

INDICE

VIE D'ACCESSO MININVASIVE

Accesso mininvasivo anteriore	14
Estensione chirurgica dell'approccio mininvasivo anteriore	52
Tecnica bikini	62
Accesso mininvasivo posteriore	80
Accesso mininvasivo laterale	102

VIE D'ACCESSO CHIRURGICHE STANDARD

Via anteriore di Smith-Petersen	118
Estensione prossimale dell'accesso secondo Smith-Petersen	128
Accesso chirurgico postero-laterale	136
Accesso laterale diretto	144
Accesso chirurgico antero-laterale secondo Watson-Jones	158
Accesso con osteotomia trocanterica	172
Accesso chirurgico posteriore	184

ACCESSI NELLA TRAUMATOLOGIA PELVICA

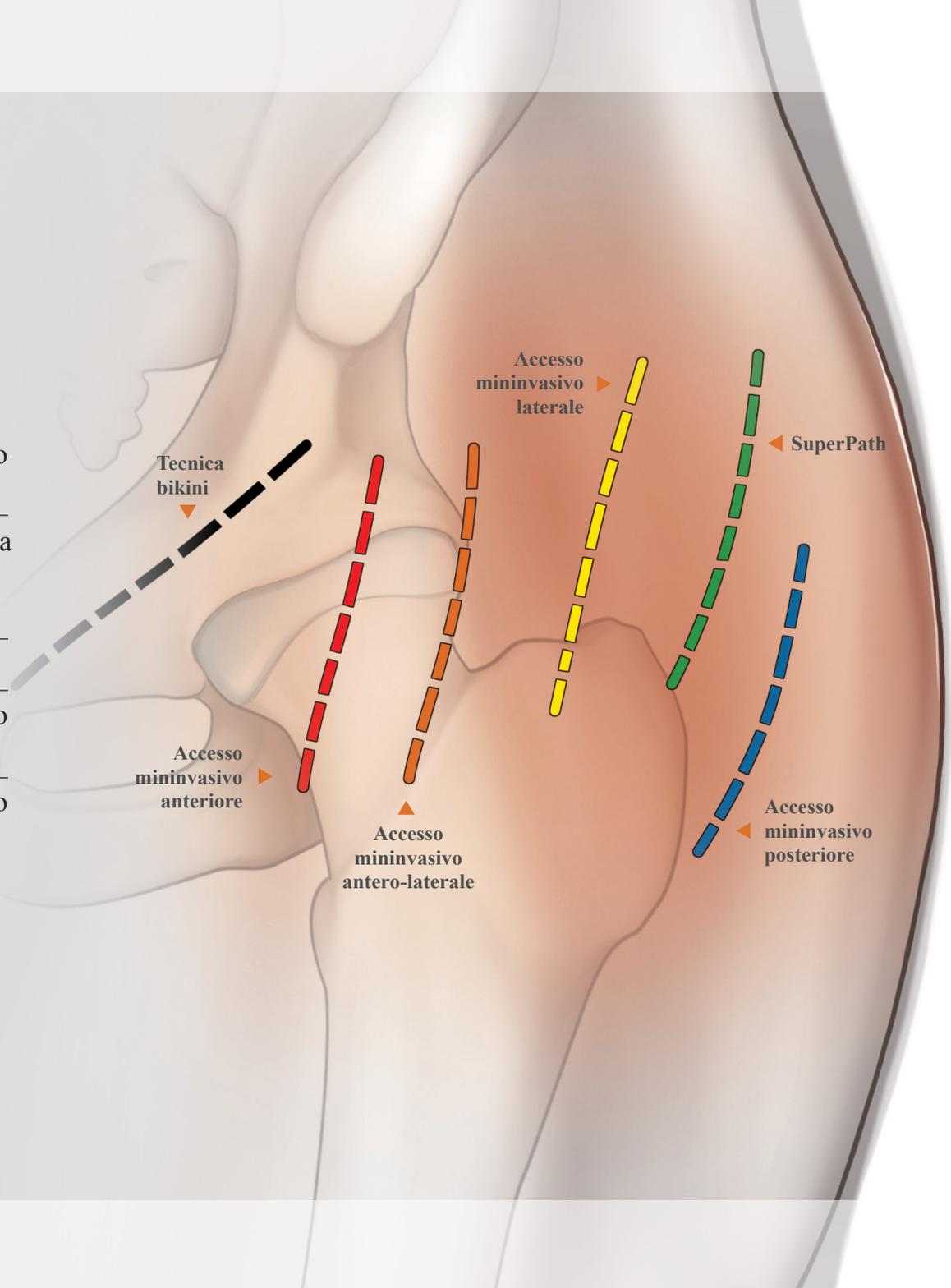
Accesso ileo-femorale secondo Judet-Letournel	204
Accesso posteriore secondo Iselin	212
Accessi chirurgici anteriori alla pelvi	222
Accesso intrapelvico anteriore	238
Accesso ileo-inguinale secondo Letournel	266
Accesso chirurgico alla sinfisi pubica	276
Accesso chirurgico alla sacro-iliaca	286

