



Return to Sports After Joint Preservation Hip Surgery.

S Yacovelli, J Parvizi

Orthop Clin North Am. 2020 Oct;51(4):427-439.

Abstract Femoroacetabular impingement results from a mismatch of congruency between the femoral head and the acetabulum. This condition is most common among young, active patients and may lead to pain, decreased quality of life, and inability to participate in athletics. Hip preservation surgery is widely performed and used as a definitive treatment option in athletes at all levels of competition. Athletes have reported high rates of return to play and satisfaction and expect rehabilitation to require approximately 4 to 6 months. This article provides an overview of femoroacetabular impingement, including diagnosis and treatment, with focus on athletes and return to play.

Commento:

Questo articolo offre una completa ma allo stesso tempo sintetica panoramica sul conflitto femoroacetabolare (FAI) ed in particolare affronta uno dei temi più sentiti dai pazienti che si sottopongono ad interventi di chirurgia conservativa dell'anca ossia la capacità di ritorno allo sport dopo l'intervento.

Le alterazioni radiografiche tipiche del conflitto di tipo CAM o Pincer sono un frequente riscontro nella popolazione generale rispettivamente del 23% e del 67%, ma ancor di più nella popolazione sportiva la cui prevalenza è risultata rispettivamente del 54.8% e del 49.5%.

La causa dell'aumento della prevalenza della morfologia CAM nei soggetti sportivi sembrerebbe da imputare ad eccessivi stress cui viene sottoposta la fisiologia del femore nella fascia di età tra i 10 e i 14 anni nei maschi e 8-12 anni nelle femmine. Alcune attività sportive che prevedono carichi ripetitivi di flessione dell'anca come il calcio, l'hockey, il football ed il basket sono maggiormente associate allo sviluppo di questa morfologia. Queste alterazioni sono spesso asintomatiche. Per poter parlare di patologia, e non solo di morfologia da conflitto, queste alterazioni radiografiche devono accompagnarsi ad una sintomatologia dolorosa.

Il dolore può avere diverse localizzazioni, generalmente a livello inguinale ma può essere riferito anche in regione trocanterica o glutea. Il paziente lo indica come un dolore profondo e lo localizza abbracciando il trocantere con il palmo della mano e con il pollice a livello gluteo e l'indice a livello inguinale a formare il cosiddetto "C-sign". Inizialmente il dolore è di intensità lieve e viene esacerbato solo dall'attività sportiva o da attività ad alto impatto, poi con il progredire del danno articolare diventa sempre più costante e affligge anche le attività della vita quotidiana.

La diagnosi, che si avvale oltre che di test clinici quali il FADDIR anche di esami radiografici specifici e di artro-RMN dell'anca, spesso risulta ancora oggi tardiva. Con pazienti che ricevono la diagnosi quando già si è instaurato un processo degenerativo artrosico dell'articolazione a dispetto spesso della giovane età. La durata dei sintomi preoperatori ed il grado di artrosi dell'anca sono due dei principali fattori associati ad un risultato postoperatorio più scadente e limitato nel tempo. (1). Spesso, il conflitto femoroacetabolare si associa a patologie di compenso extra-articolare come possono essere la groin pain syndrome (2) o le tendinopatie glutee all'inserzione trocanterica. (3)



Nei pazienti affetti da FAI il trattamento conservativo, che consiste in fisiochinesiterapia, modifica dello stile di vita ed infiltrazioni intra-articolari, può portare ad un miglioramento dei sintomi ma spesso comporta una sospensione o una modifica dell'attività sportiva ed il beneficio spesso si riduce con il passare del tempo, pertanto la scelta preferibile nel paziente giovane e sportivo in assenza di segni degenerativi artrosici dell'anca.

La correzione delle deformità può essere eseguita in chirurgia aperta, mediante la lussazione chirurgica descritta da Ganz, oppure con tecnica artroscopica. Entrambi gli approcci si sono dimostrati efficaci in termini di miglioramento clinico e di ritorno allo sport. Reiman et al hanno riportato un tasso di ritorno allo sport per la chirurgia aperte, mini-opem ed artroscopica del 89%,89% e 91% rispettivamente (4).

