



La SIdA continua il suo percorso culturale con la rubrica **frANCamente**, intervista scientifica -e non- sui temi delle patologie e del trattamento dell'anca. Questa volta, abbiamo realizzato una "intervista doppia" con i Professori Paolo Cherubino e Paolo Rossi, accademici di prestigio e valenti chirurghi, nonché past-Presidents della SIdA.



"La cultura della revisione"



SIdA: Carissimi Professori, i dati dei Registri nazionali e l'esperienza sul campo mostrano che le revisioni d'anca sono in numero sempre crescente.....

PC: A parere mio bisogna distinguere le revisioni tra recenti e a distanza di tempo dall'intervento di protesi.

Le prime sono causate il più delle volte dal sopraggiungere di una infezione e necessitano di un idoneo trattamento coordinato tra ortopedico e infettivologo. Altrimenti la revisione recente è imposta da un malposizionamento degli impianti protesici con lussazioni recidivanti o abituali.

Le revisioni a distanza vengono eseguite oggi principalmente su impianti di "vecchia" concezione, che sono durati asintomatici per numerosi anni. In questo caso non è mai eccessivo ricordare l'importanza di controlli seriati dei pazienti protesizzati per intervenire prima che avvengano importanti fenomeni di riassorbimento osseo.

PR: L'aumento delle revisioni è legato all'aumento del numero di pazienti operati di primo impianto ogni anno in Italia, e alla diminuzione dell'età, sempre più giovane, in cui i pazienti si sottopongono a questo tipo di chirurgia. Attualmente circa il 10% dei pazienti operati potrà subire un intervento di revisione per mobilizzazione asettica e o settica, per frattura periprotetica, per instabilità, per usura o rottura dei materiali.

SIdA: La prevenzione delle cause di revisione passa anche attraverso le scelte che si fanno durante il primo impianto: che ne pensate delle teste di grande diametro per prevenire l'instabilità e dei materiali duri per prevenire il consumo?

PR: La durata di un impianto protesico è determinata da una corretta gestione del paziente al primo impianto. Infatti se si concorderà con il paziente l'obiettivo da raggiungere, difficilmente si andrà incontro a "brutte sorprese". Intendo dire che l'indicazione e la scelta dell'impianto non deve essere imposta, ma condivisa con il paziente riferendoci in particolare alla sua età, al peso, al tipo di patologia, tipo di attività, qualità dell'osso, condizioni generali, specificando bene, prima di decidere l'intervento, storia naturale della malattia non operata, vantaggi, rischi, complicanze dell'intervento citando le percentuali della letteratura e, se possibile, la propria.

PC: Personalmente non ho mai condiviso la scelta della testa di grande diametro. Ritengo fondamentale conoscere gli studi di Charnley sulla "low friction" con la raccomandazione della



testina 22mm di diametro, e i successivi studi, che hanno dimostrato come l'usura sia minore sulle teste di diametro inferiore a 36 mm.

E' chiaro che la testa di grande diametro riduce il rischio di lussazioni anche in caso di malposizione della protesi, ma questo non giustifica il loro uso, visto anche i cattivi risultati osservati di recente negli accoppiamenti metallo-metallo.

SidA: In caso di revisione, specie per instabilità, che ruolo hanno -in concreto- le coppe a doppia mobilità?

PC: Ritengo la coppa a doppia mobilità attualmente sul mercato, un ottimo revival di un vecchio concetto. Rilanciata sul mercato all'inizio per pazienti con problemi neuromuscolari al fine di ridurre i rischi di lussazione, oggi, visto il successo dai test di usura, l'indicazione viene allegata sempre di più anche ai pazienti più giovani e attivi. E' ovvio che in caso di revisione per instabilità il suo utilizzo è più che raccomandato, purché ben posizionata.

PR: La testa di diametro maggiore 36 mm, 32 mm possono ridurre l'instabilità e i materiali "duri" come la ceramica riducono senza dubbio l'usura a condizione che l'impianto sia applicato correttamente.

La revisione per instabilità, prima di essere effettuata, deve essere con precisione definita analizzandone le cause. L'instabilità può essere la conseguenza di una mobilitazione asettica o settica di uno o dei due componenti protesici, un conflitto fra la protesi e l'osso, di un off-set non corretto, così come per posizione scorretta del cotile, più frequente, o dello stelo e di entrambi, per insufficienza muscolare, per problemi neurologici, per traumi, o per movimenti incongrui del paziente.

Stabilita la causa si provvede di conseguenza. A mio avviso le coppe a doppia mobilità, che io non uso, possono avere indicazione nei pazienti con deficit neuromuscolari.

SidA: Quello che più preoccupa è di solito l'osteolisi periprotetica: quanto di quello che abbiamo previsto nella pianificazione preoperatoria si riscontra in sala operatoria?

PR: L'osteolisi periprotetica va studiata molto bene prima dell'intervento di revisione utilizzando in particolare la TC con ricostruzione 3D in quanto le immagini radiografiche e la TC stessa sottostimano l'entità reale del danno osteolitico.

E' importante avere in sala operatoria sufficiente quantità di osso di banca per non avere spiacevoli sorprese.

PC: L'osteolisi periprotetica deve essere sempre ben studiata con un accurato planning. Ma, per quanto approfonditi siano gli accertamenti, la sala operatoria deve essere sempre pronta ad affrontare ogni tipo di problema, specialmente dal versante acetabolare.

