



La Gazzetta dello Specializzando

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

A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

NOVEMBER EDITION

1st ANNUAL
Live **MEETING**

10-12 marzo 2022
Roma, Seraphicum



Esserci o non esserci, non c'è dilemma.

L'evento a cui non mancare è il 10-12 marzo.

Segnare già in agenda si va a Roma carichi come fosse una finale di Champions per uno Juventus.

Entro il 27 febbraio ci si deve iscrivere (anche i Soci). Il link per farlo è questo:

<https://siagascot-orto.com/congresso-siagascot-2022-iscrizioni/#1634312435269-0aefd7c2-64f7>

1st ANNUAL LIVE MEETING SIAGASCOT

10-12 marzo 2022, Roma Seraphicum

TERMINE ULTIMO PER LE ISCRIZIONI: 27 FEBBRAIO!

La Siagascot siamo noi e sono le nostre voci che, insieme a quelle di tanti altri ospiti internazionali, possono essere ascoltate. Per farlo bisogna mandare gli Abstract per le presentazioni **entro il 5 dicembre!**

Aperte la raccolta Abstract e le iscrizioni per il 1st Annual Live Meeting SIAGASCOT Roma 2022

TI ASPETTIAMO!



Road to Rome, sprint finale!

Siamo quasi arrivati, ormai mancano poche tappe ai percorsi formativo che ci hanno accompagnato per tutto l'anno in attesa del 1° vero congresso nazionale della Siagascot. Ecco a voi il rettilineo finale, gli ultimi incontri ancora in programma. E tutto gli altri? Facilmente riguardabili sul sito, c'è tutto!



ROBOTICA IN CHIRURGIA ORTOPEDICA

5° tappa del percorso sulla robotica in chirurgia ortopedica: dall'anca al ginocchio quando come e perché, il 10 dicembre, rigorosamente dal comodo divano di casa vostra direttamente in prima serata!



**CIRCUITO FORMATIVO E INFORMATIVO
ALGODISTROFIA E SINDROMI OSSEE MIDOLLARI
V tappa
Ginocchio e Sindrome da Edema Midollare:
Prevenire e Trattare gli esiti
13 dicembre 2021**

Moderatore: Nicola Manta	
 Trattamento Fisioterapico Maria Tiziana Di Leo	 Radici Menisicali: quando e come trattarli nel ginocchio pre o artrosico Roberto Simonetta
 Osteonecrosi trattamento in rapporto all'evoluzione Davide Bonasia	 Subcondroplastica Riccardo Compagnoni
Discussione	

5° tappa del percorso sull'algodistrofia e sindromi midollari ossee. Prevenire e trattare gli esiti. Mille se ne vedono in ambulatorio e sempre sorge spontanea la domanda, e mo' che faccio? Il percorso sull'algodistrofia si prefigge non solo di farvi capire cosa sia, ma come quando e perché trattarla! Da tenere d'occhio! 13 Dicembre

In collaborazione con 

Con il contributo non condizionante di



E come sempre tanti, tanti Regional da non perdere!
Campania 26 novembre, Marche 29 novembre



THE FUNNY SIDE OF ORTHO

Il martello: patrimonio dell'umanità

Storia ed evoluzione, dagli uomini antichi all'era moderna, da Thor ai chirurghi ortopedici

Il martello è probabilmente uno dei primi strumenti creati ed utilizzati dall'uomo preistorico, e nonostante l'avanzare della tecnologia digitale rimane un essenziale strumento impiegato in molti aspetti pratici della vita moderna. Questo utensile si è evoluto di pari passo al cervello umano, ed è presente nelle cassette degli attrezzi di molteplici professioni, dai fabbri agli astronauti. Nel corso della storia, il martello ha raggiunto anche lo status simbolico e mitologico di strumento divino, come nel caso del dio scandinavo Thor, portato a rinnovata recente fama grazie ai fumetti ed ai film della Marvel, in cui Thor, brandendo con sicurezza e decisione il famigerato martello Mjölhnir, lotta contro il male.

Il *British Medical Journal* ha ripercorso la storia e l'evoluzione di uno tra gli strumenti preferiti nella nostra disciplina, grazie ad un articolo di Hosam E. Matar e colleghi.

L'articolo, intitolato *The hammer: instrument of Thor (and orthopaedic surgeons)*, pubblicato su questa prestigiosa rivista nel dicembre 2019, spiega come il martello compaia già dall'età della pietra, come strumento ricavato dall'unione di bastoni di legno e pietre, per poi evolversi nell'età del bronzo, in utensile di metallo. Da quel momento ne sono state create numerose varianti, che si sono evolute in ogni angolo del pianeta e sono state di fondamentale importanza per ogni civiltà.



