

# La patologia dolorosa di Ginocchio, Anca e Spalla: aspetti diagnostici e terapeutici, ortesi, chirurgia sostitutiva e correttiva

E. Sabetta

**IL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO:  
APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA IN  
MEDICINA GENERALE**

**Corso PAF Accreditato ECM rivolto ai MMG  
Distretto REGGIO EMILIA**

**Giovedì 17 novembre 2011 (1.a Edizione)**

**Venerdì 18 novembre 2011 (2.a Edizione)**

**dalle ore 14,30 alle ore 19,30**

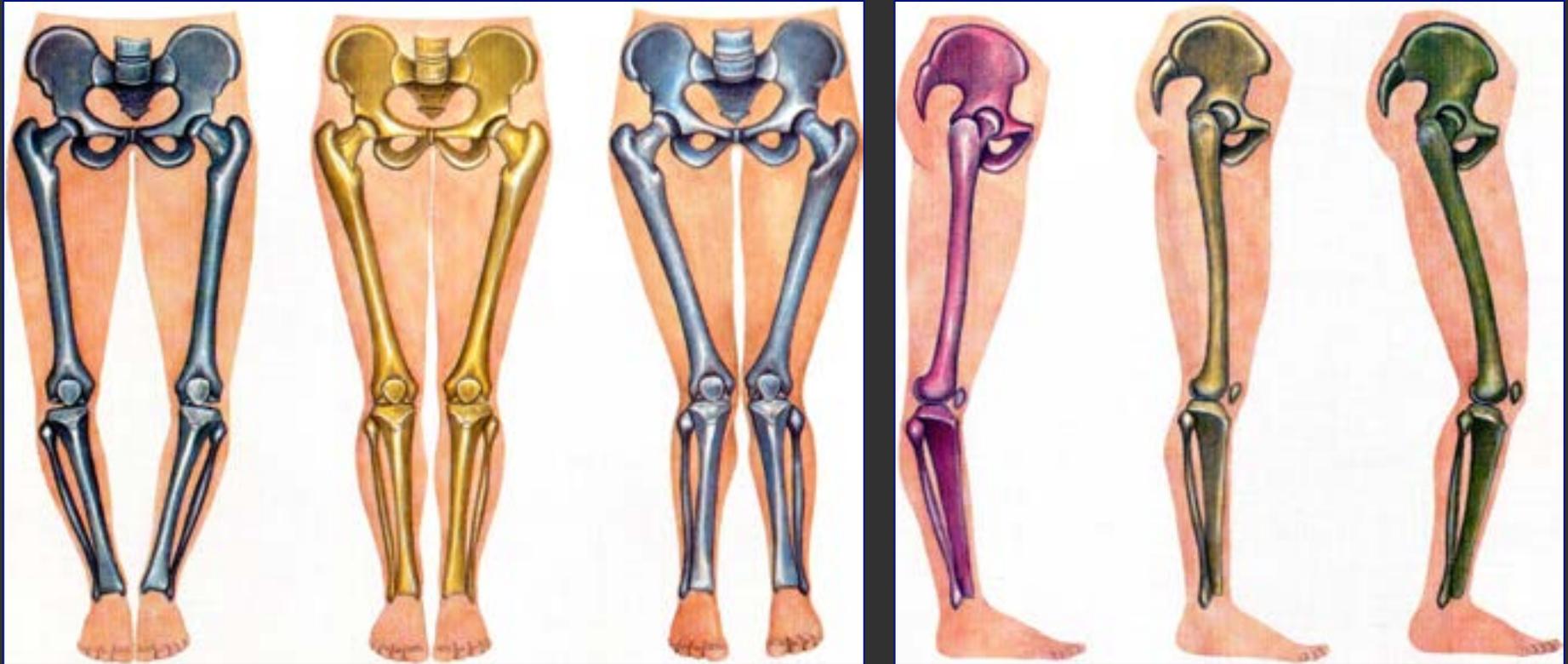
**Sala Polivalente**

**Bagnolo in Piano**

*Struttura Complessa  
Ortopedia e Traumatologia  
Direttore: Ettore Sabetta  
Arcispedale S. Maria Nuova  
Reggio Emilia*

