

MARCH EDITION

La Ligca raccontata da Luigi Capasso!

Il 2-3 luglio 2021 mi sono ritrovato LIVE (e questa era già la prima gioia), con 120 specializzandi e altri 29 specialisti under45 come me, a Bari per la prima tappa del CAMPIONATO NAZIONALE LIGCA (Lega Italiana Giovani Chirurghi Articolari). Dopo aver inviato la candidatura, sono stato selezionato tra i 150 fortunati a partecipare a questa stimolante avventura. Sotto la precisa ed entusiasmante guida del dott. L. Moretti e del dott. E. Monaco, tutti i partecipanti hanno seguito lezioni tenute da 20 tutor di livello nazionale, girando in 5 aule didattiche: sala del planning, sala sulla diagnostica radiologica, sala infiltrazioni, sala dei casi clinici e sala della pratica con Sawbone, Artrobox e simulatori. Dopo le lezioni, per verificare le nozioni apprese, veniva svolto un quiz. È stata un'occasione per rivedere vecchi amici provenienti da tutta Italia, fare nuove amicizie, apprendere nuove nozioni, mettere alla prova le mie conoscenze, confrontarmi con colleghi con esperienze diverse. Qualificandomi al secondo posto, sono passato poi alla fase 2 insieme ad altri 5 specialisti e ai primi 34 specializzandi. La fase 2, il LIGCA WATCHING, ha previsto 2 giorni presso un Teaching Center SIAGASCOT.



L' estrazione ha abbinato il mio nome accanto a quello del dott. A.C. Di Giunta, pertanto, l'8 e 9 febbraio sono volato in Sicilia, a Catania, dove sono stato accolto come uno di famiglia. Il Dott. Di Giunta e la sua equipe composta dal dott. M.Cassarino e dal dott D.Costa mi hanno fatto sentire subito a casa. Il primo giorno, mi hanno guidato in un ambulatorio-fiume specialistico di ginocchio iniziato alle h 9 e terminato alle h 18. Abbiamo visitato sia pazienti giunti per la prima visita, mostrandomi quindi l'importanza dell'esame obiettivo, dell'anamnesi e della valutazione delle immagini radiologiche;



sia pazienti giunti per le visite di controllo, potendo così valutare i successi e gli insuccessi davanti a cui ci si può trovare dopo un intervento chirurgico.

Il secondo giorno è stato dedicato alla sala operatoria. Divisi su due sale, il dott. Di Giunta ha allestito un bellissimo e completo menu a 360° sulla patologia del ginocchio: protesi totale, protesi monocompartimentale, ricostruzione LCA e meniscectomia selettiva artroscopica. L'ambiente altamente professionale ma altrettanto informale, mi ha permesso, senza alcun timore, di interagire, confrontarmi, porre tante domande e sciogliere tutti i dubbi.

17 specializzandi e 3 specialisti, tra cui me, si sono infine qualificati per la fase 3: LA FINALE - LIGA LAB a Verona presso l'ICLO Teaching and Research Center il 25 e 26 febbraio.

Nella prima giornata dedicata all'artroscopia, ho dovuto eseguire, sotto la supervisione del tutor assegnatomi: il dott. P.F. Bettinsoli, una artroscopia diagnostica, una sutura meniscale, una meniscectomia e una ricostruzione di LCA. Il secondo giorno, invece, il mio tutor dott. V. Iacono ha giudicato le mie capacità sull'impianto di una protesi totale di ginocchio.

2 giorni di competizione, 2 giorni di education, 2 giorni di amicizia, 2 giorni con la voglia di stare insieme e di non farlo finire. È stata questa molto altro la finale Ligca 21/22 a Verona. Un viaggio durato quasi un anno, per ritornare nella mia città adottiva: ROMA, al 1st Annual Live Meeting SIAGASCOT il 10 marzo. È stata un'emozione impareggiabile salire sul palco insieme ai colleghi finalisti ed accanto a personalità come il past-president Prof. M. Berruto e il nuovo presidente della società Prof. G. Di Giacomo che hanno premiato il vincitore degli specializzandi e il vincitore degli specialisti.

Non ho ricevuto, purtroppo, la targa del primo classificato, ma essere riuscito ad arrivare tra i migliori tre, mi ha reso in egual modo orgoglioso per un'esperienza che mi ha arricchito molto.



Mi sento, quindi, di ringraziare l'organizzazione di questo Campionato Nazionale che mi ha insegnato tanto, mi ha permesso di confrontarmi e fare nuove, importanti e belle amicizie.

Consiglio vivamente a tutti i giovani lettori di questo articolo di partecipare alla prossima edizione perché è un'opportunità di crescita infinita e perché, dopo una pandemia, è bellissimo stare tutti insieme.



*A cura del
Dott. Luigi Capasso
Membro Comitato Giovani SIAGASCOT
Ospedale S.G. Calibita Fatebenefratelli –
Isola Tiberina, Roma*



Intervista con il vincitore! Michelangelo Delmedico

Vincere la LIGcA è stato il perfetto ed incredibile coronamento di un percorso iniziato 5 anni fa, col mio ingresso in Specializzazione, il mio primo Cadaver Lab SIA ad Arezzo, e la prima LIGA. L'entusiasmo profuso dai teacher allora mi investì completamente e anche se la seconda fase mi sfuggì di pochissimi punti, ero contento e deciso a studiare e migliorare ancora di più per giocarmi tutte le carte possibili all'appuntamento successivo. E così è stato! Le tre fasi sono state una più emozionante dell'altra, con una dedizione e passione da parte di tutto l'ambiente SIAGASCOT che non può non lasciarti un segno. La vittoria è la ciliegina sulla torta di un viaggio che mi ha arricchito e fatto crescere professionalmente, ma che mi ha ancora di più invogliato a migliorarmi. A migliorarci tutti, insieme. Lavorando sì, ma divertendoci anche.



