

Avere una Protesi dell'Anca

Opuscolo informativo per il paziente

Prof. a.c. Dott. Filippo Randelli

Professore della Scuola di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia - Università degli Studi di Milano

Centro di chirurgia dell'Anca – ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI - CTO

CONTATTI:

Studio DIAMEDICA

via Flavio Baracchini 10, 20122, Milano

tel. 02809122

diamedica@diamedica.it

Ospedale ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI - CTO

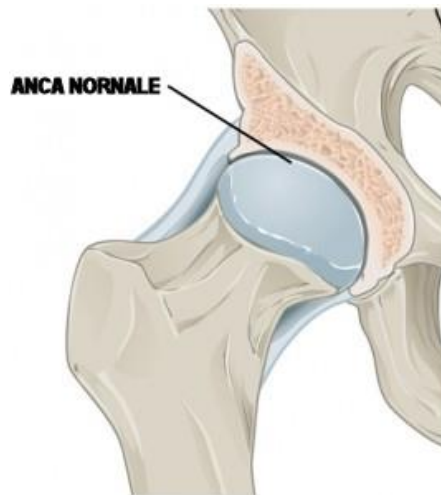
Piazza Cardinal Ferrari 1, Milano

tel. 02582961 (centralino)

tel. 800890890 (visite)

L'ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE – L'ANCA

L'anca è una delle articolazioni più grandi del nostro corpo e unisce il bacino al femore. La testa del femore (convessa) si congiunge all'acetabolo (concavo) che gli permette dei movimenti controllati. L'articolazione è ricoperta da una capsula che contiene, oltre alla testa del femore e all'acetabolo, un liquido, il liquido sinoviale. Il liquido sinoviale è prodotto dallo strato più interno della capsula, la sinovia. La testa del femore e l'acetabolo sono ricoperti da un sottile strato di cartilagine articolare che permette un facile scorrimento tra loro.



Esistono poi altre strutture molli all'interno dell'articolazione quali due legamenti (rotondo e trasverso) e il labbro acetabolare, una sorta di guarnizione che mantiene il liquido sinoviale a pressione tra i due capi articolari (testa del femore e acetabolo).



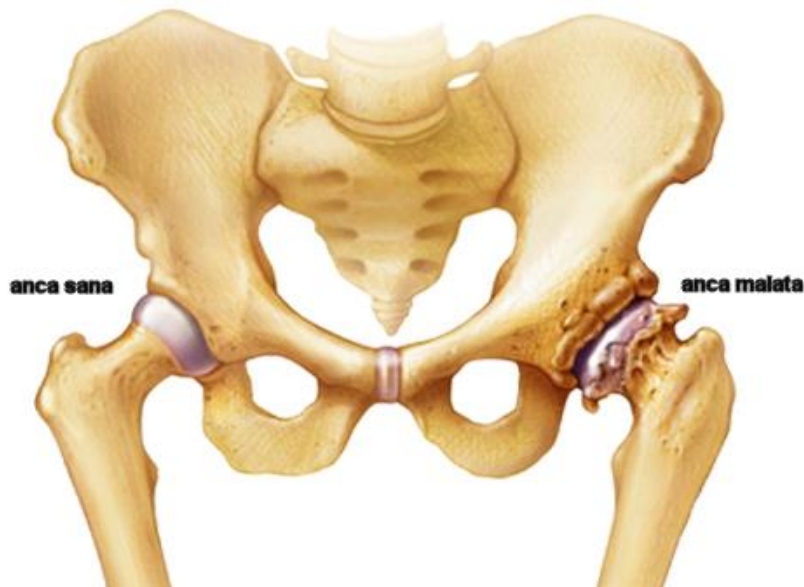
L'ARTROSI E LE ALTRE MALATTIE DELL'ANCA

L'anca, come tutte le altre articolazioni, è soggetta a possibili malattie. Anzi, a dire il vero, è una delle articolazioni che si ammala e diventa dolorosa più facilmente. Di norma c'è sempre una causa riconoscibile per il suo deterioramento. Nella stragrande maggioranza, quale che sia l'origine, lo stato patologico finale dell'articolazione viene chiamato artrosi. L'artrosi è caratterizzata da una alterazione della cartilagine tale per cui l'articolazione, usurata, non funziona bene e crea dolore, ridotto movimento e impotenza funzionale.

Tra le molteplici cause di una degenerazione dell'anca vi sono

- Forme di origine meccanica: conseguenti ad alterazioni della forma dell'articolazione. Queste possono essere congenite (la displasia per esempio), avvenire durante l'accrescimento (il conflitto femoro-acetabolare, l'esito della malattia di Perthes o dell'epifisiolisi) o dopo un trauma che modifichi la forma dell'articolazione.
- Forme vascolari (necrosi): una mancanza di sangue alla testa del femore che produce la morte (necrosi) di una parte dell'osso che può collassare con successiva deformità, incongruenza articolare e, quindi, artrosi. Queste forme hanno dei noti fattori di rischio ma possono avere un'origine sconosciuta o essere l'esito di una frattura.
- Forme infiammatorie: tipiche l'artrite reumatoide, la psoriasi e la spondilite anchilosante. Una infiammazione cronica che può portare alla degenerazione delle strutture articolari.
- Forme infettive: una infezione localizzata all'anca può avere come esito finale una artrosi.
- Forme tumorali: si tratta di condizioni particolari con l'utilizzo di protesi particolari.

Oltre all'alterazione delle componenti ossee articolari anche i muscoli e i legamenti ne risentono e tutto funziona male, anzi malissimo.



