

LE RAGIONI DI UNA SCELTA

Dr Norberto Gonfalonieri "n.confalonieri@ortopedia.it"

Ho intitolato, volutamente, questa relazione: " le ragioni di una scelta ", e non : " le indicazioni della protesi monocompartimentale ",perche' mai, come nell'artrosi del ginocchio, i motivi che spingono ad usare una tecnica chirurgica, piuttosto che un'altra, sfuggono da regole precise, per sfociare nella predisposizione culturale, professionale e sentimentale di ciascun chirurgo o scuola. Recentemente, durante una riunione scientifica a Latina, organizzata da Pasquali Lasagni, presso l'I.C.O.T., nel novembre del 1997, John Insall , uno dei padri della protesizzazione del ginocchio, esegui' un intervento chirurgico, video trasmesso in diretta: ad un paziente di 62 anni, pensionato, non sportivo, affetto da gonartrosi compartimentale mediale, con integrita' di quello laterale, della femoro rotulea, del L.C.A. e modesto varo, impianto' una protesi totale, postero stabilizzata e cementata.

Nel corso della discussione, che segui' l'intervento, gli chiesi di fornirci delucidazioni riguardo alle indicazioni, perche', nella mia modesta esperienza, in quel caso, avrei utilizzato una monocompartimentale. Mi rispose come, negli U.S.A., la mono non fosse una tecnica molto diffusa, anche se si era notato, negli ultimi anni, un incremento dei lavori scientifici con buoni risultati e discreto follow up. Lui, comunque, la preferiva totale e postero stabilizzata. In quell'occasione, l'aveva cementata, perche' riteneva il paziente non troppo giovane. Concluse affermando che, in materia di ginocchio, le indicazioni sono spesso frutto di una filosofia personale. Una frase magica che mi trovava perfettamente d'accordo, tanto che avevo gia' deciso di intitolare lo spazio, nel nostro Convegno, dedicato all'esperienza americana: " the U.S.A. philosophy ". Ho citato questo episodio, perche' patognomonico della profonda controversia in atto circa il trattamento dell'artrosi del ginocchio.

Nei riguardi della mono poi, esistono diversi pregiudizi, frutto di notizie imprecise ed allarmanti che circolano tra i chirurghi, legate al fatto che, agli albori della sua vita, ha conosciuto, piu' di altre metodiche, complicanze ed insuccessi, dovuti alle errate indicazioni ed alle difficoltà tecniche, che hanno aperto la strada alla totale, maggiormente spinta dal mercato, perche' piu' semplice da applicare.

Questo Convegno Internazionale, nasce dall'ambizione di far chiarezza in questo campo, mossi dalla bontà dei nostri risultati, seppur modesti, frutto di un'esperienza decennale che ci ha portato, negli ultimi anni, ad un utilizzo pari alla totale.

Il mio percorso professionale, mi ha portato a sposare subito questa tecnica, perche' meno aggressiva e maggiormente rispettosa dell'apparato capsulo legamentoso del ginocchio. Infatti, quando iniziai la mia attivita' chirurgica, nell'ormai lontano 1981, ebbi la fortuna di incontrare, in Italia, G. A. Ilizarov, invitato dai colleghi dell'Associazione italiana dell'Osteosintesi, per divulgare la sua filosofia, di correzione e guarigione di molti quadri morbosi dell'osso, per mezzo di un fissatore esterno elastico che esaltava il metodo naturale. Mi appassionai ai nuovi concetti , portato dagli studi di Sarmiento e Fernandez – Esteve, sul processo di consolidazione delle fratture (10). Da allora, quando ho potuto scegliere, ho sempre preferito tecniche rispettose delle leggi biologiche e biomeccaniche naturali o, comunque poco invasive. E cosi' e' stato per i gessi funzionali, grazie all'amicizia di Alberto Diara , per gli allungamenti e le osteotomie con l'apparato di Ilizarov (2, 11), per l'artroscopia, aiutato dal maestro Max Magi, per la ricostruzione del L.C.A., della cuffia dei rotatori ecc..

Iniziai ad occuparmi di artroprotesi nel 1988, allora, nella mia divisione, si utilizzava una tecnica con strumentario intramidollare (Miller – Galante), e subito colsi gli aspetti positivi della monocompartimentale (39, 45).

La possibilita' di un trattamento protesico compartimentale dell'artrosi del ginocchio, era gia' stata intuita da McKeever (1960) e da McIntosh (1972), i quali suggerivano la sostituzione dell'emipiatto tibiale degenerato, con un disco protesico.

