Protesi Totale dell'Anca

Casa di Cura Ulivella e Glicini – IFCA, Firenze

Guida completa al percorso di cura

Introduzione

Un paziente informato è un paziente più sereno, che collabora meglio al proprio recupero e ottiene risultati migliori. Questa non è una semplice impressione clinica: la letteratura scientifica lo conferma ormai da tempo con solidità crescente.

Numerosi studi randomizzati e revisioni sistematiche dimostrano che i pazienti che ricevono un'educazione strutturata sul percorso peri-operatorio — vale a dire sull'insieme delle fasi che precedono, accompagnano e seguono l'intervento — presentano un minor livello di ansia preoperatoria, una più rapida ripresa funzionale, una riduzione del consumo di analgesici nel postoperatorio e una maggiore adesione al programma riabilitativo. In chirurgia protesica, in particolare, la preparazione del paziente è considerata una componente integrante del protocollo Fast Track: non un accessorio, ma un fattore che incide direttamente sui tempi di degenza e sulla qualità del recupero a lungo termine.

Sapere cosa aspettarsi — passo dopo passo — trasforma l'ignoto in un percorso comprensibile. Riduce la paura, rafforza la fiducia nel team curante e favorisce una partecipazione attiva nelle fasi di riabilitazione, che sono quelle in cui il contributo del paziente è davvero decisivo.

Questa guida nasce con questo scopo: accompagnarti lungo tutto il percorso chirurgico, dalla preparazione pre-ricovero fino ai controlli a distanza, fornendo le informazioni essenziali per affrontare ogni fase con consapevolezza. Non esiste una domanda banale o fuori luogo. Prima di qualsiasi intervento mi siedo con il paziente e i suoi familiari per rispondere a ogni dubbio — sul tipo di protesi, sull'anestesia, sui rischi, sul recupero. Decidere insieme è il fondamento di una buona cura.

La fase preoperatoria

Valutazione preoperatoria (pre-ricovero)

In una giornata dedicata, prima del ricovero, vengono eseguiti esami del sangue (emocromo, coagulazione, funzionalità renale ed epatica), un elettrocardiogramma e le radiografie del bacino e dell'anca (in alcuni casi anche del torace). È previsto un colloquio con l'anestesista e con il medico internista. Questi accertamenti servono a individuare e correggere eventuali fattori di rischio — come anemia, scompenso glicemico o ipertensione non controllata — che potrebbero complicare l'intervento o il recupero.

È fondamentale comunicare al team tutte le patologie note, i farmaci assunti e le allergie (farmaci, cerotti, iodio, metalli, lattice) e portare con sé la documentazione clinica disponibile.

Preparazione medica

- **Farmaci:** sospendere antinfiammatori e antidolorifici 10 giorni prima dell'intervento; per la gestione del dolore usare esclusivamente Paracetamolo 1000 mg su prescrizione medica. Sospendere eventuali anticoagulanti o antiaggreganti secondo le indicazioni ricevute.
- **Infezioni:** avvertire tempestivamente il team almeno 7 giorni prima dell'intervento in caso di infezioni in atto (cavo orale, vie aeree, bruciore urinario). Non sono consentite infiltrazioni articolari nei 3 mesi precedenti l'intervento.
- **Cute:** evitare lesioni cutanee, pedicure, depilazione e smalto sulle unghie nei giorni precedenti.

Preparazione igienica

A partire da 3 giorni prima dell'intervento eseguire una doccia serale con bagnoschiuma antisettico alla clorexidina, da ripetere ogni sera fino alla sera precedente l'intervento e nuovamente la mattina del ricovero.

Lezione fisioterapica preoperatoria

Alcuni giorni prima dell'intervento il paziente partecipa a una lezione fisioterapica della durata di 60–90 minuti, preferibilmente in compagnia di un familiare. L'obiettivo è apprendere in anticipo gli esercizi, i trasferimenti autonomi e i movimenti da evitare per prevenire la lussazione della protesi. Questa preparazione si è dimostrata efficace nel ridurre l'ansia e nel migliorare i risultati riabilitativi postoperatori.

