

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** \_\_\_\_\_ **data di nascita** \_\_\_\_\_

Quali sono le sue condizioni di salute?	<b>DISMORFIA DENTO-MAXILLO-FACCIALE</b> _____
Trattamento proposto:	<b>OSTEOTOMIA DELLA MANDIBOLA</b> _____
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Allo studio clinico e radiologico presento una posizione difettosa del mascellare superiore e/o della mandibola che deve essere trattata con un intervento chirurgico. La malocclusione dento-scheletrica consiste in un anormale 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.</p> <p>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.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	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. Benché 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.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Il decorso post-operatorio prevede una dieta frullata o morbida per le prime settimane, una guida elastica intermascellare diurna e notturna da rimuovere

	<p>ai pasti per i primi 15 giorni.</p> <p>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. Il dolore post-operatorio, se presente, è generalmente controllabile con terapia analgesica. Il gonfiore post-operatorio raggiunge il suo apice in seconda giornata e permane per un periodo variabile da caso a caso per poi regredire progressivamente. I tessuti del viso assumono spessore e consistenza definitivi non prima di 8-10 mesi dopo l'intervento. Possibile difficoltà nell'accettare la nuova morfologia del viso post-intervento. 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.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Persistenza del quadro attuale
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p><b>FREQUENTI</b></p> <p>Dolore: fisiologico nei primi giorni e ben controllato con la terapia prescritta.</p> <p>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)</p> <p>Edema post-operatorio: legato alle tecniche chirurgiche, regredisce dopo un paio di settimane.</p> <p>Sanguinamento post-operatorio: fisiologico nelle prime 48 ore dopo l'intervento.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>POCO FREQUENTI</b></p> <p>Effetti negativi imprevedibili degli anestetici locali e degli altri medicinali</p> <p>Emorragie intra e/o postoperatorie</p>



	<p>Insufficienze respiratorie e complicanze polmonari come tromboembolie</p> <p>Rischio di endocardite o altre infezioni sistemiche</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Danni ad elementi dentari tali da richiedere trattamento o avulsione</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Difficoltà respiratorie che richiedono adattamento</p> <p>Asimmetrie o irregolarità dei contorni cutanei nelle aree intorno alla mandibola</p> <p>Persistenza di asimmetrie o di imperfezioni dentali, mandibolari e facciali che richiedono ritocchi o interventi secondari, e che possono comunque persistere definitivamente.</p> <p>Cicatrici deformanti/ipertrofiche e/o retraenti con asimmetrie in statica e/o durante la mimica facciale e/o compromissione del parodonto e riassorbimenti gengivali.</p> <p>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.</p> <p>RARE</p> <p>Paresi o paralisi di rami del nervo facciale con alterazioni della mimica, transitoria o permanente. Evenienza descritta come possibile complicanza della chirurgia ortognatica. Il recupero, che avviene nella maggior parte dei casi, può richiedere anche diversi mesi.</p> <p>Mancata unione dei frammenti ossei</p> <p>Possibili necrosi ossee per anomale vascolarizzazioni</p> <p>Modificazione della voce</p>
--	--

	<p>Comparsa di dermatiti al viso</p> <p>Possibili infezioni delle vie urinarie</p> <p>Infezione con mancata integrazione dell'osso innestato e necessità di sottoporsi ad altre procedure chirurgiche per l'asportazione dello stesso</p> <p>Mancato conseguimento delle aspettative estetiche e/o cambiamenti emozionali reattivi ai cambiamenti facciali, anche emotivamente destabilizzanti con effetti depressivi</p> <p>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 malposizioni delle strutture ossee.</p> <p>Il verificarsi di tali rischi e complicazioni può dar luogo ad un successivo reintervento, a breve -medio-lungo termine, oppure a terapia farmacologica aggiuntiva.</p>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Non vi sono alternative terapeutiche all'intervento proposto; in caso di rifiuto dell'intervento la patologia rimarrà stazionaria.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	I medici dell'equipe della Struttura Complessa e delle Strutture Semplici.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_