archivio di Ortopedia e Reumatologia

www.gpini.it

Advances nelle fratture di acetabolo

a cura di M. d'Imporzano e G. Zinghi

Editoriali

G. Zinghi

Perché una nuova società scientifica? Francesco Delitala in un memoriale del 1946 scriveva: “Quasi tutti i traumatologi sono oggi d'accordo sulla necessità di operare le fratture del cosiddetto *ciglio cotiloideo* e della parte posteriore dell'acetabolo, fratture che si accompagnano quasi sempre alla lussazione della testa femorale”. Pochi anni dopo, nel 1951, Cauchoux e Truchet dichiaravano alla Società Francese di Ortopedia che tutte le fratture del cotile avvengono per *affondamento* (l'acetabolo è il mortaio, l'epifisi il suo pestello) e che esse si verificano attraverso una forza d'impatto che agisce su una testa femorale saldamente adesa al contenente. Questi Autori distinguevano le fratture-lussazioni del versante posteriore dell'acetabolo dalle fratture “per affondamento”: le prime a indicazione chirurgica, le seconde da trattare conservativamente perché “non vale la pena cimentarsi in una chirurgia indagatoria, difficile e irta di complicazioni”.

In sostanza, l'attenzione dei traumatologi era rivolta prevalentemente a ridurre la lussazione; per la frattura, invece, o si praticava la trazione a letto, o si applicavano viti cervico-epifisarie, come la vite di Filippi o di Schanz, ancorandole all'apparecchio gessato. Il risultato è noto: raramente la lesione manteneva un allineamento soddisfacente e, nella maggior parte dei casi, alla rimozione del gesso si doveva prendere atto di una consolidazione viziosa con una conseguente grave invalidità. La chirurgia dell'acetabolo inizia ufficialmente nel 1955 con Robert Judet ed Emile Letournel che, studiando dapprima le fratture del versante posteriore e poi

di quello anteriore, classificarono le loro numerose osservazioni ponendo le basi di un trattamento il cui scopo era quello di restituire alla sfera cotiloidea la sua forma originaria. Dalle vie d'accesso posteriori si passò a quelle anteriori fino alle vie estese, senza mai trovare però quell'approccio ideale che permettesse di aggredire contemporaneamente il cotile da ambedue i suoi versanti.

Oggi le vie utili per una buona riduzione sono tre: due a esposizione indiretta (Kocher-Langenbeck o, per chi la preferisce, via di Iselin e ileo-inguinale di Letournel), con la possibilità di ricomporre la frattura lungo le linee anatomiche del bacino restando al di fuori dell'articolazione; la terza a esposizione diretta (via ileo-cruale estesa di Letournel), comoda per il chirurgo, ma “scomoda per il paziente” perché ad alto rischio di complicanze.

La chirurgia della pelvi ha origini molto più recenti, anche perché il trattamento conservativo non ha mai portato a invalidità importanti come avviene nelle fratture del cotile non operate. I nostri Maestri praticavano il trattamento conservativo con risultati o positivi, o accettabili, o insoddisfacenti. Alcune lesioni – quelle instabili soprattutto – avevano un esito infausto o per una grave zoppia, o per un “domani doloroso” non sempre soggetto a remissione, o per sintomatologie in parte funzionali e in parte algiche. Letournel e Tile debbono essere considerati i veri pionieri della chirurgia del bacino e a loro va il merito di aver classificato in modo scolastico e intuitivo queste lesioni, orientandone di conseguenza la terapia.

Leonardo Gui nella sua premessa al trattamento delle lesioni traumatiche del bacino in generale – siamo nel 1967 – così scriveva: “Si tratta di una chirurgia non facile e su cui è ancora prematuro esprimere un giudizio definitivo, ma i cui primi risultati sono indubbiamente confortanti”. Oggi un giudizio lo si può esprimere in modo chiaro e distinto: è risaputo infatti che le fratture non operate danno quasi sempre cattivi risultati, mentre le riduzioni anatomiche portano a guarigione con un tasso percentuale che si aggira intorno all'85% delle osservazioni.

