



Protocollo

PROTESI TOTALE DI ANCA

Codice

PROT 40

All. 08 Sez. 7.5

Pag. 1 di 8

Rev. 00

del 24/10/2024

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Modalità operative
3. Riferimenti

Redazione

Firma

data

24/10/24

Verifica

Firma

data

28/10/24

Approvazione

Firma

data

29/10/24

**PROTESI TOTALE DI ANCA****1. INTRODUZIONE****CHE COS'E' LA PROTESI TOTALE DI ANCA**

La sostituzione dell'articolazione dell'anca danneggiata o usurata per motivi meccanici o biologici, mediante una protesi artificiale è intervento ormai di comune applicazione nell'ortopedia mondiale dal momento che è tecnica che risale agli anni sessanta. Si tratta di una protesi interna composta da quattro unità: l'impianto, lo stelo, la testa e, quando necessario il cotile.

Si tratta di intervento di particolare peso biologico che viene solitamente effettuato in pazienti non giovani per cui richiede la massima integrità fisica compatibilmente con l'età. Elementi che riducono i rischi anestesilogici e chirurgici sono il contenimento del peso, la quantità di tessuto adiposo, l'assenza di patologie venose associate. Una volta deciso l'intervento è indispensabile eseguire un triage per valutare lo stato generale con l'ausilio di esami ematologici, Rx torace ed ECG ed opportune consulenze cardiologiche.

(Nello specifico vedere I 06 Valutazione preoperatoria del paziente cardiopatico candidato ad interventi di chirurgia non cardiaca).

In occasione del triage è opportuno controllare lo stato dei denti che talvolta possono essere sede di focolaio infettivo non conosciuto. Eseguiti gli esami è indispensabile la visita anestesilogica nel corso della quale si discute il tipo di anestesia e la necessità di eventuali trasfusioni che richiederanno l'esecuzione di pre depositi.

Prima dell'intervento è utile imparare da un fisioterapista l'uso corretto delle stampelle che andranno utilizzate mediamente per 30 giorni nel post operatorio.

Riveste inoltre una notevole importanza seguire un corso di ginnastica preoperatoria che ha la fondamentale funzione di ridurre il tessuto adiposo, mobilitare le articolazioni, aumentare le masse muscolari rendendo più rapido il recupero post operatorio. È consigliabile inoltre astenersi dal fumo nei 30 gg precedenti l'intervento chirurgico.



2. MODALITÀ OPERATIVE

2.1 PRENOTAZIONE

PRIMA VISITA ORTOPEDICA:

- Definizione diagnostica di coxartrosi o displasia o necrosi asettica della testa femorale o frattura del collo femorale, supportata dall'esame clinico anamnestico e dalla documentazione radiologica;
- Eventuali terapie conservative;
- Definizione dell'indicazione all'intervento¹;
- Informazione al paziente circa le indicazioni pre e post operatorie verbali e scritte (vedere Consenso Informato protesi di anca).

2.2 TRIAGE PRE OPERATORIO

- Il triage viene eseguito 30 gg prima dell'intervento;
- Il *case manager* è l'*Anestesista*;
- Svolgimento del triage: esami ematochimici, rx torace, E.C.G., eventuali consulenze, valutazione cardiologica di cui alla I 06 Valutazione preoperatoria del paziente cardiopatico candidato ad interventi di chirurgia non cardiaca, valutazione fabbisogno ematico;
- Esiti del triage:
 - 1) ammesso all'intervento senza pre deposito;
 - 2) ammesso all'intervento con pre deposito;
 - 3) da rivedere;
 - 4) respinto.
- Per il pre deposito ci si appoggia al Centro Trasfusionale di riferimento.

