



Evaluating online information regarding the direct anterior approach for total hip arthroplasty.

R Mohan, PH Yi, EN Hansen

J Arthroplasty. 2015 May;30(5):803-7

Abstract: We evaluated the quality of information available on the Internet regarding the direct anterior approach (DAA). The top 50 Web sites from three major search engines (Google, Yahoo!, and Bing) were tabulated utilizing the search term direct anterior hip replacement. Of these, only 22% were authored by a hospital/university, while 60% were by a private physician/clinic. Most Web sites presented the DAA as "better" than other surgical approaches describing benefits, such as accelerated recovery though only 35% described risks of the approach. While only 39% of sites presented patient eligibility criteria, greater than 75% had the ability to make an appointment. Web sites regarding the DAA provide patients with a limited perspective and may be focused on attracting new patients, as opposed to accurately educating them.

Commento:

Il web rappresenta ormai da anni la prima fonte di informazione medica per i pazienti¹, e l'evoluzione nel cosiddetto web 2.0 (social network, forum, blog) ha ulteriormente potenziato questo trend².

Al tema sono dedicate pubblicazioni e dibattiti e l'argomento più critico è quello della qualità dell'informazione proposta online³. Se infatti la libertà di opinione è l'elemento distintivo e fondamentale dell'informazione su Internet, è innegabile in questo ambito il potenziale conflitto di interessi di chi si propone di informare direttamente il paziente. Dai diversi punti di vista, il chirurgo, l'ospedale o, peggio, l'industria potrebbero enfatizzare alcuni aspetti o minimizzarne altri a proprio favore, specie in assenza di un sistema di controllo di qualità e verifica.

Erik Hansen e coautori si sono dedicati diffusamente al tema della comunicazione web ai pazienti in ortopedia, indagando in particolare l'ambito della chirurgia protesica (in passato le tecniche mininvasive dell'anca, più recentemente le monocompartimentali di ginocchio) e proprio con l'intento di verificare la qualità dell'informazione proposta in base alla correttezza dei contenuti.

Nello studio in oggetto, per analizzare la qualità dei contenuti proposti al pubblico, hanno ripreso una metodologia di ricerca così strutturata:

1. definizione delle parole chiave utilizzando l'algoritmo di Google
2. ricerca, in data 9 luglio 2014, sui tre motori più utilizzati (Google, Yahoo!, Bing)
3. selezione dei primi 50 risultati per ogni motore di ricerca
4. analisi dei risultati per autore, contenuto e qualità in base a parametri predefiniti

La ricerca è stata condotta classificando innanzitutto la proprietà del sito (ospedale o università; chirurgo, o gruppo di chirurghi da centri privati; azienda ortopedica; sito web di notizie; blog). Dai tre motori di ricerca è emerso che la maggioranza dei siti è gestita da chirurghi e ospedali (v. tabella seguente).



Authorship of Direct Anterior Approach Web Sites.

	Google	Yahoo!	Bing	Total
Hospital/university	18 (36%)	7 (14%)	8 (16%)	33 (22%)
Physician/private group	25 (50%)	34 (68%)	31 (62%)	90 (60%)
Industry	3 (6%)	4 (8%)	6 (12%)	13 (8.7%)
News	3 (6%)	4 (8%)	4 (8%)	11 (7.3%)
Patient blog	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	3 (2%)

Quindi gli Autori hanno identificato una serie di parametri per stimare la qualità dei contenuti, analizzando in particolare la descrizione dei benefici e dei rischi, della tecnica, delle indicazioni/controindicazioni, la presenza di riferimenti a letteratura scientifica *peer reviewed*, la possibilità di prendere direttamente un appuntamento e la presenza di sponsor.

Description of Benefits and Risks on Web Sites Regarding Direct Anterior Approach.