ALTRI ACCESSI

Via d'accesso mediale secondo Ludloff	296
Accesso chirurgico all'osso ischiatico	308
Artrotomia con lussazione della coxo-femorale secondo Ganz	314
Neuropatie nella chirurgia pelvica scheletrica	340
Problematiche vascolari nella chirurgia pelvica	352
Prelievi ossei dall'ala iliaca	372
Disarticolazione dell'anca	390
Accesso alla pelvi secondo Enneking	398

**VIE
D'ACCESSO
MININVASIVE**

- Accesso mininvasivo anteriore
- Estensione chirurgica dell'approccio mininvasivo anteriore
- Tecnica bikini
- Accesso mininvasivo posteriore
- Accesso mininvasivo laterale



Tecnica bikini

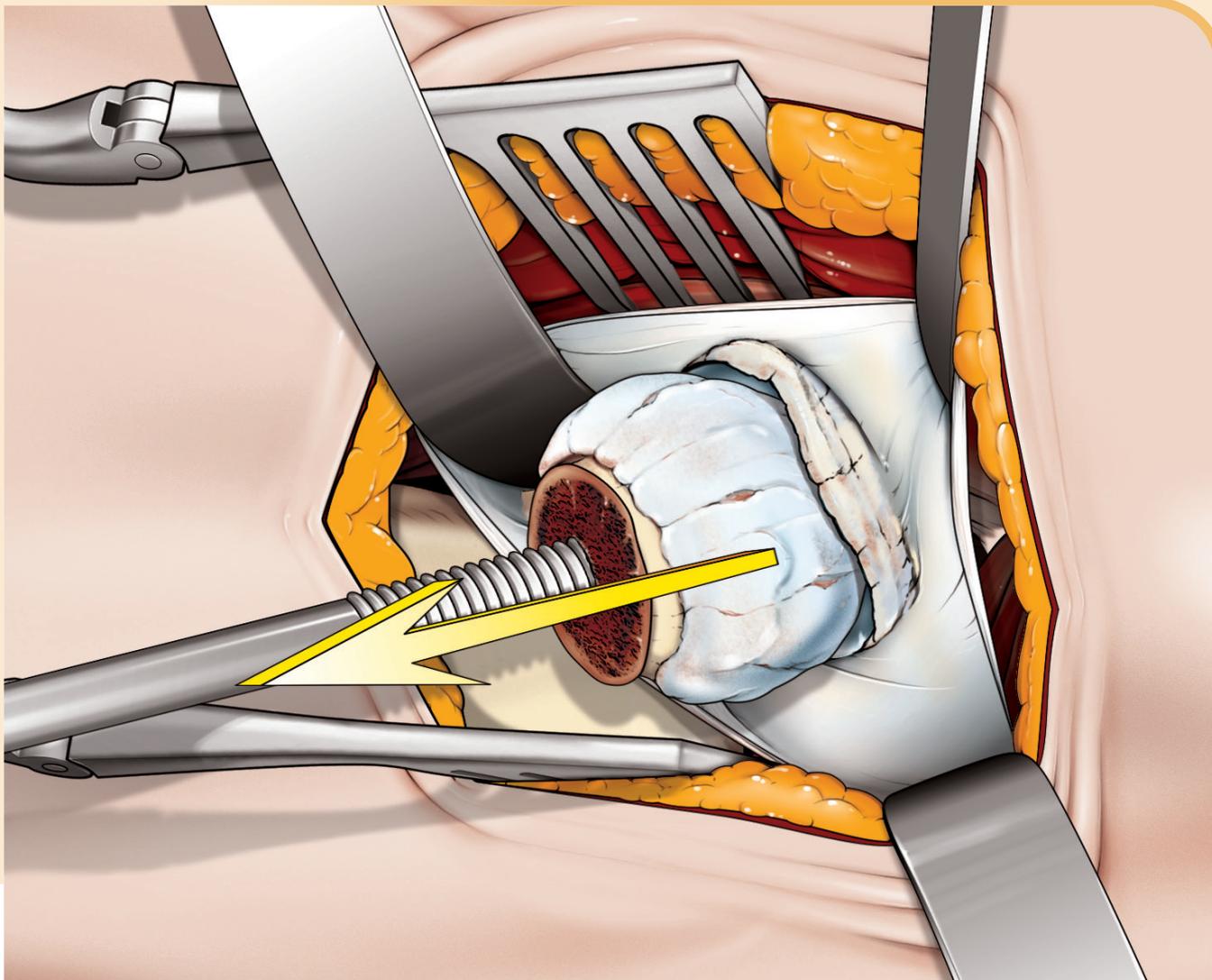
Accesso mininvasivo laterale

SuperPath

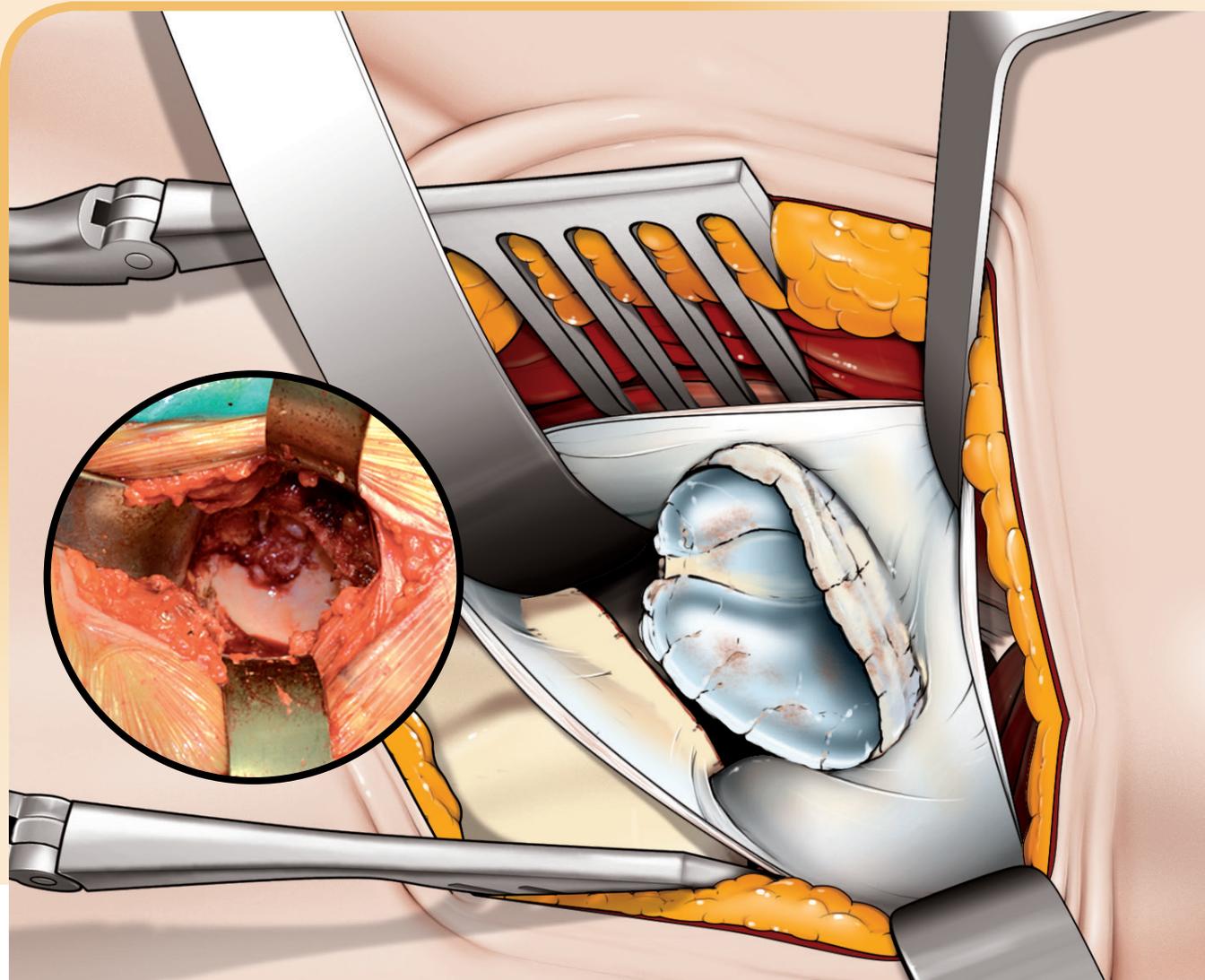
Accesso mininvasivo anteriore

Accesso mininvasivo antero-laterale

Accesso mininvasivo posteriore



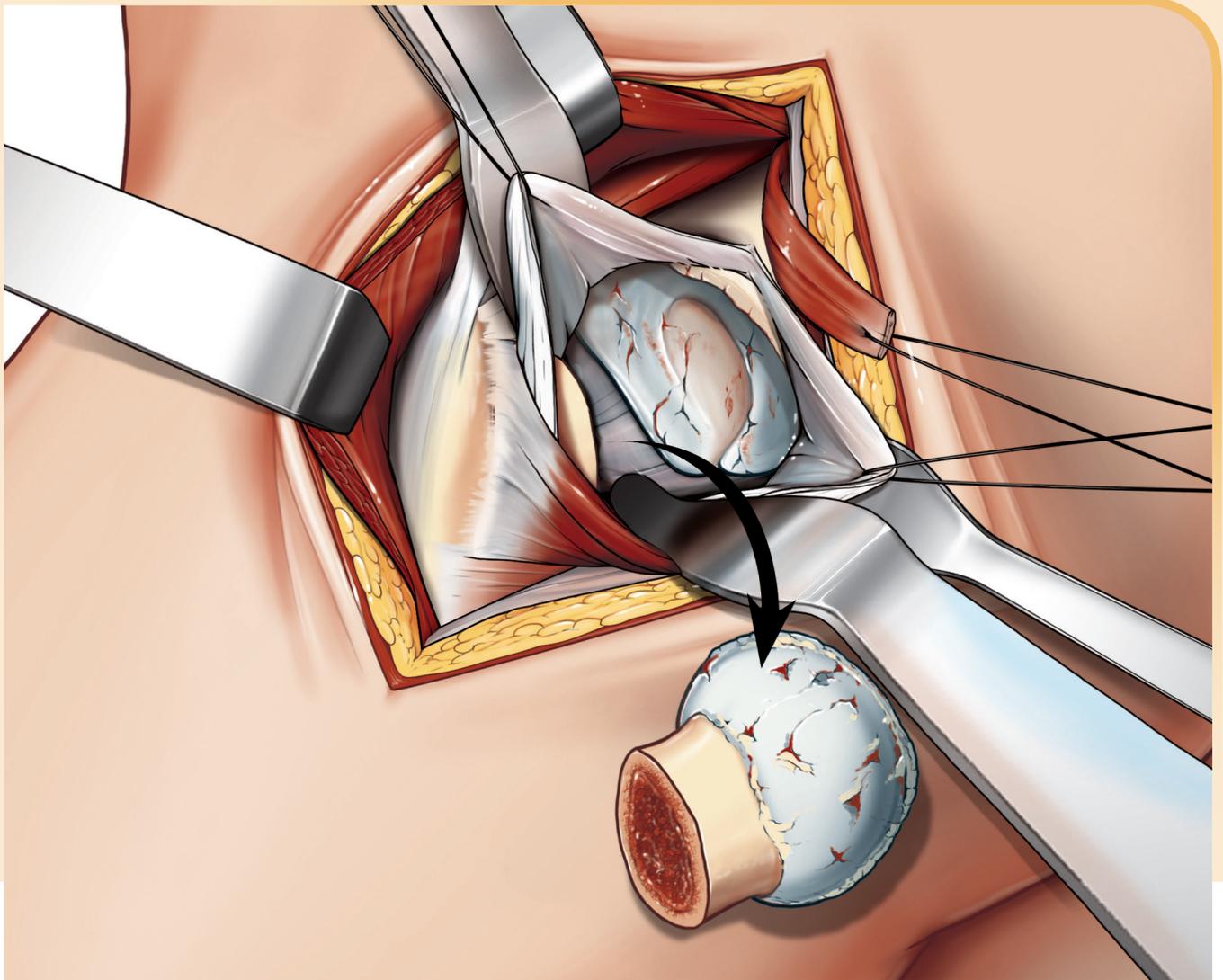
- Mediante l'apposito estrattore si asporta la testa femorale