2.3 LA PROGRAMMAZIONE DELL'INTERVENTO

- Gli ammessi all'intervento vengono sottoposti ad un'ulteriore visita anestesiologicala per la valutazione definitiva dello stato di salute (criterio ASA), per il giudizio finale di operabilità, per le informazioni

¹ **Aspetti da valutare:** dolore, autonomia di marcia, obesità, aspettativa di vita, impegni lavorativi

**PROTESI TOTALE DI ANCA**

anestesiologiche propedeutiche al consenso, per la conferma della data di intervento.

- Gli ammessi vengono (circa una settimana prima dell'intervento) sottoposti ad una seconda visita ortopedica per:
 - Ulteriore esame clinico
 - Controllo della documentazione clinica necessaria all'intervento.
 - Informazione generale al paziente circa il ricovero e successiva riabilitazione
 - Informazioni sull'intervento propedeutiche al Consenso Informato

2.4 RICOVERO

Il ricovero avviene 12-24 ore prima dell'intervento.

Il paziente si presenta all'ufficio accettazione della casa di cura munito dei documenti personali;

- effettua la registrazione del ricovero,
- ritira un opuscolo informativo sulla casa di cura ed il questionario di gradimento (da compilare ed imbucare alla dimissione),
- vengono attivate le procedure per il consenso al trattamento dei dati personali.

Successivamente viene sottoposto agli esami pre-operatori (ematochimici, ecg, rx torace, richieste sangue e/o emoderivati).

Giunge in reparto dove viene accolto dalla caposala o dall'I.P. di turno; nell'ufficio apposito

- si imposta la cartella infermieristica,
- si compilano i consensi allegati alla cartella clinica (trasfusioni di sangue e/o emoderivati, anestesia, intervento, autorizzazione all'informazione a terzi),
- si rilasciano informazioni verbali e scritte (opuscoli informativi) circa il ricovero e la possibilità di usufruire di servizi alberghieri accessori.

**PROTESI TOTALE DI ANCA**

Infine il paziente viene accompagnato in camera, gli viene illustrato l'ambiente che lo ospiterà e si controlla che sia dotato degli ausili necessari (stampelle, scarpe e tuta da ginnastica, ecc.).

2.5 PRE-OPERATORIO

Nelle 12-24 ore precedenti l'intervento si provvede:

- alla valutazione dei rischi di patologia da allettamento,
- alla preparazione ed al controllo della documentazione clinica del paziente,
- preparazione e supporto psicologico all'intervento ed alla compilazione dei carteggi necessari,
- visita fisioterapica con presentazione dell'equipe di fisioterapia, controllo degli ausili, loro preparazione all'uso ed istruzione al cammino assistito,
- visita anestesilogica con definizione del tipo di anestesia, orario dell'intervento, prescrizioni terapeutiche, discussione e restituzione del questionario-consenso dell'anestesia compilato,
- dieta pre-operatoria e preparazione intestinale,
- preparazione della zona da operare con tricotomia, lavaggio ed eventuale bagni medicati.

2.6 INTERVENTO

Nella camera del paziente:

- Preparazione fisica: digiuno, abbigliamento da indossare per accedere alla sala operatoria,
- Effettuazione delle terapie pre-operatorie (profilassi anti tromboembolica),
- Preparazione ambientale dell'unità di degenza: riduzione del rumore, riduzione delle fonti luminose, predisposizione di misure barriera per la riduzione del rischio infettivo (tappetini e soprascarpe), sistemazione apparecchiature per monitoraggio (monitor cardiaco, saturimetro, occorrente per O2 terapia, ecc...).

In Sala Operatoria:

- Prima dell'inizio della tecnica anestesiológica, profilassi antibiotica (vedere I 07 Controllo delle infezioni del sito chirurgico, Linee Guida antibiotico profilassi)
- Paziente in anestesia spinale ad arto ischemico.
- "imbottitura" delle zone critiche per profilassi della paralisi dello S.P.E.
- Preparazione del campo operatorio sterile.
- Accesso postero-laterale, artrotomia, lussazione della testa, osteotomia del collo, preparazione mediante fresatura dell'acetabolo ed impianto di cotile, fresatura del canale femorale e impianto di stelo e testa, sutura capsulare, sutura superficiale, controllo della lunghezza, riduzione prove di stabilità dell'impianto e della riduzione.
- Medicazione a piatto.

