

**Informativa / Allegato**

**Documento integrativo al modulo di consenso informato.**

**Intervento chirurgico proposto:**

**ARTROPROTESI D'ANCA**

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica  
nell'ambito di evidenza per un corretto consenso informato

Con il presente documento Lei viene informato dal dott. Gabriele Zanotti sulle caratteristiche del trattamento chirurgico in oggetto e sulle metodiche con le quali viene effettuato, in modo tale da rendere consapevole e meditato il consenso all'intervento proposto, fornendo la possibilità ed il tempo adeguato per discuterne il testo.

**Il documento risulta accessibile e stampabile direttamente anche dalla pagina principale del sito web**

[www.gabriele-zanotti.it](http://www.gabriele-zanotti.it)

**sezione: informative per consensi**

Si invita a prendere visione degli altri contenuti del sito, utili al paziente che deve decidere di intraprendere questo tipo di intervento per farlo sentire più tranquillo e fornire le risposte adeguate a tutta una serie di domande che inevitabilmente non possono essere poste nel corso di una singola visita (sezione FAQ). I moderni strumenti divulgativi informatici rappresentano in tal senso un aiuto fondamentale per la maggior parte dei pazienti e per i suoi famigliari.

L'intervento di artroprotesi d'anca trova indicazione in diverse forme di artropatia cronica ad andamento evolutivo, sulla base della gravità clinica e radiografica.

**Le più comuni affezioni che conducono a tale tipo di intervento** sono rappresentate da:

- Artrosi primitiva dell'anca
- Artrite Reumatoide
- Osteonecrosi dell'epifisi femorale
- Artrosi postraumatica (esiti di fratture del femore e/o del bacino)
- Artrosi secondaria (ad es. in esiti di displasia congenita dell'anca, in esiti di malattie dell'accrescimento come l'epifisiolisi)
- Fratture del collo femorale
- Neoplasie ossee

La gravità del dolore e della limitazione funzionale nelle fasi avanzate di tali patologie escludono trattamenti alternativi altrettanto efficaci (medici e chirurgici), mentre l'impianto di una artroprotesi può consentire il rapido miglioramento della sintomatologia dolorosa e dell'efficienza funzionale.

Nei casi in cui il paziente non si sottoponga all'intervento si assiste comunemente ad un peggioramento dei sintomi (dolore, rigidità articolare) con progressiva perdita della capacità funzionale e deambulatoria.

**Casistica Personale:** Negli ultimi 20 anni il dott. Gabriele Zanotti ha effettuato oltre 5000 interventi di sostituzione protesica completa dell'anca.

**Tipo di impianto e di fissazione protesica, eventuali tempi chirurgici complementari**

Un tessuto osseo con normali caratteristiche trofiche presenta buone prospettive di tenuta meccanica e di integrazione dell'impianto protesico; sulla base dell'esperienza e sui dati presenti in letteratura, risulta pertanto maggiormente indicato l'impianto di protesi non cementate, per le quali vi sono i presupposti di una

superiore durata nel tempo, anche se non esattamente quantificabile a priori in quanto essenzialmente collegata sia fenomeni di usura dei materiali protesici sia alla progressiva perdita della massa ossea. Solamente in casi piuttosto rari, ad esempio in presenza di osteoporosi molto grave o di particolari morfologie del tessuto osseo la cementazione dell'impianto appare la tecnica più affidabile (protesi cementate).

Nonostante la costante esecuzione della pianificazione preoperatoria la scelta definitiva del tipo di impianto (disegno protesico, tipo di materiale e del suo metodo di fissazione) potrà comunque essere effettuata durante l'intervento, sulla base dei reperti intraoperatori e dell'esperienza acquisita dal chirurgo.

In alcuni casi (ad esempio nelle anche displasiche, in presenza di ipotrofia femorale), può risultare necessaria l'effettuazione di tempi chirurgici complementari quali osteotomie del gran trocantere, osteotomie della diafisi femorale, osteosintesi riparative al termine dell'intervento.

#### **Preparazione all'intervento:**

Gli accertamenti preoperatori vengono di norma eseguiti precedentemente al ricovero presso il Servizio di Prericovero, ovvero sia la struttura che ha la funzione di organizzare e coordinare tutta la fase di preparazione all'intervento chirurgico.

La sera dell'intervento viene iniziata una profilassi antitromboembolica, la quale sarà di norma proseguita per ca. 30 giorni.

Subito prima dell'intervento viene poi effettuata una profilassi antibiotica per via endovenosa.

La tecnica di anestesia (periferica o generale) viene prescelta durante l'esecuzione della visita anestesiologicala.

#### **Decorso postoperatorio standard:**

Il giorno stesso dell'intervento il paziente inizia a compiere esercizi di mobilizzazione attiva dell'arto.

