



Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico di *artroprotesi d'anca*



Informazioni generali

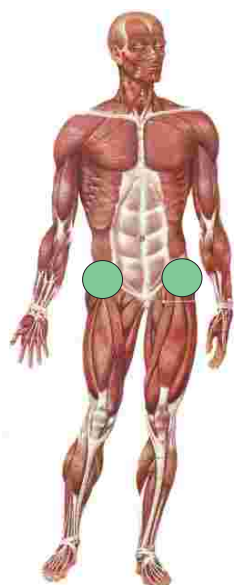
Un'anca che provoca dolori è molto spesso il risultato di una patologia chiamata "artrosi" (coxartrosi, per identificare la regione anatomica oggetto della malattia), un'alterazione distruttiva delle cartilagini o fibrocartilagini articolari, di natura degenerativa; una sorta di "invecchiamento" articolare.

I sintomi più frequentemente riferiti dalla persona affetta da coxartrosi sono il dolore durante la deambulazione e la difficoltà nell'accavallare le gambe e nell'allacciare le scarpe.

L'obiettivo del Chirurgo consiste nell'evitare il fenomeno di attrito tra le ossa dell'acetabolo (è la cavità articolare emisferica dell'osso iliaco) e della testa del femore; tale effetto, in assenza di cartilagine, crea dolore. Si ottiene questo risultato sostituendo l'articolazione artrosica e dolorosa con una artificiale, creando nuove superfici di scivolamento, migliorando la mobilità e diminuendo così il dolore dell'anca.

Come funziona l'articolazione dell'anca

L'articolazione dell'anca o coxo-femorale è formata dalle ossa del bacino e dal femore. La cavità dell'acetabolo (o cotile) copre per circa due terzi la testa del femore. Le superfici della testa femorale e dell'interno dell'acetabolo sono rivestite di cartilagine, tessuto che permette a queste superfici di scivolare l'una sull'altra senza dolore o danno.



Esistono due tipi principali di protesi:

- protesi cementate
- protesi non cementate

La protesi cementata è mantenuta in posizione attraverso un tipo di cemento acrilico che unisce il metallo e l'osso: oggi è adottata soprattutto per Pazienti più anziani o per quelli con scadenti qualità dell'osso, come nei casi di artrite reumatoide. La protesi non cementata si basa sul principio che la fissazione all'osso avviene mediante un legame biologico determinato dalla crescita ossea intorno all'impianto. Entrambe le soluzioni sono largamente utilizzate (con sempre maggior preferenza per quelle non cementate): la loro scelta è a discrezione del Chirurgo sulla base delle valutazioni anatomiche e funzionali del caso.

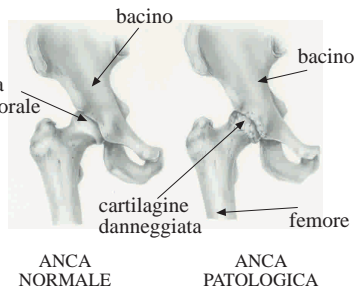
Esiste anche una terza soluzione, costituita dalla combinazione delle due precedenti, che ottimizza gli effetti benefici dei due tipi di materiale: acetabolo non cementato e stelo femorale cementato.

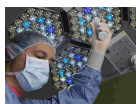
I materiali impiegati nella costruzione e nell'impianto della protesi sono molto ben tollerati dall'organismo e non causano problemi di rigetto.

Ogni protesi è costituita da due parti principali:

- la componente acetabolare sostituisce l'acetabolo (o cotile) del bacino: può essere di materiale plastico, metallo o ceramica;
- la componente femorale rimpiazza la testa femorale: lo stelo è costituito da titanio, mentre la testa è in metallo o ceramica, di diametro variabile a discrezione del Chirurgo per ogni singolo caso clinico, in relazione alle necessità del Paziente.

La combinazione meccanica delle due componenti ricostruisce artificialmente l'articolazione danneggiata e consente il recupero della mobilità perduta.





Informazioni per il Paziente

Come prepararsi all'intervento

La preparazione preoperatoria prevede un'accurata valutazione cardiologica e anestesiológica, ai fini della determinazione del rischio operatorio. Una pratica comune, quando le condizioni cliniche lo consentono, è rappresentata dall'autodonazione, vale a dire il prelievo, alcuni giorni prima dell'intervento chirurgico, di una sacca del sangue del Paziente (circa 350 ml), che verrà reinfuso dopo l'operazione. Questa procedura è consigliata in quanto la perdita ematica nel corso di questi interventi può essere piuttosto consistente (circa 500 ml in sala operatoria e altrettanto nelle prime 24 ore attraverso il drenaggio della ferita chirurgica). Prelevando il sangue del Paziente prima dell'operazione si ottengono due scopi: si riducono la densità del sangue durante l'intervento (minor rischio quindi di complicanze tromboemboliche, cui si accennerà in seguito) e la probabilità di dover ricorrere a trasfusioni da donatore. Nel periodo preoperatorio è inoltre importante eseguire una profilassi "antitrombotica". Si comincia la sera precedente l'intervento chirurgico iniettando sottocute (nella pancia o nella coscia) una dose di farmaco anticoagulante (eparina a basso peso molecolare) che viene somministrata quotidianamente per tutto il periodo della degenza e, a domicilio, per altre 3-4 settimane. La pratica è indicata perché gli interventi ortopedici (in particolare gli interventi protesici) espongono il Paziente ad alto rischio di tromboflebiti agli arti inferiori (a causa della prolungata immobilità). A sua volta la tromboflebite può essere causa di embolia polmonare, una grave complicanza che può mettere a rischio la vita del Paziente.

