



REGIONE SICILIANA
Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Rodolico – San Marco" "Catania
P.O. "San Marco"
U.O.C. di Chirurgia Maxillo Facciale
Direttore: Prof. Alberto Bianchi

Gentile _____

Sig. _____

Nato a _____ il _____

Lei possiede il diritto di essere informato sulle condizioni fisiche e sui procedimenti diagnostici e terapeutici a cui verrà sottoposto e su tutti i rischi potenziali connessi. L'attuale legislazione sanitaria prevede che il paziente (o, nei casi previsti, altro soggetto avente titolo) raccolga le necessarie informazioni e dichiarare per iscritto di accettare o rifiutare le indagini clinico-strumentali e le cure indicate.

SCHEMA DI INFORMATIVA PAZIENTE PER INTERVENTO CHIRURGICO DI OSTEOTOMIA MANDIBOLARE

Gentile Signora/e, Lei dovrà essere sottoposta/o ad intervento chirurgico di

RIPOSIZIONAMENTO MANDIBOLARE

In quanto affetto da MALOCCLUSIONE DENTO-SCHELETRICA

Affinché sia informata/o in maniera per Lei chiara e sufficiente sull'intervento a cui è stata data indicazione, La preghiamo di leggere con attenzione questo documento che contiene alcune informazioni che saranno meglio dettagliate nel corso del colloquio con il chirurgo. Tali informazioni hanno lo scopo di permetterLe di decidere in modo libero, chiaro e quindi più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento.

Malocclusione dento-scheletrica

La malocclusione dento-scheletrica consiste in un anomalo rapporto tridimensionale del mascellare superiore e/o della mandibola per eccesso/difetto verticale, trasversale ed antero-posteriore, che risulta in molteplici quadri clinici di incorretta chiusura dei denti: terza classe; seconda classe; asimmetria facciale, morso aperto.

1. Modalità di esecuzione

L'intervento viene eseguito in anestesia generale, così come concordato dall'anestesista (vedi consenso all'anestesia) per cui è necessaria una valutazione anestesiológica pre-operatoria. Il medico anestesista risponderà a tutte le Sue domande relative alla propria specializzazione. La terapia antibiotica ed antidolorifica le sarà somministrata con l'intervento, e proseguita nel decorso postoperatorio. La sua patologia richiede un ricovero in regime ordinario e la durata del ricovero dipende dal decorso postoperatorio.

La realizzazione dell'intervento riguarda il RIPOSIZIONAMENTO MANDIBOLARE che prevede la mobilizzazione, mediante osteotomie (tagli dell'osso), dell'arco mandibolare dai rami mandibolari al fine di permetterne il riposizionamento spaziale atto a correggere l'occlusione. Osteotomia sagittale mandibolare: mediante taglio dell'osso mandibolare con frattura eseguita e controllata chirurgicamente dopo infiltrazione locale con anestetico e vasocostrittore, si esegue un'incisione mucosa bilaterale nel fornice mandibolare posteriore. Si espone la porzione interna ed esterna del ramo e dell'angolo mandibolare. Si prosegue con la fase osteotomica sagittale del ramo e del corpo mandibolare posteriore. Il corpo mandibolare così liberato dai vincoli articolari, può essere riposizionato attraverso l'utilizzo di un eventuale splint occlusale (placchetta semi-rigida tipo bite) ed un blocco maxillo-mandibolare rigido temporaneo. Si procede poi all'esecuzione delle osteosintesi con l'utilizzo di placche in titanio (1 per lato) fissate con viti, le quali devono essere collocate vicino al bordo inferiore della mandibola a ponte del sito osteotomico. Si procede quindi alla sutura con punti staccati con filo a lungo riassorbimento.

