

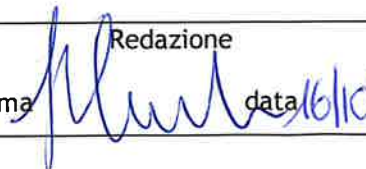
ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

PER INTERVENTO DI

PROTESI TOTALE DI ANCA

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Modalità operative
 - 2.1 Prenotazione
 - 2.2 Triage pre operatorio
 - 2.3 La programmazione dell'intervento
 - 2.4 Pre ricovero
 - 2.5 Ricovero
 - 2.6 Pre-operatorio
 - 2.7 Intervento
 - 2.8 Post-operatorio
 - 2.9 Dimissione
 - 2.10 Indicazioni alla dimissione
 - 2.11 Riabilitazione
 - 2.12 Follow-up
3. Riferimenti

Redazione	Verifica	Approvazione
Firma  data 16/10/25	Firma  data 17/10/25	Firma  data 20/10/25

1. INTRODUZIONE

L'artrosi dell'anca (COXARTROSI) è un fenomeno degenerativo dell'articolazione che congiunge l'arto inferiore al bacino con gravi ripercussioni sul movimento.

Si tratta sicuramente di una patologia in espansione e questo succede a causa dell'allungamento della vita media, ma anche, nel caso soprattutto della coxartrosi giovanile (meno di 60 anni), per l'alta richiesta funzionale, per esempio l'attività sportiva, l'obesità o l'attività lavorativa gravosa.

Tra le cause riconosciamo quindi:

- alterazioni anatomiche congenite (malformazioni presenti alla nascita) per es. la lussazione dell'anca o forme minori come le displasie con alterazione dei rapporti tra la testa del femore ed il cotile;
- alterazioni dei rapporti anatomici con incongruenza articolare: fratture lussazioni dell'anca, esiti osteocondriti tipo morbo di Perthes, epifisiolisi, esiti artrite settica;
- alterazioni di tipo circolatorio: algodistrofia, OITF (osteonecrosi idiopatica della testa del femore);
- alterazioni infiammatorie: artrite reumatoide e malattie reumatiche e metaboliche;
- alterazioni per usura: sport, obesità.

Praticamente queste varie cause di malattia arrecano un danno sullo strato cartilagineo, diretto o indiretto, che è la struttura che permette di scorrere ai due capi articolari e di sopportare il peso corporeo

SINTOMI

Progressivo dolore ed impossibilità ad eseguire quelle che sono le principali attività quotidiane quali, mettersi le calze ed allacciarsi le scarpe, tagliarsi le unghie dei piedi, alzarsi da una sedia e soprattutto camminare. Tale dolore può aumentare e rendere impossibile il riposo anche notturno.

TRATTAMENTO

Le possibilità di cura allo stato iniziale e per i giovani soggetti sono modeste; le infiltrazioni, artroscopia dell'anca ed osteotomie non danno risultati elevati nel tempo; per tale ragione con elevata frequenza il destino finale inevitabile dell'articolazione coxo femorale è l'impianto di una protesi articolare.

CHE COS'E' LA PROTESI TOTALE DI ANCA (PTA)

Quando i metodi di trattamento medico o chirurgici conservativi non riescono a procurare il miglioramento atteso della sintomatologia dolorosa, la protesizzazione dell'anca è l'intervento che tenta di ristabilire il normale movimento all'anca attraverso dispositivi (protesi) per permettere una vita più possibile normale, garantendo con gli attuali mezzi anche di tornare ad una vita lavorativa normale.

La protesi classica è costituita generalmente da più elementi: Il cotile che si impianta nel bacino, l'inserto che può essere di diversi materiali, lo stelo che va ad incastrarsi nel femore ed infine la testa che articola lo stelo con la coppa acetabolare. I materiali, che devono assicurare una maggior durata dell'impianto, sono fondamentalmente a livello dello snodo della PTA, vale a dire tra la testa e la cupola o inserto: metallo – metallo, ceramica – ceramica, ceramica – polietilene, metallo – polietilene.



Negli ultimi anni la tecnologia ci permette di usare teste di grande diametro in ceramica accoppiate con inserti in polietilene a basso profilo. Queste permettono una maggior escursione articolare, una bassissima percentuale di lussazioni quindi una migliore prestazione funzionale, permettendo anche l'attività sportiva o lavori particolarmente pesanti.

