****

**NOTA INFORMATIVA INTERVENTO CHIRURGICO DELLA RIZOARTROSI.**

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

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

**DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA**

L’articolazione trapezio-metacarpale, posta alla base del primo raggio della mano, permette i movimenti di ab-adduzione e di retro posizione del pollice.

La conformazione a sella dell’articolazione permette una grande mobilità del pollice a prezzo talvolta di una importante instabilita’ con secondaria degenerazione artrosica da iperuso.

La malattia artrosica idiopatica, lesioni traumatiche articolari, l’artrite reumatoide o le altre connettiviti spesso provocano alterazioni destruenti dell’articolazione trapezio-metacarpale. Le manifestazioni cliniche sono più frequenti nella donna in età perimenopausale.

Quando la degenerazione artrosica 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 indicato l’intervento chirurgico.

Il trattamento chirurgico della rizoartrosi in passato era l’artrodesi della trapezio-metacarpale con perdita di movimento di questa articolazione.

Modernamente il trattamento ortopedico di una articolazione artrosica sintomatica deve essere mirato a ripristinare un movimento completo ed indolore della stessa.

Nello scorso decennio il trattamento chirurgico più frequente e’ stata la asportazione del trapezio con interposizione tendinea ed inevitabile accorciamento del primo raggio.

Le attuali protesi spaziatore hanno superato gli inconvenienti delle prime protesi ad ancoraggio osseo e nella loro evoluzione favorevole permettono un recupero indolore del movimento della base del pollice con buona forza di presa. La eventuale necessita’ di asportare la protesi applicata ci riporta al noto risultato di una artroplastica (trapeziectomia ed interposizione tendinea).

In alcuni casi è ancora attuale il trattamento di asportazione parziale o totale del trapezio senza l’applicazione della protesi.

**ALTERNATIVE ALL’INTERVENTO CHIRURGICO:**

Le possibili alternative all’intervento chirurgico sono rappresentate da:

* terapie mediche (FANS, condroprotettori, infiltrazioni con cortisone e lidocaina nella fase flogistica e/o ac jaluronico) –
* fisiochinesiterapia e terapie fisiche –
* uso di ausili/tutori ortopedici

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

In caso di retrazione in adduzione del pollice il ritardo del trattamento chirurgico provoca una destabilizzazione dolorosa della metacarpo-falangea con grave deformazione a zeta del pollice che richiede un ulteriore intervento chirurgico.

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 ed 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.

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 12 ore precedenti, un accurata igiene dell’arto da sottoporre all’intervento chirurgico.

La scelta della protesi viene effettuata in base al grado di estensione delle manifestazioni artrosiche, 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 personalizzata al fine di prevenire le complicanze infettive e la eventuale terapia tromboembolica.

**DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO**

L’intervento chirurgico di sostituzione protesica del trapezio viene solitamente eseguito in anestesia plessica, 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 dorso-laterale rappresenta l’accesso più comunemente usato per la trapezio-metacarpale. Dopo l’esposizione della capsula articolare , si procede alla resezione parziale o totale del trapezio.

E’ buona norma isolare l’eventuale ramo sensitivo del radiale ed il ramo dorsale dell’arteria radiale che decorre appena sotto il trapezio.

Le superfici ossee rimaste in sede vengono modellate per potere accogliere la protesi spaziatore.

Se e’ presente un’ instabilita’ importante della base del primo metacarpo può essere necessaria la artrodesi temporanea del primo e secondo metacarpo con uno o due fili di k e nei casi di instabilità importante la ricostruzione del legamento o della capsula con innesto tendineo.

A termine dell’intervento, viene controllata l’emostasi, suturata la cute ed immobilizzato il pollice in abduzione.

**DECORSO POSTOPERATORIO:**

La mano viene immobilizzata con il pollice in opposizione con l’arto in fionda.

Il paziente in relazione al tipo di anestesia e alle condizioni generali, esegue controllo radiografico postoperatorio.

La mobilizzazione precoce delle dita lunghe e dell’ultima falange del pollice deve essere iniziata nell’immediato per prevenire l’edema della mano.

**RECUPERO FUNZIONALE**

In assenza di complicazioni locali e sistemiche, il paziente viene dimesso il giorno stesso dell’intervento..

A domicilio verrà posta indicazione a proseguire profilassi antitromboembolica per due settimane.

La terapia medica comprende l’utilizzo di farmaci antidolorifici.

I punti di sutura vengono rimossi dopo circa 2 settimane a 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 bisogna evitare di bagnare o inumidire la ferita prima della rimozione dei punti di sutura. Devono essere monitorate e, ove necessario, trattate tempestivamente tutte le possibili sedi di patologia infettiva.

Il paziente deve essere consapevole che per 6 mesi (sino ad adattamento delle superfici ossee resecate) è possibile che avverta una dolenza in sede di applicazione della protesi.

**COMPLICANZE**

Le possibili complicanze legate all’intervento chirurgico comprendono:

- Difetti di posizionamento dell’impianto

- Mobilizzazione asettica dell’impianto

- Infezione superficiale (solo ferita e piani soprafasciali)

- Infezione profonda e mobilizzazione settica dell’impianto

- Intolleranza ai materiali impiantati

- Reazioni ad eventuali innesti tendinei e/o riassorbimento degli stessi

- Usura e/o rottura dell’impianto

- Deiscenza della ferita e/o ematomi

- Ossificazioni eterotopiche

- Limitazione articolare e/o rigidità

- Dolore residuo

- Lesioni vascolari e/o nervose

- 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 per RIZOARTROSI MANO 🞎 DX 🞎 SN

Firma del paziente

Firma del testimone

Firma del medico

Luogo e Data