

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	ATROFIA OSSEA ED EDENTULIA _____ _____
Trattamento proposto:	CHIRURGIA PREPROTESICA ED IMPLANTOLOGIA
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>All'esame obiettivo presento atrofia ossea ed edentulia _____; ai medici ho espresso il desiderio di riabilitare il cavo orale.</p> <p>Tipo di prestazione prevista: • l'intervento ricostruttivo, condotto in anestesia locale o generale, consiste nel prelevare osso da uno o più siti "donatori" ed innestarlo, fissandolo con apposite viti, al mascellare superiore e/o alla mandibola, e/o all'interno del seno mascellare. I siti donatori sono diversi e sono stati decisi in seguito a studio del quadro clinico e sistemico:</p> <p>PRELIEVO DI TECA CRANICA: attraverso incisione del cuoio capelluto di circa 8-10 cm si arriva sul tavolo esterno del cranio in regione laterale; mediante l'uso di trapano a fresa rotante o di trapano piezoelettrico e scalpelli si prelevano tasselli di osso del tavolo esterno.</p> <p>PRELIEVO DA CRESTA ILIACA: attraverso incisione cutanea condotta a livello della cresta iliaca, si identificano i muscoli obliquo esterno ed obliquo interno che compongono la parete addominale e la muscolatura glutea, muscolatura che viene seguita fino alle rispettive inserzioni, fino a raggiungere e scheletrizzare l'osso iliaco; a questo livello si preleva un tassello osseo, a mezzo o tutto spessore a seconda delle necessità, attraverso l'uso di seghe e scalpelli. Laddove possibile, al termine del prelievo si riposiziona il tassello osseo di accesso.</p> <p>PRELIEVO OSSEO ENDORALE (mento, angolo mandibolare, tuber maxillae e processo coronoideo): attraverso l'incisione nel cavo orale si scheletrizzano le strutture ossee interessate e si procede alla realizzazione di tasselli ossei.</p> <p>UTILIZZO DI BIOMATERIALI: può rendersi necessario l'utilizzo di biomateriali (osso equino, osso bovino, osso umano di banca, idrossiapatite, ecc.). Tale necessità è legata alla limitata disponibilità di osso o per ridurre la quantità di osso da prelevare. L'utilizzo del solo biomateriale è sconsigliato poiché non presenta tutte le qualità biologiche necessarie per ottenere una guarigione ossea adeguata, presenta inoltre una maggior possibilità di infezione. Nel caso in cui si renda necessario quindi, l'uso del biomateriale avviene solo se amalgamato con osso autologo (del paziente).</p> <p>Nel mio caso è stato proposto _____</p> <p>Procedure chirurgiche aggiuntive possono essere: _____ _____ _____</p> <p>Durante l'esecuzione dell'intervento potrà essere necessario modificare il</p>

