

OSPEDALE “VAIO” FIDENZA

AUSL PARMA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA

U.O.C. DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DIRETTORE: PROF. E. VAIENTI

**PROTESI D'ANCA
STATO DELL'ARTE**



1902 SIR ROBERT JONES...

...ANNI SESSANTA JOHN CHARNLEY, MCKEE...



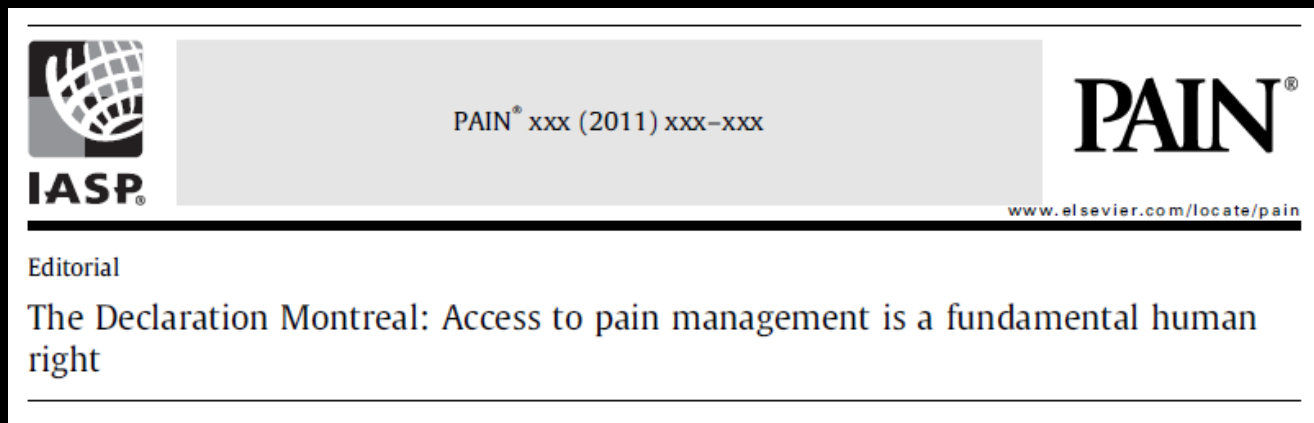
PROTESI TOTALE D'ANCA

- **TOGLIERE IL DOLORE**
- **RIPRISTINARE IL MOVIMENTO**
- **RECUPERARE UNA CORRETTA BIOMECCANICA**
- **RECUPERARE LE ATTIVITÀ QUOTIDIANE**
- **DURARE NEL TEMPO**
- **NON ESPORRE L'ORGANISMO A DANNI SECONDARI**



Legge del n. 38

15 marzo 2010



According to the WHO, “every country in the world is now party to at least one human rights treaty that addresses health related rights.

This includes the right to health as well as other rights that relate to conditions necessary for health”

Impact of preoperative function on early postoperative outcome after total hip arthroplasty

Henning R Johansson, Philipp Bergschmidt, Ralf Skripitz, Susanne Finze, Rainer Bader, Wolfram Mittelmeier
Department of Orthopaedics, University of Rostock, Germany

CONCLUSION

The timing of THA is of clinical significance. Earlier THA in the course of functional decline may associate with better outcomes.^{7,20} Poor preoperative function may affect recovery unfavourably and lead to prolonged pain after THA. It is therefore important to report pre- and post-operative pain and functional status in outcome studies of THA. Indications for THA must be drawn up carefully because of associated

FANS

↓

OPPIACEI

Certificato SIOI



GestO

Gestione e Trattamento
del Dolore Cronico
in Ortopedia



Parma, 21 Aprile 2012
Hotel Parma e Congressi
Via Emilia Ovest, 281/A

GestO

Gestione e Trattamento
del Dolore Cronico
in Ortopedia

RESPONSABILE SCIENTIFICO E RELATORE

Prof. Enrico Valentini
Direttore dell'U.O. di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Fidenza PR.
Specializzato in Ortopedia

FACULTY

Prof.ssa Patrizia Ronsavaldi
Professore Associato presso l'Università degli Studi di Bologna

Dott. Massimo Tonani
Specialista in Ortopedia e Traumatologia presso l'Ospedale di Fidenza

RAZIONALE

Il dolore cronico è una patologia che coinvolge una fetta rilevante della popolazione. Secondo i risultati di una recente indagine, circa il 20% degli europei soffre di dolore cronico, di cui quasi un quarto in forma severa. Per quanto riguarda in particolare l'Italia si stima che la prevalenza del dolore cronico sia del 20%, percentuale cui corrispondono circa 15,6 milioni di persone. Nell'ambito del dolore cronico, il mal di schiena (BP) ha l'incidenza più elevata, seguita dal dolore osteoarticolare. Nonostante oggi, con la legge 38 del 15 Marzo 2010, la gestione del dolore cronico in Italia sia notevolmente migliorata, il dolore cronico è ancora sottovalutato e spesso non adeguatamente trattato con pesanti ripercussioni sulla qualità di vita dei pazienti che ne sono affetti. Per quanto riguarda il trattamento farmacologico del dolore cronico, come ad esempio nel mal di schiena, comunemente vengono somministrati farmaci adatti ad azioni non selettive (FANS) che però presentano una serie di effetti avversi quali un rischio aumentato di sanguinamento e di complicanze gastroentericali e renali. Questi effetti sono tanto maggiori nei soggetti anziani e, più in generale, nei soggetti che spesso sono sottoposti a politerapie con frequenti interazioni farmacologiche. L'alternativa al trattamento con i FANS viene rappresentata dagli oppiacei, che attualmente rappresentano la prima scelta nel trattamento del dolore cronico. Secondo la scala del dolore dell'OMS, inizialmente sviluppata per il dolore neoplastico, la scelta dell'analgico dipende principalmente dall'intensità del dolore. Tuttavia, poiché il dolore cronico è una condizione complessa, legata a diverse cause e meccanismi, oggi gli specialisti della terapia del dolore suggeriscono un approccio terapeutico orientato al meccanismo sottostante il dolore. Le decisioni terapeutiche, infatti, dovrebbero basarsi principalmente sul meccanismo patogenetico e non solo sulla gravità dei sintomi.

Obiettivi del progetto

- Fornire un quadro esauriente della terapia farmacologica del dolore cronico
- Puntualizzare il ruolo della terapia con oppiacei, strategia fondamentale per il controllo del dolore cronico moderato-grave, focalizzando l'attenzione sulle recenti innovazioni terapeutiche

PREVENZIONE DELLE CALCIFICAZIONI PERIPROTESICHE

Z Orthop Ihre Grenzgeb, 1997 Sep-Oct;135(5):422-9.

[Article in German]

Bremen-Kühne R, Stock D, Franke C.

Orthopädische Universitätsklinik Essen.

Abstract

INTRODUCTION: With a general incidence of about 40% periarticular ossifications (PAO) constitute one of the more frequent complications after total hip arthroplasty. A prospective, randomized therapy--study investigates the prophylactic values of Indomethacin-Short-Term-Therapy and Single-Dose-Radiatio, respectively.

DISCUSSION: The results show that Indomethacin-Short-Term-Therapy as well as Single-Dose-Radiatio with 6 Gy can reliably prevent the occurrence of severe PAO. Both therapeutic concepts therefore can be employed as prophylaxis in primary endoprosthetic operations. The choice between the two procedures will then mainly be determined by given logistic conditions in the clinic, specific contraindications of the patient and financial considerations.

J Orthop Traumatol, 2012 Jun;13(2):63-7. Epub 2012 Feb 23.

Barbato M, D'Angelo E, Di Loreto G, Menna A, Di Francesco A, Salini V, Zoppi U, Cavasinni L, La Floresta P, Romanò CL.

Department of Orthopaedics and Traumatology, Ospedale G. Bernabeo, Ortona, Italy, michele.barbato@libero.it.

Abstract

BACKGROUND: In spite of the proven efficacy of pharmacological prophylaxis of heterotopic ossification following total hip arthroplasty, its routine use is still debated, and no data are available regarding the adherence to its administration in clinical practice.

CONCLUSIONS: This study confirms the efficacy and tolerability of celecoxib for the prophylaxis of heterotopic ossification after total hip arthroplasty, and shows how the surgeon's belief that routine prevention is not required still plays an important role in the determination of this complication, together with the fear of possible unwanted side effects.

EBM: 7 STUDI CLINICI SULL'USO DI ALN NELLA PREVENZIONE DELLA PERDITA DI MASSA OSSEA PERIPROTESICA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO CHIRURGICO PER PROTESI D'ANCA O DI GINOCCHIO

The Effect of Alendronate on Bone Mineral Density in the Distal Part of the Femur and Proximal Part of the Tibia After Total Knee Arthroplasty

Ching-Jen Wang, Jun-Wen Wang, Lin-Hsiu Weng, Chia-Chen Hsu, Chung-Cheng Huang and Han-Shiang Chen
J Bone Joint Surg Am. 2003;85:2121-2126.

JOURNAL OF BONE AND MINERAL RESEARCH
Volume 16, Number 11, 1991
© 2001 American Society for Bone and Mineral Research

Alendronate Reduces Periprosthetic Bone Loss After Uncemented Primary Total Hip Arthroplasty: A Prospective Randomized Study

PETRI K. VENESMAA,¹ HEIKKI P.J. KRÖGER,¹ HANNU J.A. MIETTINEN,¹ JUKKA S. JURVELIN,²
OLAVI T. SUOMALAINEN,¹ and ESKO M. ALHAVA¹

Alendronate Improves Screw Fixation in Osteoporotic Bone

Antonio Moroni, Cesare Faldini, Amy Hoang-Kim, Francesco Pegreff and Sandro Giannini
J Bone Joint Surg Am. 2007;89:96-101. doi:10.2106/JBJS.F.00484

Alendronate Prevents Femoral Periprosthetic Bone Loss Following Total Hip Arthroplasty: Prospective Randomized Double-Blind Study

Mohammad Arabmotlagh, Markus Rittmeister, Thorsten Hennigs

Department of Orthopaedic Surgery, Orthopädische Universitätsklinik Frankfurt — Stiftung Friedrichsheim, Marienburger Str. 2, 60528 Frankfurt am Main, Germany

Received 11 February 2005; accepted 5 January 2006

Published online 16 May 2006 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI 10.1002/jor.20162

Calcif Tissue Int (2002) 71:472–477
DOI: 10.1007/s00223-002-1022-9

Calcified
Issue
International
© 2002 Springer-Verlag New York Inc.

Clinical Investigations

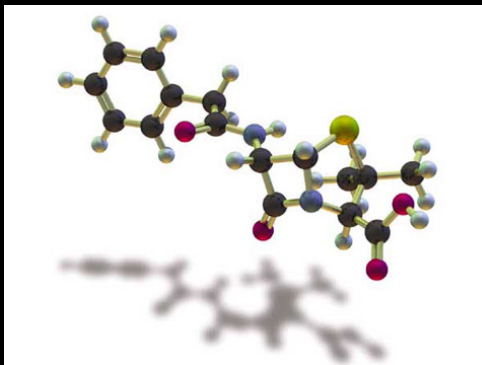
Effect of Alendronate on Periprosthetic Bone Loss After Total Knee Arthroplasty: A One-Year, Randomized, Controlled Trial of 19 Patients

T. A. Soininvaara,^{1,3} J. S. Jurvelin,² H. J. A. Miettinen,³ O. T. Suomalainen,³ E. M. Alhava,³ P. J. Kröger³

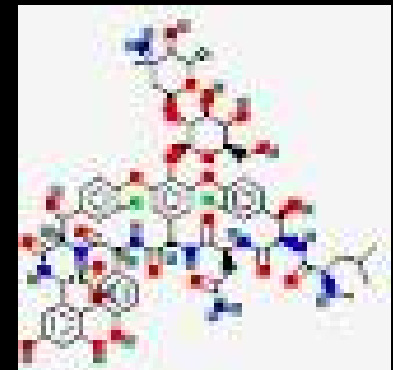
PREVENZIONE DELLE INFEZIONI

(inaccettabile un'incidenza $> 1\%$)

- **PREPARAZIONE PREOP**
- **IGIENE AMBIENTALE**
- **COMPORTAMENTI**
- **PROFILASSI ANTIBIOTICA**



- **CEFALOSPORINE**
- **VANCOMICINA**



PROFILASSI ANTITROMBOEMBOLICA

- **EPARINE BASSO PESO MOLECOLARE**
- **CALZE ANTITROMBO**
- **IMPULSE SYSTEM**
- **MOBILIZZAZIONE E CARICO PRECOCI**



RENDICONTO ATTIVITÀ R.I.P.O.

Registro Regionale di Implantologia Protesica Ortopedica

DATI COMPLESSIVI

**INTERVENTI DI PROTESI D'ANCA, DI GINOCCHIO E
DI SPALLA**

IN EMILIA ROMAGNA

2000-2010

Tipo di intervento	Numero interventi	Valori percentuali
Artroprotesi primarie	61.086	62.5
Endoprotesi	24.262	24.8
Reimpianti totali e parziali*	9.934	10.2
Protesi di rivestimento	1.277	1.3
Espianto	660	0.7
Endoprotesi con cuscinetto°	116	0.1
Altri interventi	463	0.5
Totale	97.798	100.0

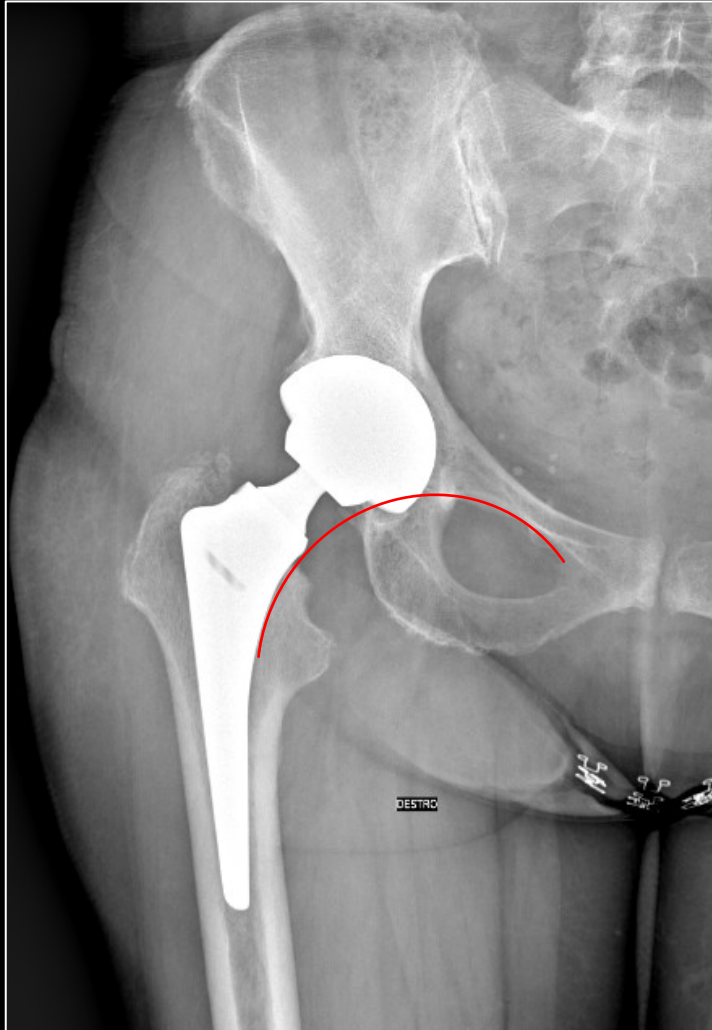
La sopravvivenza delle protesi d'anca totali si conferma ad altissimi livelli. Quasi il **94%** delle 45.767 protesi impiantate su pazienti residenti in Emilia Romagna è ancora in sede a distanza di 11 anni dall'intervento.



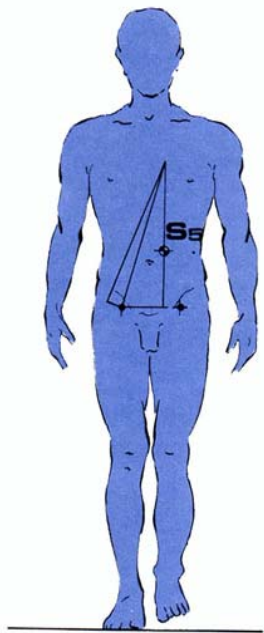
Tipo di intervento	Numero interventi	Valori percentuali
Artroprotesi primarie	61.086	62.5
Endoprotesi	24.262	24.8
Reimpianti totali e parziali*	9.934	10.2
Protesi di rivestimento	1.277	1.3
Espianto	660	0.7
Endoprotesi con cuscinetto°	116	0.1
Altri interventi	463	0.5
Totale	97.798	100.0

La sopravvivenza delle protesi d'anca totali si conferma ad altissimi livelli. Quasi il **94%** delle 45.767 protesi impiantate su pazienti residenti in Emilia Romagna è ancora in sede a distanza di 11 anni dall'intervento.

