

Coxartrosi: dalla diagnosi precoce alla terapia

Mauro Marin

Medico di medicina generale
Pordenone, AIMEF

La diagnosi precoce della artrosi dell'anca, la cura della displasia e dell'osteoporosi, dei disturbi posturali e la correzione di fattori di rischio come l'obesità riveste un ruolo importante, in quanto la prevalenza di anziani che devono ricorrere all'artroprotesi è in costante aumento. La scelta tra le opzioni chirurgiche disponibili è tuttora oggetto di dibattito soprattutto per i pazienti più giovani

E sistono condizioni aggravanti la coxartrosi la cui diagnosi precoce potrebbe consentire interventi preventivi e curativi più efficaci.

La displasia acetabolare e la cavità acetabolare retroversa riducono la superficie di contatto della testa femorale con l'acetabolo e di conseguenza facilitano l'usura nelle aree articolari di maggiore pressione da carico, predisponendo alla coxartrosi. Uno studio radiologico preoperatorio ha dimostrato che in caso di dismetria degli arti inferiori la coxartrosi è più frequente (84% vs 16%) nell'arto inferiore più lungo, che subisce una maggiore pressione articolare coxo-femorale usurante da carico.

L'anomala morfologia e la ridotta densità dell'osso coxo-femorale rappresentano anche fattori di rischio per il successo degli impianti di artroprotesi, che rappresentano gli interventi elettivi per la coxartrosi invalidante. Ciò dimostra l'importanza preventiva della precoce diagnosi e cura dell'osteoporosi, della displasia d'anca, dei disturbi posturali e di fattori di rischio come l'obesità, che aumenta il carico e l'usura articolare. La coxartrosi riconosce diverse altre cause che vanno ricercate (tabella 1).

Tabella 1

Principali cause di coxartrosi

1. Coxartrosi primaria

2. Coxartrosi secondaria:

- Malformazioni congenite (displasia congenita d'anca, ecc)
- Necrosi della testa del femore
- Coxiti reumatiche (artrite reumatoide, ecc)
- Coxiti settiche
- Coxiti acquisite

La diagnosi di coxartrosi si pone per il riscontro anamnestico di dolore inguinale che può irradiarsi alla coscia e si accentua con l'attività fisica, per il segno clinico precoce della limitazione articolare alla rotazione interna dell'arto inferiore flessa e i segni radiologici di riduzione della rima articolare, osteofiti, cisti e sclerosi subcondrale coxo-femorale. La progressione dei sintomi è caratterizzata da coxalgia anche a riposo e notturna, associata a rigidità articolare e zoppia nella deambulazione.

Opzioni chirurgiche disponibili

L'artrosi d'anca o coxartrosi che diventa invalidante rappresenta l'indicazione principale all'impianto di artroprotesi, sebbene la scelta tra le opzioni chirurgiche disponibili sia ancora dibattuta soprattutto per i pazienti più giovani: artroprotesi totale convenzionale, artroprotesi di superficie e osteotomia.

► **Artroprotesi totale d'anca:** dopo l'impiego di quelle cementate, sono state proposte le artroprotesi a componenti non cementate. Queste ultime utilizzano materiali biocompatibili (titanio, cromo-cobalto, ecc.) sottoposti a trattamenti di superficie (idrossiapatite, plasma spray, sabbatura con getto corundico, ecc.) che facilitano l'osteointegrazione e conferiscono una fissazione più solida e duratura degli impianti. Ciò ha consentito di garantire una durata media dell'impianto di almeno 15-18 anni.

► **Artroprotesi di superficie dell'anca:** è composta da due elementi: la coppa acetabolare inserita ad incastro (press-fit) e la cupola femorale di superficie che riveste cementata la testa

femorale, senza sacrificarla. La cupola protesica è di dimensioni maggiori rispetto alla testa femorale dell'artroprotesi totale d'anca, per cui consente una migliore mobilità articolare, ma tende a usarsi più precocemente. In caso di necessità, la protesi di superficie può essere sostituita da un'artroprotesi totale convenzionale, quando possibile sostituendo anche solo la componente femorale protesica. Requisito essenziale per l'indicazione all'impianto di una artroprotesi di superficie è la qualità dell'osso femorale, per cui essa viene indicata solo in casi selezionati con normale anatomia dell'anca e senza osteoporosi o importanti cisti della testa femorale. Inoltre l'artroprotesi di superficie può comportare la comparsa di complicanze peculiari richiedenti una revisione protesica: fratture del collo femorale, necrosi della testa femorale, eccessiva usura del metallo protesico o sua intolleranza, tendinite dello psoas, dismetria degli arti inferiori per difficile regolazione di lunghezza dell'arto operato.

