

NOTA INFORMATIVA

ARTROPROTESI DI ANCA

Nome e Cognome del paziente

Data di rilascio al paziente

----- [__ / __ / ____] ora: __ / __

Ad integrazione delle informazioni ricevute con il Consenso Generale alle Cure, la preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo, Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere **un'adeguata informazione**, esposta in modo corretto e **comprensibile** riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.

Il paziente ha il **diritto** di conoscere i **vantaggi** ma anche **rischi**, i disagi e le possibili **complicanze** dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.

Ha diritto di conoscere le eventuali **alternative terapeutiche** con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a **revocare** il suo **consenso** in qualsiasi momento.

Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure **indicare una** o più persone che desidera vengano informate di dette **notizie**.

D'altra parte, il malato ha il **dovere** di fornire al medico **qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute**, in modo da **evitare** che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi **errori** di condotta terapeutica e/o diagnostica.

Il paziente deve inoltre **attenersi** con scrupolo **alle indicazioni** fornitegli **dai sanitari** riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi
fornisce le informazioni

Alla luce di tali premesse:

desidera essere informato sulla patologia di cui è affetto nonché sulle motivazioni, la natura e le implicazioni degli atti diagnostici e/o terapeutici, **invasivi e non** che si intendono intraprendere sulla sua persona¹?

SI NO

FIRMA DEL PAZIENTE

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

SI NO

Se sì a chi?

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

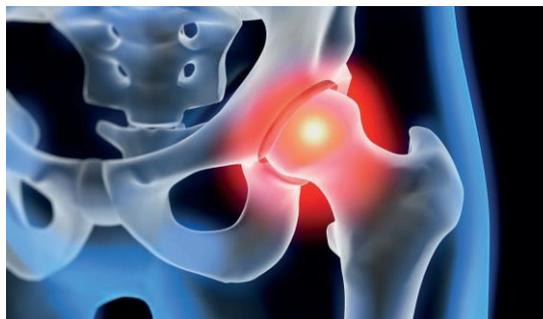
¹ Nel caso in cui il paziente decida di NON ricevere informazioni e nondimeno dia il consenso al trattamento DEVE esserne dato atto direttamente in Cartella Clinica e deve essere controfirmato dal paziente.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO ARTROPROTESI DELL'ANCA

1) CHE COS'È L'ARTROSI DELL'ANCA?

Questa malattia si caratterizza per la deformazione delle superficie di contatto tra il femore e il bacino e per l'usura della cartilagine. La malattia causa rigidità, zoppia, dolore e limitazione della capacità di deambulare con conseguenze invalidanti.

Le più comuni affezioni che conducono a tale tipo di intervento sono rappresentate da (si veda il Glossario): artrosi primitiva dell'anca (coxartrosi primaria), 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.), neoplasie ossee.



Il trattamento proposto di **“artroprotesi dell'anca”**, secondo le evidenze scientifiche disponibili, è stato indicato anche sulla base di quanto da Lei riferito in anamnesi in merito a problematiche note riguardanti il sistema circolatorio, la coagulazione, l'apparato respiratorio, il fegato, i reni, il sistema nervoso ed altri organi. Questo intervento trova indicazione in diverse forme di artropatia cronica dell'articolazione coxo-femorale (ovvero tra il bacino e la testa del femore) ad andamento evolutivo, sulla base della gravità clinica e radiografica.

2) COME SI CURA L'ARTROSI DELL'ANCA?

Si può intervenire con un intervento chirurgico di artroprotesi dell'anca. Questo intervento prevede la sostituzione della sua articolazione malata con un dispositivo artificiale, la protesi, creato specificamente per migliorare il dolore e la funzionalità dell'anca. Questo dispositivo rimarrà permanentemente impiantato nel suo osso e sostituirà l'articolazione malata.

È costituito di norma da due componenti (stelo e cotile) in leghe di metallo (Titanio o Cromo-Cobalto, Tantalio e altri) scelti dal chirurgo ortopedico sulla base dei dati clinici e radiografici del singolo paziente.

