

Struttura Complessa a Divisione Universitaria
Reparto di Ortopedia e Traumatologia
A.O. Ordine Mauriziano
Direttore: Prof. Roberto Rossi

Largo Turati, 62 - 10128 TORINO

Ambulatorio 011.5082321 - Reparto 011.5082317

Direzione 011.5085010

FAX 011.5082050

FRATTURE DEL FEMORE PROSSIMALE



Guida al paziente

TIPOLOGIA DI FRATTURE

A seconda della loro localizzazione,
le fratture di questo segmento
osseo si distinguono tipicamente in
due categorie:



**FRATTURE
«MEDIALI»**



**FRATTURE
«LATERALI»**



TIPOLOGIE DI INTERVENTO

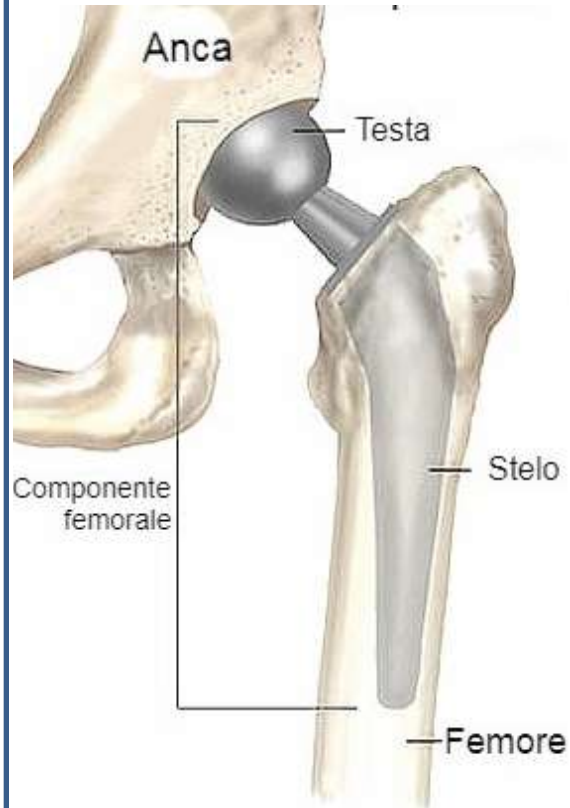
PRINCIPALI OPZIONI DI TRATTAMENTO CHIRURGICO:

-**SINTESI INTERNA CON CHIODO ENDOMIDOLLARE**, per le fratture «laterali» (fig.1)

-**IMPIANTO DI PROTESI PARZIALE D'ANCA**, per quelle «mediali» (fig.2)



1



2

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO



- Ridurre il dolore;
- Consentire un'assistenza più agevole da parte di coloro si prendono cura del paziente;
- Aumentare le possibilità di mobilizzazione;
- Tentare, qualora possibile, una ripresa della mobilizzazione;

N.B.

La frattura di femore è un evento sempre grave, soprattutto negli anziani.

Il paziente potrebbe non recuperare la mobilità e l'autonomia avuta precedentemente all'evento.

Il recupero è fortemente condizionato dal quadro clinico generale del paziente, dalle sue patologie pregresse e dalla sua età.

La mortalità stimata nel primo anno dall'evento è all'incirca del 30%, A PRESCINDERE DAL TRATTAMENTO ESEGUITO.

COME SI FA?

