

L'INTERVENTO DI ARTROPROTESI DI GINOCCHIO

L'usura della cartilagine causa un restringimento dello spazio articolare: l'osso sottostante inizialmente si ipertrofizza ma prima o poi "cede" e il ginocchio inizia a deviare in varismo se il danno maggiore è mediale, in valgismo se il danno maggiore è laterale. Si associano osteofiti, geodi (cisti intraossee) e infiammazione del ginocchio con versamenti intrarticolari recidivanti.

La presenza di una cisti di Baker (rigonfiamento posteriore della capsula articolare) è la manifestazione clinica della presenza di versamento articolare nel ginocchio artrosico.

Progredendo il quadro artrosico si potranno avere lesioni degenerative dei menischi e dei legamenti fino a raggiungere una grave instabilità del ginocchio.

- Artrosi primaria

Nella maggioranza dei casi non vi è un'unica causa per la comparsa della gonartrosi. Si riconoscono alcune condizioni cliniche quali obesità e/o disfunzioni ormonali che ne facilitano la comparsa. Anche i microtraumatismi legati all'attività lavorativa o all'attività sportiva possono essere causa di danno artrosico. In molti casi si rileva familiarità.



- Artrosi secondaria

In altri casi, meno frequenti, l'artrosi consegue a patologie ben conosciute:

- Evento traumatico: insorge su pregressa frattura del femore distale, del piatto tibiale o della rotula.
- Osteocondrite.
- Artrite infiammatoria: causata da una infezione articolare batterica o tubercolare
- Artrite reumatica: il panno sinoviale reumatico che causa infiammazione e versamenti articolari è responsabile, alla lunga, di un danno osteo-cartilagineo irreversibile.

Sostanzialmente si possono distinguere 2 tipi di protesi di ginocchio (protesi totale o parziale) con diversa indicazione in relazione all'estensione del danno artrosico a tutto il ginocchio o solo ad una metà di questo.

Protesi parziale di ginocchio o monocompartimentale: ricostruisce solo la porzione articolare danneggiata (mediale o laterale)



Protesi totale di ginocchio. Ricostruisce tutte le componenti articolari
(componente rotulea facoltativa)



LA RIABILITAZIONE

Il trattamento riabilitativo viene eseguito secondo un protocollo concordato tra ortopedico, fisiatra e terapista della riabilitazione ed, eventualmente, adattato caso per caso in base alle condizioni del paziente.

Il trattamento prevede sedute biquotidiane di difficoltà crescente ed esercizi semplici che il paziente deve eseguire da solo più volte durante il giorno.

Scopo principale del trattamento rieducativo è il ripristino di un movimento ampio del ginocchio con estensione completa e di una valida attività muscolare che permettano al paziente il ritorno alla posizione eretta, al cammino e alla esecuzione delle attività della vita quotidiana.

Il giorno dell'intervento la riabilitazione viene eseguita dal terapista senza muovere il ginocchio operato. Il principale obiettivo è ottenere una efficace azione antitromboembolica attraverso la mobilizzazione attiva-assistita delle caviglie che attiva la pompa plantare.

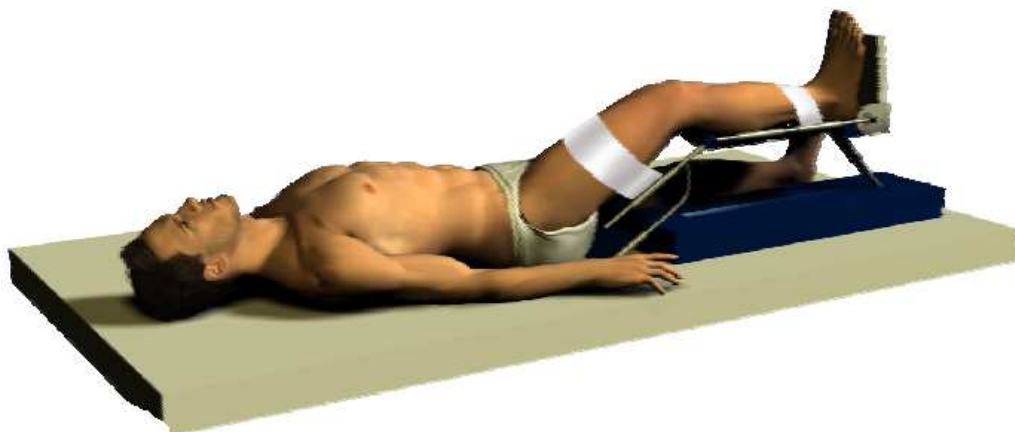
Al paziente viene insegnato come mantenere una corretta posizione nel letto con il ginocchio esteso.

Il giorno successivo l'intervento, rimosso il drenaggio, inizia la mobilizzazione passiva e attiva-assistita del ginocchio eseguita dal terapeuta con la collaborazione e l'attenzione del paziente.

Il paziente viene messo seduto con le gambe fuori dal letto e gli si insegna a farlo da solo. Se le condizioni generali lo consentono il paziente si mette in posizione eretta assistito dai terapisti.

Tra una seduta rieducativa e l'altra il paziente utilizza un apparecchio motorizzato per la mobilizzazione passiva del ginocchio che viene impostato a velocità lenta e con movimento possibile sino alla soglia del dolore.

Sull'apparecchio il paziente continuerà ad esercitarsi per tutto il periodo del ricovero.



Nei giorni successivi al paziente viene insegnato come camminare appoggiando parte del peso del corpo sull'arto operato con un deambulatore poi con due antibrachiali.

Durante il cammino il terapeuta controlla che nella fase di appoggio il ginocchio sia esteso e che il passo avvenga in maniera corretta, cioè con contatto al suolo, in successione, di tallone-pianta-punta. In questo modo il paziente cammina con andatura fisiologica.

Quando il paziente ha acquisito un buon equilibrio nell'uso dei bastoni si esercita a salire le scale portando in avanti l'arto sano seguito da quello operato e dalle stampelle e a scendere portando avanti le stampelle, l'arto operato e, per ultimo, quello sano. La dimissione avviene generalmente dopo circa 20 giorni dall'intervento.