



LA PROTESI D'ANCA

Indicazioni alla Protesi di anca

Ci sono diversi motivi per cui il Medico può raccomandare un intervento chirurgico di protesi di anca. Esso trova indicazione in diverse forme di artropatia cronica ad andamento evolutivo, sulla base della gravità clinica e radiografica. Le più comuni affezioni che conducono a tale tipo di intervento sono rappresentate da:

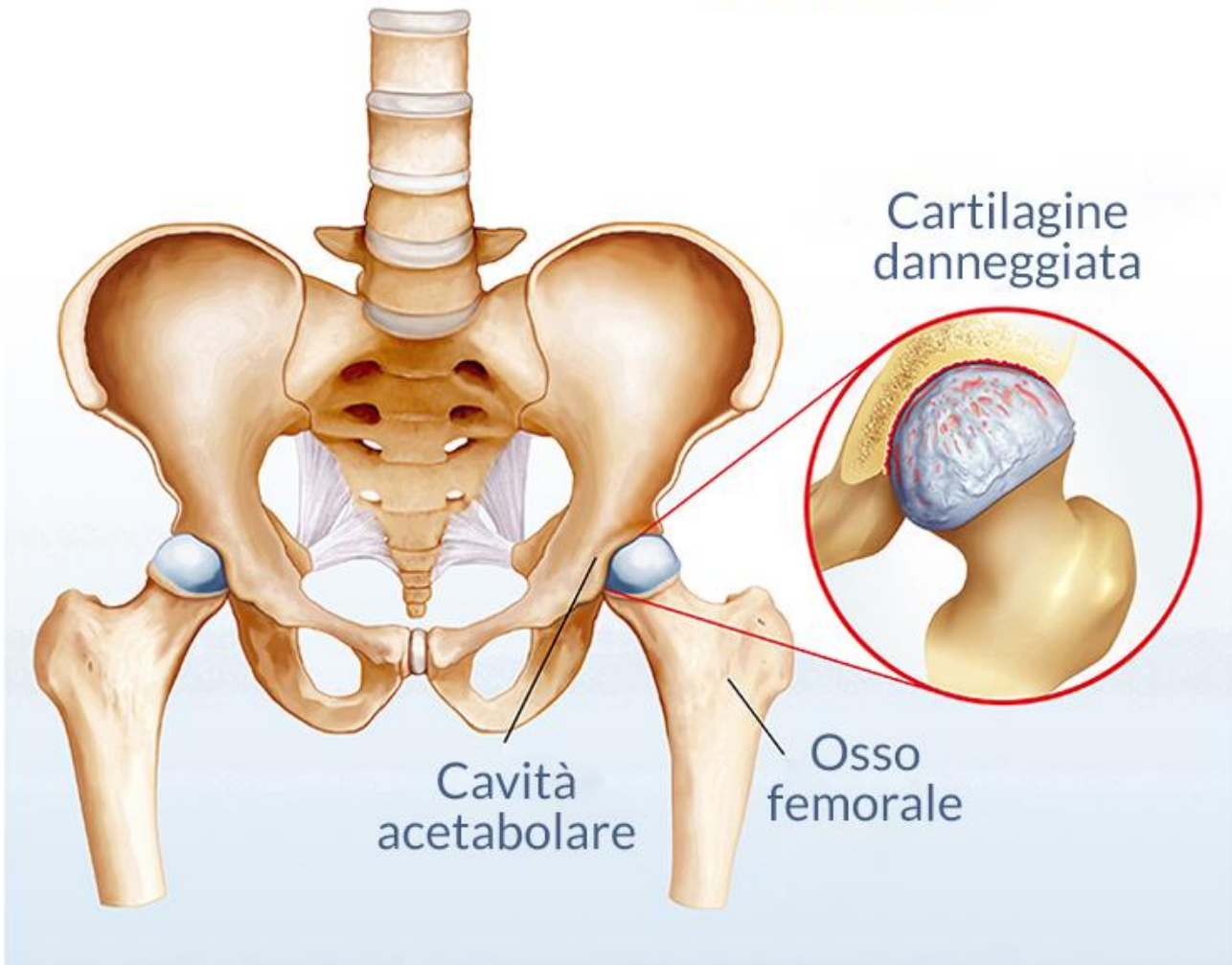
- Artrosi primitiva dell'anca (fig.1);
- Artrite Reumatoide o forme autoimmunitarie sieronegative;
- Osteonecrosi asettica dell'epifisi femorale;
- Artrosi postraumatica (esiti di fratture-lussazioni del femore e/o del bacino);
- Artrosi secondaria (ad es. in esiti di displasia congenita dell'anca, in esiti di epifisiolisi, esiti artriti settiche etc.);
- Fratture sottocapitate del collo femorale.

