

CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CHIRURGIA DEFORMITÀ AVAMPIEDE

CORREZIONE CHIRURGIA DELLE DEFORMITÀ DELL'AVAMPIEDE

Cosa correggere

Le deformità dell'avampiede possono essere diverse e prevedere quindi tempi e modalità chirurgiche diverse a seconda di ciò che dobbiamo correggere. Alla base di tali deformità incontriamo spesso un valgismo dell'alluce causa di una significativa sintomatologia dolorosa, della ricorrenza di borsiti infiammatorie e di deviazione persistente delle altre dita del piede che in alcuni casi può essere associato ad un invalidante dolore plantare (metatarsalgia).

Descrizione

L'alluce valgo è una deformità progressiva del primo dito del piede caratterizzata da deviazione laterale di varia entità associata o meno a pronazione. È legata a diverse cause, sostanzialmente biomeccaniche associate a familiarità. Può presentarsi associato a numerose deformità dell'avampiede: deformità in griffe delle dita, presenza di tilomi plantari, spesso vi è associato anche neuroma di Morton. Lo studio radiografico del piede sotto carico è necessario per valutare l'entità e la tipologia della deformità e definire in rapporto ad essa il tipo di trattamento necessario.

Esistono numerosissime tecniche chirurgiche di correzione dell'alluce valgo, con forme di osteotomia e metodi di sintesi svariati che possono essere ricondotte alle seguenti categorie:

- Interventi correttivi sui tessuti molli;
- Osteotomie prossimali del I metatarso;
- Osteotomie distali del I metatarso;
- Osteotomie della falange prossimale dell'alluce;
- Forme combinate.

Allo stato attuale gli interventi basati solamente sulla correzione dei tessuti molli vengono eseguiti in pochissimi casi nelle forme iniziali. La maggior parte degli interventi sono osteotomie od interventi misti.

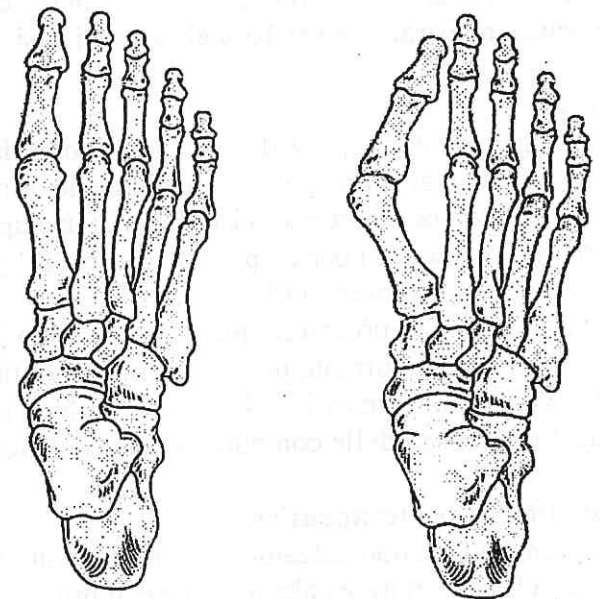
La scelta del tipo di intervento da eseguire è dettata dal tipo e dalla gravità della deformità prevalente, dalle deformità associate, dall'età e dalla richiesta funzionale del paziente.

Per la correzione della deformità possono essere utilizzate tecnologie di osteotomia che richiedono un'incisione cutanea di lunghezza variabile. Infatti è possibile correggere una deformità dell'alluce e delle altre dita sia con tecniche tradizionali che prevedono una più o meno ampia incisione cutanea, sia con tecniche a ridotto accesso cutaneo (come l'osteotomia distale percutanea per la correzione dell'alluce valgo), sia con tecniche percutanee pure che prevedono l'esecuzione di 2 o 3 piccoli fori.

La tecnica migliore non esiste, è importante capire la deformità ed utilizzare la tecnica migliore per ottenere un buon risultato duraturo nel tempo. In alcuni casi è bene eseguire tecniche miste che prevedono quindi sia un tempo open con adeguata incisione chirurgica, sia un tempo percutaneo.

Probabilità di successo

L'intervento garantisce la correzione della deformità ed una significativa riduzione del dolore in quasi tutti i casi ma la percentuale di pazienti soddisfatti varia ampiamente nei diversi studi pubblicati sull'argomento, dal 90% nei casi migliori al 70% in quelli peggiori, indipendentemente dal grado di riduzione e dalla ripresa funzionale ottenute; il tasso di complicanze registrato va dal 10% al 20% dei casi.



