

2° Corso di Chirurgia Conservativa dell'Anca  
Modena 14-15 Gennaio 2011



Dr. Sacchetti G.L.

Clinica Ortopedica, Policlinico di Modena

Università di Modena e Reggio Emilia

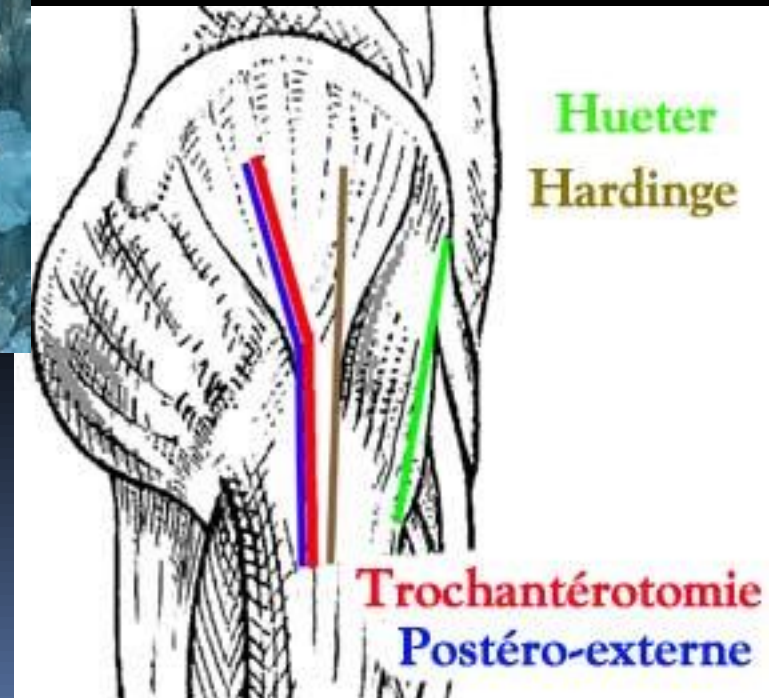
Dir.: Prof. F. Catani

**VIE D'ACCESSO ALL'ANCA  
LATERALE DIRETTA: QUALI  
VARIANTI POSSIBILI?**

# ACCESSO CHIRURGICO IDEALE: esiste?

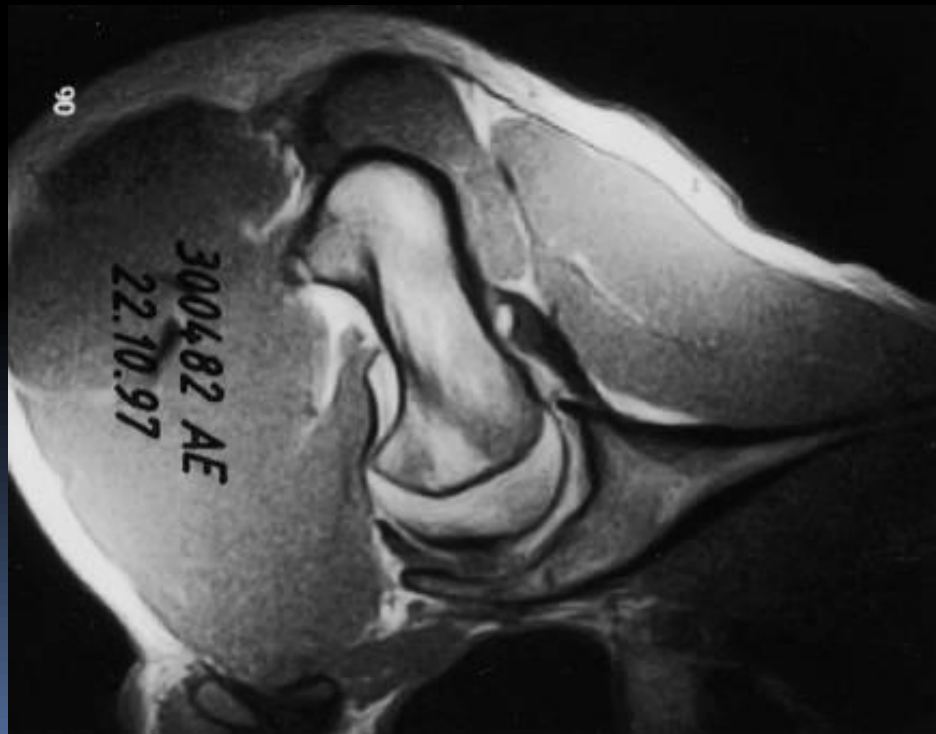
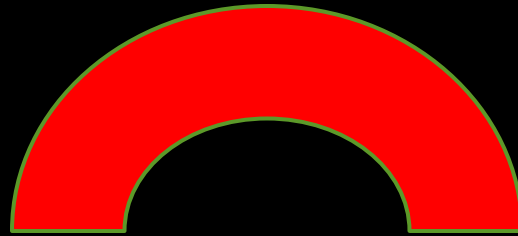
- Esposizione adeguata alle varie patologie dell'anca
- Estensibile in caso di revisioni o problematiche intra-op
- Riproducibile e rapido da eseguire (infezioni e perdite ematiche)
- Rispettoso delle strutture anatomiche (vascolari e nervose)
- Recupero funzionale rapido

# Non sempre la “direttissima” risulta essere la via più facile



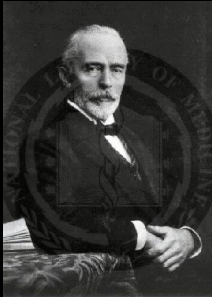
# Vie d'accesso all'anca

180°



# STORIOGRAFIA

Descritto la prima volta da **Kocher** nel 1903



Emil Theodor Kocher

(1841-1917)

