

## ***CHE COS'E' LA PROTESI D'ANCA?***

È una protesi costituita da uno **stelo femorale** e da una coppa impiantata nel bacino chiamata **cotile**.

Le due componenti vengono in contatto mediante la **testina** protesica, una sfera assemblata allo stelo femorale. All'interno della coppa viene posizionato un **inserto** che permette lo scorrimento tra la coppa e la testa della protesi riducendo al minimo l'attrito.



Esistono diversi accoppiamenti che riducono la frizione tra le componenti:

- ceramica-ceramica
- ceramica-polietilene con Vitamina E (il più utilizzato)
- Oxinium – polietilene con Vitamina E
- metallo-metallo (solo protesi di superficie)
- metallo-polietilene con Vitamina E

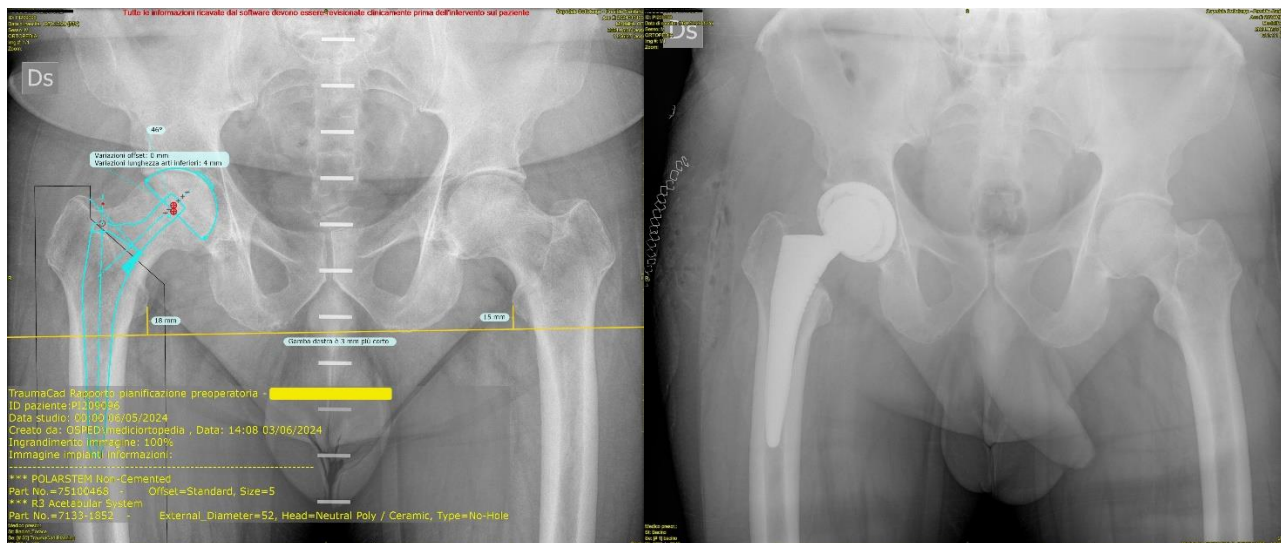
I materiali sopra citati sono prodotti di altissima qualità caratterizzati da un'altissima resistenza all'usura.

In casi selezionati, prevalentemente nel paziente giovane, è possibile utilizzare modelli con uno stelo femorale corto in modo da conservare una maggiore quantità di osso.



L'obiettivo della protesi d'anca è quello di migliorare la qualità della vita eliminando il dolore e ripristinando una funzione ormai compromessa. Con le tecniche chirurgiche e i materiali attuali il decorso postoperatorio, la fase di guarigione e il processo di riabilitazione postoperatoria risultano essere particolarmente rapidi.

Ogni intervento è preceduto da un'attenta pianificazione digitale preoperatoria basata sull'analisi delle radiografie di ogni paziente. Questo consente di eseguire un intervento completamente personalizzato al fine di riprodurre la geometria e la biomeccanica articolare specifica di ogni singolo caso trattato.