In una recente revisione sistematica della letteratura e metanalisi il ritorno alla pratica sportiva è in media recuperato nell'84.6% dei casi a circa 7.4 mesi in media dall'intervento (5). Il ritorno alla pratica sportiva allo stesso livello pre-sintomatico è riportato in circa l'82% dei pazienti.

Gli atleti professionisti hanno mostrato una percentuale di ritorno allo sport più alta rispetto agli atleti amatoriali: rispettivamente nell'82-93.3% versus 66.7-84% dei casi (5).

La capacità di ritorno allo sport può tuttavia variare in base al tipo di sport. I giocatori di hockey operati di artroscopia di anca per FAI, in particolare i portieri, hanno fatto registrare una durata della carriera ed un numero di partite per stagione inferiore rispetto al gruppo controllo di giocatori; fatto non osservato invece nei giocatori di football, baseball e basketball(6). Anche i pazienti coinvolti in sport di durata ed in particolare la corsa hanno mostrato una percentuale di ritorno alla pratica sportiva più bassa (7).

La percentuale di partecipazione ad attività sportive ha tuttavia mostrato un decremento con il passare del tempo dall'intervento: Philippon MJ (8) ha registrato un decremento dal 93% al 78% di ritorno allo sport nell'arco di tempo di 1,6 anni, Nho SJ (9) ha riportato risultati simili con tassi di ritorno allo sport allo stesso livello che sono passati dal 92,3% al 78% ad un anno fino al 73% a 2 anni dall'intervento.

Infine, bisogna ricordare che il ritorno alla pratica sportiva non sempre può essere nel miglior interesse per il paziente. Infatti, le attività sportive ad alto impatto possono accelerare il processo degenerativo articolare (10). Pertanto, nei pazienti con lesioni condrali significative e/o evidenza di un processo artrosico il ritorno alla pratica sportiva dovrebbe essere considerato con attenzione ed una modifica dello stile di vita potrebbe essere opportuna per preservare l'articolazione più a lungo.

Bibliografia:

1. Pierannunzii L, Di Benedetto P, Carulli C, Fiorentino G, Munegato D, Panasci M, Potestio D, Randelli F, Della Rocca F, Rosolen V, Giangreco M, Santori N. Mid-term outcome after arthroscopic treatment of femoroacetabular impingement: development of a predictive score. *Hip Int.* 2019 May;29(3):303-309. doi: 10.1177/1120700018786025. PMID: 29987953.
2. Munegato D, Bigoni M, Gridavilla G, Olmi S, Cesana G, Zatti G. Sports hernia and femoroacetabular impingement in athletes: A systematic review. *World J Clin Cases.* 2015 Sep 16;3(9):823-30. doi: 10.12998/wjcc.v3.i9.823.