Perché credo che alla fine sia proprio questo il messaggio della società. Un grande e sentito grazie, alla Scuola di Bari e al Prof. Moretti che dal primo giorno mi ha dato la possibilità di essere presente in tutte le attività; al Prof. Solarino che mi ha trasmesso l'importanza della metodicità di tutto quello che viene prima dell'intervento chirurgico; al Dott. Moretti, Lorenzo, che mi ha trasmesso da subito passione e voglia e che ha preso il SUO artroscopio e l'ha messo nelle MIE mani; al Dott. Zappalá, Giorgio, che ha preso il mio entusiasmo e lo ha elevato all'ennesima potenza con la sua sregolata razionale genialità e al "K.G.B." tutto (Knee Group of Bergamo) che mi ha accolto e accudito come un fratellino minore; alla SIAGASCOT tutta per dare continuamente a noi giovani mezzi e possibilità per crescere.



*I più sentiti complimenti al Dr
Michelangelo Delmedico!*

THE FUNNY SIDE OF ORTHO

Lesioni al rachide cervicale: il ruolo del Heavy Metal come fattore di rischio

Chiunque sia stato ad un concerto di Heavy metal ha sicuramente assistito all'esecuzione del famosissimo «headbanging» (letteralmente sbattimento di testa). Per quanto tale pratica sia certamente utile al fine della creazione di un'esperienza immersiva al concerto e meno pericolosa del «pogo», risulta tuttavia non scevra da rischi.

La rivelazione shock viene direttamente dalla School of Risk and Safety Sciences, University of New South Wales, Sydney.

Head and neck injury risks in heavy metal: head bangers stuck between rock and a hard bass

BMJ 2008 ; 337 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.a2825> (Published 18 December 2008)

Cite this as: BMJ 2008;337:a2825

La preoccupante ricerca epidemiologica pubblicata su British Medical Journal nel 2008 svela una scomoda verità: L'headbanging è potenzialmente causa di lesioni del rachide cervicale e danni encefalici.

Il rischio di problemi cerebrali risulta fortunatamente ridotto nella categoria ortopedica, dato il maggior rapporto tra dimensione cranica ed encefalo vero e proprio, ma questo sfortunatamente non vale lo stesso per le complicanze cervicali di questa diffusissima pratica.

Sembrano esserci tuttavia soglie di esposizione sotto le quali l'headbanging risulta sicuro.

I principali fattori di rischio risultano infatti essere correlati alla frequenza ed escursione complessiva dei movimenti della testa.

45° di escursione del rachide sembrano essere la safe zone per lesioni sia encefaliche che del rachide, ma tale dato è da correlare con un brano con beats inferiori ai 130bpm. Per maggiori dettagli vedere fig 1 e 2.

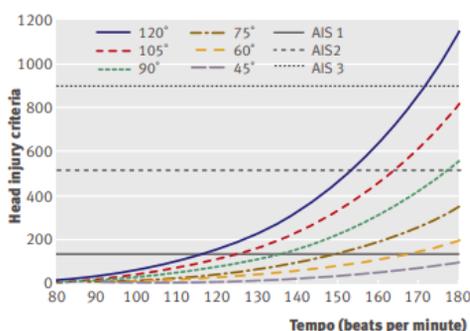


Fig 1 | Head banging tempo v the Head Injury Criteria (HIC) for various head and neck ranges of motion (45° to 120°). Abbreviated injury scale thresholds indicated as horizontal lines

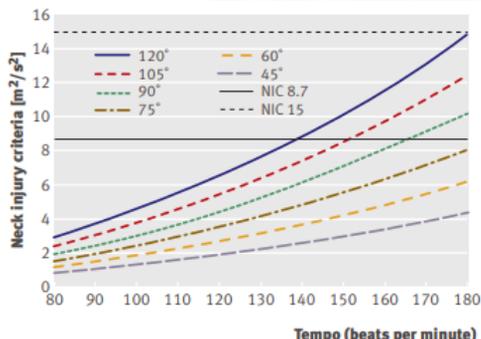


Fig 2 | Head banging tempo v Neck Injury Criterion (NIC) for various head and neck ranges of motion (45° to 120°). Abbreviated injury scale thresholds indicated as horizontal lines

In conclusione, sbattete la testa responsabilmente e se siete ad un concerto chiedete preventivamente alla band di evitare eccessivi drop, sono sicuro che capiranno e accoglieranno bene la proposta.



La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...



ORTHONON SIAGASCOT

SIAGASCOT REGIONAL CALABRIA insieme a COMITATO GIOVANI SIAGASCOT, AISOT e FORTE

La Protesi Inversa di Spalla Step by Step

WEBINAR – Giovedì, 26 maggio 2022

Sebbene storicamente l'intervento di sostituzione protesica dell'articolazione della spalla sia meno frequente rispetto all'anca o al ginocchio, negli ultimi anni si è registrato, in Italia e nel mondo, un numero crescente di questo tipo di interventi, in particolare con la diffusione della protesi inversa. La platea dei pazienti potenzialmente candidati all'intervento di sostituzione protesica di spalla si è ampliato con il trascorrere del tempo, includendo, oltre alle fratture dell'omero prossimale, anche le lesioni irreparabili della cuffia dei rotatori, le sequele post-traumatiche e l'omoartrosi. La conoscenza più approfondita delle patologie della spalla e lo sviluppo di materiali e disegni protesici più moderni hanno contribuito ad accrescere il tasso di successo dell'intervento, anche a distanza di molti anni dall'operazione. Di pari passo, il numero dei chirurghi che praticano questa tecnica è cresciuto negli anni, includendo una quota rilevante di giovani colleghi appassionati di questa chirurgia.

