

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE**

Nome e Cognome _____ data di nascita _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	Ernia discale cervicale.
Trattamento proposto:	MICRODISCECTOMIA PIÙ ARTRODESI INTERSOMATICA PER VIA ANTERIORE
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	Motivazioni dell'intervento chirurgico per l'ernia del disco cervicale: si pone indicazione al trattamento chirurgico quando si è di fronte ad una sintomatologia dolorosa (radicolopatia cervicale) che non si risolve dopo un adeguato trattamento conservativo o che tende a recidivare alterando la qualità della vita o quando compaiono dei disturbi neurologici radicolari o nei casi più gravi di segni di compressione del midollo spinale. Modalità di esecuzione dell'intervento: L'intervento chirurgico si effettua con approccio ed incisione anterolaterale a livello del collo. Viene utilizzata tecnica microchirurgica con l'ausilio del microscopio operatorio. Si effettua l'asportazione completa del disco (microdiscectomia) e la rimozione dell'ernia con decompressione delle radici nervose compresse. Per favorire la fusione (artrodesi) tra le due vertebre si interpone innesto (cage) nello spazio discale: esso può essere in titanio, carbonio o PEEK, eventualmente riempito con tessuto osseo di derivazione animale o umana. Dopo l'intervento è necessario indossare collare cervicale per almeno 4 settimane. In alcuni casi il disco potrà essere sostituito con protesi mobile.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Scopo dell'intervento: ridurre o abolire i dolori radicolari; migliorare il danno neurologico. Chirurgicamente si decomprimono le strutture nervose asportando tutto il disco intervertebrale e l'ernia. Vantaggi: il 52-95% (in base alle varie casistiche riportate in letteratura) dei pazienti trae considerevole vantaggio dall'intervento nei confronti del dolore.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	In caso di deficit neurologici radicolari e spinali, l'intervento pur determinando la decompressione nervosa e offrendo le massime possibilità di miglioramento, non è in grado di portare con certezza al recupero neurologico.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Problemi che possono derivare dalla mancata esecuzione dell'intervento: in caso di dolore radicolare la mancata esecuzione dell'intervento continua ed alterare la qualità della vita. In caso di contemporanea presenza di deficit radicolari o di segni di compressione del midollo spinale, tali danni possono divenire irreversibili.

Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Possibili complicanze: complicanze neurologiche: in seguito all'intervento chirurgico può avvenire un danno neurologico radicolare (3-5%) o più raramente (circa 3 casi ogni 1000) l'istaurarsi di un danno permanente con perdita della mobilità che può riguardare i 4 arti. Ci possono essere infine, con frequenza minore, paralisi del nervo frenico con possibili disturbi respiratori o del sistema simpaticomimetico cervicale (ptosi palpebrale, miosi e anidrosi oculare). Disturbi della voce, consistenti in disfonia o afonia: nell'immediato post-operatorio è un disturbo relativamente comune, ed è destinato a scomparire nel giro di pochi giorni. Tuttavia, in una percentuale di casi (fino al 2,7% nelle varie casistiche) il disturbo si può protrarre nel tempo o essere persistente. È dovuto a lesioni del nervo laringeo ricorrente, che determina una paralisi delle corde vocali. È eccezionalmente possibile una lesione vascolare dell'arteria vertebrale o dell'arteria carotide, che può produrre exitus immediato o disturbi permanenti ischemici a livello encefalico. Si può verificare una lesione esofagea post-chirurgica con fistola (da 0,2% allo 0,94% dei casi) e molto raramente una lesione del dotto ascendente toracico con chilotorace. Infezioni del focolaio operatorio possono richiedere terapia antibiotica protratta o di un nuovo intervento chirurgico. Ematoma post-chirurgico: può richiedere re-intervento d'urgenza. Altre complicanze (di frequenza non qualificabile e che possono richiedere un nuovo intervento chirurgico; fistola liquorale, mobilizzazione precoce e tardiva della cage, mancata fusione intervertebrale con dolore cervicale e radicolare e formazione di pseudoartrosi. Embolie e tromboembolie. Sono più frequenti nei così detti pazienti "a rischio" (obesi, ipertesi arteriosi, diabetici, cardiopatici, ecc).</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 chirurgico: sono alternative essenzialmente sintomatiche basate su farmaci anti-infiammatori e analgesici e sulla terapia del dolore. Esistono altre tecniche chirurgiche meno invasive (es. nucleotomia, coagulazione, ecc.) che però sono indicate per le protrusioni discali e non per le ernie. In caso di deficit neurologici radicolari e soprattutto segni di compressione midollare l'intervento è fortemente consigliato se non necessario.</p>
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'intervento verrà eseguito dai medici afferenti alla SC di Neurochirurgia.

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