La ricerca della migliore adattabilità e duttilità di questo strumento ha portato alla creazione di modelli caratterizzati da infinite forme e materiali,

dal legno alla plastica, dal metallo alla gomma, da piccoli e leggeri fino alle ponderose ed enormi mazze di leghe pesanti.

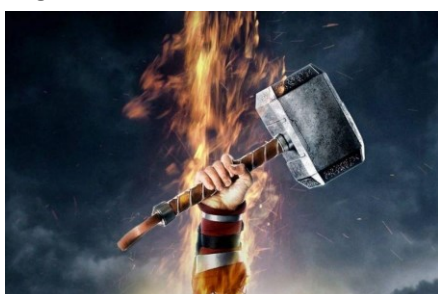
A livello medico, nonostante sia utilizzato anche da neurochirurghi, chirurghi maxillo-facciali e chirurghi toracici, la specialità che ne utilizza la più vasta gamma è sicuramente quella dell'ortopedico e traumatologo.



Gli autori ripercorrono quindi, in maniera dettagliata ed approfondita, l'evoluzione del nostro fido compagno di lavoro, descrivendo con accuratezza l'anatomia dell'utensile, con considerazioni funzionali e pratiche, ed esaltandone le caratteristiche meccaniche e fisiche in un paragrafo dedicato all'arte del martellare, per poi concludere con una carrellata di differenti utilizzi a livello medico e chirurgico.



A hammer used by an astronaut during the Apollo moon landings. This hammer has a mass of 1300 g and is 39 cm long with a 16 cm head



THE FUNNY SIDE OF ORTHO

Non è chiaro quando i martelli furono destinati ad uso medico per la prima volta, ma il largo utilizzo nelle nostre sale operatorie di questi strumenti di derivazione antica, ma di indubbia ed essenziale utilità, è spesso motivo di irrisione da parte di colleghi che si dedicano a discipline a loro dire più auliche; ma questo strumento è in realtà un simbolo fondamentale sia delle società antiche che moderne, poiché il suo scopo non si sminuiva ad un mero utilizzo industriale, bensì rendeva possibili meraviglie artistiche (basti pensare ad un'orchestra, che non può fare a meno delle percussioni, o alle immortali sculture dei grandi del passato). Inoltre, l'immagine del martello è stata utilizzata, nell'era moderna, come iconografia politica, filosofica e societaria, o nelle antiche civiltà, come simbolo del potere, o ancora, come ideologia di strumento essenziale per l'umanità, una volta mostrato al mondo il suo largo utilizzo nelle missioni Apollo.

Un articolo così denso non può che risollevarne il morale: mazze e martelli rimangono uno strumento vitale per i

chirurghi ortopedici, sono forti di una storia ricca e duratura, ed hanno giocato un ruolo importante nei progressi tecnologici umani, sin dalla loro invenzione da parte dei nostri primi antenati.

Gli autori concludono quindi osservando che l'umile martello ha resistito alla prova del tempo e rimane ampiamente utilizzato in quasi tutti gli aspetti della nostra vita; la scienza non ne ha prodotto un sostituto, ed i martelli continueranno probabilmente a servire l'umanità per molti e molti anni.

Questo articolo non ci può quindi rendere che ancora più fieri del nostro immancabile strumento di lavoro e ci potrebbe permettere il lusso di discernere di storia, filosofia e meccanica con i nostri simpatici colleghi, che tanto ci irridono, ma in fondo in fondo, sono invidiosi della nostra egemonia nel brandire lo strumento del dio Thor!



FALEGNAME O ORTOPEDICO?

Come funziona una sega? episodio 5

Chiunque abbia compiuto i 12 anni di età sa come funziona una sega, ma come funziona quella che ti danno in sala per tagliare le ossa? In falegnameria esiste uno strumento che permette di sfruttare l'azione oscillante di un motore centrale per effettuare molteplici applicazioni a seconda dell'aggancio che viene usato.



I falegnami sono persone semplici, e tale strumento lo chiamano «strumento multifunzione».

L'equivalente ortopedico è il seghetto.

L'azione oscillante a frequenza regolabile del seghetto/strumento multifunzione permette, tramite l'aggancio di una lama di sega di effettuare osteotomie e limare gli stipiti delle porte.



Due cose da sapere su come funziona tale macchina. Nello specifico il corpo macchina è pressoché

indifferente ai fini della scelta nei diversi lavori, ciò che risulta determinante è l'innesto specifico che viene usato.