1° OBIETTIVO E' IL RIPRISTINO DELLA GEOMETRIA IDEALE

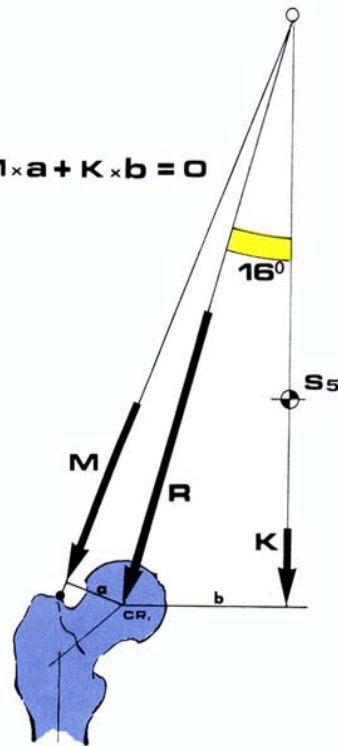


- **FUNZIONE**
- **USURA**
- **FOLLOW-UP**

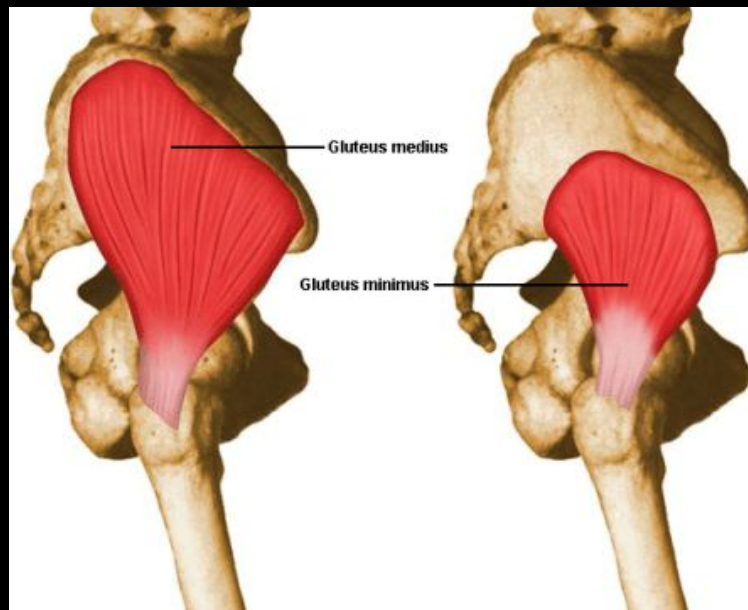
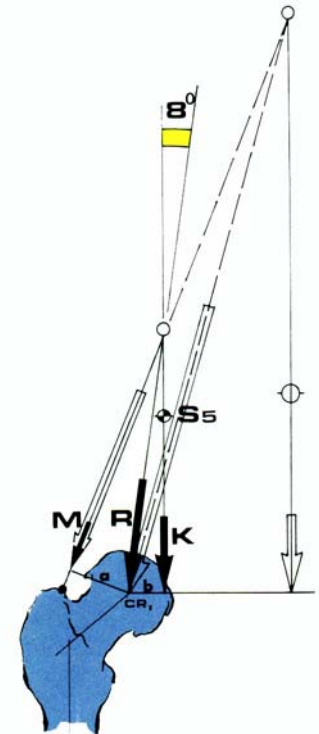


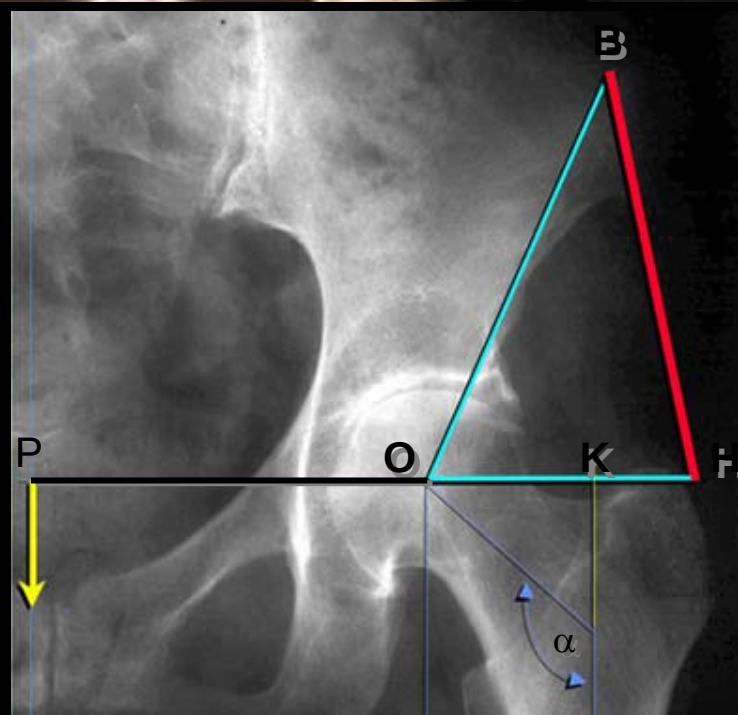
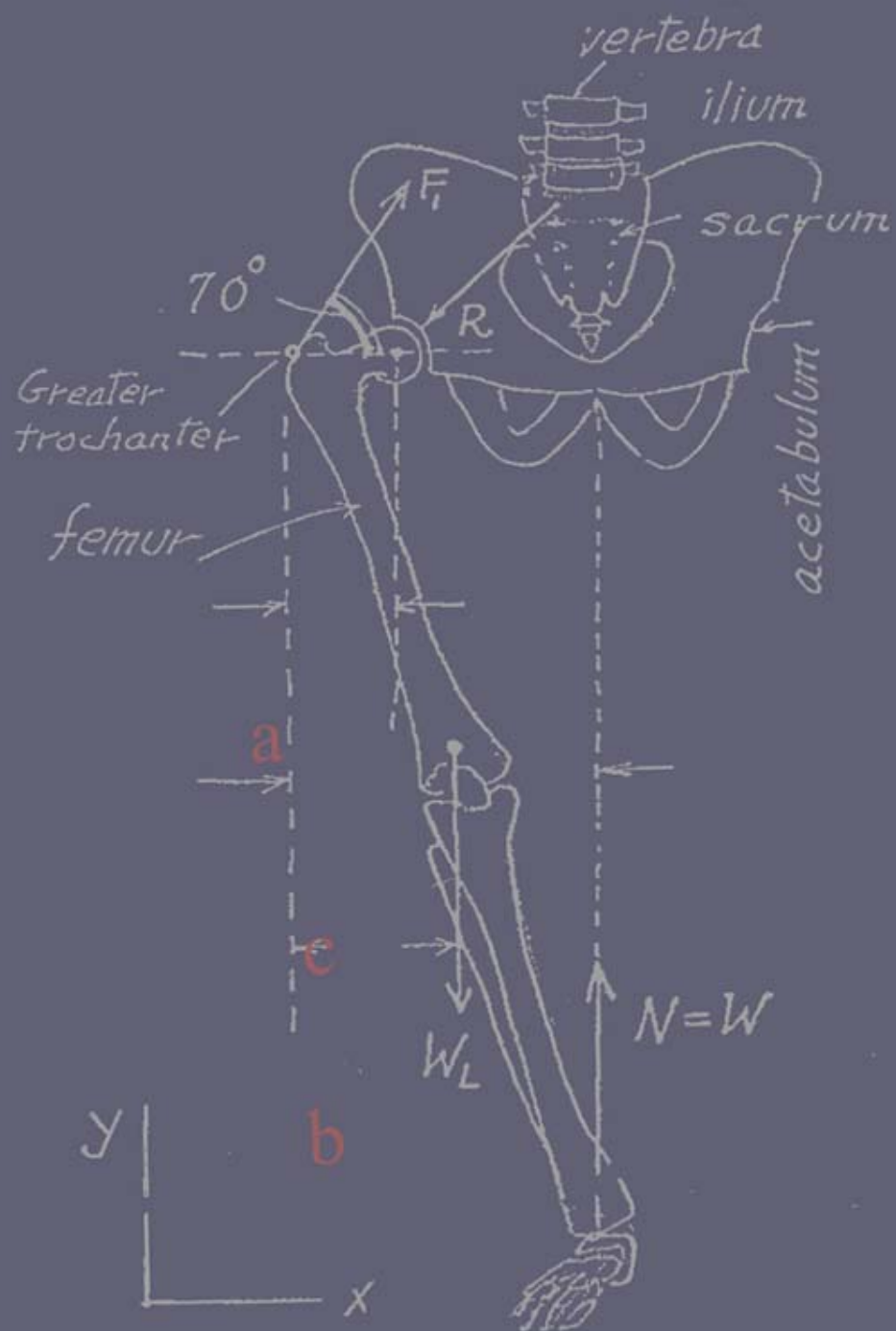
R 16°

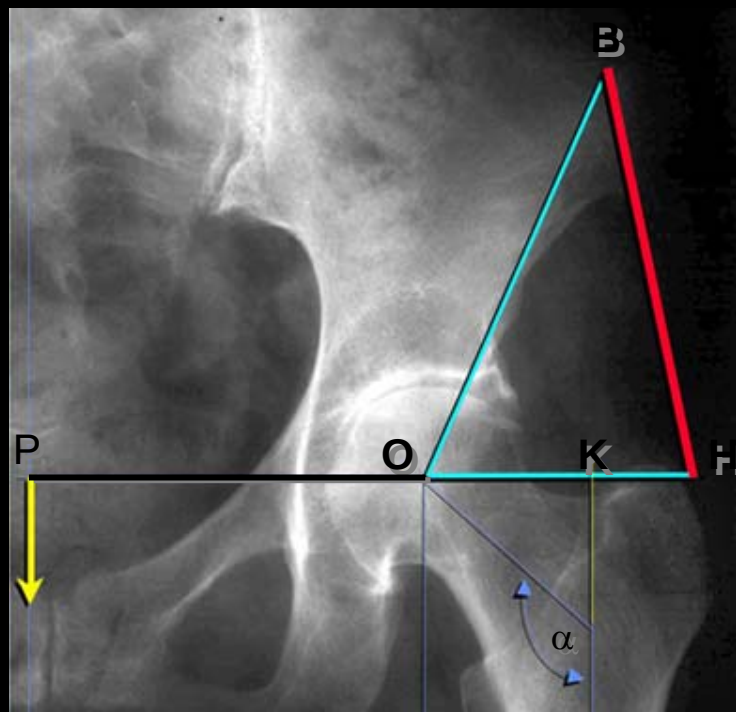
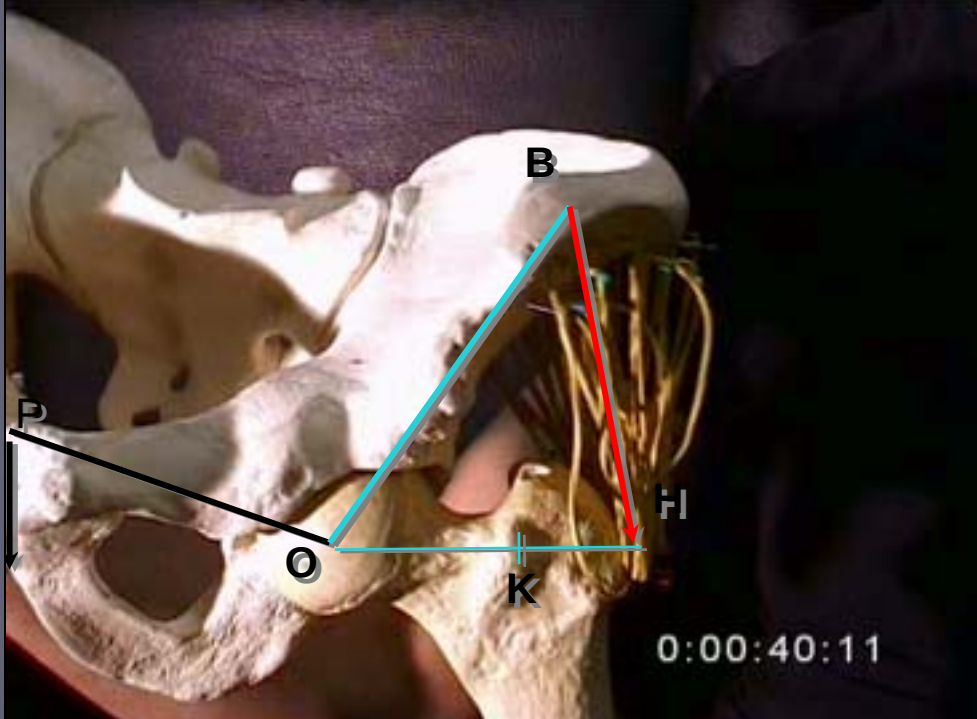
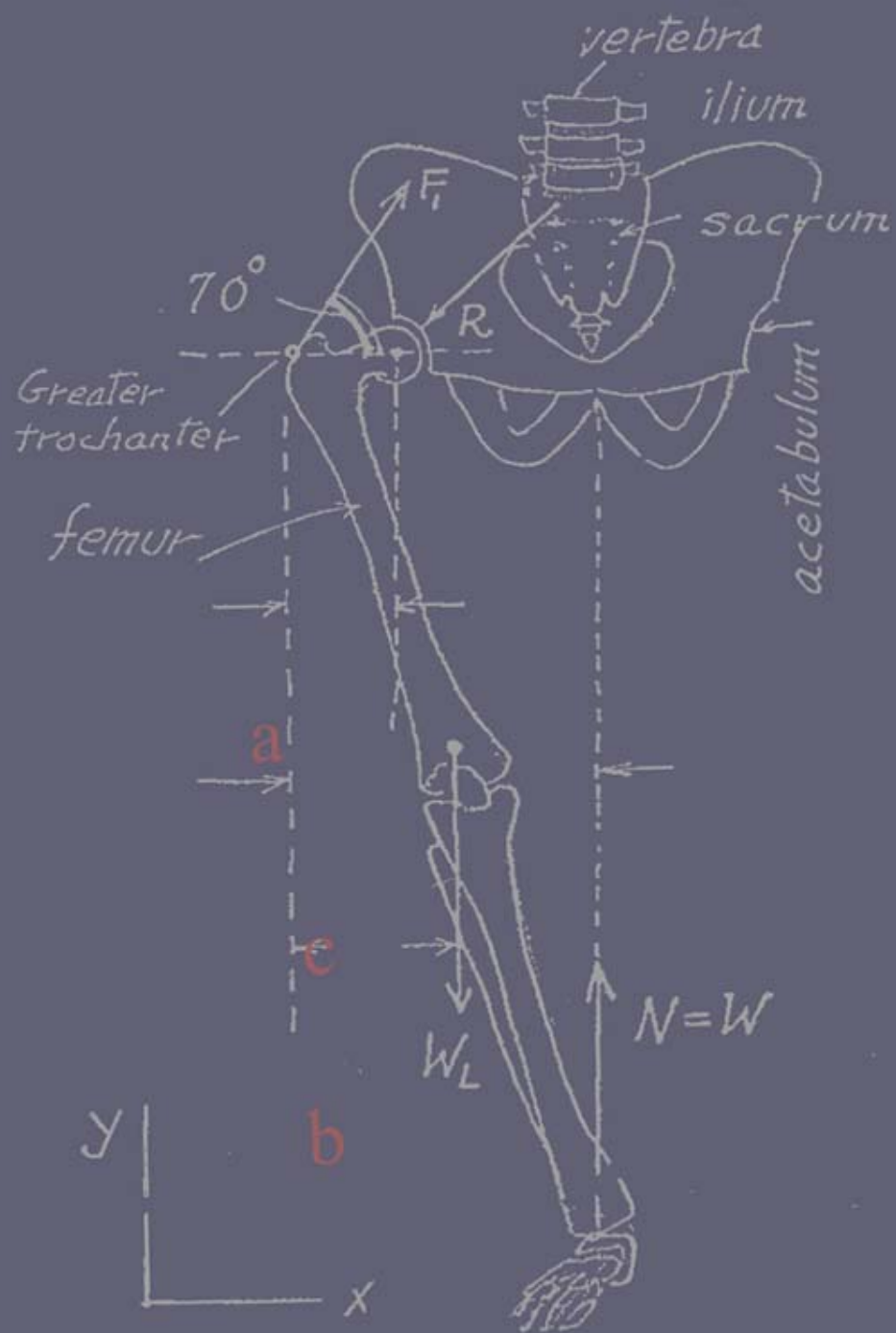
$$M \times a + K \times b = 0$$

