

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.	0883
Del	- 1 GIU. 2015

Oggetto: Adozione Note Informative Procedure Invasive in Chirurgia Ortopediatrica.

IL DIRETTORE GENERALE

Con l'assistenza del Segretario, sulla base dell'istruttoria e della proposta formulata dott. Vincenzo Defilippis, dott. Vincenzo Defilippis, Dirigente Responsabile UO Medicina Legale, incaricato di assicurare le attività dell'UOC di Risk Management, che attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue:

Premesso che:

- La Direzione Generale della Asl Bari ha adottato la Deliberazione n.2011 del 24 ottobre 2014 "Procedure per la redazione delle Linee Guida e dei Percorsi Diagnostico - Terapeutici e Assistenziali Aziendali";

Rilevato che:

- in detta Deliberazione n.2011 del 24 ottobre 2014 è stabilito quanto segue:
 - l'acquisizione dalle Strutture Dipartimentali di Linee Guida e P.D.T.A. relativi ai principali D.R.G. elaborati dalle rispettive Unità Operative di afferenza secondo una dinamica bottom-up;
 - La validazione delle proposte dipartimentali di Linee Guida e P.D.T.A. da parte della U.O.C. di Risk Management e del Gruppo di Lavoro per le Linee Guida e i P.D.T.A;
 - La successiva predisposizione degli atti deliberativi da parte della Direzione Sanitaria Aziendale al fine di procedere ad un'applicazione uniforme delle procedure diagnostico – terapeutiche ed assistenziali e delle Linee Guida di riferimento scientifico nazionali ed internazionali nell'intera Asl Bari al fine di garantire la sicurezza

degli operatori sanitari e l'efficacia delle prestazioni erogate ai cittadini utenti.

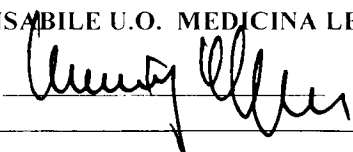
- il Direttore della UOC Ortopedia e Traumatologia del PO "San Paolo" della ASL Bari ha trasmesso le "Note Informative per le procedure invasive in chirurgia ortotraumatologica" (alluce valgo; artroprotesi anca, frattura caviglia; frattura capitello radiale; cifoplastica; Dequervain; dito a scatto; M. di Dupuytren; endo/artroprotesi su frattura femore; frattura femore diafisi; frattura laterale collo femore; frattura olecrano; frattura collo omero; LCA; lesione cuffia; lussazione anca; lussazione ginocchio; lussazione gomito; lussazione spalla; neoformazione/cisti; frattura diafisi omero; frattura paletta omerale; frattura polso; protesi ginocchio; rimozione mezzi di sintesi; stabilizzazione vertebrale; frattura diafisi tibia; frattura piatto tibiale; frattura pilone tibiale; traumatologia generale; tunnel carpale; meniscectomia artroscopica);
- La UOC di Risk Management - Medicina Legale ha validato le Note informative suddette;
- Il Gruppo di Lavoro Aziendale per le Linee Guida e i P.D.T.A in data 24 marzo 2015 ha esaminato le "Note informative Procedure Invasive in Chirurgia Ortopedica" ed espresso parere positivo.

RITENUTO:

di adottare le "Note Informative per le procedure invasive in chirurgia ortotraumatologica", che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

IL DIRIGENTE RESPONSABILE U.O. MEDICINA LEGALE

VINCENZO DEFILIPPIS



Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

DELIBERA

Assunto quanto esposto in narrativa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente dispositivo:

- di adottare i Protocolli Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali proposti dal Dipartimento di Chirurgia - Ortopedia e Traumatologia;
- di trasmettere e notificare il presente provvedimento ai Direttori dei Presidi Ospedalieri, ai Direttori dei Dipartimenti e dei Distretti Socio-Sanitari, ai Direttori delle Unità Operative Ospedaliere di Chirurgia e di Ortopedia e Traumatologia e ai Responsabili delle strutture ambulatoriali territoriali di Chirurgia e Ortopedia e Traumatologia della ASL Bari.

Il Dirigente Responsabile dell'U.O. Medicina Legale dott. Vincenzo Defilippis, proponente, nel sottoscrivere il presente atto, evidenzia che lo stesso non comporta costi aggiuntivi a carico della ASL Bari.

NOTE INFORMATIVE ALLE SEGUENTI PROCEDURE INVASIVE
CHIRURGIA ORTOTRAUMATOLOGICA

N° 01	ALLUCE VALGO
N° 02	ARTROPROTESI ANCA
N° 03	FRATTURA CAVIGLIA
N° 04	FRATTURA CAPITELLO RADIALE
N° 05	CIFOPLASTICA
N° 06	DEQUERVAIN
N° 07	DITO A SCATTO
N° 08	M. DI DUPUYTREN
N° 09	ENDO/ARTROPROTESI SU FRATTURA FEMORE
N° 10	FRATTURA FEMORE DIAFISI
N° 11	FRATTURA LATERALE COLLO FEMORE
N° 12	FRATTURA OLECRANO
N° 13	FRATTURA COLLO Omero
N° 14	L.C.A.
N° 15	LESIONE CUFFIA
N° 16	LUSSAZIONE ANCA
N° 17	LUSSAZIONE GINOCCHIO
N° 18	LUSSAZIONE GOMITO
N° 19	LUSSAZIONE SPALLA
N° 20	NEOFORMAZIONE/CISTI
N° 21	FRATTURA DIAFISI Omero
N° 22	FRATTURA PALETTA OMERALE
N° 23	FRATTURA POLSO
N° 24	PROTESI GINOCCHIO
N° 25	RIMOZIONE MEZZI DI SINTESI

4

STABILIZZAZIONE VERTEBRALE.....	N°26
FRATTURA DIAFISI TIBIA.....	N°27
FRATTURA PIATTO TIBIALE.....	N°28
FRATTURA PILONE TIBIALE.....	N°29
TRAUMATOLOGIA GENERALE.....	N°30
TUNNEL CARPALE.....	N°31
MENISCECTOMIA ARTROSCOPICA	N°33





PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 1

Bari li

NOTA INFORMATIVA PER I PAZIENTI DA SOTTOPORRE A CHIRURGIA DELL'ALLUCE VALGO

Nel rapporto tra Medico e Paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto, un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il Medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra, Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare, ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il Medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Scopo del presente modulo è quello di informarla sul tipo di procedura a cui sarà sottoposto/a e sui potenziali rischi o benefici della procedura a cui è stata posta indicazione dopo gli accertamenti diagnostici da Lei eseguiti

Ciò premesso, la invitiamo a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegato a voce.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

L' alluce valgo è una deformità acquisita su predisposizione congenita con deviazione verso l'esterno del primo dito del piede. La deformità va operata quando genera dolore, disturbi locali, difficoltà a calzare scarpe normali, alterazioni dell'appoggio (metatarsalgia).

Talora l'intervento ha una indicazione preventiva, specie nei giovani, per evitare la progressione della deformità. Quasi sempre la deformità si associa ad altre alterazioni dell'avampiede quale piede piatto trasverso, dita a martello, metatarsalgia che vanno trattate o meno in corso di intervento per alluce valgo a giudizio del Chirurgo Ortopedico, previa programmazione sui dati clinici, le Rx ed eventuali altri esami ritenuti necessari.

La finalità dell'intervento chirurgico è quella di ridare una buona cosmesi al piede garantendo una correzione stabile e funzionalmente valida del primo raggio (il complesso primo metatarsale/alluce). Le modalità di esecuzione tecnica prevedono un intervento di liberazione delle parti molli retratte adiacenti all'articolazione ed una osteotomia (sezione dell'osso) con ricentrimento della testa metatarsale sull'asse della muscolatura lunga, che agisce sull'alluce, flessori ed estensori.

Questa osteotomia è eseguita in sede pre-capitale (meta-epifisaria) o a metà osso (diafisaria). Essa viene stabilizzata con microviti in titanio o con chiodi in acciaio percutanei o chiodi endomidollari. Oltre all'osteotomia metatarsale, può essere necessario associare una osteotomia anche della falange e per stabilizzare questa si usano cambre (clips) o microviti.

Dopo la parte ossea, l'intervento viene completato con ritenzione della parti molli e bendaggio. Spesso è necessario associare tempi complementari, quali correzione di uno o più dita a martello e osteotomie metatarsali per ridare equilibrio e armonia alla posizione e lunghezza degli stessi.

E' importante ricordare che in corso di intervento si può decidere di diversificare il programma dell'intervento, in base al riscontro diretto di quanto si constata direttamente verificando la situazione anatomico-chirurgica.

I risultati della Chirurgia moderna dell'alluce valgo sono in genere buoni. Nella nostra casistica, mediamente, escludendo i casi limite e gli interventi più complessi, i risultati eccellenti (buon risultato estetico e funzionale-paziente soddisfatto senza riserve) sfiorano il 60%, il 35% è rappresentato dai risultati buoni (discreto risultato estetico e funzionale-paziente soddisfatto con qualche riserva), il restante 5% è diviso fra risultati cattivi e complicanze serie.

Le ragioni di questi risultati incostanti sono varie. Innanzitutto l'alluce valgo si sviluppa su una alterazione biomeccanica costituzionale di tutto il piede, che altera la funzionalità articolare a monte della deformità. Inoltre le alterazioni articolari di questa patologia si sviluppano lentamente negli anni, comprendendo usura della cartilagine, alterazione del profilo articolare, fibrosi periarticolare, aree di riassorbimento osseo, tutti elementi che l'intervento chirurgico può solo compensare, non eliminare.

14



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Non esiste purtroppo un intervento ideale. Sono state descritte più di 100 tecniche per questa deformità e non vi è consenso nel mondo medico verso quale sia in effetti la tecnica migliore. Noi utilizziamo quel complesso di tecniche che riteniamo più adatte e le migliori nelle nostre mani, tecniche riconosciute e collaudate come affidabili da parte delle Società scientifiche internazionali.

Le complicanze della Chirurgia dell'alluce valgo sono frequenti e numerose:

. **MARCATO E PERSISTENTE GONFIORE DEL PIEDE:** è una complicanza minore che viene risolta in genere con applicazioni regolari di ghiaccio e maggiore riposo mantenendo l'arto in posizione di scarico.

. **FLEBOTROMBOSI DELLA GAMBA:** è una infiammazione delle vene della gamba operata che si manifesta con voluminoso gonfiore del piede e della gamba stessa, un senso di forte pesantezza all'arto e dolore al polpaccio. Per minimizzare i rischi di tale complicanza viene prescritta una profilassi a base di eparina la quale andrà scrupolosamente eseguita dopo la dimissione.

. **EMBOLIA POLMONARE:** è il distacco di un trombo formatosi in una vena a causa della complicanza precedente, trombo che giunge ai polmoni determinando dolore toracico, difficoltà respiratoria, tosse, talvolta catarro bronchiale contenente sangue. E' un'evenienza pericolosa che obbliga ad un ricovero immediato in un reparto internistico. Per prevenire questa complicanza valgono le norme preventive della flebotrombosi.

. **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 discromie con ipertrofia della cicatrice fino a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita. Tale complicanza può essere favorita da patologie generali preesistenti quali il diabete e le vasculopatie periferiche.

. **INFEZIONE DELLA FERITA:** provocate da fenomeni di colonizzazione batterica, possono interessare i tessuti molli circostanti la ferita chirurgica o interessare il tessuto osseo.

Inoltre, difficoltà o mancata consolidazione dell'osteotomia, intolleranza ai mezzi di sintesi o mobilizzazione degli stessi, aree di ipo-anestesia dell'area operata sono complicanze più rare ma possibili.

66



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Un discorso a parte merita la rigidità, in quanto è frequente che l' articolazione operata resti più rigida, specie se la deformità è accentuata e di vecchia data. Una flessione dorsale di almeno 30° è sufficiente per una deambulazione corretta ed indolente con scarpa. Non sempre si riescono ad evitare metatarsalgie da trasferimento.

La recidiva con le tecniche da noi utilizzate non è frequente, anche se è possibile una certa deviazione residua del dito, poiché vanno evitate ipercorrezioni, che sono funzionalmente negative. Complicanze catastrofiche (anchilosi, necrosi del' alluce, trombosi venosa profonda, embolia polmonare etc.) sono rarissime nella nostra esperienza, ma possibili.

L'intervento prevede una breve degenza, ma è eseguibile anche in day Service. Dopo la dimissione vanno scrupolosamente seguite le indicazioni contenute nella lettera di dimissione. E' importante osservare un periodo di riposo con piede in scarico per circa una settimana, mentre in seguito si può deambulare con l' apposita scarpetta, evitando stazione eretta prolungata.

In genere si eseguono medicazioni settimanali ed una radiografia dopo la quarta settimana, cui segue la concessione del carico completo.

Poiché il piede resta ancora gonfio e tumido dopo questa data, è necessario evitare eccessivo impegno dell'area operata ed utilizzare scarpe con volume extra a punta quadra. Spesso è indicata della riabilitazione per facilitare il recupero.

Mediamente il ritorno ad una piena ed efficiente autonomia avviene dopo tre mesi, anche se molte attività sedentarie, guidare, andare in bicicletta etc. sono pienamente possibili già dopo quattro settimane.

Mancata sottoposizione all'intervento:

L'intervento ha come finalità prima quella di evitare il peggioramento della deformità che è il destino naturale di questa patologia, e di evitare la comparsa di disturbi e/o deformità alle dita esterne e ai metatarsi centrali con conseguente coinvolgimento della capacità deambulatoria e ripercussioni sui distretti superiori (caviglia, ginocchio, anca, colonna vertebrale).

In conclusione quella dell'avampiede è una chirurgia complessa, ma che può essere affrontata con tranquillità, anche se non si possono escludere sia le complicanze che i risultati insoddisfacenti.

Le informazioni contenute in questa scheda sono generiche ed andranno personalizzate per ogni singolo Paziente.

Ricordiamo che è importante chiedere chiarimenti e dettagli al Medico se vi fossero dubbi od incomprensioni sulle informazioni contenute nella presenta scheda.

66

NOTA INFORMATIVA**ANCA NORMALE E PATOLOGICA**

L'articolazione dell'anca è costituita dall'estremo prossimale del femore e dalla parte del bacino chiamata cotile; è, dopo la spalla, la più mobile con ampia stabilità dovuta alla notevole congruenza dei suoi capi; il cotile è a forma di coppa, la testa femorale ha forma di sfera; le due componenti ossee sono saldamente stabilizzate dalla capsula articolare, dai legamenti pericapsulari, dal cercine cotiloideo, dal legamento rotondo e dalla pressione idraulica negativa; la muscolatura, l'angolazione del femore e del cotile contribuiscono a mantenere la giusta solidità con la più ampia motilità; i capi articolari sono rivestiti da una membrana elastica e levigata, chiamata cartilagine, che ne permette lo scivolamento senza attrito; il liquido prodotto dalla membrana sinoviale nutre e lubrifica la cartilagine; l'articolazione è irrorata da numerosi vasi sanguigni e debitamente innervata.

Numerose patologie possono compromettere la funzionalità dell'anca con insorgenza di dolore e di limitazione funzionale che assumono carattere ingravescente con il passare degli anni o in pochi mesi; le più importanti sono: l'artrosi, l'artrite reumatoide, la necrosi cefalica e gli esiti traumatici. L'artrosi (o coxartrosi) è l'evento patologico più frequente; la cartilagine che riveste i due capi articolari subisce un progressivo degrado con grave e irreversibile compromissione della sua funzione; la cartilagine si fessura, si assottiglia e mette a nudo le superfici ossee che si addensano e si deformano anche per la presenza di cisti e di esuberanze ossee; il contatto osseo diretto e l'attrito determinano dolore, atteggiamenti patologici, limitazione del movimento con precarietà per camminare, stare in piedi, accudire il piede e indossare le calze; il dolore può essere presente anche nel riposo notturno; spesso colpisce una sola articolazione; mai sono interessati altri organi e apparati.

16



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

L'artrosi è condizione normale e fisiologica per ogni articolazione ad una età medio avanzata; essa è generalmente ben tollerata e presenta episodi recidivanti di dolore con rigidità e limitazione motoria ben controllabili e tipici dell'anziano; solo in alcuni casi diventa altamente invalidante con dolore continuo ed incompatibile con una normale vita; particolarmente grave e precoce è l'artrosi che insorge in anca mal formata o displasica e negli esiti di frattura che ha interessato l'articolazione; in questi casi le alterazioni di carico determinano una precoce usura della cartilagine che inevitabilmente subisce un grave, progressivo e irreparabile danno.

L'artrite reumatoide (coxartrite) è condizione patologica di natura infiammatoria autoimmune che colpisce i tessuti connettivi di tutto l'organismo e, soprattutto, delle articolazioni (anca, ginocchio, mani, piedi, ecc) con gravi alterazioni anatomiche e funzionali non solo articolari, ma estese a molti altri organi e apparati; il degrado della cartilagine è sempre molto grave e precoce, bilaterale e plurilocalizzato; la malattia è rilevata da alterazione degli esami di laboratorio e necessita di cure e di controlli fin dal suo esordio.

La necrosi cefalica è determinata da alterazione circoscritta e irreversibile della circolazione arteriosa della testa del femore per arteriopatia aterosclerotica tipica dell'età medio avanzata, a volte anche dopo trattamento cortisonico; alcune piccole arterie vengono chiuse dalla placca arteriosclerotica; il tessuto osseo che non riceve più nutrimento inevitabilmente muore; analoga condizione si verifica per l'infarto del cuore, del cervello o di altri organi; il tessuto osseo necrotico crolla per le sollecitazioni dovute al peso del corpo; la testa femorale si deforma con alterazione del profilo articolare che subisce fenomeni di attrito e di degrado patologico con severo danno anatomico e funzionale e relativa grave e precoce artrosi.

A handwritten signature in dark ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'L' and 'P', likely representing the initials of the doctor, Leonardo Petrelli.

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

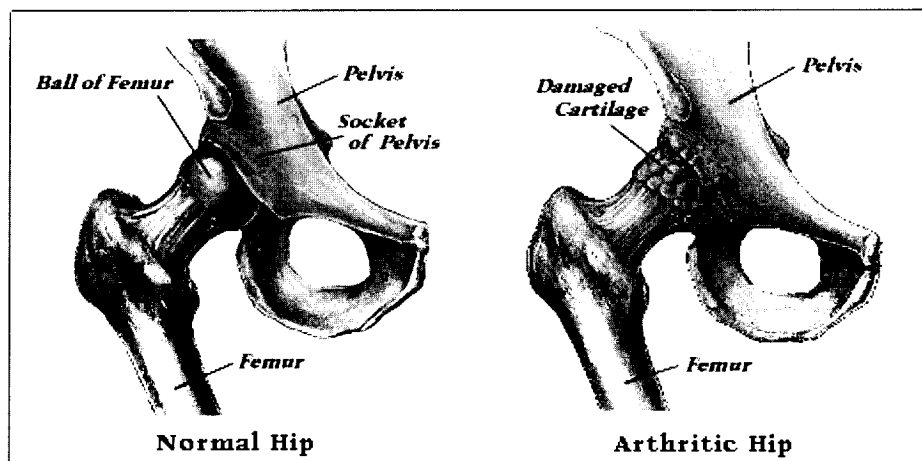
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Gli esiti traumatici dell'anca evolvono spesso in artrosi grave; la frattura della testa del femore o del cotile, per quanto ottimamente curata con o senza intervento chirurgico, determina sempre una alterazione della superficie articolare che, quanto più è grave, tanto più è in grado di determinare attrito ed artrosi; il trauma incide spesso negativamente sul danno articolare perché determina una lesione della circolazione sanguigna (tipica è la lesione vascolare da lussazione dell'anca o da frattura sottocapitata) con danno ischemico e relativa necrosi ossea.

La frattura della testa femorale dell'anziano ha poche possibilità di guarigione per inevitabile necrosi; per evitare inutili interventi di osteosintesi o lunghe immobilizzazioni è preferibile intervenire subito con la sostituzione artroprotesica in grado di risolvere in breve ogni problema relativo alla frattura.



Anca normale

Anca patologica

66



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ARTROPROTESI D'ANCA

La sintomatologia dolorosa e invalidante all'osservazione del medico di famiglia e dello specialista ortopedico portano, dopo accertamenti radiografici, alla diagnosi di **coxartrosi, coxartrosi in anca displasica, coxartrosi in esiti traumatici, coxartrite, necrosi cefalica, coxartrosi in necrosi cefalica, ecc.**

I consigli di cura sono in relazione alla gravità dei disturbi, rilievi radiografici e obiettivi, inizio dei disturbi, altre patologie associate, biotipo e abitudini di vita del paziente: molto efficaci sono le terapie farmacologiche, qualche risultato si può ottenere con le cure fisioterapiche, efficaci possono essere i consigli di natura comportamentale e di correzione di situazioni recuperabili; spesso sono necessari controlli periodici per seguire l'evoluzione della patologia, l'efficacia della terapia e la progressione dei rilievi clinici e radiografici.

L'intervento di artroprotesi è motivato da grave alterazione anatomica e funzionale dell'articolazione che non risente positivamente di tutte le cure consigliate e ripetute più volte; con tale atto chirurgico l'intera articolazione, irreparabilmente danneggiata, viene sostituita con l'articolazione artificiale; l'obiettivo da perseguire è una articolazione indolente, ampiamente mobile, stabile, duratura e priva di inconvenienti; l'intervento è sempre ben tollerato, l'ospedalizzazione breve, il recupero deambulatorio precoce, la convalescenza e la riabilitazione limitate a poche settimane; l'autonomia è molto ampia con ripristino di molte potenzialità per una normale attività lavorativa e vita di relazione.

La ricerca scientifica e la costante evoluzione dei materiali e delle tecniche costruttive ci permette oggi di disporre di numerose tipologie artroprotesiche adattabili a tutte le condizioni patologiche e nel rispetto dei fondamentali requisiti di: biocompatibilità con perfetta tolleranza, integrazione con il tessuto osseo, lunga durata e resistenza alle sollecitazioni, trascurabile attrito, accesso chirurgico sempre meno invasivo.

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

L'artroprotesi è composta dallo stelo femorale, dalla testa e dal cotile; esistono modelli cementati (interfaccia di collante acrilico tra osso e protesi per le persone anziane) e modelli non cementati, impianti per i reinterventi, per gravi displasie e per pazienti giovani; ambiziosi obiettivi sono stati ultimamente raggiunti dagli accoppiamenti di materiali ideali tra la testa e il cotile, da protesi che consentono di asportare una minima parte di tessuto osseo, da protesi ad alta stabilità e ampia motilità e da protesi impiantabili con un minimo accesso chirurgico.

Come per ogni altro intervento chirurgico, in considerazione delle innumerevoli varianti e peculiarità del singolo individuo, i pazienti debbono essere debitamente informati della possibile insorgenza di complicanze e di inconvenienti che sono comunque ad incidenza molto bassa e che sono principalmente rappresentati da:

MARCATO E PERSISTENTE GONFIORE ARTICOLARE: è una complicanza minore che viene risolta in genere con applicazioni regolari di ghiaccio e maggiore riposo.