Premio nobel 1909

Accesso posteriore all'anca  
di Kocher-Langebeck



# STORIOGRAFIA

Mc Farland B, Osborne G

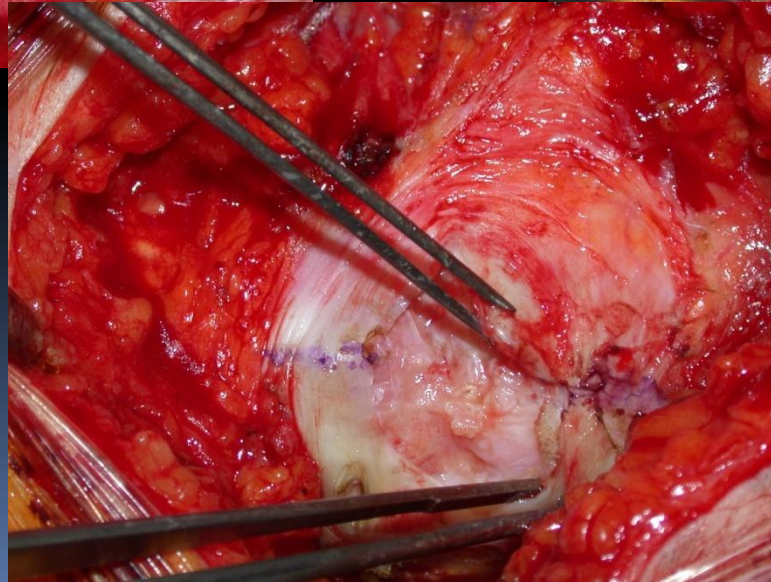
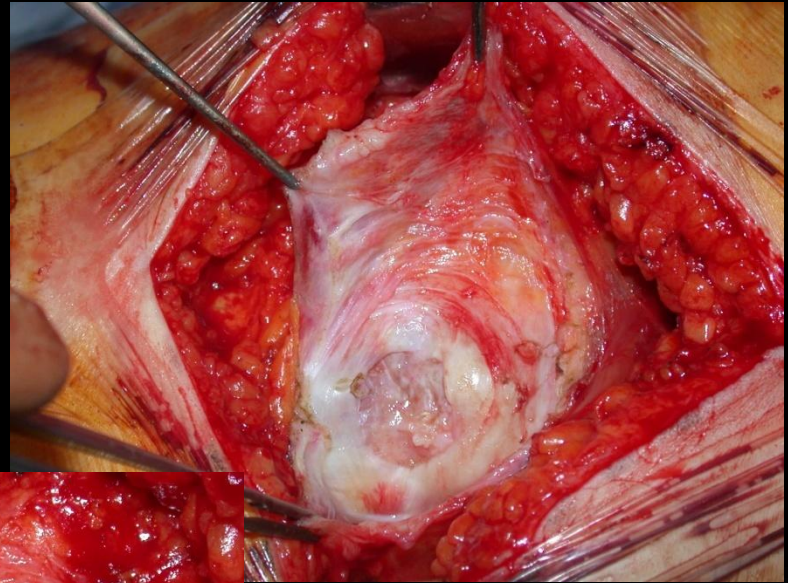
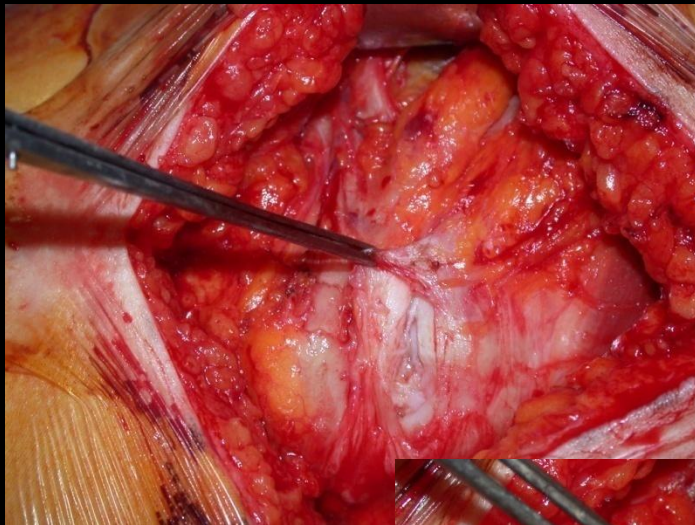
Approach to the hip: a suggested improvement  
on Kocher's method

JBJS (Br) 1954

Unità tendineo-periostale del Gluteo Medio e del Vasto Laterale  
all'inserzione sul Gran Trocantere,  
elevazione anteriore dell'unità funzionale come un manico di secchio



