

PIERO PECCHIA

ARTROPROTESI D'ANCA

(NOTE INFORMATIVE PER I PAZIENTI)



Questo libretto è dedicato a voi che state per affrontare l'intervento di artroprotesi d'anca; vi servirà per comprenderne meglio le indicazioni, gli obiettivi e per integrare le parole del vostro medico; vi aiuterà a prendere una decisione più serena, a prepararvi con minimo disagio, a gestire con correttezza il periodo che seguirà l'intervento e a convivere con la protesi senza problemi.

Consideratelo come il "manuale di istruzione ed uso" del sofisticato apparecchio che avete desiderato da tempo per risolvere i vostri problemi; fatelo leggere ai familiari e a tutti quelli che ne vogliono sapere di più.

I dubbi e le incertezze sono normali e comprensibili, ma quello che state per fare è quanto di più utile e gratificante per la vostra salute, autonomia ed indipendenza; infatti la completa guarigione è l'obiettivo facilmente raggiungibile con questo intervento.

Ringrazio la signora G. Beni per la fattiva collaborazione a tutte le attività divulgative dello studio.

Sono a vostra disposizione per ulteriori informazioni e accetto consigli per migliorarlo.

Dottor PIERO PECCHIA

INDICE

ANCA NORMALE E PATOLOGICA	pag. 1
ARTROPROTESI D'ANCA	pag. 4
PRIMA DELL'INTERVENTO	pag. 7
IN OSPEDALE	pag. 10
DOPO LA DIMISSIONE	pag. 15
ESERCIZI DI RIABILITAZIONE	pag. 21
RICORDATI CHE	pag. 25
CONTROLLI	pag. 27

ANCA NORMALE E PATOLOGICA

L'articolazione dell'anca è costituita dall'estremo prossimale del femore e dalla parte del bacino chiamata cotile; è, dopo la spalla, la più mobile con ampia stabilità dovuta alla notevole congruenza dei suoi capi; il cotile è a forma di coppa, la testa femorale ha forma di sfera; le due componenti ossee sono saldamente stabilizzate dalla capsula articolare, dai legamenti pericapsulari, dal cercine cotiloideo, dal legamento rotondo e dalla pressione idraulica negativa; la muscolatura, l'angolazione del femore e del cotile contribuiscono a mantenere la giusta solidità con la più ampia motilità; i capi articolari sono rivestiti da una membrana elastica e levigata, chiamata cartilagine, che ne permette lo scivolamento senza attrito; il liquido prodotto dalla membrana sinoviale nutre e lubrifica la cartilagine; l'articolazione è irrorata da numerosi vasi sanguigni e debitamente innervata.

Numerose patologie possono compromettere la funzionalità dell'anca con insorgenza di dolore e di limitazione funzionale che assumono carattere ingravescente con il passare degli anni o in pochi mesi; le più importanti sono: l'artrosi, l'artrite reumatoide, la necrosi cefalica e gli esiti traumatici. L'artrosi (o coxartrosi) è l'evento patologico più frequente; la cartilagine che riveste i due capi articolari subisce un progressivo degrado con grave e irreversibile compromissione della sua funzione; la cartilagine si fessura, si assottiglia e mette a nudo le superfici ossee che si addensano e si deformano anche per la presenza di cisti e di esuberanze ossee; il contatto osseo diretto e l'attrito determinano dolore, atteggiamenti patologici, limitazione del movimento con precarietà per camminare, stare in piedi, accudire il piede e indossare le calze; il dolore può essere presente anche nel riposo notturno; spesso colpisce una sola articolazione; mai sono interessati altri organi e apparati.

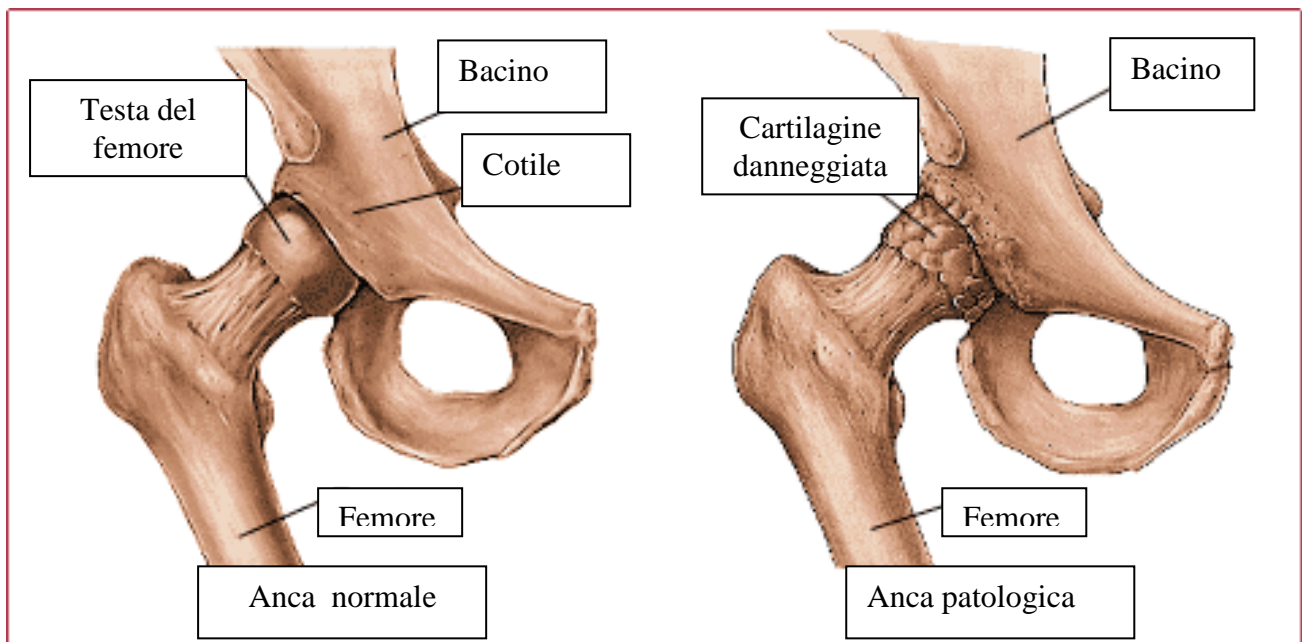
L'artrosi è condizione normale e fisiologica per ogni articolazione ad una età medio avanzata; essa è generalmente ben tollerata e presenta episodi recidivanti di dolore con rigidità e limitazione motoria ben controllabili e tipici dell'anziano; solo in alcuni casi diventa altamente invalidante con dolore continuo ed incompatibile con una normale vita; particolarmente grave e precoce è l'artrosi che insorge in anca mal formata o displasica e negli esiti di frattura che ha interessato l'articolazione; in questi casi le alterazioni di carico determinano una precoce usura della cartilagine che inevitabilmente subisce un grave, progressivo e irreparabile danno.

