

Vito Belviso, Filippo Simone, Giuseppe Solarino, Francesco Maruccia, Michelangelo Delmedico, Arianna Carlet, Biagio Moretti  
DSMBNOS e Scuola di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia,  
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", UO Ortopedia, AOU Policlinico, Bari, Italia



## Introduzione

L'artroprotesi d'anca è il trattamento più indicato nella frattura scomposta del collo femore; l'endoprotesi bipolare è considerata nei pazienti di età avanzata e con scarse richieste funzionali.

Anche in mani esperte essa non è scevra da possibili complicanze a breve-medio termine: infezione, lussazione e frattura peripotesica le più comuni fra queste e certamente di sfida per il chirurgo per le possibili catastrofiche conseguenze.

Spesso, specie l'infezione, richiede la revisione dell'impianto: malgrado ciò sia fatto, comunque il rischio di persistenza dell'infezione è stimato nel 50-74% dei casi.

La lussazione entro un anno è descritta fino al 10% degli impianti, le fratture femorali peripotesiche a circa l'1%, rappresentando la fissazione biologica dello stelo un fattore di rischio per quelle intraoperatorie.

Il trattamento delle fratture peripotesiche è complesso, richiede un'accurata pianificazione e prevede una riduzione aperta e la sintesi interna o la revisione dell'impianto; tutto ciò configura un procedimento complesso, costoso ed associato a rischi di complicanze sistemiche e locali.

Il nostro case-report tratta di una lussazione di endoprotesi di anca dx su recente frattura peripotesica in pz con tramite fistoloso secernente su pregressa cicatrice chirurgica.