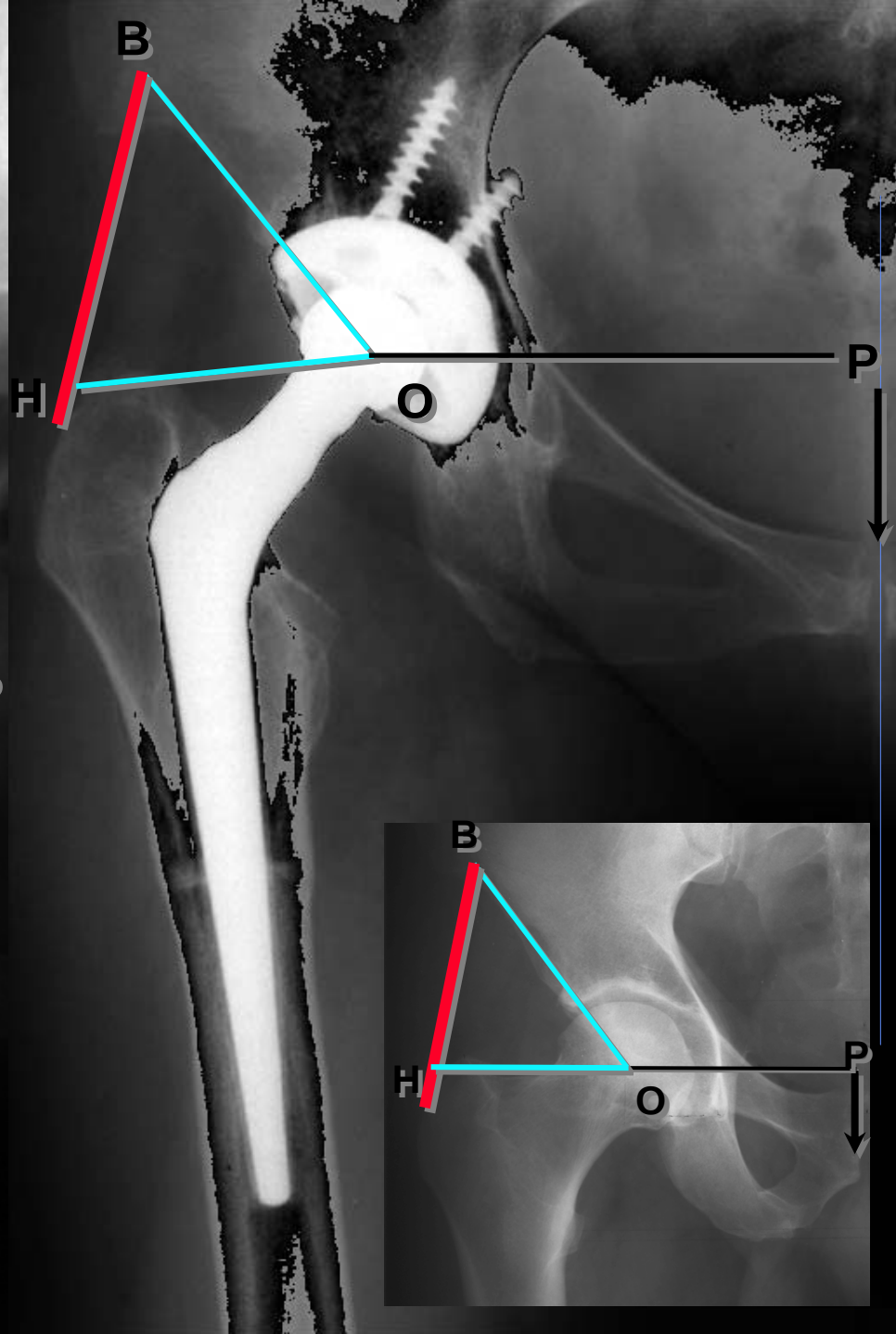
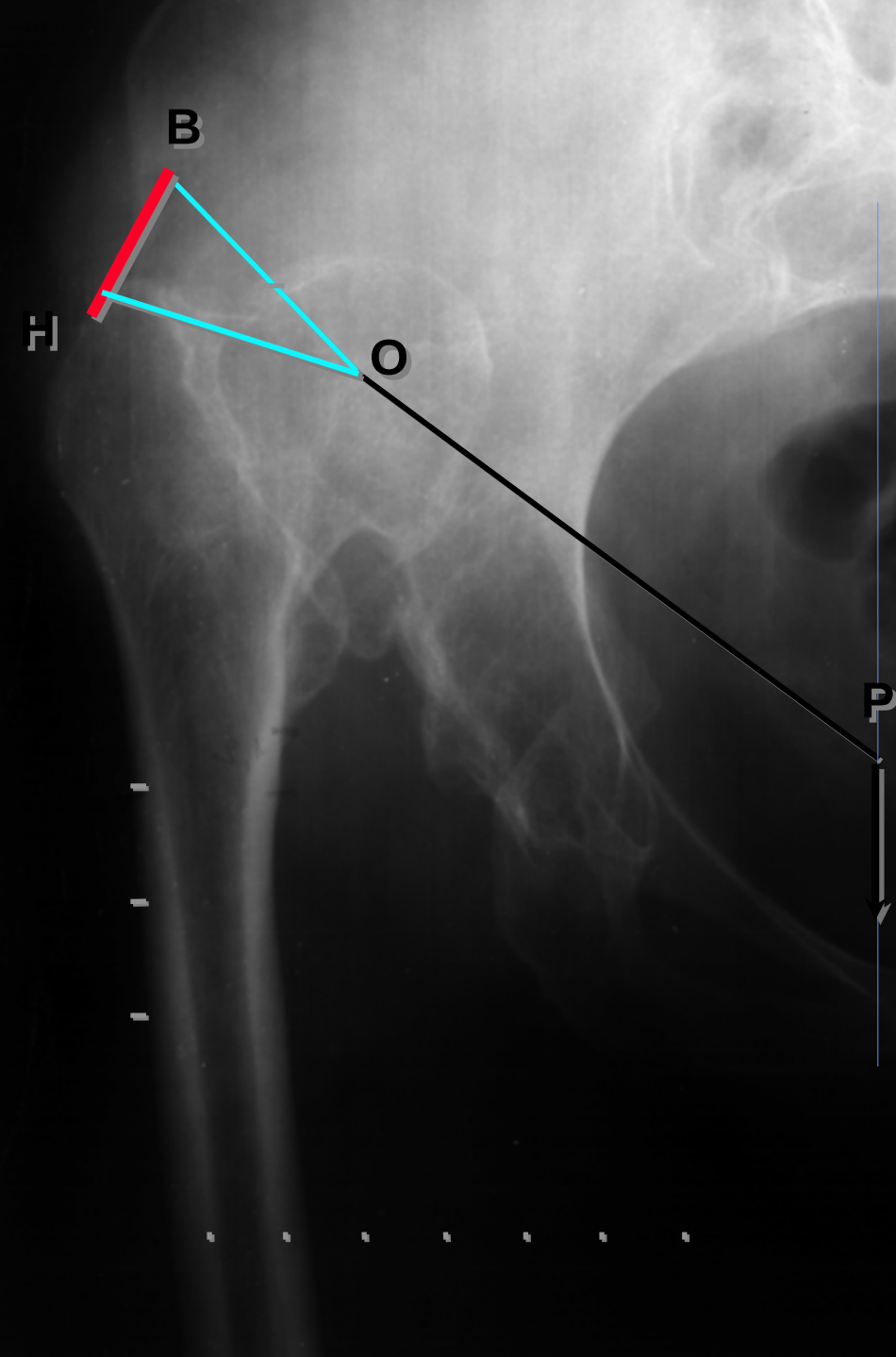


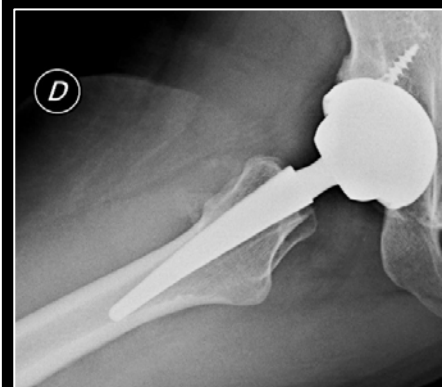
R 8°

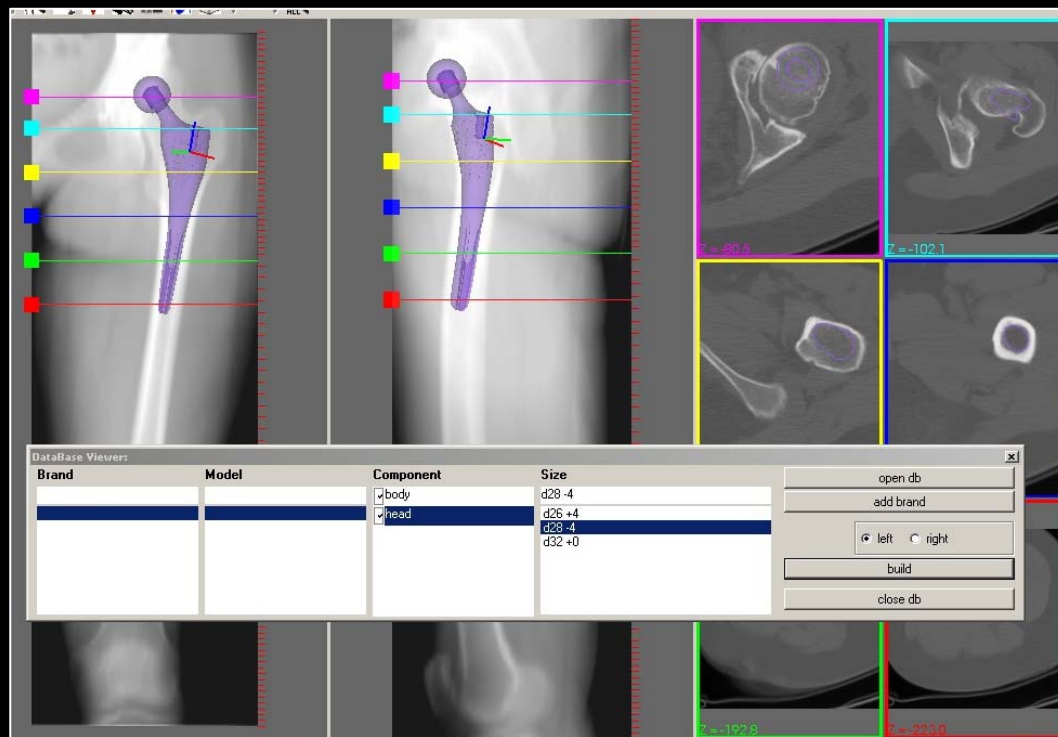






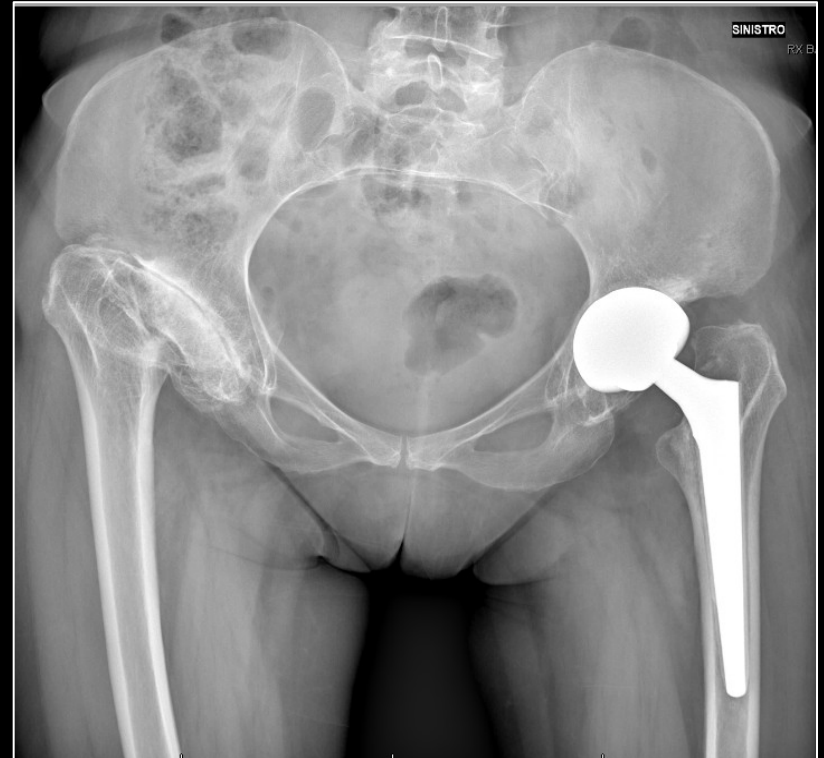


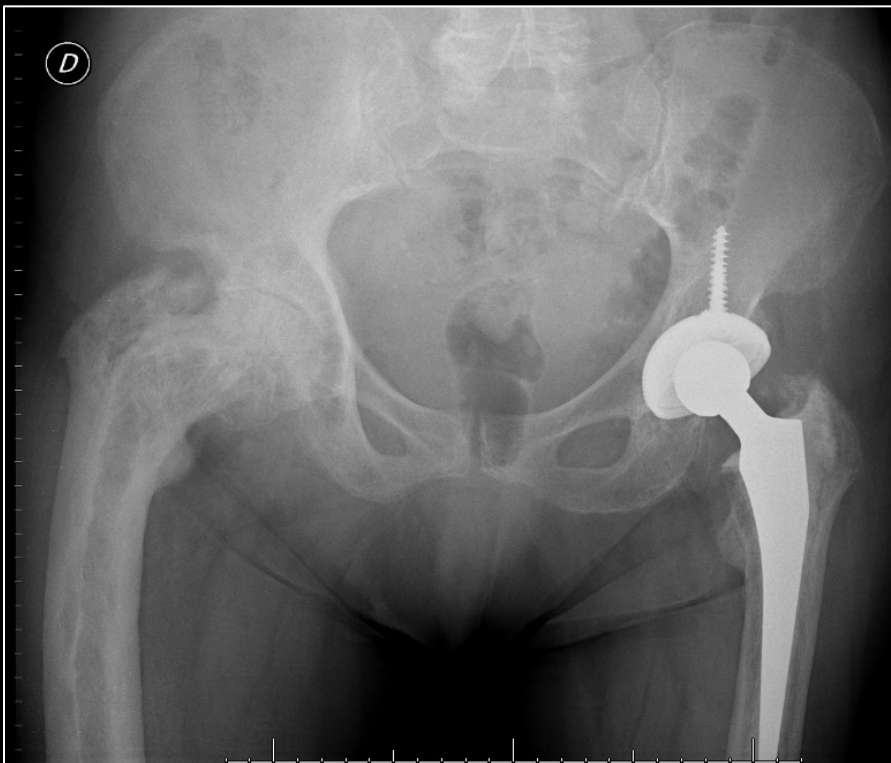




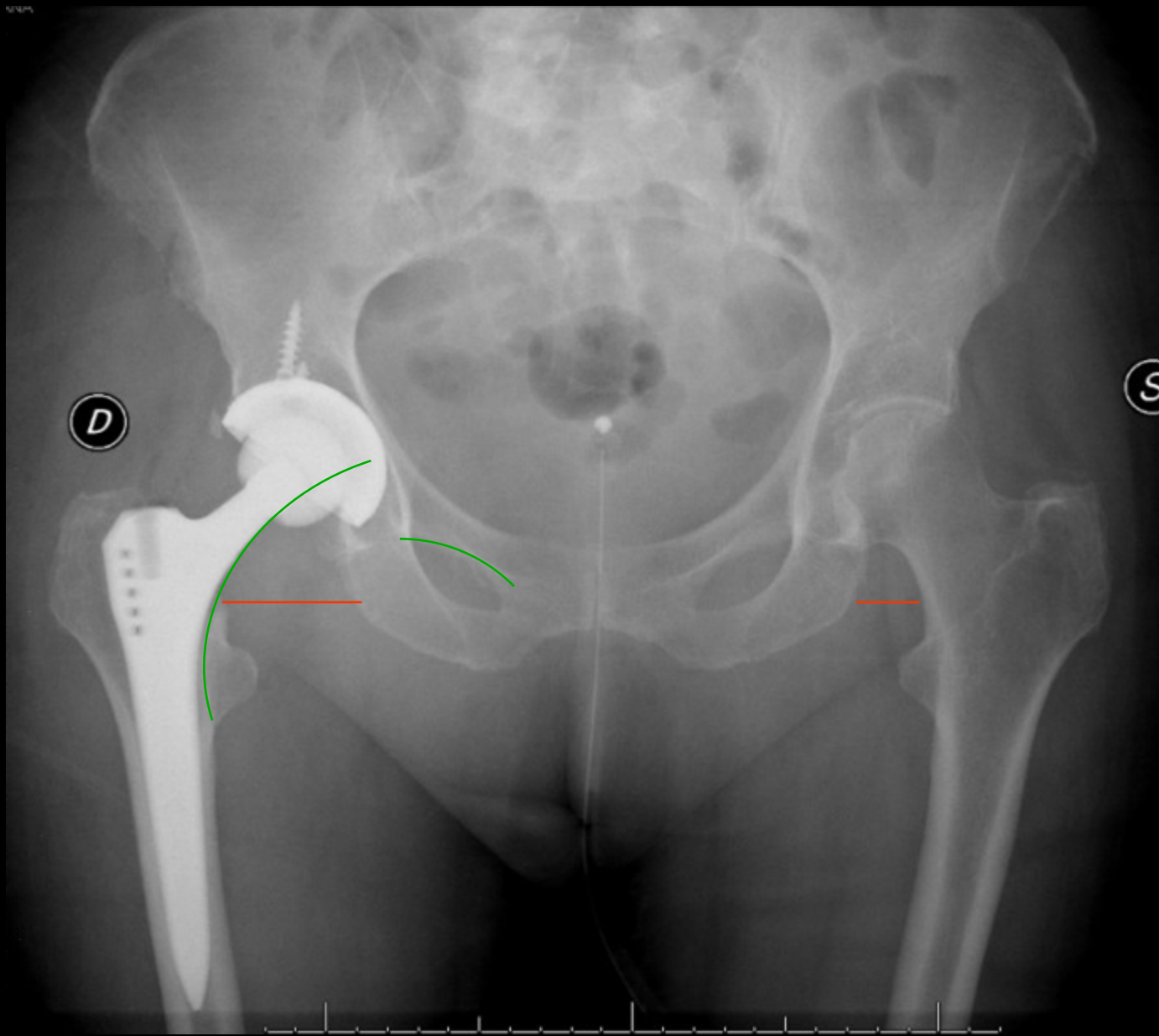
RIPRISTINO DELLA GEOMETRIA GESTIONE ANATOMIE ALTERATE

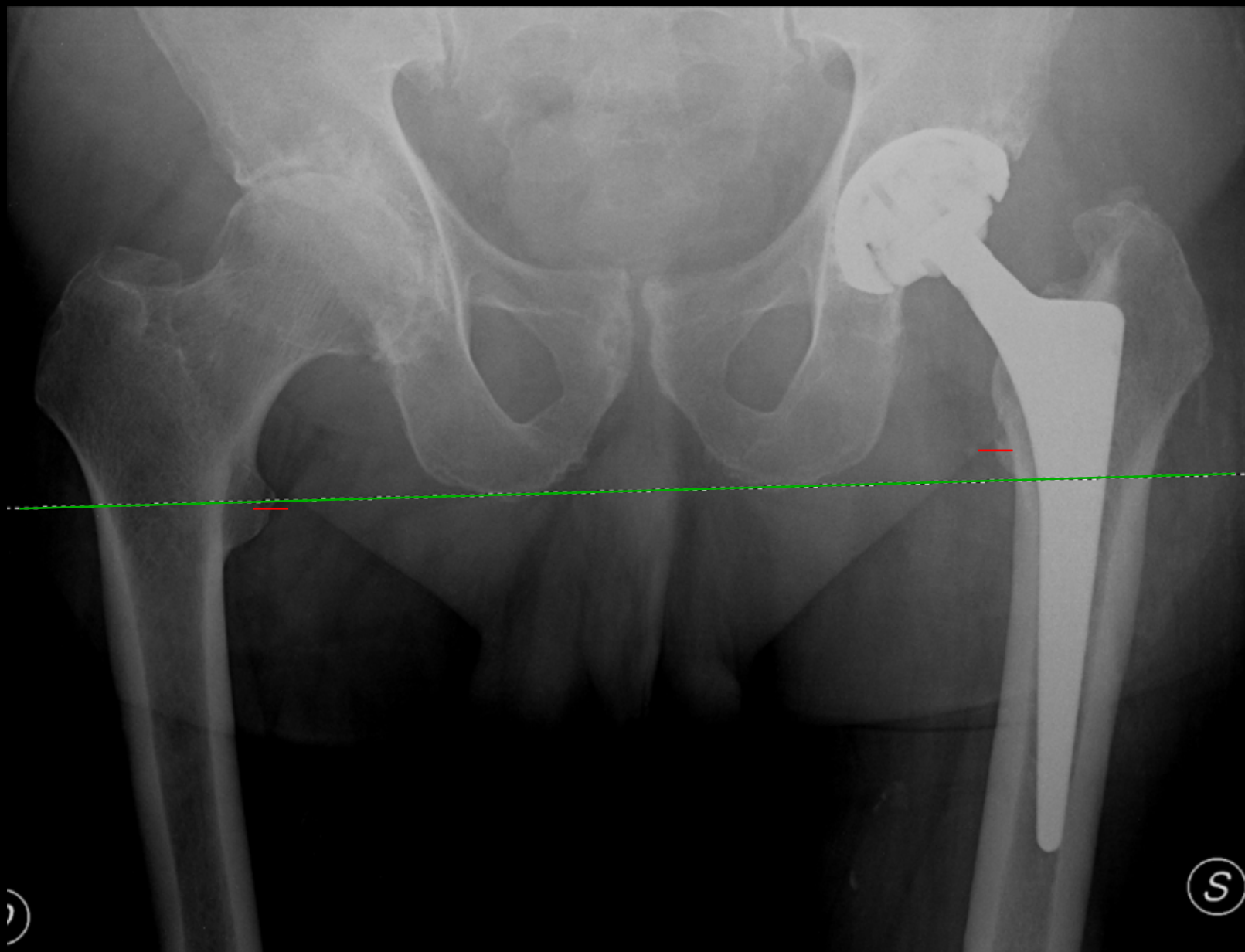












ESISTE LA PROTESI IDEALE?