Come conseguenza dell'artrosi si possono creare speroni ossei intorno all'articolazione (osteofiti) o cisti sotto la cartilagine (geodi) che peggiorano la situazione.

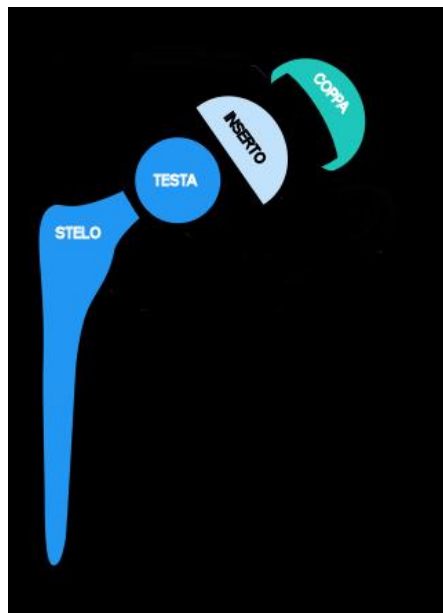
LA PROTESI DELL'ANCA

Quando l'articolazione dell'anca è malata a tal punto da inficiare la vita quotidiana impedendo di eseguire attività come camminare, alzarsi dalla sedia mettersi scarpe o pantaloni senza avvertire dolore o limitazione funzionale o, addirittura, infastidire il sonno spesso è giunto il momento di essere sottoposti ad intervento di protesi (sostituzione) dell'anca. Si tratta di un intervento in cui viene asportata la parte malata (osso e cartilagine) e sostituita con dei componenti protesici.

L'Ortopedico in base all'esame clinico, all'età e alle aspettative del paziente, all'esame radiografico, alla qualità, forma e quantità dell'osso stabilirà se è presente una corretta indicazione all'intervento e la migliore tipologia di protesi ed approccio chirurgico da attuare.

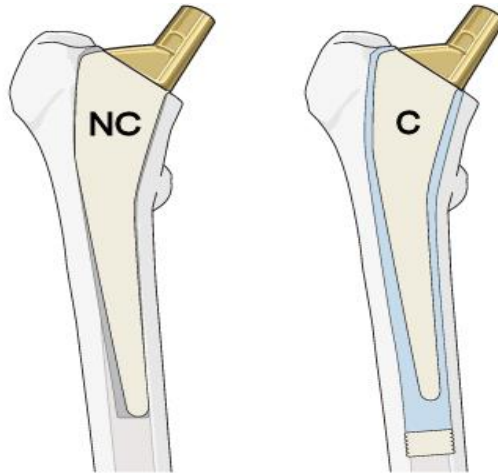
TERMINOLOGIA PROTESICA

Si parla di protesi totale dell'anca, o artroprotesi, quando vengono sostituiti sia la testa che l'acetabolo. Questo è l'intervento più comune. Per protesi parziale, o endoprotesi, si intende invece la sostituzione della sola testa e collo del femore. Quest'ultima viene riservata solo a pazienti anziani e con basse richieste funzionali affetti da frattura del collo del femore.



Una protesi totale dell'anca, o artroprotesi, è classicamente formata da più componenti. Uno stelo protesico, che entra nell'osso femorale, a cui, tramite un aggancio particolare (cono morse), viene unita una testa (o testina) protesica. Una coppa (o cotile protesico) che viene inserito nell'acetabolo e accoglie un inserto che viene bloccato al suo interno. L'inserto accoglierà la testa protesica.

Le protesi possono essere cementate, non cementate o ibride (in questo caso solo una delle due componenti, stelo o coppa, è cementata, l'altra no). L'utilizzo o meno del cemento è dettato dalla qualità dell'osso (spesso ma non sempre legata all'età) o alla necessità di utilizzare un cemento antibiotato (mischiato con antibiotico) per ridurre il rischio di infezioni.



Nelle protesi non cementate (NC) lo stelo è a diretto contatto con l'osso che, nel giro di qualche mese, lo integra (osteointegrazione). Nelle protesi cementate (C) lo stelo viene affondato all'interno del canale femorale, preventivamente riempito di polimetilmetacrilato (cemento per osso).

I MATERIALI

Molti sono i materiali utilizzati per le protesi dell'anca. Si dividono in due categorie:

- I materiali a contatto con l'osso o con il cemento (in caso di protesi cementate). Si tratta dello stelo e della coppa.
- I materiali dove avviene il movimento della neoarticolazione. Testa e inserto. Sono i materiali soggetti ad usura con il passare del tempo.

Nelle protesi non cementate, stelo e coppa devono essere integrate dall'osso e quindi si scelgono materiali con determinate caratteristiche, che vengono trattati in modo particolare, soprattutto a livello della loro superficie. Il materiale più utilizzato in questi casi è il titanio che, non di rado, viene ricoperto da idrossiapatite (facilita l'adesione dell'osso alla protesi) o reso ruvido con tecniche molto sofisticate.



Al contrario, le protesi cementate hanno una superficie liscia, lucidata a specchio, e sono in leghe metalliche, normalmente contenenti cromo e cobalto.

