

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione ARTRODESI CON APPROCCIO ANTERIORE (ALIF)	Prot. 14	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 **facette 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 polposi**, una masserella gelatinosa e giallognola che ha lo scopo di rispondere alle sollecitazioni delle forze agenti sulla colonna.

DIAGNOSI

- Esame fisico da parte del medico specialista in cui si valuta la presenza di deficit neurologici e la sindrome dolorosa irritativa.
- Esami di diagnostica per immagini (RX colonna LS in ortostasi comprensiva dei colli femorali)

INDICAZIONI ALL'INTERVENTO DI ALIF

Le indicazioni principali dell'intervento di artrodesi intersomatica per via anteriore (ALIF) sono molteplici. Qui di seguito ricordiamo le principali.

- **Discopatia degenerativa**: si manifesta con il progressivo invecchiamento della colonna. Il disco si disidrata perdendo la sua capacità di ammortizzazione.
- **Spondilolistesi**: è la condizione in cui una vertebra ed il tratto di colonna sopra di essa risultano scivolati rispetto alla vertebra successiva.
- **Ipo-lordosi lombare**: è una perdita della forma a "curva" della colonna lombare (*flat back*). L'ALIF è una tecnica molto efficace per la correzione della ipolordosi lombare.

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione ARTRODESI CON APPROCCIO ANTERIORE (ALIF)	Prot. 14	Pag. 2 di 3
		Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 03/04/2025

- Pseudoartrosi: la mancata fusione di uno spazio vertebrale è una indicazione alla rifusione per via anteriore.
- Infezioni del disco e delle vertebre: l'approccio permette una estesa pulizia del focolaio infettivo.

L'intervento di artrodesi con approccio anteriore è conosciuto da molti anni. Lo scopo è quello di ottenere la crescita di osso all'interno dello spazio prima occupato dal disco (artrodesi intersomatica) con conseguente fusione dei due corpi vertebrali adiacenti.

TIPOLOGIA DI RICOVERO

Ricovero ordinario di circa 3/4 giorni (salvo diverse indicazioni).

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRE-OPERATORIA

Il ricovero della PA avviene solitamente 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 (salvo differente disposizione medica).
- Prelievo ematico per richiesta sacche di emazie (se richiesto).
- Preparazione intestinale: 4 bustine di Macrogol 3350 in 500 ml di H₂O al mattino del giorno precedente l'intervento. Se nel pomeriggio non avesse ancora evacuato, seguirà una seconda somministrazione del farmaco.
- Dieta leggera e priva di scorie 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.
- In base alla valutazione anestesiológica, posizionamento monitor per controllo orario dei parametri emodinamici sino alle h24, poi ogni due ore sino alle h8 del mattino successivo.
- Controllo CV 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).
- Somministrazione terapia prescritta.
- Rivalutazione parametri vitali alle h20.
- L'idratazione orale post operatoria è consentita dopo circa 6 ore dal termine della narcosi (salvo diverse disposizioni mediche).

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

	U.F. ORTOPEDIA Protocollo di Gestione ARTRODESI CON APPROCCIO ANTERIORE (ALIF)	Prot. 14	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 Catetere vescicale.
- Rimozione monitor (se parametri emodinamici nella norma), se posizionato.
- Supporto del medico nella medicazione della ferita chirurgica.
- Rilevazioni parametri vitali (almeno h8 e h20).
- Rilevazione dolore (almeno 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 semisolida 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

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

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