

# Vie d'accesso al femore

X. Roussignol  
S. Le Pape

**Riassunto.** – I recenti progressi nel campo del materiale di osteosintesi con placca, l'utilizzo di viti a stabilità angolare e l'incremento di fratture periprotetische (anca e ginocchio) fanno sì che i giovani chirurghi riscoprano la via di accesso laterale del femore, sia per gli interventi più estesi sia per la chirurgia mini-invasiva. L'accesso laterale crea pochi problemi tecnici ma è necessario conoscerne l'estensione distale in caso di trattamento di fratture del femore irradiate alla zona epifisaria. Il rischio è soprattutto emorragico, in caso di mancata legatura dei vasi che attraversano la parete intermuscolare laterale. La via di accesso interna distale è utilizzata generalmente per la realizzazione di osteotomie per la correzione di vizi di consolidazione e le sintesi complementari del pilastro interno. L'accesso anteriore non è più utilizzato in traumatologia di prima intenzione, ma può esserlo in chirurgia oncologica nella resezione di tumori spesso estesi alla zona epifisaria distale (resezione/protesi). La sola via di accesso difficile è la via di accesso posteriore, generalmente utilizzata per il trattamento delle pseudoartrosi e delle osteiti dopo fallimento dell'accesso chirurgico anteriore. È necessario isolare il nervo femorale cutaneo posteriore e il nervo sciatico che possono essere lesi, soprattutto se il paziente è stato operato più volte. È assolutamente obbligatorio pianificare la via di accesso in funzione della regione diafisaria da trattare, al fine di passare all'esterno oppure all'interno del bicipite crurale.

**Parole chiave:** femore, diafisi, frattura, pseudoartrosi, osteotomia, osteosintesi con placca.

## Introduzione

Il femore è un segmento osseo la cui descrizione delle vie di accesso è stata direttamente correlata all'evoluzione dei materiali di osteosintesi e del materiale ausiliario protesico.

Fino alla metà del XX secolo, la protesi totale d'anca era aneddotica e la protesi di ginocchio non esisteva. I materiali utilizzati per la traumatologia (cerchiaggio, placca di piccole dimensioni) non erano sufficientemente rigidi e le complicanze postoperatorie erano frequenti (osteite, pseudoartrosi). Si raccomandava all'epoca il trattamento ortopedico di estensione continua dell'arto inferiore. L'accesso al femore veniva utilizzato solamente per gestire le complicanze delle fratture.

A partire dal 1940, il dottor Gerhard Küntscher diffuse l'inchiodamento endomidollare per il trattamento delle fratture della diafisi femorale. Il posizionamento del chiodo avveniva inizialmente in chirurgia aperta, con tecnica "su e giù" utilizzando un accesso laterale. Il miglioramento del materiale ausiliario e l'utilizzo sempre più fre-

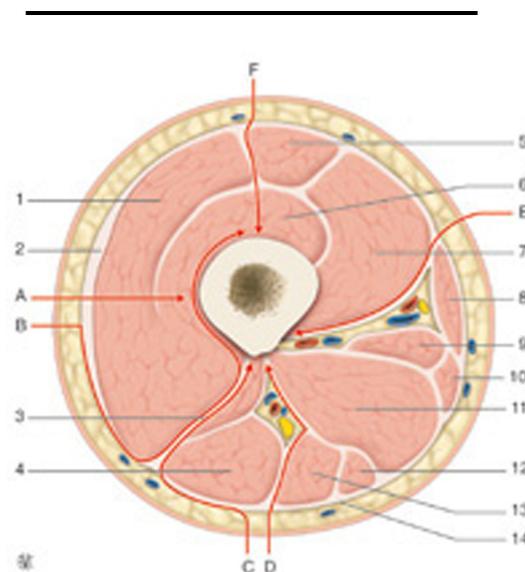
quente degli amplificatori di brillantezza hanno poi permesso la realizzazione dell'inchiodamento a focolaio chiuso, con chiodo anterogrado ma anche retrogrado.

L'accesso al femore in zona diafisaria veniva all'epoca utilizzato solamente in caso di difficoltà di riduzione, oppure di passaggio del filo guida, attraverso il tratto ileotibiale e il vasto laterale.

Il trattamento recente delle fratture periprotetische (anca e ginocchio) e il miglioramento degli impianti (placche con viti a stabilità angolare) hanno riportato in auge le indicazioni di osteosintesi con placca per la faccia laterale della diafisi femorale, sia con tecnica classica (accesso laterale esteso) sia in chirurgia mini-invasiva.