I materiali dove avviene il movimento devono avere una caratteristica principale: usurarsi poco. Il materiale derivante l'usura, nel tempo e superata una certa soglia, può creare dei danni all'osso sottostante e provocare uno scollamento della protesi (protesi non cementate) o del cemento dall'osso (protesi cementate). Inoltre, non deve essere soggetto a rottura e non creare reazioni di tipo allergico. Vengono qui utilizzati soprattutto il polietilene e la ceramica oppure metalli particolari ricoperti da speciali superfici. Sono possibili diversi tipi di accoppiamento (ceramica- polietilene, il più utilizzato, ceramica-ceramica, metallo-polietilene e, oggi quasi non più utilizzato, metallo-metallo).



Esempio di alcuni dei diversi accoppiamenti possibili. Notate il colore diverso a seconda dei materiali.

UN MONDO VARIO PER FORMA E DIMENSIONI

Esistono diversi tipo di protesi in commercio. Variano per forma, dimensioni e materiali. Noi utilizziamo protesi validate dalla ricerca, dal tempo e dalla nostra esperienza controllando costantemente i risultati presenti sui registri protesici internazionali, in letteratura e i nostri pazienti. Il meglio disponibile ponderando tutte le variabili presenti. Il goal è avere una protesi che duri il più possibile. In questo anche il paziente ha un ruolo fondamentale.

PRIMA DELL'INTERVENTO

Il buon esito dell'intervento chirurgico di protesi non è legato al solo atto operatorio. Prima della chirurgia è necessaria un'attenta valutazione del paziente. Il paziente, il più interessato di tutti ad avere il risultato migliore, dovrà partecipare in prima persona a comunicare e correggere eventuali condizioni sfavorevoli, quali:

- Eventuali reazioni avverse avvenute durante pregresse chirurgie
- Eventuali allergie, soprattutto ai metalli o a farmaci che potrebbero essere utilizzati
- Il Fumo
- Un eccesso di Alcool
- Un eccesso ponderale
- Patologie endocrine (Diabete), internistiche, urologiche nefrologiche etc.
- Patologie cardiocircolatorie
- La presenza di infezioni in qualsiasi parte del corpo, note o meno. Particolare attenzione deve essere posta a bonificare eventuali focolai di infezione come ascessi/granulomi dentari – cistiti – follicoliti cutanee etc. . Questo perché una infezione non riconosciuta potrebbe diffondersi alla protesi e richiedere ulteriori interventi.

Soprattutto in presenza di patologie cardiache o vascolari è necessaria una visita specialistica spesso associata ad esami strumentali.

Se concesso dalla patologia, è importante mantenere tonica la muscolatura dell'anca per facilitare il recupero dopo l'intervento. Di fatto noi oggi non interveniamo sui muscoli ma se questi non sono allenati il recupero potrà essere più lento o non totale.

In caso di dolore invalidante, per evitare un sovraccarico ad altre articolazioni o eventuali cadute, meglio usare un bastone o una stampella dal lato opposto all'arto da operare.

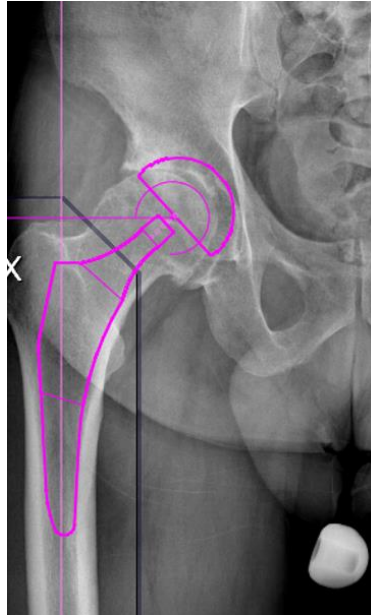
L'igiene personale è fondamentale: gran parte dei microbi potenzialmente pericolosi sono già presenti su tutti noi. Lo sapevate? Ora sì.

PRERICOVERO

Deciso per l'intervento verrà organizzato un prericovero. Si intende una mezza giornata in ospedale, senza essere ricoverati, dove il paziente eseguirà degli esami del sangue, un elettocardiogramma, una rivalutazione ortopedica, una visita internistica, una valutazione anestesiologicala e una radiografia del torace.

Se è nota una patologia in corso, meglio arrivare pronti al prericovero con già una consulenza in mano, magari dal proprio cardiologo o vascolare di fiducia, che esprima il nulla osta all'intervento o eventuali precauzioni. Lo stesso vale per le altre patologie per cui si è seguiti da uno specialista (reumatologo, infettivologo, diabetologo, nefrologo, urologo etc. etc.).

Verrà eseguita anche una speciale radiografia del bacino dove sarà poi eseguito un piano pre-operatorio computerizzato per ottimizzare il risultato della chirurgia.



Avuti i risultati degli esami eseguiti al pre-ricovero esistono due possibilità. La prima è che tutti gli esami vadano bene e quindi si venga chiamati, entro due mesi, spesso molto prima, per l'intervento. La seconda è che vi siano alcuni parametri da correggere. Questo per ridurre i rischi legati all'intervento. A nessuno piace avere complicazioni, sia ai pazienti sia a noi medici. Tutto quanto facciamo prima, durante e dopo e atto ad avere il meno complicazioni possibili.

Die classici esempi di cosa potrebbe non andare dopo l'esito degli esami del prericovero e come si può di norma correggere la situazione:

1. Si evidenzia uno stato di anemizzazione (mancanza di globuli rossi). In primis si cercherà di capirne la causa. Di solito basta una terapia con ferro e con stimolanti l'ematopoiesi (la produzione di sangue). Inoltre, in questi casi, durante o subito dopo l'intervento, si predispone l'utilizzo di un sistema di recupero del proprio sangue. Oggi, fortunatamente, siamo riusciti, grazie alle nuove tecniche chirurgiche e non solo, a ridurre la necessità di una trasfusione di sangue in modo drastico. Meno del 4% dei pazienti ne ha necessità. Certo dipende anche da come si parte.