GINOCCHIO

# MORFOTIPO



VARO

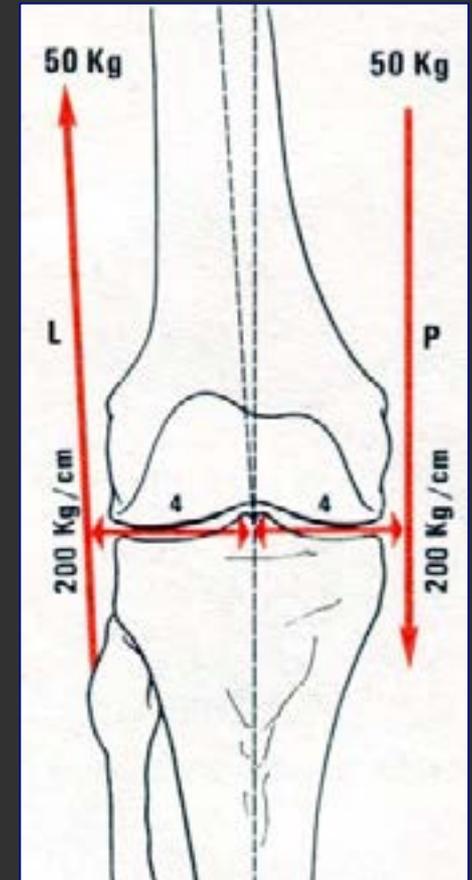
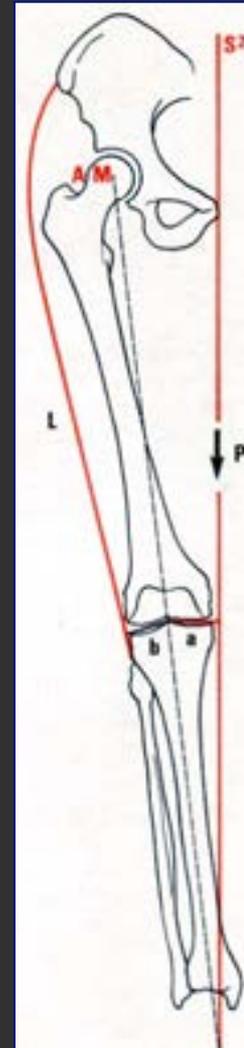
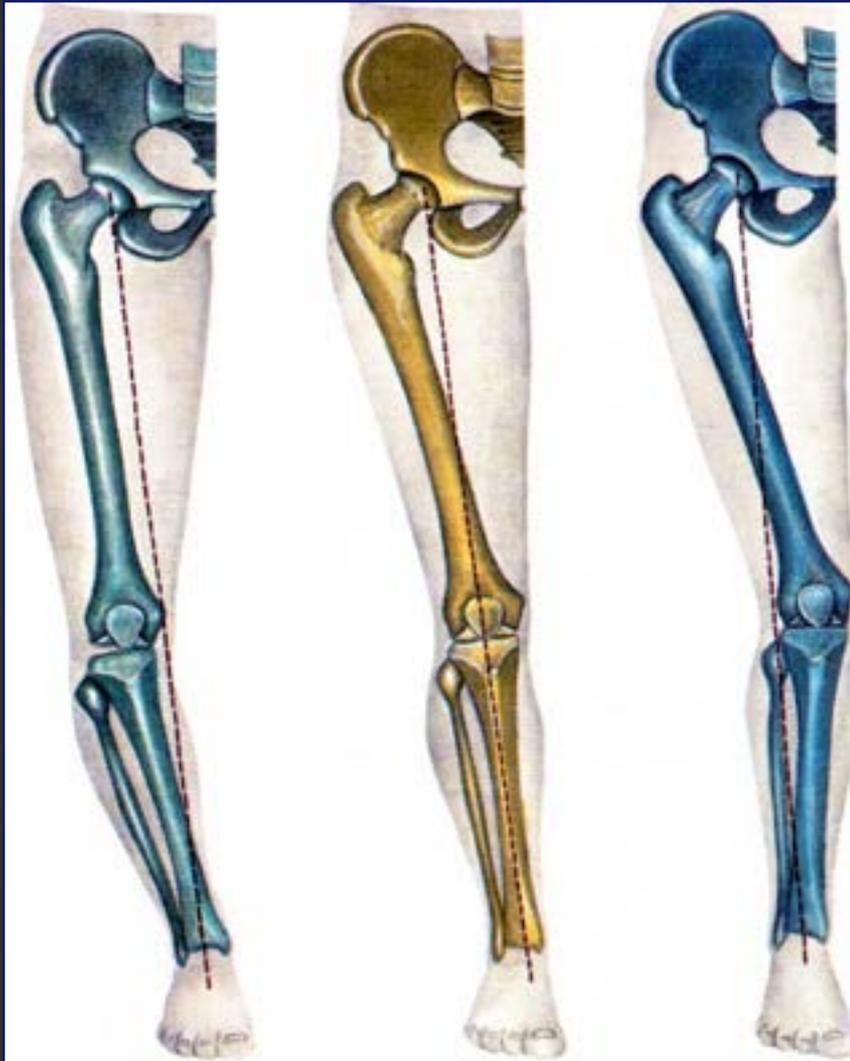
NORMALE