Digiuno preoperatorio

La sera prima dell'intervento: cena leggera. Nessun alimento solido dalla mezzanotte. Se l'intervento è programmato dopo le ore 10:00, è consentita acqua o tè zuccherato (max 200 ml) alle ore 7:00; se per il pomeriggio (dopo le ore 13:00), anche tre biscotti o due fette biscottate con tè. I farmaci abituali si assumono secondo le indicazioni dell'anestesista.

Preparazione dell'abitazione

Organizzare la propria abitazione prima del rientro è una misura concreta di sicurezza. Per ridurre il rischio di cadute:

- Rimuovere tappeti, tappetini e scendiletto; eliminare ostacoli sui percorsi interni (letto – cucina – bagno) e liberare le superfici utili per appoggiarsi.
- Non usare cera sui pavimenti nel primo mese postoperatorio.
- Camminare a piccoli passi con i bastoni più vicini al corpo in ambienti potenzialmente umidi o bagnati (bagno e cucina).
- Procurarsi una sedia alta con braccioli e mantenere una distanza di almeno 60 cm tra il letto e la parete o gli arredi.
- Procurarsi le stampelle (bastoni canadesi), il dispositivo Cryo/Cuff Aircast con ghiaccio-gel per la crioterapia, e una cyclette.
- Organizzarsi per il supporto di un familiare o badante nei primi giorni a domicilio.

Cosa portare al ricovero

- Farmaci personali e lista completa delle allergie.
- Tessera sanitaria e richiesta di ricovero del medico curante.
- Esami radiografici recenti dell'anca da operare.
- Due stampelle (bastoni canadesi), abbigliamento comodo (t-shirt, pantaloncini, tuta), calzini antiscivolo, scarpe basse con strappo.
- 4–5 bottiglie di bevande isotoniche.
- Non portare oggetti di valore.

Aspetti psicologici

L'ansia preoperatoria è normale e comprensibile. Sapere cosa succederà passo dopo passo è il modo migliore per ridurla. Non esiti a portare in visita tutte le domande che le vengono in mente — non esiste una domanda banale. Se possibile, è utile farsi accompagnare da un familiare anche alla visita preoperatoria.

Il giorno dell'intervento

Accoglienza e preparazione in reparto

All'arrivo il paziente viene accolto dal team infermieristico, che rileva i parametri vitali. Prima di accedere alla sala operatoria un medico dell'équipe fa firmare il consenso informato e appone un contrassegno sull'arto da operare. Vengono rimossi gioielli, lenti a contatto e protesi dentali.

L'anestesia

L'anestesia di scelta è spinale: una piccola iniezione a livello vertebrale elimina la sensibilità e la motricità dell'arto operato per la durata dell'intervento. Il paziente rimane sveglio ma non avverte nulla. Rispetto all'anestesia generale è meno invasiva, comporta meno nausea e un risveglio più lucido, integrandosi perfettamente con il protocollo Fast Track. Solo in casi selezionati si ricorre all'anestesia generale. Su richiesta, l'anestesista può somministrare una sedazione leggera.

L'intervento chirurgico

Nell'intervento di protesi totale d'anca le superfici articolari danneggiate vengono rimosse e sostituite con le componenti protesiche. La testa femorale è sostituita da una nuova testa in ceramica o cromo-cobalto, ancorata a uno stelo in titanio fissato nel canale femorale con tecnica cementata o non cementata. L'acetabolo è sostituito da una coppa in titanio o tantalio fissata a pressione nel bacino, all'interno della quale viene posizionato un inserto in polietilene o ceramica che funge da superficie di scorrimento. In caso di scarsa tenuta ossea la coppa può essere stabilizzata con viti; raramente è necessario ricorrere al cemento. La scelta dei materiali e della tecnica viene discussa nella visita preoperatoria, in base all'età, alla qualità ossea e al livello di attività del paziente.

La durata media di un intervento di protesi primaria d'anca è di 60–90 minuti. Casi anatomicamente complessi o revisioni protesiche possono richiedere più tempo.

La ferita chirurgica

La sutura viene eseguita con materiali e tecniche moderne che riducono al minimo l'utilizzo di punti esterni e la fuoriuscita di liquidi nel postoperatorio. Sulla ferita viene applicata una medicazione avanzata che può essere lasciata in sede fino al primo controllo ambulatoriale.