La traumatologia femorale resta una delle cause più frequenti di patologie postintervento. La gestione talvolta complessa delle pseudoartrosi e delle osteiti obbliga alla conoscenza di vie di accesso mediali e posteriori. Le vie di accesso laterali e interne distali sono indispensabili per la correzione dei vizi di consolidazione del femore distale (osteotomie), sia congeniti sia post-traumatici.

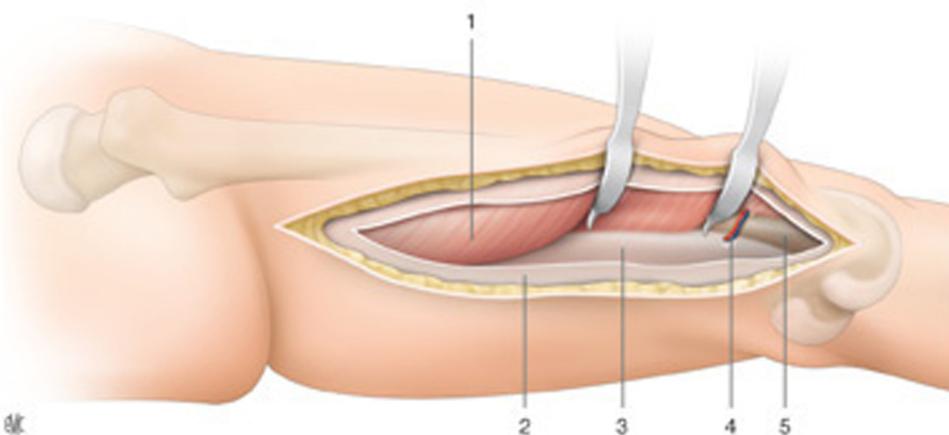
Le vie di accesso anteriori hanno indicazioni eccezionali, poiché emorragiche e con tendenza alla rigidità. Conservano indicazioni nelle patologie tumorali del femore o delle parti molli anteriori (Fig. 1).



**1** Sezione terzo inferiore-terzo medio della coscia: vie di accesso al femore. A. Via laterale diretta (aiuto nella riduzione della frattura, passaggio del filo guida). B. Via posterolaterale. C. Via posteriore (Evrard). D. Via posteriore (Bosworth). E. Via mediale. F. Via anteriore. 1. Muscolo vasto laterale. 2. Tratto ileotibiale. 3. Parete intermuscolare laterale. 4. Bicipite crurale. 5. Muscolo retto della coscia. 6. Muscolo crurale. 7. Muscolo vasto mediale. 8. Muscolo sartorio. 9. Muscolo medio adduttore. 10. Muscolo retto interno. 11. Muscolo grande adduttore. 12. Muscolo semitendinoso. 13. Muscolo semimembranoso. 14. Aponeurosi superiore della coscia.

X. Roussignol (xavier.roussignol@chu-roen.fr).  
S. Le Pape.

Service de chirurgie orthopédique, traumatologique et chirurgie de la main,  
CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France.



2 Via di accesso laterale. 1. Muscolo vasto laterale. 2. Tratto ileotibiale. 3. Parete intermuscolare laterale. 4. Vasi perforanti. 5. Femore distale.

## Via di accesso laterale in zona diafisaria

### INDICAZIONE

È utilizzata per le osteosintesi con placca della faccia laterale della diafisi [1, 2]. Permette inoltre nel quadro delle pseudoartrosi diafisarie un apporto corticospongioso o una decorticazione osteomuscolare secondo Judet. La parte inferiore di questa via di accesso può essere utilizzata per realizzare un'osteotomia del femore.

### POSIZIONAMENTO

Il posizionamento si effettua senza laccio pneumatico, sia in decubito supino, con un cuscino sotto il gluteo omolaterale, sia in decubito laterale. L'accesso laterale del femore per realizzare un'osteotomia si pratica unicamente in decubito supino. Si posiziona un telo a U alla radice della coscia. L'arto inferiore deve restare libero per realizzare le manovre di riduzione e i controlli radiografici operatori.

Il posizionamento sul letto da riduzione è possibile in caso di frattura comminuta della diafisi femorale (la trazione meccanica mette in asse il femore) e per realizzare un'osteosintesi con placca in chirurgia mini-invasiva. Una trazione transcondiloidea è preferibile a una trazione con scarpone poiché evita il recurvatum nella regione del focolo di frattura, legato al peso dell'arto. La trazione transcondiloidea evita inoltre di esercitare tensioni al ginocchio o alla tibia in caso di lesioni associate. L'arto controlaterale è in posizione ginecologica su una staffa di Goepfel per permettere il posizionamento di un amplificatore di brillantezza di fronte e di profilo. L'operatore deve verificare, qualsiasi sia la posizione scelta, la possibilità di realizzare con l'amplificatore di brillantezza

za immagini della frattura nelle due proiezioni.