FLEBOTROMBOSI DELLA GAMBA: è una infiammazione delle vene della gamba operata (raramente di quella sana) che si manifesta con voluminoso gonfiore del piede e della gamba stessa, un senso di forte pesantezza all'arto e dolore al polpaccio. Per minimizzare i rischi di tale complicanza viene praticata una profilassi farmacologica che andrà scrupolosamente proseguita dopo la dimissione, evitare di stare in piedi fermi per lungo tempo, eseguire precocemente e con assiduità la riabilitazione prescritta, indossare le calze antitrombotiche.

EMBOLIA POLMONARE: è il distacco di un trombo formatosi in una vena a causa della complicanza precedente, trombo che giunge ai polmoni determinando dolore toracico, difficoltà respiratoria, tosse, talvolta catarro bronchiale contenente sangue. E' una complicanza molto temibile e pericolosa che obbliga ad un ricovero immediato in un reparto internistico. Per prevenire questa complicanza valgono le norme preventive della flebotrombosi.

ll



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

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 discromie della cute a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita.

INFEZIONE DELLA ARTROPROTESI: si può manifestare in forma acuta con febbre molto elevata, forte dolore all'anca operata che si presenta molto calda al tatto, oppure in maniera più subacuta, con febbre persistente e dolore. E' 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 temporaneo di tubi di gomma per il lavaggio continuo dell'articolazione, o di spaziatori antibiotati. Per ridurre al minimo il rischio di tale complicanza viene praticata una profilassi antibiotica prima dell'intervento chirurgico

SCOLLAMENTO ASETTICO DELLA PROTESI: è di solito una complicanza tardiva; con questo termine si intende un progressivo distacco delle componenti protesiche dall'osso non causato da infezioni. Se è di entità marcata può comportare il reimpianto di una nuova protesi.

PERDITA PARZIALE DI MOVIMENTO: quando si manifesta, è in genere solo di pochi gradi; la migliore prevenzione è quella di eseguire una adeguata fisioterapia

Tra tutte le complicanze le rare infezioni costituiscono il problema maggiore con necessità di altri interventi ad esito incerto;

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Il rischio di ogni possibile complicanza è affrontato da adeguata attività di prevenzione specifica: antibiotica, antitrombotica, pianificazione e studio pre operatorio, scelta della tipologia protesica, rigorosa tecnica chirurgica, autotrasfusione, recupero ematico intra e post operatorio, trattamento di posizione, riabilitazione, informazione, ecc.

Va sempre ricercato il più ampio e incondizionato consenso all'intervento da parte del paziente che deve conoscerne tutti gli aspetti per poterne valutare con calma sicuri vantaggi e possibili svantaggi; anche i familiari debbono essere consapevoli delle indicazioni e delle relative possibilità terapeutiche. Il successo dell'intervento è anche dovuto all'informazione del paziente su quello che deve fare prima e dopo l'intervento, durante l'ospedalizzazione e la riabilitazione.

PRIMA DELL'INTERVENTO

-Preparazione all'intervento

Inizia dopo aver consultato il chirurgo ortopedico di fiducia con interventi programmati dalla caposala dell'unità operativa di ortopedia alla quale il paziente deve fare riferimento per ogni necessità; vengono eseguiti esami di laboratorio, elettrocardiogramma ed eventuale visita cardiologia, radiografie del torace, radiografie di dettaglio dell'anca da operare, altri eventuali esami (ecodoppler venoso arti inferiori altro) e visita anestesiologicala.

Da tali valutazioni viene certificata l'idoneità all'intervento con il grado di rischio che il paziente deve conoscere; possono essere prescritte terapie farmacologiche e cambiate quelle già in atto per ridurre ulteriormente il rischio; i pazienti possono essere rivalutati a distanza.

Se non controindicato vengono predisposti depositi di sangue che il paziente lascia per infusioni intra e post operatorie; tali procedure vengono eseguite nel servizio trasfusionale; possono essere eseguiti da uno a tre





PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

prelievi, di circa 250 cc l'uno, una volta ogni dieci giorni circa, preceduti da esami di laboratorio che attestino il ripristino dei normali valori di emocromo; stati di anemia, cardiopatie ischemiche e altre condizioni patologiche sconsigliano tale procedura che non è assoluta e vincolante per l'intervento; eventuali stati di anemia durante e dopo l'intervento saranno corretti con il recupero ematico intra e post operatorio o con eventuali trasfusioni da donatori.

-Assistenza Riabilitativa

E' importante che il paziente conosca le tappe fondamentali della riabilitazione, prenda dimestichezza con il mobilizzatore motorizzato a letto, il carrello deambulatore, i due bastoni ad appoggio antibrachiale, le calze elastiche, la posizione di abduzione e, soprattutto, con il suo fisioterapista; gli esercizi di potenziamento muscolare degli arti superiori e inferiori permetteranno un più precoce recupero; il paziente potrà inoltre conoscere l'organizzazione e le potenzialità del servizio riabilitativo che lo seguirà dopo la dimissione e scegliere di conseguenza il servizio domiciliare, il servizio ambulatoriale o quello in regime di ricovero).

-Valutazione odontoiatrica

Serve ad eliminare per tempo ogni possibile fattore di contaminazione batterica per via ematogena (granulomi, ascessi, ecc).

-Calare di peso

Il soprappeso e l'obesità sono reali fattori di rischio per le pratiche anestesilogiche e chirurgiche, concorrono all'instaurarsi di molte complicanze, rendono l'intervento e la degenza meno tollerate, prolungano la riabilitazione e la convalescenza, accorciano la durata e compromettono la funzionalità della protesi.

Va dunque attuato, ove necessario, un calo ponderale preceduto da valutazione specialistica, con dieta ipocalorica e aumento del moto possibile.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

-Smettere di fumare

Una buona idea in ogni caso; il fumo aumenta il rischio anestesilogico e le complicanze post chirurgiche, rallenta il recupero funzionale; in ospedale non si può fumare.

-Preparare tutto quanto serve per l'imminente ospedalizzazione

Predisporre l'assistenza continua di un familiare, o altra persona di fiducia, per i primi 2-3 giorni dopo l'intervento: in questo periodo non sarete autosufficienti; risolvere tutto quanto è possibile e non rimandabile per circa due mesi.

-Organizzare il ritorno a casa

La cura dei particolari deve essere meticolosa se il ritorno a casa è previsto alla dimissione (circa dopo 7-10 giorni dall'intervento) e se la riabilitazione sarà di tipo domiciliare:

il letto non deve essere troppo basso e deve essere facilmente raggiungibile;

debbono essere disponibili sedie della giusta altezza;

predisporre l'alzawater;

allontanare i tappeti e gli ostacoli alla deambulazione con due bastoni;

illuminare bene gli ambienti frequentati che è meglio siano accessibili senza scale;

la riabilitazione e l'opera del fisioterapista non deve trovare ostacoli architettonici;

predisporre abiti comodi e facili da indossare;

le calzature saranno comode, a tacco basso, antiscivolo, senza lacci, facili da mettere e togliere;

meglio essere assistiti per la preparazione dei pasti, la spesa, la pulizia della persona e della casa e la pronta reperibilità in caso di bisogno.

Se avete scelto il trattamento riabilitativo in regime di ricovero il ritorno a casa sarà rimandato di circa un mese con una maggiore autonomia e minori necessità.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'L' followed by a cursive 'u'.

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

IN OSPEDALE

-Portare l'indispensabile necessario per l'alimentazione, l'igiene personale, indumenti e calzature adatti al ricovero, biancheria personale per diversi ricambi, calze elastiche monocollant, due bastoni ad appoggio antibrachiale; il superfluo crea problemi di collocazione oltre ad essere inutile e fastidioso per il paziente e per gli altri.

-Indispensabile un documento di riconoscimento, la tessera sanitaria e i numeri di telefono dei familiari più vicini in evidenza.

-Purtroppo bisogna dividere con altri pazienti gli spazi di vita ospedaliera; la privacy e la riservatezza spesso sono condizionate da tale inevitabile promiscuità; un rapporto sereno, amichevole e di collaborazione con gli altri pazienti aiuta a trascorrere meglio la degenza ; spesso le amicizie maturate in ospedale diventano molto profonde e durano per una vita.

-Il televisore personale, l'uso continuo del telefonino, il disordine, le visite dei parenti ad ogni ora, i lamenti ingiustificati, le richieste di assistenza continue e per futili motivi vi pongono in una condizione di antipatia che non vi gioverà.

-Offrire la massima disponibilità e collaborazione al personale infermieristico che si prodiga con ogni mezzo per il bene del paziente e per la positiva evoluzione dell'intervento; gli spazi, le persone e le attrezzature disponibili sono tutto quanto ci è dato; dobbiamo fare affidamento su quello che abbiamo sfruttandone al meglio le potenzialità.

-L'anestesista ha deciso e concordato con voi il tipo di anestesia che, generalmente, è di tipo periferico endorachideo lombare.

-I drenaggi della ferita chirurgica andranno rimossi dopo 48 ore e potranno servire per il recupero ematico dell'immediato periodo che segue l'intervento.

-La borsa di ghiaccio sulla medicazione chirurgica potrà essere mantenuta nelle prime ore dopo l'intervento.

-Saranno eseguiti esami di laboratorio e infusi i predepositi ematici o le

44

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

emotrasfusioni all'occorrenza.

-La riabilitazione inizierà a letto il giorno dopo l'intervento con assistenza e programma fisioterapico.

-Dopo 48 ore sarete messi a sedere con le gambe fuori dal letto.

-Di regola, in terza quarta giornata inizierete la deambulazione con il carrello deambulatore e l'assistenza del fisioterapista.

-La riabilitazione non è relegata al periodo di presenza del fisioterapista, ma deve proseguire per l'intero giorno seguendo i consigli e il relativo programma.

-Sono possibili modesti movimenti febbrili e per pochi giorni.

-Il dolore post operatorio e riabilitativo è prevedibile, di breve durata e generalmente ben controllato dagli analgesici; la collaborazione e l'atteggiamento positivo del paziente sono indispensabili alla gestione del dolore; la terapia analgesica, oltre un certo limite, può essere dannosa.

-La ferita chirurgica di 15-20 cm è in regione trocanterica; la medicazione non va manomessa o bagnata e sarà rimossa e controllata solo dal personale medico e infermieristico.

-Dopo 10-15 giorni verranno rimossi i punti di sutura.

-Reagite positivamente a quanto accade dopo l'intervento e soprattutto ad eventuali inconvenienti e complicanze; tutto il personale è preparato ed ha notevole esperienza per affrontare ogni problema; sottovalutate eventuali incomprensioni o atteggiamenti che nascondono momenti di possibile disagio e fatica del personale che accudisce contemporaneamente molti pazienti.

-L'assistenza assidua di un familiare o di una persona di fiducia è indispensabile per almeno 48 ore, poi con minore necessità e sempre con autorizzazione della caposala.

-I parenti e conoscenti possono fare visita ai pazienti ricoverati solo nelle ore stabilite.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

DOPO LA DIMISSIONE

Diamo dei consigli e delle regole che vi renderanno la vita più facile ed eviterete complicità per il periodo che va dalla dimissione alle prime sei settimane, dalla settimana alla dodicesima settimana e dopo tre mesi.

Nelle prime 6 settimane:

- Non fate il bagno, ma la doccia con assistenza e se la ferita è perfettamente guarita.
- Non guidate.
- Non fate giardinaggio.
- Non rifate il letto.
- Non lavate i pavimenti.
- Non raccogliete oggetti a terra.
- Non accavallate le gambe.
- Dormite supini con anca aperta.
- Sedete alla giusta altezza.
- Non fate movimenti a scatti, muovetevi lentamente a piccoli passi.
- Non state a lungo in piedi.
- Non piegatevi in avanti e non sollevate pesi.
- Portate correttamente le calze elastiche.
- Assumete i farmaci prescritti (tra i quali l'eparina).
- Seguite il programma riabilitativo.
- Ritornate ai controlli prescritti ed informate il vostro medico di ogni eventuale inconveniente.

SEDERSI

La vostra sedia ideale deve essere alta almeno 70 cm al piano di seduta, avere i braccioli e un cuscino rialzato posteriormente; per sedersi avvicinatevi alla sedia, giratevi lentamente e indietreggiate fino al contatto con il retro delle gambe, avanzate la gamba operata, sorreggetevi ai braccioli e portate il peso del corpo sulle braccia e sull'arto non operato, sedetevi lentamente.

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Per alzarsi fate forza sulle braccia e sui braccioli, spostate il peso sulle braccia e sull'arto inferiore non operato, spostate l'arto operato in avanti, spingetevi in alto, ristabilite l'equilibrio e riprendete i bastoni.

DORMIRE

Il vostro letto deve essere alto almeno 70 cm con il materasso comodo e sufficientemente rigido; va posizionato in modo da poterlo facilmente raggiungere, in una stanza luminosa e priva di scale; per salire scegliete il lato del letto che corrisponde all'arto operato, avvicinatevi, giratevi e indietreggiate fino al contatto con le due gambe; abbandonate i bastoni; sostenetevi con le due braccia sul letto e trasferite il peso del corpo sulle braccia e sull'arto non operato; sedetevi; giratevi lentamente e fate salire prima l'arto non operato; fate salire poi l'arto operato; dormite in posizione supina e non sul fianco dell'arto operato; per scendere dal letto mobilizzate prima l'arto operato e poi quello sano; sostenetevi con le braccia come per rialzarsi dalla sedia; riprendete i bastoni.

Evitate la extrarotazione eccessiva dell'arto per l'eccessivo peso delle coperte sul piede.

Meglio un piumino o una trapunta (sono più leggeri) delle coperte.

Aiutatevi con un bastone per sollevare le coperte, per coprirvi e per scoprirvi.

Mantenete la posizione di abduzione dell'arto operato magari con un cuscino in mezzo alle gambe.

Non potete rifare il letto.

Dopo sei settimane potete dormire sul fianco sano, ma con un cuscino tra le ginocchia.

LAVARSI

E' possibile fare la doccia quando la ferita è ben guarita (dopo 15-20 giorni dall'intervento) e se aiutati; meglio se la doccia è dotata di apposito sedile e maniglioni di sostegno; è bene evitare il bagno in vasca per i rischi di entrarvi e di uscirne e per possibili perdite di aderenza con rovinose cadute; lavare i piedi e tagliare le unghie da soli non è concesso prima di



ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

6-8 settimane dal ritorno a casa; al lavandino non vi dovete chinare con l'anca oltre l'angolo retto; per fare la barba o lavare i denti può essere utile uno sgabello.

WATER

Usate l'alzawater che è facile da reperire nelle sanitarie e altrettanto facile da posizionare; preferite quelli a stabilità maggiore; far installare vicino al water eventuali braccioli fissi movibili; sedersi e alzarsi dal water con le stesse modalità descritte per sedersi e rialzarsi dalla sedia; se non si hanno a disposizione i braccioli usare i bastoni per sostenere e trasferire i carichi; il rotolo di carta igienica deve essere vicino e alla giusta altezza per evitare flessioni e torsioni del tronco.

VESTIRSI

Gli abiti devono essere collocati nei ripiani dell'armadio che sono all'altezza della propria vita per evitare torsioni e flessioni del tronco (se posti in basso) o iperestensioni (se posti in alto); preferite abiti comodi con chiusure semplici; le vestaglie troppo lunghe creano impaccio ai piedi; posizionate gli abiti da indossare sul letto e sedetevi; per indossare la biancheria intima aiutatevi a tirarla su con il manico del bastone; iniziate dalla gamba operata; si trovano in commercio strumenti che vi aiutano a mettere i calzini; indossate la scarpa del lato sano e alzatevi per farla calzare; può essere utile un lungo calzascarpe; indossate poi la scarpa del lato operato e calzatela con lieve pressione del piede o con il calzascarpe; le scarpe devono essere comode (il piede può essere un po' gonfio e deve esserci posto per la calza elastica), con fondo antiscivolo, a tacco basso, senza stringhe, facilmente calzabili.

SPOGLIARSI

Utilizzate le stesse attenzioni che avete usato per vestirvi, ma al contrario; fate tutto vicino al letto e caricate prevalentemente sull'arto sano; sfilate le scarpe aiutandovi con la punta del piede opposto sul tacco; non chinatevi, non cercate di raggiungere i piedi con le mani; riponete tutto in ordine con i vestiti più necessari a fondo letto o nella sedia vicina al letto.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

CAMMINARE

Con due bastoni o carrello ad appoggio antibrachiale, peso del corpo per circa la metà sull'arto operato, per tratti brevi, più volte al giorno, evitando superfici irregolari o in pendenza, sempre con la calza elastica; prima dell'intervento avrete imparato a camminare con i bastoni con lo schema "a quattro punte": bastone sinistro avanti-gamba destra avanti / bastone destro avanti-gamba sinistra avanti e via di seguito.

SALIRE E SCENDERE LE SCALE

I gradini si salgono sempre portando avanti l'arto non operato, i bastoni sono mantenuti sul gradino inferiore fino a che l'arto operato non è salito sul gradino.

Si scende dalle scale portando avanti sempre l'arto operato, i bastoni sono posizionati sul gradino inferiore, segue l'arto sano.

Vale la regola l'arto "buono sale in paradiso", l'arto "cattivo scende all'inferno".

Scendere e salire le scale per lo stretto indispensabile.

CUCINARE

Potete preparare piatti semplici e tutto quello che non vi obbliga a stare a lungo in piedi; se il forno è in basso non potete usarlo; nel frigorifero i cibi vanno sistemati negli scomparti alti e medi; tenete conto che per stare ai fornelli entrambe le mani devono essere libere e che nel vostro caso almeno una mano deve essere utilizzata per tenere un bastone; se non siete adeguatamente assistiti provvedete a fare la spesa con il necessario per un lungo periodo e preparate prima i piatti che potete congelare e facilmente riutilizzare.

64



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Non potete dedicarvi a tali attività perché non vi potete piegare in avanti e non dovete eseguire torsioni del tronco; inoltre dovete camminare con i due bastoni che vi impegnano le braccia; le cadute sono più frequenti su terreno irregolare o accidentato.

GUIDARE

Non potete guidare nelle prime sei settimane perché dovete usare i due bastoni; si sale meglio su autovetture alte e parcheggiate un po' lontano dal marciapiede; per entrare in auto usate gli stessi accorgimenti che usate per sedervi: indietreggiate, sedetevi trasferendo il carico sull'arto sano e sulle braccia, ruotate il tronco mantenendo l'arto operato esteso; per evitare di piegare l'anca oltre l'angolo retto è bene che il sedile sia molto retroposto e lo schienale inclinato in dietro.

Per uscire dall'auto usate, al contrario, le stesse precauzioni; i movimenti di rotazione del tronco sul sedile possono essere favoriti da un telo di plastica; le cinture vanno regolarmente allacciate perché una brusca frenata può spingere il tronco in avanti e lussare la protesi.

SESSO

Una normale attività può essere ripresa con cautela non appena vi sentirete pronti; all'inizio è da preferire la posizione supina e comunque va evitato l'accavallamento e la rotazione esterna dell'arto operato.

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and strokes, located in the bottom right corner of the page.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Dalla settima alla dodicesima settimana:

rispettate tutte le regole ed i consigli sopra esposti, ma con meno drasticità e sempre con maggiore libertà ed autonomia; cercate di fare qualcosa in più ogni settimana, se possibile camminate all'aperto; non stupitevi se all'inizio vi sentirete un po' rigidi, occorreranno alcuni mesi prima di sentirvi veramente bene; avvertite il vostro medico se aumenta il dolore all'anca, se la gamba si gonfia, se la ferita è infiammata o secernente, se avete difficoltà a respirare e se compare febbre.

Dovete continuare gli esercizi di riabilitazione.

Dopo otto settimane:

- rimuovete la calza elastica;
- rimuovete il bastone del lato operato.

Dopo tre mesi dall'intervento:

la ferita chirurgica è ormai completamente guarita e avete ripreso un buon tono muscolare;

riprendete gran parte delle comuni occupazioni con limiti per tutto quello che vi obbliga ad accavallare e ruotare all'esterno la gamba operata e che vi espone al rischio di cadute;

- abbandonate definitivamente il bastone

Non aumentate di peso, non sottoponete la protesi ad eccessive sollecitazioni, mantenete un buon tono muscolare, controllate e curate l'osteoporosi e avrete risultati buoni e duraturi.

La vostra anca danneggiata irreversibilmente dall'artrosi o da una frattura, grazie all'artroprotesi, è finalmente in grado di concedervi una vita normale.

ESERCIZI DI RIABILITAZIONE

Vanno iniziati prima dell'intervento e nei giorni che immediatamente seguono l'intervento; devono essere proseguiti dopo la dimissione per tutto il periodo della riabilitazione (a domicilio, ambulatorialmente o in regime di ricovero) con l'aiuto del fisioterapista che ne seguirà, almeno all'inizio, la corretta esecuzione.

Vanno eseguiti più volte nella giornata, con frequenza e durata stabilite dal programma terapeutico.

Favoriscono il recupero del tono e della forza muscolare, il ripristino del movimento articolare e della circolazione.

Alcuni vanno eseguiti a letto (in posizione supina, sul fianco del lato sano, prona), altri sulla sedia e in piedi; parte di essi sono stati schematizzati nei disegni delle pagine che seguono.

A letto in posizione supina:

- 1) contrarre i muscoli della coscia spingendo l'incavo delle ginocchio contro il letto e contare lentamente fino a 5, poi rilassarsi e ripetere;
- 2) contrarre i muscoli glutei e contare lentamente fino a 5, poi rilassarsi e ripetere;
- 3) anche e ginocchia flesse, sollevare il bacino dal piano del letto e contare lentamente fino a 5, poi rilassarsi e ripetere;
- 4) anche e ginocchia flesse, forzare la flessione dell'anca afferrando la coscia con le mani; raggiunta la massima flessione dell'anca flettere ed estendere il ginocchio; ripetere;
- 5) anche e ginocchia flesse, abdurre (aprire) contemporaneamente entrambe le cosce; contare fino a cinque al massimo dell'apertura; ripetere;
- 6) flettere ed estendere la tibio tarsica contando lentamente fino a cinque, quando si è raggiunto il massimo del movimento, ripetere
- 7) flettere l'anca e il ginocchio con il calcagno che scivola sul lenzuolo; al massimo della flessione contare fino a cinque, rilassarsi e ripetere;
- 8) elevare dal piano del letto tutto l'arto operato con il ginocchio esteso,





PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

contare fino a cinque, rilassarsi e ripetere;

9) abduurre (aprire) l'arto operato e addurre (chiudere) non oltre la linea mediana con il piede appena sollevato dal letto; contare fino a cinque al massimo della abduzione, rilassarsi e ripetere.

A letto in posizione laterale sul fianco sano con un cuscino tra le ginocchia:

1) abduurre (aprire ed elevare) l'arto operato, mantenere la posizione contando lentamente fino a cinque, poi rilassarsi e ripetere;

2) flettere ed estendere consecutivamente anca e ginocchio del lato operato con piede ad angolo retto.

A letto in posizione prona:

1) flettere il ginocchio, al massimo della flessione contare lentamente fino a cinque, rilassarsi e ripetere;

2) estendere e sollevare indietro tutto l'arto operato con il ginocchio esteso, contare lentamente fino a cinque e ripetere.

Sulla sedia:

1) portare alternativamente avanti una gamba e indietro l'altra sollevando appena i piedi da terra;

2) estendere completamente la gamba con piede ad angolo retto, contare lentamente fino a cinque, rilassarsi e ripetere bilateralmente;

3) portare il tronco ritmicamente avanti e dietro senza alzarsi.

