



INFORMAZIONI TERAPIA INFILTRATIVA

Che cos'è l'iniezione endoarticolare?

Si tratta di un'iniezione di sostanze terapeutiche, principalmente cortisonici e acido ialuronico, direttamente all'interno dell'articolazione (infiltrazioni intra-articolari), per il trattamento di molteplici patologie dell'apparato locomotore. La terapia infiltrativa ha un notevole e rapido effetto terapeutico, prolungato nel tempo.

A che cosa serve l'iniezione endoarticolare?

Le principali indicazioni dell'iniezione endoarticolare sono le malattie articolari (artrosi, artriti, condropatie) e le patologie delle strutture peri-articolari (borsiti, capsuliti, fasciti, entesopatie, tendiniti ecc.). Le sedi anatomiche più trattate sono principalmente il ginocchio e la spalla, ma anche l'anca, il gomito, le mani e i piedi.

Le terapie infiltrative non sono un trattamento definitivo, ma consentono di ottenere numerosi benefici: ridurre l'infiammazione e il dolore, lubrificare e migliorare la funzione dell'articolazione, rallentare la degenerazione dei capi ossei, ritardare e, a volte, sostituire il ricorso alla chirurgia.

Sono previste norme di preparazione?

Non sono necessarie particolari preparazioni al trattamento.

In che cosa consiste l'iniezione endoarticolare?

L'iniezione endoarticolare può essere eseguita soltanto da un medico (Ortopedico o Fisiatra), in quanto richiede la perfetta conoscenza dell'anatomia e una buona manualità. Lo specialista, in seguito alla visita e al riscontro di eventuali malattie, valuta le controindicazioni all'esecuzione della procedura o all'utilizzo di certi farmaci.

La procedura consiste nel disinfettare la cute da infiltrare, scegliere l'ago più idoneo per lunghezza e diametro, localizzare il punto esatto in cui effettuare l'iniezione, iniettare lentamente la sostanza nell'articolazione ed eventualmente applicare del ghiaccio per qualche minuto.

È un trattamento doloroso o pericoloso?

Durante l'iniezione è possibile avvertire un leggero dolore che tende a passare dopo pochi minuti; ove indicato, la sostanza da iniettare viene associata a un anestetico locale.

Nei primi giorni successivi all'infiltrazione, è piuttosto comune un aumento del dolore, poiché la sostanza iniettata funge da stimolo a innescare i processi infiammatori. In questi casi, è opportuno applicare del ghiaccio o utilizzare farmaci anti-infiammatori.

L'utilizzo prolungato di infiltrazioni con cortisonici aumenta il rischio di danni al tessuto osseo, alle cartilagini, ai tendini e ai tessuti molli; pertanto, occorre osservare un adeguato intervallo di tempo tra un ciclo infiltrativo e l'altro. Altri effetti collaterali, di minore entità, possono includere reazioni locali quali, infiammazione, dolore, gonfiore e arrossamento, che in genere scompaiono dopo poche ore. Le infiltrazioni con acido ialuronico, invece, se eseguite correttamente, non hanno effetti collaterali di rilievo.

Le iniezioni endoarticolari sono assolutamente controindicate nei casi di: ipersensibilità e/o allergia al farmaco da iniettare, infezioni e lesioni della pelle a livello della zona da trattare, fratture articolari, traumi recenti o ematoma (versamento ematico in articolazione), infezioni sistemiche, immunodeficienze e terapia immunosoppressiva, gravidanza e allattamento, coagulopatie, diabete scompensato e glaucoma (per i cortisonici).



Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura

Firma del paziente _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____

DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI E/O TUTELATI:

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____ e residente a _____ in
via _____ in qualità di tutore del paziente inabilitato/genitore del paziente
minorenne esercente la potestà genitoriale _____
C.F. _____ nato/a a _____ il ____/____/____ e residente
in _____

Dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e le conseguenze che ne possono derivare. Confermo di aver compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

Firma del genitore/tutore _____ Luogo e Data _____

Firma del medico _____ Luogo e Data _____