VALGO

RECURVATO - NORMALE - FLESSO

# ASSE di CARICO

VARO    NORMALE    VALGO





# QUALI ESAMI FARE?

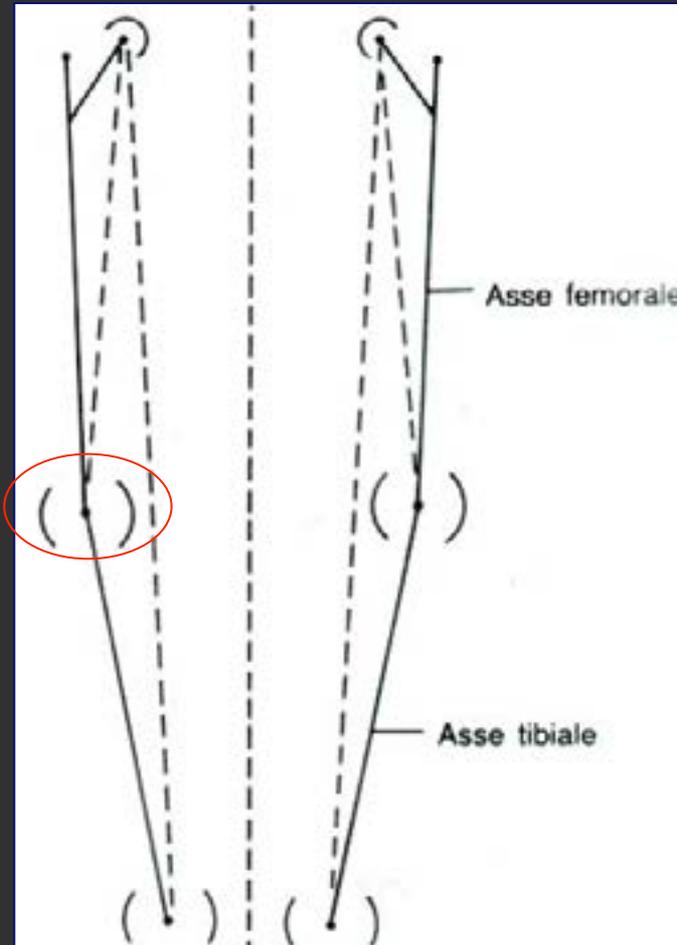
- Radiografie

- ~~• Ecografia~~

- ~~• TAC~~

- ~~• RMN~~

# VARISMO



# INQUADRAMENTO

- Definire il varismo
- Quantificare il varismo
- Quantificare l'usura articolare

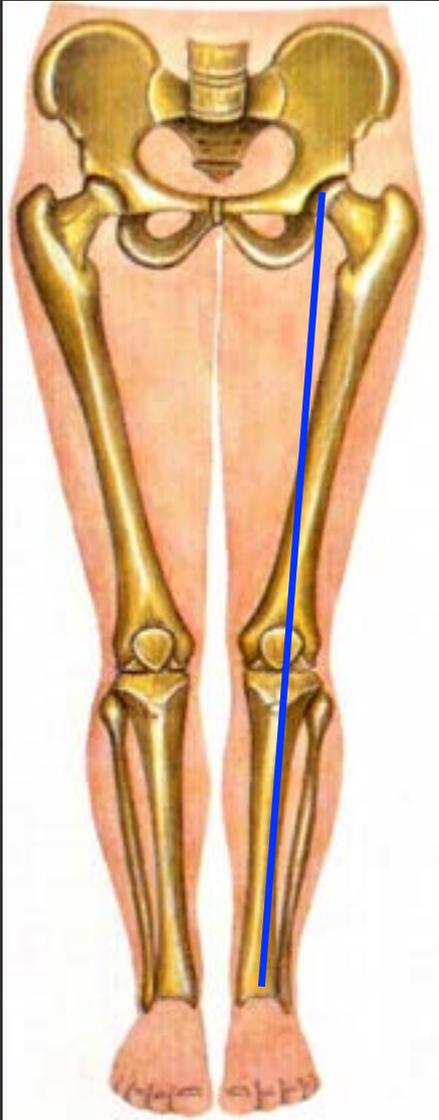
# DEFINIRE il VARISMO

- Metafisario
- Articolare (da usura)

*RX A.P. in ORTOSTASI*



# QUANTIFICARE il VARISMO



RX Panoramiche arti inferiori in AP,  
ortostasi, coxo-femorali e tibio-tarsiche  
incluse, rotule allo zenith

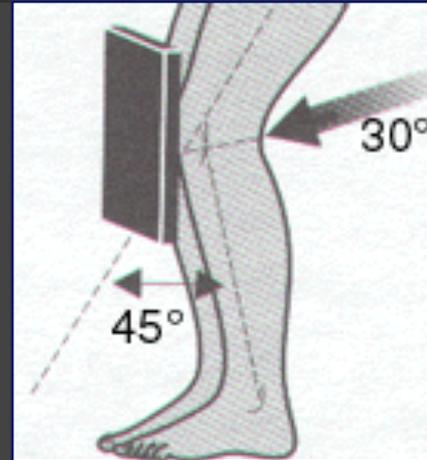


# QUANTIFICARE L'USURA CARTILAGINEA

A.P. ORTOSTASI



P.A. ROSEMBERG  
SCHUSS

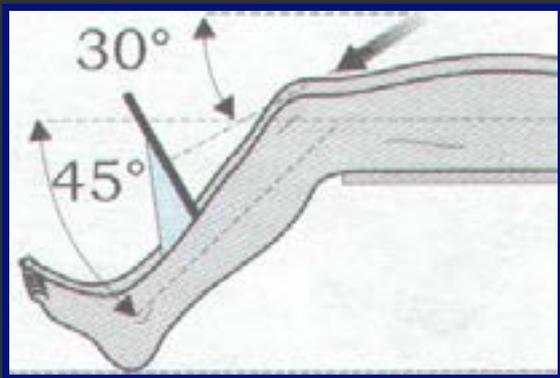
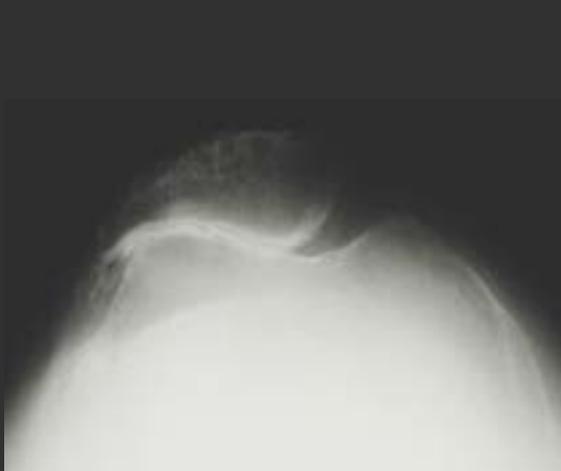


