



Attualità:
Finanziaria 2007



Un incontro con
Richard Laskin



Intervista a
Roberto D'Anchise



ORTHOviews
la Ricerca nel Mondo



Evidence Based
Medicine



L'Agenda
dell'Ortopedico

IL MEETING POINT DEGLI ORTOPEDICI ITALIANI

Anno II Numero 1/2007

GRIFFIN EDITORE SRL DIREZIONE EDITORIALE E COMMERCIALE:
VIA AIROLDI, 11 CARIMATE (CO) TEL. 031.789085
info@griffineditore.it

Iscrizione nel Registro degli Operatori di Comunicazione
con il n. 14370 in data 31.07.2006

Poste Italiane Spa - Sped. in abbonamento postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1 comma 1, DCB Milano Taxe Percue



tabloid >>>> medgate ortopedia >> informazione cultura attualità

EDITORIALE

È l'ora del team

Nei centri di eccellenza ortopedica sta penetrando in modo inequivocabile un nuovo atteggiamento mentale: l'attitudine al lavoro di squadra.

È possibile fare qualche esempio eccellente. Esiste un progetto, nell'ambito della divisione pediatrica degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, dedicato al supporto formativo e al coaching per tutto il personale della divisione, indipendentemente dal profilo professionale, per le équipes di lavoro e per la supervisione dei casi difficili. Presso l'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano si è costituito un Centro di chirurgia protesica con un'organizzazione interna in cui vengono studiati e realizzati percorsi comuni di accertamenti preoperatori e protocolli di gestione del paziente: sotto la guida di un Direttore (leadership ortopedica) lavorano a stretto contatto l'équipe chirurgica, l'équipe anestesilogica e un pool infermieristico di sala operatoria, di recovery room e di reparto.

È in atto una piccola rivoluzione copernicana nell'ortopedia italiana, e non è altro che il riflesso di quanto sta accadendo ormai a tutti i livelli in sanità: il paziente è al centro del sistema salute, protagonista in pieno del proprio trattamento terapeutico e chirurgico, consapevole e attento.

Talvolta questo genera fraintendimenti e frizioni, e, quando è l'avvocato a metterci lo zampino, si scivola nel terreno delle accuse di malpractice. Se invece si gestisce bene il rapporto fin dagli inizi, coinvolgendo tutte le forze in campo in un concerto ben intonato e gestito in modo positivo, la centralità del paziente-utente diventa il motore propulsivo per una nuova modalità di interagire tra ortopedico e medico di famiglia (rete ospedale-territorio), tra ortopedico, anestesista e infermiere: ma anche, perché no?, superando vecchie barriere e preconcetti, è possibile e auspicabile attivare sinergie tra ortopedico e fisiatra, tra fisiatra e riabilitatore.

Il prezzo - del tutto equo, anzi giustissimo - da pagare a fronte del potenziale innovativo del lavoro in team è quello della rinuncia al ruolo sacrale e centrale del medico rispetto al paziente: il quale, ponendosi in una posizione di dialogo (o di contrattazione...) rispetto a un team, gestirà in modo migliore tanto il senso di impotenza e frustrazione di cui finora inevitabilmente soffriva, quanto la "sindrome risarcitoria" che origina senza dubbio in misura molto maggiore dal contatto con il singolo temuto curante piuttosto che con il gruppo efficiente e contenitivo.

(Paolo Pegoraro)



L'intervista

Nuova stagione SIOT il testimone passa a Del Sasso

intervista a pag. 2



XVI Congresso Internazionale di Riabilitazione Sportiva e Traumatologia

14-15 aprile 2007
Università Statale di Milano - Aula Magna

Presidente
Stefano Respizzi

Direzione scientifica
Giulio Sergio Roi, Giuliano Pizzini

Segreteria Organizzativa
Tel. 051.6112568 - Fax 051.6112567
congressi@isokinetic.com

Tabloid di Ortopedia ha incontrato il Professor Lanfranco Del Sasso, nuovo Presidente Siot, insediato da pochi giorni alla guida della Società scientifica. Argomento della conversazione, obiettivi e progetti della sua presidenza.

IL NUOVO PRESIDENTE
Lanfranco Del Sasso prende il testimone da Alessandro Faldini, che ha chiuso la sua Presidenza con il 91° Congresso Siot di Bologna, di cui vi offriamo un ampio report a pagina 4.

Il Professor Lanfranco Del Sasso è nato a Roma e ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Siena. Direttore della Struttura complessa di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Sant'Anna di Como, Del Sasso resterà in carica fino al 2008.

Il Quesito Diagnostico ?

A pagina 15 trovate un nuovo quesito diagnostico, con la soluzione del quesito pubblicato nello scorso numero del Giornale. È un facile esercizio e un pretesto per approfondire una patologia.



