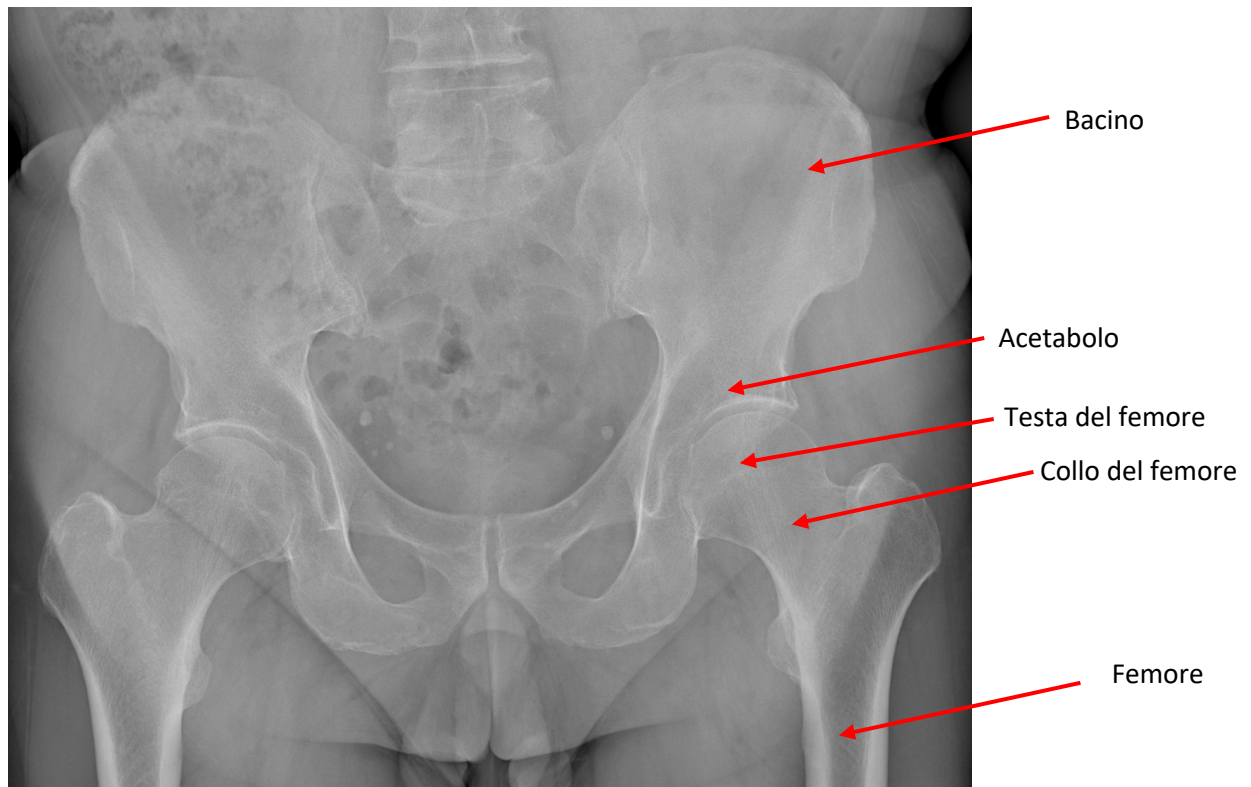


AFFRONTARE CONSAPEVOLMENTE L'INTERVENTO DI IMPIANTO DI PROTESI TOTALE DELL'ANCA

A cura dell'Equipe di Ortopedia 1 degli Istituti Clinici Zucchi di Monza diretta dal dott. Claudio Manzini

CHE COS'È L'ANCA

L'anca è l'articolazione che unisce il femore al bacino. È formata dalla testa del femore, che ha forma sferica, e dall'acetabolo, la cavità del bacino che la accoglie.



PERCHÉ PUÒ ESSERE NECESSARIO RICORRERE ALLA PROTESI?

L'intervento di protesi nasce per risolvere un problema concreto: un'articolazione che non funziona più perché la cartilagine si è consumata. La causa più frequente è l'artrosi, cioè l'usura progressiva della cartilagine che riveste la testa del femore e l'acetabolo.

In caso di artrosi avanzata, alla radiografia si vedrà una riduzione o una scomparsa dello spazio tra testa del femore e acetabolo e questo significa che la cartilagine si è consumata. Ad esempio, le anche della radiografia qui sopra non presentano artrosi avanzata.

L'artrosi può essere:

- Primaria: usura senza una causa ben precisa, correlata soprattutto all'età

- Secondaria: causata da una patologia che altera la forma normale dell'anca (come la displasia o il conflitto femoro-acetabolare)
- Post traumatica: esiti di fratture vicino all'anca
- Secondaria a necrosi della testa del femore: una specie di infarto dell'osso dell'anca che ne causa una progressiva deformazione.

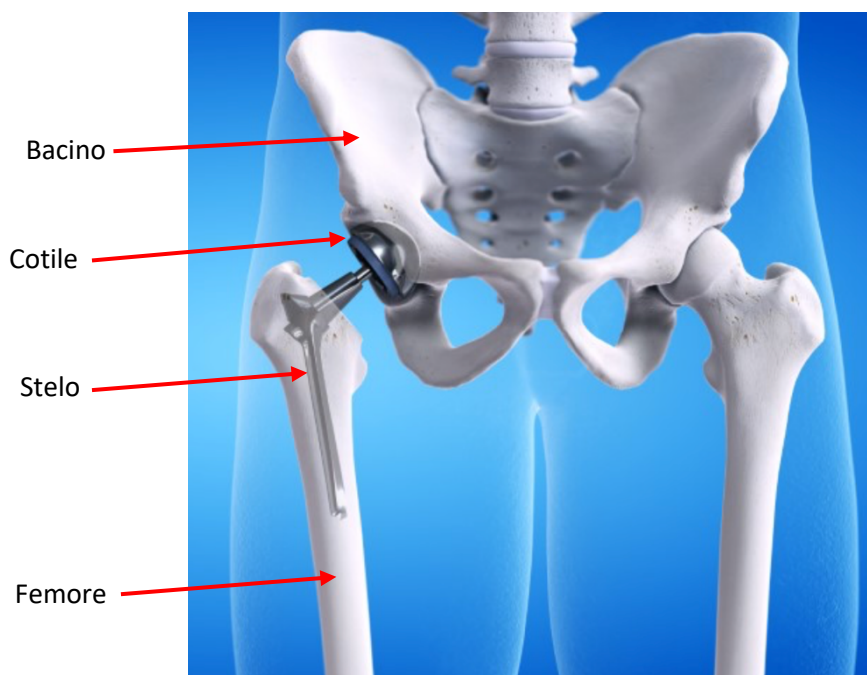
Quando la cartilagine si consuma, l'articolazione perde la sua scorrevolezza naturale: compaiono dolore, rigidità, limitazione dei movimenti e difficoltà nelle attività quotidiane come camminare, salire le scale, alzarsi da una sedia, indossare scarpe e calze.

