

DR CORZANI MARCO

Medico Chirurgo Specialista in Ortopedia e Traumatologia

Via E.Fermi 27 Siena(SI)

Tel 351.8935238- Email: dr.marcocorzani@gmail.com

CF: CRZMRC89D25I726D

P.IVA:01523830527

**INFORMATIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO DI ALLUCE VALGO/ALLUCE RIGIDO,
METATARSALGIE/DITA A MARTELLO E CHIRURGIA DELL'AVAMPIEDE.**

Gentile Sig./Sig.ra..... nato/a il

In rapporto al suo stato clinico, descritto nel referto della visita specialistica a cui è stato/a sottoposto/a,

Le è stato proposto di sottoporsi ad una procedura di

.....
.....

Scopo del presente modulo è quello di informarla sul tipo di procedura a cui sarà sottoposto/a e sui potenziali rischi o benefici della procedura a cui è stata posta indicazione.

La invitiamo a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto spiegato a voce.

L'alluce valgo è una deformità acquisita su predisposizione congenita con deviazione verso l'esterno del primo dito del piede.

La deformità va operata quando genera dolore, disturbi locali, difficoltà a calzare scarpe normali, alterazioni dell'appoggio (metatarsalgia).

Talora l'intervento ha una indicazione preventiva, specie nei giovani, per evitare la progressione della deformità.

Molto spesso la deformità si associa ad altre alterazioni dell'avampiede quale piede piatto, dita a martello, metatarsalgia che vanno trattate o meno in corso di intervento per alluce valgo a giudizio del Chirurgo Ortopedico, previa programmazione sui dati clinici, le Rx ed eventuali altri esami (ecografia, Risonanza etc).

L'Alluce Rigido (AR) si caratterizza clinicamente per la presenza di rigidità del complesso articolare falangeo -metatarso- sesamoideo (FMS) del 1° raggio, con conseguente alterazione della normale funzione articolare e della progressione del passo. I sintomi e i segni clinici sono estremamente variabili e dipendono dalla fase evolutiva nella quale avviene la diagnosi. Nei pazienti si reperta una sensibile riduzione della mobilità dell'articolazione Metatarso-Falangea (MF) conseguente alla degenerazione artrosica, che può essere associata o meno a dolore. La presenza di tale caratteristica clinica, che interessa 1 su 45 soggetti di età media e dal 35 al 60% dei soggetti con età superiore ai 65 anni può essere descritta più correttamente con la denominazione hallux limitus.

TRATTAMENTO CONSERVATIVO

In un primo momento, quando la deformità non è ancora particolarmente accentuata e non si corrono rischi di peggioramento imminente a causa dell'instabilità delle articolazioni, si può propendere per un atteggiamento conservativo. E non operare.

Nei casi di deformità lieve, per ridurre lo stress tendineo e il sovraccarico meccanico sulle teste metatarsali, è sufficiente compensare l'appoggio con un plantare (su misura) o con una modifica della calzatura risolvendo di fatto la sintomatologia. E' tuttavia necessario ricordare che un plantare esercita una funzione di compenso che si attiva solo quando inserito correttamente nella calzatura, ma non ha alcun potere correttivo sulla deformità. Questo è un elemento molto importante da tenere in considerazione poichè, nei casi di deformità progressiva, può accadere che il plantare non sia più sufficiente a compensare l'alterazione durante l'appoggio. Quando questo si verifica, prima di ricorrere ad un rinnovo del plantare, è bene verificare con una nuova visita specialistica che niente sia cambiato nel piede, per non incorrere nel tempo in problemi e deformità ben più gravi. Meno utili dei plantari sono gli spaziatori di silicone, da inserire tra l'alluce e le altre dita del piede, pensati sia per la notte che per il giorno. La spinta, esercitata dall'alluce sui raggi minori è così elevata da rendere piuttosto limitata l'efficacia di tali device nel controllo della sintomatologia. Allo stesso modo risultano poco utili calze e calzini correttivi pubblicizzati a puri fini commerciali su riviste e siti internet.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

La finalità dell'intervento chirurgico è quella di ridare una correzione stabile e funzionalmente valida del primo raggio (il complesso primo-metatarsale/alluce). Le modalità di esecuzione tecnica prevedono una mini incisione al metatarso distale, una fase di liberazione delle parti molli retratte adiacenti all'articolazione ed una osteotomia (sezione dell'osso) con centramento della testa metatarsale sull'asse della muscolatura lunga, che agisce sull'alluce, flessori ed estensori. Questa osteotomia è eseguita in sede pre-capitale (meta-epifisaria) o a metà osso (diafisaria). Essa viene stabilizzata in genere con un filo di Kirschner inserito per via disto prossimale attraverso la falange distale in modo percutaneo. Oltre all'osteotomia metatarsale, può essere necessario associare una osteotomia anche della falange e per stabilizzare questa si usano cambre (clips) o microviti. Spesso e' necessario associare tempi complementari, quali correzione di uno o più dita a martello e osteotomie metatarsali per ridare equilibrio e armonia alla posizione e lunghezza degli stessi. E' importante ricordare che in corso di intervento si può decidere di diversificare il programma dell'intervento, in base al riscontro diretto di quanto si constata direttamente verificando la situazione anatomico-chirurgica.

