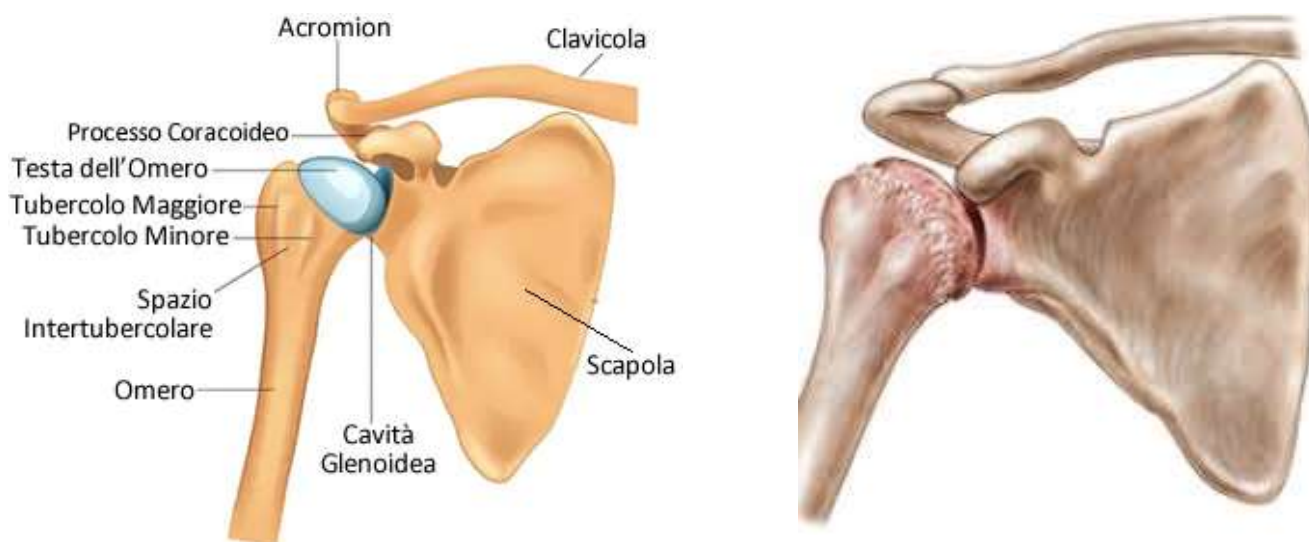


NOTA INFORMATIVA

ARTROPROTESI SPALLA: ANATOMICA ED INVERSA

INTRODUZIONE

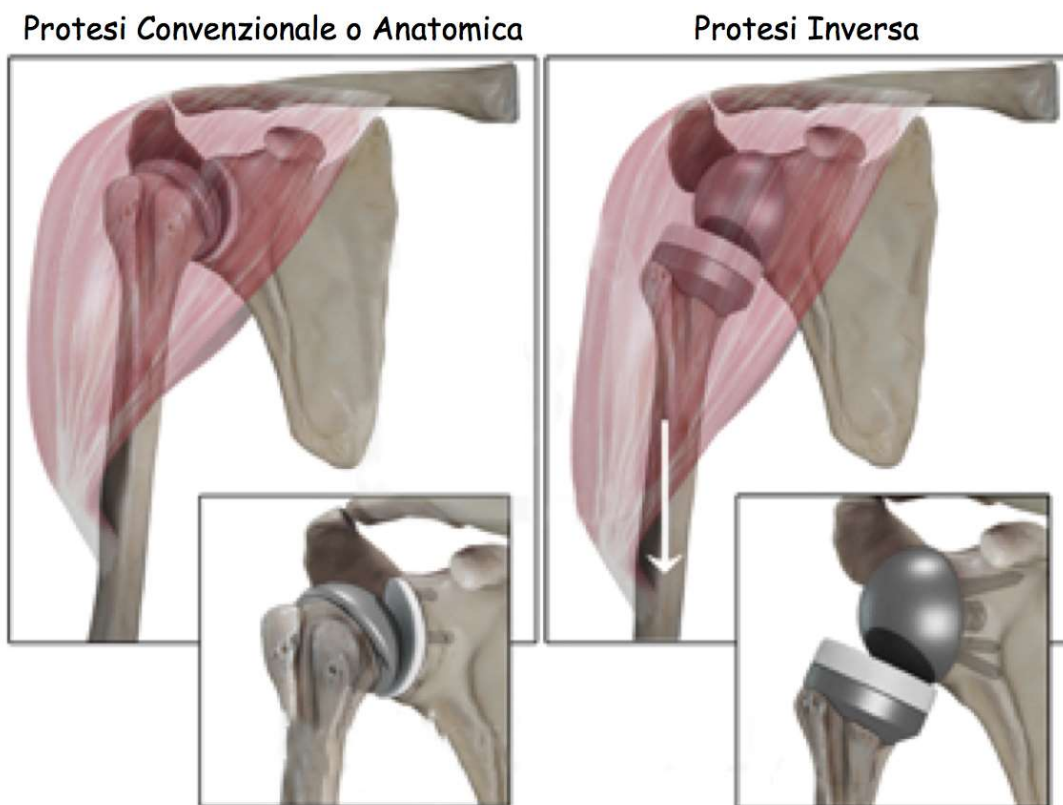
Le situazioni nelle quali può rendersi necessario un intervento di protesi di spalla sono varie. La più frequente è l'artrosi, che comporta, rispetto alla spalla normale, la perdita delle cartilagini di rivestimento con conseguente scomparsa dello spazio articolare tra omero e glena, la deformazione delle superfici articolari e la formazione di escrescenze ossee dette osteofiti. A volte l'artrosi insorge spontaneamente con l'invecchiamento, altre volte è favorita da danni precedenti all'articolazione, ad esempio traumi severi con fratture o lussazioni.



Altre patologie che possono portare all'intervento di protesi sono le malattie reumatiche (come l'artrite reumatoide), le necrosi della testa omerale, (in cui una porzione della testa non riceve più apporto di sangue, degenera e si deforma), fratture complesse per le quali non vi è la possibilità di ricostruire un'articolazione funzionale e si decide pertanto di impiantare una protesi. Vi è la giusta indicazione all'impianto di una protesi quando una delle malattie elencate porta ad un dolore intenso e mal controllabile e ad una perdita importante dei movimenti della spalla, per cui il paziente non è più in grado di svolgere le sue attività quotidiane. Dunque la decisione deve essere ponderata accuratamente: se l'articolazione è degenerata ma il dolore è scarso e il paziente riesce a fare comunque tutte le sue attività senza troppi disagi, probabilmente non è tempo di optare per una protesi.