3. Meghpara MB, Bheem R, Shah S, Shapira J, Maldonado DR, Rosinsky PJ, Lall AC, Domb BG. Prevalence of Gluteus Medius Pathology on Magnetic Resonance Imaging in Patients Undergoing Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement: Asymptomatic Tears Are Rare, Whereas Tendinosis Is Common. *Am J Sports Med.* 2020 Oct;48(12):2933-2938. doi: 10.1177/0363546520952766. PMID: 32881581
4. Reiman MP, Peters S, Sylvain J, Hagymasi S, Mather RC, Goode AP. Femoroacetabular impingement surgery allows 74% of athletes to return to the same competitive level of sports participation but their level of performance remains unreported: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2018;52(15):972–81. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098696>
5. O'Connor M, Minkara AA, Westermann RW, Rosneck J, Lynch TS. Return to Play After Hip Arthroscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Sports Med.* 2018 Sep;46(11):2780-2788. doi: 10.1177/0363546518759731. PMID: 29595996
6. Jack RA 2nd, Sochacki KR, Hirase T, Vickery J, McCulloch PC, Lintner DM, Harris JD. Performance and Return to Sport After Hip Arthroscopy in the National Basketball Association. *Arthroscopy.* 2020 Feb;36(2):473-478. doi: 10.1016/j.arthro.2019.09.013. PMID: 31866277
7. Weber AE, Nakata H, Mayer EN, Bolia IK, Philippon MJ, Snibbe J, Romano R, Tibone JE, Gamradt SC. Return to Sport After Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement Syndrome in NCAA Division I Athletes: Experience at a Single Institution. *Orthop J Sports Med.* 2020 May 22;8(5):2325967120918383. doi: 10.1177/2325967120918383. PMID: 32548179
8. Philippon MJ, Weiss DR, Kuppersmith DA, Briggs KK, Hay CJ. Arthroscopic labral repair and treatment of femoroacetabular impingement in professional Hockey players. *Am J Sports Med* 2010; 38 (1): 99-104. doi: 10.1177/0363546509346393. PMID: 19966097
9. Nho SJ, Magennis EM, Singh CK, Kelly BT. Outcomes after the arthroscopic treatment of femoroacetabular impingement in a mixed group of high-level athletes. *Am J Sports Med* 2011; 39 (Suppl): 14S-19S. doi: 10.1177/0363546511401900. PMID: 21709027
10. Casartelli NC, Leunig M, Maffiuletti NA, Bizzini M. Return to sport after hip surgery for femoroacetabular impingement: a systematic review. *Br J Sports Med* 2015; 49 (12): 819-24. doi: 10.1136/bjsports-2014-094414. PMID: 25841163

Daniele Munegato

Comitato Anca, sport e attività fisica



**Return to Sports After Total Hip Arthroplasty: A Survey Among
Members of the European Hip Society.**

Thaler M, Khosravi I, Putzer D, Siebenrock KA, Zagra L.

J Arthroplasty. 2021 May;36(5):1645-1654.

Abstract: BACKGROUND: The study's aim was to summarize the recommendations given by members of the European Hip Society (EHS) regarding sport activities after total hip arthroplasty (THA). METHODS: Members of the EHS were invited to complete an online web-based questionnaire including recommendations for 47 sports disciplines. The questions regarding the specific sports were also divided into 4 subcategories: "allowed," "allowed when experienced," "not allowed", and "no opinion." Four intervals for resuming the sports activities after THA were evaluated: within 6 weeks after THA, 6 to 12 weeks after THA, 12 weeks to 6 months after THA, and more than 6 months after THA. Consensus on resuming sports was analyzed. RESULTS: A total of 150 (32.9%) EHS members participated in the survey. Agreement was found for 5 sports activities in the first 6 weeks after THA, for 10 activities, 6 to 12 weeks after surgery, for 26 activities, 3 to 6 months after THA, and for 37 of 47 activities, 6 months after surgery. Sports activities which were not allowed after THA were handball, soccer and football, basketball, full contact sports, and martial arts. CONCLUSION: This is the first report describing the recommendations of European hip arthroplasty surgeons on resuming sport activity after THA. Most physical activities were allowed for the patients 6 months after THA. The experience of the patient in performing a distinct sport activity did not influence the recommendations to return to former sports activities. European surgeons are progressively mitigating restrictions to sports after THA. Further studies should evaluate the effects of this trend on patients' outcome and implant survival.

Commento:

La protesi totale di anca è uno degli interventi di successo più praticati. In Italia si eseguono circa 100.000 PTA ogni anno e negli ultimi anni vi è stato un incremento del 141%, soprattutto nei soggetti giovani. Sono maggiormente donne di età comprese tra i 66 e i 72 anni. Il numero è in costante crescita, così come stanno aumentando anche i pazienti sempre più giovani e le loro aspettative con richieste funzionali sempre maggiori. Non trattasi solo di pazienti ex sportivi ma anche pazienti che vogliono svolgere attività fisiche a tutte le età per tenersi in forma o per socializzare.

Le tecniche ed i materiali migliorati, lo sviluppo di grandi teste, i polietilene cross-linked e le nuove ceramiche hanno migliorato la sopravvivenza degli impianti a parità di rigorosa tecnica chirurgica ed esperienza del chirurgo stesso.