La testa del femore viene rimossa e sostituita con una sfera (in ceramica o metallo) e montata su uno stelo inserito nel femore.

L'acetabolo viene preparato per alloggiare la “coppa” dove viene inserita la componente protesica in metallo rivestita internamente da polietilene, ceramica o più raramente metallo.

Le componenti possono essere impiantate a contatto diretto con l'osso a compressione (pressfit) o mediante applicazione di cementi specifici (simili a quelli utilizzati in ambito odontoiatrico).



La scelta dipende da molteplici fattori, tra i quali la qualità dell'osso ed è spesso decisa mediante una valutazione intraoperatoria.

Infatti, l'impianto protesico può essere variato rispetto a quello programmato e sopra indicato e può rendersi necessaria la stabilizzazione delle componenti protesiche con viti, cementi, placche, cerchiaggi od altri presidi. L'intervento sarà eseguito da un medico dell'equipe di questa Unità Operativa che potrebbe essere diverso da quello che ha effettuato la visita e/o che ha posto l'indicazione chirurgica, ma comunque in grado di eseguire con competenza il trattamento chirurgico necessario nel Suo caso.

3) COME SI SVOLGE LA PROCEDURA PROPOSTA DI ARTROPOTESI D'ANCA?

L'intervento richiede in genere 2 ore, ma considerando il tempo di preparazione e di monitoraggio postoperatorio (eseguito in sala risveglio) è bene considerare almeno 4-5 ore. È necessaria una sola incisione chirurgica sull'anca e sulla coscia, di lunghezza variabile tra i 10 e i 30 cm a seconda della tecnica utilizzata.

La via di accesso all'articolazione (anteriore, laterale o postero-laterale) verrà selezionata dal chirurgo operatore sulla base delle informazioni clinico/radiografiche e della sua personale esperienza. Nel corso dell'intervento in relazione ai riscontri operatori, possono rendersi necessarie procedure chirurgiche aggiuntive diverse da quelle che sono state pianificate. La stessa via di accesso può essere modificata, estesa od associata ad altra via per evitare o gestire possibili complicanze.

La testa del femore viene rimossa e sostituita con una sfera in ceramica o metallo e montata su uno stelo inserito nel femore.

L'acetabolo viene preparato per alloggiare la "coppa" dove viene inserita la componente protesica in metallo rivestita internamente da polietilene o ceramica.

La protesi può essere cementata con un materiale simile a quello utilizzato in ambito odontoiatrico, oppure fissata all'osso in modo sicuro senza cemento. La scelta dipende da molteplici fattori, tra i quali la qualità dell'osso.



4) QUALI SONO I BENEFICI?

Secondo la letteratura ortopedica nella maggior parte dei casi si ottiene un miglioramento della sintomatologia dolorosa e della limitazione della funzione articolare.

In casi più rari questo obiettivo può non essere conseguito.

A distanza di anni dall'intervento le protesi articolari possono andare incontro ad usura delle superfici e/o a fallimenti meccanici che ne possono pregiudicare l'integrità e la durata.

Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo successivo all'intervento. È pertanto importante che Lei si attenga ai controlli clinici e radiografici periodici nonché a tutte le indicazioni che le verranno date alla dimissione dall'ospedale ed in occasione delle successive visite ambulatoriali.

La correttezza dell'impianto non è garanzia di un buon risultato funzionale e clinico, poiché questo può dipendere da una corretta fisioterapia pre e postoperatoria, ma anche da altri fattori non valutabili e quantizzabili.

5) INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-OPERATORIA

Non è necessario eseguire a casa una tricotomia delle zone da sottoporre ad intervento, ma la tricotomia verrà eseguita in reparto al momento del ricovero direttamente dal personale medico/infermieristico.

È necessario attuare il protocollo per la profilassi trombo-embolica che viene comunicato dal medico referente durante la preospedalizzazione. In sede di preospedalizzazione Le verrà consegnata anche la Ricetta rossa per l'intervento chirurgico. In ogni caso il medico referente indicherà se continuare o sospendere la terapia farmacologica quotidiana.

