

DOTT. DANILO SEBASTIANO MELLANO
SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CHIRURGIA CONSERVATIVA E PROTESICA DELL'ANCA
studiodanilomellano@gmail.com
3283421607

Buon giorno a tutti,

Queste pagine hanno lo scopo di informare i lettori su alcuni punti fondamentali:

1. COSA SI INTENDE PER ATROSI DELL'ANCA

2. QUALI SONO I TRATTAMENTI DELL'ARTROSI DELL'ANCA:

- **NON CHIRURGICI ES INFILTRAZIONI ENDOARTICOLARI**
- **CHIRURGICI SENZA IMPIANTO DI PROTESI**
- **CHIRURGICI CON IMPIANTO DI PROTESI D'ANCA**

3. COSA E' UNA PROTESI D'ANCA E COSA E' GIUSTO SAPERE CIRCA L'INTERVENTO E IL POSTOPERATORIO

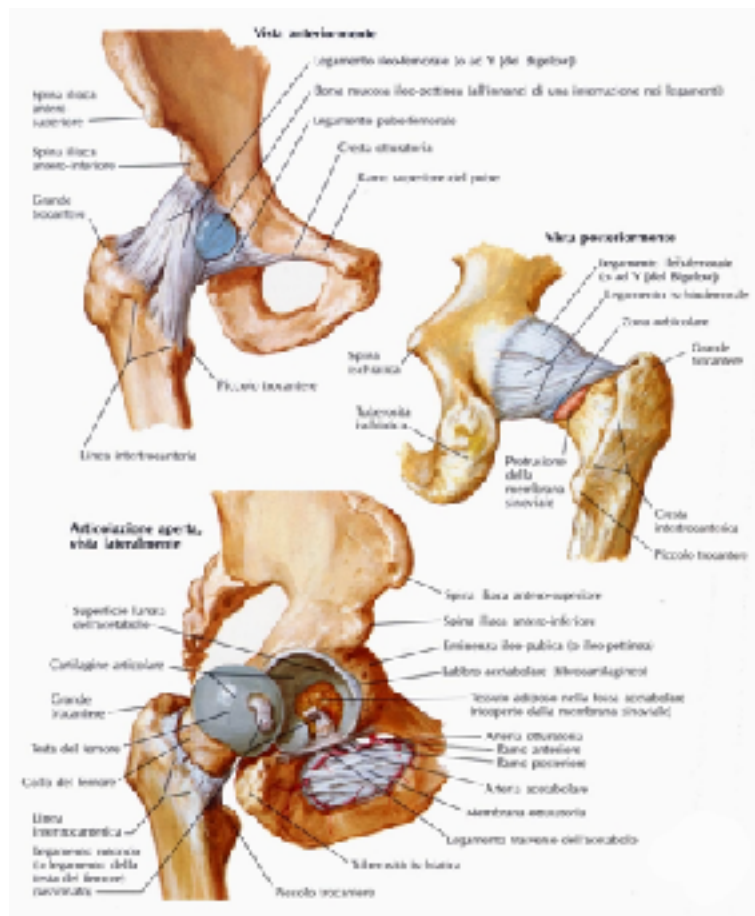
1. L'ARTROSI DELL'ANCA E UNA BUONA VITA CON UNA PROTESI D'ANCA

L'anca e' una grande articolazione paragonabile ad uno snodo meccanico che permette un importante movimento.