2. Si evidenzia la presenza di indici di infiammazione/infezione alterati o una urinocoltura positiva per batteri. Si cercherà in tutti i modi di correggerli prima dell'intervento. Esistono alcune patologie o situazioni particolari però in cui questi indici rimangono alterati. A quel punto di dovrà scegliere il da farsi grazie anche a consulenti quali un infettivologo, un reumatologo o un internista.

Chiaro che se dalle visite specialistiche si evidenzieranno delle anomalie il paziente dovrà fare altri esami di approfondimento prima dell'intervento con un inevitabile allungamento dei tempi. Come già scritto: **meglio venire al pre-ricovero preparati.**

Il giorno del prericovero verrà inoltre consegnato e discusso il **consenso informato**. Tutte le chirurgie hanno delle possibili complicazioni. La protesizzazione dell'anca anche, nonostante sia considerato da tutti "l'intervento del millennio" per capacità di risolvere un grave problema con successo. Si tratta di una chirurgia ortopedica maggiore. Non bisogna spaventarsi ma esserne consapevoli. La maggior parte delle possibili complicazioni sono risolvibili ma, nel caso avvengano, devono essere riconosciute dal paziente e quindi gestite nel modo corretto.

FINALMENTE SIAMO ALLA CHIAMATA o ALLA MAIL PER IL RICOVERO!!

Una volta tutto in ordine verrete chiamati per il ricovero.

Fondamentale a questo punto fare mente locale: è successo qualcosa dal prericovero ad oggi che possa rendere inutile o addirittura pericoloso il mio ricovero in questo momento. Un esempio su tutti: da qualche giorno ho l'influenza, con febbre. Vado, da lì a pochi giorni, a farmi ricoverare per fare un intervento di protesi? NO, comunico subito l'accaduto così che si possano prendere le contromisure adeguate e rimandare, di solito di poco, l'intervento. Altri esempi: ho un'unghia incarnita infetta o una chiazza rossa sulle pieghe inguinali o delle dita. Ho bruciore ad urinare etc. etc. . Rischioso rischiare e queste evenienze sono meno rare di quanto si pensi. Basta comunicarlo subito e tutto si sistema, normalmente.

IL DIGIUNO E IL GIORNO PRIMA DELL'INTERVENTO

Inutile dire che nei gironi precedenti l'intervento non bisogna abbuffarsi o eccedere nei vizi.

Viene consigliato, dagli anestesisti un digiuno da cibo solido, latte o succhi di frutta da almeno sei ore prima l'intervento. Mentre per i liquidi chiari (the, camomilla, tisane, acqua) bastano 3 ore, se in quantità contenuta. Possono essere anche assunti degli integratori, per meglio arrivare all'intervento, tipo 800 cc di maltodestrine, la sera prima dell'intervento e 400 cc 3 ore prima dell'intervento. Importante attenersi a queste regole per evitare ritardi o sospensione dell'intervento da parte dell'anestesista.

COSA PREPARARE LA SERA PRIMA DEL RICOVERO

Oltre agli indumenti puliti e un kit per igiene personale (spazzolino da denti, dentifricio etc.), necessario alla vostra permanenza in ospedale, è utile ricordarsi di portare tutta la documentazione medica eventualmente non raccolta durante il pre-ricovero. Magari portatevi anche un bel libro o qualche altro mezzo per passare il tempo in tranquillità.

IL RICOVERO

Il giorno del ricovero è giunto e entrerete in Ospedale. Dopo una, spero rapida, accettazione all'ufficio preposto giungerete al vostro letto. In caso di impossibilità potrà recarvi un vostro familiare mentre voi andrete direttamente in Reparto.

Verrete quindi valutati ancora una volta da un membro dell'equipe ortopedica. Questo è un altro momento, anche se un po' tardivo e che causerà ritardi a voi ed altri pazienti, per comunicare eventuali novità sul vostro stato di salute.

Verrà discusso e firmato il **consenso informato**. Portare anche il vostro consenso da casa già firmato.

Sarete inoltre depilati. Questa procedura è suscettibile di variazioni sia per estensione che per momento in cui viene eseguita.

Sarà inoltre iniziata la profilassi pre-operatoria che consta di due tipologie di farmaci per ridurre il rischio eventi tromboembolici e infettivi post chirurgici. Gli schemi di profilassi in quanto a farmaci, dosaggi e tempi possono cambiare a seconda di fattori legati al paziente o a protocolli dell'ospedale.

Di solito come profilassi anti- tromboembolica la sera prima dell'intervento viene somministrata sottocute una eparina a basso peso molecolare che verrà ripetuta, giornalmente, fino a 5 settimane dall'intervento.

Come profilassi per le infezioni verrà somministrato un antibiotico poco tempo prima dell'intervento, in sala operatoria. In alcuni casi l'antibiotico viene prolungato anche nei giorni successivi.

Nei pazienti oltre i 60 anni può venire posizionato un catetere vescicale per uno o due giorni. A questo si associa, di solito, una profilassi antibiotica aggiuntiva.

SI VA IN SALA OPERATORIA!

Il giorno stesso o il giorno dopo, molto raramente più in là, verranno a prendervi per entrare in sala operatoria.