Patologia dita esterne

La Sua patologia articolare presenta caratteristiche di cronicità ed un decorso peggiorativo; la malattia si trova in una fase di avanzata gravità clinica e radiografica e non esistono trattamenti farmacologici, fisici o ortesici altrettanto efficaci in alternativa alla soluzione chirurgica proposta. Le, per la risoluzione del dolore, la correzione della deformità ed il ripristino di un equilibrio funzionale valido e duraturo nel tempo. La tecnica operatoria viene scelta in base all'entità della deformazione, del dolore, della rigidità e dell'età del paziente, delle sue richieste funzionali e dalle condizioni generali; nei casi più gravi solitamente si esegue una artrodesi (fusione dell'articolazione) che viene bloccato solitamente con un filo di K che va rimosso ambulatorialmente dopo 30-40 gg a fusione avvenuta, in alcuni casi può essere utilizzato un mezzo di sintesi interno in lega di titanio che rimane in sede, nei casi che non presentano rigidità può essere eseguita una tenotomia percutanea dei tendini estensori e/o flessori che consente una buona correzione della deformità. Dopo l'intervento si riprende la deambulazione con una scarpa post-operatoria adeguata, che andrà utilizzata per circa 30-40 gg.

COMPLICANZE

L' alluce valgo si sviluppa su una alterazione biomeccanica costituzionale di tutto il piede, che altera la funzionalità articolare a monte della deformità. Inoltre le alterazioni articolari di questa patologia si sviluppano lentamente negli anni, comprendendo usura della cartilagine, alterazione del profilo articolare, fibrosi periarticolare, aree di riassorbimento osseo, tutti elementi che l'intervento chirurgico può solo compensare, non eliminare. Non esiste purtroppo un intervento ideale. Sono state descritte più di 100 tecniche per questa deformità e non vi è consenso nel mondo medico verso quale sia in effetti la tecnica migliore. Noi utilizziamo quel complesso di tecniche che riteniamo più adatte e le migliori nelle nostre mani,

tecniche riconosciute e collaudate come affidabili da parte delle Società scientifiche internazionali. Le complicanze della Chirurgia dell'alluce valgo sono frequenti e numerose.

- **MARCATO E PERSISTENTE GONFIORE DEL PIEDE:** è una complicanza minore che viene risolta in genere con applicazioni regolari di ghiaccio e maggiore riposo mantenendo l'arto in posizione di scarico.

- **FLEBOTROMBOSI DELLA GAMBA:** è una infiammazione delle vene della gamba operata che si manifesta con voluminoso gonfiore del piede e della gamba stessa, un senso di forte pesantezza all'arto e dolore al polpaccio. Per minimizzare i rischi di tale complicanza viene prescritta una profilassi a base di eparina la quale andrà scrupolosamente eseguita dopo la dimissione.

- **EMBOLIA POLMONARE:** è il distacco di un trombo formatosi in una vena a causa della complicanza precedente, trombo che giunge ai polmoni determinando dolore toracico, difficoltà respiratoria, tosse, talvolta catarro bronchiale contenente sangue. E' un'evenienza pericolosa che obbliga ad un ricovero immediato in un reparto internistico. Per prevenire questa complicanza valgono le norme preventive della flebotrombosi.

- **RITARDO DI CICATRIZZAZIONE DELLA FERITA:** può essere sostenuto da alterazioni della circolazione locale ed in base a ciò può presentare diverse forme di gravità clinica, da semplici discromie con ipertrofia della cicatrice fino a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita. Tale complicanza può essere favorita da patologie generali preesistenti quali il diabete, le vasculopatie periferiche, se il paziente è un fumatore o se la ferita è stata bagnata/sporcata.