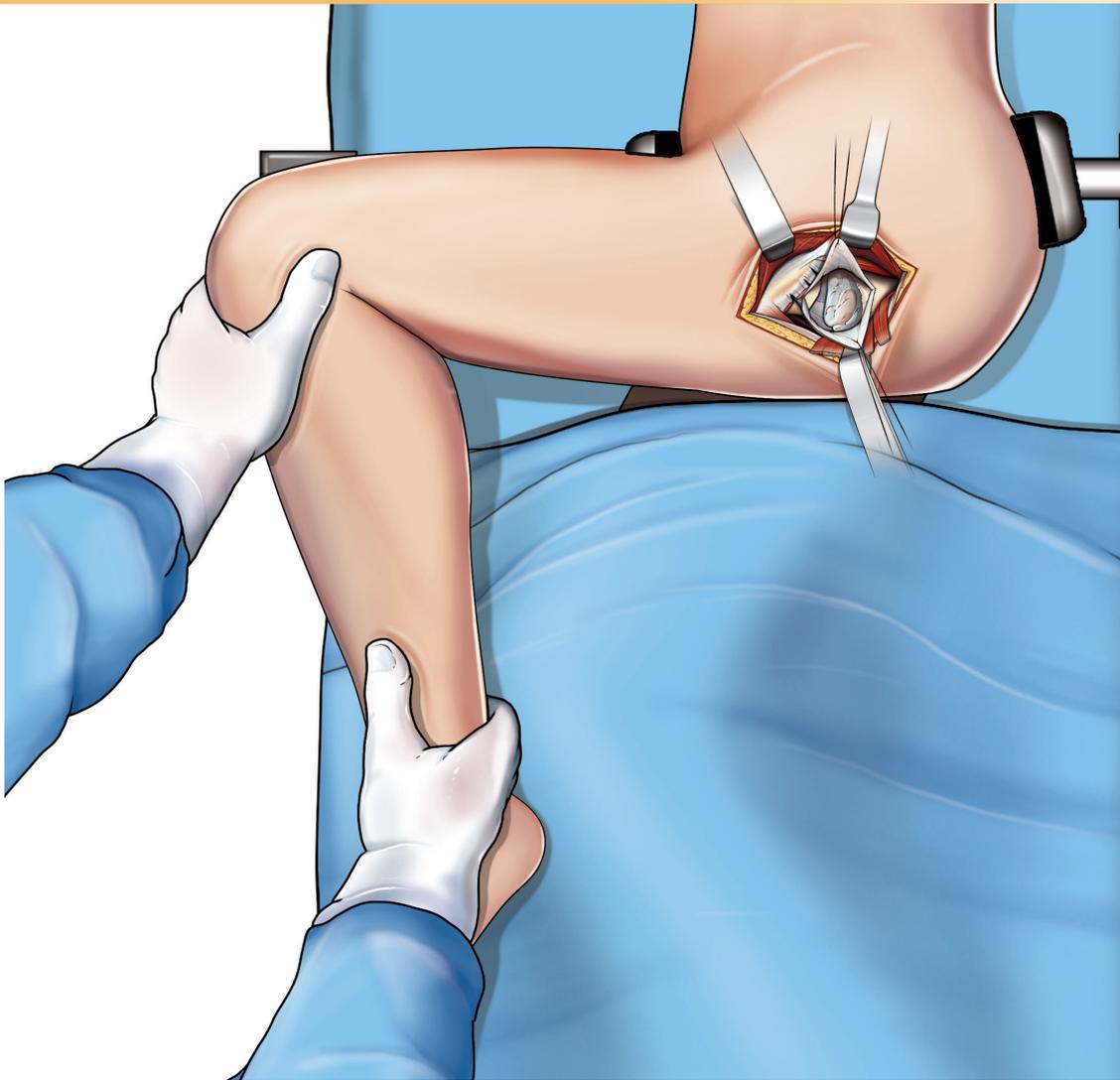
- Esposizione dell'acetabolo, che risulta agevole con l'approccio mininvasivo anteriore. Per evitare lesioni vascolari e nervose le leve (Hohmann modificate) vanno sempre poste a stretto contatto con l'osso acetabolare. Non vanno poste in eccessiva trazione e devono essere frequentemente rilasciate durante la fase di preparazione dell'acetabolo. È sconsigliato l'uso del divaricatore di Charnley per l'eccessiva tensione che esercita sulle parti molli