Un metodo semplice, proposto per cercare di ottenere una simmetrica lunghezza degli arti dopo impianto dell'artroprotesi d'anca non cementata, è quello di misurare la distanza tra il centro della testa femorale e il piccolo trocantere in una radiografia pre-operatoria in proiezione antero-posteriore e poi, durante l'intervento, si sceglie la testa femorale protesica che si avvicina maggiormente a tale misura rilevata mediante un ruler (righello) tra il centro della testa protesica e il piccolo trocantere.

L'intervento di artroprotesi di norma consente un rapido e pressoché completo recupero funzionale: in media dopo 3-4 giorni dall'intervento il pa-

ziente inizia a deambulare con le stampelle ed entro 3-4 mesi può riprendere l'attività lavorativa. Alcuni autori rilevano che con le artroprotesi di superficie si ottiene un più rapido recupero e miglior bilancio posturale, mentre con le artroprotesi totali persiste più spesso un'astenia dei muscoli abduttori.

L'insuccesso si manifesta più spesso con la mobilizzazione delle sue componenti, l'usura o l'infezione e richiede di norma un reintervento.

Solo in pochi pazienti selezionati di età inferiore ai 55 anni, con modesta coxartrosi principalmente dovuta a displasia dell'anca o deviazioni asiali post-traumatiche, può essere proposta una semplice osteotomia.

■ Percorso riabilitativo

La riabilitazione post-chirurgica dopo impianto di artroprotesi si pone i seguenti obiettivi:

- prevenzione delle tromboembolie mediante terapia eparinica per 30

giorni, uso di calze elastiche e precoce mobilizzazione;

- prevenzione della lussazione dell'artroprotesi evitando movimenti di iperflessione dell'anca (limitare la flessione massima a 90°), adduzione, extrarotazione e intrarotazione;

- recupero funzionale dell'escursione articolare e della propriocettività mediante esercizi fisici;

- recupero funzionale muscolare mediante esercizi fisici;

- ripresa graduale della deambulazione, inizialmente assistita con l'ausilio di due bastoni canadesi.

A domicilio vanno prescritte e consigliate al paziente alcune raccomandazioni principali:

- evitare l'accavallamento dell'arto operato su quello sano (iperflessione e adduzione);

- utilizzare sedie con seduta alta e rigide, porre un rialzo di circa cm 10 sul WC e dormire in un letto alto 50-60 cm per evitare l'iperflessione dell'anca e per facilitare il passaggio dalla

posizione seduta a quella eretta;

- porre un cuscino tra le gambe quando si dorme in posizione supina o sul fianco;

- proteggere dal carico eccessivo l'arto operato, evitando manovre in stazione eretta con appoggio solo sull'arto operato;

- evitare lavori pesanti, il trasporto di pesi e le passeggiate prolungate;

- controllare il peso corporeo con una dieta equilibrata;

- è necessario seguire la riabilitazione del paziente operato di artroprotesi d'anca con controlli periodici per almeno tre mesi.

BIBLIOGRAFIA

1. Brent BS. La riabilitazione in ortopedia. Excerpta Medica, 2004.
2. Tallroth K. Preoperative leg-length inequality and hip osteoarthritis: a radiographic study of 100 consecutive arthroplasty patients. *Skeletal Radiol* 2005; 34: 136-9.
3. Nunley RM, Della Valle CJ. Is patient selection important for hip resurfacing? *Clin Orthop Relat Res* 2009; 467: 56-65.
4. Matsuda K. A simple method to minimize limb-length discrepancy after hip arthroplasty. *Acta Orthop* 2006; 77: 375-9.
5. Bozic KJ. The epidemiology of revision total hip arthroplasty in the United States. *J Bone Joint Surg Am* 2009; 91: 128-33.