L'INTERVENTO

INCHIODAMENTO ENDOMIDOLLARE

Posizione supina su lettino da trazione

Anestesia spinale o generale (a discrezione dell'anestesista)

Durata indicativa circa 30 min-1 h (variabile e dipendente dalla morfologia della frattura, può arrivare anche a 2-3 ore, tempo di stazionamento in sala totale circa 2 ore ma anch'esso variabile)



PROTESI PARZIALE D'ANCA

Posizione sul fianco

Anestesia spinale o generale (a discrezione dell'anestesista)

Durata indicativa circa 1.5 h (tempo di stazionamento in sala totale circa 3 ore)

Drenaggio: un tubicino per evacuare l'ematoma mantenuto per circa 24 h



RISCHI E POSSIBILI COMPLICANZE



- Frattura intra-operatoria
- Emartri e versamento articolare
- Infezione superficiale o profonda
- Lesione Vasculo-Nervose periferiche
- Anemizzazione post-operatoria che può richiedere la necessità di trasfusioni
- Trombosi Venosa Profonda (TVP) di differente entità con successivo possibile sviluppo di Embolia Polmonare (EP)
- Cattiva guarigione della ferita con necrosi dei bordi
- Zoppia persistente
- Dolore anche prolungato all'anca
- Rigidità post-operatoria
- Mancata guarigione della frattura (pseudoartrosi)
- Mobilizzazione del chiodo endomidollare (Cut-out)
- Decesso (anche fino al 30%, dipendente da età del paziente e comorbidità)

(In particolare per la protesi parziale d'anca)

- Frattura peri-protesica
- Fallimento dell'impianto per mobilizzazione settica (cause infettive) asettica, rottura delle componenti o altre cause;
- Instabilità articolare con lussazione della protesi
- Allungamento-accorciamento arto (fino a 2 cm)
- Paralisi nervo sciatico (maggiore se necessario allungamento)

PIU' E' GRAVE LA COMPLICANZA PIU' E' RARA

IL RICOVERO

Informazioni generali

IL REPARTO:

Ortopedia e Traumatologia (4A), piano terra *(vedi piantina nell'ultima pagina)*

ORARIO DI VISITA (variabile per normative COVID)



- Un familiare 11-20
- Il giorno dell'intervento un familiare 24 ore.
- Altri familiari dalle 13 alle 15 e dalle 19 alle 20.

PASTI



- Colazione dalle 7:00
- Pranzo dalle 13:00
- Cena dalle 19:00

N.B. La degenza per questo tipo di intervento è, salvo complicazioni, di circa 6-8 giorni.

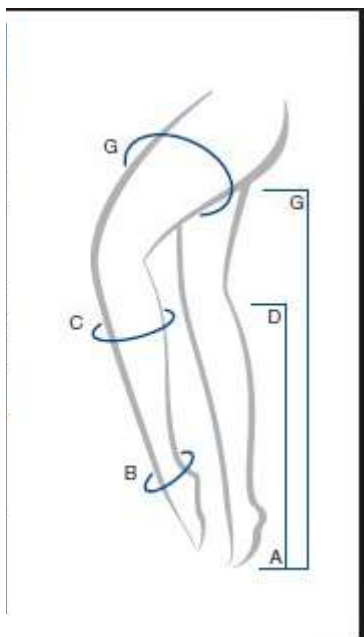
DI COSA HA BISOGNO



- Calze elastiche antitrombosi (due monocollant)
- Due stampelle regolabili in altezza
- Calzature con suola di gomma
- Necessario per l'igiene personale, gli asciugamani, la biancheria intima (cotone), pigiama/camicia da notte.
- Tuta da ginnastica
- I farmaci che fanno parte della vostra terapia (MA NON ASSUMETE NULLA SENZA IL CONSENSO DEL PERSONALE SANITARIO)
- Non portare con voi oggetti di valore (monili, elettronica...)



CIRCONFERENZA (cm)									
Taglia/Size		S	M	L	XL	XS	SXL	MXL	LXL
Coscia	G	48-60	56-70	64-80		40-50	60-70	70-80	80-90
Polpaccio	C	30-36	34-40	38-44	42-49				
Caviglia	B	20-22	23-25	26-28	26-28	17-19	20-22	23-25	26-28
Taglia/Size									
Gambaletto		●	●	●	●				
Calza autoreggente monocollant		●	●	●		●	●	●	●



- LA MISURA DELLE CALZE è SEMPLICE DA SCEGLIERE
- SE AVETE CALZE DA PRECEDENTI INTERVENTI LE POTETE UTILIZZARE

IL GIORNO DELL'INTERVENTO

In attesa dell'intervento...

