



Per inaugurare la nuova rubrica **frANCamente**, intervista scientifica -e non- sui temi delle patologie e del trattamento dell'anca, abbiamo realizzato una "intervista doppia" con i Professori Roberto Giacometti Ceroni e Gianni Randelli, esimi cultori della materia e fra i primi presidenti della SIdA.



"I miei primi quarant'anni..."



SIdA: Carissimi Professori, vorremmo ripercorrere con Voi quarant'anni di ortopedia dell'anca: tanto è cambiato.....

RGC: il mio maestro, Prof. Zerbi mi raccontava come all'inizio della carriera fosse stato indirizzato all'Ortopedia perché non abbastanza brillante per fare il chirurgo generale. Da parente povera della chirurgia oggi è diventata una galassia di sub-specialità che hanno mostrato sviluppo, innovazione, utilità sociale come poche altre branche della medicina. Chi cresce molto è destinato a dividersi. Mano e rachide in pratica marciano da soli. L'importante è mantenere viva la curiosità ed il desiderio di perfezionismo.

GR: quarant'anni fa, ci riporta al 1975. All'inizio degli anni settanta il panorama della Chirurgia dell'Anca era occupato dal declino della chirurgia osteotomica femorale: osteotomie di varizzazione, di centratura, intra-extrarotanti o di valgo-estensione secondo Bombelli.

Nella mia esperienza iniziava ad imporsi la chirurgia osteotomica del bacino con l'acetaboloplastica di Wagner e l'osteotomia di Chiari per la terapia della coxartrosi displasica nell'adulto. Nel periodo dal 1975 agli anni novanta ho eseguito oltre 1000 interventi di osteotomia di Chiari. In alcuni anni degli ottanta ero arrivato ad operare di osteotomia acetabolare oltre 100 pazienti l'anno.

Gli anni 70 erano gli anni della protesi cementata autobloccante di Muller. Protesi che non ho mai voluto utilizzare perché non mi convinceva il fatto che rimanessero solo sottilissimi strati di cemento sul versante mediale e laterale del femore. Questi strati sottili potevano dare adito a fratture del cemento causa di mobilizzazione protesica. Negli stessi anni compariva, a Vienna, lo stesso concetto "autobloccante", ma applicato ad una protesi non cementata, la protesi laminare cuneiforme retta in titanio di Zweymuller. Ne fui subito favorevolmente colpito e nel Dicembre 1975 invitai al G. Pini il Prof. Zweymuller. Insieme applicammo una sua protesi ad un mio paziente. Allora il cotile era il cotile di Ender a trono di cono avvitato in polietilene ma Zweymuller mi disse che agli inizi del '76 sarebbe comparso il suo cotile tronco-conico avvitato in titanio. Infatti eseguii solo 4 protesi con il cotile di Ender perché nella primavera del '76 arrivò il cotile tronco-conico avvitato in titanio. L'esperienza, incredibilmente positiva, con questa protesi femorale autobloccante laminare e cuneiforme associata al suo cotile tronco-conico avvitato in titanio e con inserto di polietilene è ancora oggi molto valida. Credo di aver eseguito oltre 15 mila impianti in ormai 39 anni. Naturalmente ci sono stati dei miglioramenti sia nella forma dello stelo che, pur restando laminare è stato aumentato nel suo spessore antero-posteriore.

SIdA: La prevenzione innanzitutto: la terapia chirurgica della displasia è quasi completamente sparita con l'utilizzo dell'ecografia delle anche nei neonati.....



GR: la terapia chirurgica della displasia congenita dell'anca è molto diminuita per vari fattori; innanzitutto è venuta a mancare la deleteria tradizione di tenere i bimbi fasciati nei primi mesi di età. I bimbi vengono lasciati con gli arti inferiori liberi in abduzione con pannoloni posti fra le cosce. Ciò è una valida prevenzione per evitare la displasia, attuando una terapia di scarico dell'acetabolo che può di conseguenza svilupparsi normalmente!

Poi fondamentale è stata la prevenzione con l'uso diagnostico della ecografia per monitorare nei primi mesi di vita lo sviluppo dell'anca. Ciò permette di applicare precocemente eventuali terapie incruente consone ad evitare la progressione del quadro displasico.

