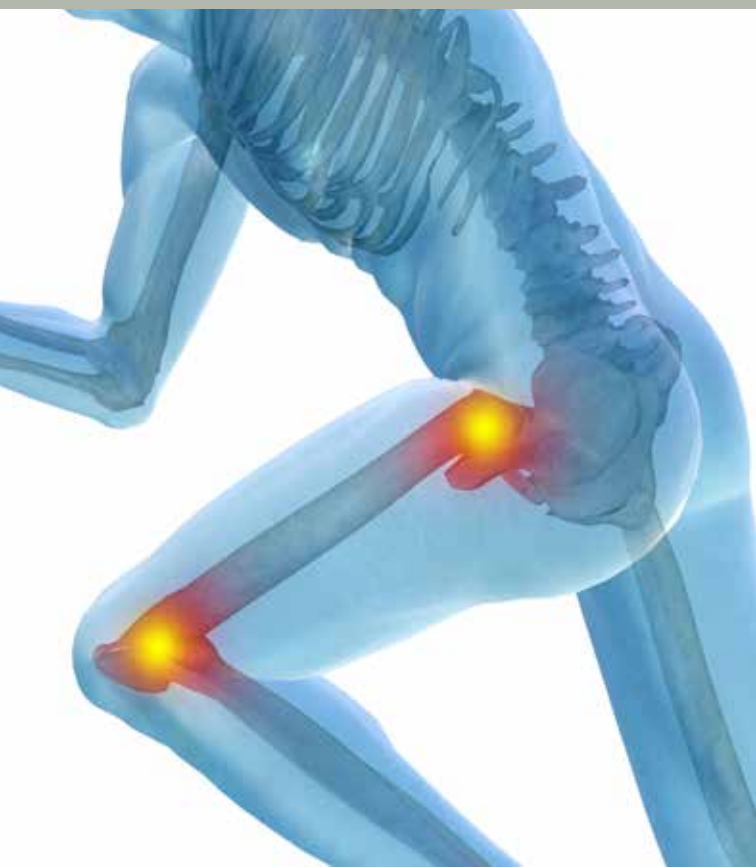


PROBLEMI ALL'ANCA O AL GINOCCHIO

La soluzione delle protesi



Villa Torri Hospital
Bologna



GVM
CARE & RESEARCH

Molte persone, soprattutto con l'avanzare dell'età, avvertono **dolore alle grandi articolazioni portanti come anca e ginocchio**. **Una problematica che può rendere difficili anche semplici attività quotidiane**, come camminare, allacciarsi le scarpe, salire o scendere le scale e che **spesso è correlata all'artrosi**, o osteoartrosi, una delle patologie reumatiche più diffuse al mondo.

Questa patologia **si manifesta in genere dai 40 anni in su** e si sviluppa in modo lento e graduale, consumando progressivamente la cartilagine che riveste le ossa delle articolazioni e contribuisce a rendere fluidi i movimenti. Le ossa finiscono così per "toccarsi" tra di loro provocando dolore, gonfiore e rigidità.



■ L'ANCA PATOLOGICA

La **coxartrosi** o l'artrosi dell'anca, dipende da **diversi fattori di rischio**, tra cui principalmente età, traumi, predisposizione genetica, sovrappeso, eccessiva attività fisica o lavori particolarmente pesanti.

Di fronte a questa spiacevole situazione, le opzioni terapeutiche sono quelle di utilizzare farmaci antiinfiammatori, di evitare sforzi fisici e se necessario di ridurre il proprio peso corporeo. Se la terapia medica e le norme di vita sono utili per alleviare il dolore nella maggior parte dei casi, tuttavia influenzano il decorso della patologia. L'unica soluzione in caso di coxartrosi grave è l'**impianto di una protesi** che è in grado di eliminare la sintomatologia dolorosa, migliorare la funzionalità dell'articolazione e quindi restituire al paziente una buona **qualità di vita**.

