Reggio Emilia, lì …………………………………

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOZIONI GENERALI:**

L’articolazione scaroiliaca è una sincondrosi che unisce l’ala iliaca del bacino con l’ala dell’osso sacro.

E’ costituita da una parte craniale chiamata “recesso sacroiliaco” formata a tronco di piramide, che contiene il ligamento scaroiliaco, teso tra la faccia ileale e sacrale, ligamento molto spesso che garantisce la motilità superiore articolare e la tenuta dell’articolazione.

Questa parte è in continuità con una parte caudale a forma di L detta “processo auricolare”, che costituisce l’articolazione (sincondrosi) vera e propria. Tale parte contiene anch’essa un ligamento intra articolare che garantisce la tenuta e le superfici sono rivestite da cartilagine articolare. La faccia dorsale (sacrale) e ventrale (ileale) sono poi circondate da una serie di robusti ligamenti che aumentano la tenuta articolare.

Lo scopo principale dell’articolazione sacroiliaca è di garantire l’aumento dei diametri pelvici durante il parto nella donna ed in generale di favorire una certa motilità del bacino rispetto all’osso sacro quando venga esercitato un carico sulla colonna vertebrale.

I movimenti di questa articolazione sono molto modesti e sono movimenti di “nutazione”, cioè di rotazione tra la parte superiore ed inferiore di qualche centimetro. Tale articolazione (come del resto tutte le altre del corpo) può andare incontro a processi infiammatori e degenerativi.

I processi infiammatori sono frequenti nei pazienti con Spondilite Anchilosante ed Artrite Reumatoide, mentre i processi degenerativi articolari sono frequenti nei pazienti scoliotici e nei pazienti con artrodesi vertebrale, specie a livello L5-S1 e spondiloartrosi.

Il dolore sacroiliaco può essere irradiato alla fossa iliaca, all’inguine ed alla regione posteriore dell’arto inferiore (pseudosciatica). L’innervazione deriva dai rami posteriori da L4 e L5, specie nella parte ventrale e da S1-S2-S3 nella parte dorsale. Da qui si evince che la denervazione sacroiliaca può essere solo parziale ed appannaggio principalmente della zona dorsale.

Nei pazienti che non rispondono a terapia antinfiammatoria ed infiltrativa locale è quindi necessario bloccare l’articolazione con intervento di artrodesi transarticolare.

**DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO:**

Occorre ricordare che il dolore sacroiliaco rappresenta il 25% delle lombosacralgie e questa percentuale aumenta fino al 75% nei pazienti scoliotici e con artrodesi L5-S1.

L’intervento si esegue in anestesia generale con IOT, anestesia spinale e, raramente, in anestesia locale + sedazione.

Il paziente viene posizionato prono sul tavolo operatorio e, sotto guida fluoroscopica, viene individuata l’articolazione da trattare.

Seguendo le diverse proiezioni radiologiche, vengono posizionati trasversalmente tre piccoli perni in titanio attraverso una piccola incisura eseguita lateralmente a livello gluteo ed attraversano la muscolatura glutea le due superfici articolari ileale e sacrale.

Un perno craniale attraversa il recesso sacroiliaco superiore e due perni più caudali attraversano il recesso auricolare garantendo la stabilità articolare.

L’infusione locale di osso sintetico garantisce poi la tenuta dell’artrodesi.

Durante il post intervento il paziente dovrà indossare una “cintura pelvica” adeguata alla propria corporatura per due mesi e deambulare con carico ridotto al 20% dal lato operatorio per un mese e mezzo e non potrà eseguire sforzi o attività lavorative pesanti o che richiedano molte ore in posizione seduta.

Questo serve a preservare una buona tenuta dell’artrodesi sacroiliaca.

**POSSIBILI COMPLICANZE:**

Le complicanze riportate di seguito sono molto rare (minori dell’1%) e l’intervento può ritenersi molto sicuro.

Le complicanze sono comunque le stesse riferite per ogni intervento di artrodesi vertebrale, ma in questo caso molto meno frequenti.