Non tutte le anche artrosiche devono essere operate. L'intervento viene proposto quando:

- il dolore è quotidiano e importante,
- la mobilità è fortemente ridotta,
- i trattamenti conservativi (farmaci, fisioterapia, infiltrazioni) non sono più efficaci.

Il dolore da artrosi dell'anca è più tipicamente riferito a livello inguinale e anteriormente sulla coscia.

CHE COS'È UNA PROTESI D'ANCA



Esistono molti modelli diversi di protesi d'anca. Ognuno ha le sue piccole particolarità, ma sono comunque tutti parimenti validi e sono tutti accomunati da una caratteristica comune: hanno una componente che si alloggia nel **femore** (chiamata stelo) e una che si alloggia nel **bacino** (chiamata cotile). Cotile e stelo sono realizzate in titanio. Le due componenti si interfacciano per mezzo di una testina in ceramica e di un inserto che va alloggiato nel cotile che può essere anch'esso in ceramica, oppure in polietilene (una plastica speciale per uso biomedico). Queste protesi con componente sul femore e sul bacino si chiamano **protesi totali dell'anca** (PTA) e sono quelle che si usano per risolvere le problematiche elencate qui sopra. Esistono inoltre le **protesi parziali dell'anca** (o endoprotesi) che presentano solo una componente femorale: queste sono destinate soltanto agli anziani in caso di frattura del collo del femore in anche non affette da artrosi.

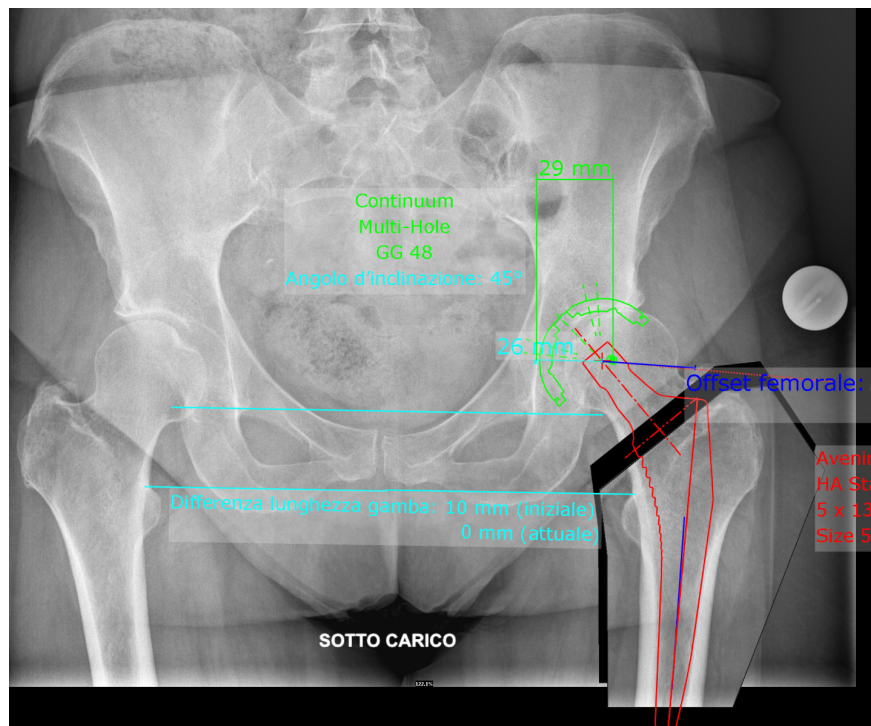
La scelta del modello e del design della protesi è basata sulle caratteristiche del singolo paziente: età biologica e stile di vita, qualità dell'osso, morfologia dell'anca, livello di attività fisica.

In questa immagine, esempi di diversi design protesici



Le protesi non sono “taglia unica”. Esistono, per ogni modello di protesi, centinaia di possibili combinazioni di taglia andando a modificare dimensioni di stelo, cotile, lunghezza del collo, tipo di inserto etc. In occasione del prericovero vengono effettuate delle radiografie speciali che hanno lo scopo di effettuare delle misure preoperatorie al computer (il **planning**) che ci permette di prevedere tipo di protesi e misure già prima di arrivare in sala operatoria.

*In questa radiografia si può vedere un esempio di **pianificazione preoperatoria** eseguita con uno specifico software per PC.*



Il nostro obiettivo è sempre uno: scegliere l'impianto che può durare più a lungo possibile nel tempo, riducendo il rischio di doverlo cambiare in futuro.

In mani esperte, l'intervento ha una durata media di circa un'ora.

Negli anni, abbiamo reso l'intervento sempre meno invasivo, grazie all'introduzione delle tecniche di protesi mininvasiva. Resta comunque un intervento importante dove si procede a un taglio sul femore e uno sul bacino che sono ossa molto vascolarizzate. **Attenzione a chi minimizza l'entità dell'intervento!** Nelle prime giornate dopo l'operazione, circa 1 paziente su 5 può avere bisogno di una trasfusione a causa delle perdite di sangue avvenute durante l'intervento. Non è motivo di allarme: si tratta di una procedura che eseguiamo regolarmente, seguendo protocolli di sicurezza ben definiti. La decisione di effettuare una trasfusione viene sempre presa valutando i parametri ematici e le condizioni cliniche del paziente, secondo linee guida internazionali.

