



La Società italiana dell'Anca prosegue il percorso della rubrica **frANCamente**, con un'intervista doppia ai Professori Giovanni Zatti e Claudio Castelli, rispettivamente Presidente e Vicepresidente della SIdA.



**“Quando l'anca si complica....”**

**SIdA:** L'artroscopia è considerata in genere una metodica chirurgica scevra da complicanze, solo perché mininvasiva per definizione. Che ne pensate a riguardo dell'anca?

**GZ:** Ha indicazioni e limiti ancora in fase di definizione ma sicuramente in espansione. Si tratta comunque di interventi lunghi e complessi non scevri da complicanze che vanno conosciute e previste, quindi va riservata a chirurghi esperti. Certo in caso di artrosi avanzata non sussiste l'indicazione.

**CC:** L'artroscopia di anca è una metodica che rimane relativamente giovane perché a mio modo di vedere fatica a crescere. Le ragioni di questa difficoltà di crescita, non tanto nei numeri ma nella qualità dei risultati, sta solo in minima parte nelle complicanze, quantomeno nelle complicanze chirurgiche legate alla trazione, gli accessi e allo strumentario.

Da questo punto di vista la tecnica in genere è molto migliorata rispetto all'inizio. Lo è però nelle mani di ha comunque adeguati volumi di attività. Infatti la curva di apprendimento è lunga e diventa non sostenibile con bassa o occasionale attività chirurgica specifica.

Un'altra ragione sono le corrette indicazioni e quindi l'inquadramento clinico diagnostico della patologia che può essere trattata per via endoscopica. Un esempio ormai accettato di indicazione inappropriata che genera complicanze intese come cattivi risultati è il ricorso alla artroscopia nella patologia degenerativa articolare cronica del giovane adulto o nell'adulto. Abbiamo purtroppo una lunga esperienze di fallimenti con le medesime indicazioni nel ginocchio, che pure è una sede anatomica più agevole. In medicina imparare dagli errori è fondamentale.



**SIdA: In traumatologia, le fratture di acetabolo hanno una dignità sempre più chirurgica. Ma i risultati rispecchiano le attese?**

**CC:** La maggior parte delle fratture acetabolari vanno trattate chirurgicamente mediante riduzione aperta ed osteosintesi; anche in questo caso il volume di attività e quindi l'esperienza e la tecnica chirurgica (incluso la scelta e l'esecuzione dell'accesso chirurgico) generano buoni risultati e riducono in modo sensibile le potenziali complicanze perioperatorie. Purtroppo anche una riduzione anatomica e una sintesi interna stabile possono essere insufficienti ad evitare la coxartrosi post traumatica o la necrosi, anche se non ci sono ben chiari tutti i fattori prognostici negativi.

Dobbiamo comunque ricordare che una protesizzazione secondaria precoce (entro i primi 3 anni) in esito a osteosintesi di frattura acetabolare è complessa e ha una elevata probabilità di complicazioni. Anche per questa ragione le condizioni in cui è indicata la sostituzione protesica in acuto o sub acuto sono in relativo incremento e riguardano alcuni tipi di fratture nel paziente anziano attivo che ha avuto un trauma maggiore (in genere da attività ludico sportiva).

**GZ:** E' un argomento complesso ed in continua evoluzione. In linea di massima però direi che la osteosintesi rimane l'approccio di prima scelta in mani esperte, riservando le protesi in acuto (o subacuto dopo consolidazione della frattura) in casi particolari (anziani, frattura della testa associata, fratture comminute/impattate del tetto).

**SIdA: Sul versante femorale, le fratture della testa sono lesioni che dovremmo considerare "complicate" a prescindere?**

**GZ:** Le fratture della testa sono complicate per definizione. La ricostruzione anatomica è mandataria ed è un bell'esercizio chirurgico. La prognosi è comunque "riservata".

**CC:** Le fratture associate della testa (con lussazione semplice dell'anca e/o con fratture acetabolari) sono senza dubbio complicate anche solo per il tipo di pattern traumatico che le ha provocate e al fatto che si osservano tipicamente nei giovani. L'insorgenza di coxartrosi secondaria in tempi più o meno lunghi o di necrosi in tempi brevi è statisticamente alta.

