

Rieducazione dei pazienti sottoposti a intervento di protesi di ginocchio

C. Cheyron, D. Philippeau, L. Pronesti, J. Delambre, S. Marmor, J. Cerisy, E. Dadou, L. Lehenaff, E. Malatray, F. Sarton, C. Tribes

La chirurgia delle protesi di ginocchio è una chirurgia in pieno sviluppo da circa un secolo. Le protesi sono molto diversificate e possono sostituire uno o più compartimenti del ginocchio. In tutti i casi, la rieducazione ha un ruolo importante per restituire la mobilità, la stabilità e la funzione al ginocchio. I pazienti si fanno operare per ritrovare una deambulazione senza dolore. In assenza di complicanze immediate o tardive, questo obiettivo è generalmente raggiunto se l'indicazione è stata posta correttamente. In effetti, questa rieducazione è lunga e richiede una buona cooperazione da parte del paziente. Dopo un ricovero postoperatorio molto breve dove la rieducazione è iniziata precocemente, quest'ultima prosegue in continuità assistenziale o in pratica privata. Per ottenere un ginocchio funzionale, è opportuno ritrovare una deambulazione senza zoppia e senza dolore, una flessione di almeno 110° (eccetto per le protesi a cerniera), un blocco attivo del quadricipite e una buona vigilanza dei quattro quadranti del ginocchio.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Ginocchio; Gonartrosi; Artroprotesi; Complicanze delle protesi di ginocchio

Struttura dell'articolo

■ Introduzione-epidemiologia	1
■ Rieducazione preoperatoria	1
■ Chirurgia	2
Indicazioni	2
Protesi	2
Impianto protesico	2
Risultati	4
Complicanze	4
■ Orientamento dei pazienti	5
■ Rieducazione postoperatoria	5
Bilancio diagnostico	5
Mezzi di rieducazione	8
■ Conclusioni	17

■ Introduzione-epidemiologia

La sostituzione protesica del ginocchio è una chirurgia in piena evoluzione. Ogni anno, in Francia, sono impiantate 54 000 protesi totali di ginocchio (PTG), in circa tre quarti dei casi in donne di 60-70 anni che soffrono di patologie degenerative o di 55-60 anni con una patologia infiammatoria. Negli Stati Uniti, 300 000 PTG sono impiantate ogni anno e, nel mondo, il numero è di 800 000 [1].

La lesione articolare è, il più delle volte, bilaterale ed è spesso associata a lesioni degenerative o infiammatorie delle articolazioni sovrastanti e sottostanti degli arti inferiori.

L'eziologia principale che porta all'impianto di una PTG è la gonartrosi, ma sono possibili altre eziologie in una percentuale minore, come la poliartrite reumatoide, un'artrite reumatica, un tumore maligno, una frattura o l'emofilia.

In tutti i casi, la rieducazione si rivela indispensabile perché il paziente ritrovi un ginocchio indolore, mobile, stabile e funzionale.

■ Rieducazione preoperatoria

I pareri divergono sul suo interesse. Un solo studio mostra un interesse della fisioterapia preoperatoria 4 settimane prima dell'intervento. Questa rieducazione preoperatoria migliorerebbe la funzione tre mesi dopo l'impianto della PTG [2,3]. Tuttavia, quando essa è proposta, prepara il ginocchio alla chirurgia. D'altra parte, il bilancio preoperatorio del ginocchio è molto importante, in quanto ha un valore predittivo sui risultati dell'impianto protesico. Altri studi dimostrano che la fisioterapia preoperatoria non migliora i risultati dopo l'artroprotesi totale di ginocchio [4,5].

Gli obiettivi preoperatori sono: drenare il ginocchio gonfiato, mantenere delle ampiezze articolari evitando gli atteggiamenti viziosi, soprattutto il flesso di ginocchio, mantenere la muscolatura periarticolare per ridurre l'amiotrofia del quadricipite in particolare ed educare il paziente sull'uso di stampelle e sulla prevenzione degli atteggiamenti antalgici.

■ Chirurgia

Indicazioni

Le PTG sono indicate nel quadro delle distruzioni articolari degenerative (artrosi primitiva o secondaria) o infiammatorie (malattie reumatiche, microcristalline o infettive), delle osteonecrosi e di alcuni tumori del ginocchio.

Occorre valutare l'importanza e l'antichità dei sintomi funzionali (dolori, rigidità, zoppia, limitazione della distanza di deambulazione, difficoltà a salire e a scendere le scale o ad alzarsi da una sedia). Quando la ripercussione della lesione articolare sulla qualità della vita diviene quotidiana o invalidante, può essere proposto un intervento chirurgico.

L'artroprotesi di ginocchio è decisa solo dopo l'insuccesso di un trattamento medico e paramedico completo (antalgici, antinfiammatori, infiltrazioni, rieducazione, normalizzazione ponderale, ecc.) e quando sono superate le possibilità di un trattamento chirurgico conservativo (osteotomia tibiale o femorale, trasposizione della tuberosità tibiale anteriore).

Una rottura dell'apparato estensore, uno stato vascolare o cutaneo alterato, un'obesità patologica, un'infezione attiva, un'incomprensione o una mancanza di motivazione del paziente in vista dell'intervento possono controindicare il gesto chirurgico.