# Lesione della cuffia glutea al gran trocantere (trocantere calvo)



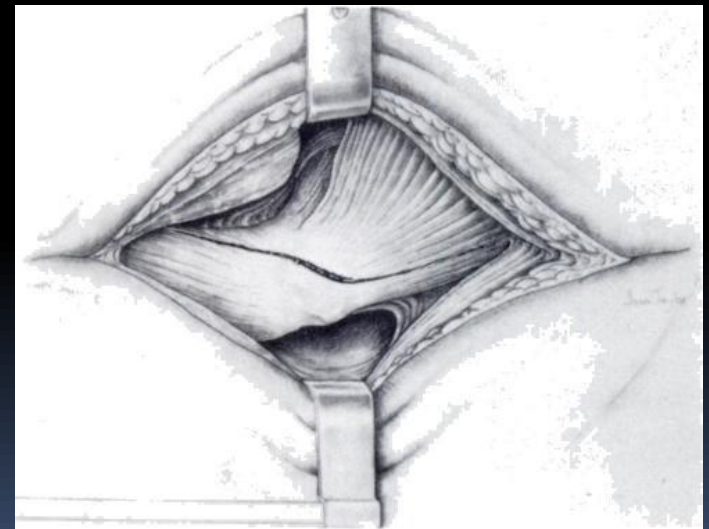
# STORIOGRAFIA

Hardinge Kevin

The direct lateral approach to the hip

JBJS (Br) 1982

Gran Trocantere come punto centrale  
di riferimento dell'incisione

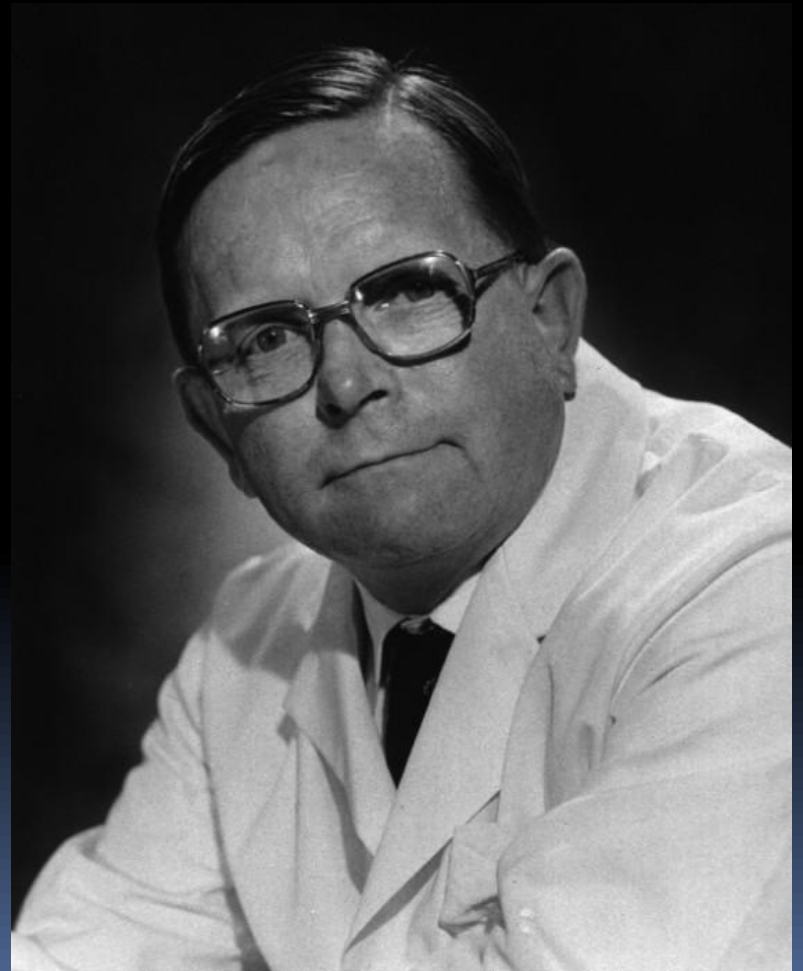




# WRIGHTINGTON HOSPITAL WIGAN , Lancashire

## Scuola di John Charnley

Via d'accesso antero-  
laterale trans-  
trocanterica



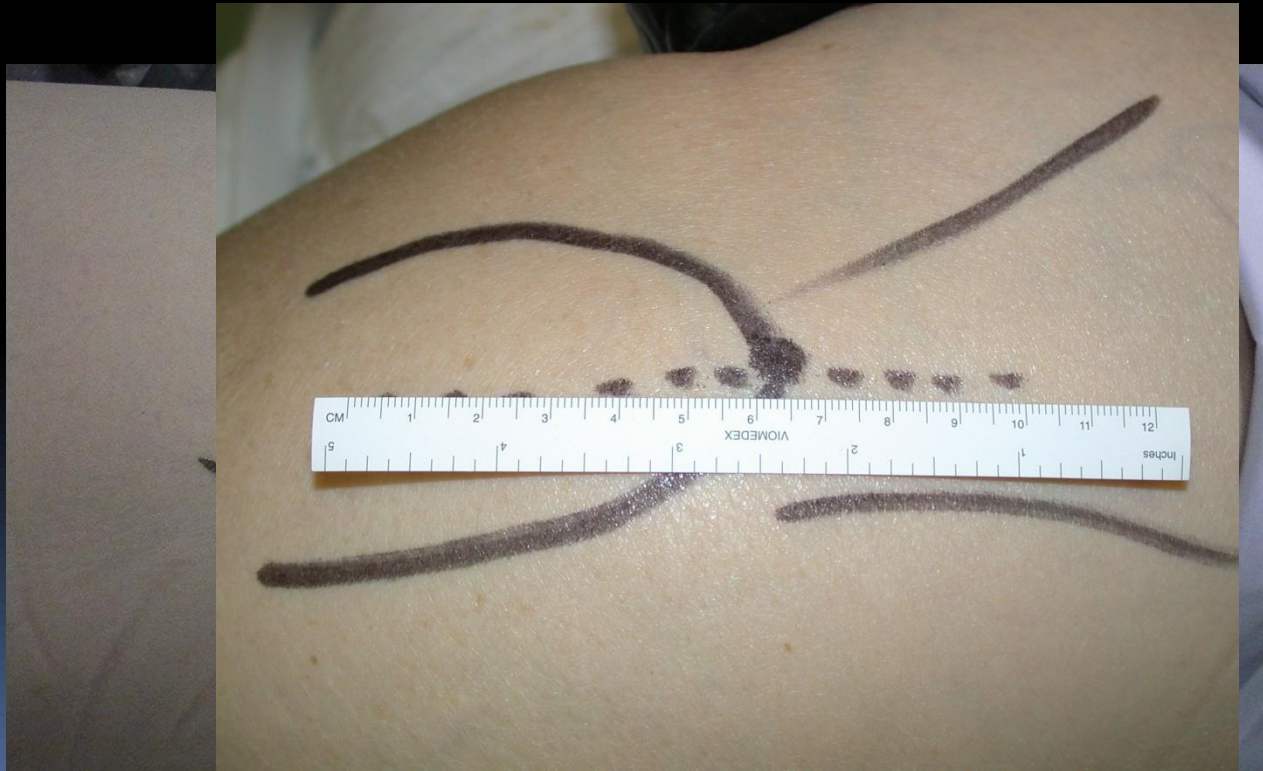
# PROBLEMI ???

- Pseudoartrosi del GT
- Intolleranza al cerchiaggio
- Rottura dei fili di cerchiaggio
- Tempi aggiuntivi e difficoltà tecniche
- Revisioni più complicate

