

NOTA INFORMATIVA A INTERVENTO CHIRURGICO IN MALATTIA DI DE QUERVAIN

Sig./..... Sig.ra.....

Nato/a a il

DESCRIZIONE DELLA PATOLOGIA

La malattia di de Quervain consiste in una tenosinovite (infiammazione acuta o cronica) stenosante dei tendini estensore breve (EBP) e abductore lungo del pollice (ALP).

E' caratterizzata dal difficoltoso scorrimento dei tendini abductore lungo ed estensore breve del pollice all'interno del canale osteofibroso comune che li contiene, lungo il bordo radiale del polso, per fenomeni flogistici, reumatici o postraumatici. Tale patologia si manifesta inizialmente con dolore a livello del polso durante i movimenti di flessione-estensione del pollice. Si verifica un ulteriore aumento della sintomatologia dolorosa percepita dal paziente quando, accolto il pollice all'interno del palmo della stessa mano, il paziente viene indotto ad eseguire un movimento forzato di deviazione ulnare del polso. La malattia di De Quervain comporta progressiva difficoltà all'utilizzo del pollice come conseguenza dei fenomeni dolorosi acuti associati al movimento e progressiva comparsa di grave impotenza funzionale del pollice e di conseguenza della mano per dolore permanente.

ALTERNATIVE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Le possibili alternative all'intervento chirurgico sono rappresentate da:

- antiinfiammatori per uso topico
- antiinfiammatori per via generale
- terapia infiltrativa con cortisonici (non universalmente condivisa)
- terapie fisiche (laserterapia, ionoforesi, US)
- immobilizzazione con tutore

La terapia è inizialmente basata sull'associazione di riposo funzionale con antinfiammatori locali o somministrati per via generale e successivamente, in uno stadio avanzato o dopo insuccesso con le terapie descritte viene proposta la terapia chirurgica.

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento viene eseguito previa valutazione dello stato di salute generale, che viene eseguito qualche giorno prima dell'intervento nel corso del prericovero.

Durante il prericovero si esegue prelievo per esami ematochimici, elettrocardiogramma, radiografia del torace, visita specialistica ortopedica e anestesiologicala. Il relazione all'esito degli esami eseguiti può rendersi necessario eseguire ulteriori accertamenti diagnostici e modificare la terapia farmacologica già in atto a do-

micilio. In previsione dell'intervento chirurgico programmato si consiglia sempre la sospensione della terapia farmacologica con antiaggreganti e anticoagulanti orali e l'introduzione di terapia con eparina a basso peso molecolare, al fine di ridurre il rischio di sanguinamento intraoperatorio. Si raccomanda di osservare il digiuno per le 12 ore che precedono l'intervento; si raccomanda inoltre un'accurata igiene personale, in particolare le unghie devono essere tagliate corte e lo smalto deve essere accuratamente rimosso. La mano, il polso e l'avambraccio dell'arto da operare devono essere delicatamente depilati facendo attenzione a non causare abrasioni.

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

L'intervento di apertura della puleggia con tenolisi dei tendini estensore breve e abduktore lungo del pollice viene eseguito in anestesia locale eseguita con una iniezione di anestetico locale (simile a quello usato dal dentista) a livello del polso, in corrispondenza della zona dolente.

L'arto viene quindi preparato mediante avvolgimento progressivo dalla punta delle dita fino al braccio con un bendaggio di gomma (per rimuovere il sangue venoso dai tessuti superficiali e ridurre il sanguinamento) quindi viene disinfettato e viene applicato un laccio emostatico, simile al bracciale per misurare la pressione posizionato a livello del braccio e mantenuto in sede fino alla fine dell'intervento per ridurre il sanguinamento durante l'intervento chirurgico.

Si esegue piccola incisione (3 cm) longitudinale o trasversale lungo il bordo radiale del polso sovrastante il I canale dei tendini estensori in cui decorrono i tendini EBP e ALP; si isolano e proteggono i rami dorsali del nervo radiale e si apre il canale dorsale del carpo sezionando la puleggia che contiene i tendini abduktore lungo ed estensore breve del pollice al fine di decomprimerli e di ripristinare il loro normale scorrimento.