Può bere (acqua, té, caffè, camomilla) fino a 2 ore prima dell'anestesia.

NON è necessario, anzi è dannoso, rimanere a digiuno dalla mezzanotte del giorno precedente.

Può alimentarsi con altri tipi di liquidi (latte, frullati, succhi di frutta) fino a 6 ore prima dell'intervento.

Può mangiare fino a 8 ore prima (piccole quantità, evitando cibi grassi e pesanti).

Prima di uscire di casa per venire in ospedale è necessario che Lei esegua una doccia, lavandosi accuratamente per prevenire infezioni postoperatorie; per lo stesso motivo è bene che Lei indossi biancheria intima pulita e abiti comodi.

È necessario avvisare tempestivamente i medici all'insorgenza di infezioni (di qualsiasi organo), febbre e/o altri sintomi.

COSA LASCIARE A CASA: anelli, orologio, braccialetti, collane, etc.

COSA PORTARE CON SÉ: il contenitore per eventuali protesi dentarie mobili; Tessera sanitaria; Impegnativa per l'intervento (se richiesta); Documento di riconoscimento valido (carta d'identità, passaporto, etc.); Eventuale tessera di esenzione; Documentazione sanitaria di esami/visite precedenti, soprattutto se eseguiti in altre strutture (immagini; dischetti CD-ROM; etc.).

È importante anche portare con sé: Abbigliamento da notte (preferibilmente per la donna: camicia da notte; per l'uomo: pantaloncini corti); Ciabatte chiuse con suola di gomma + scarpe da ginnastica; 2 calze monocollant antitrombo-embolica compressione 18mm Hg a punta aperta; Un paio di bastoni canadesi (stampelle per la deambulazione); farmaci personali, articoli per l'igiene personale.

Ci scusiamo in anticipo nel caso in cui dovesse attendere più del previsto prima dell'intervento chirurgico: purtroppo in alcuni casi non è ovviabile e dipende dalla tempistica non sempre programmabile della sala operatoria.

6) DURATA DELLA PROCEDURA

La durata della procedura solitamente è di almeno 2-3 ore ma questo è variabile a seconda dell'estensione della patologia.

Sono esclusi i tempi di attesa in pre-sala (prima dell'intervento) e post-intervento (monitoraggio post-intervento), in generale questi prevedono 1-2 ore oltre il tempo chirurgico per un totale di 4-5 ore in totale.

7) COSA SUCCEDERÀ IL GIORNO DELL'INTERVENTO?

Nella maggior parte dei casi il ricovero in ospedale avverrà il giorno prima o il giorno stesso dell'intervento.

Prima dell'intervento

Al suo arrivo in sala operatoria verrà accolto dall'anestesista, dal quale, in un separato colloquio, avrà ricevuto le informazioni sul tipo di anestesia. La scelta dell'anestesia dipenderà da molti fattori e l'obiettivo è di rendere il suo rischio peri-operatorio il più basso possibile.

La maggior parte delle volte viene effettuata un'anestesia spinale (consiste in un'iniezione a livello della colonna vertebrale che le farà perdere la sensibilità e il movimento degli arti inferiori) che durerà poco di più dell'intervento, in modo da poter recuperare al più presto la mobilità. Soltanto in casi selezionati, potrà esserle praticata un'anestesia generale. È possibile che durante l'intervento tale tecnica concordata potrà essere modificata dall'anestesista, qualora lo specialista lo ritenesse necessario.

Durante l'intervento

Durante l'intervento, il paziente sarà costantemente monitorizzato e, se lo desidera l'anestesista potrà provvedere ad una sedazione per farlo riposare.

Dopo l'intervento

Al termine dell'intervento verrà effettuata una radiografia di controllo ed il paziente verrà tenuto sotto osservazione (letti monitorizzati). Al termine del periodo di osservazione, previa valutazione dell'anestesista, verrà riportato nel reparto di degenza.

8) INFORMAZIONI SULLA FASE POST-OPERATORIA

Iniziare subito a camminare

È importante che Lei inizi a muovere la nuova articolazione prima possibile. È probabile che scenderà dal letto e inizierà a camminare con stampelle o deambulatore entro le prime 24 ore dall'operazione.