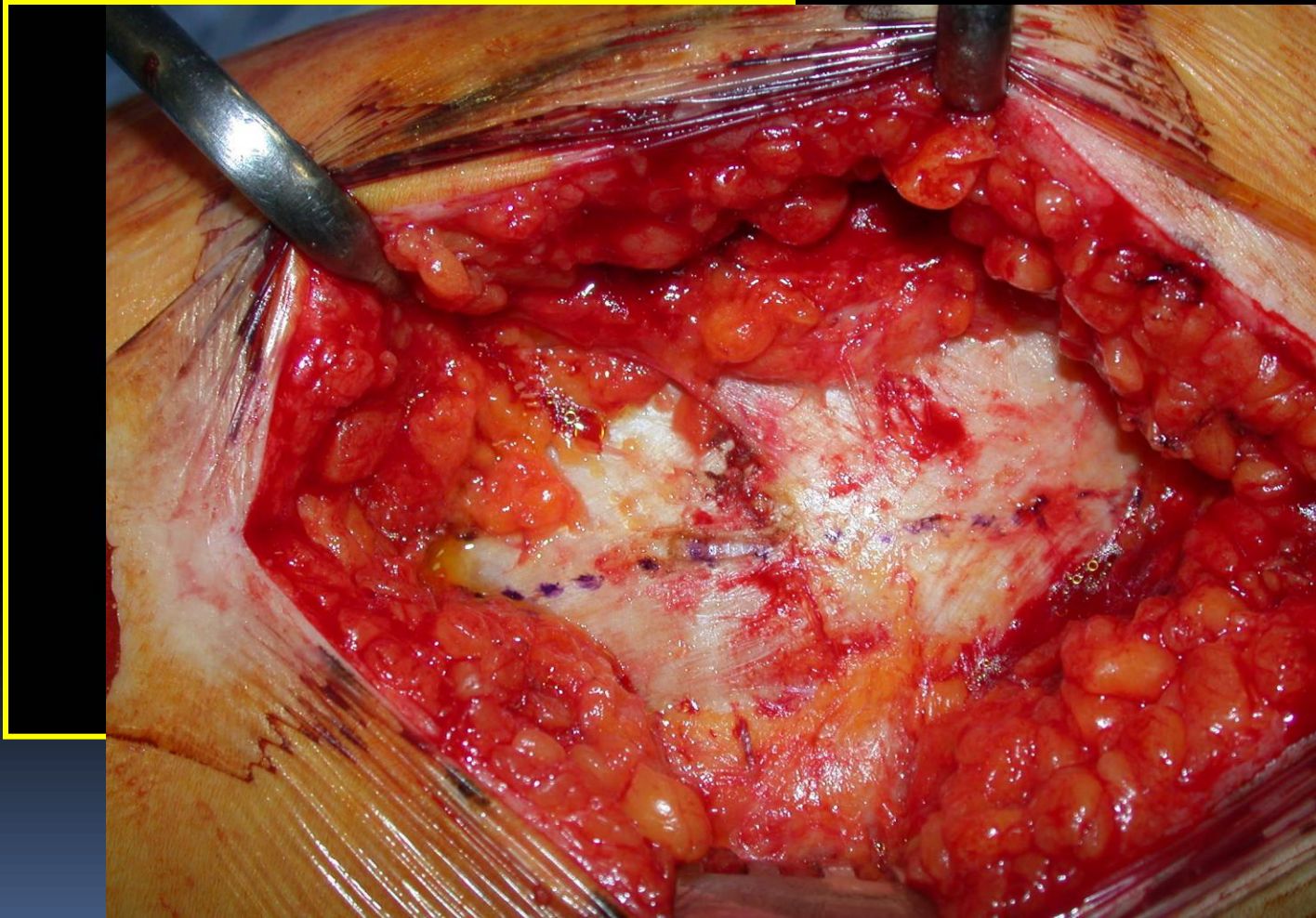


# TECNICA CHIRURGICA

Incisione cutanea rettilinea di 10-12 cm con il GT come punto centrale



# TECNICA CHIRURGICA




pendelletta  
iale  
utea nella  
ezione  
e cutanea



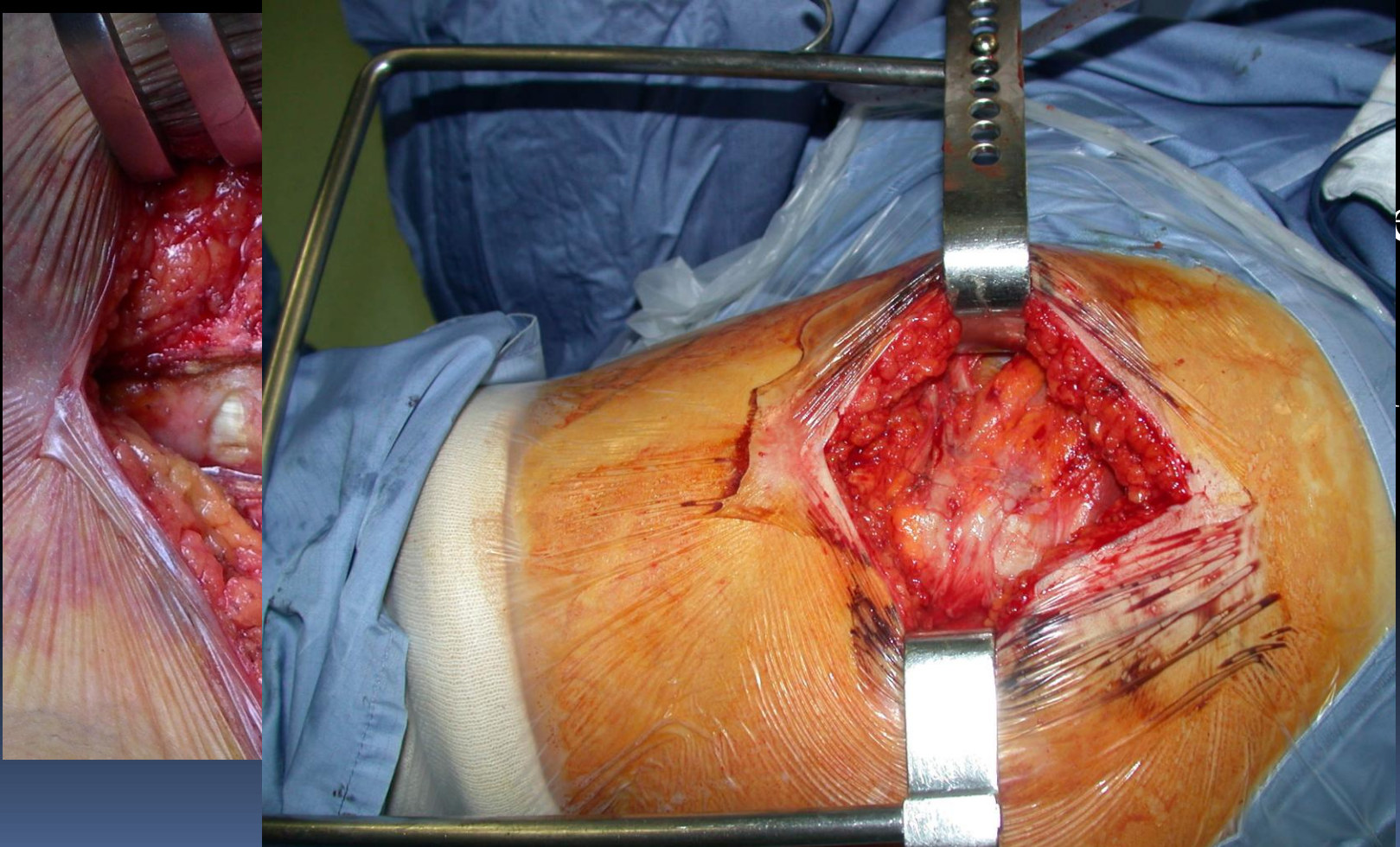
# TECNICA CHIRURGICA

TFL accessorio al di sotto del GT  
(frequente nelle DCA)