Dal giorno successivo assume la posizione seduta sul letto, quindi in poltrona ed inizia gradualmente esercizi di ortostatismo e di deambulazione assistita da appoggi, con carico graduale.

La dimissione avviene di norma tra la 5<sup>a</sup> e la 7<sup>a</sup> giornata successiva all'intervento.

Le modalità di concessione del carico possono tuttavia variare in base a fattori che includono il tipo di impianto protesico ed il grado di tenuta meccanica del tessuto osseo: secondo la nostra esperienza solo nel 2-3% ca. dei casi la deambulazione con carico diretto sull'arto operato viene procrastinata di circa un mese dopo l'intervento.

Prima della dimissione viene consegnato al paziente un opuscolo fornito di ulteriori informazioni relative alla patologia, all'intervento, ed al protocollo riabilitativo; in particolare sono illustrati determinati accorgimenti che si dovranno adottare per evitare atteggiamenti posturali e movimenti erronei che potrebbero portare a lussazione con separazione dell'impianto protesico.

Circa 30 giorni dopo la dimissione viene programmato un controllo clinico e radiografico ambulatoriale. Durante tale visita viene abitualmente suggerito un graduale abbandono dei sostegni antibrachiali ed una progressiva ripresa delle normali occupazioni.

I tempi e il grado di recupero dell'autonomia funzionale risultano comunque piuttosto variabili e sono connessi a fattori individuali ed a cause indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento (Indice di Massa Corporea, età, condizioni generali antecedenti, risposta all'intervento, qualità della rieducazione).

#### **Complicanze:**

Sono elencate di seguito le principali complicanze descritte in letteratura: alcune di queste sono specifiche dell'intervento in questione, mentre altre risultano correlate al rischio generico comune ad analoghi interventi di chirurgia ortopedica maggiore.

#### **L'insieme delle complicanze maggiori nella nostra casistica risulta comunque inferiore al 2%.**

- **Dismetria:** è la differenza di lunghezza che può residuare tra i due arti inferiori al termine dell'intervento; può dipendere da fattori meccanici intraoperatori o da situazioni locali preesistenti relative alla patologia in oggetto (ad esempio nelle displasie dell'anca). A tale proposito va precisato che talvolta l'arto operato sarà intenzionalmente allungato durante l'intervento per stabilizzare l'articolazione o per migliorare la funzione muscolare. Non rappresenta comunque una complicanza grave, in quanto abitualmente risulta contenuta entro un centimetro circa. Dismetrie maggiori possono rendere consigliabile l'impiego di rialzi applicati successivamente alle calzature.
- **Lussazione:** rappresenta la disconnessione con separazione delle componenti protesiche. Risulta statisticamente più frequente nei primi due mesi successivi all'intervento e può essere direttamente provocato da errati atteggiamenti posturali e da incauti movimenti articolari. Nel determinismo di tale evento possono comunque essere in causa altri fattori quali l'ipotrofia muscolare, il tipo di patologia (più frequente nell'artrite reumatoide e nelle anche displasiche), l'orientamento delle componenti protesiche. In certi casi gli episodi di lussazione possono ripetersi nel tempo e rendere necessario il ricorso ad un nuovo intervento.

- **Ritardo di cicatrizzazione della ferita:** può essere sostenuto da alterazioni della circolazione locale ed in base a ciò può presentare diverse forme di gravità clinica, da semplici fenomeni di arrossamento della cute con transitoria essudazione, a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita. Tale complicanza può richiedere tempi chirurgici successivi sotto forma di pulizie con plastiche della ferita.
- **Fratture intraoperatorie:** rappresenta una complicanza piuttosto rara, legata per lo più a fragilità del tessuto osseo femorale per cause osteoporotiche: possono rendere necessarie il ricorso il ricorso a tempi chirurgici complementari (osteosintesi di vari tipi), l'impianto di protesi particolari (ad es. steli da revisioni) e l'applicazione di un tutore di immobilizzazione pelvifemorale nel periodo postoperatorio.
- **Ossificazioni eterotopiche:** consiste nella neoformazione di tessuto osseo nelle zone periprotesi: si verifica nei mesi successivi all'intervento per effetto di una trasformazione strutturale di parti della muscolatura glutea che circonda la protesi. L'origine di tale rara (1-2%) complicazione risulta pressoché sconosciuta; sono spesso chiamati in causa fattori costituzionali individuali, anche se è noto che si verifica statisticamente con più frequenza negli interventi successivi ad eventi traumatici. Tendono a ridurre la motilità articolare con gravità variabile in base alla sede ed alla estensione delle ossificazioni. In alcuni casi la realizzazione di veri e propri ponti ossei completi tra il femore ed il bacino provocano una vera rigidità articolare. In tali casi, a distanza di tempo, può rendersi necessaria l'esecuzione di un trattamento chirurgico di asportazione delle ossificazioni pararticolari.
- **Allergie a componenti metalliche (ignote precedentemente al paziente):** gli impianti protesici sono spesso costituiti da leghe di vari elementi metallici. In alcuni rari casi si possono verificare fenomeni di intolleranza nei confronti di certuni di questi elementi che possono provocare estrinsecazioni cliniche a diverse forme di gravità.
- **Infezione precoce dell'artroprotesi:** si può manifestare in forma precoce con febbre, dolore e calore locale associati a vari gradi di disturbi di guarigione della ferita: tensione da ematoma sottostante, secrezione persistente, deiscenze e fistolizzazioni cutanee secondarie. In caso di sospetta infezione locale diviene assolutamente indicato un trattamento chirurgico entro il primo mese dall'intervento, con lo scopo di eseguire una pulizia dei tessuti con prelievi di materiali multipli per esami istologici e colturali.
- **Infezione tardiva dell'artroprotesi:** in genere si manifesta a varia distanza di tempo dall'intervento con modalità subacuta, con febbre persistente, dolore locale, elevazione degli indici laboratoristici di flogosi (PCR) ed eventuali fistolizzazioni cutanee secondarie. In tali casi la causa del processo può essere riconducibile ad estensione per via ematogena di processi infettivi a distanza (cistiti, infezioni odontogene, etc..) anche se molto spesso risulta difficile precisarne l'origine.