Concetti base:

- Più è lunga la lama, maggiore è l'oscillazione periferica. Ciò implica che taglierà più velocemente, ma crea 2 zone in cui la lama è presente solo per parte del tempo (gli estremi) più ampie.
- Più è spessa la lama, meno si flette, ma più si riscalda.

- Più si riscalda la lama, più alto è il danno termico della stessa sull'osso/legno/cartongesso, e più velocemente si consuma il filo della lama stessa

- Il filo della lama si consuma per danno termico molto più che per danno meccanico! (questo vale anche per tutte le punte dei trapani, fili di K etc)

- Il tipo di denti cambia da lama a lama

- Denti piccoli, poco movimento, alta frequenza, lama sottile, 1 fila sola, applicare poca forza. (es seghetto da alluce valgo) Denti grossi, movimento ampio, frequenza più bassa, lama spessa, 1 o 2 file a inclinazione inversa, possibile applicare più forza. (es sega da osteotomia collo femorale)



- Altro concetto noto, ma spesso soprasseduto, è che la lama taglia tutto quello che è compreso tra i gradi massimi dell'oscillazione.

- Ciò vale SOLO se alla lama non viene impressa forza di pressione, in alternativa la lama taglia prevalentemente la parte centrale e perde la porzione periferica in modo proporzionale a quanto si affonda rapidamente. Cosa implica questo? Se sto facendo i tagli di una protesi di ginocchio e affondo la lama velocemente potrei non tagliare la corticale mediale o laterale che viene quindi colpita dalla lama dal lato (che non taglia) e rischio di causare fratture.

In conclusione, su questo son d'accordo ortopedici e falegnami, fai lavorare la sega, non far surriscaldare la lama o raffredda il taglio e scegli lo strumento giusto per quello che stai facendo!

Il nostro corrispondente dall'estero



Of orthopedics!

Nicolò Rossi on-air!

Spesso ci si chiede cosa sia il “sogno americano” ma una risposta precisa è difficile da trovare. Tutti ne danno una diversa ed anche io, ammetto, non lo so con precisione. Posso, però, raccontare la mia esperienza nel tentativo di rispondere a questo antico quesito. Innanzitutto, mi presento: sono Nicolò Rossi, specializzando al quarto anno di Ortopedia e Traumatologia presso l'Università degli studi di Milano. Durante tutto il percorso formativo sono sempre stato incuriosito da tutto ciò che comprendesse studio e in generale ricerca,

Lo so, due cose che nell'immaginario collettivo si conciliano ben poco con la figura dell'ortopedico. In realtà anche il così pratico mondo dell'ortopedia presenta numerose sfaccettature in cui la ricerca scientifica riveste un ruolo fondamentale. Per questo motivo quando è arrivata la proposta del Professor Peretti di una Research Fellowship negli Stati Uniti non ho potuto che accoglierla con grande entusiasmo.



Ed eccomi infatti, qualche mese dopo, salire su un aereo con direzione Boston per frequentare il laboratorio del dipartimento di chirurgia del Massachusetts General Hospital per una Postdoctoral Research Fellowship presso l'Harvard Medical School sotto la guida del Dr. Mark Randolph e del Dr. Robert Redmond. Il laboratorio che frequento e i progetti in cui sono coinvolto sono focalizzati principalmente nell'applicazione di fotoni per favorire il crosslinking collagenico e la formazione di legami covalenti tra proteine tissutali sia nelle riparazioni di lesioni cartilaginee, tendinee e legamentose sia a scopo preventivo nello sviluppo di osteoartrosi e rigidità capsulari su modelli animali.



Il nostro corrispondente dall'estero



Of orthopedics!

I progetti a cui mi sono piano piano avvicinato comprendono sia ricerca in vivo sia in vitro. Spesso quando si pensa ad una research fellowship si commette l'errore di pensare che sia un mondo totalmente staccato dalla chirurgia. Per questo motivo prima di partire anche io pensavo che avrei comunque dovuto rinunciare per un anno alla mia crescita chirurgica. In realtà non è stato così: mi sono ritrovato infatti quasi immediatamente a dovermi confrontare con suture epineurali e anastomosi vascolari con tecnica microchirurgica su modello animale. La settimana "tipo" non ha ritmi né schemi fissi (dipende dal progetto su cui il fellow è stato assegnato e l'organizzazione del lavoro avviene in maniera interamente autonoma) e si svolge nella splendida cornice del Massachusetts General Hospital che oltre ad essere uno dei primi ospedali al mondo è anche esteticamente molto affascinante proprio come si vede nei telefilm americani! Certo l'inizio non è stato facile. Innanzitutto spostarsi in un paese come gli Stati Uniti in periodo di pandemia e con un "travel ban" ancora attivo ha richiesto tempo per la concessione del visto. Poi la vita di laboratorio era per me un'esperienza totalmente nuova e a tratti sconosciuta.