Un particolare riguardo meritano le PTA di superficie che permettono di rivestire l'anca malata resecando meno osso possibile, queste si comportano come fossero capsule dentarie mantenendo una grossa quantità di osso. Tali impianti sembravano aver raggiunto ottimi risultati soprattutto nel mondo anglosassone, ma con follow up più lunghi, sono gli impianti tradizionali ad avere la life expectancy migliore.

Importanti sono da ricordare gli steli corti di ultima generazione che permettono di resecare poco osso dal collo femorale (Fitmore, Nanus, Parva, etc.) e, accoppiati con teste di grande diametro, permettono di ritornare alla vita normale ma hanno indicazioni estremamente specifiche.

L'accesso chirurgico

Negli ultimi 10 anni con la progressiva riduzione delle incisioni chirurgiche siamo passati alla via mini invasiva con significativa diminuzione della sofferenza dei tessuti molli e migliore risultato estetico.

Le complicazioni

Purtroppo tale tipo di chirurgia, come tutte le metodiche chirurgiche, non è priva di complicazioni:

- Lussazione PTA

Instabilità postoperatoria con possibilità di lussazione della protesi, vale a dire lo spostamento della testa e quindi del femore posteriormente o anteriormente; questo può essere legato o ad un errato movimento del paziente quali flessione ed intrarotazione dell'anca, ad un non corretto orientamento delle componenti protesiche ad una lassità congenita della muscolatura periarticolare. La correzione di tale evenienza è quella di ridurre la protesi. Può essere in taluni infausti casi necessario rioperare per correggere l'impianto e renderlo stabile.

- Dismetrie

Può residuare una differente lunghezza degli arti inferiori soprattutto negli interventi solo da un lato, questo perché può risultare difficile ripetere lo stesso disegno dell'anca da sostituire ed anche perché la priorità del chirurgo è quella di dare un impianto stabile, per cui potrebbe essere necessario allungare o accorciare l'arto di alcuni millimetri

- Lesioni neuro vascolari

Per manovre che si eseguono durante l'intervento, possono rimanere danneggiate strutture nervose come il nervo sciatico-popliteo-esterno o rarissimamente le arterie nell'addome o vicine all'anca.

Più frequentemente il rallentamento del circolo venoso durante l'intervento produce una trombosi delle vene profonde del polpaccio che producono emboli di varie dimensioni che possono creare problemi locali o anche generali.

- Embolia Polmonare

Questa è una complicanza molto pericolosa perché può condurre anche se raramente alla morte del paziente. Per scongiurare tale complicazione usiamo accorgimenti tecnici intraoperatori, la profilassi antitromboembolica con Eparina a basso peso molecolare e la mobilizzazione precoce del piede e del ginocchio.

- Fratture intraoperatorie

Essendo la PTA un mezzo che viene incastrato come un chiodo nel femore e nel cotile si possono involontariamente creare delle fratture per un effetto cuneo, queste possono necessitare di trattamento ulteriore con viti, placche e cerchiaggi, come possono anche guarire spontaneamente ritardando il carico e la mobilizzazione precoce. Questa scelta sarà a cura del chirurgo che valuterà se la frattura potrà o meno destabilizzare l'impianto.

- Infezioni profonde e superficiali

Purtroppo tale complicazioni, anche se poco frequenti, esistono e vengono prevenute usando una accurata tecnica chirurgica, risparmiando e non traumatizzando i tessuti, diminuendo il più possibile il tempo di esposizione e lavorando in sale ad alta sterilità con i caschetti protettivi che isolano completamente i chirurghi ed opportuna terapia antibiotica durante e dopo l'intervento.

2. MODALITÀ OPERATIVE

2.1 PRENOTAZIONE

PRIMA VISITA ORTOPEDICA:

- Definizione diagnostica di coxartrosi supportata dall'esame clinico e dalla documentazione radiologica;
- Eventuali terapie conservative;

- Definizione dell'indicazione all'intervento¹;

2.2 TRIAGE PRE OPERATORIO

- Il triage viene almeno 20 gg prima dell'intervento;
- Il *case manager* è l'*Anestesista*;
- Svolgimento del triage: esami ematochimici (Cfr. All. 10/Sez. 7.5 Protocollo interno per accertamenti diagnostici di laboratorio nella valutazione preoperatoria), rx torace (Cfr. All. 09/Sez. 7.5 Protocollo interno per effettuazione radiografia del torace preoperatoria), E.C.G., eventuali consulenze, valutazione cardiologica (Cfr. I 06 Valutazione preoperatoria del paziente cardiopatico candidato ad interventi di chirurgia non cardiaca), valutazione fabbisogno ematico;
- Esiti del triage:
 - ammesso all'intervento
 - da rivedere
 - respinto

2.3 LA PROGRAMMAZIONE DELL'INTERVENTO

Gli ammessi all'intervento vengono sottoposti ad un'ulteriore valutazione anestesiológica per definire lo stato di salute (criterio ASA), per il giudizio finale di operabilità, per le informazioni anestesiológicas propedeutiche al consenso, per la conferma della data di intervento.