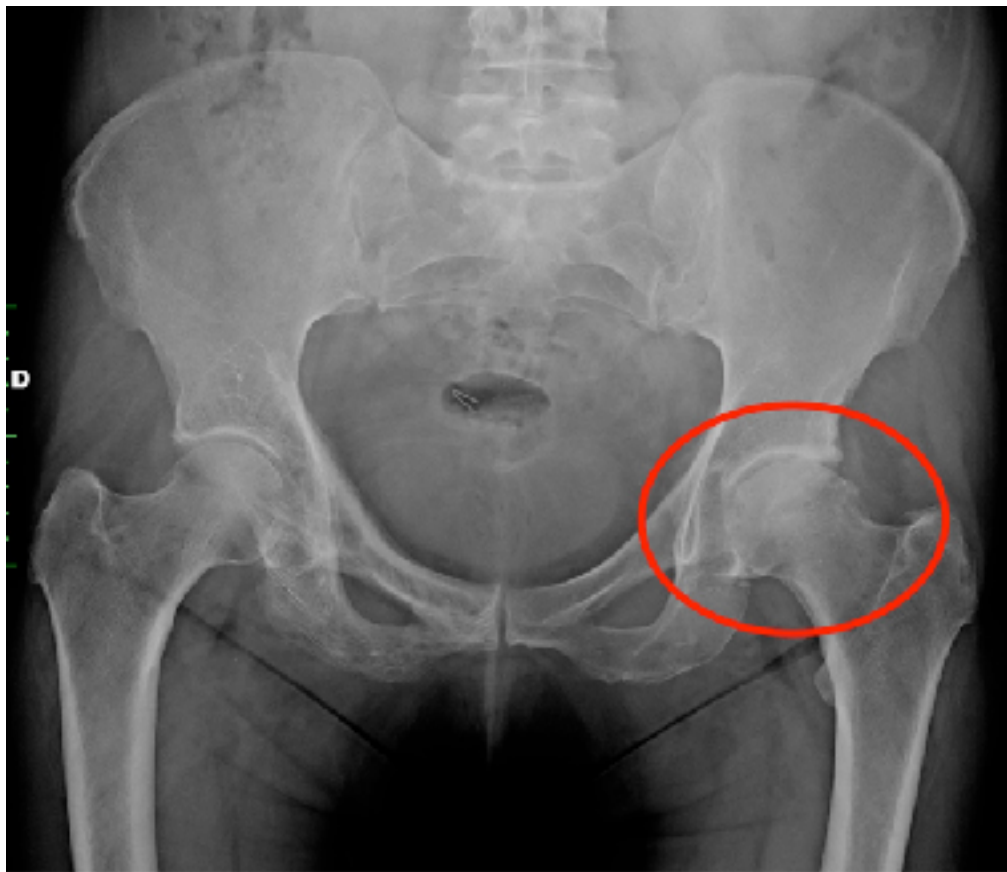
L'articolazione dell'anca e' formata da:

- testa del femore di forma sferica

- l'acetabolo, ovvero una cavità a forma di coppa formata dalle ossa del bacino all'interno della quale ruota la testa del femore
- la capsula articolare, i legamenti, i forti muscoli glutei



I problemi articolari sono tra i maggiori ostacoli al movimento quotidiano. In particolare, è l'anca ad essere più frequentemente colpita da artrosi: si parla in questo caso di coxartrosi, ossia quella malattia degenerativa cronica che colpisce l'articolazione in tutte le sue componenti (capsula, legamenti, cartilagine, osso).



È una patologia
che si
manifesta in
maniera
subdola sotto
forma di dolore
sfumato,
circoscritto
all'inguine
oppure al
gluteo con
irradiazione
lungo la coscia
sino al
ginocchio,
tanto che in un
primo
momento viene
confusa con
tendinite o

pubalgia.

In queste fasi iniziali, infatti, si avverte fastidio perlopiù in condizioni di particolare affaticamento ma, con la progressione della malattia, il dolore si intensifica e con esso la limitazione dei movimenti. La rigidità dell'articolazione rende dapprima difficoltose le normali attività quotidiane (infilarsi le calze, allacciarsi le scarpe, camminare etc.) per poi compromettere gravemente l'autonomia del paziente.

Per avere certezza definitiva della diagnosi è necessario implementare i dati clinici con esami strumentali. In primis, una semplice radiografia del bacino in antero-posteriore e proiezione assiale dell'anca dolorosa, che può essere integrata da una proiezione panoramica di bacino in ortostatismo (cioè con il paziente in piedi), al fine di evidenziare la corretta posizione della struttura scheletrica nello spazio, completata da proiezione assiale "vera" e proiezione per lo studio del defilè acetabolare o "falso profilo".

