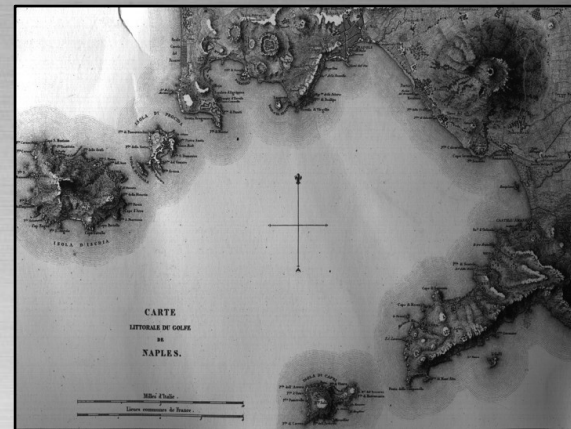




# La chirurgia protesica dell'anca mini invasiva

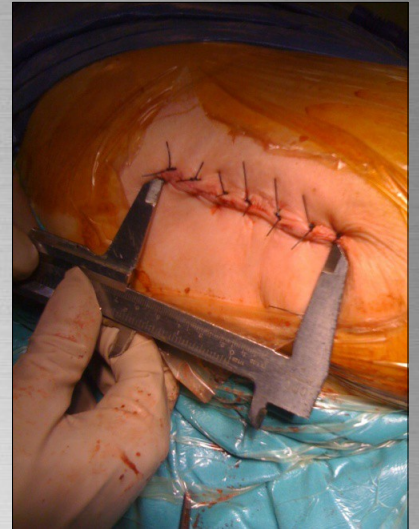


*A cura del dott. G. Monteleone*



## Vie chirurgiche di accesso all'anca

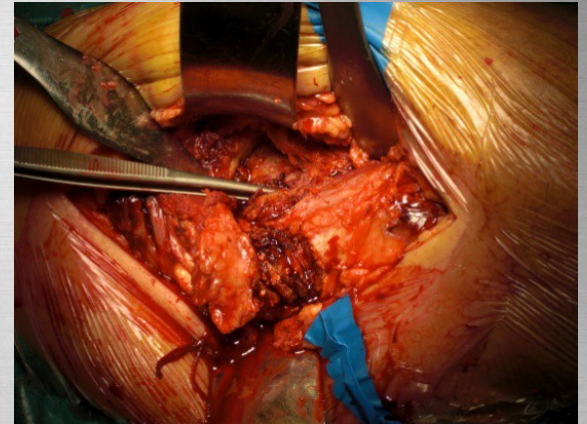
- Le vie chirurgiche da me più utilizzate:
  - Via anteriore
  - Via posteriore
  - Via laterale diretta
- Ritengo che un chirurgo “maturo” debba adattare la chirurgia alle condizioni cliniche generali e locali del paziente da trattare
- Valutare le possibili complicanze ed adottare la tecnica chirurgica che permette di trattarle con maggior tranquillità





## Via laterale diretta

- È la via che utilizzo routinariamente nei seguenti pazienti:
- Pazienti con frattura di femore over 65 anni
- Pazienti con osteoporosi avanzata
- Pazienti in condizioni generali scadenti
- Pazienti con obesità medio/grave con frattura
- Pazienti con displasia grave femorale e/o acetabolare





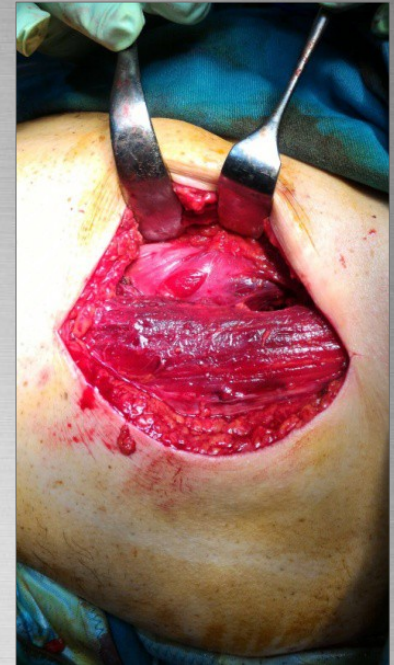
## Via postero-laterale

- E' la via che utilizzo nei casi di:
- Protesizzazione in esiti di frattura del cotile o di bacino
  - In effetti si segue la stessa via utilizzata in precedenza per la sintesi
  - In questi casi il principio e che se si deve togliere una sintesi che da fastidio per l'impianto protesico, la si può togliere agevolmente solo dalla stessa via utilizzata per l'impianto della sintesi



## Via anteriore

- E' la via che utilizzo nei casi di:
- Protesi di anca primaria in coxartrosi
- Protesi anca primaria
- Protesi di anca primaria anche se con lieve displasia (alterazione della normale conformazione anatomica)
- Pazienti giovani, anche muscolosi e sportivi
- Pazienti "giovani", fino a 65 anni di età o ultrassessantacinquenni con età biologica minore e sportivi
- Pazienti donna per ragioni cosmetiche
- Pazienti che la richiedono espressamente





## Via anteriore: vantaggi oggettivi

- Via di accesso “anatomica” che consente l’accesso all’anca senza sezioni muscolari, anche se a volte sono necessarie distacchi capsulo-tendinei
- Reazione cicatriziale tessutale inferiore
- Cicatrice chirurgica cutanea ridotta anche se rimane ampia variabilità personale
- Riduzione del dolore postoperatorio con possibilità di deambulazione autonoma già nelle 24 ore successive all’intervento





## Via anteriore: vantaggi oggettivi

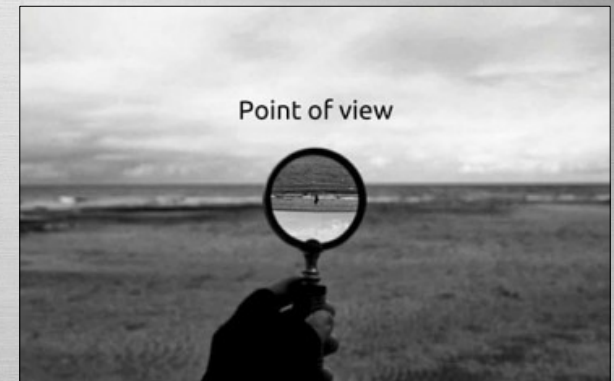
- Riabilitazione facilitata con riduzione della zoppia e della limitazione funzionale antalgica post operatoria anche se ad un anno i risultati funzionali sono sovrapponibili alle altre tecniche
- Ridotta perdita ematica perioperatoria
- Riportato un minor rischio di lussazione nel post-operatorio





## Via anteriore: vantaggi soggettivi

- Via di accesso “alla moda”
- Cicatrice più piccola e più facilmente occultabile
- Precoce reintegro nella normale attività relazionale e lavorativa
- Massima facilità e velocità della riabilitazione







## Svantaggi oggettivi

- Tecnica chirurgica sicuramente più complessa che richiede una nuova curva di apprendimento non breve e scevra di pericoli
- Necessità di strumentario e protesi dedicate
- Utile ma non indispensabile letto dedicato
- Preparazione del campo chirurgico ad hoc
- Indispensabile tecnica anestesiologicala che garantisca buon rilasciamento muscolare
- Maggior rischio di lesioni nervose o vascolari
- Molto utile il controllo rx intra-op (+tempo;+radiazioni)





A cura del dott. G.Monteleone

**GRAZIE**