

Valutazione dei pazienti candidati all'intervento di osteointegrazione

Data, ____ / ____ / _____

- Prima dell'inizio della visita si consiglia di far compilare al paziente il questionario Q-TFA in allegato.

GENERALITÀ

Nome e cognome del paziente: _____

Data di nascita: ____ / ____ / _____

Luogo di nascita (città, nazione): _____

E-mail: _____ @ _____

Residente a _____

In Via _____

Recapito telefonico: _____

Data dell'amputazione: ____ / ____ / _____

Assistito: ASL Inail

Causa dell'amputazione:

- Trauma
- Tumore
- Infezione
- Patologia vascolare
- Diabete
- Altro: _____

Altezza: _____ cm Peso: _____ kg

BMI _____

- Se risulta una gravidanza in corso, l'intervento è momentaneamente sconsigliato.
- L'intervento di osteointegrazione è controindicato se:
 - l'età risulta <18 anni o non è ancora stata raggiunta la maturità ossea;
 - l'età risulta >70 anni;
 - risultano esserci problemi cognitivi che non permetterebbero una buona compliance;
 - vi è l'incapacità da parte del soggetto di astenersi dal fumo di sigaretta o dall'utilizzo di stupefacenti.

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

- | | |
|--|--|
| - Malattie comuni dell'infanzia | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie ereditarie | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Precedenti allergici | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie respiratorie | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie cardiocircolatorie | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie vascolari (agli arti inferiori) | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie ematologiche/coagulative | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Precedenti TVP/TEP | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie dell'apparato digerente | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie renali o vie urinarie | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie metaboliche | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Diabete | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>
Se sì: tipo 1 <input type="checkbox"/> tipo 2 <input type="checkbox"/> |
| - Malattie neoplastiche | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie infettive | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie neurologiche | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie dell'apparato locomotore | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie cutanee (agli arti inferiori) | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie del sistema immunitario | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Malattie psichiatriche | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |
| - Alterazioni dell'umore o depressione | Sì: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> _____ |

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO

- L'intervento di osteointegrazione è controindicato se:
- è in corso un trattamento con corticosteroidi o altri farmaci che possono compromettere la buona riuscita dell'intervento e/o della riabilitazione;
 - è in corso un trattamento chemioterapico;
 - è presente in anamnesi un trattamento radioterapico sull'arto amputato.

MOTIVAZIONI ESPRESSE DAL SOGGETTO

- È utile sottoporre al paziente il questionario Q-TFA.
- Chiedere al soggetto se:
 - trova difficoltà a indossare la protesi per almeno 50 ore la settimana;
 - non è capace di percorrere 2 chilometri o più al giorno;
 - percepisce la protesi come inaffidabile, per cui si sente insicuro mentre la indossa;
 - avverte fastidio nel sedersi indossando la protesi;
 - lamenta la presenza di irritazioni, sfregamenti o ulcere cutanee legate all'utilizzo della protesi;
 - riscontra spesso problemi legati alla sudorazione o alla sensazione di calore del moncone;
 - giudica tali problemi, correlati all'utilizzo della protesi con invasatura, di considerevole impatto sulla qualità di vita.
- Se il soggetto risponde affermativamente ad almeno quattro risposte su sette, il paziente è un buon candidato all'intervento di osteointegrazione.
- Oltre ai criteri già visti, si aggiungono altri due aspetti che non precludono l'intervento, ma che sono da tenere in considerazione:
 - dubbi da parte del paziente sul sottoporsi all'intervento;
 - dolore da arto fantasma, per cui l'intervento di osteointegrazione non porterebbe alla risoluzione.
- È consigliato, infine, sottoporre sempre il paziente a un consulto psicologico.

ESAME OBIETTIVO

Tipo di amputazione:

Sinistra

TT

TF

Altro: _____

Destra

TT

TF

Altro: _____

Possibile osteointegrazione all'arto:

Sinistro

Destro

Lunghezza del moncone:

Sinistro

prossimale

mediale

distale

Destro

prossimale

mediale

distale

Eccesso di tessuti molli:

Sinistro

Sì No

Destro

Sì No

Neuroma, punti dolorosi nell'apice del moncone:

Sinistro

Sì No

Destro

Sì No

Valutazione sensitiva/termodolorifica/vibratoria e presenza di discromie:

Problematiche vascolari: _____

Forza muscolare del moncone:

Arto sinistro

I°

II°

III°

IV°

V°

Arto destro

I°

II°

III°

IV°

V°

Stato del moncone:

L'intervento di osteointegrazione è controindicato se:

- il moncone osseo risulta più corto di 8 cm (misurazione radiografica);
- risultano essere presenti malattie vascolari;
- risultano essere presenti malattie cutanee che coinvolgono l'arto amputato.

AMPUTAZIONE TRANSFEMORALE

Arto sinistro

Arto destro

Estensione dell'anca _____°

Estensione dell'anca _____°

Flessione dell'anca _____°

Flessione dell'anca _____°

Abduzione dell'anca _____°

Abduzione dell'anca _____°

Adduzione dell'anca _____°

Adduzione dell'anca _____°

Polso femorale palpabile: Sì No

Polso femorale palpabile: Sì No

AMPUTAZIONE TRANSTIBIALE

Arto sinistro

Arto destro

Flessione del ginocchio _____°

Flessione del ginocchio _____°

Estensione del ginocchio _____°

Estensione del ginocchio _____°

Stabilità varo/valgo _____

Stabilità varo/valgo _____

Stabilità antero/posteriore _____

Stabilità antero/posteriore _____

Polso popliteo palpabile: Sì No

Polso popliteo palpabile: Sì No

- Se sono presenti ipotrofia del moncone o restrizioni del ROM, è consigliato intraprendere un programma fisioterapico dedicato che permetta al soggetto di riacquisire una buona mobilità e trofia dell'arto amputato prima dell'intervento e della riabilitazione.

ESAME RADIOLOGICO

Radiografia del moncone

(panoramica degli arti inferiori in ortostatismo (con protesi indossata), con calibrazione e con il segmento osseo controlaterale visibile)

Sì No data ____/____/____

TAC

(con calibrazione e con il segmento osseo controlaterale visibile)

Sì No data ____/____/____

RMN

Sì No data ____/____/____

Ecodoppler venoso/arterioso moncone

Sì No data ____/____/____

Densitometria ossea

Sì No data ____/____/____

Si riscontra:

- Deformità ossee: Sì No _____
- Osteoporosi: Assente Moderata Severa (T-Score _____)
- Osteoartrosi dell'anca: Sì No
- Osteoartrosi del ginocchio: Sì No

PLANNING PRE-OPERATORIO

Transfemorale

Lunghezza dall'apice del moncone al piccolo trocantere: _____ cm

Lunghezza dell'apice del moncone alla joint-line del ginocchio controlaterale
_____ cm

Transtibiale

Lunghezza dall'apice del moncone al piatto tibiale: _____ cm

Soluzione protesica consigliata:

Modello Ginocchio protesico: _____

Modello Piede protesico: _____

➤ **IDONEO ALL'INTERVENTO DI OSTEOINTEGRAZIONE?** Sì No

Conclusioni

Progetto clinico/riabilitativo consigliato:

Data: _____/_____/_____

Nome e cognome del valutatore _____