**Dott. Gabriele Zanotti**

 

**Informativa / Allegato**

**Documento integrativo al modulo di consenso informato. Intervento chirurgico proposto:**

**SINDESMOTOMIA PALMARE PER SINDROME DEL TUNNEL CARPALE**

|  |
| --- |
| Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica |
|  | nell’ambito di evidenza per un corretto consenso informato |   |

Con il presente documento Lei viene informato dal dott. Gabriele Zanotti sulle caratteristiche del trattamento chirurgico in oggetto e sulle metodiche con le quali viene effettuato, in modo tale da rendere consapevole e meditato il consenso all’intervento proposto, fornendo la possibilità ed il tempo adeguato per discuterne il testo.

**Il documento risulta accessibile e stampabile direttamente anche dalla pagina principale del sito web**

[**www.gabriele-zanotti.it**](http://www.gabriele-zanotti.it/)

**sezione: informative per consensi**

I moderni strumenti divulgativi informatici rappresentano in tal senso un aiuto fondamentale per la maggior parte dei pazienti e per i suoi famigliari.

## L’intervento proposto viene praticato per risolvere la cosiddetta **Sindrome del Tunnel Carpale**, ovverosia la patologia da compressione che subisce il nervo mediano a livello del polso, in corrispondenza del suo decorso entro il canale osteofibroso carpale (tunnel) costituito da un pavimento osseo e dal legamento trasverso del carpo che funge da volta.

## Tra i fattori chiamati in causa per determinare la Sindrome del Tunnel Carpale, vanno ricordate certe professioni che comportano attività manuali ripetitive, specie se associate a microtraumi diretti sulla superficie palmare. Questa affezione risulta inoltre più frequente nei pz. diabetici, negli emodializzati, o nell’artrite reumatoide. Talvolta può avere un’origine postraumatica, come negli esiti di fratture del polso, come conseguenza di deformità acquisite del tunnel carpale.

Nella maggioranza dei casi tuttavia la Sindrome del Tunnel Carpale presenta una causa sconosciuta (o idiopatica).

La diagnosi viene ampiamente suggerita dai sintomi descritti dal paziente stesso (dolore e formicolio alla mano lungo il territorio di distribuzione del nervo mediano) e confermata in maniera inequivocabile mediante l’effettuazione di un esame elettromiografico.

La soluzione chirurgica consiste nella sezione del legamento trasverso del carpo con relativa apertura del tunnel carpale e conseguente decompressione del nervo mediano.

L’intervento viene abitualmente eseguito in anestesia locoregionale, con assistenza anestesiologica, mediante una mini incisione longitudinale palmare di circa 2-3 cm, oppure trasversa alla piega del polso.

La gravità del dolore e della limitazione funzionale nelle fasi avanzate di tale patologia escludono trattamenti alternativi altrettanto efficaci, mentre la decompressione chirurgica del nervo mediano può consentire il rapido miglioramento della sintomatologia dolorosa, delle parestesie (formicolii) e del recupero funzionale.

Nei casi in cui il paziente non si sottopone all’intervento si assiste comunemente ad un peggioramento dei sintomi con progressiva compromissione della capacità di prensione della mano, la quale può andare incontro a stati di ipotrofia irreversibile della muscolatura innervata dal nervo mediano.

Quando l’intervento viene eseguito in fasi di severa gravità elettromiografica (stato di avanzata sofferenza del nervo), si assiste abitualmente a recuperi soltanto parziali della reinnervazione (rigenerazione del nervo).

Va segnalato che talvolta risulta indicata l’esecuzione, durante lo stesso intervento, di **tempi chirurgici complementari** atti a risolvere altre patologie eventualmente associate alla Sindrome del Tunnel Carpale: aponeurectomia palmare per M. di Dupuytren, tenolisi per presenza di tenovaginaliti stenosanti (dita “a scatto, m. di De Quervain), neurolisi dell’ulnare per s. del canale di Guyon.