Spesso vi sono delle limitazioni date dai chirurghi a svolgere attività post-operatorie per evitare problemi e complicanze. Le attuali raccomandazioni si basano sulle preferenze personali e sui sondaggi dei chirurghi. Spesso si confrontano risultati diversi, come diverse sono le esperienze dei chirurghi a seconda delle scuole di provenienza e della nazione.

Lo scopo di questo articolo è esaminare la letteratura recente sull'argomento e di analizzare raccomandazioni per il ritorno allo sport dopo THA fatte dai membri della European Hip Society cercando di fornire delle linee guida. In particolar modo verrà commentato l'articolo: "Return to Sports after THA: a survey among members of the European Hip Society (EHS)".



Una survey è stata inviata via mail a 510 membri della EHS. L'elenco prevedeva 47 attività fisiche e sportive. E' stato chiesto al chirurgo ortopedico di assegnare a ciascuna una categoria da 1 a 4 (permessa, permessa con paziente esperto, non permessa, nessuna opinione). Ciascun parere doveva riguardare attività nei seguenti periodi: 6 settimane, 6-12 settimane, 12settimane – 6 mesi, > 6 mesi dall'intervento.

Solamente 150 chirurghi hanno completato la survey (30,6%). Di questi il 66,7% eseguivano più di 100 THA all'anno ed il 98% si classificava come specialisti in THA reconstruction.

92 (61%) dei chirurghi eseguivano sport >2 volte/settimana. 58 (39%) < 2 volte settimana.

Per quanto concerne gli aspetti tecnici il 71,3% delle THA erano non cementate, ibride (12,7%) e all cemented nel 11,3% dei casi.

L'accoppiamento più utilizzato era il ceramica-polietilene (65,8%), ceramica-ceramica (16,8%) e metallo-polietilene (12,1%). Alcuni chirurghi affermarono che usano metallo on metal (0,7%) e dual mobility (4,65%) come prima procedura. Una testina di <32 mm era utilizzata nel 48% dei casi con maggiori restrizioni nello sport rispetto alla >36 mm.

Gli accessi chirurgici erano ampiamente rappresentati: il 40,3% (60) utilizza il posteriore, 20,8% (31) l'anteriore diretto, il 14,1% (21) l'anterolaterale e il 24,9% (38) esegue altri approcci chirurgici. I partecipanti che utilizzavano l'accesso anteriore diretto concedevano maggiormente a 12 settimane – 6 mesi sport quali snowboard, pallamano, calcio e football.

Per l'utilizzo della macchina: 58,5% concedeva a 6 settimane, 33,3% a 6-12 settimane, 1,4% 12 settimane-6 mesi. Raccomandazioni su FKT: esercizi da fare a casa 43,3%, outpatient 42,7%, in-patient 3,3% e nessuna fkt 10,7%. Lunghezza della fkt: il 38,7% affermo che bastava un mese, il 39,9% disse che era necessario più di un mese.

Da una dettagliata valutazione generale nei vari periodi dopo la THA erano concesse le seguenti attività fisiche:

< 6 settimane: camminare, salire le scale, cyclette, nuoto acqua fitness

>6 settimane: bicicletta, camminata nordica, golf, yoga e danza

12 settimane: jogging, jogging in strada, correre in collina, mountain bike, vela, canottaggio, escursionismo, arrampicata, tennis doppio, tennis tavolo, tai-chi, fitness e sollevamento pesi, aerobica, equitazione, bocce

6 mesi: corsa, surf, windsurf, kayak, canyoning, sci, sci nordico, tennis singolo, badminton, cross-training

Dopo 6 mesi non erano raccomandati pallamano, calcio, football, basket, full contact sport, boxe, arti marziali, squash, snowboard, volley, slittino.

Alla domanda sui rischi legati all'attività sportiva le risposte sono state le seguenti: 37,3% lussazioni, 20,7% fratture periprotetiche, 20% usura polietilene e 15,3% mobilizzazione asettica. Il 6,7% correlava il rischio al tipo di attività sportiva praticata.

