

# Hospital Gov. Celso Ramos – Florianópolis/SC

## Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia



# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA GRUPO DE CIRURGIA DO QUADRIL



# ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

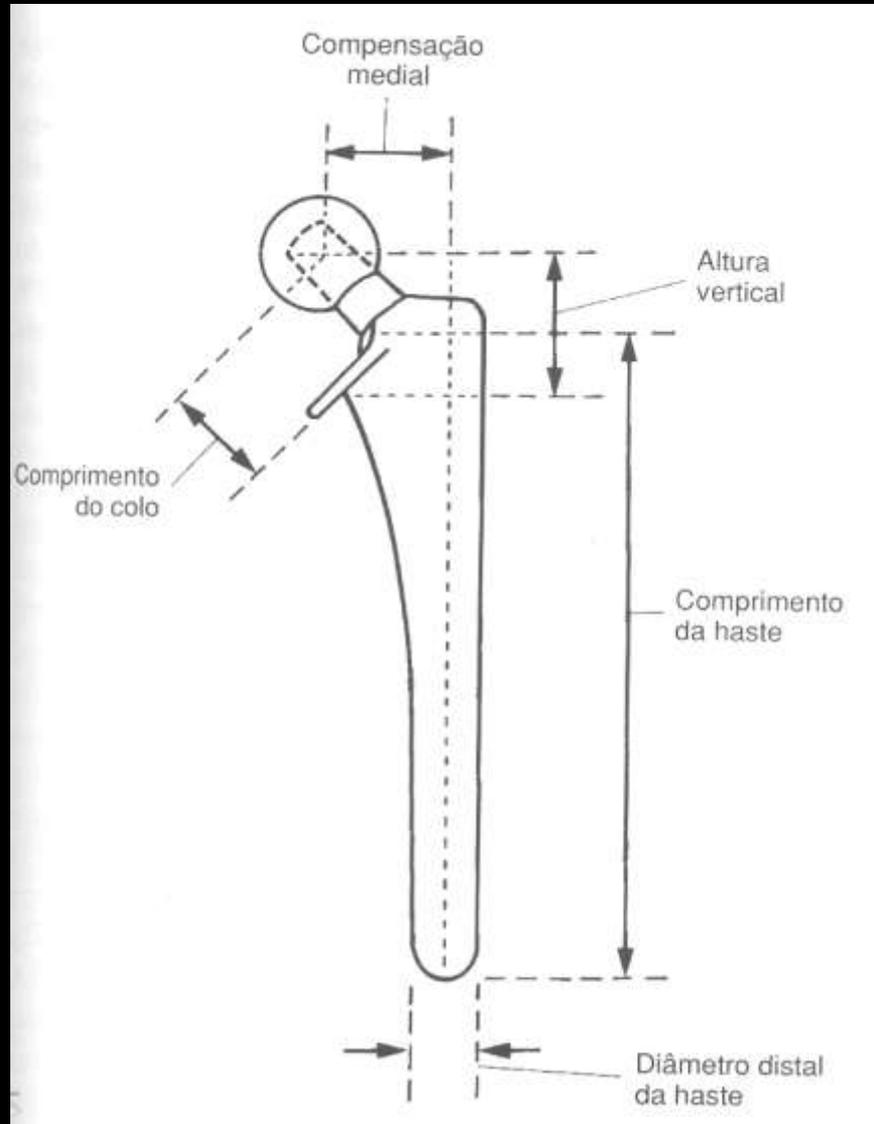
Dr. Richard Canella  
Florianópolis

Congresso Sul-Sudeste de Ortopedia e Fisioterapia  
18, 19 e 20 de agosto de 2010, Hotel Majestic, Florianópolis - SC

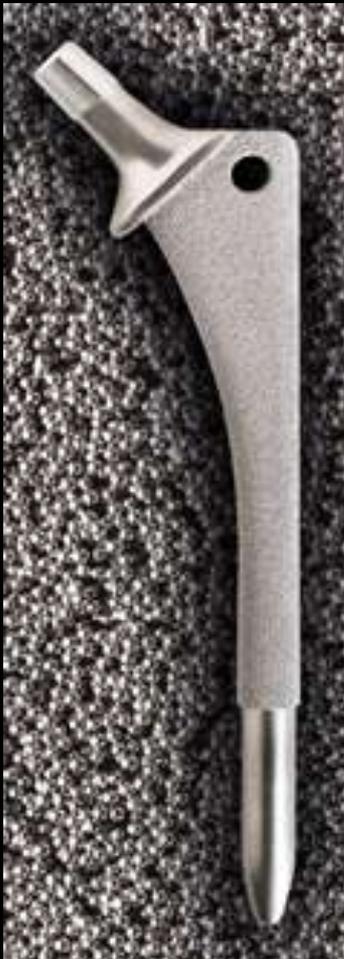
## Histórico

- Robert Jones (1912): interposicional ouro
- Smith-Petersen (1923): em taça
- Thompson e Moore (40–50): endopróteses
- McKee-Farrar (1960): metal / metal
- Sir John Charnley (60-70):
  - artroplastia de baixo torque friccional
  - alterações na biomecânica do quadril
  - Materiais (polimetilmetacrilato)

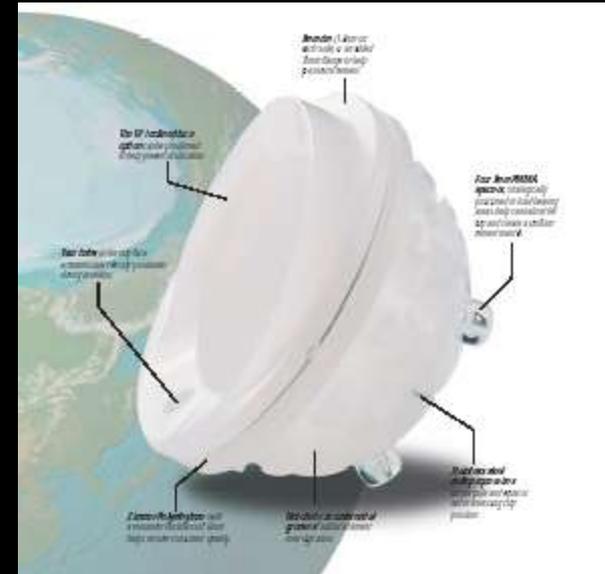
# Seleção



# Prótese Não-Cimentada



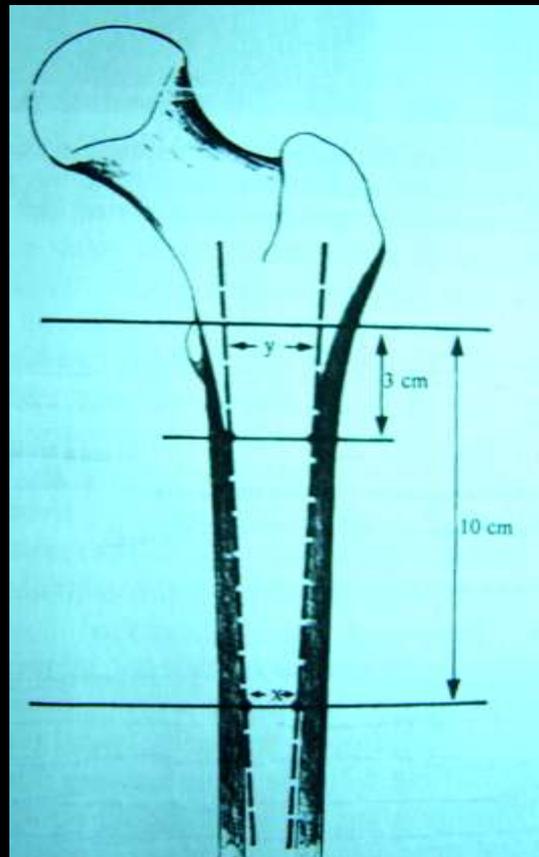
# Prótese Cimentada



# Prótese Híbrida



## ÍNDICE DOSSICK





# CASUÍSTICA

**640 ARTROPLASTIAS (FEV 03 – JUL 10)**

**422 ATQ PRIMÁRIAS**

**169 REV ATQ**

**49 PARCIAIS**

# Indicações

- DOR
  
- Artrose
  - Idiopática
  - Doença sistêmica
  - Doença articular
  
- pacientes acima 60a

## Contra-Indicações

- ❑ Infecção ativa
- ❑ Musculatura abduutora insuficiente
- ❑ Doença neurológica progressiva
- ❑ Osteopenia progressiva

