

Informativa / Allegato

Documento integrativo al modulo di consenso informato.

Intervento chirurgico proposto:

REVISIONE E REIMPIANTO DI PROTESI 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

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.

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

- Mobilizzazione asettica dell'artroprotesi, per lo più sostenuta da scollamento delle componenti e/o da usura dei materiali protesici
- Mobilizzazione settica dell'artroprotesi, provocata da un processo infettivo a diversa etiologia che si localizza a livello dell'impianto
- Complicanze meccaniche dell'artroprotesi quali: instabilità dell'impianto con lussazioni recidivanti, rottura di componenti protesiche, rigidità articolare dolorosa per presenza di ossificazioni periprotetiche
- Mobilizzazione traumatica dell'artroprotesi: provocata cioè da fratture del femore e/o del bacino

In fasi di avanzata gravità clinica e radiografica, tali patologie escludono trattamenti alternativi (medici e chirurgici) altrettanto efficaci, mentre il reimpianto di una artroprotesi può consentire il rapido miglioramento della sintomatologia dolorosa e dell'efficienza funzionale.

I tempi e il grado di recupero dell'autonomia funzionale risultano difficilmente prevedibile a priori e comunque le aspettative generali in termini di risultato sono inferiori rispetto a quelle di un impianto protesico primario in relazione all'alta complessità dell'intervento chirurgico in questione ed alle limitazioni spesso determinate dalla qualità e quantità di tessuto osseo residuo.

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

Casistica personale: durante la sua esperienza lavorativa il dott. Zanotti ha effettuato oltre 1000 reimpianti protesici; in particolare l'U.O. di Ortopedia di Lugo da lui diretta per circa 20 anni ha rappresentato uno dei centri di riferimento per la chirurgia di revisione dell'anca

Fasi dell'intervento, tipo di impianto e di fissazione protesica, eventuali tempi chirurgici complementari

La prima fase dell'intervento consiste abitualmente nella rimozione delle componenti protesiche presenti: in base alla situazione clinica, agli aspetti radiografici ed al reperto intraoperatorio potrà essere deciso di rimuovere tutte le componenti o solamente alcune di esse.

La rimozione dello stelo femorale e/o dei detriti di usura dei materiali potranno richiedere tempi chirurgici complementari come l'esecuzione di fenestrature (cioè apertura) della diafisi femorale con eventuale distacco del gran trocantere e le relative osteosintesi riparative al termine dell'intervento.

Il trattamento dei difetti ossei (osteolisi) a livello acetabolare e/o femorale richiede frequentemente l'impiego di tessuto osseo con funzione di innesto (in oltre il 90% dei casi secondo la nostra esperienza).

Gli innesti ossei da noi utilizzati possono essere

- Autologhi (cioè prelevati dal paziente stesso, abitualmente dalla cresta iliaca)
- Omologhi, (provenienti da pazienti donatori). E' la procedura che utilizziamo con maggior frequenza, mediante l'approvvigionamento di tessuto osseo attraverso la banca del Tessuto Muscoloscheletrico degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna.
- Eterologhi: si tratta di preparati commerciali di tessuto osseo proveniente da animali di speci diverse (eventualità molto rara).

Dopo queste fasi avviene di norma il reimpianto della protesi, ovverosia l'applicazione delle nuove componenti, secondo molteplici opzioni di scelta che riguardano sia la morfologia della protesi che il suo metodo di fissazione: analogamente a quanto avviene negli impianti primari, potrà essere impiegato un impianto protesico di tipo non cementato, cementato o misto (parzialmente cementato).

La scelta definitiva del tipo di impianto (disegno protesico, tipo di materiale e del suo metodo di fissazione) verrà comunque effettuata durante l'intervento, sulla base dei reperti intraoperatori e dell'esperienza acquisita dal chirurgo.

In caso di revisione effettuata a causa della presenza di un processo infettivo, si preferisce abitualmente non procedere ad un reimpianto protesico immediato: in tali situazioni, dopo l'esecuzione dell'espianto e di un'accurata pulizia chirurgica dei tessuti, viene applicata una protesi temporanea costituita da cemento acrilico addizionato da antibiotico. Questa procedura, secondo i dati più autorevoli presenti in letteratura, aumenta le possibilità di guarigione dell'infezione. L'intervento definitivo di reimpianto protesico verrà pertanto procrastinato di diversi mesi, sulla base dell'andamento successivo del quadro clinico, laboratoristico e radiografico.

Esiste anche la possibilità che fattori di ordine generale o locale, come il protrarsi del processo infettivo; rendano di fatto impossibile l'esecuzione del reimpianto protesico. In tale evenienza l'anca si troverà in una situazione definitiva di contatto per appoggio diretto dei capi ossei resecati, con marcato accorciamento dell'arto e grave zoppia persistente.

Va segnalato che in alcuni casi il reperto di una infezione di un'artroprotesi rappresenta una diagnosi intraoperatoria in interventi eseguiti con diagnosi preliminare di mobilitazione asettica (presenza di secrezione purulenta profonda comunicante con l'articolazione). In tutti i casi di sospetta infezione dell'impianto, allo scopo di identificare il germe responsabile, vengono prelevati campioni delle secrezioni e dei tessuti per l'esecuzione di esami batteriologici colturali ed ev. antibiogramma.