Recuperare velocemente

Il fisioterapista le insegnerà degli esercizi da fare subito per recuperare la mobilità e la forza dell'articolazione.

Rendersi indipendenti

Le sarà mostrato come salire e scendere le scale, come sedersi e alzarsi correttamente.

Tornare a casa

La degenza deve durare il tempo indispensabile al raggiungimento degli obiettivi motori, generalmente tra i 3 e i 5 giorni, salvo complicazioni.

I medici la informeranno sugli accorgimenti da adottare per evitare atteggiamenti posturali e movimenti erranei che potrebbero portare a lussazione con disassemblaggio dell'impianto protesico.

È comunque fondamentale per una buona durata dell'impianto protesico che mantenga il suo peso in linea con le indicazioni fornite, che eviti di svolgere attività ludiche o lavorative che mettano a rischio la funzionalità/durata dell'impianto stesso, che agisca sempre con prudenza ed attenzione, evitando condizioni di eccessiva sollecitazione dell'impianto.

9) DOLORE POST PROCEDURA

L'anestesista la informerà sulle modalità previste di gestione del dolore post-operatorio, condivise con il chirurgo, ed utili per il suo specifico intervento. Per il controllo del dolore è prevista la somministrazione di farmaci in diverse modalità: infiltrazioni intraoperatorie di anestetico, sistema di infusione endovenosa continua per le prime 48 ore, farmaci in compresse ad orari stabiliti. Se nonostante queste misure il dolore non dovesse essere controllato, le verrà somministrato un ulteriore farmaco su richiesta. Il nostro obiettivo è rendere il dolore più contenuto possibile e contiamo sul suo costante riscontro al personale infermieristico. Verrà invitato pertanto a descrivere il suo Dolore con una scala di 11 punti da 0 (nessun dolore) a 10 (il massimo dolore immaginabile); questo ci aiuterà a perseguire il nostro scopo.

10) DOPO LA DIMISSIONE

Il conseguimento del miglior risultato funzionale atteso è strettamente correlato e dipendente anche dal rispetto:

- delle prescrizioni terapeutiche e riabilitative;
- delle indicazioni relative alla convalescenza ed alla ripresa delle consuetudini di vita e di lavoro, di attività sportive, dall'eventuale uso di tutori;

- dalla corretta esecuzione dei trattamenti riabilitativi prescritti, per un periodo non inferiore ai 3 mesi post-operatori.

La fisioterapia, a seconda della Sua condizione clinica e della Sua collaborazione con le indicazioni del fisioterapista, potrà durare da 3 a 5 settimane. Può essere eseguita in regime ambulatoriale o con un ricovero presso la prima struttura riabilitativa convenzionata disponibile. Dopo la sesta settimana, con il consenso del medico curante, potrà riprendere una leggera attività fisica.

I tempi ed il grado di recupero dell'autonomia funzionale risultano però piuttosto variabili e sono connessi a numerosi fattori, anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento, quali ad esempio le condizioni generali antecedenti, la risposta soggettiva all'intervento, le possibilità riabilitative, lo stato psicofisico di salute etc.

11) PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

L'intervento di protesi di anca permette di alleviare il dolore, recuperare il movimento, riprendere lo svolgimento delle normali attività quotidiane e di alcune attività sportive consigliate dalle linee guida internazionali (tenendo conto che l'impianto protesico è sottoposto ad usura variabile in base al livello di attività).

12) POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

I rischi dell'intervento (PERIOPERATORIO)

Ogni intervento chirurgico, benché eseguito con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da complicanze riportate in letteratura con una frequenza complessiva compresa tra 0,1% (ovvero un caso su mille) ed il 3,0% (tre casi su cento) degli interventi, a seconda delle casistiche.

Durante l'intervento esiste il rischio di complicanze di natura generale, come reazioni avverse a farmaci, reazioni allergiche, complicanze cardiocircolatorie, perdita di sangue (anemizzazione), fino al rischio della vita.