Tale protocollo permette eventualmente di porre il sospetto su alcune condizioni che possono avere determinato lo sviluppo della coxartrosi, come la displasia evolutiva dell'anca e il conflitto femoro-acetabolare. In questi casi, l'ortopedico potrebbe ritenere necessario un ulteriore approfondimento diagnostico: la RMN basale senza o con mezzo di contrasto o l'Artro-Risonanza Magnetica Nucleare (artro-RMN). Quest'ultimo è un esame diagnostico che consente, utilizzando un mezzo di contrasto iniettato in sede intra-articolare sotto guida radiologica e completato con sequenze dedicate, di avere informazioni dettagliate sul danno già presente nelle strutture endoarticolari.

La Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), non rileva lo stato della cartilagine ma permette di ottenere una migliore visualizzazione dell'osso. Seppur la TAC abbia indicazioni limitate nello studio della coxartrosi, può essere utile in casi selezionati nella pianificazione dell'intervento.

In questa radiografia del bacino in antero-posteriore si nota come a sinistra lo spazio articolare sia nettamente diminuito rispetto al controlaterale con osso della testa del femore e dell'acetabolo a contatto tra di loro (coxartrosi).

2. I TRATTAMENTI DELLA PATOLOGIA DELL'ANCA

I trattamenti attraverso cui si affronta la coxartrosi si dividono in due categorie:

TRATTAMENTO NON CHIRURGICO CONSERVATIVO e TRATTAMENTO CHIRURGICO (con o senza impianto di protesi).

L'approccio conservativo consente di rallentare la progressione della malattia e alleviare il dolore, ma non è risolutivo dal momento che la cartilagine usurata non si rigenera. Molte volte l'unica opzione per migliorare la qualità della vita diventa quindi la sostituzione chirurgica mediante protesi.

Ogni anno in Italia vengono impiantate circa 100.000 di queste protesi d'anca: un dato significativo che rende l'idea della dimensione del problema nel nostro Paese e di quante persone ne siano colpite.

2.1 TRATTAMENTO NON CHIRURGICO CONSERVATIVO

Trattamenti fisioterapici mirati, perdita di peso e moderato esercizio fisico (con abolizione delle attività sportive traumatiche e impegnative per l'anca come la corsa) sono comportamenti che, soprattutto nelle fasi iniziali della malattia, aiutano il paziente a convivere senza un deterioramento significativo della qualità di vita.

Per posticipare la chirurgia protesica oppure come trattamento palliativo in pazienti che non possono sottoporsi a interventi, risulta utile ricorrere alle infiltrazioni. Tra le più diffuse, si ricordano:

- **infiltrazioni endoarticolare di cellule staminali**: un metodo introdotto di recente per rallentare la degenerazione cartilaginea, ma non ancora validato dalla letteratura internazionale;
- **infiltrazioni endoarticolare di acido ialuronico**: riducono transitoriamente la sintomatologia dolorosa, con un'efficacia dimostrata, anche se in modo non univoco e in soli casi selezionati;
- **infiltrazioni di concentrati piastrinici** (plasma ricco di piastrine, PRP): hanno effetti più duraturi rispetto alle precedenti.

Oltre a queste terapie, nei pazienti per cui l'intervento sarebbe eccessivamente rischioso, possono essere presi in considerazione cure palliative miranti a ridurre la sensibilità dell'anca al dolore: si tratta dei cosiddetti trattamenti antalgici, effettuati da medici specialisti in terapia del dolore.

2.2 TRATTAMENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO

Alcuni difetti morfologici dell'anca come la displasia evolutiva, il conflitto femoroacetabolare e alcune patologie degenerative dell'infanzia evolvono spesso in una forma iniziale di coxartrosi. Nei

pazienti giovani, un trattamento chirurgico mirato è spesso utile per rallentare e, in alcuni casi bloccare, la progressione del danno alla cartilagine.

Nel caso della displasia dell'anca, cioè quando la testa del femore è dislocata dalla cavità acetabolare, si interviene attraverso un'osteotomia periacetabolare. Stiamo parlando di una procedura altamente complessa (la cavità acetabolare e il resto del bacino sono separati chirurgicamente) e quindi riservata a pazienti molto giovani, con il vantaggio di migliorarne i sintomi per un lungo periodo.