Ammetto però che mi sono ambientato molto in fretta grazie anche all'aiuto di colleghi e superiori. Tutti si sono dimostrati subito disponibili e pronti ad aiutarmi a risolvere ogni singolo problema. E cosa dire di Boston? E' una delle più antiche città degli Stati Uniti e rimane ai vertici della classifica delle città più vivibili. Con i suoi college e le sue università rappresenta un centro di istruzione superiore e universitario di rilevanza mondiale. E grazie a questo è anche una città estremamente vivace e affascinante anche quando il sole tramonta. Boston sorge alla confluenza dei fiumi Charles e Mystic dove questi sfociano nell'Atlantico. Questa sua particolare caratteristica la rende la città ideale per meravigliose traversate in barca a vela che non sono mancate insieme ai colleghi e al Dr Randolph che, da esperto marinaio quale è oltre che direttore del laboratorio, ci ha fatto godere della splendida vista dello skyline di Boston da una prospettiva diversa.



Non so se questo aiuterà il lettore a capire cosa sia il sogno americano ma sicuramente permette a me di scrivere nero su bianco quello che sto vivendo e rendermi ancora di più conto che non si tratta di un sogno ma di realtà.

A Cura del Dr. Nicolò Rossi

La Gazzetta dello Specializzando

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

L'ANGOLO DI ARCHIMEDE

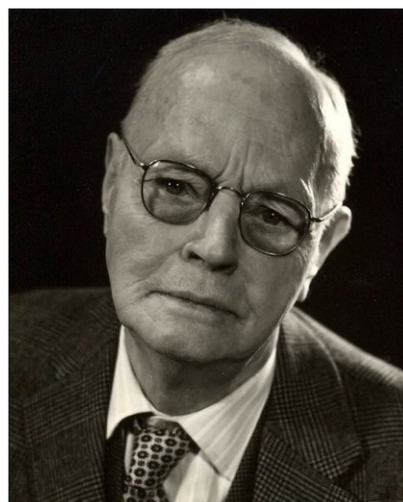
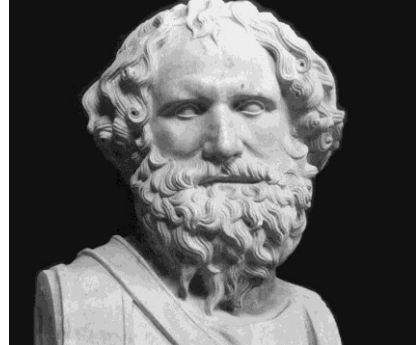
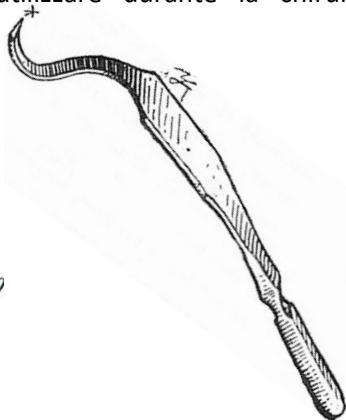
A Cura Del Dr. Stefano Pasqualotto

DIVARICATORE DI HOHMANN

Georg Hohmann (1880 – 1970)

Il divaricatore di Hohmann rappresenta un comune strumento presente in qualsiasi set ortopedico e uno dei divaricatori più usati nel mondo da parte dei chirurghi ortopedici.

Il suo inventore, Georg Hohmann, nacque il 28 Febbraio 1880 ad Eisenach in Turingia (Germania) da Louis e Ida Hohmann. Georg Hohmann completò le scuole superiori nel vecchio monastero domenicano dove avevano studiato Martin Lutero e Johann Sebastian Bach e successivamente iniziò gli studi di medicina a Jena per poi proseguirli a Würzburg, Monaco e Berlino e si laureò nel 1903 con una tesi sulla febbre da inalazione dei fumi metallici. Terminati gli studi, il dr. Georg Hohmann iniziò il suo tirocinio sotto la direzione del dottor Fritz Lange, il quale fu uno dei primi chirurghi a far emergere l'ortopedia dall'ombra della chirurgia generale. Georg Hohmann lavorò con il dottor Lange dal 1903 al 1910, prima come assistente e poi come senior consultant e fu proprio durante questo periodo che il dottor Hohmann inventò il celebre divaricatore e lo descrisse nel 1906 in un articolo pubblicato su Zentralblatt für Chirurgie come nuovo strumento da utilizzare durante la chirurgia osteotomica.