Ad esclusione delle fratture l'intervento chirurgico è comunque raccomandato solamente in caso una delle suddette patologie si manifesti con grave dolore o rigidità che limita le attività quotidiane, tra cui camminare, alzarsi o sedersi su di una sedia e vestirsi.

Non esiste un'età assoluta o limitazioni di peso per la chirurgia di protesi, anche se è bene ricordare che questi impianti non durano in eterno (il 90% degli impianti sopravvive 20 anni) e che il peso eccessivo del vostro corpo può essere la causa di una minore longevità della vostra protesi. Quando una protesi fallisce perché si è usurata, dovrà essere sostituita; questo intervento detto di revisione della protesi di anca è un intervento più complesso e più rischioso rispetto all'intervento di primo impianto.

L'indicazione per la chirurgia viene data sulla base del dolore che avverte il paziente e la sua disabilità, non sull'età. La maggior parte dei pazienti che si sottopongono a Protesi totale dell'anca sono di età compresa tra i 50 e gli 80 anni, ma i chirurghi ortopedici valutano i pazienti individualmente. Le Protesi di anca sono state eseguite con successo a tutte le età, dal giovane adolescente con artrite giovanile al paziente anziano con artrosi degenerativa [3].

Coxartrosi



Aspettative realistiche

Non dovete sottoporvi ad intervento di Protesi totale dell'anca se non avete compreso perfettamente tutte le informazioni relative all'intervento chirurgico e soprattutto ai rischi e le complicanze.

Un fattore importante nel decidere se sottoporsi o meno ad un intervento chirurgico di Protesi dell'anca è capire quali sono i benefici che questa procedura chirurgica può e non può portare. Più del 90 % delle persone che sono state sottoposte ad intervento di protesi dell'anca ha verificato una notevole riduzione del dolore e un significativo miglioramento della capacità di eseguire attività comuni della vita quotidiana. È comunque importante capire che la Protesi dell'anca non vi permetterà di fare di più di quanto facevate prima di iniziare a soffrire di artrosi.

Con l'uso e l'attività normale, l'insero e la testina della protesi vanno lentamente incontro a usura. L'eccessiva attività o il peso elevato possono accelerare questo processo e possono condurvi precocemente verso un intervento di sostituzione della vostra protesi.

Saranno sconsigliati tutti gli sport che prevedono traumi diretti o indiretti dell'anca e che prevedano il contatto con gli avversari (sport di squadra). Le attività consigliate sono quindi il tennis, la corsa, il nuoto, la bicicletta e tutte le altre attività a basso impatto.

Possibili complicanze della chirurgia

Il tasso di complicanze a seguito di Protesi totale dell'anca è basso. Complicazioni gravi, quali l'infezione dell'anca, si verificano in meno dell'1% dei pazienti. Le principali complicazioni mediche, come infarto o ictus si verificano anche meno frequentemente. Le malattie croniche possono aumentare il rischio di complicanze. Anche se è raro, quando però si verificano, queste complicazioni possono prolungare o limitare il pieno recupero.

Parlate a fondo delle vostre preoccupazioni con un ortopedico della nostra equipe dell'intervento. L'insieme delle più frequenti complicanze nella nostra casistica risultano:

- **Dismetria.** È la differenza di lunghezza che può residuare tra i due arti inferiori al termine dell'intervento; può dipendere da fattori meccanici intraoperatori o da situazioni locali preesistenti relative alla patologia in oggetto (ad esempio nelle displasie dell'anca). A tale proposito va precisato che talvolta l'arto operato sarà intenzionalmente allungato durante l'intervento per stabilizzare l'articolazione o per migliorare la funzione muscolare. Non rappresenta comunque una complicanza grave, in quanto abitualmente risulta contenuta entro un centimetro circa. Dismetrie maggiori possono rendere consigliabile l'impiego di rialzi applicati successivamente alle calzature [1].
- **Lussazione (rischio inferiore all'1%).** Rappresenta il disassemblaggio con separazione delle componenti protesiche. Risulta statisticamente più frequente nei primi due mesi successivi all'intervento e può essere direttamente provocato da errati atteggiamenti posturali e da incauti movimenti articolari. Nel determinismo di tale evento possono comunque essere in causa altri fattori quali l'ipotrofia muscolare, il tipo di patologia (più frequente nell'artrite reumatoide e nelle anche displasiche), l'orientamento delle componenti protesiche. In certi casi gli episodi di lussazione possono ripetersi nel tempo e rendere necessario il ricorso ad un reintervento [1].
- **Ritardo di cicatrizzazione della ferita.** può essere sostenuto da alterazioni della circolazione locale ed in base a ciò può presentare diverse forme di gravità clinica, da semplici fenomeni di arrossamento della cute con transitoria essudazione, a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita. Tale complicanza può richiedere tempi chirurgici successivi sotto forma di plastiche della ferita.
- **Fratture intraoperatorie (rischio inferiore all'1%).** Rappresenta una complicanza piuttosto rara, legata per lo più a fragilità del tessuto osseo femorale per cause osteoporotiche: possono rendere necessarie il ricorso a tempi chirurgici complementari (osteosintesi di vari tipi), l'impianto di protesi particolari (ad es. steli da revisione) e l'applicazione di un tutore di immobilizzazione pelvifemorale nel periodo postoperatorio [3].
- **Ossificazioni eterotopiche.** è la neoformazione di tessuto osseo nelle zone periprotetiche: si verifica nei mesi successivi all'intervento per effetto di una trasformazione strutturale di parti della muscolatura glutea. L'origine di tale complicazione risulta pressoché sconosciuta; sono spesso chiamati in causa fattori costituzionali individuali, anche se è noto che si verifica statisticamente con più frequenza negli interventi successivi ad eventi traumatici. Tendono a ridurre la motilità articolare con gravità variabile in base alla sede ed

alla estensione delle ossificazioni. In casi sporadici si può rendere necessaria l'asportazione di tali ossificazioni al fine migliorare il movimento articolare [3].

- **Allergie a componenti metalliche (ignote precedentemente al paziente).** Gli impianti protesici sono costituiti da leghe di vari elementi metallici. In alcuni rari casi si possono verificare fenomeni di intolleranza nei confronti di certuni di questi elementi che possono provocare estrinsecazioni cliniche a diverse forme di gravità [3].
- **Infezione dell'artroprotesi (rischio intorno all'1%).** Si può manifestare in forma acuta e precoce con febbre molto elevata, forte dolore all'anca operata che presenta secrezione della ferita e calore locale, oppure in maniera più subacuta e tardiva, con febbricola persistente, dolore locale ed eventuali fistolizzazioni cutanee secondarie. In tali casi la causa del processo può essere riconducibile ad estensione per via ematogena di processi infettivi a distanza (cistiti, infezioni odontogene, etc..) anche se molto spesso risulta difficile precisarne l'origine. L'infezione di un'artroprotesi è una complicanza molto importante ma che a volte può essere dominata con la ripresa della somministrazione di antibiotici per alcune settimane in dosi massicce. Se questo trattamento non ha esito positivo si può arrivare all'espanto della protesi con il posizionamento di uno spaziatore protesico temporaneo addizionato con antibiotici, e ad un eventuale ulteriore successivo intervento di reimpianto protesico. Per ridurre al minimo il rischio di tale complicanza viene come detto praticata una profilassi antibiotica secondo un protocollo interno all'istituto [3].
- **Mobilizzazione asettica della protesi.** È di solito una complicanza tardiva (diversi anni); con questo termine si intende un progressivo distacco delle componenti protesiche dall'osso non causato da infezioni, frequentemente legato a processi di usura dei materiali. Quando diviene di entità marcata può comportare il reimpianto di una nuova protesi [3].
- **Trombosi venosa profonda ed embolia polmonare.** La trombosi venosa è una occlusione delle vene della gamba operata (raramente di quella sana) che si può manifestare con gonfiore, senso di forte pesantezza all'arto e dolore al polpaccio. Per embolia polmonare si intende invece il distacco di un trombo formatosi in una vena a causa della trombosi venosa profonda. Un trombo che giunge ai polmoni determina dolore toracico, difficoltà respiratoria, tosse, talvolta catarro bronchiale contenente sangue. È una complicanza molto temibile e pericolosa che obbliga a un ricovero immediato in un reparto internistico. Per minimizzare i rischi di tali complicanze, peraltro mai eliminabili completamente, viene innanzitutto praticata una profilassi antitrombotica che andrà scrupolosamente proseguita dopo la dimissione; altre valide misure preventive sono rappresentate dagli esercizi di mobilizzazione precoce e dall'impiego di calze elasto-compressive [1].
- **Complicanze vascolari e nervose.** Le lesioni intraoperatorie di strutture vascolari importanti risultano piuttosto rare; mentre va segnalata la possibilità di danni per lo più da stiramento a carico del nervo sciatico e/o del nervo femorale per i quali si può quantificare **il rischio da letteratura in circa il 2-3%**, benché presso la nostra Azienda tali complicanze siano significativamente inferiori. Va poi ricordata la possibile insorgenza di un deficit a carico del nervo Sciatico Popliteo Esterno (S.P.E.) durante il decorso postoperatorio. Questa diramazione nervosa periferica decorre in posizione superficiale a livello della testa del perone (regione esterna del ginocchio) e può essere compressa a

