

La terapia intrarticolare e periarticolare consiste nell'iniettare, nel cavo articolare o nei tessuti periarticolari e peri-inserzionali, farmaci (solitamente corticosteroidi o acido ialuronico), con cadenza variabile a seconda delle indicazioni del medico e delle sostanze impiegate.

L'indicazione principale è rappresentata dai versamenti articolari infiammatori, soprattutto se localizzati in una o alcune articolazioni. In questi casi l'infiltrazione consente di ottenere la massima efficacia antinfiammatoria locale con pochi o minimi effetti sistemici. Oltre all'artrite, anche l'artrosi e la condrocalcinosi rispondono a questa procedura terapeutica. Altre indicazioni sono i reumatismi extrarticolari, in particolare le periartriti, le entesiti (epicondilite ecc), le neuropatie da compressione periferica (per esempio la sindrome del tunnel carpale o altre sindromi da intrappolamento).

La procedura si svolge in regime asettico, previa disinfezione con disinfettante a base di iodio o, per i pazienti allergici, di clorexidina. La manovra può provocare dolore da lieve a moderato nell'atto della sua esecuzione e nelle ore successive ma ciò è normale data la natura della procedura. È possibile inoltre che a seguito della stessa compaiano ematomi ed aree di cute ipopigmentata (solitamente biancastra), per effetto di una distribuzione superficiale nel derma dello steroide.

CONTROINDICAZIONI: le principali sono: il sospetto di un'artrite settica, la presenza di ulcerazioni cutanee in vicinanza dell'articolazione oggetto della terapia, la presenza di protesi articolari, l'inefficacia dimostrata di precedenti terapie intrarticolari eseguite di recente.

COMPLICANZE: le principali complicanze relative alla terapia intrarticolare steroidea sono: artrite infettiva, artrite post-infiltrazione, atrofia cutanea o sottocutanea ed effetti sistemici (diabete, ipertensione).

Firma del Paziente (o del Tutore)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE

Io sottoscritt _____ nat ___ il ___ / ___ / _____

dichiaro con la presente che:

- Mi è stato comunicato che può essere utile il ricorso alla terapia intrarticolare e periarticolare, metodica alla cui applicazione io acconsento in base a quello che mi è stato illustrato, relativamente ai rischi, agli effetti e alle conseguenze, anche negative, che ne possono derivare, come spiegato nella nota informativa (sopra).
- Ho potuto porre al Medico dott. _____ le domande che ritenevo opportune e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili.
- Sono consapevole che posso anche cambiare idea, e non proseguire nell'applicazione del protocollo in oggetto, revocando per iscritto il presente consenso, ed accettando le conseguenze cliniche che da tale decisione possono derivare, per esempio un eventuale possibile peggioramento del mio stato di salute.
- Dichiaro inoltre di aver letto e compreso in tutte le sue parti il presente documento.

Udine, ___ / ___ / _____

Firma del Paziente (o del Tutore)

Firma del Medico

ATTO DI REVOCA del consenso alla terapia intrarticolare e periarticolare
Con la presente, si revoca il consenso sopra espresso.

Udine, ___ / ___ / _____ Il Paziente (o Tutore) _____ Il Medico _____