L' intervista

Pazienti e materiali tanto giovani e tenaci

Oxinium e altro in un incontro con Richard Laskin



Richard S. Laskin, Direttore del Dipartimento di Ortopedia presso l'Hospital of Special Surgery, Cornell University, NY, rappresenta oggi una delle punte di diamante nella chirurgia del ginocchio. La sua divisione realizza 5-6 TKR al giorno. Lo scorso anno l'intero ospedale ha toccato i 2.500 interventi protesici, dei quali 500 condotti personalmente da lui. Una media di tutto rispetto, considerando che questi numeri di riferiscono a TKR di primo intervento, non a revisioni

Dottor Laskin, com'è oggi il paziente?

È più giovane. La media si è abbassata drasticamente in trent'anni, scendendo da 75 anni a 62, e la tendenza è per la diminuzione. Nel '73, quando è iniziata la mia carriera, non esisteva l'artroscopia; oggi è tutto più semplice, l'intervento in artroscopia è un'indicazione allargata a fasce di popolazione attiva, e frequentemente il fatto artrosico su cui si interviene si manifesta a seguito di traumi sportivi, che portano a un decremento qualitativo di cartilagine articolare.

Si vuole ritornare attivi, insomma.

Certamente, l'aspettativa del paziente è questa e viene soddisfatta. La chirurgia mininvasiva consente oggi un minor traumatismo del muscolo - che viene inciso per 2-3 centimetri - e dell'articolazione, un recupero molto più veloce e un dolore postoperatorio decisamente inferiore. Certo, occorre spiegare al paziente di non aspettarsi anche una mini-incisione cutanea, per non essere deluso a livello estetico dalla decina di cm di incisione cutanea necessaria.

Lei è un fautore della robotica...

Sì, il computer e i software oggi utilizzabili consentono precisione e tempistica inimmaginabili fino a ieri. Molti già lo usano, anche se non è ancora alla portata di tutti, o almeno nel personale bagaglio di conoscenze: ma tra tre anni al massimo lo sarà.

Dr Laskin, quali sono i criteri chiave nella protesì del XXI secolo?

Oggi il design della proteasi è decisivo. La componente femorale avrà un solco femorale lungo, profondo, imbutiforme e lateralizzato, migliorando così il contatto e il tracking rotuleo. La superficie della troclea dev'essere tale da minimizzare gli stress da contatto, la componente tibiale sarà asimmetrica per massimizzare il rivestimento della superficie articolare rispetto al design simmetrico. Ma la grande novità viene dai materiali, che tengono conto delle esigenze e dello stile di vita di pazienti più giovani.

Vale a dire?

La novità è fornita da una vera rivoluzione in campo ortopedico: l'Oxinium, zirconio ossidato, una lega di zirconio con superficie ceramizzata. Il materiale, sviluppato dalla ricerca di Smith & Nephew, è il

primo materiale ortopedico ingegnerizzato specificamente per TKA. L'Oxinium si sviluppa in un processo in cui l'ossi-

geno è assorbito dallo zirconio, dando vita a una lega che offre alla superficie le qualità della ceramica, mantenendo la forza del metallo. L'Oxinium ha prestazioni elevate per resistenza, scorrevolezza e resistenza all'abrasione: il materiale offre vantaggi vistosi sul cromo-cobalto perché solo la superficie è cambiata, il resto è ancora metallo e mantiene tutta la sua forza.

Finora in TKA l'obiettivo è stato quello di ridurre l'usura migliorando il design dell'impianto e la

qualità del polietilene: questo però non risolveva il problema dell'abrasione alla superficie metallica, cui si accompagna il rilascio di ioni metallo.

Un vantaggio per i pazienti allergici al metallo.

Certamente. In particolare, il contenuto in nickel è quasi nullo e la biocompatibilità eccellente. Nella mia esperienza, almeno un paziente al mese è allergico al metallo. E vorrei ricordare ancora un

vantaggio di questo materiale: alla risonanza magnetica l'immagine è precisa, non inficiata da artefatti metallici.

Fantastico. A Suo parere, qual è in sintesi il plus dell'Oxinium?

Gli impianti durano di più, le revisioni sono molto minori e questo, come dicevo agli inizi, è molto importante per pazienti che sono sempre più giovani.

P. P.

Menisco, quando il trapianto è indicato

Nel 2002 è stato eseguito presso l'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano il primo trapianto di menisco in Italia presso l'Unità Operativa di Chirurgia del Ginocchio I.

Abbiamo pensato di fare il punto della situazione sui trapianti meniscali con il professor D'Anchise, autore di quell'intervento.

Professor D'Anchise, innanzitutto come sta la paziente che Lei ha operato nel 2002?