L'artrite reumatoide (coxartrite) è condizione patologica di natura infiammatoria autoimmune che colpisce i tessuti connettivi di tutto l'organismo e, soprattutto, delle articolazioni (anca, ginocchio, mani, piedi, ecc) con gravi alterazioni anatomiche e funzionali non solo articolari, ma estese a molti altri organi e apparati; il degrado della cartilagine è sempre molto grave e precoce, bilaterale e plurilocalizzato; la malattia è rilevata da alterazione degli esami di laboratorio e necessita di cure e di controlli fin dal suo esordio.

La necrosi cefalica è determinata da alterazione circoscritta e irreversibile della circolazione arteriosa della testa del femore per arteriopatia aterosclerotica tipica dell'età medio avanzata, a volte anche dopo trattamento cortisonico; alcune piccole arterie vengono chiuse dalla placca arteriosclerotica; il tessuto osseo che non riceve più nutrimento inevitabilmente muore; analoga condizione si verifica per l'infarto del cuore, del cervello o di altri organi; il tessuto osseo necrotico crolla per le sollecitazioni dovute al peso del corpo; la testa femorale si deforma con alterazione del profilo articolare che subisce fenomeni di attrito e di degrado patologico con severo danno anatomico e funzionale e relativa grave e precoce artrosi.

Gli esiti traumatici dell'anca evolvono spesso in artrosi grave; la frattura della testa del femore o del cotile, per quanto ottimamente curata con o senza intervento chirurgico, determina sempre una alterazione della superficie articolare che, quanto più è grave, tanto più è in grado di determinare attrito ed artrosi; il trauma incide spesso negativamente sul danno articolare perché determina una lesione della circolazione sanguigna (tipica è la lesione vascolare da lussazione dell'anca o da frattura sottocapitata) con danno ischemico e relativa necrosi ossea.

La frattura della testa femorale dell'anziano ha poche possibilità di guarigione per inevitabile necrosi; per evitare inutili interventi di osteosintesi o lunghe immobilizzazioni è preferibile intervenire subito con la sostituzione artroprotesica in grado di risolvere in breve ogni problema relativo alla frattura.



ARTROPROTESI D'ANCA

La sintomatologia dolorosa e invalidante all'osservazione del medico di famiglia e dello specialista ortopedico portano, dopo accertamenti radiografici, alla diagnosi di coxartrosi, coxartrosi in anca displasica, coxartrosi in esiti traumatici, coxartrite, necrosi cefalica, coxartrosi in necrosi cefalica, ecc.

I consigli di cura sono in relazione alla gravità dei disturbi, rilievi radiografici e obiettivi, inizio dei disturbi, altre patologie associate, biotipo e abitudini di vita del paziente: molto efficaci sono le terapie farmacologiche, qualche risultato si può ottenere con le cure fisioterapiche, efficaci possono essere i consigli di natura comportamentale e di correzione di situazioni recuperabili; spesso sono necessari controlli periodici per seguire l'evoluzione della patologia, l'efficacia della terapia e la progressione dei rilievi clinici e radiografici.

L'intervento di artroprotesi è motivato da grave alterazione anatomica e funzionale dell'articolazione che non risente positivamente di tutte le cure consigliate e ripetute più volte; con tale atto chirurgico l'intera articolazione, irrimediabilmente danneggiata, viene sostituita con l'articolazione artificiale; l'obiettivo da perseguire è una articolazione indolente, ampiamente mobile, stabile, duratura e priva di inconvenienti; l'intervento è sempre ben tollerato, l'ospedalizzazione breve, il recupero deambulatorio precoce, la convalescenza e la riabilitazione limitate a poche settimane; l'autonomia è molto ampia con ripristino di molte potenzialità per una normale attività lavorativa e vita di relazione.

La ricerca scientifica e la costante evoluzione dei materiali e delle tecniche costruttive ci permette oggi di disporre di numerose tipologie artroprotesiche adattabili a tutte le condizioni patologiche e nel rispetto dei fondamentali requisiti di: biocompatibilità con perfetta tolleranza, integrazione con il tessuto osseo, lunga durata e resistenza alle sollecitazioni, trascurabile attrito, accesso chirurgico sempre meno invasivo.

L'artroprotesi è composta dallo stelo femorale, dalla testa e dal cotile; esistono modelli cementati (interfaccia di collante acrilico tra osso e protesi per le persone anziane) e modelli non cementati, impianti per i reinterventi, per gravi displasie e per pazienti giovani; ambiziosi obiettivi sono stati ultimamente raggiunti dagli accoppiamenti di materiali ideali tra la testa e il cotile, da protesi che consentono di asportare una minima parte di tessuto osseo, da protesi ad alta stabilità e ampia motilità e da protesi impiantabili con un minimo accesso chirurgico.

Come per ogni altro intervento chirurgico, in considerazione delle innumerevoli varianti e peculiarità del singolo individuo, i pazienti debbono essere debitamente informati della possibile insorgenza di complicanze e di inconvenienti che sono comunque ad incidenza molto bassa e che sono principalmente rappresentati da: rischio anestesilogico generico e post operatorio (maggiore in relazione a patologie sistemiche più o meno gravi), tromboflebite, infezioni, mobilizzazioni precoci o tardive della protesi, lievi dismetrie, dolore di coscia, usura delle componenti \square roteiche, lussazione della protesi e fratture periprotetiche.