2.4 PRE RICOVERO

Il paziente si presenta all'ufficio accettazione della casa di cura munito dei documenti personali;

- effettua la registrazione del ricovero,
- ritira un opuscolo informativo sulla casa di cura ed il questionario di gradimento (da compilare ed imbucare alla dimissione),
- vengono attivate le procedure per il consenso al trattamento dei dati personali

¹ **Aspetti da valutare:** dolore, autonomia di marcia, obesità, aspettativa di vita, impegni lavorativi

- Informazione al paziente circa le indicazioni pre e post operatorie verbali e scritte (vedere Consenso Informato protesi di anca).
- Informazione al paziente circa le indicazioni pre e post operatorie verbali e scritte (vedere Consenso Informato protesi di anca).

2.5 RICOVERO

Il ricovero avviene 12-24 ore prima dell'intervento.

Il paziente giunge in reparto dove viene accolto dal coordinatore infermieristico o dall'infermiere di turno nell'ufficio apposito:

- si imposta la cartella infermieristica,
- si controllano i consensi allegati alla cartella clinica (trasfusioni di sangue e/o emoderivati, anestesia, intervento, autorizzazione all'informazione a terzi),
- si rilasciano informazioni verbali e scritte (opuscoli informativi) circa il ricovero e la possibilità di usufruire di servizi alberghieri accessori.
- Infine il paziente viene accompagnato in camera, gli viene illustrato l'ambiente che lo ospiterà e si controlla che sia dotato degli ausili necessari (stampelle, scarpe e tuta da ginnastica, ecc.).

2.6 PRE-OPERATORIO

Nelle 12-24 ore precedenti l'intervento si provvede:

- alla valutazione dei rischi di patologia da allettamento,
- alla preparazione ed al controllo della documentazione clinica del paziente,
- preparazione e supporto psicologico all'intervento ed alla compilazione dei carteggi necessari,
- visita fisioterapica con presentazione dell'equipe di fisioterapia, controllo degli ausili, loro preparazione all'uso ed istruzione al cammino assistito,
- visita anestesiológica con definizione del tipo di anestesia, orario dell'intervento, prescrizioni terapeutiche, discussione e restituzione del questionario-consenso dell'anestesia compilato,
- dieta pre-operatoria e preparazione intestinale,
- preparazione della zona da operare con tricotomia e lavaggio.

2.7 INTERVENTO

Nella camera del paziente:

- Preparazione fisica: digiuno, abbigliamento da indossare per accedere alla sala operatoria,
- Effettuazione delle terapie pre-operatorie (profilassi anti tromboembolica),
- Preparazione ambientale dell'unità di degenza: riduzione del rumore, riduzione delle fonti luminose, sistemazione apparecchiature per monitoraggio (monitor cardiaco, saturimetro, occorrente per O2 terapia, pompa per infusione, ecc...).

In Sala Operatoria:

- Prima dell'inizio della tecnica anestesiológica, profilassi antibiotica e prevenzione del sanguinamento (vedere **I 07 Controllo delle infezioni del sito chirurgico, Linee Guida antibiotico profilassi**)
- Paziente in anestesia spinale e/o narcosi
- "imbottitura" delle zone critiche per protezione salienze ossee e profilassi della paralisi dello S.P.E.
- Accurata detersione cutanea con spugna sterile e sapone antisettico
- Preparazione del campo operatorio sterile.
- Accesso chirurgico, artrotomia, lussazione della testa, osteotomia del collo, preparazione mediante fresatura dell'acetabolo ed impianto di cotile, fresatura del canale femorale e impianto di stelo e testa, sutura capsulare, sutura superficiale, controllo della lunghezza, riduzione prove di stabilità dell'impianto e della riduzione.
- Emostasi sutura per piani
- Medicazione avanzata
- Controllo radiografico in sala operatoria