2.7 POST-OPERATORIO

- Controlli sul paziente: stabilità cardio-circolatoria, bilancio idro-elettrolitico, monitoraggio dei parametri vitali per 24 - 48 ore post-operatorie, controllo della zona di intervento, controllo degli esami di laboratorio, esecuzione degli esami radiologici;
- Controllo del dolore;
- Somministrazione terapie prescritte;
- Attuazione dei protocolli di mobilizzazione passiva ed attiva per prevenire i danni da allettamento;
- Controllo e ripresa dell'alimentazione;
- Controllo e ripresa della funzionalità intestinale;
- Inizio della fisio-chinesi terapia con supporto dei tecnici della riabilitazione dopo 36 ore post-intervento;
- Visita ortopedica ed anestesiológica quotidiana;
- Visite specialistica al bisogno;
- Medicazione della ferita chirurgica a dì alterni salvo complicanze.



2.8 DIMISSIONE

- Controlli esami ematochimici,
- Medicazione e controllo della ferita chirurgica,
- Stesura del foglio di dimissione, in più copie per il medico curante, il paziente e l'eventuale centro di riabilitazione,
- Consegna e spiegazione della documentazione clinica al paziente (prescrizione della terapia domiciliare, indicazioni post-operatorie per il proseguimento delle cure in centri di riabilitazione o al proprio domicilio, programmazione del follow-up),
- Compilazione ed archivio della documentazione clinica di reparto.

2.9 INDICAZIONI ALLA DIMISSIONE

Alla dimissione è utile eseguire adeguata fisioterapia ma non è indispensabile il ricovero presso centri di riabilitazione; l'indicazione specifica deve essere data caso per caso.

È opportuno utilizzare calze elastiche analoghe a quelle fornite in occasione dell'intervento per la durata di 20-30 giorni. Queste riducono il rischio di patologie venose nel post operatorio, insieme all'assunzione di un anticoagulante somministrato sottocute. Nei primi 20-30 giorni è consigliabile l'utilizzo di due stampelle anche se il carico è concesso.

La terapia consiste nell'assunzione di antinfiammatori - antalgici ed antiaggreganti piastrinici per i primi giorni in relazione al dolore.

Compatibilmente con il dolore, assumere saltuariamente antalgici nel primo mese post operatorio riduce il dolore della ferita chirurgica e consente una più rapida mobilizzazione. È consigliabile un'alimentazione leggera ma ricca di proteine per recuperare le perdite ematiche.

2.10 RIABILITAZIONE

La maggior parte dei pazienti operati di PTG vengono inviati in un centro di riabilitazione per la rieducazione fisioterapica già al momento della dimissione; tale struttura viene preventivamente scelta dal paziente in rapporto alla collocazione geografica ed alla disponibilità di ricezione della stessa.

**PROTESI TOTALE DI ANCA**

Il centro di riabilitazione viene contattato dalla caposala della casa di cura prima del ricovero del paziente stesso, programmando la data presunta della dimissione per l'accesso al centro.

2.11 FOLLOW-UP

- Dopo 15 giorni dall'intervento avviene la rimozione dei punti di sutura nel centro di riabilitazione o dall'ortopedico curante;
- dopo 30 giorni dall'intervento il paziente si sottopone alla prima visita di controllo dall'ortopedico;
- dopo 60 giorni dall'intervento il paziente si sottopone alla seconda visita ed a esame radiologico di controllo

3. RIFERIMENTI

- PNLG 8 revisione sistematica sulle protesi d'anca: affidabilità dell'impianto_ pubblicato settembre 2004; revisionato settembre 2007.