

## **IL TRATTAMENTO CON PLACCA DHS DELLE FRATTURE PROSSIMALI DEL FEMORE**

V. RODRIQUENZ

Resp. U.O. Ortopedia Casa di Cura Villa dei Gerani - Erice

### **RIASSUNTO**

La valutazione dei dati statistici riferiti alle osteosintesi con placca DHS delle fratture laterali dell'anca, 252 casi trattati in 5 anni, dimostra che tale trattamento, rispettando i corretti criteri classificativi e di tecnica, permette di ottenere risultati ampiamente soddisfacenti con un rapporto costo beneficio sicuramente interessante, per cui tale mezzo di sintesi si rivela ancora un importante presidio chirurgico a disposizione dell'ortopedico.

### **INTRODUZIONE**

Il trattamento chirurgico delle fratture laterali dell'anca essenzialmente si risolve con l'osteosintesi, sia con chiodi endomidollari che con sistemi di placca e viti; nella nostra Casa di Cura utilizziamo, come placca, il sistema DHS (Dynamic Hip Screw).



Nel presente lavoro, che rappresenta la prima fase di uno studio più ampio, che comprenderà successivamente le verifiche a distanza e il confronto con i nostri impianti endomidollari, viene analizzato il periodo dal 2005 a 2010 in riferimento alla prima fase del trattamento e decorso con valutazione statistica.

## METODO

Sono stati presi in considerazione i pazienti trattati con placca DHS dal 01/01/2005 al 31/12/2010; sono stati analizzati i dati statistici e le complicanze sopravvenute, confrontandole con alcuni dati della letteratura; nel periodo in oggetto abbiamo trattato chirurgicamente con vite-placca DHS 252 pazienti per fratture pertrocanteriche o persottotrocanteriche;

Il criterio per la scelta del mezzo di sintesi è stato sia l'aspetto morfologico della frattura che il grado di riduzione ottenuto preoperatoriamente; in caso di fratture stabili o non riducibili in modo soddisfacente si è optato per la riduzione intraoperatoria e l'impianto di vite placca; nei restanti casi si è proceduto all'inchiodamento endomidollare

## RISULTATI

I dati statistici generali possono essere riassunti nella tabella seguente:

RICOVERI	DEG MEDIA	DECESSI	ETÀ MEDIA	ETÀ MAX	ETÀ MIN.	MASCHI	FEMMINE
252	19,11	11	81,43	101	58	63	189

La durata media degli interventi è stata di 50 minuti (minimo 25 - massimo 90); nel 30% dei casi è stata riscontrata una linea verticale di frattura del massiccio trocanterico non evidenziata nelle radiografie preoperatorie che ha reso più complicato l'impianto (ad esempio modifiche dell'angolazione della placca per lo spostamento inevitabile del foro di entrata della vite); in 2 casi è stato necessario l'utilizzo di placca di sostegno trocanterica.

Non si è verificato alcun caso di frattura iatrogena; le placche utilizzate vanno da 125° a 150°, con circa l'80% dei casi a 135°.



Si sono verificate le **complicanze** più frequenti in letteratura, e cioè:

- **collasso della frattura e medializzazione della diafisi** (20 casi): dovuti in genere alla qualità dell'osso o della frattura e/o ad una eccessiva compattazione (Kim 10%)
- **cutout della vite cefalica** (10 casi): dovuti ad un posizionamento non ottimale della vite cefalica (Parker: 2,5 %)



• **mobilizzazione o rottura della placca o dei suoi componenti** (2 casi di rottura della placca, di cui 1 traumatico, 2 casi di rottura di vite bicorticale, 1 caso di deformazione della placca con rifrattura).

Il decorso postoperatorio ha previsto:

• Nei casi di **fratture stabili con sintesi ottimale e condizioni generali buone**, mobilizzazione attiva e passiva a letto a partire dal giorno successivo, stazione eretta e carico sfiorante con carrello deambulatore intorno ai 15 giorni, progressivamente aumentato dopo controllo rxgrafico in 30°-40° giornata; il carico completo generalmente è stato concesso, a tolleranza e capacità individuale rispetto anche alle condizioni antecedenti al trauma, a circa 120 giorni in media dall'intervento.

Circa l'80% dei soggetti ha ripreso pressoché uguale la stessa condizione motoria di prima; il 15% ha ripreso con riduzione parziale ma non invalidante, il 5% ha avuto una significativa riduzione della validità.

• Nel caso di **fratture instabili o con sintesi precaria o in condizioni generali scadenti**, mobilizzazione attiva (quando possibile) e passiva a letto dopo 3-4 giorni, stazione eretta e carico sfiorante dopo controllo rxgrafico in 30° giornata, carico progressivo dopo che il controllo rxgrafico successivo dimostrava una stabilità accettabile.

Circa il 50 % dei casi ha ripreso la stessa condizione pretrauma; il 40 % ha avuto riduzione accettabile delle capacità motorie; il 10% ha avuto una inabilità di grado elevato.

3 casi sono stati rioperati (2 con chiodi endomidollari e 1 con sostituzione della placca) per rottura o deformazione della placca.

## DISCUSSIONE

L'analisi dei casi trattati nel periodo valutato porta alla considerazione che la vite-placca DHS rimane uno strumento più che affidabile (riproducibilità, risultati soddisfacenti e bassi costi) nel trattamento delle fratture laterali dell'anca; i nostri dati, essenzialmente in linea con la letteratura, evidenziano come per ottimizzare i risultati, bisogna rispettare alcune condizioni essenziali:

1. frattura stabile
2. riduzione ottimale
3. posizione della vite cefalica al centro del collo e della testa e fino a pochi millimetri dalla corticale
4. evitare eccessivo impattamento
5. non forzare l'angolazione della placca ma adattarla alla riduzione

## BIBLIOGRAFIA

1. A. Capone et al. “*Criteri di scelta degli impianti nei pazienti con fratture laterali del femore ed osteoporosi severa*” (Giot, vol. XXXII, suppl. 1, ottobre 2006)
2. C. Cavenago et al. “*Criteri decisionali per la concessione del carico precoce nelle fratture laterali dell’estremo superiore del femore*” (G.i.o.t. 2010;36:25-35)
3. Kim WY et al. “*Failure of intertrochanteric fracture fixation with a dynamic hip screw in relation to pre-operative fracture stability and osteoporosis*” (Int. Orthop 2001; 25: 360-02)
4. Parker MJ et al. “*Gamma versus DHS nailing for extracapsular femoral fractures. Metaanalysis of ten randomised trials*” (Int Orthop 1996;20:163-8)