LATERALE STANDARD





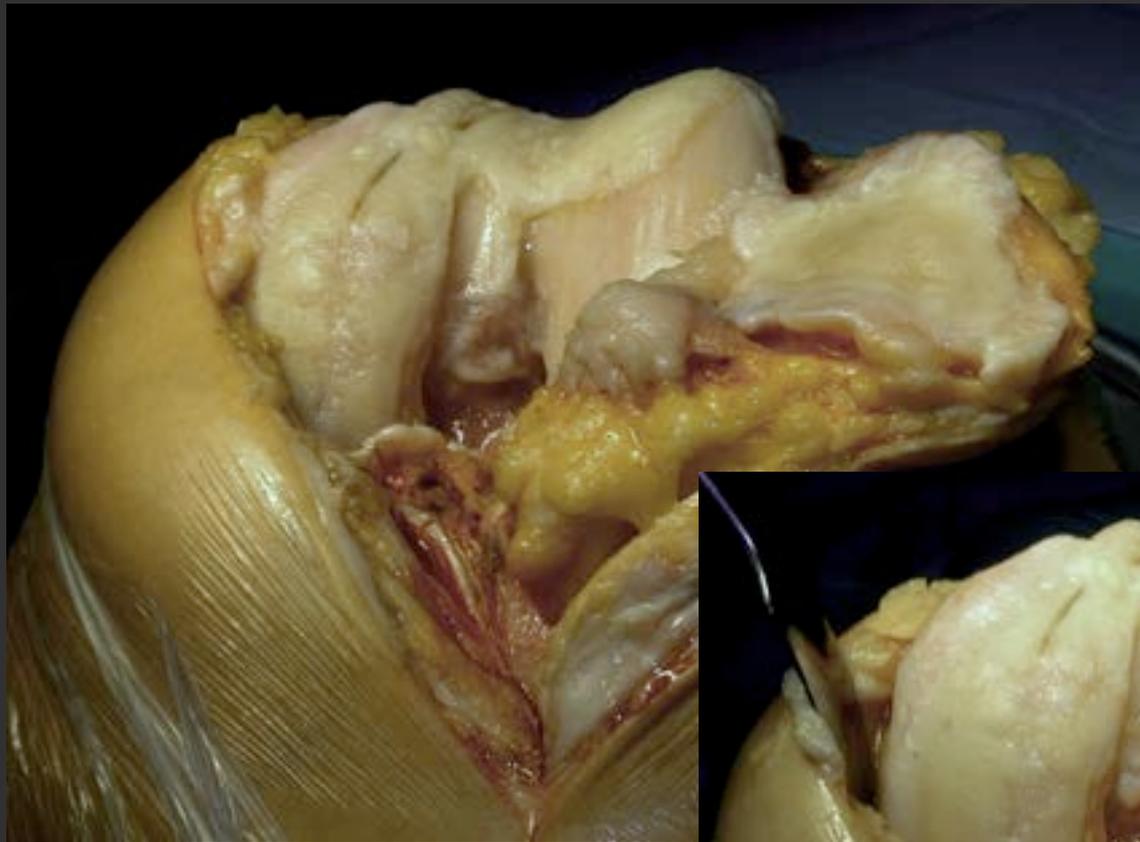
 72 anni  
dolore da 2 mesi



ASSIALE ROTULA 45° (MERCHANT)

# VALGISMO

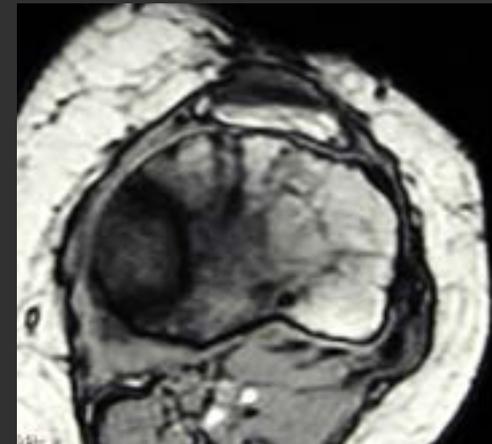
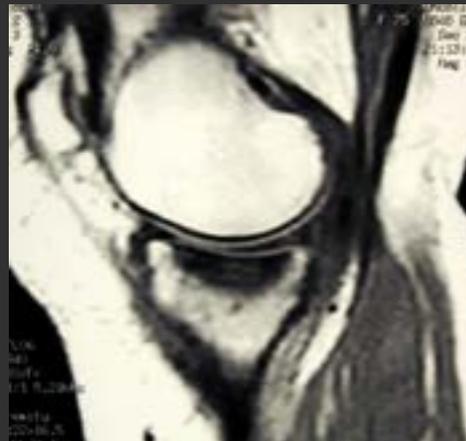




