****

**NOTA INFORMATIVA INTERVENTO CHIRURGICO**

**DI RIPARAZIONE CUFFIA DEI ROTATORI A CIELO APERTO O IN ARTROSCOPIA**

**Sig./ Sig.ra ………………………………………………………………..………………………………….**

**Nato/a a ………………………………………………..…………. il ……………….………………………**

**DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA**

L’articolazione della spalla è tra le più mobili del corpo; essa è chiusa da una capsula articolare ampia ed elastica.

I movimenti di abduzione, elevazione, rotazione sono assicurati dai muscoli sovraspinato, sottospinato, piccolo rotondo e sottoscapolare, i cui tendini formano la “cuffia dei rotatori” situata al di sotto del processo acromiale della scapola.

La cuffia dei rotatori è soggetta a lesioni per cause legate all’invecchiamento e all’usura o per cause traumatiche o microtraumatiche. Quando si crea una lesione nella cuffia, questa può ingrandirsi nel tempo e portare a una rottura totale di questa struttura tendinea, con dolore e notevole limitazione funzionale.

La lesione della cuffia dei rotatori non tende a guarigione, ma la spalla interessata può raggiungere un nuovo equilibrio in tempi non prevedibili, ed è trattabile con terapie farmacologiche e/o fisiche-riabilitative.

Qualora ciò non si verificasse in termini di regressione del dolore, recupero della forza articolare, recupero dell’escursione articolare, è possibile trattare chirurgicamente l’articolazione malata. L’indicazione al trattamento chirurgico viene posta considerando la risposta al trattamento conservativo, le esigenze funzionali e il dolore.

**ALTERNATIVE ALL’INTERVENTO CHIRURGICO**:

Le possibili alternative all’intervento chirurgico sono rappresentate da:

* terapie mediche (FANS, infiltrazioni con cortisone e lidocaina)
* fisiochinesiterapia e terapie fisiche uso di tutori (tasche reggi braccio)
* istruzione (evitare sovraccarichi funzionali, ghiaccio locale)

Tali terapie hanno un elevato indice di fallimento in quanto non eliminano la causa, ma agiscono temporaneamente e parzialmente sul controllo della sintomatologia dolorosa. Ritardare eccessivamente l’intervento chirurgico può comportare un decorso progressivo del dolore, con aumento della limitazione funzionale e dell’autonomia del paziente, ciò causa progressiva ipotonotrofia muscolare, disturbi della circolazione periferica sia arterovenosa che linfatica, danni collaterali da uso prolungato o abuso di farmaci antinfiammatori non steroidei.

**PREPARAZIONE ALL’INTERVENTO CHIRURGICO**

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

Tali accertamenti consentono di 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.

Si consiglia sempre 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 il digiuno nelle 12 ore precedenti, un accurata igiene e la tricotomia dell’arto da sottoporre all’intervento chirurgico.

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**

L’intervento chirurgico viene eseguito in anestesia plessica o generale; la scelta del tipo di anestesia viene discussa con il paziente all’atto del prericovero e confermata tramite consenso specifico raccolto dall’anestesista.

L’intervento può essere eseguito sia in artroscopia (a cielo chiuso) che a cielo aperto; la scelta della tecnica di intervento viene fatta dal chirurgo operatore in base al tipo di lesione e in accordo con il paziente stesso.

L’intervento a cielo aperto viene eseguito attraverso una breve incisione nella regione anterolaterale della spalla; per via smussa si procede tra le fibre del deltoide si giunge al piano bursale; si procede alla rimozione della borsa sottoacromiale. Si esegue una parziale asportazione dell’osso acromiale (acromionplastica) per ampliare lo spazio di scorrimento dei tendini. Si reperta la lesione della cuffia dei rotatori, si fa un bilancio della lesione e si procede alla riparazione con punti staccati o con ancorette per una stabile fissazione dei lembi di cuffia. A termine dell’intervento si posiziona drenaggio ad aspirazione, si esegue sutura, e viene confezionato bendaggio compressivo. In caso di lesione non riparabile, viene eseguita una pulizia articolare con riparazione parziale della cuffia.

L’intervento artroscopico viene eseguito attraverso tre o più portali, incisioni non superiori ai 7-8 mm. Il decubito sul lettino operatorio è seduto o semidisteso. È prevista un’ipotensione controllata

Le fasi dell’intervento chirurgico sono l’esplorazione dell’articolazione gleno-omerale e il trattamento del capo lungo del bicipite che, in questa patologia, è spesso leso.

Si passa quindi allo spazio sotto-acromiale, ove, dopo un’accurata pulizia, si procede ad un bilancio della lesione, alla riparazione e, se possibile, alla re-inserzione con ancora e punti staccati.

**DECORSO POSTOPERATORIO**

Subito dopo la fine dell’intervento e prima del trasferimento nel reparto di ricovero vengono viene posizionato tutore reggibraccio, vengono monitorizzati i parametri vitali, la temperatura corporea, il circolo e motricità periferici, la sensibilità dell’arto superiore, il dolore e gli eventuali sanguinamenti della ferita chirurgica.

Il paziente viene solitamente mantenuto in osservazione in regime di ricovero per qualche ora.

**RECUPERO FUNZIONALE**

In assenza di complicazioni locali e sistemiche il paziente viene dimesso nella stesso giorno dell’intervento se l’intervento è stato eseguito in artroscopia o dopo 24 ore se l’intervento è stato eseguito a cielo aperto. La sutura chirurgica viene rimossa ambulatorialmente dopo circa 2 settimane previa guarigione della ferita chirurgica.A domicilio il paziente prosegue profilassi antitromboembolica per almeno 30 giorni, usa il tutore reggi braccio per almeno 30 giorni, esegue ciclo di fisiochinesiterapia (inizialmente esercizi di elevazione anteriore assistita per circa 30 giorni, indi recupero graduale dei restanti movimenti nei successivi due mesi). La terapia medica comprende l’utilizzo di farmaci antidolorifici.

**COMPLICANZE**

Le possibili complicanze legate all’intervento chirurgico comprendono:

Infezione superficiale (solo ferita e piani soprafasciali);

Infezione articolare;

Reazioni ad eventuali impianti e fili di sutura;

Deiscenza della ferita e/o ematomi;

Ossificazioni eterotopiche;

Persistenza di limitazione articolare e/o rigidità.

Recidiva di limitazione articolare e/o rigidità;

Fratture iatrogene

Lesioni vascolari e/o nervose; Disturbi neurologici periferici; Disturbi funzionali del deltoide; Recidiva di rottura della cuffia; Edema dell’arto operato; 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 che:

🞎 ACCONSENTO 🞎 NON ACCONSENTO

di essere sottoposto all’ intervento chirurgico di riparazione cuffia dei rotatori di spalla 🞎 DX 🞎 SX

🞎 a cielo aperto

🞎 in artroscopia

Firma del paziente

Firma del delegato

Firma del testimone

Firma del medico

Data e ora