PIEDE NORMALE

ALLUCE VALGO



Viale Africa 32 - 00144 Roma
Tel. 06 54 999 - Num. Verde 800 076 076
www.villabenedettagroup.com
info@villabenedettagroup.it

MOD.KWH55

REV.2 08.02.19

Promedica 88 s.r.l.

Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199
C.F. e P.IVA 13257221005

CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CHIRURGIA DEFORMITÀ AVAMPIEDE

Notizie utili

L'intervento generalmente prevede una notte in ospedale (One Day Surgery).

Il tempo medio di guarigione per le procedure che implicano una osteotomia è di circa 2 mesi. Nei casi di osteotomia è necessario l'utilizzo di una apposita scarpa post-operatoria a dondolo (scarpa Podalux o Europa) per un periodo di circa 30 gg; con questa scarpa il paziente viene rimesso in piedi nei primi giorni dopo l'intervento.

Una attività sedentaria può essere ripresa anche dopo 7-10 gg.

Una attività lavorativa normale può essere ripresa dopo 1-2 mesi.

I punti di sutura sono rimossi 12-14 gg dopo l'intervento.

L'eventuale insorgenza delle complicanze già citate allunga i tempi di ripresa.

Eventuali alternative terapeutiche:

1. Prevenzione utilizzando calzature comode a pianta larga suola morbida e tacco non superiore ai 3 cm, se esiste già una borsetta evitare calzature che comprimano la parte dolente e con cuciture interne o proteggerla con appositi cuscinetti. In fase iniziale possono essere utilizzati anche dei separatori in silicone delle dita.
2. A scopo antalgico può essere utile l'uso di FANS che possono ridurre l'infiammazione articolare ma hanno effetti collaterali a carico di vari organi (stomaco, intestino, fegato e reni) e non possono essere utilizzati in maniera cronica.

Possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario

Persistenza del dolore, graduale peggioramento fino a grave deformità e rigidità articolare che limitano lo svolgimento delle normali attività quotidiane.

Letto e compreso quanto sopra esposto in data ___ / ___ / _____

ESPRIMO IL MIO CONSENSO

NEGO IL MIO CONSENSO

Firma del paziente _____ Firma del medico _____

CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CHIRURGIA DEFORMITÀ AVAMPIEDE

Eventuali rischi e complicanze:

COMPLICANZA	PERCHÈ	COSA POSSIAMO FARE
Infezione della ferita	Evento raro ma possibile spesso associato ad un'anomala mobilità del filo metallico usato per stabilizzare i monconi ossei. L'incidenza delle infezioni profonde è stimata tra 0-3,5%	Terapia antibiotica e rimozione anticipata del filo metallico con rischio di una parziale perdita della correzione e dell'allungamento dei tempi di guarigione
Necrosi avascolare della testa del 1° metatarsale	Si interrompe l'apporto di sangue alla testa del 1° metatarso che si deforma per il riassorbimento osseo	reintervento e rischio di un cattivo risultato a distanza
Alterazioni della sensibilità cutanea	Può verificarsi una lesione iatrogena del nervo dorsale digitale che si manifesta con parestesie e/o anestesia	Se si forma un neuroma può essere necessario intervenire per asportare il neuroma
Pseudartrosi	Può verificarsi una mancata consolidazione del focolo di osteotomia	Terapia fisica conservativa con onde d'urto, campi magnetici o ripresa dell'intervento
Ritardo di consolidazione	Evento possibile nella chirurgia percutanea a causa del mancato utilizzo di mezzi di sintesi metallici. Generalmente avviene entro 3 mesi ma può durare fino a 6 mesi	Accelerare la guarigione dell'osteotomia senza forzare i tempi in quanto l'edema ed il dolore possono dare fastidi. Terapia fisica con campi magnetici e calza elastica
Rigidità articolare e dolore	Ci può essere rigidità articolare della MTF 1 ^a con dolore al carico e alla deambulazione	Terapia fisica conservativa FANS o reintervento
Lesioni tendinee e vascolari	Può verificarsi una lesione iatrogena di tendini o vasi che attraversano il campo operatorio	Ripartizione intraoperatoria della lesione. Rischio di allungamento dei tempi di guarigione
Algodistrofia	Edema dolore e rigidità articolare diffusa del piede e della caviglia persistente	Terapia medica e terapia fisica
Recidiva della Deformità	A distanza di tempo l'alluce ripresenta la deviazione in valgo (nel 2%-8% dei casi)	Eventuale reintervento
Matatarsalgia centrale	A volte una correzione dell'alluce può comportare l'insorgenza di una metatarsalgia da sovraccarico	Plantari con scarico metatarsale. intervento chirurgico di osteotomia delle teste metatarsali

Letto e compreso quanto sopra esposto in data ___ / ___ / _____

Firma del paziente _____ Firma del medico _____

CONSENSO INFORMATO CORREZIONE CHIRURGIA DEFORMITÀ AVAMPIEDE

PLANNING CHIRURGICO

DIAGNOSI _____



N.B.: Il chirurgo informa comunque il paziente riguardo la possibilità di cambiare tecnica chirurgica di correzione qualora lo ritenesse necessario per il buon esito dell'intervento.