I vantaggi dell'attività fisica rispetto alla sedentarietà sono stati dimostrati in numerosi lavori con migliaia e migliaia di pazienti in numerosi campi. Pensiamo che semplici 15 minuti di attività con esercizi a moderata intensità producono un guadagno di circa 2,5 anni di aspettativa di vita rispetto ai sedentari. Tanti vantaggi possono aversi per contrastare diverse malattie e le loro complicanze oltre alla mortalità.

Non pare strano pertanto trovare pazienti sempre più attivi ed esigenti che cercano di migliorare il loro stato di forma con attività fisica giornaliera e settimanale. Tra l'altro l'attività sportiva favorisce l'interazione sociale delle persone. È fondamentale calmierare le aspettative eccessive dei pazienti con suggerimenti saggi ed equilibrati.



Un maggior numero di attività sportive era concesso a chi era costantemente allenato con gli sport, e a chi aveva utilizzato testine uguali o >36 mm. L'utilizzo dell'approccio anteriore può portare ad un incremento dell'attività sportiva ed è tuttora in crescita.

Dei 47 sport analizzati la possibilità di parteciparvi era legato al tempo dall'intervento:

6 settimane: 5/47 (11%) erano concessi

12 settimane: 10/47 (21%)

12 settimane – 6 mesi: 26/47 (55%)

>6 mesi: 37/47 (79%)

Vi è un trend in incremento dell'attività sportiva concessa per i pazienti allenati e che hanno sempre maggiore confidenza con la protesi. Chirurghi fisicamente attivi hanno una maggior tendenza a prescrivere attività fisica ai pazienti: il 61,7% dei chirurghi della survey esegue attività sportiva almeno 2 volte la settimana.

Limiti di questa interessante survey sono: hanno risposto solo il 30,6% dei chirurghi. È davvero un peccato considerando l'importanza dell'argomento ed il livello di conoscenza di chirurghi; è un internet based survey. Altro dato che deve essere considerato è che i risultati non sono basati su forte evidenza scientifica ma piuttosto sulla pratica clinica dei chirurghi.

Lo scopo della survey era comunque di valutare che tipo di raccomandazioni vengono fornite ai pazienti vista la mancanza di consensus. In conclusione si può affermare che ai pazienti operati di THA sono concesse diverse attività sportive nei vari periodi. Dopo i 6 mesi sono tantissime le attività praticabili. Via via vi sono sempre meno restrizioni ma occorrono maggiori conoscenze e evidenza. Sono necessari ulteriori studi per valutare gli effetti di questi trend sui risultati dei pazienti e sulla sopravvivenza degli impianti

Nella nostra piccola realtà territoriali attualmente stiamo eseguendo 250 impianti protesici all'anno: 174 sono TKA (69,6%), 61 sono THA (24,51%) e 15 sono TSA (5,88%)

Delle 61 THA il 100% sono eseguite dallo stesso chirurgo (MC), la via d'accesso utilizzata è la postero-laterale. Le testine preferite sono quelle uguali o maggiori di 36 mm. L'accoppiamento preferito è il ceramica-polietilene nel 100% dei casi. Tutte le protesi sono non cementate.

Il paziente è istruito sulla riabilitazione da fare già dalla visita ambulatoriale ed è incentivato a svolgere gli esercizi da solo oltre che con la supervisione o con il lavoro del terapista.

Il carico totale con 2 bastoni canadesi è concesso in prima giornata con carichi di lavoro crescenti.

In 4 giornata viene trasferito in riabilitazione post-acute per ulteriori 10 giorni per sottoporsi a programma riabilitativo intensivo. I pazienti sotto i 60 anni in 4 giornata vengono inviati direttamente a casa.

La riabilitazione viene incoraggiata per almeno 2-3 mesi con lavoro costante con il terapista e da solo.