- **INFEZIONE DELLA FERITA:** provocate da fenomeni di colonizzazione batterica, possono interessare i tessuti molli circostanti la ferita chirurgica o interessare il tessuto osseo. Inoltre, difficoltà o mancata consolidazione dell'osteotomia, intolleranza ai mezzi di sintesi o mobilizzazione degli stessi, aree di ipo-anestesia dell'area operata sono complicanze più rare ma possibili. Un discorso a parte merita la rigidità, in quanto è frequente che l'articolazione operata resti più rigida, specie se la deformità è accentuata e di vecchia data. Una flessione dorsale di almeno 30° è sufficiente per una deambulazione corretta ed indolente con scarpa.

Non sempre si riescono ad evitare metatarsalgie da trasferimento. La recidiva è non è frequente, anche se è possibile una certa deviazione residua del dito, poiché vanno evitate ipercorrezioni, che sono funzionalmente negative. Complicanze catastrofiche (anchilosi, necrosi dell'alluce, trombosi venosa profonda, embolia polmonare etc.) sono rarissime, ma possibili. L'intervento prevede una breve degenza, è eseguibile anche in day hospital. Dopo la dimissione vanno scrupolosamente seguite le indicazioni contenute nella lettera di dimissione. E' importante osservare un periodo di riposo, evitando stazione eretta prolungata. In genere si eseguono medicazioni settimanali ed una radiografia dopo la quarta settimana. Poiché il piede resta ancora gonfio e tumido dopo questa data, è necessario evitare eccessivo impegno dell'area operata ed utilizzare scarpe con volume extra a punta quadra. Spesso è indicata della riabilitazione per facilitare il recupero. Mediamente il ritorno ad una piena ed efficiente autonomia avviene dopo tre mesi, anche se molte attività sedentarie, guidare, andare in bicicletta etc. sono pienamente possibili già dopo quattro settimane.

Mancata sottoposizione all'intervento: l'intervento ha come finalità prima quella di evitare il peggioramento della deformità che è il destino naturale di questa patologia, e di evitare la comparsa di disturbi e/o deformità alle dita esterne e ai metatarsi centrali con conseguente coinvolgimento della capacità deambulatoria e ripercussioni sui distretti superiori (caviglia, ginocchio, anca, colonna vertebrale). In conclusione quella dell'avampiede è una chirurgia complessa, ma che può essere affrontata con tranquillità, anche se non si possono escludere sia le complicanze che i risultati insoddisfacenti. Le informazioni contenute in questa scheda sono generiche ed andranno personalizzate per ogni singolo Paziente. Ricordiamo che è importante chiedere chiarimenti e dettagli al Chirurgo che programma ed eseguirà l'intervento se vi fossero dubbi od incomprensioni sulle informazioni contenute nella presente scheda.

La informiamo del fatto che l'Istituto di cura dove sarà eseguito l'intervento chirurgico, come previsto dai requisiti regionali di autorizzazione e accreditamento richiesti per trattare le patologie a Lei riscontrate, è dotato di adeguati dispositivi, macchinari, strumenti e strutture per la pronta rianimazione del paziente, ma non è dotato di struttura autonoma di terapia intensiva post operatoria ed è bensì collegato al sistema di

risposta all'emergenza/urgenza previsto dal Servizio Sanitario Regionale (sistema di allerta 118); pertanto La informiamo del fatto che, in alcune circostanze, l'assistenza intensiva potrebbe essere intrapresa presso la Clinica e proseguita presso altre e diverse strutture sanitarie, pubbliche e/o private.

Il presente documento ha lo scopo di informarLa e di fornirLe, in maniera il più possibile semplice e comprensibile, tutte le notizie circa la sua patologia e circa l'intervento da me proposto. Mio dovere è di illustrarlo fornendo ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione ed accertarmi che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione. E' importante che lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi, così da consentirLe una volontaria e consapevole decisione in merito. Resto comunque a Sua disposizione, anche telefonicamente (351-8935238), per dirimere qualsiasi dubbio o per fornire ulteriori informazioni che si rendessero necessarie dopo una più approfondita rilettura del documento.

Io..... Nato a.....

Il.....

Ho ricevuto questa informativa dal dottor Marco Corzani e ne ho compreso ogni aspetto.

Firma del paziente per ricevuta della nota informativa:.....

Firma del medico per avvenuta consegna della nota informativa:.....

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/adichiaro:

di aver ricevuto dal Dr. un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso: l'informativa fornita ; il colloquio con un medico; sui rischi, benefici, possibili alternative, in forma verbale e scritta e di aver compreso; di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;

di ☐ ACCETTARE / ☐ NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

firma pz.

Io sottoscritto Autorizzo ☐ Non Autorizzo ☐ l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;

Acconsento ☐ Non Acconsento ☐ a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge sulla privacy.

....., li