L'intervento può essere effettuato mediante **due vie d'accesso principali**: la via d'accesso posterolaterale e la via d'accesso anteriore. Entrambe sono effettuate con tecnica mini-invasiva. La cicatrice ha una lunghezza media di circa 10 cm. Nel primo caso la cicatrice sarà sul fianco ma leggermente spostata verso la natica. Nel secondo caso la cicatrice sarà sul fianco ma leggermente spostata verso la faccia anteriore della coscia oppure, in caso di accesso "bikini", nella piega inguinale. La via anteriore e la via anteriore "bikini" sono identiche dal punto di vista ortopedico, poiché seguono lo stesso percorso in profondità, "sotto la pelle". Differiscono unicamente per l'orientamento dell'incisione cutanea. La scelta della via d'accesso viene effettuata dal chirurgo in base alle sue preferenze e in base, soprattutto, alle caratteristiche fisiche di corporatura del paziente. Entrambe sono altrettanto valide, ma ognuna ha delle peculiarità per la fase post-operatoria che vedremo in questa guida.



La stragrande maggioranza delle protesi che impiantiamo oggi giorno sono **protesi non cementate**. Questo significa che vengono tenute in posizione grazie all'incastro nell'osso. La protesi è così inizialmente bloccata a incastro ma poi, nei 3 mesi successivi, l'osso del paziente deve integrare la protesi facendo "saldare" il proprio osso con la protesi. Ecco perché, una volta passati i primi tre mesi dall'intervento, è possibile riprendere praticamente ogni attività.

IN PRATICA: COME PREPARARSI ALL'INTERVENTO?

Quando decideremo che è il momento di ricorrere all'intervento di protesi all'anca si procederà a compilare il modulo per essere messo in lista. Bisognerà quindi aspettare che arrivi il proprio turno sulla lista d'attesa. Quando il proprio turno si sta avvicinando, riceverete una comunicazione dall'ufficio ricoveri (via mail e/o telefono) con la quale verrete convocati per effettuare una mattinata di prericovero.

IL PRERICOVERO

Al prericovero c'è una parte di burocrazia e modulistica, ma c'è anche una parte fondamentale per preparare al meglio tutto il necessario per l'intervento. Al prericovero verranno effettuate: visita ortopedica, visita anestesilogica, elettrocardiogramma, esami del sangue, radiografie per il planning + ulteriori accertamenti se necessario (es: visita cardiologica, doppler, ecocardiogramma etc). Tutto ha lo scopo di affrontare l'intervento con la maggiore sicurezza possibile.

Durante le visite pre-operatorie del prericovero è fondamentale segnalare **sia all'ortopedico sia all'anestesista**:

- eventuali precedenti interventi e/o reazioni all'anestesia;
- **allergie a farmaci** (soprattutto essere specifici se si tratta di **antibiotici o antiinfiammatori**) **o metalli** (ad es. **Nichel**) e al **lattice**
- malattie cardiache, renali, respiratorie, infezioni recenti etc.

È necessario presentarsi al prericovero con:

- elenco scritto di tutti i farmaci assunti quotidianamente
- dosaggio preciso (in mg) e orario di assunzione (portare, volendo, anche le confezioni)
- documentazione medica se patologie importanti (di cuore, polmoni etc) o grosse operazioni

Al prericovero verranno inoltre fornite le informazioni su come comportarsi alla data del ricovero: cosa portare con sé (pigiamama, vestiti comodi, kit per igiene personale, calzature comode etc), le indicazioni per digiuno preoperatorio e eventuali altre indicazioni da ascoltare con cura.

La **scelta del tipo di anestesia** verrà effettuata assieme all'anestesista in occasione del prericovero. Nella stragrande maggioranza dei casi viene adottata una anestesia spinale (solo le gambe) associata a una leggera sedazione.

BONIFICARE EVENTUALI INFEZIONI

Prima della chirurgia è importante trattare eventuali:

- problemi dentali (ascessi, granulomi),
- infezioni urinarie,
- infezioni cutanee (unghia incarnita, lesioni o ulcere cutanee, follicoliti).

Questi “focolai infettivi”, se trascurati, possono in rari casi raggiungere la protesi.

CORREGGERE I FATTORI DI RISCHIO

Se possibile è utile:

- sospendere il fumo almeno 4 settimane prima (il fumo aumenta il rischio di infezione e rallenta la guarigione dei tessuti)
- ridurre il peso corporeo;
- mantenere una buona igiene generale.

Se nei giorni precedenti comparissero febbre, bruciore a urinare o infezioni cutanee, è importante avvisare la struttura. L'intervento potrebbe in tal caso venire rinviato di qualche settimana per sicurezza.

ANDIAMO IN SALA!

Il giorno dell'intervento verrete ricoverati nel reparto di degenza presentandovi nel luogo e all'orario **comunicatovi dall'ufficio ricoveri**. Verrete accolti dal personale sanitario del reparto e fatti accomodare nella vostra stanza. Quando sarà giunta l'ora dell'intervento verrete accompagnati in sala operatoria. Qui verrà effettuata l'anestesia e quindi l'intervento chirurgico. Dopo l'intervento verrà eseguita una radiografia di controllo in sala operatoria e verrete riportati in stanza.

LA PRIMA FASE POST-OPERATORIA

Nei primi giorni dopo l'intervento verranno effettuati dei prelievi per valutare l'andamento dei livelli di emoglobina che possono abbassarsi per via del sanguinamento legato all'intervento e che talvolta può rendere necessaria una trasfusione di sangue.

Generalmente nella prima giornata dopo l'intervento, secondo il parere del personale di reparto e rigorosamente **assistiti dal personale, verrete messi in piedi** e proverete a muovere i primi passi con l'ausilio di girello o stampelle.

La degenza nel reparto di ortopedia dura mediamente **3 giorni**. Quindi in terza o quarta giornata post-operatoria verrete trasferiti al reparto di riabilitazione, generalmente interno alla clinica, dove proseguirete il vostro percorso di recupero progressivo delle capacità deambulatorie. In questo reparto non sarete più in carico a noi ortopedici, bensì ai colleghi medici fisiatrici.