Il paziente fa i controlli clinici e radiografici a 1 mese, 3 mesi, 6 mesi ed 1 volta all'anno. In tali controlli vengono enfatizzate le raccomandazioni sia su quello che può essere concesso che no. Si discute sulle varie attività giornaliere e fisiche e sportive

Sull'attività fisica siamo d'accordo che i pazienti non devono essere sedentari e devono muoversi quanto prima onde evitare altri problemi oltre che contrastare l'obesità e le malattie metaboliche con rischi di complicanze. Stiamo infatti orientando i pazienti verso uno stile di vita più attivo e meno sedentario

Un'ampia analisi critica sull'argomento, la ricerca della best evidence, il nostro atteggiamento sempre molto critico verso la fashion therapy associato anche alla nostra minor esperienza nella chirurgia dell'anca, ci ha portato ad essere un attimino più severi e critici sul ritorno allo sport dopo protesi totale di anca.



Concediamo molto poco ai pazienti se non sono fortemente motivati o allenati. Trattandosi maggiormente di pazienti obesi, femmine, non sportivi non abbiamo nemmeno tanti pazienti sportivi con alta richiesta. Diverso è il sottogruppo di maschi più giovani che pongono mille domande (età 35-60 aa)

Analizzando la tabella globale dei 47 sport in base al tempo dall'intervento e rapportandola alla nostra attività facciamo i seguenti commenti: < 6 settimane: camminare, salire le scale, cyclette, nuoto, acqua fitness. Assolutamente d'accordo. Incoraggiamo i pazienti al carico immediato appena consentito e facciamo abbandonare una stampella entro 1 settimana e la seconda entro 2-3 massimo a seconda dell'agilità.

>6 settimane: bicicletta, camminata nordica, golf, yoga e danza. Anche su questo siamo d'accordo anche se da noi non si usa la camminata nordica. Particolare attenzione chiediamo ai pazienti sui movimenti delle anche nei primi 3 mesi. In Sardegna molti pazienti ci chiedono di praticare attività in acqua di mare (Camminata galleggiamento e stile libero) che li aiuta molto dal punto di vista fisico e psicologico soprattutto i primi mesi. Notevole è anche la differenza di questo lavoro tra quello svolto al mare o in piscina. Di gran lunga preferito il primo anche per facilità di organizzazione per il distanziamento sociale, specie in questo periodo.

12 settimane: jogging, jogging in strada, correre in collina, mountain bike, vela, canottaggio, escursionismo, arrampicata, tennis doppio, tennis tavolo, tai-chi, fitness e sollevamento pesi, aerobica, equitazione, bocce. Essendo questo un periodo di massimo 4 mesi cerchiamo di tenere i pazienti un po' più tranquilli e non concediamo tutti questi sport a nostro avviso rischiosi. Di tutti quelli maggiormente concessi da noi sono la passeggiata a passo rapido, la mountain bike, le escursioni ed il trekking, il tennis doppio, il fitness e le bocce.

6 mesi: corsa, surf, windsurf, kayak, canyoning, sci, sci nordico, tennis singolo, badminton, cross-training. Anche per questi sport a 6 mesi, siamo molto più cauti e non li concediamo se non a persone allenate e performanti. La tipologia dei nostri pazienti è tutt'altra e molti non hanno fatto mai sport e sono obesi. Spesso e volentieri motiviamo i pazienti a tornare ad una vita sana e a perdere peso, facendoli iniziare con delle attività fisiche a portata.

Dopo 6 mesi non erano raccomandati Pallamano, calcio, football, basket, full contact sport, boxe, arti marziali, squash, snowboard, volley, slittino. Direi che su questo siamo assolutamente d'accordo.

In conclusione, il numero di protesi totale di anca è in continua crescita. Si stima un incremento delle protesi del +284% nei prossimi 20 anni con sempre maggiori richieste e aspettative di vita nei pazienti anziani ma anche nei soggetti giovani. Oggi sempre più pazienti si sottopongono a questo tipo di chirurgia anche in età estreme rispetto alle medie degli anni scorsi. Pazienti sempre più giovani (<50 aa) e attivi vogliono essere performanti ed hanno aspettative sempre maggiori.