Monitoraggio intraoperatorio e gestione del dolore

Durante l'intervento il paziente è costantemente monitorato (ECG, pressione arteriosa, saturimetria, frequenza cardiaca). Al termine viene eseguita una radiografia di controllo. In casi selezionati è previsto un breve periodo di osservazione in area dedicata prima del rientro in reparto. Il protocollo analgesico prevede infusione endovenosa continua nelle prime 48 ore e terapia in compresse a orari fissi; se la sintomatologia lo richiede è prevista la somministrazione di un farmaco aggiuntivo.

Il decorso postoperatorio in ospedale

Le prime ore

Con l'anestesia spinale il risveglio è generalmente rapido e ben tollerato. Nelle ore successive, quando l'effetto dell'anestesia si esaurisce, inizia la gestione attiva del dolore. Il personale infermieristico monitora costantemente i parametri vitali e assiste il paziente nelle prime ore postoperatorie.

Mobilizzazione precoce

Con il protocollo Fast Track, già nel pomeriggio del giorno operatorio il fisioterapista assiste il paziente nelle prime verticalizzazioni. La mobilizzazione precoce non è una forzatura: è una componente fondamentale del recupero, perché riduce il rischio di trombosi venosa, previene la perdita muscolare e accelera il ripristino della funzionalità.

Giorno 1: due sessioni riabilitative (mattino e pomeriggio): esercizi di mobilizzazione e rinforzo, trasferimenti con stampelle, scale. Esercizio di particolare importanza è quello che prevede il raggiungimento del piede con la mano in posizione semiseduta. Obiettivo: autonomia nei trasferimenti e negli spostamenti.

Giorno 2: rinforzo muscolare, ripasso trasferimenti, scale in salita e discesa, attività della vita quotidiana. Obiettivo: deambulare 60 m in autonomia, salire e scendere le scale.

Dimissione (2ª–3ª giornata): possibile quando il paziente è autonomo nelle normali attività quotidiane, cammina con le stampelle per almeno 70 m e riesce a salire e scendere due rampe di scale.

Terapia con ghiaccio

Fondamentale nelle prime 3 settimane: sessioni di 30 minuti, 4–5 volte al giorno. Si raccomanda l'uso del dispositivo Cryo/Cuff Aircast (raffreddamento e compressione) per ridurre infiammazione e gonfiore.

Drenaggi e medicazioni

In rari casi viene posizionato un drenaggio chirurgico per raccogliere i liquidi nella sede dell'intervento; viene rimosso entro 24–48 ore. La medicazione avanzata, se non presenta gemizio significativo, viene lasciata in sede fino al primo controllo ambulatoriale. In caso contrario viene sostituita.

Profilassi antitrombotica

La chirurgia degli arti inferiori aumenta il rischio di trombosi venosa profonda (TVP). Viene pertanto prescritta una terapia anticoagulante da iniziare nel post-intervento e proseguire per 3–5 settimane a domicilio. La mobilizzazione precoce e, quando indicato, l'utilizzo di calze elastiche contribuiscono ulteriormente a ridurre il rischio.

Il recupero a domicilio

Prevenzione della lussazione: movimenti da evitare

Il rischio principale nei primi 6–12 mesi è la lussazione, ovvero la fuoriuscita della testa protesica dalla coppa acetabolare. Per prevenirla è necessario evitare tutti i movimenti che comportano flessione associata a intrarotazione dell'arto:

- Accavallare o incrociare le gambe.
- Chinarsi oltre l'angolo retto tra tronco e arti inferiori.
- Abbassarsi per raccogliere oggetti a gambe strette o inginocchiarsi.
- Sedersi su superfici troppo basse.

Sono invece sempre consentiti i movimenti a gambe divaricate, come raccogliere oggetti da terra allargando le gambe. Il fisioterapista illustrerà queste precauzioni in dettaglio prima della dimissione.

Fisioterapia e riabilitazione

La riabilitazione comincia in ospedale e prosegue a domicilio o presso un centro fisioterapico. Le prime settimane prevedono 2 sedute settimanali di fisioterapia assistita, integrate dagli esercizi domiciliari (mobilizzazione della caviglia, esercizio del ponte, estensione). Evitare l'elevazione a gamba tesa per il rinforzo del quadricipite; preferire l'estensione da seduto.