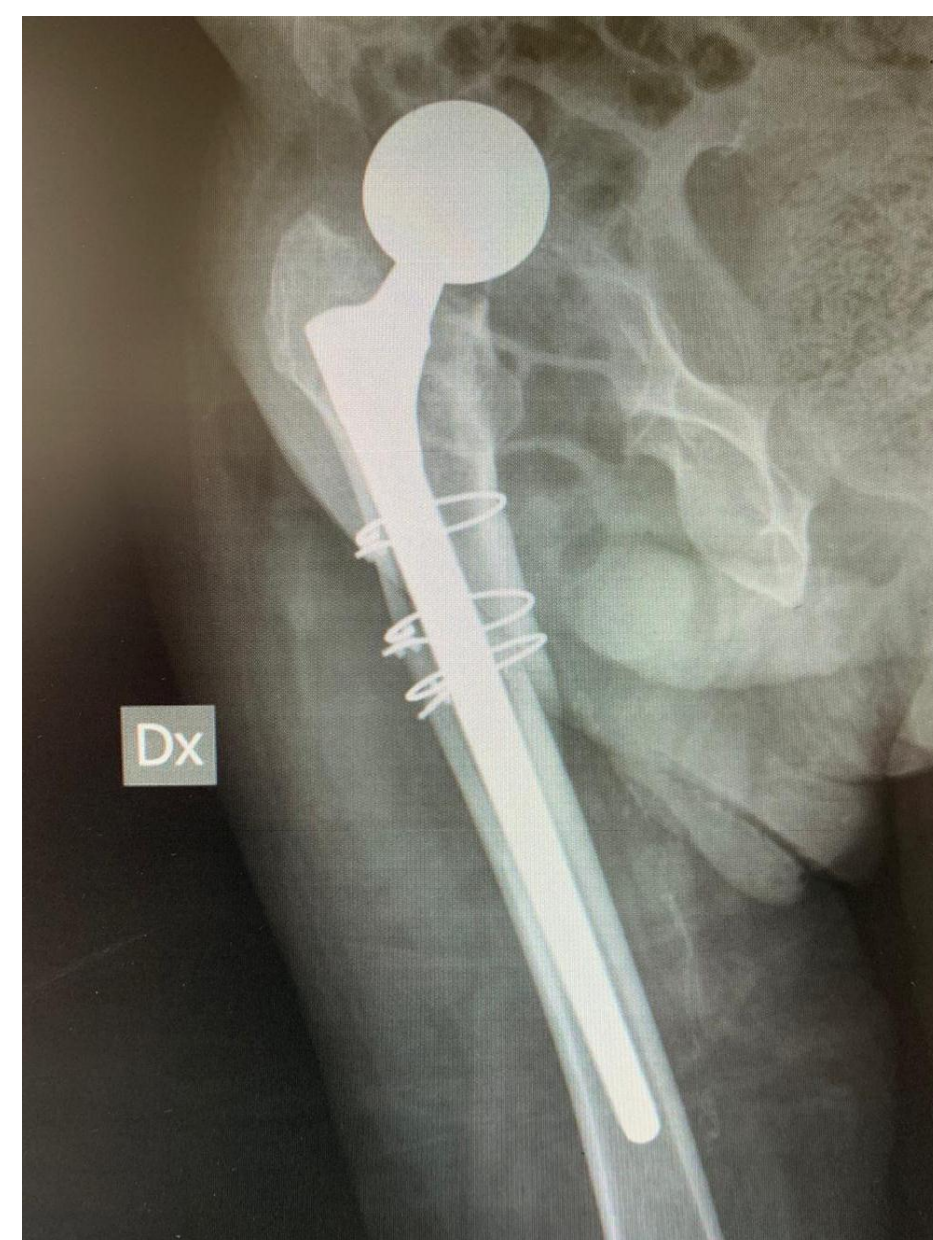
## Materiali e Metodi

Uomo, 79 aa, cardiopatico, diabetico e con insufficienza renale cronica, operato a maggio 2019 presso altro presidio ospedaliero di endoprotesi con stelo non cementato per frattura del collo femorale a destra e rioperato dopo tre settimane per frattura peripotesica, utilizzando tre cerchiaggi metallici.

Giunge alla nostra osservazione a luglio 2019 per "lussazione endoprotesi anca dx in paziente con IRC" dopo consulenza in reparto internistico.

All'esame clinico presenta un tramite fistoloso secernente in corrispondenza della cicatrice chirurgica, l'arto inferiore destro appare accorciato e ruotato senza segni di deficit vascolo-nervoso periferici.

L'esame radiografico evidenzia la lussazione dell'impianto protesico rappresentato dalla cupola biarticolare su stelo Wagner e 3 cerchiaggi per sintesi di frattura peripotesica.



Rx pre-op

## Risultati

Il paziente viene sottoposto, al termine dell'iter diagnostico-strumentale, a revisione in unico tempo con impianto di artroprotesi totale di anca con cotile a doppia mobilità con cemento antibiotato e stelo a collo modulare con cemento antibiotato Refobacin Revision Zimmer Biomet.

Tale soluzione chirurgica ha avuto il vantaggio:

1. di non dover eseguire una ripresa della osteosintesi, con placca e viti ed eventuale augmentation con stecca d'osso omoplastico per la recente frattura peripotesica;
2. di non utilizzare uno spaziatore antibiotato a stelo lungo, nelle more di una revisione in due tempi;
3. di poter risolvere l'instabilità dell'impianto utilizzando una coppa a doppia mobilità;
4. di provare a eradicare l'infezione con l'utilizzo di cemento addizionato di doppio antibiotico (vancomicina e gentamicina).



Rx post-op

## Conclusioni



All'ultimo follow-up clinico e radiografico, a quattro mesi dalla revisione effettuata, il paziente deambula con doppio appoggio e l'artroprotesi appare in sede senza segni di scollamento o instabilità e senza segni clinico-strumentali di reinfezione peripotesica.

Le principali complicanze di una revisione di protesi di anca ossia frattura, lussazione e infezione, sono il tema di questo case report: la peculiarità è nell'associazione di tutte e tre le suddette complicanze, sincrone in un unico paziente, peraltro affetto da varie comorbidità.

La scelta di una opzione radicale in un unico tempo, pur ad un follow-up breve, si è al momento rivelata risolutiva e vincente.

## Bibliografia

1. Buchholz HW, Elson RA, Engelbrecht E, Lodenkamper H, Rottger J, Siegel A. Management of deep infection of total hip replacement. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 1981;63-B(3):342-353
2. Lewinnek GE, Lewis JL, Tarr R, Compere CL, Zimmerman JR. Dislocations after total hip-replacement arthroplasties. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 1978;60:217-220
3. Ko LM, Hozack WJ. The dual mobility cup: What problems does it solve? *Bone Joint J*. 2016 Jan 1;98(1 Suppl. A):60-63
4. Schwarzkopf R, Oni JK, Marwin SE. Total hip arthroplasty periprosthetic femoral fractures: A review of classification and current treatment. *Bulletin/Hospital for Joint Diseases*. 2013;71:68-78