Letto e compreso quanto sopra esposto in data ___ / ___ / _____

Firma del paziente _____ Firma del medico _____



Viale Africa 32 - 00144 Roma
Tel. 06 54 999 - Num. Verde 800 076 076
www.villabenedettagroup.com
info@villabenedettagroup.it

Promedica 88 s.r.l.
Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199
C.F. e P.IVA 13257221005

MOD.KWH55

REV.2 08.02.19

SCHEDA DI DIMISSIONE RICOSTRUZIONE LCA

PROGRAMMA DI RIBILITAZIONE POST-OPERATORIA

Paziente: _____

Intervento: _____

Giorno post-op.	Tutore	KINETEC	
3 gg	0°	0° - 40° LENTO	Inizio carico sfiorante con tutore e bastoni canadesi
4 gg	0°	0° - 50° VELOCE	
5 gg	0°	0° - 50° LENTO	
6 gg	0°	0° - 50° VELOCE	Inizio mobilizzazione attiva fuori carico
7 gg	0°	0° - 60° LENTO	
8 gg	0°	0° - 60° VELOCE	
9 gg	0°	0° - 70° LENTO	
10 gg	0°	0° - 70° VELOCE	Inizio carico parziale con tutore e bastoni canadesi
11 gg	0	0° - 80° LENTO	
12 gg	0° - 40°	0° - 80° VELOCE	
13 gg	0° - 50°	0° - 90° LENTO	Carico totale progressivo con tutore e bastoni canadesi
14 gg	0° - 60°	0° - 90° VELOCE	Controllo ambulatoriale per rimozione punti e prescrizione FKT
15 gg	0° - 70°	0° - 100° LENTO	Inizio elettrostimolazione muscolare
16 gg	0° - 80°	0° - 110° VELOCE	
17 gg	0° - 90°	0° - 120° VELOCE	
18 gg	0° - 100°	0° - 130° VELOCE	
19 gg	0° - 110°	0° - 130° LENTO	
20 gg	0° - LIBERO	0° - 130° VELOCE	Fine Kinetec
1 mese	Controllo ambulatoriale + rimozione bastoni canadesi e Tutore		
45 gg	Nuoto + cyclette + ev. controllo ambulatoriale		
2 mesi	Controllo ambulatoriale + inizio corsa leggera e potenziamento fuori carico. Autorizza la guida di automobile		
3 mesi	Controllo ambulatoriale + corsa + potenziamento con carico progressivo		
4-5 mesi	Controllo ambulatoriale + allenamento allo sport specifico		
6-8 mesi	Ritorno attività agonistica		

NB.: Schema terapeutico indicativo suscettibile di variazione su indicazione medica fornita nei successivi controlli ambulatoriali



Viale Africa 32 - 00144 Roma
Tel. 06 54 999 - Num. Verde 800 076 076
www.villabenedettagroup.com
info@villabenedettagroup.it

MOD.KWH55

REV.2 08.02.19

Promedica 88 s.r.l.
Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199
C.F. e P.IVA 13257221005

ALLEGATO CONSENSO INFORMATO CHIRURGIA ARTROSCOPICA

ALLEGATO AL CONSENSO INFORMATO MEDICO-CHIRURGICO DEL SIGN. _____

Possibili **COMPLICANZE SPECIFICHE** per l'intervento di **CHIRURGIA ARTROSCOPICA**