Il conflitto femoroacetabolare si riscontra invece quando la testa del femore, nel suo movimento, arriva precocemente a fondo corsa e, di conseguenza, la giunzione tra testa e collo urta contro il bordo della cavità acetabolare. A differenza della displasia, il conflitto femoroacetabolare può essere causato anche da attività sportive (hockey, danza classica, alcune arti marziali) durante le quali gli spostamenti dell'anca sono ripetuti all'estremo.

Nelle fasi precoci di queste condizioni, quando il danno cartilagineo non è ancora permanente, si interviene con un trattamento chirurgico mirato a eliminare il difetto strutturale.

Questa procedura avviene in artroscopia, "mini-open" o a cielo aperto, a seconda del tipo di lesione cartilaginea. In particolare, la tecnica artroscopica consente di limare la parte di osso in eccesso attraverso 3-4 incisioni di circa 1.5 cm, in 1-2 ore di intervento. Il paziente riprende le normali attività dopo circa 8 settimane di terapia fisica, anche se possono essere necessari dai 6 agli 8 mesi per una completa scomparsa del dolore.

Oltre a queste due patologie, gli interventi chirurgici conservativi vengono eseguiti anche in pazienti affetti da patologie degenerative dell'infanzia come la malattia di Legg-Calvè-Perthes e l'epifisiolisi.

In generale, nei pazienti con un danno articolare iniziale, l'approccio conservativo migliora il dolore e rallenta la progressione dell'artrosi, anche di diversi anni. Esiste comunque un rischio significativo che la procedura chirurgica non modifichi l'evoluzione del danno articolare e che, quindi, il quadro clinico continui a deteriorarsi.

2.3 TRATTAMENTO CHIRURGICO SOSTITUTIVO: LA PROTESI D'ANCA

Quando la qualità di vita del paziente non è più accettabile a causa del dolore e della limitazione di movimento tipiche della coxartrosi, l'opzione migliore diventa la sostituzione chirurgica dell'articolazione dell'anca mediante una protesi artificiale (artroprotesi).

I benefici più importanti sono indubbiamente la scomparsa del dolore e, nella maggioranza dei casi in cui risulta possibile ripristinare la corretta lunghezza dell'arto, anche della zoppia.

Questi miglioramenti si avvertono già nelle prime settimane post-intervento, quando la fisioterapia riveste un ruolo fondamentale mentre, con il passare dei mesi, il paziente può tornare anche a praticare una cauta attività sportiva, evitando però la corsa e gli sport di contatto o che richiedano salti ripetuti.

Il tasso di recupero è dunque molto alto, ma dipende anche dalla situazione muscolare che si aveva al momento dell'intervento: maggiore era la mobilità pre-operatoria, migliore sarà la ripresa.

3. LA PROTESI D'ANCA

L'artroprotesi ha quattro componenti principali:

1. il *cotile*, a forma di coppa che viene posizionato nell'acetabolo (bacino);
2. L'inserto del cotile, che può essere di ceramica o polietilene



3. lo *stelo*, applicato all'interno del canale femorale;
4. la *testa*, che si incastra sull'apice dello stelo per articolarsi con il cotile.

Per quanto concerne i materiali, il cotile e lo stelo sono realizzati in leghe metalliche (titanio e leghe di titanio, lega cobalto-cromo-molibdeno) l'inserto può essere di polietilene o ceramica, la testa può essere di ceramica o metallica

L'articolazione viene creata fra la testina protesica posizionata sullo stelo e l'interno del cotile, dove è alloggiato l'inserto: è questa la parte essenziale della protesi dove, nel tempo, si verifica l'usura, causa principale del fallimento dell'intervento a distanza.

Va, infatti, ricordato che le protesi non sono eterne, bensì la loro durata dipende dal posizionamento delle componenti, dalla qualità dell'impianto e dal comportamento del paziente, soprattutto nella primissima fase post-intervento.