Preparazione all'intervento:

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

Va ricordato che nonostante tutti le misure e gli accorgimenti messi in opera per contenere le perdite ematiche la necessità di dover ricorrere a trasfusioni con sangue omologo in tali interventi rimane statisticamente assai frequente (in oltre il 50% dei casi)

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

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

La sera dell'intervento viene iniziata una profilassi antitromboembolica (la quale sarà proseguita per ca. 30 giorni dopo l'intervento).

Decorso postoperatorio standard:

Il giorno successivo all'intervento, sulla base delle condizioni cliniche generali, il paziente inizia a compiere esercizi di mobilitazione attiva dell'arto e si inizia ad assumere la posizione seduta

I tempi di concessione del carico risultano invece piuttosto variabili in base a diversi fattori che includono: la qualità meccanica del tessuto osseo, il tipo di impianto protesico ed il metodo di fissazione impiegato, l'eventuale utilizzo complementare di innesti ossei; in una certa percentuale di casi la deambulazione con carico diretto sull'arto operato può essere procrastinata di oltre un mese dopo l'intervento.

La dimissione avviene in media tra la 10^a e la 12^a giornata successiva all'intervento.

Prima della dimissione vengono fornite al paziente tutte le informazioni relative all'esito dell'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 disassemblaggio dell'impianto protesico.

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.

Si tratta fundamentalmente delle stesse complicanze che si possono verificare in un primo intervento di artroprotesi d'anca, anche se nei reimpianti la loro frequenza e gravità risulta senza dubbio maggiore.

- **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 in caso di grave usura del cotile o negli esiti di displasia dell'anca). Talvolta l'arto operato sarà intenzionalmente allungato durante l'intervento per stabilizzare l'articolazione o per migliorare la funzione muscolare. In altri casi un preesistente accorciamento potrà essere recuperato solo parzialmente.
Non rappresenta comunque una complicanza grave in rapporto alla patologia in oggetto; le dismetrie maggiori possono rendere consigliabile l'impiego di rialzi applicati successivamente alle calzature.
- **Lussazione:** rappresenta il disassemblaggio con separazione delle componenti protesiche. Risulta decisamente più frequente rispetto agli interventi primari, spesso in relazione a situazioni di insufficienza della muscolatura glutea o a problemi meccanici di orientamento delle componenti protesiche. La sua frequenza è massima nei primi mesi successivi all'intervento e può essere direttamente provocata da errati atteggiamenti posturali e da incauti movimenti articolari. In certi casi gli episodi di lussazione possono ripetersi abitualmente nel tempo e rendere necessario il ricorso ad un reintervento. Un'altra misura preventiva è rappresentata dall'applicazione di un tutore di immobilizzazione pelvifemorale.
- **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 plastiche della ferita.
- **Fratture intraoperatorie:** rappresenta una complicanza legata per lo più a fragilità del tessuto osseo femorale per cause osteoporotiche: possono rendere necessarie il ricorso a tempi chirurgici complementari (osteosintesi di vari tipi), l'impiego di impianti particolari (ad es. steli femorali di taglia lunga) e l'applicazione di un tutore di immobilizzazione pelvifemorale nel periodo postoperatorio.
- **Ossificazioni eterotopiche:** è la neoformazione di tessuto osseo nelle zone peripotesiche: si verifica nei mesi successivi all'intervento per effetto di una trasformazione strutturale di parti della muscolatura glutea. 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.
- **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 (o persistenza dell'infezione) dell'artroprotesi:** si può manifestare in forma acuta e precoce con febbre molto elevata, forte dolore all'anca operata che presenta secrezione della ferita e calore locale, oppure in maniera più subacuta e tardiva, con febbre persistente, dolore locale 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 ma che a volte può essere dominata con la ripresa della somministrazione di antibiotici per alcune settimane in dosi massicce. Se questo trattamento non ha esito positivo si può arrivare all'espanto della protesi con il posizionamento di uno spaziatore protesico temporaneo addizionato con antibiotici, e ad un eventuale ulteriore successivo intervento di reimpianto protesico. Per ridurre al minimo il rischio di tale complicanza viene come detto praticata una profilassi antibiotica prima dell'intervento chirurgico.
- **Mobilizzazione asettica della protesi reimpiantata:** 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, frequentemente legato a processi di usura dei materiali. Quando diviene di entità marcata può condurre all'esecuzione di un nuovo reimpianto. Va specificato che in caso di reimpianti plurimi diminuisce la quantità e la qualità del tessuto osseo residuo, con inevitabili conseguenze negative sulla tenuta meccanica degli impianti.

- **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. E' 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 scrupolosamente proseguita dopo la dimissione; altre valide misure preventive sono rappresentate dagli esercizi di mobilitazione precoce e dall'impiego di calze antitrombotiche.

- **Complicanze vascolari e nervose:** le lesioni intraoperatorie di strutture vascolari e nervose risultano statisticamente più frequenti nei reimpianti a causa degli esiti cicatriziali dei precedenti interventi che comportano inevitabili sovvertimenti dell'anatomia locale; va segnalata la possibilità di danni per lo più da stiramento a carico del nervo sciatico e/o del nervo femorale. Le lesioni vascolari possono rendere necessari tempi chirurgici complementari da eseguire durante lo stesso intervento.

- **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 favorenti 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 ritenendo di averlo correttamente compreso ottenendo i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO** ad essere sottoposto/a ad intervento di:

REVISIONE E REIMPIANTO DI PROTESI D'ANCA, lato

Data consegna modulo informativo:

Firma del medico:

Firma del paziente: