



Ortopedia d'eccellenza

Alla Clinica Luganese Moncucco un Centro di competenza specialistico



| di Marina Carta-Buttiglione |

Siamo alla quinta puntata della serie dedicata alla Clinica Luganese Moncucco. Tra i diversi centri di competenza presenti nell'istituto vi è anche quello ortopedico. Per illustrarne caratteristiche e funzionalità abbiamo incontrato il dottor Alexander Metzdorf, che si occupa prevalentemente dell'arto inferiore (in particolare di anca e ginocchio), e il dottor Ettore Taverna, specialista della spalla.

Il dottor Alexander Metzdorf e il dottor Ettore Taverna, specialisti in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore.



Dottor Metzdorf, com'è organizzato il centro di competenza di ortopedia? «Dal 2003, anno in cui ho cominciato a lavorare presso la Clinica Luganese Moncucco, sempre più medici sono entrati a far parte del centro di competenza ortopedico. Attualmente conta sei specialisti: io mi occupo di anca, ginocchio e

di patologie degenerative come l'artrosi nei pazienti anziani; il dottor Ettore Taverna si dedica solo ed esclusivamente alla spalla; due medici sono specializzati nel piede e nella chirurgia della caviglia e altri due colleghi coprono lo specchio della cosiddetta ortopedia elettiva, che non si occupa di traumatologia

in senso stretto, ma di patologie degenerative, per le quali non sono richiesti interventi immediati. La nostra è una struttura che è andata perfezionandosi negli anni».

Quali sono i vantaggi di lavorare a stretto contatto con altri colleghi? «È importante

poter contare su un team di specialisti. Possiamo da un lato curare tutte le patologie ortopediche, dall'altro fronteggiare un volume di lavoro sempre maggiore. Vi sono a questo proposito diverse variabili da considerare. La più importante riguarda senza dubbio un aspetto sociode-



Le parti mobili di una protesi dell'anca sono talmente performanti da garantirne il funzionamento per trent'anni.

mografico: la popolazione invecchia sempre di più, ragion per cui certe patologie, come quelle degenerative dell'anca, in futuro si presenteranno con maggiore frequenza. Trasversalmente, possiamo a nostra volta contare su colleghi di altri reparti, come la geriatria o la medicina interna, per occuparci dei nostri pazienti anche prima e dopo un trattamento ortopedico. Per casi gravi possiamo persino ricorrere alle Cure intense. La dimensione della Clinica Luganese Moncuoco, non troppo grande né troppo piccola, favorisce questo tipo di organizzazione e facilita la personalizzazione delle cure».

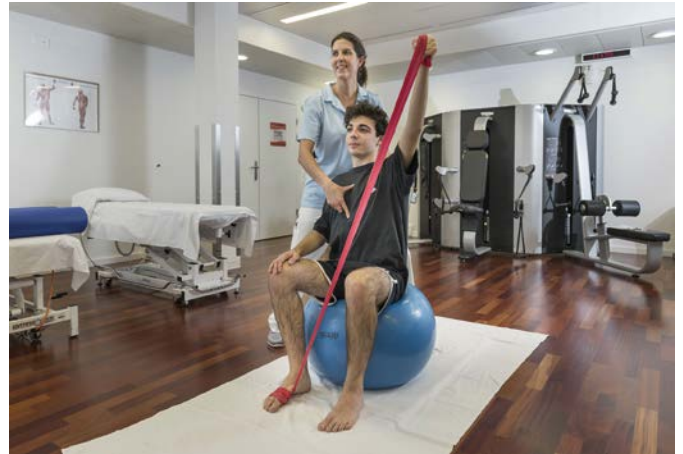
Con quali problematiche vi scontrate giornalmente? «Le patologie in assoluto più frequenti riguardano le distorsioni articolari provocate da cadute, tipiche del paziente più giovane e sportivo. Seguono le lesioni nel paziente anziano, perlopiù di carattere traumatico. Mi riferisco in special modo alle fratture del polso, del collo femorale, dell'omero e a quelle vertebrali. Spesso si tratta di infortuni dovuti a una fragilità ossea derivante da osteoporosi. In questi casi una semplice caduta può portare a fratture importanti, che vanno dapprima curate in pronto soccorso e in un secondo momento, se necessario, trattate chirurgicamente. Adottando un approccio di tipo geriatrico, bisogna inoltre capire il motivo della caduta prima di definire la terapia più idonea. Abbiamo a questo proposito messo a punto anche uno specifico programma ortoriabilitativo. Dove possibile, pratichiamo infatti preferibilmente interventi di tipo conservativo».