È consigliato l'utilizzo delle calze (collant) antitrombo per 30 giorni anche dopo l'intervento.

Intervento

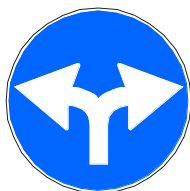
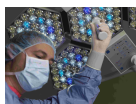
All'inizio dell'anestesia viene somministrato un antibiotico (profilassi antibatterica) per prevenire l'insorgenza di infezioni postoperatorie nel sito della protesi. Viene praticata un'incisione di circa 10-15 cm di lunghezza sulla superficie laterale della coscia. In alcuni casi è possibile eseguire un'incisione mini-invasiva di 8-9 cm. Esposta l'articolazione dell'anca, si procede alla sezione della testa del femore. Successivamente viene predisposto l'acetabolo per ricevere il cotile. Si prepara quindi il canale femorale in cui viene inserito lo stelo della protesi. In ultimo si posiziona la testa della protesi sullo stelo e si impianta la protesi nel cotile. Dopo aver verificato la corretta motilità articolare dell'impianto protesico, si posiziona un drenaggio in aspirazione e si sutura la ferita.

Spesso è possibile recuperare il sangue che fuoriesce dal drenaggio entro le prime sei ore dopo l'intervento e, dopo adeguata filtrazione, ritrasfonderlo al Paziente nel periodo di recupero postoperatorio.

Dopo l'intervento

Nelle prime ore dopo l'intervento, il Paziente resterà steso sul dorso e potrà iniziare molto presto la fisioterapia, anche grazie alle moderne tecniche analgesiche in infusione continua che consentono un'efficace riduzione (o addirittura l'abolizione) del dolore postoperatorio.

Il Paziente verrà fornito di calze elastiche anti-trombo, che dovrà indossare sia per stare seduto sia per stare in piedi, per evitare stasi di sangue negli arti inferiori.



Alternative proponibili

- trattamento non farmacologico: mediante programmi educazionali, esercizio fisico, uso di strumenti accessori (bastoni, solette) e riduzione del peso, quando necessario;
- trattamento farmacologico: il paracetamolo (fino a 3 gr/al giorno) è l'analgesico orale da utilizzare come prima scelta nel dolore lieve-moderato; se efficace, può essere adoperato anche a lungo termine. I fans (= *acronimo di farmaci antinfiammatori non steroidei, cioè non appartenenti al gruppo dei cortisonici*) alle dosi efficaci minori e per il più breve tempo possibile, devono essere presi in considerazione in associazione o in alternativa nei soggetti che non rispondono al paracetamolo; nei Pazienti con rischio gastrointestinale, possono essere utilizzati i fans non selettivi associati a gastroprotettori oppure gli inibitori selettivi delle cox-2, (*cioè i coxib = farmaci caratterizzati da una buona efficacia antinfiammatoria e da un minor numero di effetti collaterali*); gli analgesici oppiacei, con o senza paracetamolo, rappresentano utili alternative e possono essere considerati farmaci di supporto nei pazienti in cui i fans o i coxib siano controindicati, inefficaci e/o scarsamente tollerati; i sysadoa (*glucosamina solfato, condroitin solfato, estratti di soia e avocado, acido ialuronico*) hanno effetti sintomatici e bassa tossicità, ma restano da definire i loro effetti strutturali, i Pazienti più idonei da trattare e la convenienza farmacoeconomica del trattamento;
- l'iniezione intra-articolare di steroidi a lunga durata d'azione non trova indicazione abituale nell'artrosi dell'anca, ma solo in rari casi, preferibilmente sotto controllo ecografico o radiografico.



Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

Rischi specifici

Possibili complicanze per interventi chirurgici di protesi totale d'anca

- emorragia: più frequente negli interventi di rimozione e di reimpianto di protesi totale; si manifesta precocemente e comunque entro le prime 24 ore; può richiedere numerose trasfusioni di sangue;
- embolia polmonare: può comparire nei giorni immediatamente successivi all'intervento chirurgico ed è potenzialmente mortale; la profilassi antitrombotica viene eseguita proprio allo scopo di ridurre al minimo il rischio di questa complicanza;
- lussazione della protesi: si manifesta in genere precocemente (anche già nel trasferimento dal letto operatorio al letto di degenza se la protesi è instabile), ma il rischio è presente nei primi 45 giorni dopo l'intervento (quindi anche dopo la dimissione);
- lesione neurologica: poco frequente - e comunque già al risveglio dall'anestesia generale o al termine dell'anestesia loco-regionale - provoca deficit di movimento dell'arto o di parte di esso.