

IRCSS-ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI
Clinica Ortopedica II
Direttore: Prof. Stefano Zaffagnini

PROTESI D'ANCA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



IRCCS · ISTITUTO · ORTOPEDICO · RIZZOLI



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE BIOMEDICHE
E NEUROMOTORIE



INDICE

INTRODUZIONE	2
ANATOMIA E FISIOLOGIA DELL'ANCA	3
LE PATOLOGIE DEGENERATIVE DELL'ANCA	4
LA PROTESI D'ANCA	5
LE VIE D'ACCESSO ALL'ANCA	8
LA PIANIFICAZIONE PRE-OPERATORIA	12
L'INTERVENTO CHIRURGICO	14
COMPLICAZIONI E LORO PREVENZIONE	18
CONSIGLI	21
ESERCIZI DI RIABILITAZIONE	31
ATTIVITÀ FISICO-SPORTIVA	35
POSIZIONI SESSUALI	36



INTRODUZIONE

Questa brochure è pensata per aiutarti a capire meglio l'intervento di protesi d'anca, la degenza in ospedale e le indicazioni da seguire una volta a casa.

Il nostro obiettivo è fornirti informazioni chiare per affrontare al meglio il percorso di cura e seguire correttamente le indicazioni per il recupero.

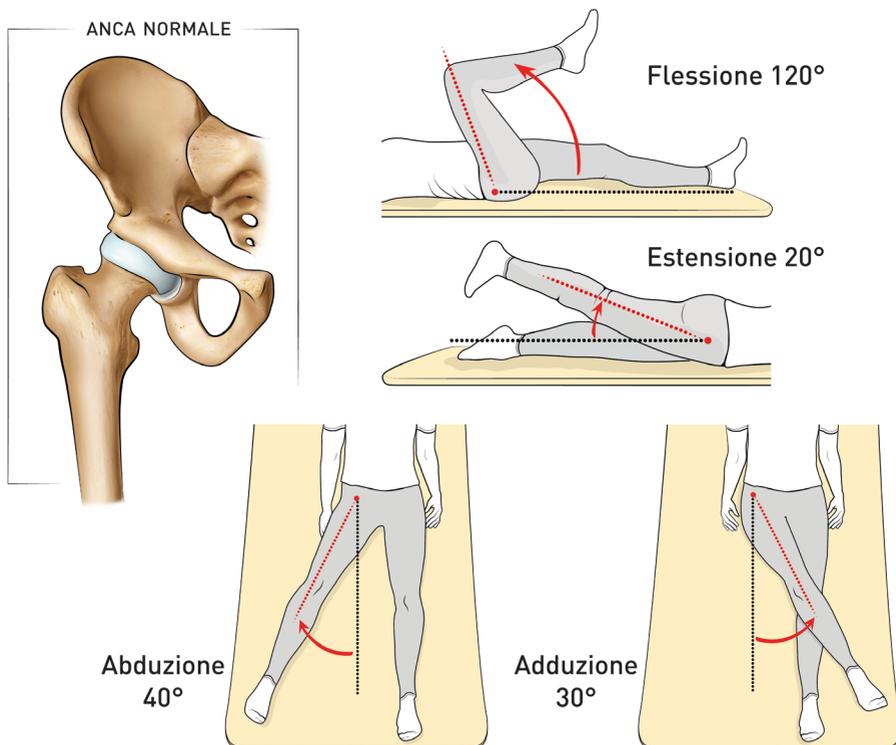
Può essere utile anche al tuo fisioterapista e al Medico di Medicina Generale dopo la dimissione.

ANATOMIA E FISILOGIA DELL'ANCA

L'anca, o articolazione coxofemorale, è una delle articolazioni più grandi e importanti del corpo umano. È formata dalla testa del femore, una struttura sferica dell'osso della coscia (il femore), e l'acetabolo, una cavità situata nel bacino. Entrambe le superfici articolari sono rivestite da cartilagine, che ne assicura la congruenza permettendo uno scorrimento agevole e non doloroso, senza blocchi meccanici.

Questa articolazione a sfera, chiamata enartrosi, consente una vasta gamma di movimenti: flessione, estensione, adduzione, abduzione, rotazione interna ed esterna.

Le superfici articolari sono rivestite da cartilagine, che garantisce movimenti fluidi e senza attrito. Muscoli, tendini e legamenti circostanti offrono stabilità e forza, permettendo all'anca di sopportare carichi significativi durante le attività quotidiane.



LE PATOLOGIE DEGENERATIVE DELL'ANCA

Diversi tipi di patologie possono alterare la normale biomeccanica dell'anca, danneggiando la cartilagine articolare e compromettendo il movimento. Questi disturbi portano progressivamente alla perdita di congruenza tra le superfici articolari, all'esposizione dell'osso subcondrale e allo sviluppo dell'artrosi, con sintomi come dolore, rigidità e difficoltà nei movimenti quotidiani.

Le principali patologie che possono richiedere una protesi d'anca includono:

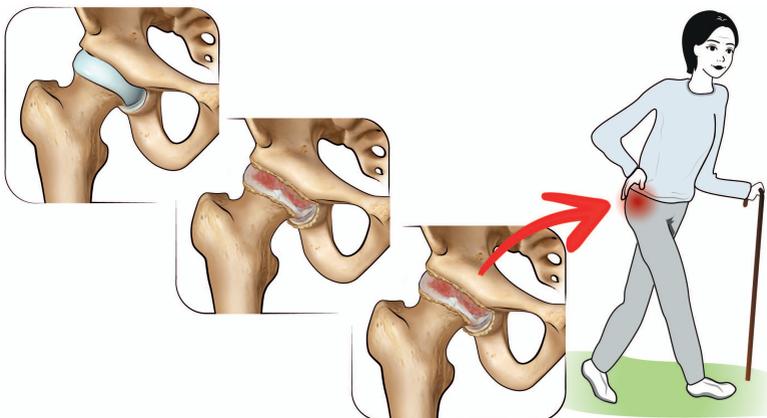
- **ARTROSI PRIMARIA (IDIOPATICA):** la forma più comune, che colpisce solitamente dopo i 50 anni, dovuta a una combinazione di fattori genetici, meccanici e ambientali.
- **ARTRITE REUMATOIDE:** una malattia autoimmune che causa infiammazione cronica con progressiva erosione della cartilagine articolare.
- **ARTROSI SECONDARIA:** causata da anomalie congenite o condizioni acquisite (come displasia dell'anca, morbo di Perthes, epifisiolisi), oppure artrosi secondaria post-traumatica (causata da pregressi traumi o fratture del femore o dell'acetabolo).
- **NECROSI AVASCOLARE DELLA TESTA DEL FEMORE:** dovuta a insufficiente apporto di sangue, può derivare da traumi, terapie cortisoniche, radioterapia o altre malattie sistemiche.

Le manifestazioni cliniche più comuni comprendono:

- **DOLORE:** solitamente avvertito in sede inguinale, laterale e glutea, può irradiarsi lungo la coscia fino al ginocchio.
- **LIMITAZIONE DEI MOVIMENTI:** in particolare nelle rotazioni e nella flessione.
- **ZOPPIA E DOLORE** nel caricare peso sull'arto affetto.

Questi sintomi spesso interferiscono con attività quotidiane come infilarsi calze e scarpe o tagliarsi le unghie dei piedi.

Quando il dolore e la limitazione funzionale non sono più controllabili con terapie conservative (farmaci antidolorifici e/o antinfiammatori, infiltrazioni locali di farmaci anestetici e/o antinfiammatori, terapie fisiche, ecc...), l'intervento di sostituzione protesica rappresenta una soluzione efficace per alleviare i sintomi e ripristinare la funzionalità articolare.