ACCESSO MININVASIVO POSTERIORE

Questo accesso chirurgico, anche se con una differente e più piccola incisione cutanea, replica l'originale accesso descritto da von Langenbeck e in seguito parzialmente modificato da Kocher, Gibson e Moore. Questo accesso, comunque, richiede di sezionare e retrarre i tendini dei rotatori esterni (gemelli superiore e inferiore e otturatore interno) e talvolta del piriforme, in contrasto quindi con il concetto di mininvasività (o sparing surgery).



- Asportazione della testa del femore con questa variante di tecnica chirurgica



- Controllo dei movimenti passivi dell'arto, al fine di verificare l'adeguatezza degli spazi ottenuti e necessari per l'agevole preparazione dei siti anatomici di impianto protesico. In particolare deve risultare possibile la flessione-adduzione-rotazione interna del femore per la prevalente difficoltà di esporre la parte prossimale del femore

VIE D'ACCESSO CHIRURGICHE STANDARD

● Via anteriore di Smith-Petersen

● Estensione prossimale dell'accesso secondo Smith-Petersen

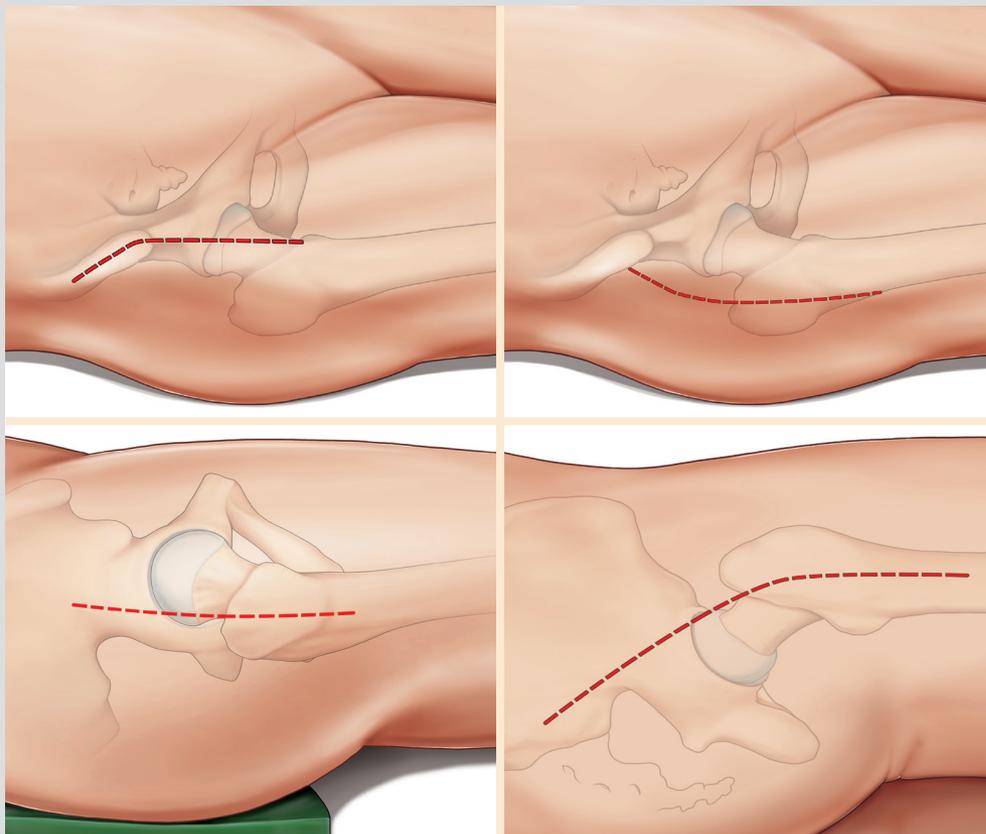
● Accesso chirurgico postero-laterale

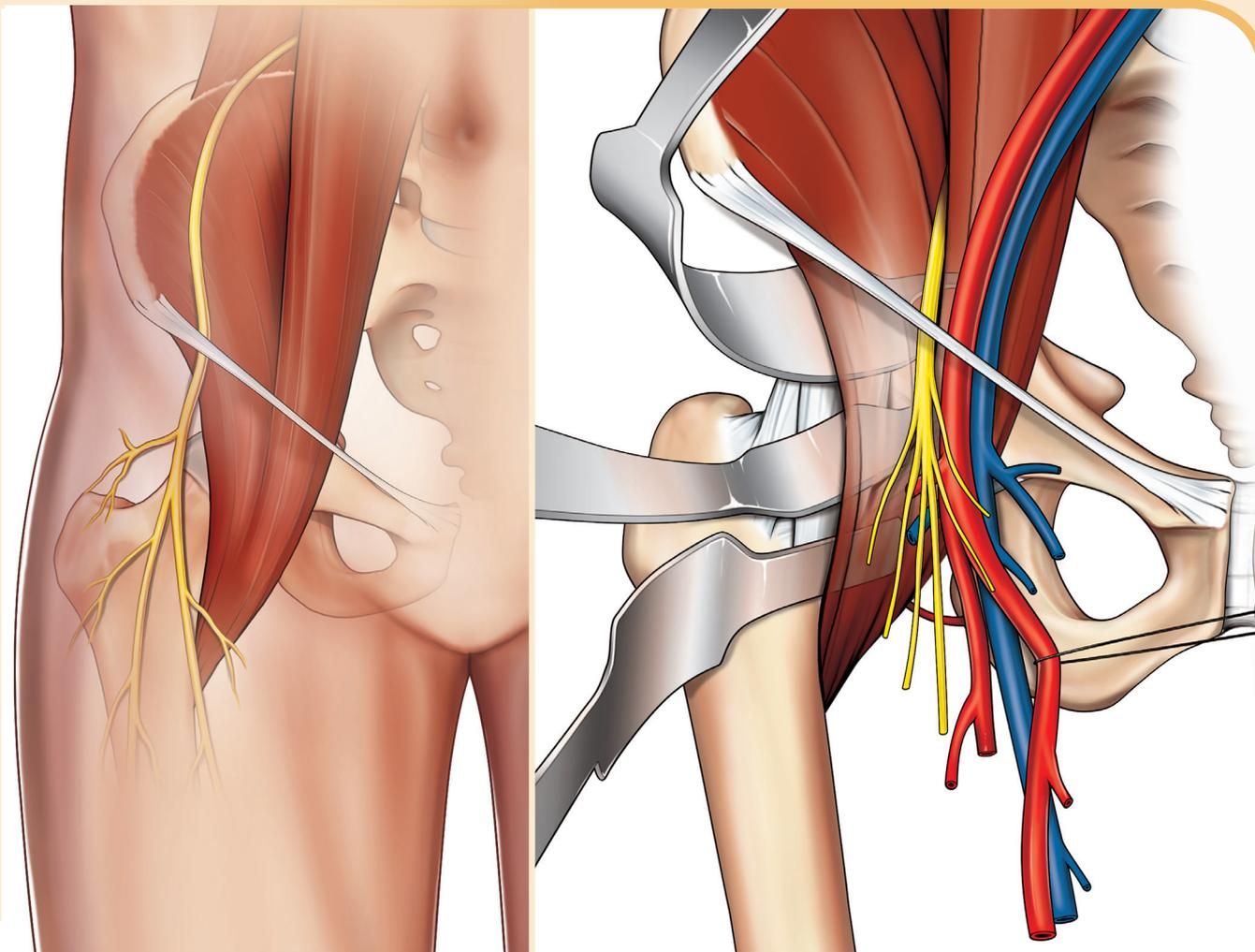
● Accesso laterale diretto

● Accesso chirurgico antero-laterale secondo Watson-Jones

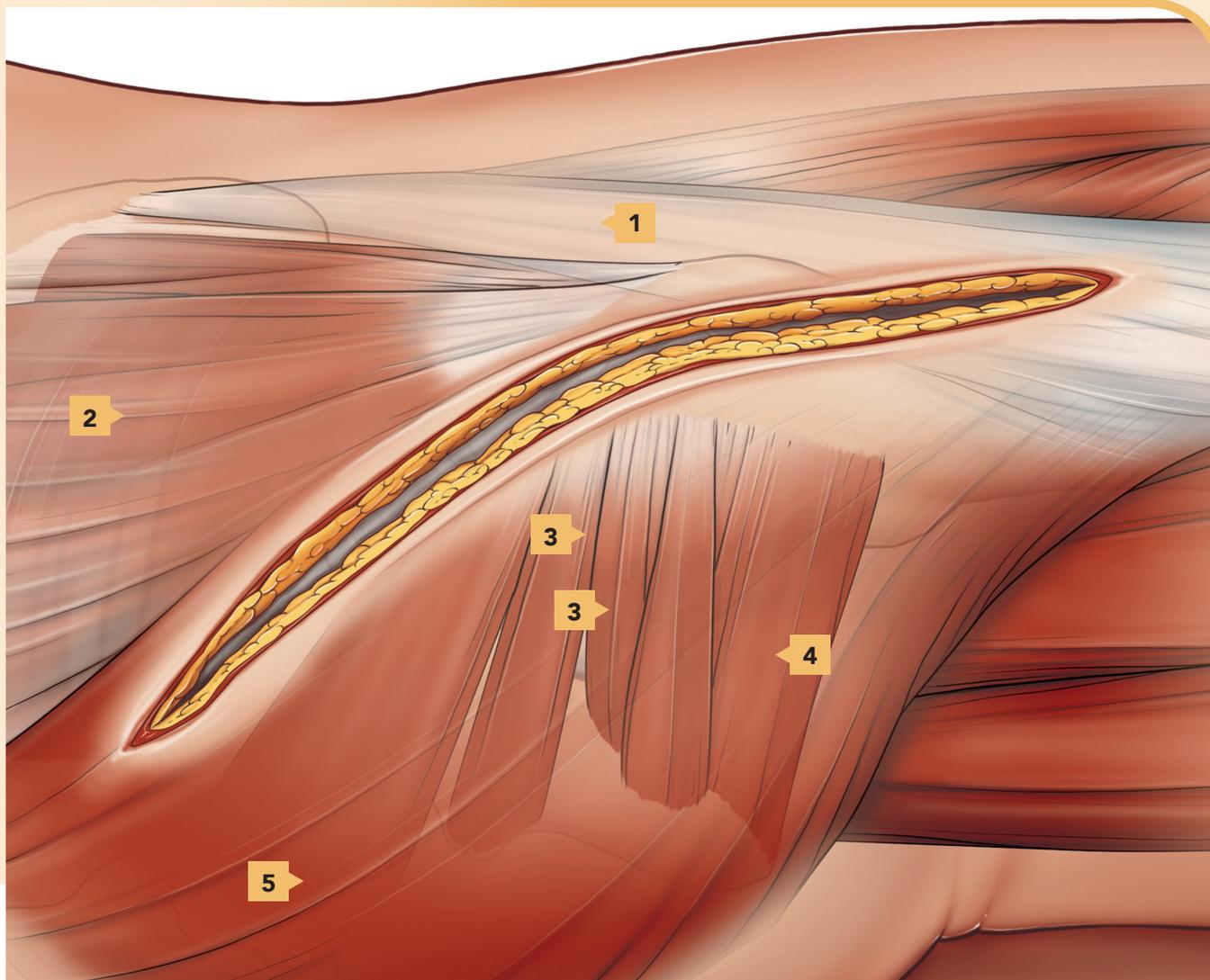
● Accesso con osteotomia trocanterica

● Accesso chirurgico posteriore





- Le strutture nervose e vascolari a rischio negli accessi chirurgici anteriori e laterali, soprattutto per l'azione lesiva diretta o per la tensione determinata dai divaricatori (i vasi femorali, il nervo femoro-cutaneo laterale e il nervo femorale)

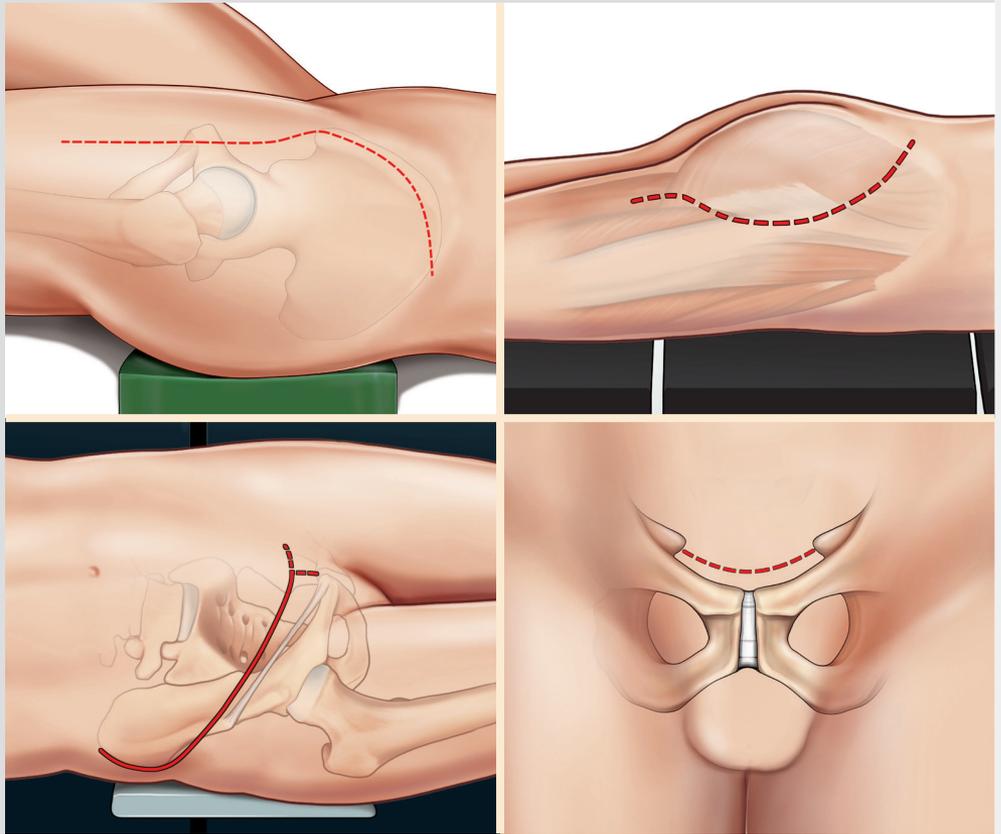


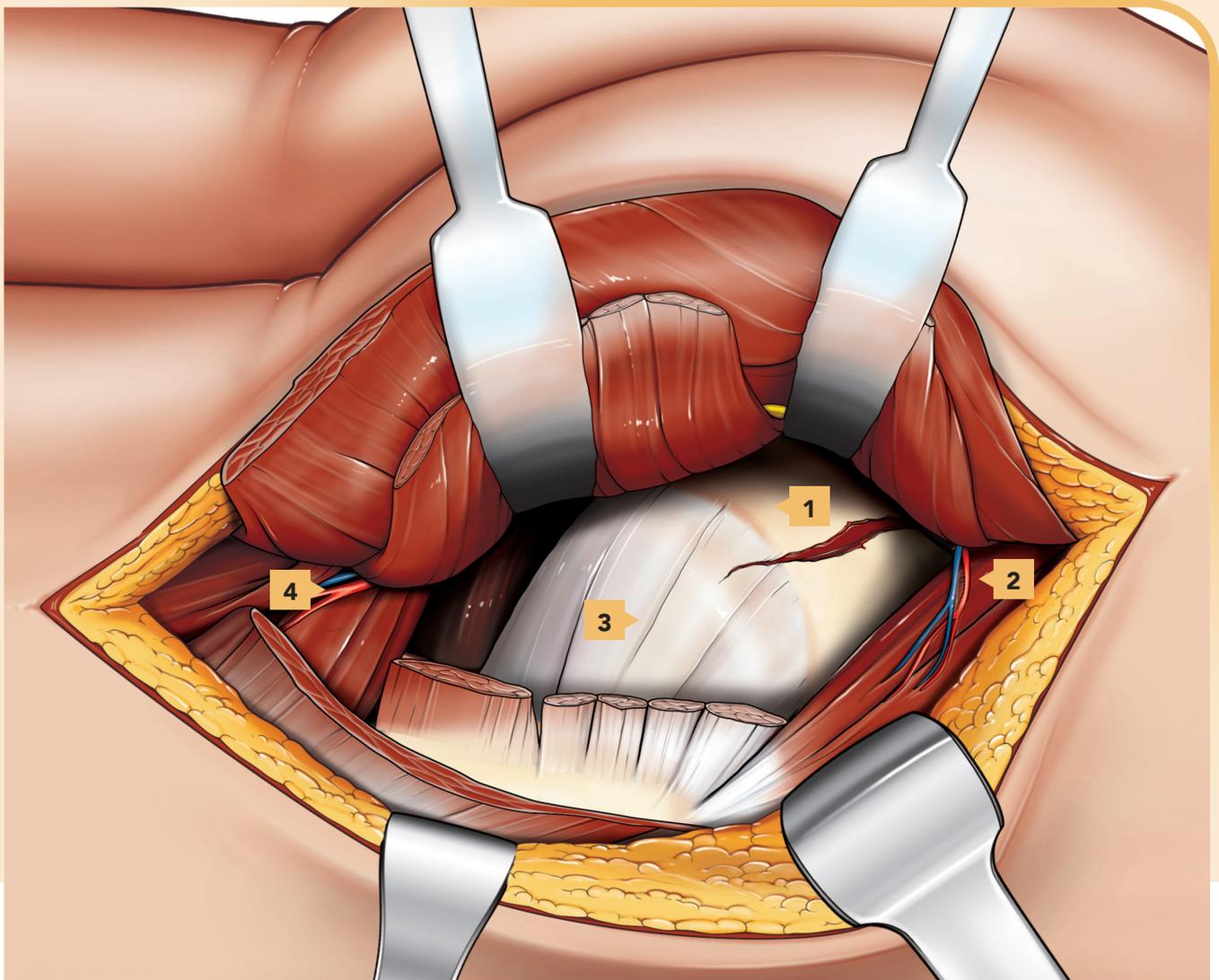
● Incisione cutanea e del sottocute secondo la direzione di Kocker-Langenbeck. Si intravedono i vari muscoli presenti nel distretto anatomico

- 1** Muscolo tensore della fascia lata
- 2** Muscolo medio gluteo
- 3** Gruppo dei rotari brevi
- 4** Muscolo quadrato del femore
- 5** Muscolo grande gluteo

ACCESSI NELLA TRAUMATOLOGIA PELVICA

- Accesso ileo-femorale secondo Judet-Letournel
- Accesso posteriore secondo Iselin
- Accessi chirurgici anteriori alla pelvi
- Accesso intrapelvico anteriore
- Accesso ileo-inguinale di Letournel
- Accesso chirurgico alla sinfisi pubica
- Accesso chirurgico alla sacro-iliaca





● I muscoli piriforme, i rotatori esterni e il quadrato del femore vengono distaccati in prossimità dell'inserzione femorale e dislocati medialmente, dopodichè si espone il piano articolare e la parete posteriore del cotile, in prossimità dell'eminanza ischiatica e del legamento sacro-spinoso. Si deve prestare attenzione al nervo sciatico, che, con un apposito divaricatore, dovrà essere caricato e scostato.

I due divaricatori vanno applicati nelle incisure ischiatiche (grande e piccola).

Nella parte superiore della grande incisura ischiatica si trova l'arteria glutea superiore, che non va danneggiata: la sua retrazione potrebbe rendere molto difficile la legatura e causare importanti perdite ematiche o raccolte ematiche post-chirurgiche

- 1** Parete posteriore dell'acetabolo
- 2** Vasi glutei superiori
- 3** Capsula articolare
- 4** Vasi glutei inferiori