Reggio Emilia, lì ……………………………………..

Gentile Sig. / Sig.ra: …………………………………………………………………………………………………..

Il Dr: ………………………………………………………………… l’ha informata che dovrà essere sottoposto/a ad intervento di ERNIECTOMIA LOMBARE PERCUTANEA VIDEO ASSISTITA per ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

# INFORMAZIONI GENERALI:

Questo materiale informativo integra e completa le informazioni che vengono fornite durante la visita specialistica e il prericovero.

Lo forniamo come ulteriore aiuto a comprendere le indicazioni, le modalità con cui si svolge l’intervento che le è stato proposto, le possibilità e le probabilità dei risultati ottenibili e i potenziali rischi generici e specifici connessi all’intervento.

Vogliamo con queste poche righe fornire qualche informazione in più, cercando di rendere semplice la trasmissione di concetti medici, certi del fatto che per chi non è esperto in materia rimarranno comprensibili solo in parte.

Il giorno precedente o il mattino stesso dell’intervento o della procedura vi sarà chiesto di dichiarare per iscritto il consenso all’intervento, firmando un modulo, e ritenendo che abbiate potuto capire tutto quello che vi è necessario e sufficiente per dir di sì.

# ATTO CHIRURGICO PROPOSTO

La proposta è una erniectomia percutanea lombare videoassistita mediante microdiscectomia in radiofrequenza: con tale approccio si limita il danno a carico dei componenti dell’arco posteriore vertebrale eliminando la laminectomia e l’artrectomia vertebrale.

In tal modo si riduce drasticamente il sanguinamento locale, la formazione di cicatrici post operatorie, la sezione dei muscoli paravertebrali ed il danno sia radicolare che al sacco durale.

# BENEFICI ATTESI E SCOPO DELLA PRESTAZIONE PROPOSTA:

Miglioramento della sintomatologia dolorosa lombare e radicolare con conseguente recupero funzionale, che richiede sicuramente un tempo minore rispetto alla tecnica tradizionale.

# RISCHI PREVEDIBILI LEGATI ALLA NON ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE PROPOSTA:

Persistenza o peggioramento della sintomatologia dolorosa, eventuale comparsa (quando non presenti) o eventuale peggioramento di deficit neurologici a carico degli arti inferiori con danni funzionali anche permanenti

# RISCHI PREVEDIBILI LEGATI ALL’ESECUZIONE *(al momento della proposta)* E POSSIBILI COMPLICANZE:

* **Danno radicolare** (lesione di una radice nervosa con conseguente deficit neurologico) a causa di difficoltà tecniche che possono manifestarsi nell’isolamento di strutture nervose. Tale danno può essere transitorio o, molto raramente, permanente.
* **lacerazione della dura madre** con formazione di fistola liqourale che, nella maggior parte dei casi, si risolve spontaneamente senza complicanze ulteriori
* **cefalea ortostatica** (conseguente a fistola liquorale)
* **complicanze vascolari immediate o tardive** (lacerazione di piccoli vasi arteriosi e/o venosi paraforaminali, per lo più a risoluzione spontanea con riposo e bendaggio compressivo. Raramente può rendersi necessario un reintervento per coagulare il vaso beante.
* **discite** (ovvero l’infezione del disco e delle limitanti somatiche vertebrali adiacenti, talora estesa anche ai tessuti molli circostanti) da contaminazione esterna (evento che richiede ospedalizzazione, terapia antibiotica in ambiente ospedaliera, Evento rarissimo nelle persone sane non immunocompromesse.
* **infezione e/o deiscenza della ferita chirurgica**, **instabilità vertebrale post erniaria** con comparsa o persistenza di lombalgia indipendente dalla corretta esecuzione tecnica dell’intervento. Con la tecnica descritta eventi rarissimi perché la ferita chirurgica ha dimensioni di 1-2 cm e le strutture dell’arco vertebrale posteriore non vengono danneggiate.
* **Comparsa di trombosi venose** profonde degli arti inferiori con possibili fenomeni embolici. Rarissimi perché la mobilizzazione avviene già in prima giornata post operatoria.
* **Effetti visibili nel segmento corporeo operato (**cicatrici esuberanti o discromiche).

Complessivamente l’incidenza delle complicanze operatorie è pari al 3-6%, il rischio di nuovo intervento di revisione al 3-15%, mentre il rischio di mortalità a 30 giorni dall’intervento varia tra 0,5 e 1,5 per 1000 pazienti operati

# POSSIBILI PROBLEMI DI RECUPERO (es: conseguenze menomanti temporanee e permanenti, necessità di ausili, presidi, …):

Possibili deficit neurologici permanenti (evento rarissimo, minore dello 0,5%).

La deambulazione è concessa il giorno successivo all’intervento con l’ausilio di un bustino lombo-sacrale semirigido in tessuto che dovrà essere mantenuto per le 4 settimane successive all’intervento solo durante il giorno e con l’ausilio di un sostegno per ridurre il carico sull’arto operato al 20%. Si dovranno evitare sforzi del tratto lombo-sacrale (quindi flesso-estensioni o sollevamento di pesi) per 4 settimane.

# POSSIBILITÀ DI ALTERNATIVE:

Non esistono trattamenti conservativi che abbiano dimostrato la loro efficacia in modo certo. Per le conoscenze attuali l’ernia discale si risolve spontaneamente in qualche mese. Esistono trattamenti conservativi rappresentati da terapia farmacologica con FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei), cortisonici ed adiuvanti (pregabalin) per brevi periodi di tempo, farmaci antidolorifici come il paracetamolo od oppioidi associati al riposo articolare ed alla contenzione con busti.

Si possono attuare anche trattamenti conservativi palliativi come radiofrequenza pulsata epidurale o transforaminale, che possono essere utili come trattamenti post operatori una volta rimossa l’ernia discale.

Programmi di riabilitazione multimodali basati su esercizi posturali e fisio-kinesi-terapia strumentale: tali trattamenti hanno lo scopo di rendere più sopportabile la sintomatologia sino al momento della risoluzione spontanea dell’ernia. Purtroppo questa non avviene in circa il 15% dei casi: in questi casi, se la sintomatologia è limitativa la qualità di vita, ed il tempo passato dall’esordio è congruo (> 3 mesi), non esistono alternative all’intervento chirurgico.

# CONDOTTA DEL PAZIENTE NEL POST OPERATORIO

Appena sveglio e collaborante, salvo diverse indicazioni, il paziente è invitato a mobilizzarsi attivamente nel letto, girandosi su entrambi i fianchi, ed evitando di restare a lungo supino, allo scopo di decomprimere la ferita chirurgica. Dovrà portare calze elastiche antitrombo e sarà sottoposto a trattamento antitrombotico con eparina a basso peso molecolare.

Il giorno successivo, alla mattina entro le 10, il paziente è invitato ad alzarsi, ev con tutore lombare in tela armata (se prescritto) e a compiere qualche passo con sostegno, onde ridurre il carico dal lato operato al 20%. Tale mobilizzazione e deambulazione dovrà avvenire più volte nella giornata, incrementando l’autonomia deambulatoria.

A seconda dell’età e della entità dell’intervento si concorderà prima dell’atto chirurgico, l’eventuale presenza di un fisioterapista

Si ribadisce come tale collaborazione del paziente sia fondamentale per il miglior esito clinico ottenibile e per prevenire eventuali complicanze.

**Il suo caso presenta le seguenti ulteriori problematiche**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**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)