Prendiamo l'esempio dell'anca. Quando e come bisogna intervenire? «Sempre più di frequente si opta per un impianto protesico, anche e soprattutto nel paziente anziano, a condizione che stia bene e che non presenti gravi patologie. A differenza del passato, oggi si vive di più e meglio. Ecco perché diventa importante operare in età avanzata chi soffre di artrosi sintomatica, ovvero dolorosa. I progressi della medicina e quelli in campo ortopedico consentono al chirurgo di adottare approcci mininvasivi e, dunque, di risparmiare il più possibile tendini e muscoli. La ripresa è di conseguenza più rapida e si riduce ai minimi termini il rischio di complicazioni».

Di quali strumenti diagnostici disponete? «Radiologia standard (radiografie), ecografia, TAC e risonanza magnetica sono tutto ciò di cui abbiamo bisogno per diagnosticare le patologie ortopediche. Questi stessi strumenti possono essere impiegati a scopo interventistico. Mi spiego meglio: con l'aiuto della TAC o dell'ecografia possiamo curare un dolore artrosico effettuando infiltrazioni mirate, agendo cioè su una zona specifica dell'articolazione».

Statisticamente, qual è l'intervento che viene effettuato con maggiore frequenza? «La protesi totale dell'anca è sicuramente al primo posto. Seguono la protesi del ginocchio e le artroscopie. Eseguite in regime ambulatoriale, queste ultime sono molto utili per il trattamento delle patologie meniscali. Mentre un intervento all'anca richiede mediamente 5 giorni di degenza, per il ginocchio è necessaria una riabilitazione più lunga».

A proposito di riabilitazione, la Clinica offre anche un servizio di fisioterapia? «Certamente, possiamo seguire il paziente dalla A alla Z. Non vogliamo fermarci solo alla cura, ma anche garantire un accompagnamento in tutto il percorso di guarigione. Abbiamo un reparto di fisioterapia e una piscina per la riabilitazione in acqua, molto utile in caso di rigidità articolare. Nel caso dell'anziano, il processo di recupero inizia in geriatria per poi proseguire a casa o a livello ambulatoriale. Questo perché,



prima di rientrare a domicilio, il paziente deve assolutamente riacquisire la sua autonomia. Nei casi più gravi in cui si rivela necessaria una riabilitazione stazionaria – ovvero se dopo una o due settimane di degenza il paziente non è ancora autonomo – dobbiamo invece far capo agli istituti di Novaggio, Faido e Brissago».

Il paziente ortopedico ha bisogno di essere seguito da personale infermieristico specializzato? «Non esiste una formazione specifica; è l'esperienza che fa la differenza. Tengo a precisare, che il personale di cura impiegato in ortopedia lavora in Clinica da diversi anni. Ha dunque imparato sul campo a gestire i casi ortopedici. Bisogna sapere come muovere un arto, come piegarlo, dove premere... ci sono molti accorgimenti da prendere quando si trattano pazienti non ancora abbastanza forti da alzarsi da soli. Inoltre, l'esperienza del personale infermieristico garantisce maggiore sicurezza quando vi sono dei pazienti che non hanno unicamente un problema di tipo ortopedico, ma che sono anche affetti da altre gravi patologie».

