



CASA DI CURA PRIVATA

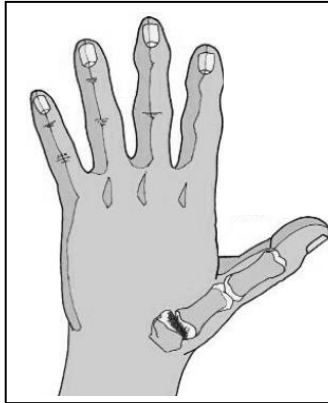
POLICLINICO SAN MARCO S.p.A.

CHIRURGIA DELLA MANO  
Dr. Cortese – Dr.ssa Bortot

**Informativa - Cartella Clinica – Consenso  
INTERVENTO CHIRURGICO  
RIZOARTROSI**



## INFORMATIVA



L'immagine mostra le ossa del primo dito ed evidenzia l'articolazione coinvolta nel processo artrosico. Il consumo articolare è causa del dolore alla mobilizzazione del pollice sia nelle prese fini che in quelle di forza, come ad esempio svitare ed avvitare un coperchio.

La rizoartrosi di Forestier, o artrosi trapezio-metacarpale, è il consumo dell'articolazione alla base del pollice.

### Il trattamento proposto

Il trattamento che le viene proposto è l'asportazione del trapezio e l'eventuale confezionamento di una artroplastica dell'articolazione trapezio-metacarpale.

La tecnica prevede un accesso sul lato dorso-radiale del primo dito, l'asportazione del trapezio in toto, la valutazione della stabilità del primo legamento intermetacarpale e l'eventuale allestimento di una sospensione del primo raggio su una plastica tendinea locale.

Il Chirurgo Operatore deciderà in sede intraoperatoria quale artroplastica adottare in base alle condizioni locali.

### I potenziali benefici e inconvenienti

La procedura chirurgica è finalizzata alla riduzione del dolore al primo raggio nei movimenti del pollice. L'asportazione del trapezio e la risoluzione del conflitto tra trapezio e primo metacarpo consente di ridurre il dolore legato al movimento del pollice.

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 instabilità del pollice, dolore residuo in sede di intervento, possibili deficit sensitivi e/o motori residui e deficit di forza, , neuroalgodistrofia.

Il miglioramento è comunque legato in gran misura allo stadio iniziale della patologia ed alla concomitante presenza di eventuale artrosi nelle altre ossa del carpo o nella radio-carpica e

medio-carpica. Quindi potrebbero persistere in parte alcuni sintomi nonostante l'intervento.

### Le possibili alternative

In letteratura sono descritte molteplici alternative non chirurgiche (infiltrazioni locali, terapie farmacologiche, terapie fisiche) e chirurgiche. In particolare le terapie fisiche sono impiegabili sino a quando danno un beneficio al paziente in termini clinici. Esistono molte tecniche chirurgiche per il trattamento di questa condizione. Ognuna presenta vantaggi e svantaggi in termini di tempistiche di recupero, stabilità del risultato nel tempo, mantenimento del range di movimento del pollice. L'artroplastica è un buon compromesso in questi termini preservando il movimento del pollice con tempistiche di recupero sostenibili. Ad ogni modo la tecnica migliore è quella che viene discussa con il Chirurgo in fase di valutazione pre-operatoria.

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

Le probabilità di successo sono direttamente correlate con lo stato iniziale della patologia, la concomitante presenza di altri siti artrosici nella mano o nel polso e l'attinenza del paziente al percorso riabilitativo post-operatorio. Normalmente a distanza di circa un mese dalla procedura il paziente è in grado di utilizzare la mano evitando la mobilizzazione di carichi pesanti o lavori di forza. Il recupero completo si realizza nella norma entro i 3 mesi potendo in alcuni casi impiegare anche 6 mesi.

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 progressione del processo artrosico determina nel tempo una progressiva lussazione della base del primo metacarpo con adduzione obbligata del pollice e tendenza alla iperestensione della metacarpofalangea con atteggiamento del pollice a "Z". Il



CASA DI CURA PRIVATA

POLICLINICO SAN MARCO S.p.A.