causa di errate posture a letto (arto extraruotato) o in presenza di diversi fattori favorevoli. L'insorgenza di una paresi di S.P.E. comporta un deficit all'estensione del piede e può rendere necessario l'impiego di un particolare tutore ortesico durante la deambulazione. La ripresa delle lesioni nervose risulta sempre piuttosto lunga (molti mesi) ed il grado di recupero è difficilmente prevedibile [1].

- **Rottura della protesi.** È statisticamente provato che circa l'1% delle protesi d'anca è soggetta a rottura a causa di eccessive sollecitazioni che vengono inferte alla protesi stessa. In tali casi si rende necessario un intervento chirurgico per la sostituzione della componente rotta o in casi selezionati un reimpianto completo o parziale della protesi.
- Oltre a tali complicanze maggiori si devono elencare le complicanze minori, che interessano la maggior parte degli interventi chirurgici e che hanno una incidenza totale di circa lo 0,4% sul totale degli interventi: complicanze gastrointestinali, ematologiche, urinarie, ipertensione, complicanze cardio-circolatorie, complicanze dermatologiche [1].

Preparazione all'intervento chirurgico

- **Valutazione medica (prericovero).** Se decidete di sottoporvi ad intervento chirurgico di Protesi totale dell'anca, il Chirurgo ortopedico programmerà un esame fisico completo con l'anestesista (prericovero) diverse settimane prima dell'operazione. Questo è necessario per assicurarsi che sussistano le condizioni di salute generale per affrontare l'intervento chirurgico e per completare il processo di recupero. Molti pazienti con patologie croniche, come le malattie cardiache, possono anche necessitare una valutazione di uno specialista, come un cardiologo, prima della chirurgia. Presso il nostro Reparto eseguirete questo prericovero (in regime ambulatoriale) circa 1 mese prima dell'intervento, quando farete un profilo medico generale per valutare le vostre condizioni e correggere eventuali anomalie che possono aumentare i rischi collegati all'anestesia e all'intervento. Durante il prericovero potranno essere eseguite radiografie necessarie per pianificare l'intervento chirurgico.
- **Test.** Diversi test, come gli esami del sangue e delle urine, e un elettrocardiogramma, possono essere necessari per aiutare il Chirurgo ortopedico nel pianificare il vostro intervento chirurgico.
- **Farmaci.** Informi il Chirurgo ortopedico e l'anestesista durante il prericovero circa i farmaci che sta assumendo. Lui vi dirà di quali farmaci dovrà interrompere l'assunzione e quali dovrà continuare a prendere prima dell'intervento chirurgico.
- **Esami delle urine.** Le persone con una storia recente o di frequenti infezioni urinarie dovrebbero avere una valutazione urologica prima dell'intervento chirurgico. Gli uomini più anziani con malattia della prostata dovrebbero completare il trattamento richiesto per il loro problema urologico prima di intraprendere la chirurgia di Protesi del ginocchio.
- **Pianificazione sociale.** Anche se si sarà in grado di camminare con le stampelle o un deambulatore subito dopo l'intervento chirurgico, avrete bisogno di aiuto per diverse settimane con attività come cucinare, fare il bagno, fare il bucato etc.

L'intervento chirurgico

È molto probabile che entrerete in ospedale il giorno prima del vostro intervento.