La durata di una protesi è correlata a numerosi fattori e varia tra un paziente e l'altro. Il paziente che deve sottoporsi ad intervento di protesi deve instaurare un certo tipo di rapporto con il chirurgo e dovrà prendersi cura della propria protesi evitando certe attività. La durata di una protesi dipende da molti fattori tra i quali le condizioni fisiche del paziente, lo stato di salute delle ossa in cui si integra l'impianto; Spesso trattasi di donne osteoporotiche e sedentarie a più alto rischio di fallimento. E su questo dobbiamo intervenire con la prevenzione e con le cure.



Altri parametri importanti sono il livello di attività del paziente; il peso corporeo ed ovviamente il rispetto delle raccomandazioni del chirurgo. Il peso ampiamente dibattuto in letteratura sembra condizionare negativamente i risultati a breve e lunga scadenza e la sopravvivenza dell'impianto.

Ovviamente fondamentale è la corretta tecnica chirurgica e posizionamento dell'impianto. Una malpractice, una infezione o mobilizzazione asettiche ne pregiudicano la durata in breve tempo.

La durata dell'impianto protesico è correlata alla capacità dei materiali che sono stati utilizzati di sopportare il deterioramento della vita di tutti i giorni dovuto alle attività giornaliere, tipo di lavoro e pesi.

È sempre bene discutere con il proprio chirurgo sulle attività quotidiane svolte e su eventuali attività fisiche o sportive da iniziare: sollevamenti ripetuti di pesi, uso eccessivo di scale, peso corporeo, stato di salute, sport e attività fisiche, inginocchiamento. Il rapporto tra il medico ed il chirurgo è fondamentale per la garanzia dei risultati.

Nella letteratura scientifica vi sono tantissimi lavori sulla tecnica chirurgica di primo impianto e di revisione, sulle varie problematiche intra e post-operatorie. Vi sono pochissimi lavori e la mancanza di una forte evidenza sulle raccomandazioni di ritorno allo sport se non opinioni personali, survey e quanto altro a basso livello di evidenza.

Oggi la diffusione di internet, la comunicazione via social fornisce una pletera di informazioni spesso fatte da te ai pazienti che consultano più il Dottor Google che lo specialista ortopedico. Questo espone maggiormente i pazienti a rischi di fallimenti o di usure precoci. Infatti tutti i trend sono verso un incremento delle attività sportive e fisiche basati spesso su opinioni personali o esperienze cliniche che non su forti evidenze.

Altro dato che deve essere considerato oggi sono le frontiere medico-legali, dove la garanzia dei risultati elevati, l'assenza di minimi problemi comprese le infezioni e quanto altro deve essere garantito al paziente pur sapendo che queste percentuali non sono mai dello 0%. Ergo sono sempre la scienza, la coscienza, la perizia e la best practice a fornire al chirurgo esperto le migliori soluzioni al paziente.

Il continuo aggiornamento ed il confronto per mantenere gli standard di qualità e soprattutto l'attività scientifica della società deve portare sempre nuovi contributi utili ai pazienti ed ai chirurghi stessi.

Per tali motivi la critica maggior che pongo a questa Survey è che solo il 30,6% dei chirurghi ha risposto ad una survey internet-guidata. È un dato che non possiamo accettare e che deve farci riflettere per migliorare lo stato delle cose e della conoscenza. Continueremo nel nostro piccolo ad essere critici, ad analizzare la letteratura per fornire la best practice ai nostri pazienti man mano si ottengono informazioni nuove.

Nel nostro database la stragrande maggioranza dei pazienti sono non sportivi e spesso sono spaventati dall'attività fisica con la protesi più dalla paura o dall'ansia che dal dolore. Anche su questi pazienti dovremo lavorare molto per portarli il prima possibile ad uno stato di salute ottimale. Molte cose sono migliorate e molte lo faranno ancora.

Su questo delicato argomento ancora tanto c'è da fare. Sono necessari ulteriori studi su grandi campioni di pazienti per capire quali risposte fornire ai pazienti che vogliono tornare alle varie attività fisiche e sportive, tenendo presente anche delle diverse realtà in cui si lavora e dell'esperienza del chirurgo.

Marco Conte

Comitato Anca, sport e attività fisica