Per tali ragioni abbiamo inteso organizzare questo evento insieme al Comitato giovani della SIAGASCOT ed alle società scientifiche AISOT (Associazione Italiana dei medici Specializzandi in Ortopedia e Traumatologia) e FORTE (Federation of Orthopaedic and Trauma Trainees in Europe).

Il webinar è stato destinato a tutte le figure professionali coinvolte nella gestione dei pazienti sottoposti ad intervento di artroprotesi inversa di spalla ed, in particolare, a coloro che hanno intenzione di intraprendere un percorso formativo e di approfondimento. Previste relazioni a cura di alcuni dei colleghi di riferimento del panorama nazionale e numerosi casi clinici sui quali discutere. Speriamo che questa iniziativa possa vederVi tutti coinvolti in un'occasione utile di confronto e scambio delle rispettive esperienze ed opinioni.

Presidente:

Prof. Olimpio Galasso, Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro, delegato regionale SIAGASCOT

Segreteria Scientifica:

Dott. Michele Mercurio, Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro, Vice Presidente GA Table FORTE e componente Comitato Giovani SIAGASCOT

Dott.ssa Claudia Mancuso, Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro

Utilizzo di Vancomicina topica nella ricostruzione del legamento crociato anteriore: manuale d'uso nella realtà italiana

Alessandro Carozzo, Gruppo linee guida SIAGASCOT*

*Membri del Work-group Linee Guida sono: Riccardo Compagnoni, Raymond Klumpp, Francesco Rosa, Davide Cucchi, Fabio Sciancalepore, Chiara Formigoni, Alessandro Carozzo

L'artrite settica (AS) rappresenta una temibile complicanza della chirurgia ricostruttiva del legamento crociato anteriore (LCA), con un'incidenza nei pazienti in cui viene eseguita solo una profilassi antibiotica endovenosa pre-operatoria che oscilla tra lo 0.14% e il 2.6%. La complicanza infettiva successiva a ricostruzione dell'LCA può portare a significativi disagi per il paziente, con prolungate terapie antibiotiche e ricoveri. Nei casi più severi possono anche rendersi necessari ulteriori interventi chirurgici di *débridement* artroscopico, rimozione dei mezzi di sintesi o del *graft* stesso. Sebbene molti autori abbiano riportato una soddisfacente percentuale di eradicazione dell'infezione con le terapie mediche e chirurgiche, le conseguenze funzionali a medio/lungo termine possono essere molto invalidanti e predisporre ad artrofibrosi o evoluzione artrosica precoce. Viste le conseguenze significative di questa complicanza, molti autori hanno proposto svariate tecniche mirate a ridurre la frequenza. L'applicazione locale di antibiotici è apparsa essere una delle più promettenti, con Vertullo et al che nel 2012 hanno pubblicato la prima serie clinica che dimostrava come l'applicazione topica di Vancomicina su *graft* di tendini flessori (in combinazione con la profilassi antibiotica endovenosa standard) possa ridurre il tasso di artrite settica post ricostruzione di LCA. La Vancomicina sembra avere delle caratteristiche ideali per pre-medicare il *graft* grazie alla sua bassa allergenicità, buona stabilità al calore, sicurezza per l'uso locale e ha un'azione battericida contro la maggior parte dei patogeni comuni isolati nelle artritisetliche post chirurgiche, come *Stafilococcus aureus* e *Stafilococchi*

coagulasi-negativi.

Numerosi ricercatori hanno successivamente svolto nuovi lavori mirati a valutare l'efficacia della Vancomicina nella prevenzione dell'AS nella ricostruzione dell'LCA. L'argomento ha suscitato tale interesse da permettere lo sviluppo di diverse meta-analisi, la più ampia e recente delle quali ha coinvolto 29659 pazienti e confermato le raccomandazioni riguardo questa tecnica.

Il work-group Linee Guida di SIAGASCOT ha stilato questo white paper che si preme di illustrare il razionale, i risultati clinici e i protocolli di utilizzo che riguardano questo tipo di profilassi topica. In particolare l'intento è quello di fornire delle indicazioni pratiche, adattate alla realtà italiana, al fine di poterne facilitare l'introduzione nella pratica quotidiana dei chirurghi del ginocchio afferenti alla società.

Risultati Clinici

Incidenza di artrite settica:

Una recente metanalisi condotta su 29659 pazienti evidenzia come il rischio relativo di artrite settica dopo ricostruzione di LCA (utilizzando qualsiasi tipo di *graft*) è aumentato nei pazienti che eseguono in maniera esclusiva una profilassi antibiotica endovenosa se comparato all'incidenza nei pazienti in cui viene applicato antibiotico localmente. L'analisi dei dati permette di evidenziare come l'efficacia della Vancomicina nella prevenzione dell'AS sia particolarmente ampia per quel che riguarda le ricostruzioni di LCA con tendini di semitendinoso e gracile autologhi

(OR=13.5); l'effetto protettivo sembrerebbe meno evidente in caso di tendine rotuleo.

Funzionalità del ginocchio:

La vancomicina non sembra incidere con i risultati funzionali e il rischio di ri-rottura del LCA.

Sia Bohu et al che Brandl et al riportano come l'utilizzo della Vancomicina non influenzi gli outcomes clinici, oggettivi e soggettivi; non è stata evidenziata inoltre nessuna differenza per quanto riguarda il recupero delle performance sportive pre-infortunio. Vertullo et al hanno riportato un tasso di rottura del graft del 4.6% nei pazienti senza Vancomicina ad un follow-up di 5.8 anni e del 2.75% nel gruppo con Vancomicina ad un follow-up di 2.6 anni. Offerhaus et al hanno trovato un tasso di rirottura del 10% nel gruppo senza Vancomicina e del 3% nel gruppo con Vancomicina. Anche il gruppo di Perez-Prieto non ha trovato, in una serie comparativa, differenze nel tasso di rottura del graft tra pazienti che avevano e che non avevano ricevuto la profilassi topica.