Hohmann scrisse che prima di questo divaricatore non vi era uno strumento che garantiva una protezione adeguata a tessuti, vasi e nervi che si trovavano attorno all'osso che doveva essere

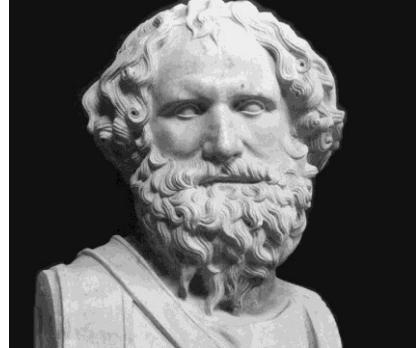
sezionato. Egli sottolineò come un tale strumento fosse particolarmente utile in ortopedia in quanto le ossa erano spesso di consistenza anormale e le strutture presenti attorno all'osso richiedevano una protezione maggiore dalle frese utilizzate nelle osteotomie. La novità del divaricatore di Hohmann era la presenza di una curvatura a livello dell'apice in modo da sollevare i tessuti dall'osso e la presenza di una area piatta e larga tra curvatura e manico che permetteva di mantenere divaricato il sito chirurgico. Hohmann riportò inoltre come il dottor Lange avesse utilizzato con estrema soddisfazione tale strumento in più di 50 osteotomie.

Dal 1910 al 1930 il dottor Hohmann lavorò privatamente a Monaco di Baviera e nel 1915, durante la prima guerra mondiale, venne nominato medico militare per il Munich Reserve Hospital e, insieme al dottor Lange, fu coinvolto in prima persona nella cura e nel reinserimento dei pazienti colpiti durante la guerra. Nel 1919 il dottor Hohmann venne congedato dal servizio militare, durante il quale completò anche la sua carriera professionale con una tesi riguardante le pseudoartrosi ed i difetti ossei.

Continua →

La Gazzetta dello Specializzando

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

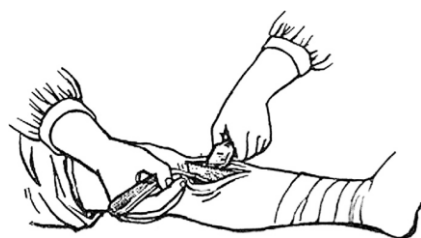


Nel 1923, Hohmann pubblicò la prima edizione del suo libro "Foot and Leg: Their Disorders and Treatment" che diventò un manuale di riferimento per i chirurghi ortopedici e, successivamente, numerosi testi ortopedici in collaborazione con le università di Monaco e di Francoforte dove tra il 1926 ed il 1930 divenne professore. Nel 1930 il professor Hohmann venne nominato direttore della Clinica Ortopedica di Francoforte. Georg Hohmann fu anche membro della German Orthopaedic Society e nel 1932 firmò un proclama contro l'anti-semitismo per cui fu attaccato pubblicamente dal Partito Nazionalsocialista. Nonostante la sua avversione al partito, Hohmann venne nominato presidente della German Orthopaedic Society e fu soggetto a molte investigazioni e chiamato di fronte ad una corte medica che lo condannò a pagare una multa per le offese rivolte ad un medico del partito. Nonostante queste controversie, Hohmann rimase pragmatico e neutrale nel suo ruolo di professore e leader della German Orthopaedic Society.

Durante la seconda guerra mondiale, Hohmann e sua moglie si trasferirono a Gettenbach, un paese a nord-est di Francoforte, per lavorare in un ospedale costruito all'interno di un antico castello. Al termine del secondo conflitto mondiale il professor Hohmann venne nominato direttore dell'Università di

Francoforte che venne ufficialmente riaperta nel 1946 e successivamente divenne anche Direttore dell'Università di Monaco. Il professor Hohmann continuò a pubblicare articoli e testi ortopedici anche dopo il suo ritiro e dopo aver ottenuto l'onorificenza di Professore Emerito nel 1950.

Dopo il suo ritiro dalla carriera accademica, il professor Hohmann si



trasferì in un paese in Baviera del Nord dove visse fino alla sua morte a 90 anni nel 1970. Nonostante ad oggi la sua nomea sia in gran parte legata al retrattore, Georg Hohmann dimostrò non solo passione per l'ortopedia ma anche dedizione all'educazione, etica e onestà professionale, caratteristiche che lo resero un eccellente ortopedico, professore e leader nonché una persona di estrema influenza all'interno della German Orthopaedic Society in un periodo tumultuoso del XX secolo.

