

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione ARTRODESI CON APPROCCIO LATERALE (XLIF)	Prot. 13	Pag. 1 di 3
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 03/04/2025

CENNI DI ANATOMIA

La **colonna vertebrale** è un complesso osseo che costituisce lo scheletro del rachide; è composta da 33-34 ossa chiamate **vertebre** (7 cervicali, 12 toraciche, 5 lombari, 5 sacrali e 4-5 coccigee).

Attraverso la sovrapposizione delle vertebre si forma un canale, il **forame intervertebrale**, al cui interno alloggia il **midollo spinale**.

Le principali funzioni della colonna sono:

- **STABILITA'**: sostiene il tronco e la testa;
- **MOBILITA'**: consente il movimento della testa e del tronco;
- **CONTENIMENTO**: protegge il midollo spinale.

Le vertebre sono formate nella parte anteriore da un **corpo vertebrale** e nella parte posteriore da due **archi neurali** che si uniscono fra loro formando il cosiddetto **processo spinoso**. Da ogni arco neurale sporge invece lateralmente il **processo trasverso**.

Ogni arco neurale è composto da due parti:

- la **lamina**, ovvero la parte centrale dell'arco neurale, quella compresa tra il processo spinoso e il processo trasverso;
- il **peduncolo**, parte compresa tra il processo trasverso e il corpo vertebrale.

Nel punto in cui si congiungono la lamina e il peduncolo ci sono le **faccette articolari** che rappresentano il punto di congiunzione fra una vertebra e l'altra.

Fra una vertebra e l'altra, allo scopo di fungere da ammortizzatore naturale, si interpongono anteriormente i **dischi intervertebrali**.

Ciascun disco è formato da un **anulus fibroso** che ha lo scopo di contenere e proteggere il nucleo centrale, detto **nucleo polposso**, una masserella gelatinosa e giallognola che ha lo scopo di rispondere alle sollecitazioni delle forze agenti sulla colonna.

INDICAZIONI ALL'INTERVENTO DI XLIF

L' intervento di artrodesi con approccio laterale è indicato quando gli esami diagnostici documentano restringimenti su base degenerativa artrosica del canale spinale e dei forami di coniugazione per ipertrofia degli elementi articolari ed ispessimento/calificazione dei legamenti gialli, degenerazione del disco intervertebrale con estroflessione delle fibre dell'anulus discale e conseguente sconfinamento nello spazio epidurale anteriore e nella porzione inferiore dei forami; talvolta è presente un'ernia discale per rottura dell'anulus e conseguente espulsione del materiale discale all'interno del canale spinale.

In alcuni casi alla compressione determinata da dischi, articolazioni e legamenti si somma l'effetto di disallineamenti (spondilolistesi) delle vertebre, con scivolamento delle stesse e conseguente riduzione dei diametri antero-posteriori del canale.

DIAGNOSI

- Esame fisico da parte del medico specialista in cui si valuta la presenza di deficit neurologici e la sindrome dolorosa irritativa.

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione ARTRODESI CON APPROCCIO LATERALE (XLIF)	Prot. 13	Pag. 2 di 3
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 03/04/2025

- Esami di diagnostica per immagini (RX, RMN, TAC)
- Esami elettrofisiologici (EMG AAI)

TIPOLOGIA DI RICOVERO

Ricovero ordinario di circa 4/5 giorni (salvo diverse indicazioni).

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRE-OPERATORIA

Il ricovero della PA avviene il giorno precedente all'intervento.

- Esecuzione dell'accoglienza e accertamento infermieristico.
- Ritiro materiale diagnostico della PA (copia fotostatica della visita ambulatoriale specialistica, copia dei referti radiologici).
- Controllo della presenza dei consensi firmati.
- Rilevazione dei parametri vitali.
- Accompagnamento della PA nella camera di degenza.
- Controllo igiene e tricotomia (pube e addome).
- Consegna delle calze elastiche per la profilassi antitrombotica da far indossare dopo l'intervento (salvo differente disposizione medica).
- Prelievo ematico per richiesta sacche di emazie (se richiesto).
- Preparazione intestinale: carbone vegetale 4 cp da assumere in due somministrazioni lontano dai pasti, Movicol 1 bustina in 500 ml di H₂O e peretta nel tardo pomeriggio.
- Dieta leggera all'ora di cena.
- Digiuno dalle ore 24.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST-OPERATORIA

- Applicazione protocollo di posizionamento (PA supina e arti in scarico con cuscino, concesso schienale a 30° e decubiti laterali).
- Rilevazione parametri vitali.
- Posizionamento monitor per controllo orario dei parametri emodinamici sino alle h24, poi ogni due ore sino alle h8 del mattino successivo.
- Controllo CV, drenaggio e medicazione.
- Rilevazione dolore scala NRS (rivalutazione ogni 2 ore).
- Restituzione materiale diagnostico.
- Somministrazione terapia antalgica¹.
- Valutazione forza, sensibilità agli AAI e controllo sfinteri.
- Digiuno sino alle ore 7 del giorno successivo (salvo diverse disposizioni mediche). L'idratazione orale post-operatoria è consentita dopo circa 6 ore dal termine della narcosi.
- Somministrazione terapia prescritta.
- Rivalutazione parametri vitali alle h20.

1) Bibliografia: Pwaelkens et al. "Anaesthesiology" Eja 2021, pag. 985-994

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione ARTRODESI CON APPROCCIO LATERALE (XLIF)	Prot. 13	Pag. 3 di 3
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 03/04/2025

PRIMA GIORNATA POST OPERATORIA

- Prelievo ematico di controllo.
- Rimozione CV.
- Rimozione del monitor (se parametri emodinamici nella norma).
- Supporto del medico nella medicazione della ferita chirurgica.
- Rilevazioni parametri vitali (h8 e h20).
- Rilevazione dolore (h8 e h20).
- Somministrazione terapia prescritta.
- Valutazione forza, sensibilità AAll e controllo sfinteri.
- Monitoraggio per la ripresa della diuresi spontanea.
- Monitoraggio per la ripresa della canalizzazione intestinale.
- Mobilizzazione della PA con passaggio letto- stazione eretta e deambulazione con o senza ausili.
- Dieta semi-solida omogenea.
- Richiesta ed esecuzione di eventuali esami diagnostici.

DALLA SECONDA GIORNATA POST OPERATORIA

- Rilevazione parametri vitali e dolore (8-20).
- Somministrazione terapia.
- Controllo e eventuale medicazione della ferita chirurgica.
- Assistenza durante la mobilizzazione.
- Educazione all'esecuzione della profilassi anti trombotica da eseguire al domicilio.
- Dieta libera o semisolido in caso di canalizzazione intestinale assente.

DIMISSIONE

- Medicazione della ferita chirurgica.
- Consegna della documentazione da parte del medico dimettente.
- Rimozione CVP.
- Compilazione della cartella infermieristica.

RACCOMANDAZIONI ALLA PA

- Periodo di riposo di circa un mese.
- Evitare sforzi fisici, non sollevare pesi eccessivi, evitare di chinarsi in avanti.
- Graduale ripresa delle attività quotidiane senza faticare.
- Raccomandate passeggiate quotidiane.
- Sconsigliati viaggi lunghi in macchina.
- Nei pazienti clinicamente più complessi si raccomanda l'attivazione di un programma di FKT, previa valutazione e a discrezione del neurochirurgo responsabile².

2) Bibliografia: Manni et al. "Archives of Physiotherapy" 2023, pag. 1-14

Casa di Cura Privata
Città di Bra S.p.A.
Il Direttore Sanitario
Dott. Flavio BORASO