Sicurezza

Sono stati svolti diversi studi circa la sicurezza di questa sostanza a livello locale.

Tenotossicità:

Xiao et al hanno eseguito una coltura di tenociti di tendine rotuleo che, una volta espansi, sono stati esposti a concentrazioni crescenti di Vancomicina. In questo studio la Vancomicina non ha causato cambiamenti significativi nella vitalità dei tenociti dopo 2 e 6 ore di incubazione a qualsiasi concentrazione tra 0 e 12.8 mg/mL. Papalia et al., invece, svolgendo uno studio simile al precedente ma su tenociti originari dai tendini dei flessori, hanno riscontrato tenotossicità con concentrazioni superiori a 5 mg/mL. Concludono quindi che l'uso di questo antibiotico sui tendini per prevenire le infezioni potrebbe essere utile e sicuro per se usato ad una concentrazione di 2.5 mg/mL per un massimo di 1 ora di trattamento.

Biomeccanica

Jacquet et al hanno svolto uno studio sulle proprietà biomeccaniche di tendini di semitendinoso immersi in soluzione di Vancomicina diluita a 5mg/mL con quelli immersi in soluzione fisiologica.

Sono stati investigati il modulo di elasticità, il carico di rottura, l'allungamento percentuale e il limite elastico. Il loro lavoro conclude come non ci siano differenze circa queste proprietà tra i tendini esposti a una soluzione di vancomicina e quelli non esposti.

Protocolli di profilassi con Vancomicina

In letteratura, la tecnica di applicazione della Vancomicina al graft pro LCA più frequente è il "Vanco Wrap": una garza laparotomica imbevuta in una soluzione di Vancomicina. Le concentrazioni della soluzione antibiotata variano in letteratura tra 1 e 5 mg/mL diluita.

In considerazione dei risultati pubblicati in letteratura e degli studi pre-clinici analizzati, il protocollo raccomandato è il seguente:

Applicazione di una garza laparotomica imbevuta di una soluzione di Vancomicina 2.5 mg/mL intorno al graft, includendo completamente i fili ed eventuali mezzi di sintesi ad esso collegato e manipolati durante la preparazione del trapianto (es. sistemi di sospensione).

Questa applicazione dovrà avere una durata compresa tra i 10 e i 15 minuti.

La più diffusa formulazione di Vancomicina in polvere in Italia è in ampolla da 500mg. Di conseguenza l'antibiotico dovrà essere addizionato di 200 mL di soluzione fisiologica per avere una concentrazione idonea.

Conclusione

La profilassi antibiotica topica con Vancomicina sui tendini utilizzati per la ricostruzione di legamento crociato anteriore ha dimostrato essere un metodo efficace e sicuro per ridurre il tasso di artriti settiche post operatoria. I suggerimenti di tecnica presentati in questo lavoro hanno il fine di agevolarne l'introduzione in sicurezza nella pratica clinica dei chirurghi membri di SIAGASCOT.

A cura del Dr. Alessandro Carrozzo e del Gruppo linee guida SIAGASCOT

Il nostro corrispondente dall'estero



Of orthopedics!

Mattia Radici on-air!

Mi chiamo Mattia Radici; sono un ortopedico e vorrei raccontarvi quella che è stata un'esperienza fondamentale per la mia formazione.

Ho sempre pensato che una fellowship dovesse essere una tappa necessaria per lo specializzando, ed è per questo che ho deciso di iniziare quest'avventura.

Sono appassionato di chirurgia della spalla e parlando con il Prof. P. Randelli mi è stato suggerito di recarmi in Francia; la scelta ricadeva tra il Prof. Walch e il Prof. Boileau.

Senza esitare ho optato per quest'ultimo a Nizza.

Ho subito contattato la sua segretaria per email ed inviato il CV; nell'arco di pochi mesi siamo riusciti ad organizzare la mia fellowship.

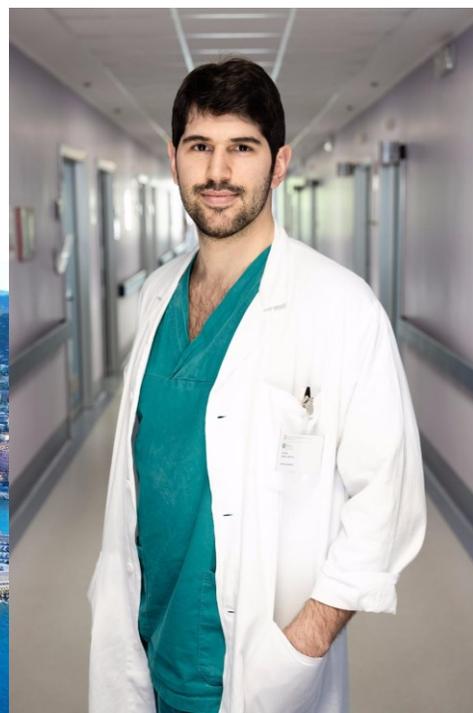
Trovare alloggio è stato abbastanza semplice anche perché, complice la pandemia legata al COVID19, molte residenze universitarie erano libere.

Nizza è una città meravigliosa, sul mare, viva e come si dice "a misura d'uomo".

L'unico ostacolo è stata la lingua poiché avendo organizzato tutto in pochi mesi non sono riuscito a studiare adeguatamente il francese. Ad essere sincero, però, questo non è stato un problema; grazie ad una buona conoscenza dell'inglese sono riuscito a cavarmela nei primi mesi, poi con il tempo il francese è migliorato.



Durante tutti i miei 6 mesi in Francia ho avuto il piacere di lavorare insieme ad altri due colleghi (una ragazza italiana ed un ragazzo francese), ma per brevi periodi si sono alternati anche altri ragazzi provenienti da diversi Paesi del mondo (Portogallo, USA, Gran Bretagna, Dubai).