**NO! DOBBIAMO SCEGLIERE LA
PROTESI ADEGUATA A QUEL
SINGOLO CASO:**

ETA'

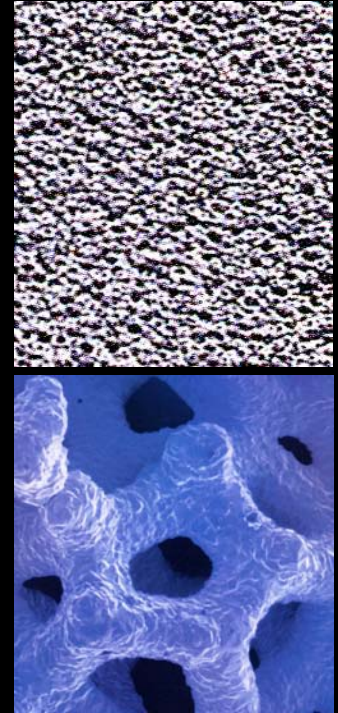
SESSO

MORFOLOGIA OSSEA

QUALITA' OSSEA

....

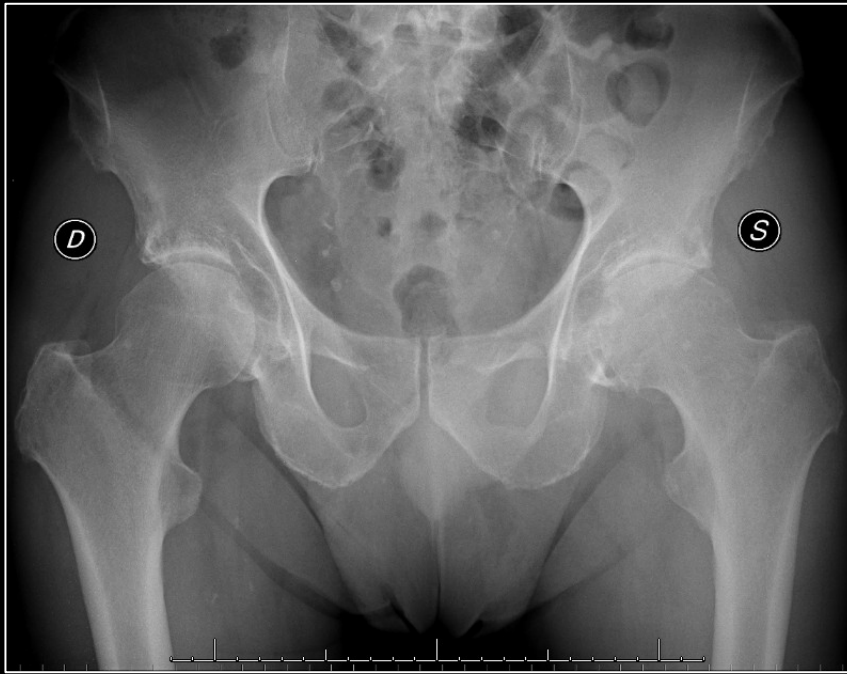
STABILITA' PRIMARIA E OSTEINTEGRAZIONE





M a. 36





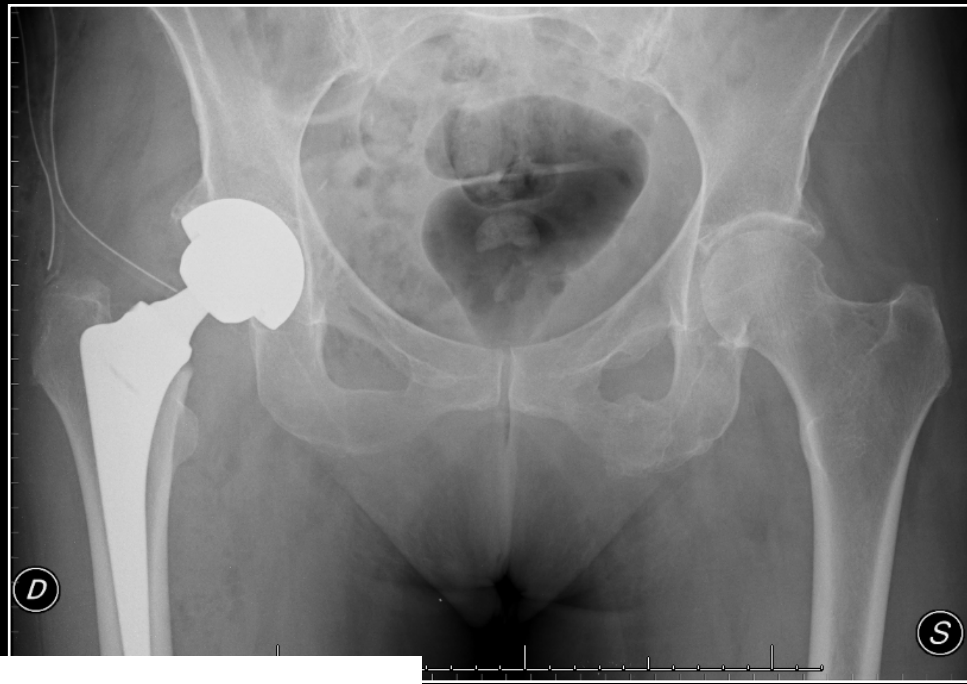
M a. 75





Fa. 71





F a. 85

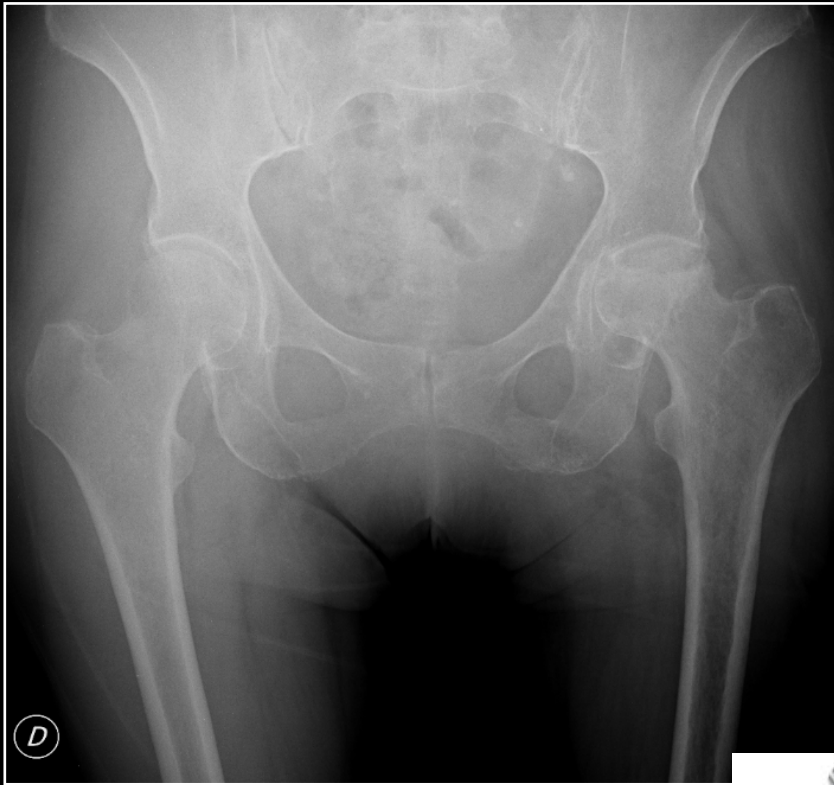




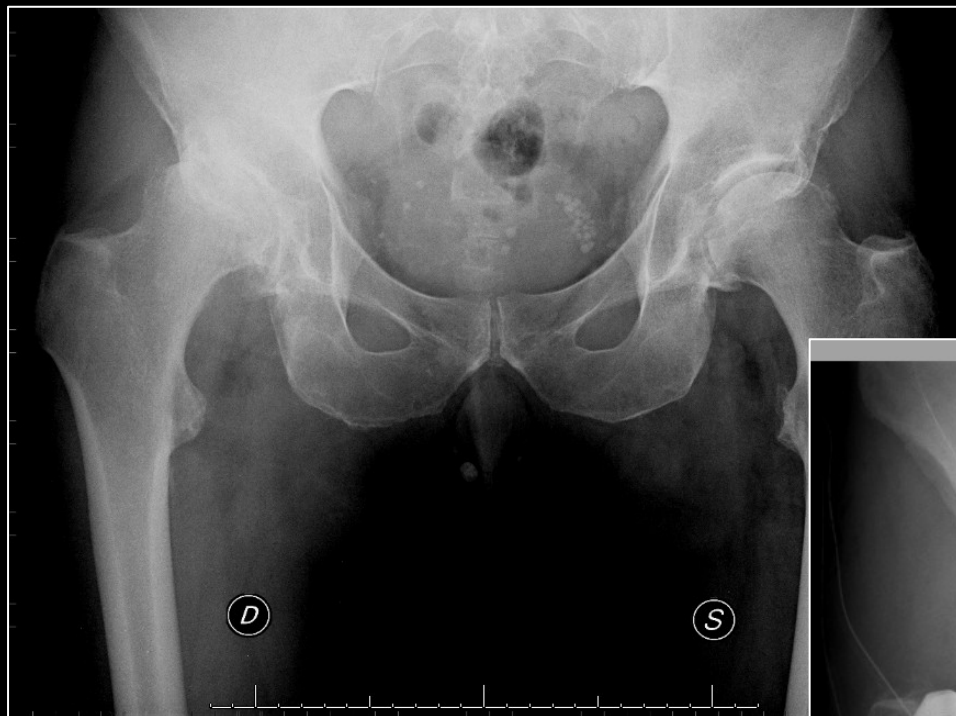


M a. 60





F a. 77



Ma. 73





Ma. 78



MIS
(MINI INVASIVE SURGERY)

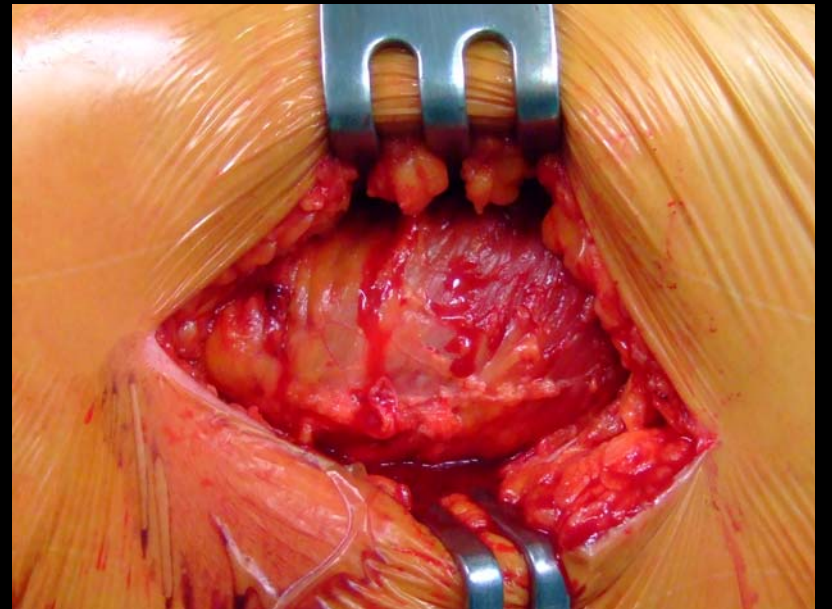
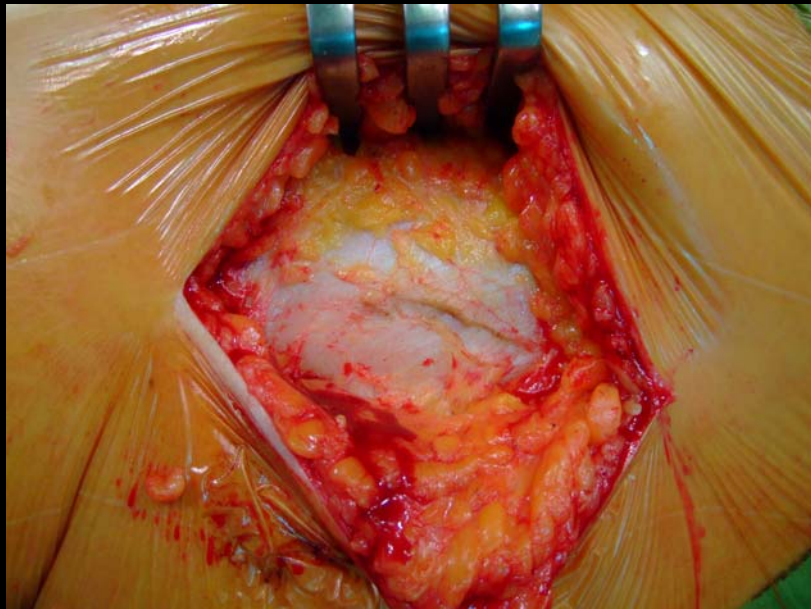
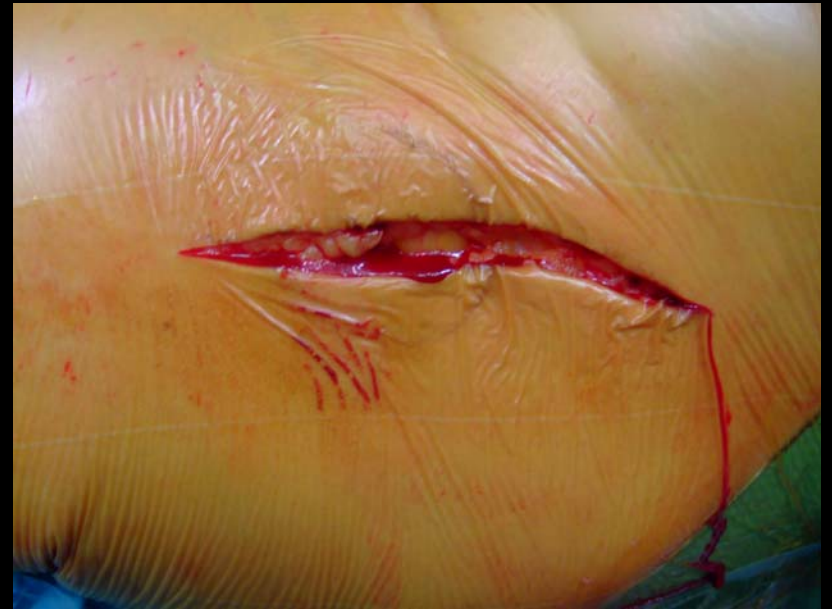


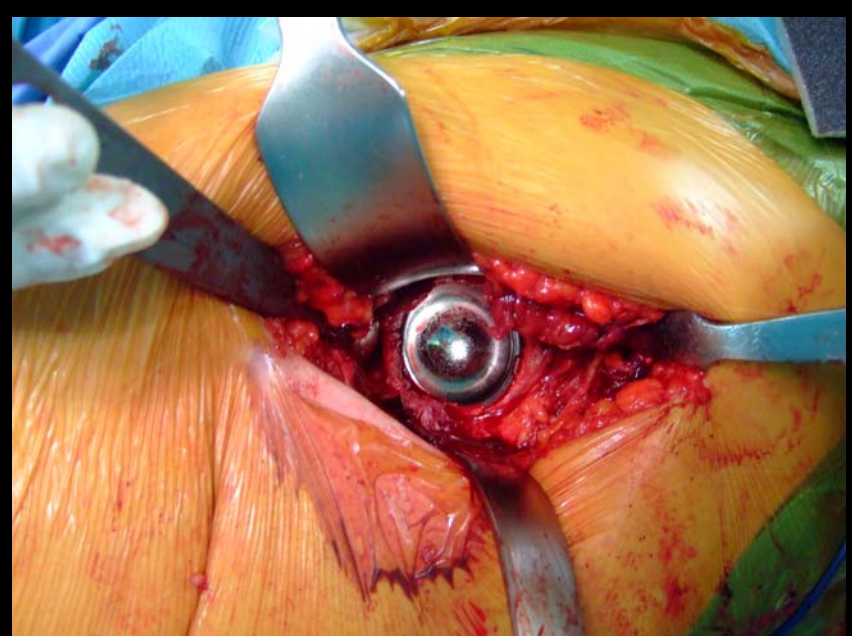
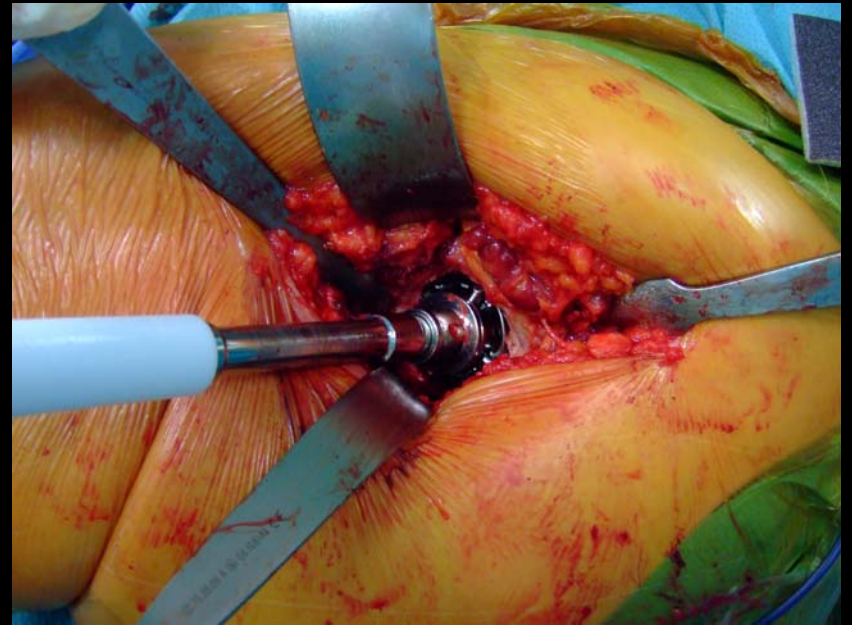
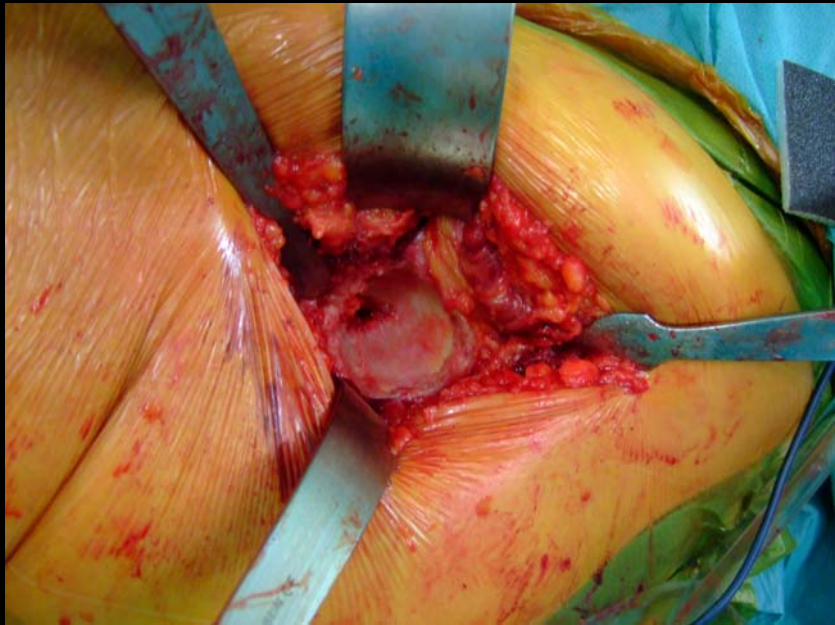
TSS
(TISSUES SPARING SURGERY)

