

Guida pratica per i pazienti operati di artroprotesi d'anca



Questo libretto informativo è stato ideato, grazie alla collaborazione tra l'équipe riabilitativa di REHA TICINO, il Dipartimento multisito di chirurgia dell'Ente Ospedaliero Cantonale e l'équipe chirurgica dell'Ars Medica, per illustrare al paziente operato di protesi dell'anca il tipo di intervento subito e i suggerimenti sul comportamento più idoneo da adottare per facilitare il rientro a casa.

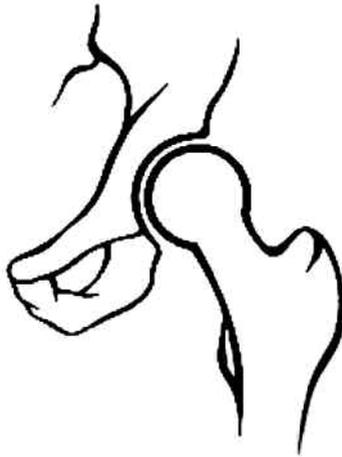
Argomenti trattati

- Anatomia dell'articolazione dell'anca
- Artrosi
- Artrosi dell'anca
- Frattura del collo femorale
- Terapia
- Programma operatorio
- Rischi dell'operazione
- Riabilitazione
- Posture e movimenti da evitare
- Posture e movimenti consentiti
- Rieducazione al cammino
- Gli ausili
- Raccomandazioni finalizzate a ridurre il rischio di cadute a domicilio
- Consigli per l'esecuzione delle normali attività di vita quotidiana

Anatomia dell'articolazione dell'anca

L'articolazione coxo-femorale (o articolazione dell'anca) congiunge l'osso dell'anca al femore. La superficie articolare del femore è rappresentata dalla sua testa, che ha la forma di un segmento a sfera; quella dell'osso dell'anca è data dalla cavità acetabolare, di forma sferica.

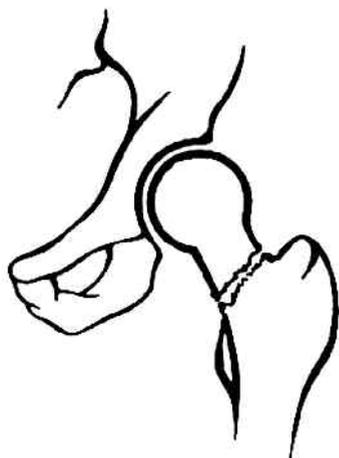
Entrambe le componenti, femorale ed acetabolare, sono rivestite da cartilagine ialina, la quale consente un adeguato scorrimento tra le due superfici articolari.



Le più frequenti patologie a carico dell'articolazione coxo-femorale sono l'artrosi e le fratture del collo del femore.



Riduzione dello spazio articolare
Deformazione delle superfici articolari



Frattura del collo femorale

Artrosi

L'artrosi è un'artropatia cronica in cui le lesioni anatomiche consistono principalmente in alterazioni distruttive delle cartilagini articolari associate a lesioni proliferative del tessuto osseo circostante.

Fattori predisponenti

- Obesità
- Pregresse fratture
- Patologie dismetaboliche
- Displasia congenita dell'anca (malformazione dell'articolazione dell'anca presente alla nascita)

Artrosi dell'anca

L'artrosi dell'anca, o coxartrosi, occupa un posto di primo piano per la sua elevata incidenza. Si riscontra soprattutto nei soggetti con oltre 40 anni e la sua frequenza aumenta con l'età.

I sintomi causati dall'artrosi dell'anca sono il dolore alla deambulazione e la limitazione progressiva dei movimenti dell'anca. Una volta instauratasi, non guarisce, ma evolve lentamente, con un aggravamento progressivo della sintomatologia dolorosa e dell'impotenza funzionale. La distanza che il paziente può percorrere a piedi senza dolore diminuisce a poco a poco e la limitazione dei movimenti diventa via via più imponente.

Frattura del collo femorale

È una patologia di elevata frequenza nell'anziano. Interessa principalmente il sesso femminile nell'età menopausale per la frequente condizione associata di osteoporosi (patologia che rende l'osso più debole).

Terapia

Il trattamento delle forme gravi di artrosi dell'anca e di particolari tipi di fratture al collo del femore si effettua mediante l'applicazione di protesi.

