

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** \_\_\_\_\_ **data di nascita** \_\_\_\_\_

Quali sono le sue condizioni di salute?	<b>DISMORFIA DENTO-MAXILLO-FACCIALE</b> _____
Trattamento proposto:	<b>OSTEOTOMIA DEL MASCELLARE SUPERIORE</b> _____
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Allo studio clinico e radiologico presento una posizione difettosa del mascellare superiore e/o della mandibola che deve essere trattata con un intervento chirurgico. La malocclusione dento-scheletrica consiste in un anomalo rapporto tridimensionale del mascellare superiore e/o della mandibola per eccesso/difetto verticale, trasversale ed antero-posteriore, che risulta in molteplici quadri clinici di incorretta chiusura dei denti: terza classe; seconda classe; asimmetria facciale, morso aperto.</p> <p>La realizzazione dell'intervento riguarda il RIPOSIZIONAMENTO MASCELLARE che prevede il distacco osteotomico (mediante taglio dell'osso con frattura eseguita e controllata chirurgicamente) del mascellare in toto dallo scheletro facciale ed il suo ricollocamento spaziale al fine di ottenere una normocclusione. Osteotomia tipo Le Fort I (mediante taglio dell'osso con frattura eseguita e controllata chirurgicamente a livello del mascellare superiore): dopo infiltrazione locale con anestetico e vasocostrittore, si incide la mucosa gengivale lungo il mascellare superiore. Si espone l'osso mascellare e si procede alla osteotomia (taglio chirurgico) dello stesso al di sopra del piano oclusale. Il mascellare viene forzato verso il basso utilizzando una pressione digitale nella zona anteriore e viene riposizionato nella posizione programmata attraverso l'eventuale inserzione di uno splint (placchetta semi-rigida tipo bite) oclusale e l'esecuzione di un blocco intermascellare temporaneo. Si esegue, quindi, la stabilizzazione del mascellare attraverso l'utilizzo di placche da osteosintesi (per fissare l'osso nella nuova posizione spaziale) in titanio che vengono modellate secondo l'anatomia delle pareti del mascellare e fissate con viti. Solitamente si posizionano due placche per emimascellare: una a livello del pilastro nasale del mascellare, l'altra a livello della mensola maxillo-malare. Una volta completata la fissazione del mascellare, si rimuove il blocco rigido temporaneo e si procede alla sutura della ferita chirurgica mediante filo a lungo riassorbimento.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>L'intervento si propone di correggere la malocclusione dento-scheletrica: ripristinando il corretto rapporto tra le arcate dentarie, migliorando la simmetria facciale del paziente. Si intende migliorare la funzionalità legata alla masticazione e l'estetica del viso. Benché ci siano dei lavori che segnalano possibili miglioramenti della funzionalità articolare in seguito a chirurgia ortognatica, non esiste tuttavia evidenza scientifica di tutto ciò. In realtà, eventuali disturbi articolari preoperatori possono migliorare, rimanere invariati od anche peggiorare. Inoltre, in pazienti asintomatici in</p>

	fase preoperatoria, possono comparire disturbi articolari, transitori o permanenti, a carico delle articolazioni temporo-mandibolari, che possono richiedere ulteriori specifici trattamenti.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Il decorso post-operatorio prevede una dieta frullata o morbida per le prime settimane, una guida elastica intermassellare diurna e notturna da rimuovere ai pasti per i primi 15 giorni, secondo lo schema che viene consegnato al momento dell'applicazione e visite ambulatoriali di controllo (dopo 7, 15 e 30 giorni dall'intervento con controllo radiologico). Dopo l'intervento sarà necessario un trattamento ortodontico per perfezionare l'ingranaggio dentario ed ottenere una occlusione precisa. Potranno essere necessarie dopo l'intervento procedure odontoiatriche su denti e gengive, nonché altre restaurazioni dentarie. Il trattamento ortodontico postoperatorio potrebbe essere particolarmente lungo. Il dolore post-operatorio, se presente, è generalmente controllabile con terapia analgesica. Il gonfiore post-operatorio raggiunge il suo apice in seconda giornata e permane per un periodo variabile da caso a caso per poi regredire progressivamente. I tessuti del viso assumono spessore e consistenza definitivi non prima di 8-10 mesi dopo l'intervento. Possibile difficoltà nell'accettare la nuova morfologia del viso post-intervento. La chirurgia ortognatica, come per tutti gli atti medici, non può garantire risultati perfetti: in particolare, possono derivare dall'intervento piccoli difetti o i risultati possono essere inferiori alle aspettative sia sul piano estetico che della funzione. Si prende atto che le due metà del corpo umano non sono mai perfettamente uguali e non possono neppure essere rese perfettamente uguali dalla chirurgia. Il naso può subire modificazioni spontanee secondarie all'intervento sul mascellare superiore, quali un leggero innalzamento della punta ed un allargamento delle ali nasali; tali modificazioni possono essere favorevoli o sfavorevoli rispetto allo stato iniziale, non sono quantitativamente prevedibili, e possono essere, entro certi limiti, favorite o limitate da opportuni accorgimenti chirurgici che saranno decisi e attuati in sede operatoria. Influenza sul setto nasale. Normalmente, la posizione del setto nasale migliora in seguito all'intervento, tuttavia in casi rari possono verificarsi deviazioni del setto nasale o piccole perforazioni dello stesso, generalmente senza particolari implicazioni funzionali. Benché ci siano dei lavori che segnalano possibili miglioramenti della funzionalità articolare in seguito a chirurgia ortognatica, non esiste tuttavia evidenza scientifica di tutto ciò. In realtà, eventuali disturbi articolari preoperatori possono migliorare, rimanere invariati od anche peggiorare. Inoltre, in pazienti asintomatici in fase preoperatoria, possono comparire disturbi articolari, transitori o permanenti, a carico delle articolazioni temporo-mandibolari, che possono richiedere ulteriori specifici trattamenti.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Persistenza del quadro attuale
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p><b>FREQUENTI</b></p> <p>Dolore. Fisiologico nei primi giorni post-operatori e generalmente ben controllato dalla terapia prescritta;</p> <p>Edema post-operatorio. Fisiologico e legato alle tecniche chirurgiche, regredisce dopo un paio di settimane;</p>