Il loro trattamento mediante riduzione e osteosintesi richiede la lussazione chirurgica, che è un altro fattore di incremento intrinseco di complicanze. La lussazione chirurgica però è un altro esempio di tecnica "complessa" che è tanto più sicura se condotta in modo rigoroso rispettando precise regole anatomiche. Può diventare utile anche nel trattamento di particolari fratture acetabolari. Torniamo quindi al concetto della relazione fra volume di attività miglioramento degli esiti e riduzione delle complicanze.

**SIdA: L'artroprotesi totale d'anca è stato considerato "l'intervento del secolo". Ma nel XX secolo. Adesso che siamo nel nuovo millennio, le aspettative dei pazienti sono molto cambiate...**

**CC:** L'artroprotesi totale di anca elettiva primaria è una procedura che sempre va pianificata e condotta con obiettivo vicino a "zero complicanze". Per ottenere questo però non dobbiamo



banalizzare un intervento che pure è estremamente frequente e non farlo percepire come banale al paziente.

I chirurghi devono ricordare che non esistono interventi facili e difficili, ma solo interventi che siamo in grado di rendere altamente riproducibili; quindi il rigore e la cura ossessiva dei dettagli vanno applicati anche in una chirurgia routinaria. Suggestisco un breve “debriefing” con se stessi dopo ogni intervento e aver visionato il risultato radiologico: ogni piccola imperfezione va ricercata e compresa. Come ho già detto in medicina si impara dagli errori, anche se sono solo piccole imprecisioni che vediamo perché ricerchiamo in modo molto rigoroso.

Il concetto poi di imprecisione è diverso da quello di complicità. Un esempio noto è quello della dismetria. La percezione di arto più lungo nei primi giorni dopo l'intervento (che è un sintomo da considerare, non invece la misura clinica o radiologica della eventuale eterometria) diventa motivo di contenzioso se non è gestito direttamente dal chirurgo. Spiegare il concetto di obliquità pelvica, di geometria originale del femore prossimale rispetto a quella protesica, di offset (verticale e orizzontale) e le correlazioni con la stabilità articolare che invece è un reale problema clinico) è nostro compito e non lasciato ad altre figure professionali che non hanno competenze e si limitano in genere a prescrivere solette di compenso della dismetria, come se (spesso dico) si trattasse delle gambe di un tavolo.

Nel nuovo millennio la percezione e l'aspettativa dei pazienti sono infatti più influenzate da quello che definisco “marketing sanitario” piuttosto che dalle oggettive conoscenze scientifiche. Questo rende difficile il colloquio e l'informazione ai pazienti.

Se rispettiamo la regola del rigore e cura ossessiva dei dettagli e non cadiamo nella trappola dell'adequarsi all' “advertising” durante il colloquio e l'informazione che diamo ai paziente saremo sempre più vicini ad un realistico obiettivo “complicità partial zero”.

**GZ:** Rimarrà tale anche nel XXI (insieme alle protesi di ginocchio). Certo dobbiamo cercare di contrastare la tendenza (tutta commerciale) di “banalizzare” (le protesi usa e getta, le protesi eterne, tutto deve essere fast e mini) un intervento che comunque rimane complesso e non scevro da complicità, seppur rare.

#### **SIDA: L'instabilità dell'impianto è ancora una complicità temuta.**

**GZ:** La lussazione dell'impianto rimane una complicità importante. Non penso che il ricorso a teste eccessivamente grandi ed alla doppia mobilità possano risolvere completamente il problema, introducendo invece altre problematiche come è successo in passato. In alcuni casi però possono essere di aiuto. Certo il posizionamento delle componenti anche in relazione alla posizione delle pelvi rimane fondamentale sia per la stabilità che per un corretto funzionamento dell'impianto.

**CC:** L'instabilità che si manifesta con la lussazione precoce o tardiva è una complicità “molto fastidiosa” ed ancora temuta. Nei registri rimane la seconda causa di revisione (circa il 20%) di protesi primarie. Per dare una unità di misura l'incidenza della eterometria come causa di revisione è di circa l' 1%. Abbiamo quindi un ampio margine di miglioramento.