Nonostante la massima scrupolosità durante l'intervento chirurgico si può verificare il rischio, non annullabile del tutto (nemmeno con la terapia anticoagulante preventiva), di formazione di coaguli nelle vene della gamba (trombosi venosa profonda) che possono andare in circolo e creare gravi danni (fino al rischio della vita) come nel caso dell'embolia polmonare (blocco della circolazione sanguigna nei polmoni che impedisce l'ossigenazione del sangue).

La prevenzione avviene mediante calze compressive e terapia anticoagulante, che del resto, espone al rischio di sanguinamento eccessivo sia intraoperatorio che post-operatorio con conseguente formazione di ematoma postchirurgico. Inoltre, potrà essere indicata terapia trasfusionale di sangue qualora esigenze cliniche lo richiedessero.

Durante l'intervento è inoltre possibile il verificarsi di fratture, specialmente in presenza di osteoporosi. Qualora si dovesse verificare una frattura è possibile che il chirurgo debba ripararla utilizzando mezzi di sintesi specifici (cerchiaggi, placche, gabbie) o che sia necessario utilizzare protesi con un ancoraggio all'osso più solido (componenti protesiche da revisione).

Durante l'intervento alcune strutture anatomiche della pelvi e degli arti inferiori possono essere lesionate, inclusi i vasi sanguigni, i nervi, i tendini e i legamenti.

In caso di lesione di vasi sanguigni (vene o arterie) esiste il rischio di perdita di sangue, di formazione di ematomi, di ischemizzazione (mancato apporto di ossigeno ai tessuti) con possibile necrosi dei tessuti o complicanze dovute all'anemia acuta (perdita di sangue).

In caso di una perdita di sangue eccessiva, potrebbe essere indicata la trasfusione di sangue da donatore.

In caso di lesioni nervose (da taglio, compressione o distrazione) è possibile avere disturbi della sensibilità o disturbi del movimento. I nervi a rischio sono: il nervo sciatico, il nervo femorale e il nervo femoro-cutaneo laterale.

- Il rischio per il nervo sciatico è una lesione che genera gravi complicanze motorie. Il nervo sciatico, nel suo percorso dal bacino all'arto inferiore, decorre posteriormente all'acetabolo, passando nel contesto dei muscoli extrarotatori dell'anca (tra il piriforme e il gemello superiore). In particolare, in caso di lesione di questo nervo, il paziente può perdere la capacità di dorsiflettere il piede (portare verso l'alto) con conseguenti disturbi nella deambulazione. In base al tipo di danno questi deficit possono essere parziali o completi, temporanei o permanenti.
- L'altro nervo maggiormente a rischio in questa tipologia di intervento è il nervo femorale. Esso decorre anteriormente e medialmente all'acetabolo, nella lacuna dei vasi, in posizione più esterna rispetto ai vasi femorali. In caso di lesione, si può verificare una parziale o totale incapacità di flettere la coscia sul bacino e di estendere la gamba, con grave deficit nella deambulazione.
- Da ultimo, il nervo femoro-cutaneo laterale. Si tratta di un nervo sensitivo e superficiale del versante antero-laterale della coscia e un suo danneggiamento può comportare alterazioni della sensibilità, bruciore o formicolio (parestesia, ipoestesia o disestesia) sulla faccia esterna della coscia (la cosiddetta meralgia parestesica).

Una delle complicanze più temibili degli interventi di protesi sono le infezioni della neo-articolazione. Queste possono derivare da una contaminazione diretta durante l'intervento (germi che dalla cute o da altre sorgenti contaminano la protesi) o per via ematogena (attraverso il flusso sanguigno). Le prime si manifestano generalmente entro i primi mesi successivi all'intervento, mentre le seconde sono solitamente tardive (anche anni dopo l'impianto della protesi). In caso di una infezione sono sempre necessari uno o più interventi chirurgici. Se l'infezione si manifesta nelle prime 4-6 settimane dall'intervento è possibile eseguire un intervento di pulizia chirurgica con successiva terapia antibiotica.

