



CASA DI CURA PRIVATA

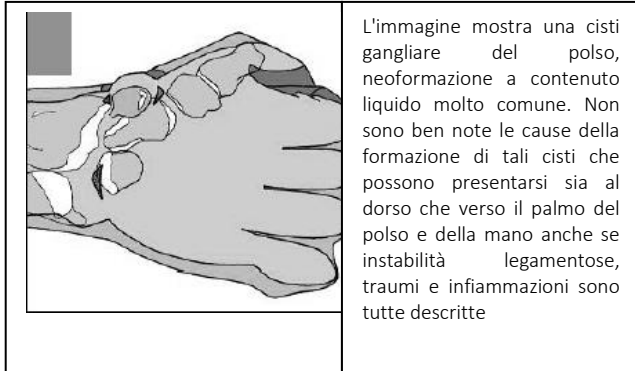
POLICLINICO SAN MARCO S.p.A.

CHIRURGIA DELLA MANO
Dr. Cortese – Dr.ssa Bortot

**Informativa - Cartella Clinica - Consenso
INTERVENTO CHIRURGICO
NEOFORMAZIONE DELLA MANO**



INFORMATIVA



L'immagine mostra una cisti gangliare del polso, neoformazione a contenuto liquido molto comune. Non sono ben note le cause della formazione di tali cisti che possono presentarsi sia al dorso che verso il palmo del polso e della mano anche se instabilità legamentose, traumi e infiammazioni sono tutte descritte

Le neoformazioni della mano sono molto comuni e spesso possono essere a contenuto liquido (cisti, gangli, etc) o solido (lipomi, cisti sebacee, etc)

Il trattamento proposto

Il trattamento che le viene proposto è l'asportazione della neoformazione a carico della mano.

La tecnica prevede una incisione cutanea in corrispondenza della neoformazione, l'isolamento della stessa dalle strutture tendinee, vascolari, muscolari e nervose ad essa limitrofe e la sua asportazione. Qualora non sia possibile una diagnosi clinica di certezza sulla natura di quanto escisso, il Chirurgo Operatore potrà decidere di inviarlo ad analizzare per l'esecuzione di un esame istologico definitivo.

I potenziali benefici e inconvenienti

La procedura chirurgica è finalizzata all'asportazione della neoformazione risolvendo la sintomatologia legata alla sua presenza (dolore, impaccio funzionale). La percentuale di recidiva (ri-presentazione) è variabile in base alla natura clinica con una media dal 5% per le cisti gangliari. L'intervento implica rari rischi generici tra cui: infezioni del sito chirurgico, ritardi di guarigione della ferita, alterazioni cicatriziali della ferita chirurgica; e rischi specifici: raramente lesioni nervose complete o parziali, deficit sensitivi e/o motori residui e deficit di forza, dolore in sede di intervento, neuroalgodistrofia. L'obiettivo principale dell'intervento è l'asportazione totale della neoformazione. Qualora le condizioni locali non permettessero l'escissione in toto

della stessa verrà eseguito un debulking, cioè una riduzione del volume totale della neoformazione senza però esciderla in toto.

Le possibili alternative

In letteratura sono descritte molteplici alternative non chirurgiche. Per le cisti gangliari in particolare sono descritte terapie fisiche, compressive o l'aspirazione della neoformazione. Tali procedure tuttavia si associano ad un rischio maggiore di recidiva. Normalmente la diagnosi pre-operatoria, eseguita mediante indagini strumentali come ecografia e risonanza magnetica, consente di valutare se si tratti di una neoformazione solida o a contenuto liquido ed in base a questo viene posta l'indicazione chirurgica o a trattamenti conservativi.

Sono inoltre descritti in letteratura differenti accessi cutanei per l'escissione.

Le probabilità di successo e i possibili problemi collegati al recupero o alla piena guarigione

Abitualmente la procedura di asportazione determina l'immediata scomparsa della tumefazione cutanea in corrispondenza della neoformazione. In rari casi si può formare una raccolta ematica (ematoma) in sede che impiega diverse settimane per il suo riassorbimento. In caso di neoformazioni in stretta contiguità con strutture nervose, la loro asportazione può determinare una irritazione transitoria del nervo (stupor) che però a volte può durare sino a 6 mesi e che si manifesta come parestesie (formicolio). Nel caso di cisti articolari o tendinee vi può essere un transitorio impaccio nell'utilizzo dell'articolazione o del movimento interessato. Per queste ragioni attenersi al programma postoperatorio di medicazioni, controlli e soprattutto fisioterapia, eventualmente integrata da tutori statici o dinamici secondo prescrizioni specifiche, rappresenta parte integrante e irrinunciabile dell'intervento stesso, influenzando potenzialmente sull'esito finale.

I possibili esiti del non trattamento.

La persistenza di una neoformazione cistica può portare nel tempo ad un suo aumento dimensionale tale da creare limitazioni o impaccio funzionale significativo. In alcuni casi cisti



CASA DI CURA PRIVATA

POLICLINICO SAN MARCO S.p.A.

CHIRURGIA DELLA MANO
Dr. Cortese – Dr.ssa Bortot

**Informativa - Cartella Clinica - Consenso
INTERVENTO CHIRURGICO
NEOFORMAZIONE DELLA MANO**



di grosse dimensioni possono dare compressione di strutture vascolari o nervose ad esse limitrofe. Nel caso di neoformazioni solide di sicura diagnosi pre-operatoria come nel caso di lipomi o fibromi, valgono le stesse considerazioni per le neoformazioni cistiche. Nel caso di neoformazioni solide di incerta diagnosi mediante ecografia o risonanza magnetica o comunque ovunque sia indicata l'esecuzione dell'esame istologico per la diagnosi definitiva, il non sottoporsi alla procedura potrebbe comportare un rischio di ritardo diagnostico di malattie severe.