Riguarda la gestione dei tessuti molli, indipendentemente dalla via di accesso, la ricostruzione della reciprocità e della bilancia articolare. In merito alla reciprocità il rinnovato concetto di doppia



antiversione è rilevante ai fini della stabilità articolare. Così come il concetto di offset verticale e orizzontale relativamente alla bilancia articolare. In sintesi la stabilità articolare in funzione dell'orientamento nei tre piani dello spazio delle superfici articolari (testa femorale e coppa acetabolare) ed il bilanciamento dei tessuti molli.

Va poi riconosciuta e considerata la posizione relativa sul piano sagittale della pelvi, il cosiddetto tilt pelvico. E' ormai noto che il tilt pelvico e le sue modificazioni in posizione eretta e seduta influenzano la copertura acetabolare. Una condizione a rischio di lussazione è ad esempio quella dei pazienti che essendo stati sottoposti a stabilizzazione spino-pelvica hanno di conseguenza un tilt pressoché azzerato e quindi una potenziale scoperta acetabolare a parità di antiversione.

Oltre a questi aspetti di pianificazione e tecnica chirurgica, sul versante della selezione dell'impianto abbiamo utilizzato, con risultati alterni, teste grandi (> 32 mm), inserti ritentivi e coppe a doppia mobilità. Queste ultime al momento attuale sembrano dare i migliori risultati.

#### **SIDA: Le fratture periprotetische femorali: complicanza o "storia naturale" per l'innalzamento della vita media?**

**CC:** Le fratture periprotetische post operatorie stanno diventando la complicanza più importante, anche ai fini della prognosi quoad vitam. Si stima che in una popolazione che abbia un follow-up di 20 anni circa, il 12% dei pazienti portatori di protesi di anca vada incontro ad una frattura periprotetica. E' però ancora più preoccupante il dato che nelle fratture di tipo B secondo la classificazione di Vancouver le complicanze (la mobilizzazione, l'infezione, la pseudoartrosi e la lussazione) possono raggiungere il 50 % dei casi trattati.

Farei quindi 2 considerazioni e proposte: occupiamoci prima del problema favorendo tutto ciò che può prevenire le fratture periprotetische (riduzione delle cadute, trattamento della osteoporosi, selezioni dei pazienti da sottoporre a protesi di anca primari, selezione degli impianti che sono meglio tollerati da un osso "relativamente fragile"); impariamo dalle complicanze per meglio identificare, nel caso specifico, la scelta terapeutica più appropriata: soprattutto nella scelta fra osteosintesi verso revisione protesica.

Per le fratture periprotetische intraoperatorie che hanno già una bassa incidenza, mi auguro e sono convinto che si possa raggiungere un livello di complicanze "partial zero".

**GZ:** La cementazione dello stelo riduce i rischi di fratture intraoperatorie nel paziente anziano, espone però ad altri rischi e quindi il discorso è ancora aperto. Per quelle traumatiche postoperatorie è una problematica in aumento che necessita di un approccio terapeutico modulato caso per caso.

#### **SIDA: La rottura dei materiali sembra invece una complicanza davvero rara...**

**GZ:** Ormai riguardano quasi esclusivamente gli inserti di ceramica con teste di grande diametro oppure i colli modulari. Le prevengo non utilizzando accoppiamenti Ce-Ce né steli modulari nel primo



impianto.; i moderni polietileni sembrano costituire un miglioramento, ma certo il problema dell'usura a lungo termine, seppur ridotto, permane.

**CC:** La rottura dei materiali in senso stretto, è una complicanza rara. Le teste in ceramica hanno ora un rischio quasi trascurabile di rottura, mentre sono ancora da temere le rotture degli inserti in ceramica nell'accoppiamento ceramica- ceramica. Nelle coppe modulari (che sono quelle maggiormente utilizzate) il tempo chirurgico dell'inserimento dell'inserto ceramico è critica; è infatti in questa fase che si possono determinare i presupposti per la successiva rottura dell'inserto. Un incastro imperfetto nel cono morse interno della coppa acetabolare è una complicanza non infrequente e spesso non rilevata intraoperatoriamente. Serve una particolare attenzione soprattutto nelle coppe acetabolari “ multinserto” (che accettano sia polietilene che ceramica) che hanno di necessità un angolo di cono morse di 10°, a differenza di dispositivi che essendo stati disegnati solo o soprattutto per accettare inserti in ceramica hanno un angolo di cono morse di 18°. Personalmente uso coppe multinserto perché offrono il grande vantaggio della flessibilità nella scelta dell'accoppiamento, e presto una grande attenzione alla fase d inserimento dell'inserto.

