

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	Motivazione dell'intervento chirurgico: la mielopatia spondiloscopica cervicale è una patologia che deriva dalla compressione del midollo spinale conseguente alle modificazioni degenerative della colonna cervicale (spondilosi) che si caratterizzano con diminuzione di altezza del disco, perdita delle lordosi, formazione di osteofiti, riduzione del calibro dei forami verticali e del canale spinale o formazione di una vera e propria ernia del disco. I disturbi conseguenti alla compressione midollare hanno inizio insidioso e vanno incontro nel 75% dei casi a episodi di peggioramento intervallati da periodi di stabilità, nel 20% vi è una lenta, graduale progressione, nel 5% dei casi la progressione è rapida. Non vi sono segni che possono far prevedere il tipo di progressione. In linea generale la malattia non porta ad una invalidità completa, ma i piccoli peggioramenti che si accompagnano ad ogni episodio possono portare ad un danno importante e non compatibile con una vita autonoma per la compromissione dell'uso degli arti superiori e inferiori (perdita di forza e di destrezza delle mani, difficoltà del cammino). Man mano che i difetti neurologici progrediscono diventa sempre meno possibile il miglioramento che può conseguire al trattamento chirurgico. Pertanto, di fronte ad un danno del midollo nervoso che presenta segni di continua progressione (Mielopatia Cervicale Spondiloscopica) il trattamento chirurgico rappresenta il modo di prevenire la perdita permanente delle funzioni nervose.
Trattamento proposto:	DECOMPRESSIONE DELLE STRUTTURE NERVOSE A LIVELLO CERVICALE (via anteriore o posteriore)
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	Scopo dell'intervento: arrestare la progressione del danno midollare; possibilmente, migliorare la situazione neurologica pre-operatoria. Modalità di esecuzione dell'intervento: la finalità dell'intervento è quella di decomprimere le strutture nervose cervicali, midollo e radici, ricostituendo un regolare allineamento delle vertebre e ponendo rimedio a possibili condizioni di instabilità (eccesso di movimento fra le singole vertebre). Gli interventi possono essere effettuati per via anteriore, posteriore o combinata. La via anteriore prevede una incisione cutanea nella regione anteriore del collo per poter giungere sul versante anteriore della colonna cervicale. Si potrà, in tal modo, rimuovere uno o più dischi e/o uno o più corpi vertebrali ed effettuare la fusione fra le vertebre, sostituendo il disco con un innesto ("gabbia") in titanio o in altro materiale. Se si è proceduto alla asportazione anche di uno o più corpi vertebrali, alla gabbia si associa una placca avvitata ai corpi vertebrali sopra e sottostanti quelli rimossi. La via posteriore richiede un'incisione cutanea sulla linea mediana della

	<p>regione cervicale posteriore, che porta ad allargare il canale vertebrale rimuovendo le lamine ("laminectomia") cioè l'arco posteriore delle vertebre.</p> <p>Si può associare una fusione mediante viti applicate nei massicci articolari e uniti fra loro da barre in titanio. Al posto della rimozione delle lamine si può eseguire una "laminoplastica" cioè il riposizionamento delle lamine stesse come "una porta aperta". Il trattamento chirurgico è individualizzato in base ai sintomi del paziente, la sede e l'estensione della compressione sul midollo, l'allineamento sagittale delle vertebre, ma anche in base all'esperienza e alle preferenze del singolo chirurgo.</p> <p>In particolari circostanze, una adeguata decompressione del midollo può essere ottenuta con una sola via chirurgica, ma si potrà rendere necessario un approccio in due tempi, anteriore e posteriore, che potrà essere sia un'unica seduta operatoria sia in tempi diversi a variabile distanza l'uno dall'altro.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>Vantaggi dell'intervento: i vantaggi dell'intervento sono costituiti dalla possibilità che ad adesso consegua un arresto della progressione della malattia e, in taluni casi, il miglioramento più o meno completo di difetti neurologici pre-operatori (con una probabilità variabile, in letteratura, da 74% a 84% dei casi).</p> <p>I risultati non sono prevedibili nella singola situazione perché dipendono da molti fattori: durata e gravità della malattia, immagine di danno midollare alla R.M., età del paziente, condizioni generali. In linea generale i pazienti con i deficit neurologici più gravi tendono a presentare un miglioramento inferiore rispetto a quelli con segni neurologici meno gravi e con esordio più recente.</p>
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Le tempistiche di recupero sono correlate all'attività del danno neurologico preoperatorio e ad eventuali complicanze postoperatorie.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	<p>Problemi che possono derivare dalla mancata esecuzione dell'intervento: pur con i limiti sopra esposti circa i vantaggi conseguenti all'intervento, il trattamento chirurgico costituisce l'unica possibilità di arrestare una mielopatia a rapida evoluzione. Il peggioramento neurologico può essere conseguenza della mancata esecuzione di un intervento.</p>
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Possibili complicanze: in generale le complicanze sono relativamente rare (inferiori al 10%). La complicazione più grave è costituita dalla possibilità di peggioramento neurologico fino alla tetraplegia (paralisi completa delle braccia e delle gambe e insufficienza respiratoria acuta).</p> <p>È un evento raro che può essere dovuto al formarsi di un ematoma attorno al midollo, ma che talora non trova giustificazione nei controlli neuro-radiologici postoperatori. L'interpretazione di tale evento va ricercata nelle particolari condizioni di fragilità del midollo che, in taluni casi, non tollera neppure le manovre chirurgiche più delicate possibili.</p>

	<p>Sono possibili infezioni e dislocazioni o rotture dei mezzi di sintesi (gabbie, viti, barre e placche). Per la via anteriore vanno ricordati i possibili danni delle strutture viscerali presenti lungo la via chirurgica (esofago, trachea, arteria carotide, vena giugulare, nervo laringeo).</p> <p>Per la via posteriore è possibile un danno neurologico a carico della 5° radice cervicale con paralisi dell'elevazione del braccio. Tutte le condizioni sopra descritte possono portare a re-intervento immediato e a distanza di tempo della prima operazione.</p>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	<p>Alternative all'intervento: sono alternative (uso di collare, uso di farmaci antinfiammatori e cortisonici, fisioterapia) sostanzialmente sintomatiche con effetti generalmente transitori e non in grado di influenzare significativamente la storia naturale della malattia.</p> <p>In realtà, non esistono alternative valide all'intervento, purché questo sia stato indicato con correttezza nei casi idonei.</p>
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'intervento verrà eseguito da medici afferenti alla SC di Neurochirurgia.

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
