



La SidA prosegue il percorso della rubrica **frANCamente**, con un'intervista doppia a Luca Pierannunzii, Executive Editor del Journal of Orthopaedics and Traumatology, e Nicola Santori, Italian Representative nella European Hip Society.



“Hip-Spine Syndrome”

SidA: Hip-Spine Syndrome: non certo una novità...

LP: La definizione di hip-spine syndrome, ovvero dell'associazione tra lombo artrosi e artrosi dell'anca in senso stretto, è tutt'altro che recente: annovera oltre 600 lavori peer-reviewed e almeno mezzo secolo di storia dell'Ortopedia. Oggi se ne parla più che in passato solo perché alcune diagnosi hip-related discretamente attrattive (tra cui le lesioni conflittuali dell'articolazione dell'anca) hanno focalizzato l'attenzione generale sulle relazioni tra patologia del rachide lombosacrale e patologia dell'anca, lasciando intuire potenziali sbocchi terapeutici in un campo che sembrava da tempo aver esaurito le proprie potenzialità di sviluppo.

NS: Se ne parla così frequentemente perché stiamo diventando più bravi e più attenti nella ricerca di un risultato ottimale per i nostri pazienti. È infatti oramai chiaro che, nella nostra ricerca di un risultato funzionale ottimale ed un numero minimo di complicazioni, oltre ai grandi temi come l'approccio chirurgico e la scelta dell'impianto dobbiamo prendere in considerazione anche i particolari e tra di essi lo studio del funzionamento della sincronia spinopelvica.

SidA: Da un punto di vista pratico, voi valutate clinicamente la colonna vertebrale ai vostri pazienti candidati a protesi d'anca?

NS: Quello che interessa a noi, nel momento in cui pianifichiamo la protesizzazione dell'anca è quantificare la rigidità del complesso spinopelvico ed identificare anomalie di posizione strutturate della pelvi. La risposta a questi quesiti è parte della mia visita ortopedica e della raccolta anamnestica. Nella pratica quindi approfondisco sempre, nella discussione con il paziente, la storia



dei suoi sintomi lombari, dei trattamenti eseguiti ed ovviamente di eventuali interventi chirurgici. Dal punto di vista clinico è difficile, soprattutto in un paziente anziano e/o in sovrappeso, capire con l'esame obiettivo quanto una colonna lombare sia rigida. Osservo comunque il paziente nella deambulazione e nella stazione eretta in laterale ed indago sulla dismetria oggettiva e percepita. Pazienti con colonna rigida infatti perdono buona parte della capacità di compenso posturale dopo l'applicazione della protesi e più frequentemente lamentano dismetria dopo l'intervento. È importante parlarne prima e spiegare che con una colonna rigida è più frequente la percezione transitoria di una ipermetria nei primi mesi dopo l'applicazione di una protesi.

LP: Clinicamente sottopongo ogni paziente candidato a sostituzione protesica dell'anca ad un esame obiettivo del cingolo pelvico (misurazione del ROM, Thomas' test, etc). Se parliamo di esami strumentali (in particolare di quelli basati sull'impiego di radiazioni ionizzanti), preferisco non abusarne a condizione che l'esame clinico non abbia fornito risultati dubbi, sospetti o contraddittori.

SidA: Quali radiogrammi fate eventualmente fare della colonna?

LP: Innanzitutto TC e/o RMN sono riservate allo studio dei conflitti disco-radicolari e presuppongono un'obiettività almeno dubbia per radiculopatia. Al contrario credo che esami (tele)radiografici del rachide lombare, del cingolo pelvico e dei femori permettano uno studio cinematico completo, offrendo una visione d'insieme molto utile in grado di guidare il chirurgo in modo preciso e affidabile anche nelle situazioni più complesse. L'esecuzione di questi radiogrammi in diverse posizioni (ortostatismo, clinostatismo, posizione assisa) consente un'efficace discriminazione degli scenari anatomo-clinici e un'analisi accurata dell'equilibrio spino-pelvico nei tre piani di riferimento. La scelta dell'indagine più utile è una valutazione che il chirurgo deve effettuare caso per caso, senza ricorrere a schematismi universali di non provata utilità.

NS: Normalmente mi limito alla richiesta di una colonna lombare in toto, sotto carico, nelle due proiezioni. La radiografia in laterale in posizione seduta è interessante per lo studio delle variazioni di posizione del sacro e della pelvi ma, nella pratica clinica quotidiana, non le utilizzo. Solo nei casi con scoliosi conclamata e dismetria significativa richiedo un rachide in toto sotto carico. TAC o risonanza lombari le richiedo solo se ho il dubbio clinico che i sintomi o parte dei sintomi siano dovuti ad una radicolopatia. In questi casi, talora, anche una elettromiografia può essere indicata.

SidA: Cambiate il vostro atteggiamento in sala operatoria?