LA PROTESI D'ANCA

Negli ultimi anni la chirurgia protesica dell'anca si è **notevolmente evoluta**. I chirurghi dispongono infatti di tecniche operatorie sempre più affinate che consentono **interventi sicuri** e con **notevole risparmio delle strutture anatomiche**. I pazienti possono così recuperare una buona qualità di vita, risolvendo o alleviando sensibilmente la sintomatologia dolorosa, migliorando le proprie capacità fisiche e motorie, con una sopravvivenza degli impianti che supera il 90% a 15 anni.

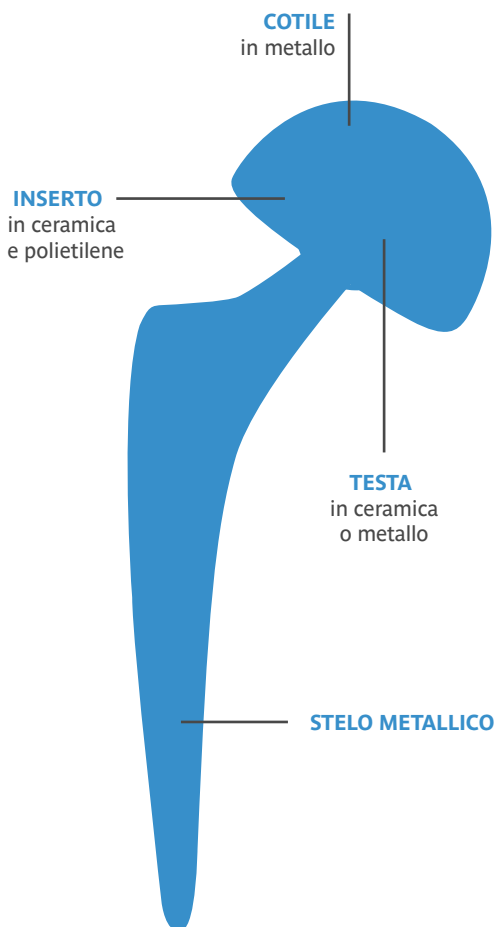
Gli interventi di sostituzione protesica dell'anca possono essere classificati in tre tipologie:

- la **sostituzione totale o artroprotesi**: prevede di intervenire su entrambe le componenti articolari, femorale e acetabolare.
- la **sostituzione parziale**, comunemente indicata con il termine **endoprotesi**: è riservata soprattutto al trattamento delle fratture mediali del collo del femore nelle persone molto anziane, permettendo di preservare l'acetabolo.
- la **revisione, o ri protesizzazione**: prevede la sostituzione di un dispositivo precedentemente impiantato in seguito al suo cedimento prevalentemente meccanico.

La qualità dell'osso, la morfologia femorale e acetabolare, l'età del paziente e le sue condizioni cliniche indirizzano la **scelta del sistema protesico e del tipo di fissazione**. La protesi d'anca è costituita da due elementi che sostituiscono funzionalmente le componenti dell'articolazione fisiologica: *il cotile*, generalmente metallico, in cui viene posizionato un inserto di polietilene o ceramica, e lo *stello metallico*, sulla cui estremità superiore, denominata collo, viene inserita una testa metallica o di ceramica.

Lo stelo e il cotile possono essere fissati all'osso utilizzando il "cemento" (**protesi cementata**) o come accade sempre più frequentemente, semplicemente "impattando" le componenti protesiche nella sede opportunamente preparata senza l'utilizzo di cemento (**protesi non cementata**).

Queste ultime sono generalmente realizzate in titanio e presentano una superficie porosa per favorire la crescita di tessuto osseo attorno alla protesi e pertanto la sua stabilizzazione.



■ L'INTERVENTO

La soluzione chirurgica, qualora il medico specialista la ritenga opportuna e inevitabile, è quindi una valida procedura per molti pazienti per **ritrovare una migliore qualità della vita e ritornare a muoversi senza dolore**.

Tuttavia essendo piuttosto diffuso un certo timore nei confronti dell'intervento chirurgico, per ridurre l'ansia e rendere questa esperienza meno traumatizzante è opportuno acquisire informazioni su cosa accade durante il ricovero.