In caso di infezioni più tardive o causate da batteri aggressivi, può essere necessario rimuovere la protesi, posizionare una protesi temporanea, eseguire una terapia antibiotica mirata e, una volta guarita l'infezione, reimpiantare una nuova protesi.

Un'altra possibile complicanza è lo sviluppo di calcificazioni nel contesto dei gruppi muscolari dei glutei e dell'ileoipoas, causando dolore e rigidità. Per rigidità si intende l'impossibilità di compiere l'arco completo di movimento. Potrebbe essere indicato in questo caso un intervento chirurgico di rimozione delle calcificazioni.

Esiste inoltre il rischio di lussazione della protesi, ovvero la perdita dei rapporti articolari tra la testina protesica e l'acetabolo. Questo significa che l'impianto protesico non è stabile in tutti i movimenti nello spazio e uno di questi movimenti può causare la lussazione.

Nella fase post-operatoria precoce: si può verificare la lussazione della protesi anche a causa del mancato rispetto delle tutele anti-lussanti. In caso di instabilità potrebbero essere necessari interventi di sostituzione parziale o completa della protesi, così come interventi di altro tipo volti a risolvere il problema.

Alcuni pazienti presentano gonfiore persistente o ricorrente dopo l'intervento. Questa complicanza è frequente nei primi mesi dopo l'operazione e tende a risolversi spontaneamente con il passare dei mesi. In alcuni casi, tuttavia, questi sintomi possono protrarsi per molti mesi o essere persistenti.

Possono essere presenti, inoltre, problemi relativi alla cicatrice chirurgica come: deiscenza della ferita chirurgica, cicatrici inestetiche e/o dolorose, cheloidi, necrosi cutanea (in particolare in presenza di pregresse cicatrici chirurgiche).

Le protesi hanno una durata variabile nel tempo, legata a molteplici fattori incluse le attività, il peso corporeo, la qualità dell'osso, e l'ottenimento di una buona meccanica articolare. Esiste il rischio di usura dei materiali costituenti l'impianto (metallo, polietilene, ceramica ecc.) o rottura delle componenti protesiche e la loro mobilizzazione (scollamento) dall'osso.

Per quanto non ci siano evidenze scientifiche univoche, si ritiene che alcuni pazienti possano sviluppare allergie/sensibilizzazioni alle componenti metalliche di cui è composta la protesi, precedentemente ignote al paziente. Pertanto, **è importante informare il personale sanitario circa le allergie ai metalli note o sospette.**

Infine, è importante sapere che la maggior parte delle protesi di anca danno ottimi risultati clinici. Esiste tuttavia una piccola percentuale di pazienti (intorno al 5%) che ha risultati non ottimali (tra queste: persistenza parziale di dolore, sintomi occasionali, discomfort, presenza di rumori articolari durante la deambulazione, percezione delle differenze con l'anca nativa, zoppia ed insufficiente articolarietà) o negativi (persistenza o peggioramento del dolore, limitazione funzionale).

Nonostante un accurato calcolo nel planning preoperatorio, esiste il rischio di inidoneo posizionamento delle componenti protesiche e dopo l'intervento potrebbe residuare una differenza di lunghezza (eterometria) degli arti inferiori.

Il dolore, persistente o occasionale, è frequente nelle prime settimane e nei primi mesi dopo l'intervento. Mentre alcuni pazienti hanno un recupero molto rapido, in alcuni casi sono necessari molti mesi (fino a 12-18 mesi) perché si raggiunga il risultato definitivo dell'intervento. È sempre importante riferire in modo chiaro e dettagliato i propri sintomi nel corso dei controlli ambulatoriali, in modo che il medico possa valutare il decorso post-operatorio ed escludere possibili complicanze.

In caso di intervento bilaterale tali complicanze possono aumentare in percentuale.

L'età, l'obesità, la presenza di altre patologie locali/generali, terapie farmacologiche in corso ed altre condizioni soggettive possono causare un aumento delle condizioni di rischio per questo tipo di intervento.