RGC: questa è stata un'autentica rivoluzione. Io ero solito eseguire una media di due osteotomie di bacino (tipo Salter) alla settimana. Oggi, grazie all'ecografia ed in parte anche alla maggior mescolanza del patrimonio genetico dovuta ai flussi migratori, la media è scesa ad una all'anno. E questo con tutto vantaggio per i piccoli pazienti cui viene risparmiato un pesante iter terapeutico e garantita una guarigione migliore. La patologia purtroppo esiste, provenendo in gran parte dai paesi in via di sviluppo, per cui queste tecniche di cura non vanno dimenticate. Casomai, per la loro relativa rarità, indirizzate ad un numero ristretto di centri selezionati che possano così raggiungere un volume adeguato.

SIdA: Anche le patologie neurologiche dell'infanzia e dell'adolescenza sembrano ormai essere una eccezionalità.....

RGC: di questo dobbiamo ringraziare i sostanziali passi avanti fatti dal trattamento fisioterapico che è ora la prima scelta in questo campo. A trarne vantaggio sono stati in primo luogo i pazienti. Come dato personale posso dire che ho fatto un solo intervento di Sharrard negli ultimi 10 anni.

GR: anche questo aspetto è legato alla prevenzione. Soprattutto è stato eliminato in ostetricia l'uso del forcipe che è stato in passato la causa della maggioranza della genesi delle malattie neurologiche dell'infanzia e dell'adolescenza. Oggi tutti i casi di distocia durante il parto vengono velocemente risolti con il parto cesareo. Il parto cesareo viene oggi indicato preventivamente quando vi è la possibilità di complicanze per l'espletamento del parto o siano previste nell'anamnesi della paziente complicanze all'espletamento del parto. Questa sicurezza per la madre e per il nascituro giustifica forse anche l'abuso che talora si fa di questa indicazione chirurgica.

SIdA: Alcune fratture che un tempo si trattavano solo incruentemente, adesso vengono trattate chirurgicamente. Penso alle fratture dell'acetabolo, per esempio.....

GR: l'allargamento dell'indicazione chirurgica nelle fratture dell'acetabolo ha modificato in modo sostanziale la prognosi un tempo sempre infausta di queste temibili lesioni. Inoltre si tratta di fratture che sembrano in costante aumento rispetto al passato. Certo a fronte di buoni risultati, come in tutte le chirurgie, vi sono anche risultati meno soddisfacenti e l'artrosi post-traumatica è ancora una presenza nei centri di chirurgia dell'anca. Talvolta, in alcuni casi, credo che una protesizzazione da subito, di certo complessa, potrebbe migliorare ulteriormente i risultati fin qui ottenuti

RGC: il trattamento chirurgico delle fratture acetabolari è gratificante per l'operatore. Vie d'accesso complesse e raffinate, tecniche di riduzione elaborate, sintesi estremamente variegata. Non è certo chirurgia alla portata del primo specializzando. Però, da avvocato del



diavolo quale mi si accusa di essere, invito ad una spassionata valutazione dei risultati a cinque anni dall'intervento. L'indicazione ne uscirà più snella e più puntuale.

SIdA: Le osteotomie direzionali, di bacino e femore, stanno ritornando in auge

RGC: il tempo e l'esperienza maturata hanno consentito di eliminare del tutto una serie di interventi basati su un'ipotesi terapeutica. Mi riferisco alle osteotomie tipo McMurray o Bombelli. Una migliore conoscenza della fisiopatologia dell'anca e strumenti di indagine nuovi e raffinati (artro RMN) hanno consentito di esprimere in modo razionale le indicazioni alle osteotomie di bacino (ormai quasi solo osteotomie di riorientamento) e dell'estremo prossimale del femore. Si tratta comunque di una chirurgia di nicchia e pochi centri possono sviluppare volumi adeguati.

GR: io, in Italia, negli anni ottanta e novanta, sono stato un fautore ed un grande utilizzatore della chirurgia osteotomica del bacino e del femore. Naturalmente, in seguito, i risultati brillanti della chirurgia protesica hanno fatto diminuire l'indicazione alla chirurgia conservativa. Oggi vi è un ripensamento a tal riguardo anche grazie al grande lavoro fatto dalla scuola Bernese di Ganz. Comunque l'indicazione a chirurgia conservativa, oggi, deve essere riservata a pazienti giovani, molto selezionati e con la teorica possibilità di ottenere un risultato che porti a guarigione o che rimandi nel tempo una eventuale soluzione protesica almeno di 10 anni e preparandone un terreno che ne faciliti l'applicazione.

SIdA: Parlando ancora di miniinvasività, ritiene che l'artroscopia nell'anca darà le stesse soddisfazioni che ha dato nel ginocchio?