LA PROTESI D'ANCA

La protesi d'anca è un intervento chirurgico sempre più diffuso, grazie al progressivo aumento dell'aspettativa di vita e al miglioramento delle tecniche chirurgiche e dei materiali impiantati. Questo intervento viene raccomandato nei casi in cui l'articolazione coxofemorale sia gravemente danneggiata o consumata, con dolore persistente e limitazioni funzionali che non rispondono più a terapie conservative come farmaci o infiltrazioni.

I candidati all'intervento sono generalmente persone con dolore intenso, rigidità e difficoltà nello svolgere attività quotidiane come camminare, salire le scale o sedersi.

In alcuni casi, l'intervento è indicato anche per fratture del femore o del bacino che non hanno possibilità di guarigione adeguata. Lo scopo della protesi è eliminare il dolore e ripristinare

una mobilità il più possibile vicina alla normalità, sostituendo le componenti articolari danneggiate con impianti artificiali.

Esistono diversi tipi di protesi d'anca:

- **PROTESI TOTALE:** sostituisce sia l'acetabolo che la testa del femore, è indicata in caso di gravi danni articolari.
- **PROTESI PARZIALE:** sostituisce solo la testa del femore, viene spesso utilizzata in pazienti anziani con fratture del femore.
- **PROTESI DA REVISIONE:** utilizzata in caso di fallimento o usura di una precedente protesi, richiede tecniche chirurgiche avanzate. Questi impianti più grandi sono progettati per compensare perdite significative di tessuto osseo sia a livello del femore sia dell'acetabolo. Sebbene la mobilità garantita da questi impianti possa essere inferiore rispetto a una protesi primaria, resta sufficiente per svolgere in autonomia le attività quotidiane.

LA PROTESI TOTALE è costituita da:

- **COMPONENTE FEMORALE:** uno stelo inserito nel canale del femore (l'osso lungo della coscia), solitamente rivestito da idrossiapatite, un materiale che rende più facile il processo di integrazione tra l'osso e la protesi (osteointegrazione). In caso di osso osteoporotico o gravemente deformato, si può utilizzare uno stelo che viene cementato con cemento acrilico a presa rapida per garantire maggiore stabilità.
- **COMPONENTE ACETABOLARE O COTILOIDEA:** una coppa fissata nella cavità acetabolare del bacino, caratterizzata da una superficie porosa per migliorare la stabilità e l'osteointegrazione. Se la qualità dell'osso è scarsa, può essere stabilizzata con 1-3 viti. In presenza di perdite ossee gravi, si possono utilizzare componenti "custom made" realizzate su misura con stampanti 3D basandosi sulla TAC del paziente.
- **INSERTO E TESTINA:** l'inserto va a rivestire la componente acetabolare e la testina viene posizionata in cima allo stelo

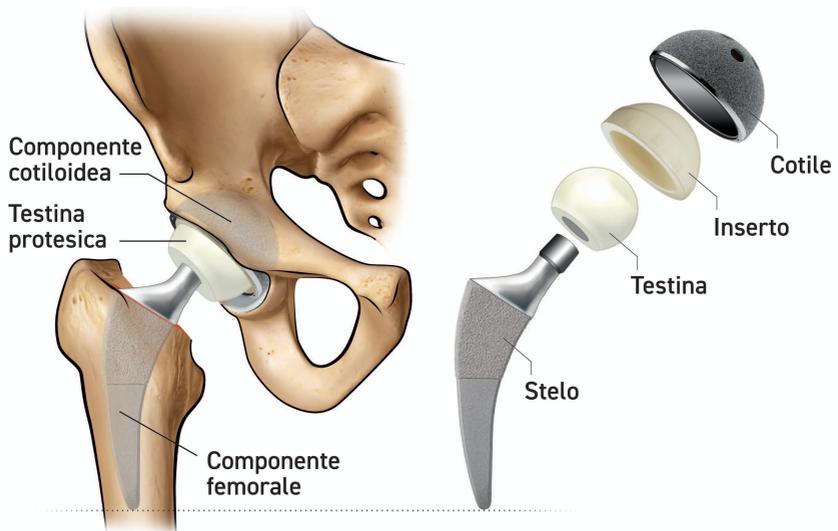
femorale. Sono proprio queste le superfici che, scorrendo una sull'altra, permetteranno la ripresa del movimento dell'articolazione. In situazioni complesse come in pazienti che hanno subito interventi di stabilizzazione vertebrale si possono utilizzare anche componenti 'a doppia mobilità' ovvero componenti che garantiscono un accoppiamento più aderente tra testina ed inserto riducendo il rischio di lussazione.

I MATERIALI che vengono utilizzati sono:

■ **METALLI:** la componente acetabolare e quella femorale sono in lega di titanio, materiale amagnetico che garantisce un'ottima osteointegrazione nell'osso. Le testine raramente possono essere in cromocobalto, così da permettere l'impianto della protesi anche in pazienti di giovane età (<40 anni).

■ **POLIMERI:** il polietilene ad alta densità e arricchito con vitamina E è usato per il rivestimento dell'acetabolo, offrendo una superficie di scorrimento a basso attrito.

■ **CERAMICHE:** materiali ceramici come l'allumina sono apprezzati per la loro durezza e resistenza all'usura e possono essere utilizzati per inserto e testina.



La durata effettiva, però, dipende da diversi fattori, tra cui:

- Il livello di attività fisica del paziente
- Il peso corporeo
- La qualità della riabilitazione svolta

I registri impiantologici ci dicono che oggi la durata media di un impianto è di circa 20 anni, ma con i materiali di ultima generazione, sopra descritti, può arrivare fino a 25-30 anni.

Attualmente la maggior parte delle protesi di anca utilizzate sono di tipo non cementato. Vengono utilizzate componenti cementate (solitamente lo stelo) in caso di osteoporosi (pazienti molto anziani, sopra 80 anni), in caso di revisione o di protesi su frattura. Il cemento utilizzato è a base di polimetilmetacrilato.



• Grazie alle tecniche mini-invasive e ai materiali innovativi,
• la protesi d'anca ha una durata media superiore ai 20 anni.

LE VIE D'ACCESSO ALL'ANCA

• Per ogni intervento di protesi d'anca, il chirurgo sceglie la via d'accesso più adatta in base alle caratteristiche del paziente, come anatomia, età e fisionomia.

Questo approccio personalizzato mira a rispettare il più possibile i tessuti circostanti l'articolazione, garantendo una ripresa

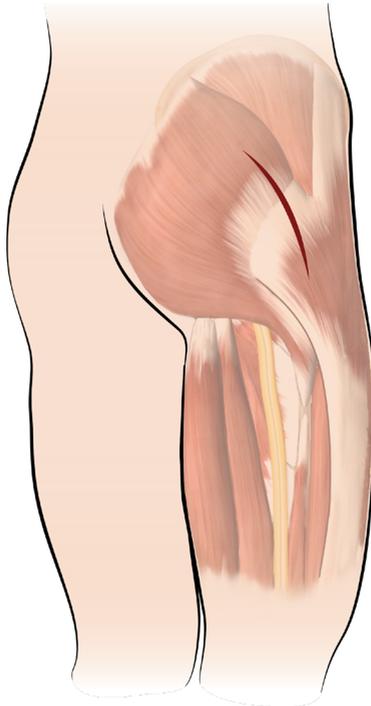
più rapida e una riduzione delle complicanze. È stato dimostrato scientificamente che, se ben eseguiti, tutti gli accessi chirurgici all'anca garantiscono nel lungo termine i medesimi risultati. Ciò che varia maggiormente è il primo periodo riabilitativo post-operatorio.