La patologia sofferta, per la quale si ricorre alla protesizzazione dell'anca, influenza le possibili complicanze. Interventi per displasie severe e/o inveterate, in esiti di gravi malformazioni, di fratture di femore o di bacino, così come l'eventuale presenza di mezzi di sintesi, espone a complicanze ulteriori ed aumenta il rischio di quelle già note.

L'eventuale utilizzo di protesi di rivestimento o con teste in metallo di grandi dimensioni espone con maggior rischio ad una malattia da detriti del metallo detta ARMD e richiede nei primi anni, controlli clinici e laboratoristici più ravvicinati rispetto alle protesi convenzionali. In presenza di fattori di rischio determinati, tali controlli possono estendersi all'intera vita dell'impianto. Il rilievo di elevati valori sierici degli ioni metallo, la comparsa di osteolisi, di raccolte fluide o pseudotumor può richiedere la revisione dell'impianto protesico.

Sono presenti, inoltre, complicanze conseguenti alle procedure anestesologiche di cui discuterà con l'anestesista.

Molte tra le suddette complicanze, potrebbero rendere necessari successivi trattamenti medici e/o chirurgici (reintervento) nel breve e nel lungo termine (fino alla sostituzione parziale o totale della protesi).

Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili o di natura infettiva.

13) INFORMAZIONI SUL FOLLOW-UP

Sarà necessario monitorare almeno una volta l'anno con radiografie e controlli clinici l'evoluzione dell'impianto protesico allo scopo di riconoscere l'usura o eventuali comportamenti anomali. Successivi esami radiologici di secondo livello e/o esami ematochimici verranno prescritti se necessario.

14) POSSIBILI COMPLICANZE A MEDIO LUNGO TERMINE

Si possono annoverare i seguenti rischi a lungo termine: infezione periprotetica, mobilitazione asettica (scollamento delle componenti protesiche), fratture periprotetiche e lussazione della protesi.

15) POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO O RITARDATO INTERVENTO CHIRURGICO E POSSIBILI TRATTAMENTI ALTERNATIVI

Il paziente è consapevole che nel caso in cui decidesse di soprassedere all'intervento chirurgico previsto, l'evoluzione naturale dell'artrosi dell'anca, consiste in un lento e progressivo peggioramento della sintomatologia e della funzione articolare sino all'impotenza funzionale dell'articolazione interessata e compromissione della normale deambulazione.

La prosecuzione della terapia conservativa, in questo caso, non rappresenta un trattamento alternativo all'artroprotesi. Infatti, il trattamento riabilitativo, i trattamenti medici, le terapie infiltrative (iniezioni intrarticolari di farmaci od emoderivati) o l'artroscopia chirurgica (per il trattamento di specifiche patologie), possono essere efficaci solo in casi selezionati. Sono praticabili anche altri trattamenti mininvasivi ma che non sono supportati da sufficienti dati scientifici.

La possibile indicazione a tali trattamenti alternativi deve essere valutata con l'ortopedico di riferimento.

16) COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

In caso di complicanze dopo la dimissione deve contattare immediatamente il reparto di Ortopedia e Traumatologia del nostro Policlinico al numero 06-22541.1142. In caso di forte dolore deve ricorrere in ogni caso al Pronto Soccorso più vicino.

17) PROBABILITÀ DI SUCCESSO

Attualmente in Italia, il numero degli interventi di protesi di anca per anno ha superato la quota 100.000. Presso la nostra struttura vengono eseguiti ogni anno circa 650 interventi di artroprotesi di anca. L'intervento di protesi di anca ha un'elevata percentuale di successo migliorando rapidamente e significativamente il dolore e la motilità articolare.

18) GLOSSARIO

Artrosi: L'artrosi è una patologia degenerativa che comporta il deterioramento della cartilagine che riveste le superfici ossee all'interno delle articolazioni.

Protesi articolare (artroprotesi): Dispositivo artificiale atto a sostituire, dal punto di vista strutturale e funzionale, una articolazione; la sostituzione può essere totale o parziale. Sostituendo l'articolazione naturale, permette di recuperare la funzionalità articolare a seguito di gravi patologie invalidanti.