- **Anestesia.** Durante il prericovero sarete valutati da un Medico del team di anestesia. I più comuni tipi di anestesia sono anestesia generale (dormirete) o spinale con blocco del nervo (sarete svegli, ma il vostro corpo è insensibile dalla vita in giù). Il team di anestesia determinerà quale tipo di anestesia sarà meglio per voi.
- **Intervento chirurgico.** A seconda dell'età e della corporatura del paziente viene scelto l'approccio chirurgico meno invasivo, per diminuire l'incidenza di complicanze e la necessità di trasfusioni.

Nel corso degli ultimi venti anni c'è stato un significativo progresso nella sostituzione chirurgica dell'anca. I più comuni materiali attualmente in uso sono costituiti da una lega di cromo cobalto e/o lega di titanio. Queste sono di alta qualità dal punto di vista metallurgico, materiali infatti inizialmente sviluppati per l'industria aerospaziale e ora adattato per scopi ortopedici. In oltre è a disposizione anche un polimero in plastica ad alta densità chiamato "polietilene".

Oggi vi sono diversi metodi utilizzati per il posizionamento della protesi d'anca nell'osso con un ancoraggio stabile. Stabile significa che nessun movimento è possibile tra l'osso e la protesi stessa, ma solo tra la testa artificiale il nuovo acetabolo protesico che la accoglie. Questi metodi sono:

- Cementi per ricostruzione ossea (= polymethylmetacrylaat o PMMA). Utilizzato per protesi con ancoraggio meccanico al tessuto osseo. L'idea che il cemento lavori come un adesivo è sbagliato, determina un interfaccia tra protesi ed osso.
- Pressfit. Si basa su uno stretto contatto tra la protesi e l'osso; l'impianto è come incastonato nell'alveo del bacino.
- Ancoraggio biologico. È possibile quando la superficie della protesi (rivestimento) promuove l'ancoraggio. Un rivestimento simile al tessuto osseo, vale a dire idrossiapatite, posto su alcune zone della protesi aiuta la crescita dell'osso intorno alla protesi.

Il chirurgo ortopedico decide quale tipo di protesi è più adatta al caso. Questa decisione dipende da diversi fattori, tra cui le più importanti sono:

- Età
- Qualità ossea
- Anatomia ossea (in particolare del femore)
- Deformità associate
- Attività del paziente



Rappresentazione di
anca protesizzata



Radiografia di
anca protesizzata

La degenza

È molto probabile che resterete in ospedale per diversi giorni.

- **Gestione del dolore.** Dopo l'intervento chirurgico, avvertirete dolore, ma il Chirurgo e gli infermieri somministreranno farmaci per ridurlo. La gestione del dolore è una parte importante della vostra guarigione. La deambulazione e il movimento dell'anca inizierà subito dopo l'intervento chirurgico, appena si sente meno dolore, si inizierà a muoversi presto e questo aiuterà a riprendere le forze in modo più rapido.
- **Prevenzione dei coaguli di sangue (Trombosi Venosa Profonda -TVP-).** Il chirurgo ortopedico può prescrivere uno o più misure per prevenire i coaguli di sangue e diminuire il gonfiore delle gambe. Questi possono includere calze elastiche vascolari a compressione

graduale, e fluidificanti del sangue (eparina). Subito dopo l'intervento chirurgico saranno incoraggiati il movimento del piede e della caviglia per aumentare il flusso di sangue nei muscoli delle gambe e quindi per aiutare a prevenire il gonfiore delle gambe e la formazione di coaguli di sangue.

- **Fisioterapia.** Esercizi di mobilizzazione dell'anca e del ginocchio e della caviglia saranno eseguiti fin dal giorno stesso dell'intervento chirurgico. La maggior parte dei pazienti inizierà a deambulare il giorno dopo l'intervento quando il drenaggio verrà rimosso. Un fisioterapista vi insegnerà esercizi specifici per rafforzare i glutei, la coscia e ripristinare il movimento dell'anca. Particolare attenzione sarà rivolta alla ripresa della deambulazione per permettervi di recuperare il prima possibile le normali attività quotidiane subito dopo l'intervento chirurgico [2].
- **Altre informazioni utili.** Si può perdere l'appetito e si può avvertire nausea o stitichezza per un paio di giorni. Queste sono reazioni normali. Si può avere un catetere urinario inserito durante l'intervento chirurgico e possono essere necessari emollienti delle feci o lassativi per alleviare la stitichezza causata dai farmaci antidolorifici dopo l'intervento chirurgico. È importante che vi alziate il più presto possibile dopo l'intervento chirurgico. Anche a letto, si possono muovere i piedi e le caviglie per pompare regolarmente il sangue nelle gambe. Potrebbe essere necessario indossare calze elastiche vascolari per aiutare il sangue a scorrere nelle gambe. Il vostro soggiorno nel nostro ospedale può durare da 5 a 10 giorni, finché raggiungerete determinate abilità per tornare a casa ed essere sufficientemente autonomi. Se andate subito a casa, avrete comunque bisogno di aiuto in casa per diverse settimane. Potrebbe quindi essere necessario comunque eseguire a domicilio alcuni cicli di riabilitazione.