Il post-operatorio ed il follow-up.

La mano può essere utilizzata dal giorno dopo l'intervento. Un leggero gonfiore, livido o fastidio nel palmo della mano, per quanto non siano presenti a quel livello incisioni cutanee è del tutto fisiologico (normale) dopo l'operazione. L'accesso cutaneo al polso non deve essere bagnato per 10-12 giorni. Compatibilmente con i fastidi riferiti al palmo il paziente può riprendere le normali attività della vita quotidiana. Il 60% dei pazienti guida il giorno dopo l'intervento. Il protocollo di trattamento prevede 4 sedute di riabilitazione con un Fisioterapista della Mano, a partire dai giorni immediatamente successivi all'intervento. A 10-12 (se necessario) viene eseguita una medicazione e controllo della ferita chirurgica da parte del Chirurgo. Un controllo viene suggerito a circa 40 giorni dall'intervento per eventuali chiarimenti o programmazione chirurgica della mano controlaterale.

Dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra riportato e di aver avuto modo di poter chiedere liberamente chiarimenti.

Data _____

Firma del Paziente/tutore/genitore _____

Firma del Medico _____

(timbro o matricola e firma leggibile)



CASA DI CURA PRIVATA
POLICLINICO SAN MARCO S.p.A.

CHIRURGIA DELLA MANO
Dr. Cortese – Dr.ssa Bortot

**Informativa - Cartella Clinica - Consenso
INTERVENTO CHIRURGICO
NEOFORMAZIONE DELLA MANO**



CARTELLA CLINICA

ANAMNESI FISIOLÓGICA

ALLERGIE: NO SI → Sostanze:.....

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

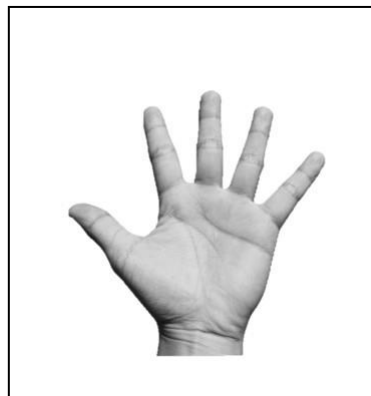
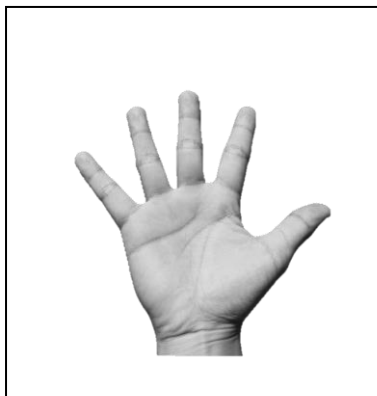
Da riferita comparsa di neoformazione, di dimensioni crescenti nel tempo.....

TERAPIE IN CORSO: NO SI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIABETE | <input type="checkbox"/> ANTICOAGULANTI/ANTIAGGREGANTI |
| <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE | <input type="checkbox"/> ALTRO:..... |
| <input type="checkbox"/> IPOLIPEMIZZANTE | |

ESAME OBIETTIVO LOCALE

- | | | |
|-------------------------|------------------------------------|--|
| MANO INTERESSATA: | <input type="checkbox"/> DESTRA | <input type="checkbox"/> SINISTRA |
| CONSISTENZA: | <input type="checkbox"/> MOLLE | <input type="checkbox"/> DURA |
| MOBILITA' PIANI SUPERF: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| MOBILITA' PIANI PROF: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| IPOESTESIE: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| SENSIBILITA': | <input type="checkbox"/> NORMALE | <input type="checkbox"/> ALTERATA |
| ESAMI STRUMENTALI: | <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA | <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/> RX |



Firma del Medico _____

Data _____

(timbro o matricola e firma leggibile)



CASA DI CURA PRIVATA
POLICLINICO SAN MARCO S.p.A.

CHIRURGIA DELLA MANO
Dr. Cortese – Dr.ssa Bortot

**Informativa - Cartella Clinica - Consenso
INTERVENTO CHIRURGICO
NEOFORMAZIONE DELLA MANO**



CONSENSO

Con la presente dichiarazione, da valere come manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà, io sottoscritto:

<input type="checkbox"/> Do il consenso	<input type="checkbox"/> Non do il consenso
Data _____	Data _____
Firma del Paziente/tutore/genitore _____	Firma del Paziente/tutore/genitore _____
Firma del Medico _____ <i>(timbro o matricola e firma leggibile)</i>	Firma del Medico _____ <i>(timbro o matricola e firma leggibile)</i>

a sottopormi all'intervento, dopo aver ricevuto adeguate informazioni dal Medico ed averle comprese.

Sono stato altresì informato dallo stesso della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso all'esecuzione dell'atto sanitario proposto.

Dati del dichiarante:

- paziente
- tutore del paziente inabilitato;
- genitori del paziente minorenni esercenti la patria potestà

in stampatello riportare nome e cognome e data di nascita del dichiarante, se diverso dal paziente _____

Firma dell'altro genitore. _____

In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la patria potestà, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente la patria potestà, ovvero di essere l'unico esercente la patria potestà esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri.

In caso di esercizio della patria potestà disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la patria potestà ovvero di procura notarile dell'esercente la patria potestà che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione d'autenticità della firma.

Indicare il nominativo dell'eventuale mediatore / interprete utilizzato _____