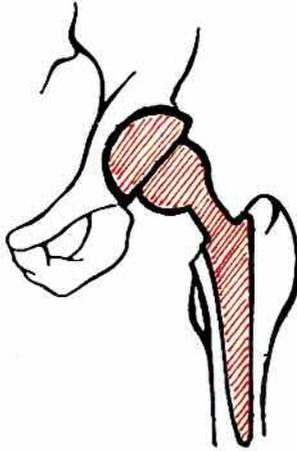
Per protesi si intende un rivestimento di materiali artificiali (metallo e plastica), che viene inserito sulle superfici articolari degenerate.

Le protesi d'anca sono di due tipi:

Endoprotesi: sostituzione della sola parte prossimale del femore (testa)



Artroprotesi: sostituzione sia della componente prossimale del femore (testa) che della componente articolare dell'anca (acetabolo)



Le protesi possono essere fissate con cemento, particolare resina che permette l'ancoraggio stabile ed immediato della protesi all'osso.

Quando usare l'una o l'altra protesi? In genere la decisione è di competenza del chirurgo ortopedico, al quale è affidato il giudizio per ogni singolo caso.

Programma operatorio

In caso d'intervento chirurgico di protesizzazione dell'anca in elezione, ovvero un intervento chirurgico già pianificato con l'operatore, di regola si procede secondo il seguente programma:

Giorno antecedente all'intervento

Il paziente viene ricoverato in ospedale e preso a carico dal personale infermieristico. Durante questa giornata verranno effettuati gli esami preoperatori di routine (radiografia del torace, prelievo del sangue, elettrocardiogramma), visita del medico del reparto e infine visita dell'anestesista e del chirurgo.

Il giorno antecedente l'intervento inoltre, verrà effettuata l'istruzione da parte del fisioterapista in merito al corretto utilizzo delle stampelle e del carico da concedere sull'arto che dovrà essere operato.

Giorno dell'intervento

Assistito dal personale infermieristico, il paziente viene preparato per l'operazione. Per tale motivo verranno fatti indossare un camice e una cuffia.

Dopo l'intervento, l'arto inferiore operato viene tutelato con una stecca di gomma piuma, da mantenere per qualche giorno, mentre i drenaggi posizionati in sede di ferita con lo scopo di evitare il formarsi di raccolte di sangue, saranno rimossi dopo 24 - 48 ore.

Ovviamente nell'immediato post-operatorio e per qualche giorno è frequente la presenza di dolore a livello dell'anca operata, motivo per cui saranno somministrati dei farmaci antalgici oppure si lascerà in sede un'anestesia locale, tramite una pompa che inietta l'anestetico direttamente nella colonna vertebrale o nella coscia.

Giorno successivo all'intervento

Attraverso l'intervento diretto di un fisioterapista si inizierà il programma di riabilitazione, mirato a rimettere in piedi il pa-

ziente e ad iniziare il recupero del cammino attraverso l'utilizzo di ausili (girello e successivamente stampelle).

Il programma riabilitativo verrà ripreso con maggior dettaglio nelle pagine successive.

Durata della degenza

Da un minimo di sette giorni ad un massimo di due settimane a dipendenza delle condizioni cliniche.

Alla dimissione

Seguirà un periodo di circa tre, quattro settimane di riabilitazione in regime stazionario presso una clinica riabilitativa.

Verrà inoltre già programmato il controllo clinico e radiografico presso l'operatore a 1 mese dall'intervento, a cui faranno seguito altri controlli (dopo 3, 6 e 12 mesi).

Rischi dell'operazione

L'intervento di protesizzazione dell'anca viene considerato "maggiore" e come tale presenta dei rischi reali di complicazioni sia operatorie che post-operatorie.

Per tale motivo prima dell'operazione si valuta l'operabilità del paziente tramite un accurato esame clinico da parte dell'anestesista o altri specialisti, in base al caso specifico.

L'intervento di protesi dell'anca può avere le seguenti complicazioni specifiche:

- **Ematoma post-operatorio:** causato dal sanguinamento eccessivo della ferita, per tale motivo vengono, come già detto, posizionati appositi drenaggi.
- **Infezione dell'impianto protesico o dei tessuti molli:** in tal caso potrebbe essere necessaria una ripresa chirurgica o una terapia antibiotica mirata. Tale rischio viene notevolmente ridotto grazie alla somministrazione preventiva di antibiotici il giorno dell'intervento.
- **Trombosi venosa profonda:** per ridurre il rischio viene somministrata giornalmente una terapia anticoagulante per bocca o per via sottocutanea, da protrarre sino alla ripresa del carico totale (circa 4 - 5 settimane).
- **Diversa lunghezza degli arti inferiori:** solitamente l'artrosi causa un accorciamento progressivo dell'arto, dovuto all'usura delle superfici articolari. Con l'intervento chirurgico si cerca pertanto di ricreare la situazione anatomica precedente all'usura, quindi dopo l'intervento il paziente può notare che l'arto inferiore operato è più lungo di prima, sensazione che scomparirà dopo qualche settimana. A volte il chirurgo è obbligato ad allungare lievemente l'arto per assicurare una buona stabilità dell'impianto protesico e ridurre il rischio di lussazione.

- **Lussazione della protesi:** possibile particolarmente durante le prime settimane, sino quando i legamenti e la capsula che uniscono la testa femorale al bacino non sono ancora cicatrizzati (vedi i paragrafi riguardanti la riabilitazione, le posture ed i movimenti da evitare).
- **Frattura dell'osso:** possibile durante l'inserimento dello stelo protesico.
- **Mobilizzazione precoce delle componenti protesiche:** raramente è possibile che lo stelo protesico o la coppa acetabolare possano andare incontro a "scollamento" (non perfetta aderenza tra le strutture impiantate e l'osso), il che richiede un ulteriore intervento chirurgico.
- **Anemizzazione post-operatoria:** oggi le trasfusioni da donatori possono essere evitate, attraverso il recupero e la ritrasfusione di parte del sangue perso durante l'intervento o attraverso l'autotrasfusione (quando possibile il sangue del paziente viene prelevato prima dell'intervento e utilizzato all'occorrenza in fase post operatoria).

Durata della protesi

Attualmente gli impianti di ultima generazione hanno una discreta durata: statisticamente si è visto che almeno il 95% di essi è ancora funzionale a 15 anni di distanza dall'intervento.

Riabilitazione

Il programma di recupero riabilitativo svolto è mirato a:

- recupero della forza muscolare
- recupero della funzionalità dell'anca operata
- educazione posturale (per evitare il rischio di lussazione)
- rieducazione ai passaggi posturali, ai trasferimenti (letto /carrozzina e viceversa)
- rieducazione alla stazione eretta ed alla deambulazione con ausili adeguati (bastoni canadesi, deambulatore), concedendo inizialmente un carico progressivo sull'arto operato, salvo diversa indicazione ortopedica
- progressivo svezzamento all'abbandono degli ausili
- correzione dell'eventuale differenza di lunghezza degli arti inferiori, mediante l'utilizzo di un rialzo
- raccomandazioni finalizzate a ridurre il rischio di cadute a domicilio

Generalmente un intervento ben riuscito ed un'adeguata riabilitazione consentono al paziente un completo recupero delle prestazioni motorie e funzionali con conseguente totale reinserimento familiare, sociale e professionale.

Tuttavia occorre sempre attenersi a precise regole e seguire determinati comportamenti nell'esecuzione delle normali attività di vita quotidiana, soprattutto nella fase post-operatoria, dove la nuova articolazione dell'anca sarà infatti relativamente a rischio sino a quando i muscoli non la terranno al riparo dai movimenti e dalle posizioni non corrette, che potrebbero provocare la lussazione della protesi.

Posture e movimenti da evitare

Paziente operata all'anca sinistra

Nel letto



NON accavallare gli arti inferiori



NON girarsi sul fianco operato



NON eseguire movimenti di torsione del busto (ad esempio per raggiungere oggetti posti sul comodino di fianco)

Seduti



NON accavallare le cosce



NON sedersi su sedie o poltrone troppo basse che comportino un'eccessiva flessione dell'anca operata



NON chinarsi a raccogliere oggetti

In piedi



NON incrociare le gambe



NON chinarsi a raccogliere oggetti



NON fare movimenti di torsione con il busto

Posture e movimenti consentiti

Paziente operata all'anca sinistra

Nel letto



Dormire supini, con arti inferiori abdotti (divaricati)



Posizionarsi sul fianco sano con un cuscino tra le cosce



Seduti

Sedersi su sedie rigide, non troppo basse

Rieducazione al cammino

Paziente operata di artroprotesi all'anca sinistra

Camminare con l'ausilio di due bastoni canadesi ("stampelle")
Esistono due tipi di cammino:

1. Passo a tre tempi



Posizione di partenza



Avanzamento dei bastoni canadesi



Avanzamento dell'arto operato



Avanzamento dell'arto sano che raggiunge quello operato

2. Passo alternato



Posizione di partenza



Avanzamento stampella
destra



Avanzamento gamba
sinistra operata



Avanzamento stampella
sinistra



Avanzamento gamba
destra sana

Eeguire le scale come appreso durante la degenza riabilitativa

In salita



Posizione di partenza



Avanzamento dell'arto sano sul gradino



Avanzamento contemporaneo dei bastoni e dell'arto operato sul gradino

In discesa

Posizione di partenza



Avanzamento di entrambi i bastoni canadesi sul gradino



Discesa dell'arto operato



Discesa dell'arto sano



Gli ausili

Nella vita quotidiana possono essere utilizzati alcuni ausili al fine di essere agevolati nello svolgimento di alcune azioni e diminuire i rischi.

Ad esempio:



Alzawater



Seggiolino per vasca da bagno



Seggiolino
e maniglione
per doccia



Calza-calze



Calza-scarpe

Raccomandazioni finalizzate a ridurre il rischio di cadute a domicilio

Eliminare ogni ostacolo che possa aumentare il rischio di cadute:

- tappeti e tappetini
- fili elettrici scoperti
- pavimenti bagnati
- pantofole aperte
- cera sui pavimenti

Consigli per l'esecuzione delle normali attività di vita quotidiana

In cucina

Quando si usa il forno, abbassarsi piegando la gamba non operata e tenendo quella operata lateralmente con il ginocchio esteso.

Per infornare o sfornare gli alimenti si può anche utilizzare una sedia.

Per trasportare piatti, posate e bicchieri utilizzare un carrello portavivande.

In bagno

In doccia: attenzione al piccolo gradino durante l'entrata e l'uscita dalla doccia.

Si consiglia inoltre l'utilizzo di un tappeto antiscivolo, di uno o più maniglioni da applicare al muro e di uno sgabello per sedersi.

In vasca: entrare in vasca sempre con l'arto sano sostenendosi ad appositi maniglioni fissati al muro.

Sedersi sul fondo della vasca può essere pericoloso, quindi si consiglia l'utilizzo di un apposito seggiolino da fissare sul bordo della vasca.

Sul bidet: per eseguire una corretta igiene intima, è bene sedersi sul bidet al contrario, in modo da non divaricare eccessivamente gli arti inferiori o utilizzare la doccia rimanendo seduti sul water.

In automobile

Movimenti corretti per entrare in macchina:

1. sedersi sul sedile tenendo le gambe fuori dall'autoveicolo
2. ruotare il busto e le due gambe (insieme), portandole all'interno dell'automobile

Per uscire si eseguono i medesimi movimenti ma al contrario. Si consiglia, inoltre, l'utilizzo di un cuscino, allo scopo di aumentare l'altezza della seduta e ridurre la flessione delle anche.

Bentornati a casa

Questo libretto ha la sola pretesa di essere utile al paziente che viene dimesso dall'ospedale o dalla clinica di riabilitazione, dopo un periodo di rieducazione motoria. Pertanto punta sulla semplicità e sulla chiarezza di esposizione. Gli autori desiderano ringraziare tutti i pazienti che con estrema disponibilità si sono prestati all'esecuzione delle fotografie.

Contatti

REHA TICINO

info@rehaticino.ch

www.rehaticino.ch

Sedi REHA TICINO con il mandato di riabilitazione muscoloscheletrica:



EOC

Clinica di Riabilitazione di Novaggio

CH-6986 Novaggio

Tel.: +41 (0)91 811 22 11

Fax: +41 (0)91 811 22 97

clinica.novaggio@eoc.ch

www.eoc.ch



EOC

Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli

Sede di Faido

CH-6760 Faido

Tel.: +41 (0)91 811 21 11

Fax: +41 (0)91 811 21 00

ospedale.faido@eoc.ch

www.eoc.ch



CLINICA HILDEBRAND

CENTRO DI RIABILITAZIONE DI BRISSAGO

CH-6614 Brissago

Tel.: +41 (0)91 786 86 86

Fax: +41 (0)91 786 86 87

info@clinica-hildebrand.ch

www.clinica-hildebrand.ch