# RMN



 75 anni,  
dolore femoro-  
tibiale mediale



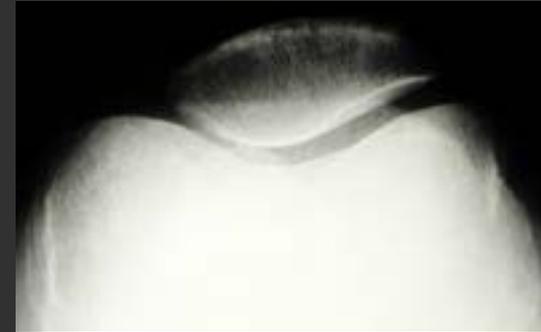
# RMN



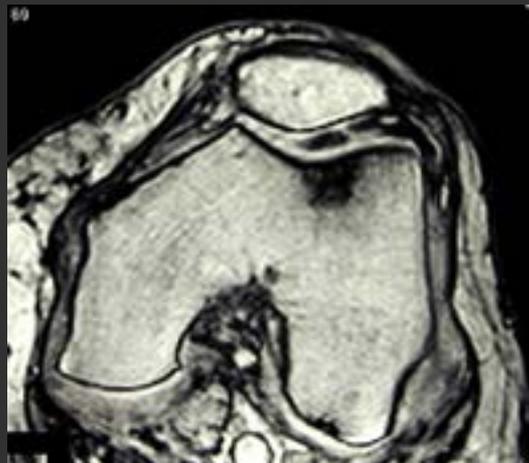
 65 anni,  
dolore femoro-  
tibiale mediale



# RMN



 72 anni,  
dolore  
anteriore



# STORIA NATURALE DELLA GONARTROSI

---

- 94 ginocchia artrosiche
- nessun trattamento chirurgico
- f-up 10-18 anni

17% migliorate

27% invariate

56% peggiorate

Hernberg e Nilsson 1977

# TRATTAMENTO GONARTROSI

- Debridement artroscopico
- Osteotomia tibiale valgizzante
- Artroprotesi



# New England Journal of Medicine 2008

---

Kirkley et al. 2008

Studio prospettico randomizzato su 172 pazienti (con artrosi moderata/severa, deviazioni assiali  $<5^\circ$ , senza ampie lesioni meniscali) controllati per 2 anni (vas ; womac ; SF-36 pcs)

- 86 P. : lavaggio e debridement artroscopico
- 86 P. : definito programma terapia medica e fisica

**Conclusioni: “la chirurgia artroscopica nell’OAG non fornisce ulteriori benefici rispetto ad un ottimizzato programma di terapia medica e fisica”**

# RUOLO DELL'ARTROSCOPIA NELLA GONARTROSI

---

## *Fattori prognostici favorevoli*

Disturbi meccanici  
(trauma recente)

- dolore ben localizzato comparso improvvisamente
- cedimenti
- blocchi

~~Disturbi da carico  
(no trauma)~~

- ~~• dolore mal localizzato~~
- ~~• dolore al carico~~

# RUOLO DELL'ARTROSCOPIA NELLA GONARTROSI

---

## *Prevedibilità dei risultati*

Studio prospettico su 126 pazienti controllati per 2 anni

La previsione di beneficio che l'artroscopia avrebbe dovuto fornire, in base ai dati clinici pre-operatori, è stata rispettata nel 59% dei casi

Geoffrey et al. 2003

# ARTROSCOPIA NELLA GONARTROSI

---

## *Complicazioni*

In media 2%

7% (Sprague 1981) → 31% (Sherman et al. 1986)

*Aumentano oltre i 50 anni*

# RUOLO DELL'ARTROSCOPIA NELLA GONARTROSI

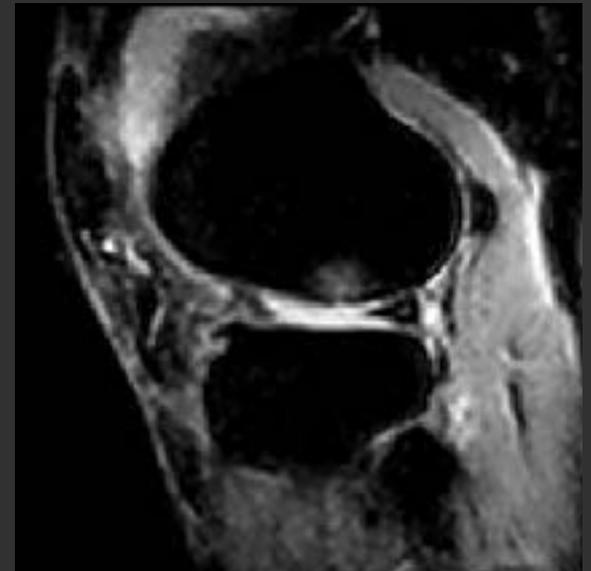
---

*Risultati negativi (peggioramento)*

Circa il 20% (Bert e Maschaka 1989)



