



NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

Nome e Cognome

data di nascita

| | |
|---|---|
| Quali sono le sue condizioni di salute? | |
| Trattamento proposto: | REVISIONE/REGOLARIZZAZIONE/COPERTURA MONCONE DI AMPUTAZIONE (COMPLETA O PARZIALE) DITO O PLURIDIGITALE _____ _____ _____ _____ _____ Lato <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>L'intervento permette di effettuare la chiusura cutanea di un dito amputato in modo da proteggere le strutture sottostanti (ossee, nervose, tendinee) che non possono rimanere esposte.</p> <p>A seconda dei casi si dovrà accorciare il moncone osseo residuo, oppure confezionare un lembo cutaneo per la copertura del moncone osseo, in modo da preservare la lunghezza del segmento e/o ricostruire il polpastrello o il complesso ungueale.</p> <p>Procedura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recentazione margini di ferita, rimozione di eventuali punti di sutura ed eventuali corpi estranei, toelette - Regolizzazione del moncone osseo sino a tessuto sano - Ricostruzione di eventuali altre strutture lesionate in base al bilancio effettuato - Chiusura diretta del moncone di amputazione mediante sutura cutanea diretta - Eventuale chiusura del moncone mediante ricostruzione cutanea con lembo locale di avanzamento o peduncolato di rotazione - Sutura cutanea, bendaggio, immobilizzazione o tutore di protezione. <p>La procedura verrà eseguita in regime di urgenza differibile in base all'entità della lesione riportata. Sarà effettuata una anestesia locale, loco-regionale, generale o associazione di sedazione in base alla tipologia di lesione ed alla valutazione preoperatoria.</p> <p>E' possibile che il chirurgo modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario, ovvero qualora l'esplorazione mostrasse ulteriori strutture lesionate, oppure qualora non fosse possibile effettuare una ricostruzione diretta immediata.</p> |
| Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo? | <p>L'intervento proposto è preferibile perché bilanciando gli effetti favorevoli ed avversi delle possibili alternative, esso appare ottenere il miglior risultato, secondo le attuali conoscenze mediche specialistiche.</p> <p>Sono da considerare deficit permanenti, in base all'entità della lesione.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Il procedimento chirurgico proposto può necessitare di un ulteriore intervento di revisione successiva, al fine del miglioramento funzionale.</p> <p>In alcuni casi, data la tipologia del trauma e la sede della lesione, anche dopo ricostruzione, i sintomi possono non risolversi completamente e potrebbero residuare in esiti incompleti, tali da richiedere trattamenti chirurgici secondari o una chirurgia palliativa secondaria.</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 (un certo grado di edema permane per moltissimo tempo, anche più di 1 anno, a seconda dei pazienti). La medicazione non va rimossa o bagnata per 14-21 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. Le eventuali suture non riassorbibili vengono rimosse dopo 7-14 giorni, altre riassorbibili non necessitano di rimozione e sono a permanenza. Docce, bagni e shampoo sono consentiti generalmente dopo 14-21 giorni o a guarigione. È opportuno evitare sforzi, carichi ed attività sportive o attività lavorative pesanti per 2 mesi. 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> <p>Necessità di cicli di riabilitazione post-operatoria specifica, eventualmente integrata da tutori statici e/o dinamici, allo scopo di migliorare la rigidità, lo scorrimento tendineo, migliorare il recupero sensitivo e trattare le cicatrici cutanee.</p> |
| Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento? | <p>Persistenza di esposizione del moncone osseo con possibilità di complicanza infettiva, acuta o cronica, anche grave, fascite, infezione delle guaine tendinee.</p> <p>In caso di amputazione dell'apice del dito: non ricostruzione del polpastrello e instabilità cicatriziale con apice doloroso.</p> |
| Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi? | <p>Il procedimento chirurgico non è esente da complicazioni, sia generiche che specifiche. Le <u>complicanze generiche</u> sono in rapporto con età, condizioni generali, pregressi o latenti stati patologici come cardiopatie, insufficienza respiratoria o renale, malattie emocoagulative, diminuzione delle difese immunitarie, diabete, obesità, collagenopatie. Le <u>complicanze specifiche</u> sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - INFEZIONE: in genere è conseguente a penetrazione di germi nella ferita, può provocare la deiscenza (apertura) della ferita con fuoriuscita di pus; è curabile solitamente con terapia antibiotica e medicazioni o, in alcuni casi, con revisione chirurgica. Può essere anche grave di tipo necrotizzante. Il fumo aumenta sensibilmente il rischio di complicanze, soprattutto in termini infettivi e di necrosi. - SANGUINAMENTO: se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per una migliore emostasi (arresto dell'emorragia) e rimozione dei coaguli. Se massivo, può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. È 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. - EMATOMA: è una raccolta di sangue localizzata a livello locale; se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; |