Da allora la mono ha subito una notevole evoluzione, fino alle piu' moderne protesi modulari (Marmor, 1988) ed a menischi mobili (Goodfellow,1996) con un cammino simile alla totale. Mi preme qui sottolineare come la monocompartimentale non debba essere considerata meta' protesi totale (Insall,1993), perche' se ne differenzia per caratteristiche concettuali e pratiche (Marmor, 1977).

Da un punto di vista strettamente chirurgico, essa rappresenta un presidio notevolmente meno invasivo. Infatti, l'apparato legamentoso non viene lesionato, cosi' come l'articolazione femoro rotulea (Corpe, 1990); non necessita di uno strumentario intramidollare, pur consentendo una correzione tridimensionale, senza alterare l'asse meccanico (Dejour, H., 1991). In caso di fallimento, il ricorso alla protesizzazione totale, in virtu' della scarsa resezione ossea, che ne preserva il bone stock, non presenta eccessivi problemi (Levine, 1996; Jackson,1997) e la sepsi, qualora sfortunatamente insorga, si presenta con quadri piu' modesti e maggiormente risolvibili. Accanto a questi vantaggi per il chirurgo, ne esistono di pratici anche per il paziente: ridotte perdite ematiche, tanto da non dover piu' ricorrere alla trasfusione di sangue, neppure in caso di protesizzazione bilaterale nella stessa seduta operatoria (per questo, dal 1995, la nostra divisione e' un punto di riferimento nazionale per i Testimoni di Geova) minor rischio di trombosi venosa e sepsi maggiori indicazioni ad un'anestesia locoregionale - minori degenze ospedaliere con piu' veloci e migliori recuperi della funzionalita' articolare, rispetto alla totale(Chassin e Andriacchi, 1996; Mikosz, 1993).

Confermati dalla nostra esperienza con i pazienti affetti dal morbo di Parkinson. Il tutto per un evidente risparmio della spesa sanitaria, vantaggio non ultimo in tema di gestione delle risorse economiche.

Occorre tuttavia precisare che, questi risultati, sono ottenibili solo a fronte di una rigorosa selezione dei pazienti, ai quali e', effettivamente, possibile garantire una ripresa dell'articolarieta' tale, da consentire la pratica di una attivita' sportiva leggera.

Scott R.D.(1981), Kozinn (1989), Goutallier (1991), Stern S. H. e Insall J. 1993, Voss. e Galante (1995), Grelsamer R.P. (1995), hanno schematizzato le indicazioni elettive per la mono: artrosi monocompartimentale con comparto controlaterale indenne o con minimo interessamento (grado 1° o 2° di Ahlback), femoro – rotulea non sintomatica, arco di movimento maggiore di 90°, deviazioni assiali non superiori a 15°, non dolore a riposo, assenza di lassita' anteriore, eta' superiore ai 60 anni, peso inferiore agli 82 chilogrammi, rigidita' in flessione non superiore ai 5°. Indicazioni, solo apparentemente limitative, ma che selezionano una gran parte dei nostri pazienti, soprattutto quelli di origine mediterranea e di sesso femminile, rubando spazio alle osteotomie ed alle protesi totali.

Un grande aiuto, nella diagnosi e nella guida delle nostre scelte, ci viene dall'artroscopia, che noi utilizziamo preventivamente od in associazione, ad esempio, con le osteotomie. Alla luce della nostra esperienza, analizziamo alcuni degli aspetti piu' controversi, portandoli in discussione.

Degenerazione femoro – tibiale monocompartimentale: per noi l'indicazione si pone per il grado 3°

e 4° di Ahlback. Per i quadri minori, a secondo dell'eta', consigliamo: l'artroscopia, l'osteotomia e, per aree limitate, l'innesto di cartilagine (Jackson D. W. 1996, Hangondy L. 1997). Femoro – rotulea: difficile trovarla completamente indenne o asintomatica.

Noi abbiamo notato un miglioramento della sintomatologia, dopo la protesi, soprattutto nell'alzarsi dalla sedia e nello scendere le scale, dovuto al riequilibrio dell'asse meccanico del ginocchio. Spesso associamo gesti chirurgici quali : l'asportazione degli osteofiti, condroplastiche, perforazioni, release dell'alare, soprattutto nel valgo, a volte con una artroscopia preventiva. Peso : i limiti imposti sono, ovviamente, relativi. Un uomo alto 1,90 m., non puo' pesare meno di 82 kg. e, se gli altri parametri lo consentono, per noi l'indicazione alla mono rimane, anche perche' la protesi e' di misura proporzionata.