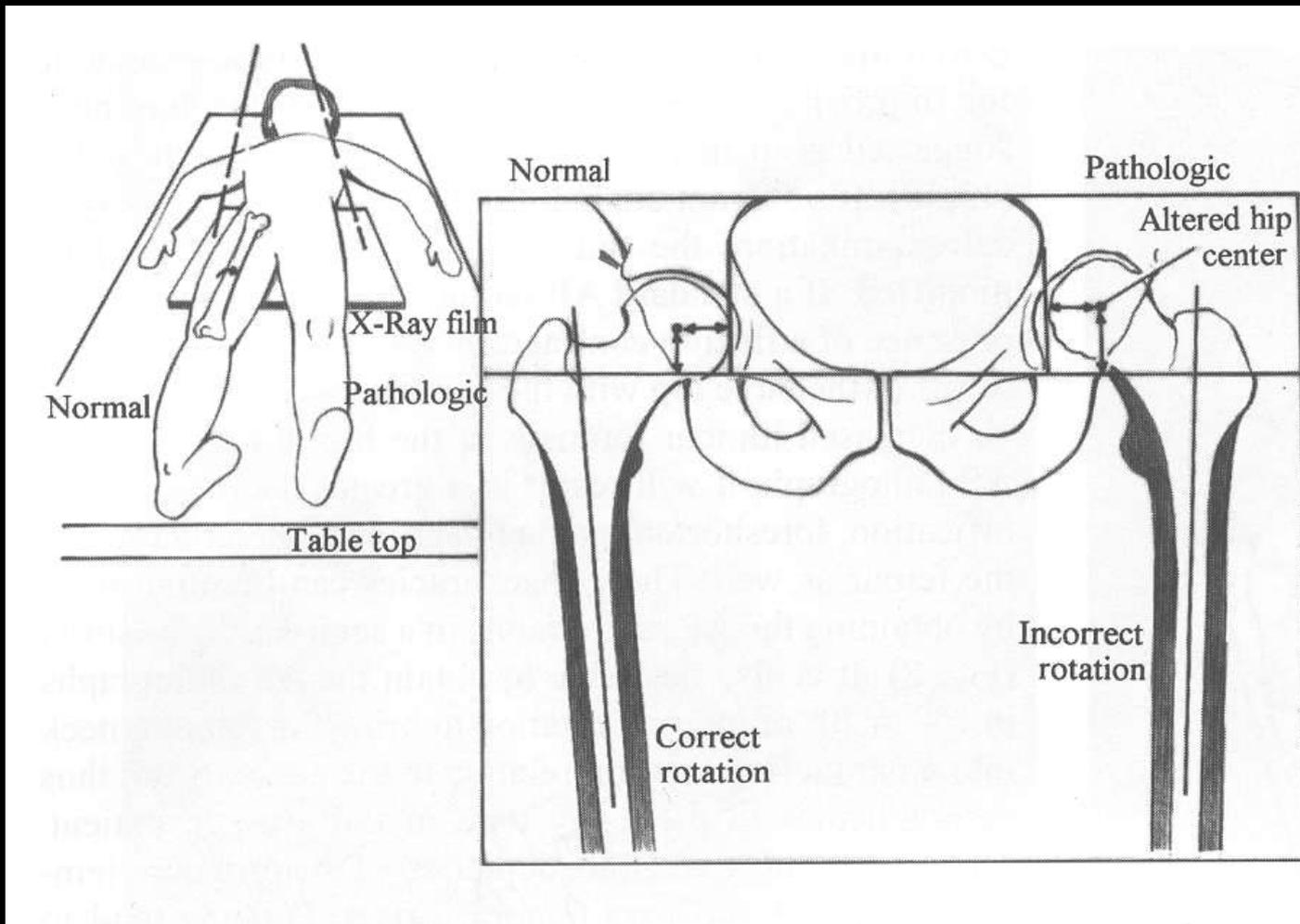
# Avaliação Pré-Operatória

- História
- Exame físico
- Exames complementares
- Programação cirúrgica

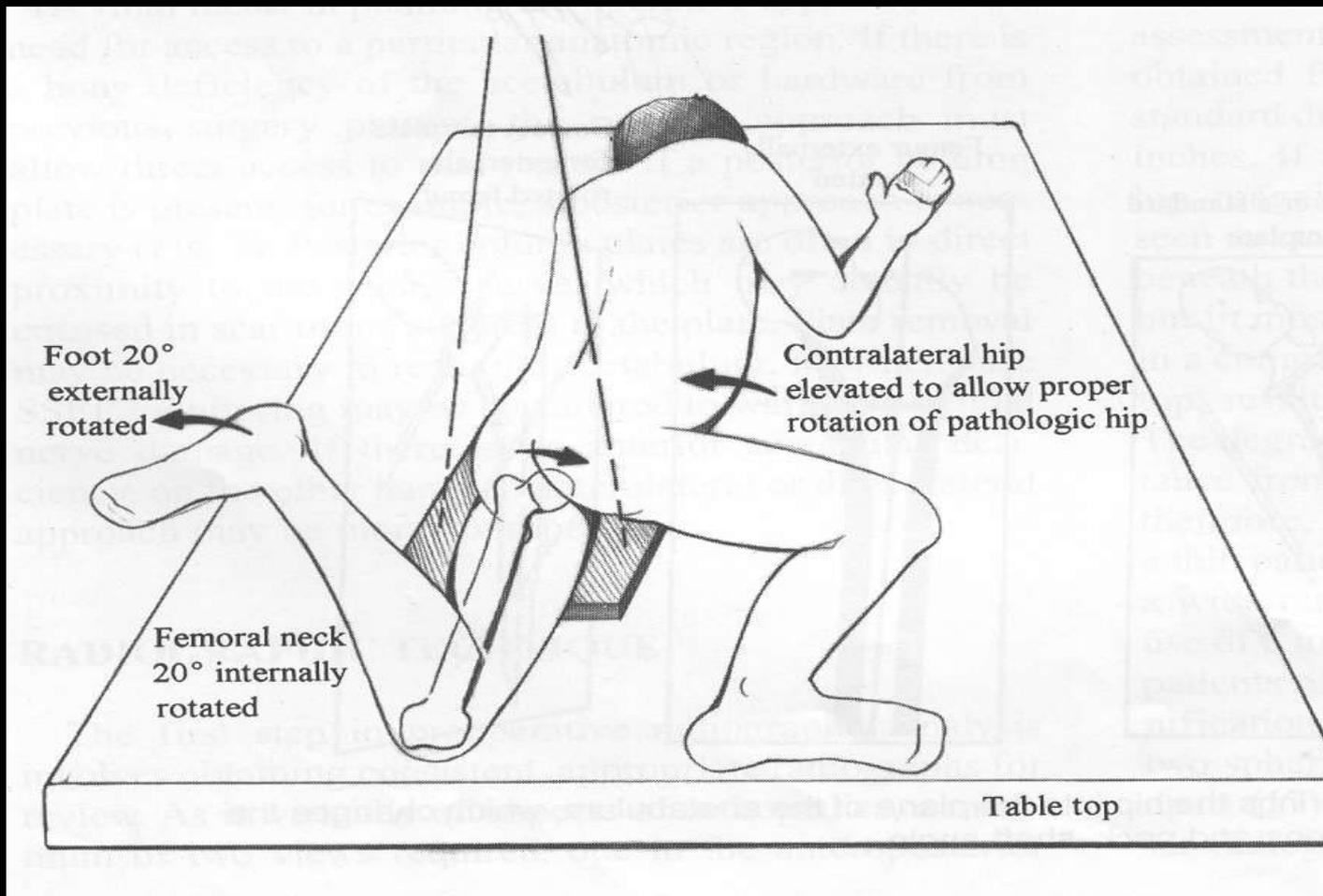
# AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