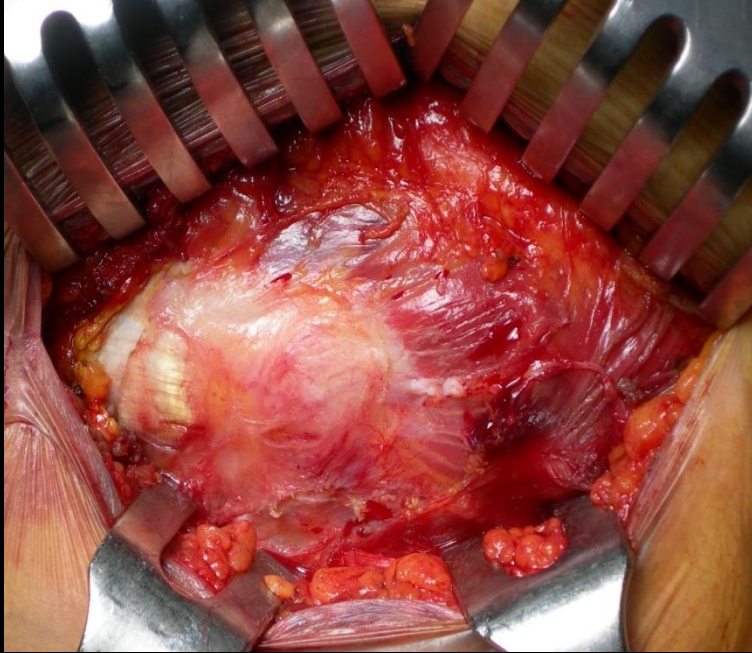


# TECNICA CHIRURGICA

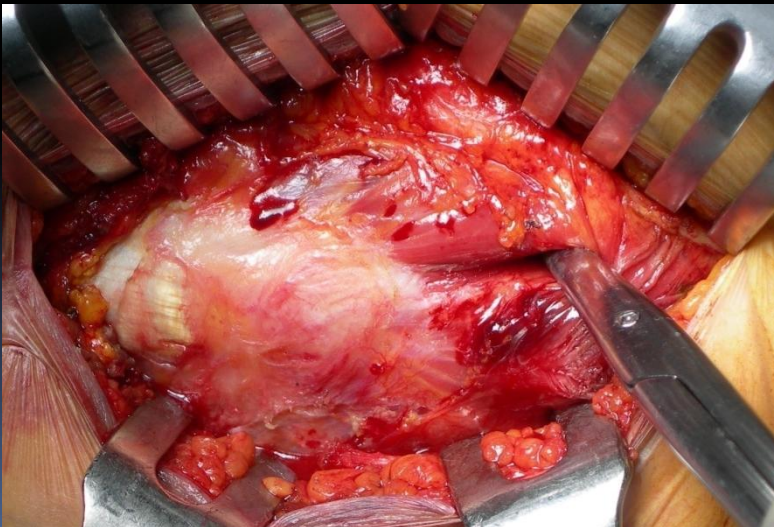




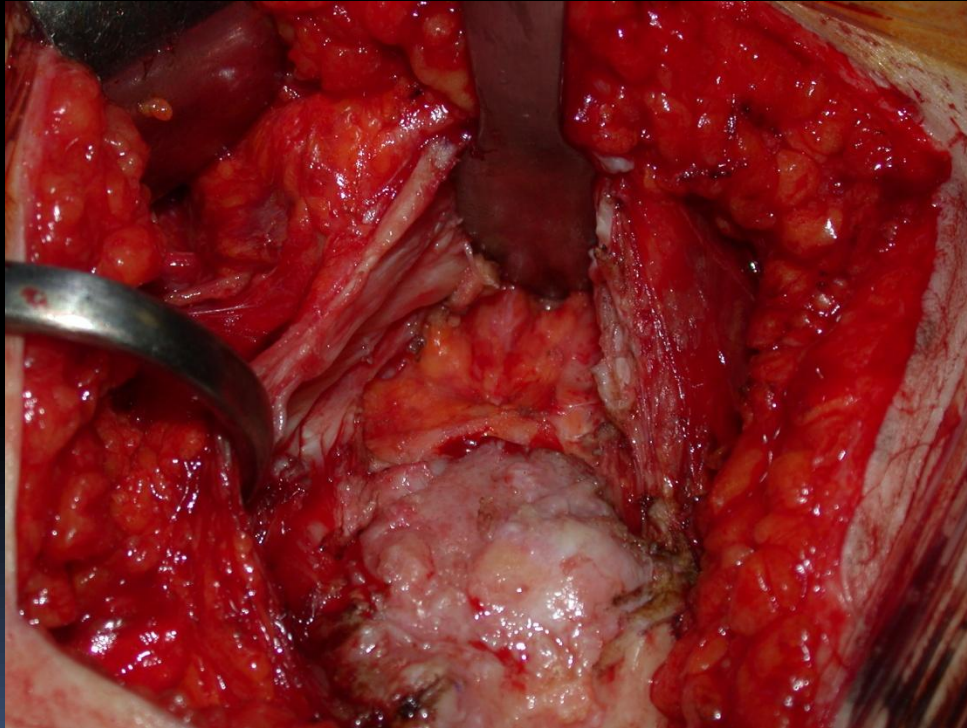
# TECNICA CHIRURGICA



Incisione del tendine del  
gluteo medio e del vasto  
laterale nella sua parte  
anteriore lasciando inserita  
la parte posteriore  
(attenzione alla branca trasversa  
dell'arteria circonflessa laterale)



# TECNICA CHIRURGICA

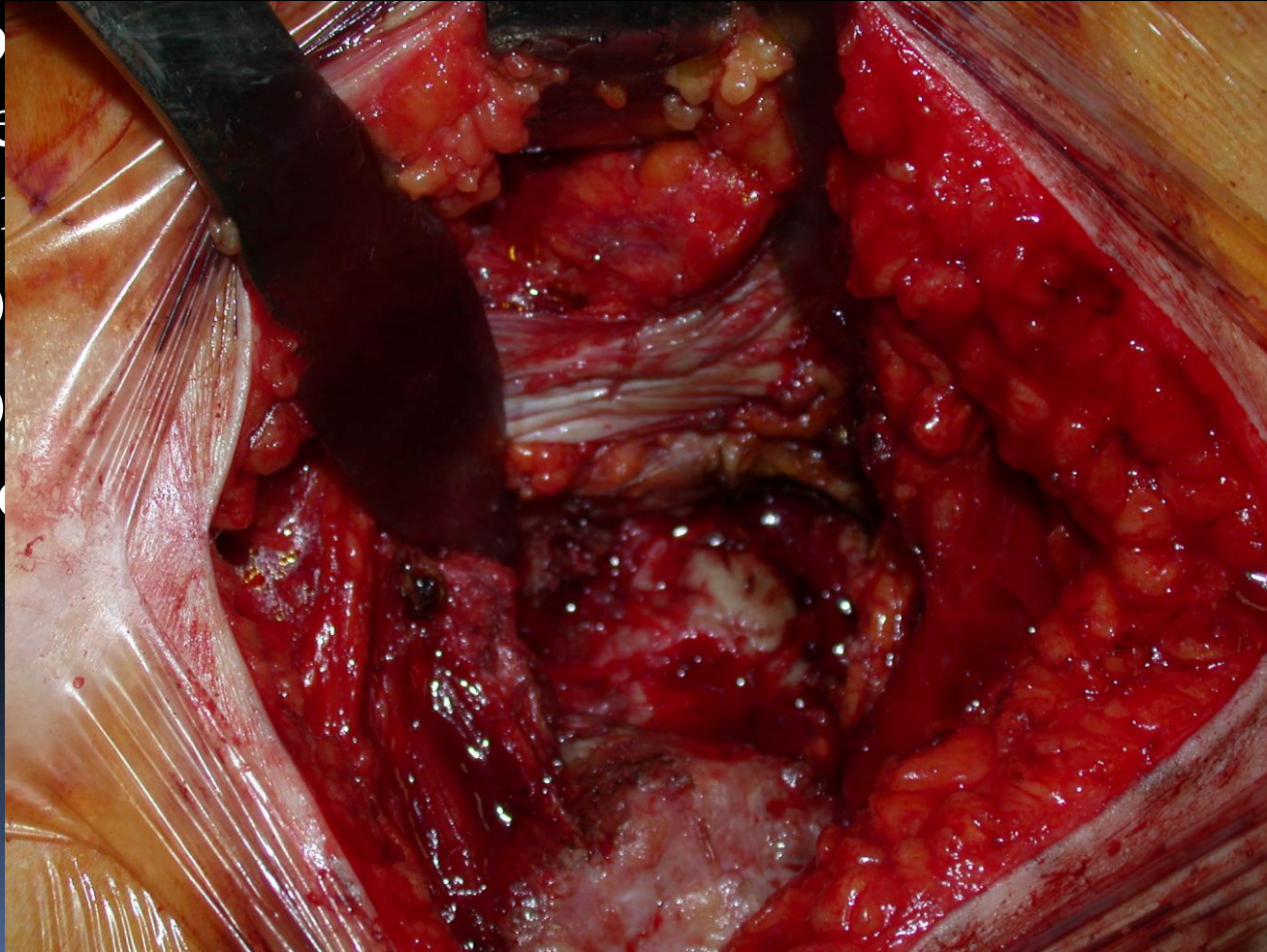


Distacco parziale o totale del tendine del gluteo minimo dalla linea intertrocanterica e dalla capsula anteriore (spesso sovrapposte alle fibre del vasto laterale più mediali)