PRIMA DELL'INTERVENTO

Nel periodo che intercorre tra la visita ortopedica e il ricovero per l'intervento di protesi d'anca, il paziente deve attuare una serie di provvedimenti che gli permettono di giungere all'intervento nelle migliori condizioni, come ad esempio eliminare con una adeguata dieta l'eventuale peso in eccesso per evitare il sovraccarico dell'anca operata e del lato sano durante il recupero, oppure qualora il paziente assuma farmaci anticoagulanti, la sospensione di essi 3-5 giorni prima. Viene anche consigliato al paziente di smettere di fumare, per ridurre i problemi respiratori durante e dopo l'anestesia. Importante è anche l'eliminazione di eventuali focolai infettivi (tipo ascesso a un dente o gluteo, cistite, ecc.) per evitare l'eventuale contaminazione della protesi.

Il ricovero potrà avvenire uno o due giorni prima dell'intervento. Il giorno prima dell'intervento si verrà visitati dall'anestesista che, oltre a valutare la necessità di eventuali ulteriori accertamenti, informerà il paziente sulla procedura anestesologica. È tuttavia sempre consigliabile una **valutazione anestesologica prima del ricovero** onde evitare un ricovero inutile per la sospensione dell'intervento. Inoltre sarà necessario eseguire una **doccia** e restare **digiuni** dalle ore 24.00.

L'INTERVENTO

L'intervento avviene con il paziente supino o sul fianco controlaterale, attraverso un'incisione laterale o anteriore sulla coscia. Incisa la cute e il sottocute si accede attraverso le fibre muscolari alle articolazioni. Si esegue l'**osteotomia della testa femorale**, usurata dall'artrosi, quindi si procede al **posizionamento della componente protesica acetabolare e del suo inserto**. Si passa dunque alla preparazione del femore, entro il quale viene alloggiato lo stelo femorale su cui è assemblata la **testina protesica**. Infine si riposiziona la **neo articolazione** ("riduzione") e si procede alla **ricostruzione** dei tessuti mio-tendinei, del sottocute e della cute. L'intervento termina con l'esecuzione di un **controllo radiografico**.



DOPO L'INTERVENTO

Dopo l'impianto della protesi d'anca sono necessari alcuni giorni di riposo a letto. Al ritorno dalla sala operatoria vengono indossate le **calze antitrombo** e viene posizionato un cuscino **divaricatore** fra le gambe del paziente. Il dolore post operatorio e riabilitativo è prevedibile, di breve durata e ben controllato dagli analgesici.

Il giorno successivo all'intervento, dopo le cure infermieristiche (prelievo del sangue e toilette) e la visita del chirurgo, il paziente conoscerà il **fisioterapista** che lo seguirà per la prima riabilitazione e che inizierà con la **prevenzione trombo-embolica attraverso una mobilizzazione precoce degli arti inferiori**. A questo scopo, il paziente indosserà delle calze antitrombo e verrà aiutato a compiere i **primi movimenti con la protesi di anca**, imparando il modo in cui evitare i gesti a rischio lussazione. Riprenderà progressivamente anche una normale alimentazione.

Il **secondo giorno** al paziente verrà **cambiata la medicazione e tolto il drenaggio**. Il fisioterapista, dopo l'abituale prevenzione, lo aiuterà a **sedersi sul bordo del letto e a farlo girare dalla parte sana con un cuscino tra le gambe**.

Al **terzo giorno**, dopo le cure infermieristiche e la visita medica, sarà possibile grazie all'aiuto del fisioterapista fare i **primi passi** con l'aiuto delle stampelle o con un deambulatore, secondo il caso, con carico parziale sull'arto operato.

Quindi dopo la fase post operatoria immediata, il paziente verrà guidato dal fisioterapista nell'acquisizione di un'**autonomia progressiva**, sempre con l'aiuto delle stampelle, alternando la deambulazione, la posizione seduta e il riposo a letto. Nei giorni successivi verrà intensificato il trattamento fisioterapico allo scopo di rendere il paziente autonomo e verranno appresi i passaggi posturali come sedersi o alzarsi da una sedia e attività più complesse al fine di rendere il paziente progressivamente sempre più autonomo nelle comuni attività della vita quotidiana (igiene personale e uso del bagno, vestirsi, affrontare le scale).

