

INDICAZIONI NEL TRATTAMENTO DELLA COXARTROSI: NUOVE PROSPETTIVE DELLA CHIRURGIA PROTESICA

L. Spotorno, G. Grappiolo.

Introduzione

Agli inizi degli anni 70 la chirurgia dell'anca artrosica vedeva la netta prevalenza di trattamenti conservativi rappresentati da osteotomie ed artrodesi. A distanza di un ventennio tale indicazione è completamente mutata: è praticamente scomparsa l'indicazione all'artrodesi, mentre l'intervento di osteotomia viene riservato a casi selezionati in pazienti relativamente giovani. Ai giorni nostri la sostituzione protesica si può con tranquillità proporre come intervento di elezione per la risoluzione della maggior parte della patologia artrosica dell'anca. A determinare questo cambiamento di tendenza hanno contribuito vari fattori:

1. Possibilità di rapida ripresa funzionale in accordo con le mutate aspettative da parte dei pazienti
2. La constatazione della sopravvivenza al lungo termine di serie di impianti e della qualità dei relativi risultati clinici (presenza in letteratura di casistiche significative).
3. La diffusione e il miglioramento della tecnica chirurgica.
4. L'evoluzione dei materiali e dei disegni protesici.
5. La possibilità in caso di fallimento del primo impianto di sostituzione delle componenti protesiche con sufficienti garanzie qualitative di risultato.

Aspettative di recupero funzionale

L'intervento di osteotomia, pur correttamente eseguito, a seconda del tipo di correzione effettuata, può determinare una non completa risoluzione della sintomatologia dolorosa, una dismetria residua degli arti inferiori con zoppia e, in ogni caso, un lungo periodo di deambulazione con appoggi. Queste problematiche sono oggi difficilmente tollerate dai pazienti che ricercano una "restitutio ad integrum" quanto più rapida e completa possibile. Esse

comportano inoltre un elevato costo sociale in termini di capacità lavorativa persa e assistenza necessaria. L'indicazione all'osteotomia si riduce quindi a quei casi selezionati in cui ha un significato preventivo: pazienti di età inferiore ai 55 anni e con modesta degenerazione artrosica principalmente su patologia displasica o deviazioni assiali post-traumatiche. Per contro, l'intervento di artroprotesi consente una rapida e pressoché completa ripresa funzionale: significativo è il fatto che già dopo 3 o 4 giorni dall'intervento il paziente può iniziare la deambulazione e nell'arco di 3-4 mesi è generalmente in grado di riprendere una discreta attività lavorativa. Il recupero completo, con possibilità di dedicarsi ad attività fisiche più impegnative, avviene di solito in 6-8 mesi.

Constatazione della sopravvivenza a lungo termine di serie di impianti

Tra gli interrogativi a cui più spesso è chiamato a rispondere il chirurgo da parte del paziente che necessita di un intervento di sostituzione protesica, vi è quello riguardante la possibilità di durata dell'impianto. Analizzando le curve di sopravvivenza dei primi impianti routinari che risalgono a circa 30 anni o sono e si riferiscono a componenti cementate, possiamo affermare che il traguardo dei 15/18 anni può essere realisticamente preso in considerazione. Nella sezione di Chirurgia Protesica operante presso l'Ospedale di Pietra Ligure, abbiamo recentemente effettuato una revisione della nostra casistica riguardante i primi 300 steli non cementati (C.L.S.) impiantati negli anni compresi fra il 1983 e il 1985. Riportiamo alcuni dati significativi. L'ottantuno per cento dei risultati sono stati giudicati buoni o ottimi secondo i criteri di valutazione internazionali. In altri termini si tratta di pazienti che riferiscono assenza di dolore a carico dell'anca protesizzata, deambulano per alcuni chilometri senza sostegno e svolgono attività lavorativa e sportiva spesso di un certo impegno. Sotto il profilo radiografico il 96% dei casi esaminati presentava modificazioni dell'os-so

periprotetico di minima o nulla entità rispetto ai radiogrammi post-operatori. Soprattutto questo ultimo dato appare fortemente indicativo in merito alla possibilità di sopravvivenza a lungo termine delle protesi non cementate; in particolare le nuove concezioni e materiali impiegati per il torchio di frizione consentono di aumentare le aspettative di durata.