### ACCESSO

Si inizia con un'incisione cutanea laterale su misura per la placca di osteosintesi e compatibile con le parti molli del paziente. Successivamente si incide lungo il suo asse il tratto ileotibiale prendendo come riferimento l'apice del gran trocantere e l'epicondilo laterale. Bisogna reperire il piano di clivaggio tra la parete intermuscolare laterale e il vasto laterale scollando dall'alto al basso la faccia profonda del tratto ileotibiale. Per esporre il muscolo vasto laterale può essere utilizzato un divaricatore autostatico. Bisogna seguire la parete intramuscolare laterale fino alla linea aspra e poi scollare la faccia laterale del femore distale verso il prossimale e da dietro in avanti per posizionare una leva di Hohmann smussa che sposterà in avanti le fibre muscolari del quadricipite. Sarà necessario legare alcune arterie perforanti, al fine di evitarne la retrazione dietro la parete intermuscolare laterale. L'esposizione della diafisi femorale può avvenire tramite divaricatori autostatici o tramite leve di Hohmann smusse che permettono di controllare la pressione esercitata sulle fibre muscolari del quadricipite (Fig. 2).

Alla fine dell'intervento, il muscolo vasto laterale viene semplicemente riabbassato, ritirando i divaricatori. Si raccomanda il posizionamento di un drenaggio in aspirazione tra il vasto laterale e il tratto ileotibiale che verrà chiuso accuratamente per scongiurare il rischio di ernia muscolare. In traumatologia, in presenza di un edema muscolare importante del muscolo quadricipite, è talvolta impossibile la chiusura della fascia lata. In tal caso è meglio lasciare parzialmente aperta la fascia nella sua parte mediana creando "un'ernia muscolare larga".

## Via di accesso laterale in zona diafisaria estesa al ginocchio

### INDICAZIONE

È utilizzata per le osteosintesi con placca laterale delle fratture della diafisi del ginocchio irradiate alla regione metafisioepifisaria distale [3].

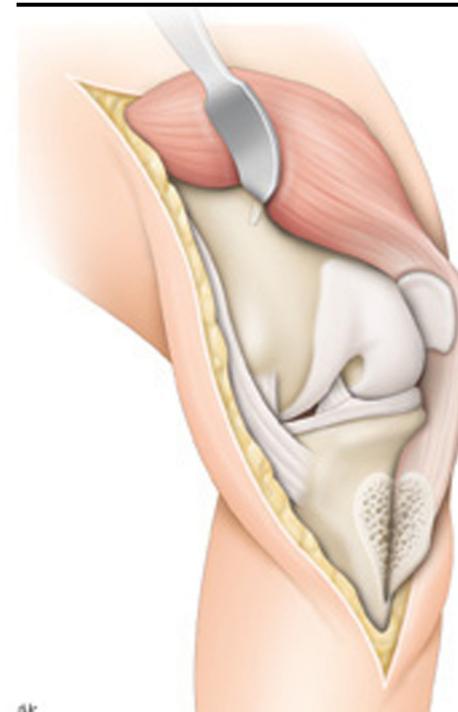
### POSIZIONAMENTO

Il posizionamento avviene in decubito supino, con un cuscino sotto il gluteo omolaterale, senza laccio pneumatico alla radice dell'arto inferiore. Un telo a U alla radice della coscia permette di mobilizzare completamente l'arto inferiore. Un cuscinetto a rullo deve essere posto sotto il ginocchio, appena sopra il cavo popliteo (assenza di compressione diretta del pacchetto vascolonervoso) per permetterne la flessione e distendere così i muscoli gastrocnemi (per evitare il recurvatum epifisario).

L'amplificatore di brillantezza è posizionato in modo da poter realizzare in perioperatorio dei controlli di fronte e di profilo della riduzione e dell'osteosintesi. In funzione del tipo di apparecchio radiologico e delle dimensioni del paziente, il controllo in laterale potrà realizzarsi passando l'arco dell'amplificatore al di sopra o al di sotto del tavolo operatorio.

### ACCESSO

L'incisione cutanea nella zona diafisaria del ginocchio è identica a quella effettuata



3 Accesso laterale esteso al ginocchio con osteotomia della tuberosità tibiale anteriore.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284645>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284645>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)