Il nostro corrispondente dall'estero



Of orthopedics!

Veniamo al dunque...lavorando con il Prof. Boileau ti rendi subito conto di aver a che fare con un GIGANTE della chirurgia della spalla. La sua conoscenza e competenza, le sue abilità chirurgiche sono davvero sorprendenti. Fino a poco più di un anno fa lavorava presso l'ospedale Pasteur di Nizza, ma si è successivamente trasferito in una clinica privata (Icr - Institut De Chirurgie Réparatrice, Locomoteur & Sports). Lui lavora da solo, aiutato da due strumentiste davvero in gamba e dai



fellows che lo accompagnano. E' comunque a capo di un'equipe di ortopedici giovani, simpatici e bravissimi, che da subito ti fanno sentire a tuo agio e ti aiutano in caso di bisogno.

La settimana tipo è costituita da 3 giorni molto intensi di lavoro: attività chirurgica al mattino (dove si ha possibilità di partecipare attivamente e anche di operare) ed attività ambulatoriale al pomeriggio (bisogna iniziare la visita, inquadrare il paziente e poi presentarlo al Prof).

I restanti giorni della settimana sono "liberi", dedicati ad eventuali interventi in urgenza o ad attività scientifica, senza però togliere mai la possibilità di godere anche del mare e degli splendidi paesaggi della Costa Azzurra.

Spero con questa piccola presentazione di esser riuscito a dare qualche informazione utile su come muoversi per organizzare una fellowship, ma soprattutto spero di aver trasmesso entusiasmo e incoraggiato molti di voi a seguire un percorso simile.

Per quanto riguarda la chirurgia della spalla, non posso che consigliare e ribadire quanto un'esperienza con il Prof. Boileau sia estremamente formativa ed utile.

A cura del Dr Mattia Radici



La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...

L'ANGOLO DI ARCHIMEDE

A Cura Del Dr. Stefano Pasqualotto

PINZA DA OSSA/DA RIDUZIONE

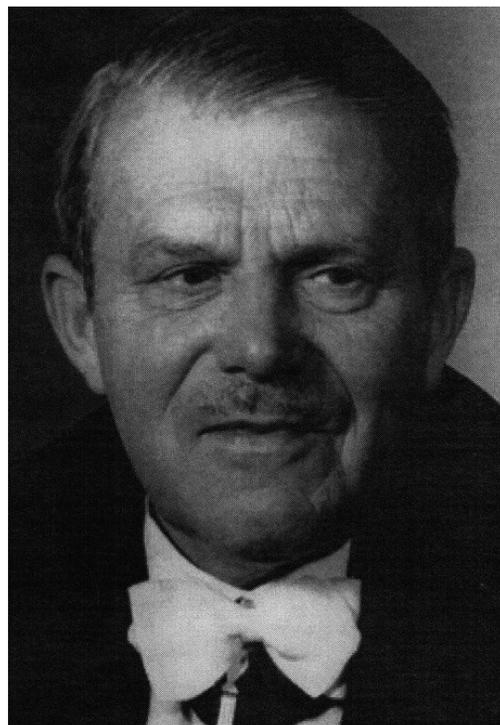
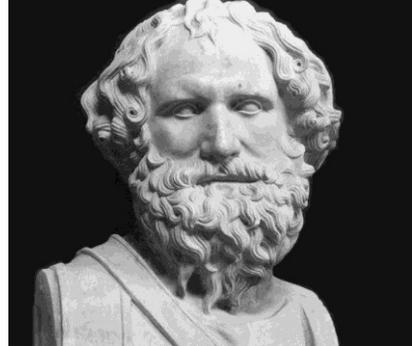
VERBRUGGE

Jean Verbrugge (1896-1964)

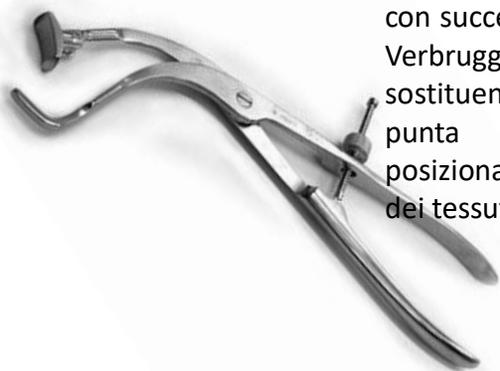
La pinza di Verbrugge rappresenta uno degli strumenti più utilizzati nell'ambito della chirurgia ortopedica e in particolare della traumatologia.

Jean Verbrugge nacque a Sofia nel 1896, completò i suoi studi ad Anversa e successivamente conseguì un dottorato in medicina, chirurgia e ostetricia presso l'Università di Brussels nel 1921. Nel 1920 e, successivamente, nel 1928 Jean Verbrugge partecipò anche ai giochi Olimpici come schermidore. Verbrugge proseguì i suoi studi attraverso una travelling fellowship che lo portò negli Stati Uniti presso la Mayo Clinic per 2 anni e successivamente completò la sua formazione in Italia con il professor Putti ed in Francia con il professor Leriche.

Nel 1925, Verbrugge iniziò la sua carriera presso il Stuyvenberg Hospital ad Anversa lavorando al fianco del Professor Albin Lambotte, universalmente riconosciuto come il fondatore delle moderne tecniche di osteosintesi, e l'affetto di Verbrugge verso il suo illustre maestro era tale che, anche quando aveva ottenuto i più alti onori, non smise mai di ricordare gli insegnamenti dell'uomo che egli definì come "Il mio maestro, Monsieur Lambotte".