	Google	Yahoo!	Bing	Total
Accelerated recovery	39 (78%)	45 (90%)	45 (90%)	129 (86%)
Lower dislocation rate	19 (38%)	15 (30%)	17 (34%)	51 (34%)
Improved mobility	15 (30%)	23 (46%)	24 (48%)	62 (41.3%)
Less tissue damage or scarring	35 (70%)	41 (82%)	42 (84%)	118 (78.7%)
Less post-operative pain	3 (6%)	5 (10%)	4 (8%)	12 (8%)
Claimed better than other hip replacement techniques	39 (78%)	40 (80%)	39 (78%)	118 (78.7%)
Describes associated risks	12 (24%)	19 (38%)	21 (42%)	52 (34.7%)

In questo caso balza agli occhi l'enfasi dedicata ai potenziali benefici, mentre solo un terzo dei siti web dedica spazio alla descrizione dei potenziali rischi.

Ancora, si nota la possibilità (offerta da 3 siti su 4) di prendere direttamente appuntamento per una visita, mentre solo un sito su 4 elenca i criteri di eleggibilità all'intervento.

Description of Technique and Validity/Purpose Sites of Direct Anterior Approach.

	Google	Yahoo!	Bing	Total
No description	6 (12%)	9 (18%)	7 (14%)	22 (14.7%)
Briefly and/or no diagram or video	30 (60%)	19 (36%)	24 (48%)	73 (48.6%)
Thoroughly with diagram or video	14 (28%)	22 (44%)	19 (38%)	55 (36.7%)
Eligibility criteria defined	15 (30%)	23 (46%)	20 (40%)	58 (38.7%)
References to peer-reviewed literature	14 (28%)	14 (30%)	15 (30%)	43 (28.7%)
Ability to make appointment	41 (82%)	39 (78%)	35 (70%)	115 (76.7%)
Ads	7 (14%)	10 (20%)	9 (18%)	26 (17.3%)

In conclusione gli autori sottolineano, come già accaduto in passato per la chirurgia mininvasiva dell'anca⁴ e per le protesi di rivestimento^{6,7}, la modesta qualità delle fonti di informazione on line e, più ancora, alimentano il dubbio che più che di informazione si tratti di strumenti di promozione.



La riflessione finale, come Società Scientifica, è quella di promuovere un uso etico e scientifico degli strumenti di informazione al pubblico da parte dei propri membri e di progettare, idealmente proprio sul sito ufficiale della SIdA, uno spazio dedicato ai pazienti di elevata qualità.

Bibliografia di riferimento:

1. Romanini E. Medicine in Internet. *Recenti Prog Med.* 2003 Oct;94(10):417-20
2. Santoro E. Web 2.0 e social media in medicina. Come social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità. Il Pensiero Scientifico Editore 2011
3. Un italiano su due cerca sul web le informazioni di salute. *Quotidianosanità.it* 18/11/2015. http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=33529
4. Labovitch RS, Bozic KJ, Hansen E. An evaluation of information available on the internet regarding minimally invasive hip arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2006 Jan;21(1):1-5
5. Wong K, Mohan R, Yi PH, Hansen EN. Evaluating patient education material regarding unicompartmental knee arthroplasty. *Knee.* 2015 *in press*
6. Kwong Y, Kwong FN, Costa ML. The quality of web-based information on hip resurfacing arthroplasty: a cross-sectional survey. *Hip Int.* 2006 Oct-Dec;16(4):268-72.
7. Ogunwale B, Clarke J, Young D, Mohammed A, Patil S, Meek RM. Direct to consumer advertising via the Internet, a study of hip resurfacing. *Scott Med J.* 2009 Feb;54(1):10-3

Emilio Romanini

Componente Comitato Scientifico



Optimizing stability in femoral neck fracture fixation

Y Ye, J Hao, C Mauffrey, EM Hammerberg, PF Stahel, DJ Hak

Orthopedics. 2015 Oct;38(10):625-30

Abstract: Optimizing stability of femoral neck fracture fixation is important in obtaining a successful outcome. The mechanical problems and strategies for achieving optimal stability differ depending on patients' age and degree of osteoporosis. Femoral neck fractures in younger adults usually result from high-energy trauma and have a vertical fracture pattern. Strategies for optimizing fixation stability in this group include placing additional screws at right angles to the fracture plane and medial buttress plate augmentation. In elderly patients, screw position relative to the intact cortical femoral neck bone is of critical importance. Additional strategies for optimizing fixation stability in this group include the concept of length stable fixation, use of adjunctive calcium phosphate cement, and use of novel fixed angle fixation implants.

