



La SidA prosegue il percorso della rubrica **frANCamente**, con un'intervista doppia a Giuseppe Sessa e Francesco Falez, rispettivamente Presidente e Vicepresidente della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia, esperti riconosciuti nel campo della chirurgia protesica dell'anca.



“La mia protesi d’anca”



SidA: L'artroprotesi totale d'anca è stato considerato "l'intervento del secolo". Condividete?

GS: L'innovazione portata da Sir John Charnley è stata veramente una grande conquista. Il poter sostituire una parte del corpo danneggiata per "rimettere in piedi" persone altrimenti costrette ad una grave disabilità, ha permesso di migliorare la loro qualità di vita. La prova di ciò sta nel continuo aumento di numero di primi impianti a livello mondiale. Lo sviluppo costante nel campo dei biomateriali e della conoscenza della biomeccanica ci ha permesso di estendere l'indicazione anche a pazienti giovani che pretendono (giustamente) una vita attiva.

FF: Sono convinto di sì perché nonostante le tante conquiste cui abbiamo assistito e la sua enorme diffusione l'intervento di artroprotesi di anca continua a ricoprire un ruolo di primaria importanza nella pratica ortopedica con un numero di interventi crescente di anno in anno ed una popolazione di pazienti sempre più giovani, sono cambiati i pazienti e le aspettative che cerchiamo di soddisfare: prima l'obiettivo unico e primario dell'intervento era quello di sollevare pazienti in età avanzata dal dolore che li affliggevano, oggi al contrario l'obiettivo è quello di ridare funzione e garantire elevate prestazioni biomeccaniche a pazienti giovani attivi con lunghe aspettative di vita e l'impiego di materiali sempre più avanzati lo rende ancora un intervento assolutamente innovativo e rivoluzionario.

SidA: Il planning preoperatorio non viene eseguito sempre da tutti i chirurghi...

FF: In oltre 80% dei miei casi utilizzo steli corti, vuoi a conservazione del collo che ad ancoraggio metafisario, ed in questi il planning pre-operatorio è assolutamente imprescindibile per poter scegliere l'impianto più adeguato sia in termini di design che di livello di resezione e prevenire errori di posizionamento che possano esitare in alterazioni e dismetrie sia longitudinali che orizzontali. Non credo che il planning sia invece affidabile per definire il sizing protesico che nella maggior parte dei



casi risulta essere diverso da quello pianificato. Oggi peraltro l'adozione di sistemi di imaging con software di pianificazione dedicati rendono questo percorso più affidabile: poi si tratta di porre in atto quanto pianificato al computer.

GS: Già dal 1994 sono stato un forte sostenitore del planning preoperatorio. Sono convinto che poter vedere costruito il sistema su una radiografia permetta di iniziare l'operazione con un obiettivo già definito in testa, anche nelle protesi più "semplici". Ovviamente il planning non serve solo per determinare le dimensioni dell'impianto che, peraltro, non sempre corrispondono, e possono presentare uno scarto di due/tre misure, ma per determinare il tipo di impianto che meglio si adatta a quel bacino, capire quanto il cotile debba essere medializzato, quanto debba essere coprente ed soprattutto quale sarà il lever-arm e l'offset in base al tipo di stelo che utilizzeremo; altro dato importante da ricercare la distanza tra apice mediale della protesi e piccolo trocantere (T-P) che consente, nel raffronto con l'anca controlaterale, operata o sana che sia, di evitare allungamenti. Eseguo personalmente il planning ed essendo di "vecchia scuola", preferisco radiografia e lucidi da utilizzare con il diafanoscopio ai sistemi computerizzati.

SidA: Parliamo delle vostre preferenze.... Quale via d'accesso ed in quale decubito?

GS: Utilizzo la via di Watson-Jones modificata in decubito supino che raramente supera gli 11-12 cm: questo accesso mi permette di sfruttare il piano intermuscolare tra medio gluteo, vasto laterale e tensore della fascia lata, senza la necessità di staccare alcun tendine e rispettando gli extrarotatori. Grazie a questa via riesco ad avere una ottima visione sia del cotile sia del femore, e, sfruttando i ventri muscolari si riesce a meglio proteggere le strutture nobili mediali (cosa che non accade con la via anteriore). Risparmio sempre la capsula posteriore così da verificare alla fine dell'intervento un eventuale allungamento quando questa è molto tensionata. La posizione supina mi permette, utilizzando il lettino trasparente, di effettuare il controllo in scopia del posizionamento cotile, operazione che effettuo sempre, in quanto sono convinto che il perfetto posizionamento del cotile sia determinante per la stabilità e la sopravvivenza della protesi.