- Il personale infermieristico vi preparerà per la sala operatoria.
- Verrete "trasportati" in sala operatoria con il letto della stanza
- In sala operatoria verrete trasferiti sul letto operatorio dal personale
- L'intervento chirurgico verrà eseguito il più precocemente possibile, MA E' SUBORDINATA ALLA DISPONIBILITA' DI UN POSTO LETTO E DELLO SPAZIO IN SALA OPERATORIA, NON DIPENDENTI DAL PERSONALE MEDICO



IL GIORNO DELL'INTERVENTO

In sala operatoria...



POSIZIONAMENTO DI
UN NUOVO
ACCESSO VENOSO

POSIZIONAMENTO
ELETTRODI
DELL'ELETTROCARD
IOGRAFO

ANESTESIA:
SPINALE /
GENERALE

In sala operatoria fa freddo. Una volta terminato il posizionamento per l'intervento procederemo a scaldarvi con un apposito strumento. Inoltre la sala operatoria è ricca di rumori, come i "bip" dei monitor, o i rumori prodotti dai Chirurghi durante l'intervento.

IL GIORNO DELL'INTERVENTO

Dopo la sala operatoria...

- Potreste avere un drenaggio, un tubicino che esce dalla gamba e permette la fuoriuscita del sangue in eccesso (se protesi di anca).
- Potreste avvertire freddo, è normale.
- Potreste sentirvi intontiti e disorientati, è normale.
- Potreste avere un catetere venoso
- Dovrete stare sdraiati a pancia in su e vi verrà posizionato un cuscino tra le gambe in modo che non si incrocino.



LA DEGENZA

Gli infermieri si occupano della rilevazione dei parametri vitali e della somministrazione della terapia

**NON ASSUMETE MAI TERAPIA
SENZA IL CONSENSO DEL
PERSONALE, ANCHE QUELLA
PERSONALE ABITUALE**



LA DEGENZA

- Tutti i giorni i Medici effettueranno un “giro visita” in mattinata
- I medici sono disponibili al colloquio tutti i giorni dalle ore 12,30 alle ore 13.
- Il giorno dopo l'intervento i Medici passeranno a fare la prima medicazione.
- Dopo la medicazione verrà eseguita una radiografia di controllo all'arto inferiore operato (se non già eseguita in sala operatoria).



LA DEGENZA

Durante la prima giornata post-operatoria, compatibilmente con la situazione clinica generale, i pazienti possono iniziare la mobilizzazione al letto assistita dal fisioterapista, a cui farà seguito il posizionamento "seduti con gambe giù dal letto".

