

INFORMATIVA SULLA CORREZIONE DELL'ALLUCE VALGO

Gentile Signora/Egregio Signore,

una adeguata informazione sul piano di cura rappresenta un elemento indispensabile per lo svolgimento di ogni attività sanitaria e costituisce una parte essenziale del piano diagnostico, terapeutico ed assistenziale.

Per tale motivo, ad integrazione del colloquio con il chirurgo, riteniamo utile fornirle la presente informativa, che Le permetta di divenire il più possibile partecipe dell'impegno comune alla tutela della Sua salute e di affidarsi con consapevolezza al trattamento condiviso.

Le informazioni contenute in questo documento mirano ad illustrare le modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali ed i rischi nonché le possibili alternative al trattamento sanitario che Le è stato proposto. Tali informazioni tuttavia, in relazione al loro carattere generale, non sostituiscono il più esteso ed articolato colloquio informativo con il medico.

La procedura terapeutica consigliata di **INTERVENTO DI CORREZIONE DELL'ALLUCE VALGO** trova indicazione in considerazione della sintomatologia e della patologia riscontrata.

1. **Motivazioni cliniche per cui si propone l'intervento**

L'alluce valgo è una deformità del primo raggio del piede che si manifesta con una sporgenza interna dell'osso metatarsale ed una deviazione laterale del dito, che si avvicina e talvolta si sottopone o sovrappone al secondo. È una condizione patologica spesso a carattere eredo-familiare, sicuramente aggravata dall'uso di calzature a tacco alto e punta ristretta. In molti casi causa solo disagio estetico, ma può divenire dolorosa per strofinamento della sporgenza (c.d. "cipolla") con la calzatura, o per compressione sul II° dito, o per la comparsa di "metatarsalgie", vale a dire dolore in area plantare in corrispondenza delle teste metatarsali minori (più di frequente la seconda). Tali disturbi possono arrivare ad impedire di indossare calzature normali o di camminare a lungo o causare un anomalo appoggio del piede nella deambulazione.

2. **In cosa consiste l'intervento**

Le è stato proposto un intervento di correzione dello

- alluce valgo alluce valgo, II° dito e _____
 alluce valgo, II° dito altro _____

Questo intervento prevede la correzione della forma dell'alluce e/o delle piccole dita del piede e dei carichi sulle teste dei metatarsi, per mezzo di una combinazione di osteotomie (resezioni dell'osso per correggerne l'asse, riportandolo in una situazione più vicina alla normalità), associate a dislocazioni temporanee della testa del metatarso (con un filo metallico che la sposta lateralmente, rimosso dopo alcune settimane) od a stabilizzazioni (bloccando l'osso nella nuova posizione con piccole viti, placche o cambre), tenotomie (incisioni nei tendini per alleviare la loro tensione) e suture della capsula in posizione correttiva. In certi casi con malattia molto evoluta, può essere necessaria la eliminazione della mobilità di una o più articolazioni per consentire una correzione duratura della deformità.

Nei casi in cui è presente un quadro di metatarsalgia, possono associarsi osteotomie dei metatarsi per alleviare l'eccessiva pressione delle ossa della pianta del piede. In tali casi i tempi di guarigione sono più lunghi perché assimilabili a quelli di una o più fratture e possono rendersi necessari piccoli e successivi reinterventi correttivi.

L'intervento è in genere eseguito in anestesia locoregionale o spinale, con eventuale blanda sedazione.

L'intervento sarà eseguito da un medico dell'equipe di questa Unità Operativa che potrebbe essere diverso da quello che ha effettuato la visita e/o che ha posto l'indicazione chirurgica, ma comunque in grado di eseguire con competenza il trattamento chirurgico necessario nel Suo caso.

3. **Benefici attesi**

Lo scopo del trattamento è di correggere l'asse del I° dito, ripristinare i rapporti articolari, risolvere o ridurre il dolore. Per le altre deformità eventualmente associate (dita a martello etc) l'obiettivo è il ripristino della posizione, della lunghezza e della funzionalità in appoggio al polpastrello, pur se con dito residuo rigido.

Secondo la letteratura ortopedica gli obiettivi dell'intervento vengono raggiunti in circa il 70-80% dei casi. In una parte minore dei casi questi obiettivi possono non essere conseguiti.