La durata del ricovero in riabilitazione è indicativamente di **2-3 settimane** e i punti di sutura vengono rimossi dopo circa due settimane dall'intervento.

■ RITORNANDO A CASA

Al ritorno dall'ospedale il paziente potrà gradualmente riprendere le proprie attività della vita quotidiana e in seguito tornare all'attività lavorativa ed eventualmente sportiva con l'assenso del proprio medico specialista curante. È importante in ogni caso avere presente che la nuova articolazione non è protetta fino a quando la muscolatura dell'arto inferiore non avrà riacquisito un adeguato trofismo muscolare.

Per questo motivo dopo un intervento di endoprotesi o artroprotesi d'anca è importante seguire determinate precauzioni al fine di evitare la lussazione della protesi. In particolare **la flessione oltre l'angolo retto** e/o la **extrarotazione e adduzione** dell'arto operato sono **movimenti da evitare** in quanto possono facilitare la lussazione della protesi.

MOVIMENTI DA EVITARE

- Chinarsi a raccogliere oggetti a terra con il ginocchio dell'arto operato esteso (si consiglia, per 3-5 mesi dall'intervento, di evitare di raccogliere oggetti a terra in quanto la flessione eccessiva del busto può determinare la lussazione della protesi).
- Chinarsi in avanti quando si è seduti.
- Accavallare le gambe e accovacciarsi sui talloni.
- Sedersi su sedili bassi con l'anca eccessivamente flessa.

DOPO L'INTERVENTO

- Durante i primi 3 mesi dopo l'intervento, nel **camminare**, il paziente dovrà strettamente attenersi alle indicazioni dello specialista e utilizzare l'ausilio più adeguato (stampelle, bastoni canadesi, ecc.).
- Per quanto riguarda il **riposo a letto**, la posizione più indicata è quella supina. Si consiglia vivamente di non dormire sul fianco operato, eventualmente si può dormire sul lato sano tenendo in ogni caso un cuscino tra le gambe.
- È possibile ricominciare a **guidare** dopo l'autorizzazione dello specialista curante. Comunque **non prima dei 2-3 mesi** dall'intervento. Se l'arto operato è il sinistro sedersi a destra del guidatore, se l'arto operato è il destro sedersi dietro il guidatore.
- Quando il paziente dovrà **sedersi**: deve divaricare leggermente le gambe, appoggiare le mani sui braccioli e scendere lentamente tenendo le ginocchia larghe e le punte dei piedi parallele. Quando invece dovrà **alzarsi** dalla sedia occorre evitare di flettere il busto in avanti.
- Nel lavarsi è consigliabile l'uso della **doccia** con tappeto antiscivolo.
- Il paziente in tutte le proprie attività quotidiane come lavare i piatti, stirare, raccogliere oggetti che comportino la flessione del busto in avanti dovrebbe evitarle o comunque ricordarsi che il **piano di lavoro** per svolgere tali attività deve essere all'altezza giusta per permettere l'allineamento delle spalle sullo stesso piano frontale dell'anca.
- Si consiglia di sedersi solo su **water con sedile rialzato**. Esistono in commercio alzawater da adottare al proprio domicilio. Per alzarsi e sedersi dal water valgono le stesse regole descritte per alzarsi/sedersi dalla sedia.

ESERCIZI

Per un ottimale recupero è fondamentale **ogni giorno dedicare del tempo alla riabilitazione.**

Si consiglia al paziente di eseguire almeno un'ora di esercizi al giorno durante il primo mese dopo l'intervento. Successivamente sarà utile aumentare gradualmente il tempo da dedicare alla fisioterapia suddividendolo in **due/tre sedute giornaliere per 3-4 mesi.**

Lo specialista fisiatra, dopo la valutazione iniziale, sarà in grado di preparare un programma riabilitativo personalizzato dove verranno elencati esercizi che il paziente potrà svolgere in autonomia.



Gli esercizi dovranno essere effettuati lentamente e se eseguiti in modo corretto non dovrebbero provocare dolore, se non una lieve dolenzia muscolare. In caso di comparsa di dolore all'anca durante l'esecuzione di un particolare esercizio, si raccomanda al paziente di sospendere l'esercizio ed eventualmente contattare il chirurgo.