Tecnicamente, cos'è cambiato negli ultimi anni? «La tribologia, ovvero la scienza che studia l'attrito, la lubrificazione e l'usura dei materiali, ha compiuto passi da giganti. In ambito protesico, questo ha comportato due vantaggi fondamentali. Il primo riguarda la tenuta: le parti mobili di una protesi, che consentono il movimento, sono talmente performanti da garantirne il funzionamento per trent'anni. Una bella conquista rispetto a vent'anni fa, quando le prospettive erano

ben diverse. Il secondo vantaggio concerne invece le dimensioni delle protesi stesse. Sono più corte e si adattano meglio alla forma naturale dell'osso. Di conseguenza, in sala operatoria riusciamo a risparmiare prezioso tessuto osseo».

Si gioca tutto sui materiali? «In parte. Anche l'approccio chirurgico e la prevenzione giocano un ruolo importante. Ci sono infatti varianti anatomiche, che predispongono a un'artrosi già in giovane età, tra i quaranta o i cinquant'anni. Bisogna saperle riconoscere per intervenire tempestivamente e consentire al paziente di convivere il più a lungo possibile con la propria articolazione senza dover fare ricorso all'impianto di una protesi».

Dottor Taverna, spesso l'ortopedia viene associata alla traumatologia. Abbiamo capito però che non si tratta di un binomio automatico... «Esattamente. Sempre di più si sta distinguendo fra traumatologia in senso stretto e ortopedia. Si va insomma verso una maggiore specializzazione dei medici. C'è chi si dedica alla traumatologia, e che dunque si concentra sulle fratture scheletriche, e chi, come me, si occupa esclusivamente della spalla. Ciò non significa, che le due aree di competenza non possano collaborare. Esistono infatti traumi, che determinano lesioni di cui deve occuparsi l'ortopedico».

Quando si rivela necessaria la collaborazione tra medici? «Normalmente lo specialista tratta pazienti traumatologici solo se si presentano problematiche, per le quali si prospetta l'intervento dell'ortopedico. Ad esempio: per curare fratture





scomposte nell'anziano, dove l'osteosintesi classica con placca e viti praticata di solito non è indicata a causa di una fragilità ossea, bisogna per forza di cose impiantare una protesi. In situazioni come queste, la collaborazione tra specialisti diventa fondamentale».

In che modo la Clinica riesce a garantire questa multidisciplinarietà? «Sviluppando il cosiddetto centro di competenza di ortopedia, entro cui opera un team di ortopedici specializzati, chi nell'arto inferiore, chi nell'arto superiore. Per quanto riguarda il nostro settore, non si fa più capo al medico in grado di fare tutto. Ciò non significa che qualcun'altro non possa fare il mio lavoro e viceversa. C'è piuttosto la volontà di dedicarsi al proprio ambito di competenza, ragion per cui vedo positivamente questo tipo di organizzazione e penso che sia quello di cui oggi abbiamo veramente bisogno».

Quanto e perché è importante una presa a carico multidisciplinare del paziente?

«Dobbiamo fare in modo che il paziente finisca nelle mani dello specialista più competente. È un concetto apparentemente semplice, ma non evidente. Prendiamo l'esempio delle lussazioni della spalla nei giovani. Il medico di primo soccorso deve riposizionare l'arto per risolvere il problema acuto, ma spesso questo non rappresenta una soluzione definitiva. Quando la spalla si disloca rompe infatti sempre qualcosa,

con il conseguente rischio di incappare in un secondo, terzo, quarto episodio... Per compiere delle valutazioni oggettive, la collaborazione fra traumatologo e ortopedico è necessaria fin dall'arrivo del paziente in pronto soccorso. Esistono infatti lussazioni più «semplici» per le quali, avvenuto il primo episodio, la spalla non si rilassa più e, di conseguenza, si opta per interventi di tipo conservativo. Altre, più complesse, provocano molte dislocazioni articolari. A differenza del passato, quando si aspettava molto tempo prima di operare, oggi possiamo prevedere il rischio di ulteriori lussazioni per intervenire subito chirurgicamente. Dall'analisi dei tessuti molli (capsula, legamenti) e dell'osso, ricaviamo infatti percentuali di recidiva ipotizzabili in modo abbastanza preciso».

