



La SIdA inaugura il quinto anno della rubrica **frANCamente**, intervista scientifica -e non- sui temi delle patologie e del trattamento dell'anca, con un'intervista doppia ai professori Franco Benazzo ed Alessandro Massè, accademici di prestigio e Direttori della Clinica Ortopedica rispettivamente a Pavia e Torino, in regioni coinvolte immediatamente dalla pandemia da Covid-19.



“L'anca in tempo di Covid”



La chirurgia protesica di anca è l'intervento ortopedico più diffuso e di maggior successo nell'attività di elezione. La pandemia da COVID-19 ha fermato, in maniera praticamente totale nei Paesi colpiti, questa chirurgia. In queste settimane stiamo sperando e lottando per una progressiva riapertura delle nostre attività elettive. Da una parte, ci sentiamo in obbligo verso tutti i pazienti che hanno forzatamente dovuto posporre un intervento atto a eliminare il dolore e le limitazioni funzionali, ed a migliorare la qualità della vita; dall'altra, vanno seriamente presi in considerazione problemi etici che riguardano le indicazioni, la sicurezza nelle nostre sale operatorie, la eliminazione delle possibilità di contagio, la garanzia di una assistenza medica e riabilitativa, e problemi che riguardano la sostenibilità economica di questo tipo di chirurgia.

**SIdA:** Quando possiamo cominciare la nostra attività di chirurgia elettiva?

**FB:** Possiamo enumerare una serie di condizioni sufficienti e necessarie, di cui è importante il rispetto.

L'incidenza della infezione da COVID-19 deve essere nella area in questione drasticamente e costantemente diminuita, e l'autorità sanitaria (regionale) ha concesso il ritorno alla attività elettiva, con tempi e modi da rispettare. L'ospedale deve avere, se accetta pazienti COVID, percorsi e reparti completamente separati; deve essere in grado di garantire il distanziamento sociale in tutte le fasi (pre, intra e post-operatorie), e deve avere quantità e qualità di DPI sufficienti e necessarie. Inoltre, deve avere una riserva organizzativa per una eventuale seconda ondata, dopo che il lockdown è rimosso in parte o in toto.

**AM:** In questo inizio di “fase 2” ci aspettiamo gravi problemi legati al ritorno della patologia traumatica a volumi “normali” in un contesto di importante contrazione delle risorse sanitarie: in Piemonte non è prevista una ripresa in tempi brevi dell'attività di elezione, con l'eccezione ovvia degli interventi urgenti non differibili; sarà necessario attendere che vengano ricostituite le risorse



per le patologie tempo-dipendenti, tra le quali appunto la traumatologia, prima di pensare ad una ripresa della chirurgia elettiva.

**SidA:** Quale tipologia di pazienti affetti da patologia d'anca dobbiamo e possiamo operare?

**AM:** Al momento attuale (inizio della fase 2) siamo ancora vincolati alle indicazioni dell'unità di crisi, che identifica come possibile l'effettuazione di interventi di elezione solo, come ho detto, se urgenti e non differibili; i Direttori delle strutture piemontesi, in assenza di indicazioni diverse, si sono spontaneamente attenuti alle indicazioni della regione Lombardia. Per la patologia dell'anca sono stati effettuati quindi pochissimi primi impianti in pazienti in fase iperalgica non diversamente controllabile. Nella fase 3 ipotizziamo di iniziare con la selezione di pazienti che per età e stato di salute presentino un basso rischio di infezione COVID-19 e si prestino ad un percorso di fast-track per limitare il periodo di permanenza in ospedale.

**FB:** Il problema può essere considerato da diversi punti di vista. La prima risposta è: pazienti con patologia degenerativa d'anca, primaria o secondaria, che provoca dolore controllato solo con antidolorifici maggiori (dato soggettivo, da valutare con VAS), con quadro radiologico di scomparsa completa della rima articolare (contatto bone-on-bone) (dato oggettivabile con adeguato imaging – Tonnis 3), limitazione della articolarietà che limita gli atti semplici della vita quotidiana -vestirsi (dato verificabile all'esame obiettivo – Harris hip score < 30). In realtà, basta adottare i criteri di indicazione chirurgica che dovrebbero sempre guidarci nelle indicazioni, rifiutando i pazienti che possono avere un margine di miglioramento con terapia conservativa adeguata.