Bibliografia

1. Takkellapati R, Yoon RS, Rossy W, Liporace FA, Zuckerman JD. Georg Hohmann: A Life Dedicated to Innovation and Academia in Very Difficult Times. J Bone Joint Surg Am. 2014 Jun 18;96(12):e102.
2. Warburton P, Haigh C, Roper T, Rogers B, Ricketts D. The surgeon behind the instrument. J Perioper Pract. 2019 Sep;29(9):276-280.
3. Hohmann G. [Physicians from our time in autobiographies. 8. Georg HOHMANN: from my life]. Hippokrates. 1962 Mar 31;33:256-61.

A Cura del Dr. Stefano Pasqualotto





A Cura del Comitato Giovani SIAGASCOT – Responsabile: Dr. Carlo F. Minoli

High-Tech news for Residents

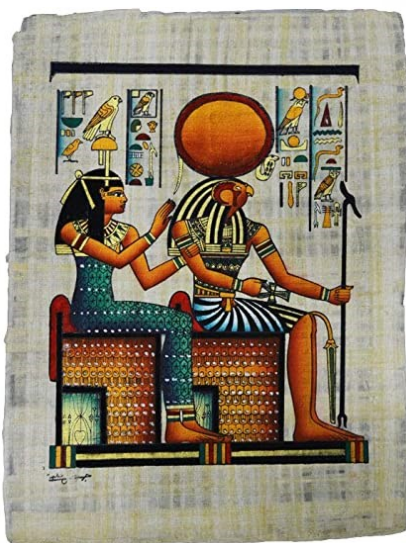
Horos e Radiant: Cosa sono e a cosa servono

La visione di esami radiografici è una componente routinaria dell'attività di un ortopedico.

Ogni centro radiologico ha spesso un proprio viewer preinstallato nel CD-ROM o nella cartella digitale del paziente, ma per rendere lo studio dell'esame più agevole e standardizzato è utile utilizzare un proprio programma del quale si conoscono tutte le features.

Uno dei più utilizzati e completi è Horos, un viewer che discende dal più costoso e completo OsiriX (come nella mitologia egizia dove Horus è figlio di Osiride).

Horos è un programma open source ma offre tutte le funzionalità necessarie per un utilizzo ambulatoriale, comprese la possibilità di manipolare le immagini e visualizzare ricostruzioni 3D e multiplanari.



È possibile scaricare l'esame del paziente per costruire un proprio archivio personale che rende il follow up nel tempo

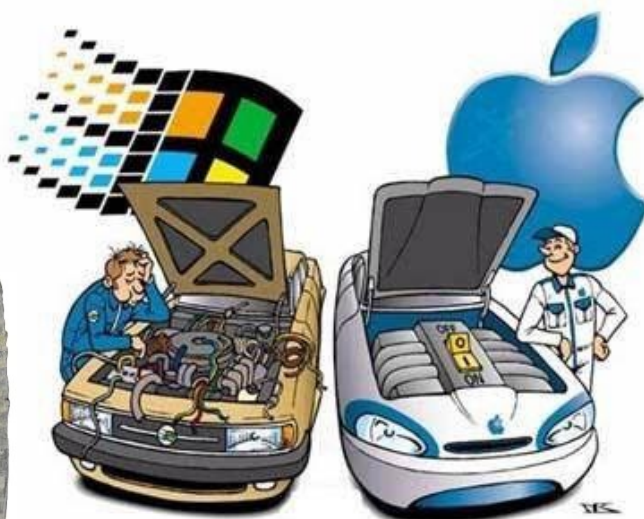
estremamente semplice, con la possibilità di salvare le immagini in Cloud per averle sempre a disposizione.

Questo viewer è però disponibile solo per iOS e di conseguenza solo per dispositivi con la mela.

Se siete dei detrattori dei prodotti di Cupertino (nonostante sia dimostrato che possedere un Mac sia requisito fondamentale per avere credibilità come professionista sanitario)



RadiAnt costituisce una valida alternativa per gli incrollabili sostenitori di Windows e Bill Gates. Questo viewer è gratuito ed offre tutti gli strumenti necessari per un utilizzo base, anche se risulta forse meno intuitivo del precedente.



Indipendentemente dal software scelto è consigliabile avere dimestichezza con questo tipo di strumenti per divenire più rapidi ed efficaci nella visualizzazione degli esami radiologici, ed eventualmente costruire un archivio che ci aiuti nella ricostruzione della storia clinica dei nostri pazienti.

Per i nostalgici amanti della pellicola non rimane invece che recarsi negli archivi polverosi delle strutture ospedaliere per inebriarsi dei profumi di plastica e nitrato d'argento, poiché ormai il supporto digitale sta sostituendo in maniera completa quello analogico.



