

TABLOID *di* ortopedia

ANNO XIV NUMERO 6/2019 ISSN 1970-741X



**TRAUMA MEETING ALLA RICERCA
DEI CRITERI DI APPROPRIATEZZA
PER LA SCELTA DEI MEZZI DI SINTESI**



IN COPERTINA

Osteosintesi: scelta dei mezzi e valutazione dei risultati

La capacità dell'osso di guarire seguendo percorsi fisiologici diversi giustifica la variabilità nella scelta dei mezzi di sintesi in traumatologia. Il Trauma Meeting però, risultati delle osteosintesi alla mano, prova a individuare le regole di base

«La dodicesima edizione dell'Otodi Trauma Meeting rappresenta un traguardo ambito per tutti noi e il maggior congresso di traumatologia nazionale». Lo ricordano nella presentazione **Lorenzo Scialpi** e **Massimo Candela**, direttori di Struttura complessa di ortopedia e traumatologia rispettivamente a Taranto e a Paola (Cosenza), che presiedono l'evento a **Riccione dal 2 al 4 ottobre**.

Tra le novità di questa edizione ci sono il *Boot camp* per gli specializzandi e la sessione *Meet the expert*, tre incontri di circa un'ora con gli esperti, che si svolgono in contemporanea al congresso e in modalità *smart* sia riguardo alla location che per l'impostazione adottata. Ciascun esperto incontra i chirurghi ortopedici interessati agli argomenti prescelti per dare vita a uno scambio di opinioni sulla scorta delle evidenze scientifiche più attuali.

Temi principali del Trauma Meeting 2019 sono l'appropriatezza nell'utilizzo dei mezzi di sintesi e la prevedibilità degli esiti in traumatologia. «Il verificarsi di complicanze in traumatologia – dichiarano i due presidenti – è un argomento

Dottor Vicenti, quanto spesso i risultati clinici delle osteosintesi non sono soddisfacenti?

Purtroppo il fallimento dell'osteosintesi è ancora una delle complicanze più temibili in traumatologia ortopedica. Sicuramente l'incidenza di tale evenienza appare estremamente variabile a seconda del distretto in questione e della complessità del pattern fratturativo. Peraltro, in tale denominazione rientrano quadri estremamente variabili e correlati a un grado diverso di disabilità residua.

Possiamo distinguere i quadri complessi di mancata guarigione, la cosiddetta *non union* ovvero pseudoartrosi, preceduta spesso dalle *delayed union* ovvero ritardi di consolidazione; ci sono poi i difetti anatomici di guarigione e quindi le cosiddette *malunion*, ovvero le alterazioni degli assi anatomici fisiologici; infine esistono, a livello dei distretti articolari, i quadri di artrosi post-traumatica, dettati dal danno cartilagineo insito all'evento traumatico, ovvero secondario a un difetto di riduzione, cioè step articolare maggiore di due millimetri.

In che modo un timing non adeguato può essere responsabile di complicanze?

Oggi si pone estrema attenzione ai tempi chirurgici e al tipo di intervento da riservare in ciascun frangente temporale. Si pensi ad esempio al ruolo assunto dalla stabilizzazione temporanea delle fratture, non solo nel paziente politraumatizzato o in caso di esposizione, ma anche per la gestione ottimale dei tessuti molli. Tale atteggiamento riduce notevolmente le complicanze legate in primis alle deiscenze delle fe-

rite chirurgiche; esso permette inoltre un miglior studio di pattern fratturativi complessi, immagino le fratture articolari che meritano indagini di secondo livello e una pianificazione preoperatoria accurata. Una pianificazione migliore vuol dire una migliore previsione di quelle che possono essere le difficoltà intraoperatorie cui il chirurgo va incontro, riducendo così le complicanze.

I protocolli post-operatori sono in genere ben strutturati? C'è una continuità nella presa in carico del paziente?

