

## Trattamento dell'Impingement Femoro-Acetabolare

**L'Impingement Femoro-Acetabolare, causa frequente e talvolta misconosciuta di dolore all'anca, necessita quasi sempre di trattamento, alternativamente si realizza un'evoluzione negativa sia nel breve termine (dolore che cresce) che nel lungo termine (artrosi precoce). Sono state recentemente sviluppate tecniche chirurgiche poco invasive che consentono di risolvere il problema con un ritorno relativamente rapido all'attività "normale" (inclusa l'attività sportiva).**

L'Impingement Femoroacetabolare è una frequente e talvolta misconosciuta causa di dolore all'anca ([vedi pagina dedicata all'Impingement su questo sito](#)). Il trattamento non chirurgico dell'Impingement Femoro-Acetabolare, ovvero solo con farmaci sintomatici e riposo, è da riservare a casi estremamente lievi di pseudoimpingement infiammatorio, che si risolvono rapidamente.

In tutti gli altri casi il trattamento corretto è sempre chirurgico; infatti trascurando il problema si assiste non solo ad un'evoluzione sfavorevole nel breve termine, ovvero il dolore non si risolve (se non talvolta per brevi periodi con il trattamento con farmaci antalgici), ma anche nel lungo termine con un'evoluzione in artrosi e la necessità di intervento precoce di impianto di protesi d'anca.

La scelta di quale intervento sia opportuno dipende innanzitutto dal grado di degenerazione articolare presente nel momento in cui viene posta la diagnosi. Se la degenerazione articolare è già molto avanzata l'unico trattamento giustificato è [la sostituzione protesica \(vedi pagina dedicata su questo sito\)](#). Nel caso di pazienti giovani è opportuno dilazionare l'intervento finché possibile ricorrendo a vari trattamenti non chirurgici, quali [le infiltrazioni eco-guidate \(di Acido Ialuronico vedi pagina dedicata su questo sito\)](#) ed il [Trattamento a Radiofrequenze Pulsate - PRF \(vedi pagina dedicata su questo sito\)](#).

Se la patologia viene identificata precocemente è possibile un trattamento chirurgico conservativo atto a eliminare le cause del conflitto e a ridelineare l'anatomia dell'articolazione.

Gli obiettivi del trattamento chirurgico sono i seguenti:

- rimuovere le formazioni esuberanti dal collo
- riparare il labbro acetabolare
- correggere la prominenza ossea acetabolare

Esistono tre differenti approcci chirurgici al problema, ognuno dei quali è nato per ovviare ai problemi del precedente.

Il primo ad essere sperimentato in Svizzera dal Professor Ganz è la chirurgia “aperta” con “lussazione chirurgica” della testa del femore. Si tratta di un intervento molto invasivo, che costringe il paziente ad un lungo periodo di astensione dal carico postoperatorio per la guarigione di molti “tagli” che vengono effettuati sull’osso (in inglese “throcanteric flip”) ed i tessuti molli; comporta anche l’impianto di mezzi di sintesi (viti). Si tratta di una tecnica delicata che può dare risultati molto buoni nelle mani di chirurghi particolarmente esperti del problema.

Per ridurre l’invasività in seguito è stato sviluppato un approccio integralmente artroscopico, il cui principale limite è la possibilità di non essere in grado di “raggiungere” tutte le strutture ossee che andrebbero trattate (bump posteriore). Un ulteriore limite di questo approccio è la non possibilità di mantenere la “trazione” sulla gamba per un tempo prolungato, costringendo talvolta il chirurgo ad interrompere la procedura ad un certo momento. L’invasività di questo approccio è comunque molto limitata, consentendo un recupero ben più rapido rispetto alla tecnica aperta sopra descritta.

Infine la tecnica di più recente sviluppo è la tecnica miniopen, eventualmente “mista” artroscopica + miniopen, sviluppata inizialmente dal dott. Ribas di Barcellona; in seguito una variante molto efficace è stata descritta dal prof. Parvizi di Philadelphia. Si tratta di trattare con una piccola incisione in regione interamente “internervosa”, ovvero evitando di sezionare tessuti pregiati, per esempio i muscoli vengono solo “spostati”. L’incisione risulta essere in certi casi di soli 5-6 cm.

I tempi di recupero postoperatori sono uguali alla tecnica artroscopica, consentendo di cominciare a camminare subito (stampelle per 10 giorni) ed il ritorno allo sport dopo circa 1 mese (3 mesi per sport di elevato impegno agonistico).

I risultati sono buoni ed ottimi in oltre il 90% dei casi se il conflitto è in fase iniziale. I casi con artrosi più avanzata possono avere risultati inferiori ed il bilancio di rischi e benefici deve essere discusso tra chirurgo e paziente.