- **SINOVITE**
- **EMATOMA SOTTOCUTANEO**
- **EMARTRO**
- **DOLORI SULLE VIE D'ACCESSO**
- **FLEBITE**
- **RIGIDITÀ ARTICOLARE**
- **ROTTURA INTRARTICOLARE DELLO STRUMENTO CON DIFFICOLTÀ ALLA RIMOZIONE IMMEDIATA**
- **ROTTURA NEOLEGAMENTO**
- **LESIONI CARTILAGINEE**
- **FRATTURE/NECROSI OSSEE**
- **LESIONI VASCOLARI E/O NERVOSE**
- **ARTRITE SETTICA**
- **POSSIBILI ULTERIORI INTERVENTI SUCCESSIVI O INTERVENTI A CIELO APERTO**
- **MALPOSIZIONAMENTO E VITI E/O ALTRI SISTEMI DI FISSAZIONE E LORO MOBILIZZAZIONE**
- **POSSIBILITÀ DI NON ASPORTARE TUTTI I CORPI LIBERI ENDOARTICOLARI**
- _____
- **RECIDIVE IMPIGMENT PER RESEZIONI INSUFFICIENTI DELL'ACROMION**
- **NECESSITÀ DI DOVER PROCEDERE AD ALTRO PRELIEVO TENDINEO (ROTULEO VERSUS GRACILE E SEMITENDINOSO)**
- **PERSISTENZA DELLA SINTOMATOLOGIA PER LESIONI CONDRALI (FALLIMENTO CANDROPLASTICA, MICROFRATTURE)**
- **RECIDIVE LESIONI MENISCALI PER CEDIMENTO DELLA SUTURA**
- **TROMBOSI E/O EMBOLIE**

Data ___/___/_____

ESPRIMO IL MIO CONSENSO

NEGO IL MIO CONSENSO

Firma del paziente _____ Firma del medico _____



Viale Africa 32 - 00144 Roma
Tel. 06 54 999 - Num. Verde 800 076 076
www.villabenedettagroup.com
info@villabenedettagroup.it

Promedica 88 s.r.l.
Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199
C.F. e P.IVA 13257221005

MOD.KWH55

REV.2 08.02.19

ALLEGATO CONSENSO INFORMATO PROTESI DI GINOCCHIO

ALLEGATO AL CONSENSO INFORMATO MEDICO-CHIRURGICO DEL SIGN. _____

Possibili COMPLICANZE SPECIFICHE per l'intervento di **PROTESI DI GINOCCHIO**

- FRATTURE DEL FEMORE E/O DELLA TIBIA E/O DELLA ROTULA
- ROTTURA O DISINSERZIONE DEL TENDINE ROTULEO
- DIFETTI DI POSIZIONAMENTO DELL'IMPIANTO
- DIFETTI DELL'ASSE O DELL'ARTO
- INSTABILITÀ ARTICOLARE
- LIMITAZIONE DELLE ESCURSIONI ARTICOLARI/RIGIDITÀ
- INTOLLERANZA AI MATERIALI DI IMPIANTO
- ROTTURA DEI COMPONENTI DELL'IMPIANTO
- RIASSORBIMENTO DI EVENTUALI INNESTI OSSEI
- DISMETRIA DEGLI ARTI INFERIORI
- MOBILIZZAZIONE ASETTICA/SETTICA DELL'IMPIANTO
- TROMBOSI E/O EMBOLIE
- LESIONI VASCOLARI E/O NERVOSE
- OSSIFICAZIONI ETERTOPICHE PARARTICOLARI
- CICATRICE CHELOIDEA DETURPANTE

Data ___/___/_____

- ESPRIMO IL MIO CONSENSO
- NEGO IL MIO CONSENSO

Firma del paziente _____ Firma del medico _____



ALLEGATO CONSENSO INFORMATO TUNNEL CARPALE

DECOMPRESSIONE DEL NERVO MEDIANO AL POLSO PER SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

Obiettivo: Ridurre la sintomatologia dolorosa, le parestesie e l'eventuale compromissione della funzionalità delle prime tre dita della mano eliminando i fattori di compressione del nervo e del polso. Il sollievo dal dolore è immediato dopo l'intervento, mentre il recupero della sensibilità e della forza muscolare, se alterate, sono gradualmente e correlate al grado e alla durata della compromissione del nervo nella fase preoperatoria.

Descrizione: Alcuni minuti prima dell'ingresso in sala operatoria viene effettuato un'iniezione con anestetico locale a livello del polso. Si posiziona il laccio simile al manico del misuratore della pressione arteriosa alla radice dell'arto, che in sala operatoria verrà gonfiato per un tempo pari alla durata dell'intervento, al fine di non far defluire il sangue. Mediante una incisione di pochi centimetri sul lato volare del polso si seziona il legamento trasverso del carpo aprendo volutamente il tunnel carpale e riducendo la pressione sul nervo mediano che scorre all'interno del tunnel.

Probabilità di successo: il successo della procedura è correlato al grado di compromissione delle fibre nervose al momento dell'intervento; mentre si osserva nella maggior parte dei casi una riduzione immediata della sintomatologia dolorosa.