2.8 POST-OPERATORIO

- Controlli sul paziente: stabilità cardio-circolatoria, bilancio idro-elettrolitico, monitoraggio dei parametri vitali per 24 - 48 ore, controllo della zona di intervento, controllo degli esami di laboratorio;
- Controllo del dolore; (**Vedere I 13 Rilevazione e controllo del dolore nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico**)
- Somministrazione terapie prescritte;
- Attuazione dei protocolli di mobilizzazione passiva ed attiva per prevenire i danni da allettamento;
- Controllo e ripresa dell'alimentazione;
- Controllo e ripresa della funzionalità intestinale;
- Inizio della fisiochinesiterapia con supporto dei fisioterapisti entro le 24 ore post-intervento;
- Visita ortopedica quotidiana;
- Visite specialistiche al bisogno;
- Medicazione della ferita chirurgica.
- Visita fisiatrica e compilazione del PRI.

2.9 DIMISSIONE

- Controllo esami ematochimici,
- Medicazione e controllo della ferita chirurgica,
- Stesura del foglio di dimissione, in più copie per il medico curante, il paziente e l'eventuale centro di riabilitazione,
- Consegna della documentazione clinica al paziente (prescrizione della terapia domiciliare, indicazioni post-operatorie per il proseguimento delle cure in centri di riabilitazione o al proprio domicilio, programmazione del follow-up, copia degli esami diagnostici effettuati, dell'atto operatorio e dell'rx di controllo post-operatorio) e relative istruzioni e chiarimenti.
- Compilazione ed archivio della documentazione clinica di reparto.

2.10 INDICAZIONI ALLA DIMISSIONE

Alla dimissione è utile eseguire adeguata fisioterapia ma non è indispensabile il ricovero presso centri di riabilitazione; l'indicazione specifica deve essere data caso per caso.

I più recenti studi non evidenziano superiorità nella prevenzione delle tromboembolie venose mediante l'utilizzo delle calze elastocompressive, che vanno pertanto riservate unicamente a casi specifici (insufficienza venosa cronica nota, stasi venosa e linfatica post-operatoria ecc..). Nei primi 20-30 giorni è consigliabile l'utilizzo di due stampelle, anche se il carico è concesso.

La terapia consiste nell'assunzione di antinfiammatori/antalgici per i primi giorni in relazione al dolore.

Assumere saltuariamente antalgici nel primo mese post operatorio riduce il dolore della ferita chirurgica e consente una più rapida mobilizzazione. È consigliabile un'alimentazione leggera ma ricca di ferro e proteine per recuperare le perdite ematiche.

2.11 RIABILITAZIONE

La maggior parte dei pazienti operati di PTA vengono inviati in un centro di riabilitazione per la rieducazione funzionale; tale struttura viene preventivamente preferita dal paziente in rapporto alla collocazione geografica ed alla disponibilità di ricezione della stessa.

Il centro di riabilitazione viene contattato dal coordinatore infermieristico della casa di cura prima del ricovero del paziente stesso, programmando la data della dimissione prevista per l'accesso al centro.

2.12 FOLLOW-UP

- Dopo 15 giorni dall'intervento avviene la rimozione dei punti di sutura nel centro di riabilitazione o dall'ortopedico curante;
- dopo 40 giorni dall'intervento il paziente si sottopone alla prima visita di controllo dall'ortopedico con eventuale rx di controllo;
- dopo 6 mesi dall'intervento il paziente, se necessario, si sottopone alla seconda visita ortopedica con eventuale RX.

- Il controllo successivo con esame radiologico viene effettuato ad 1 anno dall'intervento

3. RIFERIMENTI

- Wainwright, T. W., Gill, M., McDonald, D. A., Middleton, R. G., Reed, M., Sahota, O., Ljungqvist, O. (2020). Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Acta Orthopaedica, 91(1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1683790>
- Gibbs AJ, Gray B, Wallis JA, Taylor NF, Kemp JL, Hunter DJ, Barton CJ. Recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: A systematic review of clinical practice guidelines. Osteoarthritis Cartilage. 2023 Oct;31(10):1280-1292. doi: 10.1016/j.joca.2023.05.015. Epub 2023 Jun 30. PMID: 37394226.
- Recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: A systematic review of clinical practice guidelines Gibbs, Alison J. et al. Osteoarthritis and Cartilage, Volume 31, Issue 10, 1280 – 1292
- Moseng T, Vliet Vlieland TPM, Battista S, et alEULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis: 2023 updateAnnals of the Rheumatic Diseases 2024;83:730-740.