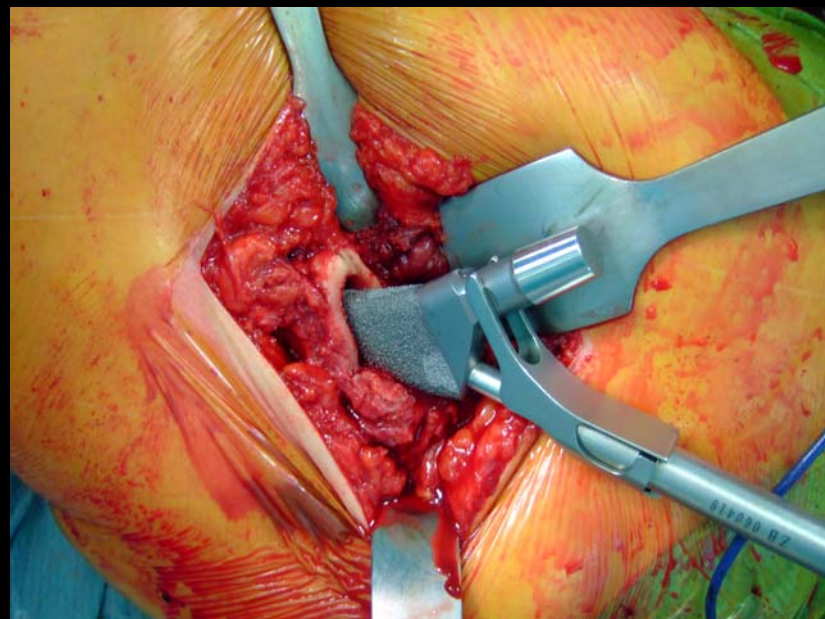
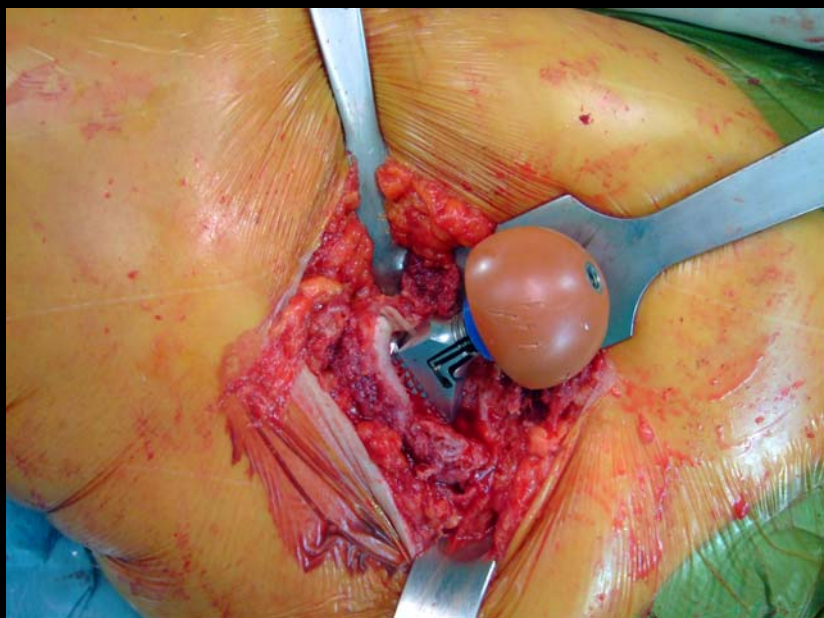
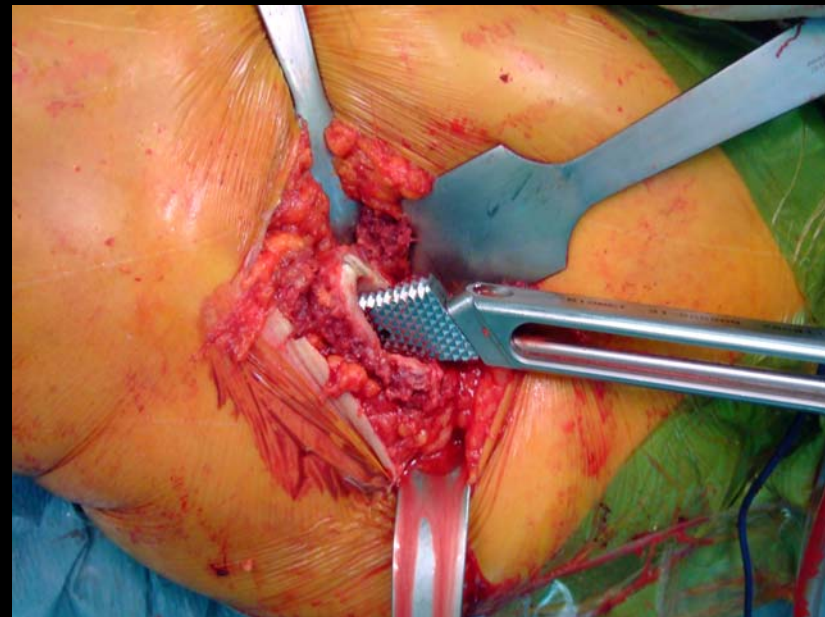
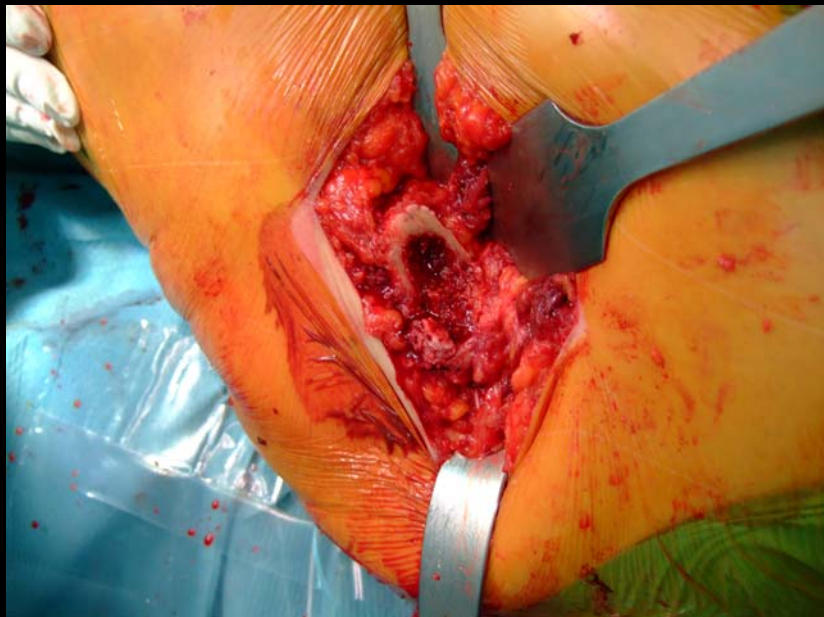
“La TTS è una filosofia chirurgica basata sull’idea del massimo rispetto dei tessuti ...vuole rappresentare un miglioramento della chirurgia tradizionale, di cui è figlia... asportazione dei soli tessuti patologici nel rispetto dei tessuti sani.” F.Pipino 2007

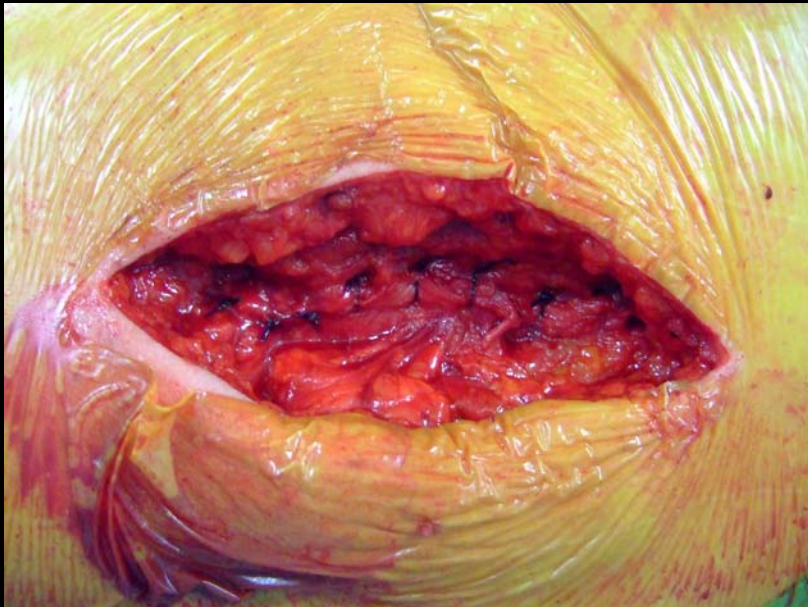
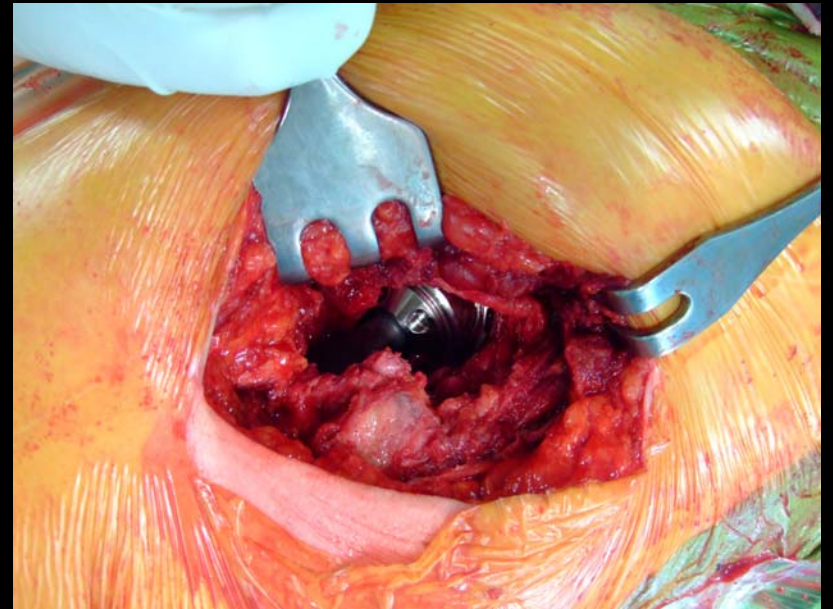
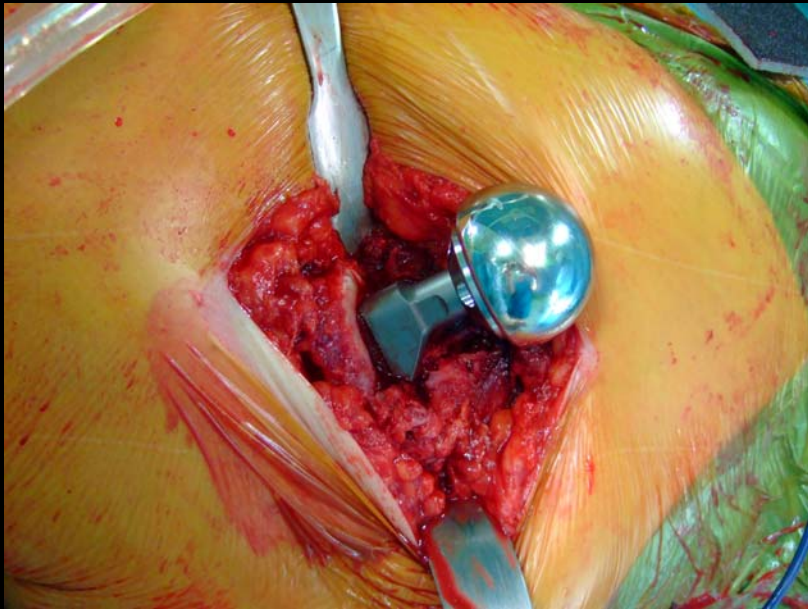
- **ACCESSO ANTERIORE DIRETTO**
- **DOPPIA INCISIONE**

