



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Sacro Cuore - Don Calabria

Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto
Negrar di Valpolicella (Vr)

Dipartimento di Ortopedia e Traumatologia

Direttore: Dr. Claudio Zorzi

Opuscolo informativo

LA PROTESI DI SPALLA

La protesi di spalla

Gentile signora/e,

con questo opuscolo desideriamo darle alcune informazioni sull'intervento chirurgico di protesi di spalla che le è stato proposto da un nostro collega per risolvere la sua patologia. A tale intervento sono legati **benefici** ed anche **rischi e complicanze**.

Tutto ciò che le verrà esposto servirà quindi ad integrare non solo le informazioni che lei apprenderà dal colloquio con il medico, ma l'aiuterà ad una comprensione delle problematiche legate a questo intervento per poter affrontare serenamente il percorso terapeutico.

Le ragioni per cui si pone indicazione chirurgica di protesi di spalla sono numerose. La scelta chirurgica deriva dalla valutazione dell'intensità del dolore e del grado di limitazione funzionale dell'articolazione.

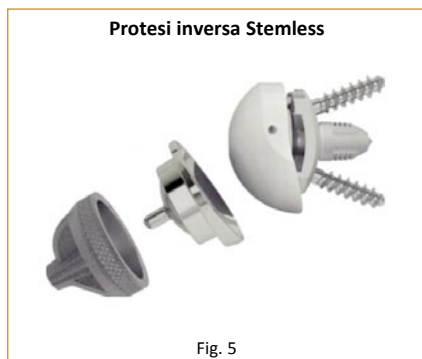
Infatti l'articolazione della spalla danneggiata può provocare dolore e grave limitazione del movimento. Tutto questo influenza la normale vita di relazione e complica le più semplici attività quotidiane. Si può anche giungere alla perdita della capacità di svolgere azioni semplici come mangiare.

L'articolazione della spalla è costituita da una parte sferica (testa omerale) e da una parte concava (Gleno). Nel momento in cui una o entrambe risultino danneggiate si decide di sostituirle con componenti protesiche.

Vanno distinte 4 tipi di protesi di spalla: l'endoprotesi (Fig. 1), l'artroprotesi anatomica (Fig. 2), la protesi Inversa (Fig. 3) e la CTA (Fig. 6).

L'endoprotesi va a sostituire solo la testa omerale nel caso in cui risulti danneggiata solo questa e nel caso in cui non si abbiano lesioni importanti dei tendini della cuffia dei rotatori.

L'artroprotesi va a sostituire completamente l'articolazione danneggiata con due componenti che ricalcano la normale anatomia delle strutture ossee con integrità dei tendini della cuffia dei rotatori.



Anche la Protesi inversa va a sostituire entrambe le superfici articolari ma invertendo la normale anatomia, quindi viene posizionata una componente concava al posto della testa omerale o una componente sferica va a sostituire la Glena, questo sistema ha lo scopo di consentire il sollevamento del braccio utilizzando il muscolo deltoide nel caso in cui i tendini della cuffia dei rotatori sia danneggiati e non possano svolgere la loro normale funzione.

La CTA si usa solo in casi particolari, quando non risulta indicato sostituire, per differenti motivi, la parte glenoidea e non sia possibile fare una protesi inversa.

Esistono poi diversi modelli di protesi, in particolare la componente omerale può essere senza stelo (Fig. 4-5) o con stelo che può essere cementato o non cementato.

Informazioni generali

I benefici legati all'intervento sono volti a garantire la scomparsa del dolore e il miglioramento del movimento articolare (dopo adeguata fisioterapia). È importante sottolineare che esiste una grande variabilità per quanto riguarda i risultati di questo intervento: per esempio in caso di spalla rigida da lungo tempo o con una grave lesione dei tendini della cuffia dei rotatori o in caso di reimpianto non sarà prevedibile un recupero funzionale completo, ma parziale e la rieducazione potrà richiedere più tempo.

Le complicanze di tale intervento vanno spiegate in modo tale da non provocare allarmismo eccessivo e controproducente. Ad ogni

intervento chirurgico sono legate possibili complicanze che si possono verificare malgrado siano state adottate tutte le precauzioni e le corrette procedure. Tali fatti negativi pur presentandosi molto di rado non sono trascurabili. Di seguito elenchiamo alcuni di questi:

- Mobilizzazione dell'impianto. Questo evento si può verificare tardivamente (a distanza di anni) oppure precocemente; la causa più comune è l'usura delle superfici ossee su cui si impiantano le componenti metalliche della protesi.
- Lussazione della protesi. La Testa omerale esce dalla sua sede, questo può succedere per traumi, o per movimenti sbagliati eseguiti soprattutto nel primo periodo post-operatorio. Per rimediare a questo problema si ricollocano le componenti protesiche nella corretta posizione ripristinando il corretto funzionamento dell'articolazione, in alcuni casi può essere necessario eseguirlo sotto sedazione. In seguito il paziente dovrà osservare un periodo di immobilizzazione. Più raramente può essere necessario un nuovo intervento chirurgico di revisione della protesi.
- Infezione. È un evento raro ma a seconda dell'entità può richiedere misure drastiche per la sua risoluzione. In prima istanza si procede con terapia antibiotica, se necessario si procede con la rimozione dell'impianto protesico e a seconda del germe isolato si imposta la terapia antibiotica mirata. A distanza di tempo a seguito della guarigione si potrà procedere con il riposizionamento dell'impianto.

