



ORTHOviews

Review della letteratura internazionale



ANCA E BACINO

Fissazione: cementata o no? I dubbi restano

Fissazione cementata o non cementata per la protesi totale dell'anca? Eccoci di fronte a uno dei dilemmi che più spesso ricorrono nella pratica chirurgica di un ortopedico che si appresta ad eseguire l'intervento di chirurgia impiantare per eccellenza: la sostituzione dell'anca. Studi e indagini cliniche si sprecano, favorendo un proliferare financo divergente di risultati. E ciò non può che attestare la mancanza di certezze assolute sulla maggiore o minore efficacia dell'uno o dell'altro metodo interventistico. Dunque, il metodo ottimale

di fissazione della protesi risulta controverso, delegando alle valutazioni dello specialista l'adozione della prima o della seconda soluzione. A questo risultato è giunto anche l'ennesimo studio randomizzato che ha setacciato la letteratura scientifica sulla materia,

mettendo a confronto le risorse già pubblicate, approfondendo e analizzando dati ed evidenze disponibili. Nonostante si converga sul fatto che i due metodi siano sovrapponibili in termini di validità, bisogna però fare alcuni distinguo. Ad esempio, con unico riferimento all'attenuazione del dolore, il quadro clinico post-operatorio nel breve termine della fissazione cementata garantisce risultati più incoraggianti. Ma tale evidenza appare non confermabile se ci si rifà al lungo termine. La mortalità,

poi, fra i pazienti sottoposti a intervento è praticamente identica in entrambe le alternative cliniche e per quanto concerne i processi osteolitici che nel tempo interessano la protesi, dalle indagini radiografiche non è possibile fare distinzioni di rilievo. Pertanto la scelta di praticare

uno fra i due approcci avviene in relazione alla specifica situazione, seppure alcuni orientamenti generali vengano dati per assodati.

La protesi con fissazione cementata, infatti, consente una deambulazione quasi immediata, permette di affrontare così una rapida riabilitazione evitando le complicanze dovute al persistere dell'immobilità. Tale soluzione viene adottata solitamente nei pazienti al di sopra dei 60 anni o in coloro i quali presentano deficit qualitativo della materia ossea o gravi forme di artrite reumatoide. Poco indicata risulta invece per i pazienti in grave sovrappeso o particolarmente attivi (possibile rottura da "fatica" del cemento).

Le protesi con fissazione non cementata, diversamente, vengono fatte aderire direttamente sull'osso senza l'impiego di cemento grazie a

una peculiare conformazione della superficie della protesi stessa, capace di favorire e incentivare la neoformazione di tessuto osseo attorno al punto di contatto. Per il fatto che la stabilizzazione fra l'osso e la protesi avviene in un lasso di tempo maggiore, per 6/12 mesi dopo l'intervento si renderà obbligatoria una deambulazione parziale con impiego di stampelle. Questo tipo di intervento lo si riserva ai pazienti più giovani, maggiormente attivi e con una migliore qualità-densità ossea.

M.V.

Abdulkarim A, Ellanti P, Motterlini N, Fahey T, O'Byrne JM. Cemented versus uncemented fixation in total hip replacement: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Orthop Rev (Pavia)*. 2013 Mar 15;5(1):e8.

TROPPE AMPUTAZIONI: NUMERO NON CORRISPONDE ALLA REALE ESIGENZA CLINICA

Secondo i dati forniti dall'Associazione nazionale infezioni ossee (Anio) in Italia i casi di amputazione di arto sarebbero 13mila ogni anno. Ben 1.249 solo in Sicilia, 750 in Campania, 720 in Lombardia. «Si tratta di una casistica troppo elevata rispetto alla reale esigenza clinica» denuncia il professor **Giorgio Maria Calori**, direttore del reparto di chirurgia ortopedica riparativa (Cor) all'Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano e presidente dell'European Society of Tissue Regeneration in Orthopaedics and Trauma (Estrot). «Quella della amputazioni» sottolinea Calori «non è una realtà assolutamente trascurabile, poiché fonte di grande sofferenza per i malati e di gravoso impatto economico per la società. Il mio reparto Cor è nato e si è sviluppato per far fronte in particolare a questi casi complessi, conseguenza di ripetuti fallimenti nel delicato campo dell'ortopedia e traumatologia». Il Cor è collegato per la ricerca clinica alle maggiori università europee e nel mondo e collabora in modo continuativo con Anio condividendo i protocolli gestionali. «Ne deriva» sottolinea Calori «che oltre la metà dei casi trattati, sebbene già candidati per una amputazione, trovano una soluzione di guarigione o perlomeno di soddisfacente recupero funzionale. Questo grazie all'applicazione di uno specifico algoritmo di trattamento, basato su un'innovativa classificazione delle lesioni che tiene conto del paziente nella sua globalità e non solo della singola lesione ossea».

Come spesso succede il problema non ha risolti solo clinici e organizzativi ma anche economici. «Il Drg complessivo per un'amputazione è 30mila euro circa» afferma **Cirolamo Calsabianca**, segretario Anio «mentre un trattamento di infezioni ossee costa tra gli 8 e i 12mila euro».