<b>Harris Hip Score</b>	Hip ID: _____ Study Hip: <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right Examination Date (MM/DD/YY): / / Subject Initials: _____ Medical Record Number: _____
Interval: _____	
<b>Harris Hip Score</b>	
<b>Pain (check one)</b> <input type="checkbox"/> None or ignores it (44) <input type="checkbox"/> Slight, occasional, no compromise in activities (40) <input type="checkbox"/> Mild pain, no effect on average activities, rarely moderate pain with unusual activity; may take aspirin (30) <input type="checkbox"/> Moderate Pain, tolerable but makes concession to pain. Some limitation of ordinary activity or work. May require Occasional pain medication stronger than aspirin (20) <input type="checkbox"/> Marked pain, serious limitation of activities (10) <input type="checkbox"/> Totally disabled, crippled, pain in bed, bedridden (0)	<b>Stairs</b> <input type="checkbox"/> Normally without using a railing (4) <input type="checkbox"/> Normally using a railing (2) <input type="checkbox"/> In any manner (1) <input type="checkbox"/> Unable to do stairs (0)
<b>Limp</b> <input type="checkbox"/> None (11) <input type="checkbox"/> Slight (8) <input type="checkbox"/> Moderate (5) <input type="checkbox"/> Severe (0)	<b>Put on Shoes and Socks</b> <input type="checkbox"/> With ease (4) <input type="checkbox"/> With difficulty (2) <input type="checkbox"/> Unable (0)
<b>Support</b> <input type="checkbox"/> None (11) <input type="checkbox"/> Cane for long walks (7) <input type="checkbox"/> Cane most of time (5) <input type="checkbox"/> One crutch (3) <input type="checkbox"/> Two canes (2) <input type="checkbox"/> Two crutches or not able to walk (0)	<b>Absence of Deformity (All yes = 4; Less than 4 = 0)</b> Less than 30° fixed flexion contracture <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Less than 10° fixed abduction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Less than 10° fixed internal rotation in extension <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Limb length discrepancy less than 3.2 cm <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Distance Walked</b> <input type="checkbox"/> Unlimited (11) <input type="checkbox"/> Six blocks (8) <input type="checkbox"/> Two or three blocks (5) <input type="checkbox"/> Indoors only (2) <input type="checkbox"/> Bed and chair only (0)	<b>Range of Motion (Indicates normal)</b> Flexion ("140") _____ Abduction ("40") _____ Adduction ("40") _____ External Rotation ("40") _____ Internal Rotation ("40") _____
<b>Sitting</b> <input type="checkbox"/> Comfortably in ordinary chair for one hour (5) <input type="checkbox"/> On a high chair for 30 minutes (3) <input type="checkbox"/> Unable to sit comfortably in any chair (0)	<b>Range of Motion Scale</b> 211° - 300° (5)      61° - 100 (2) 161° - 210° (4)      31° - 60° (1) 101° - 160° (3)      0° - 30° (0)
<b>Enter public transportation</b> <input type="checkbox"/> Yes (1) <input type="checkbox"/> No (0)	<b>Range of Motion Score</b> _____  <b>Total Harris Hip Score</b> _____

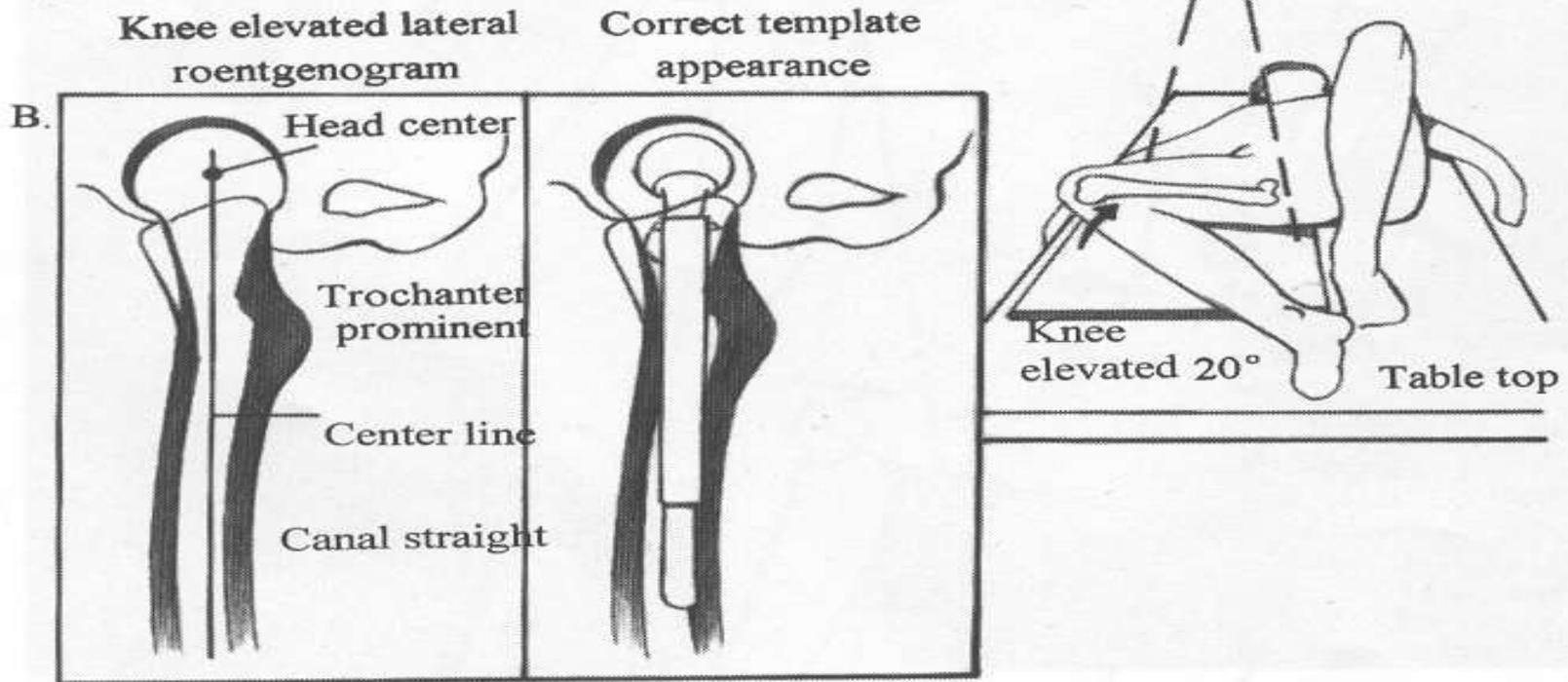
# AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA



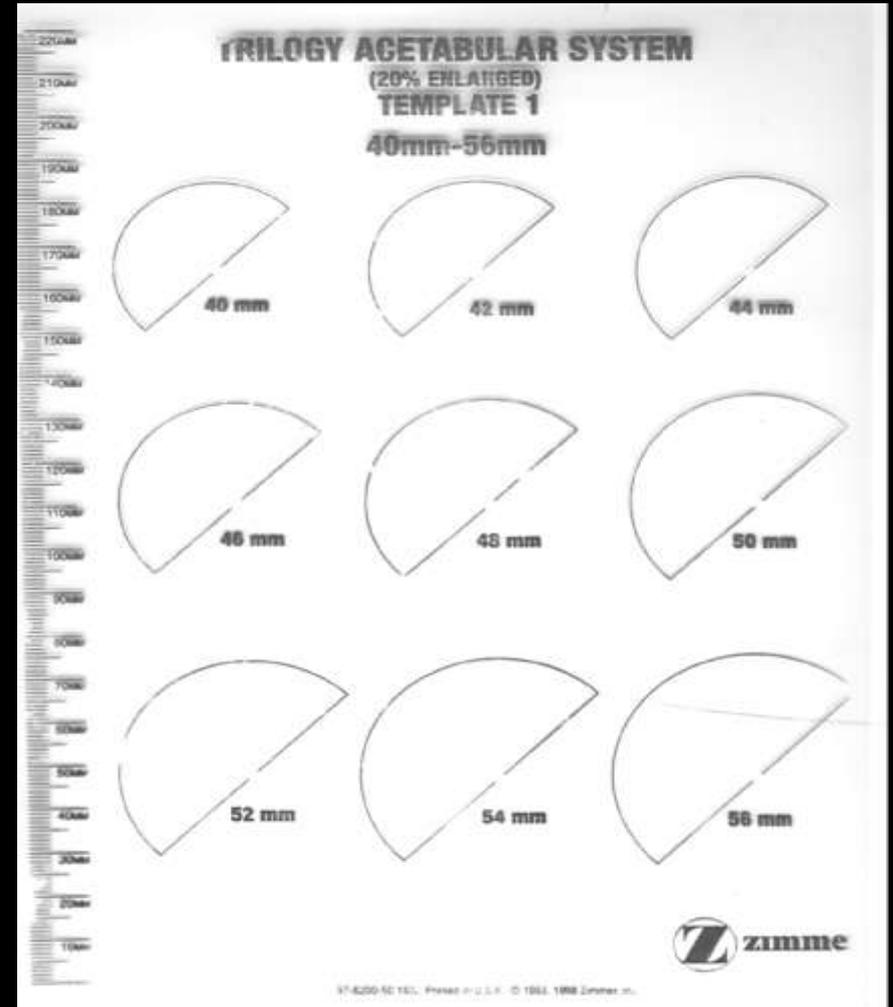
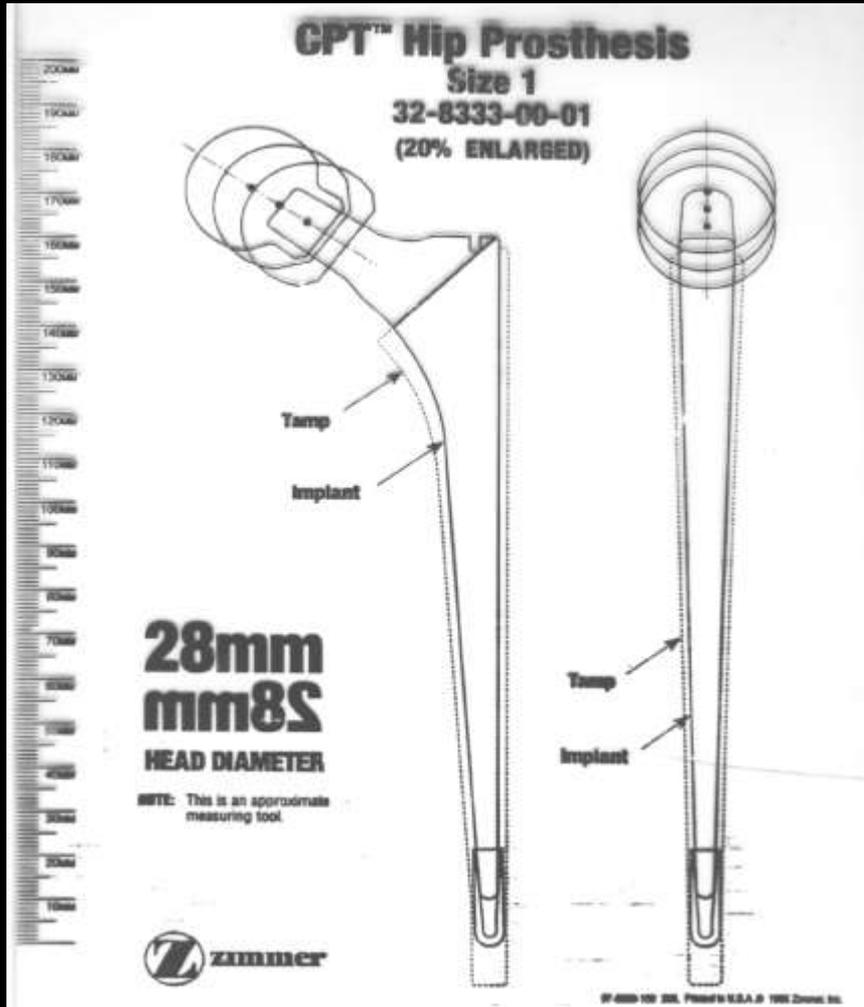
# AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA



# AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA



# AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA



# Radiografias



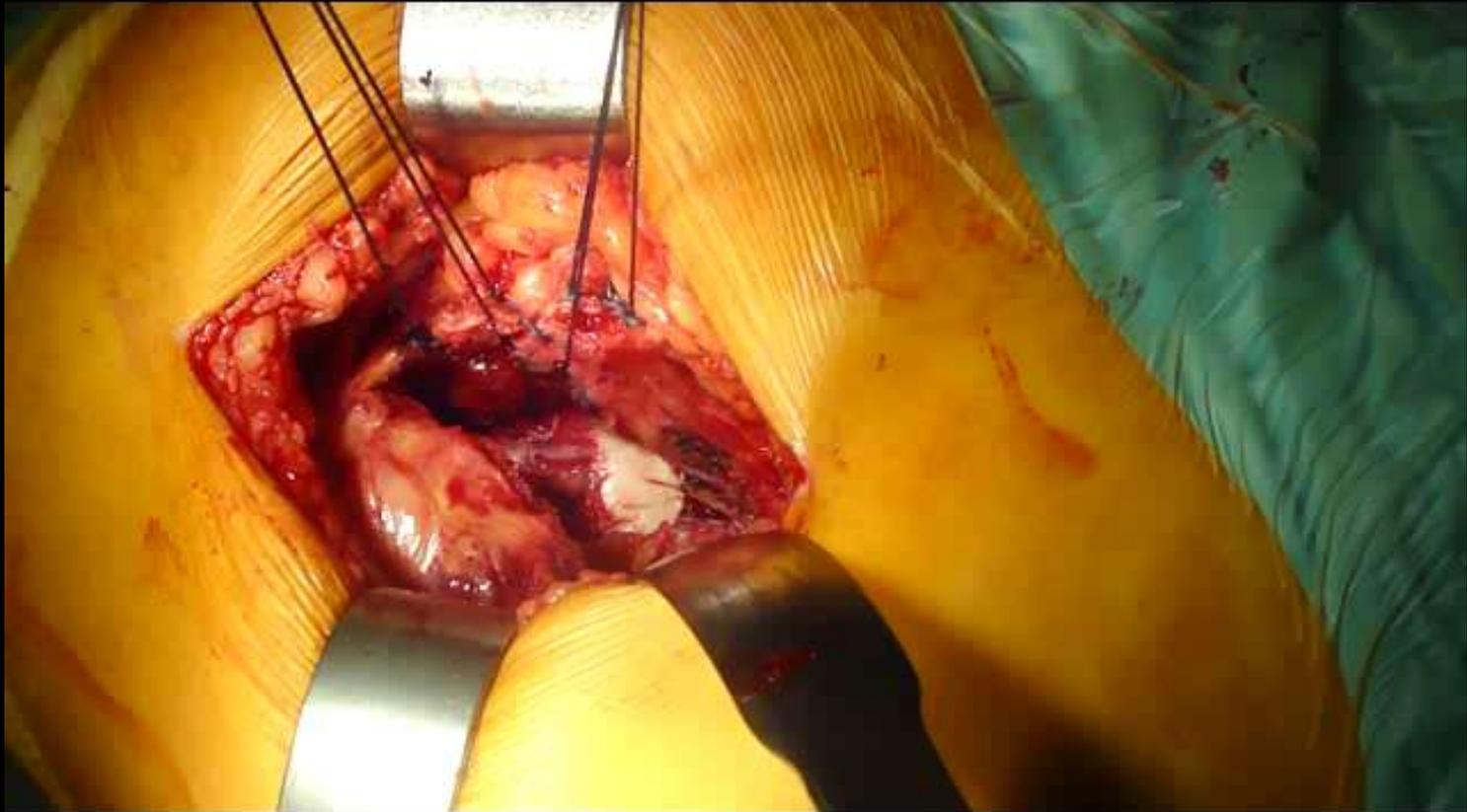
# POSIÇÃO DO PACIENTE

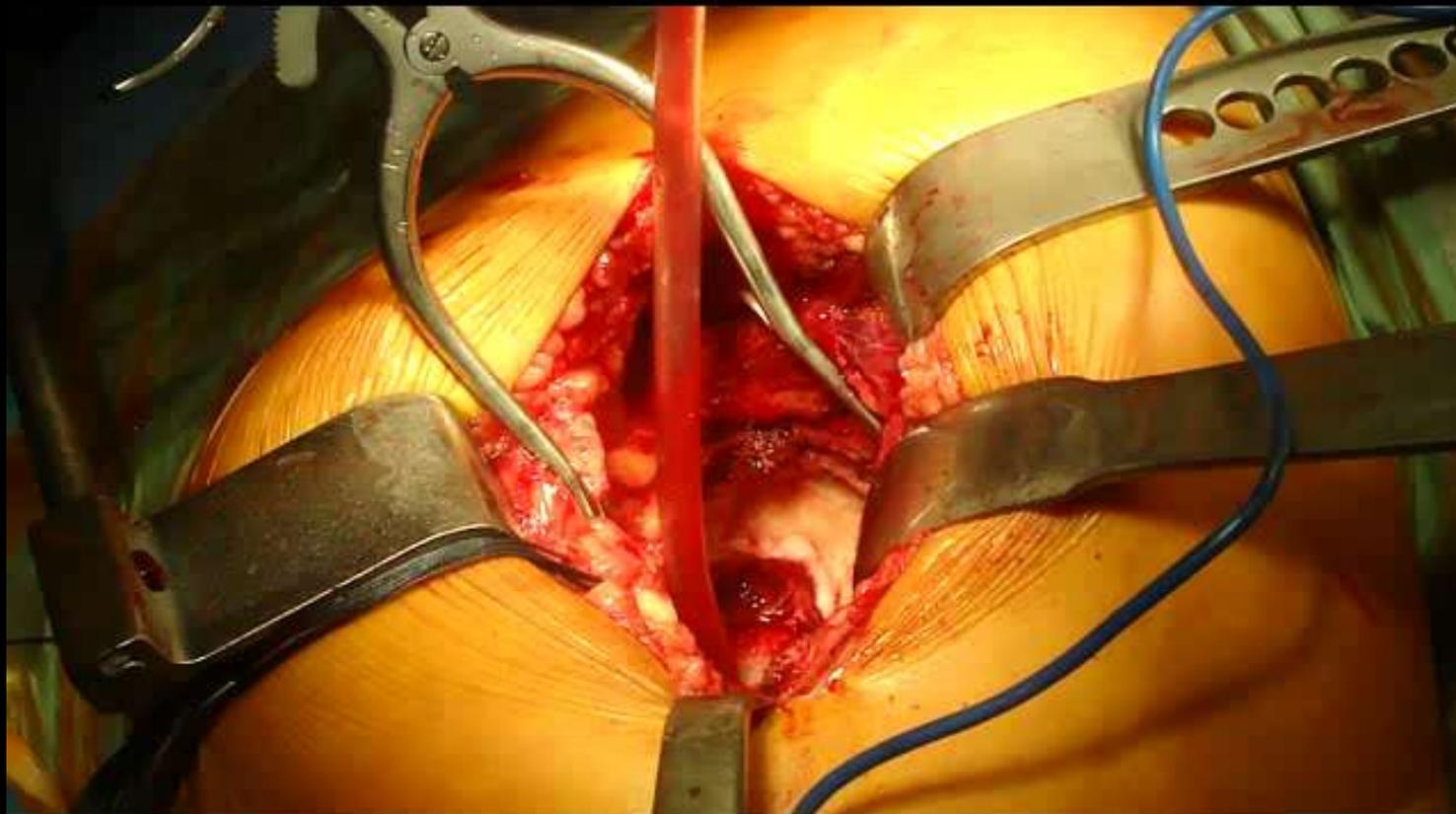


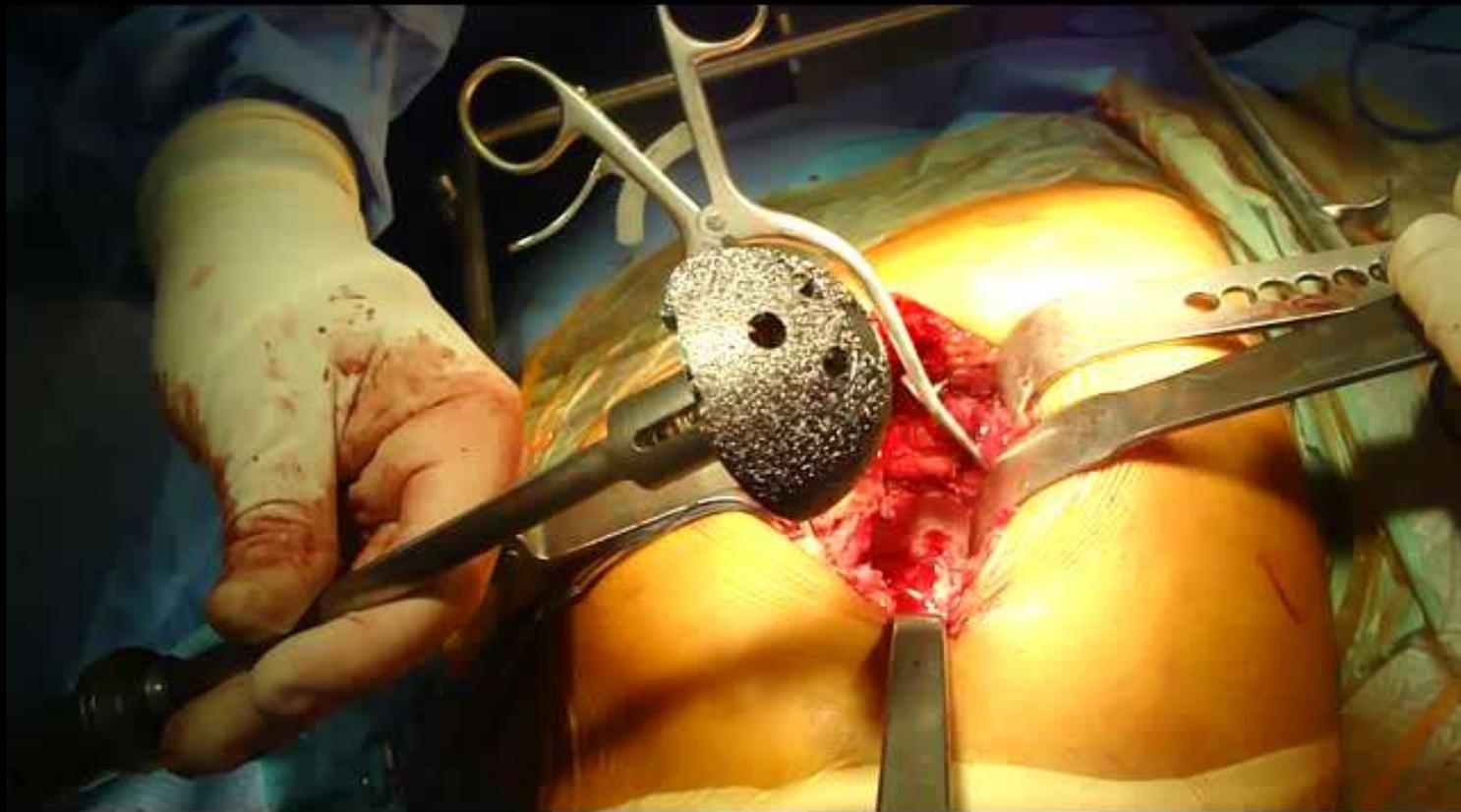


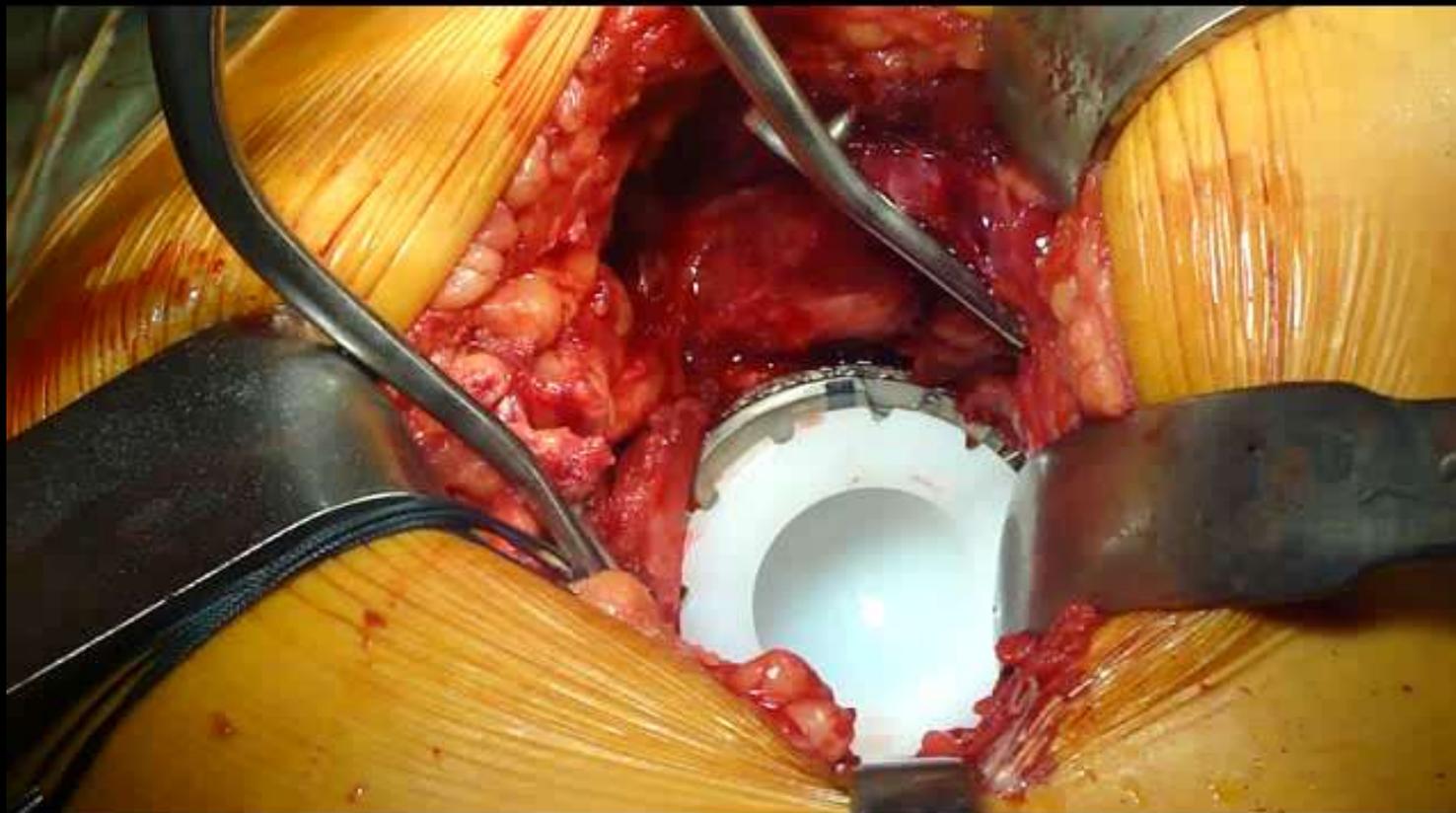


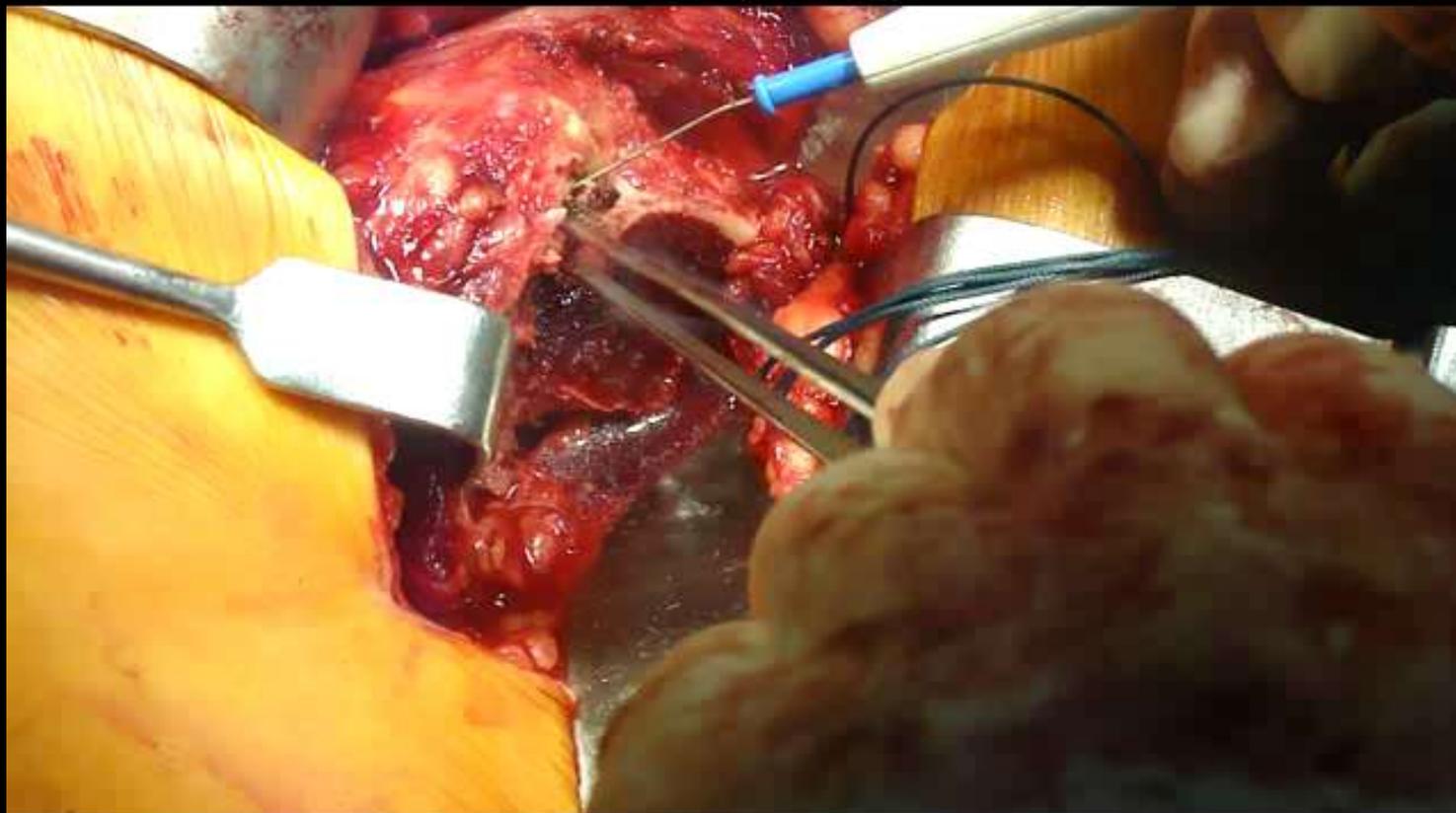


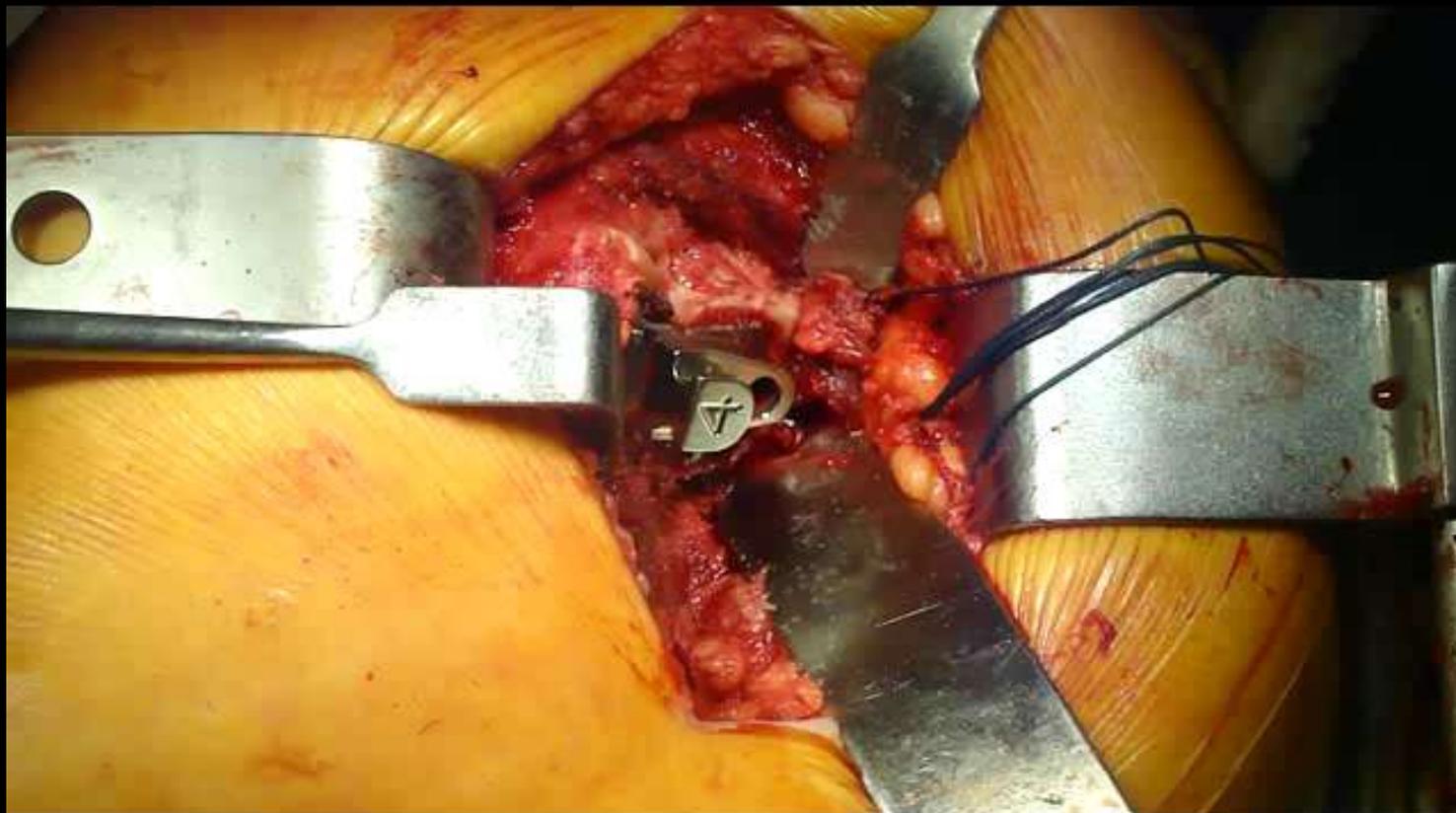


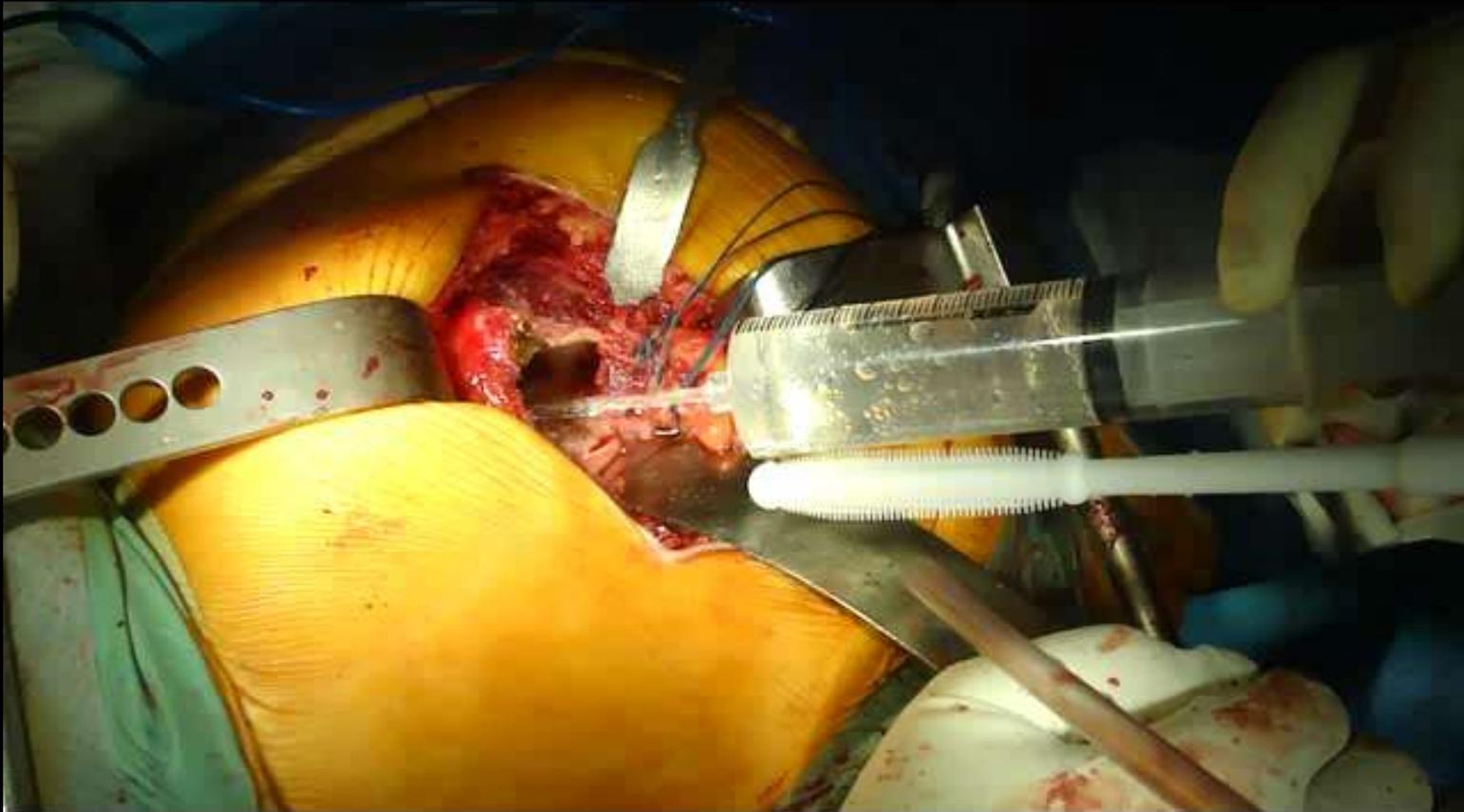




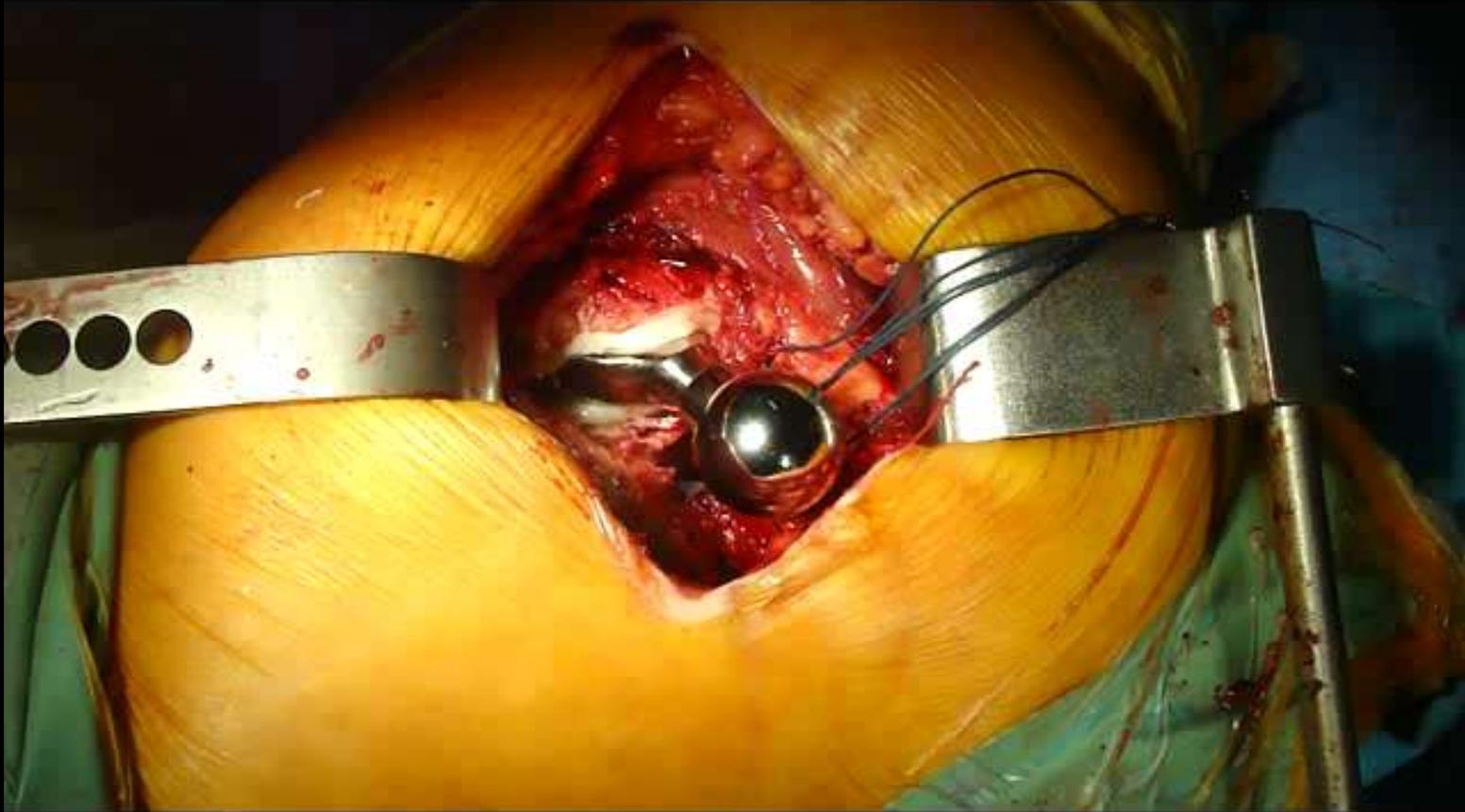












# PÓS-OPERATÓRIO

Formulário Operação - Quadril

1. Nome do Avaliador \_\_\_\_\_

2. Data de hoje: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. CRM do cirurgião \_\_\_\_\_ 4. Nº identificação cirúrgica \_\_\_\_\_

5. Hospital \_\_\_\_\_

6. Nome do paciente \_\_\_\_\_ 7. O.S. \_\_\_\_\_

8. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 9. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino

10. Nº de registro \_\_\_\_\_ 11. Data da operação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

12. Procedimento

1. Esquerdo  
2. Direito  
3. Bilateral feito no mesmo dia Este formulário é para... 1) Esquerdo 2) Direito

13. Artroplastia de Quadril

1. Artroplastia total de quadril primária (27130) 5. Revisão apenas femur (27135)  
2. Conversão para artroplastia total de quadril (27132) 6. Outra \_\_\_\_\_  
3. Revisão do componente acetabular e femoral (27134) 7. Modificação \_\_\_\_\_  
4. Revisão apenas do acetábulo (27137)

14. Diagnóstico definitivo \_\_\_\_\_

15. Fixação - Acetábulo 16. Fixação - Femur

1. Cimento 2. Porosa 3. Hidroxiapatita 4. Outra 5. Não aplicável

1. Cimento 2. Porosa 3. Hidroxiapatita 4. Outra 5. Não aplicável

17. Complicações peri-operatórias?

1. Não  
2. Sim (Por favor, especifique em código(s) das complicações) \_\_\_\_\_  
(vide tabela)

18. Componente(s) Femoral(iz) utilizado(s)

Fabricante	Descrição / Modelo	Tamanho	Nº

19. Componente(s) Acetabular(iz)

Fabricante	Descrição / Modelo	Tamanho	Nº

20. Utilizados parafusos acetabulares?

1. Não  
2. Sim Quantos? \_\_\_\_\_

21. Tipo de Anestesia (Assinale todos que se aplicarem)

1. Geral  
2. Raquidiana  
3. Peridural  
4. Outra \_\_\_\_\_

22. Acesso Cirúrgico

1. Antero-Lateral  
2. Transrotatória  
3. Pôstero-Lateral  
4. Outra \_\_\_\_\_

23. Enxerto ósseo

1. Enxerto Femur 2. Enxerto Acetábulo

( ) Não ( ) Não  
( ) Autólogo ( ) Autólogo  
( ) Homólogo ( ) Homólogo

Amnion Academy of Orthopaedic Surgeons/American Association of Hip and Knee Surgeons  