- **Danni Nervosi.** A seguito dell'intervento chirurgico, anche indipendentemente dalla condotta del chirurgo si possono verificare disturbi di tipo neurologico a carico dell'arto operato. Si possono verificare danni a nervi sensitivi e motori periferici che possono alterare la sensibilità della spalla del braccio e della mano e/o impossibilità al movimento di queste parti. Tali eventi possono risolversi autonomamente a distanza di tempo o possono rimanere permanenti.
- **Eccessiva perdita di sangue.** L'intervento di protesi presenta sempre una certa perdita ematica, che in taluni casi può essere tale da richiedere trasfusioni con sangue di banca.
- **Frattura.** Può capitare che nel posizionamento delle componenti protesiche si verifichi una frattura dell'omero o della scapole.
- **Trombosi Venosa Profonda.** Si può verificare malgrado la profilassi anti-tromboembolica, l'utilizzo di presidi come le calze elastocompressive anti trombo e la riduzione dell'allettamento.
- **Embolia polmonare.** La trombosi venosa se si complica può provocare embolia polmonare che può risultare anche mortale.
- **Dolore.** Raramente dopo l'intervento può residuare dolore (legato per lo più a fatti muscolari); esistono però alcune condizioni in cui è difficile individuare una causa specifica.

Anestesia: tale intervento richiede un'anestesia generale ed una blocco loco-regionale per ridurre il dolore post operatorio; questa verrà comunque discussa con l'anestesista.

Pre ricovero

Tale servizio serve a rendere meno problematica la preparazione all'intervento.

Le viene richiesto di giungere presso il primo piano dell'ingresso principale con tutta la documentazione medica e radiologica in suo possesso e possibilmente con una relazione anamnestica del suo medico curante ed un elenco dettagliato di tutti i farmaci che assume a domicilio e i relativi dosaggi. Porti anche impegnativa con prescrizione dell'intervento.

Medici ed infermieri la accoglieranno per l'esecuzione degli esami del sangue, elettrocardiogramma e le radiografie convenzionali necessari per affrontare l'intervento in sicurezza. Il medico raccoglierà la sua storia clinica e sarà a disposizione per tutti i chiarimenti da lei richiesti. All'occorrenza l'ortopedico potrà richiedere valutazioni specialistiche di altri colleghi come cardiologo, chirurgo vascolare ecc. allo scopo ridurre al minimo possibili rischi o complicanze correlate all'intervento.

A completamento degli esami e se non saranno emersi particolari problemi inerenti al suo stato di salute, eseguirà la visita con l'anestesista che discuterà insieme a lei il tipo di anestesia e l'eventuale rischio legato all'intervento.

Le chiederemo di firmare il consenso all'intervento, all'anestesia e all'eventuale trasfusione di sangue qualora si ritenga necessaria nel post operatorio.

Ricovero

Il ricovero avverrà il giorno prima dell'intervento se disponibile il posto letto, altrimenti il giorno dell'intervento nel reparto di Ortopedia (4° piano).

Sarà depilata la zona cutanea dell'incisione chirurgica e la sera inizierà la somministrazione della profilassi anti-tromboembolica, qualora fosse ritenuta necessaria, che proseguirà secondo indicazione medica, ed eseguirà una doccia con un detergente antisettico.

Il giorno dell'intervento verrà posizionato il catetere vescicale in reparto (normalmente viene rimosso il giorno successivo) al fine di evitare ritenzione urinaria o perdite involontarie di urina e le verranno posizionate le calze antitrombo. Verrà accompagnato in sala operatoria dove le verrà incannulata la vena e verrà somministrata profilassi antibiotica.

Prima del rientro in reparto dopo l'intervento verranno eseguite nuove radiografie di controllo.

Al ritorno in stanza verrà posizionato a letto e monitorato dal personale infermieristico.

Sarà necessaria la nostra assistenza per la mobilitazione e per recarsi al bagno.

Periodo post operatorio

Il giorno successivo all'intervento verrà medicata la ferita chirurgica e posizionato il tutore, 24/48 ore dopo l'intervento verrà rimosso il drenaggio, potrà iniziare a tenere il braccio libero durante il giorno, e dovrà mantenere il tutore quando si stenderà a letto. Inizierà la fisioterapia 4-5 giorni dopo l'intervento.

Normalmente in seguito alla normale degenza nel nostro reparto (circa 4-5 giorni), fa seguito un secondo periodo nel quale va proseguita la fisioterapia. Ciò può avvenire ambulatorialmente in idonee strutture, oppure anche in regime di ricovero in centri specializzati in rieducazione funzionale che potranno esserle indicati.

Promemoria

Consigliamo a tutti i pazienti di osservare le norme e le regole che durante questo percorso terapeutico verranno fornite dal personale sanitario.

I controlli clinici e radiografici proposti dopo l'intervento non vanno dimenticati. Inoltre conviene sempre informare il medico se si verifica comparsa di dolore improvviso e senza motivo apparente e/o di febbre.

Regole per il visitatore

I visitatori devono attenersi agli orari di visita esposti in quanto il sovraffollamento aumenta il rischio per il paziente di contrarre infezioni ed impedisce al personale di svolgere correttamente le proprie attività.

L'assistenza diurna e notturna per i pazienti fragili va concordata con il Coordinatore o con l'infermiere di riferimento.

È indispensabile che il visitatore rispetti alcune fondamentali regole igieniche:

- non appoggiare effetti personali sui letti;
- non sedersi sul letto del degente;
- non usare le stoviglie del degente;
- utilizzare i bagni per i visitatori presenti in corridoio.

***Redatto a cura del personale di reparto
con la collaborazione di pazienti e parenti.***