In pre-sala operatoria sarete accolti da personale di altissimo livello. Vi faranno altre domande. Vi prepareranno quindi all'intervento prendendo degli accessi venosi per la somministrazione di farmaci.

Noi teniamo molto a che il paziente non senta alcun dolore. Per noi è una missione.

Eseguita l'anestesia spinale o altra (si decide con l'anestesista e l'ortopedico in base a vari parametri clinici ed alla volontà del paziente, ovviamente) si entra nella sala operatoria vera e propria.

In sala operatoria viene preparato il campo sterile con estrema attenzione e, una volta tutti pronti, si inizia la chirurgia.

APPROCCIO CHIRURGICO

Esistono diversi tipi di approccio chirurgico e noi li abbiamo utilizzati, negli anni, tutti. Oggi abbiamo deciso per la via anteriore. E ne siamo particolarmente contenti.

Oggigiorno infatti la stragrande maggioranza dei nostri pazienti è sottoposta a protesi dell'anca per via anteriore. Si tratta di una via chirurgica, inventata già nell'ottocento, che risparmia la muscolatura dell'anca e riduce quindi l'invasività sulle strutture nobili. Non confondete però questo approccio con una mini-incisione. Tutta un'altra cosa. Anche se tramite approccio anteriore spesso l'incisione è ridotta in lunghezza il vero plus di questa via chirurgica si svolge all'interno, salvaguardando il motore dell'anca, i muscoli. Il risultato è, spessissimo, un recupero post-operatorio molto veloce e agevole per il paziente.

Altro vantaggio della via anteriore è il posizionamento del paziente, supino. Questo permette di valutare la lunghezza e la mobilità degli arti inferiori meglio rispetto ad un approccio con paziente forzatamente sul fianco (ad esempio il posterolaterale).

Di contro è una via chirurgica più lunga e complessa e deve essere riservata ai centri iper-specializzati nella protesica d'anca. Come il nostro. Altrimenti il rischio di complicazioni aumenta per la complessità insita nell'approccio. Nei centri di alto livello è stato dimostrato non esserci differenza a livello di complicazioni tra i diversi approcci.

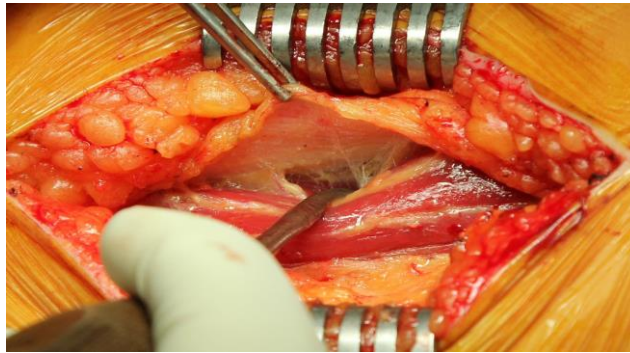
VIA ANTERIORE STEP BY STEP

L'incisione parte 2 cm al di sotto e lateralmente dalla spina iliaca anteriore superiore, una salienza ossea quasi sempre apprezzabile palpatariamente alla radice anteriore laterale della coscia. E' la fine della cresta iliaca. Dove tocca la cintura, nei più magri.



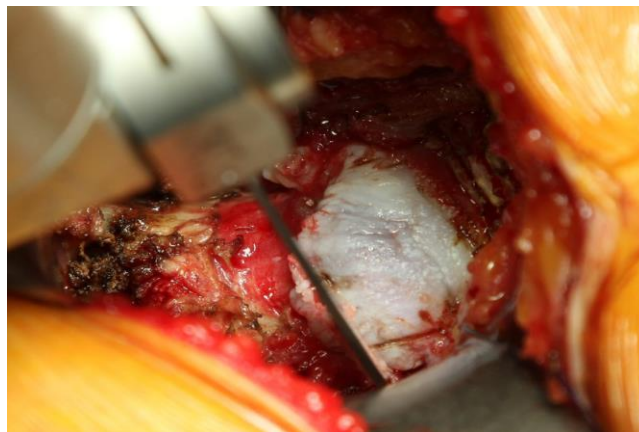
Incisione della cute

Incisa cute, sottocute e fascia, si trova un muscolo, il tensore della fascia lata, che viene spostato, non inciso, per passare nello spazio intermuscolare tra muscolo tensore e muscolo sartorio, con risparmio della muscolatura glutea (quella più importante e spesso già impoverita dalla malattia).



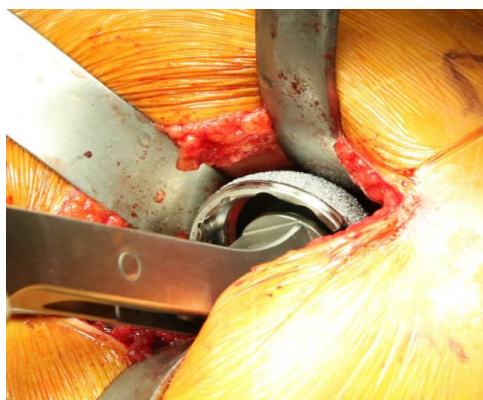
Il muscolo tensore viene spostato

Giunti sul piano della capsula articolare, si incide la capsula e si vedono il collo e la testa del femore, degenerata. Si esegue quindi il taglio e l'asportazione della testa del femore malata.



