

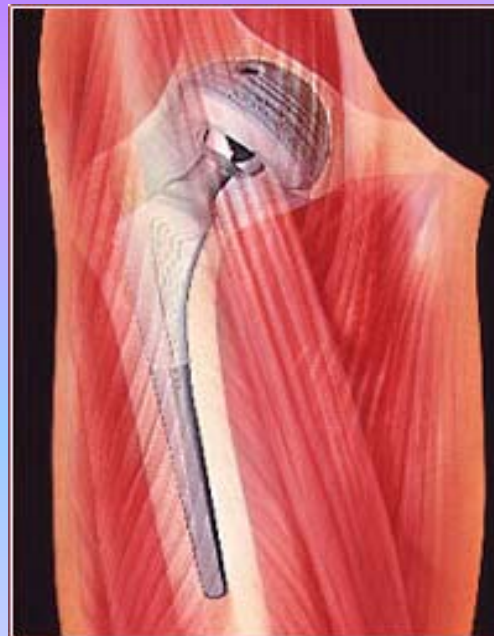
ADO

*La rieducazione funzionale dell'arto inferiore
nel paziente protesizzato*

www.fisiokinesiterapia.biz

La protesi d'anca

Durante l'operazione di sostituzione totale dell'anca, il chirurgo sostituisce la testa consumata del femore con un emisfero in metallo o in ceramica montato su un sostegno (stelo), mentre la superficie dell'acetabolo viene rifatta con una cuffia in polietilene (plastico) o in metallo ricoperto da una pellicola di polietilene. La protesi potrà o essere fissata con il cemento (protesi cementata), o fissata solidamente a pressione (press fit) senza cementazione.



Le componenti protesiche

L'articolazione dell'anca, è composta dall'estremità superiore del femore, denominata testa femorale (o del femore) che si inserisce nella cavità acetabolare (acetabolo) posto nel bacino.

La protesi d'anca si compone essenzialmente dei seguenti elementi:

Lo stelo: viene posizionato all'interno del canale femorale, dopo averlo accuratamente sagomato per poterlo adattare alla forma della protesi e serve come struttura di supporto per quella che sarà la nuova articolazione.

La testa: si applica sullo stelo ed ha il delicato compito di consentire tutti i movimenti che normalmente svolge l'articolazione.

Il cotile: è la componente protesica che si fissa nella cavità acetabolare, dopo una adeguata preparazione.

L'inserto: si fissa all'interno del cotile, accogliendo la testa, dando origine allo "snodo" che permette l'articolazione.



www.fisiokinesiterapia.biz

Il periodo acuto del paziente protesizzato d'anca

La prima informazione importante che il FT DEVE conoscere è

TIPO DI PROTESI

(Eventuali complicanze durante l'intervento)



Consigli per i primi giorni dopo l'intervento

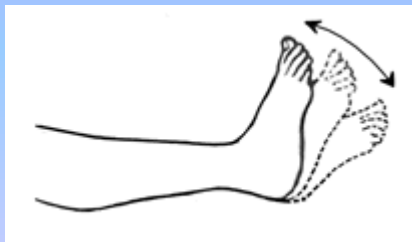
- Continuare ad usare le calze per tutta la durata della terapia medica. In caso di grosso fastidio si possono togliere la sera o comunque in caso di grosso gonfiore della gamba operata;
- **È OBBLIGATORIO NON mettere calze e scarpe da soli;**
- **NON PIEGARSI** per allacciarsi le scarpe;
- **NON FARE** movimenti bruschi che potrebbero danneggiare l'arto operato (accavallare le gambe; girarsi sulla gamba operata...)
- Per **ALMENO** un mese ricordarsi che:
 - le scale si salgono con l'arto sano
 - si scendono con l'arto operato
- **Per sedersi bisogna servirsi di una sedia con rialzo e con appoggi laterali;**
- **NON** usare poltrone morbide e/o basse;
- **Quando ci si alza e ci si siede poggiare più peso sull'arto sano;**
- In bagno usare l'alzawater
- **Evitare bagno e doccia fino alla cicatrizzazione delle ferite**
- **A letto non dormire ne girarsi sul fianco operato**
- **Per girarsi sul fianco mettere un cuscino tra le gambe**