Dopo **ulteriori 10-12 giorni** circa verrete quindi dimessi anche dal reparto di riabilitazione e tornerete a casa. Il giorno prima della dimissione generalmente si procede alla rimozione dei punti di sutura. In totale, quindi, il ricovero dura circa 2 settimane. Questo ricovero “prolungato” rispetto

a schemi adottati da altre strutture è reso possibile da una attenta organizzazione che mira a minimizzare i rischi per il paziente, massimizzarne i confort e rendere più semplice e progressivo il ritorno alla vita normale. Esistono inoltre dei programmi speciali chiamati MAC che consentono al paziente di proseguire la fisioterapia in clinica anche una volta rientrati a casa, con un'auto-medica che li preleva al domicilio, li accompagna in clinica e riaccompagna a casa a fine trattamento (opzione possibile solo per pazienti che risiedono entro tot km dalla clinica).

I protocolli accelerati di altre strutture ospedaliere non sono certamente dovuti a operazioni tecnicamente più avanzate o meno invasive ma soltanto a questioni organizzative. In pazienti più giovani e selezionati che lo richiedessero è infatti possibile adottare protocolli di **dimissione al domicilio più precoce (fast-track)**. In tal caso risulta comunque necessario e fortemente consigliato proseguire la fisioterapia dopo il rientro a casa.

INFORMAZIONI IMPORTANTI NEL POSTOPERATORIO

LA PRIMA COSA VIETATA

La cosa più importante nei primi tre mesi: VIETATO CADERE! Come detto poco sopra, inizialmente la protesi è dentro all'osso "a incastro". Il processo di integrazione si conclude a 3 mesi circa. Ecco perché per 3 mesi è assolutamente vietato avere traumi e/o cadute e praticare sport con impatto al suolo. Questo perché il trauma potrebbe andare a spostare la protesi dalla giusta posizione compromettendone così il funzionamento. A partire dal terzo mese dopo l'intervento, la protesi risulta saldamente integrata con l'osso. Anche in caso di traumi minori o cadute, non è più soggetta a spostamenti. Naturalmente, è sempre importante evitare cadute o traumi: avere una protesi non rende immuni dalle fratture. Se il trauma è sufficientemente grave da causare una frattura, il femore può rompersi comunque, con o senza protesi. Inoltre, intervenire su un femore già protesizzato è molto più complesso rispetto a trattare una frattura su un osso naturale.

Per minimizzare il rischio di traumi è obbligatorio togliere in casa i tappeti e tutte quelle piccole insidie che potrebbero farci inciampare e cadere. Prestare inoltre molta attenzione agli animali domestici che possono farci inciampare. Ricordarsi sempre di accendere le luci anche se si crede di ricordare bene come è fatta la stanza in cui si sta entrando.

Durante il ricovero è inoltre vietato alzarsi dal letto o dalla sedia se non ci si sente bene o non ci si sente ben stabili. In caso di malessere, spostarsi dalla posizione soltanto in presenza dell'assistenza di personale sanitario. Vietato inoltre alzarsi al buio senza prima accendere bene le luci per identificare possibili fonti di intralcio o inciampo.

TERAPIA FARMACOLOGICA OBBLIGATORIA

Dopo l'intervento all'anca è necessario seguire una terapia anticoagulante, solitamente tramite iniezioni di eparina, per **prevenire la trombosi** venosa. La durata può variare, ma in genere viene proseguita per circa 30 giorni dall'intervento, o comunque fino al recupero di una deambulazione autonoma con carico completo sull'arto operato. Insieme alla terapia con eparina, è consigliato l'uso di calze elastiche per favorire la circolazione e prevenire la trombosi. Dopo i primi 15 giorni, se

risultassero fastidiose, possono essere indossate solo durante il giorno e rimosse durante la notte. A partire dal 30° giorno dopo l'intervento, possono essere sospese del tutto, salvo diversa indicazione medica.

È necessario assumere un antiinfiammatorio specifico per i primi 20 giorni dopo l'intervento (detto Celecoxib) che va assunto anche se il dolore fosse poco o nullo. Questo farmaco viene dato principalmente per **prevenire le calcificazioni** ai muscoli dell'anca più che per le sue proprietà antiinfiammatorie. A partire dal 20esimo giorno, quando si sarà sospesa la terapia con questo antiinfiammatorio, si può assumere Paracetamolo 1000 in caso di dolore (salvo, ovviamente, allergie specifiche). All'antiinfiammatorio è bene associare un protettore gastrico per 25 giorni circa dopo l'intervento.

Ultimo farmaco per noi cardine per una buona riuscita dell'intervento sono i bifosfonati. Questi farmaci (per intendersi, il **Clodronato**) sono dei farmaci nati per l'osteoporosi che vengono usati per **rafforzare l'osso attorno alla protesi**. Questo ne permetterà una migliore integrazione e una migliore riuscita a lungo termine. Dopo la dimissione dal reparto di ortopedia o dal reparto di riabilitazione è necessario assumere questa terapia in forma di una puntura intramuscolo ogni 2 settimane per i 6 mesi successivi all'intervento.

LE STAMPELLE

L'incastro iniziale tra protesi e osso è un incastro ben solido. A tal punto da poter permettere teoricamente al paziente di camminare anche senza stampelle e appoggiando tutto il peso sull'arto operato già dal primo giorno dopo l'intervento. Questo in teoria. In pratica è giusto e normale utilizzare 2 stampelle (o un girello per i più anziani) nelle prime settimane dopo l'intervento. Le stampelle servono per togliere un po' di peso dall'arto andando a ridurre così la fatica muscolare, il dolore e il rischio di ematomi. Servono inoltre per dare equilibrio e stabilità alla marcia, riducendo così il rischio di cadute e traumi - quelle cose appunto vietate come abbiamo letto poc'anzi. Le stampelle sono perciò un ausilio obbligatorio per tutti per le prime 2-3 settimane post-operatorie. Dopo queste prime 2-3 settimane è concesso un graduale abbandono delle stesse. Si inizia a togliere per prima la stampella dello stesso lato dell'arto operato. Si inizierà poi a non usare le stampelle per i piccoli spostamenti in casa. E si finirà poi per abbandonarle del tutto. Non c'è perciò una tempistica precisa per abbandonare le stampelle. L'unica vera raccomandazione è di usarle per circa 2-3 settimane. Dopodiché l'abbandono sarà graduale e normale. Le tempistiche le può tranquillamente gestire e scegliere il paziente in base a dei **criteri di dolore/fastidio e di stabilità nel cammino**. Si può abbandonare quindi prima una e poi l'altra stampella a patto che ci sia un passo sufficientemente stabile e sicuro.