Osteotomia del collo del femore con visione della testa

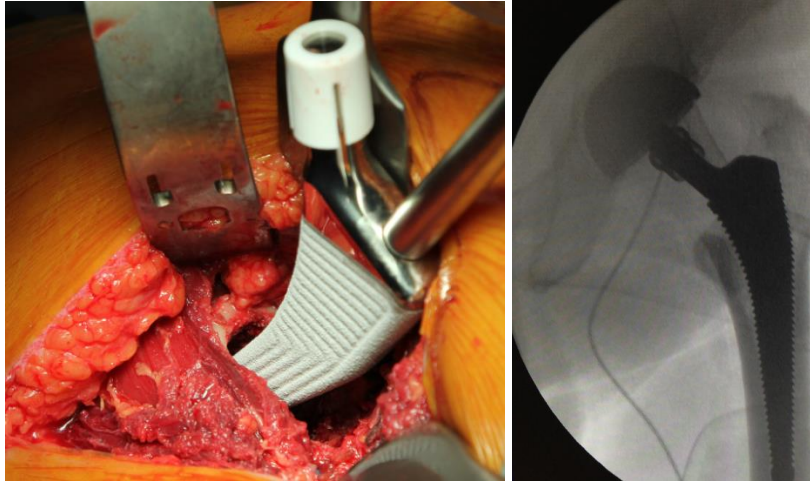
Si prepara l'acetabolo e si inserisce la coppa protesica che viene quindi impattata a pressione, molto raramente cementata.



Il momento dell'introduzione della coppa acetabolare e della raspa è nel canale femorale per la preparazione dell'alloggiamento per lo stelo definitivo

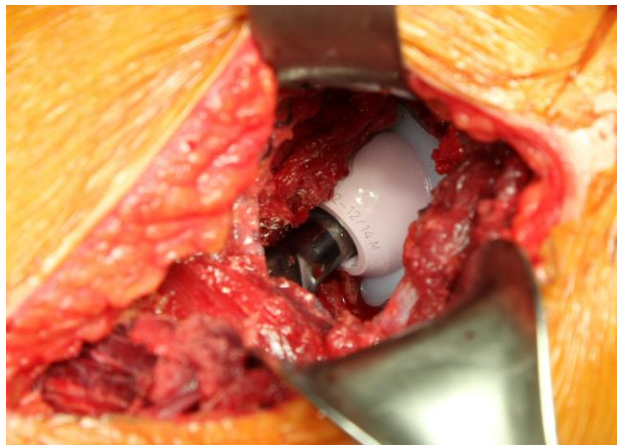
Quindi viene inserito l'inserto e si passa alla preparazione del femore con delle brocche (raspe) particolari che creano un preciso invaso.

Si eseguono quindi delle prove dinamiche e di lunghezza con uno stelo non definitivo. Si eseguono inoltre delle radiografie intraoperatorie. Quindi, se tutto in ordine, si inserisce lo stelo, non cementato, definitivo. In caso di cementazione si inserisce prima il cemento e quindi lo stelo.



Inserimento di uno stelo non cementato. Da notare la superficie rugosa ricoperta da idrossiapatite e la protezione in plastica bianca del cono morse dove avverrà, una volta rimossa, alloggiata la testa.

Quindi si eseguono nuove prove con teste in plastica di diverse lunghezze. Trovata la soluzione migliore si posiziona la testa protesica e si riduce l'articolazione. Si esegue una ispezione definitiva, un ampio lavaggio, una emostasi (blocco di eventuali sanguinamenti) finale e, non resta che chiudere. L'intervento è finito.



Visione finale della protesi in sede

SUBITO DOPO L'INTERVENTO

Finito l'intervento il paziente viene trattenuto nella pre-sala operatoria per il tempo necessario e stabilito dall'anestesista. La terapia antidolorifica di ultima generazione è già stata avviata durante l'intervento e poi verrà gestita dal paziente stesso. Alcuni pazienti avranno anche un cateterino epidurale che dispensa direttamente gli anestetici sulle vie di trasmissione del dolore. Questo, oggi, grazie alla via anteriore, viene meno utilizzato. Il dolore è minore con questa via. Quindi si torna in reparto.

Molto raramente, in alcuni pazienti cardiopatici gravi, il paziente staziona una notte in terapia intensiva.

Non appena tornata la sensibilità gli esercizi isometrici di tutta la muscolatura degli arti inferiori sono consigliati da subito al paziente. Ad esempio, il movimento attivo della caviglia è molto utile ad aumentare il ritorno venoso del sangue dagli arti inferiori al cuore. Di solito è possibile da subito anche iniziare a flettere di qualche grado l'anca, con ginocchio flesso e rotula che guardi allo zenit. Altro esercizio propedeutico è stringere le natiche.



IL GIORNO DOPO L'INTERVENTO

Dal giorno dopo l'intervento si inizia anche una profilassi per evitare possibili ossificazioni anomale intorno alla protesi, che possono inficiarne il movimento. Si utilizzano quindi, per 20 giorni, dei farmaci antinfiammatori non steroidei, i FANS (Indometacina o nuovi Cox-2 inibitori). In rari casi di intolleranza ai FANS si può eseguire una radioterapia a basso dosaggio e mirata sull'anca. Si associa quasi sempre anche una gastroprotezione con inibitori della pompa protonica.

Oltre all'eparina a basso peso molecolare, dopo l'intervento, vengono consigliate anche delle calze elastiche graduate a "media compressione", autoreggenti e fino alla coscia, da indossare su entrambe le gambe fino a 30-45 giorni dall'intervento. Servono per ridurre ulteriormente il rischio di trombi.

