

DR CORZANI MARCO

Medico Chirurgo Specialista in Ortopedia e Traumatologia

Via E.Fermi 27 Siena(SI)

Tel 351.8935238- Email: dr.marcocorzani@gmail.com

CF: CRZMRC89D25I726D

P.IVA:01523830527

INFORMATIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO DI **PROTESI D'ANCA**

L'intervento di protesi d'anca varia moltissimo a seconda del tipo di patologia che ha determinato l'artrosi, dell'età del paziente, del livello di attività svolta e della presenza di patologie generali associate.

Grazie alla collaborazione di anestesisti, ortopedici e fisioterapisti è possibile organizzare percorsi clinici differenziati per ogni tipo di patologia. Grazie all'ambulatorio di prericovery i pazienti sono studiati per identificare le eventuali patologie di base (cardiovascolari, metaboliche, etc.) e stabilire in anticipo il tipo di anestesia e il tipo di assistenza nel postoperatorio.

La valutazione ortopedica ha permesso di tipizzare l'anca da operare; percorsi chirurgici specifici di ricostruzione sono stati preparati per trattare pazienti affetti da: artrosi primitiva, necrosi avascolare della testa del femore, artrite reumatoide, esiti di epifisiolisi e di displasia dell'anca.

L'approccio riabilitativo intensivo permette la verticalizzazione e la deambulazione in prima/seconda giornata post-operatoria. Il ricovero varia a seconda delle necessità del paziente e delle necessità riabilitative, generalmente tra i 6 e i 14 gg. Gli impianti sono scelti in base alle caratteristiche del paziente avendo come scopo quello di ricostruire al meglio la geometria articolare dell'anca. Le protesi utilizzate sono in titanio poroso che grazie alle sue eccellenti caratteristiche di biocompatibilità consente un'ottimale osteointegrazione dell'impianto. Il disegno protesico è stato scelto in base alla qualità dell'osso del paziente e alla via d'accesso utilizzata.

Per garantire una maggior durata nel tempo degli impianti in tutti i pazienti viene utilizzato un accoppiamento articolare in ceramica o in ceramica/polietilene, entrambi con ottime caratteristiche tribologiche che ne garantiscono una elevatissima resistenza all'usura.

Indicazioni alla Protesi di anca

Ci sono diversi motivi per cui il Medico può raccomandare un intervento chirurgico di protesi di anca. Esso 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 o forme autoimmunitarie sieronegative;

Osteonecrosi asettica dell'epifisi femorale;

Artrosi postraumatica (esiti di fratture-lussazioni del femore e/o del bacino);

Artrosi secondaria (ad es. in esiti di displasia congenita dell'anca, in esiti di epifisiolisi, esiti artriti settiche etc.);

Fratture sottocapitate del collo femorale.

Ad esclusione delle fratture l'intervento chirurgico è comunque raccomandato solamente in caso una delle suddette patologie si manifesti con grave dolore o rigidità che limita le attività quotidiane, tra cui camminare, alzarsi o sedersi su di una sedia e vestirsi.

Non esiste un'età assoluta o limitazioni di peso per la chirurgia di protesi, anche se è bene ricordare che questi impianti non durano in eterno (il 90% degli impianti sopravvive 20 anni) e che il peso eccessivo del vostro corpo può essere la causa di una minore longevità della vostra protesi. Quando una protesi fallisce perché si è usurata, dovrà essere sostituita; questo intervento detto di revisione della protesi di anca è un intervento più complesso e più rischioso rispetto all'intervento di primo impianto.

L'indicazione per la chirurgia viene data sulla base del dolore che avverte il paziente e la sua disabilità, non sull'età. La maggior parte dei pazienti che si sottopongono a Protesi totale dell'anca sono di età compresa tra i 50 e gli 80 anni, ma i chirurghi ortopedici valutano i pazienti individualmente. Le Protesi di anca sono state eseguite con successo a tutte le età, dal giovane adolescente con artrite giovanile al paziente anziano con artrosi degenerativa.

Aspettative realistiche

Non dovete sottoporvi ad intervento di Protesi totale dell'anca se non avete compreso perfettamente tutte le informazioni relative all'intervento chirurgico e soprattutto ai rischi e le complicanze.