Tutte le tecniche utilizzate sono **mini-invasive**, il che significa che permettono di ridurre al minimo il trauma chirurgico, con una perdita di sangue limitata e una riabilitazione più veloce.

LE PRINCIPALI VIE D'ACCESSO UTILIZZATE SONO:

ACCESSO POSTERO-LATERALE:

- Offre un'ampia visione dell'articolazione, particolarmente utile nei casi complessi, come in presenza di gravi deformità o alterazioni congenite dell'anca.
- La muscolatura glutea, fondamentale per il movimento, non viene toccata, favorendo così una riabilitazione più rapida.



ACCESSO LATERALE:

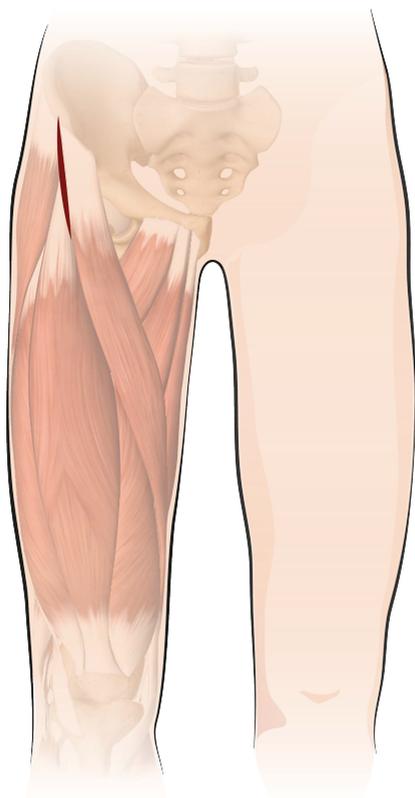
- Permette di raggiungere l'articolazione con un rischio ridotto di complicanze come sanguinamento, lussazione o posizionamento scorretto delle componenti protesiche.
- Prevede la parziale disinserzione di due muscoli (piccolo e medio gluteo), che vengono accuratamente reinseriti al termine dell'intervento.

Può essere eseguito anche con la variante antero-laterale mini-invasiva (ridotto accesso chirurgico 10-12 cm circa, favorendo così una riabilitazione più rapida).



ACCESSO ANTERIORE:

- Questa tecnica utilizza uno spazio naturale tra due muscoli (il tensore della fascia lata e il sartorio), evitando di disinserire qualsiasi muscolo.
- Questo approccio è particolarmente vantaggioso per una ripresa rapida e per ridurre il dolore post-operatorio, ma permette una visione meno completa dell'articolazione con spazi chirurgici ristretti, inadatti a pazienti con gravi deformità.



Grazie a queste diverse tecniche, il chirurgo può personalizzare l'intervento, ridurre i rischi e favorire un recupero precoce, garantendo risultati sicuri e duraturi.

LA PIANIFICAZIONE PRE-OPERATORIA

La pianificazione pre-operatoria è una fase essenziale per garantire la sicurezza e il successo dell'intervento di protesi d'anca. Durante questa fase, il medico ortopedico effettua una valutazione approfondita delle tue condizioni cliniche e utilizza strumenti diagnostici avanzati per pianificare ogni dettaglio dell'intervento.

ESAMI RADIOGRAFICI

Sono fondamentali per confermare l'indicazione all'intervento di sostituzione protesica dell'anca e per pianificarlo al meglio.

Verrai sottoposto a diverse radiografie: una **radiografia del bacino sotto carico**, una **radiografia del bacino in proiezione antero-posteriore** e una **radiografia dell'anca interessata in proiezione ascellare**.

Questi esami permettono di valutare il danno all'articolazione e confermare la necessità di un intervento chirurgico.

In casi particolari, come displasie congenite, precedenti interventi chirurgici o gravi deformazioni dell'anca, potrebbe essere necessaria una tomografia computerizzata (TC) del bacino.

Nei casi in cui sia indicato un impianto custom made, quindi fatto su misura, si utilizza un protocollo TC pre-operatorio che consente di ottenere immagini dettagliate dell'anatomia e pianificare con precisione la costruzione delle componenti protesiche.

PIANIFICAZIONE PROTESICA AVANZATA

Durante gli esami radiografici, si utilizza un piccolo dispositivo chiamato repere, una testina radiopaca di misura standard, visibile nelle immagini.

Questo dispositivo consente di:

- Mettere in scala correttamente le immagini radiografiche, ottenendo misure precise e personalizzate delle componenti ossee.
- Pianificare al millimetro il posizionamento personalizzato delle componenti protesiche.

Attraverso un software avanzato, il chirurgo utilizza queste informazioni per determinare:

- Quanto osso deve essere rimosso.
- Come posizionare le componenti protesiche per ripristinare al meglio l'anatomia originale dell'anca.
- L'orientamento e le dimensioni delle componenti, ottimizzando la loro durata e funzionalità.

PRE-RICOVERO

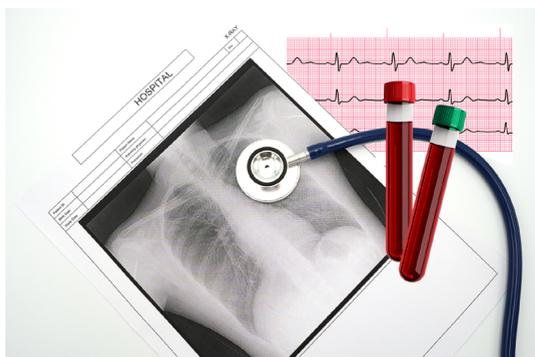
Una volta confermata l'indicazione all'intervento chirurgico e pianificato nel dettaglio dall'ortopedico, sarà fondamentale una valutazione sistemica e globale dello stato di salute per condurre l'intervento in sicurezza. Per cui sarai sottoposto a:

- Esami del sangue.
- Radiografie del torace.
- Elettrocardiogramma (ECG).

Gli esami saranno valutati dal medico anestesista, che sarà presente in sala operatoria durante l'intervento chirurgico e che valuterà se ti trovi nello stato di salute adatto a svolgere l'intervento oppure

richiederà ulteriori accertamenti specialistici (es. cardiologo o ematologo) per poterti preparare al meglio all'intervento.

Questa attenta preparazione diagnostica e chirurgica consente di eseguire un intervento sicuro e personalizzato, garantendo il miglior risultato possibile per ogni paziente.



L'INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico di protesi d'anca è un procedimento ben strutturato, che prevede diverse fasi per garantire sicurezza e un recupero ottimale. La durata complessiva del ricovero è generalmente di 3-7 giorni, ma può variare a seconda delle condizioni del paziente. La durata della procedura chirurgica è di circa 1-2 ore, a cui va associato il tempo di preparazione anestesiológica.

ANESTESIA

Verrà utilizzata un'anestesia spinale (loco-regionale) per anestetizzare entrambi gli arti inferiori e assicurare il rilassamento della muscolatura. In alcuni casi, si può aggiungere un blocco nervoso selettivo, eseguito sotto guida ecografica, che permette di raggiungere i nervi maggiormente implicati nella trasmissione del dolore con un anestetico locale, riducendo così il dolore post-operatorio.

Può essere applicata una sedazione, che va da blanda a profonda, per garantire il massimo comfort durante l'intervento.

In situazioni specifiche, dopo l'intervento chirurgico l'anestesista può posizionare, utilizzando l'ecografo, un catetere perinervoso che rilascia anestetico localmente, riducendo la necessità di antidolorifici sistemici.