In piedi con le mani appoggiate al tavolo:

1) portare l'arto operato in abduzione (aprire di lato), contare lentamente fino a cinque, rilassarsi e ripetere;

2) portare l'arto operato in estensione (in dietro), contare fino a cinque, rilassarsi e ripetere.

ASLBA

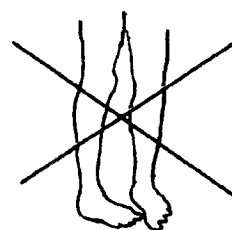
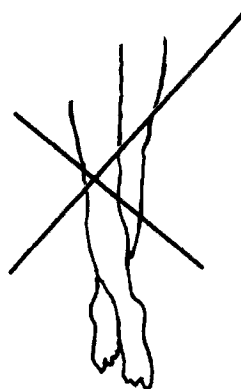
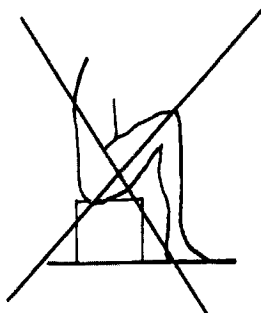
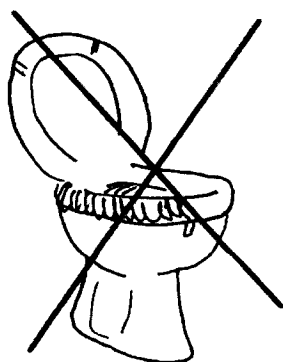
PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

RICORDATI CHE:



lll

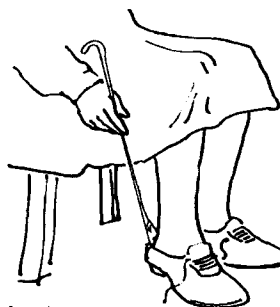
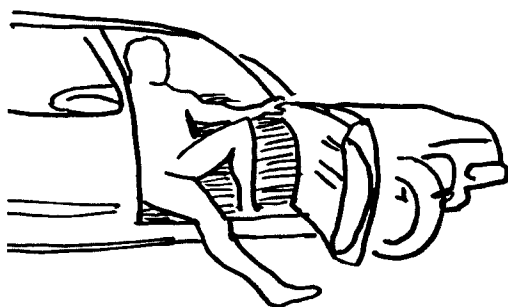
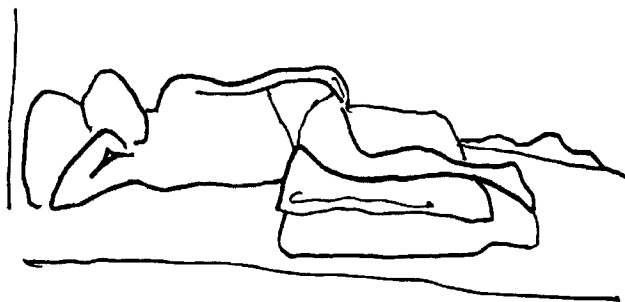
ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli



h h

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli



Non fare mai superare alle ginocchia la linea verticale immaginaria che divide a metà il tuo corpo.



Non voltarti mai mantenendo i piedi fissi nella direzione di partenza.



Non piegarti al di sotto del livello della cintola.



Invece, siediti con tutti e due i piedi appoggiati sul terreno, con le ginocchia ad un palmo l'una dall'altra.



Invece, gira i piedi nella stessa direzione del corpo.



Invece, usa delle pinze con lunghi manici per raccogliere oggetti dal pavimento.

66



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli



Nella posizione seduta la flessione dell'anca non deve superare l'angolo retto.

CONTROLLI

La visita e le radiografie si effettueranno a scadenze stabilite dal vostro chirurgo; generalmente avvengono dopo otto settimane, sei mesi, un anno, due anni dall'intervento; successivamente a giudizio medico; è bene rivolgersi sempre allo stesso centro e ai medici dell'equipe dove siete stati operati che meglio di tutti conoscono voi e la vostra protesi.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

ORTO 3

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione a letto con apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

FRATTURA BI / TRI-MALLEOLARE DI CAVIGLIA.....

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

- **RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON FISSATORE ESTERNO**
- **RIDUZIONE E SINTESI A MINIMA CON FILI E VITI**



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

In base al tipo di lesione esistono diversi tipi di intervento. Ognuna di queste tecniche chirurgiche può essere usata singolarmente o associata ad altre.

Si spiegano i tempi dell'intervento chirurgico. Prima dell'intervento chirurgico, in anestesia e con il paziente sul tavolo operatorio e con amplificatore di brillantezza, saranno eseguite manovre esterne volte a valutare la riducibilità della frattura ed il tipo di intervento da effettuare. In seguito, si eseguirà un'incisione cutanea di lunghezza variabile a seconda della tipologia di intervento scelto. La frattura sarà quindi ridotta e sintetizzata per mezzo di placche e viti. In alternativa o in associazione si potrà eseguire sintesi per mezzo di fissazione esterna e/o fili e viti.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. L'estensione dell'accesso chirurgico potrebbe in caso di necessità essere ampliato per garantire una buona riuscita dell'intervento stesso. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)

-Decesso del paziente (rara)

- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.

- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.

- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.

- Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminazione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca o da altra sede ossea del paziente attraverso una seconda incisione cutanea. Si spiega che tale procedura può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.

- Nei pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.

- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo. In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari).

- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento, paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.

- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini. Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

-Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- A seconda della qualità dell'osso riscontrata intraoperatoriamente, della tipologia di frattura, delle comorbidità del paziente (età, peso, BMI, etc) sarà premura del chirurgo concedere o meno il carico al paziente.

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.

- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.

- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).

[illegible]

- **RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI**
- **CAPITELLECTOMIA**
- **IMPIANTO DI PROTESI DEL CAPITELLO RADIALE**



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: dott. Leonardo Petrelli

!
!

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

Il chirurgo si riserva inoltre la possibilità di posizionare un fissatore esterno articolato di gomito in aggiunta ai predetti trattamenti chirurgici qualora la valutazione intraoperatoria lo indicasse (valutazione in scopia della stabilità del gomito)

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

Si descrive, quindi, il tipo d'intervento chirurgico che sarà effettuato: prima dell'intervento, in anestesia, verrà valutata la stabilità del gomito con amplificatore di brillantezza al fine di eseguire il bilancio delle lesioni legamentose spesso associate (legamenti collaterali). Verrà eseguita un'incisione cutanea posterolaterale o posteriore al gomito e sviluppato l'accesso chirurgico profondo secondo Kocher tra l'ancone e l'estensore ulnare del carpo. Si procederà al tentativo di riduzione dei frammenti di frattura ed alla sintesi attraverso viti libere, pin, placca e/o viti. Qualora il numero, le dimensioni e consistenza dei frammenti rendessero impossibile la riduzione e sintesi, si procederà alla loro asportazione e all'impianto di una protesi di capitello. Si spiega la possibilità di eseguire la semplice capitellectomia qualora il gomito e l'avambraccio fossero perfettamente stabili o nel caso che non fosse tecnicamente possibile riuscire ad impiantare una protesi. Si spiega che la capitellectomia può comportare un aumento del valgismo del gomito, una secondaria neuropatia del nervo ulnare, una degenerazione artrosica dell'art. omero-ulnare, una instabilità longitudinale dell'avambraccio (con deficit funzionale e dolore al gomito e polso), una riduzione di forza nella presa. Per questi motivi, si concorda con il paziente di impiantare una protesi qualora la sintesi non fosse possibile.

Qualora le strutture legamentose laterali e mediali fossero danneggiate si procederà prima alla riparazione chirurgica del compartimento esterno attraverso ancore metalliche e/o suture trans-ossee. Successivamente, in presenza di una instabilità persistente sarà necessario suturare le lesioni legamentose e tendinee mediali e/o impiantare un fissatore esterno dinamico; questo dispositivo dovrà rimanere in sede per 6-8 settimane e necessiterà di medicazioni settimanali.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: dott. Leonardo Petrelli

!
!

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)
- Decesso del paziente (rara)
- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.
- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.
- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.
- Nei pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.
- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo. In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari)



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: dott. Leonardo Petrelli

!
!

- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.

- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

- Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- Nei pazienti con lassità costituzionale trattati per instabilità si potrebbe avere una recidiva della stessa.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

- Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

!
!

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.

- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.

- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

- Qualora l'intervento venga effettuato in regime di Day Hospital, Le sarà fornito un recapito telefonico al quale rivolgersi di caso di necessità nelle prime 72 ore o comunque prima del giorno previsto per la medicazione. - Negli interventi di inserzione di protesi, i controlli radiografici devono essere eseguiti annualmente per rilevare eventuali mobilizzazioni dell'impianto o malattie da detriti.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 5

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra Medico e Paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto, un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia: **FRATTURA, CROLLO VERTEBRALE OSTEOPOROTICO/NEOPLASTICO, PERDITA DI SOSTANZA OSSEA.....**

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il Medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra, Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare, ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

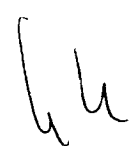
La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il Medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

L'intervento chirurgico possibile è:

VERTEBROPLASTICA – CIFOPLASTICA – CEMENTOPLASTICA.

La tecnica consiste nell'iniezione di *Cemento Ortopedico* (polimetilmetacrilato - PMMA), previa sedazione in anestesia locale o generale, all'interno delle vertebre o di ossa di altri distretti attraverso un apposito ago posizionato sotto guida Fluoroscopica.

Si elencano le possibili complicanze legate alla procedura desunte dal Food and Drug Administration (FDA), riferite a pazienti trattati negli USA dal (1999 al 2003):





PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

VERTEBROPLASTICA

175. 000 pazienti dal 1999 al 2003

Embolizzazione venosa circoscritta (nella maggior parte dei casi asintomatica) del cemento (*circa il 40% dei casi*)

Stravasato di cemento nel tragitto dell'ago nei tessuti molli in corso di Vertebroplastica e Cementoplastica con fibrosi residua (1 caso su 10.000) che si risolve mediante infiltrazione locale di corticosteroidi

Rottura dell'ago (6 casi su 175.000; in tutti i casi asintomatica)

Anafilassi e ipotensione per allergia ai componenti del cemento (2 casi su 175.000)

Embolia Polmonare sintomatica determinata da embolia venosa del cemento (1 caso su 175.000)

Lesione diretta del midollo spinale, stravaso di cemento nello spazio peridurale, ematoma endocanalare da trattare chirurgicamente con intervento di decompressione con possibile conseguente paraplegia (*1 caso su 175. 000*)

Decesso (7 casi su 175.000)

CIFOPLASTICA

50.000 pazienti dal 1999 al 2003

Rottura endovertebrale del sistema (asintomatica) (6 casi su 50.000) *Ipotensione (1 caso su 50.000)

Pneumotorace (1 caso su 50.000)

Infezione con discite o osteomielite (2 casi su 50.00)

Ileo (1 caso su 50.000)

Embolia polmonare risolta con ricovero e terapia medica (1 caso su 50.000)

Ematoma o stravaso di cemento epidurale sintomatico risolto con decompressione chirurgica (14 casi su 50.000)

Ematoma o stravaso di cemento epidurale sintomatico con paraplegia permanente (6 casi su 50.000)

Decesso (1 caso su 50.000)



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Tale terapia è volta esclusivamente **al trattamento del dolore** con **percentuale di successo del 70-95%** e non può sostituirsi alle terapie sistemiche eventualmente in atto (chemioterapia, radioterapia e terapia medica nell'osteoporosi). **La terapia ha effetto solo nel segmento osseo** trattato e non esclude la possibile ricomparsa del dolore per nuovi cedimenti vertebrali e comparsa di nuove lesioni (neoplastiche/osteoporotiche) in altre sedi.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'L' followed by a 'h'.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 6

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia **MALATTIA DI DE QUERVAIN (TENOSINOVITE STENOSANTE DELL'ABDUTTORE LUNGO E DELL'ESTENSORE BREVE DEL POLLICE).**

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

L'intervento proposto è una **TENOLISI CON APERTURA DEL 1° CANALE DORSALE DEL CARPO.**

Mi è stata chiaramente spiegata l'effettiva portata di tale intervento con le difficoltà ad esso legate, le possibilità e le probabilità dei risultati conseguibili, i prevedibili vantaggi ed i rischi connessi, sia in confronto ad altri tipi di terapia che in caso di astensione dall'intervento in oggetto.

Mi sono state illustrate le caratteristiche etiopatogenetiche della malattia ed il suo carattere ingravescente, con dolore localizzato elettivamente a livello della stiloide radiale ed irradiato al 1° dito con progressiva limitazione funzionale di quest'ultimo. Tali sintomi sono causati dal difficoltoso scorrimento dei tendini abduktore lungo ed estensore breve del 1° dito all'interno della puleggia comune che li contiene, per fenomeni flogistici, reumatici o postraumatici. Sono stato ampiamente informato che le terapie mediche e fisiche non sono sufficienti a limitare l'evoluzione della malattia e che pertanto l'intervento chirurgico rappresenta il trattamento di elezione. L'intervento consiste nella apertura del 1° canale dorsale del carpo sezionando la puleggia che contiene i tendini sopra citati al fine di decomprimerli e di ripristinare il loro scorrimento.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

L'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali l'età, il grado delle lesioni tendinee, il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, il tipo costituzionale, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e cicatrici ipertrofiche, l'eventuale componente reumatoide, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative, l'osservanza dei consigli postoperatori. e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche non è possibile prevedere con esattezza il risultato finale dell'intervento. Tutti questi fattori condizionano il tempo di guarigione, che può andare da poche settimane nelle persone giovani ed in buone condizioni a periodi più lunghi nelle persone anziane con condizioni sfavorevoli (diabete, disturbi circolatori, alterazioni trofiche cutanee, etc.).

Complicanze generali possibili in ogni intervento eseguito in anestesia locale: crisi di panico, sindrome vagale, crisi ipotensive o ipertensive, fenomeni allergici nei confronti dei farmaci anestetici o di altre terapie somministrate.

Le complicanze locali relative a questo specifico intervento sono rappresentate dal dolore, eccessivo sanguinamento con successivo ematoma, lesioni del ramo sensitivo del nervo radiale con successive alterazioni della sensibilità (parestesie, ipoestesie o anestesie) sul dorso del 1° dito, lesioni dei tendini sopra citati, strutture direttamente interessate dall'intervento.

Esiste inoltre la possibilità di formazione di aderenze cicatriziali tra i vari piani anatomici con successiva rigidità del polso e del 1° dito e recidiva della sintomatologia presentata prima dell'intervento.

Sono inoltre possibili complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza della ferita chirurgica e conseguente allungamento dei tempi di guarigione.

Va peraltro sottolineato che tutte le diverse possibili complicanze postoperatorie, seppur chiaramente descritte in letteratura, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

Va inoltre ricordata l'importanza di una appropriata rieducazione funzionale postoperatoria, senza la quale sono possibili residue rigidità del polso e del 1° dito e diminuzione della forza di prensione. Saranno effettuati trattamenti farmacologici (anestetici locali, profilassi **antibiotica** e terapia **antidolorifica**).

lh

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 7

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra Medico e Paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto, un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia **TENOVAGINITE STENOSANTE DEI FLESSORI DELLE DITA (DITA "A SCATTO")**.

L'intervento consiste nella **APERTURA DELLA PULEGGIA E TENOLISI DEI FLESSORI**,

La malattia presenta un carattere ingressante, con dolore localizzato elettivamente a livello dell'articolazione metacarpo-falangea e fastidioso senso di "scatto" durante la flessione-estensione del dito interessato, con progressiva limitazione funzionale di quest'ultimo. Tali sintomi sono causati dal difficoltoso scorrimento dei tendini flessori all'interno della puleggia che li contiene, per fenomeni flogistici, degenerativi, reumatici o postraumatici. Le terapie mediche e fisiche sono insufficienti a limitare l'evoluzione della malattia e pertanto l'intervento chirurgico rappresenta il trattamento di elezione. L'intervento consiste in una piccola incisione palmare a livello dell'articolazione metacarpo-falangea con apertura mediante sezione longitudinale della puleggia che contiene i tendini flessori del dito, allo scopo di eliminare il conflitto di scorrimento fra tali strutture.

Il risultato clinico complessivo è comunque influenzato da variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento e nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, non sempre risulta esattamente prevedibile l'entità della ripresa funzionale del dito.

In particolare l'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali l'età, il grado originario di degenerazione tendinea, il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, il tipo costituzionale, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e cicatrici ipertrofiche, l'eventuale componente reumatoide, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative, l'osservanza dei consigli postoperatori. Tutti questi fattori condizionano il tempo di guarigione, che può andare da pochi giorni nelle persone giovani ed in buone condizioni a periodi più lunghi nelle persone anziane con condizioni sfavorevoli (diabete, epilessia, disturbi circolatori, alterazioni trofiche cutanee, etc.).

Le complicanze generali possibili in ogni intervento eseguito in anestesia locale sono le crisi di panico, sindrome vagale, crisi ipotensive o ipertensive, fenomeni allergici nei confronti dei farmaci anestetici o di altre terapie somministrate.

h u



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Le complicanze locali relative a questo specifico intervento sono rappresentate da dolore, eccessivo sanguinamento con successivo ematoma, lesione dei fasci vascolo-nervosi contigui al tendine con successive alterazioni della sensibilità (parestesie, zone di ipoestesia o di anestesia) e della circolazione del dito. E' inoltre possibile la lesione del tendine flessore oggetto dell'intervento, del nervo mediano o di alcune sue diramazioni.

Va quindi segnalata la possibilità di formazione di aderenze cicatriziali tra i vari piani anatomici con successiva rigidità del dito e recidiva della sintomatologia presentata prima dell'intervento; queste complicanze possono comportare la necessità di ulteriori interventi di revisione. Sono inoltre possibili complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza della ferita chirurgica con allungamento dei tempi di guarigione.

Va peraltro sottolineato che tutte le diverse possibili complicanze postoperatorie, seppur chiaramente descritte in letteratura, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

A handwritten signature in dark ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be "L. Petrelli".

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 8

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra Medico e Paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto, un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia **MORBO DI DUPUYTREN**

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il Medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra, Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare, ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il Medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

L'intervento chirurgico proposto è la **APONEURECTOMIA PALMARE E DIGITALE**.

Mi è stata chiaramente spiegata l'effettiva portata di tale intervento, con le difficoltà ad esso legate, le possibilità e le probabilità dei risultati conseguibili, i prevedibili vantaggi ed i rischi connessi, sia in confronto ad altri tipi di terapia che in caso di astensione dall'intervento in oggetto,

La malattia presenta un carattere progressivamente ingravescente, con graduale deformità in flessione delle dita e conseguente limitazione funzionale. Le terapie mediche e fisiche non sono assolutamente sufficienti a limitare l'evoluzione della malattia e pertanto l'intervento chirurgico rappresenta il trattamento di elezione. L'intervento consiste nella asportazione della aponeurosi palmare retratta e delle formazioni fibrose (noduli e cordoni) di uno o più raggi. con correzione parziale o totale delle deformità in flessione e delle rigidità, per il ripristino di una migliore funzione articolare.

h h

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

L'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali l'età, il grado originario della lesione, il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, il tipo costituzionale, la tendenza a formare cicatrici ipertrofiche, l'eventuale componente reumatoide, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative, l'osservanza dei consigli postoperatori; tutti questi fattori condizionano il tempo di guarigione, che può andare da poche settimane nelle persone giovani ed in buone condizioni a periodi più lunghi nelle persone anziane con condizioni sfavorevoli (diabete, epilessia, disturbi circolatori, alterazioni trofiche cutanee, etc.).

Nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche non è possibile prevedere con esattezza il grado di ripresa funzionale (motilità attiva e passiva delle dita).

Complicanze generali possibili in ogni intervento eseguito in anestesia locale: crisi di panico, sindrome vagale, crisi ipotensive o ipertensive, fenomeni allergici nei confronti dei farmaci anestetici o di altre terapie somministrate.

Le complicanze locali relative a questo specifico intervento sono rappresentate dal dolore, eccessivo sanguinamento con successivo ematoma, formazione di aderenze fra i vari piani anatomici con successiva rigidità, lesione dei fasci vascolo-nervosi e dei tendini flessori delle dita, strutture queste strettamente adese all'aponeurosi palmare da asportare chirurgicamente in una regione anatomicamente alterata dalla patologia in oggetto. Vi è pertanto la possibilità di necrosi di lembi cutanei con successiva necessità di innesti o trapianti e di alterazioni della sensibilità con zone di ipoestesia ed anestesia in regione palmare e digitale. Tali fenomeni, nei casi di più avanzata gravità della malattia, possono condurre anche all'amputazione di segmenti digitali.

Esiste inoltre la possibilità di complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza della ferita chirurgica ed allungamento dei tempi di guarigione.

Va quindi considerata la possibilità di una persistente rigidità delle dita e dell'eventuale recidiva della malattia nella zona operata o di una sua estensione in zone non trattate, con necessità di una nuova revisione chirurgica, soprattutto nel caso non venga eseguita un'appropriata rieducazione funzionale postoperatoria.

Va peraltro sottolineato che tutte le diverse possibili complicanze postoperatorie, seppur chiaramente descritte in letteratura, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

Saranno effettuati trattamenti farmacologici (anestetici locali, profilassi **antibiotica** e terapia **antidolorifica**).

h h

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ll

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 9

Bari li

NOTA INFORMATIVA

TRATTAMENTO CHIRURGICO DI FRATTURA MEDIALE DI COLLO FEMORE

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia **FRATTURA MEDIALE COLLO FEMORE.....**

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Il consenso potrà sempre essere ritirato in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Durante l'esecuzione della procedura sarà presente personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Quando ci si trova di fronte ad una frattura molto "instabile" associata ad un importante osteoporosi (tipica del grande anziano), nessun tipo di osteosintesi può garantire la guarigione della frattura senza il rischio di fallimento meccanico dell'osteosintesi. Per questo motivo, in pazienti che tollererebbero male un reintervento va preso in considerazione questa opzione, che permette di trattare patologie osteoarticolari già presenti prima della frattura come l'artrosi dell'anca o altre patologie associate dell'anca.

lu

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

L'intervento chirurgico di posizionamento di **ENDOPROTESI ANCA/ARTROPROTESI TOTALE** consiste nella sostituzione parziale o completa dell'articolazione dell'anca, inserendo componenti metalliche, di polietilene o ceramica. A livello del femore si asportano la testa e il collo che risulta fratturato alla sua congiunzione in sede laterale del femore prossimale che vengono successivamente sostituite da uno stelo con una testina.

Nel caso dell'impianto di un'endoprotesi, la testina si articola con una grande testa che a sua volta si articola con il cotile. Nel caso dell'impianto di una protesi totale d'anca, una coppa acetabolare viene inserita nel cotile con la quale si articola la testina dello stelo per ripristinare un'articolazione artificiale. La durata dell'intervento è di circa 1 ora e mezza.

Tale intervento può essere accompagnata da complicazioni di carattere **generale o locale** per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare verrà praticata profilassi per la trombosi venosa profonda (TVP) mediante eparina a basso peso molecolare e profilassi per l'infezione mediante infusione di antibiotico prima dell'intervento e successivamente.