L'utilizzo di accessi chirurgici mininvasivi (posterolaterale e anteriore) consente il rispetto dell'anatomia e dei tessuti molli riducendo le perdite ematiche, il rischio di complicanze e i tempi di riabilitazione postoperatoria.

Questo avviene in particolare con l'utilizzo della via di accesso anteriore che consente di raggiungere l'articolazione senza sezionare alcun muscolo.

Durante l'intervento viene utilizzato uno strumentario dedicato che permette di operare agevolmente anche con una incisione molto limitata.

I **vantaggi** rappresentati da questa tecnica innovativa sono:

- minori perdite ematiche
- minor trauma sui tessuti muscolari
- incisione chirurgica limitata
- ridotto periodo di degenza
- riabilitazione precoce
- ripresa lavorativa precoce

Il paziente inizia a deambulare il giorno stesso dell'intervento o, al più tardi, la mattina seguente.

La **riabilitazione** con il fisioterapista è prevista già durante il ricovero nel reparto di degenza mediante mobilizzazione dell'arto operato prima al letto del paziente poi mediante la rieducazione alla deambulazione con ausili (girello e stampelle). Vengono spiegati i movimenti concessi ed i movimenti da evitare per i pazienti portatori di protesi d'anca e la tempistica del recupero completo del movimento articolare e della deambulazione.

Dopo circa 4-5 giorni in genere il paziente raggiunge un buon livello di autonomia e risulta in grado di salire e scendere le scale autonomamente.

Dopo la dimissione la fisioterapia può essere proseguita a domicilio o in regime di ricovero presso una struttura riabilitativa dedicata. Il ripristino del tono muscolare è infatti di fondamentale importanza per conseguire un buon risultato in termini di articolari e stabilità dell'anca operata.

## ***QUALI SONO I RISCHI COLLEGATI CON L'INTERVENTO DI PROTESI D'ANCA?***

L'intervento di protesi d'anca è un intervento collaudato con ottimi risultati per il paziente. Come per qualsiasi intervento chirurgico, essendo comunque un intervento di chirurgia maggiore, esiste il rischio seppur basso di possibili complicanze. Tra queste le più temute sono:

La **lussazione** della protesi d'anca consiste nella dislocazione della testa protesica al di fuori del cotile con comparsa di dolore e limitazione funzionale. Costituisce un rischio per il paziente soprattutto nei primi 3 mesi dopo l'intervento.

Per questo motivo è importante nei primi 60 giorni evitare movimenti eccessivi come flettere l'anca oltre 90° (utilizzare sedie troppo basse, non utilizzare i rialzi per i servizi igienici, incrociare le gambe). Il rischio si riduce dopo i primi mesi grazie ad un buon rinforzo della muscolatura e attuando specifici accorgimenti che vengono illustrati ai pazienti nei primi giorni postoperatori.

La **trombosi venosa profonda** rappresenta una complicanza temibile, seppur rara, poiché può causare un'embolia polmonare. Con gli attuali protocolli di prevenzione farmacologici (eparina a basso peso molecolare e farmaci inibitori della coagulazione) e con la mobilizzazione precoce associata ad una riabilitazione immediata si ottiene una drastica riduzione dell'incidenza di episodi sintomatici o di complicanze polmonari.

Le **infezioni** rappresentano una complicanza temibile ma fortunatamente rara (meno dell'1% dei casi). Alcuni pazienti, come quelli affetti da diabete mellito o immunodeficienza, hanno un rischio aumentato. L'attenta valutazione delle condizioni generali dei pazienti nella fase preoperatoria, l'utilizzo di materiale sterile e la profilassi antibiotica che viene somministrata durante l'intervento a tutti i pazienti controllano il rischio di infezioni riducendo al minimo l'incidenza di questa complicanza.