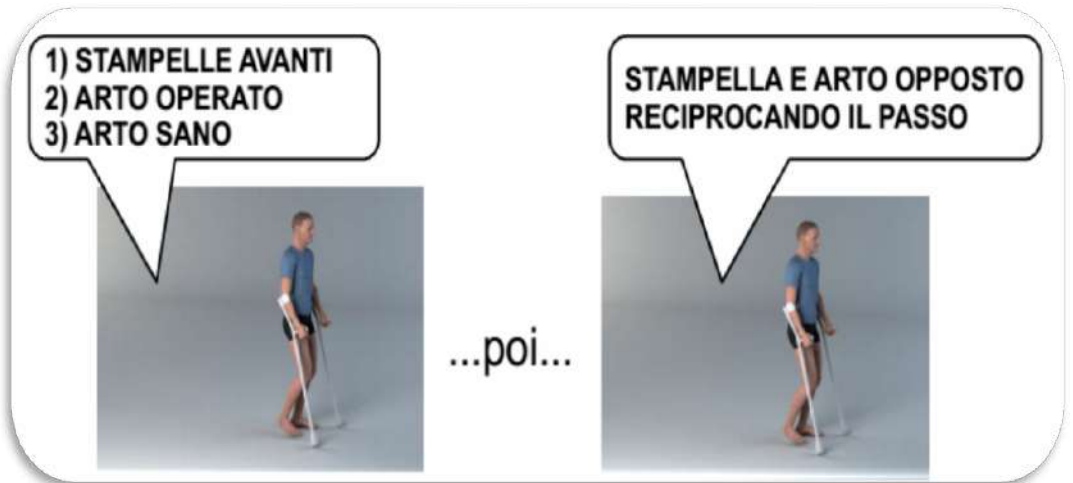


Scendere dal letto (sempre dal lato della gamba operata): da supino a letto sollevare il tronco sostenendosi sui gomiti, portare fuori le gambe facendo perno sul sedere.

**ATTENZIONE A MANTENERE LE
GINOCCHIA SEPARATE**

LA DEGENZA

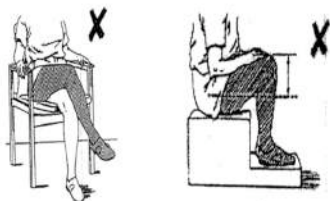
Il fisioterapista vi insegnerà a riadattarvi alla stazione eretta, a riprendere la deambulazione assistita con ausili, la capacità di salire e scendere le scale e iniziare gli esercizi di rinforzo muscolare. La fisioterapia può essere anche molto scarsa ed è comunque molto dipendente dalle condizioni del paziente e dalla sua compliance.



Per camminare con le stampelle bisogna portare le stampelle avanti, fare il passo con l'arto operato arrivando il linea con le stampelle, appoggiare il peso sulle stampelle e portare in avanti l'arto sano

NON E' NECESSARIO ESEGUIRE UNA FISIOTERAPIA SPECIFICA, QUANTO PIU' CAMMINARE, ANCHE CON I PARENTI

COSE DA NON FARE SE ENDOPROTESI



- Flessione oltre 90° anca (es sedute basse tipo bidet o raccogliere oggetti per terra)
- Intraruotare il piede (punta che guarda in dentro)
- Accavallare le gambe (utilizzo del cuscino)

E DOPO IL RICOVERO? LA DIMISSIONE



Verrà dimesso dal reparto su decisione del **personale medico**.

N.B. La degenza per questo tipo di intervento è, salvo complicazioni, di circa 6-8 giorni.

Il progetto di dimissione sarà pianificato già al momento dell'accoglienza in reparto, in collaborazione con l'equipe medica-infermieristica.

Tale progetto sarà condizionato dalla storia clinica/familiare del paziente e dal programma post-operatorio, ovvero dalla concessione o meno del carico (riabilitazione di I livello e di II livello) e potrà concretizzarsi in:

- 1) Ritorno a domicilio (ipotesi consigliata, possibile prescrizione ausili e ADI)
- 2) Progetto riabilitazione di I o II livello (in base alla valutazione fisiatrica)
- 3) Lungodegenza (se assenza di carico)



E DOPO IL RICOVERO?

LA DIMISSIONE



I PAZIENTI CHE RIMANGONO IN
OSPEDALE **OLTRE IL LIMITE
STABILITO DAI SANITARI** HANNO
UN **RISCHIO ELEVATO DI
CONTRARRE INFEZIONI
OSPEDALIERE** E SONO
RESPONSABILI DELLE LUNGHE
ATTESE PER GLI INTERVENTI

Per questi motivi consigliamo sempre
il ritorno al proprio domicilio ove
possibile



E DOPO IL RICOVERO?