**Casistica Personale**: il dott. Gabriele Zanotti esegue abitualmente da tanti anni questa tipologia di intervento ed ha pertanto operato diverse centinaia di tali casi

**Preparazione all’intervento**:

Gli accertamenti preoperatori vengono di norma eseguiti ambulatoriamente ed in assenza di particolari fattori di rischio comprendono alcuni comuni esami di laboratorio

**Decorso postoperatorio standard:**

Dopo l’intervento viene applicata una semplice fasciatura (bendaggio molle) che consente l’immediata mobilizzazione attiva e passiva delle dita; In alcuni rari casi (3% casistica), sulla base del grado di sanguinamento intraoperatorio potrebbe rendersi necessario applicare un drenaggio allo scopo di diminuire il rischio di formazione di ematomi sottocutanei.

Il paziente dopo controllo delle condizioni cliniche e del decorso postoperatorio precoce rientra abitualmente a domicilio un’ora circa dopo l’intervento.

Abitualmente vengono utilizzati punti di sutura cutanei riassorbibili.

Nei giorni successivi all’intervento viene comunque programmato il controllo clinico della ferita.

La prognosi risulta abitualmente compresa tra le 2 e le 3 settimane; può comunque variare in base al tipo di attività professionale del paziente, oltre che ovviamente in relazione al decorso clinico individuale.

L’esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali l’età, il grado originario della lesione del nervo, il periodo intercorso dall’inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e cicatrici ipertrofiche, l’eventuale componente reumatoide, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative, l’osservanza dei consigli postoperatori. Tutti questi fattori condizionano il tempo di guarigione, che può andare da poche settimane nelle persone giovani ed in buone condizioni a periodi più lunghi nelle persone anziane con condizioni sfavorevoli (diabete, epilessia, disturbi circolatori, alterazioni trofiche cutanee, etc.).

**Complicanze:**

Sono elencate di seguito le principali complicanze descritte in letteratura, secondo le casistiche più autorevoli.

**L’insieme delle complicanze nella nostra casistica risulta comunque inferiore al 3%.**

* **Complicanze generali comuni ad ogni intervento eseguito in anestesia locale** quali crisi di panico, sindrome vagale, crisi ipotensive o ipertensive, fenomeni allergici nei confronti dei farmaci anestetici o di altre terapie somministrate.
* **Complicanze locali**:
* Ematomi sottocutanei; se presentano grosse dimensioni possono richiedere un successivo svuotamento chirurgico
* 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 fenomeni di arrossamento della cute con transitoria essudazione, a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita. Tale complicanza può richiedere tempi chirurgici successivi sotto forma di plastiche della ferita
* Infezioni superficiali e profonde con deiscenza della ferita chirurgica ed allungamento dei tempi di guarigione
* Ipertrofia della ferita chirurgica: è per lo più dovuta a fattori individuali su base costituzionale; può essere di gravità variabile fino alla formazione di cicatrici cheloidee retraenti
* Formazione di aderenze cicatriziali tra i vari piani anatomici con successiva rigidità del polso e delle dita e recidiva della sintomatologia presentata prima dell’intervento: queste complicanze possono comportare la necessità di ulteriori interventi di revisione
* Lesioni del nervo mediano o di alcune sue diramazioni: evenienze rare, più frequenti nei reinterventi; come in tutte le lesioni nervose, la ripresa risulta sempre piuttosto lunga (molti mesi) ed il grado di recupero è difficilmente prevedibile
* Rigidità del polso e delle dita con calo della forza prensile. Possono essere favorite da una inappropriata rieducazione funzionale postoperatoria; talvolta rientrano tra i sintomi di un quadro di algodistrofia riflessa, cioè una forma di osteoporosi localizzata ad eziologia sconosciuta (m. di SudecK).

Nel caso specifico sono presenti i seguenti fattori che possono incrementare i rischi di complicanze dell’intervento:

* ……………………………………………………………………………………………………………………..

* ……………………………………………………………………………………………………………………..

* ……………………………………………………………………………………………………………………..

* ……………………………………………………………………………………………………………………..

Io sottoscritto/a ………………………………………………nato/a a ………………. il ……………

letto quanto sopra con quanto allegato e ritendendo di averlo correttamente compreso ottenendo i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO** ad essere sottoposto/a ad intervento di:

SINDESMOTOMIA CARPALE CON LIBERAZIONE DEL NERVO MEDIANO),

lato ……………

Data consegna modulo informativo:

Firma del medico: ………………………………………………………………………

Firma del paziente: ……………………………………………………………………