Prima di iniziare l'intervento chirurgico, sarai sottoposto a un'infusione di antibiotico sistemico. Questa profilassi preoperatoria permette di minimizzare il rischio di infezioni. L'antibiotico utilizzato viene scelto seguendo linee guida regionali, basate sui microorganismi più comuni. Se presenti allergie agli antibiotici, sarà possibile comunque sottoporsi alla profilassi con un antibiotico di seconda linea, altrettanto efficace ma sicuro per te.

L'INTERVENTO CHIRURGICO

La procedura dura circa 60-120 minuti. Durante l'intervento, il chirurgo sostituisce le parti danneggiate dell'articolazione con componenti protesiche utilizzando tecniche mini-invasive e

un'incisione chirurgica di circa 10-15 cm.

Queste tecniche rispettano i tessuti circostanti, riducendo il sanguinamento e le dimensioni della cicatrice, e migliorano il recupero post-operatorio.

In alcuni casi, può essere posizionato un drenaggio chirurgico per monitorare il sanguinamento post-operatorio e ridurre il rischio di ematomi.

Il drenaggio è un piccolo tubicino di materiale morbido che fuoriesce dai pressi della cicatrice rimanendo collegato a un sacchetto che raccoglie il materiale siero-ematico prodotto durante l'intervento. Quando possibile, però, si evita il posizionamento del drenaggio per favorire una riabilitazione più veloce e ridurre il rischio di infezioni, in quanto il drenaggio costituisce un'importante tramite tra l'interno del corpo e l'esterno.

Per minimizzare il sanguinamento intra e post-operatorio, vengono utilizzati farmaci antiemorragici come l'acido tranexamico e tecniche come la LIA (infiltrazione locale di anestetico, vaso-costrittore e anti-emorragico). Inoltre possono essere somministrati boli di cortisone endovena per ridurre l'infiammazione e il dolore post-operatorio.

DEGENZA POST-OPERATORIA E RIABILITAZIONE

Dopo l'intervento, sarai trasferito in reparto. In alcuni casi, potresti sostare per qualche ora in Recovery Room o, raramente, in Terapia Intensiva Post-Operatoria per monitorare i parametri vitali.

La riabilitazione inizia già dalla prima giornata post-operatoria, dopo aver rimosso il drenaggio, se posizionato. Durante tutta la degenza, verrai sottoposto a terapia antitromboembolica e antidolorifica.

- La terapia antitromboembolica riduce il rischio di formazione di trombi legati all'immobilizzazione post-operatoria.
- La terapia analgesica sarà modulata in base alle tue esigenze e ti permetterà di svolgere la fisioterapia fin da subito.

Gli esercizi proposti dal fisioterapista saranno mirati alla tecnica chirurgica utilizzata e all'andamento dell'intervento, e saranno tutti volti al ripristino della deambulazione nel più breve tempo possibile senza però rischiare di danneggiare l'impianto protesico.

Gli esercizi includono:

- Contrazioni isometriche del muscolo quadricipite.
- Mobilizzazione attiva e passiva dell'articolazione della caviglia.
- Progressiva mobilizzazione dell'arto operato, prima da sdraiati e poi da seduti.
- Deambulazione assistita con stampelle o deambulatore, seguita da esercizi per imparare a salire e scendere le scale.

Una volta raggiunto un buon livello di autonomia, potrai essere dimesso e proseguire la riabilitazione presso il tuo domicilio o in una struttura riabilitativa convenzionata.

DIMISSIONE E RIENTRO A CASA

Alla dimissione, ti verrà consegnata una lettera con:

- **LE INDICAZIONI PER LA MEDICAZIONE E LA RIMOZIONE DEI PUNTI** di sutura, solitamente 18-21 giorni dopo l'intervento. I punti potranno essere rimossi dal medico di famiglia oppure, in accordo con il chirurgo, durante la prima visita di controllo post-operatoria.
- **LA PROFILASSI ANTITROMBOTICA** da seguire a domicilio, fondamentale fino a quando non sarai in grado di camminare senza stampelle.

Durante il viaggio di ritorno, potrai viaggiare in auto sul sedile anteriore, in treno con l'assistenza per la salita e discesa, o in aereo (richiedendo in anticipo il servizio di sedia a rotelle per gli spostamenti dentro l'aeroporto).

CONTROLLI POST-OPERATORI

I controlli ortopedici verranno programmati in accordo con il chirurgo e generalmente si svolgeranno a:

- **1 MESE DALL'INTERVENTO.**
- **3 MESI DALL'INTERVENTO.**
- **6 MESI DALL'INTERVENTO.**
- **1 ANNO DALL'INTERVENTO.**

Successivamente, sarebbe indicato eseguire controlli a 2,5,10 anni dall'impianto protesico. Durante ogni controllo verranno effettuate:

- **RADIOGRAFIE:** per valutare il posizionamento della protesi e l'osteointegrazione.
- **VALUTAZIONI CLINICHE:** per monitorare la ripresa delle attività quotidiane e sportive.



Questi appuntamenti sono essenziali per garantire il corretto funzionamento della protesi e per individuare tempestivamente eventuali problematiche, assicurando la massima durata dell'impianto.

COMPLICAZIONI E LORO PREVENZIONE

Le complicazioni si distinguono in **precoci** e **tardive**, le precoci si manifestano entro i 30 giorni dall'intervento, le tardive oltre i 30 giorni. Conoscerle ti aiuta a riconoscerle e a rivolgerti al tuo chirurgo così da poterle trattare tempestivamente al meglio.

Queste complicanze possono verificarsi entro i primi 30 giorni dall'intervento:

■ SANGUINAMENTO O ANEMIA POST-OPERATORIA

Alcuni pazienti possono sviluppare anemia dovuta al sanguinamento. In casi di emoglobina molto bassa, potrebbe essere necessaria una trasfusione di sangue.

Grazie all'uso di tecniche mini-invasive e farmaci antiemorragici, il tasso di trasfusioni nei pazienti con buoni livelli di emoglobina pre-operatoria è molto basso (circa il 5%).

■ TROMBOSI VENOSA PROFONDA (TVP) O EMBOLIA POLMONARE

Per prevenire la formazione di coaguli di sangue, vengono somministrati farmaci anticoagulanti. In alcuni casi, si consiglia anche l'utilizzo di calze elastiche compressive.

La mobilizzazione precoce è fondamentale per ridurre il rischio di queste complicanze.

■ LUSSAZIONI DELLA PROTESI

Le lussazioni sono più frequenti nell'immediato post-operatorio, quando la capsula articolare non si è ancora cicatrizzata e i muscoli sono indeboliti dall'intervento.

Si manifestano con dolore acuto e impossibilità di muovere l'arto. Il trattamento prevede una riduzione della lussazione sotto anestesia o sedazione.

Per prevenirle, è importante seguire le indicazioni del chirurgo e del fisioterapista sui movimenti da evitare e su come spostarsi in sicurezza.

■ INFEZIONI PRECOCI

I sintomi includono dolore, calore, arrossamento della ferita e febbre.

Abbiamo diverse strategie per prevenirle:

- somministrazione di antibiotici prima e dopo l'intervento.
- utilizzo di tecniche chirurgiche sterili e medicazioni avanzate.

È fondamentale mantenere l'igiene attorno al sito chirurgico e cambiare le medicazioni ogni 3-4 giorni utilizzando garze sterili e disinfettante e cerotti sterili premedicati.