Ogni anno in Italia sono 28mila i casi di infezioni osteoarticolari che derivano da complessità ortopedica, complicanze diabetiche e vascolari, infezioni ortopediche provenienti da fratture esposte, protesi infette o ancor peggio in quei casi che si manifestano a seguito di intervento chirurgico per sale operatorie non adeguate allo standard europeo (ISO 5). Gestirli correttamente è un grande problema per l'esiguità di centri altamente specializzati, come quello del Gaetano Pini.

«C'è inoltre la carenza di linee guida che obblighino percorsi multidisciplinari per la presa in carico di tali soggetti e casi che vengono affrontati in modo straordinario e spesso con accanimento clinico che si concludono con una amputazione dell'arto o il decesso del paziente per setticemia acuta» dice Calsabianca. Per questo è necessaria l'emissione da parte del ministero della Salute di raccomandazioni e linee guida atte a garantire un percorso clinico standardizzato al fine di ridurre drasticamente questa casistica e di conseguenza enormi costi sociali e del sistema».

«Oltre alle problematiche di natura clinica che sono affrontabili con quanto richiesto da Anio» precisa il professor **Giorgio Maria Calori** «è necessario inquadrare il problema anche dal punto di vista amministrativo. Ad oggi non vi è nei tariffari ministeriali alcuna voce assimilabile al rimborso di prestazioni tanto complesse. Trattandosi, quindi, di trattamenti non coerentemente rimborsabili ne consegue una oggettiva difficoltà, sia per l'erogazione di prestazioni ordinarie che per svolgere studi di ricerca clinica, data la imprescindibile autorizzazione dei comitati etici che richiedono preventivamente la copertura del budget di spesa».

L'unità operativa di chirurgia ortopedica riparativa (Cor) dell'Istituto Ortopedico Gaetano Pini di Milano diretta da **Giorgio Maria Calori** è ormai riconosciuta a livello internazionale come centro di eccellenza non solo per lo studio e l'applicazione clinica delle nuove biotecnologie e dell'ingegneria tissutale, ma anche per l'utilizzo di speciali impianti protesici per l'ottimizzazione dei processi di guarigione nelle complicanze e, inoltre, per la cura delle necrosi ossee, dei ritardi consolidativi delle fratture, delle pseudartrosi e specialmente dei difetti critici con ampia perdita di sostanza ossea, sia setici che asettici.

Andrea Peren

SPALLA

Come intervenire nella frattura di clavicola?

Che quello conservativo sia l'approccio più diffuso per trattare la frattura della clavicola è tradizionalmente riconosciuto. Sarebbe però limitante non considerare anche i vantaggi offerti dalla terapia chirurgica, proprio perché risulta quanto mai necessario favorire un confronto che offra un metro di paragone, con l'unico obiettivo di evidenziare benefici e lacune di una metodologia clinica rispetto all'altra. Ha provato a mettere ordine su tale materia - per la quale come sempre più spesso accade in medicina è necessario districarsi in una giungla di studi ed evidenze - una revisione sistematica condotta da un gruppo di ricercatori finlandesi e pubblicata su *Acta Orthopaedica*, che ha preso in considerazione la letteratura scientifica dal 1966 al

marzo 2011 dedicata, per l'appunto, a tale argomento. Di 1072 abstract individuati, 230 pubblicazioni sono state selezionate e di queste solo 27 ritenute potenzialmente utili ai fini della valenza scientifica. Considerando un follow-up minimo di 6 mesi, le principali valutazioni comparative che sono state fatte rispondevano ai seguenti parametri: Constant Shoulder Score (CSS), disabilità dell'arto, Shoulder and Hand Score (DASH), e Visual Analog Scale for pain (VAS). E ancora: rimarginazione frattura, ritorno alle normali attività, complicazioni varie. I dati che sono emersi possono essere così riassunti: i pazienti trattati chirurgicamente, in riferimento alla ripresa funzionale e alla diminuzione della disabilità, hanno un lieve vantaggio nel breve ter-

mine rispetto a coloro i quali sono stati sottoposti ad una terapia conservativa; tale vantaggio diminuisce, però, progressivamente con il trascorrere dei mesi. Il rischio di una mancata rimarginazione della frattura nei pazienti trattati non chirurgicamente varia dallo zero al 29%, mentre quelli trattati con chirurgia mostrano un rischio considerevolmente più basso (0-4%). Il rischio di infezione ossea è molto basso dopo il trattamento chirurgico (0-5%). In definitiva, le due tecniche di intervento non presentano differenze in termini di efficacia o di complacenze, ma è indispensabile rimarcare che le evidenze scientifiche disponibili sono limitate e spesso in conflitto tra loro.

Le fratture della clavicola rappresentano poco più del 2% di tutte le fratture del

corpo e circa il 40% di tutte quelle affezioni traumatiche che in età adulta interessano la spalla. Si riscontrano, inoltre, con maggiore percentuale tra gli uomini (68%). Tradizionalmente la frattura della clavicola viene trattata conservativamente con l'immobilizzazione dell'arto coinvolto per poche settimane, anche se recentemente ha riscontrato un interesse crescente il trattamento chirurgico, il quale è preferibile per i pazienti più attivi che intendono riacquistare nel più breve tempo possibile il proprio stile di vita.

M.V.

Virtanen KJ, Malmivaara AO, Remes VM, Paavola MP. Operative and nonoperative treatment of clavicle fractures in adults. *Acta Orthop*. 2012 Feb;83(1):65-73.