LA GONARTROSI

La **gonartrosi** - o **artrosi del ginocchio** - è una comune patologia degenerativa che colpisce la cartilagine dell'articolazione del ginocchio. Il tessuto cartilagineo si deteriora e si consuma, portando allo "sfregamento" diretto delle ossa dell'articolazione, cosa che provoca dolore, difficoltà nel movimento e infiammazione.

Tra le **cause** di questo disturbo cronico e alla lunga invalidante, ci sono i danni da usura e quindi l'età, ma anche **micro traumi** che nel tempo abbiano favorito e accelerato il processo di "usura" del tessuto cartilagineo che avvolge il ginocchio.

Fattori predisponenti sono inoltre l'obesità, pregresse fratture del ginocchio anche avvenute in età infantile o giovanile, difetti di allineamento delle ossa articolari, ecc.

Tra i **sintomi** della gonartrosi troviamo:

- **dolore** diffuso al ginocchio e talora tumefazione
- tendenza a **zoppicare**
- **mal allineamento** del ginocchio, che tende a diventare varo o valgo anche se prima non lo era



Come tutte le forme di artrosi, trattandosi di una **patologia degenerativa irreversibile**, il tessuto consumato non si può "riformare" e quindi la gonartrosi prevede trattamenti con farmaci e fisioterapia (che eliminano i sintomi e non la causa) e al contempo l'assunzione di abitudini di vita che possono rallentare il processo di usura della cartilagine articolare. Ma quando le terapie non funzionano e l'articolazione risulta rigida e compromessa in modo irrimediabile, l'**artroprotesi** (ossia **la protesi al ginocchio**) è spesso l'unica via da percorrere.

LA PROTESI DI GINOCCHIO

La protesi permette a pazienti affetti da grave artrosi del ginocchio il recupero di un'**elevata qualità di vita**, con un buon recupero funzionale e la riduzione della sintomatologia dolorosa. La chirurgia protesica del ginocchio si è evoluta notevolmente negli ultimi anni tramite tecniche chirurgiche sempre più affinate che permettono di effettuare l'intervento di protesi di ginocchio in **sicurezza**.

Gli interventi di sostituzione protesica di ginocchio possono essere classificati in tre tipologie:

- **Protesi totale**: vengono ricostruite tutte le componenti articolari (femorale e tibiale) ed eventualmente anche quella rotulea.
- **Protesi parziale o mono compartimentale**: si ricostruisce solo la porzione articolare danneggiata, quando l'artrosi interessa unicamente la parte esterna o interna del ginocchio.
- **Riprotesisazione**: Quando viene sostituito un dispositivo precedentemente impiantato per fallimento generalmente meccanico.

La **protesi di ginocchio** è costituita da alcuni elementi che sostituiscono funzionalmente le due componenti tibiale e femorale dell'articolazione fisiologica: la componente tibiale è composta da un piatto di supporto metallico e un inserto di polietilene. **La componente femorale** invece è completamente in metallo e scorre sul polietilene.

Così come per la coxartrosi, anche per la protesi di ginocchio sono la qualità dell'osso, l'età del paziente e la morfologia femorale e tibiale a indirizzare la scelta del modello della protesi e del mezzo di fissazione (che nell'80% dei casi avviene col cemento).

■ L'INTERVENTO

La **soluzione chirurgica**, se i trattamenti conservativi come farmaci antidolorifici, infiltrazioni, fisioterapia o l'utilizzo di stampelle non aiutano più, è l'unica alternativa da prendere in considerazione per alleviare il dolore, correggere la deformità delle gambe e riprendere le normali attività della vita quotidiana senza più sofferenza.