Riabilitazione post-operatoria

Fin dal primo giorno post operatorio, il paziente verrà preso in carico da un team di fisiatristi e fisioterapisti. Intraprenderà immediatamente un percorso riabilitativo specifico che consentirà di recuperare precocemente l'articolazione del ginocchio, il tono-trofismo della muscolatura degli arti inferiori e la normale deambulazione.

Alla dimissione, qualora il paziente decida di continuare il percorso riabilitativo a domicilio, verrà consegnato un protocollo da seguire rigidamente insieme al fisioterapista.

La vostra convalescenza a casa

Diverse modifiche possono rendere più facile la deambulazione nella vostra casa durante il recupero. I seguenti suggerimenti possono aiutarvi con le attività quotidiane:

- Barre di sicurezza o un corrimano sicuro nella vostra doccia o vasca da bagno;
- Corrimano sicuri lungo le scale;
- Una sedia stabile con un cuscino del sedile fermo (e una altezza di 45-50 cm);
- Un rialzo del water se si dispone di un WC basso;

- Un cuscino da porre fra le cosce mentre dormite su di un lato per mantenere le anche abdotte riducendo il rischio di lussazione;
- Un banco doccia stabile o una sedia per la doccia;
- Rimozione di tutti i tappeti e degli ostacoli;
- Uno spazio di vita temporaneo sullo stesso piano, perché fare le scale sarà più difficile durante la prima fase di recupero [4].

Il successo del vostro intervento chirurgico dipenderà in gran parte da come si seguono le istruzioni del vostro Chirurgo ortopedico a casa durante le prime settimane dopo l'intervento chirurgico.

La cura della ferita chirurgica. Avrete punti o graffette metalliche che corrono lungo la vostra ferita. I punti o le graffette saranno rimossi circa 3 settimane dopo l'intervento chirurgico. Il vostro medico curante potrà occuparsi della desutura.

È vietato fare la doccia o il bagno in acqua fino a quando i punti non sono stati rimossi e la ferita non sarà completamente chiusa ed asciutta. È possibile continuare coprire con una medicazione delicata la ferita per evitare l'irritazione da indumenti o calze elastiche anche dopo la desutura.

Esercizi a casa. Il programma di attività dovrebbe includere:

- Un programma graduale di deambulazione per aumentare lentamente la vostra mobilità, inizialmente in casa e poi fuori [4];
- Riprendere le altre attività domestiche normali, come sedersi, alzarsi in piedi, e salire le scale;
- Esercizi specifici più volte al giorno per ripristinare la circolazione e rafforzare il quadricipite e i glutei. Probabilmente sarete in grado di eseguire gli esercizi senza aiuto, ma l'aiuto di un fisioterapista in casa o in un centro di riabilitazione le prime settimane dopo l'intervento chirurgico può essere utile [4];
- Una cyclette a casa aiuta molto. La cyclette è l'esercizio migliore che potete fare per la vostra anca. Utilizzatela all'inizio con il sellino alto e senza resistenza, con il passare dei giorni abbassate gradualmente il sellino per consentire una maggiore flessione dell'anca (non superate i 90° durante il primo mese) ed aumentate la resistenza del freno per favorire il potenziamento muscolare [4].

Guida della macchina. È molto probabile che sarete in grado di riprendere la guida della macchina quando sarà possibile flettere la vostra anca sufficientemente da consentirvi di entrare e di sedervi comodamente in auto, e quando il vostro controllo muscolare fornisce il tempo di reazione adeguato per la frenata e l'accelerazione. La maggior parte delle persone riprenderà la guida dopo circa 4-6 settimane dall'intervento chirurgico.