Il trattamento riabilitativo post-intervento

Impegno primario è la precoce levata dall'allettamento



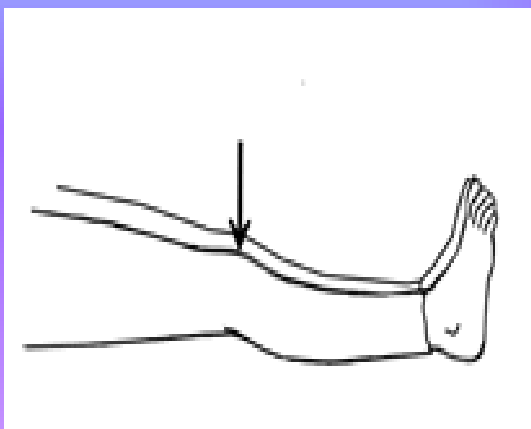
Gli esercizi di riabilitazione avranno inizio già
in prima giornata



Questo esercizio può essere iniziato a letto subito dopo l'intervento, ad intervalli di 10-15'. Spingere lentamente la punta del piede verso il basso e successivamente verso l'alto, ripetendo il movimento numerose volte. Ruotare la punta del piede all'interno e poi all'esterno per 10 ripetizioni



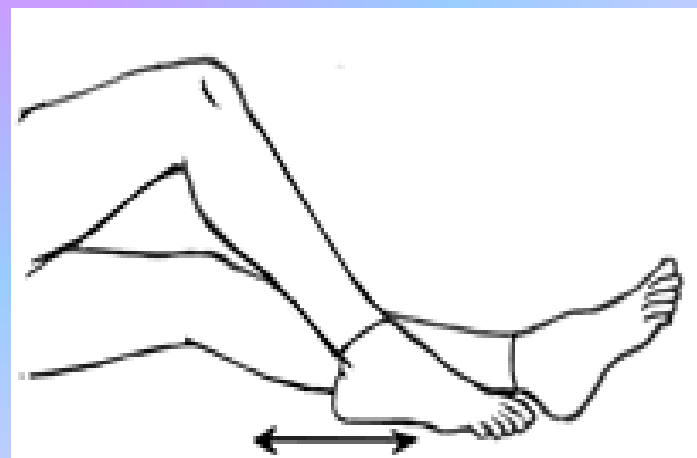
Il primo esercizio che dovrà essere insegnato al paziente sono contrazioni isometriche del muscolo quadricipite ad arto esteso, tenendo il piede a martello (un feedback d'aiuto può essere una spugnetta posta sotto il cavo popliteo)



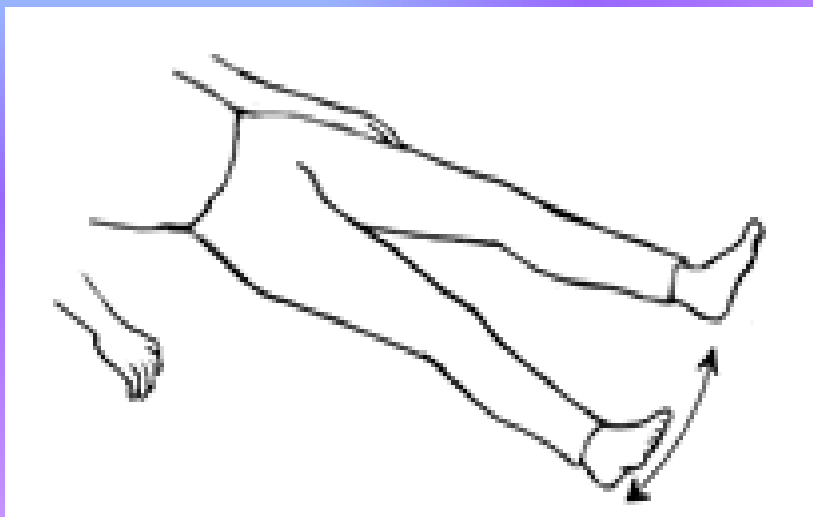
Contrarre il muscolo quadricipite come nell'intenzione di spingere la parte posteriore del ginocchio a terra.

