



NECROSI AVASCOLARE (AVN)

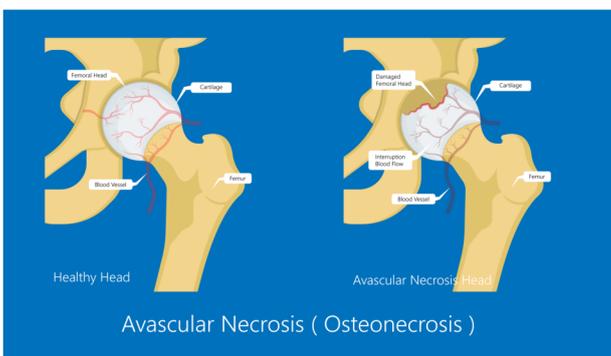
DEFINIZIONE

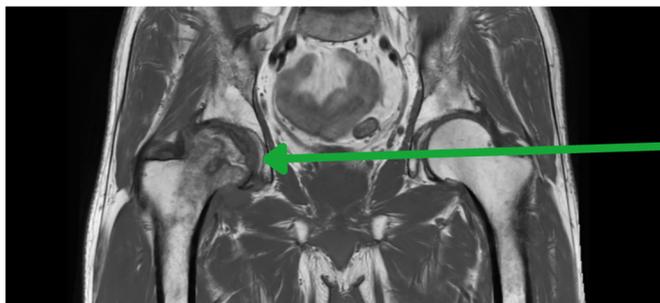
L'interruzione temporanea o permanente dell'apporto di sangue alla testa del femore può provocare danni di vario grado. In assenza di apporto di sangue, le cellule ossee non sono in grado di sopravvivere e di conseguenza l'osso può sfaldarsi (osteonecrosi o necrosi avascolare). La testa del femore inizia a collassare e ad appiattirsi, perdendo la sua normale forma arrotondata, e l'articolazione dell'anca non è in grado di muoversi normalmente, con conseguente dolore e rigidità. Nei casi in cui le cellule ossee sono state distrutte, anche la cartilagine sovrastante può iniziare ad usurarsi e può insorgere una grave artrosi. L'unico trattamento possibile è la sostituzione totale dell'anca.

PATIENT INFORMATION FACT SHEET

L'AVN è più comune nei maschi e, sebbene si manifesti più spesso a carico della testa del femore, può coinvolgere il ginocchio, il calcagno e la testa omerale (spalla), nonché, molto raramente, il polso e la mascella. La diagnosi precoce è essenziale per prevenire il collasso della testa del femore, che richiederebbe una protesi totale dell'anca. Può insorgere a qualsiasi età e quando si manifesta nei bambini è meglio conosciuta come "malattia di Legg-Calve-Perthes" (o semplicemente "malattia di Perthes"). Nei bambini, tuttavia, l'interruzione dell'apporto di sangue finisce per recuperare spontaneamente, con un processo che dura dai due ai cinque anni.

La causa dell'AVN non è generalmente chiara, ma esistono alcuni fattori di rischio noti, tra cui traumi recenti, uso di steroidi, malattie autoimmuni, anemia falciforme, abuso di alcol, fumo e radioterapia. Più recentemente, la COVID-19 è stata identificata come una possibile causa.





**AVASCULAR NECROSIS
CONFIRMED BY DESTRUCTION
OF BONE OF THE RIGHT
FEMORAL HEAD**



SEGNI E SINTOMI

Negli adulti, il dolore di varia intensità può essere il primo segno di qualcosa che non va. Altri sintomi possono essere:

- Zoppia
- Difficoltà a fare le scale
- Difficoltà a stare in piedi e a camminare
- Rigidità e riduzione dell'arco di movimento

DIAGNOSI

In seguito a un'anamnesi dettagliata, sarà necessario eseguire una diagnostica per immagini. Nelle fasi iniziali della malattia, le radiografie non mostrano alcun cambiamento nell'osso o nell'articolazione, quindi per una diagnosi precoce si ricorre alla risonanza magnetica.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

Esistono alcuni interventi di conservazione dell'anca che possono essere utili nelle fasi iniziali della malattia, tra cui:

Decompressione del focolaio necrotico - perforazione dell'area dell'osso danneggiato per stimolare il flusso sanguigno, che può promuovere la rigenerazione ossea. Questa procedura viene talvolta combinata con l'uso del midollo osseo prelevato dal paziente, dove le cellule staminali possono stimolare ulteriormente la guarigione dell'osso. Questa procedura può essere eseguita con assistenza artroscopica.

Osteotomia femorale - procedura a cielo aperto che prevede il riposizionamento della testa del femore per eliminare la pressione del peso sull'area coinvolta dalla distruzione ossea.

Sostituzione totale dell'anca

Nelle seguenti circostanze, la sostituzione totale dell'anca sarà il trattamento preferito:

- Quando la condizione è ritenuta irreversibile a causa del collasso della testa del femore
- Fallimento di precedenti procedure conservative dell'anca
- Nei pazienti più anziani con danni più estesi all'osso e alla cartilagine che hanno portato allo sviluppo di artrosi

In pazienti più giovani con danni significativi alla testa del femore e all'acetabolo

TRATTAMENTO NON CHIRURGICO

L'uso di terapie non chirurgiche può richiedere un certo tempo prima di ottenere un sollievo dal dolore, per cui la maggior parte dei pazienti opta per l'intervento chirurgico. Le ricerche che hanno coinvolto studi medici sull'uso dell'acido alendronico e dei bifosfonati con l'obiettivo di prevenire il collasso della testa del femore e quindi di ritardare la progressione della malattia rimangono inconcludenti. Si ritiene che agiscano stimolando il metabolismo osseo e quindi guarendo la necrosi.



COSA ASPETTARSI DOPO L'INTERVENTO

- Le aspettative variano a seconda dell'intervento chirurgico effettuato e delle preferenze e raccomandazioni del chirurgo.
- Dopo la decompressione del focolaio necrotico, è probabile che il carico deambulatorio e le attività siano limitate almeno per le prime sei settimane. Durante questo periodo, un fisioterapista può consigliare e supervisionare un programma di esercizi senza carico sull'arto operato e di idrokinesiterapia. In seguito sarà possibile un ritorno graduale alla piena mobilità e alle attività, con esercizi per ripristinare il movimento, la forza e la funzionalità.
- In seguito a un'osteotomia femorale, nei primi due o tre mesi sono previste limitazioni al carico deambulatorio e alle attività fisiche. Questo varia da chirurgo a chirurgo e dipende da ciò che viene rilevato durante l'intervento e dalle tecniche eseguite. La fisioterapia può iniziare dopo l'intervento, aumentando gradualmente l'ampiezza dei movimenti, la stabilità, la forza, la mobilità e la funzione; i tempi di recupero dipendono dall'intervento chirurgico eseguito e dagli obiettivi individuali.

For further information about ISHA - The Hip Preservation Society, how to find an experienced hip preservation surgeon or physiotherapist, or to make a donation, visit www.ishasoc.net. Charity registered in England and Wales, number 199165.