

# Acta Orthopaedica Italica

*A cura della Società G.I.O.M.I. (Gestione  
Istituti Ortopedici del Mezzogiorno d'Italia)*

---

**Fondata da FRANCO FAGGIANA**

**DIRETTORE Prof. MARCO  
PASQUALI LASAGNI**

***REDATTORI***

**Dott. GAETANO ANANIA  
Dott. GUGLIELMO CASCIA**

---

Atti del 2° Convegno Scientifico degli Istituti Ortopedici G.I.O.M.I.

**Reggio Calabria, 25 Settembre 1992**

## **ANCHE PROTESICHE "DIFFICILI"**

di

V. TEDESCO P. IMPALLOMENI **G. GEMELLI** A. LO GIUDICE

### PREMESSE

Gli Autori presentano alcuni casi in cui la protesizzazione dell'anca ha presentato delle difficoltà intrinseche connesse sia alla morfologia che soprattutto alla insolita ristrettezza del canale midollare (1) per cui si è reso necessario l'utilizzo di protesi "ad hoc" che hanno risolto le problematiche determinate dalla situazione anatomica particolare (6),

La chirurgia protesica dell'anca di primo impianto è diventata talmente routinaria che possibili difficoltà intra-operatorie vengono spesso sottovalutate in assenza di una precisa programmazione pre-operatoria.

Nel nostro Istituto si segue una linea di condotta volta ad esaminare con particolare cura la morfologia delle basi d'impianto della protesi specialmente in ordine alla forma ed al calibro del canale midollare in cui andrà inserito lo stelo protesico (2, 3, 7).

Una prima grossolana distinzione, seguendo i criteri di Spotorno, ci permette di distinguere i canali midollari in sede meta-diafisaria in due tipi.

Il tipo molto più frequente, è il cosiddetto "canale ad autostrada", Tali canali midollari ampi, i cui fronti endostali decorrono parallelamente con ampio spazio regolare, ci inducono a preferire l'impianto di steli cilindrici che assicurano una buona equiripartizione delle forze d'appoggio.

Gli steli protesici che preferiamo utilizzare in questi casi sono del tipo "Tecnofin Correcta", i quali assicurano un buon appoggio al bulbo trocanterico ed una buona ripartizione delle linee di carico lungo le pareti di tali caratteristici canali midollari. La fessurazione dello stelo consente di evitare il cosiddetto "effetto punta".

Il tipo più raro (evidenziato in circa il 30% delle anche protesizzate), è rappresentato dai canali midollari cosiddetti "a trombetta" in cui, dopo un'iniziale normale ampiezza del bulbo trocanterico, il canale midollare si stringe rapidamente sia per ispessimento endostale che per restringimento in toto della metafisi femorale.

In questi casi preferiamo impiantare protesi a stelo triangolare tipo CLS PROTEX che meglio si adattano alla morfologia del canale midollare assicurando un ottimo press-fit (3).

Con questi accorgimenti si evitano gli esasperati fresaggi del canale midollare da noi ritenuti sempre pericolosi.

Sia i canali "ad autostrada" che i canali "a trombetta" possono

rappresentare diametri inferiori alla media tanto da richiedere steli molto piccoli (5).

#### MATERIALE E METODO

Riferiamo due casi particolarmente interessanti di protesizzazione d'anca in cui la morfologia del canale midollare, eccezionalmente ristretto, ha richiesto una preventiva valutazione di rigorosa scelta delle protesi da impiantare (1,4,8).

#### CASO N. 1

Si tratta di una donna di 62 anni, alta 140 cm, con necrosi della testa femorale sinistra e notevolissima ripercussione dolorosa funzionale dell'anca. All'esame radiografico (Fig. 1) si nota un'abnorme microsomia della testa femorale (quest'ultima risultata alla misurazione intra-operatoria, dopo cefalectomia, di un diametro di 37 mm) e soprattutto un insolito microcalibro della meta-diafisi femorale.