Il risultato funzionale definitivo è correlato anche ad una corretta gestione clinica del periodo successivo all'intervento. È pertanto importante che si attenga ai controlli clinici e radiografici periodici nonché a tutte le indicazioni che le verranno date alla dimissione dall'ospedale ed in occasione delle successive visite ambulatoriali.

4. **Conseguenze nel caso non venga eseguito l'intervento**

In caso di mancato trattamento, col progredire del tempo possono persistere od aggravarsi le deformità esistenti (80-100%) e comparire anche deformità delle dita minori (dita a martello, camptodattilia, clinodattilia), con possibile comparsa di tilomi dolorosi (calli) sia sul dorso delle dita stesse sia sulle parti infradigitali.

5. **Alternative all'intervento proposto**

Intervento solo sulle parti molli (capsula) associato o meno alla semplice levigatura della parte sporgente (esostosectomia), terapia medica conservativa (antinfiammatori, analgesici), uso di tutori o di bendaggi, che possono

essere efficaci in casi selezionati.

La possibile indicazione a tali trattamenti alternativi deve essere valutata con l'ortopedico di riferimento.

6. Possibili complicanze dell'intervento

Durante e dopo l'intervento si possono manifestare le seguenti complicanze, riportate in letteratura con una frequenza complessiva compresa tra 0,1% (ovvero un caso su mille) e 16% (sedici casi su cento) degli interventi, a seconda delle casistiche.

Nello specifico le principali possibili complicanze sono le seguenti (tra parentesi le percentuali di frequenza note):

- flebo-trombosi della gamba (3-16%);
- ritardo di consolidazione, pseudoartrosi (mancata saldatura dell'osso), necrosi epifisaria (1-3,8%);
- dolore persistente (1-8%);
- marcato e persistente gonfiore del piede (0,1-5,7%),
- perdita parziale di mobilità delle articolazioni interessate (0,1-2,5%);
- mobilitazione dei mezzi di osteosintesi (0,1-2,2%);
- ritardo di cicatrizzazione della ferita (0,1-2%);
- anomala cicatrizzazione della ferita (cicatrici atrofiche, ipertrofiche, cheloidi) (0,5-2%);
- infezione a livello dei mezzi di sintesi, infezione della ferita chirurgica, infezione ossea profonda, osteomielite acuta o cronica (1-2%);
- perdita della correzione con recidiva parziale o totale della deformità (0,1-1,5%);
- lesione dei nervi adiacenti;
- distrofia simpatico-riflessa (sindrome dolorosa regionale complessa);
- instabilità articolare;
- ischemia (insufficiente irrigazione sanguigna) dei tessuti che in alcuni casi (sebbene estremamente rari) potrebbe rendere necessaria l'amputazione di segmenti anatomici;
- sindrome compartimentale;
- sanguinamenti, ecchimosi, ematomi;
- tromboembolia polmonare;
- rottura od intolleranza dei mezzi di sintesi;
- fratture di segmenti scheletrici manipolati nell'intervento;
- diminuzione della mobilità e/o sviluppo di artrosi precoce delle articolazioni vicine;
- calcificazioni intorno alla articolazione, con limitazione della mobilità o rigidità articolare;
- complicanze cardiache, polmonari e/o sistemiche o evoluzione di precedenti patologie con possibilità anche di esito letale;
- altre complicanze statisticamente meno frequenti;
- complicanze conseguenti alle procedure anestesiolgiche, di cui discuterà con l'anestesista.

L'età, l'obesità, la presenza di altre patologie locali/generali, terapie farmacologiche in corso ed altre condizioni soggettive possono causare un aumento delle condizioni di rischio per questo tipo di intervento.

Per fare fronte ad alcune di queste complicanze potrebbe rendersi necessario un reintervento chirurgico nel breve o lungo termine.

7. Dopo la dimissione

Il conseguimento del migliore risultato funzionale atteso è strettamente correlato e dipendente anche dal rispetto:

- delle prescrizioni terapeutiche e riabilitative;
- delle indicazioni relative alla convalescenza ed alla ripresa delle consuetudini di vita, del lavoro, delle attività sportive, nonché dall'eventuale uso di tutori;
- dalla corretta esecuzione dei trattamenti riabilitativi prescritti.