LE SCALE

È possibile salire e scendere le scale già dai primi giorni dopo l'intervento. All'inizio si faranno sforzando solo l'arto non operato e cioè procedendo come segue:

- A salire: si porta avanti prima le stampelle e poi, per prima, la gamba non operata
- A scendere: si porta avanti prima le stampelle e poi, per prima, la gamba operata

Se non fosse chiaro questo meccanismo, basta andare su Google e cercare "scale con le stampelle" e troverete numerosi video esplicativi.

Col passare delle settimane aumenterà la forza e la stabilità di cammino e si potrà così provare a fare le scale in modo normale.

QUANTO CAMMINARE

Nei primi 2 mesi è più utile camminare bene che camminare tanto.

Se la camminata è fluida e senza zoppia, passeggiate di 15-20 minuti sono ideali. Anche se ci si sentisse in grado, è meglio evitare camminate troppo lunghe (oltre 3-4 km) nelle prime 6-8 settimane: l'osso deve integrare la protesi senza stress eccessivi.

Dopo 2-3 mesi, se non c'è dolore e l'andatura è naturale, si può camminare senza limiti, in base alle proprie sensazioni.

LA GUIDA DELL'AUTO

Per poter riprendere la guida dell'auto in sicurezza bisogna aspettare in genere almeno 30-40 giorni dall'intervento. È necessario aver abbandonato quasi completamente le stampelle (anche per motivi legali e assicurativi) ed è necessario avere una buona dimestichezza con le gambe per usare i pedali in sicurezza.

Si può anticipare leggermente i tempi in caso di intervento al lato sinistro se si utilizza un'auto con cambio automatico.

QUANDO NON AVRÒ PIÙ DOLORI O FASTIDI?

Generalmente dopo i primi 4-5 giorni post-operatori i dolori si riducono nettamente e inizia la fase di guarigione di tutti i tessuti biologici: ossa, muscoli, tendini, legamenti. È normale che questo processo, che dura anch'esso circa 3 mesi, porti con sé qualche piccolo dolore e fastidio. È normale quindi avere ancora dei fastidi quando si cammina a 2-3 mesi dall'intervento. Questi fastidi vanno poi via via sparendo o attenuandosi fortemente col tempo.

I CAMPANELLI D'ALLARME PER RIVOLGERMI AL MIO SPECIALISTA DI FIDUCIA

Dopo l'intervento è normale avere qualche fastidio e dolorino fino a circa 3 mesi dopo l'operazione. Non bisogna essere allarmati per qualche fastidio passeggero.

È necessario, pertanto, contattare il proprio specialista soltanto in alcuni casi specifici:

- Mancata chiusura della ferita dopo rimozione dei punti con fuoriuscita di liquido sieroso
- Arrossamento importante e calore della zona della ferita che va peggiorando
- Febbre alta ($> 37.5^{\circ}\text{C}$) associata ad arrossamento della ferita
- Comparsa di un dolore forte che causa un peggioramento delle capacità deambulatorie raggiunte fin ad ora
- Comparsa di gonfiore e rossore importante al polpaccio associata a mancanza di fiato

PER QUANTO TEMPO DOVRO' ESEGUIRE FISIOTERAPIA?

La fisioterapia post-operatoria è sempre fondamentale, indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, sia essa un accesso anteriore che uno posterolaterale. Questo vale anche per le tecniche più moderne e mini-invasive.

L'artrosi, infatti, danneggia progressivamente l'articolazione, portando a una riduzione delle attività quotidiane, a una perdita di mobilità e a un indebolimento di muscoli e ossa. Per questo motivo, è consigliabile dedicare almeno un mese alla fisioterapia dopo l'intervento, con l'obiettivo di recuperare il tono muscolare e ritrovare sicurezza nei movimenti.

Dopo 30-40 giorni, è generalmente possibile sospendere le sedute con il fisioterapista, ma è importante continuare gli esercizi autonomamente fino a circa 60 giorni dall'operazione, per consolidare il recupero della funzionalità.

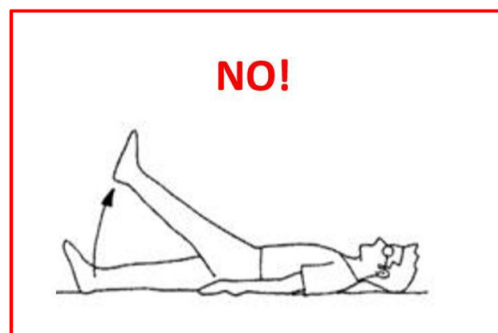
LA FISIOTERAPIA IN AUTONOMIA

Terminato il primo mese/mese e mezzo di fisioterapia eseguita sotto sorveglianza del fisioterapista, è possibile e consigliato proseguire gli esercizi da soli per poter affinare ulteriormente il risultato ottenuto e per ottenere una deambulazione normale il più in fretta possibile.

Come esercizi si può proseguire con quelli già appresi di mobilizzazione dell'anca eseguendo i soliti movimenti in sicurezza e si devono però poi iniziare dei lavori di rinforzo muscolare volti al recupero del tono.

Questi esercizi includono banalmente il camminare, il salire e scendere le scale, eseguire esercizi da palestra come gli squat (senza scendere oltre una flessione di 90° del ginocchio) e la leg press e leg extension.

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. Questi sono muscoli che vengono divaricati e stressati durante l'intervento e devono avere il tempo di recuperare dallo stress dell'intervento. Non bisogna andare a stimolarli con questo esercizio che è eccessivamente gravoso su queste strutture muscolari. Se si dovessero infiammare/affaticare troppo, potrebbe diventare 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.

UNA BELLA CICATRICE

Il risultato estetico finale della cicatrice dipende soprattutto da caratteristiche di pelle e dei tessuti sottocutanei del paziente. Tuttavia, è possibile adottare alcune strategie utili non solo a migliorarne l'aspetto estetico, ma anche a favorire un migliore recupero funzionale dell'articolazione.