Quali sono le patologie più frequenti per quanto riguarda la spalla?

«La spalla presenta problematiche specifiche, dal momento che si tratta di un'articolazione sospesa ed è la zona del corpo umano più mobile in assoluto. Le patologie più frequenti riguardano i tessuti molli. Le due più importanti concernono le capsule legamentose, danneggiate a seguito di lussazioni, e i tendini della cuffia dei rotatori. Di solito sono di carattere degenerativo, non traumatico, ma esistono anche patologie da usura, che possono andare dalla semplice borsite alla tendinite. Queste ultime vengono di norma trattate conservativamente».



Quali sono i suoi cavalli di battaglia?

«Per il trattamento della cosiddetta spalla instabile, ho messo a punto un particolare intervento, denominato «Bone block». Si effettua in artroscopia su pazienti che hanno lesioni legamentose ed erosioni ossee. Le ricostruzioni si praticano introducendo particolari «blocchetti» ossei, che vengono fissati alla glena, una piccola fossa situata sull'angolo laterale della scapola. Medici da tutto il mondo si rivolgono a me per imparare questa tecnica. Appena posso, io stesso mi reco all'estero (Singapore, Australia, Usa,...) per insegnarla».

La medicina è in continua evoluzione e, immagino, il vostro settore non fa eccezione. Cosa riserva il futuro?

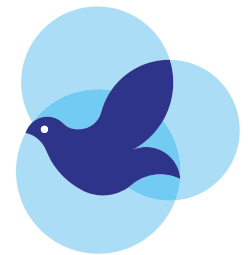
«Le evoluzioni sono sia di tipo chirurgico sia conservativo. Il futuro della medicina si gioca quasi tutto sulla biologia e la genetica. L'obiettivo è di capire come si sviluppano determinate malattie per tentare di bloccarle sul nascere, di controllarle o addirittura di guarirle prima che diventino di interesse chirurgico. Prendiamo l'esempio dell'artrosi. Al momento non possiamo bloccarla, ma solo migliorarne gli effetti finali sostituendo un'articolazione completamente degenerata con la chirurgia protesica. Se un domani trovassimo il modo di bloccarla, arriveremmo al punto di non dover più impiantare protesi. La ricerca sta andando proprio in quella direzione».

dolorose tendinose. La ricerca sta lavorando per capire se le cellule staminali mesenchimali possono migliorare la qualità di questi tendini, magari senza farli usurare ulteriormente e arrivare alla rottura. Tecnicamente, le cellule mesenchimali si ottengono con un piccolo intervento chirurgico. Bisogna infatti prelevare del grasso sottocutaneo e, con l'aiuto di appositi macchinari, estrarre le cellule che poi vengono iniettate nel paziente. Per quanto concerne le tendinose, ci sono anche altre strade da percorrere. Faccio l'esempio di un mio studio pubblicato tempo fa su un'importante rivista medica. Riguarda l'uso di determinate radiofrequenze, in grado di migliorare l'angiogenesi, ovvero la formazione di vasi sanguigni all'interno di questi tendini rovinati. Purtroppo, però, tutt'oggi non esiste un trattamento che blocchi la malattia della cuffia dei rotatori. Confidiamo nella ricerca».

Le moderne protesi dell'anca si adattano alla forma naturale dell'osso.



A proposito di ricerca, si sente spesso parlare di cellule staminali. In ambito ortopedico come potrebbero essere impiegate? «Esistono malattie che tutt'oggi non trovano rimedi validi. La patologia da usura dei rotatori, ad esempio, provoca delle fastidiose e



Clinica Luganese Moncucco

Clinica Luganese Moncucco
Via Moncucco 10
6903 Lugano
Tel. +41 91 960 81 11
Fax. +41 91 966 76 31
www.moncucco.ch