# TECNICA CHIRURGICA

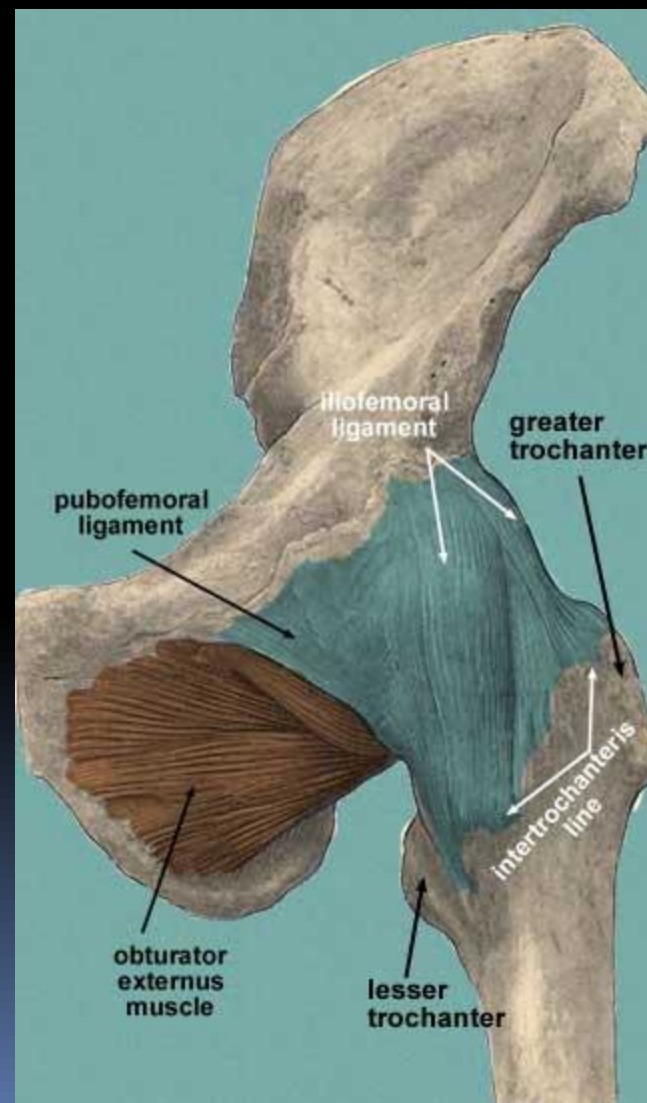
Esp  
fe  
g  
1 O  
1 O  
c



co-  
di  
e del

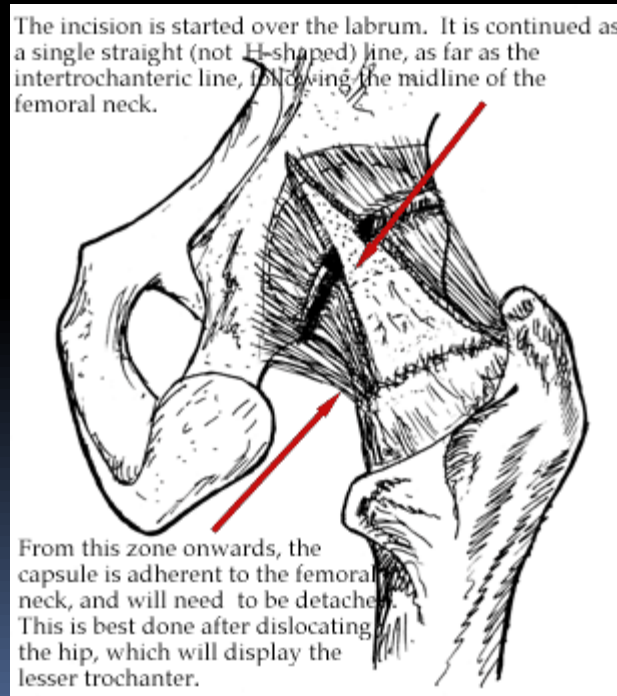
# ANATOMIA DEI LEGAMENTI ANTERIORI

L. ILEO-FEMORALE di  
BIGELOW o BERTIN



# TECNICA CHIRURGICA

## Incisione capsulare a T o curvilinea con capsulectomia circonferenziale.



# TECNICA CHIRURGICA

Lussazione della epifisi femorale in flessione  
(detende la capsula residua), adduzione e  
rotazione esterna

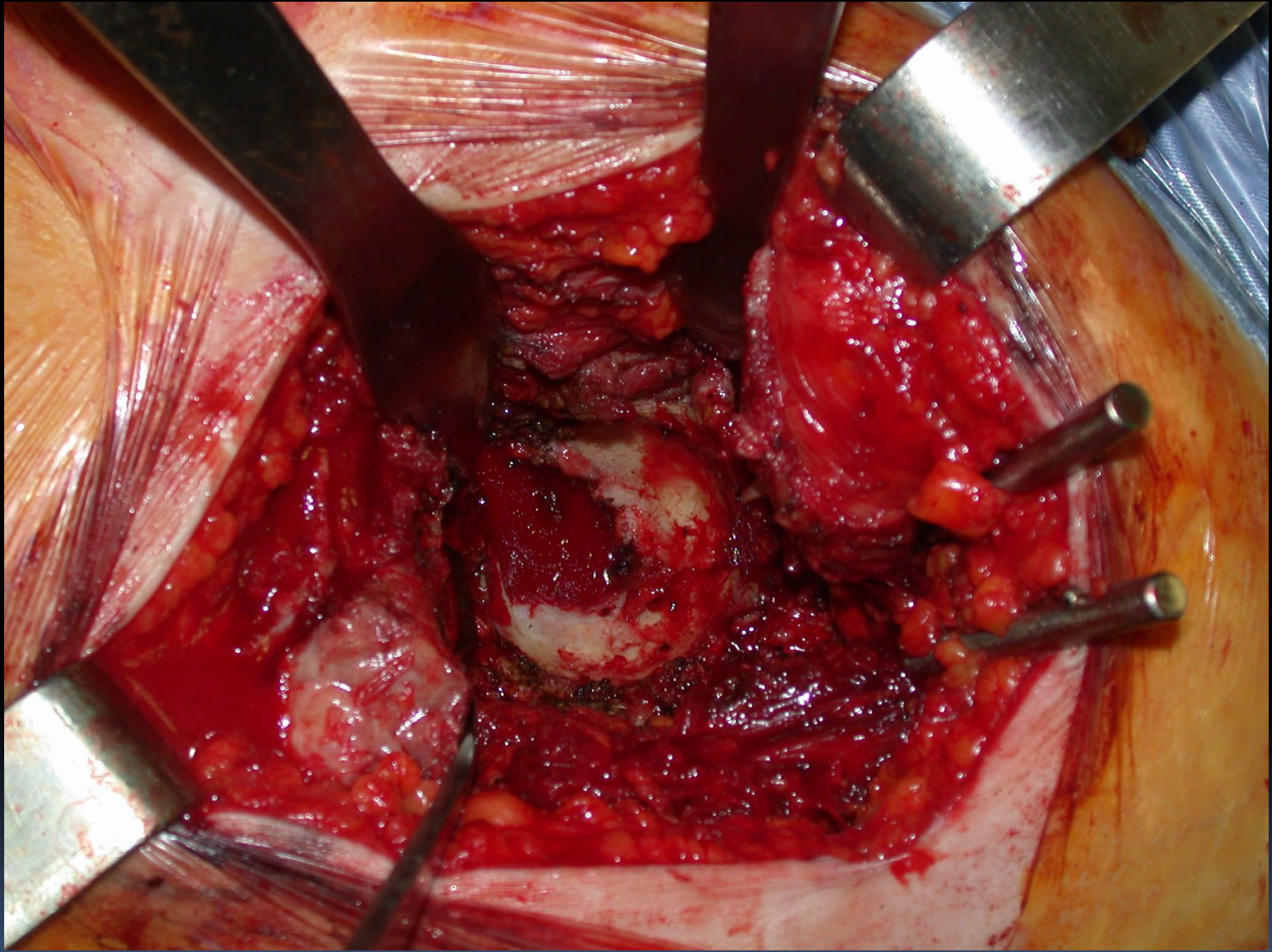




# TECNICA CHIRURGICA

Esposizione dell'acetabolo con:

- 1 o 2 Steinman nella regione antero-superiore (h 11 e h 14)
- 1 Ohman a punta nella regione posteriore (h 16)
- 1 Ohman a punta nella regione anteriore (h 8)
- 1 Ohman smussa sotto l'incisura otturatoria sotto il TAL (h 6)



# TECNICA CHIRURGICA

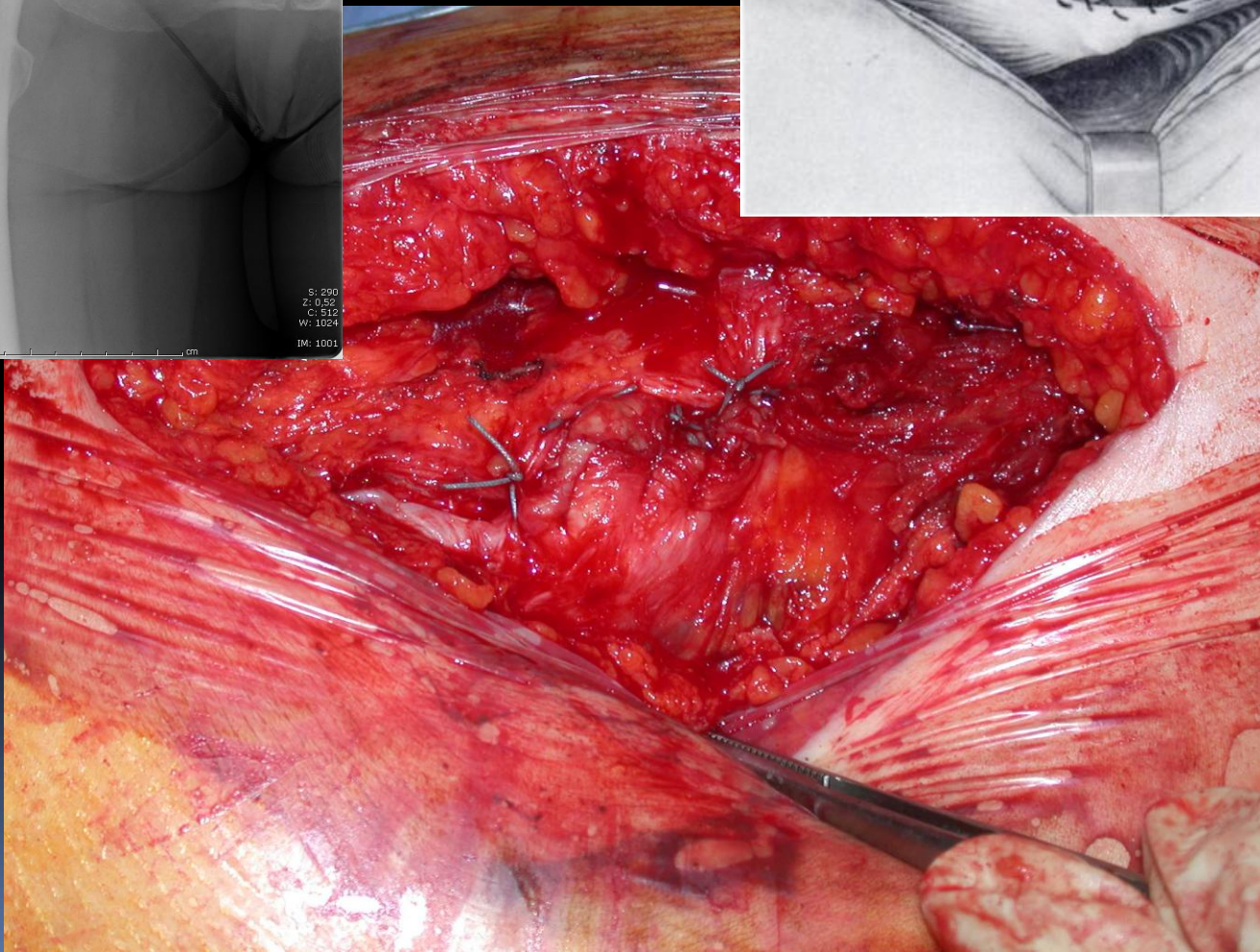
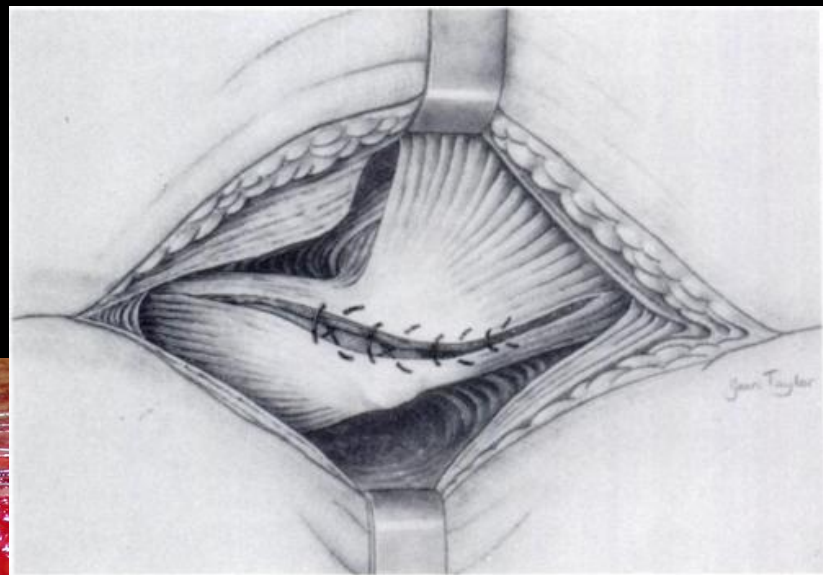
## Sutura per strati

1. **Capsulare** se conservata (p.e. FAI open)
2. **Tendineo** piccolo e medio gluteo, vasto laterale (anche punti trans-ossei o ancorette)
3. **Fasciale** ileo-tibiale e glutea
4. **Sottocute e cute**





