

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	_____ _____ _____ _____
Trattamento proposto:	Intervento chirurgico di copertura con <b>LEMBO LIBERO PERFORANTE DELL'ARTERIA SURALE MEDIALE (MSAP)</b> _____ _____ _____ _____  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 dimensioni medio-piccole, 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 ed eventualmente fascia profonda) dalla regione posteriore della gamba per la copertura di una perdita di sostanza. La dissezione del lembo richiede un'incisione chirurgica nella porzione postero-mediale di gamba e l'isolamento dei vasi sanguigni richiede una dissezione intramuscolare del muscolo gemello mediale. Una volta isolato il lembo, esso viene trasferito nella sede ricevente e anastomizzato microchirurgicamente ai cosiddetti vasi locali riceventi. Nel 30% dei casi l'area donatrice del lembo viene chiusa con un innesto dermo-epidermico. Può essere eseguito in anestesia spinale o più spesso generale, in accordo con l'anestesista, al quale compete la scelta finale del tipo di anestesia più appropriato. 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"><li>- In caso di presenza di vasi perforanti inaffidabili per calibro e pulsatilità è possibile dover effettuare il prelievo del lembo dalla gamba controlaterale; oppure può essere indicato il prelievo di un altro lembo.</li><li>- 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.</li></ul> <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. 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 inferiore va mantenuto in scarico e non si può caricare sull'arto per i primi 21 giorni, per cui è opportuno mobilizzarsi con stampelle o carrozzina. 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 sull'arto superiore, l'arto va mantenuto in scarico per 21 giorni o fino a guarigione. 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 complicanze/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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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</li> </ul>

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.

- **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.

- **ALTERAZIONE DELLA SENSIBILITA'**: 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 alcuni casi un sacrificio dei rami nervosi 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.

- **DEISCENZA DI FERITA (5%)**: 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.

- **SIEROMA**: 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.

- **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. Se massivo, può 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.

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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ERNIA MUSCOLARE: in taluni casi, l'apertura della fascia muscolare e la dissezione intramuscolare possono causare la comparsa di ernie muscolari post-operatorie a livello della faccia laterale di coscia, associate a possibile dolore cronico.</li> <li>- 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.</li> <li>- REINTERVENTI (circa 5%): 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.</li> </ul> <p>Eventuali note integrative</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?</p>	<p>Le alternative all'intervento proposto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lembi fasciocutanei o muscolari locali, con i seguenti aspetti favorevoli: non necessità di microchirurgia; e contrari: scarsa disponibilità di tessuti locali, possibile necessità anche di innesti cutanei;</li> <li>- altri lembi liberi fasciocutanei dalla coscia (lembo ALT) o dall'avambraccio (lembo antibrachiale radiale), con i seguenti aspetti favorevoli: possibilità di allestire un lembo di grandi dimensioni, eventualmente anche con componente muscolare al fine di riempire eventuali spazi morti (nel caso del lembo ALT), o lembi compositi con osso (nel caso del lembo antibrachiale radiale); e contrari: esiti cicatriziali alla coscia e all'avambraccio;</li> <li>- innesti cutanei, con i seguenti aspetti favorevoli: minima morbidità per il sito donatore; e contrari: qualità della ricostruzione finale poco prevedibile;</li> <li>- 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.</li> </ul>
<p>Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?</p>	<p>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.</p>

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

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_