

**NOTA INFORMATIVA A INTERVENTO DI ARTROPROTESI DI SPALLA**

Gentile sig/ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vogliamo fornirle alcune informazioni riguardanti l’ intervento chirurgico che le è stato consigliato al fine di decidere in modo consapevole se aderire o meno a questa proposta di trattamento Chirurgico.

**DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA**

L’articolazione della spalla è costituita da tre articolazioni: scapolo-omerale, acromion-claveare e la scapolo-toracica.

L’articolazione scapolo-omerale è costituita da una emi-sfera la testa omerale che si articola con una coppa la glenoide scapolare. Questa articolazione, dotata da una grande mobilità nei tre piani dello spazio, è stabilizzata dal cercine glenoideo e dai legamenti gleno-omerali.

L’artrosi è una malattia degenerativa articolare a carattere evolutivo, che origina primitivamente dalla cartilagine articolare e con il tempo coinvolge anche le strutture adiacenti.

Quando la degenerazione atrosica altera in modo irreversibile la possibilità di mantenere un buon movimento articolare e diviene causa di dolore non controllabile con le normali terapie farmacologiche e/o fisiche-riabiltative, è indicata la sostituzione protesica dell’articolazione. Le protesi articolari sono dispositivi meccanici atti a ripristinare la funzionalità di un articolazione danneggiata.

Per la spalla sono attualmente disponibili tre grandi famiglie di protesi: le protesi cefaliche di rivestimento della testa omerale sono indicate nell’artrosi concentrica con integrità della cuffia dei rotatori, le protesi anatomiche costituite una neo testa omerale fissata su uno stelo omerale sono indicate nei casi di importante deformazione della testa omerale o osteoporosi della testa omerale: in queste due protesi non e’ obbligatorio protesizzare la glena omerale specie se ha conservato una morfologia congruente con la testa omerale, la protesi inversa, necessaria in caso di artrosi eccentrica con migrazione della testa secondaria alla distruzione della cuffia, è costituita da una componente omerale con estremità a coppa e da una componente scapolare a forma sferica.

**ALTERNATIVE ALL’INTERVENTO CHIRURGICO:**

Le possibili alternative all’intervento chirurgico sono rappresentate da:

* terapie mediche (FANS, condroprotettori, infiltrazioni con cortisone e lidocaina)
* fisiochinesiterapia e terapie fisiche
* uso di ausili/tutori

Tali terapie hanno un elevato indice di fallimento in quanto non eliminano la causa, ma agiscono temporaneamente e parzialmente sul controllo della sintomatologia algica.

Ritardare oltremodo l’intervento chirurgico comporta un decorso progressivo del dolore, con progressiva limitazione dell’autonomia del paziente, strutturazione della ipotonotrofia muscolare del cingolo scapolare

e dei movimenti di compenso della scapolo-toracica; da non sottovalutare inoltre i possibili danni collaterali da uso prolungato o abuso di farmaci antinfiammatori non steroidei.

**PREPARAZIONE ALL’INTERVENTO CHIRURGICO**

Il ricovero viene preceduto da una valutazione ambulatoriale (pre-ricovero) comprendente gli esami di laboratorio, l’elettrocardiogramma, le radiografie di torace , la visita ortopedica,la visita cardiologica e la visita anestesiologica.

Tali accertamenti consentono di programmare il tipo di protesi e determinare lo stato di salute del paziente; può verificarsi la necessità di eseguire ulteriori approfondimenti diagnostici e di modificare le terapie mediche in atto a domicilio.

È sempre necessaria la sospensione temporanea delle terapie antiaggreganti e anticoagulanti in atto e la sostituzione con eparina a basso peso molecolare per ridurre il rischio di sanguinamento perioperatorio.

Vengono fornite indicazioni per il ricovero: si raccomanda la pulizia intestinale, il digiuno nelle 8 ore precedenti, un accurata igiene e la tricotomia dell’arto da sottoporre all’intervento chirurgico.

La scelta dell’impianto protesico viene effettuata in base a criteri precisi, valutando principalmente il tipo di anatomia patologica da trattare, ma anche l’età del paziente e le sue esigenze funzionali.

Il ricovero prevede la preparazione finale del paziente, che viene sottoposto a profilassi antibiotica e antitromboembolica personalizzata al fine di prevenire le complicanze infettive e tromboemboliche.

**DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO:**

La nostra struttura è in grado di effettuare questa tipologia di intervento essendo in possesso delle strutture e delle conoscenze tecniche adatte allo scopo .

L’intervento chirurgico di sostituzione protesica della scapolo-omerale viene eseguito in anestesia mista plessica e generale, la scelta del tipo di anestesia viene discussa con il paziente all’atto del prericovero e confermata tramite consenso specifico raccolto dall’ anestesista.

La via chirurgica deltoideo-pettorale rappresenta l’accesso più comunemente usato per la protesi di spalla. Dopo l’esposizione del capo lungo del bicipite brachiale, si procede alla sezione/disinserzione del tendine sottoscapolare: in questo tempo chirurgico è necessario isolare una piccola arteria accompagnata da due vene satelliti che decorre lungo il margine inferiore del tendine sottoscapolare. Grande cura va riservata alla mobilizzazione di questo tendine che contrae rapporti con il nervo circonflesso.