Un fattore importante nel decidere se sottoporsi o meno ad un intervento chirurgico di Protesi dell'anca è capire quali sono i benefici che questa procedura chirurgica può e non può portare.

Più del 90 % delle persone che sono state sottoposte ad intervento di protesi dell'anca ha verificato una notevole riduzione del dolore e un significativo miglioramento della capacità di eseguire attività comuni della vita quotidiana. È comunque importante capire che la Protesi dell'anca non vi permetterà di fare di più di quanto facevate prima di iniziare a soffrire di artrosi.

Con l'uso e l'attività normale, l'inserto e la testina della protesi vanno lentamente incontro a usura. L'eccessiva attività o il peso elevato possono accelerare questo processo e possono condurvi precocemente verso un intervento di sostituzione della vostra protesi.

Saranno sconsigliati tutti gli sport che prevedono traumi diretti o indiretti dell'anca e che prevedano il contatto con gli avversari (sport di squadra).

Le attività consigliate sono quindi il tennis, la corsa, il nuoto, la bicicletta e tutte le altre attività a basso impatto.

Possibili complicanze della chirurgia

Il tasso di complicanze a seguito di Protesi totale dell'anca è basso. Complicazioni gravi, quali l'infezione dell'anca, si verificano in meno dell'1% dei pazienti. Le principali complicazioni mediche, come infarto o ictus si verificano anche meno frequentemente. Le malattie croniche possono aumentare il rischio di complicanze. Anche se è raro, quando però si verificano, queste complicazioni possono prolungare o limitare il pieno recupero.

L'insieme delle più frequenti complicanze risultano:

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 (rischio inferiore all'1%). Rappresenta il disassemblaggio 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 reintervento .

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 (rischio inferiore all'1%). Rappresenta una complicanza piuttosto rara, 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'impianto di protesi particolari (ad es. steli da revisione) e l'applicazione di un tutore di immobilizzazione pelvifemorale nel periodo postoperatorio .

Ossificazioni eterotopiche. è la neoformazione di tessuto osseo nelle zone periprotetiche: si verifica nei mesi successivi all'intervento per effetto di una trasformazione strutturale di parti della muscolatura glutea.

L'origine di tale 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 casi sporadici si può rendere necessaria l'asportazione di tali ossificazioni al fine migliorare il movimento articolare .

Allergie a componenti metalliche (ignote precedentemente al paziente). Gli impianti protesici sono 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 dell'artroprotesi (rischio intorno all'1%). 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 secondo un protocollo interno all'istituto.

Mobilizzazione alettica della protesi. È di solito una complicanza tardiva (diversi anni); con questo termine si intende un progressivo distacco delle componenti protesiche dall'osso non causato da infezioni, frequentemente legato a processi di usura dei materiali. 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. È una complicanza molto temibile e pericolosa che obbliga a un ricovero immediato in un reparto internistico. Per minimizzare i rischi di tali complicanze, peraltro mai eliminabili completamente, viene innanzitutto praticata una profilassi antitrombotica che andrà scrupolosamente proseguita dopo la dimissione; altre valide misure preventive sono rappresentate dagli esercizi di mobilizzazione precoce e dall'impiego di calze elasto-compressive .

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 per i quali si può quantificare il rischio da letteratura in circa il 2-3%. Va poi ricordata la possibile insorgenza di un deficit a carico del nervo Sciatico Popliteo Esterno (S.P.E.) durante il decorso postoperatorio. Questa diramazione nervosa periferica decorre in posizione superficiale a livello della testa del perone (regione esterna del ginocchio) e può essere compressa a causa di errate posture a letto (arto extraruotato) o in presenza di diversi fattori favorenti. L'insorgenza di una paresi di S.P.E. comporta un deficit all'estensione del piede e può rendere necessario l'impiego di un particolare tutore

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

Rottura della protesi. È statisticamente provato che circa l'1% delle protesi d'anca è soggetta a rottura a causa di eccessive sollecitazioni che vengono inferte alla protesi stessa. In tali casi si rende necessario un intervento chirurgico per la sostituzione della componente rotta o in casi selezionati un reimpianto completo o parziale della protesi.