Nel corso dell'intervento chirurgico possono rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure addizionali o diverse da quelle che mi sono state preliminarmente illustrate.

L'intervento necessiterà di un'incisione della lunghezza di circa 18-20 centimetri a livello del trocantere; al termine dell'intervento verranno posizionati drenaggi per aspirare il sangue perso che potrà eventualmente essere reinfuso. Nei primi giorni dopo l'intervento si procederà a mobilitazione del malato dapprima a bordo letto quindi in poltrona e successivamente rieducando al passo.

Probabilità di successo:

In generale:

Le fratture dell'estremità prossimale di femore si associano ad un tasso di mortalità elevato e danno spesso luogo ad una diminuzione importante delle capacità funzionali.

Nello specifico il trattamento con protesi d'anca, sebbene possa sembrare a prima vista che la sostituzione protesica sia meno "biologica" e più aggressiva dell'osteosintesi, la durata dell'intervento, la perdita ematica intra-/post-operatoria e la mortalità tra le due opzioni terapeutiche sono sovrapponibili. Inoltre con questo tipo di trattamento è possibile mobilitare precocemente il paziente permettendo il carico completo, ottenendo risultati altrettanto soddisfacenti, se non di più, che con l'osteosintesi. Nel caso di fratture pertrocanteriche di femore "instabili", il tasso di reintervento dopo sostituzione protesica varia dal 0,7 al 10%, mentre nello stesso tipo di frattura trattato mediante osteosintesi abbiamo un tasso di reintervento dal 2 al 14%.

h h

Eventuali rischi e complicanze (anche post – operatorie):

IL RISCHIO IN GENERALE	COSA SUCCEDDE	COSA SI PUO FARE
Trombosi venosa	Si possono formare dei trombi nelle vene delle gambe e questo può accadere anche in un paziente su due nonostante le misure preventive. In due casi su 1000 il trombo può staccarsi e portare a morte per embolia polmonare.	Profilassi con eparine a basso peso molecolare, uso di calze antitrombo, mobilitazione precoce.
Infezione della ferita	Un infezione della ferita capita in meno di 1 paziente su 100.	L'infezione è una complicazione maggiore e può richiedere il ricorso alla chirurgia e la rimozione del materiale impiantato.
Ritenzione urinaria e infezione delle vie urinarie	Alla rimozione del catetere urinario si può avere l'incapacità di svuotare la vescica. Un infezione delle vie urinarie può verificarsi in un caso su 17.	Può essere necessario rinviare la rimozione del catetere per qualche giorno e ricorrere all'uso di antibiotici.
Paralisi intestinale	Dopo l'intervento si può avere una paralisi dell'intestino che provoca dolore, meteorismo e vomito.	La terapia può essere a base di farmaci o può essere necessario un sondino nasogastro che viene mantenuto fino a ripresa dell'attività intestinale.
Dismetria degli arti inferiori	Ci può essere una differenza di lunghezza degli arti inferiori.	Può essere necessario applicare un rialzo per pareggiare la differenza.
Sanguinamento della ferita	Si può verificare un'emorragia della ferita.	La ferita può diventare tumefatta, infarcita e arrossata e potrebbe verificarsi una infezione locale che richiede il ricorso agli antibiotici.
Ossificazione eterotopica	Per motivi non del tutto chiariti si possono formare calcificazioni all'interno del muscolo.	Solitamente queste calcificazioni non provocano né dolore né una limitazione della mobilità. Il ricorso alla chirurgia è raro.
Rischio di morte	Il tasso di mortalità associato ad una frattura dell'anca è stimato dal 10-30% . Il periodo da considerarsi il più critico sono i primi 6 mesi dalla frattura. Fattori che possono peggiorare la prognosi in termini di sopravvivenza sono tra l'altro la presenza di osteoporosi, la presenza di malattie cardio-respiratorie, l'età avanzata e la demenza.	

h h

IL RISCHIO IN PROTESI D'ANCA	COSA SUCCEDDE	COSA SI PUO FARE
In caso di endoprotesi d'anca: Cotiloidite	Si tratta di un dolore inguinale da irritazione meccanica della cupola della protesi contro l'acetabolo provocando così l'usura della cartilagine. La sua incidenza aumenta significativamente dopo 5 anni dall'intervento chirurgico .	In caso di sintomatologia dolorosa importante si rende necessario un intervento chirurgico per convertire l'endoprotesi in una protesi totale attraverso l'impianto di una coppa acetabolare nel cotile.
In caso di endoprotesi d'anca: Lussazione della protesi	una lussazione dell'impianto si verifica nel 3,3% dei casi [4].	Si tratta di una complicazione grave in quanto richiede una revisione chirurgica.
In caso di artroprotesi d'anca: Lussazione della protesi	una lussazione dell'impianto si può verificare addirittura fino al 44,5% dei casi.	La protesi può essere sistemata senza ricorrere alla chirurgia e può essere necessario indossare un tutore per un certo tempo. Il ricorso alla chirurgia è raro.
In caso di protesi d'anca: Mobilizzazione asettica della protesi	In un paziente su 40 la protesi può mobilizzarsi nel tempo ma si stima che il 90% delle protesi sia ancora ben funzionante a 10-15 anni, dunque si tratta di una complicazione piuttosto rara trattandosi solitamente di pazienti geriatrici.	Può essere necessario un intervento di sostituzione della protesi.

Infezione tardiva della protesi	Può verificarsi un'infezione della protesi a partire da altri focolai infettivi.	Può essere necessario rimuovere la protesi. Per prevenire questa evenienza è opportuno assumere antibiotici qualora si sospetti un focolaio infettivo.
Lesione nervosa	In un caso su 100 si può avere una lesione di uno dei nervi che passano in prossimità dell'anca.	Il dolore e la paralisi possono causare una disabilità permanente.

h h

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Eventuali condizioni morbose concomitanti che costituiscono ulteriore fattore di rischio

.....
.....

Eventuali alternative terapeutiche

Trattamento conservativo

In generale questo trattamento è stato abbandonato nella maggior parte dei paesi industrializzati ed è riservato unicamente ai pazienti con un rischio operatorio molto elevato. Il trattamento di per se consiste fondamentalmente nel riposo a letto e/o in poltrona e nella somministrazione di antidolorifici. Le possibilità che il paziente possa rimettersi in piedi sono scarse e la mortalità a medio termine (6-12 mesi) è molto elevata per l'occorrenza di infezioni polmonari o delle vie urinarie e per l'insorgenza di piaghe da decubito.

Possibili conseguenze derivate dal rifiuto dell'atto sanitario

Il paziente è costretto a rimanere alettato e il rischio di complicazioni secondarie da allettamento è elevato (infezioni delle vie aeree, piaghe da decubito, etc.) e possono portare ad un aggravamento rapido delle condizioni generali fino al decesso.

h u

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore : dott. Leonardo Petrelli

ORTO 10

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione con apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

FRATTURA DELLA DIAFISI DI FEMORE

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

- **RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON FISSATORE ESTERNO**





PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEdia e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

○ **RIDUZIONE E SINTESI CON CHIODO ENDOMIDOLLARE**

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

In base al tipo di lesione esistono diversi tipi di intervento. Ognuna di queste tecniche chirurgiche può essere usata singolarmente o associata ad altre.

Si spiegano i tempi dell'intervento chirurgico. Prima dell'intervento chirurgico, in anestesia e con il paziente sul tavolo operatorio con l'arto fratturato in trazione e con amplificatore di brillantezza, saranno eseguite manovre esterne volte a valutare la riducibilità della frattura ed il tipo di intervento da effettuare. In seguito, si eseguirà un'incisione cutanea di lunghezza variabile a seconda della tipologia di intervento scelto. La frattura del femore sarà quindi ridotta e sintetizzata per mezzo di chiodo endomidollare. Una seconda incisione cutanea sarà eseguita per posizionare in caso di necessità vite antirotazionale distale al chiodo endomidollare. La lunghezza del chiodo sarà scelta in base alla tipologia della frattura da cui il paziente è affetto. In alternativa o in associazione si potrà eseguire sintesi per mezzo di placce e viti (incisione diafisaria più ampia) e/o di fissazione esterna.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. L'estensione dell'accesso chirurgico potrebbe in caso di necessità essere ampliato per garantire una buona riuscita dell'intervento stesso. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare
- Decesso del paziente



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.
- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.
- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.
- Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminazione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca o da altra sede ossea del paziente attraverso una seconda incisione cutanea. Si spiega che tale procedura può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.
- Nel pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.
- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo, In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari)
- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.
- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

-Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- A seconda della qualità dell'osso riscontrata intraoperatoriamente, della tipologia di frattura, delle comorbilità del paziente (età, peso, BMI, etc) sarà premura del chirurgo concedere o meno il carico al paziente.

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.

- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.

- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 11

Bari li

NOTA INFORMATIVA

TRATTAMENTO CHIRURGICO DI FRATTURA LATERALE DI FEMORE

Nel rapporto tra Medico e Paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto, un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia **FRATTURA COLLO FEMORE.....**

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il Medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra, Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare, ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

Sarà sempre possibile ritirare il consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione. Durante l'esecuzione della procedura sarà presente personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche. La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il Medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Descrizione:

Il trattamento chirurgico di questo tipo di frattura può essere eseguito sia in anestesia generale che con un'anestesia loco-regionale.

Nella traumatologia moderna si sono delimitati 2 tipologie d'intervento a seconda delle caratteristiche della frattura pertrocanterica:

1) Osteosintesi extramidollare mediante VITE-PLACCA A SCIVOLAMENTO

Questo tipo di trattamento è di scelta qualora abbiamo a che fare con una frattura considerata "stabile". Si tratta di una placca che viene avvitata sulla parte laterale del femore. Ad un'estremità della placca si trova un tunnel nel quale viene fatto scivolare una grossa vite che viene posizionata nella testa femorale. La vite, potendo scivolare sulla placca permette una compattazione del focolaio di frattura con conseguente guarigione della stessa. Questo mezzo di

lh

ASLBA

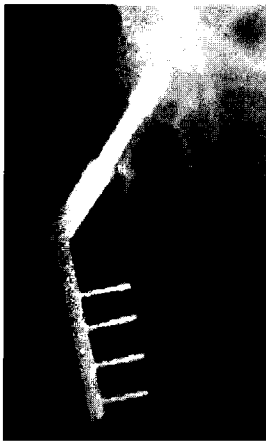
PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

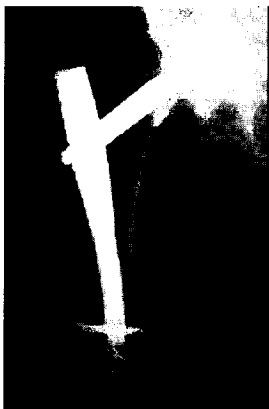
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

sintesi viene posizionato attraverso un'incisione in corrispondenza della faccia laterale della coscia di circa 10-15 cm. La durata dell'intervento è di circa 1 ora.



2) Osteosintesi con **CHIODO ENDOMIDOLLARE**

Questo tipo di trattamento è indicato nelle fratture considerate "instabili", cioè aventi tanti frammenti ossei e dove risulta di conseguenza più difficile ottenere un'osteosintesi stabile nel tempo e che permetta alla frattura di guarire. Si tratta di un chiodo che viene introdotto dall'apice del femore all'interno del canale midollare e sul quale viene fissato un vitone che viene posizionato nella testa del femore. Questo mezzo di sintesi viene posizionato a cielo "chiuso", cioè senza esporre visivamente la frattura, attraverso 3 piccole incisioni cutanee (la più lunga è di circa 5cm) e risulta dunque essere una soluzione "poco" aggressiva. La durata dell'intervento è di circa 1 ora.



h h

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

La frattura e l'intervento chirurgico possono essere accompagnati da complicazioni di carattere **generale o locale** per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare verrà praticata profilassi per l'infezione mediante infusione di antibiotico prima dell'intervento e successivamente. Inoltre, verrà praticata profilassi antitromboembolica con eparina a basso peso molecolare. Al termine dell'intervento potrà eventualmente essere posizionato un drenaggio per aspirare il sangue nel sottocute, per prevenire la formazione di ematomi.

IL RISCHIO IN GENERALE	COSA SUCCEDDE	COSA SI PUO FARE
Trombosi venosa	Si possono formare dei trombi nelle vene delle gambe e questo può accadere anche in un paziente su due nonostante le misure preventive. In due casi su 1000 il trombo può staccarsi e portare a morte per embolia polmonare.	Profilassi con eparine a basso peso molecolare, uso di calze antitrombo, mobilitazione precoce.
Infezione della ferita	Un infezione della ferita capita in meno di 1 paziente su 100.	L'infezione è una complicazione maggiore e può richiedere il ricorso alla chirurgia e la rimozione del materiale impiantato.
Ritenzione urinaria e infezione delle vie urinarie	Alla rimozione del catetere urinario si può avere l'incapacità di svuotare la vescica. Un infezione delle vie urinarie può verificarsi in un caso su 17.	Può essere necessario rinviare la rimozione del catetere per qualche giorno e ricorrere all'uso di antibiotici.

Paralisi intestinale	Dopo l'intervento si può avere una paralisi dell'intestino che provoca dolore, meteorismo e vomito.	La terapia può essere a base di farmaci o può essere necessario un sondino naso-gastrico che viene mantenuto fino a ripresa dell'attività intestinale.
----------------------	---	--

h h

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Dismetria degli arti inferiori	Ci può essere una differenza di lunghezza degli arti inferiori.	Può essere necessario applicare un rialzo per pareggiare la differenza.
Sanguinamento della ferita	Si può verificare un'emorragia della ferita.	La ferita può diventare tumefatta, infarcita e arrossata e potrebbe verificarsi una infezione locale che richiede il ricorso agli antibiotici.
Ossificazione eterotopica	Per motivi non del tutto chiariti si possono formare calcificazioni all'interno del muscolo.	Solitamente queste calcificazioni non provocano né dolore né una limitazione della mobilità. Il ricorso alla chirurgia è raro.
Rischio di morte	Il tasso di mortalità associato ad una frattura dell'anca è stimato dal 10-30% . Il periodo da considerarsi il più critico sono i primi 6 mesi dalla frattura. Fattori che possono peggiorare la prognosi in termini di sopravvivenza sono tra l'altro la presenza di osteoporosi, la presenza di malattie cardio-respiratorie, l'età avanzata e la demenza.	

IL RISCHIO NELL' OSTEOSINTESI	COSA SUCCEDDE	COSA SI PUO FARE
"Cut-out" della vite cefalica	Può verificarsi la perforazione della testa femorale da parte del vitone nel 2-6% dei casi.	Si rende necessario un intervento chirurgico di sostituzione protesica dell'anca
Fallimento dell'osteosintesi	Si verifica la mobilizzazione dei mezzi di sintesi con conseguente guarigione della frattura in una posizione viziosa nel 5% dei casi, molto raramente si può verificare addirittura la rottura dei mezzi di sintesi.	Nel paziente anziano con diminuite richieste funzionali questo difetto è in genere ben tollerato, mentre nel paziente giovane può essere fonte di dolore e invalidità con necessità di eseguire un'ulteriore intervento chirurgico.
Necrosi avascolare della testa femorale	La testa del femore non riceve più sangue e si riassorbe, evenienza piuttosto rara (1-3% dei casi.	Si rende necessario un intervento di rimozione dei mezzi di sintesi e l'impianto di una protesi d'anca.

h h



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Eventuali condizioni morbose concomitanti che costituiscono ulteriore fattore di rischio

.....

.....

Eventuali alternative terapeutiche

Trattamento conservativo

In generale questo trattamento è stato abbandonato nella maggior parte dei paesi industrializzati ed è riservato unicamente ai pazienti con un rischio operatorio molto elevato. Il trattamento di per se consiste fondamentalmente nel riposo a letto e/o in poltrona e nella somministrazione di antidolorifici. Le possibilità che il paziente possa rimettersi in piedi sono scarse e la mortalità a medio termine (6-12 mesi) è molto elevata per l'occorrenza di infezioni polmonari o delle vie urinarie e per l'insorgenza di piaghe da decubito.

Possibili conseguenze derivate dal rifiuto dell'atto sanitario

Il paziente è costretto a rimanere alettato e il rischio di complicazioni secondarie da allettamento è elevato (infezioni delle vie aeree, piaghe da decubito, etc.) e possono portare ad un aggravamento rapido delle condizioni generali sino alla morte.

Eventuali conseguenze temporanee e permanenti prevedibili, eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali

Le ripercussioni funzionali di una frattura d'anca sono importanti. A 1 anno dall'evento traumatico, il 20 al 60% dei sopravvissuti ritrovano un livello di mobilità e di indipendenza uguale a quello prima del trauma .

Il recupero articolare è migliore nei pazienti giovani. Solo il 40% dei pazienti che camminavano senza ausili prima del trauma faranno lo stesso a 1 anno, il 25% utilizzano una stampella, il 25% utilizzano un deambulatore e il 10% non cammina più.

Per quanto riguarda il dolore esso diminuisce progressivamente nelle settimane seguenti l'intervento. A 1 anno, dall'intervento, la maggior parte dei pazienti non riferisce che dolore occasionali.

Per quanto riguarda il reinserimento sociale l'80% dei pazienti dimessi dall'ospedale in seguito a frattura d'anca tornerà a loro domicilio, mentre il 20% proseguirà le cure in strutture a lunga degenza. A 1 anno dall'evento fratturativo, fino al 55% dei pazienti operati saranno ancora a casa loro, però la metà di questi dovrà ricorrere ad un aiuto per poter camminare e saranno fortemente dipendenti da terzi .



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: dott. Leonardo Petrelli

ORTO 12

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione in apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

FRATTURA DELL'OLECRANO

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

- **RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON CERCHIAGGIO E FILI**

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

Il chirurgo si riserva inoltre la possibilità di posizionare un fissatore esterno articolato di gomito in aggiunta ai predetti trattamenti chirurgici qualora la valutazione intraoperatoria lo indicasse (valutazione in scopia della stabilità del gomito)

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

Si spiega dettagliatamente il tipo d'intervento chirurgico che sarà effettuato: si eseguirà un'incisione longitudinale posteriore paraolecranica, verrà esposto il focolo di frattura ulnare, si procederà alla riduzione dei frammenti e sarà eseguita l'osteosintesi con una placca posteriore e viti o con un cerchiaggio dinamico (Weber); qualora il frammento osseo olecranico sia di piccole dimensioni o presenti una scarsa consistenza la sintesi potrà essere rinforzata con una sutura transossea intrecciata sul tendine tricipitale. Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo a causa della comminazione della frattura, potrà essere necessario utilizzare innesti ossei di banca o autologhi. Si spiega che se la perdita di sostanza ossea olecranica è significativa, questa dovrà essere colmata con innesti ossei autologhi prelevati dalla cresta iliaca per favorirne la guarigione; in tal caso sarà necessaria un'altra incisione cutanea in corrispondenza della regione posteriore del fianco. Qualora non fossero sufficienti gli innesti autologhi si utilizzerà osso umano o animale preconfezionato (o altri sostituti ossei in commercio). Si spiega che il prelievo di osso da cresta iliaca può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo stesso e si spiegano le complicanze intraoperatorie associate a tale procedura (danni vascolari, viscerali, neurologici, perdite ematiche, infezioni). Durante l'intervento chirurgico potrà rendersi necessaria l'identificazione, neurolisi (liberazione) ed eventuale trasposizione (spostamento) sottocutanea o sottomuscolare del nervo ulnare, considerata la sua vicinanza con l'olecrano. Si informa il paziente che tale procedura può provocare delle parestesie (alterazioni della sensibilità) o deficit motori nel territorio di distribuzione del nervo ulnare (IV e V dito e lato interno della mano-muscoli della mano) e che tali deficit possono essere transitori o permanenti.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)
- Decesso del paziente (rara)
- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.
- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.
- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.
- Nei pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.
- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo. In rari casi questo può causare osteiti croniche

(infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari)

- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.

- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

- Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

- Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.
- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.
- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.
- Qualora l'intervento venga effettuato in regime di Day Hospital, Le sarà fornito un recapito telefonico al quale rivolgersi in caso di necessità nelle prime 72 ore o comunque prima del giorno previsto per la medicazione. - Negli interventi di inserzione di protesi, i controlli radiografici devono essere eseguiti annualmente per rilevare eventuali mobilizzazioni dell'impianto o malattie da detriti.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. Possono, però, essere utilizzati anche fili in acciaio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 13

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Le fratture della porzione superiore dell'omero rappresentano circa il 5% di tutte le fratture; è possibile, tuttavia, che tale percentuale sia sottostimata. Studi epidemiologici condotti su popolazioni di adulti hanno suggerito che l'incidenza di tali fratture sia di 105 per 100.000 persone-anno e il picco d'incidenza si verifica nella popolazione femminile nella fascia di età compresa tra 80 e 89 anni. Meno del 20% di queste fratture colpisce i pazienti sotto i 50 anni.

VI SONO CAUSE CHE PREDISPONGONO A QUESTE FRATTURE?

Come per tutte le fratture che coinvolgono l'arto superiore, i fattori predisponenti alle fratture dell'omero prossimale possono essere raggruppati in 2 categorie:

1. Fattori associati alla perdita della massa ossea;
2. Fattori predisponenti alle cadute a terra;

Come già noto per l'osteoporosi, tutte quelle situazioni che direttamente o indirettamente si associano a una diminuzione della massa ossea, predispongono alle fratture. Di fatto, è già stato dimostrato in passato come, insufficiente introito di calcio, bassi livelli di attività fisica, la menopausa e bassi livelli di estrogeni circolanti, siano tutti fattori in grado di aumentare, sia il rischio di frattura, sia l'incidenza di patterns più complessi.

Alcuni studi epidemiologici svolti hanno evidenziato che il 90-97% delle fratture della porzione prossimale d'omero è associato a cadute accidentali a terra, mettendo in primo piano tutte quelle situazioni patologiche e non, in grado di diminuire la stabilità, l'equilibrio e la capacità di orientarsi nello spazio. Storie di cadute a terra, diminuita acuità visiva, utilizzo di ausili per l'udito, consumo di alcool, assunzione di farmaci anti-convulsivanti e anti-depressivi e patologie quali la depressione, il diabete mellito insulino-dip. e l'epilessia sono tutte condizioni in grado di alterare le funzioni adibite alla stabilità e all'equilibrio.

ll

ESISTONO FRATTURE PIÙ GRAVI DI ALTRE?

Una prima distinzione viene fatta tra fratture senza spostamento dei frammenti (composte) e fratture con spostamento dei frammenti (scomposte) con prognosi più sfavorevole. Secondo i dati riportati dalla letteratura circa l'80% dei pazienti con frattura composta ottiene un risultato funzionale eccellente o buono quando la frattura è trattata conservativamente con immobilizzazione dell'arto.

La scomposizione può interessare ciascuna delle parti che compongono l'estremità superiore dell'omero: trochite, trochine, collo chirurgico e collo anatomico. Le fratture del collo anatomico predispongono alla necrosi della testa omerale. Quelle del collo chirurgico possono non guarire se marcatamente scomposte, anche quando trattate chirurgicamente. Più parti della testa omerale possono fratturarsi contemporaneamente. Generalmente, le fratture a 2 frammenti hanno una prognosi migliore di quelle a 4 frammenti.





PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

QUALI SONO LE POSSIBILI COMPLICANZE?

Le complicanze di una frattura si distinguono in immediate, precoci e tardive. Quelle immediate sono legate al possibile danno vascolare o nervoso causato dai frammenti di frattura. Inoltre, è possibile che il trauma, soprattutto nei pazienti anziani, causi la rottura della cuffia dei rotatori della spalla.

Il ritardo di guarigione è considerato una complicanza precoce.

Tra le complicanze tardive, le più comuni sono la necrosi avascolare della testa dell'omero, la pseudoartrosi e la sindrome da attrito sottoacromiale.

· **la necrosi avascolare della testa omerale** è una temibile complicanza riscontrabile, più frequentemente, in seguito a frattura del collo anatomico o della testa omerale a più frammenti, a prescindere dal trattamento che è stato attuato. Questi tipi di frattura causano l'interruzione dell'apporto vascolare alla testa omerale. Pertanto, quest'ultima rimane priva delle sostanze nutritive e va incontro a morte (necrosi).

· **la pseudoartrosi della testa omerale** è una frattura che non è consolidata e non mostra radiograficamente segni di possibile guarigione. Il trattamento è chirurgico e consiste nel rimuovere il tessuto fibroso posto tra i frammenti non consolidati, nel cercare di avvicinare i frammenti e mantenerli saldi tra loro (avvalendosi di placche e viti) e di porre intorno alla frattura dell'osso "sano", prelevato generalmente dal bacino del paziente.

· **sindrome da attrito sottoacromiale**: le fratture scomposte del trochite e del collo chirurgico possono guarire mantenendo la loro scomposizione. Ne deriva una testa omerale salda, ma deformata. La deformazione può essere responsabile di una riduzione patologica dello spazio sottoacromiale.

Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)
- Decesso del paziente (rara)
- Sindrome da impianto di cemento osseo (BCIS) (impianto protesi)

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

-Fratture.

- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.

- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.

- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.

- Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminazione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca o da altra sede ossea del paziente attraverso una seconda incisione cutanea. Si spiega che tale procedura può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.

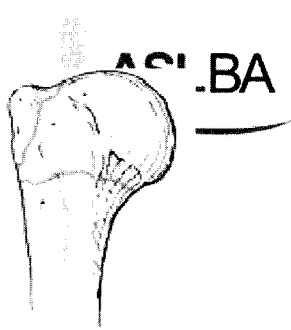
- Nel pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

TRATTAMENTO

Dipende dal tipo di frattura:

Fratture composte, cioè senza spostamento dei frammenti, si immobilizza la spalla per 15-30 giorni. La durata dell'immobilizzazione dipende dalla stabilità della frattura. Lo stesso trattamento può essere attuato quando si prevede che lo spostamento di un frammento possa essere ben tollerato e non predisponga a complicazioni tardive.

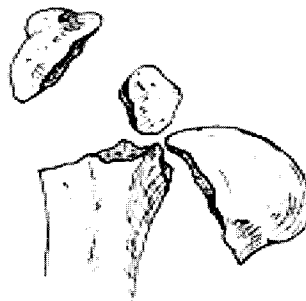
ll



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
 Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
 Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Fratture a 2 o a 3 frammenti scomposte, il trattamento è chirurgico e consiste nel cercare di ricomporre i frammenti e bloccarli (sintesi) nella posizione corretta, utilizzando placche e viti.

Tension Banding. In caso di avulsione delle tuberosità queste dovranno essere riancorate alla testa omerale utilizzando le placche come supporti per le suture. Questa metodica chirurgica ristabilirà le normali inserzioni miotendinee dei muscoli della cuffia dei rotatori sull'omero permettendo di ristabilire l'anatomia funzionale della spalla.



Fratture a 4 frammenti o comminute in cui il grado di scomposizione e il numero di frammenti rendono impossibile il ripristino dell'anatomia o con elevata probabilità che i frammenti di frattura siano devascularizzati e quindi vadano incontro a necrosi oppure quando il frammento contenente la cartilagine articolare fuoriesce dalla cavità glenoidea (frattura-lussazione) può essere indicato impiantare una protesi.

ll

ASL BA
E' molto importante sapere che il rischio di necrosi avascolare della testa omerale non è correlato con la gravità della frattura in termini di numero di frammenti e livello di scomposizione ma bensì con la topografia della frattura. Di fatto fratture meno gravi e complesse in cui le strutture vascolari che nutrono la testa omerale sono intatte hanno prognosi peggiore rispetto a fratture pluriframmentarie che tuttavia risparmiano le suddette strutture.

Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

Per il Suo caso esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

- RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI
- RIDUZIONE E SINTESI PER VIA PERCUTANEA CON FISSATORE ESTERNO
- RIDUZIONE E SINTESI CON CHiodo ENDOMIDOLLARE
- IMPIANTO ENDOPROTESI DI SPALLA (CEMENTATA O NON CEMENTATA)
- IMPIANTO PROTESI INVERSA DI SPALLA (CEMENTATA O NON CEMENTATA)

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

QUANDO L'OSTEOSINTESI E QUANDO LA PROTESI DI SPALLA?

Secondo alcuni autori la scelta di una protesi come primo approccio dovrebbe essere presa in considerazione in caso di fratture con coinvolgimento delle

ASL BA
strutture vascolari e quindi con elevata probabilità che i frammenti di frattura vadano incontro a necrosi avascolare quindi in pazienti adulti o anziani con frattura o frattura-lussazione a 4 parti ed in quelli anziani con frattura o frattura lussazione a 3 parti.
PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

LE PROTESI CHE SI IMPIANTANO SONO UGUALI A QUELLE UTILIZZATE PER GRAVI ARTROSI DI SPALLA?

- La protesi è un giunto artificiale, in metallo o plastica, che, per forma, ricorda l'articolazione gleno-omeroale. Esiste, pertanto, una componente protesica omerale ed una glenoidea. Nel caso che la protesi venga impiantata in seguito a frattura, può essere impiegata solo la componente omerale. Nei pazienti artrosici vengono di solito utilizzate le due componenti, a meno che non vi sia una concomitante rottura della cuffia dei rotatori. In questo caso può essere impiantata la sola componente omerale, oppure una protesi concettualmente diversa, detta protesi inversa. Esistono varie protesi, differenti per forma e materiale di fabbricazione. Generalmente, la stessa protesi può essere impiegata in caso di fratture o gravi artrosi.



64



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

I RISULTATI DOPO L'IMPIANTO DI UNA PROTESI PER FRATTURA O ARTROSI SONO SIMILI?

Il paziente con artrosi di spalla lamenta da molto tempo dolore e ha una ridotta mobilità articolare. In questi casi, la protesi attenua notevolmente il dolore e restituisce, in tempi brevi, una soddisfacente mobilità. Il paziente è generalmente soddisfatto del trattamento. Invece, il paziente con frattura spesso non ha mai avuto prima dolore alla spalla. Psicologicamente gradisce poco un intervento chirurgico di protesizzazione.

Inoltre, tollera meno i possibili e lievi dolori legati all'intervento ed il deficit articolare riscontrabile in tutti i pazienti protesizzati. Sebbene soggettivamente il paziente fratturato sia meno contento del risultato dell'intervento, obiettivamente è quello che ottiene un risultato funzionale migliore perché i muscoli deputati a far muovere la protesi sono più validi di quelli dei pazienti artrosici, che, nel tempo, hanno sviluppato una atrofia dei muscoli della spalla per la scarsa attività. Per entrambi i gruppi di pazienti, il risultato dipende anche da età del paziente, sesso, motivazioni personali ed impegno nella riabilitazione. Secondo la letteratura dei pazienti protesizzati per artrosi, l'85% ha avuto un risultato soddisfacente. In relazione alla nostra esperienza noi tuttavia riteniamo che l'osteosintesi debba essere sempre tentata e che la protesizzazione vada considerata solo in un secondo momento in caso di fallimento o impossibilità dell'osteosintesi con placca cioè nelle fratture troppo complesse e comminute da essere ridotte e in quelle fratture osteosintetizzate che però a distanza di mesi sono andate incontro a necrosi avascolare.

Intervento chirurgico di osteosintesi con placca a stabilità angolare.

Si accede al focolaio di frattura per la via DELTOIDEO-PETTORALE praticando un'incisione di circa 10 cm.

Una volta raggiunto il focolaio di frattura si riduce la frattura più anatomicamente possibile mediante manovre di riduzione indirette: trazione e lateralizzazione del braccio e se necessario con l'ausilio di pinze da riduzione per bloccare i frammenti

ll

ASLBA

liberi. Ottenuta la riduzione si posiziona la placca a stabilità angolare.

Posizionata correttamente la placca, questa viene fissata all'epifisi omerale mediante apposite viti.

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

Se la frattura ha coinvolto il collo dell'omero, si fissano le estremità della placca a queste alla placca mediante fili di sutura applicati ai margini apolare, sovra e sottospinato (Tension banding).

Dopo aver completato la sintesi della frattura, è utile valutare la stabilità dei frammenti per programmare i tempi del recupero funzionale postoperatorio.



TRATTAMENTO POST-OPERATORIO

Se la sintesi è stabile, sin dalle prime ore dopo l'intervento deve essere iniziata la mobilizzazione della spalla auto assistita in associazione alla mobilizzazione libera del gomito e della mano. Il paziente deve iniziare gli esercizi pendolari: il paziente

ll

ASL BA

si piega in avanti e usa il braccio sano per aiutare il braccio lesa ad oscillare come un pendolo, descrivendo dei cerchi con il gomito. La fasciatura può essere rimossa quotidianamente per consentire di lavarsi e muovere il gomito.

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposerafichio 70125 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli



Nelle prime 4 settimane il paziente viene stimolato a proseguire movimenti auto assistiti, in flessione e abduzione fino a 50° circa 2 o 3 volte al giorno per 15 minuti. Nel tempo restante la spalla viene mantenuta a riposo e protetta con bendaggio ortopedico con rotazione neutra. Le comuni attività quotidiane come l'alimentazione e l'afferramento di piccoli oggetti vengono incoraggiati già da questo periodo. Dopo 4 settimane è possibile proseguire la riabilitazione assistita sia passiva sia attiva, sia in acqua che a secco. A otto settimane dall'intervento è concesso movimento con carico graduale e nuoto.

64

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 14

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia **LESIONE LCA**.....

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

All'interno dell'articolazione del ginocchio vi sono due legamenti interposti tra tibia e femore. Sono denominati legamenti crociati perché si incrociano al centro dell'articolazione e sono distinti in legamento crociato anteriore (LCA) e legamento crociato posteriore (LCP).

Tali legamenti hanno la funzione di limitare rispettivamente il movimento di traslazione anteriore o posteriore della tibia rispetto al femore e formano il cosiddetto "pivot centrale" (centro di rotazione) del ginocchio, struttura fondamentale nel garantire la stabilità dell'articolazione.

Il legamento crociato anteriore è una struttura sottoposta ad estreme sollecitazioni meccaniche durante l'attività sportiva e i traumi che ne determinano la rottura sono nella maggioranza dei casi di natura sportiva.

La lesione totale nei giovani e negli sportivi pone in genere una indicazione alla terapia chirurgica. Nel caso in cui non si proceda alla ricostruzione, si consiglia al paziente l'astensione dalle attività sportive a più alto impatto. Il rischio principale della prosecuzione dell'attività sportiva o di attività lavorative/ricreative pesanti con una lesione totale del legamento crociato anteriore non riparata

ll

ASLBA

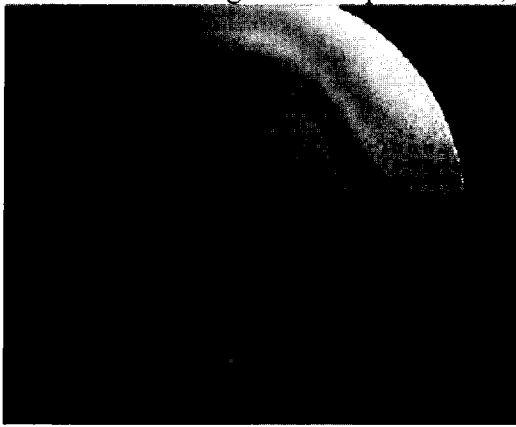
PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

è quello di riportare una serie di microtraumi distorsivi che producono lesioni a carico dei menischi e delle strutture legamentose periferiche, producendo una artrosi precoce del ginocchio.



Lesione del Legamento Crociato Anteriore

(visualizzazione artroscopia)

La lesione del legamento crociato anteriore può accompagnarsi a una lesione dei menischi, in particolare del menisco mediale. Attualmente, si tende ad effettuare la ricostruzione del legamento prima che si sviluppi una lesione degenerativa a carico delle strutture meniscali.

Nel caso in cui la lesione del menisco sia insorta in contemporanea con la lesione del legamento, durante l'intervento chirurgico di ricostruzione si compie anche il gesto chirurgico di riparazione del menisco lesionato (quando possibile, la lesione meniscale viene trattata per mezzo di una sutura; se a causa del tipo di lesione ciò non sia possibile, viene effettuata una bonifica selettiva della porzione di menisco danneggiata).

In genere, una lesione traumatica del legamento crociato anteriore non necessita di una terapia chirurgica d'urgenza (come una frattura), ma, al contrario, le attuali indicazioni consigliano di non intervenire su una articolazione sede di un importante processo flogistico in atto per evitare il rischio d'insorgenza di fenomeni fibroaderenziali imponenti nel post-operatorio, con possibilità di evoluzione in un'artrofibrosi

Come si effettua la diagnosi?

La diagnosi di lesione è prevalentemente di tipo clinico, basata su un corretto esame obiettivo eseguito dallo specialista, che non può essere sostituito in nessun caso dai soli esami strumentali.

L'anamnesi è estremamente rilevante in quanto il paziente stesso espone la dinamica dell'incidente. La rottura del legamento crociato anteriore si osserva spesso durante una distorsione del ginocchio mentre il piede è bloccato al suolo e il ginocchio effettua un movimento di torsione; nello stesso istante a livello del ginocchio si può percepire un "crack"; successivamente il ginocchio tende a gonfiarsi (a causa di versamento di liquido sieroso-ematico intrarticolare) e compare dolore di intensità variabile (in quanto determinato dalla presenza più o meno cospicua di versamento

h h

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

articolare). Dopo alcuni minuti tuttavia, se la lesione è isolata, l'individuo può a volte rialzarsi e camminare.

L'esame obiettivo consiste in varie manovre cliniche. La "manovra di Lachman" conferma il sospetto diagnostico di lesione del legamento crociato anteriore. Altre manovre da utilizzare per confermare la diagnosi sono il "segno del cassetto anteriore", che non è tuttavia sempre positivo nelle lesioni pure, ed il "Pivot-shift test", che risulta però difficile da obiettivare in acuto per il subentrare della contrazione antalgica.

Nelle prime ore dopo il trauma, lo specialista può ritenere opportuno eseguire un'artrocentesi (prelievo di liquido dal ginocchio mediante siringa). Questo gesto ha una finalità sia diagnostica, per ricercare la presenza di un emartro (presenza di liquido contenente sangue all'interno del ginocchio) dotato di elevato valore diagnostico presuntivo, sia terapeutica, per alleviare il dolore provocato dalla distensione della capsula articolare.

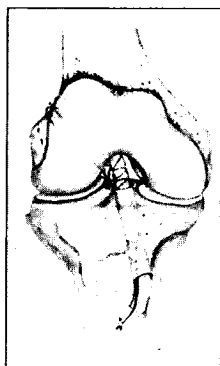
Quali sono gli esami strumentali più appropriati?

L'esame radiografico del ginocchio nelle due proiezioni standard antero-posteriore (AP) e latero-laterale (LL) è indispensabile per escludere eventuali lesioni ossee, in particolare per ricercare lesioni a carico delle spine intercondiloidee (punto di inserzione del legamento crociato anteriore a livello del piatto tibiale) evenienza relativamente frequente negli sportivi di giovanissima età, oppure la cosiddetta frattura di Segond, di per sé indicativa di lesione del legamento.

Particolari esami radiologico-strumentali (RX sotto stress) permettono di ottenere una valutazione semiquantitativa di lesioni inveterate del legamento crociato anteriore, ma non sono praticamente mai necessari. Per la valutazione di lesioni legamentose, meniscali o cartilaginee, il gold standard diagnostico è rappresentato dalla risonanza magnetica nucleare e tale esame risulta praticamente indispensabile nella valutazione definitiva di una lesione del legamento crociato anteriore.

Tecniche di ricostruzione, quali opzioni?

Studio della ricostruzione del Legamento Crociato Anteriore



h h

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Le varie tecniche attualmente utilizzabili per la ricostruzione del legamento crociato anteriore vengono eseguite in artroscopia. Nella maggior parte dei casi si procede ad un prelievo tendineo "autologo" (cioè dal paziente stesso). I tendini più frequentemente utilizzati sono la porzione centrale del tendine rotuleo e i tendini semitendinoso e gracile, suturati insieme a formare un prelievo quadruplicato, avente lo spessore di quattro fasci. Possono essere utilizzati per la ricostruzione anche prelievi tendinei "omologhi" (da donatore), specialmente in caso di interventi di revisione o di instabilità legamentosa multipla.

Il trapianto prescelto viene posizionato per via endoscopica all'interno della cavità articolare del ginocchio e quindi fissato al femore e alla tibia con cambre metalliche o viti ad interferenza (in base alla tecnica utilizzata). Le viti ad interferenza utilizzabili per la fissazione all'osso femorale e tibiale del neolegamento possono essere riassorbibili o metalliche.

Quali complicazioni

L'intervento di ricostruzione del Crociato Anteriore può essere accompagnato da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali vengono eseguite profilassi; in particolare viene praticata profilassi per la trombosi venosa profonda (TVP) mediante eparina a basso peso molecolare e profilassi per l'infezione mediante infusione di antibiotico prima dell'intervento e successivamente.

Al termine dell'intervento viene indosato un tutore per ginocchio da mantenere per circa 30 giorni; durante l'intervento verrà posizionato drenaggio che verrà rimosso dopo 2 giorni.

Gli effetti indesiderati che si possono verificare e di cui il malato deve essere a conoscenza sono:

- infezioni superficiali, artrite settica;
- ematridi e versamento articolare;
- trombosi venosa profonda ed embolia polmonare;
- danni nervosi o vascolari per lesioni iatrogene di nervi o vasi;
- cicatrici cheloidee;
- fallimento per cedimento del neolegamento;
- dolore anteriore di ginocchio;
- rigidità del ginocchio;
- zoppia.

h h

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Come si svolge la riabilitazione?

La riabilitazione del ginocchio operato di ricostruzione del legamento crociato anteriore è fondamentale per il raggiungimento di un buon risultato dal punto di vista clinico e funzionale. Viene pertanto condotta seguendo protocolli molto precisi e definiti, che variano in funzione della tecnica chirurgica utilizzata, del tipo di trapianto e della sua fissazione. Lo scopo essenziale è comunque quello di iniziare la riabilitazione nell'immediato post-operatorio.

Il paziente può flettere ed estendere il ginocchio immediatamente dopo l'intervento. Nei primi 15 giorni si possono facilmente raggiungere i 120° di flessione senza alcun pericolo per il neolegamento. L'estensione totale deve essere cercata e recuperata da subito. In generale, si ottiene un completa flessione fino ai circa 140° normali a tre mesi dall'intervento. Per quanto riguarda il potenziamento muscolare, bisogna impedire che i muscoli si disabituino alla mobilità, perdendo in efficacia nella loro capacità di rispondere agli stimoli nervosi. A tale scopo è possibile utilizzare la elettrostimolazione in associazione con una serie di opportuni esercizi muscolari.

Naturalmente, accanto ad un adatto programma di potenziamento muscolare, è molto importante lo stretching. Una procedura fondamentale nell'ambito delle tecniche riabilitative è la riabilitazione "proprioceettiva". Alcune scuole consigliano l'utilizzo di un tutore nell'immediato post-operatorio, soprattutto per proteggere il trapianto impedendo la iperestensione al progressivo recupero del paziente dall'anestesia, ed esso può essere rimosso pochi giorni dopo l'intervento.

Riguardo alle ginocchiere, la loro importanza è soprattutto di ordine psicologico, al fine di rassicurare il malato, mentre non sembrano indispensabili alla effettiva protezione del neolegamento. In definitiva, le ginocchiere sembrano capaci di potenziare la sensibilità proprioceettiva, senza impedire la traslazione anteriore della tibia rispetto al femore. Si consiglia la ripresa del carico deambulatorio completo dopo 30 giorni dall'intervento, consentendo fino a tale termine la deambulazione con ausilio di due stampelle con carico parziale. A 2 mesi inizio della corsa, nuoto, bicicletta. A 5-6 mesi inizio di allenamenti più intensi per la ripresa agonistica dello sport praticato.

ll

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Altri dettagli utili sull'intervento

La scelta del tipo di anestesia è indifferente dal punto di vista chirurgico ed in genere viene fatta dall'anestesista di sala operatoria, tenendo conto, per quanto possibile, delle richieste e delle preferenze del paziente. E' possibile procedere alla ricostruzione del crociato sia in anestesia spinale, sia in anestesia loco regionale, impiegando il blocco nervoso periferico dei nervi dell'arto inferiore, sia, ovviamente, in anestesia generale.

Il tempo medio di degenza in ospedale è tra i 3 e i 5 giorni. Un lavoro sedentario può essere ripreso dopo 7-10 giorni, un'attività lavorativa pesante necessita dai 2 ai 3 mesi. I punti di sutura sono rimossi 12-14 giorni dopo l'intervento. In generale la cicatrice è più corta se si ricostruisce il legamento crociato anteriore con i tendini del gracile e semitendinoso quadruplicati rispetto alla cicatrice anteriore che prevede l'utilizzo del tendine rotuleo. E' necessario non bagnare la cicatrice per 15-20 giorni. Durante questo periodo è sconsigliato andare in piscina o fare il bagno. In generale si riprende la guida dopo 30-45 giorni dall'intervento.

Sarà sempre possibile ritirare il consenso all'intervento in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Durante l'esecuzione della procedura sarà presente personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.





PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Bari li

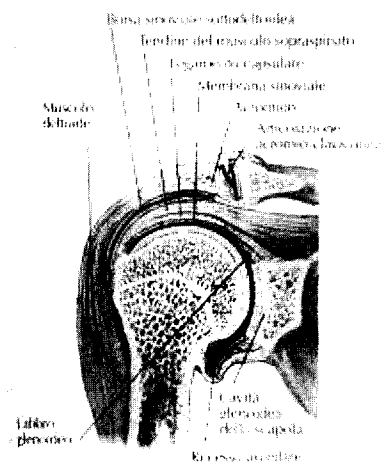
ORTO 15

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

INTERVENTO CHIRURGICO PER ROTTURA CUFFIA DEI ROTATORI SPALLA

Nel rapporto fra medico e paziente penso sia necessario che il paziente stesso abbia un ruolo consapevole e attivo sul trattamento chirurgico che egli liberamente decide di affrontare e pertanto di sottoporsi. Con questa nota informativa, il medico direttamente Le illustrerà e Le spiegherà dettagliatamente il tipo di intervento al quale ha deciso di sottoporsi con i benefici, vantaggi e svantaggi, possibili rischi e complicanze ed insuccessi, le eventuali alternative terapeutiche. Questo Le consentirà di prendere una decisione consapevole e volontaria. Qualora lo ritenesse utile o necessario, non abbia alcun timore nel richiedere ulteriori informazioni o chiarimenti per comprendere al meglio

La CUFFIA DEI ROTATORI è costituita da un insieme di tendini che si inseriscono sulla testa dell'omero, nella regione laterale della spalla e che fanno capo ai seguenti muscoli:



Sopraspinato

Sottoscapolare

Sottospinato

Piccolo rotondo

C'è poi il tendine del capo lungo del bicipite che molto spesso gioca un ruolo importante nei disturbi dolorosi e nella patologia della spalla.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Questi muscoli svolgono un ruolo molto importante nella stabilizzazione e nel movimento della spalla; i loro tendini ricoprono la testa dell'omero proprio come una vera e propria cuffia.

