Protesi di Ginocchio

Casa di Cura Ulivella e Glicini – IFCA, Firenze

Guida completa al percorso di cura

Introduzione

La premessa è che 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 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 necessarie. 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 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 complicanze. 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. È possibile riportare eventuali dubbi durante il colloquio di pre-ricovero.

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.
- 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 e il ghiaccio-gel per la crioterapia, e una cyclette.
- Organizzarsi per il supporto di un familiare o badante nei primi giorni a casa.

Cosa portare al ricovero

- Farmaci personali e lista completa delle allergie.

- Tessera sanitaria e richiesta di ricovero del medico curante.
- Esami radiografici recenti.
- 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

Per la maggior parte degli interventi protesici viene preferita l'anestesia spinale (o locoregionale): una piccola iniezione a livello vertebrale che elimina sensibilità e motricita' 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

Attraverso un'incisione anteriore di circa 15–20 cm si accede all'articolazione, si rimuovono le superfici cartilaginee usurate e si sagoma l'osso per accogliere la protesi. La protesi è composta da una componente tibiale in titanio, una femorale in cromo-cobalto e un inserto intermedio in polietilene. Se necessario viene protesizzata anche la rotula. La scelta tra protesi totale, parziale (monocompartimentale) o femoro-rotulea dipende dall'estensione dell'artrosi, dall'età e dalla qualità ossea. La scelta viene discussa in sede di visita preoperatoria.

La durata media di un intervento di protesi primaria di ginocchio è di 60–90 minuti. La revisione protesica o casi anatomicamente complessi 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. Il protocollo analgesico prevede: infiltrazione intraoperatoria di anestetico locale, 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

Dopo l'intervento, prima di rientrare in reparto, si trascorre un breve periodo di osservazione in ambiente dedicato ove ritenuto opportuno dall'anestesista, dove vengono monitorati i parametri vitali. 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.

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. Obiettivo: autonomia nei trasferimenti e negli spostamenti.

Giorno 2: rinforzo muscolare, scale in salita e discesa, attività della vita quotidiana. Obiettivo: deambulare 60 m in autonomia, salire/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/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, rimosso entro 24–48 ore. La medicazione avanzata, se non presenta gemizio significativo, viene lasciata in sede. 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.

Il recupero a domicilio

Fisioterapia e riabilitazione

La riabilitazione comincia in ospedale e prosegue a domicilio o presso un centro fisioterapico. Le prime settimane prevedono esercizi di rinforzo muscolare, lavoro sull'escursione articolare e progressivo abbandono degli ausili ortopedici. Nelle prime settimane sono raccomandate 2 sedute settimanali di fisioterapia assistita, integrate dagli esercizi domiciliari (estensione, mobilizzazione della caviglia, esercizio del ponte).

Nelle prime settimane l'infiammazione articolare è fisiologicamente aumentata. Per evitare di 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).

Attenzione: per 3 mesi evitare l'estensione attiva del ginocchio da seduto (leg extension con gambe "ciondoloni"). Le scale vanno affrontate una alla volta, salendo prima con la gamba sana e scendendo prima con la gamba operata; non è permesso "reciprocale" per i primi 3 mesi.

Cyclette e bicicletta

Pedalare su cyclette è un esercizio importante per migliorare l'articolarità. 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.

Posizione nel sonno e trasferimenti

È consentito dormire supino e sul fianco operato senza limitazioni. Per dormire sul fianco opposto, inserire un cuscino tra le gambe per mantenerle leggermente divaricate.

Per alzarsi dalla sedia: portare avanti il piede della gamba operata estendendo il ginocchio, 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. La vasca da bagno è consentita dal 2°–3° mese.

Ripresa dello sport

La ripresa dell'attività sportiva è consentita non prima del 6° mese e dopo valutazione medica.

- **Sport permessi:** cyclette, golf, nuoto, ballo, escursionismo, camminata normale e veloce, bowling, canoa.
- **Permessi con esperienza:** sci, sci di fondo, tennis doppio, equitazione, canottaggio, pattinaggio su ghiaccio.
- **Sport vietati:** corsa (jogging), calcio, football, pallacanestro, pallavolo.
- **Controversi:** tennis singolo, scherma, pattinaggio con roller, sollevamento pesi, ginnastica, hockey, arrampicata, squash.

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.

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.

Anche in futuro è importante trattare tempestivamente eventuali infezioni in altri organi (polmonite, cistite, ascesso dentario), poiché i germi possono raggiungere la protesi per via ematica.

Rigidità articolare postoperatoria

Soprattutto dopo la protesi di ginocchio, può svilupparsi una rigidità articolare (artrofibrosi) se la riabilitazione non viene eseguita con costanza. Per questo la fisioterapia postoperatoria non è facoltativa: è parte integrante dell'intervento. Nei casi più importanti può rendersi necessaria una mobilizzazione in anestesia.

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 precocemente questo processo e pianificare una revisione in modo programmato.

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 tale da impedire la stazione eretta, o caduta sul fianco operato.
- Arrossamento, aumento del gonfiore o dolore improvviso intorno alla ferita.

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.
- **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.