Se i parametri ematochimici sono in ordine (stragrande maggioranza dei casi) si inizia quindi la riabilitazione per far uscire subito il paziente dal letto. Questo prevede anche una volontà del paziente stesso, volontà fondamentale.

Si inizia a sedersi sul letto, poi i primi passi con un girello e quindi le stampelle. Il tempo che intercorre dal sedersi al deambulare liberamente con le stampelle è molto variabile, da poche ore a qualche giorno.

Salvo particolari condizioni, il carico sull'arto operato può essere da subito completo, sebbene inizialmente tutelato da due stampelle. In casi particolari (ad esempio revisioni di protesi o interventi su casi complessi) verranno date indicazioni particolari (ad esempio carico parziale, divieto di addurre attivamente etc.).

PRECAUZIONI INIZIALI

E' bene qui ricordare quali siano le precauzioni da avere nel primo periodo post operatorio. Tutte cose che vi verranno dette ma saperle prima può aiutare.

La posizione corretta da mantenere nel letto è quella supina.

Il paziente all'inizio non deve mettersi sul fianco (né sul lato malato né su quello sano).

Evitare contatti con troppe persone (famigliari e amici), contemporaneamente, soprattutto se hanno in atto un qualsiasi tipo di infezioni (dal raffreddore al giradito).

Si raccomanda l'uso di scarpe chiuse e con suola antiscivolo.

Quando si cammina e ci si deve girare non bisogna ruotare il bacino e fare perno sulle anche ma girare sollevando i piedi a piccoli passetti.

- Non raccogliere gli oggetti da terra
- Per salire nel letto, sedersi prima a 90° quindi aiutandosi con le mani, appoggiate sul letto bisogna ruotare il bacino insieme agli arti inferiori. Se non si ha una buona muscolatura, per i primi giorni è bene mettere la gamba sana sotto quella operata e quindi portarla sul letto. Oppure farsi aiutare.
- Sedersi su sedie non basse, rigide senza flettere il tronco in avanti
- Non sedersi su divani e poltrone
- Non mettersi la calza e le scarpe da soli dal lato operato
- Non accavallare la gamba operata sulla sana
- Evitare il calore sull'anca operata (saune, termofori, impacchi etc.)
- Evitare unguenti o altri trattamenti della ferita se non indicati dall'ortopedico.
- Usare un alza water e non fare il bidet
- Fare la doccia, posizionando un tappeto antiscivolo, non usare la vasca da bagno.
- Non accovacciarsi.
- Affrontare le scale in modo corretto: In salita prima la gamba sana, poi le stampelle, quindi la gamba operata. In discesa prima le stampelle, poi la gamba operata quindi la gamba sana.

DIMISSIONE

Uscire il prima possibile dall'ospedale è il fine che ogni paziente dovrebbe avere chiaro in mente per il successo del suo intervento. Riduce i rischi di complicazioni.

Spesso già dopo 3 giorni, talvolta prima, è possibile lasciare l'ospedale. Non vuol dire essere già guariti ma semplicemente che non c'è necessità di rimanere in un luogo potenzialmente fonte di malattia per se stessi. Avete mai sentito parlare di infezioni nosocomiali? Sono quelle da ospedale.

Una certa perdita di appetito è comune per diverse settimane dopo l'intervento chirurgico. Una dieta bilanciata, spesso con un supplemento di ferro, è importante per promuovere la corretta guarigione dei tessuti e ripristinare la forza muscolare. Assicurati poi di bere molti liquidi.

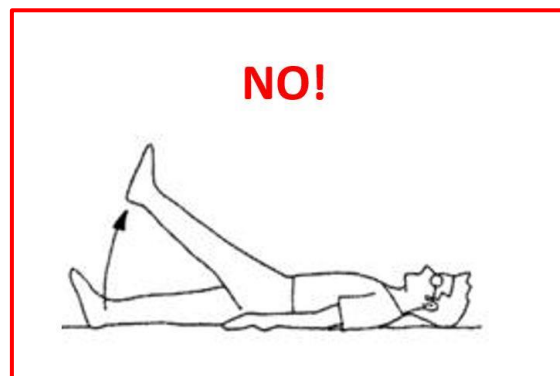
Dopo l'intervento di protesi totale anca per via anteriore è quasi sempre inutile fare una fisioterapia ricoverati in qualche struttura ospedaliera. Molto meglio andare a casa propria e permettere ai tessuti di guarire e formare una buona cicatrice seguendo le indicazioni fornite.

Può essere utilizzata la propria vettura per essere riportati a casa. Abbiate alcune precauzioni. In primis non abbiate fretta. Fatevi riservare il sedile del passeggero anteriore. Abbassate il finestrino, una presa in più alla portiera vi aiuterà. Alzate il sedile il più alto possibile (occhio alla testa!) oppure fate predisporre un cuscino. In primis sedetevi con le gambe fuori dall'auto. Tenete le cosce unite e portatele all'interno dell'auto con un aiuto se necessario.

A domicilio il paziente per i primi giorni, deve semplicemente camminare, fare le scale e alternare la posizione seduta a quella supina come ha imparato in ospedale. Bisogna evitare che l'arto inferiore operato si gonfi, cadute e movimenti in rotazione o flessione-estensione forzata. Preparate la casa per il vostro arrivo: via tappeti o impedimenti ad esempio. Soprattutto attenzione in bagno, si scivola!

Calze e scarpe? Meglio l'aiuto di un familiare all'inizio. Esistono però anche ausili che si comprano nei negozi di ortopedia. Ad esempio, un lungo calzascarpe.

