

ottimale rispetto al gruppo di controllo. La presenza di almeno 11 particelle ceramiche di dimensioni inferiori a 3 micron o di 1 maggiore di 3 micron per ogni campo di microscopia elettronica sono segno di rottura della ceramica. La metodica ha dimostrato il 100% di sensibilità e l'88% di specificità predittiva della rottura della ceramica. Le revisioni effettuate con protesi COC e COP non hanno mostrato segni di fallimento, in 7 casi di revisioni MOP è stato osservato il fallimento dell'impianto.

Discussione: Secondo la letteratura l'uso di collo corto in teste di 28mm è l'unico fattore di rischio di rottura delle testine in ceramica, il mal posizionamento dell'acetabolo e un errato inserimento dell'inserito sono gli unici significativi fattori di rischio di rottura dell'inserito ceramico.

Conclusioni: La rottura della ceramica e la sua usura sono problematiche reali anche se non di frequente presentazione. Dall'analisi degli studi svolti e dal confronto con la letteratura è possibile stilare una linea guida per una diagnosi precoce e per un efficace trattamento della rottura della ceramica nella chirurgia protesica dell'anca.

LA PROTESIZZAZIONE SU ARTRODESI DELL'ANCA: 20 ANNI DI ESPERIENZA

A. Della Rocca*^[1], M. Loppini^[1], M. Guelfi^[2], F. Astore^[1],
G. Mazziotta^[1], V. Salini^[2], C. Villani^[3], G. Grappiolo^[1]

^[1]IRCCS Istituto Clinico Humanitas - Rozzano (Milano), ^[2]Università "G. d'Annunzio" - Chieti, ^[3]Università degli Studi "La Sapienza" - Roma

Introduzione: L'intervento di artrodesi è stato in passato largamente utilizzato per il trattamento di numerose patologie a carico dell'anca. La conversione a PTA è spesso indicata in seguito all'instaurarsi di patologie a carico della colonna, del ginocchio o dell'anca controlaterale. In letteratura la protesizzazione d'anca su artrodesi è stata associata a un maggior tasso di complicazioni e a una minor sopravvivenza dell'impianto. Scopo di questo lavoro è rivedere la nostra casistica con un follow up minimo di 6 anni.

Materiali e Metodi: Abbiamo valutato retrospettivamente 79 pazienti (21 maschi e 58 femmine), operati dal 1993 al 2008 per un totale di 82 anche (3 bilaterali). L'età media all'intervento di artrodesi era 20 anni (range, 3-48), quella al momento della conversione ad artroprotesi di 53 anni (range, 18-80) con un intervallo medio tra artrodesi e protesizzazione di 32,8 anni (range, 12 - 59). Il follow up medio è stato di 15,6 anni (range, 6 - 22 anni). I parametri valutati sono stati: dolore, funzione, soddisfazione del paziente e tasso di fallimenti.

La diagnosi preoperatoria al momento dell'artrodesi era displasia (27 casi), esiti di trauma (14 casi), coxite (28), coxite da tubercolosi (6), Perthes (3) e epifisiolisi (2). L'indicazione all'intervento di disartrodesi era ripresa articolare (30%), gonalgia (46%), lombalgia (50%), coxalgia controlaterali (20%) e dismetria (13%).

Risultati: 10 pazienti sono stati persi al follow up finale, dei 69 rimanenti: 46 pz si dichiarano molto soddisfatti, 16 soddisfatti e 7 insoddisfatti. Il 35% dei pazienti deambula senza zoppia, il 39% con zoppia lieve mentre il 26% con zoppia evidente. La

lombalgia e la gonalgia sono migliorate rispettivamente nel 71% e 63% dei casi. Il 66% dei pazienti non ha dolore all'anca protesizzata, il 19% lieve, l'11% dolore di grado medio mentre il 4% dolore severo. La soddisfazione del paziente è stata alta nel 73%, intermedia nel 21% e bassa nel 6%. Il tasso generale di sopravvivenza è stato di 94%.

Discussione: La trasformazione di un'artrodesi in artroprotesi è un intervento tecnicamente più complesso rispetto ad una protesizzazione su artrosi. Influiscono in tal senso la degenerazione delle strutture muscolari legata alla protratta immobilizzazione e la scomparsa dello spazio articolare, che rende problematica l'osteotomia del collo femorale e l'impianto della componente cotiloidea. La prolungata immobilizzazione dell'anca in posizioni viziose fa sì che si sviluppino alterazioni, talvolta severe, a carico della colonna lombo-sacrale, del ginocchio omolaterale, dell'anca controlaterale. Per quanto non consenta la risoluzione delle patologie associate, la sostituzione protesica può determinare un miglioramento della lombalgia e della gonalgia; dove peraltro si può ricorrere alla protesizzazione successiva. È frequente nei casi trattati correttamente osservare un lento ma costante recupero della funzione deambulatoria, associata a riduzione fino a scomparsa della zoppia e del trendelemburg, che talvolta si completa nell'arco di alcuni anni.

Conclusioni: L'intervento di disartrodesi ha dimostrato avere buoni risultati clinici e radiografici a un follow up a medio/lungo termine. Nei casi più soddisfacenti, dove è presente un recupero completo, le aspettative di sopravvivenza dell'impianto sono comparabili ai casi standard.

LA SINDROME DA CONFLITTO ISCHIO-FEMORALE: VALUTAZIONE DIAGNOSTICA CON RM

A. Sanfilippo*^[1], R. Sutera^[2], M. D'Arienzo^[1], G. Margiotta^[1],
A. Iovane^[2], M. Midiri^[2]

^[1]Clinica Ortopedica e Traumatologica - Università degli Studi di Palermo, ^[2]Istituto di Radiologia - Di.Bi.Mef. - Università di Palermo

Introduzione: La sindrome da conflitto ischio-femorale è una conseguenza dell'impingement del muscolo quadrato del femore per riduzione dello spazio esistente tra la tuberosità ischiatica e il piccolo trocantere del femore. Provocando dolore alla radice della coscia tale sindrome entra in diagnosi differenziale con diverse altre patologie; il nostro studio si è proposto di valutare l'impiego della RM ai fini della sua corretta identificazione.

Materiali e Metodi: Sono stati reclutati 20 soggetti con dolore in corrispondenza dell'anca irradiato all'arto inferiore e con sensazione di anca a scatto, soprattutto durante la deambulazione, sui quali è stata effettuata la valutazione della distanza tra il piccolo trocantere e la tuberosità ischiatica, di norma di circa 20 mm, e dell'intensità di segnale del muscolo quadrato del femore nelle immagini assiali T2-pesate con soppressione del segnale del grasso.

Risultati: La RM ha permesso di rilevare in 7/20 soggetti, cui poi si è diagnosticata la sindrome da conflitto del muscolo quadrato del femore, un restringimento dello spazio ischio-femorale

ed una iperintensità di segnale del muscolo quadrato del femore, conseguenza del suo stato edematoso. La distanza tra il piccolo trocantere e la tuberosità ischiatica in questo sottogruppo di 7 pazienti, è risultata di circa 12 mm contro i 19 mm dei restanti 13 pazienti ai quali invece, per la presenza di segni patologici riferibili ad altre strutture (artrosi, borsiti, tendinopatia, ecc.), è stata formulata differente diagnosi.

Conclusioni: La RM risulta la tecnica di imaging ottimale per la diagnosi precoce della sindrome da impingement del muscolo quadrato del femore: ciò riveste notevole importanza al fine di evitare diagnosi tardive od errate, in grado di comportare una evoluzione della sindrome compressiva verso una cronicizzazione con invalidante atrofia muscolare.