- **ANTEROLATERALE**
- **POSTERO-LATERALE**
- **DIRETTO TRANS-GLUTEO**

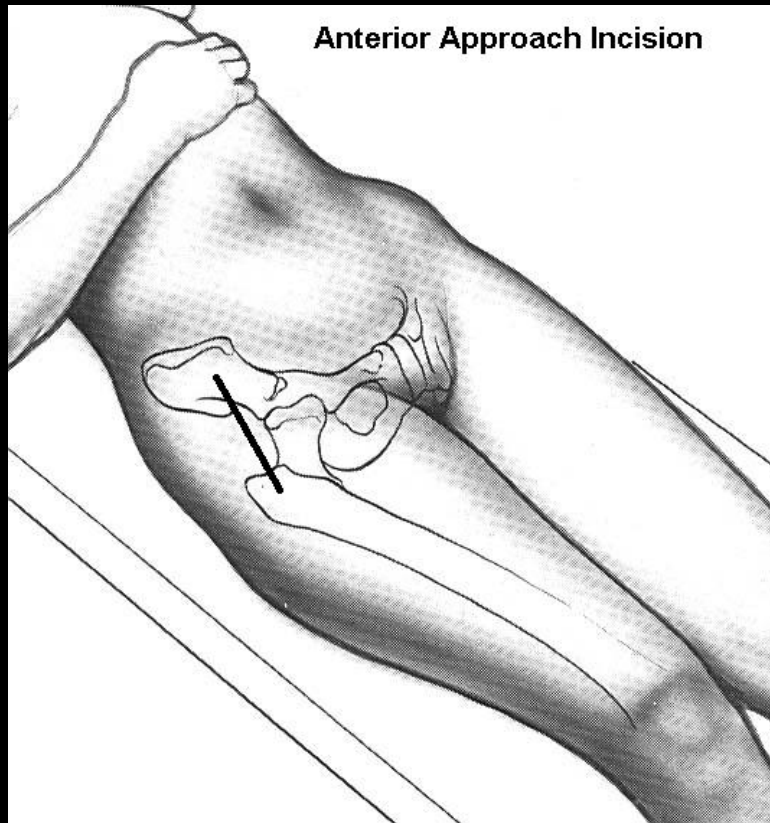








VIA ANTERIORE DIRETTA

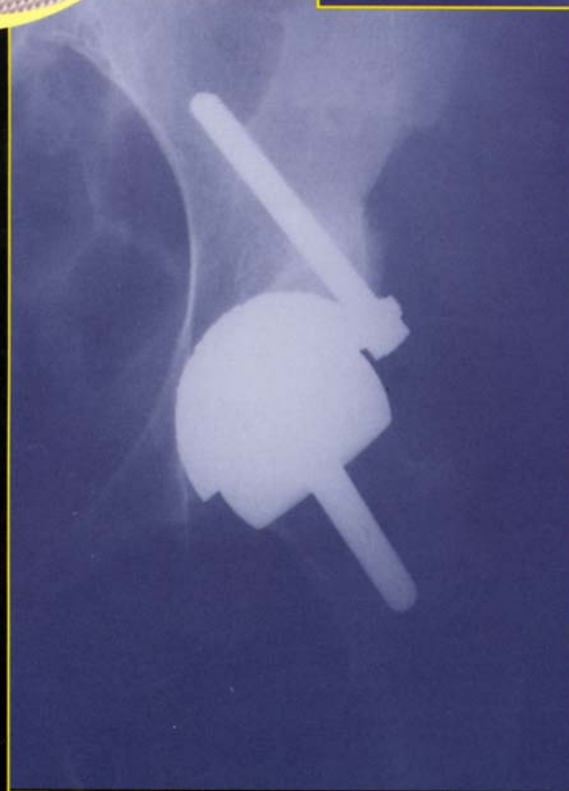


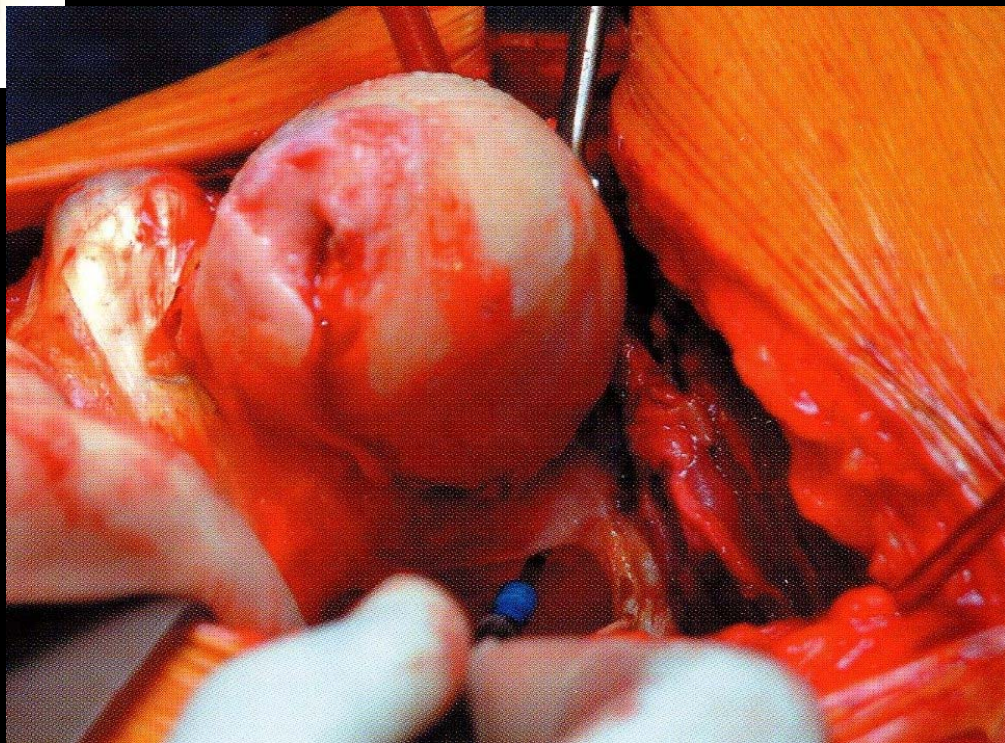
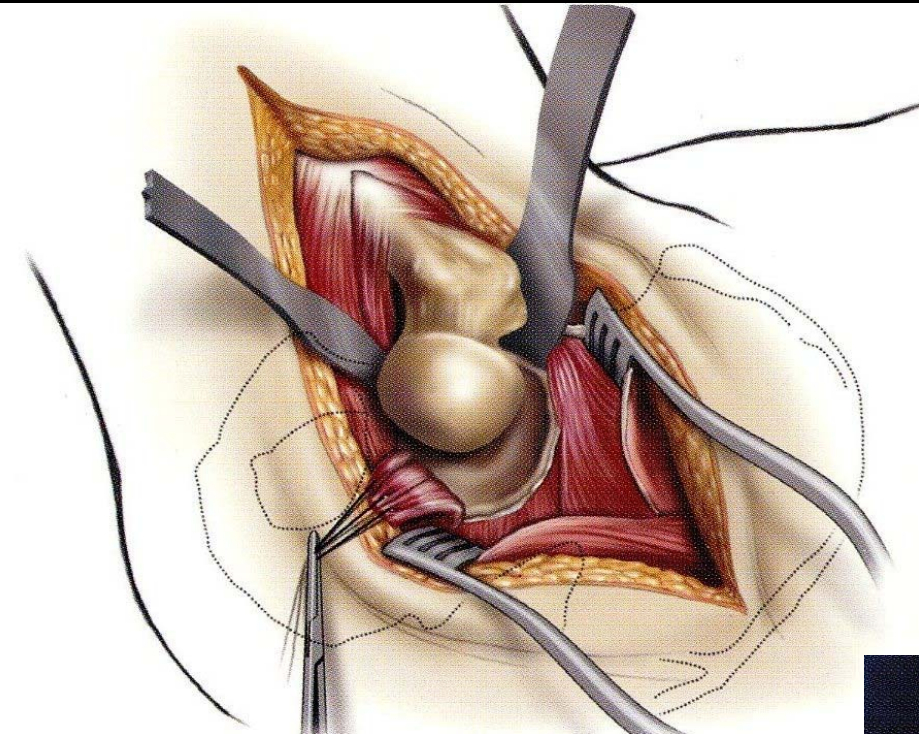
MINI-INVASIVITA' OSSEA

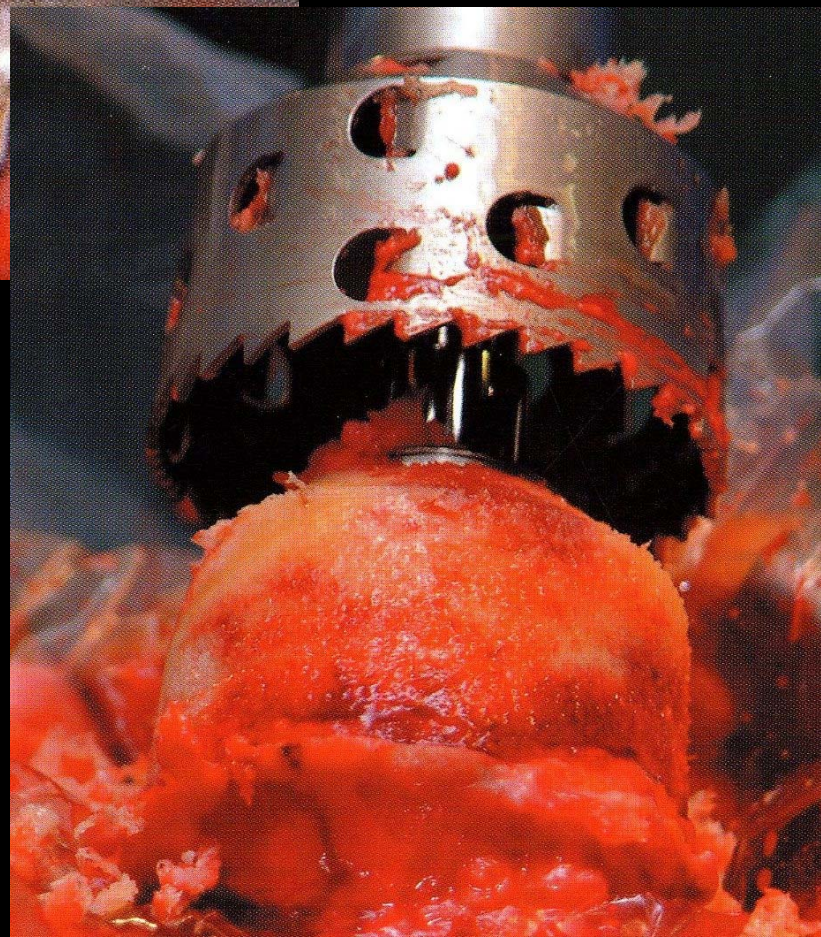
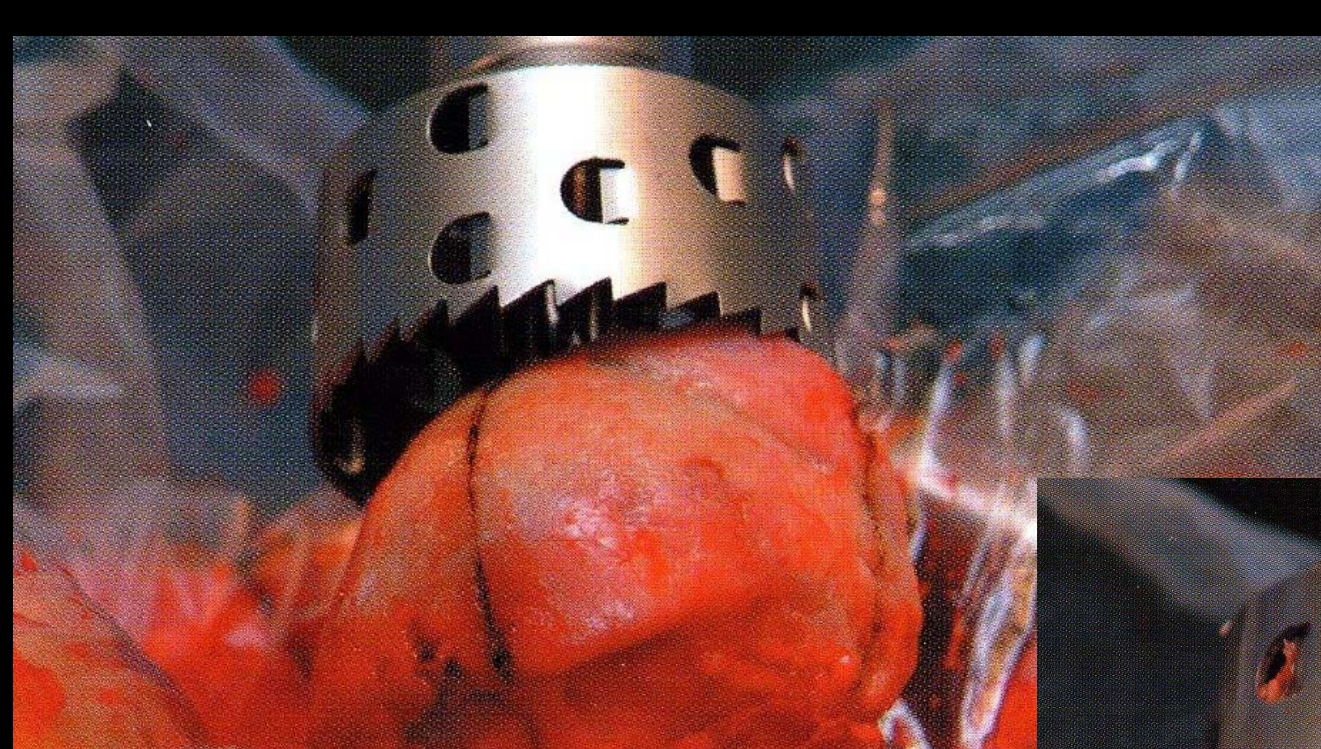
**LO SCOPO SAREBBE DI “CONSUMARE” MENO
OSSO POSSIBILE IN PREVISIONE DI
UN’EVENTUALE REVISIONE E COMUNQUE
NELL’OTTICA DI RISPARMIARE TESSUTO NON
PATOLOGICO**

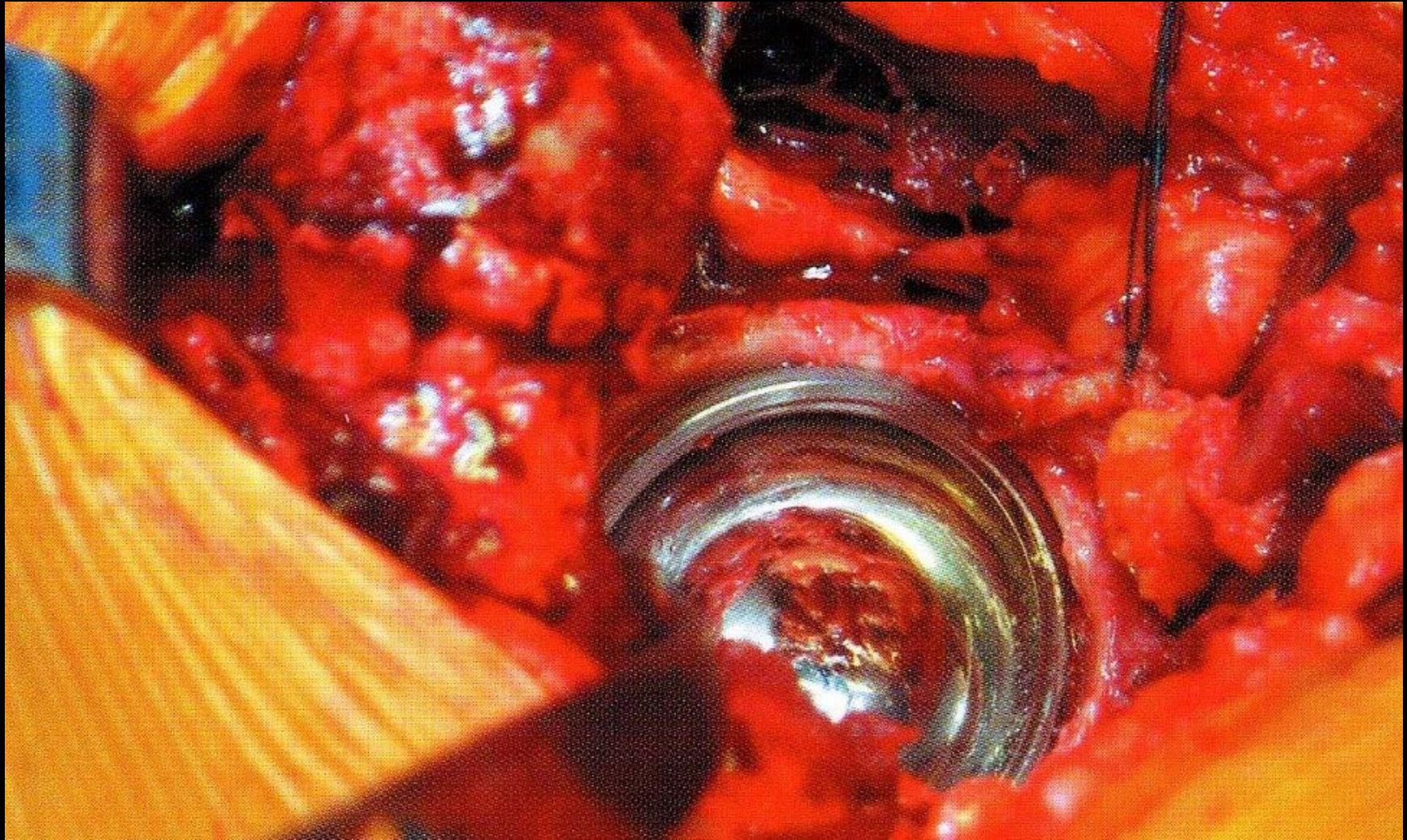
PROTESI DI RIVESTIMENTO

“RESURFACING”

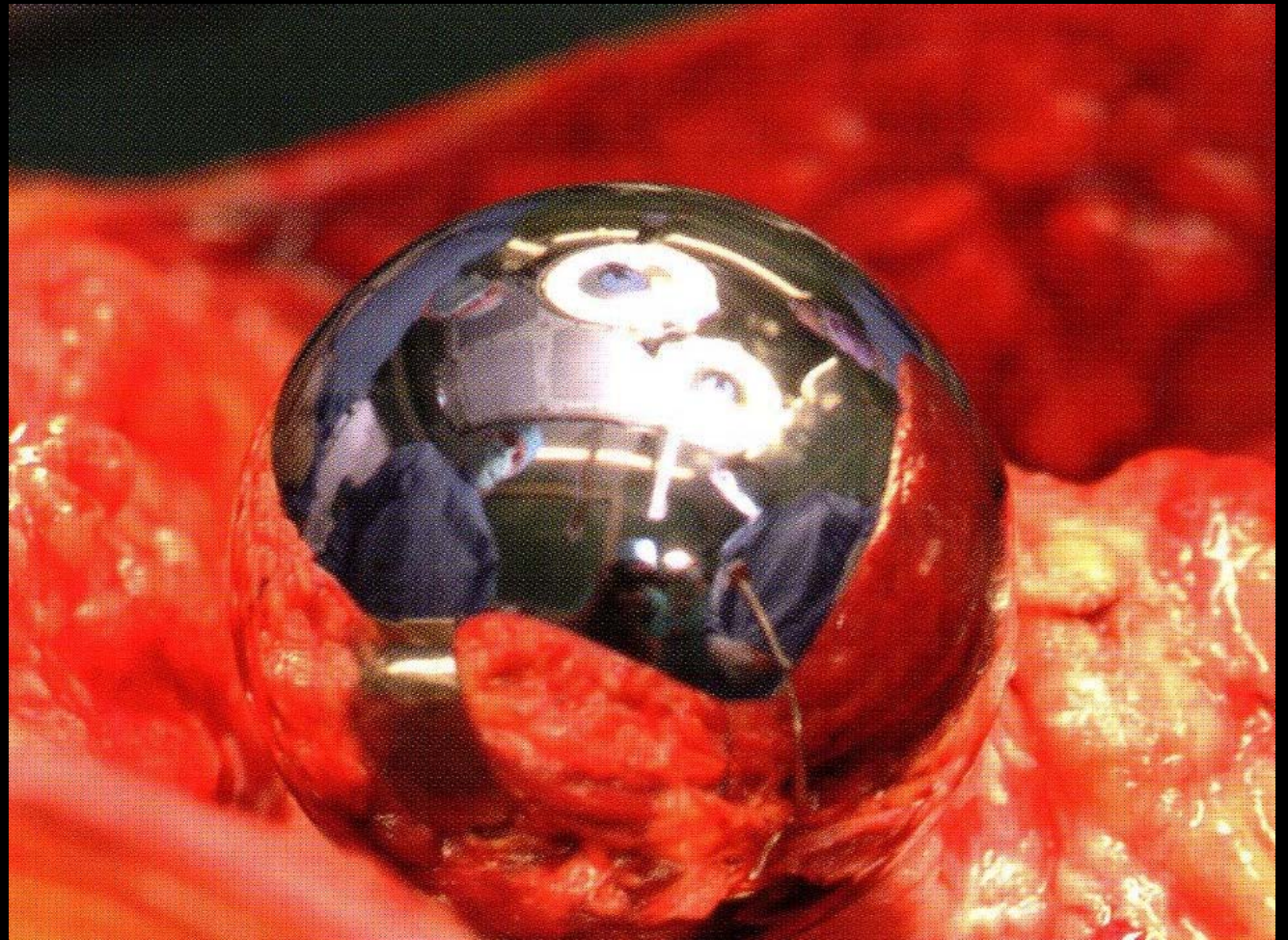














COMPLICANZE

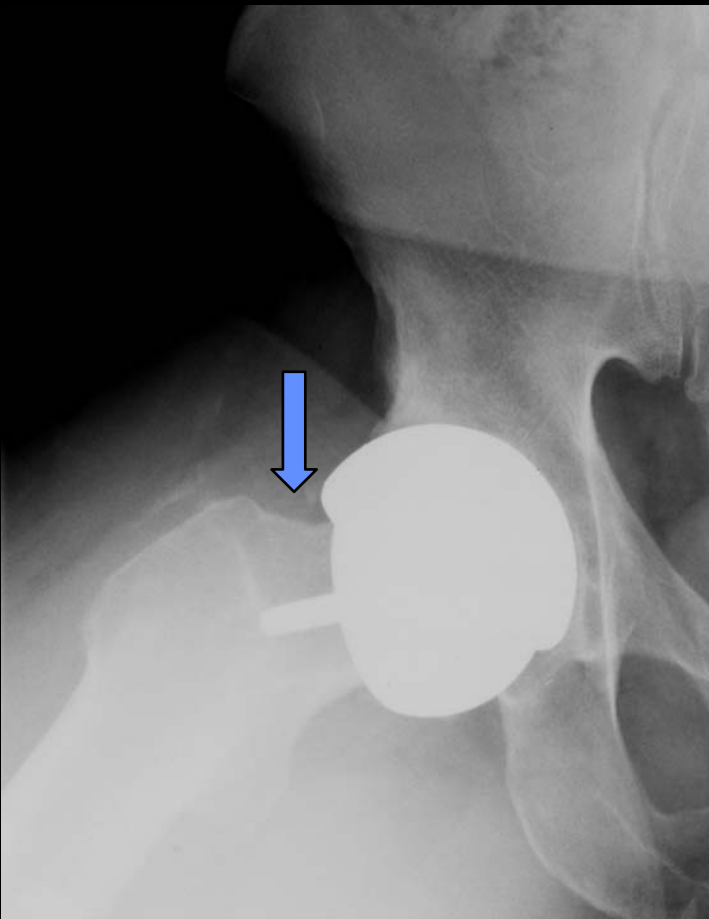
- mal posizionamento delle componenti
 - notching
 - collasso testa femorale
 - frattura del collo
-
- paralisi n. sciatico (soprattutto accesso posteriore)
 - paralisi n. femorale
 - paralisi n. peroneo comune
 - ematoma del m. retto femorale
 - danno dell'arteria femorale (accesso anteriore)