Commento:

L'articolo prende in esame soluzioni diverse per fissare stabilmente una frattura del collo femorale, proponendo costrutti diversi per ottenere la migliore stabilità primaria, in grado di opporsi, nella maniera più efficace, alle sollecitazioni meccaniche più sfavorevoli rappresentate da varismo, rotazione e telescopage.

Ritengo questo aspetto parte fondamentale di una strategia di trattamento che deve, a mio avviso, prevedere *1) riduzione quanto più possibile anatomica ed a cielo chiuso, 2) tecnica mini-invasiva, 3) mobilizzazione precoce, 4) astensione dal carico per 3 mesi.*

Riduzione a cielo chiuso: da ricercarsi sempre con paziente supino su letto radiotrasparente che consenta trazione longitudinale, flessione ed intrarotazione. Se la riduzione è insoddisfacente (oltre 10° di deviazione in qualsiasi piano) procedere alla classica manovra di Ledbetter con anca inizialmente flessa, extra rotata ed abdotta, successivamente estesa ed intrarotata. In caso di irriducibilità consiglio un approccio chirurgico anteriore, eseguendo la capsulotomia (doppia elle rovesciata) a livello acetabolare per non aggravare il danno vascolare. La stessa via può consentire la sostituzione protesica d'emblee.

Tecnica mini-invasiva: da preferire decisamente, a mio avviso, il triplice avvitaamento percutaneo con viti cannulate da spongiosa, diametro 6,5 mm e rondella che impedisce l'affondamento e favorisce la compressione. Il costrutto prevede viti in parallelo nella proiezione antero/posteriore, ed *a tripode o triangolo* in assiale, centrale l'intermedia, supero/posteriore la prossimale, infero/anteriore la distale. In caso di rima molto verticale può essere utile una vite latero-mediale perpendicolare che deve fuoriuscire dal collo. Necessita di accesso chirurgico la vite-placca a scivolamento, e talora di aggiunta una vite antirotazionale; da evitare l'uso di placchette di sostegno a livello del calcar.

Mobilizzazione precoce: segue i principi della Continuous Passive Motion (CPM) nelle prime settimane, esercitando stimoli eutrofici sulla osteogenesi ripartiva e sulla cartilagine. Successivamente i movimenti diventeranno attivi, con particolare cautela nelle esecuzione delle rotazioni, magari in acqua.



Astenzione dal carico: non esiste una chiara evidenza soprattutto per quanto concerne l'assenza totale o parziale del carico, essendo grado di scomposizione della frattura e stabilità della sintesi fattori determinanti. Ritengo debba comunque essere proscritto il carico nelle prime 6/8 settimane, periodo in cui neo-angiogenesi e strutturazione del callo fibro-cartilagineo sono massime.

Bibliografia di riferimento:

- Gardner MJ, Henley MB. Illustrated tips and tricks in Fracture Surgery: Femoral Neck Fractures, 175-183, Lippincott Williams & Wilkins, 2011
- Court-Brown C, Mc Queen MM, Tornetta III P. Trauma: Intracapsular Proximal Femoral Fractures, 264-278, Lippincott Williams & Wilkins, 2006
- Biggi F. Guida tascabile di traumatologia: Fratture del collo femorale, 109-117, Springer-Verlag, 2014

Francesco Biggi

Componente Comitato Scientifico