A CASA



IN CASO DI NECESSITA' RIABILITATIVE ESISTONO DUE POSSIBILITA':

- Paziente non autonomo → possibile invio del fisioterapista a “domicilio” previa disponibilità del personale sul territorio
- Paziente autonomo → organizzazione di fisioterapia ambulatoriale sul territorio
- Il ritorno al domicilio sarà organizzato con l'equipe medico-infermieristica, e assistito il più possibile

CONSIGLI PER IL RIENTRO A CASA

- Proseguire profilassi antitrombotica con assunzione di eparina e calze elastiche, come da indicazioni mediche
- Seguire le indicazioni fornite in reparto sulla gestione della cicatrice chirurgica; dopo la rimozione dei punti (che avverrà a 15 giorni circa dall'i.c.) potrà fare la doccia se non ci sono arrossamenti o secrezioni.
- un poltrona comoda e stabile, con 2 braccioli ed un sedile non troppo morbido, che le permetta di sedersi senza che le ginocchia si trovino più in alto rispetto alle anche;
- Utilizzare un alza-water almeno per i primi 3 mesi (SE PROTESI ANCA);
- Utilizzare una spugna per la doccia con manico lungo;
- un calza scarpe a manico lungo per evitare di piegare troppo l'anca mentre si mettono o si tolgono le scarpe (SE PROTESI ANCA);
- rimozione, almeno temporanea, di tappeti, cavi elettrici o altri oggetti che potrebbero in qualche modo farla inciampare.
- Non trasportare pesi eccessivi, evitare l'aumento di peso, camminare con gli ausili che le sono stati indicati.
- Presentarsi regolarmente ai controlli ambulatoriali

E DOPO IL RICOVERO?

IN CASI ESTREMAMENTE SELEZIONATI E
COMUNQUE SU GIUDIZIO
DELL'ORTOPEDICO POTRÀ ESSERE
PREVENTIVATA LA DIMISSIONE IN UNA
STRUTTURA RIABILITATIVA

LE STRUTTURE

- I LIVELLO → Pazienti senza completo carico sull'arto operato e con patologie rilevanti
- II LIVELLO → pazienti con carico completo sull'arto operato e senza patologie rilevanti (opzione più frequente)

LA STRUTTURA NON SI SCEGLIE, È CONCESSA UNA PREFERENZA MA SI VERRÀ INVIATI NELLA PRIMA STRUTTURA CHE AVRÀ DISPONIBILITÀ

N.B. Anche la permanenza in strutture riabilitative è gravata da un alto rischio di contrarre infezioni



COSA ASPETTARSI

Bisogna tenere presente questo tipo di fratture, in particolare nei pazienti anziani (costituzionalmente più fragili e spesso già gravati da altre patologie), costituiscono un evento traumatico sempre grave; al trauma iniziale infatti si aggiunge quello legato all'ospedalizzazione, all'anestesia, all'intervento chirurgico ed alla riabilitazione.

Secondo la letteratura i decessi nell'anno successivo al trauma, particolarmente nei pazienti più anziani, raggiungono circa il 30%.

Lo scopo del trattamento chirurgico è consentire una mobilizzazione precoce del paziente, la gestione del dolore e, qualora possibile, la ripresa della deambulazione.

E' possibile che, dopo il trauma, alcuni pazienti possano manifestare fenomeni di disorientamento e stati confusionali acuti, legati spesso al dolore, all'allettamento, all'anestesia o a condizioni preesistenti.

E' possibile che il paziente riesca con gradualità a ritornare alle attività quotidiane svolte prima del trauma, sebbene spesso con un diminuito grado di autonomia. Infatti, circa la metà dei pazienti che prima dell'evento camminavano senza ausili, dopo ne dovranno fare uso.

QUALI ATTENZIONI AVERE PER RIDURRE I VERI RISCHI

Prevenzione Trombosi Venosa Profonda

Per ridurre al minimo il rischio di trombosi venosa profonda le verrà somministrato un farmaco (Eparina mediante iniezioni sottocute) 1 volta al dì sino alla ripresa della corretta deambulazione. Nel caso lei assumesse altri farmaci antiaggreganti o anticoagulanti prima dell'intervento, questi verranno reintrodotti in terapia sotto stretto controllo medico.