Tra tutte le complicanze le rare infezioni costituiscono il problema maggiore con necessità di altri interventi ad esito incerto; i reinterventi per mobilizzazioni ed usura non sono frequenti e garantiscono un buon risultato.

Il rischio di ogni possibile complicanza è affrontato da adeguata attività di prevenzione specifica: antibiotica, antitrombotica, pianificazione e studio pre operatorio, scelta della tipologia protesica, rigorosa tecnica chirurgica, autotrasfusione, recupero ematico intra e post operatorio, trattamento di posizione, riabilitazione, informazione, ecc.

Va sempre ricercato il più ampio e incondizionato consenso all'intervento da parte del paziente che deve conoscerne tutti gli aspetti per poterne valutare con calma sicuri vantaggi e possibili svantaggi; anche i familiari debbono essere consapevoli delle indicazioni e delle relative possibilità terapeutiche.

Il successo dell'intervento è anche dovuto all'informazione del paziente su quello che deve fare prima e dopo l'intervento, durante l'ospedalizzazione e la riabilitazione.



COXARTROSI BILATERALE:
a sinistra già operata con successo di artroprotesi

PRIMA DELL'INTERVENTO

-Preparazione all'intervento

Inizia dopo aver consultato il chirurgo ortopedico di fiducia, generalmente un mese prima dell'intervento e con interventi programmati dalla caposala dell'unità operativa di ortopedia alla quale il paziente deve fare riferimento per ogni necessità; vengono eseguiti esami di laboratorio, elettrocardiogramma ed eventuale visita □ardiologia, radiografie del torace, radiografie di dettaglio dell'anca da operare, visita pneumologica e diabetologica se richiesto, altri eventuali esami (ecodoppler venoso arti inferiori ed arterioso del collo, altro) e visita anestesiologicala.

Da tali valutazioni viene certificata l'idoneità all'intervento con il grado di rischio che il paziente deve conoscere; possono essere prescritte terapie farmacologiche e cambiate quelle già in atto per ridurre ulteriormente il rischio; i pazienti possono essere rivalutati a distanza.

Se non controindicato vengono predisposti depositi di sangue che il paziente lascia per infusioni intra e post operatorie; tali procedure vengono eseguite nel servizio trasfusionale; possono essere eseguiti da uno a tre prelievi, di circa 250 cc l'uno, una volta ogni dieci giorni circa, preceduti da esami di laboratorio che attestino il ripristino dei normali valori di emocromo; stati di anemia, cardiopatie ischemiche e altre condizioni patologiche sconsigliano tale procedura che non è assoluta e vincolante per l'intervento; eventuali stati di anemia durante e dopo l'intervento saranno corretti con il recupero ematico intra e post operatorio o con eventuali trasfusioni da donatori.

-Assistenza Riabilitativa

E' importante che il paziente conosca le tappe fondamentali della riabilitazione, prenda dimestichezza con il mobilizzatore motorizzato a letto, il carrello deambulatore, i due bastoni ad appoggio antibrachiale,

le calze elastiche, la posizione di abduzione e, soprattutto, con il suo fisioterapista; gli esercizi di potenziamento muscolare degli arti superiori e inferiori permetteranno un più precoce recupero; il paziente potrà inoltre conoscere l'organizzazione e le potenzialità del servizio riabilitativo che lo seguirà dopo la dimissione e scegliere di conseguenza il servizio domiciliare, il servizio ambulatoriale o quello in regime di ricovero).

-Valutazione odontoiatrica

Serve ad eliminare per tempo ogni possibile fattore di contaminazione batterica per via ematogena (granulomi, ascessi, ecc).

-Calare di peso

Il soprappeso e l'obesità sono reali fattori di rischio per le pratiche anestesologiche e chirurgiche, concorrono all'instaurarsi di molte complicanze, rendono l'intervento e la degenza meno tollerate, prolungano la riabilitazione e la convalescenza, accorciano la durata e compromettono la funzionalità della protesi.

Va dunque attuato, ove necessario, un calo ponderale preceduto da valutazione specialistica, con dieta ipocalorica e aumento del moto possibile.

-Smettere di fumare

Una buona idea in ogni caso; il fumo aumenta il rischio anestesologico e le complicanze post chirurgiche, rallenta il recupero funzionale; in ospedale non si può fumare.

-Preparare tutto quanto serve per l'imminente ospedalizzazione

Predisporre l'assistenza continua di un familiare, o altra persona di fiducia, per i primi 2-3 giorni dopo l'intervento: in questo periodo non sarete autosufficienti; risolvere tutto quanto è possibile e non rimandabile per circa due mesi.

-Organizzare il ritorno a casa

La cura dei particolari deve essere meticolosa se il ritorno a casa è previsto alla dimissione (circa dopo 10 giorni dall'intervento) e se la riabilitazione sarà di tipo domiciliare:

il letto non deve essere troppo basso e deve essere facilmente raggiungibile;

debbono essere disponibili sedie della giusta altezza;

predisporre l'alzavater;

allontanare i tappeti e gli ostacoli alla deambulazione con due bastoni;

illuminare bene gli ambienti frequentati che è meglio siano accessibili senza scale;

la riabilitazione e l'opera del fisioterapista non deve trovare ostacoli architettonici;

predisporre abiti comodi e facili da indossare;

le calzature saranno comode, a tacco basso, antiscivolo, senza lacci, facili da mettere e togliere;

meglio essere assistiti per la preparazione dei pasti, la spesa, la pulizia della persona e della casa e la pronta reperibilità in caso di bisogno.

Se avete scelto il trattamento riabilitativo in regime di ricovero il ritorno a casa sarà rimandato di circa un mese con una maggiore autonomia e minori necessità.