Sono assolutamente da evitare esercizi che infiammino la muscolatura come quello mostrato qui sotto.



Esercizio da evitare assolutamente: la flessione dell'anca a ginocchio esteso. Questo esercizio, sfortunatamente molto in voga presso talune scuole di pensiero, è in grado di infiammare in modo permanente lo psoas ed il retto anteriore.

Diventa molto complicato far passare il dolore cronico anteriore che ne consegue. Da non fare MAI.



Flettere l'anca a ginocchio flesso e piede sul letto è invece possibile e propedeutico da subito.

Inoltre, bisognerà seguire le terapie farmacologiche prescritte in lettera di dimissioni.

In caso la medicazione si sporchi è bene cambiarla con una medicazione a piatto come verrà spiegato in sede di ricovero. Tra l'altro ne vedrete l'esecuzione voi stessi.

Al momento della dimissione sarà comunque organizzata una medicazione ed una desutura della ferita, di norma dopo 10 giorni, ed un controllo in ambulatorio, con nuove radiografie del bacino per protesi + radiografie assiali delle anche, a circa 30-45 giorni dall'intervento, nell'ambulatorio di reparto. Nel caso si preferisse essere da subito ricontrollati dal proprio Chirurgo è bene comunicarlo subito e organizzare con lo studio del chirurgo.

Al momento opportuno andranno rimosse gradatamente le calze elastiche. Si inizia un giorno a non indossandole al mattino per 2 ore, poi, un altro giorno per 4 ore, poi 6 ore, poi basta, salvo gonfiori particolari. In pochi giorni non ve ne sarà più bisogno.

Già dopo pochi giorni, al riprendere di un certo controllo della propria motricità, sarà possibile dormire sul fianco con l'accortezza, molto importante, di porre un ampio cuscino in mezzo alle gambe.

La ripresa della guida dipende dalla capacità di lasciare almeno una stampella ed aver ripreso il pieno controllo della motricità articolare. Il paziente deve sentirsi in grado. Meglio poi iniziare con piccoli tragitti. Possono essere necessarie da 2 a 8 settimane nei casi normali. Certo non devono essere in corso farmaci che possono alterare i riflessi (tipo antidolorifici oppiacei etc.).

NEL CASO DOPO LA DIMISSIONE COMPAIANO SINTOMI PARTICOLARI COME AUMENTO IMPROVVISO DEL DOLORE SIA A RIPOSO CHE DURANTE LE ATTIVITA', FEBBRE, ROSSORE DELLA FERITA, SECREZIONI ANOMALE, GONFIORE ECCESSIVO O ALTRO E' BENE CONTATTARE IL VOSTRO CHIRURGO DI RIFERIMENTO O L'OSPEDALE.

SOPRATTUTTO FATE ATTENZIONE SE SI PRESENTA DOLORE O GONFIORE ECCESSIVO DEL PIEDE O DEL POLPACCIO, SE SI AVVERTE MANCANZA DEL RESPIRO O SENSAZIONE DI "FAME D'ARIA" O SE SI AVVERTE DOLORE TORACICO. POTREBBE TRATTARSI DI UN EPISODIO TROMBOEMBOLICO CHE, SEBBENE OGGI RARISSIMO, PUO' ESSERE MOLTO PERICOLOSO.

COME PRESERVARE LA PROPRIA PROTESI

Il paziente deve essere conscio che esistono dei rischi generici e specifici attinenti all'intervento chirurgico. Questi sono scritti in modo minuzioso sul consenso informato.

Il rischio varia a seconda dell'età e delle condizioni generali e locali del paziente.

Varia anche da come la protesi viene "trattata" e seguita nel tempo.

Bisogna quindi non trascurare se stessi né l'anca operata. Come?

- ✓ Presentarsi ai controlli ambulatoriali periodici
- ✓ Non aumentare di peso
- ✓ Smettere di fumare
- ✓ Non abusare con l'alcool
- ✓ Condurre una vita attiva senza sport lesivi per l'anca o che esponcano a traumi/microtraumi.
- ✓ Fare sempre particolare attenzione a qualsiasi fonte di infezione: eseguire una terapia antibiotica mirata in caso di cistiti, faringiti, ascessi dentali, tonsilliti o per qualsiasi altra forma di infezione da germi che possano giungere per via ematica a livello della protesi.
- ✓ Eseguire una profilassi antibiotica, con antibiotici ad ampio spettro, nel caso di interventi o procedure che possano provocare la disseminazione di un'infezioni come, ad esempio, endoscopie, cateterismi, chirurgia dentaria, infiltrazioni, ferite lacero-contuse sporche, ecc.. Potrete discutere la profilassi con il medico che vi sottoporrà alla procedura a rischio disseminazione. Di solito si utilizzano antibiotici ad ampio spettro per bocca.
- ✓ Anche per la sola pulizia dentale dal dentista è meglio eseguire una terapia antibiotica in unica e preventiva somministrazione.
- ✓ Non eseguire mai iniezioni a livello del gluteo dell'anca operata.

CONCLUSIONI

L'intervento di protesi d'anca è un intervento di grande successo e che permette di tornare ad una vita normale. Come tutti gli interventi bisogna conoscerlo e rispettarlo. La frase più spesso detta dai pazienti dopo quest'intervento è "perché non l'ho fatto prima". Adoperiamoci insieme perché tutti possano arrivare a tale risultato.

Nota: il presente opuscolo ha carattere informativo, si rimanda all'Ortopedico la decisione sull'opportunità di un intervento di protesi totale d'anca.