5"- 6" di contrazione – 10" di riposo

Flettere il ginocchio e l'anca facendo scorrere il piede sul piano del letto, senza sollevare il tallone né ruotare all'interno la gamba.



In seguito servendosi di facilitazioni e di contesti verrà fatta eseguire al paziente una lieve abduzione-adduzione



Attenzione!

L'accorgimento maggiore del FT sarà di evitare in ogni caso l'intra e l'extrarotazione dell'arto

Dal terzo quarto giorno in poi, in assenza di patologie collaterali, tutti i pz verranno messi in posizione assisa con gambe sporgenti dal letto



Per assumere la posizione seduta il ft dovrà richiedere l'aiuto del paziente:

1. Il pz dovrà alzarsi ruotando dalla parte non operata (tronco, bacino e gambe)
2. Un maggiore aiuto sarà dato per sollevare la parte protesizzata



La carrozzina...

Il pz protesizzato d'anca che viene fatto sedere in carrozzina per la prima volta, dovrà seguire alcuni accorgimenti:

1. Sedersi facendo forza sulla gamba sana;
2. Mettere lo stesso peso sui glutei (la tendenza è quella di poggiare solo sulla parte sana alzando il fianco e aumentando il rischio di lussazione)
3. Flettere l'anca sana, coscia più ginocchio;
4. La gamba operata dovrà essere semiestesa;
5. Evitare la rotazione d'anca e far uso di ausili per evitare l'edema

Con tecniche appropriate e personalizzate il FT deve insegnare al pz a muoversi e deambulare correttamente (inizialmente con l'ausilio del deambulatore)

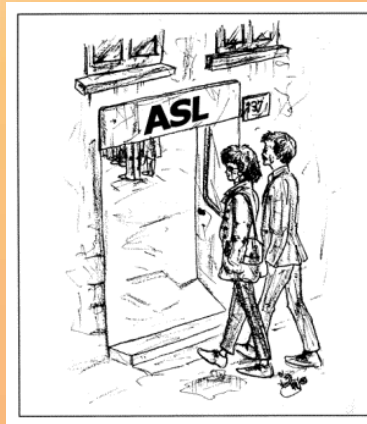
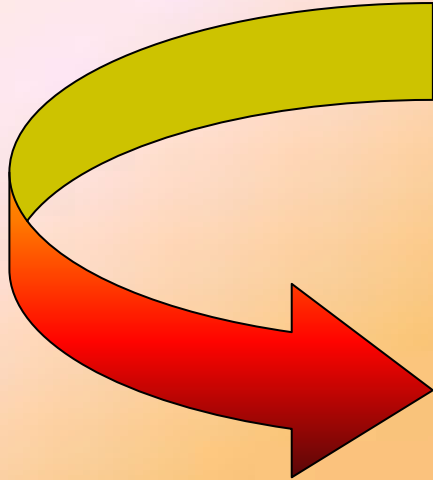
Successivamente la deambulazione dovrà avvenire mediante l'uso di antibrachiali.