Oltre a tali complicanze maggiori si devono elencare le **complicanze minori**, che interessano la maggior parte degli interventi chirurgici e che hanno una incidenza totale di circa lo 0,4% sul totale degli interventi: complicanze gastrointestinali,ematologiche, urinarie, iperpiressia, complicanze cardio-circolatorie, complicanze dermatologiche.

Preparazione all'intervento chirurgico

Valutazione medica (prericovero). Se decidete di sottoporvi ad intervento chirurgico di Protesi totale dell'anca, il Chirurgo ortopedico programmerà un esame fisico completo con l'anestesista (prericovero) diverse settimane prima dell'operazione. Questo è necessario per assicurarsi che sussistano le condizioni di salute generale per affrontare l'intervento chirurgico e per completare il processo di recupero. Molti pazienti con patologie croniche, come le malattie cardiache, possono anche necessitare una valutazione di uno specialista, come un cardiologo, prima della chirurgia. Il prericovero ha quindi la funzione di stilare un profilo medico generale per valutare le vostre condizioni e correggere eventuali anomalie che possono aumentare i rischi collegati all'anestesia e all'intervento. Durante il prericovero potranno essere eseguite radiografie necessarie per pianificare l'intervento chirurgico.

Test. Diversi test, come gli esami del sangue e delle urine, e un elettrocardiogramma, possono essere necessari per aiutare il Chirurgo ortopedico nel pianificare il vostro intervento chirurgico.

Farmaci. Informi il Chirurgo ortopedico e l'anestesista durante il prericovero circa i farmaci che sta assumendo. Lui vi dirà di quali farmaci dovrà interrompere l'assunzione e quali dovrà continuare a prendere prima dell'intervento chirurgico.

Esami delle urine. Le persone con una storia recente o di frequenti infezioni urinarie dovrebbero avere una valutazione urologica prima dell'intervento chirurgico. Gli uomini più anziani con malattia della prostata dovrebbero completare il trattamento richiesto per il loro problema urologico prima di intraprendere la chirurgia di Protesi ..

Pianificazione sociale. Anche se si sarà in grado di camminare con le stampelle o un deambulatore subito dopo l'intervento chirurgico, avrete bisogno di aiuto per diverse settimane con attività come cucinare, fare il bagno, fare il bucato etc. Presso la nostra clinica siamo in grado di seguirvi nel vostro recupero per 7-14 giorni circa dopo l'intervento chirurgico nel nostro reparto, questo percorso vi aiuterà molto quando rientrerete presso la vostra abitazione e il controllo quotidiano con i Chirurghi che vi hanno operato aiuta a ridurre le complicanze post-operatorie.

L'intervento chirurgico

È molto probabile che entrerete in ospedale il giorno prima del vostro intervento.

Anestesia. Durante il prericovero sarete valutati da un Medico del team di anestesia. I più comuni tipi di anestesia sono anestesia generale (dormirete) o spinale con blocco del nervo (sarete svegli, ma il vostro corpo è insensibile dalla vita in giù). Il team di anestesia determinerà quale tipo di anestesia sarà meglio per voi.

Intervento chirurgico. A seconda dell'età, della corporatura del paziente e della preferenza del chirurgo viene scelto l'approccio chirurgico

Nell'accesso anteriore, l'incisione può essere longitudinale o trasversa a "bikini", sulla piega della coscia in modo da rimanere nascosta dagli slip. Sui piani profondi, sfruttando l'interstizio esistente tra il muscolo tensore della fascia lata ed il sartorio, questo accesso permette di giungere all'articolazione dell'anca e impiantare la protesi senza disinserire alcun muscolo. L'intervento per via anteriore può essere eseguito in maniera convenzionale, oppure con un letto operatorio dedicato con cui è possibile manovrare l'arto operato dall'esterno.

L'accesso postero-laterale permette di raggiungere l'articolazione sacrificando solo alcuni muscoli extrarotatori dell'anca. Questa via di accesso consente un'ampia esposizione specie nei complessi casi di grave deformità come esito di patologie congenite dell'anca.