RadiAnt
DICOM VIEWER

Rubrica a cura del Dr. Alessio Pulino

STRANGER THINGS FOR ORTHOPEDISTS

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DELLA PUBALGIA

La pubalgia (groin pain) consiste in dolori al basso ventre e all'inguine ed è un problema comune negli sportivi che praticano sport che includono movimenti esplosivi, cambi di direzione, calci ripetuti e contatto con il corpo. Le aumentate richieste funzionali ed i carichi di lavoro durante gli allenamenti, in presenza di fattori di rischio individuali possono contribuire alla comparsa della pubalgia, con frequente sospensione dell'attività sportiva per lunghi periodi, che, talvolta può condurre all'abbandono.

L'eziologia del dolore all'inguine non è chiara ed è multifattoriale. Nel 2014 la DOHA Consensus Conference ha identificato quattro strutture anatomiche che possono partecipare al dolore all'inguine: la



parete inguinale, l'inserzione prossimale dei muscoli adduttori, la sinfisi pubica e il muscolo ileopsoas. Nelle attività sportive con un'elevata richiesta funzionale degli arti inferiori l'intrappolamento del nervo otturatore tra i muscoli adduttori lunghi e corti può causare ad esempio l'insorgenza del dolore. La diagnosi si basa sull'anamnesi

ed esame obiettivo del paziente, con adeguata valutazione dell'anca per identificare la possibile sindrome da impingement femoro-acetabolare, un imaging di secondo livello può essere utile per escludere altre patologie. Il Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS) è un questionario PRO (Patient-Reported Outcome) rivolto a pazienti giovani e di mezza età, fisicamente attivi con dolore all'inguine è composto da 6 sotto-scale che valutano: dolore, sintomi, funzione fisica



nella vita quotidiana (ADL), funzione fisica nello sport e nel tempo libero (Sport/Rec), partecipazione alle attività fisiche (PA) e qualità della vita (QOL) relativa all'anca e/o all'inguine. Il questionario PRO (Patient-Reported Outcome) è utilizzato per valutare i risultati dell'intervento e per stabilire i livelli di disabilità in sportivi. Vediamo qualche esempio: l'incidenza annuale, nel calcio, varia dal 10 al 18%, ed aumenta a causa di molti fattori di rischio come i carichi elevati, recuperi brevi e un minore range di movimento dell'anca che è inferiore dal lato infortunato negli sportivi con dolore unilaterale all'inguine di lunga durata correlato alla tipologia di movimento.

Continua →

STRANGER THINGS FOR ORTHOPEDISTS

Tale caratteristica influisce negativamente sulle caratteristiche biomeccaniche ed ostacola un adeguato trasferimento di energia tra i segmenti del corpo durante le attività sportive, con conseguente carico sovra-fisiologico del complesso muscolo-tendineo. Un altro fattore di rischio può essere l'inserzione alta del tendine



congiunto, non raro negli sportivi; lo stesso può essere svelato dalla RMN. Molti studi di sorveglianza degli infortuni nel calcio si basano sul cosiddetto "concetto di perdita di tempo" quindi i dati registrati possono rappresentare solo la "punta dell'iceberg" di un problema più profondo. Diversi gli interventi conservativi nella cura del dolore all'inguine: riposo attivo, modifica del gesto tecnico, crioterapia, farmaci

antinfiammatori non steroidei, stretching e terapia fisica strumentale, risoluzione delle anomalie biomeccaniche degli arti inferiori (discrepanza della lunghezza delle gambe, piede piatto o cavo) ginnastica posturale, riequilibrio muscolare del "core", iniezione locale di medicamento, indumenti compressivi, elettrolisi percutanea intra-tissutale; quelli maggiormente raccomandati, attualmente, sono: utilizzo di indumenti compressivi, lo stretching e specifici programmi di esercizi selettivi di rinforzo muscolare.



V. D. Ferrante, A. Tasselli, R. Spanò, A. de Sire, A. Ammendolia

Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro, Catanzaro

Rubrica a cura del Dr Michele Mercurio

ORTOQUIZ?



ORTOQUIZ!



Siete di turno in ambulatorio, è l'ultima visita del pomeriggio di una giornata di fuoco, entra la signora X, un tempo avvenente modella, ora 58enne incallita e...non avvenente, riferendo di essere cascata dalle scale e che da allora il ginocchio le fa male. È già stata in PS 10 giorni prima dove ha effettuato uno studio radiografico negativo per fratture. All'esame obiettivo i colleghi hanno evidenziato solo una parziale lassità del LCM. Ha eseguito quindi, in differita, una RMN di ginocchio che si presenta così.



Domanda 1)
Cos'è quello?

Domanda 3) Come si chiama questo segno radiografico?

Domandone diagnostico finale (4) cos'ha la scura?