Il carico di lavoro in traumatologia ortopedica è sicuramente notevole e in continuo aumento in conseguenza all'avanzare dell'età dei nostri pazienti e delle fratture da fragilità. L'aumento dei traumi sportivi e ad alta energia si rende inoltre responsabile dell'altra tipologia di fratture che ogni giorno ci troviamo a trattare.

Per quanto risultati indispensabile la gestione in acuto di tali pazienti, ovvero la parte chirurgica, molto spesso risulta estremamente complicato seguire il paziente nella fase post-operatoria e di recupero funzionale. Ciò è riconducibile alla carenza di strutture e di personale dedicato nella fase riabilitativa, che si traduce in un allungamento dei tempi di recupero, con inevitabili ripercussioni sull'aderenza stessa del paziente al progetto riabilitativo e sui costi sociali dello stesso.

Viene spontaneo confrontare le proprie realtà con quelle virtuose presenti a livello nazionale e internazionale; unità operative in cui è presente l'ultra-settorializzazione delle competenze hanno come vantaggio la presenza di un

percorso standardizzato che prende in carico il paziente dal momento dell'evento traumatico e lo porta a guarigione in maniera continuativa. Seppure tale discorso possa suscitare titubanze relative ai costi complessivi, è evidente che i tempi di recupero si riducono, con ridimensionamento dei costi sociali.

che continua a interessare il mondo scientifico nazionale e internazionale; nel corso del congresso saranno analizzati i vari fattori che possono determinare un cattivo outcome delle nostre osteosintesi, al fine di poter prevenire le svariate complicanze che affliggono il paziente e la nostra vita da traumatologi. Il secondo tema del congresso ci permetterà di analizzare a fondo l'appropriato utilizzo dei mezzi di sintesi nei vari distretti e nelle varie età e capire, attraverso una tavola rotonda finale, se esistono mezzi di sintesi appropriati per determinati distretti, capaci di garantirci outcome migliori. Quindi i due temi da noi scelti – concludono Scialpi e Candela – sono fortemente interconnessi in quanto l'utilizzo di mezzi di sintesi appropriati è uno dei fattori che ci consente di prevenire le complicanze».

Tabloid di Ortopedia ne ha parlato con **Giovanni Vicenti** del reparto di ortopedia del Policlinico di Bari, coordinatore della segreteria scientifica del congresso insieme a **Vincenzo Macrì** dell'azienda ospedaliera "Pugliese Ciaccio" di Catanzaro.

La scelta delle vie chirurgiche è oggi dettata da linee guida ed evidenze scientifiche oppure è lasciata alla preferenza dell'operatore?

La questione linee guida è oggi estremamente attuale, vista peraltro la legge Gelli sulla responsabilità professionale, che recita: "qualora l'evento avverso si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispetta-

te le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge". In realtà, ad oggi, non esistono linee guida definite e condivise: nella maggior parte dei casi la scelta rispetto alla via di accesso è dettata prevalentemente dalle abitudini del chirurgo e dalla sua esperienza rispetto a una determinata procedura; a tal proposito si parla infatti di "scuola", termine che si riferisce agli insegnamenti secondo i quali il chirurgo si è formato ed è cresciuto in ambito professionale.

Penso ad esempio alla chirurgia più comune, quella della protesica dell'anca, ove si consuma la disputa infinita tra accesso laterale e postero-laterale. Rispetto alla mia esperienza ritengo che la preferenza da accordare a una via chirurgica

rispetto a un'altra debba scaturire dalla profonda conoscenza di quelle che sono le possibili complicanze legate a ciascuna. In tal modo il chirurgo potrà prevenirle efficacemente durante l'atto operatorio e nelle fasi successive di recupero funzionale.

Quali scelte dovrebbero essere fatte in questo ambito per ridurre le complicanze attribuibili alla via chirurgica scelta?