L'accesso laterale diretto mini invasivo permette una rapida esposizione dell'articolazione con un ridotto tasso di complicanze. A differenza dell'approccio classico quello utilizzato presso la nostra clinica fa uso di uno split attraverso la muscolatura glutea garantendo il minimo danno chirurgico e una più rapida ripresa nel post operatorio.

Qualsiasi accesso venga utilizzato dal chirurgo, la fase successiva dell'intervento prevede la resezione della testa femorale, la preparazione dell'alloggiamento protesico nell'acetabolo (bacino) e nel femore.

Nella maggior parte dei casi le componenti protesiche verranno impiantate sia nell'acetabolo che nel femore sfruttando la congruenza fra l'alloggiamento preparato e la protesi, mentre in caso in cui la scarsa qualità dell'osso non lo permetta il chirurgo si avvarrà dell'utilizzo di cemento chirurgico.

I capi articolari vengono poi ricostituiti applicando un inserto all'interno della coppa acetabolare ed una testina sullo stelo femorale. I materiali utilizzati per queste componenti sono diversi, gli accoppiamenti utilizzati nel nostro Istituto sono: ceramica-ceramica, metallo-polietilene o ceramica-polietilene. La scelta varia a seconda dell'età e della richiesta funzionale del paziente.

Al termine, i tessuti vengono accuratamente reinseriti al fine di rendere più stabile la protesi con minor rischi di lussazione e possibilità di iniziare a deambulare precocemente dopo.

Queste tecniche mininvasive possono non essere applicate in casi particolari quali una importante displasia congenita dell'anca, che prevede l'allungamento dell'arto da operare, in caso di esiti di pregressi interventi o in caso di importante obesità. In tutti questi casi sarà il chirurgo ortopedico a "spiegare" i passaggi chirurgici al paziente sia in fase di raccolta del consenso informato sia nei giorni seguenti l'intervento quando gli verrà "raccontato" il suo intervento chirurgico.

Al termine dell'intervento viene eseguita sutura della ferita, lasciando in sede un drenaggio aspirante per evitare il più possibile la formazione di ematomi nel postoperatorio. Si esegue poi radiografia di controllo a fine intervento chirurgico.

La degenza

È molto probabile che resterete in ospedale per diversi giorni.

Gestione del dolore. Dopo l'intervento chirurgico, avvertirete dolore, ma il Chirurgo, il medico di reparto, l'anestesista e gli infermieri somministreranno farmaci per ridurlo. La gestione del dolore è una parte importante della vostra guarigione. La deambulazione e il movimento dell'anca inizierà subito dopo l'intervento chirurgico, appena si sente meno dolore, si inizierà a muoversi presto e questo aiuterà a riprendere le forze in modo più rapido.

Prevenzione dei coaguli di sangue (Trombosi Venosa Profonda -TVP-). Il chirurgo ortopedico, il medico di reparto o l'anestesista possono prescrivere uno o più misure per prevenire i coaguli di sangue e diminuire il gonfiore delle gambe. Questi possono includere calze elastiche vascolari a compressione graduale, e fluidificanti del sangue (eparina). Subito dopo l'intervento chirurgico saranno incoraggiati il movimento del piede e della caviglia per aumentare il flusso di sangue nei muscoli delle gambe e quindi per aiutare a prevenire il gonfiore delle gambe e la formazione di coaguli di sangue.

Altre informazioni utili. Si può perdere l'appetito e si può avvertire nausea o stitichezza per un paio di giorni. Queste sono reazioni normali. Si può avere un catetere urinario inserito durante l'intervento chirurgico e possono essere necessari emollienti delle feci o lassativi per alleviare la stitichezza causata dai farmaci antidolorifici dopo l'intervento chirurgico. È importante che vi alziate il più presto possibile dopo l'intervento chirurgico. Anche a letto, si possono muovere i piedi e le caviglie per pompare regolarmente il sangue nelle gambe. Potrebbe essere necessario indossare calze elastiche vascolari per aiutare il sangue a scorrere nelle gambe. Il vostro soggiorno nel nostro ospedale può durare da 6 a 14 giorni, finché raggiungerete determinate abilità per tornare a casa ed essere sufficientemente autonomi. Se andate subito a casa, avrete comunque bisogno di aiuto in casa per diverse settimane. Potrebbe quindi essere necessario comunque eseguire a domicilio alcuni cicli di riabilitazione.