	<p>Trisma. Tensioni muscolari di faccia e collo, transitorie o persistenti. È la difficoltà ad ottenere la normale apertura della bocca ed è da ricondurre al gonfiore fisiologico ed ai processi infiammatori post-operatori che interessano la muscolatura masticatoria. Questo può determinare la persistenza di cefalee e dolori articolari della mandibola;</p> <p>Sanguinamento post-operatorio. Fisiologico nelle prime 48 ore dopo l'intervento;</p> <p>Ecchimosi/ematomi sottocutanei. Dovuti allo stravasamento ematico sottocutaneo che cambia colore per la degradazione dell'emoglobina (rosso violacea nei primi giorni, verde dal 6-8 giorno, gialla dall'8-12 giorno fino a progressiva scomparsa)</p> <p>Esiste una concreta possibilità che il traumatismo subito durante l'intervento dai nervi sensitivi (nervo infraorbitario) lasci come esito qualche deficit transitorio o permanente della sensibilità: ipoestesia o anestesia del labbro superiore, guance, naso, gengive, denti, palato; tale anestesia può essere parziale o totale, temporanea o permanente. Il tempo di ripresa può essere molto lungo: diversi mesi (parestesia/anestesia transitoria) oppure può non verificarsi (parestesia/anestesia permanente. Il rischio di perdita di sensibilità permanente in piccole aree è comunque discretamente elevato.</p> <p>POCO FREQUENTI</p> <p>Effetti negativi imprevedibili degli anestetici locali e degli altri medicinali</p> <p>Emorragie intra e postoperatorie</p> <p>Insufficienze respiratorie e complicanze polmonari come tromboembolie</p> <p>Rischio di endocardite o altre infezioni sistemiche post-operatorie</p> <p>Infezioni postoperatorie delle sedi di intervento, dell'eventuale osso innestato, delle ossa sezionate, delle eventuali sedi di prelievo osseo, della bocca e del naso e cavità adiacenti). Contaminazioni dei siti chirurgici da microorganismi presenti nel cavo orale. Qualora si verificasse si procede con la somministrazione di cure antibiotiche, lavaggi periodici ed in caso di persistenza potrebbe essere indicata l'esplorazione chirurgica della sede con flogosi recidivante.</p> <p>Comparsa di malattia parodontale con eventuali marcati riassorbimenti delle radici e ulteriori retrazioni gengivali che possono rendere necessari ulteriori interventi di conservazione o ricostruzione del parodonto e/o degli elementi dentali.</p> <p>Danni ad elementi dentari tali da richiedere trattamento o avulsione</p> <p>Persistenza/peggioramento del quadro di sinusite</p> <p>Difficoltà respiratorie che richiedono adattamento</p> <p>Asimmetrie o irregolarità dei contorni cutanei nelle aree interessate dall'intervento.</p> <p>Persistenza di asimmetrie o di imperfezioni dentali, mandibolari e facciali che richiedono ritocchi o interventi secondari, e che possono comunque persistere definitivamente.</p> <p>Cicatrici deformanti/ipertrofiche e/o retraenti con asimmetrie in statica e/o durante la mimica facciale e/o compromissione del parodonto e riassorbimenti gengivali</p>
--	--

	<p>Mobilizzazione/infezione dei mezzi di sintesi. Qualora si verificasse verrà programmata la rimozione dei mezzi di sintesi.</p> <p>Recidiva. Per recidiva si intende la perdita del risultato occlusale raggiunto subito al termine dell'intervento chirurgico, con uno spostamento superiore a 2 mm. Può essere dovuta a cause muscolari, scheletriche (mancato adattamento neuro-muscolare), occlusali, incompleta contenzione. E' anche importante, al fine di evitare questa complicanza, una completa compliance da parte del paziente. Generalmente non compromette in maniera significativa il risultato estetico finale, può comparire a distanza di settimane, mesi o anni di distanza e può richiedere un supplemento di terapia ortodontica o, in alcuni rari casi, anche un reintervento.</p> <p>RARE</p> <p>Mal consolidamento delle osteotomie (mancata unione dei frammenti ossei)</p> <p>Necrosi ossea più o meno ampia con necessità di rimuovere frammenti di osso necrotici e sottoporsi ad un secondo intervento ricostruttivo</p> <p>Comunicazioni oro-nasali e oro-sinusali</p> <p>Modificazione della voce</p> <p>Comparsa di dermatiti al viso</p> <p>Possibili infezioni delle vie urinarie</p> <p>Infezione con mancata integrazione dell'osso innestato e necessità di sottoporsi ad altre procedure chirurgiche per l'asportazione dello stesso</p> <p>Mancato conseguimento delle aspettative estetiche e/o cambiamenti emozionali reattivi ai cambiamenti facciali, anche emotivamente destabilizzanti con effetti depressivi.</p> <p>Il verificarsi di tali rischi e complicazioni può dar luogo ad un successivo reintervento, a breve -medio-lungo termine, oppure a terapia farmacologica aggiuntiva.</p>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Non vi sono alternative terapeutiche all'intervento proposto; in caso di rifiuto dell'intervento la patologia persisterà.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	I medici dell'equipe della Struttura Complessa e delle Strutture Semplici.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_