

## Che cos'è la necrosi cefalica o osteonecrosi della testa del femore?

La necrosi avascolare cefalica (o necrosi ischemica della testa del femore) è una malattia molto simile all'**infarto** miocardico, con la differenza che viene colpita la testa femorale.

Per motivi ancora non perfettamente noti, una parte più o meno estesa della testa femorale non riceve più un'adeguata perfusione sanguigna (**ischemia**), e alla fine il tessuto osseo ischemico perde la propria vitalità (**necrosi**).



La porzione non vitale della testa, solitamente localizzata al polo superiore, va incontro a una progressiva **deformazione sotto carico**, fino a portare ad un appiattimento polare che prelude ad un'inevitabile coxartrosi.

## Chi ne è colpito e quali sono le cause?

La **necrosi primitiva** (o idiopatica) colpisce in genere **soggetti adulti di mezza età** (40-50 anni), più spesso di sesso maschile. L'abuso di alcol, il sovrappeso, l'iperuricemia, le dislipidemie (colesterolo e trigliceridi alti), il diabete mellito sono i principali fattori di rischio.

Come anche per altre patologie, esistono poi le **forme secondarie** ad una condizione morbosa pre-esistente: una frattura del collo femorale, una frattura-lussazione dell'acetabolo, una terapia cortisonica protratta, una radioterapia locale ad alte dosi o infine un'embolia gassosa (malattia da decompressione). In questi casi l'epidemiologia è molto più varia e non è possibile identificare un'età o un sesso a maggior rischio.

## Come si manifesta?

La necrosi, come peraltro anche l'altra malattia ischemica per eccellenza, l'infarto miocardico, si manifesta con un **dolore intenso**, inguinale e talvolta gluteo.

Sebbene sia esacerbato dal carico e dal movimento, esso è spesso presente anche a **riposo**. Nelle fasi iniziali non comporta limitazioni dell'articolari , che possono invece subentrare in seguito all'instaurarsi di un'artrosi secondaria.

L'esordio   in genere piuttosto **brusco**, a differenza delle malattie degenerative.

## Quali esami sono utili?

Quando l'anca   dolente (coxalgia), la prima indagine da eseguire   una **radiografia standard**. Essa permette di escludere la maggior parte delle diagnosi. Purtroppo, nelle fasi iniziali della necrosi la radiografia tradizionale pu  essere perfettamente negativa, poich  non si sono ancora verificate quelle alterazioni morfologiche che caratterizzano gli stadi ultimi.

Ecco un esempio di necrosi iniziale, in cui solo un occhio molto esperto pu  riconoscere alcuni segni di sospetto (provate voi stessi a confrontare questa radiografia con quella di un anca normale):



Quindi, se un paziente coxalgico rientra in una delle categorie di rischio sopra ricordate ma ha una "lastra" perfettamente normale, è opportuno eseguire una **RMN** (risonanza magnetica). Questo esame, costoso e quindi da riservarsi solo ai casi in cui la radiografia non è conclusiva, permette di identificare la lesione necrotica prima che questa determini le alterazioni morfologiche visibili sulle radiografie.

Nella necrosi avanzate il ricorso alla RMN è inutile: la "lastra" tradizionale è più che sufficiente, come potete vedere nell'esempio sotto riportato:



### **Come si cura?**

Solo la necrosi iniziale offre speranze di guarigione. Infatti, una volta che la testa femorale si sia appiattita, la situazione evolve irreversibilmente verso l'*artrosi*. Questo significa che se la testa femorale è ancora sferica, c'è la possibilità di mettere in atto procedure chirurgiche di salvataggio, altrimenti no.

Queste procedure vanno dal complesso **trapianto microchirurgico di un segmento del perone** al più semplice intervento di **decompressione della testa femorale**. Il primo intervento mira a riportare la vascolarizzazione arteriosa nella testa femorale, il secondo a facilitarne il drenaggio venoso. In entrambi, l'obiettivo ultimo è ripristinare la circolazione nell'area ischemica. La scelta dipende in gran parte dall'esperienza del chirurgo e dalla collaborazione del paziente (il trapianto di perone comporta un maggior tasso di complicanze ed un decorso postoperatorio più lungo e disagiabile). E' bene precisare che nessuno degli interventi disponibili è in grado di garantire la guarigione, ma le probabilità sono tanto maggiori quanto più precoce è il trattamento. L'associazione di questi trattamenti ad "adiuvanti biotecnologici", quali i fattori di crescita e il concentrato midollare

(ricco di cellule staminali), costituisce una strategia promettente, anche se al momento le evidenze scientifiche a riguardo sono ancora limitate.

In stadi precocissimi, quando solo la risonanza magnetica permette di riconoscere la lesione, se il paziente è riluttante a sottoporsi ad un intervento chirurgico, è possibile tentare la strada del **trattamento conservativo**: scarico deambulatorio con 2 stampelle, eventuale ciclo di onde d'urto ad alta potenza, monitoraggio clinico-radiologico.

Se la testa femorale è deformata e l'artrosi è già riscontrabile, la protesi costituisce l'unica soluzione efficace. Poichè questi pazienti sono solitamente più giovani rispetto a quelli affetti da coxartrosi primitiva, l'impiego di protesi conservative e/o di accoppiamenti a bassissima usura è altamente raccomandato