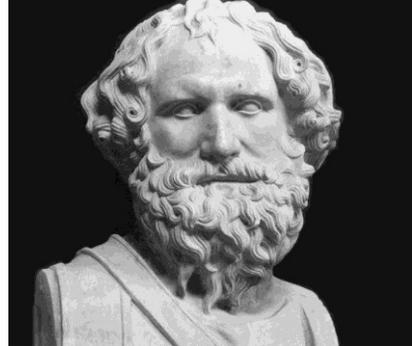
Il dottor Verbrugge succedette al Professor Lambotte nella direzione dello Stuyvenberg Hospital ad Anversa e nel Marzo 1946 venne nominato Professore Ordinario e Direttore del Dipartimento di Chirurgia Ortopedica presso l'Università di Ghent. Nel 1946, Verbrugge presentò una "nuova pinza per sostenere i frammenti ossei nella sintesi delle fratture". Il nuovo design prevedeva una pinza utilizzabile con una sola mano e dotata di un morsetto a cricchetto con una parte terminale curva. Tale design permetteva una migliore presa dei frammenti ossei, facilitando la fissazione di placche o di graft ossei alle diafisi, senza interferire con successive perforazioni o introduzione delle viti. Verbrugge successivamente migliorò il design sostituendo la ganascia inferiore con un uncino a punta smussa in modo da facilitare il posizionamento della pinza senza eccessivo distacco dei tessuti molli.



Continua →

La Gazzetta dello Specializzando

News, bandi di concorso, scadenze, informazioni utili & altro...



Il Professor Verbrugge produsse circa 175 pubblicazioni e scrisse numerosi libri, tra cui uno dedicato ai suoi studenti, fece parte di circa 20 associazioni chirurgiche, venne nominato per tre volte presidente della Belgian Orthopedic Association e nel 1962 presidente della Société Beige de Chirurgie.



Il Professor Verbrugge venne definito come una persona brillante e interessante da conoscere e come un medico accattivante e affascinante da seguire. Tra le caratteristiche che gli vennero attribuite vi erano tatto, franchezza, modestia, devozione, onestà, indulgenza, benevolenza e un animo gentile verso i pazienti, i collaboratori, gli studenti e in particolare verso gli amici e la famiglia, a cui era particolarmente legato. Anche in veste di presidente della Belgian Orthopedic Association e della Société Beige de Chirurgie il suo atteggiamento non fu mai quello di un presidente, rigido e solenne, al contrario si rivolgeva ai colleghi chiamandoli "cari amici", termine che usava anche quando parlava loro dal palco di un congresso scientifico. Oltre a questi aspetti umani, una delle caratteristiche che gli vennero attribuite in ambito lavorativo era la chiarezza e la semplicità con cui risolveva casi complicati e trasformava un'operazione chirurgica difficile in qualcosa di semplice. Il Professor Verbrugge morì il 7 gennaio 1964 dopo una dolorosa malattia lasciando ai suoi colleghi e agli ortopedici delle generazioni successive numerosi insegnamenti tanto da meritarsi ciò che lui stesso diceva del suo maestro, il professor Lambotte, ovvero "che viva sempre nella nostra mente" e la pinza "Verbrugge" rappresenta tutt'oggi uno strumento di estremo valore nel trattamento delle fratture, in particolare delle fratture diafisarie.

Bibliografia

- Buraimoh MA, Liu JZ, Sundberg SB, Mott MP. Eponymous Instruments in Orthopaedic Surgery. Iowa Orthop J. 2017;37:211-217.
- Verbrugge, Jean", in Who's Who in Orthopedics, Seyed B. Mostofi, ed. (Springer Science & Business Media, 2004) pp342-344





High-Tech news for Residents

STAMPA 3D IN ORTOPEDIA

La spinta evolutiva riguardo la realtà aumentata ed il rendering 3D ha colpito tutti i settori della ricerca scientifica e l'ortopedia non fa eccezione.

La stampa 3D è un settore in enorme espansione che si è già insediata nella comune pratica clinica ed il suo utilizzo nel settore ortopedico avanza su due fronti: lo studio di casi complessi e la progettazione di ortesi ed impianti biocompatibili.



L'impiego della stampa 3D per permettere una migliore comprensione di un pattern di frattura o di una malformazione è diventata ormai un'arma comune nell'affrontare i casi più complessi di molti centri di traumatologia. Per il chirurgo avere un modello reale in scala di ciò che andrà ad affrontare sul campo operatorio rappresenta una risorsa preziosa che supera le tradizionali ricostruzioni 3D eseguibili con i software di imaging.

L'intervento può essere pianificato in ogni dettaglio e si diminuisce la possibilità di errore e di inadeguata preparazione dello strumentario, potendo prevedere diversi piani di azione.

Ancora più stimolante però è l'applicazione della stampa 3D nel produrre impianti (protesi, bioscaffolds) ed ortesi.

I primi in futuro potrebbero diventare il gold-standard e la sfida si gioca sullo studio dei materiali che devono essere biocompatibili, resistenti ed a basso costo.





High-Tech news for Residents

Il mondo delle ortesi stampate tramite un processo 3D è invece ormai realtà, essendo il problema dei materiali più facilmente affrontabile.

Uno dei campi più promettenti è quello della stampa di corsetti pediatrici per la correzione delle deformità spinali, in quanto grazie al processo di acquisizione dei volumi mediante scansioni multiplanari è possibile stampare un corsetto completamente custom made per il paziente, con una esigua quantità di materiale plastico che risulta essere leggero e ben tollerato.

Ancora più evidente è l'impiego della stampa nel campo di ortesi di minori dimensioni (polso, ginocchio, ecc.), che diventeranno con il tempo sempre più leggere ed economiche e soprattutto personalizzabili secondo le esigenze del chirurgo.