Decorso post-operatorio: il decorso post-operatorio prevede una dieta frullata o morbida per le prime settimane, una guida elastica intermascellare diurna e notturna da rimuovere ai pasti per i primi 15 giorni, secondo lo schema che viene consegnato al momento dell'applicazione e visite ambulatoriali di controllo (dopo 7, 15 e 30 giorni dall'intervento con controllo radiologico). Dopo l'intervento sarà necessario un trattamento ortodontico per perfezionare l'ingranaggio dentario ed ottenere una occlusione precisa. Potranno essere necessarie dopo l'intervento procedure odontoiatriche su denti e gengive, nonché altre restaurazioni dentarie. Il trattamento ortodontico postoperatorio potrebbe essere particolarmente lungo.

La chirurgia ortognatica, come per tutti gli atti medici, non può garantire risultati perfetti: in particolare, possono derivare dall'intervento piccoli difetti o i risultati possono essere inferiori alle aspettative sia sul piano estetico che della funzione. Si prende atto che le due metà del corpo umano non sono mai perfettamente uguali e non possono neppure essere rese perfettamente uguali dalla chirurgia.

2. Potenziali benefici

L'intervento si propone di correggere la malocclusione dento-scheletrica: ripristinando il corretto rapporto tra le arcate dentarie, migliorando la simmetria facciale del paziente. Si intende migliorare la funzionalità legata alla masticazione e l'estetica del viso.

3. Chirurgia ortognatica e articolazione temporomandibolare

Benchè ci siano dei lavori che segnalano possibili miglioramenti della funzionalità articolare in seguito a chirurgia ortognatica, non esiste tuttavia evidenza scientifica di tutto ciò. In realtà, eventuali disturbi articolari preoperatori possono migliorare, rimanere invariati od anche peggiorare. Inoltre, in pazienti asintomatici in fase preoperatoria, possono comparire disturbi articolari, transitori o permanenti, a carico delle articolazioni temporo-mandibolari, che possono richiedere ulteriori specifici trattamenti.

4. Rischi connessi possibili e/o prevedibili e complicanze

Come tutti gli atti medici anche l'intervento chirurgico per il riposizionamento mandibolare può comportare complicanze frequenti, poco frequenti e rare:

FREQUENTI

- Dolore: fisiologico nei primi giorni e ben controllato con la terapia prescritta.
- Ematomi postoperatori: dovuti allo stravasamento ematico sottocutaneo che cambia colore per la degradazione dell'emoglobina (rosso violacea nei primi giorni, verde dal 6-8 giorno, gialla dall'8 al 12 giorno fino a progressiva scomparsa)
- Edema post-operatorio: legato alle tecniche chirurgiche, regredisce dopo un paio di settimane.
- Sanguinamento post-operatorio: fisiologico nelle prime 48 ore dopo l'intervento.
- Esiste una concreta possibilità che il traumatismo subito durante l'intervento dai nervi sensitivi causi ipoestesia o anestesia temporanea o permanente (formicolio, sensazione di anestesia, alterata sensibilità) di labbra, mento, guance, gengive, denti; tale anestesia può essere parziale o totale, temporanea o permanente. Il tempo di ripresa può essere molto lungo: diversi mesi (parestesia/anestesia transitoria) oppure può non verificarsi (parestesia/anestesia permanente). Il rischio di perdita di sensibilità permanente in piccole aree è comunque elevato. In particolare è elevato il rischio di parestesie/anestesia permanenti nel territorio di innervazione del Nervo Alveolare Inferiore (mento e labbro inferiore che rimangono insensibili) in quanto dovuto all'inevitabile stiramento del nervo mandibolare durante il riposizionamento della mandibola.
- Trisma: tensioni muscolari di faccia e collo, transitorie o persistenti. È la difficoltà ad ottenere la normale apertura della bocca ed è da ricondurre al gonfiore fisiologico ed ai processi infiammatori post-operatori che interessano la muscolatura masticatoria. Questo può determinare la persistenza di cefalee e dolori articolari della mandibola.