FF: Storicamente accesso laterale diretto secondo Hardinge modificato, in decubito laterale, ma non disdegno assolutamente la via postero laterale che ho sempre trovato molto più "chirurgica" ma per indirizzo di scuola ho praticato poco. Sicuramente la recente reintroduzione della via anteriore diretta è molto promettente anche se diversamente dalle altre non è sempre applicabile e per cui non altrettanto "routinabilizzabile".

SidA: La fissazione del cotile: è sufficiente una coppa a press-fit in titanio?

FF: Direi che la superficie in plasma spray di titanio garantisce al cotile sufficienti garanzie di integrazione a condizione che siano stati rispettati i principi di un adeguato press-fit e quindi garantita una assoluta stabilità meccanica ed un intimo contatto con l'osso ospite, sfruttando accorgimenti di sovradimensionamento delle componenti o di sottodimensionamento nella preparazione: il ricorso a superfici o materiali più complessi va riservato a tutte quelle condizioni in



cui si ravveda una riduzione della qualità dell'osso ospite o un difficile raggiungimento di una stabilità meccanica primaria.

GS: Credo che un cotile a press-fit in titanio garantisca una ottima tenuta dell'impianto in condizioni di bone stock normale e di corretto posizionamento. In caso di revisioni, grave osteoporosi o perdita di sostanza utilizzo materiali più sofisticati (tantalio) associato spesso a trapianti ossei autologhi o omologhi.

SidA: Quando considerate utile la doppia mobilità?

GS: Non ho mai utilizzato il cotile a doppia mobilità, dato che con i presupposti delle precedenti domande solitamente non ho problemi di stabilità. Nei casi più temibili (malattie neurologiche) o nelle fratture dei colli femore degli anziani sono solito incrementare il braccio di leva per aumentare la stabilità, utilizzando steli lateralizzanti.

FF: Nel mondo la doppia mobilità è stata a lungo "snobbata"; oggi, a fronte di risultati a lungo termine riportati in letteratura prevalentemente dai colleghi francesi, ci troviamo a riscoprirla anche noi sicuramente con indicazioni più difensive e quindi in tutti quei casi di primo impianto in cui sia ipotizzabile una predisposizione ad una instabilità dell'impianto; particolarmente utile risulta a mio avviso nelle revisioni dove il controllo attivo della stabilità è senza dubbio frequentemente compromesso. Tuttavia un suo più largo impiego mostra risultati altrettanto promettenti anche in pazienti giovani ed attivi: tutto sta nel crederci.

SidA: Stelo standard o corto?

FF: Per me questa ovviamente stelo corto: in oltre 87% dei miei casi, avendo abbandonato il resurfacing che continuo a ritenere una procedura assolutamente valida ma sulla quale purtroppo ancora non abbiamo le risposte soddisfacenti: cosa posso dire ad un paziente che mi chiede quali potranno essere gli effetti nel lungo termine di un impianto che seppur ben funzionante ha comunque un incremento dei livelli sierici di ioni metallici? Oggi il panorama degli steli corti appare invece sempre più ampio ed in grado di coprire le varie esigenze morfologiche dei pazienti con certezze supportate da dati di letteratura sempre più promettenti anche a 10 anni di distanza che li pongono alla pari con gli steli convenzionali.

GS: Dopo una iniziale titubanza nei confronti degli steli corti, ormai ho un follow-up di oltre 10 anni con gli steli corti e con ottimi risultati. La scelta di uno stelo a presa meta-diafisaria la riservo a particolari condizioni di scarso bone-stock, in soggetti più anziani e obesi. Non considero, allo stato attuale dell'arte, il resurfacing come una alternativa valida.

SidA: La modularità del collo... un inutile rischio in più o un potenziale vantaggio?