Radiografia: Coxartrosi



Radiografia: Anca Normale

IN OSPEDALE

-Portare l'indispensabile necessario per l'alimentazione, l'igiene personale, indumenti e calzature adatti al ricovero, biancheria personale per diversi ricambi, calze elastiche monocollant, due bastoni ad appoggio antibrachiale; il superfluo crea problemi di collocazione oltre ad essere inutile e fastidioso per il paziente e per gli altri.

-Indispensabile un documento di riconoscimento, la tessera sanitaria e i numeri di telefono dei familiari più vicini in evidenza.

-Purtroppo bisogna dividere con altri pazienti gli spazi di vita ospedaliera; la privacy e la riservatezza spesso sono condizionate da tale inevitabile promiscuità; un rapporto sereno, amichevole e di collaborazione con gli altri pazienti aiuta a trascorrere meglio la degenza ; spesso le amicizie maturate in ospedale diventano molto profonde e durano per una vita.

-Il televisore personale, l'uso continuo del telefonino, il disordine, le visite dei parenti ad ogni ora, i lamenti ingiustificati, le richieste di assistenza continue e per futili motivi vi pongono in una condizione di antipatia che non vi gioverà.

-Offrire la massima disponibilità e collaborazione al personale infermieristico che si prodiga con ogni mezzo per il bene del paziente e per la positiva evoluzione dell'intervento; gli spazi, le persone e le attrezzature disponibili sono tutto quanto ci è dato; dobbiamo fare affidamento su quello che abbiamo sfruttandone al meglio le potenzialità.

-L'anestesista ha deciso e concordato con voi il tipo di anestesia che, generalmente, è di tipo periferico endorachideo lombare.

-I drenaggi della ferita chirurgica andranno rimossi dopo 48 ore e potranno servire per il recupero ematico dell'immediato periodo che segue l'intervento.

-La borsa di ghiaccio sulla medicazione chirurgica sarà mantenuta nelle prime ore dopo l'intervento.

-Saranno eseguiti esami di laboratorio e infusi i predepositi ematici o le emotrasfusioni all'occorrenza.

-La riabilitazione inizierà a letto il giorno dopo l'intervento con assistenza e programma fisioterapico.

-Dopo 48 ore sarete messi a sedere con le gambe fuori dal letto e verranno eseguite le radiografie post operatorie.

-Dopo 72 ore inizierete la deambulazione con il carrello deambulatore e l'assistenza del fisioterapista.

-La riabilitazione non è relegata al periodo di presenza del fisioterapista, ma deve proseguire per l'intero giorno seguendo i consigli e il relativo programma.

-La giusta posizione dell'arto operato sarà assicurata da una valva in gommapiuma continuativamente per le prime 24; successivamente il personale infermieristico controllerà periodicamente la posizione dell'arto.

-Sono possibili modesti movimenti febbrili e per pochi giorni.

-Il dolore post operatorio e riabilitativo è prevedibile, di breve durata e generalmente ben controllato dagli analgesici; la collaborazione e l'atteggiamento positivo del paziente sono indispensabili alla gestione del dolore; la terapia analgesica, oltre un certo limite, può essere dannosa.

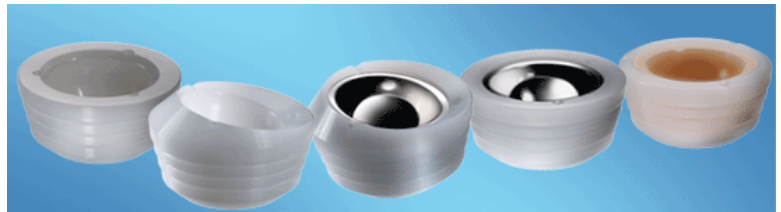
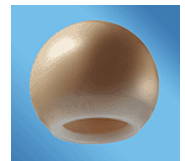
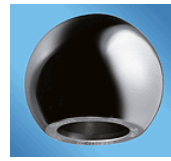
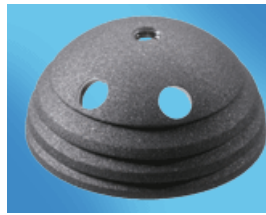
-La ferita chirurgica di 15-20 cm è in regione trocanterica; la medicazione non va manomessa o bagnata e sarà rimossa e controllata solo dal personale medico e infermieristico.

-Dopo 10 giorni verranno rimossi i punti di sutura.

-Reagite positivamente a quanto accade dopo l'intervento e soprattutto ad eventuali inconvenienti e complicanze; tutto il personale è preparato ed ha notevole esperienza per affrontare ogni problema; sottovalutate eventuali incomprensioni o atteggiamenti che nascondono momenti di possibile disagio e fatica del personale che accudisce contemporaneamente molti pazienti.

-L'assistenza assidua di un familiare o di una persona di fiducia è indispensabile per almeno 48 ore, poi con minore necessità e sempre con autorizzazione della caposala.

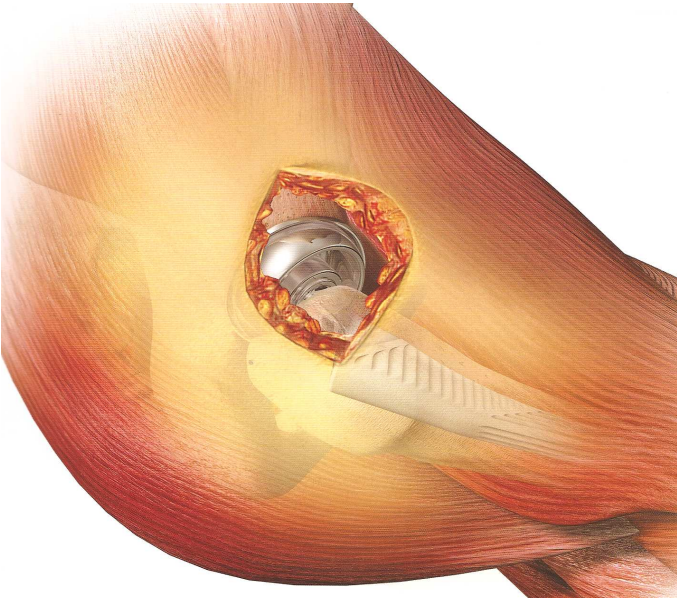
-I parenti e conoscenti possono fare visita ai pazienti ricoverati solo nelle ore stabilite.