Dovrà inoltre indossare delle calze elastiche (*calze antitrombosi*) che la aiuteranno a prevenire problemi di circolazione agli arti inferiori.

Se dovesse verificarsi la comparsa di dolore, tumefazione e arrossamento a livello del polpaccio e della caviglia nelle prime 3-4 settimane dall'intervento contatti subito il suo ortopedico.

UNA MOBILIZZAZIONE PRECOCE E CONTINUA RIDUCE DI MOLTO IL RISCHIO DI TROMBOSI

Prevenzione Infezioni



La causa più comune di infezione dopo posizionamento di una protesi totale d'anca sono i **batteri provenienti dal circolo sanguigno**. Questi batteri possono derivare da infezioni a livello della bocca e dei denti, infezioni delle vie urinarie o della cute.

Per ridurre al minimo il rischio di infezione è fortemente consigliato (almeno nei primi 2 anni dopo l'intervento) eseguire una **terapia antibiotica** ogni volta che si verrà sottoposti ad **interventi su bocca/denti o in caso di infezioni** batteriche in altre sedi.

I primi segni di infezione sono: febbre persistente, brividi, arrossamento, dolore (anche a riposo) o tumefazione a livello della cicatrice chirurgica, fuoriuscita di liquido dalla cicatrice chirurgica.

Se dovesse sviluppare uno di questi segni contatti subito il suo ortopedico.

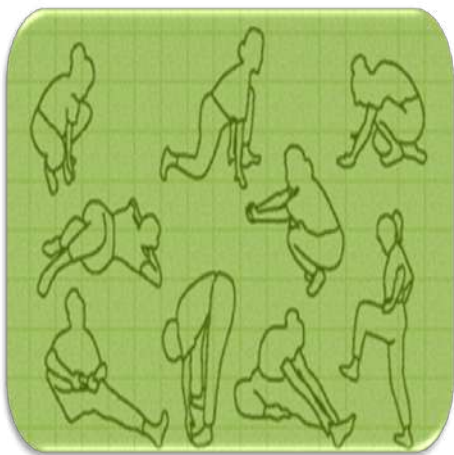
Prevenzione cadute

Una caduta, soprattutto durante le prime settimane dall'intervento, può seriamente danneggiare la protesi e richiedere un nuovo intervento. Per questo motivo è necessario che la deambulazione sia assistita da un girello o delle stampelle sino a quando non si sentirà abbastanza sicuro/a da camminare senza alcun tipo di appoggio. Consigliamo inoltre di rimuovere i tappeti e i cavi potenziali fonte di cadute



Prevenzione lussazione

Nel caso di impianto di protesi parziale d'anca bisogna evitare di eseguire movimenti che potrebbero favorirne la sua lussazione, questi consistono nella flessione eccessiva dell'anca, rotazione interna e accavallamento; DEVONO perciò essere evitati



ALCUNI ESEMPI DI ESERCIZI DA ESEGUIRE AL DOMICILIO

ATTENZIONE: RICORDARSI SEMPRE DELLE PRECAUZIONI PER EVITARE LA LUSSAZIONE (se impianto protesi parziale di anca):

1. ACCESSO POSTERO-LATERALE

- No iperflessione, adduzione (accavallamento) e rotazione interna
- Cuscino tra le gambe per evitare adduzione
- Evitare di chinarsi da seduto (no flessione tronco su bacino sopra 90°)
- Evitare di sedersi su sedie troppo basse
- La punta del piede deve sempre guardare in fuori



ESERCIZI DA EFFETTUARSI AL DOMICILIO

1. SCENDERE E SALIRE DAL LETTO

- Scendere dal letto (sempre dal lato della gamba operata): Da supino a letto sollevare il tronco sostenendosi sui gomiti, portare il dorso del piede sano sotto la caviglia dell'arto operato, per sostenerlo. Ruotando sul sedere portarsi con le gambe fuori dal letto. Portare i piedi a terra paralleli ed alzarsi in piedi sostenendosi soprattutto sull'arto sano



- b. Salire sul letto (sempre dal lato della gamba operata): Appoggiare il sedere al bordo del letto, con le mani appoggiate all'indietro scivolare sino ad essere seduti. Sostenere l'arto operato con l'arto sano e ruotare sul sedere per andare sdraiati.