S: 200  
Z: 0.52  
C: 512  
W: 1024  
IM: 1001



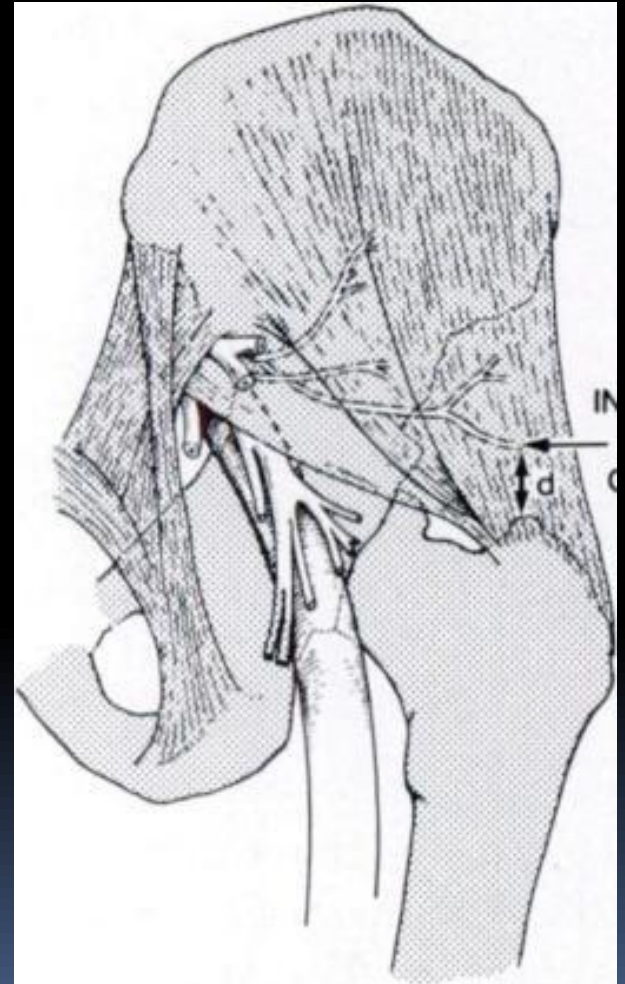
# MODIFICAZIONI DELL'ACCESSO

- Learmonth (JBJS 1996)
- Mulliken (J Arthroplasty 1998)
- Dall (JBJS 1986)
- McLauchan (JBJS 1984)
- Pai (J Orthop Surg 2002)
- Hourlier (Interact Surg 2006)

Varianti chirurgiche in base alla dimensione del flap tendineo e dell'eventuale elevazione di una porzione ossea del GT

# PRECAUZIONI

- Branca inferiore del nervo gluteo superiore (5 cm dall'apice del GT)
- Branca ascendente dell'a. circonflessa mediale
- Branca trasversa dell'a. circonflessa laterale





# INDICAZIONI

- ATA 1<sup>^</sup>
- Endoprotesi o ATA 1<sup>^</sup> su frattura
- Resurfacing o MHR
- FAI tipo CAM
- ATA su DCA
- Revisioni femorali o acetabolari GIR 2-3

# CONTROVERSIE

- Decubito
- Lunghezza dell'incisione (non sotto 8 cm)
- Incisione del tendine congiunto
- Gestione del gluteo minimo
- Capsulotomia /Capsulectomia
- Sutura del tendine congiunto

# DECUBITO LATERALE: xchè?

- Ridotto team chirurgico (3 operatori)
- Pazienti obesi
- Minor sanguinamento
- Possibilità di variare accesso o accessi combinati
- Controllo Rx o fluoroscopico intra-op



# DECUBITO SUPINO : xchè?

- Posizionamento del paziente più facile
- Miglior controllo anestesiológico
- Orientamento del cotile automatico
- Controllo delle eterometrie
- ATA bilaterale più agevole



# COMPLICANZE

- Zoppia post-op (degenerazione glutea)
- Ossificazioni eterotopiche
- Dolore (peri)trocanterico
- Paralisi del n. femorale ?
- Paralisi del n. sciatico ??

# Zoppia post-op

- Zoppia pre-esistente o da altre patologie
- Retaggio mentale come schema motorio
- Lesione diretta o indiretta del ramo discendente del n. gluteo superiore
- Degenerazione glutea da trazione intra-op
- Deiscenza della sutura tendinea
- Eterometria
- Off-set insufficiente





Picado Celso et alii

Damage to the superior gluteal nerve after direct lateral approach to the hip

CORR, 2007


- 42,5% pz con EMG + dopo 4 settimane
- 35% dopo 6 mesi
- Trendelenburg non correlabile solo al danno nervoso
- Tendenza alla risoluzione spontanea



Garcia Flavio Luis et alii

Sonographic evaluation of the abductor mechanism  
after THA

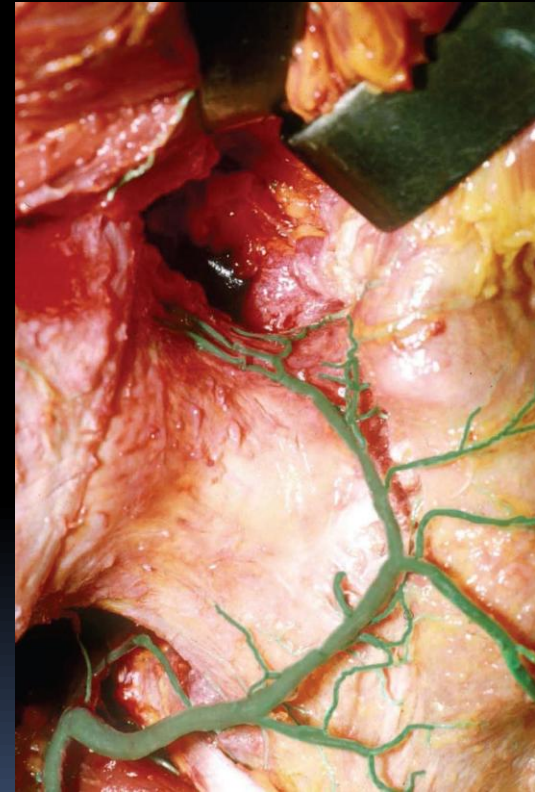
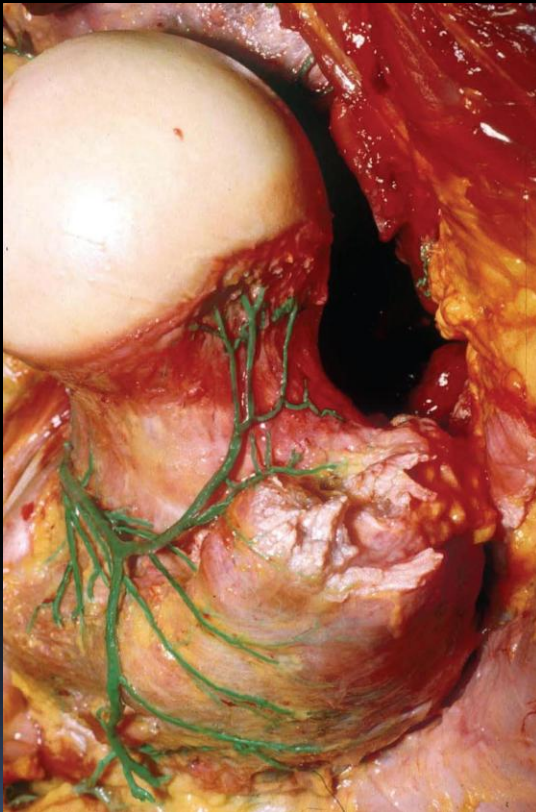
J Ultrasound Med 2010

- 20,6% (34 pz operati) con avulsione tendinea all'esame ecografico post-op
  - Nessuna correlazione tra dimensione del difetto (1,8 cm di media) e Trendelenburg test
- 

# Ossificazioni eterotopiche



# VASCOLARIZZAZIONE DELL'EPIFISI PROSSIMALE DEL FEMORE



Importante è arrivare!  
Come e quando...l'importante è  
arrivarci!