Dopo la corretta deambulazione gli verrà insegnata salita e la discesa delle scale

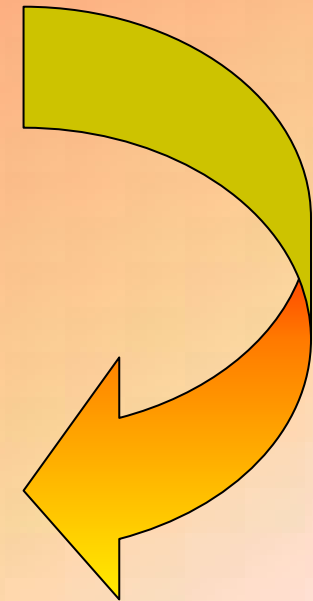
Inizierà il recupero del tono muscolare e la riacquisizione di una maggiore fiducia delle proprie possibilità e capacità e di conseguenza verrà sollecitato a compiere in modo autonomo le seguenti azioni:

- **Alzarsi dal letto;**
- **Vestirsi;**
- **Andare in bagno;**
- **Esecuzione di piccoli esercizi isometrici e isotonici**

FINE DELLA FASE POST ACUTA



**DIMISSIONE DAL
REPARTO ORTOPEDICO**



**INIZIO
RIABILITAZIONE
POST ACUTA**



La protesi di ginocchio

Il ginocchio è l'articolazione più grande e più complessa del corpo umano.

Seppur a prima vista possa apparire come un cardine, in realtà esistono complesse interazioni tra diversi movimenti quali scorrimenti, rotolamenti e rotazioni.

Tali movimenti avvengono:

- tra la parte distale del femore che si articola con la parte prossimale della tibia (articolazione femoro-tibiale)
- tra la parte anteriore del femore distale che si articola con la rotula (articolazione femoro-rotulea).

I menischi svolgono l'importante ruolo di "cuscinetti ammortizzatori" mentre i legamenti crociati e collaterali contribuiscono alla stabilità articolare.



La protesi di ginocchio si compone essenzialmente dei seguenti elementi:

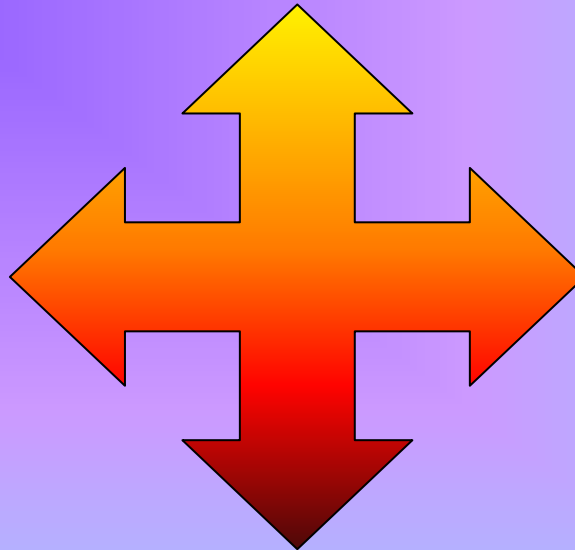
- **La componente femorale:** viene posizionata sulla parte distale del femore dopo che la stessa è stata opportunamente sagomata per poter combaciare perfettamente con la superficie di contatto protesica
- **La componente tibiale:** viene impattata sulla parte prossimale della tibia dopo che la stessa è stata opportunamente sagomata per poter combaciare perfettamente con la superficie di contatto protesica. Solitamente tale componente vanta anche uno stelo allo scopo di garantire ulteriore stabilità.
- **L'inserto articolare:** completamente in polietilene, viene inserito tra la componente femorale e quella tibiale e svolge il fondamentale ruolo di "cuscinetto ammortizzatore".
- **La componente rotulea:** talvolta, la parte di rotula che si articola con il femore viene rimossa e sostituita con un "bottono" in polietilene.



www.fisiokinesiterapia.biz

Tipo di protesi?