Donna 80 anni,  
artroscopia fatta 6 mesi  
prima,  
nessun miglioramento



Donna 73 anni,  
artroscopia fatta 8 mesi  
prima,  
Nessun miglioramento



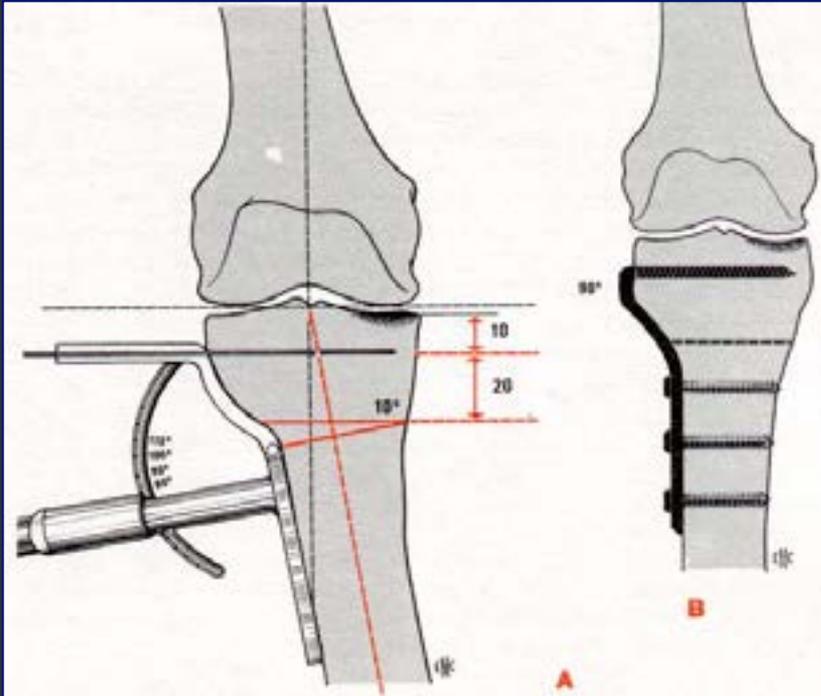
# Osteotomia Tibiale Valgizzante

## Indicazioni

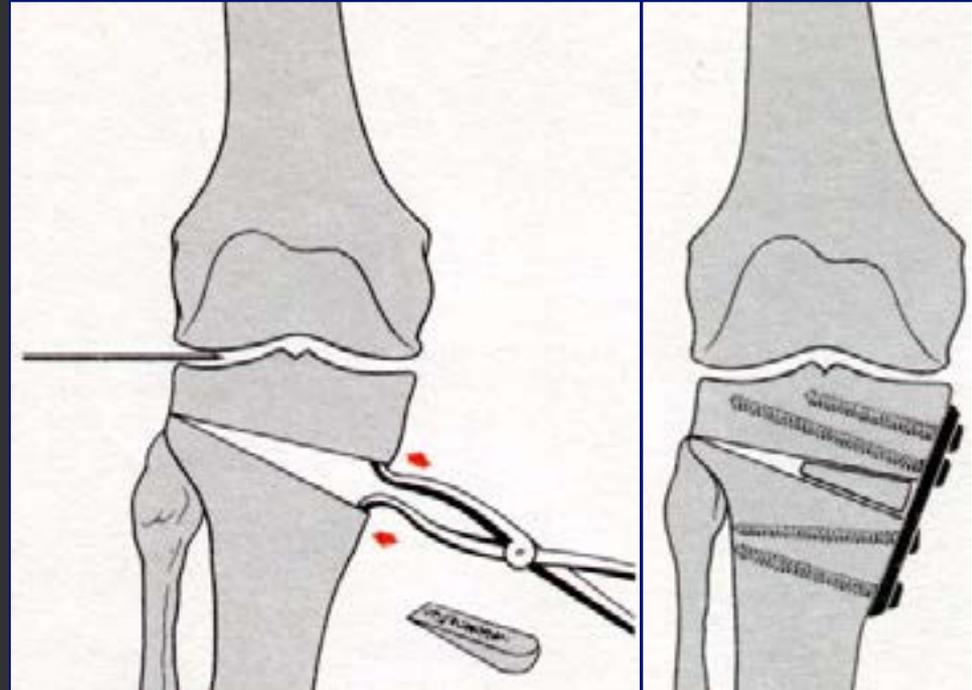
- Varismo metafisario tibiale  $< 10-15^\circ$
- Usura cartilaginea non superiore al 50%
- Compartimento laterale integro
- Femoro-rotulea asintomatica
- Flessione almeno  $90^\circ$
- Flesso  $< 15^\circ$
- Età  $< 50-55$  anni



# Osteotomia Tibiale Valgizzante

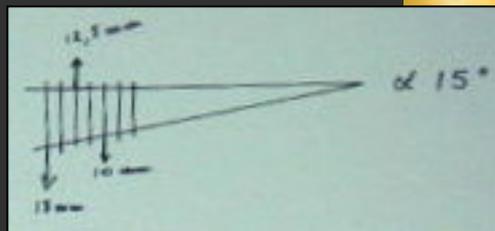
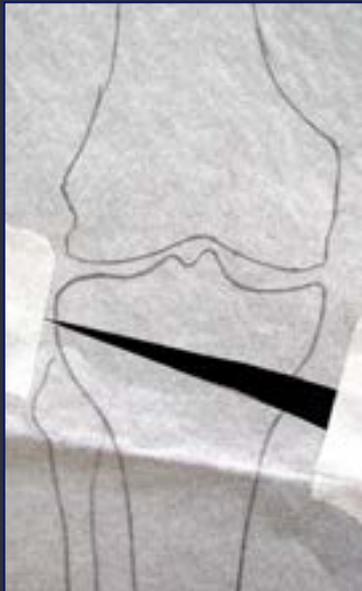