Le principali complicanze sono le seguenti:

1. Ematoma gluteo da emorragia per lesione dell’arteria glutea superiore (evento per lo più evitabile con esecuzione di ecografia glutea preoperatoria ma possibile se esistono malformazioni anatomiche impreviste). In questo caso può essere richiesto l’intervento del chirurgo vascolare ed eventuali trasfusioni di sangue e plasma.
2. Danno neurologico transitorio per compressione da parte delle barre in titanio spinte troppo medialmente del tronco nervoso lombosacrale (radice L5) o delle radici S1-S2-S3.

Rarissimamente possono residuare esiti permanenti (paresi arto inferiore), in quanto i perni possono essere riposizionati e retratti nell’immediato post intervento se si evidenzia una compressione ella TAC post operatoria.

1. Infezione dei tessuti molli con ascesso gluteo e fascite necrotizzante che possono richiedere la rimozione dell’impianto.
2. Algodistrofia con microlesioni della corticale ossea, spesso per micromobilizzazione dei perni in titanio.
3. Persistenza (o recidiva) di dolore sacroiliaco anche dopo periodi brevi, spesso per una non corretta condotta post operatoria, così come per il punto 4).
4. Reazione allergica ai metalli o al composto osseo sintetico utilizzato, con possibile shock anafilattico.
5. Morte intra o post operatoria (shock emorragico, embolia polmonare, cause anestesiologiche ecc.).

**POSSIBILI ALTERNATIVE:**

Le alternative di trattamento possono consistere in trattamenti farmacologici (poco efficace e tossici), infiltrazioni ecoguidate con ozono, artrodesi a cielo aperto, denervazione sacroiliaca con tecnica video assistita (utile nei casi che ben rispondono alle infiltrazioni intraarticolari con cortisonico).

**Osservazioni di rilievo nel caso specifico:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Io sottoscritto………………………………………………………………………………………………………………………….

Dichiaro di essere stato informato Dott. .....................................................................................

In modo chiaro, comprensibile ed esaustivo, con adeguato anticipo, mediante colloquio e consegna di materiale informativo, sulla natura e sullo stato dell’attuale quadro clinico, nonché sulla indicazione ad eseguire la procedura:

...............................................................................................................................................................

Dichiaro, in particolare, di essere stato informato riguardo a:

* adempimenti preliminari, modalità di svolgimento, tempi della procedura
* tipologia e organizzazione della struttura sanitaria, con eventuale collaborazione/ partecipazione attiva di personale in formazione, con l’assistenza di tutor, e/o di specialisti già formati, eventuali carenze della stessa (assenza di rianimazione e terapia intensiva, emodinamica, centro trasfusionale, altro……….).
* indicazione, in caso di necessità, a praticarmi trasfusione di sangue o emoderivati
* eventuale necessità di metodiche integrative (esempio radiologiche, radiologiche interventistiche, chirurgiche, …) conseguenti al mancato completamento o all’insuccesso della procedura.
* possibile evoluzione della malattia/quadro clinico in caso di rifiuto della procedura.
* In ordine alle complicanze, mortalità, controindicazioni e principi di tecnica, mi è stata fornita ampia e specifica informazione, illustrata anche in questo documento. Mi è stato anche spiegato che le percentuali riportate in merito a complicanze ed eventi avversi possono aumentare in relazione a particolare complessità anatomiche o a situazioni cliniche particolarmente critiche

Dichiaro di essere pienamente cosciente, di aver letto attentamente il presente documento e di aver compreso in ogni sua parte il significato di questo consenso.

# □ ACCONSENTO □ RIFIUTO

Firma del Medico *………………………………………*

Firma del/la paziente

(se maggiorenne e capace di intendere e di volere) ……………………………………..

Firma dei genitori o di chi esercita la tutela *………………………………………*

(verificata la loro identità in caso di paziente minorenne)

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno *………………………………………*

(verificata la sua identità ed acquisita copia del provvedimento)