CEMENTATA



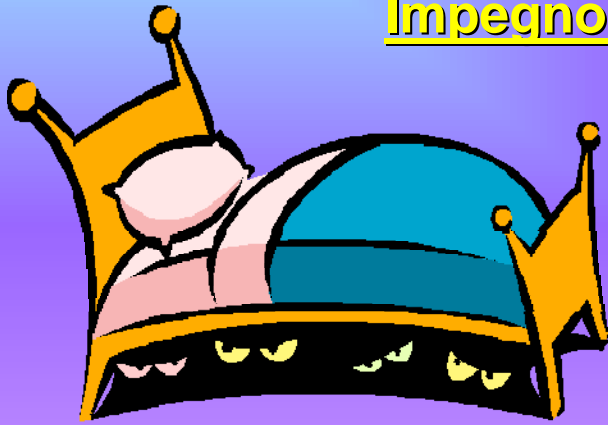
NON
CEMENTATA

Consigli per i primi giorni dopo l'intervento

- Continuare ad usare le calze per tutta la durata della terapia medica. In caso di grosso fastidio si possono togliere la sera o comunque in caso di grosso gonfiore della gamba operata;
- **NON FARE** movimenti bruschi che potrebbero danneggiare l'arto operato
- Per **ALMENO** un mese ricordarsi che:
 - le scale si salgono con l'arto sano
 - si scendono con l'arto operato
- **Quando ci si alza e ci si siede poggiare più peso sull'arto sano;**
- Evitare bagno e doccia fino alla cicatrizzazione delle ferite

Il trattamento riabilitativo post-intervento

Impegno primario è la precoce levata dall'allettamento



Il paziente può sedersi in letto, trasferirsi sulla carrozzina o acquisire la stazione eretta già in prima giornata PO, se le condizioni generali lo permettono. Se ne gioveranno tutte le sue funzioni fisiologiche e si porrà in opera il miglior presidio preventivo per il rischio tromboembolitico.

La caratteristica distintiva dalla protesi d'anca è che NON ESISTE RISCHIO DI LUSSAZIONE; quindi la mobilizzazione precoce, che è molto importante per questo impianto, può essere incoraggiata senza rischi.

Tanto prima si mobilizza il ginocchio protesizzato tanto più rapido sarà il fluire del recupero funzionale.

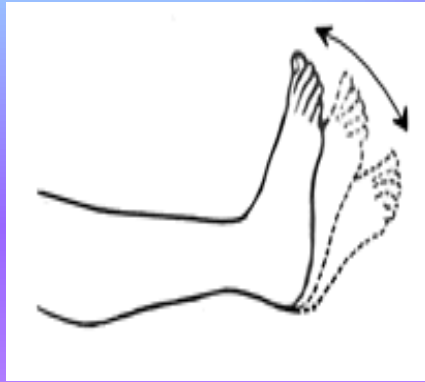
La mobilizzazione passiva del FT trova un utile alleato nel mobilizzatore meccanico (KINETEC) che il paziente può utilizzare nella parte della giornata in cui il FT non è presente in reparto.



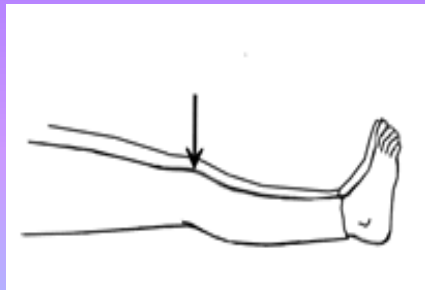
Attenzione alla sua applicazione nei casi di contrattura flessoria non vincibile.

Inoltre bisogna tener presente che il ginocchio protesizzato ha una discreta disposizione a sanguinare, quindi il suo impiego deve essere controllato: questo non deve favorire emorragie anche a distanza dall'intervento.