Una volta rimossi i punti, generalmente intorno al 15° giorno post-operatorio, è possibile iniziare, a partire dal 20° giorno, a massaggiare la cicatrice con pomate specifiche a base di allantoina e acido ialuronico (puoi chiedere consiglio al tuo farmacista). Questo tipo di trattamento è utile fino al 40° giorno circa.

Dopo questo periodo, l'uso della pomata diventa superfluo: è più efficace iniziare un massaggio "a secco", senza crema, esercitando una pressione decisa sulla cicatrice e sulla zona circostante. L'obiettivo è mobilizzare i tessuti superficiali, come se si volessero dare dei pizzicotti, cercando di staccare delicatamente la pelle dagli strati sottostanti.

Durante la guarigione, infatti, è normale che si formino **aderenze** tra i vari strati di tessuto che separano l'articolazione dalla pelle esterna. Il "**massaggio meccanico**", eseguito con energia dal paziente stesso, da un fisioterapista o da un massaggiatore, è fondamentale per sciogliere queste aderenze, ammorbidire la zona e favorire il ritorno a una normale mobilità.

È normale avvertire un certo fastidio, talvolta al limite del dolore, durante il massaggio: con il tempo e la costanza, questa sensazione tenderà a ridursi progressivamente fino a scomparire.

È inoltre fondamentale ricordare due cose:

- Assolutamente **vietato bagnare** la ferita finché non vengono tolti i punti e cioè finché non è completamente chiusa
- Nel primo anno dopo l'intervento è fondamentale, in caso di esposizione della ferita al sole, coprirla con la protezione solare totale (almeno 50 SPF) per evitare che diventi scura e così rigida e antiestetica

IL RISCHIO DELLA LUSSAZIONE

È uno dei rischi più temuti quando si parla di intervento di protesi d'anca. Se la protesi si lussa significa che la testina è uscita dalla cavità che normalmente la deve accogliere. In tal caso si sente proprio l'anca che "esce", l'arto operato risulta più corto e spesso con una rotazione anomala. Se la

protesi è eseguita da chirurghi esperti, il rischio di lussazione è molto basso, inferiore all'1%. Il rischio è più alto nelle prime 8 settimane, poi col tempo si riduce nettamente grazie alla guarigione dei tessuti attorno alla protesi.

Per prevenire questa possibilità è bene conoscere delle regole importanti che andranno osservate soprattutto nei primi tre mesi dopo l'operazione. Dopodiché sarà possibile riprendere a eseguire praticamente tutti i movimenti, ma seguendo qualche accortezza che vedremo insieme nelle righe successive.

LA DIFFERENZA TRA VIE D'ACCESSO e MOVIMENTI CONCESSI

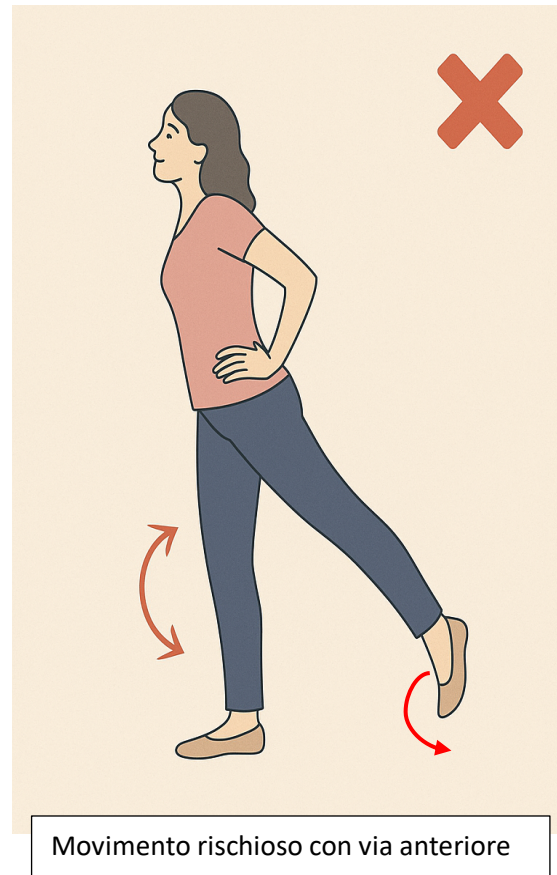
In linea di massima i rischi di lussazione tra le due vie d'accesso sono sovrapponibili, ma i movimenti che possono causarla e a cui stare attenti sono leggermente diversi.

Nella **via posterolaterale** il movimento rischioso è quello di flettere l'anca e, con l'anca flessa, eseguire una intrarotazione dell'anca che corrisponde cioè a portare il ginocchio in dentro e il piede in fuori. Questo implica che si può flettere l'anca. Si può prendere il ginocchio tra le mani da sdraiato e cercare di portarselo al petto (sconsigliato nei primi 60 giorni dopo l'intervento). Ma nel fare questa manovra bisogna evitare di portare il ginocchio in dentro e il piede in fuori. Lo si può invece fare in maniera più sicura portando il ginocchio al petto e mettendo il ginocchio in fuori.



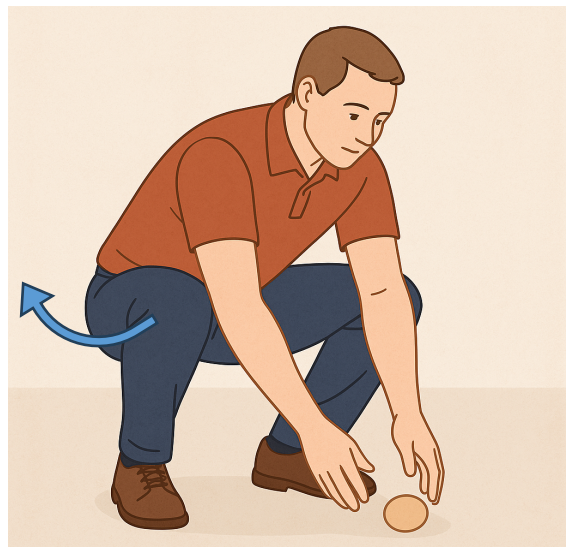
Nella **via anteriore** (taglio davanti sul lato) il movimento rischioso è quello di iper-estendere l'anca e ruotarla all'esterno.

