



## PSEUDOARTROSI DI SCAFOIDE

M C 12/1 OR

### **Intervento chirurgico proposto:**

Riduzione cruenta ed osteosintesi per pseudoartrosi di scafoide carpale con eventuale innesto osseo autoplastico.

Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica.

**L'intervento proposto** viene praticato per risolvere la sintomatologia dolorosa al polso in seguito ad attività funzionale normale o forzata; tale sintomo è dovuto ad insufficiente o mancata consolidazione di una pregressa frattura di scafoide carpale.

**La diagnosi** si pone con il racconto anamnestico, con l'esame clinico e pure con l'ausilio di indagini strumentali come RX e RMN. Quando dopo diversi mesi passati dalla lesione e nonostante immobilizzazione e cicli di terapia fisica il dolore persiste e le indagini strumentali evidenziano una scarsa o nulla consolidazione si opta per la soluzione chirurgica.

**La soluzione chirurgica** consiste in una verifica a cielo aperto delle condizioni della frattura dello scafoide e quindi a seconda della situazione accertata il chirurgo può ritenere necessario procedere con osteosintesi mediante diversi tipi di viti o con fili di K. Nel caso di lacune dell'osso si può eseguire innesto osseo autoplastico. Si pratica una incisione della cute sulla faccia volare radiale del polso di circa 4 cm e poi si passa all'apertura del polso con incisione del legamento radio-luno-piramidale e del legamento radio-scafo-capitato. Una volta trattata la frattura si procede alla sutura dei legamenti. Durante l'intervento si fa uso di apparecchi radiologici (amplificatore di brillantezza).

**L'intervento può essere eseguito in anestesia di plesso brachiale o in anestesia generale** a seconda delle valutazioni cliniche dell'anestesista e degli accordi fra lo stesso e il paziente.

**Gli accertamenti preoperatori** sono esami di laboratorio, ecg, Rx e RMN.

**Decorso post operatorio.** Dopo l'intervento si applica un apparecchio gessato a guanto o una stecca gessata volare con il 1° dito incluso. Il gesso viene rimosso dopo circa 35 giorni, in tale occasione si depunta la ferita e si eseguono Rx in 4 proiezioni. In base al risultato delle radiografie il gesso può essere rinnovato per altri 30-35 giorni e successivamente rimosso con controllo radiografico. L'arto operato deve rimanere in scarico ed il paziente deve eseguire movimenti di flessione ed estensione con le dita. Dopo la rimozione definitiva del gesso può essere necessario l'uso di un tutore ortopedico di protezione per alcuni mesi.

**Complicazioni generali.** Possono essere legate all'anestesia generale come crisi respiratorie, crisi allergiche da farmaci, lesioni da intubazione. Nel caso di anestesia di plesso possono raramente



persistere disestesie transitorie all'arto operato. In rari casi per anestesie di plesso sopraclaveari si sono verificati episodi di pneumotorace. Estremamente rara è la complicanza tromboembolica per la chirurgia della mano, in particolare per soggetti giovani, pertanto non si esegue profilassi antiembolica con eparine a basso peso molecolare.

**Complicazioni locali.** Infezione superficiale o profonda della ferita con dolore in sede di intervento e febbre. Ematomi e ritardi di cicatrizzazione. Intolleranza all'apparecchio gessato. Dolore e disturbi sensitivi al dorso della mano e del polso per lesione dei rami sensitivi del nervo radiale.

Lesione dell'arteria radiale che decorre nelle immediate vicinanze del focolaio di frattura.

**Necrosi vascolare di un polo dello scafoide legata alla particolare irrorazione dell'osso.**

**Recidiva della pseudoartrosi. In base alla raccolta di diverse statistiche la percentuale di guarigione in seguito ad intervento si aggira sul 60-65% dei casi trattati.**

Io sottoscritto ..... nato il ..... a .....  
letto quanto sopra con quanto allegato e ritenendo di averlo correttamente compreso e ottenuto i chiarimenti richiesti **ACCONSENTO** ad essere sottoposto a intervento di riduzione cruenta ed osteosintesi per pseudoartrosi di scafoide carpale con eventuale innesto osseo autoplastico.

SITO INTERVENTO	LATO INTERVENTO

data .....

firma del paziente .....

sottoscrive il sanitario che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni

.....