Una volta inseriti, il cotile e lo stelo vanno fissati all'osso: questa procedura, detta ancoraggio, può avvenire mediante l'inserimento "a pressione" delle componenti – *protesi non cementata* – oppure iniettando, prima della collocazione della protesi, il polimetilmetacrilato, una sostanza liquida definita comunemente "cemento" – *protesi cementata* appunto – che si indurisce in pochi minuti.

La scelta di una di procedura anziché di un'altra dipende essenzialmente dallo stato dell'osso che deve ospitare la protesi: se la qualità dell'osso non è buona a causa dell'osteoporosi, sussiste il rischio di non riuscire a ottenere una sufficiente stabilità "a pressione" e quindi si opta per la componente cementata. Nelle protesi *non* cementate, infatti, la fissazione iniziale si consolida progressivamente con la crescita dell'osso sulla superficie del metallo: un processo detto "osteointegrazione", che si realizza nei primi 2-3 mesi dall'intervento, garantendo la stabilità dell'impianto negli anni.

Oltre alla qualità dell'osso, un parametro discriminante per la scelta della protesi è l'età del paziente: in persone giovani, si prediligono steli più corti di quelli convenzionali, al fine di conservare il più possibile il patrimonio osseo e agevolare eventuali futuri interventi di sostituzione della protesi.

A. LA TECNICA CHIRURGICA

Negli ultimi anni, il grande miglioramento delle tecniche chirurgiche ha permesso di ridurre l'invasività dell'intervento e, con essa, la lunghezza della ferita e delle inserzioni muscolari.

A differenziare le varie procedure è soprattutto la via d'accesso scelta dal chirurgo, ma ad oggi non esiste evidenza della superiorità di una tecnica rispetto all'altra.

- La via d'accesso posteriore o posterolaterale: è la più utilizzata, in quanto garantisce un'ottima visualizzazione delle strutture anatomiche, rende più semplice un eventuale re-intervento e può avvenire anche in anestesia spinale.

- L'accesso laterale o anterolaterale: sfrutta l'interstizio fra il tensore della fascia lata e il gluteo medio, garantendo un tasso di lussazione minore rispetto a quello registrato nella via posteriore.
- L'accesso anteriore diretto: è una tecnica tornata in auge negli ultimi anni grazie al miglioramento degli strumentari chirurgici e al fatto che dà al paziente una sensazione di maggiore mobilità nel primo periodo post-operatorio, in quanto non interferisce con i muscoli glutei. Si tratta, però, di una procedura complessa e lunga che richiede generalmente un'anestesia molto profonda per rilassare i muscoli.

B. LE POSSIBILI COMPLICANZE

La chirurgia protesica dell'anca ha raggiunto un altissimo livello di efficacia e affidabilità con un tasso molto basso di complicanze. Le complicanze generiche e specifiche dell'intervento di protesi d'anca sono ben note e vengono adottate tutte le procedure al fine di ridurre al minimo la possibilità che queste accadano.

Di seguito sono elencate le principali.

- L'infezione rappresenta una complicanza inferiore al 2% che si verifica con maggiore frequenza in quei pazienti che, a causa dell'età avanzata, di alcune terapie o malattie concomitanti (diabete, obesità severa, condizioni morbose o terapie che producono immunodeficienza etc.) sono naturalmente più soggetti a contrarre infezioni. Per scongiurare il rischio, durante l'intervento viene somministrata una terapia antibiotica mentre, nella fase pre-operatoria, il paziente dovrebbe sottoporsi a esami mirati a identificare eventuali infezioni (ad esempio, una visita odontoiatrica).
- La lussazione dell'impianto protesico è un'eventualità rara (meno del 2%), a patto che il paziente segua alla lettera le indicazioni post-operatorie, evitando i movimenti lussanti.
- L'eterometria si verifica quando la lunghezza dell'arto operato viene modificata chirurgicamente, in genere di 1-1.5 cm, al fine di garantire un bilanciamento muscolare, una buona mobilità e stabilità della protesi. In ogni caso, il paziente non avverte problematiche nella deambulazione.
- Le fratture intraoperatorie sono una complicanza non comune (più probabile in concomitanza di scarsa qualità e deformità dell'osso o artropatia infiammatoria) che si verifica soprattutto a livello del femore e, nella maggioranza dei casi, guariscono spontaneamente o tramite l'inserimento di viti, fili o cerchiaggi.