L'ARTROPROTESI E LE SUE COMPONENTI



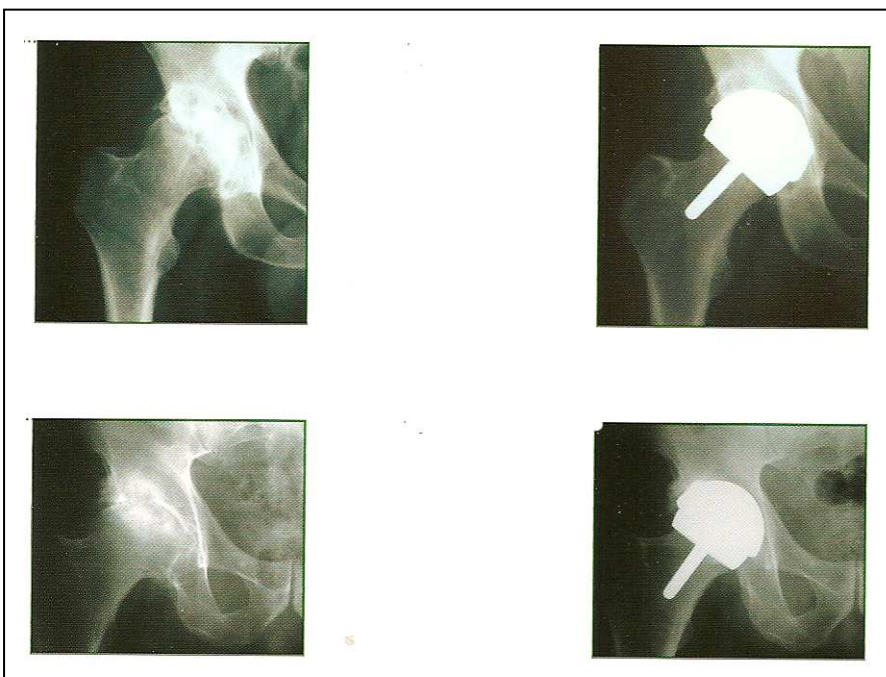
ARTROPROTESI " A
RISPARMIO DEL
COLLO "



MINI INVASIVITA'



ARTROPROTESI DI RIVESTIMENTO



DOPO LA DIMISSIONE

Diamo dei consigli e delle regole che vi renderanno la vita più facile ed eviterete complicanze per il periodo che va dalla dimissione alle prime sei settimane, dalla settima alla dodicesima settimana e dopo tre mesi.

Nelle prime 6 settimane:

- Non fate il bagno, ma la doccia con assistenza e se la ferita è perfettamente guarita.
- Non guidate.
- Non fate giardinaggio.
- Non rifate il letto.
- Non lavate i pavimenti.
- Non raccogliete oggetti a terra.
- Non accavallate le gambe.
- Dormite supini con anca aperta.
- Sedete alla giusta altezza.
- Non fate movimenti a scatti, muovetevi lentamente a piccoli passi.
- Non state a lungo in piedi.
- Non piegatevi in avanti e non sollevate pesi.
- Portate correttamente le calze elastiche.
- Assumete i farmaci prescritti (tra i quali l'eparina).
- Seguite il programma riabilitativo.
- Ritornate ai controlli prescritti ed informate il vostro medico di ogni eventuale inconveniente.

SEDERSI

La vostra sedia ideale deve essere alta almeno 70 cm al piano di seduta, avere i braccioli e un cuscino rialzato posteriormente; per sedersi avvicinatevi alla sedia, giratevi lentamente e indietreggiate fino al contatto con il retro delle gambe, avanzate la gamba operata, sorreggetevi ai braccioli e portate il peso del corpo sulle braccia e sull'arto non operato, sedetevi lentamente.

Per alzarsi fate forza sulle braccia e sui braccioli, spostate il peso sulle braccia e sull'arto inferiore non operato, spostate l'arto operato in avanti, spingetevi in alto, ristabilite l'equilibrio e riprendete i bastoni.

DORMIRE

Il vostro letto deve essere alto almeno 70 cm con il materasso comodo e sufficientemente rigido; va posizionato in modo da poterlo facilmente raggiungere, in una stanza luminosa e priva di scale; per salire scegliete il lato del letto che corrisponde all'arto operato, avvicinatevi, giratevi e indietreggiate fino al contatto con le due gambe; abbandonate i bastoni; sostenetevi con le due braccia sul letto e trasferite il peso del corpo sulle braccia e sull'arto non operato; sedetevi; giratevi lentamente e fate salire prima l'arto non operato; fate salire poi l'arto operato; dormite in posizione supina e non sul fianco dell'arto operato; per scendere dal letto mobilizzate prima l'arto operato e poi quello sano; sostenetevi con le braccia come per rialzarsi dalla sedia; riprendete i bastoni.

Evitate la extrarotazione eccessiva dell'arto per l'eccessivo peso delle coperte sul piede.

Meglio un piumino o una trapunta (sono più leggeri) delle coperte.

Aiutatevi con un bastone per sollevare le coperte, per coprirvi e per scoprirvi.

Mantenete la posizione di abduzione dell'arto operato magari con un cuscino in mezzo alle gambe.

Non potete rifare il letto.

Dopo sei settimane potete dormire sul fianco sano, ma con un cuscino tra le ginocchia.

LAVARSI

E' possibile fare la doccia quando la ferita è ben guarita (dopo 15-20 giorni dall'intervento) e se aiutati; meglio se la doccia è dotata di apposito sedile e maniglioni di sostegno; è bene evitare il bagno in vasca per i rischi di entrarvi e di uscirne e per possibili perdite di aderenza con rovinose cadute; lavare i piedi e tagliare le unghie da soli non è concesso prima di 6-8 settimane dal ritorno a casa; al lavandino non vi dovete chinare con l'anca oltre l'angolo retto; per fare la barba o lavare i denti può essere utile uno sgabello.

