

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE**

Nome e Cognome _____ data di nascita _____	
Quali sono le sue condizioni di salute?	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Trattamento proposto:	<p>Intervento chirurgico di copertura con LEMBO LIBERO ANTIBRACHIALE RADIALE</p> <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <p>Lato <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <input type="checkbox"/> bilaterale</p>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>La terapia chirurgica è indicata nella copertura di perdite di sostanza di piccole o medie dimensioni, non cavitare e/o con esposizione di tessuti nobili profondi, quali ossa, tendini, vasi e nervi principali.</p> <p>La procedura proposta consiste in un prelievo di tessuti autologhi (cute, sottocute e fascia antibrachiale) dalla regione volare dell'avambraccio ed il prelievo dell'arteria radiale stessa e delle sue vene comitanti. Tale intervento consente di ripristinare in un unico tempo chirurgico un tessuto autologo (proprio) atto a coprire strutture nobili esposte quali ossa, tendini, vasi, nervi o protesi/placche/viti in caso di sintesi ossee. Una volta isolato il lembo, esso viene trasferito nella sede ricevente e anastomizzato microchirurgicamente ai cosiddetti vasi locali riceventi. Dopo il prelievo del lembo, l'arto superiore donatore rimarrà definitivamente irrorato da un solo vaso sanguigno per la mano (l'arteria ulnare). Il sito donatore del lembo viene di norma chiuso con un innesto dermo-epidermico a spessore parziale prelevato dalla coscia.</p> <p>Può essere eseguito in anestesia plessica o più spesso generale, in accordo con l'anestesista, al quale compete la scelta finale del tipo di anestesia più appropriato. L'intervento ha una durata generalmente variabile dalle 3 alle 6 ore.</p> <p>Eventuali variazioni prevedibili nel corso della procedura:</p> <ul style="list-style-type: none">- In caso di non riperfusione della mano a fine procedura, può essere necessario riposizionare il lembo e suturare l'arteria radiale al fine di rivascularizzare la mano.- In caso di riscontro intraoperatorio di un peduncolo vascolare non affidabile, può essere indicato il prelievo di un altro lembo, mediante ulteriore incisione chirurgica.

	<p>- Qualora le condizioni locali non lo permettano, non sarà possibile procedere alla copertura cutanea immediata mediante lembi e lasciare l'area cruenta. Potrebbe essere necessario usare innesti cutanei.</p> <p>Qualora le condizioni locali non permettano la copertura cutanea immediata, potrebbe essere indicato applicare una terapia a pressione negativa, ossia una medicazione connessa ad un sistema in aspirazione per favorire la detersione della lesione.</p> <p>E' possibile che il chirurgo modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario, ovvero qualora l'esplorazione mostrasse ulteriori strutture lesionate e/o variabili non prevedibili.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>L'intervento proposto è preferibile perché bilanciando gli aspetti favorevoli ed avversi delle possibili alternative, esso appare ottenere il miglior risultato, secondo le attuali conoscenze mediche specialistiche.</p> <p>Il procedimento chirurgico proposto può necessitare di un ulteriore intervento di revisione successiva, al fine del miglioramento funzionale.</p>
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Nel post-operatorio c'è dolore nelle prime ore a cui si sostituisce un senso più generale di dolenzia o fastidio, che tende a ridursi spontaneamente di intensità nei giorni successivi, ed è controllabile con una adeguata terapia analgesica. C'è edema, ossia gonfiore di grado più meno intenso, ed ecchimosi, ossia lividi, per i primi 7-14 giorni, che poi iniziano a ridursi anche se l'edema permane per mesi. Sono presenti dei drenaggi (tubicini di silicone), che servono a drenare i liquidi dei tessuti e che vengono rimossi nell'arco di qualche giorno a seconda della quantità di liquido drenato. Anch'essi possono essere causa di dolore, o meglio fastidio, che cesserà con la loro rimozione.</p> <p>La medicazione non va rimossa o bagnata per 14 giorni. Sono inoltre necessarie medicazioni successive alla dimissione che vengono eseguite presso l'ambulatorio e poi eventualmente anche a domicilio. Sono necessari eventuali ulteriori controlli a distanza. L'arto superiore va mantenuto in scarico per 21 giorni. In caso di intervento sul distretto cervico-facciale, il capo va mantenuto sollevato di circa 45°, mediante 2-3 cuscini, per 21 giorni. In caso di intervento su un arto inferiore, l'arto va mantenuto in scarico per 21 giorni o fino a guarigione. In caso di arto inferiore, non si può caricare sull'arto per i primi 21 giorni, per cui è opportuno mobilizzarsi con stampelle o carrozzina. Le eventuali suture non riassorbibili vengono rimosse dopo 14 giorni, altre riassorbibili non necessitano di rimozione e sono a permanenza. Docce, bagni e shampoo sono consentiti generalmente dopo 14 giorni o a guarigione. È opportuno evitare sforzi, carichi ed attività sportive o attività lavorative pesanti per almeno 1 mese.</p> <p>A guarigione è utile l'applicazione di crema idratante o per cicatrici per circa 6 mesi, evitare l'esposizione solare diretta ed applicare crema solare 50+ o 100+ per 8-12 mesi.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	<p>Le conseguenze al non intervento sono: persistenza di ampia ferita con rischio progressivo nel tempo di sovrainfezione delle strutture nobili profonde e/o dei mezzi di sintesi esposti, con conseguente peggioramento locale.</p>
Quali sono le complicità/effetti indesiderati e avversi?	<p>Il procedimento chirurgico non è esente da complicazioni, sia generiche che specifiche.</p> <p>Le <u>complicanze generiche</u> sono in rapporto con l'età, con le condizioni generali, con pregressi o latenti stati patologici come cardiopatie, insufficienza respiratoria e renale, malattie emocoagulative, diminuzione delle difese immunitarie, diabete, obesità, collagenopatie.</p> <p>Le <u>complicanze specifiche</u> sono:</p> <p>- TROMBOSI DEL PEDUNCOLO: in alcuni casi si può verificare un'interruzione del flusso sanguigno del peduncolo con conseguente ischemia arteriosa o stasi venosa del lembo.</p>