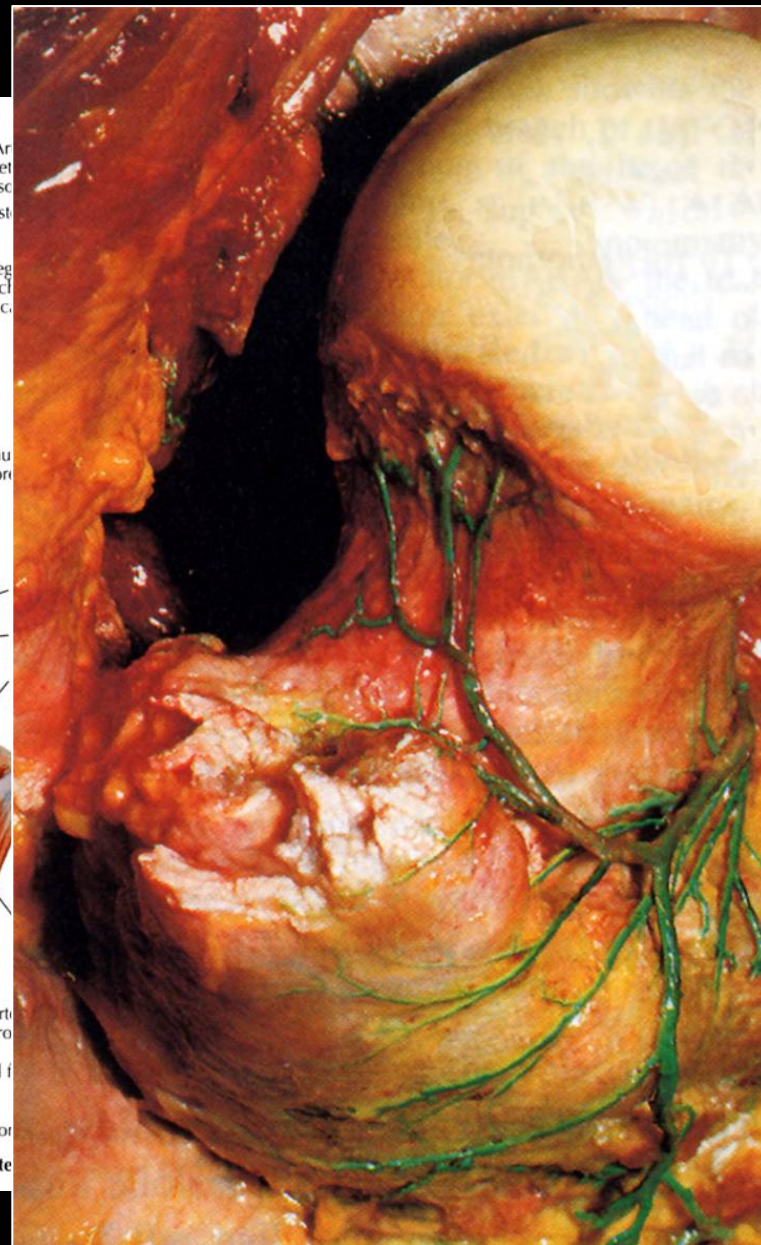
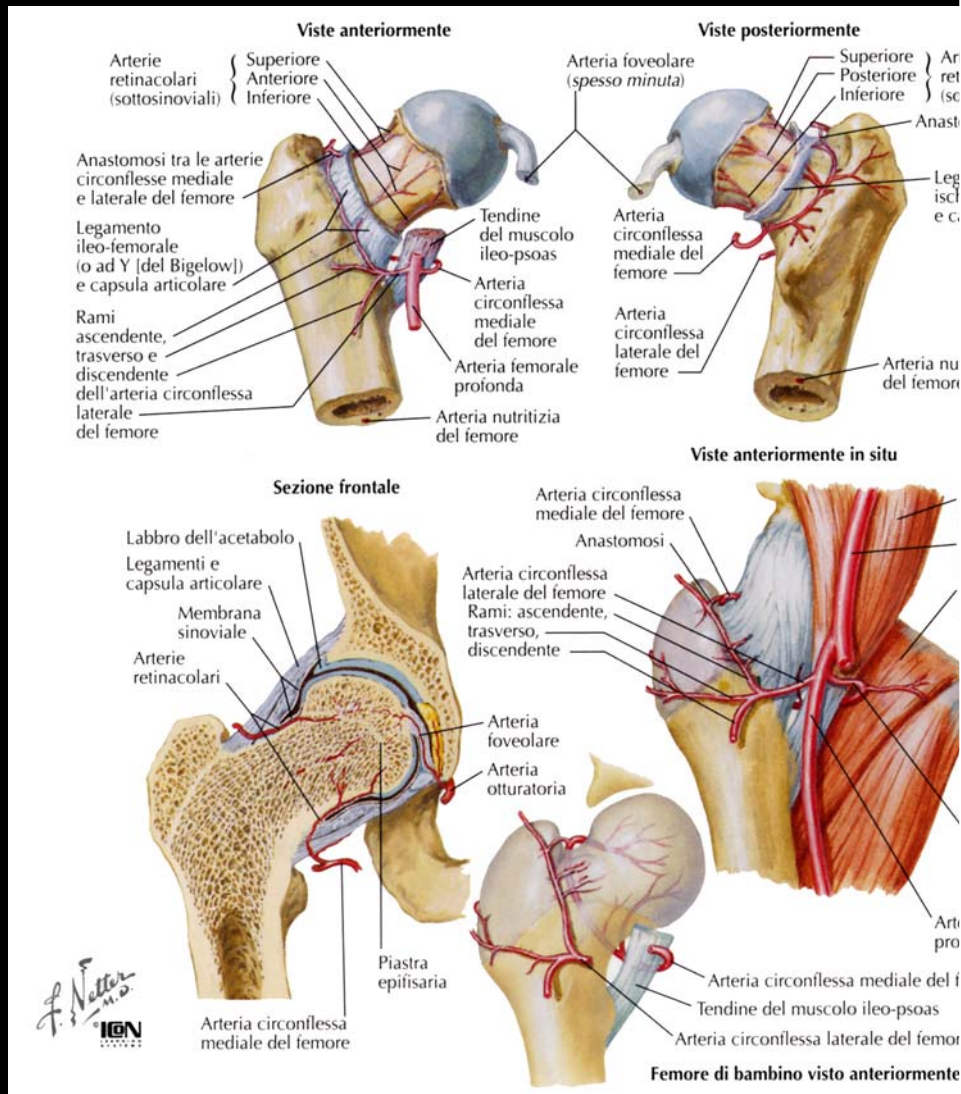
RX BACIN

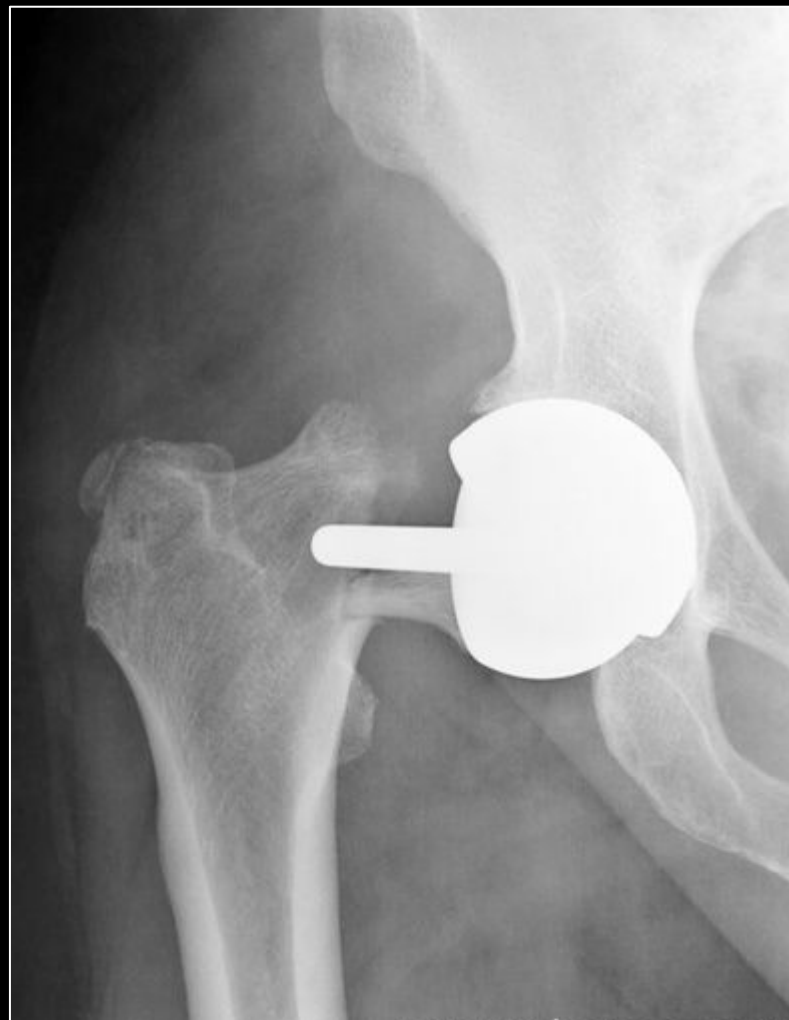


DESTRO

SINISTRO







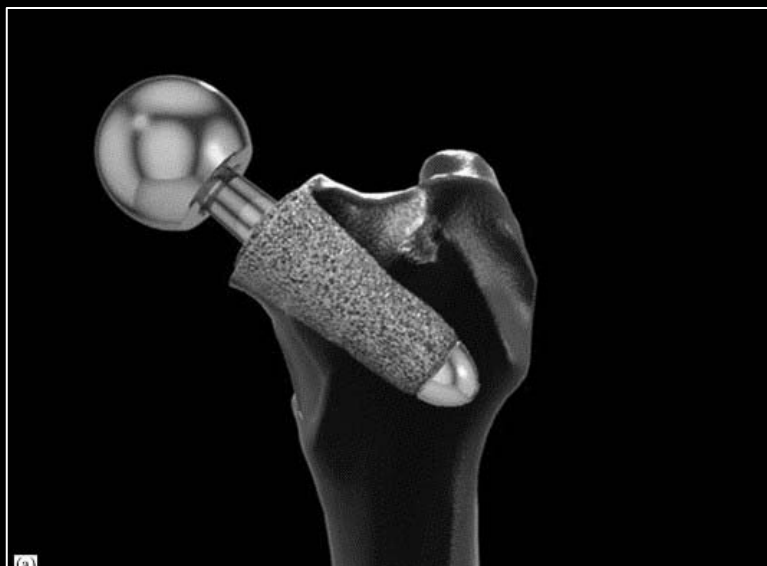


Anno intervento	Interventi primari	
	Tradizionali	Rivestimento
2000	100.0%	-
2001	99.9%	0.1%
2002	99.2%	0.8%
2003	98.6%	1.4%
2004	97.9%	2.1%
2005	96.9%	3.1%
2006	96.4%	3.6%
2007	96.9%	3.1%
2008	97.5%	2.5%
2009	97.6%	2.4%
2010	98.2%	1.8%

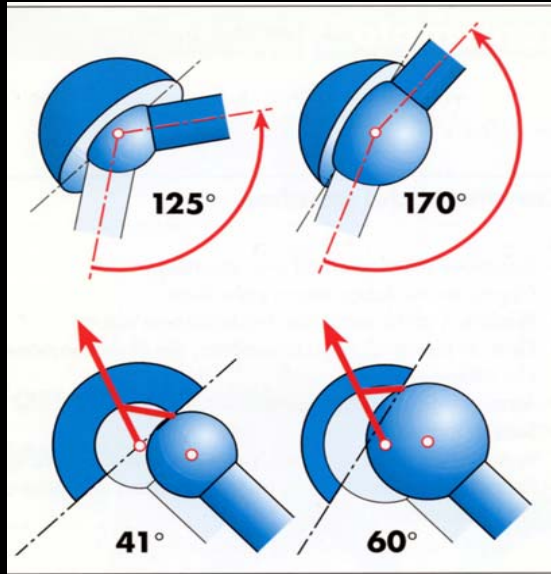
Diagnosi nelle artroprotesi primarie	Numerosità	Valori percentuali
Artrosi primaria	40.824	67.1
Esiti di LCA e DCA	6.759	11.1
Frattura collo femore	5.398	8.9
Necrosi testa femore (idiopatica, da dialisi, da cortisone)	3.545	5.8
Artrosi post traumatica	1.492	2.5
Necrosi post traumatica	849	1.4
Artriti reumatiche	736	1.2
Esiti frattura collo femore	463	0.8
Esito epifisiolisi	171	0.3
Esito morbo di Perthes	144	0.2
Esiti coxite settica	110	0.2
Tumore	98	0.2
Esiti morbo di Paget	70	0.1
Esiti coxite TBC	45	0.1
Altro	130	0.2
Totale**	60.834	100.0

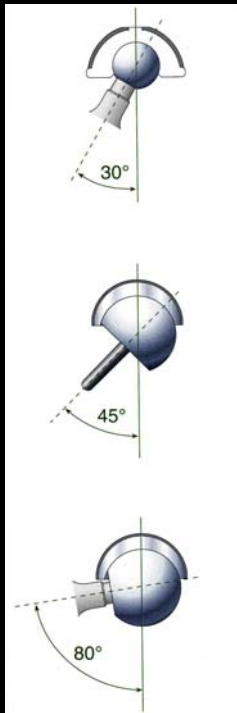
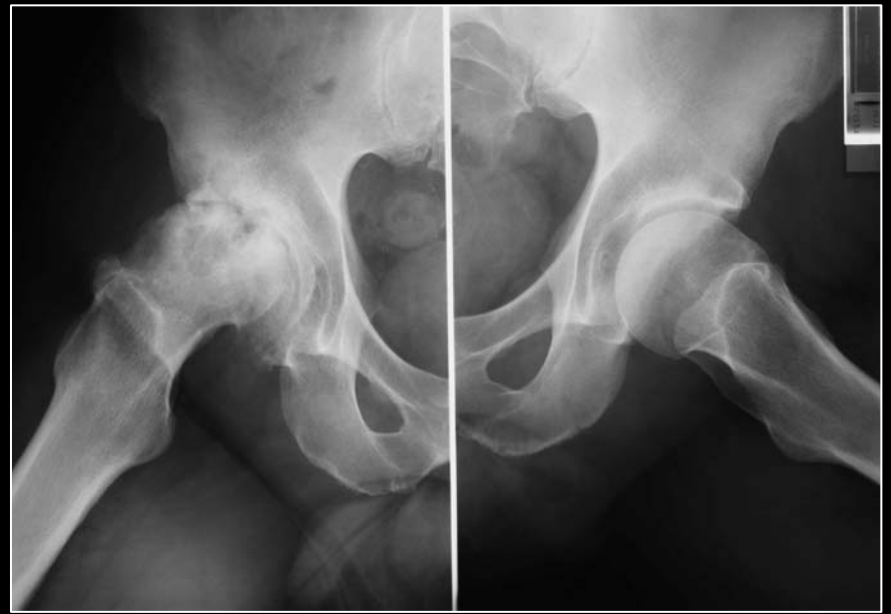


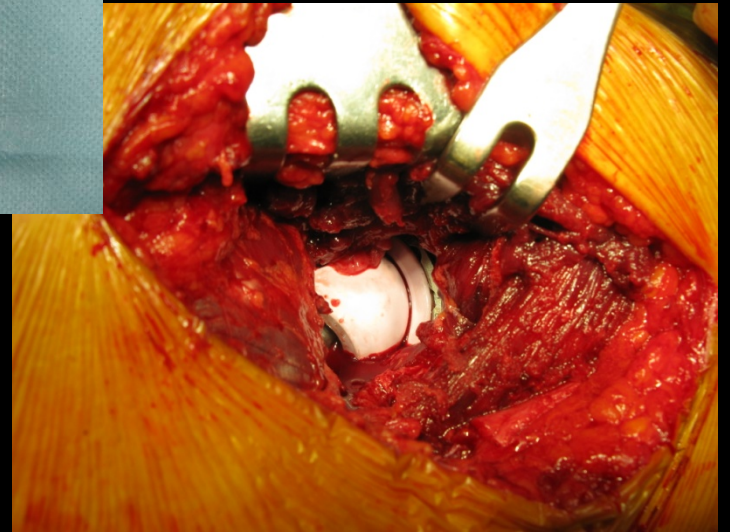
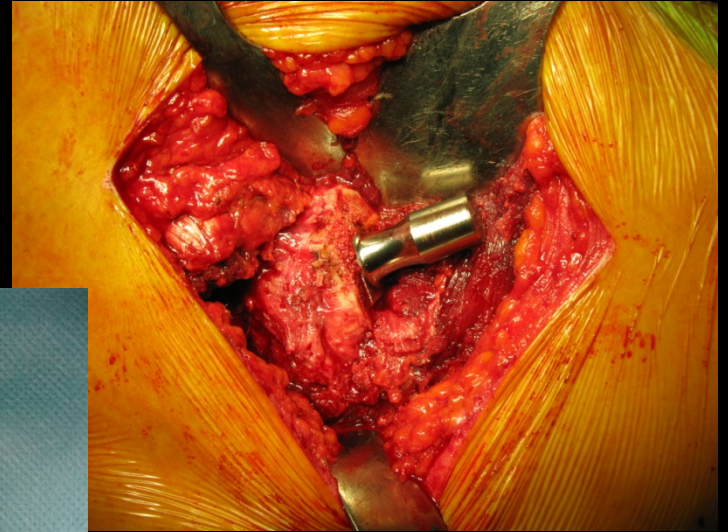