POCO FREQUENTI

- Effetti negativi imprevedibili degli anestetici locali e degli altri medicinali
- Emorragie intra e/o postoperatorie
- Insufficienze respiratorie e complicanze polmonari come tromboembolie
- Rischio di endocardite o altre infezioni sistemiche
- Infezioni postoperatorie delle sedi di intervento, dell'eventuale osso innestato, delle ossa sezionate, delle eventuali sedi di prelievo osseo, della bocca. Contaminazioni dei siti chirurgici da microorganismi presenti nel cavo orale. Qualora si verificasse si procede con la somministrazione di cure antibiotiche, lavaggi periodici ed in caso di persistenza potrebbe essere indicata l'esplorazione chirurgica della sede con flogosi recidivante.
- Comparsa di malattia parodontale con eventuali marcati riassorbimenti delle radici e ulteriori retrazioni gengivali che possono rendere necessari ulteriori interventi di conservazione o ricostruzione del parodonto e/o degli elementi dentali.
- Danni ad elementi dentari tali da richiedere trattamento o avulsione
- Mobilizzazione, rottura, malposizione, infezione dei mezzi di sintesi, o altre evenienze, che ne condizionino il mantenimento in sede. In questi casi si provvederà alla programmazione della rimozione delle placche.
- Parestesia/anestesia del nervo Linguale. Il tempo di ripresa può essere molto lungo: diversi mesi (parestesia/anestesia transitoria) oppure può non verificarsi (parestesia/anestesia permanente).
- Difficoltà respiratorie che richiedono adattamento
- Asimmetrie o irregolarità dei contorni cutanei nelle aree intorno alla mandibola
- Persistenza di asimmetrie o di imperfezioni dentali, mandibolari e facciali che richiedono ritocchi o interventi secondari, e che possono comunque persistere definitivamente.

- Cicatrici deformanti/ipertrofiche e/o retraenti con asimmetrie in statica e/o durante la mimica facciale e/o compromissione del parodonto e riassorbimenti gengivali.
- Recidiva. Per recidiva si intende la perdita del risultato oclusale raggiunto subito al termine dell'intervento chirurgico, con un spostamento superiore a 2 mm. Può essere dovuta a cause muscolari, scheletriche (mancato adattamento neuromuscolare), oclusali, incompleta contenzione. E' anche importante, al fine di evitare questa complicanza, una completa compliance da parte del paziente. Generalmente non compromette in maniera significativa il risultato estetico finale, può comparire a distanza di settimane, mesi o di anni dall'intervento e può richiedere un supplemento di terapia ortodontica o, in alcuni rari casi, anche un reintervento.

RARE

- Evenienza descritta come possibile complicanza della chirurgia ortognatica. Il recupero, che avviene nella maggior parte dei casi, può richiedere anche diversi mesi.
- Mancata unione dei frammenti ossei
- Possibili necrosi ossee per anomale vascolarizzazioni
- Modificazione della voce
- Comparsa di dermatiti al viso,
- Possibili infezioni delle vie urinarie,
- Infezione con mancata integrazione dell'osso innestato e necessità di sottoporsi ad altre procedure chirurgiche per l'asportazione dello stesso
- Mancato conseguimento delle aspettative estetiche e/o cambiamenti emozionali reattivi ai cambiamenti facciali, anche emotivamente destabilizzanti con effetti depressivi
- E' comunque possibile, anche se in rari casi, nella prima fase postoperatoria (ore o giorni dopo la chirurgia) di reintervenire per adeguare o correggere eventuali malposizionidelle strutture ossee.

Il verificarsi di tali rischi e complicazioni può dar luogo ad un successivo reintervento, a breve - medio-lungo termine, oppure a terapia farmacologica aggiuntiva.

5. Alternative terapeutiche

Non vi sono alternative terapeutiche all'intervento proposto; in caso di rifiuto dell'intervento la patologia rimarrà stazionaria.

6. Comportamenti da tenere prima e dopo l'intervento

Prima dell'intervento

- Informare il chirurgo di qualsiasi eventuale trattamento con farmaci (soprattutto cortisonici, contraccettivi, antipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, antiaggreganti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, ecc.).
- Sospendere l'assunzione di medicinali anti-infiammatori e anti-dolorifici (es. Alka Seltzer, Ascriptin, Aspirina, Bufferin, Cemerit, Vivin C, Aulin, Nimesulide, Brufen, ecc) possibilmente 1 settimana prima dell'intervento, previa consultazione del medico di famiglia o comunque dello specialista che ha prescritto la terapia.