PRIMA DELL'INTERVENTO

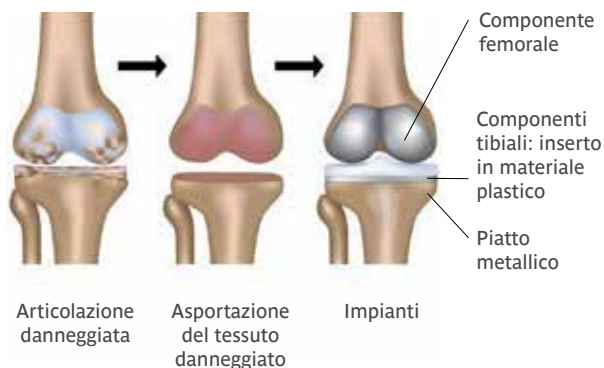
Nel caso l'unica soluzione possibile sia l'intervento chirurgico, è necessario, prima della sua esecuzione, sottoporsi a tutti gli **esami** normalmente richiesti quando ci si sottopone a un intervento di chirurgia maggiore: esami ematici, radiografia del torace, ECG e possibilmente a una visita anestesiologicala preventiva.

Una volta definiti la necessità e il giorno dell'intervento, il paziente deve eseguire una serie di **accorgimenti** che gli permetteranno di arrivare all'intervento nelle migliori condizioni. Oltre a perdere il peso in eccesso e l'evitare di assumere farmaci antinfiammatori almeno per due settimane prima dell'intervento, dovrà anche smettere di fumare non solo per ridurre gli eventuali problemi respiratori durante e dopo l'anestesia, ma anche per non ritardare la cicatrizzazione della ferita chirurgica. Il giorno prima dell'intervento il paziente verrà sottoposto anche alla **visita anestesiologicala**, dove oltre a valutare la necessità di ulteriori accertamenti, il paziente verrà informato sulle procedure che verranno adottate.

L'INTERVENTO

La procedura chirurgica **richiede in media circa 1-2 ore**. L'intervento avviene con il paziente supino, attraverso un'incisione a livello della regione anteriore del ginocchio. Sezionati cute e sottocute si procede all'esposizione dell'articolazione del ginocchio. Con appositi strumenti viene preparata la superficie del femore, della tibia ed eventualmente della rotula asportando il tessuto osseo danneggiato e sostituendolo con le componenti femorale e tibiale della protesi.

Le protesi vengono fissate all'osso con resine a presa rapida (**protesi cementata**) o "impattando" le componenti della protesi all'osso senza cemento (**protesi non cementata**). Si inserisce quindi l'inserto in polietilene. Infine si sutura sottocute e cute e si esegue una radiografia.



DOPO L'INTERVENTO

Se non si verificano complicazioni, l'obiettivo principale da raggiungere durante i giorni di permanenza nella struttura ospedaliera è quello di riprendere a camminare. A tale scopo è necessario che il paziente intraprenda un programma fisioterapico finalizzato a restituire forza alla muscolatura e mobilità all'articolazione.

Dopo aver trascorso la **prima giornata** postoperatoria a letto in **riposo assoluto** e indossate le calze antitrombo, il paziente dalla **seconda giornata**, trascorre qualche ora in **poltrona/carrozzina** e inizia un programma fisioterapico per il recupero della forza dei muscoli della coscia e della gamba. Il programma riabilitativo non è uguale in tutti i soggetti operati, potendo variare in base al tipo di intervento, all'età, alle condizioni cliniche generali e alle indicazioni del chirurgo ortopedico che ha eseguito l'intervento.



Dalla seconda giornata post-operatoria il paziente potrà alzarsi con assistenza, stare con le gambe fuori dal letto e rimanere seduto, su una sedia alta, per almeno 15 minuti. Questo tempo sarà progressivamente aumentato, anche in base alle reazioni individuali. In questa fase il paziente potrà mangiare da seduto e potrà iniziare a camminare assistito dal fisioterapista con deambulatore ascellare ("girello") e successivamente con due semplici bastoni canadesi, all'inizio per brevi tratti e poi per tratti sempre più lunghi, imparando anche a salire e scendere le scale. Quando le condizioni cliniche saranno stabilizzate e il paziente avrà iniziato il recupero del cammino, viene programmata la **dimissione dal reparto**.

Da questo punto il programma riabilitativo prosegue con alcuni **specifici percorsi**: nei casi più semplici solo con fisioterapia ambulatoriale, nei pazienti più complicati (età avanzata, comorbidità) con trasferimento in degenza di medicina riabilitativa intensiva.