Viene poi incisa la capsula articolare e liberata sino al margine inferiore della glenoide. A questo punto si valuta la integrità della cuffia dei rotatori. La testa omerale viene esposta, tramite una manovra di lussazione e si valuta la cavità glenoidea. Dopo avere asportato tutti gli osteofiti della testa. Se la cuffia integra e’ possibile un semplice resurfacing si procede ad un taglio economico della testa e si impianta una testa omerale. Se a cuffia integra è necessaria una protesi anatomica con ancoraggio diafisario con l’apposito strumentario si preparano le sedi omerale e previa prova si impiantano le componenti protesiche definitive.

**DECORSO POSTOPERATORIO:**

Il paziente esegue un controllo radiografico postoperatorio al termine dell’intervento e vengono inoltre monitorizzati i parametri vitali, la temperatura corporea, il circolo e motricità periferici, la sensibilità dell’arto operato, il dolore e gli eventuali sanguinamenti della ferita chirurgica prima del trasferimento nel reparto di degenza.

Nei giorni successivi vengono controllati periodicamente i valori ematici di emoglobina, elettroliti, parametri della coagulazione e corrette le eventuali alterazioni.

Potrebbe inoltre essere necessario procedere a supporto trasfusionale.

L’arto viene mantenuto in tutore minislig in atteggiamento di abduzione e rotazione neutra sino a cicatrizzazione del tendine sottoscapolare disinserito.

**RECUPERO FUNZIONALE**

In assenza di complicazioni locali e sistemiche, il paziente viene dimesso dopo minimo 5/6 giorni.

A domicilio verrà posta indicazione a proseguire profilassi antitromboembolica fino alla ventesima giornata. La terapia medica comprende l’utilizzo di farmaci antidolorifici.

La sutura chirurgica viene rimossa dopo circa 2 settimane previa guarigione della ferita chirurgica.

La collaborazione del paziente nel mantenere una corretta e costante igiene personale e di vita è fattore cruciale nella prevenzione delle infezioni secondarie, in particolare devono essere monitorate e, ove necessario, trattate le possibili sedi di patologia infettiva.

**COMPLICANZE:**

Trattandosi di una procedura invasiva, l’intervento di artroprotesi di spalla è normalmente gravato da possibili complicanze, sia generali che locali, immediate o tardive, che elenchiamo qui di seguito con le relative percentuali:

* Possibilità di lussazione della protesi (circa 3%)
* Mancata remissione del dolore o recupero funzionale (5-6%)
* Complicanze settiche (infezione) (0,2%)
* Recidiva del dolore a distanza di tempo (5-10%)
* Complicanze trombo-emboliche (2-3%)
* Complicanze emorragiche (2-3%)
* Lesioni vascolo nervose (1%)
* Febbre (10%)
* Anemizzazione post-operatoria (8%)
* Cicatrice cheloidea (5%)
* Fratture peri-protesiche (1%)
* Mobilizzazione della protesi (4%)
* Necessità di re-interventi (5%)
* Altro …………………………………………………………………………………………………………

**DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE IN MERITO AI CONTENUTI DELL’INFORMAZIONE RICEVUTA:**

Io sottoscritto ………………………………………………………………. capace di intendere e di volere e in grado di capire la lingua italiana dichiaro di avere ben letto e compreso quale sono le mie condizioni cliniche, di essere stato adeguatamente informato circa i benefici, i rischi prevedibili, le possibili complicanze prevedibili e le eventuali alternative possibili riguardo la terapia o il trattamento propostomi; dichiaro inoltre di avere avuto il tempo necessario per la lettura e la comprensione di quanto contenuto, di avere posto al Medico Compilatore nella persona del Dr ………………………………........................... tutte le eventuali domande di chiarimento che ho ritenuto opportuno ricevendone chiara ed esplicativa risposta e dimostrando allo stesso di averne compreso il significato. Sono stato inoltre informato del diritto di potere revocare il mio consenso in qualsiasi momento prima che la terapia o intervento non sia più arrestabile.

A tal fine dichiaro:

🞎 ACCONSENTO 🞎 NON ACCONSENTO

di essere sottoposto all’ intervento di **ARTROPROTESI DI SPALLA**

Firma del paziente

Firma del testimone

Firma del medico

Luogo e Data

*PS: Nel caso di impedimento fisico che renda impossibile la sottoscrizione da parte del paziente , il documento dovrà essere letto alla presenza di un testimone il quale, sotto la sua responsabilità, dichiarerà che il paziente ha prestato il consenso al trattamento*

*Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*DICHIARA*

*- Che il presente documento è stato letto al Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*In sua presenza*

*- Che il medico procedente ha provveduto a fornire le spiegazioni richieste ed utili per la piena comprensione di quanto in esso riportato*

*- Che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha autorizzato il medico procedente ad effettuare il trattamento sopra descritto*

*- Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizzo fin da ora a procedere ad un ulteriore e diverso intervento qualora si verifichino circostanze tali da renderlo opportuno*

*Data\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma testimone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*Nel caso in cui il paziente si trovi in stato di momentanea incoscienza e fuori dai casi di ricorrenza dello stato di necessità, il medico dovrà attendere che egli riprenda coscienza per chiedere il consenso al trattamento. Non è corretto chiedere il consenso ai familiari, poiché si tratta di un atto personale.*

*\*Nel caso di paziente minore di età o in stato di incapacità legale e salvo la ricorrenza dello stato di necessità, il consenso dovrà essere prestato dal genitore esercente la patria podestà o dall’Autorità Tutoria.*

*\*Nel caso in cui il paziente non sia interdetto né in abilitativo e tuttavia si trovi in stato di incapacità naturale (non in grado di intendere e di volere salvo la ricorrenza dello stato di necessità- il consenso all’intervento/esame dovrà essere prestato da un curatore appositamente nominato da Tribunale competente.*