Tale evenienza, seppur rara, comporta un elevato rischio di necrosi completa del lembo e necessita di una tempestiva revisione chirurgica dell'anastomosi entro 4-6 ore. Nonostante una eventuale revisione chirurgica, è comunque possibile che si possano verificare ulteriori fenomeni trombotici e che si verifichi la necrosi del lembo. La maggior parte dei fenomeni trombotici avviene entro i primi 5 giorni dall'intervento stesso.

- **SOFFERENZA o NECROSI PARZIALE O TOTALE DEL LEMBO:** raramente il lembo può non sopravvivere parzialmente o totalmente nonostante non si siano verificate interruzioni di flusso sanguigno al peduncolo, e si possono demarcare nei giorni successivi all'intervento delle aree di sofferenza vascolare del lembo. A necrosi demarcata, è di norma necessaria una revisione chirurgica per effettuare la pulizia dei tessuti disvitali. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi.

- **NECROSI PARZIALE O COMPLETA DELL'INNESTO DERMO-EPIDERMICO (4.5% dei casi):** nella maggior parte dei casi, la guarigione dell'area donatrice del lembo avviene attraverso l'uso di medicazioni seriate. In rari casi può essere necessario dover effettuare un ulteriore innesto cutaneo.

- **INFEZIONE:** in genere è conseguente a penetrazione di germi nella ferita, può provocare la deiscenza (apertura) della ferita con fuoriuscita di pus. Si possono verificare recidive/nuove infezioni che possono coinvolgere sia i tessuti molli (lembo e tessuti attigui) sia i tessuti ossei (osteiti/osteomieliti acute/croniche). E' curabile solitamente con terapia antibiotica e medicazioni o, in alcuni casi, con revisione chirurgica. Avviene raramente e sono a maggior rischio pazienti immunodepressi o anziani defedati. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi.

- **CICATRICI PATOLOGICHE, DISTROFICHE E DOLENTI (5%):** tutti gli interventi lasciano cicatrici, alcune più visibili di altre sia in sede ricevente sia in sede di prelievo del lembo è possibile che residuino cicatrici molto evidenti ed estese che, nel tempo, possono avere colorazioni differenti, rispetto alla cute circostante, causare asimmetrie, evolvere dando luogo a cicatrici patologiche atrofiche, diastosate, ipertrofiche e/o cheloidee, a seconda del paziente, che non sono né predicibili né prevenibili. In taluni casi, possono essere legate a dolore cronico, sia spontaneo sia alla digitopressione e/o contrazione dei muscoli sottostanti. La cicatrizzazione patologica è conseguente, prevalentemente, alle caratteristiche proprie del paziente, ossia costituisce un evento imprevedibile perché legato alla capacità di ciascuno di formare tessuto cicatriziale patologico indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata e dal tipo di intervento subito.

- **ALTERAZIONI DELLA SENSIBILITA':** sia in sede donatrice sia in sede ricevente (20-25%), in termini di parestesia, ovvero formicolio localizzato a livello dell'area operata e circostante, che in genere si risolve spontaneamente nel giro di qualche settimana (frequentemente); ipoestesia, ovvero diminuzione della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che in genere tende a migliorare nell'arco di qualche mese (frequentemente); fino all'anestesia, ovvero scomparsa della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che può rimanere per sempre (raramente). In particolare in alcuni casi possono venire lesionati dei rami sensitivi del nervo radiale che possono degenerare con lo sviluppo di neuromi dolorosi. In tali casi possono essere necessari interventi di revisione del nervo, lipofilling o terapia cronica del dolore al fine di alleviare il dolore locale post-chirurgico di tipo cronico.