GR: l'artroscopia dell'anca darà sicuramente grandi soddisfazioni. Questione di tempo. L'artroscopia dell'anca, unitamente alla definizione di nuove patologie, ha aperto nuovi orizzonti. La patologia legata al labbro acetabolare, le patologie tendinee, l'impingement femoro-acetabolare ne sono un esempio lampante. La risoluzione della deformità di tipo BUMP è oggi spesso possibile solo con tecnica artroscopica che non solo può risolvere il problema, ma permette di studiarlo e capirlo. Voglio dire che l'artroscopia dell'anca, come in passato quella del ginocchio, non solo serve a curare ma ha delineato e spesso risolto patologie che si stanno evidenziando meglio proprio con lo sviluppo dell'uso della metodica. E' una tecnica ancora in divenire ma a mio avviso avrà un grande futuro nel risolvere determinate patologie ed anche nell'evidenziarne altre.

RGC: non esiste nell'anca una patologia così vasta e frequente come le lesioni meniscali e legamentose del ginocchio. Nell'anca si trattano piuttosto affezioni che precedentemente erano quasi ignorate (lesioni del limbus, conflitti). L'artroscopia è indubbiamente uno strumento formidabile e utilissimo, che tuttavia nell'anca non giuoca un ruolo paragonabile a quello nel ginocchio.

SIdA: Quanta strada è stata fatta nella chirurgia protesica: da Charnley con le protesi cementate ed impiantate con l'approccio transtrocanterico al press-fit con approcci miniinvasivi intermuscolari...

RGC: mi sento di essere un po' in controtendenza con questa domanda. Il progresso principale lo vedo nella raffinatezza (non mini invasiva) chirurgica e nell'attenzione ai dettagli del montaggio. La protesi di Charnley (o suoi cloni attuali) tuttavia, resta una delle migliori mai messe sul mercato. Considerando anche il suo basso costo, secondo me può ancora oggi coprire le esigenze di pazienti ultra settantenni raggiungendo il doppio encomiabile scopo di



un impianto perfettamente affidabile e di una economia per il sistema sanitario. Purtroppo quello che abbiamo visto in questi 50 anni è stato un proliferare di proposte “innovative”, spinte per interesse aziendale o orgoglio professionale, che sono state altrettanti disastri, ma che vengono dimenticate fino al comparire della prossima moda. Una lezione di Charnley che non è stata per nulla appresa è l'imprescindibile necessità di una documentazione clinica. Fatti salvi i pochi meritori registri regionali, per il resto è il vuoto. E dire che una revisione critica di una documentazione affidabile butterebbe fuori mercato tre quarti delle protesi oggi impiegate in Italia.

GR: la chirurgia protesica dell'anca, dai tempi di Charnley, ha fatto passi da gigante.

Il cemento ha mantenuto un suo ruolo, ma le protesi non cementate, in alcuni disegni e con l'uso di determinati materiali, hanno migliorato, se non superato nei risultati, le protesi cementate. Gli approcci chirurgici classici anteriore, laterale e posteriore hanno raggiunto livelli di risparmio del patrimonio muscolo-tendineo molto alti. Negli ultimi tempi l'approccio anteriore sta ottenendo risultati molto brillanti. Certo si tratta di una tecnica più complessa. I risultati sono eccezionali soprattutto nei primi giorni: il paziente sin dal primo giorno può camminare, spesso quasi senza stampelle. Dopo qualche settimana i risultati tra le varie metodiche e i vari approcci spesso si equivalgono però.

Per quel che riguarda la mini-invasività dell'approccio chirurgico in sé, che qualche anno fa aveva avuto un'applicazione parossistica (si teneva alla brevità della ferita chirurgica senza tener conto dei disastri sottocutanei che si procuravano), oggi è stata ridimensionata. Non più ferite minime ma si applica la più corta incisione chirurgica che permetta l'esecuzione meno traumatica della chirurgia. Il detto di una volta "grande incisione - grande chirurgo" oggi è diventato: l'incisione più corta per ottenere un approccio chirurgico non lesivo in un determinato paziente ma che permetta il corretto posizionamento della protesi.

SIDA: Non solo fissazione delle componenti e approcci conservativi, ma anche tribologia. Voi, per esempio, siete stati convinti utilizzatori degli accoppiamenti “duro su duro”.....