Protesi dell'anca: Sostituisce l'articolazione naturale e permette di recuperare la funzionalità articolare a seguito di gravi patologie invalidanti. È generalmente costituita da quattro componenti: cotile, inserto, testa e stelo.

Cotile o componente acetabolare: Struttura a cupola in cui trova alloggio l'inserto. Il cotile nella sua parte convessa è fissato all'osso acetabolare opportunamente fresato, mentre nella parte concava (inserto) presenta la superficie di scorrimento articolare.

Stelo o Componente femorale: Dispositivo inserito e fissato nel canale midollare, su cui si innesta la testa, che si accoppia alla parte concava del cotile per formare la nuova articolazione.

Sostituzione totale dell'anca: Intervento chirurgico in cui entrambe le componenti, acetabolare e femorale, sono sostituite.

Sostituzione parziale dell'anca: Intervento chirurgico in cui è sostituita solo la componente femorale. È utilizzato prevalentemente nel trattamento delle fratture del collo del femore nel paziente anziano.

Protesi non cementata: Dispositivo ancorato all'osso per pressione (press-fit) con stimolo alla osteointegrazione biologica.

Protesi cementata: Dispositivo che viene fissato all'osso tramite l'interposizione di cemento osseo.

Consenso informato: È l'assenso libero e autonomo del paziente all'intervento chirurgico dopo aver ricevuto le informazioni dal medico sulla diagnosi, il trattamento chirurgico (o altro, non so definitelo meglio),

i benefici, i rischi e le complicanze, i trattamenti alternativi, le conseguenze di mancato o ritardato intervento, i comportamenti postoperatori.

Forme autoimmunitarie sieronegative: Gruppo di artriti infiammatorie di tipo cronico che insorgono in individui geneticamente predisposti e che sono dette sieronegative perché caratterizzate dall'assenza di positività sierica di anticorpi.

Osteonecrosi della testa del femore: Condizione patologica dovuta ad insufficiente perfusione ematica che, nella maggior parte dei casi, se diagnosticata tardivamente, induce una degenerazione artrosica precoce ed ampiamente invalidante.

Displasia congenita dell'anca: Anomalia dello sviluppo che, se non trattata in modo opportuno, può portare la testa del femore a dislocarsi dalla posizione in cui si trova normalmente (cavità acetabolare).

Epifisiolisi: Patologia che si sviluppa in adolescenti e pre-adolescenti in cui la testa del femore, scivola verso il basso e perde la normale continuità con il collo del femore.

Artrite settica: Infezione di un'articolazione (caviglia, ginocchio, anca, spalla, etc.) dovuta alla presenza di microbi che invadono l'interno dell'articolazione che di regola è sterile.

Neoplasia ossea: Neoplasia benigna o maligna, che trae origine da una cellula del tessuto osseo o del tessuto cartilagineo.

Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

- 1) -----
- 2) -----

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto è possibile che una procedura venga eseguita da un medico chirurgo iscritto alla Scuola di Specializzazione di Ortopedia oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di uno specialista strutturato del Policlinico Universitario.

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

Nell'ambito dell'educazione clinica dei pazienti, la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ha creato delle pagine web e degli opuscoli informativi utili al paziente.

Di seguito trova il QR code, che potrà inquadrare con il suo cellulare, e che la porterà alle informazioni cliniche e organizzative di sua utilità.



**OPUSCOLO INFORMATIVO
INTERVENTO DI PROTESI D'ANCA**



**OPUSCOLO PREPARAZIONE
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**

RESTITUZIONE DELL'INFORMATIVA (da firmare al momento del ricovero)

DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.

Data __/__/_____

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

Io sottoscritto dott. _____

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate².

Ora __: __

Data __/__/_____

Firma del medico

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA
INSIEME AL MODULO “POL06 – CONSENSO INFORMATO” FIRMATO**

ORTTR03 – rev.08.06.2022

² Nel caso in cui il medico intenda avvalersi di “testimoni” dell'atto del consenso è necessario raccogliergli le generalità e la firma leggibile di ognuno di essi.