

INGEZONDEN

(Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten)



DE BEHANDELING VAN LIJDERS AAN CENTRALE HEUPLUXATIE

Het artikel van collega EGGINK¹ geeft een zeer waardevol overzicht van de behandelingsmethoden van de centrale heupluxatie. Immers, dit letsel is zo zeldzaam, dat de meeste chirurgen slechts ervaring hebben omtrent enkele patiënten. Mede daarom wil ik de mijne graag mededelen:

De door EGGINK aanbevolen methode van sterke tractie in abductie heeft bij mijn laatste patiënt maar zeer weinig uitwerking gehad. Bij een betrekkelijk magere, weinig gespierde man ontstond 3 februari na een val van geringe hoogte een fractuur van het acetabulum, met centrale luxatie van de femurkop links (2e graad). Tractie aan een draad door de tuberositas tibiae in abductie met 12 kg en een contratractie in de gezonde lies gaf geen verbetering, ook niet nadat tijdelijk het gewicht nog iets was vermeerderd.

Aangezien de methode van Roux, waarbij door middel van een schroef in het trochantermassief en de hals in abductie wordt getrokken grote kans op infectie heeft, durfde ik deze methode niet toepassen.

Daarom deed ik 16 februari bij de genarcotiseerde patiënt, met toediening van scoline, op de extensietafel een poging tot repositie van de kop, die zeer gemakkelijk slaagde, zelfs met enige overcorrectie. Er was op de roentgenfoto ongeveer een cm ruimte tussen acetabulum- en kopbegrenzing, terwijl de fractuurstukken van het acetabulum in een veel betere stand waren gekomen. De patiënt werd daarna weer in dezelfde houding in bed gelegd; het linker been in abductie, 12 kg tractie, en contratractie in de rechter lies.

Op 24 februari bleek op de controle-foto, dat er een duidelijke overrekking bestond; de afstand tussen de begrenzing van acetabulum en kop was 2 cm geworden. Het gewicht werd nu verminderd tot 8 kg, op 9 april tot 5 kg; op 22 april werd de draadextensie verwijderd.

De patiënt bleef in bed liggen tot begin juni, waarna hij werd gemobiliseerd. Van het begin af had hij zoveel mogelijk geoefend, onder leiding van een heilgymnast.

Half oktober bleek bij onderzoek, dat de patiënt alleen bij lang zitten met sterk gebogen knie wat last had. Hij liep en fietste zonder enige hinder. In de linker heup waren alle bewegingen normaal, behalve de abductie, die nog iets beperkt was. Ook de flexie in de knie was nog niet geheel normaal, zodat hurken nog wat traag ging. Er was geen atrofie van de spieren.

Misschien verdient het dus aanbeveling, kort na het ongeval de fractuur in narcose op de extensietafel te reponeren en daarna de goede stand door tractie te behouden. Gewichten van 20 kg kunnen dan worden vermeden, wat voor de patiënt alleen maar aangenaam is.

Literatuur: ¹F. A. EGGINK (1955) *Ned. T. Geneesk.* **99**, 3424.

Kampen, 6 december 1955

J. S. WIERSEMA

Het resultaat, dat collega J. S. WIERSEMA heeft bereikt, is uitstekend. Maar toch heb ik bezwaar tegen zijn methode, omdat bij een zo snelle en krachtige repositie onder narcose op de extensietafel de nervus peroneus kan worden beschadigd. Ook indien men gebruik maakt van een gradenmeter volgens Böhler is deze complicatie mogelijk. M.i. heeft dan ook een tractiemethode, waarbij wordt gestreefd naar een repositie in ongeveer 48 uur, de voorkeur.

Bij patiënten met een ernstige luxatie in mediale richting kan men zelfs bij een verouderde fractuur een ideale repositie verkrijgen, zoals bij de volgende patiënt bleek: Bij een krachtig gespierde jongen van negentien jaar, met een centrale heupluxatie, werd de fractuur niet herkend. Toen hij zes weken later werd opgenomen, kon met 15 kg trek aan een snaar door het femur binnen 48 uur een goede repositie worden verkregen. Na drie dagen werd het gewicht verminderd tot 10 kg, terwijl een zijdelingse tractie werd aangebracht met behulp van de apparatuur, die anders wordt gebruikt voor „external fixation”. Eén pen werd aangebracht in de richting van de as van het collum femoris, de andere V-vormig hierop, en wel zodanig, dat de twee pennen niet in één vlak lagen en niet evenwijdig liepen. Hieraan werd gedurende 6 weken met 5 kg getrokken; er ontstond geen infectie, en de pennen bleven vastzitten.

Wij menen dus, dat repositie niet moet geschieden met behulp van de extensietafel, wegens de gevaren, die hieraan zijn verbonden. Zijdelingse tractie blijkt gedurende lange tijd door „external fixation” te kunnen worden uitgeoefend.

Amsterdam, 2 januari 1956

F. A. EGGINK