

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 MASCELLARE SUPERIORE

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

RIPOSIZIONAMENTO MASCELLARE

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 chirurgia ortognatica si pone lo scopo di correggere la malocclusione dento-scheletrica che consiste nella errata posizione tridimensionale delle mascelle (non dei denti individualmente) con una incorretta chiusura dei denti in un rapporto di seconda classe, terza classe, asimmetrie dento-facciali, 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 chirurgia si realizza mediante osteotomie (tagli chirurgici) delle ossa mascellari e la successiva ricollocazione in posizione adeguata e fissazione con osteosintesi, consistenti in viti e placche in titanio (metallo).

La realizzazione dell'intervento riguarda il RIPOSIZIONAMENTO MASCELLARE che prevede il distacco osteotomico (mediante taglio dell'osso con frattura eseguita e controllata chirurgicamente) del mascellare in toto dallo scheletro facciale ed il suo ricollocazione spaziale al fine di ottenere una normocclusione. Osteotomia tipo Le Fort I (mediante taglio dell'osso con frattura eseguita e controllata chirurgicamente a livello del mascellare superiore) : dopo infiltrazione locale con anestetico e vasocostrittore, si incide la mucosa gengivale lungo il mascellare superiore. Si espone l'osso mascellare e si procede alla osteotomia (taglio chirurgico) dello stesso al di sopra del piano oclusale. Il mascellare viene forzato verso il basso utilizzando una pressione digitale nella zona anteriore e viene riposizionato nella posizione programmata attraverso l'eventuale inserzione di uno splint (placchetta semi-rigida tipo bite) oclusale e l'esecuzione di un blocco intermascellare temporaneo. Si esegue, quindi, la stabilizzazione del mascellare attraverso l'utilizzo di placche da osteosintesi (per fissare l'osso nella nuova posizione spaziale) in titanio che vengono modellate secondo l'anatomia delle pareti del mascellare e fissate con viti. Solitamente si posizionano due placche per emimascellare: una a livello del pilastro nasale del mascellare, l'altra a livello della mensola maxillo-malare. Una volta completata la fissazione del mascellare, si rimuove il blocco rigido temporaneo e si procede alla sutura della ferita chirurgica mediante 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 e migliorando la simmetria facciale del paziente. Si intende migliorare la funzionalità legata alla masticazione e l'estetica del viso.

3. Modificazioni del naso in seguito ad osteotomie del mascellare superiore

Il naso può subire modificazioni spontanee secondarie all'intervento sul mascellare superiore, quali un leggero innalzamento della punta ed un allargamento delle ali nasali; tali modificazioni possono essere favorevoli o sfavorevoli rispetto allo stato iniziale, non sono quantitativamente prevedibili, e possono essere, entro certi limiti, favorite o limitate da opportuni accorgimenti chirurgici che saranno decisi e attuati in sede operatoria.

Influenza sul setto nasale. Normalmente, la posizione del setto nasale migliora in seguito all'intervento, tuttavia in casi rari possono verificarsi deviazioni del setto nasale o piccole perforazioni dello stesso, generalmente senza particolari implicazioni funzionali.

4. 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.

5. Rischi connessi possibili e/o prevedibili e complicanze

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

FREQUENTI

- Dolore. Fisiologico nei primi giorni post-operatori e generalmente ben controllato dalla terapia prescritta;
- Edema post-operatorio. Fisiologico e legato alle tecniche chirurgiche, regredisce dopo un paio di settimane;
- 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;
- Sanguinamento post-operatorio. Fisiologico nelle prime 48 ore dopo l'intervento;
- Ecchimosi/ematomi sottocutanei. Dovuti allo stravasamento ematico sottocutaneo che cambia colore per la degradazione dell'emoglobina (rosso violaceo nei primi giorni, verde dal 6-8 giorno, gialla dall'8-12 giorno fino a progressiva scomparsa)
- Esiste una concreta possibilità che il traumatismo subito durante l'intervento dai nervi sensitivi (nervo infraorbitario) lasci come esito qualche deficit transitorio o permanente della sensibilità : ipoestesia o anestesia del labbro superiore, guance, naso, gengive, denti, palato; 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 discretamente elevato.

POCO FREQUENTI

- Effetti negativi imprevedibili degli anestetici locali e degli altri medicinali
- Emorragie intra e postoperatorie
- Insufficienze respiratorie e complicanze polmonari come tromboembolie
- Rischio di endocardite o altre infezioni sistemiche post-operatorie
- Infezioni postoperatorie delle sedi di intervento, dell'eventuale osso innestato, delle ossa sezionate, delle eventuali sedi di prelievo osseo, della bocca e del naso e cavità adiacenti). 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 dentali tali da richiedere trattamento o avulsione
- Persistenza/peggioramento del quadro di sinusite

- Difficoltà respiratorie che richiedono adattamento
- Asimmetrie o irregolarità dei contorni cutanei nelle aree interessate dall' intervento.
- 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
- Mobilizzazione/infezione dei mezzi di sintesi. Qualora si verificasse verrà programmata la rimozione dei mezzi di sintesi.
- Recidiva. Per recidiva si intende la perdita del risultato oclusale raggiunto subito al termine dell'intervento chirurgico, con uno spostamento superiore a 2 mm. Può essere dovuta a cause muscolari, scheletriche (mancato adattamento neuro-muscolare), 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 anni di distanza e può richiedere un supplemento di terapia ortodontica o, in alcuni rari casi, anche un reintervento.

RARE

- Malconsolidamento delle osteotomie (mancata unione dei frammenti ossei)
- Necrosi ossea più o meno ampia con necessità di rimuovere frammenti di osso necrotici e sottoporsi ad un secondo intervento ricostruttivo
- Comunicazioni oro-nasali e oro-sinusali
- 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

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

6. Alternative terapeutiche

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

7. 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.