La decisione di sottoporsi ad intervento chirurgico di protesi della spalla, pertanto, dovrebbe essere una decisione presa di comune accordo tra il paziente, la propria famiglia, il Medico di famiglia, ed il Chirurgo ortopedico cui il paziente decide di fare riferimento. Il chirurgo deciderà sulla base delle caratteristiche del paziente (età, comorbidità) e sulla base dell'esame clinico-strumentale, che tipo di impianto è più indicato. In

particolare la scelta può andare su una **protesi anatomica**, che riproduce le caratteristiche dell'articolazione sana, o una **protesi inversa** che, invertendo il rapporto di convessità/concavità fra la testa dell'omero e la glena, è in grado di funzionare anche quando i tendini della cuffia dei rotatori sono lesi.



Tranne casi particolari, l'intervento di protesi di spalla è riservato a pazienti con età superiore ai 60 anni. Uno dei problemi delle protesi infatti è che la loro durata nel tempo è limitata (10-15 anni) e quando l'impianto va incontro ad un'usura o mobilizzazione, deve essere sostituito. Questo intervento, detto di revisione della protesi, è un intervento più complesso e più rischioso rispetto all'intervento di primo impianto.

RISULTATI

L'intervento di protesizzazione alla spalla è un intervento di chirurgia ortopedica maggiore e perciò impegnativo per il paziente. Per un buon risultato è necessario un ottimo percorso fisioterapico nel post-operatorio. Le condizioni generali preoperatorie condizionano anch'esse la velocità e l'entità del recupero funzionale.