- Le ossificazioni periarticolari sono un riscontro radiografico di osso esuberante nella sede dell'intervento e rappresentano un'eventualità prevedibile in determinati pazienti. Esistono farmaci in grado di ridurne l'occorrenza.
- I rischi di lesioni di nervi o di vasi costituiscono una complicanza genericamente rara che aumenta in pazienti con displasia, con condizioni morbose che rendono più fragili i nervi (ad esempio, diabete, neuropatia periferiche o patologie severe a carico della colonna vertebrale) oppure quando è stato necessario un allungamento del nervo.
- Altre complicanze come usura, danneggiamento, rottura, mobilizzazione della protesi d'anca o mancata osteointegrazione insorgono per lo più dopo anni dall'intervento e possono richiedere una semplice osservazione nel tempo o un ulteriore intervento chirurgico di revisione. Per questo motivo è fondamentale rispettare le scadenze e le visite di controllo con il chirurgo.

C. IL RITORNO A CASA: SUGGERIMENTI PER LA VITA CON LA NUOVA ARTICOLAZIONE

Una volta dimesso dall'ospedale, nel primo periodo successivo all'impianto della protesi, il paziente dovrà seguire alcune semplici regole di comportamento e i consigli del chirurgo: solo in questo modo l'articolazione non si affaticherà e la ferita guarirà velocemente.

PRIME 4-8 SETTIMANE POST-INTERVENTO

- Prevedere un aiuto a casa e nelle commissioni.
- Evitare assolutamente rotazioni estreme e movimenti bruschi.
- Suddividere i carichi sui due lati del corpo, ad esempio con uno zainetto.
- Consultare immediatamente il medico curante in caso di gonfiore persistente, arrossamento o secrezione intorno alla ferita, sanguinamenti importanti e/o dolori forti, stati infettivi (infezioni dentarie, cistiti, tonsilliti, etc.).
- Recarsi alle visite di controllo programmate così da individuare e intervenire precocemente su potenziali problemi relativi all'impianto.

Camminare

- Fare ogni giorno alcune brevi passeggiate: usare una stampella per lato e posizionarle leggermente in avanti rispetto al piede.
- Sostenersi con le stampelle, piegando leggermente i gomiti e accertandosi di sostenere il peso con le mani.
- Camminare a piccoli passi.
- Evitare superfici sconnesse.
- Indossare scarpe basse e robuste, con suola di gomma, in modo da mantenere più facilmente la stabilità e ridurre il rischio di caduta.

- Caricare l'anca operata come spiegato in ospedale.

Salire le scale

- Fare uno scalino per volta, appoggiando prima il piede della gamba sana sullo scalino successivo.
- Mantenere le stampelle sullo scalino sottostante.
- Muovere la gamba operata insieme alle stampelle e portarla sullo stesso scalino di quella sana.

Scendere le scale

- Appoggiare le stampelle sullo scalino più in basso.
- Scendere sullo scalino con la gamba operata, spostando il peso sulle stampelle.
- Portare la gamba sana sullo stesso scalino di quella operata.

Sedersi

- Non sedersi su superfici troppo basse o troppo morbide e prediligere le sedie con braccioli.
- Stendere in avanti l'arto operato e sostenersi ai braccioli, sorreggendo il peso con le braccia e la gamba sana. Abbassarsi quindi sulla sedia.
- Le anche devono sempre trovarsi più in alto rispetto alle ginocchia: eventualmente usare un cuscino a cuneo come rialzo.
- Non incrociare le gambe una volta seduti.

Alzarsi

- Spingere con forza verso il basso sui braccioli, spostando il peso sulle braccia e sulla gamba sana.
- Mettere avanti la gamba operata e spingersi leggermente in alto facendo forza sulle braccia.
- Cercare di raggiungere l'equilibrio prima di afferrare le stampelle.