Molto bene. Ha ripreso le normali attività, ha avuto una figlia e non ha dolori. Dopo un anno abbiamo fatto anche un intervento di trapianto di condrociti per un danno cartilagineo femorale e in quella occasione abbiamo potuto constatare un perfetto attecchimento del trapianto.

Allora ci dica, quando è indicato il trapianto?

Per prima cosa dobbiamo precisare che i menischi hanno una loro funzione nell'ambito dell'articolazione del ginocchio, in quanto consentono una buona distribuzione del carico e un migliore assorbimento delle sollecitazioni; inoltre migliorano la lubrificazione articolare e migliorano la stabilità articolare in presenza di lesione del legamento crociato anteriore.

L'asportazione del menisco comporta un'alterazione di queste funzioni con conseguente progressiva usura delle cartilagini e, nel tempo, comparsa di artrosi. Attualmente l'unica reale possibilità per tentare di ripristinare una buona funzione articolare dopo una meniscectomia è, a mio parere, quella di effettuare un trapianto di menisco.

L'indicazione al trapianto meniscale è legata alla comparsa di una sintomatologia dolorosa da sovraccarico (dolore, tumefazione...) ma prima della comparsa di artrosi; pertanto è indispensabile intervenire tempestivamente.

Per avere le informazioni corrette, a mio parere, l'unica reale possibilità è quella di effettuare un'artroscopia che ci consenta di capire l'entità del danno cartilagineo.

Da ricordare che il ginocchio deve essere in asse e stabile; nel caso in cui vi fossero deviazioni assiali o lesioni legamentose è pertanto fondamentale riallineare l'arto o effettuare una ricostruzione legamentosa contemporaneamente o comunque prima del trapianto.

Esistono delle altre controindicazioni e in particolare l'età (dopo i 45anni le capacità di integrazione vanno progressivamente diminuendo), la presenza di malattie infettive articolari o la scarsa affidabilità del paziente per un corretto decorso postoperatorio.

Vi sono difficoltà nel recuperare il trapianto?

Attualmente no. Nel 2002 abbiamo avuto non poche difficoltà. Oggi esistono anche regionali che si impegnano a procurare il trapianto della misura richiesta. Le nostre banche hanno elevatissimi standard di sicurezza negli accerta-

menti sul donatore e nella conservazione. Ricordo che il menisco, come l'osso e i tendini, può essere considerato un tessuto immunologicamente privilegiato con scarsa risposta immunologica; non vi è pertanto necessità di terapia immunosoppressiva.

Cosa è possibile fare dopo un trapianto meniscale?

Una vita assolutamente normale anche da un punto di vista sportivo. Tengo però a precisare che non è indicato nei pazienti che sottopongono il ginocchio a sollecitazioni importanti come i giocatori professionisti. Il tessuto meniscale trapiantato non è comunque un tessuto normale, si comporta come un'impalcatura che viene ripopolata dall'organismo ospite, ma non riesce mai ad avere una struttura normale e pertanto non è in grado di sopportare eccessive sollecitazioni.

Quale è il decorso postoperatorio?

L'intervento può essere effettuato in artroscopia oppure con tecnica mista: aperta e artroscopica (tecnica che preferisco per la possibilità di utilizzare un ponte osseo tra le due estremità del menisco). Personalmente suggerisco nel postoperatorio l'utilizzo di un tutore articolato con flessione consentita fino a 90° per quattro settimane,

carico parziale immediato con stampelle. Dopo le quattro settimane progressivo recupero della normalità abbandonando il tutore. Immediatamente dopo l'intervento si iniziano lavori per tonificare la muscolatura. La ripresa delle attività sportive è consentita dopo sei mesi.

Quali sono i risultati dei trapianti meniscali?

L'esperienza italiana è modesta, anche se dopo aver aperto la strada, oggi diversi centri eseguono questi interventi. Inoltre è limitata nel tempo, pertanto è presto per parlare dei risultati in Italia; ma, analizzando la letteratura, in particolare i risultati negli Usa, questi sono estremamente incoraggianti al punto che alcuni chirurghi hanno iniziato a effettuare trapianti anche in presenza di artrosi, per rallentare l'evoluzione, o anche come profilassi nei casi di meniscectomia totale, in particolare nelle meniscectomie laterali che tendono a creare più rapidamente una situazione artrosica.

Quale pensa possa essere il futuro?

Ritengo che l'ingegneria tissutale consentirà di "fabbricare" menischi di forma e dimensioni volute; ma nell'attesa i trapianti meniscali rimangono l'unica soluzione.

Paolo Pegoraro



Qui sopra il professor Roberto D'Anchise, responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia del Ginocchio I dell'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano