

L'importanza del trattamento chirurgico nella frattura dell'anca del paziente anziano

Hwang KT, Moon JK, Kim YH

Do we really need a surgery for hip fractures in elderly patients? Mortality rate and influencing factors

Arthroplasty 2019; 1: 7.

<https://doi.org/10.1186/s42836-019-0009-1>

INTRODUZIONE

L'incidenza delle fratture dell'anca nei pazienti anziani aumenta con l'invecchiamento della popolazione. Tali lesioni sono spesso associate alla presenza di comorbidità e a un aumento della mortalità nei soggetti fragili. A seguito di una frattura, la maggior parte dei pazienti si sottopone a un intervento chirurgico per ridurre il dolore, migliorare la deambulazione e minimizzare le complicanze; tuttavia alcuni pazienti ricevono trattamenti non chirurgici a causa delle loro condizioni mediche o della presenza di comorbidità. La letteratura è scarsa in tema di pazienti che hanno ricevuto un trattamento non chirurgico. Inoltre, vi sono molti fattori che influenzano il tasso di mortalità dopo la frattura

dell'anca quali l'età, il punteggio ASA (valutazione di gravità definita dall'*American Society of Anesthesiologists*), le complicanze postoperatorie, la presenza di comorbidità e la capacità ambulatoriale prelesione.

Nello studio retrospettivo pubblicato su *Arthroplasty*, gli autori hanno incluso tutte le fratture dell'anca (indipendentemente dai trattamenti ricevuti) per analizzare:

- il tasso di mortalità a uno e due anni dopo l'infortunio;
- i fattori che influenzano tale mortalità.

MATERIALI E METODI

I pazienti che si sono presentati presso lo Hanyang University Guri Hospital (Corea del Sud) da ottobre 2000 a dicembre 2009 per la frattura del femore sono stati divisi in due gruppi (chirurgico e non chirurgico). I pazienti che hanno rifiutato gli interventi chirurgici raccomandati sono stati assegnati al gruppo non chirurgico e trattati con riposo a letto e utilizzo di un tutore. L'età, il sesso, il tipo di frattura, il metodo chirurgico, il tempo trascorso dall'infortunio alla chirurgia, il punteggio ASA, l'abitudine al fumo, i tipi e il numero di comorbidità sono stati considerati quali fattori in grado di influenzare la mortalità. Per la conduzione delle analisi è stato utilizzato il software statistico SPSS 16.0.

FATTORI ASSOCIATI ALLA MORTALITÀ AD UNO E DUE ANNI DALLA LESIONE

Fattori	Mortalità ad un anno n (%)	p	Mortalità a due anni n (%)	p
Sesso		<0,001		0,001
Femmine	85 (13,9)		221 (36,2)	
Maschi	49 (24,9)		97 (48,2)	
Età		<0,001		<0,001
65-75	31 (10,2)		94 (31)	
76-85	77 (19,2)		148 (36,9)	
>85	26 (25,2)		56 (54,4)	
Trattamento		<0,001		<0,001
Chirurgico	83 (12)		247 (35,8)	
Non chirurgico	51 (44)		71 (61,2)	
Livello ASA		<0,001		0,081
I, II	21 (6,7)		98 (31,1)	
III, IV	62 (16,5)		149 (39,6)	
Punto di frattura		0,886		0,268
Collo	64 (16,4)		146 (37,4)	
Intertrocanterica	70 (16,8)		172 (41,3)	
Giorni all'intervento		0,764		0,615
<5	19 (15,8)		46 (38,3)	
≥5	96 (16,8)		231 (40,5)	
Numero di comorbidità		<0,001		0,056
<3	104 (14,8)		269 (38,2)	
≥3	30 (29,4)		49 (48)	
Fumo		<0,001		0,030
Sì	41 (28,08)		69 (47,26)	
No	92 (13,94)		248 (37,58)	



RISULTATI

Dei complessivi 807 pazienti (24,4% maschi e con un'età media al momento della lesione di 78 anni), l'85,6% ha ricevuto trattamenti chirurgici, mentre il restante 14,4% non li ha ricevuti (inclusi i pazienti che li hanno rifiutati). Complessivamente i tassi di mortalità dei pazienti sono stati rispettivamente del 16,6% (ad un anno) e del 39,4% (a due anni). Nei pazienti sottoposti a trattamento chirurgico (691), il tasso di mortalità ad un anno è stato del 12% e a due anni del 35,7%. Tra coloro che hanno ricevuto trattamenti non chirurgici, i tassi sono risultati decisamente più elevati (44 e 61,2%, rispettivamente). Pertanto il gruppo chirurgico presenta un tasso di mortalità significativamente più basso ($p = 0,001$).

Per quanto concerne i fattori che possono influenzare i tassi di mortalità, le analisi permettono di affermare che il sesso (maschi), l'età più avanzata (oltre 85 anni) e i trattamenti non chirurgici portano ad una mortalità significativamente più elevata.

Inoltre, indipendentemente dai trattamenti ricevuti, è stato osservato un tasso di mortalità significativamente più alto nei pazienti con malattie cardiache, malattie renali croniche, demenza e cancro, o nei pazienti con 3 o più comorbidità. L'analisi di sopravvivenza di Kaplan-Meier ha mostrato che il tasso di sopravvivenza a 5 anni del gruppo chirurgico era del 60,8% a fronte del 31,3% di quello non chirurgico.

Infine, non è stata rilevata alcuna differenza significativa (a uno o due anni) tra i tipi di frattura e il tempo trascorso dalla lesione all'intervento chirurgico.

CONCLUSIONI

Nei pazienti anziani con fratture dell'anca, i trattamenti chirurgici possono ridurre il tasso di mortalità rispetto ai trattamenti non chirurgici. Inoltre, i pazienti che presentano tre o più comorbidità (malattie cardiache, insufficienza renale cronica, demenza e storia di cancro) sono associati a un rischio più elevato di mortalità. Il presente lavoro non è esente da limitazioni. Innanzitutto, lo studio non è in grado di determinare le relazioni dirette tra la frattura dell'anca e la causa della morte; in secondo luogo, il numero troppo esiguo dei pazienti nel gruppo non chirurgico non ha permesso un'accurata analisi comparativa; infine, lo studio non è stato condotto in cieco e i pazienti non sono stati assegnati in modo casuale.

Letizia Orzella

Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

L'utilizzo delle reti sociali per promuovere comportamenti che influenzano la salute: una revisione sistematica

Hunter RF, de la Haye K, Murray JM et al

Social network interventions for health behaviours and outcomes: a systematic review and meta-analysis

PLoS Med 2019; 16(9): e1002890

INTRODUZIONE

Le reti sociali rappresentate da familiari, amici, vicini di casa, colleghi di lavoro e conoscenti hanno un impatto importante sulla salute dell'individuo che ne fa parte, sulle sue abitudini nel campo della salute e sulla capacità di modificarle. Gli interventi di educazione alla salute che utilizzano queste reti mirano ad operare un cambiamento nelle stesse per generare, accelerare o mantenere comportamenti salutari e i conseguenti esiti di salute positivi ad essi collegati.

D'altra parte, sottolineano gli autori, più spesso le azioni di educazione e informazione si concentrano sul cambiamento dei comportamenti e delle opinioni del singolo individuo, senza cercare di agire anche sull'ambiente sociale e sul sistema di relazioni in cui l'individuo è inserito. I primi studi in questo campo risalgono agli anni Trenta del Novecento, ma più recentemente un'importante base teorica all'uso delle reti sociali nell'educazione alla salute è stata realizzata da Valente, che ha elaborato una tassonomia dei diversi approcci in questo ambito.¹ Un primo approccio consiste nell'individuare, all'interno dei contesti sociali ai quali l'intervento è dedicato, specifici soggetti da coinvolgere per primi poiché, per i ruoli ricoperti, possono essere volano di diffusione di informazioni o sostegno nel cambiamento.² Vi è poi una modalità che passa per il coinvolgimento di specifici gruppi di persone, nota come 'segmentazione', e quella che incoraggia o migliora l'interazione tra pari per diffondere a cascata informazioni ed effetti ad altri membri della rete, nota come 'induzione'.^{3,4} Infine, la quarta tipologia punta a cambiare direttamente la rete (approccio noto come 'alterazione').⁵

Obiettivo della revisione sistematica svolta dal gruppo di ricercatori angloamericani guidato da Hunter è capire se in letteratura vi siano evidenze riguardo agli interventi che agiscono sulle reti sociali per modificare i comportamenti dell'individuo e cosa indichino rispetto all'efficacia dei vari modelli di educazione alla salute che, con paradigmi di riferimento diversi, fanno leva appunto sulle reti di relazione in cui i soggetti sono inseriti.

METODI

Gli autori hanno svolto una revisione sistematica ricercando articoli a partire dal 1990 fino a metà del 2019 su Medline, Embase, Web of Knowledge, Scopus, Psycinfo, Education Resources Information Center (ERIC), International Bibliography of the Social Sciences, Sociological Abstracts Trial, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Portal e ClinicalTrials.gov.