Orthopaedic Data Collection Module March 1998 Version 2.0

# PÓS-OPERATÓRIO

- Dreno de sucção
- Tempo de internação
- Prevenção Tromboembolismo
- Deambulação
- Fisioterapia
- Manual pós-operatório

CB, 70a, fem



CB, 70a, fem



CB, 70a, fem



# LCV, 59a, fem



LCV, 59a, fem



# REVISÃO DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL COM PRÓTESE MODULAR NÃO-CIMENTADA DE FIXAÇÃO DISTAL TIPO ZMR® ANÁLISE CLÍNICA E RADIOGRÁFICA DE 30 CASOS

*REVISION TOTAL HIP ARTHROPLASTY USING A MODULAR CEMENTLESS DISTAL FIXATION PROSTHESIS: THE ZMR® HIP SYSTEM. CLINICAL AND RADIOGRAPHIC ANALYSIS OF 30 CASES*

Richard Prazeres Canella<sup>1</sup>, Paulo Gilberto Cimbalista de Alencar<sup>2</sup>, Gerson Gandhi Ganev<sup>3</sup>, Luiz Fernando de Vincenzi<sup>4</sup>

# ZMR



# GM, 42a, masc



# GM, 42a, masc



RF, 59a, masc



RF, 59a, masc



# OBRIGADO

