Editoriale

Francesco Biggi

U.O. di Ortopedia e Traumatologia, Ospedale San Martino, Belluno, Italia

^abiggifrancesco@yahoo.it

Pubblicato online: 23 settembre 2014

© Springer-Verlag Italia 2014

Il concetto di *mini/minor invasività*, affermatosi nell'ultimo quarto di secolo di chirurgia ortopedica e traumatologica, è caratterizzato dalla costante ricerca di nuove soluzioni tecnologiche, nuovi concetti biomeccanici e tribologici, nuove vie chirurgiche di accesso ai diversi segmenti scheletrici, nuove tecniche di impianto e riduzione: il tutto finalizzato a ridurre, quanto più possibile, il trauma chirurgico sopportato dall'osso e dalle strutture circostanti, con esaltazione dell'anatomia distrettuale intesa, in particolare, come ripristino della morfologia e della funzione.

È stata la scuola AO ad introdurre in traumatologia questi concetti, coniando inizialmente l'acronimo MIPO (*Minimally Invasive Plate Osteosynthesis*) e, successivamente, MIPPO (*Minimally Invasive Percutaneous Plate Osteosynthesis*): come molti altri colleghi, ritengo che MIPO possa identificare la *Minimally Invasive Percutaneous Osteosynthesis*, cui il volume è dedicato, a indicare tutta una serie di procedure che prevedono, nei limiti concessi dalla necessità di ridurre e stabilizzare adeguatamente la lesione ossea, *la riduzione a cielo chiuso della frattura ovvero il ricorso a piccole incisioni; strumentari appositamente disegnati e costruiti per manipolare monconi e frammenti ossei; mezzi di sintesi dedicati, tali da offrire il minor ingombro possibile, garantendo altresì una elevata stabilità primaria*.

Queste tecniche sono utilizzabili in gran parte dei segmenti scheletrici e distretti articolari, ma devono riconoscere un comune denominatore nella *osteogenesi ripartiva indotta*, che ha riaffermato l'importanza dell'ematoma di frattura, del periostio e delle inserzioni muscolo-tendinee e capsulo-legamentose per l'osteoproduzione e il supporto vascolare: il concetto di riduzione a cielo chiuso va in questa direzione. Ovviamente non devono mai venire meno i principi basilari del trattamento delle fratture, in particolare quelle che interessano i distretti articolari: riduzione anatomica, stabilizzazione primaria e precoce ripresa della funzione. Di

conseguenza, non esitare nel ridurre cruentamente fratture altrimenti irriducibili, cercando di minimizzare l'ulteriore traumatismo dei tessuti.

Un cenno ai mezzi di sintesi di cui possiamo oggi disporre per attuare una MIPO: viti, cannulate e non, da 3,5 a 6,5 mm; fili percutanei da 1 a 2 mm; placche anatomiche, a stabilità angolare e non, con possibilità di inserimento poliassiale delle viti; fissatori esterni assiali o circolari; chiodi endomidollari statico/dinamizzabili. La scelta verrà indirizzata, in primo luogo, dalla complessità della lesione e dal maggiore o minore coinvolgimento delle parti molli: il traumatologo dovrà sempre dimostrare ecletticità, oltre che rispondere alle proprie convinzioni e formazione di scuola, immaginando di possedere una faretra con frecce diverse a seconda del bersaglio da colpire.

Un ringraziamento, infine, a tutti i Colleghi che hanno contribuito alla creazione del volume, e anche a tutti quelli che, quotidianamente, fanno ottima traumatologia in Italia e che, per motivi di spazio, non ho potuto coinvolgere direttamente.

Francesco Biggi