Nelle prime settimane l'infiammazione articolare è fisiologicamente aumentata. Per non incrementarla ulteriormente è consigliabile camminare spesso ma per brevi tratti (circa 30 passi ogni 30 minuti, o 5–10 minuti ogni 2 ore) e non restare seduti a lungo (massimo 20–30 minuti ogni 2 ore). L'incremento progressivo dell'autonomia al cammino verrà discusso nel corso delle visite di controllo.

Le scale vanno affrontate una alla volta, salendo prima con la gamba sana e scendendo prima con la gamba operata. Non è consentito reciprocare le scale per i primi 3 mesi.

Cyclette e bicicletta

Pedalare su cyclette è un esercizio importante per migliorare l'articolarità dell'anca. Nella prima fase postoperatoria è tuttavia importante non esagerare: inizialmente non superare 2–3 minuti per sessione, con sellino ad altezza regolare, bassa frequenza e resistenza minima. L'incremento progressivo verrà valutato nel corso dei controlli medici. La bicicletta all'aperto è sconsigliata prima dei 3 mesi; la ripresa dell'attività sportiva avverrà non prima dei 6 mesi e dopo rivalutazione medica.

Stampelle e carico

Alla dimissione si utilizzano due stampelle. Dopo 3–4 settimane si passa a una sola stampella (lato non operato) per altre 2–3 settimane, con variabilità individuale in base all'evoluzione clinica.

Posizione nel sonno e trasferimenti

È consentito dormire supino e sul fianco operato senza limitazioni. Per dormire sul fianco opposto a quello operato, inserire un cuscino tra le gambe per mantenerle leggermente divaricate, nel rispetto delle precauzioni anti-lussazione.

Per alzarsi dalla sedia: portare avanti il piede della gamba operata estendendo l'anca, appoggiare entrambe le mani sui braccioli e spingere verso l'alto con le braccia e la gamba sana. Per sedersi, invertire la sequenza evitando di lasciarsi cadere. La stessa strategia vale per il WC; se la seduta è troppo bassa, utilizzare un apposito rialzo.

Gestione della medicazione e della ferita

La medicazione va lasciata in sede fino alla prima visita di controllo e non deve essere bagnata: non è possibile fare la doccia prima della rimozione dei punti, ma è possibile lavarsi le altre parti del corpo con spugnature. La medicazione va sostituita solo se si scolla esponendo la ferita, o in caso di fuoriuscita di siero o sangue. In questi casi contattare il team medico.

Gonfiore e cicatrice

Un certo grado di gonfiore all'arto operato è normale e può persistere per settimane o mesi. L'applicazione di ghiaccio (5-6 volte al giorno, 20-30 minuti) aiuta a ridurlo. La cicatrice si ammorbidisce progressivamente nei mesi successivi; massaggiarla con prodotti specifici, una volta guarita, aiuta a renderla meno visibile.

Guida e attività quotidiane

Guida dell'auto: vietata alla dimissione; consentita dalla 6ª settimana dopo parere medico; ripresa libera al 3°–4° mese.

Doccia: consentita dopo la rimozione dei punti (circa 3 settimane), predisponendo il vano doccia di sistemi anti-caduta (tappetino antiscivolo, supporti solidi, eventuale

aiuto). La vasca da bagno è consentita dal 2°–3° mese, discutendo le strategie con il fisioterapista.

Ripresa dello sport

I pazienti con protesi d'anca devono essere preparati a una possibile riduzione della performance sportiva. Più alto è il livello di attività, maggiore è il rischio di usura della protesi. La ripresa è consentita non prima del 6° mese e dopo valutazione medica.

- **Sport permessi:** cyclette, tapis roulant, golf, nuoto, tennis doppio, ballo, escursionismo, camminata normale e veloce, bowling, ellittica, ginnastica aerobica a basso impatto, canottaggio, step.
- **Permessi con esperienza:** sci alpino, sci di fondo, sollevamento pesi, pattinaggio su ghiaccio o con roller.
- **Sport vietati:** jogging, ginnastica aerobica ad alto impatto, squash, snowboard, calcio, pallacanestro, football, baseball.