Si esegue eventuale sinoviectomia dei tendini EBP e ALP, se presente sinovite. In alcuni casi inoltre, sulla base dell'aspetto macroscopico della guaina sinoviale e della storia clinica del paziente può rendersi utile effettuare un prelievo di membrana sinoviale per eseguire un esame microscopico che fornisca una diagnosi istologica della lesione.

Verificato il buon scorrimento dei tendini si sutura la ferita e si confeziona un bendaggio modicamente compressivo, infine si sgonfia e si rimuove il laccio emostatico al braccio.

Alla rimozione del laccio emostatico il paziente avverte sensazioni tipo formicolio o bruciore, in tutto l'arto superiore, che tendono a regredire completamente in alcuni minuti e sono espressione del ripresa della normale circolazione.

Il paziente dovrà da subito eseguire una mobilizzazione attiva delle dita e del pollice per quanto consentito dal bendaggio viene esortato ad eseguire da subito movimenti attivi delle dita e mantenere l'arto in posizione elevata.

DECORSO POSTOPERATORIO

Il paziente viene tenuto in osservazione qualche ora dopo l'intervento.

Mantiene la mano elevata, il ghiaccio locale ad intermittenza; viene controllato la capacità di eseguire movimenti attivi della dita, la temperatura e la colorazione delle dita, la ripresa della sensibilità tattile locale, l'eventuale sanguinamento locale.

Vengono monitorati i parametri vitali: pressione e frequenza cardiaca, temperatura corporea.

Viene verificata la buona tolleranza da parte dello paziente del bendaggio elastocompressivo, la comparsa del dolore postoperatorio e la risposta alla terapia analgesica postoperatoria.

L'anestesia persiste normalmente per 2-3 ore, potendo però in alcuni casi protrarsi per circa 12 ore.

Il paziente viene quindi rinvio a domicilio accompagnato da un familiare con indicazioni a mantenere l'arto elevato, mobilizzando le dita, come appreso, almeno due volte al giorno, ed applicando il ghiaccio ad intermittenza fino al controllo successivo. La mano operata deve essere mantenuta prevalentemente a riposo ed utilizzata solo per eseguire pochi semplici gesti (vestirsi, svestirsi, etc.) senza sollevare pesi o fare sforzi.

Deve essere posta attenzione a non bagnare il bendaggio applicato; se bagnato deve essere rimosso e rinnovato presso il Medico Curante o presso il Reparto previa accordi telefonici.

Vengono prescritte le terapie farmacologiche domiciliari, la terapia analgesica postoperatoria e qualora indicato, la terapia antiedemigena, la profilassi antibiotica, antitromboembolica. Dopo circa 4-5 giorni il paziente viene visto in ambulatorio, viene rimosso il bendaggio, eseguita la medicazione della ferita chirurgica ed applicata una medicazione più leggera che viene tenuta in sede fino alla rimozione dei punti di sutura, che avviene normalmente circa 15 giorni dopo l'intervento. Avvenuta la rimozione dei punti di sutura viene ap-

plicato un cerotto che dovrà rimanere in sede per tre giorni circa; il paziente viene istruito a rimuovere autonomamente il cerotto, potrà quindi bagnare la mano operata; verrà istruito a massaggiare la cicatrice con crema idratante riprendere l'uso della mano per le normali attività quotidiane evitando però di fare sforzi sollevare pesi o eseguire movimenti ripetuti per ulteriori 15 giorni.

EVENTUALI INTERVENTI /TRATTAMENTI RESI NECESSARI OVVERO OPPORTUNI A SEGUITO DELL'INTERVENTO PRINCIPALE

Riparazione del tendine EBP o ALP se si riscontrano lesioni; in relazione al tipo di riparazione effettuata può rendersi necessario un periodo di immobilizzazione postoperatoria o di mobilizzazione protetta. Il paziente viene quindi adeguatamente istruito al termine dell'intervento e prima della dimissione.

COMPLICANZE

Il risultato clinico complessivo è comunque influenzato da variabili anche indipendenti dalla corretta esecuzione tecnica dell'intervento e, nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, non sempre risulta esattamente prevedibile l'entità della ripresa funzionale del dito operato.

