3.10.10 – loja B
Parque das Nações - 1990 - 024 Lisboa
Tel.: (+351) 218 958 666 • Fax: (+351) 218 958 667
spot@spot.pt • www.spot.pt

Diretor: Mário Tapadinhas (rpa@spot.pt)



Edição:

Av. Almirante Reis, n.º 114, 4.º E - 1150 - 023 Lisboa
Tel: (+351) 219 172 815 • Fax: (+351) 218 155 107
geral@esteradasideias.pt • www.esteraideasideias.pt
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esteradasideias.pt)
Textos: Luís Garcia e Marisa Teixeira
Design: Filipe Chambel

NOTA: os textos desta publicação estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico.

REORGANIZAÇÃO DO EUROPEAN ARTHROPLASTY REGISTER

→ A alteração da designação do Registo Português de Artroplastias (RPA) para European Arthroplasty Register Network (EARN) e a formação de um comité executivo integrado na estrutura da European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) foram os principais temas da Reunião do EAR, que decorreu no dia 5 de junho passado, durante o 15.º Congresso da EFORT, em Londres. O Registo Português de Artroplastias (RPA) esteve representado na sessão pelo seu coordenador, Dr. Mário Tapadinhas.

Como nenhuma das duas medidas foi aprovada nesta sessão, os temas deverão ser novamente discutidos a curto prazo. Segundo Mário Tapadinhas, a eleição de um comité executivo no seio da EFORT poderá dotar o EAR de «um peso institucional muito superior ao atual». Já a designação de EARN adequa-se mais à realidade, dado que não se trata de um registo europeu, mas de uma rede que integra os registos nacionais.

Além de Portugal, marcaram presença nesta reunião representantes da Austrália, Áustria, Arábia Saudita, Bélgica, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Holanda, Letónia, Lituânia, Reino Unido, Suécia, Suíça e Roménia. Entre os temas discutidos, estiveram ainda as atividades do EAR em 2013, com destaque para as sessões organizadas no âmbito do 14.º Congresso da EFORT e para as 39 apresentações realizadas em diversos encontros científicos. ↗



A Reunião do EAR decorreu a 5 de junho passado no ExCel London, no âmbito do 15.º Congresso da EFORT

«O principal obstáculo do RPA é a falta de interesse de muitos médicos»



Dr. Manuel Leão

Presidente da SPOT no ano de 2010

Enquanto presidente da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) em 2010, o Dr. Manuel Leão acompanhou o progresso inicial do Registo Português de Artroplastias (RPA). Lançado em 2009. Em entrevista, o ortopedista comenta os desafios que este projeto tem vindo a enfrentar e sublinha que, para garantir o sucesso do RPA, os diretores de serviço devem ter um papel mais intervintivo, motivando e exigindo o registo por parte da equipa cirúrgica.

por Marisa Teixeira

→ Que memórias guarda do início do RPA e com que dificuldades se deparou para fazer singrar este projeto enquanto presidente da SPOT?

A maioria dos ortopedistas percebeu que o registo das artroplastias era válido e importante, mas nem todos contribuíram. No Congresso da SPOT que decorreu em outubro de 2010, foram apresentados os primeiros dados do RPA. Tivemos então a noção clara de que muitos médicos não registavam as artroplastias, como, infelizmente, ainda hoje acontece.

→ Quais as principais mais-valias do registo das artroplastias?

É muito importante para a comunidade ortopédica nacional e internacional, porque é a única ferramenta de que dispomos para avaliar o que se faz bem, detetar anomalias e corrigir condutas. Além do RPA, aproveito para relembrar a existência do Registo

Oncológico Nacional de Tumores do Aparelho Locomotor (RONTEL), também no âmbito da SPOT. Este foi «arrastado» pelo RPA, mas é mais complexo, pois trata-se de um levantamento que se faz ao longo do tempo, até ao final da vida do doente.

→ A adesão ao RPA tem correspondido às suas expectativas ou esse continua a ser o grande desafio?

A adesão deveria ser muito maior, embora tenham existido progressos. Inicialmente, registavam-se só as artroplastias da anca e do joelho; agora, também temos outras áreas – ombro, cotovelo, punho, mão, tornozelo e coluna. Seria excelente alcançarmos mais de 95% de registos, quando, atualmente, a percentagem é de cerca de 70%. Os hospitais públicos registam mais, ao passo que, no setor privado, as unidades que participam com maior frequência são as que integram o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) – até porque, nestes casos, o número de próteses colocadas é revelado no final de cada ano e, consequentemente, fica a saber-se o que não foi registrado. Salienta ainda que, no setor público, por vezes, os grandes hospitais registam muito aquém do que seria esperado.

→ Que caminho deve ser seguido para assegurar uma maior adesão ao RPA?

A grande responsabilidade deste registo é inerente às funções dos diretores de serviço. Em alguns locais, essa função é delegada a secretárias clínicas, que não terão a sensibilidade necessária para preencherem devidamente a informação sobre o procedimento. Se não puder ser o cirurgião a desempenhar essa tarefa, então deverá ser realizada por outro colega que tenha participado na cirurgia. No caso dos hospitais privados, o registo depende apenas da opção do cirurgião, corroborando assim como principal obstáculo do RPA a falta de interesse por parte de muitos médicos.

→ Que impacto lhe parece que está a ter a crise económico-financeira nos serviços de Ortopedia, nomeadamente ao nível das artroplastias?

O impacto é forte. Exemplo disso é a admissão de profissionais de saúde com horários reduzidos. O que faz um ortopedista com 22 horas por semana? Uma manhã de consultas, 12 horas de urgência e três ou quatro cirurgias. Não sobra tempo para o seguimento dos doentes, a discussão de casos clínicos ou para o acompanhamento dos internos, que ficam com uma formação de menor qualidade. Quanto às artroplastias, o problema tem de ser bem equacionado. Existem guidelines definidas para a escolha das próteses e optar por uma mais barata (muitas vezes, por pressão das tutelas), pensando apenas no erário público é uma poupança falaciosa. Se o doente não tiver acesso ao melhor material possível, acaba por gastar mais dinheiro ao Estado, pois pode sofrer fraturas ou ficar acamado. Devemos ter sempre em conta que o mais importante é a qualidade de vida do doente. ↗

Sabia que...

...a adesão atual ao RPA se situa na ordem dos 70%?

A falta de registo verifica-se particularmente no setor privado e em algumas unidades que integram o SIGIC.