Attenzione a non confondere la tipica iperpiressia (febbre attorno ai 37.5°) da riassorbimento dell'ematoma chirurgico da una possibile febbre da infezione. Anche gli esami ematici dopo un intervento di chirurgia protesica possono presentare delle alterazioni che non indicano una infezione ma il normale processo infiammatorio che segue l'intervento.

Per ridurre il rischio di infezioni precoci è fondamentale cercare di non fumare, il fumo di sigaretta rallenta la guarigione delle ferite e favorisce la vasocostrizione, creando un ambiente più suscettibile alle infezioni.

Anche non bagnare la ferita chirurgica prima di aver rimosso i punti di sutura aiuta a ridurre le infezioni precoci, infatti una ferita bagnata impiegherà molto più tempo a guarire rischiando di creare aree di deiscenza sulle quali avranno terreno fertile le infezioni.

COMPLICAZIONI TARDIVE

Queste possono verificarsi anche a distanza di mesi o anni dall'intervento.

Lussazioni tardive

Possono verificarsi in seguito a traumi, cadute o movimenti inappropriati.

Il rischio è maggiore se i muscoli intorno all'articolazione rimangono deboli o in pazienti con patologie che compromettono

la stabilità articolare.

È importante mantenere uno stile di vita attivo per rafforzare i muscoli e prevenire movimenti estremi dell'anca.

Infezioni tardive

Anche dopo molti anni, batteri presenti nell'organismo possono localizzarsi sulla protesi, causando infezioni.

È essenziale avvisare il medico prima di trattamenti odontoiatrici o esami invasivi per valutare la necessità di una terapia antibiotica preventiva.

Usura o rottura delle componenti protesiche

Nel tempo, le componenti della protesi possono subire usura o fratture, richiedendo una revisione o una sostituzione.

La durata media di una protesi d'anca è di circa 20 anni, ma può variare in base al livello di attività del paziente, al peso corporeo e alla qualità dei materiali utilizzati.

PREVENZIONE DELLE COMPLICAZIONI

■ CONTROLLI REGOLARI

Effettuare visite di controllo per monitorare lo stato della protesi e la guarigione.

■ PROFILASSI ANTITROMBOTICA

Seguire le indicazioni sul trattamento con farmaci anticoagulanti fino alla completa ripresa della deambulazione senza stampelle.

■ ATTENZIONE AI SEGNALI DI INFEZIONE

Dolore, febbre, calore o arrossamento devono essere segnalati tempestivamente al medico.

■ PRECAUZIONI NEI MOVIMENTI

Evitare movimenti a rischio di lussazione, soprattutto nei primi mesi dopo l'intervento, e mantenere uno stile di vita attivo per proteggere la stabilità articolare.

CONSIGLI

Al momento del ricovero, porta con te tutta la documentazione sanitaria (inclusi CD delle radiografie), abiti comodi e scarpe chiuse con strappo, così da poterle indossare facilmente. Durante la degenza utilizzerai le stampelle: portarle con te, se già disponibili, è utile.

È consigliabile avvisare il medico di famiglia circa l'intervento e organizzare in anticipo la fisioterapia, sia a domicilio sia in una struttura riabilitativa.

Di seguito alcuni consigli utili durante la degenza e il rientro al domicilio.

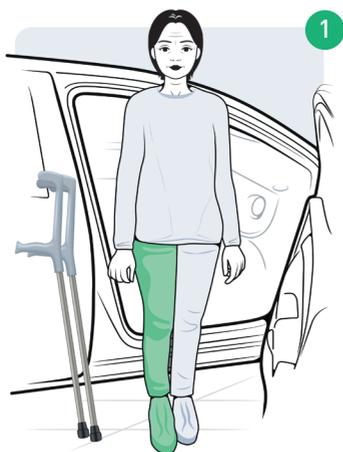
■ PER RIENTRARE AL DOMICILIO È VIETATO GUIDARE:

l'articolo 169 del codice della strada infatti riporta "trasporto di persone, animali e oggetti sui veicoli a motore" comma 1: in tutti i veicoli il conducente deve avere la più ampia libertà di movimento per effettuare le manovre necessarie per la guida... prevede la sanzione amministrativa di Euro 74.00 e la detrazione di un punto sulla patente. Inoltre le assicurazioni non coprono danni in caso di sinistro.



■ COME ENTRARE IN AUTOMOBILE

Spostare indietro e reclinare leggermente il sedile del passeggero, posizionare sul sedile uno o più cuscini in base all'altezza dell'auto per ottenere una posizione comoda e ad anca flessa di meno di 90°.



Posizionarsi di spalle a portiera aperta al lato passeggero.



Sedere sul bordo esterno del sedile e ruotare il bacino portando verso il centro del sedile.



Portare prima la gamba sinistra e poi la destra dentro l'abitacolo.



Sedersi appoggiandosi allo schienale allungando le gambe.

■ COME USCIRE DALL'AUTOMOBILE



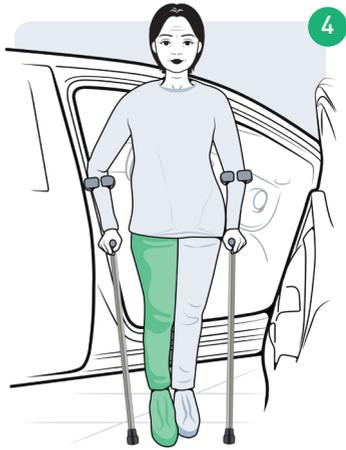
Portare all'esterno l'arto inferiore destro.



Ruotare il bacino e trasferire all'esterno anche il sinistro.



Spostarsi col bacino all'estremità del sedile e allungare in avanti l'arto operato.

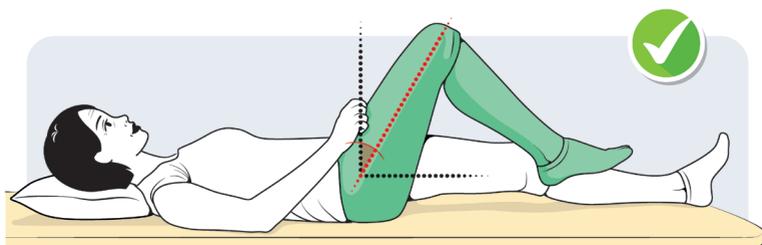
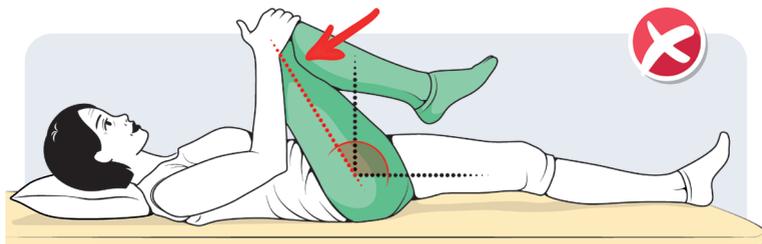


Facendo forza sull'arto sano e appoggiandosi alle stampelle sollevarsi.

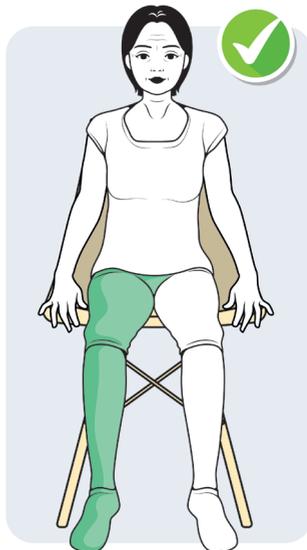
Per rientrare al domicilio è possibile avvalersi di tutti i mezzi di trasporto, utilizzando però l'assistenza per evitare di rimanere troppo tempo in piedi o dover svolgere grandi spostamenti. L'assistenza aerea è fondamentale perché i gradini sono troppo alti per farli in autonomia anche con l'uso degli antibrachiali.