La valutazione ASA del paziente merita un commento. Idealmente, i pazienti ASA 1 e 2 sono i soggetti più indicati in questa fase di ripresa, perché diminuiscono le potenziali complicazioni che impegnano risorse magari non prontamente disponibili; peraltro, la descrizione del paziente di cui sopra, appartiene spesso a soggetti in ASA 3 e 4. Se vi fosse necessità di permanenza anche temporanea in reparti TIPO o di TI, la disponibilità di posti in questi reparti va verificata, e programmata, a discapito del normale flusso di casi a cui siamo abituati. Non possiamo pretendere né sperare, che in questa fase la nostra attività chirurgica abbia la stessa fluidità organizzativa cui siamo abituati, anzi una maggiore attenzione a tutti i passaggi organizzativi è d'obbligo.

Considerando invece altri tipi di patologia d'anca e di indicazioni chirurgiche, sono da evitare interventi maggiori con possibilità di complicanze e di eventuali necessità assistenziali importanti, quali le osteotomie periacetabolari e di femore in pazienti displasici, nei pazienti diplegici. Sono accettabili interventi di artroscopia d'anca nei centri dedicati, dove l'impegno organizzativo è rodato, le risorse necessarie limitate, e la dimissione del paziente rapida.

**SidA:** I pazienti devono essere studiati per eventuali sintomi COVID correlati?

**FB:** I pazienti devono essere liberi da infezione da COVID, per quanto possibile dimostrarlo, seguendo le indicazioni che le locali autorità sanitarie hanno stabilito o stabiliranno. Idealmente, il PCR-test eseguito non prima di 48-72 ore prima dell'intervento, e l'esame sierologico, danno una sufficiente sicurezza. All'ingresso, un questionario deve essere assolutamente somministrato, con domande specifiche che riguardano i sintomi tipici della infezione. E' possibile anche inserire una domanda riguardante pregressi recenti viaggi da e in aree con alta incidenza di infezione, ma attualmente in Italia, dopo 2 mesi di lockdown, questo rischio è praticamente azzerato.



In caso di positività del test -è raccomandabile avere un test rapido, in modo da poter essere eseguito al prericovero- il paziente non va ricoverato, o va dimesso dall'area di screening in cui è stato ammesso se in assenza di sintomi, ed affidato alla assistenza territoriale per i successivi controlli e tests, o ammesso in reparto COVID se presenta sintomi che meritano attenzione.

**AM:** Abbiamo istituito un protocollo aziendale (attualmente divenuto regionale) per la diagnosi di COVID nella fase di prericovero. Tra gli esami ematologici di routine sono quindi stati aggiunti esami finalizzati alla diagnosi di COVID (tra cui anche il tampone rinofaringeo) che vengono eseguiti il giorno precedente l'intervento.

**SidA:** Quale tipo di anestesia è raccomandabile? Quale tipo di comportamento chirurgico? Quale tipo di pulizia delle sale?

**AM:** Il nostro protocollo ospedaliero prevedeva già l'utilizzo di anestesie locoregionali laddove possibile, pertanto tale protocollo non è stato variato.

Nei pazienti positivi al tampone o in attesa di tampone (es: emergenze), utilizziamo casco protettivo con ventilazione, mascherina FFP2 e mascherina chirurgica sovrapposta, doppi guanti fissando il primo paio di guanti al camice. Adottiamo inoltre tutte le procedure di vestizione e svestizione suggerite da linea guida OMS. Il personale si prepara nella sala prima dell'arrivo del paziente e solo un operatore vestito si occupa del posizionamento e successivamente si prepara sterilmente.

Nei pazienti negativi, utilizziamo visor, mascherina FFP2 e mascherina chirurgica sovrapposta. Nei pazienti negativi non abbiamo variato i nostri protocolli. Nei pazienti positivi al tampone o in attesa di tampone utilizziamo la seguente procedura. Le superfici e i dispositivi medici vengono puliti con un prodotto disinfettante a base di ammonio cloruro o un disinfettante a base alcolica. La sala operatoria viene quindi pulita con una soluzione di ipoclorito di sodio 1000ppm (1000mg/l). Successivamente viene eseguita una vaporizzazione ambientale al perossido. Purtroppo in questi casi i tempi di cambio tra un intervento e l'altro sono necessariamente dilatati rispetto alla routine.

**FB:** Una accortezza, se non necessità, è di eliminare/limitare le anestesie generali, che producono aerosol in sala operatoria. Sono raccomandabili invece le anestesie loco-regionali. Le procedure specifiche nel blocco operatorio possono variare a seconda della incidenza della infezione nella località in questione, della possibilità di avere blocchi operatori separati per pazienti COVID e non COVID, e della presenza in ospedale di reparti ancora dedicati a questi pazienti.