I dati epidemiologici ci informano che circa il 80 % delle persone sottoposte a protesi della spalla hanno sperimentato una notevole riduzione del dolore e un significativo miglioramento della capacità di eseguire attività comuni della vita quotidiana. In ogni caso è importante sapere che la protesi di spalla non permetterà al paziente di fare quanto faceva prima di iniziare a soffrire di artrosi, in quanto il recupero di motilità e forza è

generalmente parziale. Bisogna inoltre ricordarsi che le componenti delle protesi di spalla possono usurarsi o mobilizzarsi e un'attività pesante può accelerare questo processo, determinando una minore durata della protesi. Con una protesi di spalla, pertanto, non si devono praticare attività gravose, come spostare grossi pesi, usare utensili (ad esempio zappe, vanghe ecc.), fare sport che richiedono sforzi bruschi della spalla (tennis, golf...). Inoltre si deve accuratamente evitare il rischio di traumi e cadute, perché una eventuale frattura dell'osso in corrispondenza della protesi può rappresentare un problema molto complesso.

POSSIBILI RISCHI E COMPLICANZE

Il tasso di complicanze a seguito di protesi della spalla è basso, ma alcune di queste possono essere gravi e condizionare pesantemente il risultato finale. Le malattie croniche (come il diabete) e l'obesità aumentano il rischio di complicanze.

- **persistente gonfiore e tumefazione articolare:** è una complicanza minore che viene risolta in genere con applicazioni regolari di ghiaccio e maggiore riposo; può richiedere talvolta l'aspirazione del liquido per mezzo di una siringa (artrocentesi);
- **flebotrombosi dell'arto superiore con possibile embolia polmonare:** consiste nella formazione di un coagulo all'interno delle vene dell'arto operato che si manifesta con voluminoso gonfiore della mano e del braccio, un senso di forte pesantezza all'arto e dolore. Il coagulo (trombo) può staccarsi ed arrivare ai polmoni creando un'embolia che si manifesta con dolore al torace e difficoltà respiratoria. Verrà effettuato un programma di prevenzione secondo protocollo interno.
- **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 discromie della cute a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita.
- **lussazione della protesi:** si tratta di una perdita di contatto permanente delle due componenti della protesi (omerale e scapolare); può manifestarsi nelle prime settimane dopo l'intervento a causa di una lassità dei legamenti e una debolezza dei muscoli del cingolo scapolare; si manifesta con dolore e limitazione funzionale. Il trattamento consiste generalmente in un nuovo intervento con riposizionamento della protesi nella sede corretta, associato ad una sostituzione degli inserti della protesi per ottenere una maggiore stabilità dell'impianto.
- **infezione della protesi:** si può manifestare in forma acuta con febbre molto elevata, forte dolore alla spalla operata che si presenta gonfia e molto calda al tatto, oppure in maniera subacuta, con febbre persistente, gonfiore e dolore. E' una complicanza molto importante e che può manifestarsi anche a distanza di mesi o di anni. A volte può essere dominata con la 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 temporaneo di uno spaziatore in cemento antibiotato ed un eventuale successivo intervento

di riprotesizzazione. Per ridurre al minimo il rischio di tale complicanza viene praticata una profilassi antibiotica prima dell'intervento chirurgico.

- **mobilizzazione asettica della protesi:** è di solito una complicanza tardiva; con questo termine si intende un progressivo distacco delle componenti protesiche dall'osso. Se è di entità marcata può comportare il reimpianto di una nuova protesi.
- **rigidità articolare:** può essere di entità variabile; la migliore prevenzione è quella di eseguire una adeguata fisioterapia. Solo se la perdita di movimento è di grado elevato può essere necessario eseguire un nuovo intervento (ad esempio mobilizzazione in narcosi).
- **anemizzazione intra o post-operatoria:** si verifica in misura modesta in tutti i pazienti; se l'entità dell'anemizzazione è più importante, sarà necessaria una trasfusione di sangue di banca. Per ridurre l'entità del sanguinamento, presso la nostra struttura vengono messi in atto una serie di provvedimenti come da protocollo interno.