GS: Il collo modulare rischia di farci sbagliare due volte, in quanto, spesso, si corregge un errore con un altro se si utilizza per correggere un errato posizionamento dello stelo o del cotile che, ribadisco, rappresenta la chiave di volta dell'intero sistema. Preferisco avere un sistema unico ed effettuare un corretto posizionamento evitando possibili zone di debolezza. Tuttavia devo confessare che in alcuni casi di revisione cotiloidea dove era stato utilizzato uno stelo con collo modulare, spesso mi è tornato utile per ottenere una migliore stabilità senza dover revisionare lo stelo.

FF: Quando ho iniziato ad usare gli steli corti negli anni 90 era frequente dover gestire una ipermetria conseguente al loro uso, motivo per cui sono stati introdotti i colli modulari che se inizialmente rappresentavano l'ancora di salvezza per la ricostruzione dei parametri morfologici del paziente hanno di fatto dimostrato di avere più effetti collaterali (rottture - metallosi) che vantaggi.

SidA: Paziente giovane attivo. Che accoppiamento?

FF: Il paziente giovane attivo è sicuramente la sfida che oggi dobbiamo affrontare con maggiore attenzione. Ho abbandonato il metallo-metallo, cosa in cui ho creduto fin dagli anni 90, per accoppiamenti resi oggi più affidabili dalla evoluzione dei materiali sia ceramici che del polietilene: ceramica-ceramica fino alla sesta decade di vita, quindi ceramica-PE possibilmente addizionato con Vitamina E.

GS: Non ho mai utilizzato l'accoppiamento ceramica-ceramica, anche per scelta di scuola. I risultati che ho ottenuto con l'accoppiamento ceramica-polietilene altamente cross-linkato sono eccellenti e, soprattutto nel giovane, sono convinto che protegga maggiormente in caso di potenziale evento traumatico.

SidA: Ma un impianto cementato praticamente mai?

GS: Riservo l'impianto cementato ai pazienti molto anziani con frattura del collo femore e nel caso in cui presentino una grave osteoporosi o problemi di stabilità, spesso protesizzo anche il cotile, cementandolo. Cerco di non utilizzare più impianti cementati in pazienti giovani in quanto, in caso di revisione, la rimozione del cemento complica notevolmente l'intervento stesso.

FF: Sono stato un grande sostenitore degli impianti cementati anche se solo sul versante femorale, abbandonati per un certo numero di anni, ma a cui oggi sto facendo ritorno anche in virtù del recente sviluppo di steli cementati corti che a mio avviso coniugano bene concetti di modernità, affidabilità ed economia. Sono convinto che negli anni a venire ci sarà un discreto ritorno a questa metodica che nel resto dell'Europa non ha mai smesso di essere quella predominante.

SidA: Un'ultima domanda. Dopo tanti anni di pratica, ricordate ancora la vostra prima artroprotesi d'anca?



FF: Non ho ricordi particolari perché come spesso accadeva nelle scuole l'avvicinamento alla protesi era graduale passando prima dalle endoprotesi di Moore a quelle biarticolari con stelo cementato e l'unica cosa che realmente mi torna in mente è il fatto che il mio Maestro, senza mai fare commenti, continuava a farmele fare: da cui deducevo che era soddisfatto del mio operato e che si fidava di me; il passaggio ad artroprotesi è stato poi naturale senza enfasi. Come sempre la gradualità è fondamentale, oggi molti giovani si cimentano nella chirurgia protesica senza in realtà aver fatto alcun percorso.

GS: Per effettuare il mio primo impianto protesico ho dovuto aspettare di poter operare in casa di cura (ai tempi consentito dalla legge). Ricordo di aver operato con il mio Maestro alle spalle e, seppur l'intervento andò bene, ho invidiato, per tutta la durata dello stesso, la manualità del mio mentore. Ovviamente anche io come tanti ho seguito il percorso evolutivo da endoprotesi ad artroprotesi, che è avvenuto senza particolari "scossoni". Mi sento di consigliare ai giovani di non avere fretta nell'approcciarsi a questo tipo di chirurgia e di non farsi abbagliare dalle novità che arrivano costantemente, di conoscere tutte le vie di accesso all'anca prima di sceglierne una da utilizzare nella consuetudine e di considerare gli aspetti innovativi offerti dalle tecnologie senza mai distaccare gli occhi dalle passate esperienze che hanno offerto lunghi e sereni follow-up.

SIdA: grazie Presidente Sessa, grazie Vicepresidente Falez!