Prevenzione delle complicanze dopo la chirurgia

Prevenzione dei coaguli di sangue. Seguite attentamente le istruzioni del vostro Chirurgo ortopedico per ridurre il rischio di coaguli di sangue (trombi) in via di sviluppo durante le prime settimane di recupero. Il chirurgo può raccomandare di continuare ad assumere il farmaco anticoagulante del sangue che è stato iniziato in ospedale (N.B. durante l'assunzione di questi farmaci anticoagulanti bisognerà eseguire le prove ematiche della coagulazione ogni 10-15 giorni per evitare complicanze relative alla loro assunzione). Contattare immediatamente il Medico se si sviluppa uno dei seguenti segnali di pericolo.

I segnali di pericolo di coaguli di sangue. I segni premonitori di eventuali coaguli di sangue nella gamba includono:

- Dolore al polpaccio;
- Arrossamento del polpaccio ed aumento del suo diametro rispetto al controlaterale;
- Aumentato gonfiore al polpaccio, caviglia e piede.

I segnali di pericolo di embolia polmonare. I segnali di allarme che un coagulo di sangue è arrivato al polmone sono:

- Improvvisa mancanza di respiro;
- Improvvisa insorgenza di dolore toracico;
- Dolore toracico localizzato con tosse.

Prevenzione delle infezioni. Nel periodo post operatorio sarà molto importante medicare la ferita in modo sterile ed evitare di bagnarla con acqua corrente. Condizioni come infezioni dentarie, delle vie urinarie o della pelle possono essere causa di un'infezione periprotetica e devono essere trattate tempestivamente con terapia antibiotica.

I segnali di pericolo di infezione. Avisare immediatamente il Medico se sviluppa uno dei seguenti segni di una possibile infezione della protesi d'anca:

- Febbre persistente (superiore a 37,8°);
- Brividi;
- Aumento del rossore o gonfiore della coscia;
- Deiscenza, apertura, e fuoriuscita di liquido dalla ferita chirurgica;
- Aumento del dolore all'anca sia con attività sia a riposo.

Evitare le cadute. Una caduta durante le prime settimane dopo l'intervento chirurgico può danneggiare la vostra nuova anca e può comportare la necessità di un ulteriore intervento chirurgico. Le scale sono un pericolo particolare fino a quando l'anca non è forte e mobile. Si dovrebbe usare un bastone, stampelle, un girello, corrimani, o avere qualcuno che vi aiuti finché non si è migliorato l'equilibrio, la flessione e la forza.

Risultati della Protesi d'Anca

La vostra nuova protesi d'anca. Uno degli obiettivi della protesi d'anca è il miglioramento del movimento in assenza di dolore. La maggior parte dei pazienti può aspettarsi di recuperare un movimento dell'anca pressoché completo e comunque sufficiente a tornare alle normali attività della vita quotidiana. Pazienti attivi con un buon tono muscolare pre-intervento potranno tornare alla pratica sportiva leggera.

Come proteggere la tua protesi d'anca. Dopo l'intervento chirurgico, assicuratevi di fare quanto segue:

- Partecipate a programmi regolari di esercizi leggeri per mantenere la giusta forza e la mobilità del vostro nuovo ginocchio;
- Prendete precauzioni particolari per evitare cadute e infortuni;
- Assicuratevi che il vostro dentista sappia che avete una protesi d'anca. Si dovrebbe assumere degli antibiotici prima della chirurgia dentale per il resto della vostra vita;
- Vedete il vostro Chirurgo ortopedico periodicamente per una visita e un controllo radiografico, di solito una volta all'anno.

Bibliografia

1. "Campbell's Operative Orthopaedics" – 13th Edition, Authors: Frederick M. Azar & S. Terry Canale & James H. Beaty, Chapter 3 "Arthroplasty of the hip".
2. "Minimally Invasive Surgery in Total Hip Arthroplasty" Editors: Joachim Pfeil, Werner E. Siebert.
3. "The Adult Hip: Hip Arthroplasty Surgery"- 3th Edition, Authors: John J. Callaghan, Aaron G. Rosenberg, Harry E. Rubash, John Clohisy, Paul Beaulé, Craig DellaValle.
4. "Clinical Orthopaedic Rehabilitation" - 3th Edition, Authors: S. Brent Brotzman, Robert C. Manske.