Eventuali rischi e complicanze (anche post-operatorio):

- Persistenza delle parestesie e dei disturbi motori;
- Lesioni del nervo mediano che possono richiedere un reintervento;
- Lesioni tendinee che possono richiedere un trattamento chirurgico;
- Cicatrice chirurgica ipertrofica e dolorosa o dolore alla mobilizzazione del polso;
- Riduzione della forza del I dito che solitamente non regredisce;
- Ematoma;
- Modesta riduzione della forza di flessione delle dita;
- Infezione;
- Lesioni vascolari;
- Il laccio può provocare patologie che potranno essere scoperte nel corso dell'intervento e quindi trattate;
- È possibile che si scopra la presenza di neoformazioni che comprimono il nervo e si proceda alla loro asportazione.

Eventuali alternative terapeutiche: l'INFILTRAZIONE con cortisone associata a TUTORI DI POSIZIONE da mantenere nelle ore notturne riduce la sintomatologia dolorosa per periodi di durata variabile. I risultati clinici, a distanza di tre mesi, sono buoni per circa l'80% dei pazienti operati rispetto al 54% dei pazienti trattati conservativamente. È possibile decomprimere il nervo anche mediante TECNICA ENDOSCOPICA, attraverso due incisioni cutanee di piccole dimensioni e mediante strumenti che non consentono la diretta visualizzazione del nervo. Maggiori sono i rischi di lesione nervosa e vascolare, il recupero è più rapido nelle prime fasi, ma a distanza di un mese non vi sono vantaggi clinici o funzionali della tecnica endoscopica rispetto alla tecnica in aperto.

Possibili conseguenze derivate dal rifiuto dell'atto sanitario: il mancato trattamento chirurgico determina la progressione dei fenomeni di sofferenza del nervo mediano con progressiva comparsa di insensibilità a livello della faccia volare delle prime tre dita della mano, seguita da riduzione della forza della muscolatura alla base del dito. La prolungata compressione del nervo finisce per portare a danni irreversibili. Eventuali conseguenze temporanee e permanenti prevedibili, eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali. L'intervento viene effettuato in regime ambulatoriale ed il paziente viene rinvio a domicilio dopo qualche ora, previa verifica che non vi siano complicanze. Il paziente potrà utilizzare con cautela la mano nei giorni successivi, sino alla rimozione dei punti di sutura che solitamente avviene a circa 15 giorni dall'intervento, ma è consigliata l'astensione da attività di forza. Al momento della rimozione dei punti è consigliata la graduale ripresa funzionale che solitamente avviene in circa 5-7 giorni. Il recupero funzionale è commisurato al grado di compromissione del nervo nel momento dell'intervento. La ripresa di una attività lavorativa può avvenire dopo 7-10 giorni dall'intervento; per le attività manuali impegnative o ripetitive è consigliabile attendere 20-30 giorni.

Letto e compreso quanto sopra esposto in data ____ / ____ / _____

ESPRIMO IL MIO CONSENSO

NEGO IL MIO CONSENSO

Firma del paziente _____ Firma del medico _____



Viale Africa 32 - 00144 Roma
Tel. 06 54 999 - Num. Verde 800 076 076
www.villabenedettagroup.com
info@villabenedettagroup.it

Promedica 88 s.r.l.
Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199
C.F. e P.IVA 13257221005

MOD.KWH55

REV.2 08.02.19

ALLEGATO CONSENSO INFORMATO PROTESI ANCA

ALLEGATO AL CONSENSO INFORMATO MEDICO-CHIRURGICO DEL SIGN. _____

Possibili **COMPLICANZE SPECIFICHE** per l'intervento di **PROTESI ANCA**

- LUSSAZIONE PROTESI
- FRATTURA
- EDEMA DELL'ARTO
- DISMETRIA ARTI INFERIORI
- DIFETTI DI POSIZIONAMENTO DELL'IMPIANTO
- INTOLLERANZA AI MATERIALI
- ROTTURA DELL'IMPIANTO
- USURA DELL'IMPIANTO
- USURA DELLA CARTILAGINE (PROTESI PARZIALE)
- DOLORE DI COSCIA
- LASSITÀ ARTICOLARE
- OSSIFICAZIONE ETEROPICHE
- LIMITAZIONE ARTICOLARE
- DISTURBI NEUROLOGICI PERIFERICI
- REAZIONE AD EVENTUALI INNESTI OSSEI

Data ___ / ___ / _____

ESPRIMO IL MIO CONSENSO

NEGO IL MIO CONSENSO

Firma del paziente _____ Firma del medico _____