La conoscenza puntuale dell'anatomia chirurgica dovrebbe garantire una discreta sicurezza nella maggior parte delle procedure ortopediche. Conoscere, riconoscere e isolare le strutture nobili quali vasi e nervi riduce significativamente il rischio di lederle, causando danni permanenti e complicanze importanti.

Sicuramente in questo ambito rivestono un ruolo rilevante i percorsi formativi intrapresi dal chirurgo e nella fattispecie la partecipazione a corsi pratici su preparati anatomici, in cui è possibile sperimentare ed eseguire gli accessi più comunemente praticati nella pratica clinica, supervisionati e istruiti da tutor di sicura esperienza. Non meno importanti sono la conoscenza dell'anatomia e il rispetto delle strutture muscolo-tendinee con il bilanciamento delle stesse al fine di promuovere il ripristino delle leve agenti sui distretti articolari. La fase iniziale di accesso chirurgico e soprattutto la fase finale, la famosa "chiusura per strati", devono avvenire in maniera puntuale, essendo importanti quanto tutte le altre fasi dell'intervento chirurgico.

In che modo la scelta dei mezzi di sintesi si riflette sugli outcome clinici?

Anche rispetto a tale tematica il dibattito nella comunità ortopedica è acceso e motivo di crescita continua. Sicuramente esistono dei criteri da seguire, dettati storicamente dalla comunità scientifica. Penso in particolare all'impatto che hanno avuto le classificazioni Ao-Ota, in cui a ogni tipo di frattura corrisponde una determinata opzione di sintesi raccomandata. In letteratura poi, la presenza di studi clinici di confronto, meglio se prospettici e randomizzati, di metanalisi e di review consente di tracciare dei percorsi preferenziali nella scelta dei mezzi di sintesi da utilizzare.

La standardizzazione delle procedure deriva dalla presenza di studi con casistiche rap-

presentative che giustifichino l'adozione di determinati protocolli terapeutici. Condurre in maniera adeguata e puntualmente studi prospettici, randomizzati, le basi quindi per la stesura di review e metanalisi, rappresenta l'unico modo per poter procedere in maniera uniforme in linea con le evidenze. Certamente conta molto la padronanza della tecnica chirurgica, ovvero il numero di interventi eseguiti con quel dispositivo. Mi riferisco alla famosa curva di apprendimento che condiziona gli esiti e che costituisce lo strumento fondamentale al fine di garantire il risultato migliore per il paziente.

La diversità di idee sulla scelta del mezzo di sintesi è più una risorsa o un limite?

Personalmente parto dal presupposto che la presenza di opinioni differenti si renda garante di una crescita e di una evoluzione continua e positiva. La capacità dell'osso di guarire adeguatamente seguendo percorsi fisiologici diversi spiega adeguatamente le diverse opinioni degli specialisti della nostra branca. C'è sempre chi predilige la biologia alla biomeccanica e viceversa.

Fino ad oggi questo non è stato un limite, ma anzi la chiave per l'introduzione di dispositivi che hanno davvero migliorato gli outcome dei nostri pazienti. Si pensi al concetto di stabilità angolare e alla perfetta integrazione tra gli storici "placchisti" e "fissatoristi". Il futuro della traumatologia risiede esattamente in questo, nello scambio di nozioni e di esperienza.

Ci sono molte novità dal punto di vista tecnico?

Le novità tecniche si susseguono continuamente. La presenza di numerosi fornitori favorisce una continua evoluzione dei mezzi di sintesi e una concorrenza positiva che si rende fautrice di un progressivo miglioramento degli aspetti tecnici dei dispositivi. L'evoluzione del design, in base agli studi biomeccanici sempre più accurati, dei biomateriali – si pensi all'introduzione del tantalio in chirurgia protesica ricostruttiva – la computerizzazione delle procedure, l'utilizzo delle cellule staminali nei ritardi di consolidazione, rappresentano solo alcuni dei numerosi ambiti in evoluzione in ortopedia e traumatologia.

Renato Torlaschi



› Giovanni Vicenti