	<p>trattamento in primo luogo previsto al verificarsi di situazioni anatomiche e cliniche differenti da quanto evidenziato dalla diagnostica per immagini eseguita e prodotta.</p> <p>Al termine dell'intervento verrà posizionato, nelle ricostruzioni maggiori, un sondino naso-gastrico che avrà lo scopo di permettere l'alimentazione del paziente nei successivi 5-6 giorni, al termine dei quali dovrà alimentarsi autonomamente con dieta frullata per altri 7 gg.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	La chirurgia preprotetica maggiore è l'intervento chirurgico che si prefigge di incrementare volumetricamente (in senso orizzontale e/o verticale) la struttura ossea del mascellare superiore e della mandibola al fine di poter posizionare, con un successivo intervento, un adeguato numero di impianti, che serviranno da pilastri di supporto alla protesi di tipo fissa e/o inamo-amovibile.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Possibili algie, edema ed ecchimosi, possibile intolleranza alla terapia antibiotica, ai punti di sutura, alla dieta necessariamente frullata e tiepida fino a completa guarigione, al divieto di fumare e bere alcolici, impossibilità ad indossare protesi di alcun tipo per almeno 40 giorni dopo l'intervento; in seguito, potranno essere allestite e posizionate delle protesi "estetiche", quindi senza carichi masticatori, seguendo un regime alimentare composto da cibi morbidi. Gli impianti endossei vengono di norma posizionati a 6 mesi dall'intervento di ricostruzione ossea. L'intervento potrà essere eseguito in anestesia locale o generale. Le indicazioni al numero degli impianti e conseguentemente al tipo di anestesia saranno dettate dalla quantità di osso presente e dal tipo di protesi progettata precedentemente. Oltre le complicanze generali sopra citate, vanno considerati i rischi specifici della tecnica implantologica. Gli impianti non possono essere considerati alla stessa stregua dei denti naturali, non durano in eterno, e possono ammalarsi delle stesse malattie cui vanno incontro i denti, e precisamente recessioni gengivali, riassorbimento osseo, perimplantite. Inoltre può anche verificarsi il non attecchimento o mancata osteointegrazione. In condizioni naturali ed ottimali (osso presente abbondante e di buona qualità), la percentuale di successo degli impianti è valutabile intorno al 94-95 %. Nei casi con ricostruzione ossea, questa percentuale è valutabile intorno all' 85 %, e può dipendere da vari fattori: attecchimento dell'osso, integrazione sufficiente degli impianti, situazione biologica generale del paziente. Inoltre anche altri fattori possono intervenire: il fumo abbassa notevolmente le percentuali di successo, una ottimale igiene orale è fondamentale per il mantenimento degli impianti, ed infine un paziente che ha sofferto di una forma grave di parodontopatia può andare più facilmente incontro alla perdita degli impianti nel tempo.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	La non effettuazione dell'intervento comporta l'impossibilità di riabilitare il cavo orale con conseguenti problematiche nell'alimentazione e di tipo estetico.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Rischi specifici connessi all'intervento stesso: emorragie, edemi post-operatori, infezioni, deiscenza delle suture, ritardi di guarigione, ecchimosi.</p> <p>Possibili complicanze: disturbi della sensibilità del labbro inferiore, del labbro superiore, delle guance. La guarigione delle ferite avviene in circa 2 settimane. Il processo di guarigione ossea avviene generalmente in un periodo variabile tra i 4 e i 7 mesi in relazione al tipo di intervento.</p> <p>A livello della teca cranica si possono avere complicanze come: emorragie anche gravi che possono rendere necessario eseguire emotrasfusioni o</p>

	<p>interventi chirurgici successivi a scopo emostatico, ematomi, sieromi, infezioni in sede di prelievo, complicanze più gravi legate al prelievo delle teca cranica possono essere ematomi o emorragie intracraniche; lacerazioni della dura madre con necessità di eventuali interventi neurochirurgici sono molto rare, ma tuttavia non escludibili, cicatrici ipertrofiche o cheloidi in sede di incisione cutanea., aree di alopecia residue che possono rendere visibile la ferita chirurgica, il dolore generalmente è ben controllabile con le comuni terapie analgesiche.</p> <p>A livello della cresta iliaca si possono avere complicanze come: dolore a camminare; per i primi dieci giorni la deambulazione dovrà essere effettuata con cautela e con l'ausilio di stampelle, ematomi, emorragie, infezioni, lesioni peritoneali, cicatrici patologiche, disturbi di sensibilità temporanea/permanente della coscia omolaterale alla sede di prelievo.</p> <p>Nel caso di prelievi ossei endorali possono comparire disturbi della sensibilità (anestesia, parestesia, disestesia) temporanea/permanente, totale/parziale del labbro inferiore e/o dei denti.</p> <p>Complicanze in sede di innesto: integrazione incompleta o non soddisfacente (non è possibile garantire a priori un ottimale attecchimento dell'osso innestato, essendo questo in relazione alle condizioni di atrofia iniziali, alla capacità di guarigione del singolo paziente, sia per quanto riguarda l'osso che i tessuti molli, alla possibile insorgenza di infezioni dovute principalmente a deiscenza della ferita chirurgica, alla mancata collaborazione nel seguire le indicazioni comportamentali fornite), riassorbimento dell'osso innestato più o meno marcato (tale evento è correlato in parte alla qualità della sua guarigione), infezione (nel caso di infezione a carico delle ossa innestate, l'infezione può influenzare la guarigione ossea causando un maggior riassorbimento dell'osso innestato fino a rendere necessario un secondo intervento per rimuovere gli innesti infetti. Nel caso in cui l'innesto debba essere rimosso rimarrà un'ampia cavità residua, che potrà essere ricostruita successivamente),</p>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Mantenimento del quadro clinico attuale.
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