GR: la tribologia è, ovviamente, molto importante nella protesica d'anca. Oggi i metalli usati nella protesica d'anca sono collaudati dall'esperienza e dall'uso. Il cromo-cobalto, nella sua rifinitura liscia, è relegato agli steli delle protesi cementate ed alle testine protesiche. Io ho avuto un'esperienza positiva con l'uso del metallo-metallo dal 1992 al 2003. Ho usato il metasul in oltre 2000 impianti. Erano teste e cotili di metallo cromo-cobalto nella dimensione di 28 mm. I metalli erano ottenuti con tecnica di forgiatura, non da fusione. Agli inizi del 2000 il ritorno delle protesi di superficie, ha dato un nuovo impulso all'uso di protesi totali a teste grandi in metallo. E' ovvio che una protesi a testa grande riduce la possibilità di una lussazione. Quindi si è diffuso l'utilizzo di queste protesi. La giustificazione dell'uso era supportata da bioingegneri per i quali la grande superficie della testa avrebbe addirittura diminuito l'usura del metallo. Con il passare del tempo tutto ciò si è dimostrato falso. Le superfici metalliche grandi, soprattutto di determinate leghe e design, hanno dimostrato una inaspettata usura. La percentuale di revisione di molte delle ultime protesi in metallo-metallo a testa grande, dopo pochi anni, sono state molto alte e associate ad elevazione di ioni metallici circolanti. Naturalmente questa esperienza negativa ha fatto cadere l'indicazione all'uso di tutto il metallo-metallo, in parte forse ingiustamente.

L'accoppiamento ceramica-ceramica sembrerebbe non avere pericolosità, ma ha avuto in passato un'incidenza di rotture che oggi molti quasi escludono. Però, è una tribologia che non



permette errori di posizionamento. Inoltre, se si frattura, la ceramica produce una miriade di frammenti che nella revisione possono creare un problema da terzo corpo che rende meno sicuro il nuovo impianto. Esiste poi il problema "rumore", mai ben delineato e compreso.

L'accoppiamento morbido "polietilene-metallo o polietilene-ceramica", è oggi, forse, il più sicuro ed è quello che io preferisco. Il polietilene attuale è certamente migliore.

RGC: il duro su duro è sicuramente uno svantaggio, ma è il prezzo da pagare per avere superfici articolari che generino una bassa quantità di particelle. Oggi, tuttavia, anche con il "duro" su morbido (polietilene) si hanno prestazioni di tutto rispetto, per cui l'accoppiamento ceramica-ceramica lo riservo solo ai giovani con elevato livello di attività fisica. Sul metallo-metallo ovviamente stendiamo un velo funebre.

SIdA: Il prossimo novembre, il congresso nazionale della SIdA sarà congiunto con la British Hip Society: un'occasione di confronto con una scuola tradizionalista?

RGC: definire quella inglese una scuola tradizionalista mi sembra riduttivo. Santo cielo, hanno fatto metà storia dell'ortopedia. La definirei piuttosto una grande scuola con espressioni di assoluta originalità. Nel bene e nel male in questi anni si è fatto un gran parlare di protesi di rivestimento ed in tema di revisione, chi più ha esperienza, tanto più apprezza l'impaction grafting.

GR: sicuramente l'incontro con la British Hip Society sarà molto interessante. I migliori chirurghi anglosassoni ci porteranno i risultati delle loro protesi cementate. Inoltre ci parleranno dei risultati con le protesi di superficie, in parte ancora in uso nel loro paese ma che noi Italiani, salvo qualche eccezione, non usiamo più.

SIdA: Un'ultima domanda, Professori: cosa vi sentite di suggerire ad un giovane appassionato di chirurgia dell'anca?

GR: il mio giudizio è di parte, essendo io stato un giovane appassionato della patologia dell'anca cui ho dedicato tutta la mia vita professionale dall'inizio a tutt'oggi. Ho avuto, per questa mia scelta, una vita professionale intensa, piena di soddisfazioni con risultati brillanti sia nella chirurgia che nella vita di relazione. Naturalmente vi sono stati sacrifici, impegno e fatiche ma ne è valsa la pena e ne sono particolarmente soddisfatto. Quel che raccomando ad un giovane è di valutare bene la sua passione per l'anca: se è vera, la coltivi, troverà un amante meravigliosa!

RGC: tener presente che chirurgia dell'anca non è sinonimo di chirurgia protesica e che perché un chirurgo dell'anca possa definirsi completo deve conoscere la parte pediatrica. Infine ricordo quelli che sono per me valori imprescindibili per un chirurgo. Al primo posto una visione etica del proprio lavoro, poi una grande dose di buon senso e per terza una impeccabile conoscenza tecnica.

SIdA: grazie Professor Giacometti Ceroni, grazie Professor Randelli!