■ RIENTRO A CASA

Una volta a casa è necessario che il paziente esegua le varie attività in modo appropriato per non danneggiare l'impianto protesico. Le precauzioni in seguito elencate dovranno essere seguite per almeno i primi **2/3 mesi** e comunque finché non interrotte dal medico specialista. È importante in ogni caso avere presente che la nuova articolazione non è protetta fino a quando la muscolatura dell'arto inferiore non avrà riacquisito un adeguato trofismo muscolare.

STILE DI VITA NORME COMPORTAMENTALI

Giunti a casa si consiglia al paziente di attenersi alle seguenti **indicazioni generali**:

- I lavori domestici pesanti devono essere evitati per 2/3 mesi dall'intervento, mentre sono concessi lavori semplici, proseguendo con gli esercizi appresi durante il ricovero.
- Camminare con due stampelle finché non indicato diversamente dal medico specialista.
- Non piegare eccessivamente le ginocchia, sedendosi su piani troppo bassi o accovacciandosi.
- Non guidare l'auto fino a quando non si raggiunge un cammino autonomo e una buona articolazione funzionale (almeno 3 mesi).
- Mettere tappetini e adesivi antiscivolo nel piano doccia e fondo vasca.
- Per salire le scale ricordarsi che l'arto non operato sale il gradino per primo, mentre per scendere è l'arto operato a scendere il gradino per primo.

ESERCIZI

Per un ottimale recupero è consigliabile affidarsi ad un **qualificato centro di Riabilitazione e Recupero Funzionale** dove lo specialista fisiatra, dopo la valutazione iniziale, la consultazione della documentazione ed eventualmente del chirurgo ortopedico, sarà in grado di preparare un programma riabilitativo personalizzato da svolgere con l'aiuto di un terapeuta della riabilitazione.



In ogni caso è fondamentale **dedicare ogni giorno del tempo alla riabilitazione**, anche in autonomia a domicilio. Si consiglia **almeno un'ora di esercizi al giorno** durante il primo mese dopo l'intervento, aumentando gradualmente il tempo da dedicare alla fisioterapia suddividendolo **in due-tre sedute giornaliere per 3-4 giorni**.

L'obiettivo da perseguire è quello di mantenere un'adeguata forza muscolare, una buona particolarità del ginocchio e un buon trofismo osseo come prevenzione dell'osteoporosi.

RICORDARE

- **Per ogni dubbio consultate lo specialista curante.**
- **Presentarsi sempre ai controlli previsti.**
- **Non trasportate carichi eccessivi.**
- **Non praticare sport di contatto e che richiedano corsa o salti.**

Se non ci si attiene ai consigli dati, si potranno riscontrare fenomeni precoci di usura delle componenti protesiche, esponendosi al rischio di un nuovo intervento per la sostituzione delle medesime.

È possibile comunque che dopo molti anni la protesi (in particolare l'inserto in polietilene) vada incontro a fenomeni di usura mobilizzandosi dall'osso e rendendo necessaria la sua sostituzione.

Tuttavia i risultati, come confermato dalle statistiche, nel 90% dei casi rimangono buoni anche a distanza di 15-20 anni dall'intervento.



Per informazioni e prenotazioni

 051.9950311

www.villatorrihospital.it

Villa Torri Hospital fa parte di GVM Care & Research: Gruppo Ospedaliero Italiano attivo in sanità, ricerca, benessere termale e industria biomedicale, con l'obiettivo di promuovere il benessere e la qualità della vita. Una rete di strutture avanzate, capillari sul territorio, contraddistinte da elevati standard di qualità e tecnologie all'avanguardia.

L'Ospedale è accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale ed è convenzionato con Fondi Sanitari Integrativi, Enti, Casse Mutua e Assicurazioni Sanitarie.

DOVE SIAMO



VILLA TORRI HOSPITAL
 Viale Quirico Filopanti, 12
 40126, Bologna
 Tel. 051.9950311

www.gvmnet.it

Direttore Sanitario Dott.ssa Angelina Militello
 Aut. San. PG 207923 del 06/10/2004



VTH-12-03.23-S-IT