- Sospendere l'assunzione di medicinali per la coagulazione del sangue (es. Coumadin, Sintrom, Aspirina, Ticlopidina, Clopidogrel, Indobufene, Dipyridamolo, ecc) possibilmente 1-2 settimane prima dell'intervento, previa consultazione del medico di famiglia o comunque dello specialista che ha prescritto la terapia.
- Eliminare o ridurre il fumo almeno 1 settimana prima dell'intervento.
- Segnalare immediatamente l'insorgenza di raffreddore, mal di gola, tosse, malattie della pelle.
- Organizzare, per il periodo post-operatorio, la presenza di un accompagnatore/trice, che può essere utile, anche se non indispensabile.
- Portare con sé tutta la documentazione clinica e radiologica.
- Informarci se assume terapie farmacologiche per altre patologie.
- Informarci se è allergico a farmaci o altre sostanze (es. lattice, anestetici locali, disinfettanti)
- Non sospendere terapia domiciliare se non indicata dai sanitari.
- Informarci di eventuali patologie insorte acutamente nell'immediato periodo che precede l'intervento.
- Effettuare terapia antibiotica (o eventualmente profilassi antibiotica) se prescritte dallo specialista.

Alla vigilia dell'intervento

- Praticare un accurato bagno di pulizia completo; rimuovere lo smalto dalle unghie delle mani e dei piedi, depilare la/e zona/e da operare se necessario.

Per il giorno dell'intervento

- Non assumere cibi né bevande, a partire dalla mezzanotte del giorno precedente all'intervento, se non diversamente indicato al momento del colloquio con lo specialista.
- Indossare un indumento da notte completamente apribile sul davanti con maniche molto comode in caso di ricovero (day hospital o ricovero ordinario).

Dopo l'intervento

- Alla dimissione farsi accompagnare a casa in automobile.
- Per almeno 2 giorni non fumare, per evitare colpi di tosse e quindi possibili sanguinamenti.
- Per alcuni giorni non guidare l'automobile, se non altrimenti specificato dal chirurgo.
- E' consentita una cauta ripresa dell'attività sessuale, non prima di 7 giorni.
- Cercare di non fare sforzi durante la 1° settimana dopo l'intervento.
- Per almeno 2 settimane evitare attività fisica intensa di qualsiasi tipo.
- Eventuali attività sportive possono essere riprese dopo 1 mese, salvo diversa indicazione del chirurgo.
- Per almeno 1 mese evitare l'esposizione diretta al sole o al calore intenso (es. sauna, lampada UVA) e seguire le indicazioni del chirurgo per la protezione solare con creme (fotoprotezione) e il trattamento della cicatrice nei mesi successivi all'intervento (gel e/o cerotti).
- E' possibile praticare una doccia di pulizia solo dopo la rimozione di eventuali punti di sutura e comunque su indicazione del chirurgo, dopo il controllo della ferita.
- Seguire le indicazioni del chirurgo per le eventuali medicazioni successive all'intervento.
- Al minimo dubbio di un andamento anormale del periodo postoperatorio o per qualsiasi altro problema inerente l'intervento, consultate senza esitazione il vostro chirurgo.

Attestazione di presa visione e lettura dell'informativa

Data/ora di consegna:...../.....

consegnato da _____

Firma del paziente, del rappresentante legale, del mediatore culturale, fiduciario
.....

Attestazione di presa visione e lettura dei rischi aggiuntivi connessi al particolare suo stato di salute, di seguito brevemente riassunti
(Barrare se non compilato)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del paziente, del rappresentante legale, del mediatore culturale, fiduciario

.....

Luogo e data

Firma del Medico _____

Questa Struttura accoglie anche medici in formazione specialistica che partecipano, laddove valutati idonei allo scopo e comunque sotto la direzione di professionisti strutturati, alle attività delle equipe chirurgiche.