
LA PROTESI DI GINOCCHIO



INFORMAZIONI PRE OPERATORIE

IL GINOCCHIO

L'articolazione del ginocchio è costituita in realtà da due articolazioni: articolazione tra femore e tibia e tra femore e rotula. Il ginocchio è un'articolazione particolarmente complessa che consente, oltre alla flessione e all'estensione, movimenti combinati quali la rotazione e lo scorrimento. L'estremità inferiore del femore, e quella superiore della tibia sono rivestite dalla cartilagine articolare, tessuto estremamente delicato che serve ad ammortizzare il peso del corpo e a ridurre l'attrito tra le ossa. Inoltre, l'articolazione è avvolta da una capsula articolare con funzioni di contenimento che a sua volta è rivestita da una membrana sinoviale con funzioni di lubrificazione e nutrizione del rivestimento cartilagineo.

QUANDO E' NECESSARIO SOTTOPORSI AD UN INTERVENTO DI PTG

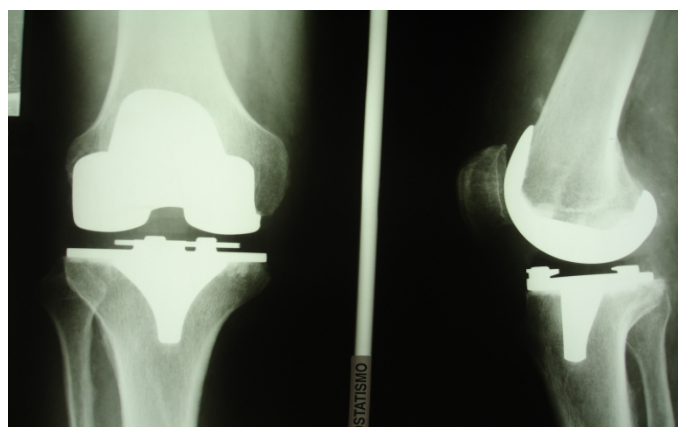
Nel corso degli anni, il tessuto cartilagineo subisce fisiologiche modificazioni della sua struttura divenendo più fragile. In presenza di fattori predisponenti, *quali eccesso di peso ponderale, alterazioni dell'asse meccanico (ginocchio varo o valgo)*, la cartilagine si frammenta, mettendo a nudo le superfici ossee dell'articolazioni. Avvengono a questo punto molteplici modificazioni dei tessuti ossei, legamentosi, meniscali e sinoviale che si compendiano nel quadro clinico dell'artrosi. Molteplici possono essere le cause all'origine di una patologia del ginocchio che possono rendere necessario un intervento di protesizzazione; la più frequente è l'usura patologica della cartilagine articolare, ovvero l'osteoartrite, o un'usura "naturale", ovvero l'artrosi. Entrambe queste patologie provocano nel tempo una progressiva distruzione dello strato cartilagineo, che comporta un contatto diretto tra osso e osso, con conseguente necrosi ossea parziale e deformazione dell'articolazione in associazione a stati dolorosi e flogosi. La conseguenza clinica della riduzione dello strato cartilagineo e dell'infiammazione cronica, è la comparsa della tumefazione ed un ingravescente dolore, inizialmente ad insorgenza notturna, che con l'aggravarsi della malattia diviene continuo e che si acuisce con la deambulazione. Nelle forme più gravi della malattia, la deambulazione senza dolore è possibile solo per brevi

tratti. Altra conseguenza dell'artrosi è la progressiva ed invalidante riduzione dei gradi di estensione e flessione.

Le scelte terapeutiche riguardanti questa condizione, si basano quasi completamente sul grado di **dolore percepito**. Se il dolore non è troppo intenso e non condiziona eccessivamente il proprio stile di vita, la sintomatologia è gestibile con provvedimenti semplici, quali ad esempio l'assunzione di antalgici o di antinfiammatori. Inoltre con altri piccoli accorgimenti, quali un bastone da passeggio, un supporto per il ginocchio e/o occasionali cicli di fisioterapia e/o ciclo di viscosupplementazione con acido ialuronico, si riesce ad ottenere un buon controllo sul sintomo primario, ossia il dolore.

Esauriti tutti i tentativi di trattamento non invasivi, quando il dolore diviene intenso e condiziona in maniera considerevole il proprio stile di vita – il sonno e la capacità di attendere alle faccende quotidiane limitando la propria indipendenza e la capacità di deambulare – può divenire necessaria una **Protesi Totale di Ginocchio**.

L'intervento di protesi articolare totale del ginocchio, consiste nel ricostruire la superficie delle ossa del ginocchio mediante una protesi, la quale, come il ginocchio normale, avrà superfici lisce ed in grado di sostenere carichi. Per ogni tipo di impianto è prevista un'ampia gamma di modelli realizzati in taglie diverse. La scelta del tipo di protesi è dettata dalla conformazione dell'osso, dal peso e dall'attività fisica del paziente. I materiali impiegati per le protesi sono di elevato livello tecnologico e garantiscono una compatibilità pressoché assoluta ed una tollerabilità a lungo termine (biocompatibilità). I materiali oggi più usati consistono in leghe di metalli (la componente femorale) progettati specificatamente per uso medicale, e polimeri (la componente tibiale) ad elevata biocompatibilità. Così come per il ginocchio "normale" anche le protesi sono sottoposte ad usura, dipendente questa dai carichi dettati dal tipo di attività svolte, e pertanto non è possibile fornire una garanzia funzionale illimitata, sebbene lo sviluppo dei nuovi materiali consenta durate che sino a dieci anni fa apparivano del tutto impossibili.