Il virus non è stato dimostrato nel sangue dei pazienti, e quindi nelle ossa; l'aerosol di particelle organiche prodotto dagli strumenti motorizzati non è quindi infettante per sé, ma può contribuire a mantenere in sospensione eventuale aerosol infetto dal paziente. Di conseguenza, la stretta osservanza delle regole di DPI per i chirurghi è fondamentale, ma stiamo parlando di chirurgia di elezione per pazienti negativi, per cui l'osservanza di queste regole è lasciata alla discrezione della Direzione Sanitaria dell'ospedale

Si discute attualmente sulla maniera di pulire la sala operatoria dopo l'intervento. In situazioni dove la chirurgia elettiva è veramente completamente ristabilita e in ospedali COVID free, possono essere adottate le usuali procedure di pulizia della sala tra gli interventi, così come il trattamento dei ferri chirurgici.

Negli ospedali, definiti misti, e con blocco operatorio non separato, è opportuno adottare metodi di pulizia più approfonditi tra i casi chirurgici. Di conseguenza, tutte le superfici vanno pulite e disinfettate, incluse e soprattutto quelle degli apparecchi vicino all'area anestesiologicala, con tempo



variabile a seconda del disinfettante utilizzato. Apparecchi a UV vanno utilizzati alla fine della giornata (da utilizzare invece tra ogni caso in sale operatorie per pazienti COVID). Il tempo di rimozione degli aerosol, in sale con sistemi di ventilazioni efficienti, è stato calcolato in 21 minuti. Ancora, e ovviamente, il livello di attenzione e pulizia, va commisurato alle variabili riguardanti l'incidenza di infezione, la presenza di pazienti COVID, la qualità della separazione dei percorsi.

**SIdA:** E' diminuita l'incidenza delle fratture di femore nelle persone anziane?

**FB:** Una indagine su 15 centri italiani nel periodo del lockdown, ha dimostrato che l'incidenza sul territorio nazionale delle fratture del femore prossimale è diminuita di poco, in quanto si tratta di fratture che interessano per la maggior parte persone anziane vittime di cadute in ambiente domestico o nelle RSA. Sono scomparse le fratture che occorrono alla stessa classe di popolazione, nei percorsi extradomestici. Si è anche notato che, dal momento in cui la disponibilità e le velocità di esecuzione dei test è migliorata, migliorato l'indice degli interventi sotto le 48 ore, per la maggiore disponibilità delle sale operatorie, libere dal carico traumatologico degli incidenti stradali.

**AM:** Dai nostri dati l'incidenza di frattura di femore è variata durante la quarantena. I pazienti più fragili e più anziani (poco deambulanti prima dell'epidemia) hanno mantenuto un'incidenza simile agli anni precedenti mentre i pazienti anziani meno fragili (più attivi prima della pandemia) riducendo la loro mobilità per le restrizioni hanno diminuito le probabilità di cadere e di andar incontro ad una frattura femorale.

**SIdA:** Quale comportamento dobbiamo adottare nei protocolli post-operatori dei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva d'anca?

**AM:** Al momento, in Clinica da noi non abbiamo variato i nostri protocolli post-operatori in maniera sostanziale.

**FB:** Possiamo individuare una serie di cambiamenti importanti e da adottare.

Innanzitutto, va diminuito il tempo di degenza in ospedale per la regola del singolo paziente per stanza, che dimezza di fatto la disponibilità di letti. I pazienti dovrebbero essere dimessi al domicilio, e non in RSA o centri riabilitativi di cui non conosciamo il rispetto delle regole di contenimento della infezione. Le visite di controllo post-operatorie vanno diminuite nel numero, e il teleconsulto va implementato.

Maggiore attenzione va posta infine nelle raccomandazioni riabilitative, con video/brochure di spiegazione per la esecuzione non assistita degli esercizi necessari. Lo sviluppo di tecnologie di telecontrollo con sensori indossabili, e app dedicate, va implementato. Questi ultimi due punti vanno tenuti in molta considerazione, per la possibile adozione anche in tempi futuri e diversi, in quanto rivoluzionano i concetti riabilitativi, aumentano la qualità del controllo post-operatorio da parte del chirurgo, e abbassano drasticamente i costi.

SIdA: grazie Professor Benazzo, grazie Professor Massè!