L'esito di tale intervento è influenzato da numerosi fattori quali l'età del paziente, le condizioni di salute generali (patologie concomitanti e trattamenti farmacologici in atto o pregressi), il grado originario di sinovite o di degenerazione tendinea, il periodo intercorso dall'inizio dei sintomi, il potenziale evolutivo della malattia, il tipo costituzionale, la tendenza a formare aderenze tra i vari piani anatomici e cicatrici ipertrofiche, le abitudini di vita, le caratteristiche ambientali e lavorative, ed in particolare, la precisa osservanza delle prescrizioni postoperatorie. Tutti questi fattori condizionano il tempo di guarigione e il grado di ripresa funzionale ottenuto.

Le complicanze locali relative a questo specifico intervento sono rappresentate da:

- dolore, più frequentemente percepito come bruciore cutaneo in sede di intervento, associato ad aumento della sintomatologia dolorosa nell'esecuzione dei movimenti attivi delle dita (frequente)
- eccessivo sanguinamento con successivo ematoma (possibile)
- lesione dei fasci vascolo-nervosi contigui ai tendini EBP e ALP : rami del nervo radiale, arteria radiale) con successive alterazioni della sensibilità (parestesie, zone di ipoestesia o di anestesia) e della circolazione del dito (eccezionali)

Possono inoltre verificarsi aderenze cicatriziali tra i vari piani anatomici con successiva rigidità del dito e recidiva della sintomatologia presentata prima dell'intervento; queste complicanze possono comportare la necessità di ulteriori interventi di revisione.

Sono inoltre possibili complicanze infettive superficiali e profonde con deiscenza della ferita chirurgica con allungamento dei tempi di guarigione (eccezionali).

Va peraltro sottolineato che tutte le diverse possibili complicanze postoperatorie, seppur chiaramente descritte nella Letteratura Scientifica, risultano in realtà complessivamente infrequenti secondo la nostra esperienza.

EFFETTI INDESIDERATI CHE POSSONO MANIFESTARSI DOPO TRATTAMENTO CHIRURGICO

La ripresa dei movimenti attivi viene di solito iniziata il giorno stesso dell'intervento, per quanto consentito dal bendaggio. Il paziente viene quindi di volta in volta istruito ad eseguire esercizi di mobilizzazione attiva delle dita e del polso che è generalmente in grado di eseguire autonomamente.

Il recupero dei movimenti attivi è generalmente completo in 15 giorni circa, a quel punto il paziente viene istruito a eseguire esercizi volti al recupero del tonotrofismo muscolare e della forza di presa della mano.

Il paziente viene sollecitato ad eseguire FKT assistita se durante i controlli appare evidente una certa difficoltà ad aderire al programma riabilitativo proposto.

In sede di intervento permane cicatrice chirurgica, più o meno evidente anche in relazione alle caratteristiche di cicatrizzazione cutanea del paziente.

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE IN MERITO AI CONTENUTI DELL'INFORMAZIONE RICEVUTA:

Io sottoscritto capace di intendere e di volere e in grado di capire la lingua italiana dichiaro di avere ben letto e compreso quale sono le mie condizioni cliniche, di essere stato adeguatamente informato circa i benefici, i rischi prevedibili, le possibili complicanze prevedibili e le eventuali alternative possibili riguardo la terapia o il trattamento propostomi; dichiaro inoltre di avere avuto il tempo necessario per la lettura e la comprensione di quanto contenuto, di avere posto al Medico Compilatore nella persona del Dr tutte le eventuali domande di chiarimento che ho ritenuto opportuno ricevendone chiara ed esplicativa risposta e dimostrando allo stesso di averne compreso il significato. Sono stato inoltre informato del diritto di potere revocare il mio consenso in qualsiasi momento prima che la terapia o intervento non sia più arrestabile. A tal fine dichiaro che:

☐ ACCONSENTO

☐ NON ACCONSENTO

di essere sottoposto all' intervento di TENOLISI MANO ☐ DX ☐ SN

Firma del paziente

Firma del testimone

Firma del medico

Luogo e Data