Bravo, avendo brillantemente fatto diagnosi, ed essendoti potuto esprimere anche in inglese che si sa, «fa figo», adesso ti tocca decidere il trattamento più opportuno:

Domanda 5) Cosa proponi come trattamento per la signora?

1. Infiltrazioni, fisioterapia, calo ponderale etc
2. Artroscopia di ginocchio
3. Protesi monocompartimentale
4. Protesi tri-mono + maioregen + plastica ALL + osteotomia desloppante tutto assolutamente in regime di solvenza

Purtroppo sebbene la 4 ti sia venuta in mente, il giuramento di Ippocrate ti impedisce di agire in tal senso, pertanto opti per l'opzione numero.... Vd pagina dopo (suspance)

Domanda 2) Come si chiama questo segno radiografico?



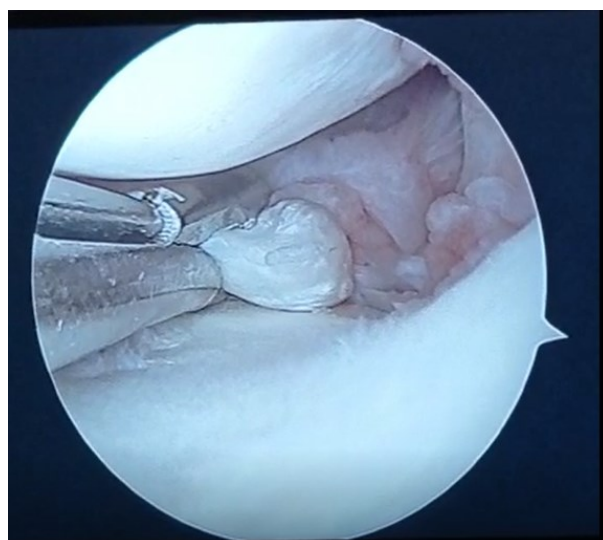
ORTOQUIZ?



ORTOQUIZ!

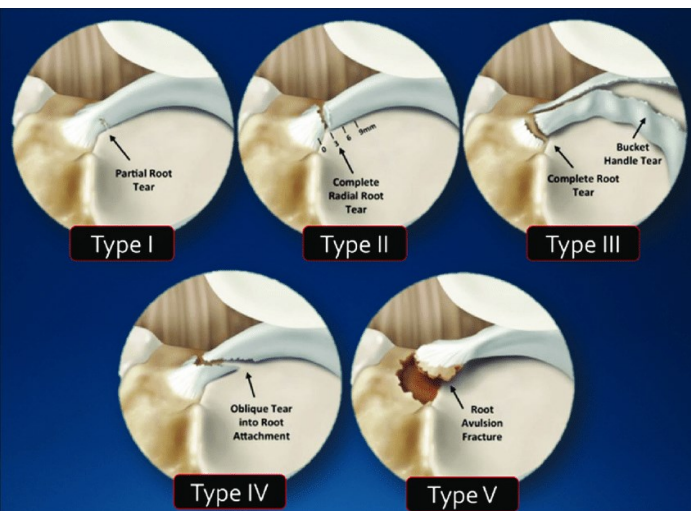


2, opti per la 2 e decidi di portare in sala la paziente con diagnosi di Root Lesion (o in modo meno figo lesione della radice meniscale) per reinserirle la radice meniscale e prevenire quelli che sono, di fatto, gli effetti di una meniscectomia totale.



Root lesion sotto stress. Al carico la radice disinserita determina espulsione del menisco dall'articolazione e ciò equivale ad una meniscectomia totale sebbene il menisco sia integro.

Con abile mossa suturi quindi la radice nella posizione corretta con un punto passante, un tunnel trans-tibiale ed un bel bottone in vera madreperla. Complimenti, intervento riuscito, speriamo vada bene.



Essendo perfettamente sul pezzo sai anche che le Root lesion si classificano in 5 tipi secondo la classificazione di....(domanda 6).

Queste sono le immagini artroscopiche che raccogli per fare il caso clinico sulla Gazzetta



Root lesion, vista artroscopica del comparto mediale in stress. Si capisce bene, soprattutto guardando le prossime immagini perché spesso la diagnosi intraoperatoria sia mancata. Serve alto sospetto diagnostico pre. Guardare bene le rmn prima di bisturare

Risposte

- 1) È il menisco mediale estruso
- 2) Truncation Sign
- 3) Meniscal ghost sign
- 4) Ha una Root Lesion, una lesione della radice meniscale
- 5) 2, proponi un'artroscopia per reinserzione della radice
- 6) Classificazione di LaPrade, 2015, Am J Sports Medicine

A Cura del Dr. Carlo F. Minoli



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