



Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico di *artroprotesi di ginocchio*



Informazioni generali

Un ginocchio che provoca dolori è molto spesso il risultato di una patologia chiamata “artrosi” (gonartrosi, 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 gonartrosi sono il dolore durante la deambulazione e la difficoltà a salire e scendere le scale e a passare dalla posizione seduta a quella in piedi.

L’obiettivo del Chirurgo consiste nell’evitare il fenomeno di attrito tra le ossa che formano l’articolazione del ginocchio (femore, rotula e tibia) in quanto 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 problema al ginocchio.

Informazioni per il Paziente

La protesi

La protesi totale di ginocchio sostituisce completamente l’articolazione usurata dall’artrosi con il posizionamento di materiale biocompatibile (in genere una lega di cromo-cobalto-molibdeno), abitualmente mantenuto in posizione grazie a un tipo di cemento acrilico che unisce il metallo all’osso.

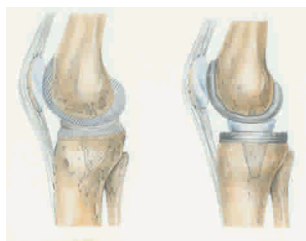
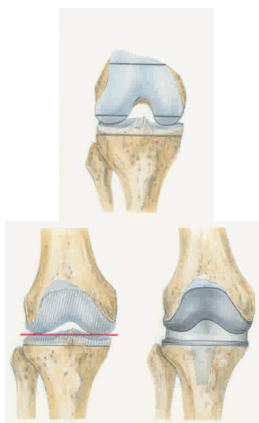
La protesi monocompartimentale sostituisce invece solo una parte dell’articolazione danneggiata (compartimento mediale o laterale).

La revisione di protesi di ginocchio consiste nel cambiare le componenti protesiche usurate, cercando di compensare al meglio la perdita ossea.

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

Come prepararsi all’intervento

La preparazione preoperatoria prevede un’accurata **valutazione cardiologica e anestesiologicala**, 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 utilizzato 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 quelli 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.





Intervento

All'inizio dell'anestesia viene somministrato un antibiotico (**profilassi antibatterica**) per prevenire l'insorgenza di infezioni postoperatorie nel sito della protesi. L'intervento è eseguito in **anestesia generale** o **spinale**; la via di accesso standard è quella anteriore, con il Paziente posizionato sul letto operatorio in posizione supina. Si pratica un'incisione centrata sulla rotula che avrà lunghezza variabile da 10 a 20 cm. Raggiunta l'articolazione del ginocchio, si lussa (cioè si sposta) la rotula e si asportano le superfici articolari del femore e della tibia per sostituirle con le componenti protesiche che generalmente vengono cementate. Vengono sempre posizionati uno o due **drenaggi** per la raccolta del sangue che si raccoglie nella sede dell'intervento. Spesso è possibile recuperare il sangue che fuoriesce dal drenaggio entro le prime sei ore dopo l'intervento e, dopo un'adeguata filtrazione, ritrasfonderlo al Paziente nel periodo di recupero postoperatorio.

Alternative proponibili alla chirurgia

- **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 g. 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 (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, nei Pazienti più idonei da trattare e la convenienza farmacoeconomica del trattamento;
- **l'iniezione intra-articolare di steroidi** a lunga durata d'azione è indicata in rari casi e viene eseguita preferibilmente sotto controllo ecografico o radiografico.

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 per stare sia seduto sia in piedi, al fine di evitare stasi di sangue negli arti inferiori. L'articolazione operata sarà più calda dell'altra al tatto e questa sensazione si protrarrà anche fino a sei mesi dall'intervento.



Per il recupero del grado di movimento, in estensione e in flessione, è fondamentale seguire un corretto programma di riabilitazione. Nelle prime fasi della rieducazione è indispensabile l'uso di due bastoni canadesi per camminare e di un solo appoggio per altri 15 giorni. Un ritorno completo alla vita normale avviene in genere entro tre mesi. La durata di efficacia della protesi è mediamente di 15-20 anni. Successivamente potrà essere eseguito un nuovo intervento di reimpianto protesico.

Il Paziente deve avere presente che l'obiettivo dell'intervento di protesizzazione è la risoluzione della sintomatologia dolorosa e la ripresa delle attività quotidiane, ma che il ritorno all'attività sportiva sarà possibile esclusivamente per attività che non sollecitino in maniera eccessiva l'articolazione come nuoto, bicicletta e golf.



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 di ginocchio

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.

Trombosi venosa profonda e l'embolia polmonare: tutti gli interventi chirurgici eseguiti sull'addome e sugli arti inferiori espongono al rischio di questa complicanza, negli interventi protesici il rischio è maggiore in quanto viene utilizzata spesso la compressione vascolare a laccio, per migliorare la pulizia e la visibilità del campo operatorio: la profilassi antitrombotica viene eseguita proprio allo scopo di ridurre al minimo il rischio di questa complicanza.

Lesione neurologica: poco frequente - e comunque già presente al risveglio dall'anestesia generale o al termine dell'anestesia loco-regionale - provoca deficit di movimento dell'arto o di parte di esso.

Difetti di cicatrizzazione della ferita: ritardi di consolidamento della cute, necrosi (sfaldamento) dei bordi cutanei, cicatrici cheloidee (aumentate di spessore).

Infezione: si verifica nell'1-2% dei casi, spesso richiede una prolungata terapia antibiotica e nei casi più gravi l'espianto della protesi.

Malposizionamento della protesi: può provocare la persistenza del dolore e altre complicanze che alterano la funzione deambulatoria quali lo scollamento asettico precoce, la mobilizzazione e rottura delle componenti protesiche, l'osteolisi (ossia il riassorbimento precoce dell'osso ospite in prossimità della protesi), l'instabilità articolare, le dismetrie degli arti e conseguente zoppia.