INTERVENTO

All'inizio dell'anestesia viene somministrato un antibiotico (**profilassi antibatterica**) per prevenire l'insorgenza di infezioni postoperatorie nel sito della protesi.

L'intervento è eseguito in **anestesia generale** o **spinale**; la via di accesso standard è quella anteriore (pararotulea mediale), con il Paziente posizionato sul letto operatorio in posizione supina.

Si pratica un'incisione centrata sulla rotula che avrà lunghezza variabile da 10 a 20 cm. Raggiunta l'articolazione del ginocchio, si lussa o sublussa (cioè si sposta) la rotula e si asportano le superfici articolari del femore e della tibia per sostituirle con le componenti protesiche.

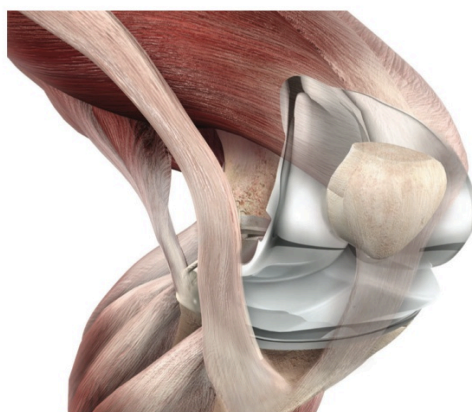
Vengono sempre posizionati uno o due **drenaggi** per la raccolta del sangue che si raccoglie nella sede dell'intervento. Spesso è possibile recuperare il sangue che fuoriesce dal drenaggio entro le prime sei ore dopo l'intervento e dopo un'adeguata filtrazione, ritrasfonderlo al Paziente nel periodo di recupero postoperatorio.

DOPO INTERVENTO

Nelle prime ore dopo l'intervento, il Paziente resterà steso sul dorso e potrà iniziare molto presto la fisioterapia. Il Paziente verrà fornito di **calze elastiche anti-trombo**, che dovrà indossare per stare sia seduto sia in piedi, al fine di evitare stasi di sangue negli arti inferiori riducendo il rischio di eventi trombo embolici.

L'articolazione operata sarà più calda dell'altra al tatto e questa sensazione si protrarrà anche fino a sei mesi dall'intervento.

Il primo giorno post operatorio verrà rimosso il drenaggio e verrà consigliata una cauta mobilizzazione con possibilità di un primo trasferimento dal letto alla poltrona.



RISCHI GENERICI

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

RISCHI SPECIFICI

Possibili complicanze per interventi chirurgici di protesi totale di ginocchio

Emorragia: più frequente negli interventi di rimozione e di reimpianto di protesi totale; si manifesta precocemente e comunque entro le prime 24 ore; può richiedere numerose trasfusioni di sangue.

Trombosi venosa profonda e l'embolia polmonare: tutti gli interventi chirurgici eseguiti sull'addome e sugli arti inferiori espongono al rischio di questa complicanza, negli interventi protesici il rischio è maggiore in quanto viene utilizzata spesso la compressione vascolare a laccio, per migliorare la pulizia e la visibilità del campo operatorio: la profilassi antitrombotica viene eseguita proprio allo scopo di ridurre al minimo il rischio di questa complicanza.

Lesione neurologica: poco frequente - e comunque già presente al risveglio dall'anestesia

generale o al termine dell'anestesia loco-regionale - provoca deficit di movimento dell'arto o di parte di esso.

Difetti di cicatrizzazione della ferita: ritardi di consolidamento della cute, necrosi (sfaldamento) dei bordi cutanei, cicatrici cheloidee (aumentate di spessore).

Infezione: si verifica nell'1-2% dei casi, spesso richiede una prolungata terapia antibiotica e nei casi più gravi l'espianto della protesi.

Malposizionamento della protesi: può provocare la persistenza del dolore e altre complicanze che alterano la funzione deambulatoria quali lo scollamento aseptico precoce, la mobilizzazione e rottura delle componenti protesiche, l'osteolisi (ossia il riassorbimento precoce dell'osso ospite in prossimità della protesi), l'instabilità articolare, le dismetrie degli arti e conseguente zoppia.

RIEPILOGO DEI TEMPI POST-OPERATORI

- Sera prima dell'intervento si inizia la terapia di profilassi antitromboembolica
- Giorno dell'intervento
- 2° giorno: rimozione dei drenaggi e degli eventuali cateteri anestesiológicos ed inizio della fisioterapia passiva. Dea Mobilizzazione letto poltrona e Kinetec.
- 5° giorno (indicativo): dimissione dal reparto chirurgico e trasferimento al reparto di riabilitativo
- 15° giorno: rimozione dei punti di sutura. Continua fisioterapia, deambulazione con carico completo con stampelle
- 45-60° giorno: controllo radiografico e ripresa della normale attività. Proseguimento della fisioterapia e della ginnastica in palestra.
- 6 mese: controllo radiografico.