Reggio Emilia, lì ……………………………………..

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

Il Dr: ………………………………………………………………… l’ha informata che dovrà essere sottoposto/a ad intervento di TERMORIZOTOMIA E CAPSULECTOMIA VIDEOASSISTITA PER LE FACCETTE ZIGOAPOFISARIE E SACROILIACA 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.

# NOZIONI GENERALI:

Due cause frequenti di dolori lombosacrale e dorsale cronico e subacuto sono la sindrome zigoapofisaria (o delle faccette vertebrali, 5-15%) e la sacroileite (20-25% nei pz con A.R., Spondilite Anchilosante, scoliosi e spondilosi vertebrale e 75% nei pz con artrodesi vertebrale). Tali patologie possono essere legate a forme infiammatorie, a malformazioni delle colonna vertebrale e del bacino e colpiscono le cartilagini articolari, le capsule articolari, i legamenti intra e periarticolari (specie nell’articolazione sacroiliaca), a spondiloartrosi.

Fattori inoltre favorenti sono l’obesità, il lavoro pesante, la sedentarietà e la sindrome da fallimento della chirurgica vertebrale che vede appunto nella sindrome zigoapofisaria una delle cause principali di disfunzione vertebrale.

# DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO:

Il trattamento si esegue nelle “sindromi faccettarie vertebrali”, caratterizzate da dolore paravertebrale urente spesso non irradiato ed esacerbato dai movimenti del tronco e nelle “sacroileiti subacute e croniche”, caratterizzate da dolore urente nella parte laterale del sacro, specie in posizione seduta.

Viene eseguito in sala operatoria preferibilmente in regime di ricovero ordinario (due notti di ricovero) ed in anestesia generale o locoregionale.

Il paziente viene posizionato prono sul lettino operatorio e, tramite l’amplificatore di brillanza (raggi X), viene evidenziata l’articolazione da trattare. Previa disinfezione della cute e pomfo di anestesia locale, un ago guida viene posizionato, seguendo opportuni reperti radiologici, a livello dell’interlinea articolare dell’articolazione da trattare. Una serie di dilatatori verrà inserita attraverso un filo guida precedentemente inserito nell’ago (Seldinger), onde permettere l’introduzione della cannula di lavoro.

Attraverso la stessa, verrà introdotta l’ottica che permetterà la visione diretta dell’articolazione e delle strutture periarticolari (capsula e ligamenti). Con adeguati strumenti di lavoro, verrà eseguita una capsulectomia zigoapofisaria ed una rizotomia (con cannula per radiofrequenza monopolare) delle branche sensitive che raccolgono la sensibilità dolorifica profonda articolare.

Nei casi in cui l’articolazione risulti molto compromessa ed instabile, si potrà eseguire una artrodesi transarticolare percutanea in un secondo tempo.

A fine procedura il paziente verrà accompagnato in reparto, indossando un busto lombosacrale per le articolazioni zigoapofisarie ed una cintura pelvica per la sacroiliaca e dovrà restare allettato per almeno 24 ore.

# BENEFICI ATTESI E SCOPO DELLA PRESTAZIONE PROPOSTA:

Il trattamento consente di ridurre od annullare il dolore derivante dalle articolazioni zigoapofisarie e sacroiliaca ribelle a trattamenti farmacologici e fisiatrici convenzionali.

Il periodo di beneficio avrà una durata variabile da mesi ad anni, anche in funzione dello stile di vita del paziente.

# POSSIBILI COMPLICANZE:

Le complicanze legate a queste procedure sono molto rare (minori 1%) e possono essere le seguenti:

* danno neurologico per lo più transitorio e, rarissimamente, permanente all’arto inferiore dal lato operato;
* ematoma locale, di modeste dimensioni e spesso riassorbito spontaneamente;
* infezione locale e/o generale (paziente immunocompromessi);
* possibile permanenza o recidiva del dolore in atto (anche dopo brevi periodi);
* embolia polmonare (necessaria profilassi post operatoria con eparina a basso peso molecolare ed utilizzo di calze elastiche);
* instabilità vertebrale e/o sacroiliaca (necessità di artrodesi interarticolare)

# POSSIBILITÀ DI ALTERNATIVE:

Le opzioni terapeutiche alternative sono molteplici: fisioterapia, famaci, infiltrazioni intraarticolari ma, al momento attuale, il gold standard sembra essere la capsulectomia e termorizotomia in radiofrequenza videoassistita percutanea, che permette una denervazione articolare di almeno il 70% con mantenimento, nella maggior parte dei casi, della stabilità articolare stessa.

# CONDOTTA DEL PAZIENTE NEL POST OPERATORIO

In seconda giornata potrà alzarsi, deambulando con carico ridotto al 20% dal lato operato.

L’efficacia del trattamento si evidenzierà dopo un mese, durante il quale il paziente dovrà continuare a portare il busto o la cintura pelvica e deambulare con carico ridotto, facendo anche ricorso ad antidolorifici ed antiinfiammatori.

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)