Ci attende dunque un futuro sempre più votato alla tecnologia al servizio della medicina, con la prospettiva di poter stampare impianti protesici (protesi di ginocchio, anca ecc.) e strumentari che si adattino perfettamente alle caratteristiche biometriche del paziente e che possano rispondere anche alle necessità dell'operatore, per una chirurgia sempre più custom-made e mini-invasiva.

Si ringrazia per il contributo

Andrea Stangoni

e

Jacopo Ranalli

fondatori della start up Exos



Rubrica a cura del Dr. Alessio Pulino

STRANGER THINGS FOR ORTHOPEDISTS

Approccio al dolore toracico di sospetta natura cardiogena

Prima parte di un percorso a tre tappe

I sintomi cardiologici, come per tutti gli altri organi toracici, non necessariamente vengono localizzati a livello toracico. In particolare si ritiene che il dolore, in tutti i suoi descrittori, sia di potenziale natura cardiogena in ogni localizzazione anatomica compresa tra la mandibola e il mesogastrio.

In quest'ottica, quindi, il dolore cardiologico può riconoscere sedi toraciche, più frequenti, ma anche addominali e cervico-cefaliche.

Tra le algie toraciche rientrano anche quelle dorsali, che celano diagnosi differenziali critiche (la dissecazione aortica, in primis).

Tra le molteplici nature del dolore cardiogeno ricordiamo quella ischemica (angina, infarto), quella infiammatoria (miocardite, pericardite), quelle aritmiche (tachicardie ad alta frequenza), quelle valvolari e da sovraccarico (stenosi o insufficienze mitraliche e aortiche, scompenso cardiaco, embolia polmonare, ipertensione polmonare).

I meccanismi acuti più nefasti in assoluto, a prognosi quasi inesorabilmente infausta, anche a breve termine, che vanno quindi esclusi per primi, sono tuttavia riconducibili alle lesioni vascolari acute (dissecazione aortica, dissecazione coronarica).

Ciò premesso, in questa occasione cercheremo di riassumere le criticità della più classica ed epidemiologicamente impattante patologia cardiovascolare territoriale e ospedaliera, la cardiopatia ischemica, focalizzando la trattazione su uno solo dei suoi molteplici potenziali sintomi, il dolore.

Il dolore cardiogeno di natura ischemica (angina, infarto) tipicamente è localizzato in sede retrosternale, in un'area che viene frequentemente indicata dal paziente con un pugno, con una mano aperta, ed è caratterizzato da decorso gravativo, descritto come un peso o un senso di oppressione, a volte mal caratterizzabile e confuso, o associato a dispnea in tutte le sue sfumature (mancanza del respiro, affanno, soffocamento, ecc...)

vede come sede di irradiazione classica la spalla o l'arto superiore dell'emisoma sinistro, più frequentemente al suo lato ulnare; tuttavia vi sono moltissimi altri possibili siti di irradiazione (mandibola, giugulo, epigastrio) e a volte gli stessi siti possono essere la sola area di percezione algica. La durata tipica del dolore di natura ischemica è di 20-30 minuti; sono da ritenersi di bassissima probabilità ischemica i dolori di pochi secondi o minuti, oppure quelli di durata oltre l'ora.



I sintomi classicamente associati al dolore toracico sono nausea, dispepsia, dispnea, sudorazione, capogiri, malessere, ansia, senso di morte imminente e sincope.

Esistono inoltre delle condizioni che possono frequentemente sfumare (anche in maniera drastica, fino all'assenza completa di dolore!) la percezione dolorosa ischemica e richiedono quindi massima attenzione: in questi casi il campanello d'allarme coronarico potrebbe essere un sintomo-segno diverso dal dolore, che potrebbe quindi essere del tutto assente.

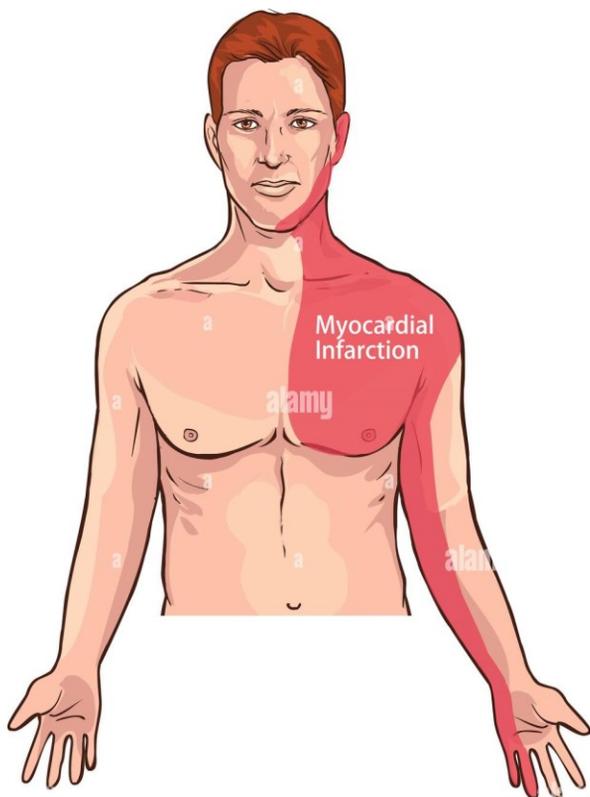
Tra queste condizioni le più importanti sono il diabete mellito, l'età avanzata (in particolare se associata a demenza), il genere femminile e farmaci che possono mascherare il sensorio e il dolore (anestetici, antidolorifici, benzodiazepine, gabapentinici, neurolettici ad alte dosi). La coesistenza di più condizioni di questo tipo potrebbe sfociare in azioni sinergiche nel rendere estremamente criptico il quadro clinico.