Gli esercizi di riabilitazione avranno inizio già in prima giornata



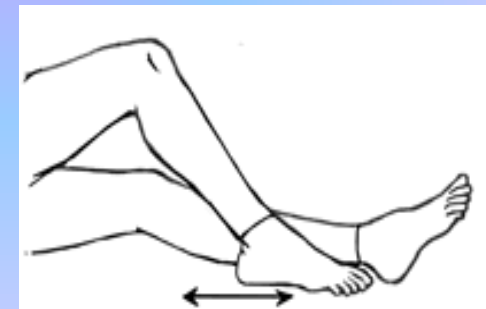
Questo esercizio può essere iniziato a letto subito dopo l'intervento, ad intervalli di 10-15'. Spingere lentamente la punta del piede verso il basso e successivamente verso l'alto, ripetendo il movimento numerose volte. Ruotare la punta del piede all'interno e poi all'esterno per 10 ripetizioni



Contrarre il muscolo quadricipite come nell'intenzione di spingere la parte posteriore del ginocchio a terra.

5"- 6" di contrazione – 10" di riposo

Flettere il ginocchio e l'anca facendo scorrere il piede sul piano del letto, senza sollevare il tallone nè ruotare all'interno la gamba.



Con tecniche appropriate e personalizzate il FT deve insegnare al pz a muoversi e deambulare correttamente (inizialmente con l'ausilio del deambulatore).

Successivamente la deambulazione dovrà avvenire mediante l'uso di antibrachiali. Il carico è concesso immediatamente nelle protesi cementate e incrementale nelle protesi non cementate.

Dopo la corretta deambulazione gli verrà insegnata salita e la discesa delle scale.