Abbiamo invece ora molte più conoscenza e consapevolezza dei fenomeni di tribocorrosione di ogni connessione modulare (collo-testa e stelo-collo).E' un altro capitolo, ma in qualche modo un fenomeno “minore” di rottura dei materiali che può avere conseguenze cliniche non meno rilevanti delle rotture. Peraltro in certi tipi di modularità stelo-collo, rotture propriamente dette sono state osservate in modo non occasionale.

**SIdA: Dopo tanti anni di pratica, cosa vi sentite di consigliare ad un giovane collega per evitare le complicanze nella chirurgia dell'anca?**

**GZ:** Di dedicarsi alla artroscopia di ginocchio! In alternativa di non farsi prendere da mirabolanti chimere commerciali ed affidarsi a tecniche e prodotti ben collaudati.

**CC:** Tre consigli: studiare e lavorare molto; non sottovalutare nessun intervento chirurgico e agire come se ogni caso debba essere il caso migliore; essere fortunati: ma... come si dice nello sport il bravo giocatore è spesso fortunato.

**SIdA: Un ultima domanda. Parliamo della vostra esperienza personale: qual è la complicanza che ricordate ancora oggi?**

**CC:** Mi ricordo una lesione vascolare durante una revisione cotiloidea. E' successo nei primi anni 2000: il difetto acetabolare era particolare ed avevo programmato di utilizzare una coppa “bilobata” per colmare un difetto prossimale esteso e ripristinare il centro di rotazione con una interfaccia di fissazione diretta non cementata. Con questi dispositivi le opzioni spaziali di applicazione delle viti sono limitate e non sempre ideali. Era stato indaginoso scegliere e trovare supporto osseo adeguato alla fissazione supplementare con viti nel quadrante sicuro. Il primo tentativo di “scelta e reperimento “ di osso iliaco utile non era sempre stato un successo. Tutto sembrava comunque fatto bene (la paziente fino all'ultimo controllo pochi anni fa manteneva il suo impianto stabile e funzionante), durante l'intervento e la fase di chiusura non era stato osservato sanguinamento.



Alla fine dell'intervento a paziente supina è stata osservato un progressivo incremento di volume dell'addome con iniziale instabilità emodinamica. Nella sala operatoria vicina aveva appena finito di lavorare un amico collega Chirurgo Vascolare, sia affaccia per salutarmi, gli chiedo un parere. In pochi minuti senza ulteriori indagini è stato deciso un accesso retroperitoneale per i vasi iliaci e si è reperita e trattata mediante sutura una piccola lesione iliaca venosa parietale. Non c'era protrusione o contatto con viti, ma probabilmente la lesione si era verificata con il perforatore motorizzato durante tentativi impropri di trovare osso iliaco.

Lezione imparata: non tutte le lesioni vascolari maggiori si manifestano con un sanguinamento evidente, l'osservazione perioperatoria immediata prima di dimettere il paziente dal blocco operatorio è essenziale. E bisogna essere fortunati: in quel caso non credo di essere stato bravo, fortunato sì.

**GZ:** Quello che temo di più è l'infezione; quello che più mi mortifica è la lussazione (in quanto più chirurgo-dipendente).

Ne ricordo una in particolare: lussazione anteriore nell'imminente post operatorio, la testina in ceramica (non battuta) al tentativo di riduzione si è sfilata e dislocata intrapelvi. Col chirurgo generale abbiamo dovuto rimuoverla attraverso una via retroperitoneale. Da allora batto anche la testina in ceramica.

**SIdA:** grazie Presidente Zatti, grazie Vicepresidente Castelli!