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Circa un mese prima dell'intervento il Paziente si presenterà, previo appuntamento, presso la nostra struttura per il così detto **prericovero**, vale a dire una giornata in cui sarà sottoposto ad una serie di indagini per valutare le condizioni generali ed evidenziare eventuali anomalie che possano aumentare i rischi dell'intervento.

Verranno eseguiti degli **esami strumentali:** gli esami del sangue e delle urine, un elettrocardiogramma, le radiografie del torace e della spalla nelle proiezioni necessarie per un'ottimale pianificazione dell'intervento. Un ortopedico dell'équipe compilerà la **cartella clinica** valutando eventuali evoluzioni rispetto al momento della visita iniziale.

Momento importante del prericovero sarà la **visita anestesiológica;** in quell'ambito l'anestesista valuterà il rischio operatorio e pianificherà il tipo di anestesia necessaria. In base alla situazione clinica potrebbe ritenere necessari ulteriori approfondimenti diagnostici con nuovi esami strumentali o consulenze specialistiche.

L'intervento chirurgico

Generalmente il Paziente entra in ospedale il giorno prima dell'intervento.

L'anestesia più frequentemente utilizzata è l'anestesia generale. La procedura chirurgica richiede in media circa 1-2 ore.

Nelle ore successive all'intervento è generalmente consentito al paziente alzarsi da letto con adeguata assistenza; verrà posizionato un tutore a circa 20° di abduzione da mantenersi per 3 settimane circa.

È molto probabile che resterete in ospedale per diversi (4-5) giorni.

Gestione del dolore

Dopo l'intervento chirurgico, avvertirete dolore, ma il Chirurgo e gli infermieri somministreranno farmaci per ridurlo. La gestione del dolore è una parte importante della vostra guarigione.

Fisioterapia

Nei giorni successivi all'intervento chirurgico il fisioterapista mobilizzerà la spalla; contestualmente alla dimissione sarà previsto un protocollo fisioterapico volto al progressivo recupero funzionale.

Altre informazioni utili

È importante che vi alziate il prima possibile dopo l'intervento chirurgico. A letto, sarà necessario muovere attivamente polso e mano per favorire la circolazione sanguigna. Il vostro soggiorno nel nostro ospedale durerà finché raggiungerete determinate abilità per tornare a casa ed essere sufficientemente autonomi. A casa, avrete comunque bisogno di aiuto per diverse settimane. Sarà necessario eseguire un programma riabilitativo o a domicilio o in una struttura ambulatoriale dedicata.

La vostra convalescenza a casa

Porterete un tutore da mantenere per circa 3 settimane. Il tutore va indossato anche durante la notte e questo potrebbe rendere il riposo notturno difficoltoso. Alcuni consigli pratici da seguire possono essere:

- applicare ghiaccio sulla spalla per 15 minuti prima di andare a dormire
- dormire in posizione lievemente reclinata
- utilizzare un cuscino o un asciugamano per mantenere il braccio sollevato
- costruire una "barricata" di cuscini per evitare spostamenti durante la notte
- evitare assunzione di cibi pesanti o di bevande stimolanti prima di dormire

La cura della ferita chirurgica

Avrete punti o graffette metalliche che corrono lungo la vostra ferita sulla parte anteriore della spalla. I punti o le graffette saranno rimossi circa 2 settimane dopo l'intervento chirurgico.

È vietato fare la doccia o il bagno in acqua fino a quando i punti non sono stati rimossi e la ferita non è completamente chiusa ed asciutta. È possibile continuare a bendare la ferita per evitare l'irritazione da indumenti anche dopo la desutura.

Esercizi a casa

Il vostro programma di attività dovrebbe includere esercizi da eseguirsi più volte al giorno per il recupero dell'articolazione e per ridurre la tumefazione dell'arto ed il dolore. Gli esercizi varieranno e diventeranno sempre più impegnativi con il succedersi delle settimane: il fisioterapista che vi segue durante il percorso riabilitativo vi spiegherà come eseguire gli esercizi anche a casa. Il periodo di recupero potrebbe necessitare di 2-3 mesi.

Guida della macchina

La maggior parte delle persone riprende la guida dopo circa 4-6 settimane dall'intervento chirurgico.