IN SOTTRAZIONE



IN ADDIZIONE

# Osteotomia Tibiale Valgizzante



# Osteotomia Tibiale Valgizzante



- Mobilizzazione articolare da subito
- No carico per 6 settimane, poi carico progressivo
- Carico completo a 8-10 settimane

# Osteotomia Tibiale Valgizzante

## Risultati positivi

73% a 10-14 anni *Yasuda 1992*

40% a 20 anni *Insall 1984*

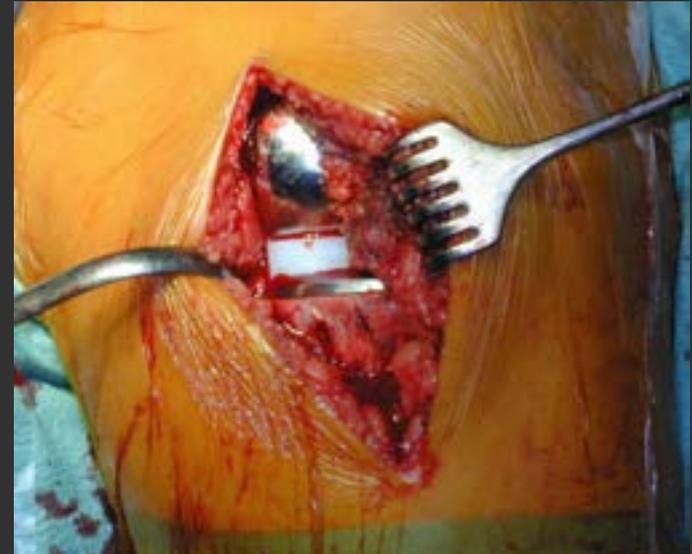
## Recidiva deformità

6% *Radan 1991*

Peggioramento dopo 15 anni *Aglietti 1983*

# PROTESI MONOCOMPARTIMENTALE

- Artrosi monocompartimentale
- Integrità compartimento controlaterale
- Femoro-rotulea asintomatica
- Legamenti crociati integri
- Flessione  $> 90^\circ$
- Flesso  $< 10^\circ$



# PROTESI MONOCOMPARTIMENTALE

- Intervento meno gravoso per il paziente
- Protesi più performante ma più delicata
- Non corregge deformità assiali
- Minore durata nel tempo
- Più facile da revisionare
- Costi ?



Uomo 82 aa., f.up: 3,6 aa., IKS: 90 p.

# PROTESI MONOCOMPARTIMENTALE

Uomo 56 aa.  
artrosi post.traumatica  
ginocchio sin



# Registro Finlandese delle Artroprotesi (2008)

50.493 protesi ginocchio  
(74% totali - 26% mono) con follow-up 15 aa.

La % di sopravvivenza a 15 aa. è pari al 60% per le mono ed all' 80% per le totali.

# Fattori associati al precoce fallimento delle PMC

## Oxford 3

Studio multicentrico Olandese

437 PMC (f.up medio 2,6 aa): 45 (10,3%) revisioni

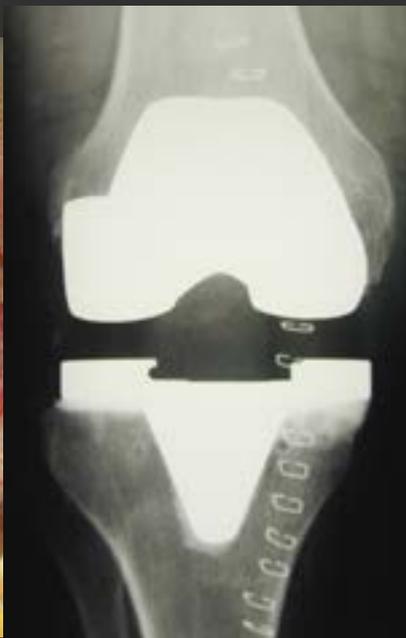
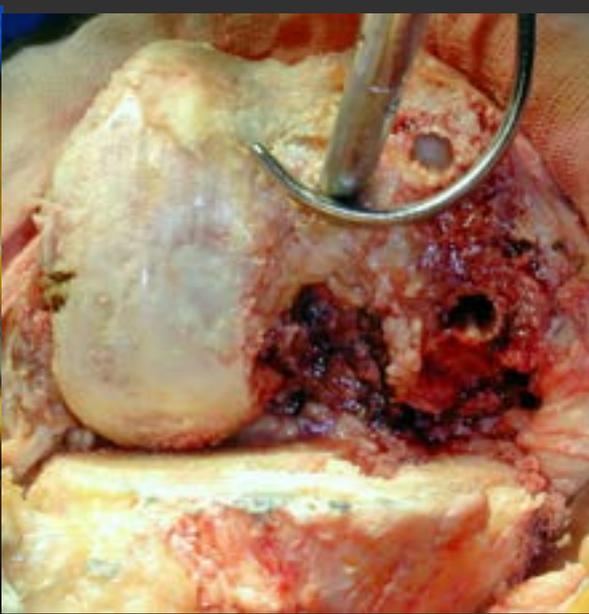
Cause : dolore 13; progressione OA 9; mobilizzazione  
asettica 12

Età giovanile (<60 aa) fattore di rischio statisticamente  
significativo (sopravvivenza 72% <60aa; 89,4%  
>60aa)

# DEGENERAZIONE COMPARTIMENTO NON PROTESIZZATO



69 anni, AR, mono impiantata da 3 aa.