Infezioni e protezione della protesi

Un rischio raro ma grave è l'infezione della protesi per via ematica. In futuro è importante trattare tempestivamente qualsiasi infezione in altri organi (polmonite, cistite, ascesso dentario), poiché i batteri possono raggiungere la protesi attraverso il sangue. In caso di interventi odontoiatrici invasivi è consigliabile informare il dentista della presenza della protesi.

Possibili complicanze

Parlare delle complicanze non significa spaventare, ma rispettare il paziente. La chirurgia protesica è oggi sicura e i risultati sono eccellenti nella grande maggioranza dei casi. Come ogni atto chirurgico, tuttavia, comporta rischi che è giusto conoscere.

Trombosi venosa profonda ed embolia polmonare

È la complicanza più temuta ma anche quella più efficacemente prevenibile. La terapia anticoagulante postoperatoria, la mobilizzazione precoce e l'uso di calze elastiche quando indicato riducono drasticamente il rischio. Segnalare immediatamente: gonfiore improvviso a un polpaccio, dolore a riposo all'arto o difficoltà respiratorie.

Lussazione della protesi

La lussazione — fuoriuscita della testa protesica dalla coppa acetabolare — è più frequente nei primi mesi, quando i tessuti non sono ancora cicatrizzati. Il rispetto delle precauzioni posturali descritte nella sezione precedente riduce significativamente questo rischio. In caso di dolore improvviso e intenso all'anca con incapacità di muovere la gamba, recarsi immediatamente al pronto soccorso.

Infezione periprotesica

Complicanza rara (meno dell'1% negli interventi primari) ma seria. Si manifesta con febbre persistente, arrossamento, calore intorno alla ferita e fuoriuscita di liquido. Viene prevenuta con profilassi antibiotica intraoperatoria, tecnica sterile rigorosa e ottimizzazione preoperatoria delle condizioni generali. In caso di infezione precoce può essere trattata con lavaggio chirurgico; nelle forme tardive può rendersi necessaria la revisione protesica.

Mobilizzazione asettica

Nel lungo termine la protesi può progressivamente allentarsi dall'osso, causando dolore e limitazione funzionale. È il motivo principale per cui le protesi hanno una durata limitata nel tempo (circa 20 anni in media). I controlli periodici consentono di individuare questo processo precocemente e pianificare una revisione in modo programmato.

Differenza di lunghezza degli arti

Dopo la protesi d'anca può residuare una lieve differenza di lunghezza tra i due arti, generalmente inferiore al centimetro e ben tollerata. Nei casi sintomatici si corregge facilmente con un rialzo nella scarpa. È una delle possibilità di cui si parla durante la pianificazione preoperatoria.

Segnali d'allarme

Contattare immediatamente il team medico in caso di:

- Fuoriuscita di liquido o sangue dalla ferita.
- Febbre superiore a 38°C (contattare l'équipe prima di assumere antibiotici).
- Polpaccio molto teso e dolente (possibile trombosi venosa profonda).
- Dolore improvviso e intenso all'anca con impossibilità di muovere la gamba (possibile lussazione).
- Dolore tale da impedire la stazione eretta, o caduta sul fianco operato.

Controlli ambulatoriali

Il follow-up è parte integrante del percorso di cura e consente di verificare la corretta integrazione della protesi, monitorare la funzionalità articolare e intercettare precocemente eventuali problemi.

- **21 giorni:** prima visita di controllo e rimozione dei punti di sutura.
- **45 giorni:** visita di controllo clinico (senza radiografie, salvo indicazione alla dimissione).
- **3, 6 e 12 mesi:** visite di controllo clinico e radiografico con radiografie dell'anca operata in carico (proiezione AP e laterale).
- **Ogni 2 anni:** controllo periodico per il monitoraggio della protesi nel tempo.

Fatta eccezione per la prima visita a 21 giorni, le visite successive devono essere prenotate autonomamente dal paziente.

Non esiste una domanda banale o fuori luogo. Per qualsiasi dubbio in qualsiasi fase del percorso, non esitare a contattare il team curante.