NS: Molti campanelli di allarme si accendono quando si opera un paziente con una scoliosi, con una stabilizzazione lombare o con un tilt pelvico significativo perché tutte e tre queste condizioni ci possono creare innumerevoli problemi. Il tilt pelvico ed anche la rotazione della pelvi sono alterati sia nella statica che nel movimento e questo non deve essere sottovalutato. Personalmente, durante l'intervento, in questi casi, multiplico i test intraoperatori che eseguo per valutare la stabilità. In particolare vado a studiare la stabilità nei gradi massimi di flessione oltre i 90° conscio del fatto che una colonna bloccata impedisce il tilt anteriore della pelvi che mi aumenta la copertura posteriore durante la flessione. Sappiamo infatti che una persona "normale" che si siede su una sedia, anche se



apparentemente flette la coscia di 90°, in realtà produce questa flessione per 60° circa con la coxofemorale e per i restanti 30° la flessione con il tilt del complesso spinopelvico che comporta, tra l'altro, anche il riorientamento della cavità acetabolare. Nella colonna fissa, per artrosi o per artrodesi, i 90° di flessione per sedersi sono tutti a carico della coxo-femorale ed inoltre l'acetabolo non si riorienta, l'aumento del rischio di lussazione è esponenziale.

LP: Tendenzialmente non cambio atteggiamento in corso di intervento, altrimenti lo studio preoperatorio non avrebbe senso. Confermo nella mia esperienza l'utilità di operare l'anca in decubito supino, come ho imparato a fare dal mio maestro prof. d'Imporzano. E' una scelta oculata, che permette un approccio all'anca laterale o anteriore rispettoso del balance sagittale.

SidA: E la scelta dell'impianto?

LP: Lo studio delle relazioni hip-spine può evidenziare condizioni di instabilità potenziali o future che potrebbero giovare di una via d'accesso ad hoc o di un disegno protesico dedicato. Se il planning preoperatorio non serve ad anticipare questi problemi, a cosa dovrebbe servire?

NS: Il rischio di lussazione è sicuramente aumentato e sono da preferire, quando possibile, i grandi diametri di testa. Per quanto riguarda l'impianto io credo che, tanto più nei casi complessi, il chirurgo debba tendere ad impiegare la protesi con cui ha più esperienza, di cui conosce meglio lo strumentario ed i piccoli trucchi che spesso fanno la differenza. Ciò non toglie che in casi selezionati si possa dovere ricorrere ad impianti dedicati eventualmente con una aumentata modularità ma questo, ovviamente, dipende da ogni singolo caso. La riparazione/plastica della capsula è essenziale in questi casi.

SidA: Il cotile a doppia mobilità potrebbe essere la soluzione a questo problema...

NS: Io devo ammettere che ho dei sentimenti misti riguardo alla doppia mobilità, forse anche perché ho avuto in passato due casi miei in cui ho dovuto eseguire una revisione per lussazioni ricorrenti e nei quali avevo eseguito un primo impianto con doppia mobilità. Erano due casi ad altissimo rischio di instabilità però, probabilmente, mi sono fidato troppo della doppia mobilità che comunque ha dei limiti e peraltro è più difficile da ridurre a cielo chiuso dopo una lussazione. Nei casi a basso rischio è una opzione, nei casi ad alto rischio può non essere sufficiente e magari un tettino antilussante con una testa 36 mm ed una buona ricostruzione capsulare possono essere più efficaci. Si tratta di mettere in conto di dover dedicare più tempo, eseguire ripetuti test intraoperatori con varie opzioni ed uscire dalla sala operatoria solo quando si è pienamente soddisfatti.

LP: Sicuramente, almeno quando si operi su grandi anziani per i quali l'usura non rappresenti un grosso problema. In pazienti giovani, per i quali la tribologia è un fattore limitante la prestazione dell'impianto, la prospettiva potrebbe essere radicalmente differente, facendoci prediligere un'articolazione di grande diametro di tipo convenzionale.



SIdA: Un'ultima domanda: è opportuno che chirurgo vertebrale e chirurgo dell'anca si interfaccino?

LP: Assolutamente sì, la decisione chirurgica deve essere collegiale e mai unilaterale in questi pazienti. Non esistono regole scolastiche sempre valide e scevre da risultati insoddisfacenti.

NS: È sempre opportuno approcciare questi pazienti di concerto con il chirurgo vertebrale. Per quanto riguarda la decisione sul distretto anatomico da operare prima, se si pensa al rischio di lussazione, io penso che debba essere operata prima l'anca in modo da dare tempo ai tessuti periarticolari di guarire al meglio prima di bloccare un tratto di colonna. Per quanto riguarda la sintomatologia la questione è più delicata. Non sempre, soprattutto nell'anziano, nell'obeso e nel sesso femminile è facile quantificare con precisione quanto dei sintomi vengono dalla colonna e quanto dall'anca. E' importante parlare chiaramente con il paziente e con il collega che si occupa di patologia vertebrale e scrivere nella anamnesi e nel consenso. Il paziente con coxartosi e lomboartrosi può avere una accentuazione dei sintomi lombari dopo la protesi di anca ed il grado di soddisfazione, anche dopo un eventuale intervento alla colonna, è spesso inferiore al risultato standard. Il paziente deve saperlo prima di affrontare questo percorso.

SIdA: grazie Luca, grazie Nicola!