L'infezione di un'artroprotesi è una complicanza molto importante che risulta favorita dalla selezione di batteri resistenti agli antibiotici, per cui risulta fondamentale riuscire a praticare l'isolamento dei germi responsabili.

La cronicizzazione del processo infettivo può determinare la necessità di espantare la protesi con il posizionamento di uno spaziatore protesico temporaneo addizionato con antibiotici, con successivo ulteriore intervento di reimpianto protesico.

Per ridurre al minimo il rischio di tale complicanza viene sempre praticata una profilassi antibiotica prima dell'intervento chirurgico.

- **Mobilizzazione asettica della protesi:** è di solito una complicanza tardiva (diversi anni); con questo termine si intende un progressivo distacco (o scollamento) delle componenti protesiche dall'osso non causato da infezioni, legato a processi di usura dei materiali o a perdita progressiva di massa ossea. Quando diviene di entità marcata può comportare il reimpianto di una nuova protesi.
- **Trombosi Venosa Profonda ed Embolia Polmonare:** La Trombosi venosa è una occlusione delle vene della gamba operata (raramente di quella sana) che si può manifestare con gonfiore, senso di forte pesantezza all'arto e dolore al polpaccio. Per embolia polmonare si intende invece il distacco di un trombo formatosi in una vena a causa della Trombosi Venosa Profonda. Un trombo che giunge ai polmoni determina dolore toracico, difficoltà respiratoria, tosse, talvolta catarro bronchiale contenente sangue. Rappresenta una complicanza molto temibile e pericolosa che obbliga ad un ricovero immediato in un reparto internistico.  
Per minimizzare i rischi di tali complicanze viene innanzitutto praticata una profilassi a base di eparina che andrà di norma proseguita per 5 settimane dopo l'intervento; altre valide misure preventive sono rappresentate dagli esercizi di mobilizzazione precoce e dall'impiego di calze elastiche antitrombotiche.
- **Complicanze vascolari e nervose:** le lesioni intraoperatorie di strutture vascolari importanti risultano piuttosto rare; mentre va segnalata la possibilità di danni per lo più da stiramento a carico del nervo sciatico e/o del nervo femorale.

Va poi ricordata la possibile insorgenza di un **deficit a carico del nervo Sciatico**, più frequentemente della sua componente peroneale. Questa diramazione nervosa può essere compressa a causa di manovre chirurgiche atte a divaricare i piani muscolari in presenza di fattori favorevoli che rendono più difficile un'adeguata esposizione chirurgica della regione anatomica: elevata massa corporea, protrusione acetabolare o altre particolari alterazioni osteoarticolari. L'insorgenza di una paresi del Nervo Peroneo comporta un deficit all'estensione del piede e può rendere necessario l'impiego di un

particolare tutore ortesico durante la deambulazione (molla di Codivilla). La ripresa delle lesioni nervose risulta sempre piuttosto lunga (molti mesi) ed il grado di recupero è difficilmente prevedibile.

Nel caso specifico sono presenti i seguenti fattori che possono incrementare i rischi di complicanze dell'intervento:

- .....
- .....
- .....
- .....

Io sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
letto quanto sopra con quanto allegato e ritendendo di averlo correttamente compreso ottenendo i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO** ad essere sottoposto/a ad intervento di:  
ARTROPROTESI TOTALE D'ANCA (PTA), lato .....

Data consegna modulo informativo:

Firma del medico: .....

Firma del paziente: .....