WATER

Usate l'alzawater che è facile da reperire nelle sanitarie e altrettanto facile da posizionare; preferite quelli a stabilità maggiore; far installare vicino al water eventuali braccioli fissi o mobili; sedersi e alzarsi dal water con le stesse modalità descritte per sedersi e rialzarsi dalla sedia; se non si hanno a disposizione i braccioli usare i bastoni per sostenere e trasferire i carichi; il rotolo di carta igienica deve essere vicino e alla giusta altezza per evitare flessioni e torsioni del tronco.

VESTIRSI

Gli abiti devono essere collocati nei ripiani dell'armadio che sono all'altezza della propria vita per evitare torsioni e flessioni del tronco (se posti in basso) o iperestensioni (se posti in alto); preferite abiti comodi con chiusure semplici; le vestaglie troppo lunghe creano impaccio ai piedi; posizionate gli abiti da indossare sul letto e sedetevi; per indossare la biancheria intima aiutatevi a tirarla su con il manico del bastone; iniziate dalla gamba operata; si trovano in commercio strumenti che vi aiutano a mettere i calzini; indossate la scarpa del lato sano e alzatevi per farla calzare; può essere utile un lungo calzascarpe; indossate poi la scarpa del lato operato e calzateela con lieve pressione del piede o con il calzascarpe; le scarpe devono essere comode (il piede può essere un po' gonfio e deve esserci posto per la calza elastica), con fondo antiscivolo, a tacco basso, senza stringhe, facilmente calzabili.

SPOGLIARSI

Utilizzate le stesse attenzioni che avete usato per vestirvi, ma al contrario; fate tutto vicino al letto e caricate prevalentemente sull'arto sano; sfilate le scarpe aiutandovi con la punta del piede opposto sul tacco; non chinatevi, non cercate di raggiungere i piedi con le mani; riponete tutto in ordine con i vestiti più necessari a fondo letto o nella sedia vicina al letto.

CAMMINARE

Con due bastoni o carrello ad appoggio antibrachiale, peso del corpo per circa la metà sull'arto operato, per tratti brevi, più volte al giorno, evitando superfici irregolari o in pendenza, sempre con la calza elastica; prima dell'intervento avrete imparato a camminare con i bastoni con lo schema “

a quattro punte”: bastone sinistro avanti-gamba destra avanti / bastone destro avanti-gamba sinistra avanti e via di seguito.

SALIRE E SCENDERE LE SCALE

I gradini si salgono sempre portando avanti l'arto non operato, i bastoni sono mantenuti sul gradino inferiore fino a che l'arto operato non è salito sul gradino.

Si scende dalle scale portando avanti sempre l'arto operato, i bastoni sono posizionati sul gradino inferiore, segue l'arto sano.

Vale la regola l'arto “buono sale in paradiso”, l'arto “cattivo scende all'inferno”.

Scendere e salire le scale per lo stretto indispensabile.

CUCINARE

Potete preparare piatti semplici e tutto quello che non vi obbliga a stare a lungo in piedi; se il forno è in basso non potete usarlo; nel frigorifero i cibi vanno sistemati negli scomparti alti e medi; tenete conto che per stare ai fornelli entrambe le mani devono essere libere e che nel vostro caso almeno una mano deve essere utilizzata per tenere un bastone; se non siete adeguatamente assistiti provvedete a fare la spesa con il necessario per un lungo periodo e preparate prima i piatti che potete congelare e facilmente riutilizzare.

GIARDINAGGIO E LAVORI PESANTI

Non potete dedicarvi a tali attività perché non vi potete piegare in avanti e non dovete eseguire torsioni del tronco; inoltre dovete camminare con i due bastoni che vi impegnano le braccia; le cadute sono più frequenti su terreno irregolare o accidentato.

GUIDARE

Non potete guidare nelle prime sei settimane perché dovete usare i due bastoni; si sale meglio su autovetture alte e parcheggiate un po' lontano dal marciapiede; per entrare in auto usate gli stessi accorgimenti che usate per sedervi: indietreggiate, sedetevi trasferendo il carico sull'arto sano e sulle braccia, ruotate il tronco mantenendo l'arto operato esteso; per evitare di

piegare l'anca oltre l'angolo retto è bene che il sedile sia molto retroposto e lo schienale inclinato in dietro.

Per uscire dall'auto usate, al contrario, le stesse precauzioni; i movimenti di rotazione del tronco sul sedile possono essere favoriti da un telo di plastica; le cinture vanno regolarmente allacciate perché una brusca frenata può spingere il tronco in avanti e lussare la protesi.

SESSO

Una normale attività può essere ripresa con cautela non appena vi sentirete pronti; all'inizio è da preferire la posizione supina e comunque va evitato l'accavallamento e la rotazione esterna dell'arto operato.

Dalla settima alla dodicesima settimana:

rispettate tutte le regole ed i consigli sopra esposti, ma con meno drasticità e sempre con maggiore libertà ed autonomia; cercate di fare qualcosa in più ogni settimana, se possibile camminate all'aperto; non stupitevi se all'inizio vi sentirete un po' rigidi, occorreranno alcuni mesi prima di sentirvi veramente bene; avvertite il vostro medico se aumenta il dolore all'anca, se la gamba si gonfia, se la ferita è infiammata o secerne, se avete difficoltà a respirare e se compare febbre.

Dovete continuare gli esercizi di riabilitazione.

Dopo otto settimane:

- rimuovete la calza elastica;
- rimuovete il bastone del lato operato.



Dopo tre mesi dall'intervento:

la ferita chirurgica è ormai completamente guarita e avete ripreso un buon tono muscolare;

riprendete gran parte delle comuni occupazioni con limiti per tutto quello che vi obbliga ad accavallare e ruotare all'esterno la gamba operata e che vi espone al rischio di cadute;

- abbandonate definitivamente il bastone

Non aumentate di peso, non sottoponete la protesi ad eccessive sollecitazioni, mantenete un buon tono muscolare, controllate e curate l'osteoporosi e avrete risultati buoni e duraturi.

La vostra anca danneggiata irreversibilmente dall'artrosi o da una frattura, grazie all'artroprotesi, è finalmente in grado di concedervi una vita normale.



ESERCIZI DI RIABILITAZIONE

Vanno iniziati prima dell'intervento e nei giorni che immediatamente seguono l'intervento; devono essere proseguiti dopo la dimissione per tutto il periodo della riabilitazione (a domicilio, ambulatorialmente o in regime di ricovero) con l'aiuto del fisioterapista che ne seguirà, almeno all'inizio, la corretta esecuzione.

Vanno eseguiti più volte nella giornata, con frequenza e durata stabilite dal programma terapeutico.

Favoriscono il recupero del tono e della forza muscolare, il ripristino del movimento articolare e della circolazione.

Alcuni vanno eseguiti a letto (in posizione supina, sul fianco del lato sano, prona), altri sulla sedia e in piedi; parte di essi sono stati schematizzati nei disegni delle pagine che seguono.

A letto in posizione supina:

- 1) contrarre i muscoli della coscia spingendo l'incavo delle ginocchia contro il letto e contare lentamente fino a 5, poi rilassarsi e ripetere;
- 2) contrarre i muscoli glutei e contare lentamente fino a 5, poi rilassarsi e ripetere;
- 3) anche e ginocchia flesse, sollevare il bacino dal piano del letto e contare lentamente fino a 5, poi rilassarsi e ripetere;
- 4) anche e ginocchia flesse, forzare la flessione dell'anca afferrando la coscia con le mani; raggiunta la massima flessione dell'anca flettere ed estendere il ginocchio; ripetere;
- 5) anche e ginocchia flesse, abduzione (aprire) contemporaneamente entrambe le cosce; contare fino a cinque al massimo dell'apertura; ripetere;
- 6) flettere ed estendere la tibio tarsica contando lentamente fino a cinque, quando si è raggiunto il massimo del movimento, ripetere (fig.1);
- 7) flettere l'anca e il ginocchio con il calcagno che scivola sul lenzuolo; al massimo della flessione contare fino a cinque, rilassarsi e ripetere (fig.2);
- 8) elevare dal piano del letto tutto l'arto operato con il ginocchio esteso, contare fino a cinque, rilassarsi e ripetere (fig.3);

- 9) abduire (aprire) l'arto operato e addurre (chiudere) non oltre la linea mediana con il piede appena sollevato dal letto; contare fino a cinque al massimo della abduzione, rilassarsi e ripetere (fig.4).

A letto in posizione laterale sul fianco sano con un cuscino tra le ginocchia:

- 1) abduire (aprire ed elevare) l'arto operato, mantenere la posizione contando lentamente fino a cinque, poi rilassarsi e ripetere (fig.5);
- 2) flettere ed estendere consecutivamente anca e ginocchio del lato operato con piede ad angolo retto.

A letto in posizione prona:

- 1) flettere il ginocchio, al massimo della flessione contare lentamente fino a cinque, rilassarsi e ripetere (fig.6);
- 2) estendere e sollevare indietro tutto l'arto operato con il ginocchio esteso, contare lentamente fino a cinque e ripetere (fig.7).

Sulla sedia:

- 1) portare alternativamente avanti una gamba e indietro l'altra sollevando appena i piedi da terra (fig.8);
- 2) estendere completamente la gamba con piede ad angolo retto, contare lentamente fino a cinque, rilassarsi e ripetere bilateralmente (fig.9);
- 3) portare il tronco □ ritmicamente avanti e dietro senza alzarsi (fig.10).

In piedi con le mani appoggiate al tavolo:

- 1) portare l'arto operato in abduzione (aprire di lato), contare lentamente fino a cinque, rilassarsi e ripetere;
- 2) portare l'arto operato in estensione (in dietro), contare fino a cinque, rilassarsi e ripetere.