La vostra convalescenza a casa

Diverse modifiche possono rendere più facile la deambulazione nella vostra casa durante il recupero. I seguenti suggerimenti possono aiutarvi con le attività quotidiane:

Barre di sicurezza o un corrimano sicuro nella vostra doccia o vasca da bagno;

Corrimano sicuri lungo le scale;

Una sedia stabile con un cuscino del sedile fermo (e una altezza di 45-50 cm);

Un rialzo del water se si dispone di un WC basso;

Un cuscino da porre fra le cosce mentre dormite su di un lato per mantenere le anche abdotte riducendo il rischio di lussazione;

Un banco doccia stabile o una sedia per la doccia;

Rimozione di tutti i tappeti e degli ostacoli;

Uno spazio di vita temporaneo sullo stesso piano, perché fare le scale sarà più difficile durante la prima fase di recupero .

Il successo del vostro intervento chirurgico dipenderà in gran parte da come si seguono le istruzioni del vostro Chirurgo ortopedico a casa durante le prime settimane dopo l'intervento chirurgico.

La cura della ferita chirurgica. Avrete punti o graffette metalliche che corrono lungo la vostra ferita. I punti o le graffette saranno rimossi circa 2 settimane dopo l'intervento chirurgico. Il vostro medico curante potrà occuparsi della desutura.

È vietato fare la doccia o il bagno in acqua fino a quando i punti non sono stati rimossi e la ferita non sarà completamente chiusa ed asciutta. È possibile continuare coprire con una medicazione delicata la ferita per evitare l'irritazione da indumenti o calze elastiche anche dopo la desutura.

Esercizi a casa. Il tuo programma di attività dovrebbe includere:

Un programma graduale di deambulazione per aumentare lentamente la vostra mobilità, inizialmente in casa e poi fuori ,

Riprendere le altre attività domestiche normali, come sedersi, alzarsi in piedi, e salire le scale;

Esercizi specifici più volte al giorno per ripristinare la circolazione e rafforzare il quadricipite e i glutei. Probabilmente sarete in grado di eseguire gli esercizi senza aiuto, ma l'aiuto di un fisioterapista in casa o in un centro di riabilitazione le prime settimane dopo l'intervento chirurgico può essere utile ;

Una cyclette a casa aiuta molto. La cyclette è l'esercizio migliore che potete fare per la vostra anca. Utilizzatela all'inizio con il sellino alto e senza resistenza, con il passare dei giorni aumentate la resistenza del freno per favorire il potenziamento muscolare .

Guida della macchina. È molto probabile che sarete in grado di riprendere la guida della macchina quando sarà possibile flettere la vostra anca sufficientemente da consentirvi di entrare e di sedervi comodamente in auto, e quando il vostro controllo muscolare fornisce il tempo di reazione adeguato per la frenata e l'accelerazione. La maggior parte delle persone riprenderà la guida dopo circa 4-6 settimane dall'intervento chirurgico.

Prevenzione delle complicanze dopo la chirurgia

Prevenzione dei coaguli di sangue. Seguite attentamente le istruzioni del vostro Chirurgo ortopedico per ridurre il rischio di coaguli di sangue (trombi) in via di sviluppo durante le prime settimane di recupero. Il chirurgo può raccomandare di continuare ad assumere il farmaco anticoagulante del sangue che è stato iniziato in ospedale (N.B. durante l'assunzione di questi farmaci anticoagulanti bisognerà eseguire le prove ematiche della coagulazione ogni 10-15 giorni per evitare complicanze relative alla loro assunzione). Contattare immediatamente il Medico se si sviluppa uno dei seguenti segnali di pericolo.

I segnali di pericolo di coaguli di sangue. I segni premonitori di eventuali coaguli di sangue nella gamba includono:

- Dolore al polpaccio;
- Arrossamento del polpaccio ed aumento del suo diametro rispetto al controlaterale;
- Aumentato gonfiore al polpaccio, caviglia e piede.

I segnali di pericolo di embolia polmonare. I segnali di allarme che un coagulo di sangue è arrivato al polmone sono:

- Improvvisa mancanza di respiro;
- Improvvisa insorgenza di dolore toracico;
- Dolore toracico localizzato con tosse.