Andare in bagno

- Se si è molto alti, meglio usare un WC rialzato. Sedersi e alzarsi come descritto sopra.
- Se non si ha a disposizione un sedile rialzato, estendere completamente la gamba operata in avanti prima di sedersi.

Lavarsi

Fino a quando la ferita non sarà completamente guarita, è meglio evitare di fare la doccia o il bagno. In ogni caso, dopo essersi lavati, asciugare la ferita senza sfregare.

Doccia

- Entrare nella doccia prima con la gamba sana (una maniglia o una panchetta da doccia potrebbero facilitare l'entrata e l'uscita nel box).
- Usare una spugna con manico lungo per lavarsi le gambe senza doversi chinare.
- Uscire dalla doccia portando in avanti la gamba operata

Vasca

- È utile disporre di una panchetta e di una maniglia per vasca o almeno di uno sgabello robusto da posizionare vicino, per facilitarne l'entrata e l'uscita.
- Sollevare sopra il bordo della vasca per prima la gamba sana e poi quella operata.

- Sostenere le cosce durante i movimenti.

Sdraiarsi, dormire e alzarsi dal letto

Il letto non deve essere troppo basso (a seconda dell'altezza del paziente, circa 65-70 cm) mentre il materasso deve essere sufficientemente duro.

Sdraiarsi

- Camminare lentamente all'indietro fino a toccare il letto.
- Appoggiare le stampelle di lato e abbassarsi sul letto aiutandosi con le braccia.
- Sedersi lentamente, spostando il peso sulla gamba sana.
- Girarsi gradualmente e sollevare la gamba operata sul letto, aiutandosi con entrambe le mani.
- Spostare la gamba sana.
-

Alzarsi

- Posare per terra prima la gamba sana.
- Sollevare la gamba operata, aiutandosi con entrambe le mani, e stenderla in avanti fino a trovare l'equilibrio.

Indossare abiti e scarpe

- Usare accessori speciali (pinza con manico lungo, calzascarpe, infilacalze) per afferrare la vita dei pantaloni o della gonna.
- Infilare l'indumento prima sulla gamba operata e poi su quella sana.
- Usare una stampella o un bastone per sollevarsi e alzare l'indumento fino alla vita.
- Indossare scarpe robuste senza stringhe, aiutandosi con un calzascarpe con impugnatura extra lunga per non doversi piegare.
- Svestirsi togliendo prima l'indumento dalla gamba sana.

Salire in auto e guidare

- Farsi aiutare a posizionare il sedile alla distanza corretta dal lato passeggero.
- Sedersi all'indietro sul sedile e sollevare le gambe una dopo l'altra, portandole all'interno dell'abitacolo aiutandosi con entrambe le mani.

Dopo aver riacquisito forza e sensibilità nelle gambe e un certo controllo, sarà di nuovo possibile guidare.

Attività sessuale

L'attività sessuale potrà essere ripresa non appena ci si sente pronti, ma evitando di piegare eccessivamente l'anca oltre i 90 gradi.

Sport

Non esistono regole standard e non ha senso consentire o proibire determinati sport: il paziente dovrà soltanto modificare leggermente il suo stile di vita per non sovraccaricare l'articolazione e non effettuare movimenti estremi potenzialmente pericolosi per le componenti proteiche.

Sport piu' appropriati: bicicletta, escursionismo, sci di fondo (passo alternato), camminate/nordic walking, nuoto, aqua jogging, aqua walking, ginnastica, golf, ballo.

Sport meno appropriati: jogging, squash, calcio, pallavolo, pallacanestro, sci alpino, equitazione, tennis

Un prezioso consiglio e' quello di evitare la sedentarieta', di praticare con prudenza e senza eccessi lo sport che amate, purché non sia uno sport estremo e che non comporti una eccessiva sollecitazione delle anche.

Nella speranza che tutte queste informazioni possano essere state utili per chiarirVi dubbi e curiosità, rimango a disposizione per ogni ulteriore chiarimento e Vi saluto con affetto

Dott. Danilo Sebastiano Mellano
Chirurgia dell'anca