

Note informative

Terapia ad onde d'urto focalizzate

La terapia con onde d'urto o ESWT (Extracorporeal Shock Wave Therapy) consiste nella somministrazione di onde acustiche ad alta energia che generano impulsi pressori in grado di produrre effetti profondamente diversi in funzione del tipo di struttura o tessuto investiti. L'effetto delle onde d'urto sui tessuti muscoloscheletrici è quello di incrementare la vascolarizzazione locale con la conseguenza di rimuovere i mediatori dell'infiammazione e rivascularizzare tessuti sofferenti (specie nelle infiammazioni croniche).

Le onde d'urto si distinguono in focali e radiali (in funzione del principio fisico con cui sono generate). Si tratta di una terapia non invasiva, efficace nel trattamento di alcune patologie a carico delle ossa e dei tessuti molli. Si tratta prevalentemente di patologie da sovraccarico (sia sportivo che non) di strutture tendinee o periarticolari.

Indicazioni principali:

Riguardano gli apparati osteo-articolare e muscolo-tendineo: ritardi di consolidamento e pseudoartrosi, fratture da stress, capsuliti adesive, borsiti, tendinopatie inserzionali (periartrite scapolo-omeroale, epicondiliti, epitrocleite, ecc.), fascite plantare.

Esecuzione del trattamento:

Mentre il paziente rimane seduto o disteso sul lettino, sulla parte da trattare viene appoggiata una membrana di gomma che contiene la sorgente delle onde d'urto.

L'esatto posizionamento avviene tramite le immagini fornite da indagini diagnostiche, unitamente all'indicazione della zona dove viene avvertito maggior dolore.

Il trattamento dura pochi minuti ed è, nella maggior parte dei casi, leggermente doloroso. Talvolta si rende necessaria una leggera anestesia locale, ad esempio nel trattamento delle pseudoartrosi o nei ritardi di consolidamento dell'osso.

Di norma, al termine del trattamento la persona può tornare a casa e riprendere le normali attività. Si consiglia, comunque, di evitare attività che possano sovraccaricare le zone trattate.

Il protocollo standard prevede cicli di 3 sedute - a cadenza settimanale. L'effetto non sempre è immediato, anzi in alcuni casi vi è una riacutizzazione della sintomatologia algica dopo il trattamento.

Controindicazioni:

Infezioni nella sede del trattamento, tumori in fase attiva, patologie della coagulazione (es. emofilia) e terapia farmacologica con anticoagulanti orali, gravidanza, presenza di pacemaker, presenza di mezzi di sintesi nella sede da trattare, presenza di nuclei di accrescimento, trattamento di tessuti non idonei (polmonare, nervoso).

I possibili effetti collaterali, in genere estremamente rari e contenuti, comprendono arrossamento locale, ecchimosi o rotture di capillari nella sede trattata, riacutizzazione temporanea della sintomatologia dolorosa nelle ore/giorni successivi al trattamento. Non si possono escludere, anche se estremamente rari eventuali danni alle strutture corporee attraversate dall'onda.

E' necessario che l'interessato segnali SEMPRE al medico eventuali allergie, stato di gravidanza certo o presunto, malattie e/o interventi chirurgici progressi, eventuali terapie farmacologiche/non farmacologiche in atto.

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLE ONDE D'URTO FOCALIZZATE

Al fine di poter erogare la prestazione a Lei prescritta con la massima sicurezza, Le chiediamo di rispondere ad alcune semplici domande.

- E' affetto/a da malattie della coagulazione del sangue? SI NO
- E' in terapia anticoagulante? SI NO
- E' affetto/a da infezione acuta dei tessuti molli e/o ossei? SI NO
- E' affetto/a da neoplasie? SI NO
- E' portatore/trice di pace-maker? SI NO
- E' in gravidanza? SI NO
- E' allergico: SI NO
- Segnalare eventuali allergie:

Dopo aver letto le spiegazioni sulla procedura terapeutica, dichiaro di essere stata/o informata/o esaurientemente ed in modo comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di realizzazione della procedura da eseguire. Dichiaro inoltre di essere stata/o informata/o in merito alle possibili complicanze che possono derivarne, e di aver ricevuto risposta ai quesiti posti al medico.

Ho letto e compreso quanto è sopra riportato e ho ottenuto risposta ad eventuali mie richieste di chiarimento e, recepita l'informazione ricevuta,

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

all'effettuazione della procedura terapeutica richiesta.

Letto, confermato e sottoscritto,

Saronno, _____

Il Paziente

Il Medico