Le lesioni pelviche ad alta energia rappresentano un capitolo della traumatologia al cui trattamento debbono dedicarsi professionisti altamente specializzati. Il tasso di mortalità, che può raggiungere, ancora oggi, picchi elevati, ci induce a studiare queste lesioni con molta attenzione. Il trattamento deve concretizzarsi in ambienti qualificati con tecniche chirurgiche d'avanguardia. Con un lavoro di équipe affiatato bisogna affrontare l'emergenza mettendo in atto tutti i provvedimenti “salva-vita”. Per il trattamento “in differita”, invece, bisogna agire entro il limite delle 2-3 settimane allo scopo di ottenere, con l'osteosintesi, i risultati migliori prima che il danno possa diventare irreversibile. Oggi ogni infortunato chiede di poter guarire nel miglior modo, con il minor rischio e nel più breve tempo possibile; errori nella gestione dell'intervento o del decorso post-operatorio possono condurre a complicazioni di particolare gravità come la pseudoartrosi, la consolidazione viziosa, l'infezione.

Questa, una volta, era *chirurgia di élite* e gli operatori veramente esperti si contavano sulle dita di una mano; oggi i tempi sono cambiati e vedo con soddisfazione che diversi specialisti, soprattutto giovani, si stanno dedicando con passione a questa patologia, perfezionando la loro curva di apprendimento e mettendo in atto quanto hanno appreso nei frequenti viaggi di studio.

Visti il crescente interesse per questo tipo di chirurgia, da parte soprattutto di chi si trova a operare in strutture traumatologiche con ampi bacini di utenza, e la sempre più elevata incidenza di queste lesioni, due anni fa è stato fondato dal Prof. d'Imporzano e

da me il Gruppo di studio dedicato alla patologia traumatica della pelvi. Centri di eccellenza sono disseminati qua e là in tutta la Penisola; per questo abbiamo iniziato a organizzare corsi regionali dove gli addetti ai lavori possano presentare casistiche e osservazioni cliniche confrontando le diverse esperienze e perfezionando il bagaglio culturale, dall'iter diagnostico alle tecniche di riduzione. I risultati si vedono già: una volta chi inviava questi pazienti al centro di accoglienza definiva spesso la lesione con il termine generico e improprio di “frattura del bacino”, anche se in realtà si trattava di una frattura dell'acetabolo. Oggi, poiché le conoscenze specifiche sono migliorate grazie ai versatili apparati diagnostici, la lesione viene correttamente definita secondo criteri di classificazione universali. La via d'accesso non è più il problema fondamentale: due o, al massimo, tre esercitazioni pratiche sono generalmente sufficienti per affrontare con perizia qualsiasi tipo di campo operatorio. Invece la tecnica di riduzione può offrire difficoltà inaspettate, rendendo necessaria una lunga e travagliata curva di apprendimento.

Questa nuova società accoglie specialisti della materia legati da un amichevole spirito di collaborazione e disposti a scambiarsi consigli, sfruttando i mezzi di comunicazione che la telematica oggi offre.

Un ringraziamento particolare va al professor Lanfranco Del Sasso e al Consiglio Direttivo per aver incluso il nostro gruppo nelle Società Superspecialistiche aggregate alla SIOT.

Gianfranco Zinghi
Casa di Cura Villa Regina, Bologna

M. d'Imporzano

Cari amici, questa è una chirurgia difficile, ma che dà a tutti grandi soddisfazioni; una chirurgia che presume tanto studio anatomico, una lunga curva di apprendimento ma che principalmente richiede grande passione e costante approfondimento.

Mai come in questo tipo di patologia le basi anatomo-chirurgiche e lo scrupoloso apprendimento di tecniche fondamentali ben definite, hanno tenuto campo vs le novità tecnologiche e di strumentazione.

Un iter che non può partire da metà strada ma che deve percorrerla tutta, dalla anatomia fino alla chirurgia attraverso l'imaging, le strumentazioni avanzate e le metodiche di supporto per arrivare alle tecniche computer assistite. In questo numero vengono trattate le procedure di diagnosi, di riduzione e osteosintesi di base, accompagnate dalle più recenti acquisizioni scientifiche e operative a proposito di fratture dell'acetabolo.

Marco d'Imporzano
III Divisione,
Istituto Ortopedico G. Pini, Milano

DOI 10.1007/s10261-009-0001-3

DOI 10.1007/s10261-009-0016-9