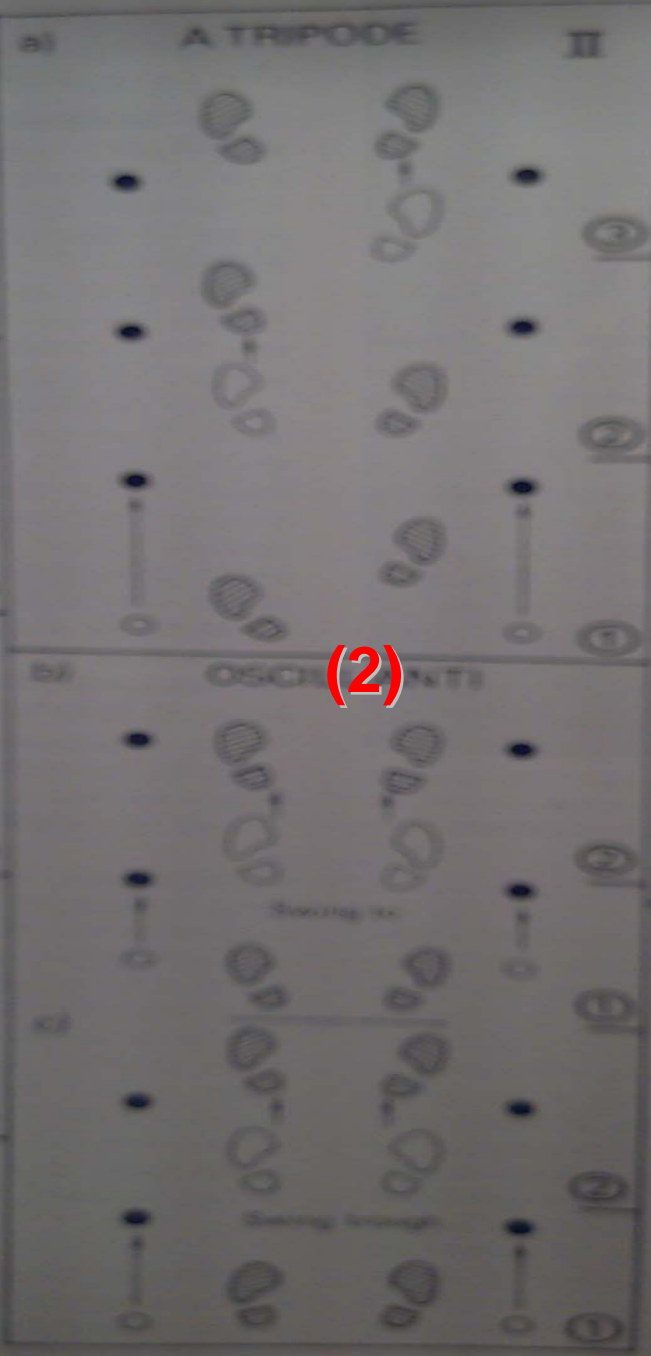
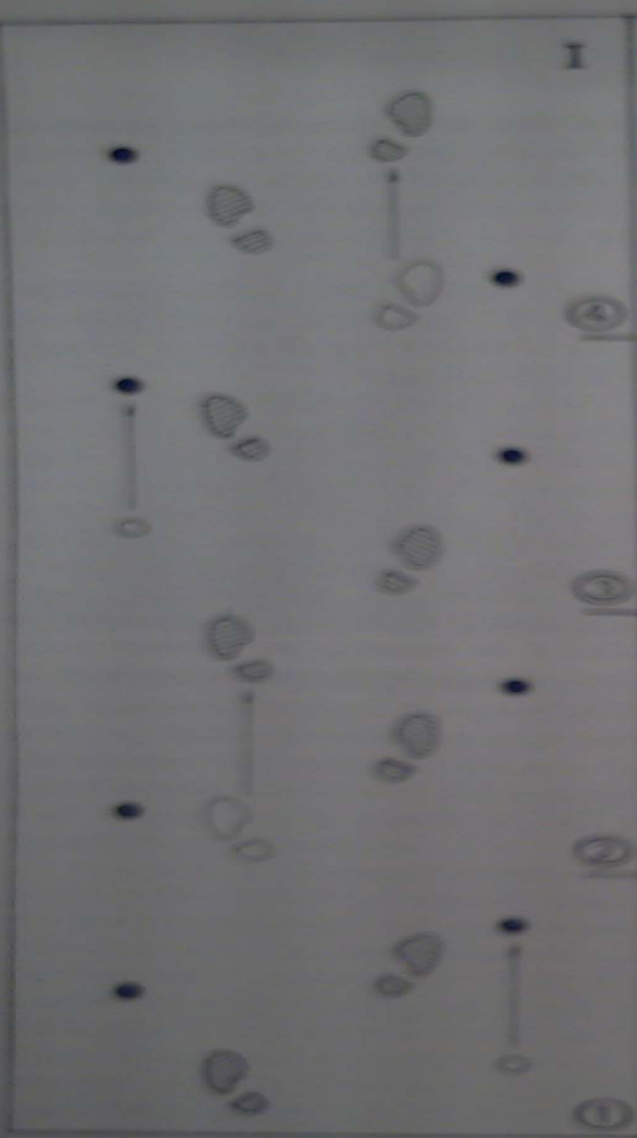
Inizierà il recupero del tono muscolare e la riacquisizione di una Maggiore fiducia delle proprie possibilità e capacità e di conseguenza verrà sollecitato a compiere in modo autonomo tutte le azioni.

Tipi di deambulazione con appoggio

Esistono tre tipi di deambulazione con appoggio:

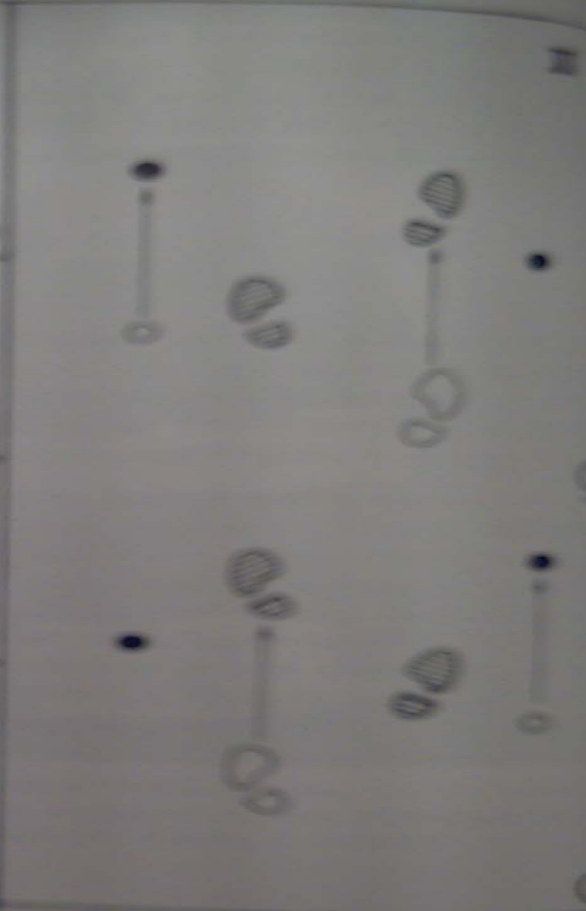
- 1. Andatura a quattro tempi con tre punti di appoggio:** proiezione in avanti, successivamente della stampella dx, del piede sx, della stampella sx, del piede dx (in ogni fase l'appoggio è garantito da tre punti);
- 2. Andatura a tre tempi con due punti di appoggio:** stampelle proiettate in avanti insieme e successivamente ognuno dei due piedi trascinato a livello delle stampelle;
- 3. Andatura a due tempi con due punti di appoggio:** proiezione simultanea di un piede con la stampella omolaterale o controlaterale (quest'ultima andatura realizza una deambulazione simile a quella normale)

(1)

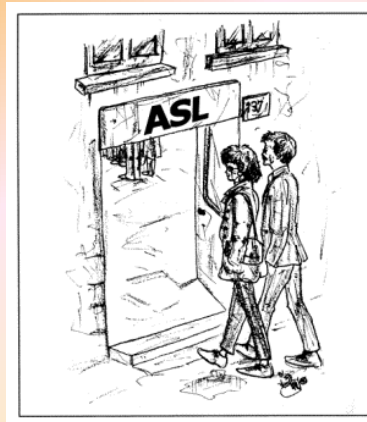
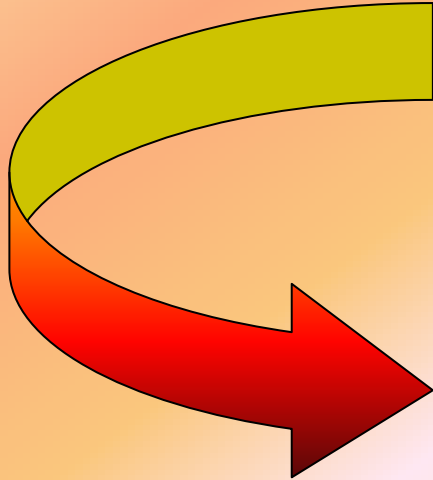


(2)

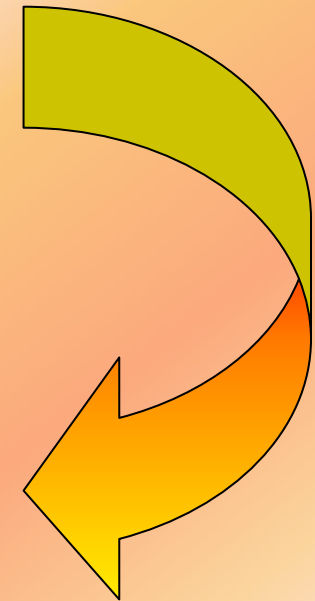
(3)



FINE DELLA FASE POST ACUTA



**DIMISSIONE DAL
REPARTO ORTOPEDICO**



**INIZIO
RIABILITAZIONE
POST ACUTA**