Le modalità di realizzazione della protesizzazione, il processo di rieducazione postoperatoria, i risultati attesi dell'intervento, i suoi benefici e i suoi rischi devono essere esposti chiaramente al paziente. Alcuni risultati possono, in effetti, essere alterati da una discordanza tra il risultato prevedibile dell'artroplastica e le attese del paziente. Come per qualsiasi chirurgia a scopo funzionale, l'intervento è proposto al paziente, che rimane il solo a decidere. La sua comprensione e la sua motivazione sono parametri essenziali per la riuscita dell'intervento.

Protesi (Tabella 1)

L'obiettivo di ogni artroprotesi è ottenere un ginocchio funzionale, cioè indolore, stabile e mobile.



In caso di lesione strettamente monocompartmentale, può essere proposta una protesi monocompartmentale (femorotibiale mediale o laterale, femororotulea).

Essa è controindicata in caso di atteggiamento in flessione non riducibile, di grande disallineamento o di lesione legamentosa associata. Benché l'impianto sia più delicato di una PTG, il risultato clinico è spesso più vicino a un ginocchio normale. Tuttavia, questo tipo di protesi espone il paziente a un fallimento dell'impianto più precoce rispetto a una PTG o a una degradazione artrosica dei compartimenti non protesizzati.

Le PTG sostituiscono le superfici articolari femorali e tibiali. La superficie articolare della rotula è, il più delle volte, protesizzata. Esistono numerosi modelli, che sono classificati in funzione del grado di vincolo della protesi.

- Le *protesi a scivolamento* (Fig. 1) riproducono la cinematica di «rotolamento/scivolamento» del ginocchio nativo. La loro stabilità è assicurata dalle strutture capsulolegamentose

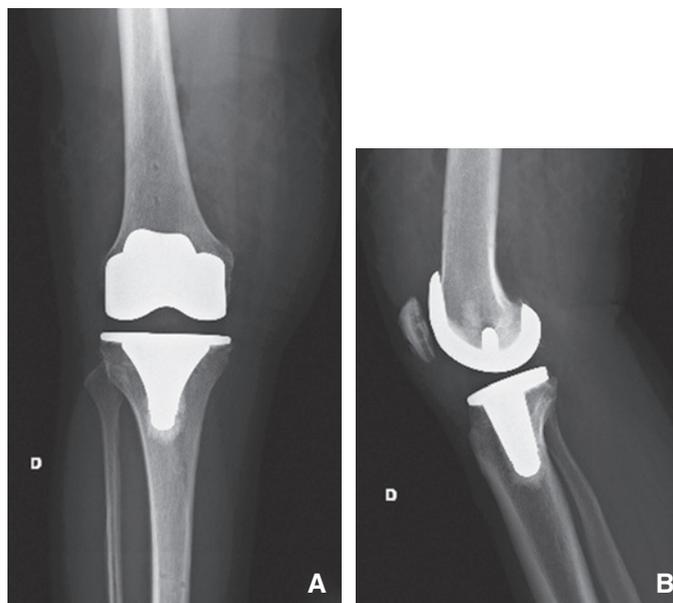


Figura 1. Protesi totale di ginocchio a scivolamento interno.

A. Di fronte.

B. Di profilo.



periferiche. Il legamento crociato posteriore è, a volte, conservato. Il piatto in polietilene, interposto tra la tibia e il femore, può essere fisso o rotante, posterostabilizzato (in assenza di crociato posteriore), semivincolato o ultracongruente.

- Le *protesi a cerniera* possiedono un perno assiale tra il femore e la tibia, che assicura la stabilità dell'articolazione. Esse sono indicate in caso di fallimento del sistema legamentoso periferico o di distruzioni ossee importanti (Fig. 2).

L'impianto femorale e quello tibiale sono, il più delle volte, in cromo-cobalto e, a volte, in titanio o in ossinio. L'inserto tibiale e la protesi rotulea sono in polietilene. La fissazione delle componenti protesiche all'osso può fare ricorso a un'interfaccia cementata o a una fissazione biologica (protesi senza cemento con fissazione primaria meccanica per press-fit, quindi secondaria per colonizzazione ossea della superficie protesica).

Impianto protesico

L'impianto della protesi si esegue nel blocco operatorio sotto anestesia generale e/o locoregionale. Il blocco anestetico femorale è spesso prolungato nel periodo postoperatorio mediante diffusione continua di anestetici^[6] attraverso un catetere femorale (Fig. 3). Questo controllo del dolore è essenziale per il corretto svolgimento del primo periodo della rieducazione, ma partecipa con il gesto chirurgico alla siderazione postoperatoria transitoria del quadricipite. L'effetto anestetico del blocco sciatico è il primo a scomparire, il che spiega la prevalenza dei dolori posteriori al ginocchio nei primi giorni.

Tabella 1.

Implicazioni in cinesiterapia.

	Protesi monocompartmentali	Protesi a scivolamento	Protesi a cerniera
Tipo	Non vincolato	Semivincolato	Vincolato
Compartimento	Uno	Due o tre	Due o tre
Ampiezza attese	140	120	100
Movimenti articolari macro	Flessione/estensione/rotazione	Flessione/estensione/rotazione	Flessione/estensione
Movimenti articolari micro	Rotolamento/scivolamento	Rotolamento/scivolamento	No
Raggio	Nessun cambiamento	Interlinea articolare completa	Gambale che unisce il femore alla tibia
Rotula	Nessun cambiamento	Plot di inserzione visibile	Plot di inserzione visibile
Principi	Rieducazione immediata Prese corte Privilegiare il lavoro statico il 1° mese Lavoro dinamico contro resistenza manuale in seguito		

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617380>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617380>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)