Sono pertanto sconsigliate o comunque eseguibili con certe accortezze alcune posizioni durante la pratica sessuale, che approfondiremo in seguito.



RACCOGLIERE LE COSE DA TERRA

A partire dal 30esimo giorno dopo l'intervento è possibile anche accovacciarsi a raccogliere le cose a terra. Sia con la via anteriore che con la via posterolaterale. Bisogna anche qui avere qualche piccola accortezza, soprattutto in caso di intervento eseguito per via posterolaterale. L'accortezza significa che quando ci si abbassa e si compie così una flessione della coscia rispetto al busto (flettendo così l'anca) conviene sempre farlo lasciando il ginocchio all'esterno e quindi con la coscia leggermente aperta. E nel farlo bisogna inoltre fare attenzione a non eseguire movimenti bruschi.



Movimento concesso con cautela dopo il 30esimo giorno

IL BIDET

Nei primi 30–40 giorni dopo l'intervento, l'utilizzo del bidet può risultare scomodo e potenzialmente rischioso, soprattutto se ti è stata impiantata la protesi tramite via posterolaterale. Questo perché il gesto di sedersi e poi ruotare il busto o piegare troppo l'anca può esporre l'articolazione a movimenti da evitare (flessione e intrarotazione).

Per i primi tempi, si può optare per la pulizia intima da seduti sul WC con l'aiuto di una doccetta, di salviettine intime o, in alternativa, lavandosi in piedi nella doccia. Dopo circa 4 settimane, potrai tornare a utilizzare il bidet normalmente, sempre evitando movimenti troppo bruschi o profondi.

L'ALZAWATER

L'alzawater è un rialzo da apporre sulla tavoletta del WC, utile nelle prime settimane dopo l'intervento per evitare una flessione eccessiva dell'anca. È particolarmente consigliato nei pazienti operati con via posterolaterale.

Utilizzarlo per i primi 30–40 giorni permette di sedersi e rialzarsi in sicurezza senza esporre l'articolazione a movimenti rischiosi. Una volta che i muscoli hanno recuperato tono e controllo e il gesto di sedersi risulta facile e indolore, può essere rimosso. L'utilizzo dell'alzawater non è necessario per la via anteriore.

ALLACCIARSI LE SCARPE / METTERSI LE CALZE

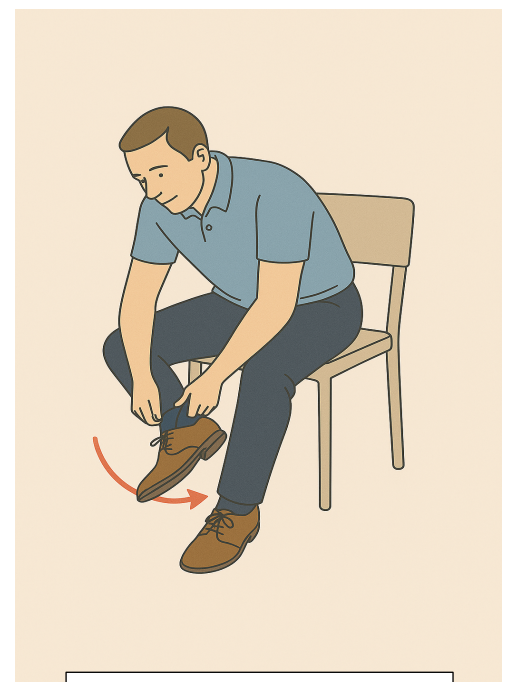
Allacciarsi le scarpe o infilarsi le calze può essere complicato nelle prime settimane. Il problema non è tanto il dolore, quanto il rischio di eseguire movimenti che combinano flessione e rotazione interna dell'anca.

Per circa 3–4 settimane, si consiglia di:

- usare un calzascarpe lungo;
- chiedere aiuto a un familiare;
- mai portare il ginocchio verso l'interno.

Dopo un mese circa si potrà tornare gradualmente ad eseguire il gesto da soli sempre facendo attenzione a mantenere il ginocchio verso l'esterno.

È possibile anche gradualmente recuperare il gesto che si fa per accavallare le gambe. Così facendo risulterà più naturale e semplice indossare calze e scarpe e lo si potrà fare con questo gesto sicuro. Bisogna invece evitare di flettere tutto il busto in avanti per raggiungere il piede e passare col busto all'esterno del ginocchio, portando il ginocchio all'interno (vedi foto qui sotto)



Movimento concesso



Movimento Sbagliato



Movimento Corretto

IL CUSCINO TRA LE GAMBE

Dopo un intervento con via postero-laterale, è consigliato dormire con un cuscino tra le gambe per evitare che queste si incrocino involontariamente durante il sonno.

È una misura precauzionale che va mantenuta per circa 30-40 giorni, soprattutto se si dorme su un fianco. Il cuscino serve a mantenere l'anca in posizione neutra, riducendo il rischio di lussazione. Dopo il primo mese, se il tono muscolare è recuperato e i movimenti nel letto sono controllati, il cuscino può essere rimosso.

Per quanto riguarda lo sdraiarsi sul fianco, è consentito nel letto girarsi sul fianco operato già dal primo giorno post-operatorio e, girandosi su questo fianco, non è tra l'altro necessario posizionare il cuscino tra le gambe. Il cuscino serve solo se ci si appoggia sul lato opposto a quello operato.

Con l'intervento eseguito per via anteriore il cuscino non è necessario.

LO SPORT e PORTARE CARICHI

L'attività sportiva è importante per il benessere generale, ma deve essere ripresa con tempi e modalità appropriate.

Per i primi 20 giorni dopo l'intervento: piccole passeggiate per evitare di sollecitare troppo la muscolatura un po' affaticata dopo l'operazione e l'osso. Anche se ci si sente bene, non bisogna esagerare col cammino perché c'è il rischio che si formino ematomi muscolari e che l'osso sia troppo stressato.

Tra i 20 giorni e i 2 mesi: camminate quotidiane, cyclette, esercizi con fisioterapista e palestra.

A 20 giorni, a cicatrice ben chiusa, è già consentito e consigliato andare in piscina per effettuare camminate ed esercizi di ginnastica in acqua.