2. CAMMINARE CON LE STAMPELLE

Per camminare con le stampelle bisogna portare le stampelle avanti, fare il passo con l'arto operato arrivando il linea con le stampelle, appoggiare il peso sulle stampelle e portare in avanti l'arto sano. Quando si avrà confidenza si potrà proseguire con **UNA SOLA STAMPELLA (DAL LATO OPPOSTO A QUELLO OPERATO)**



3. SEDERSI

Usare una sedia con braccioli non troppo bassa. Portare l'arto operato avanti mantenendo il peso sull'arto sano, andare a cercare i braccioli all'indietro con le mani, scendere fino alla seduta della sedia.



4. SALIRE E SCENDERE LE SCALE

La salita e discesa dalla rampa discale può essere effettuata con il corrimano e con una stampella, o con due stampelle.

- a. SALITA: appoggiarsi su stampella e corrimano, salire con l'arto sano e, successivamente, portare in pari l'arto operato.

2.

- a. DISCESA: appoggiarsi su stampella e corrimano, scendere con l'arto operato e, successivamente, portare in pari l'arto sano



Può essere utile ricordare la seguente filastrocca: SALE la SANA, SCEDE la SCEMA (intesa come arto offeso)

5. MOBILIZZAZIONE CAVIGLIA

In posizione supina a letto flettere dorsalmente e plantarmente la caviglia. Coordinare il movimento con gli atti respiratori per non accelerare troppo il movimento: inspirare e portare il piede verso la testa, espirare e fare la punta. 20 ripetizioni complete ogni ora.



6. CONTRAZIONI ISOMETRICHE DEL QUADRICIPITE

Da supino a letto, con il calcagno dell'arto operato appoggiato su un rialzo (piccolo cuscino o asciugamano ripiegato), premere il dietro del ginocchio dell'arto operato verso il letto e mantenere per 5 secondi. Questa posizione con il ginocchio "nel vuoto" può anche essere mantenuta per facilitare il recupero dell'estensione.



7. SALIRE IN PUNTA DI PIEDI

In piedi con le mani appoggiate per sostegno ad un tavolo o altro oggetto solido, alzarsi in punta di piedi lentamente e poi scendere col calcagno a terra.



8. ABDUZIONE DI ANCA

In piedi con le mani appoggiate per sostegno ad un tavolo o altro oggetto solido, mantenendo l'arto operato esteso alzarlo lateralmente sino al massimo tollerato. Sostare in questa posizione qualche secondo e poi riportare il piede a terra.



9. ALLACCIARSI LE SCARPE (PER ACCESSO POSTERO-LATERALE)

Evitare di arrivare al piede dell'arto operato di protesi d'anca passando esternamente al ginocchio. Questo movimento obbliga ad una rotazione interna della coscia che è un movimento pericoloso da evitare.

Maniera corretta di allacciarsi le scarpe. Il modo sicuro di arrivare al piede dell'arto operato è di passare internamente al ginocchio con le mani e con il tronco.



SE AVESSE DEI DUBBI PUÒ
CONTATTARCI
TELEFONICAMENTE
(011/5082317 – 011/5085014)



Potete visualizzare il
video relativo al seguente
indirizzo

[https://www.mauriziano.it/
azienda-
ospedaliera/dipartimenti-
clinici/dipartimento-
strutturale-
chirurgico/scdu-
ortopedia-e-traumatologia](https://www.mauriziano.it/azienda-ospedaliera/dipartimenti-clinici/dipartimento-strutturale-chirurgico/scdu-ortopedia-e-traumatologia)

o inquadrando il QR code
a fianco