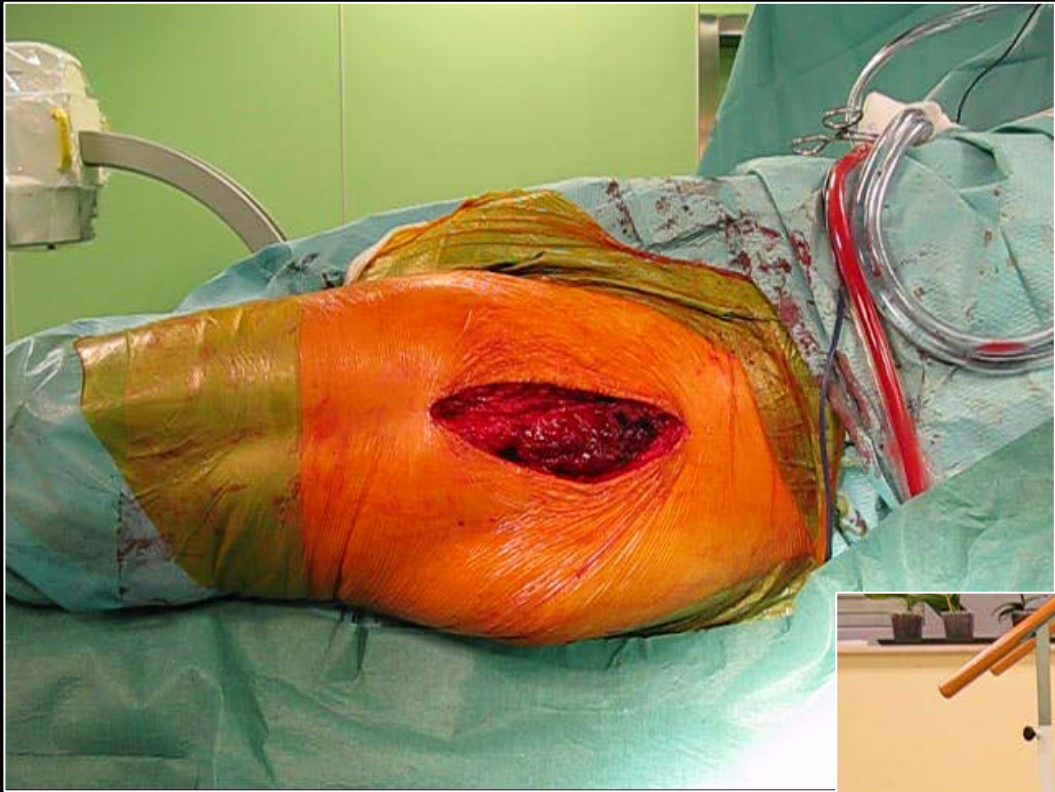


AUMENTARE L'AMPIEZZA DI MOVIMENTO EVITANDO CONFLITTO E LUSSAZIONE

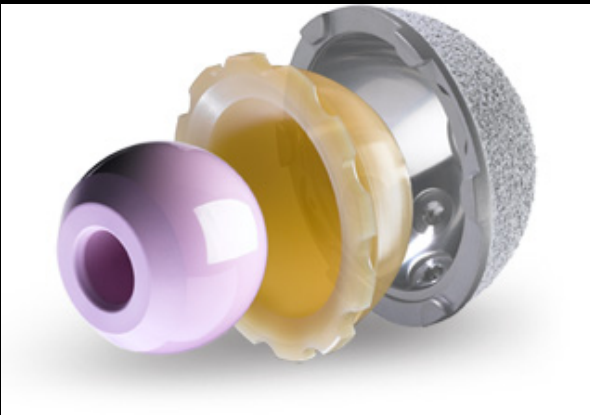
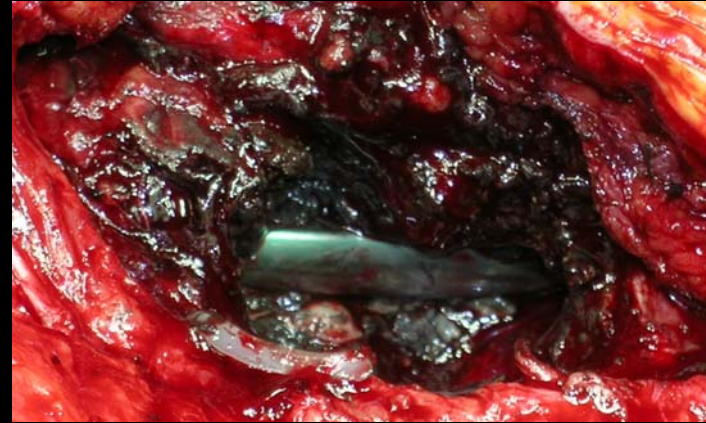








CHE ACCOPPIAMENTO?



m/c + polietilene alto reticolato

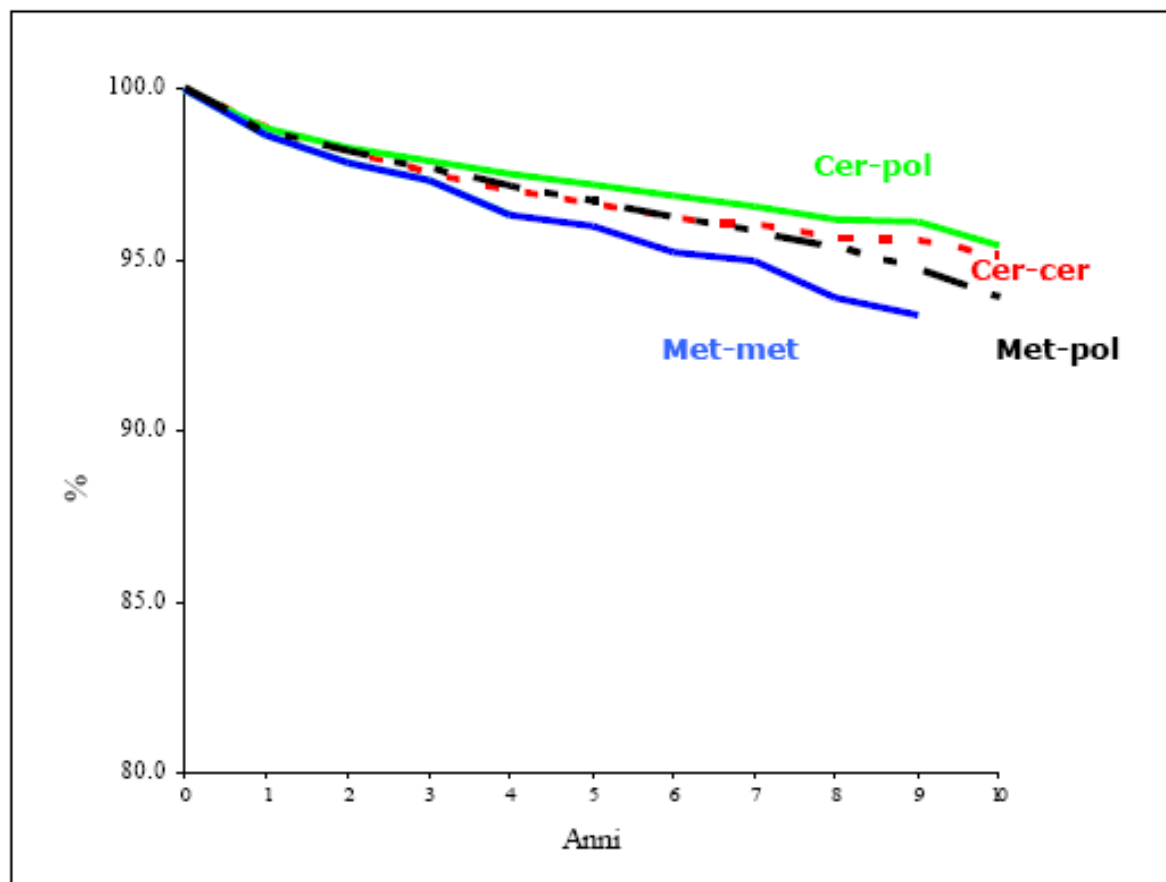


ceramica-ceramica



metallo-metallo

Curva di sopravvivenza



CERAMICA

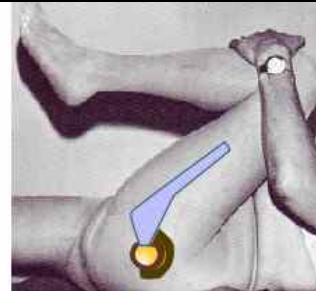


Causa reimpianto	Incidenza	%	Distribuzione % delle cause di fallimento
Lussazione recidivante	86/15.078	0.57	22.5
Frattura periprotetica	56/15.078	0.37	14.6
Mobilizzazione asettica stelo	44/15.078	0.29	11.5
Rottura stelo	44/15.078	0.29	11.5
Rottura inserto	35/15.078	0.23	9.1
Rottura testina	31/15.078	0.21	8.1
Mobilizzazione asettica cotile	17/15.078	0.11	4.4
Mobilizzazione settica	17/15.078	0.11	4.4
Instabilità primaria	11/15.078	0.07	2.9
Dolore senza mobilizzazione	11/15.078	0.07	2.9
Mobilizzazione asettica globale	8/15.078	0.05	2.1
Altro	20/15.078	0.13	5.2
Mancante	3/15.078	0.02	0.8
Totale	383/15.078	2.5	100.0

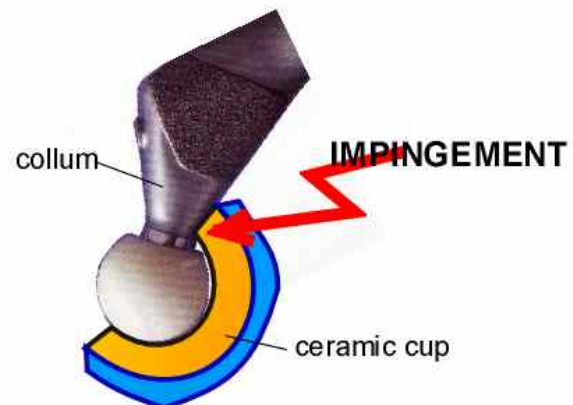
“SQUEAKING”



CLICKING



knee to chest
exercise



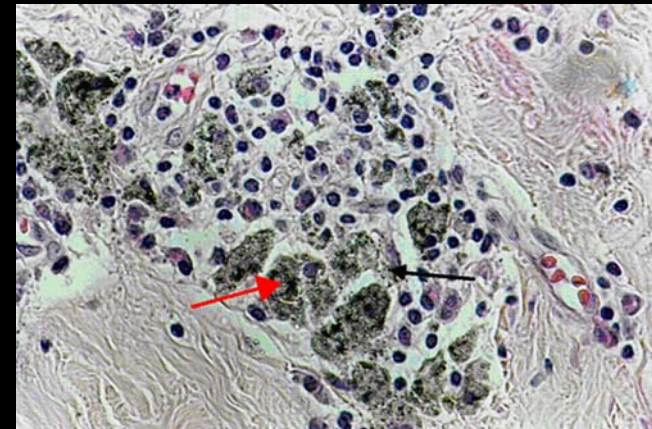
PROBLEMI DEL METALLO-METALLO

GLOBAL RECALL

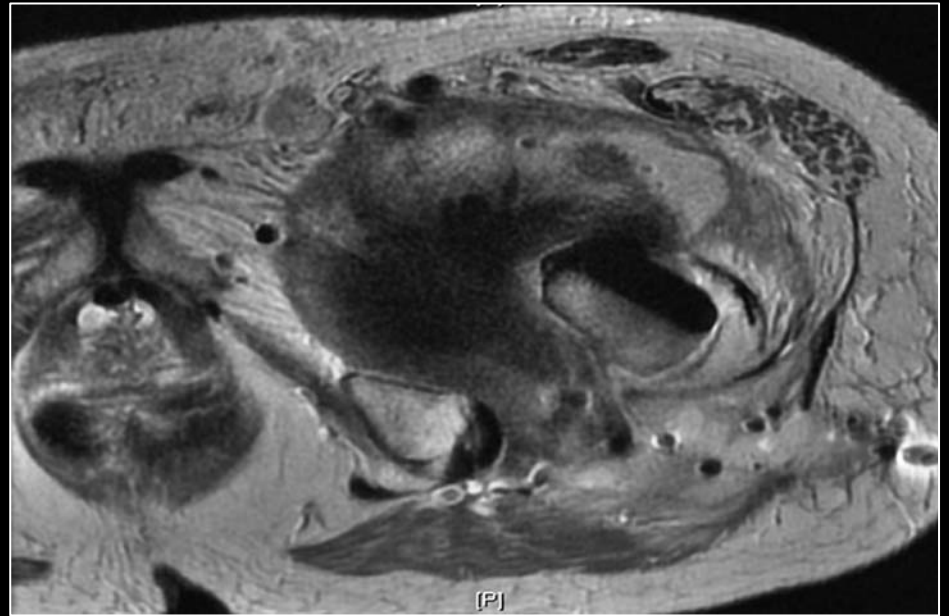
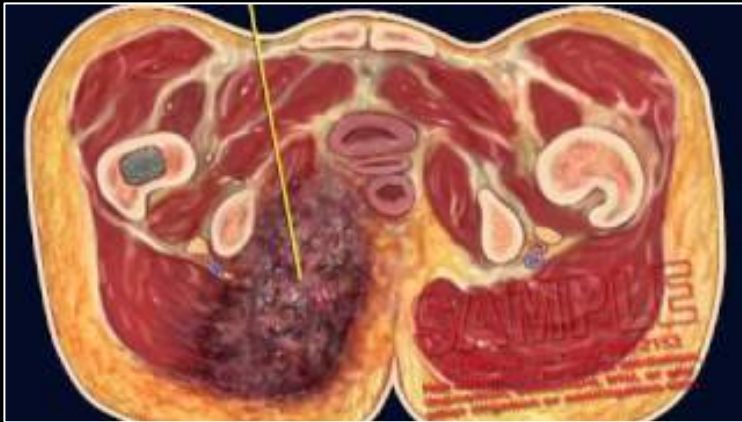
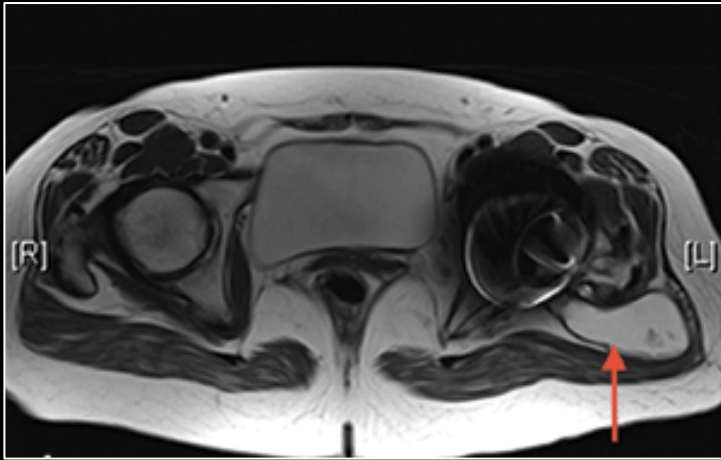
 **DePuy**

a *Johnson & Johnson* company

Johnson & Johnson
ASR Hip Replacement Systems



PSEUDOTUMORI







Programma

Prima giornata - 30 maggio 2012

LA SPALLA (Dr. Marco Frattini)

15,00 Principali patologie - Esame clinico-strumentale
Terapia - Tecniche infiltrative

15,45 Discussioni

POLSO e MANO (Dr. Massimo Tonari)

16,00 Principali patologie - Esame clinico-strumentale
Terapia - Tecniche infiltrative

16,45 Discussioni

17,00 Chiusura della giornata

Seconda giornata - 6 giugno 2012

ANCA (Prof. Enrico Vaienti)

15,00 Principali patologie - Esame clinico-strumentale
Terapia - Tecniche infiltrative

15,45 Discussioni

GINOCCHIO (Dr. Gaetano Conari)

16,00 Principali patologie - Esame clinico-strumentale
Terapia - Tecniche infiltrative

16,45 Discussioni

17,00 Chiusura della giornata

Terza giornata - 13 giugno 2012

RACHIDE (Dr. Marco Pedretti)

15,00 Principali patologie - Esame clinico-strumentale
Terapia - Tecniche infiltrative

15,45 Discussioni

CAVIGLIA E PIEDE (Prof. Enrico Vaienti)

16,00 Principali patologie - Esame clinico-strumentale
Terapia - Tecniche infiltrative

16,45 Discussioni

17,00 Chiusura della giornata e del Corso

RELATORI:

Dr. Gaetano Conari

Dr. Marco Frattini

Dr. Marco Pedretti

Dr. Massimo Tonari

Prof. Enrico Vaienti

Obiettivo del Corso è fornire elementi diagnostico-terapeutici che possano facilitare i Medici di Medicina Generale ad inquadrare le principali patologie articolari degli arti, a risolvere le problematiche meno complesse, ricorrendo alla consulenza Specialistica quando sia opportuno, inviando Pazienti già inquadrati clinicamente e con esami strumentali appropriati.

RICHIESTO ACCREDITAMENTO ECM PER MMG

DIPARTIMENTO DI
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA
ULO DI ORTOPEDIA
RESPONSABILE: PROF. ENRICO VAIENTI

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE INCONTRA LO SPECIALISTA ARGOMENTI DI ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA



Aula E - Ospedale "Vai" Fidenza
30 maggio - 6 giugno - 13 giugno 2012

COMITATO SCIENTIFICO
Prof. **EMILIO VALENZI** - emilio.valenzi@unipr.it
Dott. **FRANCESCO POZZI GEMELLI** - francesco.pozzi@unipr.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E DELEGATA NERDOT PROVIDER SICM



Via Marconi 26/D - 43124 Parma - Tel. 0521/296190 - Fax 0521/296114
nerdot.srl@congressi.it - www.congressi.it

*Società Italiana Ortopedia, Traumatologia, Chirurgia e Traumatologia
Presidenti On. Carlo Fioravanti*

**140ª riunione
S.I.T.O.I.**

**"LA PATOLOGIA DELL'ANCA
NELLO SPORTIVO"**

**"ATTUALITÀ NEL TRATTAMENTO DELLE
ROTTURE DEL TENDINE D'ACHILLE"**



Società Italiana Ortopedia e Traumatologia



Organizzato da:

Prof. Enrico Malerzi

**Direttore UOC Ortopedia Traumatologia
Capo della "Bianca" Polyclinica - A.S.L. Parma
Università degli Studi di Parma**

Parma, 22-23 giugno 2012

Sala Congressi del Centro Congressi Mirafiori Expo

Programma disponibile