continua →

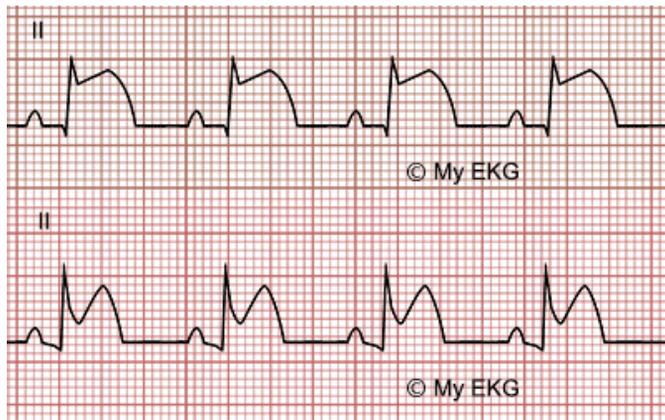
STRANGER THINGS FOR ORTHOPEDISTS

L'approccio strumentale al dolore toracico in ambiente ospedaliero deve iniziare con un elettrocardiogramma a 12 derivazioni effettuato immediatamente, avendo cura di acquisirlo senza artefatti, per non perdere sensibilità nell'intercettazione di sindromi coronariche.

Mandatorio è inoltre acquisire in modo ripetuto e affidabile i parametri vitali, in particolare pressione arteriosa, nonché frequenza cardiaca e saturazione arteriosa di ossigeno, mediante pulsossimetro-saturimetro. Se possibile sarebbe opportuno monitorare il paziente con monitor-ECG continuo, al letto del paziente.



Con l'esito dell'ECG e con i parametri vitali rilevati, in presenza di un background clinico plausibile per cardiopatia ischemica (profilo di rischio aterosclerotico, come ad esempio fumo, diabete, ipertensione, dislipidemia, familiarità, età > 50 anni, genere maschile, obesità, sedentarietà ecc.) è opportuno richiedere il parere specialistico di un cardiologo con il quale si potrà eventualmente concordare l'avvio di esami del sangue specifici come indici di necrosi cardiaca (troponine, CK-MB),



oppure una valutazione ecocardiografica a letto del paziente. Ad ogni variazione dei sintomi o riacutizzazione del quadro clinico, è fondamentale ripetere ECG e parametri vitali. Tuttavia, dopo un dolore di sospetta natura cardiogenica è opportuno ripetere comunque ECG e parametri seriamente nel tempo: le sindromi coronariche sono infatti per loro natura evolutive e per essere intercettate in tempo utile è importante documentarne l'evoluzione clinica ed emodinamica, eventuali variazioni nell'ECG o nell'imaging (ecocardiogramma), nonché degli indici di miocardiocitolisi, temi che saranno trattati nelle prossime due tappe di questo percorso.

Rubrica redatta dal

Dott. Davide Lionetti De Vogli

UOC Cardiologia

Direttore: Dott. M. Anselmi

Rubrica a cura del

Dott. Davide Castioni

UOC Ortopedia e Traumatologia

Direttore: Dott. G. Giulini

ULSS 9 Scaligera di Verona

Ospedale *Girolamo Fracastoro*

San Bonifacio (VR)

ORTOQUIZ?



ORTOQUIZ!



Siete in ambulatorio, il solito venerdì pomeriggio di bel tempo e con la moglie appena partita per due giorni con i figli dalla suocera. Vi si presenta in visita un ragazzo, 28 anni, giocatore di Basket che vi riferisce circa 3 mesi fa, in seguito ad un trauma la comparsa di vivo dolore al piede destro, tuttora non regredito. Approfondendo l'anamnesi vi dice di aver subito un trauma in iperestensione del piede quando un compagno gli è caduto addosso. In Ps il giorno stesso dell'accaduto si è presentato con vivo dolore e questo quadro clinico.



In Ps ovviamente gli hanno effettuato delle Rx del piede e caviglia, scarsamente significative. Qui di seguito le rx.



Data l'assenza di reperti radiografici di rilievo al paziente è stato diagnosticato un trauma distorsivo lieve, messo un tensoplast e detto di togliere in autonomia a 2 settimane di distanza.

A distanza di 3 mesi il paziente ha ancora male. Qual è il primo esame che va richiesto e che sarebbe stato meglio avere anche al primo accesso vista la presentazione clinica? (Risp 1)



Hai richiesto delle Rx in carico del piede che si presentano così: cosa sospetti? (Risp 2)



ORTOQUIZ?



Che segno radiografico si può apprezzare nella radiografia qui sopra? (Risp 3)
E qui sotto? Come si chiama questo segno radiografico? (Risp 4)



Adesso che avete brillantemente azzeccato la diagnosi cosa proponete al paziente? Trattamento chirurgico o conservativo? (Risp 5)
E che tipo di trattamento proponete per questo tipo di lesione? (Risp 6)

Il paziente concorda con voi sul trattamento, ma vi chiede come mai un approccio così aggressivo, non sarebbe sufficiente «rimettere tutto a posto»? (Risp 7)

ORTOQUIZ!



Ottimo, hai effettuato l'intervento corretto, le Rx sono qua a lato. Puoi andare a goderti il WE!

*A Cura del Dr.
Carlo F.
Minoli*

Risposte

- 1) Una serie di Rx in carico del piede.
- 2) Una lesione Legamentosa di Lisfranc
- 3) La sublussazione dorsale del 2° MTT
- 4) Fleck sign, piccolo distacco osseo a livello della base 2° mtt, dove si inserisce il legamento di Lisfranc.
- 5) Assolutamente chirurgico.
- 6) Artrodesi
- 7) La riduzione e sintesi è un'opzione valida solo nelle lesioni ossee della Lisfranc. Le lesioni legamentose hanno una prognosi pessima, tanto più se sono croniche.



Se qualcuno volesse partecipare con suggerimenti, casi clinici, rubriche o simili è ben accetto! Contattatemi a carlo.minoli@hotmail.it per qualsiasi proposta!