La SINDROME DELLA CUFFIA DEI ROTATORI è una malattia che interessa questi tendini (tendinopatia, tendinosi) i quali, per vari motivi (età, attività lavorativa o sportiva,) vanno incontro a fenomeni di usura che possono portare anche alla rottura. La rottura di uno o più tendini può comunque avvenire anche per un trauma diretto o indiretto sulla spalla. La rottura può essere parziale (cioè interessando solo parte dello spessore del tendine), o completa, di piccole o grandi dimensioni; può coinvolgere uno o più tendini (rottura massiva.)

La SPALLA DOLOROSA può essere espressione di una patologia che coinvolge appunto i tendini della cuffia e che molto spesso si associa a limitazione funzionale più o meno importante.

DIAGNOSI

La diagnosi di una patologia dei tendini della cuffia è essenzialmente clinica (cioè con la visita di uno specialista) e si avvale di esami strumentali (**rx, ecografia, Risonanza Magnetica**).

QUALE TRATTAMENTO

Non sempre e non tutte le spalle dolorose con sofferenza o lesione della cuffia devono essere trattate chirurgicamente. Il paziente molto spesso riesce a muovere il braccio con modesto dolore o addirittura senza dolore.

Nella spalla dolorosa con o senza lesione di cuffia, il primo trattamento è di solito basato sulla **FISIOCHINESITERAPIA** che ha lo scopo di diminuire il dolore, recuperare il movimento e correggere alterazioni della mobilità scapolare.

QUANDO OPERARE UNA LESIONE DELLA CUFFIA

Se persiste dolore associato o non a limitazione funzionale, soprattutto nei pazienti più giovani, è indicato un trattamento chirurgico.

Nel decidere di sottoporre un paziente ad intervento bisogna tenere in considerazione diversi fattori (età e condizioni generali del paziente, attività lavorativa e/o sportiva, gravità dei disturbi, comprensione e disponibilità del paziente nel seguire il programma post operatorio). E' importante sapere che dopo i 50 anni molti pazienti possono presentare sofferenza o lesioni di cuffia asintomatiche, che non danno cioè alcun disturbo e che, come tali, spesso non necessitano di chirurgia.

h h



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

TUTTE LE ROTTURE POSSONO ESSERE RIPARATE?

La riparabilità tendinea è condizionata da diversi fattori:

- Dimensione della lesione (alcune lesioni eccessivamente grandi non possono essere riparate o riparate solo parzialmente)
- Qualità del tessuto tendineo (se la qualità è scadente e il tessuto molto sottile la sutura avrà una tenuta insufficiente)
- Retrazione del tendine e atrofia muscolare (associata o non a degenerazione grassa)

Pertanto in certi casi non è possibile procedere ad una riparazione tendinea.

METODICHE E TECNICA DI RIPARAZIONE

L'intervento di solito viene eseguito in anestesia generale. Può essere a CIELO APERTO (mediante una incisione della pelle e dei tessuti sottostanti, come in qualsiasi intervento di chirurgia tradizionale) o più frequentemente oggi, in ARTROSCOPIA: questa tecnica prevede l'introduzione, attraverso piccole incisioni di qualche mm sulla pelle, di uno strumento a fibre ottiche, collegato ad un monitor. Mediante questa metodica si può esplorare l'articolazione della spalla, visionare le eventuali lesioni presenti ed eseguire al tempo stesso la riparazione tendinea con piccole viti o ancore munite di fili di sutura che fissano il tendine all'osso. Durante l'artroscopia possono essere eseguite altre procedure come ad esempio rimuovere tessuto infiammato (borsectomia), o levigare protuberanze ossee (acromioplastica), procedere alla sezione del tendine del capo lungo del bicipite (tenotomia), qualora sia danneggiato o degenerato (in pazienti molto giovani questo tendine può essere anche riparato). Il tendine del capo lungo del bicipite è frequentemente responsabile di dolore alla spalla perché infiammato, degenerato o instabile; il suo distacco comunque non comporta dolore né ripercussioni sulla funzionalità e sul movimento della spalla. In alcuni casi può residuare una piccola tumefazione non dolorosa al braccio (Popeye sign).

La riparazione della cuffia può essere completa o parziale, ma a volte risulta impossibile per il grado di retrazione, per la dimensione e per la qualità tendinea.

h h



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

DECORSO POSTOPERATORIO

Dopo l'intervento la spalla viene immobilizzata con tutore per 4-5 settimane per consentire al tendine la fissazione all'osso (il tutore va tenuto giorno e notte, può essere rimosso con attenzione durante la giornata per lavarsi e per muovere il gomito).



Dovrà essere iniziato fin da subito (4-6 gg dopo la dimissione) il trattamento riabilitativo e fisiochinesiterapico, fondamentale per il successo dell'intervento (contattare in anticipo un centro di FKT). Nelle prime settimane la riabilitazione consiste in esercizi passivi, pertanto il paziente deve evitare ogni movimento attivo, anche il più banale, ovviamente non deve sollevare pesi. La fisiochinesiterapia varierà a seconda delle indicazioni del chirurgo. La ripresa della guida avviene di solito dopo il 3° mese (s.c); per attività lavorative o sportive che comportino l'uso del braccio bisogna attendere 5-7 mesi.

L'impossibilità ad eseguire un opportuno ed adeguato programma riabilitativo post operatorio, o il rispetto dei tempi di riposo, rappresenta una controindicazione alla esecuzione dell'intervento.

Il DOLORE alla spalla può persistere per diverse settimane dopo l'intervento, con tempi di risoluzione variabili da paziente a paziente ; tende comunque a risolversi con la FKT.

L'incidenza di una nuova rottura , dopo l'intervento di riparazione, è alta (in alcune casistiche intorno al 30% dopo i 5 anni); questo avviene perché la rottura è legata alla malattia tendinea e quindi alla sua qualità; nella grande maggioranza dei casi però si tratta di rotture asintomatiche che non creano alcun problema al paziente.

hh



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

COMPLICANZE

-Rigidità articolare e perdita di movimento: è la complicanza più frequente (2,7-15%) soprattutto se nel post operatorio non è stata eseguita adeguata FKT. È conseguenza inevitabile al trauma chirurgico e alla immobilizzazione: di solito si risolve con un adeguato trattamento FKT, ma in alcuni casi può essere necessario un nuovo intervento per rimuovere le aderenze

-Parestesie (formicolio, diminuzione della sensibilità) al braccio e alla mano nel 10-30% dei casi: di solito passeggiare e si risolvono spontaneamente

-Complicanze meccaniche dovute alla rottura o distacco delle ancore di fissazione (3,3%)

-Infezioni estremamente rare nella chirurgia artroscopica della spalla (inferiori allo 0,1% da casistiche americane)

-Trombosi venosa profonda e tromboembolia: evento molto raro (1-4%); per la prevenzione viene eseguita nel post operatorio adeguata profilassi con eparina a basso peso molecolare

-Ematomi, ecchimosi, gonfiore sindrome simpatico riflesse tendono a risolversi nel tempo

-Riotture tendinee: l'incidenza di una nuova rottura , dopo l'intervento di riparazione, è alta (in alcune casistiche intorno al 30% dopo i 5 anni); questo avviene perché la rottura dipende dalla malattia tendinea e quindi alla sua qualità ed eventuale retrazione; nella grande maggioranza dei casi però si tratta di rotture asintomatiche che non creano alcun problema al paziente, in altri casi può essere indicato un nuovo intervento chirurgico.

h u



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

Bari li

ORTO 16

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione a letto con apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

LUSSAZIONE TRAUMATICA DI ANCA

E' diffusa opinione che un'anca lussata per trauma una volta ridotta ed immobilizzata per un certo periodo di tempo, ritorni allo stato precedente il trauma, riacquistando completamente la sua integrità anatomofunzionale. Se ciò talvolta accade, non costituisce la regola: sia perché la lussazione è spesso associata a frattura, sia e soprattutto perché la tempestività della riduzione non è sempre possibile.

Gli esiti della lussazione d'anca variano in relazione a fattori soggettivi, alla gravità della lesione, alla terapia praticata.

La necrosi cefalica e la conseguente artrosi deformante costituiscono le lesioni più frequenti, mentre i postumi paralitici restano sempre evenienza piuttosto rara. Il quadro clinico corrisponde a quello dell'artrosi primitiva dell'anca. Il quadro radiografico, negativo nei primi 4-5 mesi mostra dapprima una zona di addensamento sul quadrante superiore dell'epifisi e successivamente zone di rarefazione mentre quelle

hh



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

addensate tendono a scomparire : in tali zone si osserva a distanza di tempo uno schiacciamento con deformazione della testa femorale .

Il riassorbimento della spongiosa e la deformazione dell'epifisi sono tanto più gravi quanto prima è stato concesso il carico. Le alterazioni microscopiche consistono in necrosi della spongiosa sia a carico delle trabecole che della parte midollare, con processi di riassorbimento e di ricostruzione ossea; la cartilagine articolare si presenta alterata, ma vitale. Son presenti le solite manifestazioni dell'artrosi deformante.

RIDUZIONE IN NARCOSI DELLA LUSSAZIONE

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

Nelle Lussazioni recenti e semplici la cura consiste nella riduzione « immediata » il meno traumatizzante possibile, in narcosi per ottenere un rilasciamento muscolare completo con manovre esterne e con l'ausilio di apparecchio di brillanza ; in casi particolari in cui non si è ottenuta la riduzione per incarceration di frammento cotiloideo oppure perché instabile per frattura del cotile, si potrà ricorrere alla trazione continua transcondiloidea femorale che permetterà una riduzione lenta e graduale sia della lussazione, sia dei frammenti cotiloidei. La trazione sarà aumentata progressivamente fin a raggiungere, talora anche senza particolari manovre, la riduzione completa. Eventualmente sarà confezionato un apparecchio gessato al fine di mantenere la riduzione ottenuta e ripetuti controlli rx accerteranno il perdurare della riduzione.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Nel caso in cui la lussazione appaia irriducibile con manovre esterne si ricorrerà ad una riduzione chirurgica attraverso una via di accesso laterale o postero-laterale; eventualmente la riduzione potrà essere stabilizzata con fili di k. e/o Fissatore Esterno .

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Embolia polmonare (rara)
- Decesso del paziente (rara)
- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.
- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.
- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.
- Rigidità dell'anca affetta
- Recidive di lussazioni
- Artrosi precoce dell'articolazione
- Necrosi della testa del femore
- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo, In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari)
- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- Nei pazienti con lassità costituzionale trattati per instabilità si potrebbe avere una recidiva della stessa.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.

- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEdia e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

ORTO 17

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione a letto con apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

LUSSAZIONE DI GINOCCHIO

Si spiega che è affetto da lussazione di ginocchio che rappresenta un raro ma importante trauma < 0.2% di tutti i traumi ortopedici (0.001-0.013% anno) , associazione con gravi traumi cranici, toracici o addominali: 27% , associazione con fratture: 50-60%, bilaterale nel 5% dei pazienti. Le lussazioni di ginocchio possono essere anteriori (40%) , posteriori (33%), laterale (18%), mediale (4%), rotatoria (5%).

Le lesioni vascolari hanno un incidenza dal 7 al 64%. E la mancata rivascolarizzazione dell'arto entro 8h porta ad un tasso di amputazione dell'arto affetto del 86%.

Le lesioni neurologiche hanno un'incidenza dal 16 al 50% dei casi.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbilità e il pattern di lussazione e/o frattura lussazione
Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

RIDUZIONE DELLA LUSSAZIONE E STABILIZZAZIONE

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

Si spiegano i tempi dell'intervento chirurgico. Dopo aver verificato l'assenza di lesioni vascolari che richiedano trattamenti d'urgenza da parte dei chirurghi vascolari, prima dell'intervento chirurgico, in anestesia generale e con amplificatore di brillantezza, saranno valutate la stabilità articolare e la presenza di lesioni legamentose del compartimento mediale e laterale. Si procederà quindi a tentativo di riduzione della lussazione a cielo chiuso. Qualora fosse attestata la irriducibilità della lussazione si procederà per via open per liberare il CFI dalla capsula articolare e dal LCM. Una volta ridotta la lussazione l'articolazione sarà stabilizzata con un fissatore esterno a ponte o una valva gessata o fili di k.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. L'estensione dell'accesso chirurgico potrebbe in caso di necessità essere ampliato per garantire una buona riuscita dell'intervento stesso. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)
- Decesso del paziente (rara)



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.

- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.

- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.

- Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminazione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca o da altra sede ossea del paziente attraverso una seconda incisione cutanea. Si spiega che tale procedura può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.

- Nei pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.

- Permanenza di instabilità del gomito (in caso di associata lesione dell'apparato legamentoso dell'articolazione)

- Necrosi dell'arto affetto e conseguente indicazione all'amputazione

- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo. In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari)



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- Nei pazienti con lassità costituzionale trattati per instabilità si potrebbe avere una recidiva della stessa.

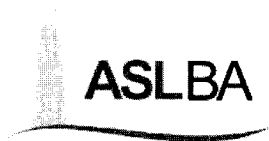
- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- A seconda della qualità dell'osso riscontrata intraoperatoriamente, della tipologia di frattura, delle comorbilità del paziente (età, peso, BMI, etc) sarà premura del chirurgo concedere o meno il carico al paziente.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.
- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.
- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

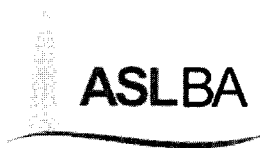
Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

Bari li

ORTO 18

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione a letto con apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

FRATTURA LUSSAZIONE DI GOMITO

Si spiega che è affetto da frattura scomposta della coronoide associata a lesioni capsulo-legamentose secondarie a lussazione di gomito. Si spiega che tale quadro patologico rappresenta un pattern d'instabilità complessa del gomito, e che questo tipo di lesioni frequentemente (circa 20-40% dei casi) esita in complicanze che possono richiedere successivi interventi chirurgici per il recupero di una funzionalità accettabile dell'arto superiore.

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di lussazione e/o frattura lussazione Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

RIDUZIONE E SINTESI CON FILI E RITENSIONAMENTO DELLA CAPSULA ANTERIORE

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

Si spiegano i tempi dell'intervento chirurgico. Prima dell'intervento chirurgico, in anestesia generale e con amplificatore di brillantezza, saranno valutate la stabilità articolare e la presenza di lesioni legamentose del compartimento mediale e laterale. Ciò al fine di definire tutte le lesioni patologiche presenti ed il tipo di intervento da effettuare. In seguito, si eseguirà un'incisione cutanea longitudinale posteriore, si svilupperà l'intervallo intermuscolare (anconeo-estensore ulnare del carpo) laterale di Kocher, sarà ispezionato il complesso legamentoso laterale e si amplierà la lesione presente per accedere all'articolazione; saranno quindi repertati i frammenti di frattura della coronoide. La frattura della coronoide sarà ridotta e sintetizzata con uno o più pin filettati posizionati in direzione postero-anteriore nell'ulna. In alternativa o in associazione si potrà eseguire un'osteosutura con filo non riassorbibile posizionato nella capsula anteriore e nel frammento osseo o una sintesi con placca; in questo ultimo tipo di sintesi sarà necessario sviluppare la via intermuscolare mediale "over the top" al davanti del flessore ulnare del carpo. Se i frammenti non saranno sintetizzabili ed il difetto osseo è rilevante, per la ricostruzione della coronoide si utilizzerà un frammento osseo prelevato dalla cresta iliaca o osso di banca. Si spiega che il prelievo di osso da questi siti può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo stesso e si spiegano le complicanze intraoperatorie associate a tale procedura (danni vascolari, viscerali, neurologici, perdite ematiche, infezioni). Questo innesto sarà fissato con pin filettati, o viti o placca e viti. Eseguita la sintesi della coronoide, si procederà alla riparazione del compartimento capsulolegamentoso e tendineo laterale. Qualora persista instabilità del gomito dopo questi tempi chirurgici sarà necessario procedere alla sutura del legamento collaterale mediale e/o all'applicazione di un fissatore esterno dinamico. Si avverte il paziente che qualora sia applicato il fissatore esterno, questo dispositivo dovrà rimanere in sede per circa 6 settimane e richiederà medicazioni settimanali.

Si spiega che qualora sia necessario raggiungere il compartimento mediale per la sintesi della coronoide e/o per la sutura del legamento collaterale mediale, si dovrà procedere all'isolamento del nervo ulnare cui seguirà la neurolisi in situ o la trasposizione sottocutanea. Tali procedure possono provocare parestesie (alterazioni della sensibilità) transitorie o permanenti nel territorio di distribuzione del nervo ulnare (IV e V dito e regione ulnare del palmo della mano); più raramente l'isolamento del nervo può determinare deficit motori transitori o permanenti (muscoli flessori mano e dita e muscoli intrinseci della mano). Al termine dell'intervento saranno applicati uno/due drenaggi ed una valva gessata (o un tutore).



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEdia e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. L'estensione dell'accesso chirurgico potrebbe in caso di necessità essere ampliato per garantire una buona riuscita dell'intervento stesso. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)

-Decesso del paziente (rara)

- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.

- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.

- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.

- Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminazione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca o da altra sede ossea del paziente attraverso una seconda incisione cutanea. Si spiega che tale procedura può determinare nel

periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.

- Nel pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.

-Rigidità del gomito affetto

-Permanenza di instabilità del gomito (in caso di associata lesione dell'apparato legamentoso dell'articolazione)

- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo, In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari)

- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.

- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.

-Fallimento dei mezzi di sintesi

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

-Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Nei pazienti con lassità costituzionale trattati per instabilità si potrebbe avere una recidiva della stessa.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- A seconda della qualità dell'osso riscontrata intraoperatoriamente, della tipologia di frattura, delle comorbilità del paziente (età, peso, BMI, etc) sarà premura del chirurgo concedere o meno il carico al paziente.

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.

- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.

- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

ORTO 19

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione a letto con apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

LUSSAZIONE DELL'ARTICOLAZIONE GLENO-OMERALE

Una lussazione può verificarsi per un trauma (lussazione traumatica) o per movimento di extrarotazione improvviso, ad esempio nuotando (lussazione atraumatica). Nel primo caso, la lussazione è da attribuire al solo evento traumatico; nel secondo è da attribuire alla "cedevolezza" congenita (lassità costituzionale) delle strutture preposte alla stabilizzazione della testa omerale. La lussazione atraumatica si verifica spesso, in momenti differenti, in entrambe le spalle. Un terzo gruppo di pazienti, per lo più giovani sportivi dediti ad attività di lancio, possono sviluppare una instabilità di spalla (sublussazioni) per il danno alle strutture stabilizzanti causato dalla ripetitività del gesto atletico. Le complicanze più frequenti di una lussazione sono:



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- L'instabilità articolare conseguente al danno anatomico verificatosi in occasione della lussazione.
- La rottura dei tendini della cuffia dei ruotatori; frequente soprattutto nei pazienti anziani (58% dei pazienti ultrasessantenni che hanno riportato una o più lussazioni) (nostra osservazione).
- Lesione del nervo ascellare e conseguente deficit muscolare, per lo più transitorio, del muscolo deltoide (impossibilità a sollevare lateralmente il braccio) ed anestesia della regione laterale della spalla.

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

RIDUZIONE DELLA LUSSAZIONE IN NARCOSI

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

Nelle Lussazioni recenti e semplici la cura consiste nella riduzione « immediata » il meno traumatizzante possibile, in narcosi per ottenere un rilasciamento muscolare completo con manovre esterne e con l'ausilio di apparecchio di brillanza ; in casi particolari in cui non si è ottenuta la riduzione si potrà ricorrere alla riduzione open con accesso trandeloideo o deltoideo pettorale con eventuale stabilizzazione con fili di k. Dopo la riduzione, la spalla viene immobilizzata con una fasciatura o un tutore per 2-4 settimane. Il periodo di immobilizzazione varia in funzione dell'età del paziente e della causa responsabile della lussazione (traumatica o atraumatica).

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. L'estensione dell'accesso chirurgico potrebbe in caso di necessità essere ampliato per garantire una buona riuscita dell'intervento stesso. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire un intervento a cielo aperto.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)
- Decesso del paziente (rara)
- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.
- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.
- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.
- Rigidità della spalla affetta
- Permanenza di instabilità della spalla (in caso di associata lesione dell'apparato legamentoso dell'articolazione)
- Recidive di lussazioni
- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo, In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari)



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.
- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.
- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.
- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.
- Nei pazienti con lassità costituzionale trattati per instabilità si potrebbe avere una recidiva della stessa.
- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 20

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra Medico e Paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto, un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia **NEOFORMAZIONE**.....

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il Medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra, Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare, ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il Medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Il trattamento consiste nell'**ASPORTAZIONE CHIRURGICA ED ESAME ISTOLOGICO**.

Tali neoformazioni, quasi costantemente benigne, sono spesso caratterizzate da modesto dolore, limitazione funzionale se presentano una origine articolare, inestetismi. Tali patologie non presentano una indicazione assoluta all'intervento; tuttavia l'escissione chirurgica rappresenta l'unico trattamento attuabile. Questo consiste in una piccola incisione a livello della neoformazione, con isolamento ed asportazione della stessa e possibilmente della capsula che in genere l'avvolge. L'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali le caratteristiche biologiche della lesione, l'età, le dimensioni, l'eventuale infiltrazione nei piani profondi, la sede anatomica, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e cicatrici ipertrofiche, l'eventuale componente reumatoide, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative, l'osservanza dei consigli postoperatori. Tutti questi fattori condizionano il tempo di guarigione, che può andare da pochi giorni nelle persone giovani ed in buone condizioni a periodi più lunghi nelle persone anziane con condizioni sfavorevoli (diabete, disturbi circolatori, alterazioni trofiche cutanee, etc...).

lu

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Come in ogni intervento esistono complicanze generali quali crisi di panico, sindrome vagale, crisi ipotensive o ipertensive, fenomeni allergici nei confronti dei farmaci anestetici o di altre terapie somministrate. Le complicanze locali relative a questo specifico intervento sono rappresentate dal dolore postoperatorio, eccessivo sanguinamento con successivo ematoma, lesione accidentale di strutture vascolari, nervose o tendinee strettamente adese ed infiltrate dalla neoformazione.