Affinamento delle tecniche chirurgiche

Negli ultimi anni si è registrato un progressivo miglioramento delle tecniche di impianto tale da rendere intervento di protesizzazione, quanto meno nei centri specializzati, una pratica chirurgica ben definita e a basso rischio. La possibilità di disporre di una ampia scelta di taglie e modelli protesici, oltre che di strumentari particolarmente affidabili, costituisce di per sé un grande vantaggio. A questa va aggiunta l'acquisizione di una sempre maggiore esperienza e cultura tecnico-scientifica da parte dei chirurghi, favorita dalle attuali possibilità di apprendimento, (corsi, workshops). L'evoluzione della tecnica chirurgica e soprattutto la standardizzazione degli interventi consente di ottenere da un lato un alto livello di precisione in fase di impianto, presupposto fondamentale per un buon risultato a lungo termine, dall'altro una diminuzione dei tempi di esposizione chirurgica. Questo ultimo fattore assume particolare rilevanza se si considera il rapporto di proporzionalità diretta esistente fra durata dell'intervento e insorgenza di complicanze settiche. Sulla base della nostra esperienza in proposito, riferita all'impianto di oltre 1000 artroprotesi di anca ogni anno, possiamo affermare che il rischio di infezione può essere contenuto entro termini accettabili (< 0,5% nei casi di sostituzione primaria) se si dispone di una sala operatoria con garanzia di sterilità e se si effettuano una adeguata antibiotico-profilassi perioperatoria ed una adeguata preparazione del paziente. Un ulteriore ausilio alla chirurgia protesica è giunto dalle pratiche della auto-emo-tra-sfusione e del recupero intraoperatorio delle perdite ematiche che

hanno consentito di minimizzare e spesso addirittura annullare il ricorso alle trasfusioni omologhe, con tutti i benefici facilmente intuibili; particolarmente positiva risulta la possibilità di eliminare il pericolo di trasmissione delle ben note malattie virali che, tanto negativamente influiscono anche a livello puramente emotivo sulla psiche dei pazienti.

L'evoluzione dei materiali e dei disegni protesici

Le esperienze cliniche, gli studi di biomeccanica, di istocompatibilità e scienza dei materiali hanno permesso la realizzazione di artroprotesi d'anca che, rispondendo alle diverse esigenze, consentono per ogni paziente di procedere all'impianto più idoneo. Alle artroprotesi d'anca cementate, che rappresentavano nel passato la scelta routinaria, si sono affiancate le artroprotesi a componenti non cementate. Queste ultime, utilizzando materiali bio-compatibili sottoposti a particolari trattamenti di superficie, permettono di ottenere l'osteointegrazione, che conferisce all'impianto protesico una fissazione solida e duratura. Le leghe più comunemente utilizzate per le protesi non cementate sono quelle di cromo-cobalto e quelle di titanio, mentre i trattamenti di superficie generalmente adottati sono la sabbiatura con getto corundico e l'applicazione del cosiddetto plasma spray o della idrossiapatite.

Le soluzioni ibride, stelo cementato e cotile non cementato vengono oggi proposte sia nel paziente anziano, nella soluzione classica, che nel giovane sottoforma però di protesi di rivestimento con ampia conservazione della testa femorale. Da segnalare anche la possibilità di utilizzare componenti femorali personalizzate specialmente indicate nei casi che presentano marcate anomalie morfologiche

Conclusioni

Alla luce delle considerazioni esposte nei precedenti paragrafi si può concludere che l'intervento di sostituzione protesica rappresenta attualmente la procedura di scelta nel trattamento della coxartrosi. Nel paziente di età superiore ai 55/60 anni un atteggiamento astensionistico può essere giustificato soltanto dalla presenza di patologie concomitanti, tali da elevare significativamente il rischio operatorio. Nei soggetti di età inferiore potranno essere prese in considerazione soluzioni conservative (osteotomie a carico del femore prossimale o del bacino, cheilotomie artroscopiche o a cielo aperto con ricostruzione del labbro acetabolare) da riservare ai casi in cui rivestono un significato di prevenzione nei confronti del processo degenerativo. Le protesi di superficie, la conservazione del collo e le nuove tribologie aprono un nuovo ventaglio di possibilità protesi-che anche per i pazienti più giovani.