

FOGLIO INFORMATIVO DI ATTO CHIRURGICO  
**ARTRODESI PER ALLUCE RIGIDO**

**Obiettivo**

Obiettivo dell'intervento è permettere una deambulazione indolore in paziente affetti da artrosi avanzata dell'articolazione metatarsofalangea dell'alluce (MTP 1).



**Descrizione**

L'alluce rigido è un patologia a carico dell'articolazione situata alla radice dell'alluce. Esso causa dolore e rigidità dell'alluce e con il passare del tempo diventa sempre più difficile muovere l'alluce. L'alluce rigido è una forma di artrosi degenerativa si ha, cioè, il consumo della cartilagine di quell'articolazione. Essendo una patologia a carattere progressivo, la mobilità dell'alluce diminuisce con il passare del tempo fino ad annullarsi. Nei casi avanzati oltre al dolore all'alluce si hanno altri sintomi come difficoltà nell'indossare la calzatura (in particolare con tacco), dolore sordo ad anca, ginocchio e rachide lombare a causa di una camminata diversa fino ad arrivare alla zoppia.

Qualora il danno cartilagineo sia avanzato è consigliata l'artrodesi (ovvero la fusione) dell'articolazione. Durante questa procedura la cartilagine danneggiata viene rimossa e vengono utilizzate una placca e delle viti per bloccare l'articolazione in una posizione fissa. Con il passare del tempo le ossa dell'articolazione si fonderanno tra di loro. La durata dell'operazione varia da 45 a 75 minuti.

**Probabilità di successo**

Va precisato che dopo questo tipo di intervento non sarà più possibile muovere l'alluce. Tuttavia esso risulta il metodo più sicuro per garantire la correzione della deformità ed una riduzione significativa del dolore con un tasso di successo riportato nella letteratura scientifica intorno al 90% dei casi.

**Eventuali rischi e complicanze (anche post operatorie):**

<b>Il rischio</b>	<b>Cosa succede</b>	<b>Cosa si può fare</b>
Infezione della ferita	Evento raro ma possibile. L'incidenza delle infezioni profonde è stimata tra 0-3,5%, rischio aumentato in fumatori, diabetici e vasculopatici	Terapia antibiotica; Nei casi gravi necessità di pulizia della ferita chirurgica; rischio di una parziale perdita della correzione e allungamento dei tempi di guarigione
Alterazioni della sensibilità cutanea	Può verificarsi una lesione iatrogena del nervo dorsale digitale che si	Se si forma un neuroma può essere necessario intervenire per asportare

	manifesta con parestesie e/o anestesia	il neuroma.
Pseudartrosi	Può verificarsi una mancata consolidazione del focolo di artrodesi che può provocare la rottura dei mezzi di osteosintesi	Terapia fisica conservativa con onde d'urto, campi magnetici o nuovo intervento
Irritazione dai mezzi di osteosintesi	I mezzi di osteosintesi necessari per permettere la fusione delle ossa potrebbero irritare la pelle con dolore nell'indossare la calzatura	Intervento di rimozione dei mezzi di osteosintesi
Lesioni tendinee e vascolari	Può verificarsi una lesione iatrogena di tendini o vasi che attraversano il campo operatorio	Riparazione intraoperatoria della lesione. Rischio di allungamento dei tempi di guarigione
Algodistrofia	Edema dolore e rigidità articolare diffusa del piede e della caviglia persistente	Terapia medica e terapia fisica
Difficoltà nell'indossare la calzatura	Solitamente meglio rispetto a prima dell'intervento. Qualche paziente rimane deluso di non riuscire ancora a indossare certi tipi di calzatura	Utilizzo di calzatura idonea
Consolidazione in posizione viziosa	Può accadere che nonostante tutti gli sforzi durante l'intervento chirurgico l'alluce consolidi in una posizione che non è la migliore possibile, evenienza molto rara	Utilizzo di calzatura idonea

***Eventuali condizioni morbose concomitanti che costituiscono ulteriore fattore di rischio (da compilare di volta in volta in fase di informazione)***

.....  
.....

***Eventuali alternative terapeutiche:***

- 1- Utilizzo di calzatura comoda a tomaia larga per ridurre la pressione sull'alluce. La suola dovrebbe essere preferibilmente rigida e senza tacco.
- 2- Plantare ortopedico: Può migliorare la sintomatologia dolorosa cercando di limitare il movimento dell'articolazione malata.
- 3- A scopo antalgico può essere utile l'uso di anti-infiammatori e corticosteroidi che possono ridurre l'infiammazione articolare ma hanno effetti collaterali a carico di vari organi (stomaco intestino, fegato e reni) e non possono essere utilizzati in maniera cronica.

***Possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario***

Persistenza del dolore, graduale peggioramento fino a grave deformità e rigidità articolare che limitano lo svolgimento delle normali attività quotidiane.

**Eventuali conseguenze temporanee e permanenti prevedibili, eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale, e sulle attività occupazionali**

Il tempo medio di degenza in ospedale è di 2 notti;

Il tempo medio di guarigione per le procedure che implicano un' artrodesi è di circa 3 mesi. E' necessario l'utilizzo di una scarpa di scarico dell'avampiede (scarpa Talus o di Baruk) per un periodo di circa 35-40 gg; con questa scarpa il paziente viene rimesso in piedi nei primi giorni dopo l'intervento. Successivamente deve essere utilizzata una scarpa a suola rigida per altri 30gg.

Una attività sedentaria può essere ripresa anche dopo 7-10 gg;

Una attività lavorativa normale non viene ripresa prima di almeno 3 mesi;

I punti di sutura sono rimossi 12-14 gg dopo l'intervento;

L'eventuale insorgenza delle complicanze già citate allunga i tempi di ripresa.

Data.....

**FIRMA DEL PAZIENTE** .....

**NOTA BENE**

In caso di **acquisizione del consenso con la collaborazione di mediatore - interprete** è richiesta, oltre alla firma del paziente, anche quella del mediatore stesso per attestare che il paziente ha compreso quanto contenuto nel foglio informativo  
**dati identificativi del mediatore** (nome cognome e data di nascita)

.....  
**FIRMA DEL MEDIATORE INTERPRETE**  
.....

1. Magnan B, Bortolazzi R, Samaila E, Pezzè L, Rossi N, Bartolozzi P. Percutaneous distal metatarsal osteotomy for correction of hallux valgus. Surgical technique. J Bone Joint Surg Am. 2006 Mar;88 Suppl 1 Pt 1:135-48.
2. Ferrari J, Higgins JP, Prior TD. Interventions for treating hallux valgus (abductovalgus) and bunions. Update of: Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000964.
3. Garrido IM, Rubio ER, Bosch MN, González MS, Paz GB, Llabrés AJ. Scarf and Akin osteotomies for moderate and severe hallux valgus: clinical and radiographic results. Foot Ankle Surg. 2008;14(4):194-203. Epub 2008 Jun 2.