Sulla scorta di queste misure radiografiche, si è preparata una protesi Richards particolare (Tifin N. 1) che presenta uno stelo adatto alla abnorme microsomia del femore. Il cotile è

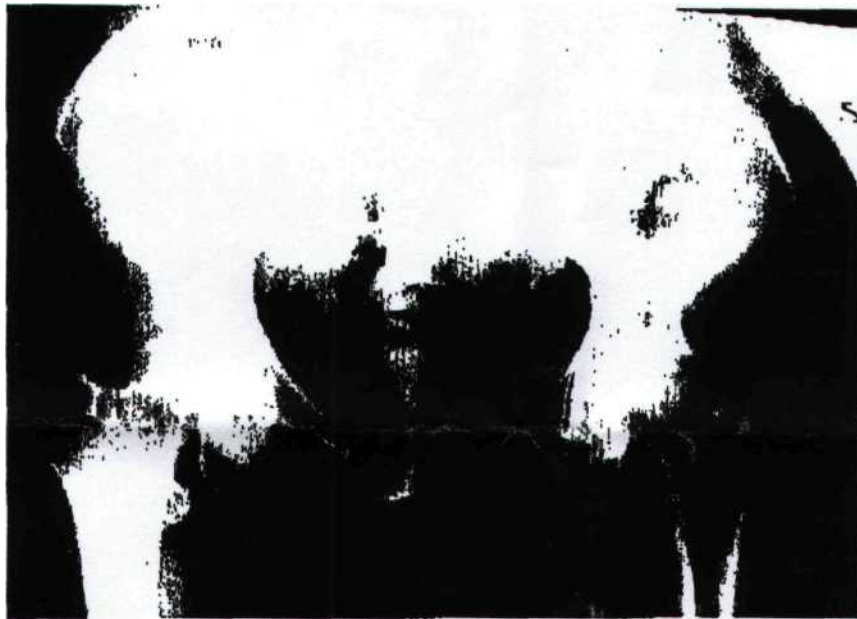


Fig. 1 - Caso N. 1 - Esame radiografico pre-operatorio.

stato fresato al fine di poter applicare il più piccolo cotile avvitato dell' "Allo-Pro Zweymuller" (52) con inserto in poliestere interno N. 28. L'adattamento di una testa in nitruro al collo protesico è assicurata da un adattatore di collo che trasforma il cono 12-14 in 14-16 (Fig. 2 e 3).

## CASO N. 2

[omissis]

### CONCLUSIONI

I duo casi teste presentati dimostrano come la protesizzazione dell'anca richiede sempre un attento studio pre-operatorio ed, in alcuni casi particolari, l'uso di mezzi protesici appropriati con i quali si riescono a fronteggiare situazioni che sicuramente non possono essere considerate routinarie (1,5,8).

### Bibliografia

\*\*

- 1) BACCIOCCHI G., MICHELOTTO C., PETTINARI C.: *La protesi d'anca personalizzata*. Arch. Ortop. Reumat., 1991, Civ., 213-218.
- 2) BIANCHI P., DE NICOLA V., SBROCCHI S., FUMANTI G.: *La nostra esperienza sulle protesi d'anca ad ancoraggio biologico*. Atti S.O.T.I.M.I., 1990, LIII fasc. 1/2, 127-135.
- 3) CASTELNUOVO N., CROCE A.: *Il sinergismo tra pre-fit ed osteointegrazione nella fissazione della componente femorale della artroprotesi d'anca non cementate*. Arch. Ortop. Reumat., 1991, civ. 213-218.
- 4) DIMURIA G.V., MARCUCCI M., STRINGA G., PITTO R.P., FUSILLI D.C.F., BAZZUCCHI E.: *Protesi totale d'anca nell'artrosi secondaria a displasia congenita d'anca: le correzioni del difetto acetabolare con cemento o con trapianto osseo*. Giornale Italiano di Ortop. e di Traumat. 1991, XVII suppl. 1,173-375.
- 5) FUMERO S., DETTONI A., GALLINARO M., CROVA M.: *Il dolore femorale nelle protesi non cementate: correlazione clinico-radiografica*. Giornale Italiano di Ortop. e Traumat, 1992, XVIII, 171-177.
- 6) LA FORGIA R., SPECCHIULLI F., MIOLLA L., SOLARINO G.B.: *La protesizzazione dell'anca nel paleocotile: motivazioni biomeccaniche*. Giornale Italiano di Ortop. e Traumat. 1991, XVII, 357-361.
- 7) OTTAVIANI C. e Coli.: *La protesizzazione dell'anca per via postero-laterale: valutazione isometrica ed elettromiografica*. Arch. Ortop. Roumat. 1992, CV, 229-240.
- 8) SUMMRR S.D., GALANTE O.S.: *Il rimodellamento dell'osso nelle artroprotesi d'anca sperimentali*. Chir. Org. Mov. 1992, LXXVII. 413-423.