## MONO: *elementi a favore*

---

- Minore invasività
- Maggiore flessione articolare
- Minore numero di complicanze maggiori
- Possibilità di revisione con protesi di primo impianto
- Costi ?

## MONO: *elementi a sfavore*

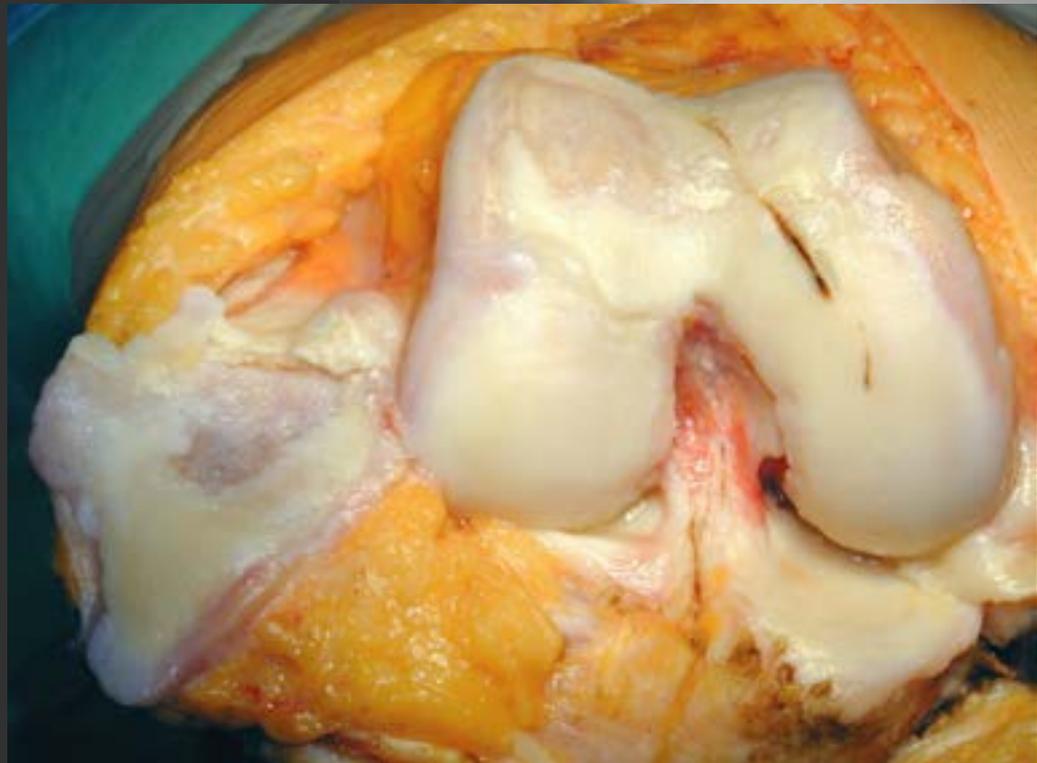
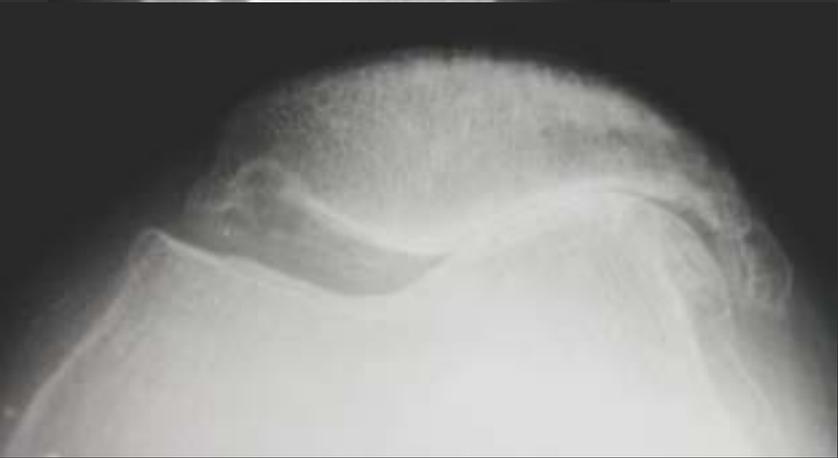
---

- Condizioni e evoluzione compartimento contro-laterale e FR
- Difficile il corretto allineamento
- % di protesi dolorose non trascurabile
- Elevata % di fallimenti (specialmente nei giovani)

# PROTESI TOTALE



Donna 61 anni  
Artrosi F-R bilaterale



Il ripristino dell'asse meccanico dell'arto e il corretto posizionamento della protesi sono la chiave per ottenere ottimi risultati clinici immediati e lunga sopravvivenza della protesi