- **DEISCENZA DI FERITA:** in alcuni casi l'eccessiva tensione cutanea della sutura può provocare una riapertura della ferita. Se di piccola entità, questa viene gestita e fatta

guarire con medicazioni. Quando di entità maggiore, viene trattata o con una revisione chirurgica o con un innesto cutaneo.

- DISCREPANZA DI COLORE CUTANEO/PELURIA: il trasferimento di una porzione di cute da una parte del corpo ad un'altra comporta la presenza, nell'area sottoposta a ricostruzione, di tessuti cutanei di colore diverso e con presenza/assenza/distribuzione di peli diversa rispetto all'area ricevente.

- **LINFEDEMA (4%)**: in rari casi può verificarsi un gonfiore dell'avambraccio e della mano, che in rarissimi casi può essere di tipo permanente. Tale complicanza viene trattata di norma con bendaggi elastocompressivi e massaggi linfodrenanti.

- SIEROMA (2-3%): raramente, si può verificare un traumatismo chirurgico delle vie di drenaggio linfatico con accumulo di siero all'intervento della ferita chirurgica e sviluppo del cosiddetto sieroma. Se di piccole dimensioni (in genere < 50 mL), il sieroma viene trattato mediante agoaspirazione e medicazioni compressive ripetute. Se di elevate dimensioni (> 50 mL), può venir proposto anche l'intervento di revisione chirurgica della ferita.

- **SANGUINAMENTO (1%)**: in alcuni casi può verificarsi un sanguinamento (emorragia) sia in sede di prelievo del lembo sia in sede ricevente. In taluni casi, nonostante la presenza di drenaggi, il sangue si può accumulare all'interno dei tessuti e sviluppare così un ematoma. Quando di piccoli o medie dimensioni, gli ematomi non rappresentano un'indicazione all'evacuazione chirurgica salvo che non si trovino in corrispondenza del peduncolo vascolare del lembo. Quando di grandi dimensioni è indicata l'evacuazione e possono richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. E' importante seguire le indicazioni post-operatorie: evitare attività sportiva o lavorativa pesante, astenersi dall'uso dei FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) 10 giorni prima e dopo l'intervento chirurgico. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti.

- **ASIMMETRIA E/O DEFORMITÀ DELLA REGIONE OPERATA:** potrebbe evidenziarsi un'asimmetria tra la regione operata e la controlaterale. Alcune regioni anatomiche sono maggiormente suscettibili ad asimmetria e deformità, con possibile peggioramento estetico e funzionale.

- ISCHEMIA DELLA MANO: raramente. In caso di mancata perfusione vascolare da parte dell'arteria ulnare.

- **REINTERVENTI** (circa 5-20%): necessità di nuovo intervento chirurgico reso necessario dalla persistenza della lesione, dalla perdita dei lembi di copertura o per prosecuzione dell'iter demolitivo e ricostruttivo.

Eventuali note integrative

[illegible]

Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	<p>Le alternative all'intervento proposto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lembi fasciocutanei locali, con i seguenti aspetti favorevoli: non necessità di microchirurgia; e contrari: scarsa disponibilità di tessuti locali, possibile necessità anche di innesti cutanei - lembi fasciocutanei dal dorso (lembo TDAP, lembo parascapolare), dalla coscia (lembo ALT) o lembi muscolari (gran dentato), con i seguenti aspetti favorevoli: possibilità di allestire un lembo anche di grandi dimensioni, eventualmente con componente muscolare aggiuntiva al fine di riempire eventuali spazi morti; e contrari: esiti cicatriziali al dorso o alla coscia e possibili alterazioni funzionali a spalla o coscia - innesti cutanei, con i seguenti aspetti favorevoli: minima morbidità per il sito donatore; e contrari: qualità della ricostruzione finale poco prevedibile - applicazione della terapia a pressione negativa e l'uso di sostituti dermici, con i seguenti aspetti favorevoli: evitare la presenza di ulteriori cicatrici e/o sacrificio di muscoli; e contrari: lunghi tempi di guarigione con rischio di sovrainfezione; qualità della ricostruzione finale poco prevedibile.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'intervento chirurgico viene eseguito dai medici di Chirurgia Plastica o specialità equipollente. In casi selezionati di interventi combinati in cui siano richieste competenze di altre specialità ci si può avvalere di altri medici specialisti.

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