| | |
|--|--|
| | <p>se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per evacuazione dello stesso ed una migliore emostasi. Può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - RITARDI DI GUARIGIONE DELLA FERITA: alcune condizioni mediche e alcuni farmaci possono interferire con i fenomeni riparativi. Pazienti diabetici, in terapia con steroidi (cortisone) o fumatori possono avere ritardi di guarigione e complicanze che richiedono un ulteriore intervento chirurgico. - SOFFERENZA o NECROSI DEI LEMBI CUTANEI e/o DEISCENZA DELLA FERITA CHIRURGICA: sofferenza della cute circostante e apertura della ferita chirurgica. - CICATRICE PATOLOGICA: tutti i traumi e gli interventi lasciano cicatrici, alcune possono essere molto visibili, distrofiche, dolorose, instabili. Le cicatrici possono avere colorazioni differenti rispetto alla cute circostante, causare asimmetrie, essere molto sviluppate e divenire patologiche, ossia ipertrofiche, cheloidee o atrofiche. Le cicatrici ipertrofiche o cheloidee producono tessuto cicatriziale in eccesso, e si manifestano con rossore, dolore, indurimento e rilevatezza della cicatrice stessa e dei tessuti circostanti, nella maggioranza dei casi si limitano solo alla cute e vanno trattate con il massaggio mediante l'uso di gel o creme specifici, ma in alcuni rari casi si diffondono ai tessuti sottostanti potendo coinvolgere anche le strutture profonde e determinare un'aderenza con le stesse. Le cicatrici atrofiche producono tessuto cicatriziale in difetto e si manifestano con depressione ed allargamento della cicatrice, determinando un avvallamento di cute e sottocute. 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': 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 caso di lesioni nervose possono residuare persistenza di dolore, parestesie e disestesie in sede di lesione e/o distalmente alla lesione, neuromi in sede di lesione, deficit di sensibilità e/o della forza permanente (legato alla lesione iniziale ed alle modalità di rigenerazione dei nervi dopo ricostruzione), in particolare è verosimile un disturbo permanente di sensibilità distalmente alla lesione. In particolare può persistere ALGIA APICALE DEL DITO (neuromi di amputazione). - DOLORE RESIDUO ed ALLA PALPAZIONE. - ONICODISTROFIA: o residuo di tavoletta ungueale necessitante revisione o asportazione di residuo di matrice. - ULTERIORE NECROSI APICALE: necessitante revisione chirurgica. - INTOLLERENZA caldo freddo/freddo persistente nel tempo. - RIGIDITÀ ARTICOLARE RESIDUA: eventualmente migliorabile con intervento di teno-artroli. - ALGONEURODISTROFIA: sindrome prevalentemente dolorosa (5-10%) caratterizzata dalla comparsa di edema, cianosi e dolore urente a livello dell'arto superiore. Rappresenta un'evenienza di raro riscontro e soprattutto non è legata al tipo di intervento subito in quanto può verificarsi in qualsiasi intervento o trauma anche di |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>modesta entità dell'arto. In base agli studi più recenti dipende da una predisposizione individuale legata statisticamente ad una instabilità neurovegetativa o tendenza a sindromi ansioso-depressive con uso di farmaci antidepressivi.</p> <p>Eventuali note integrative</p> <hr/> <hr/> <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>In alcuni casi, cicli di medicazioni prolungate possono consentire una guarigione cutanea per seconda intenzione. Il singolo caso verrà discusso con il Paziente.</p> |
| <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