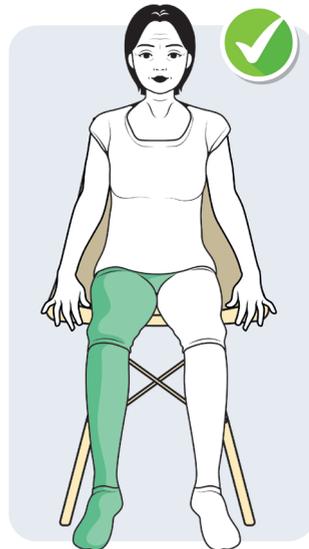
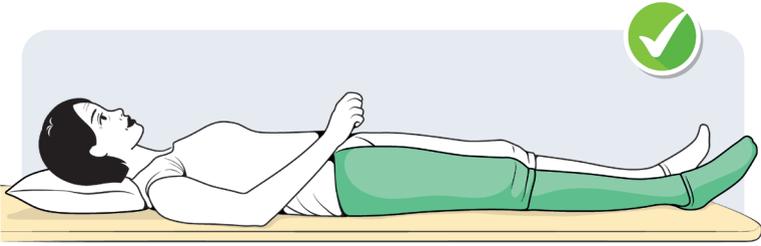
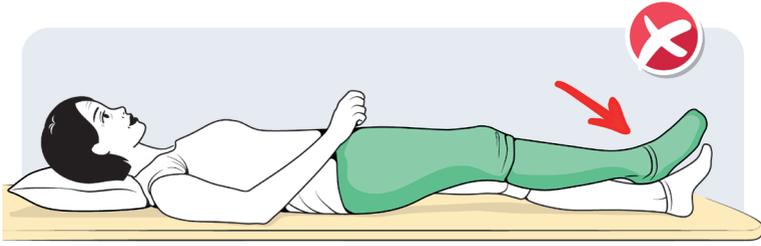
MOVIMENTI DA EVITARE NEL POST-OPERATORIO

La **flessione di coscia** oltre i **90°**, è **da evitare sempre**, sia da stesi sia da seduti.



L'**adduzione delle gambe** è **da evitare** sia da stesi sia da seduti.





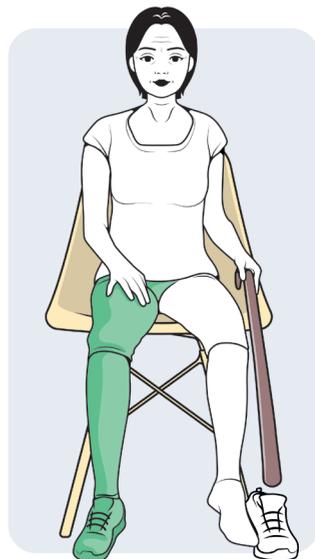
Per vestirsi è utile utilizzare un **calza-scarpe** dotato di lunga asta e un **calzaczalze** che consente di indossare le calze in autonomia. E' sempre fondamentale non flettere l'anca oltre i 90° infilando il capo d'abbigliamento prima dell'arto operato e poi in quello sano e sfilarlo prima dall'arto sano e poi da quello operato, avvalendosi dell'aiuto del caregiver.

E' fondamentale utilizzare **scarpe chiuse con strappo** anche al domicilio, non vanno indossate calzature con suola scivolosa o con tacchi alti. E' utile dotarsi di una borsina porta oggetti o di un marsupio così da avere le mani libere per utilizzare le stampelle, ma avere a portata



di mano tutti gli oggetti utili alla vita quotidiana. Va evitata la posizione seduta per lungo tempo, per evitare la formazione di edemi degli arti inferiori, è meglio assumere la posizione stesa.

Per il bagno è fondamentale munirsi di un **alzawater**, eventualmente anche con maniglie, per evitare la flessione dell'anca oltre i 90°.



Per lavarsi si può utilizzare una **bacinella ed una spugna**, oppure lavarsi sotto la **doccia**, ma sempre con l'aiuto di un familiare e avendo protetto la cicatrice chirurgica con appositi cerotti idrorepellenti, riducendo il più possibile il tempo del bagno.



E' possibile utilizzare la **vasca solo se provvisti di ausili idonei**.

Per l'igiene intima si consiglia di praticarla utilizzando una spugna o un idrogetto rimanendo seduti sopra l'alzawater.



In casa è sconsigliato utilizzare tappeti e cere per lucidare i pavimenti perché facilitano le cadute.

Vanno evitate le **facende domestiche e le attività più pesanti** fino al primo controllo ambulatoriale.

E' possibile **cucinare** ricordando di utilizzare le stampelle anche per brevi spostamenti e mantenere, quando fermi, il peso sull'arto sano.

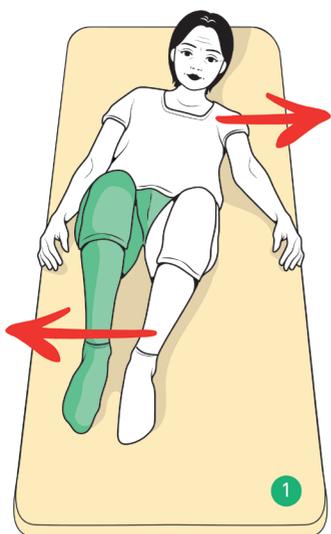


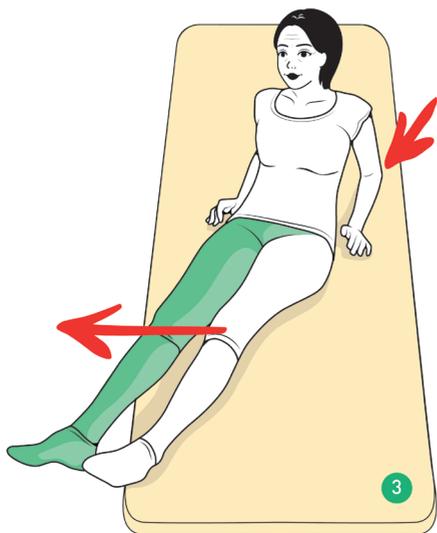
Per raccogliere oggetti caduti dal pavimento la soluzione più sicura è utilizzare ausili (tipo pinza) oppure, se proprio necessario ci si può chinare in avanti flettendo l'arto sano ed estendendo quello operato, appoggiare la mano dal lato sano su qualcosa di molto stabile (come un mobile) mantenere l'arto operato in estensione e raccogliere l'oggetto.



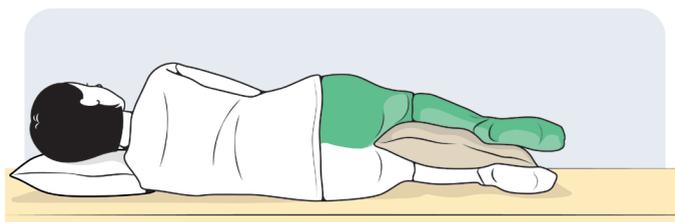
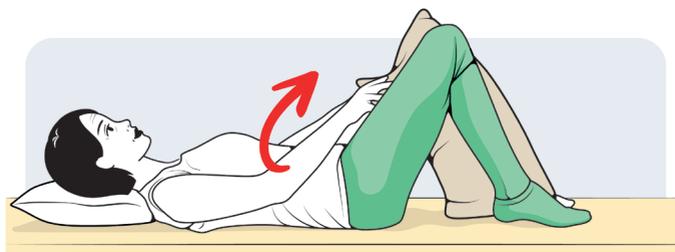
CAMBI DI POSIZIONE

Per sposarsi da supino steso a letto a seduto fuori dal letto: flettere entrambe le ginocchia mantenendo i piedi in appoggio, portarsi sul bordo del letto dal lato dell'arto operato spostando le spalle dal lato opposto. Mettere fuori dal letto prima l'arto operato poi quello sano. Sollevare il tronco appoggiandosi prima sui gomiti poi sulle mani.

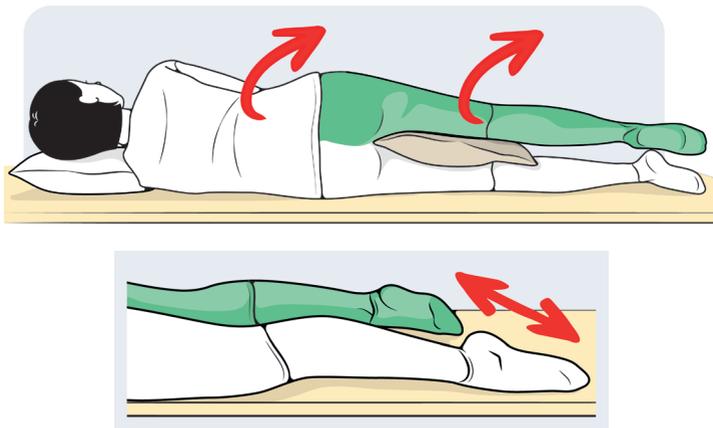




Per spostarsi da supino a sul fianco (solo sul lato sano, mai sul fianco dal lato operato): flettere entrambe le ginocchia mantenendo i piedi in appoggio. Mettere un cuscino tra le gambe, ruotare sul lato sano aiutandosi con il braccio dal lato operato (aggrappandosi alla sponda del letto o al materasso).



Per spostarsi da posizione sul fianco a posizione prona è utile mantenere un cuscino tra le gambe, tenere le ginocchia estese e girare gambe e tronco contemporaneamente. Nella posizione prona mantenere gli arti inferiori leggermente divaricati, non ruotarli all'esterno e mantenere in appoggio il dorso del piede.



Come alzarsi dalla posizione seduta: dalla posizione seduta tenere la gamba operata lievemente estesa e fare forza sulla mano e sulla gamba dal lato sano alzandosi.

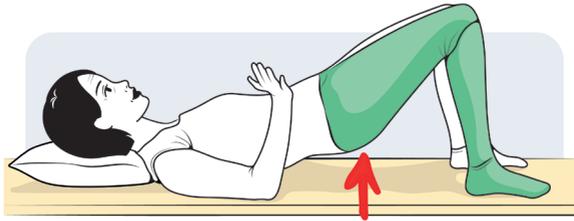
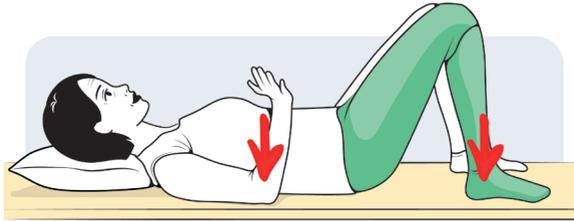


ESERCIZI DI RIABILITAZIONE

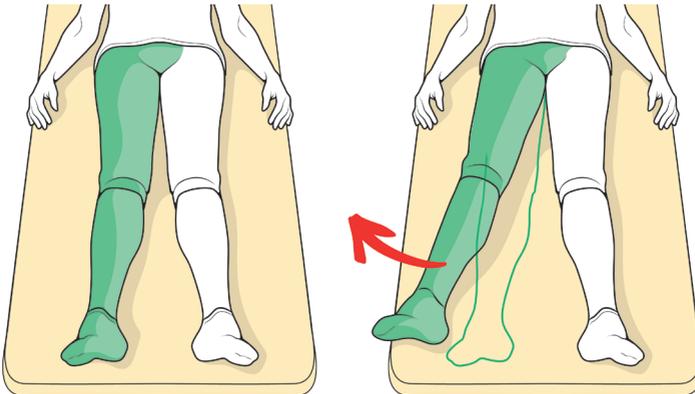
Ciascun esercizio va eseguito lentamente mantenendo la posizione di contrazione muscolare per 10 secondi.

■ SUPINO

Con entrambe le ginocchia flesse premere sul letto talloni e gomiti e sollevare il bacino.

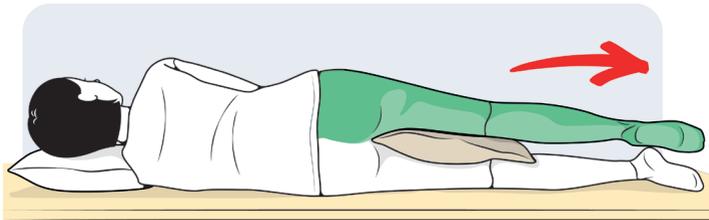
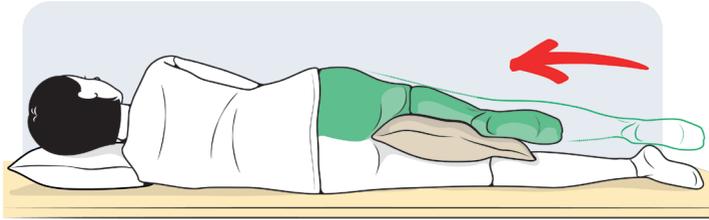


Gambe distese, divaricare l'arto operato di circa 10-15 cm senza forzarlo.

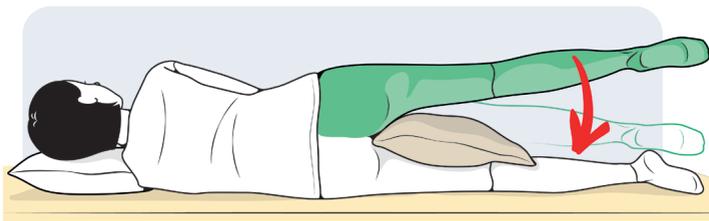
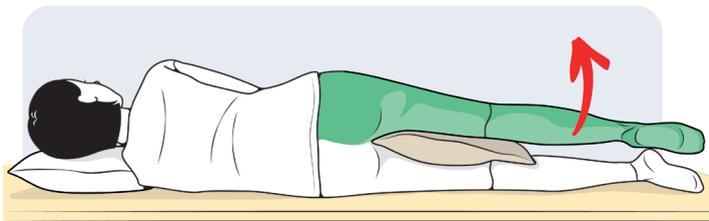


■ SUL FIANCO NON OPERATO

Con un cuscino tra le gambe: flettere ed estendere il ginocchio dell'arto operato.

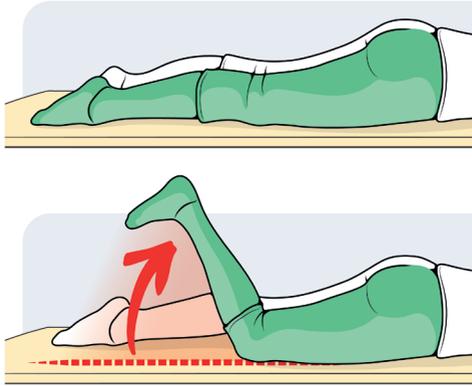


Con un cuscino tra le gambe: con ginocchio esteso sollevare l'arto operato senza forzare l'abduzione e solo in caso di benessere.

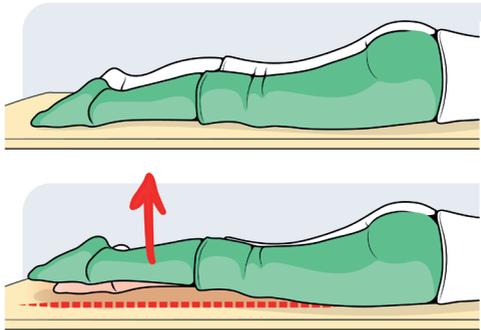


■ PRONO

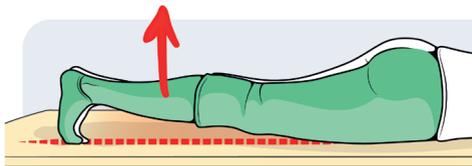
Flettere il ginocchio mantenendo in linea anca, ginocchio e piede.



Mantenendo le ginocchia estese sollevare l'arto operato dal letto.



Mantenendo le gambe estese puntare le dita di entrambi i piedi sul letto e sollevare entrambe le ginocchia (ma non il bacino).



■ SEDUTO

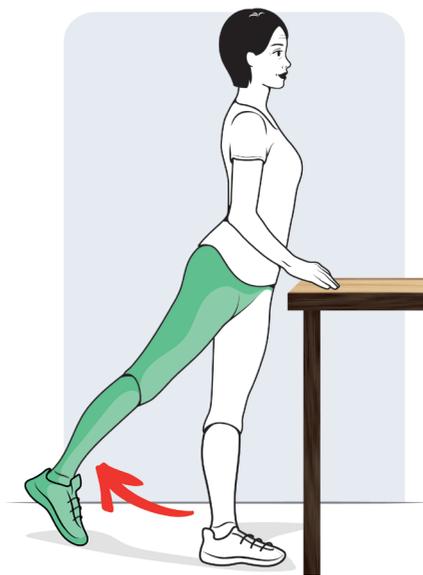
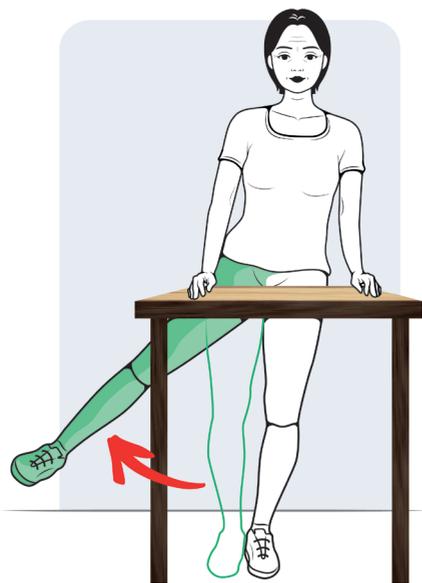
Sollevare l'arto operato.



■ DALLA POSIZIONE IN PIEDI

Mantenersi in appoggio su una superficie stabile, sollevare l'arto operato e portarlo in fuori (in abduzione) senza ruotare la gamba e senza muovere il bacino, mantenendo il ginocchio steso (sollevarlo per 10-20 cm da terra, non forzando).

Mantenendo la stessa posizione portare indietro l'arto operato (in estensione) con il ginocchio esteso, senza ruotare il piede (sollevarlo per 10-20 cm evitando la forzatura).



ATTIVITÀ FISICO-SPORTIVA

Dopo il primo controllo ambulatoriale o a 6 settimane dall'intervento è possibile iniziare a svolgere una blanda attività fisica sotto controllo del fisioterapista. Si consiglia di continuare ad eseguire tutti gli esercizi appresi aggiungendo via via quelli nuovi.



Il nuoto si può praticare a 6-8 settimane evitando lo stile a rana e preferendo stile libero o dorso o corsi di acqua gym soft facendo attenzione ad evitare sempre le flessioni oltre i 90° dell'arto operato e i gradi estremi di abduzione, estensione e rotazione. I percorsi acquatici vascolari sono utili per ridurre gli edemi declivi.



La cyclette può essere utilizzata con sellino alto (evitare la flessione oltre i 90° dell'anca operata). Per il ritorno alla bicicletta da strada bisogna attendere la seconda visita ortopedica.

Quando vengono abbandonati gli antibrachiali è possibile riprendere gradualmente le attività ricreative evitando però rotazioni veloci, salti, movimenti che fanno perno sull'arto operato.

E' preferibile **non aumentare di peso** per favorire la sopravvivenza della protesi.

La **cicatrice chirurgica** non deve essere esposta al sole diretto, ma protetta sempre con creme a protezione totale o cerotti, esistono anche creme apposite per mantenerne l'elasticità.

E' possibile ridurre l'impatto estetico delle cicatrici chirurgiche con laser terapia, una volta che sono completamente guarite.

■ **Il ritorno allo sport senza limitazioni avviene in genere al controllo a 6 mesi dall'intervento chirurgico.**



Con una protesi d'anca è possibile svolgere attività sportive come **lo sci, il ballo, la boxe, il**

tennis o la corsa, tenendo presente che l'eccessiva sollecitazione dell'impianto comporta una sua usura precoce che può rendere necessario un intervento di revisione.



I movimenti di flessione della coscia oltre i 90° rimarranno da evitare per ridurre il rischio di lussazione, per questo sport come **thai boxe o salto ad ostacoli**, rimangono **fortemente sconsigliati**.



POSIZIONI SESSUALI



E' importante ricordare di non flettere l'anca oltre i 90° e mantenere le anche abdotte.

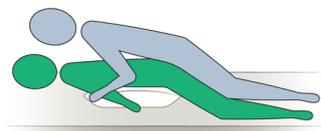
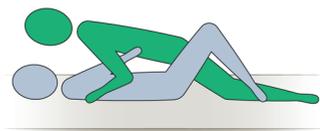
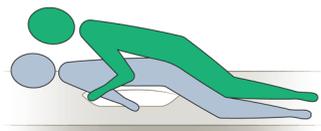
E' consigliabile **stare stesi sul fianco sul lato sano o supini**.

E' sempre **sconsigliabile la flessione dell'arto oltre i 90°, le rotazioni dell'arto operato e la posizione stesa sul fianco operato**.

L'attività sessuale può essere ripresa al ritorno al domicilio se evitate queste situazioni. E' fondamentale mantenere la ferita chirurgica pulita e coperta da un cerotto finchè sono presenti i punti di sutura.

POSIZIONI CONSIGLIATE

La persona operata corrisponde alla figura di colore **VERDE**



Appunti



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page below the header.



Progetto curato da:

Prof. Giulio Maria Marcheggiani Muccioli

Dirigente Medico, Clinica Ortopedica e Traumatologica II,
Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna
Professore Associato, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie-
DIBINEM, Università di Bologna

Dott. Enrico Tassinari

Dirigente Medico, Clinica Ortopedica e Traumatologica II,
Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

Dott. Federico Raggi

Dirigente Medico, Clinica Ortopedica e Traumatologica II,
Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

Grafica e disegni a cura di:

Silvia Bassini

Comunicazione e Relazioni con i media
Clinica Ortopedica e Traumatologica II, Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

Maria Pia Cumani

Laboratorio di Disegno Anatomico
Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie-DIBINEM,
Università di Bologna

ANNOTAZIONI

Per qualsiasi problema riferito al suo intervento, la
preghiamo di contattare il seguente numero:

■ **Reparto Clinica II - 051 6366086**

Per contattare un medico dell'equipe o il direttore utilizzare
l'indirizzo mail che si trova nel sito web **www.ior.it** alla
pagina personale.



IRCSS - Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
www.ior.it

Mod.... / ... - Febbraio 2025