Quando avrà abbandonato le stampelle, sarà già possibile portare carichi (es. uno zaino o una borsa della spesa) purché la marcia sia stabile.

Dopo 2 mesi: ok a nuoto, palestra più intensa, escursioni.

Dopo 3-4 mesi: possibile ripresa graduale di quasi tutti gli sport, tranne quelli sconsigliati (vedi sotto). Lo sci e la bici sono consentiti ma occhio ai traumi/cadute.

Sport da evitare o sconsigliati: corsa, calcio, basket, sport di contatto.

Sport come la corsa non sono impossibili dopo l'intervento, anzi: dal punto di vista meccanico è possibile correre anche con una protesi. Tuttavia, lo sconsigliamo perché **può accelerare l'usura** delle componenti protesiche, riducendone la durata: una protesi che potrebbe durare 25 anni potrebbe consumarsi in 15.

Gli altri sport sconsigliati, come calcio, basket o gli sport di contatto, comportano non solo una componente significativa di corsa, ma anche un elevato rischio di traumi, che possono compromettere la stabilità e la longevità dell'impianto.

Sono consentite attività fisiche dolci come il pilates e lo yoga. Durante la pratica è però consigliato evitare posizioni estreme di flessione e rotazione interna dell'anca (cioè ginocchio verso l'interno e piede verso l'esterno)

L'ATTIVITÀ SESSUALE

Si può tornare ad avere rapporti sessuali in media dopo 4–6 settimane dall'intervento, quando il dolore è ben controllato e il cammino è stabile. Tuttavia, alcune posizioni possono esporre l'anca a movimenti rischiosi, diversi in base alla via d'accesso.

Via posterolaterale: evitare posizioni con l'anca molto flessa e il ginocchio portato all'interno e il piede all'esterno (flessione + intrarotazione) (le stesse posizioni viste sopra)

Via anteriore: attenzione a posizioni che prevedono iperestensione dell'anca con rotazione esterna del piede (vedi sopra).

Posizioni sicure sono generalmente quelle che mantengono il controllo del movimento e non impongono all'anca movimenti estremi. Può essere utile iniziare con movimenti lenti e posizioni "neutre", possibilmente con il paziente in posizione supina.

In caso di dubbi o domande specifiche non avere timori a domandarci di più in occasione dei controlli post-operatori.

LA MIA PROTESI OGNI TANTO FA RUMORE: È NORMALE?

Sì, le protesi che presentano una testina e un inserto del cotile in ceramica possono emettere talvolta un rumore come uno scricchiolio che non deve allarmare il paziente.

QUANDO DEVO FARE I CONTROLLI PER LA PROTESI?

Le tempistiche per i primi controlli variano in base alle preferenze del singolo chirurgo e, in caso di intervento e controlli eseguiti in regime di SSN, anche in base alle liste di attesa degli ambulatori. In linea generale, il primo controllo può essere programmato tra i 2 e i 6 mesi dall'intervento, a meno che non compaiano sintomi sospetti (vedi sopra i "campanelli d'allarme").

In occasione di questa visita è importante portare una radiografia di controllo, che consentirà di verificare, insieme alle manovre della visita:

- la corretta posizione della protesi
- lo stato di guarigione della cicatrice chirurgica,
- il recupero della mobilità articolare,
- il tono muscolare
- analizzare le cause di eventuali fastidi o dolorini

Le visite successive vengono stabilite in base alle esigenze del paziente e all'approccio del chirurgo. In assenza di disturbi, è consigliabile effettuare un controllo clinico e radiografico ogni 18-24 mesi, per monitorare lo stato della protesi e dell'osso circostante, e assicurarsi che tutto continui a funzionare correttamente.

FAR DURARE LA PROTESI IL PIÙ A LUNGO POSSIBILE

L'obiettivo comune del paziente e del chirurgo è fare in modo che la prima protesi duri il più a lungo possibile, idealmente per tutta la vita.

Una protesi ben posizionata e ben curata può durare 20-25 anni o anche di più.

Per ottenere questo risultato, serve una collaborazione tra chirurgo e paziente:

- controlli periodici (ogni 18-24 mesi),
- mantenimento/controllo del peso corporeo,
- evitare fumo,
- attività fisica regolare e non traumatica,
- attenzione alle infezioni,
- uso corretto della profilassi antibiotica dove indicato.

Sostituire una protesi usurata con una protesi da revisione non è semplice quanto dirlo. Cambiare una protesi non è come cambiare le gomme consumate dell'automobile. La chirurgia di revisione è più lunga e complessa rispetto al primo impianto, richiede componenti protesiche dedicate più grosse e comporta rischi maggiori. Ecco perché ci teniamo a che la prima protesi sia l'unica. E, con le indicazioni corrette all'intervento e attenendosi a regole di buon senso e ai suggerimenti di questa

guida, nella stragrande maggioranza dei casi avviene proprio così e non si dovrà ricorrere a interventi di revisione della protesi.

PROFILASSI ANTIBIOTICA PER PROCEDURE FUTURE

Dopo l'intervento è consigliata una profilassi antibiotica preventiva in caso di procedure mediche che possono provocare una diffusione di batteri nel sangue.

In particolare:

- interventi dentali (estrazioni, impianti);
- endoscopie con biopsia

La profilassi consiste in un antibiotico assunto per bocca prima della procedura. La scelta del farmaco viene indicata dal medico che esegue la procedura.

Questa precauzione riduce ulteriormente il già basso rischio che un'infezione possa raggiungere la protesi.

Per la maggior parte dei pazienti con protesi d'anca (o di ginocchio), non è necessario un antibiotico prima di ogni pulizia dentale o controllo odontoiatrico. Le linee guida più recenti raccomandano di evitare la profilassi antibiotica routinaria, perché non è dimostrato che riduca il rischio di infezioni della protesi, e perché l'uso continuativo espone a effetti collaterali, resistenze batteriche e costi inutili. È invece fondamentale mantenere una **buona igiene orale** e trattare eventuali focolai dentali prima dell'intervento.

In casi particolari — ad esempio protesi recente, patologie che riducono le difese immunitarie, precedenti infezioni, interventi dentali complessi (estrazioni, implantologia) — la decisione di dare un antibiotico va discussa tra ortopedico e odontoiatra, valutando il rapporto rischi/benefici.