CHIRURGIA DELLA MANO  
Dr. Cortese – Dr.ssa Bortot

**Informativa - Cartella Clinica – Consenso  
INTERVENTO CHIRURGICO  
RIZOARTROSI**



dolore in alcuni casi diventa invalidante al punto da impedire l'utilizzo del pollice anche per gesti della vita quotidiana. In tali condizioni l'artroplastica può diventare insufficiente alla correzione della patologia e possono essere necessari gesti associati anche sul pollice che rendono il recupero finale più complesso soprattutto in termini riabilitativi.

#### **Il post-operatorio ed il follow-up.**

Dopo l'intervento viene confezionata una immobilizzazione. Nei giorni seguenti l'intervento un terapeuta della mano può sostituire l'immobilizzazione con un tutore in termoplastico più confortevole in termini di peso e selettività dell'immobilizzazione necessaria. Il tutore è uno strumento riabilitativo che consente al paziente di iniziare la mobilizzazione immediata del pollice. Compatibilmente con una dolenzia post-operatoria che è fisiologica (normale) nel primo periodo e con i progressi della riabilitazione, il paziente può progressivamente riprendere le normali attività della vita quotidiana. Il protocollo di trattamento prevede un ciclo da 8-10 sedute di riabilitazione con un terapeuta della mano con una frequenza di 2 volte alla settimana. Terminato il ciclo il paziente esegue un controllo chirurgico per valutare se proseguire con la riabilitazione. In alcuni casi possono essere necessari 2-3 cicli di fisioterapia.

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  
RIZOARTROSI



## CARTELLA CLINICA

### ANAMNESI FISIOLÓGICA

ALLERGIE:  NO  SI → Sostanze:.....

### ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Da ..... riferito dolore alla mobilitazione assiale del primo dito in corrispondenza della base del pollice sul versante dorso-radiale. Riferito deficit di forza e mobilità del pollice.

TERAPIE IN CORSO:  NO  SI

DIABETE

IPERTENSIONE

IPOLIPEMIZZANTE

ANTICOAGULANTI/ANTIAGGREGANTI

ALTRO:.....

.....

### ESAME OBIETTIVO LOCALE

MANO INTERESSATA:  DESTRA

SINISTRA

LUSSAZIONE I MTC:  INIZIALE

MODERATA

SEVERA

IPERESTENSIONE I MF:  INIZIALE

MODERATA

SEVERA

TEST DI COMPRESSIONE:  POSITIVO

NEGATIVO

DEFICIT DI FORZA:  SI

NO

KAPANDJE:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

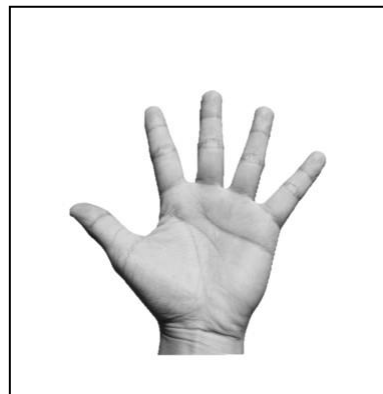
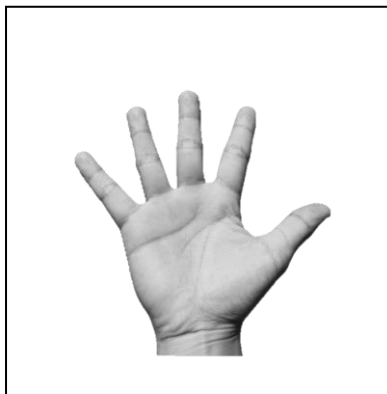
ESAMI STRUMENTALI:  RX

TC

RMN

SENSIBILITA':  NORMALE

ALTERATA



Firma del Medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



CASA DI CURA PRIVATA

POLICLINICO SAN MARCO S.p.A.

CHIRURGIA DELLA MANO  
Dr. Cortese – Dr.ssa Bortot

**Informativa - Cartella Clinica – Consenso  
INTERVENTO CHIRURGICO  
RIZOARTROSI**



*(timbro o matricola e firma leggibile)*

### CONSENSO

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

**Do il consenso**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente/tutore/genitore \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

*(timbro o matricola e firma leggibile)*

**Non do il consenso**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente/tutore/genitore \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

*(timbro o matricola e firma leggibile)*

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 \_\_\_\_\_