SidA: Gli anelli e le gabbie antiprotusione, ma anche i cotili oblunghi e bilobati, ed infine i cotili a presa iliaca sono stati soppiantati dalla modularità degli impianti, specie con gli augments acetabolari?

PC: E' certo che oggi il mercato offre numerosi devices per affrontare i problemi della revisione acetabolare. La scelta è del chirurgo esperto che deve affrontare l'atto chirurgico con la possibilità di scegliere il sistema che offre a quel difetto osseo la migliore possibilità di riempimento e all'impianto la migliore stabilità, tenendo conto dell'età e delle condizioni generali del paziente.

PR: I più moderni cotili da revisione, sfruttando anche la loro modularità, devono consentire di ottenere all'impianto una stabilità meccanica eccellente utilizzando, se necessario, tessuto osseo omologo o autologo come scaffold, su cui applicare il cotile da revisione.



SidA: I biomateriali osteoinduttivi hanno molto aiutato il chirurgo, il ricorso ad innesti strutturati di osso omoplastico ed al cemento è sempre meno frequente....

PR: A mio avviso nella perdita di sostanza ossea modesta, l'osso autologo rappresenta il gold standard.

Ove fosse necessario l'osso omologo di banca fornisce uno scaffold importante per la riparazione di perdite ossee maggiori. Certamente l'utilizzo di fattori di crescita e cellule staminali (ove possibile, perché dopo i 60 anni la quantità di cellule presenti è scarsa) possono accelerare la ricrescita ossea all'interno dello scaffold precedentemente apposto.

PC: Questa è un dato di fatto. Numerosi passi avanti sono stati fatti con l'applicazione di biotecnologie in campo ortopedico, ma nel campo c'è ancora spazio per l'utilizzo di tecniche tradizionali, a seconda dell'età del paziente e del tipo di difetto osseo che dobbiamo affrontare.

SidA: Le fratture periprotetiche sembrano diventare un'epidemia: come approcciarle, anche in considerazione che i sistemi classificativi non sempre appaiono utili nella pratica?

PC: La giovane età dei pazienti protesizzati che svolgono una vita attiva con rischio di traumi, o l'età avanzata di altri con comorbidità rendono la fratture periprotetica sempre più frequenti. Fondamentale è intervenire al più presto avendo a disposizione tutti gli strumenti per riparare il danno, tenendo conto che l'elemento fondamentale da controllare anche intraoperatoriamente è la stabilità o meno dell'impianto, dopo la frattura.

PR: Le fratture periprotetiche, in continuo aumento, vanno molto bene definite prima dell'intervento. E' vero che le attuali classificazioni sono abbastanza "empiriche". E' indispensabile, prima di programmare l'intervento, avvalersi di tutte le tecniche di imaging e disposizione in particolare TC con ricostruzione 3D e di avere in sala tutto quello che è necessario per una revisione protesica: quindi mezzi di sintesi, protesi standard e protesi da revisione (cotile e femore), ricordando che spesso la situazione sul campo operatorio è peggiore di quella evidente sulle immagini.

SidA: Pensate che, nelle revisioni, i vantaggi della modularità dello stelo siano superiori ai potenziali rischi di corrosione e rottura?

PR: Nelle revisioni la modularità va utilizzata raramente. Infatti numerosi lavori scientifici dimostrano la rottura del materiale conseguente alla fretting corrosion.

Oggi con alcuni modelli protesici non modulari si può risolvere brillantemente il problema senza ricorrere a protesi modulari.

PC: Contrariamente alle modularità nel primo impianto che personalmente non condivido per i frequenti fenomeni di fretting corrosion, penso che la modularità di un impianto da revisione sia estremamente utile ed importante. E' chiaro che il meccanismo di stabilizzazione tra corpo e stelo deve essere tale da garantire l'assenza di micromovimenti.

SidA: In quali casi, secondo voi, bisogna essere pronti ad utilizzare una componente femorale di tipo tumorale?

PC: Molto raramente. Non dimentichiamo che, come dimostrato dall'uso della via transfemorale di Wagner, anche in presenza di una lamina ossea minima, con uno stelo in titanio è possibile osservare la ricostruzione ossea tra corticale e stelo.



PR: La protesi tumorale può essere utilizzata quando il danno osseo femorale è tale da dover richiedere abbondanti quantità di osso.

In questi casi è indispensabile spiegare bene al paziente rischi, benefici, vantaggi e svantaggi delle due soluzioni, applicazione di protesi da revisione o utilizzo di protesi tumorali.

SIdA: Un'ultima domanda, Professori: nella chirurgia di revisione, viste le frequenti perdite di sostanza ossee periprotetische, quanto bisogna essere "protesizzatori" e quanto "traumatologi"?

PR: La chirurgia di revisione dell'anca deve essere effettuata da chirurghi ortopedici esperti in grado di risolvere sia i problemi relativi all'impianto protesico sia quelli della perdita di sostanza ossea e della sua stabilizzazione, non dimenticando mai i principi biologici che regolano la "vita" dell'osso.

PC: A parer mio bisogna essere chirurghi ortopedici con esperienza. Non condivido l'impostazione americana che oggi discute se la frattura periprotetica deve essere trattata dall'ortopedico e dal traumatologo, la nostra formazione culturale deve essere completa anche in questo settore.

SIdA: grazie Professor Cherubino, grazie Professor Rossi!