Forse e' piu' importante la volonta' e la tendenza al dimagrimento. Una donna di 85 kg., con modesto varo, alta 1,70 m., che vorrebbe calare di peso ma e' limitata, nel movimento, dal dolore, puo' avvalersi di una monocompartimentale, cosi' come un paziente in calo che chiede un aiuto per migliorare. Sono quelli che rischiano meno di ingrassare dopo l'intervento. Diverso e' il discorso per l'eccesso di peso in osteoporosi con varo, soprattutto per quei piatti che prevedono fittoni o lame stabilizzatrici, controindicazione assoluta all'impianto mono. Rigidita' articolare: dipende dalla causa: corpi mobili, osteofitosi, problemi patello - femorali possono essere risolti con l'asportazione durante l'intervento od, in alternativa, con un'artroscopia chirurgica preventiva, seguita dal controllo del beneficio raggiunto. In questo modo, possono essere affrontate limitazioni dell'estensione superiori a 10°.

Lassita' legamentosa: escludiamo le lassita' antero – posteriori combinate da lesione del L.C.A. e L.C.P.. Una certa insufficienza del legamento crociato anteriore, con un lieve jerk e un side to side difference, al KT 1000, inferiore ai 5 mm., non impedisce un buon risultato, anche per la ridotta attivita' fisica ed il ripristino della stabilita' laterale, dopo l'intervento.

Riassumiamo, allora, le controindicazioni assolute all'impianto:

Reumatismo infiammatorio: tutti d'accordo, anche se, in verita', , in questi casi morbosi, nella nostra esperienza, abbiamo sempre trovato una degenerazione tricompartmentale, mai mono, come invece qualche autore ha descritto.

Artrosi femoro – patellare importante e, soprattutto, sintomatica.Lassita' combinata grave. Obesita' con varismo in osteoporosi. Rigidita' in flessione superiore ai 15° o non correggibile. Errori di tecnica: applicazione di piatti tibiali con polietilene inferiore agli 7 mm. di spessore. Ipercorrezione dell'asse frontale. Utile lasciare almeno 2 mm. di gioco in varo o valgo.

Non correggere le patologie dell'anca associate, prima dell'impianto al ginocchio. Le casistiche, riportate in letteratura, con queste indicazioni, sono molto incoraggianti. Presentano curve di sopravvivenza superiori al 90% con follow up di almeno 3 anni (Cartier P. 1987, Stockelman R. E. 1991, Christensen N. O. 1991, Larsson S. E. 1988 , Heck D.A. 1993), sovrapponibili a quelle delle totali, con controlli clinici a distanza di tempo maggiore (McKinnon J. 1988 , Scott R.D. 1991, Witvoet J. 1993, McKenzie J. R. 1993, Cameron H. U. 1988, Rongraff J. R. 1991, Carr A. e Goodfellow J. 1993, Laurencin C. T. e Scott R.D. 1991) e superiori a quelle delle osteotomie (Brangton N. S. e Newman J. H. 1986 , Jackson M. e Newman J.H. 1994). Sostituiscono, in parte, le prime pubblicazioni che descrivevano insuccessi oltre il 35% (Mallory T.H.1983, Laskin R S. 1978, Insall J. 1980), anche se tutti gli autori concordavano nell'individuare, quale principale causa, la scorretta selezione dei pazienti (Barret W. P. , Scott R .D. 1987), riducendone cosi' l'applicazione a non piu' del 10% di tutte le protesi del ginocchio.

Rimangono comuni le cause di fallimento per errori di tecnica chirurgica: imperizia, scorretta correzione delle deformita' assiali, cattivo allineamento delle componenti protesiche, errori nella cementazione, utilizzo di polietilene inferiore ai 6 mm. di spessore (Bert J. M. 1997, McCallum J.D. e Scott. R.D. 1995).

Per metodiche, risulta piu' lunga e per tutte queste ragioni , la curva di apprendimento, rispetto ad altre spesso scoraggia il chirurgo.

La soddisfazione che la maggioranza dei pazienti esprime, durante i controlli ambulatoriali a distanza di tempo, associata alla constatazione della completa mobilita' articolare, del recupero dell'asse anatomico e della stabilita' in varo – valgo, dell'assenza del dolore, della zoppia, della facilita' nell'alzarsi dalla sedia o nel salire le scale, della possibilita', persino, di correre e saltare dei piu' giovani (anche se proibito), dovrebbe indurre ad una maggior costanza. Infine, un aspetto difficilmente quantificabile, dal punto di vista scientifico, e' la minor preoccupazione con la quale propongo, ai pazienti, l'intervento di sostituzione protesica monocompartimentale, la minor tensione quando mi accingo ad entrare in sala operatoria, quasi sempre contraccambiato dal paziente, tanto che ci e' sempre piu' facile sorridere del suo problema. Entrambi sappiamo di correre meno rischi, di ottenere, nelle corrette indicazioni, ottimi risultati con la possibilita' di una agevole ripresa chirurgica, in caso di malaugurato fallimento.

www.ortopedia.net