Prevenzione delle infezioni. Nel periodo post operatorio sarà molto importante medicare la ferita in modo sterile ed evitare di bagnarla con acqua corrente. Condizioni come infezioni dentarie, delle vie urinarie o della pelle possono essere causa di un'infezione periprotetica e devono essere trattate tempestivamente con terapia antibiotica.

I segnali di pericolo di infezione. Avvisare immediatamente il Medico se sviluppa uno dei seguenti segni di una possibile infezione della protesi d'anca:

- Febbre persistente (superiore a 37,8°);
- Brividi;
- Aumento del rossore o gonfiore della coscia;
- Deiscenza, apertura, e fuoriuscita di liquido dalla ferita chirurgica;
- Aumento del dolore all'anca sia con attività sia a riposo.

Evitare le cadute. Una caduta durante le prime settimane dopo l'intervento chirurgico può danneggiare la vostra nuova anca e può comportare la necessità di un ulteriore intervento chirurgico. Le scale sono un pericolo particolare fino a quando l'anca non è forte e mobile. Si dovrebbe usare un bastone, stampelle, un girello, corrimani, o avere qualcuno che vi aiuti finché non si è migliorato l'equilibrio, la flessione e la forza.

Risultati della Protesi d'Anca

La vostra nuova protesi d'anca. Uno degli obiettivi della protesi d'anca è il miglioramento del movimento in assenza di dolore. La maggior parte dei pazienti può aspettarsi di recuperare un movimento dell'anca pressoché completo e comunque sufficiente a tornare alle normali attività della vita quotidiana. Pazienti attivi con un buon tono muscolare pre-intervento potranno tornare alla pratica sportiva leggera.

Come proteggere la tua protesi d'anca. Dopo l'intervento chirurgico, assicuratevi di fare quanto segue:

- Partecipate a programmi regolari di esercizi leggeri per mantenere la giusta forza e la mobilità del vostro nuovo ginocchio;
- Prendete precauzioni particolari per evitare cadute e infortuni;
- Assicuratevi che il vostro dentista sappia che avete una protesi d'anca. Si dovrebbe assumere degli antibiotici prima della chirurgia dentale per il resto della vostra vita;
- Vedete il vostro Chirurgo ortopedico periodicamente per una visita e un controllo radiografico, di solito una volta all'anno.

Struttura di ricovero

La informiamo del fatto che L'Istituto di cura dove sarà eseguito l'intervento chirurgico, come previsto dai requisiti regionali di autorizzazione ed accreditamento richiesti per trattare le patologie a Lei riscontrate, è dotato di adeguati dispositivi, macchinari, strumenti e strutture per la pronta rianimazione del paziente, ma non è dotato di struttura autonoma di terapia intensiva post operatoria ed è bensì collegato al sistema di risposta all'emergenza/urgenza previsto dal Sistema Sanitario Regionale (sistema di allerta 118); pertanto la informiamo del fatto che, in alcune circostanze, l'assistenza intensiva potrebbe essere intrapresa presso la clinica e proseguita presso altre strutture sanitarie pubbliche/private.

Il presente documento ha lo scopo di informarLa e di fornirLe, in maniera più possibile semplice e comprensibile, tutte le notizie circa la sua patologia e circa l'intervento da me proposto. Mio dovere è di illustrarlo fornendo ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione ed accertarmi che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione. E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi, così da consentirLe una volontaria e consapevole decisione in merito. Resto comunque a Sua disposizione anche telefonicamente (3518935238) per dirimere qualsiasi dubbio o per fornire ulteriori informazioni che si rendessero necessarie dopo una più approfondita rilettura del documento.

Io..... Nato a.....

Il.....

Ho ricevuto questa informativa dal dottor Marco Corzani e ne ho compreso ogni aspetto.

Firma del paziente per ricevuta della nota informativa:.....

Firma del medico per avvenuta consegna della nota informativa:.....

Io sottoscritto Autorizzo ☐ Non Autorizzo ☐ l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;

Acconsento ☐ Non Acconsento ☐ a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge sulla privacy.

....., lì