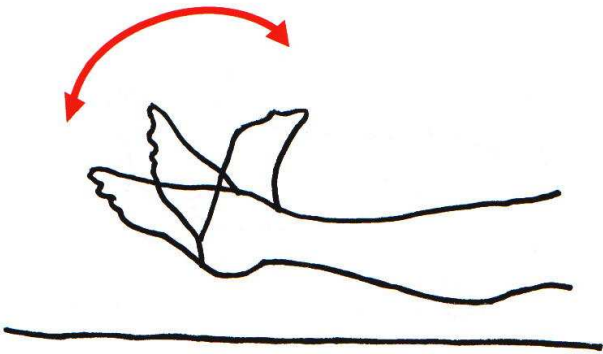


Fig. 1

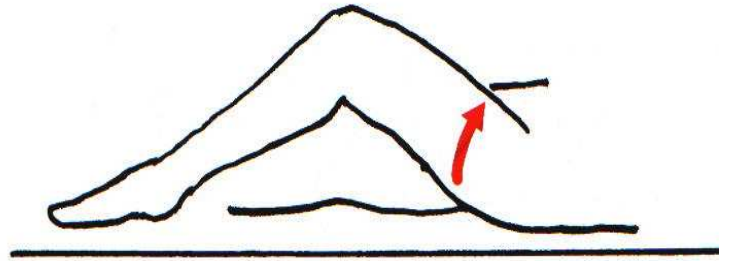


Fig. 2

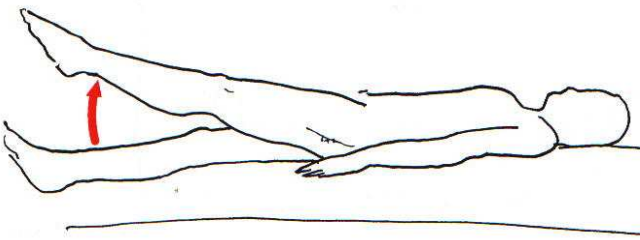


Fig. 3

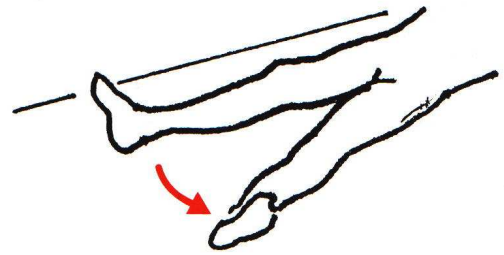


Fig. 4

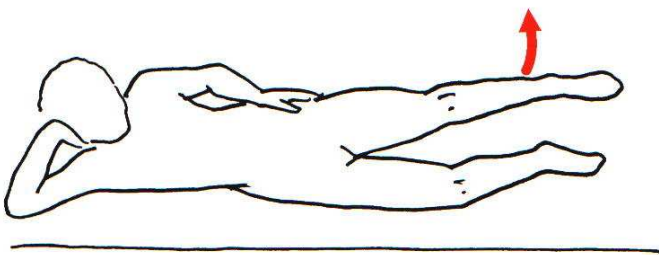


Fig. 5

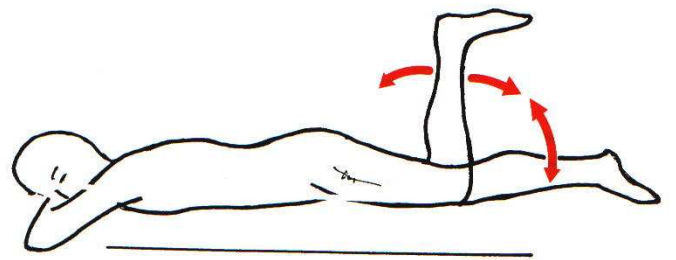


Fig. 6

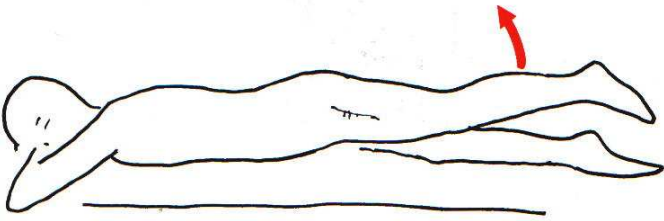


Fig.7

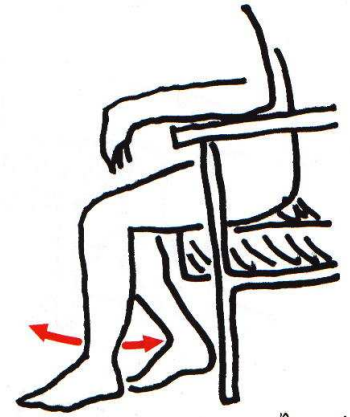


Fig. 8

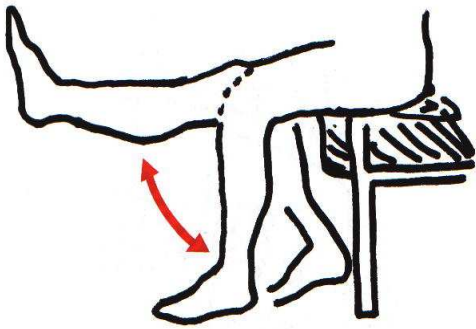


Fig.9

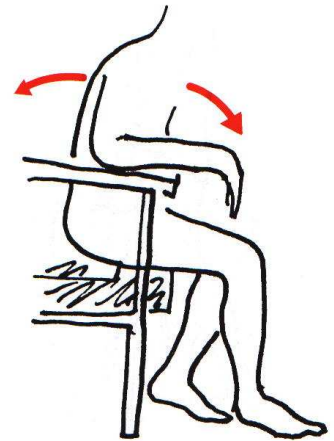
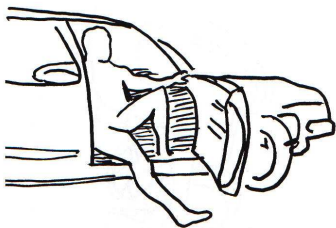
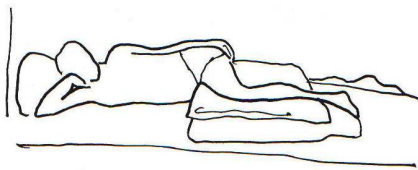
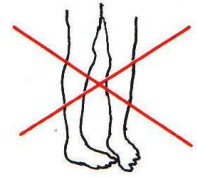
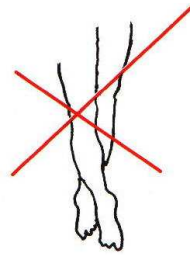


Fig.10

RICORDATI CHE:





Non fare mai superare alle ginocchia la linea verticale immaginaria che divide a metà il tuo corpo.



Non voltarti mai mantenendo i piedi fissi nella direzione di partenza.



Non piegarti al di sotto del livello della cintola.



Invece, siediti con tutti e due i piedi appoggiati sul terreno, con le ginocchia ad un palmo l'una dall'altra.



Invece, gira i piedi nella stessa direzione del corpo.



Invece, usa delle pinze con lunghi manici per raccogliere oggetti dal pavimento.

Nella posizione seduta la flessione dell'anca non deve superare l'angolo retto



CONTROLLI

La visita e le radiografie si effettueranno a scadenze stabilite dal vostro chirurgo; generalmente avvengono dopo otto settimane, sei mesi, un anno, due anni dall'intervento; successivamente a giudizio medico; è bene rivolgersi sempre allo stesso centro e ai medici dell'equipe dove siete stati operati che meglio di tutti conoscono voi e la vostra protesi.

E' vostro diritto conoscere il tipo di protesi che vi è stato impiantato con i riferimenti per la tracciabilità; il chirurgo che vi ha operato vi fornirà gli elementi e gli adesivi di riconoscimento che conserverete nello spazio qui sotto predisposto.

Annotate nella tabella i controlli che dovrete fare.

DATI IDENTIFICATIVI DELLA PROTESI

DATA DI IMPIANTO

TABELLA DEI CONTROLLI DA ESEGUIRE

giorno	mese	anno

TABELLA DEI CONTROLLI ESEGUITI

giorno	mese	anno

Studio Ortopedico dottor PECCHIA
via B.Sforza 227; tel. 0722328122
61029 URBINO (PU).