

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Trattamento proposto:	Intervento chirurgico di copertura con LEMBO LIBERO PERFORANTE DELL'ARTERIA TORACODORSALE _____ <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> Lato <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <input type="checkbox"/> bilaterale
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 medio-grandi dimensioni, non cavitare e/o con esposizione di tessuti nobili profondi, quali ossa, tendini, vasi e nervi principali e/o nella ricostruzione di determinate regioni corporee.</p> <p>La procedura proposta consiste in un prelievo di tessuti autologhi (cute, sottocute ed eventualmente fascia profonda) dalla regione laterale del dorso per la copertura di una perdita di sostanza. La dissezione del lembo richiede un'incisione chirurgica nella porzione laterale del dorso e l'isolamento dei vasi sanguigni richiede, nella maggior parte dei casi, anche una dissezione intramuscolare del muscolo gran dorsale. Una volta isolato il lembo, esso viene trasferito nella sede ricevente e anastomizzato microchirurgicamente ai cosiddetti vasi locali riceventi.</p> <p>L'intervento viene eseguito in anestesia generale, ed 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 presenza di vasi perforanti inaffidabili per calibro e pulsatilità è possibile convertire la procedura nella cosiddetta variante a risparmio di muscolo (MSLD), con prelievo di un piccolo tassello di muscolo gran dorsale per mantenere in sicurezza l'apporto vascolare del lembo. In caso di assenza di vasi perforanti adeguati, sia per calibro che per pulsatilità, è opportuno convertire intraoperatoriamente la procedura in un lembo libero di gran dorsale (muscolare o miocutaneo).- 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>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>

	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.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	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. Il procedimento chirurgico proposto può necessitare di un ulteriore intervento di revisione successiva, al fine del miglioramento funzionale.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	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. 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. 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 superiore o 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. 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.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	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.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	Il procedimento chirurgico non è esente da complicazioni, sia generiche che specifiche. 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. Le <u>complicanze specifiche</u> sono: - 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. 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.

- 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.

- 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.

- INFEZIONE (1-12%): in genere è conseguente a penetrazione di germi nella ferita, può provocare la deiscenza (apertura) della ferita con fuoriuscita di pus, sia in sede ricevente sia in sede di prelievo del lembo. E' curabile solitamente con terapia antibiotica e medicazioni o, in alcuni casi, con revisione chirurgica, soprattutto in rari casi di infezioni necrotizzanti dei tessuti (es. fascite necrotizzante), che possono necessitare di ulteriori interventi chirurgici di bonifica dell'infezione con esiti cicatriziali a volte deturpanti. Avviene raramente. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi.

- 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 potrebbero essere coinvolte in alcuni casi parte o tutte le diramazioni di nervi sensitivi intercostali che passano attraverso il lembo stesso. In tali casi un loro sacrificio è inevitabile al fine di effettuare l'intervento stesso di trasferimento dei tessuti. Possono residuare pertanto sensazioni di scosse, formicolii, bruciore o assenza di sensibilità locali, nel caso ciò si renda necessario.

- 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) viene proposto anche l'intervento di revisione chirurgica della ferita.

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