Esiste inoltre la possibilità di formazione di aderenze cicatriziali tra i vari piani anatomici con successiva limitazione funzionale del segmento anatomico interessato. Come sopra accennato una complicanza relativamente frequente in questo intervento è la recidiva, cioè la ricomparsa della formazione nella stessa sede dopo un periodo variabile di tempo, attribuibile al comportamento biologico della lesione (tendenza dei tessuti a presentare fenomeni di metaplasia cistica).

Sono inoltre possibili complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza della ferita chirurgica, responsabili di allungamento dei tempi di guarigione.

Va peraltro sottolineato che tutte le diverse possibili complicanze postoperatorie, seppur chiaramente descritte in letteratura, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

Va inoltre ricordata l'importanza di una appropriata rieducazione funzionale postoperatoria, senza la quale sono possibili residue rigidità del segmento anatomico interessato.

h4



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

ORTO 21

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione in apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

FRATTURA DELLA DIAFISI DI OMERO

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

- **RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON FISSATORE ESTERNO**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON CHIDO ENDOMIDOLLARE**



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

In base al tipo di lesione esistono diversi tipi di intervento. Ognuna di queste tecniche chirurgiche può essere usata singolarmente o associata ad altre.

Si spiegano i tempi dell'intervento chirurgico. Prima dell'intervento chirurgico, in anestesia generale e con amplificatore di brillantezza, saranno tentate manovre esterne volte a valutare la riducibilità della frattura ed il tipo di intervento da effettuare. In seguito, si eseguirà un'incisione cutanea di lunghezza variabile a seconda della tipologia di intervento scelto. La frattura dell'omero sarà ridotta e sintetizzata con uno o più pin filettati. In alternativa o in associazione si potrà eseguire sintesi per mezzo di placce e viti e/o di dispositivo endomidollare bloccato con viti.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. L'estensione dell'accesso chirurgico potrebbe in caso di necessità essere ampliato per garantire una buona riuscita dell'intervento stesso. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)

-Decesso del paziente (rara)

- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.

- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.
- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.
- Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminazione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca o da altra sede ossea del paziente attraverso una seconda incisione cutanea. Si spiega che tale procedura può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.
- Nei pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.
- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo. In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari).
- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.
- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

-Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici.La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo.Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta.Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.

- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione in apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

FRATTURA DELL'EPIFISI DISTALE DI OMERO

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

- **RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON FISSATORE ESTERNO**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON FILI DI K**



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: dott. Leonardo Petrelli

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

Si spiega dettagliatamente il tipo d'intervento chirurgico che sarà effettuato. Si eseguirà un'incisione longitudinale posteriore para-olecranica di circa 20 cm e si procederà all'identificazione e neurolisi (liberazione) del nervo ulnare a cui potrà seguire, a fine intervento, la trasposizione anteriore (spostamento) sottocutanea del nervo stesso. Tali procedure, necessarie per eseguire l'osteosintesi, possono provocare parestesie (alterazioni della sensibilità) transitorie o permanenti nel territorio di distribuzione del nervo ulnare (IV e V dito e regione ulnare del palmo della mano); più raramente l'isolamento del nervo può determinare deficit motori transitori o permanenti (muscoli flessori mano e dita e muscoli intrinseci della mano).

Successivamente sarà eseguita un'osteotomia dell'olecrano per visualizzare sufficientemente la frattura; questa via chirurgica, a fine intervento, comporterà la necessità di dover eseguire l'osteosintesi dell'olecrano con placca e viti o con cerchiaggio dinamico o con vite cannulata o chiodo ulnare endomidollare. Si informa il paziente che i mezzi di sintesi in questa sede possono causare fastidi o dolore nella regione posteriore del gomito, pertanto potrà rendersi necessaria la loro rimozione dopo la completa consolidazione delle fratture (circa 9 mesi-1 anno). In seguito saranno repertati e ricomposti i frammenti della frattura omerale e si eseguirà l'osteosintesi con una o due placche e viti.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)

-Decesso del paziente (rara)

- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.

- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.

- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.

- Nel pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.

- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo, In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari)

- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.

- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini. Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

-Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- Nei pazienti con lassità costituzionale trattati per instabilità si potrebbe avere una recidiva della stessa.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici.La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo.Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta.Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.

- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.

- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

- Qualora l'intervento venga effettuato in regime di Day Hospital, Le sarà fornito un recapito telefonico al quale rivolgersi di caso di necessità nelle prime 72 ore o comunque prima del giorno previsto per la medicazione. - Negli interventi di inserzione di protesi, i controlli radiografici devono essere eseguiti annualmente per rilevare eventuali mobilizzazioni dell'impianto o malattie da detriti.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio ed acciaio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

Bari li

ORTO 23

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione in apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

FRATTURA DELL'EPIFISI DISTALE DI RADIO E/O ULNA

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

- **RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON FISSATORE ESTERNO**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON FILI DI K**



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

In base al tipo di lesione esistono diversi tipi di intervento. Ognuna di queste tecniche chirurgiche può essere usata singolarmente o associata ad altre.

Si spiegano i tempi dell'intervento chirurgico. Prima dell'intervento chirurgico, in anestesia e con il paziente sul tavolo operatorio con amplificatore di brillantezza, saranno eseguite manovre esterne volte a valutare la riducibilità della frattura ed il tipo di intervento da effettuare. In seguito, si eseguirà un'incisione cutanea di lunghezza variabile a seconda della tipologia di intervento scelto. Si procederà dopo riduzione della frattura alla sintesi per mezzo di placche e viti. In taluni casi selezionati si opterà per la sintesi della frattura per mezzo di fissatore esterno. La scelta definitiva, eseguita intraoperatoriamente, dipenderà comunque dalla tipologia della frattura, dall'età del paziente e dalle comorbidità che esso presenta.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. L'estensione dell'accesso chirurgico potrebbe in caso di necessità essere ampliato per garantire una buona riuscita dell'intervento stesso. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)
- Decesso del paziente (rara)



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.

- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.

- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.

- Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminazione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca o da altra sede ossea del paziente attraverso una seconda incisione cutanea. Si spiega che tale procedura può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.

- Nei pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.

- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo. In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari).

- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.

- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

-Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici.La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo.Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta.Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.

- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.

- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio ed acciaio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 24

Bari lì

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra Medico e Paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto, un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia **ARTROPATIA DEGENERATIVA DEL GINOCCHIO**

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il Medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra, Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare, ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

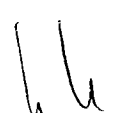
La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il Medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

L' intervento chirurgico proposto è di **ARTROPLASTICA CON ARTROPROTESI TOTALE DEL GINOCCHIO.**

Mi è stata chiaramente spiegata l'effettiva portata di tale intervento, con le difficoltà ad esso legate, le possibilità e le probabilità dei risultati conseguibili, i prevedibili vantaggi ed i rischi connessi.

La patologia articolare presenta caratteristiche di cronicità ed un decorso peggiorativo; la malattia si trova in una fase di avanzata gravità clinica e radiografica e non esistono trattamenti medici o fisici altrettanto efficaci in alternativa alla soluzione chirurgica, in quanto la sostituzione articolare protesica può coniugare la risoluzione del dolore ad un rapido recupero funzionale.

Possono verificarsi **complicanze intraoperatorie** quali fratture femorali e/o tibiali (a tale proposito potrebbe rendersi necessario confezionare un apparecchio gessato per favorire la stabilità dell'impianto), lesioni vascolari o neurologiche periferiche che potrebbero richiedere un trattamento complementare immediato.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

L'intervento di artroprotesi di ginocchio negli ultimi anni ha senza dubbio notevolmente migliorato la sua prognosi grazie ai perfezionamenti della tecnica ed alla continua evoluzione dei materiali; considerato un tempo come un intervento ad altissimo rischio, è oggi divenuto un atto chirurgico routinario nella maggior parte delle Unità Operative ortopediche e viene eseguito abitualmente nella nostra U.O.

Nell'ambito di una corretta ed adeguata informazione al paziente vengono comunque menzionate le possibili **complicanze postoperatorie** che, anche se infrequentemente, possono occorrere.

MARCATO E PERSISTENTE GONFIORE ARTICOLARE: è una complicanza minore che viene risolta in genere con applicazioni regolari di ghiaccio e maggiore riposo; può richiedere talvolta l'aspirazione del liquido per mezzo di una siringa (artrocentesi).

FLEBOTROMBOSI DELLA GAMBA: è una infiammazione delle vene della gamba operata (raramente di quella sana) che si manifesta con voluminoso gonfiore del piede e della gamba stessa, un senso di forte pesantezza all'arto e dolore al polpaccio. Per minimizzare i rischi di tale complicanza viene praticata una profilassi farmacologica che andrà scrupolosamente proseguita dopo la dimissione, evitare di stare in piedi fermi per lungo tempo, eseguire precocemente e con assiduità la riabilitazione prescritta, indossare le calze antitrombotiche.

EMBOLIA POLMONARE: è il distacco di un trombo formatosi in una vena a causa della complicanza precedente, trombo che giunge ai polmoni determinando dolore toracico, difficoltà respiratoria, tosse, talvolta catarro bronchiale contenente sangue. E' una complicanza molto temibile e pericolosa che obbliga ad un ricovero immediato in un reparto internistico. Per prevenire questa complicanza valgono le norme preventive della flebotrombosi.

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 discromie della cute a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita.

INFEZIONE DELLA ARTROPROTESI: si può manifestare in forma acuta con febbre molto elevata, forte dolore al ginocchio operato che si presenta gonfio e molto caldo al tatto, oppure in maniera più subacuta, con febbre persistente, ginocchio gonfio, caldo, notevolmente dolente. E' 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'espianto della protesi con il posizionamento temporaneo di tubi di gomma per il lavaggio continuo dell'articolazione, ed un eventuale successivo intervento di artrodesi (blocco della articolazione) con grave compromissione della funzionalità di tutto l'arto. Per ridurre al minimo il rischio di tale complicanza viene praticata una profilassi antibiotica prima dell'intervento chirurgico



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

SCOLLAMENTO ASETTICO DELLA PROTESI: è di solito una complicanza tardiva; con questo termine si intende un progressivo distacco delle componenti protesiche dall'osso non causato da infezioni. Se è di entità marcata può comportare il reimpianto di una nuova protesi.

PERDITA PARZIALE DI MOVIMENTO: quando si manifesta, è in genere solo di pochi gradi; la migliore prevenzione è quella di eseguire una adeguata fisioterapia. Solo se la perdita di movimento è di grado elevato può essere necessario eseguire un nuovo intervento (ad esempio di mobilitazione articolare in narcosi) per correggere la perdita di motilità.

Potranno essere effettuate procedure di recupero ematico con successiva autotrasfusione, secondo le regole che disciplinano il buon uso del sangue.

Nonostante ciò, a volte l'anemizzazione intraoperatoria o postoperatoria può risultare tale da rendere necessario l'impiego di trasfusioni di sangue omologo o dei suoi derivati.

Sono a conoscenza del normale decorso postoperatorio, dei tempi necessari al raggiungimento del recupero funzionale ed al conseguimento della autonomia deambulatoria.

So che essi sono connessi a variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento e che nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, non sempre risultano esattamente prevedibili.

Questi dipendono dalle condizioni generali e locali antecedenti l'operazione, dalla risposta dell'articolazione al trattamento e dalla terapia rieducativa che deve essere condotta intensamente durante i 3-6 mesi necessari al raggiungimento della stabilizzazione del quadro clinico.

Mi sono stati illustrati fattori quali la sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento, gli effetti visibili sul segmento corporeo operato ed il protocollo riabilitativo specialmente in relazione agli accorgimenti relativi al carico ed alla progressione del recupero articolare che si dovranno adottare per evitare atteggiamenti posturali e movimenti erronei che potrebbero apportare peggioramenti al risultato chirurgico.





PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 25

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

l'intervento di **RIMOZIONE DEI MEZZI DI SINTESI (SEDE**) consiste nel rimuovere i mezzi di sintesi precedentemente impiantati, può essere accompagnato da complicazioni di carattere generale o locale, per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare verrà praticata profilassi per la trombosi venosa profonda (TVP) mediante eparina a basso peso molecolare e profilassi per l'infezione mediante infusione di antibiotico prima dell'intervento e successivamente.

Nel corso dell'intervento chirurgico possono rendersi necessarie, a giudizio del medico, procedure aggiuntive o diverse da quelle che mi sono state preliminarmente illustrate.

Gli effetti indesiderati che si possono verificare e di cui il malato deve essere a conoscenza sono:

- rottura dei mezzi di sintesi totale o parziale;
- incarceration dei mezzi;
- rottura dello strumentario;
- perdita della congruenza tra strumentario e mezzo di sintesi;
- infezioni superficiali o profonde;

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

- anemizzazione post-operatoria;
- ematomi locali;
- rigidità articolare residua;
- trombosi venosa profonda ed embolia polmonare;
- danni nervosi o vascolari per lesioni iatrogene di nervi o vasi;
- cicatrici cheloidee;
- zoppia (in caso di rimozione dei mezzi di sintesi dagli arti inferiori);
- dolore in sede di intervento;
- rifrattura.

Inoltre è descritto in letteratura la possibilità della fusione fredda delle componenti viti-placca, nel qual caso potrebbe risultare particolarmente indaginosa o impossibile la loro rimozione.

E' possibile ritirare il consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Durante l'esecuzione della procedura sarà presente personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

lu

Bari li

NOTA INFORMATIVA**PER INTERVENTO CHIRURGICO DI DECOMPRESSIONE MIDOLLARE E FORAMINALE STABILIZZAZIONE VERTEBRALE CON VITI, BARRE E CAGE INTERSOMATICO.....,**

Patologia riscontrata:

- ❖ Possibile evoluzione ed eventuali complicanze (In assenza di qualunque trattamento):
Patologie ingravescenti che sono alla base di gravi disturbi neurologici di tipo sensitivo-motore agli arti con difficoltà statiche-deambulatorie e talvolta disturbi urinari e della sfera sessuale. Alcune delle patologie evidenziate se non trattate in modo opportuno e tempestivo sono incompatibili con la vita. (Fratture del rachide cervico-dorsale con compromissione di organi vitali endotoracici o endoaddominali in gravi forme di cifoscoliosi).
- ❖ Trattamenti possibili:

CONSERVATIVO: Antinfiammatorio, analgesico. Applicazione di apparecchio gessato, busto correttivo. Fisioterapia.

Rischi: Persistenza o aggravamento della patologia (80-100%), gastriti e ulcera gastrica (2-22%), disturbi gastroenterici (2-12%), danno renale (0.01-0.2%), diatesi emorragica (0.2-2%), alterazioni ematologiche (0.1-0.5%), ritenzione idrica (0.1-3%), ipertensione (0.1-3%), epatotossicità 0.01-0.2%), reazioni da ipersensibilità (0.1-2%).

Benefici: Evitare i rischi della chirurgia; transitorio miglioramento della sintomatologia.

CHIRURGICO:

Tecnica proposta (Denominazione, descrizione **DECOMPRESSIONE MIDOLLARE E FORAMINALE STABILIZZAZIONE VERTEBRALE CON VITI, BARRE E CAGE INTERSOMATICO**

Può comportare una preparazione della colonna prechirurgica con applicazione di trazioni e gessi. L'intervento può essere effettuato per via posteriore o anteriore a seconda del tratto di colonna interessato e delle finalità dell'intervento. Talvolta si rendono necessarie entrambe le tecniche con differimento dei tempi fra le due vie di 20-30 giorni. L'atto chirurgico comporta tempi di esecuzione lunghi sino a 7 o più ore e nella via anteriore si rende necessaria l'apertura del torace o dell'addome. La preparazione della colonna richiede l'asportazione dei dischi, di componenti ossee delle vertebre responsabili del movimento. La fase successiva richiede la preparazione delle sedi anatomiche vertebrali ove si alloggeranno i mezzi della sintesi (viti ed uncini) ai quali si raccorderanno le barre di stabilizzazione. L'artrodesi si completa con il posizionamento di innesti ossei solitamente autologhi. Gli interventi di stabilizzazione possono richiedere montaggi particolari sul sacro o tecniche con strumentazione varia. Viene eseguito in ANESTESIA generale o secondo valutazione anestesiológica. **INCISIONE:** dipende dalla lunghezza del segmento di rachide da stabilizzare.

Rischi: Più gravi sono di ordine neurologico con paresi o paralisi di un distretto muscolare o di un segmento corporeo (0.1-5%). La trazione esercitata durante l'intervento sulla colonna può danneggiare il





PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

midollo o le radici spinali con quadri clinici gravi di paralisi (0,1-4,7%), formazione di ematoma o edema midollare (0,3-5,5%), lesione delle membrane di rivestimento del midollo (0.1-8%). Complicanze locali sono la rottura dei mezzi di sintesi (0.1-2%), infezioni superficiali e profonde (1.5-5%), mobilizzazione dell'impianto (0.5-2,6%). Complicanze generali sono date da disturbi gastroenterici (1-7%), tromboflebiti arti inferiori (1-11%), embolia polmonare/decesso (0.002-0.04%), edema del volto e palpebrale (0.1-2%). Intolleranza ai mezzi di sintesi (0.5-2,9%). Ritardo di consolidazione e pseudoartrosi (0.5-3,4%); Lesioni vascolari (0.5-6%); Lesioni nervose (0.1-2,8%); Scomposizione in itinere di trattamento con necessità di reintervento (0,5-2,3%); Cicatrice cheloidea (0.1-5%); Algodistrofia riflessa(0.1-3%); Edema persistente (0.2-3%); Artrosi (0.5-4%); Ematomi locali (0.5-4%); Dolore in sede di intervento (1-9,5%); Cefalea (1-5%);

Benefici: E' spesso indispensabile per eliminare la sintomatologia dolorosa, correggere o bloccare il peggioramento delle curve vertebrali, evitare o ridurre la comparsa di disturbi neurologici correlati alle alterazioni biomeccaniche della colonna vertebrale spesso presenti in tali patologie.

Prognosi: Buona(50-70%). In rapporto alla severità della patologia riscontrata in sede chirurgica. Decorso post-operatorio con sintomatologia dolorosa conseguente all'intervento; tempi di recupero funzionale variabili. I tempi e il grado di recupero sono connessi anche a variabili individuali indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento (condizioni generali antecedenti, patologie ignote riscontrate nell'intervento, risposta all'intervento, possibilità rieducative).

ALTRO: Potrebbe rendersi necessario confezionare un apparecchio gessato per favorire la stabilità dell'impianto.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEdia e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

Bari li

ORTO 27

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione a letto con apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

FRATTURA DELLA DIAFISI DI TIBIA

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

- **RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON FISSATORE ESTERNO**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON CHIODO ENDOMIDOLLARE**

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

In base al tipo di lesione esistono diversi tipi di intervento. Ognuna di queste tecniche chirurgiche può essere usata singolarmente o associata ad altre.

Si spiegano i tempi dell'intervento chirurgico. Prima dell'intervento chirurgico, in anestesia e con il paziente sul tavolo operatorio e con amplificatore di brillantezza, saranno eseguite manovre esterne volte a valutare la riducibilità della frattura ed il tipo di intervento da effettuare. In seguito, si eseguirà un'incisione cutanea di lunghezza variabile a seconda della tipologia di intervento scelto. La frattura della tibia sarà quindi ridotta e sintetizzata per mezzo di chiodo endomidollare. Una seconda incisione cutanea sarà eseguita per posizionare in caso di necessità vite antirotazionale distale al chiodo endomidollare. La lunghezza del chiodo sarà scelta in base alla tipologia della frattura da cui il paziente è affetto. In alternativa o in associazione si potrà eseguire sintesi per mezzo di placce e viti e/o di fissazione esterna.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. L'estensione dell'accesso chirurgico potrebbe in caso di necessità essere ampliato per garantire una buona riuscita dell'intervento stesso. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare
- Decesso del paziente

- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.
- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.
- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.
- Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminazione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca o da altra sede ossea del paziente attraverso una seconda incisione cutanea. Si spiega che tale procedura può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.
- Nei pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.
- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo. In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari).
- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.
- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

-Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- A seconda della qualità dell'osso riscontrata intraoperatoriamente, della tipologia di frattura, delle comorbidità del paziente (età, peso, BMI, etc) sarà premura del chirurgo concedere o meno il carico al paziente.

- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.

- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.

- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).





PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

ORTO 28

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione a letto con apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

FRATTURA DELLA EPIFISI PROSSIMALE DI TIBIA

Le fratture del plateau tibiale possono determinare una predisposizione allo sviluppo di un'artrosi post-traumatica. Difetti di consolidazione, difetti osteo-condrali intra-articolari, malallineamento, presenza di mezzi di sintesi ritenuti e danno dei tessuti molli possono compromettere il risultato anche per approcci chirurgici a distanza dal trauma iniziale. Le complicanze precoci delle fratture del plateau tibiale coinvolgono i tessuti molli nel 56% dei casi e le strutture meniscali nel 20 % dei casi. L'artrosi post-traumatica e l'osteopenia post-fratturativa sono i quadri anatomici di più facile riscontro a distanza.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEdia e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

- **RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON FISSATORE ESTERNO**

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

In base al tipo di lesione esistono diversi tipi di intervento. Ognuna di queste tecniche chirurgiche può essere usata singolarmente o associata ad altre.

Si spiegano i tempi dell'intervento chirurgico. Prima dell'intervento chirurgico, in anestesia e con il paziente sul tavolo operatorio e con amplificatore di brillantezza, saranno eseguite manovre esterne volte a valutare la riducibilità della frattura ed il tipo di intervento da effettuare. In seguito, si eseguirà un'incisione cutanea di lunghezza variabile a seconda della tipologia di intervento scelto. La frattura della tibia sarà quindi ridotta e sintetizzata per mezzo di placche e viti. La lunghezza della placca sarà scelta in base alla tipologia della frattura da cui il paziente è affetto. In alternativa o in associazione si potrà eseguire sintesi per mezzo di fissazione esterna ibrida o circolare.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. L'estensione dell'accesso chirurgico potrebbe in caso di necessità essere ampliato per garantire una buona riuscita dell'intervento stesso. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

-Decesso del paziente (rara)

- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.

- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.

- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.

- Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminazione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca o da altra sede ossea del paziente attraverso una seconda incisione cutanea. Si spiega che tale procedura può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.

- Nei pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.

-Rigidità del ginocchio affetto

-Permanenza di instabilità del ginocchio (in caso di associata lesione dell'apparato legamentoso dell'articolazione)

- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo, In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari)



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.

- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.

- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.

-Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.

- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.

- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.

- Nei pazienti con lassità costituzionale trattati per instabilità si potrebbe avere una recidiva della stessa.

- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

7- Dopo l'intervento

- A seconda della qualità dell'osso riscontrata intraoperatoriamente, della tipologia di frattura, delle comorbidità del paziente (età, peso, BMI, etc) sarà premura del chirurgo concedere o meno il carico al paziente.
- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.
- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.
- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"

Contrada Caposcardicchio-70123 BARI

U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Direttore : dott. Leonardo Petrelli

ORTO 29

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

1 – Che tipo di cura

Esistono due tipi di trattamenti in Ortopedia: un trattamento conservativo che, a secondo della lesione consiste in fisioterapia o immobilizzazione a letto con apparecchi gessati o simili ed un trattamento chirurgico.

Entrambi i trattamenti presentano vantaggi svantaggi e sono associati ad alcuni rischi.

La sua storia clinica, l'esame clinico e gli esami strumentali hanno confermato la diagnosi di:

FRATTURA DELLA REGIONE METAEPIFISARIA DISTALE DI TIBIA

Le complicanze più frequenti delle fratture del pilone tibiale sono rappresentate dal trauma delle parti molli. Se non si interviene precocemente con una revisione della ferita e con opportuna terapia antibiotica possono insorgere complicanze precoci, come osteite e artrite settica, con rischio di infezione profonda del 2-30%, o tardive, come pseudoartrosi e ritardo di consolidazione fino al 22% dei casi, e deformità assiali.

L'articolazione della caviglia è formata dall'estremità distale di tibia e perone, dalla troclea astragalica e della capsula articolare con i legamenti. Appare evidente quindi che qualsiasi incongruenza tra i suoi componenti (a causa di difetti di lunghezza, asse, rotazione), o un mortaio



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

troppo largo generano un sovraccarico di forze con conseguente anomala ipersollecitazione locale, che porta spesso a una degenerazione cartilaginea e conseguente artrosi post-traumatica. Per tale motivo il paziente deve essere informato della assoluta necessità di effettuare l'intervento e delle problematiche connesse a tale tipo di lesione, evidenziando il rischio concreto di limitazioni funzionali e motorie a distanza. I rischi intraoperatori sono rappresentati da una riduzione insoddisfacente e da deviazioni assiali. I rischi postoperatori sono invece legati a scomposizioni secondarie, a scarsa stabilità del sistema, a flogosi con tumefazione delle parti molli e conseguente necrosi, flogosi e/o infezione.

Per il Suo caso il trattamento esistono differenti trattamenti chirurgici possibili. Data l'età, le caratteristiche generali, le comorbidità e il pattern di frattura Le viene proposto il seguente trattamento chirurgico:

- **RIDUZIONE E SINTESI CON PLACCA E VITI**
- **RIDUZIONE E SINTESI CON FISSATORE ESTERNO**

Ciò non esula il chirurgo da poter modificare intraoperatoriamente la scelta del trattamento chirurgico qualora si ritenesse necessario.

2- Come si svolgerà l'intervento che le viene proposto?

In base al tipo di lesione esistono diversi tipi di intervento. Ognuna di queste tecniche chirurgiche può essere usata singolarmente o associata ad altre.

Si spiegano i tempi dell'intervento chirurgico. Prima dell'intervento chirurgico, in anestesia e con il paziente sul tavolo operatorio e con amplificatore di brillantezza, saranno eseguite manovre esterne volte a valutare la riducibilità della frattura ed il tipo di intervento da effettuare. In seguito, si eseguirà un'incisione cutanea di lunghezza variabile a seconda della tipologia di intervento scelto. La frattura della tibia sarà quindi ridotta e sintetizzata per mezzo di placche e viti. La lunghezza della placca sarà scelta in base alla tipologia della frattura da cui il paziente è affetto. In alternativa o in associazione si potrà eseguire sintesi per mezzo di fissazione esterna ibrida, monoassiale o circolare con eventuale sintesi della superficie articolare con viti libere.

3- Può essere modificato l'intervento programmato?

Spesso l'estensione della lesione da trattare può essere determinata solo sul campo operatorio durante l'intervento.

Questo può richiedere una modifica del programma chirurgico. L'estensione dell'accesso chirurgico potrebbe in caso di necessità essere ampliato per garantire una buona riuscita dell'intervento stesso. Se questo sarà necessario è importante che Lei abbia già dato il consenso a farlo. Potrà essere necessario in alcuni casi dubbi eseguire una biopsia.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

4- Esistono Procedure e/o Trattamenti alternativi?

Il Chirurgo La informa sulle alternative all'intervento chirurgico proposto e ne evidenzia i vantaggi e svantaggi rispetto allo stesso, affinché Lei abbia chiari i motivi della scelta terapeutica proposta.

5- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi durante l'intervento?

Nonostante le più attente cure, durante l'intervento possono presentarsi delle complicazioni. Queste vengono di solito identificate e gestite immediatamente. Le complicanze possibili sono le seguenti:

- Embolia polmonare (rara)
- Decesso del paziente (rara)
- Danni ai tessuti limitrofi (es. tendini, muscoli); lesioni alle strutture vascolari che possono causare sanguinamenti importanti e rendere necessaria una trasfusione di sangue o suoi componenti. In casi estremamente rari con la trasfusione potrebbe essere trasmesso un virus infettante come l'HIV o il virus di una delle varie forme di epatite.
- Lesioni ai nervi che possono provocare nonostante la riparazione, disturbi permanenti come ad esempio una paralisi (perdita della funzionalità) degli arti.
- Compressione di nervi e tessuti molli causata dalla posizione che il paziente deve tenere durante l'intervento chirurgico. Si tratta generalmente di un danno temporaneo. In casi isolati il paziente potrebbe continuare ad accusare sintomi persistenti di lesione al nervo o ai tessuti molli. Questo vale anche per le eventuali lesioni cutanee provocate dagli agenti sterilizzanti e/o dalla corrente elettrica.
- Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminazione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca o da altra sede ossea del paziente attraverso una seconda incisione cutanea. Si spiega che tale procedura può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.
- Nei pazienti in cui sorga intraoperatoriamente un dubbio diagnostico sui tessuti operati potrà essere eseguita una biopsia.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

6- Quali sono le possibili complicanze che possono verificarsi dopo l'intervento?

Alcune complicanze possono verificarsi anche dopo l'intervento chirurgico:

- Sanguinamento postoperatorio ed ematoma che richiedano un trattamento.
- Rigidità della cavigli affetta
- Permanenza di instabilità della caviglia (in caso di associata lesione dell'apparato legamentoso dell'articolazione)
- Infezione dell'area operata. Nonostante ogni precauzione e profilassi, può insorgere un'infezione che potrebbe durare anche per molto tempo, In rari casi questo può causare osteiti croniche (infiammazione dell'osso) con conseguente possibile rigidità dell'articolazione. Coaguli di sangue potrebbero formarsi e spostarsi con grave rischio di occludere un vaso (embolo delle arterie polmonari)
- Lesioni di vasi o nervi. Possono essere provocate da materiale metallico introdotto per la fissazione e causare sanguinamento paralisi temporanea o permanente o disturbi della sensibilità degli arti.
- Migrazione o fissazione dei fili. Se un filo si mobilizza e migra è necessario che venga rimosso al fine di prevenire eventuali lesioni.
- Fallimento dei mezzi di sintesi
- Cedimento di parte della struttura di muscoli e tendini Può verificarsi in caso di attività precoce dell'arto operato oppure in caso di degenerazione dei tessuti molli.
- Formazione di una falsa articolazione (pseudartrosi) se il processo di guarigione è ritardato e se la formazione di nuova sostanza ossea è insufficiente Questa complicanza necessita di particolari trattamenti che verranno presi in considerazione se il caso dovesse verificarsi.
- Necrosi avascolare di una parte dell'articolazione con conseguente dolore e rigidità articolare.
- Deposizione di calcio nella capsula articolare che può provocare un deficit di movimento.
- Nei pazienti con lassità costituzionale trattati per instabilità si potrebbe avere una recidiva della stessa.
- In casi eccezionali può presentarsi un edema dolente dei tessuti molli che, se persiste per un prolungato periodo di tempo, può portare ad atrofia dei muscoli e del tessuto osseo ed esitare in diminuzione del movimento articolare fino alla rigidità (cosiddetta atrofia di Sudeck).



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

-Ogni intervento chirurgico ha, come esito la presenza di una o più cicatrici. La cicatrizzazione è un fenomeno biologicamente complesso che si realizza attraverso fasi diverse. La maturazione, è l'ultima di queste fasi e si protrae per molti mesi, talora per anni. E' quindi evidente che il paziente dovrà attendere il tempo necessario per la stabilizzazione della cicatrice, prima di poterne osservare l'aspetto definitivo. Il chirurgo utilizzerà tutte le tecniche volte ad ottenere una buona cicatrice, sottile e situata allo stesso livello della cute circostante. Esistono, però, fattori che possono modificare il normale processo di cicatrizzazione; essi sono: le anomalie della vascolarizzazione e della innervazione, la carenza di proteine, l'uso di farmaci antineoplastici, la microangiopatia diabetica, il fumo di sigaretta. Esistono, inoltre, delle forme di cicatrizzazione patologica, sulla base di una predisposizione individuale, che possono determinare la formazione di una cicatrice ipertrofica o, nei casi più gravi, di una cicatrice cheloidea. Tale evento si realizza più comunemente in alcune sedi corporee quali la regione sternale, deltoidea, scapolare, ombelicale e pubica. Qualora dovesse verificarsi l'insorgenza di una cicatrice inestetica, sarà sempre possibile ottenere dei miglioramenti mediante terapia medica o chirurgica. Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

Tutte le suddette complicazioni possono richiedere un ulteriore intervento chirurgico.

7- Dopo l'intervento

- A seconda della qualità dell'osso riscontrata intraoperatoriamente, della tipologia di frattura, delle comorbidità del paziente (età, peso, BMI, etc) sarà premura del chirurgo concedere o meno il carico al paziente.
- Talora si potrebbe rendere necessaria l'immobilizzazione dell'arto operato con un tutore speciale. Se l'articolazione venisse immobilizzata completamente, potrebbe verificarsi una limitazione del movimento nei periodi successivi alla rimozione del tutore o dell'apparecchio gessato.
- In caso di introduzione di parti metalliche durante l'intervento queste verranno rimosse dopo 12-18 mesi. In casi isolati si potrebbe decidere l'opportunità di non rimuoverle più.
- Lei può contribuire in maniera sostanziale alla buona riuscita dell'intervento rispettando attentamente le istruzioni impartite prima della dimissione dalla struttura. Per tali ragioni si renderanno necessari controlli postoperatori e sedute di fisioterapia anche per tempi prolungati.

8- Quali sono le possibilità di riuscita dell'intervento?

Generalmente si riacquista una buona funzionalità. Ad ogni modo una permanente limitazione di movimento deve essere messa in conto a seconda della gravità della lesione, così come una dismetria a livello dell'atto operato.

Approfondisca con il medico specialista ortopedico questi problemi prima dell'intervento. Va considerata inoltre la capacità biologica di ogni individuo, in altre parole la differente capacità di guarigione sia per quanto riguarda la durata temporale sia per quanto riguarda la qualità finale della riparazione ottenuta.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore : dott. Leonardo Petrelli

Le percentuali di successo (tassi di recidive e complicanze) sono estrapolabili dai dati della letteratura internazionale, rispetto ai quali la nostra casistica è in accordo.

9- Di che materiale sono costituiti i dispositivi impiantati?

La maggior parte dei dispositivi impiantati è in lega di Titanio. La scelta finale del dispositivo da impiantare dipenderà dall'anamnesi farmacologica del paziente (presenza o meno di allergie) e dalla possibile necessità di eseguire esami strumentali periodici (RMN).

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters, likely representing the name of the doctor or a representative of the clinic.

Data

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia **FRATTURA**.....

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

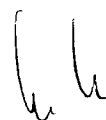
Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto firmando il presente modulo, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Le verrà illustrato la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a esso connessi e le eventuali alternative possibili, nonché di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo.

L'intervento di **OSTEOSINTESI**..... può essere accompagnato da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare verrà praticata profilassi per l'infezione mediante infusione di antibiotico prima dell'intervento e successivamente. Inoltre, verrà praticata profilassi antitromboembolica con eparina a basso peso molecolare.

Al termine dell'intervento potrà eventualmente essere posizionato un drenaggio per aspirare il sangue nel sottocute, per prevenire la formazione di ematomi.





ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Il trattamento chirurgico delle fratture prevede l'esecuzione di un intervento che ha lo scopo di ridurre i monconi di frattura e di stabilizzarli con mezzi metallici o altri materiali di sintesi, variabili in rapporto all'età del paziente, alla sua massa ossea, alla sede, al coinvolgimento dell'articolazione, all'esposizione del focolaio, alle condizioni delle parti molli, alle complicanze vascolari e nervose, alla perdita di sostanza ossea. Saranno tutte queste situazioni ad indirizzare l'operatore nella scelta del mezzo di sintesi più idoneo.

Nei casi in cui non sia possibile o indicato eseguire una sintesi si potrà procedere alla sostituzione Protesica.

CHIODI ENDOMIDOLLARI

- Omero
- femore
- tibia

VITI – PLACCHE

- braccio
- avambraccio
- polso
- bacino
- anca
- femore
- ginocchio
- tibia
- caviglia

FILI METALLICI

FISSAZIONE ESTERNA

PROTESI

- spalla
- gomito totale
- gomito capitello
 - anca
- ginocchio

LL

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

COMPLICANZE

trombosi venose profonde
infezioni
ematomi locali
danni per lesioni nervi, vasi, tendini
scomposizione della sintesi con necessità di reintervento
consolidazione viziosa
ritardo di consolidazione
pseudoartrosi
sindrome compartimentale
intolleranza ai mezzi di sintesi
rottura mezzi di sintesi
mobilizzazione impianto

E' possibile ritirare il consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Durante l'esecuzione della procedura sarà presente personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e che verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

ll



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 31

Bari li

NOTA INFORMATIVA

Nel rapporto tra medico e paziente si ritiene necessario ed eticamente corretto un ruolo consapevole e attivo di quest'ultimo in relazione al trattamento e agli esami diagnostici ai quali volontariamente si sottopone.

Questa nota informativa contiene notizie utili per conoscere i procedimenti chirurgici necessari per il trattamento della patologia **TUNNEL CARPALE**

Per questa ragione con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia bene compreso quanto viene qui di seguito sottoposto alla Sua attenzione e alla finale sottoscrizione.

È importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare abbia bene presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato. Di seguito pertanto Le verranno indicati i benefici in relazione a quanto Le verrà praticato, i possibili rischi e le eventuali alternative, così da consentirle una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita anche per iscritto un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile, per rendere comprensibile ed esauriente la esposizione. Se lo ritiene necessario non abbia alcun timore nel richiedere tutte le ulteriori informazioni che crede utili al fine di risolvere eventuali dubbi o chiarire alcuni aspetti di quanto esposto che non ha pienamente compreso.

La invitiamo pertanto, prima di prestare il Suo consenso scritto, a chiarire con il medico che glielo sottopone ogni aspetto che non Le appare sufficientemente comprensibile.

Il Medico Le illustrerà la natura del trattamento ed il metodo con il quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione, i rischi a esso connessi e le eventuali alternative possibili, nonché di aver preso visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discuterne il testo.

L'intervento di **SINDESMOTOMIA CARPALE CON LIBERAZIONE DEL NERVO MEDIANO** consiste nella sezione del legamento trasverso del carpo, responsabile etiopatogeneticamente della malattia con compressione diretta sul nervo mediano al canale carpale. Tale patologia presenta caratteristiche di cronicità ed un decorso evolutivo in senso peggiorativo; non esistono trattamenti farmacologici e fisici altrettanto efficaci in alternativa alla soluzione chirurgica, per la risoluzione del dolore e delle alterazioni sensitive e motorie legate alla sofferenza del nervo mediano al canale carpale.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Il risultato clinico complessivo è comunque influenzato da variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento e nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, non sempre risulta esattamente prevedibile l'entità della ripresa funzionale del nervo mediano.

In particolare l'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori, quali l'età, il grado originario della lesione del nervo, il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, il tipo costituzionale, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e cicatrici ipertrofiche, l'eventuale componente reumatoide, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative, l'osservanza dei consigli post-operatori. Tutti questi fattori condizionano il tempo di guarigione, che può andare da poche settimane nelle persone giovani ed in buone condizioni, a periodi più lunghi nelle persone anziane con condizioni sfavorevoli (diabete, epilessia, disturbi circolatori, alterazioni trofiche cutanee, etc.).

Possibili, anche se rare, le complicanze generali quali crisi di panico, sindrome vagale, crisi ipotensive o ipertensive, fenomeni allergici nei confronti dei farmaci anestetici o di altre terapie somministrate.

Le complicanze locali relative a questo specifico intervento sono rappresentate da dolore, eccessivo sanguinamento con successivo ematoma, lesione del nervo mediano o di alcune sue diramazioni.

Esiste inoltre la possibilità di formazione di aderenze cicatriziali tra i vari piani anatomici con successiva rigidità del polso e delle dita e recidiva della sintomatologia presentata prima dell'intervento; queste complicanze possono comportare la necessità di ulteriori interventi di revisione. Sono inoltre possibili complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza della ferita chirurgica ed allungamento dei tempi di guarigione.

Va inoltre ricordata l'importanza di un'appropriata rieducazione funzionale post-operatoria, senza la quale sono possibili residue rigidità del polso e delle dita con calo della forza prensile.

Va peraltro sottolineato che tutte le diverse possibili complicanze post-operatorie, seppur chiaramente descritte in letteratura, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

Sarà sempre possibile ritirare il consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

Durante l'esecuzione della procedura sarà presente personale qualificato a far fronte a qualsiasi necessità clinica e verranno utilizzate le apparecchiature tecniche conformi alle necessità specifiche.

Eventuali alternative terapeutiche

Trattamento conservativo

Il ritardare l'intervento chirurgico porta sicuramente alla progressiva sofferenza del nervo mediano con conseguente paralisi motoria di alcuni gruppi muscolari della mano e difficoltà nella presa degli oggetti.



PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

ORTO 33

Data

NOTA INFORMATIVA

L'intervento di MENISCECTOMIA ARTROSCOPICA SELETTIVA O COMPLETA

consiste in una procedura operatoria mini invasiva dotata di accuratezza diagnostica e potenzialità chirurgiche.

L'artroscopia rappresenta infatti, l'indagine più completa di tutte le formazioni anatomiche della cavità articolare e consente possibilità di valutazione statica e dinamica, mentre gli altri accertamenti diagnostici, compresi TAC o RMN, non forniscono risultati di assoluta certezza sulla classe di patologie in oggetto.

E' pertanto possibile che all'atto dell'artroscopia possano essere riscontrate condizioni anche difformi rispetto a quanto diagnosticato mediante gli accertamenti non invasivi precedentemente praticati.

In questi casi è verosimile che le procedure chirurgico-terapeutiche proposte nel presente documento possano subire variazioni rispetto a quanto preventivato.

In particolare potrebbero evidenziarsi altre patologie associate, per le quali esiste l'indicazione ad un trattamento complementare immediato: lesioni condrali, pliche sinoviali patologiche, stato di iperpressione rotulea, presenza di corpi liberi articolari.

Vengono al contrario esplicitamente escluse estensioni del trattamento che non rivestono caratteri di urgenza e che diversamente da quanto concordato, comporterebbero una variazione significativa nei tempi e nelle modalità del decorso post-operatorio (come nel caso di una concomitante lesione del legamento crociato anteriore).

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'L' followed by a cursive flourish.

ASLBA

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

Le lesioni meniscali creano disturbi e condizioni sfavorevoli per la cartilagine articolare, la quale in loro presenza subisce processi degenerativi più precoci; risulta pertanto indicata una loro regolarizzazione nella misura più circoscritta possibile, per consentire al ginocchio di mantenere in sede la più ampia parte di componenti meniscali sane, necessarie alla conservazione della migliore fisiologia articolare.

In determinate situazioni, è possibile, procedere alla sutura meniscale, che è soggetta a decorso post-operatorio più complesso e può andare incontro a varie forme di insuccesso.

L'intervento proposto, condotto con una procedura chirurgica mini invasiva, ha il vantaggio di essere più efficace e meno traumatizzante rispetto alle soluzioni chirurgiche in artrotomia, con conseguente riduzione di tutti i tipi di complicanze locali connesse alla chirurgia a cielo aperto quali le infezioni e le rigidità articolari. Consente inoltre, successivamente al trattamento, un più agevole recupero funzionale ed una riduzione dei tempi necessari all'esecuzione di pratiche riabilitative.

Pur tuttavia, nonostante gli evidenti fattori positivi derivanti dall'impiego della tecnica operatoria proposta, il trattamento risulta essere non esente da rischi, pur essendo essi ridotti rispetto a quelli connessi ad altri procedimenti operatori più invasivi.

Non è possibile escludere complicanze intraoperatorie quali le rotture intrarticolari degli strumenti chirurgici utilizzati (dipendenti dalla particolare conformazione strutturale degli strumenti) e le sempre possibili pur altamente improbabili lesioni vascolari o neurologiche periferiche.

L'insorgenza di tali complicanze, o la diagnosi artroscopica di alcune rare patologie intrarticolari (cisti meniscali, corpi mobili o neoformazioni endoarticolari), può rendere necessario il ricorso ad artrotomia tradizionale con esecuzione di procedure chirurgiche a cielo aperto.

Non azzerabili, anche se ulteriormente ridotte, risultano essere inoltre le complicanze post-operatorie flogistiche, reattive o infettive, ed allo stesso modo non è possibile escludere a priori la possibilità di complicanze di tipo vascolare quali le flebotrombosi o le tromboembolie.

Per ridurre ulteriormente i rischi di tali eventi saranno comunque attuate le profilassi farmacologiche antibiotiche e/o antitrombotiche che in letteratura e nell'esperienza quotidiana dell'Unità Operativa risultano essere le più efficaci.

Con tali tecniche chirurgiche risultano inoltre essere assolutamente infrequente la necessità di dover ricorrere ad emotrasfusioni.

ll



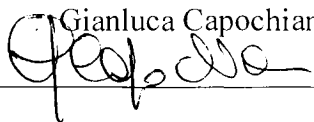
PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN PAOLO"
Contrada Caposcardicchio-70123 BARI
U.O.C di ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA
Direttore: Dott. Leonardo Petrelli

La possibile insorgenza di complicanze va citata pur nella certezza che la loro incidenza risulta statisticamente non significativa essendo rappresentata, nelle migliaia di trattamenti effettuati, da cifre esprimibili percentualmente in valori inferiori all'unità percentuale.

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and strokes, located in the bottom right corner of the page.

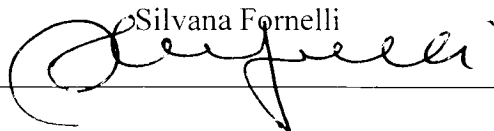
Parere del Direttore Amministrativo

Gianluca Capochiani

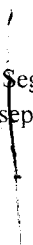


Parere del Direttore Sanitario

Silvana Fornelli

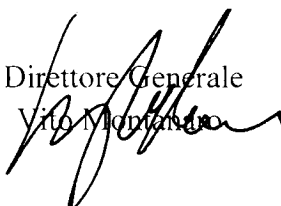


Il Segretario
Giuseppe Colella



Il Direttore Generale

Vito Montanaro



**Area Gestione Risorse Finanziarie
Esercizio 2015**

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

.....
(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario

Il Dirigente dell'Area

.....

.....

SERVIZIO ALBO PRETORIO

Pubblicazione n. **62**

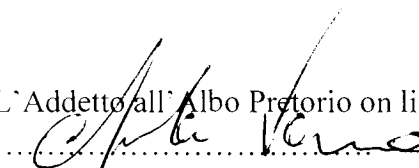
Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data

~~..... - 4 GIU. 2015 -~~

- 4 GIU. 2015

Bari:

L'Addetto all'Albo Pretorio on line



Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. del
..... è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti
di competenza.