

CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO DI PROTESI TOTALE DI GOMITO

Nome:

Cognome:

Città:

Data di nascita:

Si informa chiaramente il paziente sulla patologia di cui è affetto, ovvero grave degenerazione articolare del gomito in esito a frattura-lussazione (o artrosi o artrite o necrosi o osteomielite) associata a deformità (o rigidità o marcata instabilità articolare) e dolore. Si spiega che il quadro clinico e strumentale pone indicazione alla sostituzione protesica totale del gomito, poiché gli interventi più conservativi finora utilizzati non hanno risolto la sintomatologia (oppure: non sono indicati perché non rimuoverebbero la causa principale del dolore rappresentata dalla usura/degenerazione delle superfici articolari e non garantirebbero un soddisfacente recupero dell'escursione articolare).

Si spiega dettagliatamente il tipo di intervento che sarà effettuato: si eseguirà una incisione cutanea posteriore di circa 20-25 cm, sarà repertato il nervo ulnare ed eseguita un'ampia neurolisi (liberazione). A fine intervento, sarà eseguita la trasposizione (spostamento) sottocutanea del nervo per evitare un conflitto con le componenti protesiche e per detendere adeguatamente il nervo. Inoltre tale procedura consentirà un più facile accesso alle componenti protesiche in caso di una futura revisione. Si spiega che l'isolamento/trasposizione del nervo ulnare può provocare la comparsa (o l'accentuazione se già presenti prima dell'intervento) di parestesie o anestesia nel territorio di distribuzione del nervo ulnare (IV e V dito e lato interno della mano). Più raramente tale procedura può provocare deficit motori (muscoli flessori mano-dita e muscoli intrinseci della mano). Si spiega che tali deficit possono essere transitori o irreversibili e che possono richiedere successivi interventi neurochirurgici per risolvere completamente o parzialmente la neuropatia.

Dopo l'isolamento del nervo ulnare, sarà eseguita la dissezione profonda cercando di preservare l'integrità tricipitale (via bilatero-tricipitale); si spiega tuttavia che potrebbero rendersi necessarie vie chirurgiche alternative che prevedono il distacco del tricipite in caso di estrema difficoltà ad esporre adeguatamente i capi articolari (marcata rigidità articolare, deformità articolare). Dopo la lussazione dei capi articolari, si procederà alla preparazione dei capi articolari con apposito strumentario ed all'impianto delle componenti omerale ed ulnare di prova; con queste si eseguirà il controllo dell'allineamento e della grandezza delle componenti protesiche definitive.

S'informa il paziente che durante la preparazione dei capi articolari e quindi dell'alloggiamento delle componenti protesiche, è possibile che si determinino fratture iatrogene o che sia necessario eseguire ampie resezioni ossee o osteotomie correttive (in caso di deformità post-traumatiche preesistenti) per consentire il posizionamento della protesi; in questi casi sarà necessaria l'osteosintesi con placca e viti. Inoltre si rende edotto il paziente della rara possibilità che queste problematiche rendano impossibile impiantare la protesi durante l'intervento e che costringano il chirurgo ad eseguire l'impianto in due tempi (ossia con un intervento successivo).

Dopo aver eseguito il controllo dell'escursione articolare e della grandezza degli impianti sotto scopia, si procederà ad impiantare con cemento le componenti protesiche definitive.

Si spiegano al paziente le complicanze più frequentemente osservate in seguito a questo tipo di intervento: fratture intraoperatorie, infezioni (2-3%; tasso più alto in caso di esiti di osteomielite), problemi di guarigione della ferita chirurgica (ritardi di guarigione, necrosi cutanee), rigidità, ossificazioni eterotopiche, deiscenze del tricipite, dolore cronico, la mobilitazione precoce dell'impianto (8-10%), la rottura degli impianti (2%), osteolisi periprotetica (18-20%), reazioni allergiche al metallo, al polietilene ed al cemento, la neuropatia del nervo ulnare (5-40%), riduzione di forza nella presa; si spiega che tutte queste complicanze possono richiedere ulteriori interventi chirurgici per il miglioramento della funzionalità dell'arto superiore.

Si spiega chiaramente che la sostituzione protesica comporta precisi limiti nell'utilizzo dell'arto superiore, in particolare nell'appoggiarsi, nel sollevamento e trasporto di pesi. Sono fortemente sconsigliati gesti ripetitivi con l'arto operato che prevedano il sollevamento di più di 1 Kg e sforzi occasionali con sollevamento di più di 2- 4 kg. Questi sforzi potrebbero determinare o facilitare lo scollamento e la mobilitazione della protesi. Si informa la paziente che la durata media della protesi totale di gomito di primo impianto è di 7-10 anni (sopravvivenza media impianti semi-vincolati 85% a 10 anni dall'intervento). Tale sopravvivenza è significativamente inferiore nei casi di revisione protesica. In considerazione di ciò e dell'età del paziente si spiega che in futuro potrebbero rendersi necessari interventi chirurgici di revisione della protesi; si spiega che in alcuni casi la perdita del patrimonio osseo potrebbe essere tale da rendere impossibile un impianto di revisione ed indicare come unica soluzione terapeutica quella di lasciare il gomito disarticolato ("ciondolante") e protetto da un tutore. Ciò comporta una grave limitazione funzionale dell'arto e la necessità di indossare il tutore in modo permanente.

S'informa infine il paziente della generica possibilità di complicanze infettive, neurologiche (centrali o periferiche), cardiocircolatorie, polmonari, vascolari locali e sistemiche, ossee (fratture iatrogene), urinarie e allergiche (a farmaci, a materiali protesici e di sintesi, cemento) che si possono associare a tutti gli interventi chirurgici e del loro relativo grado d'imprevedibilità. Si informa, inoltre, della possibile necessità di dover posizionare un catetere vescicale prima o durante l'intervento chirurgico e che tale manovra può determinare lesioni uretrali o vescicali e favorire infezioni. Si spiega, infine, che in caso di anemizzazione eccessiva, potranno rendersi necessarie trasfusioni di sangue intra e/o post-operatorie: in tal caso le possibili principali complicanze sono rappresentate dalle reazioni emolitiche (anche gravi e mortali) e dalla trasmissione di malattie infettive.

Il paziente dichiara di aver compreso esattamente la patologia di cui è affetto, il tipo d'intervento proposto, le possibili complicanze intra e post-operatorie e di aver ricevuto dal curante tutte le spiegazioni del caso. Il paziente si impegna a eseguire il protocollo riabilitativo indicato dal curante, di attenersi scrupolosamente alle limitazioni imposte dall'impianto e alle indicazioni terapeutiche che gli saranno fornite durante i controlli ambulatoriali.

Il paziente dichiara di aver letto e compreso completamente quanto sopra descritto e spiegato dal curante con linguaggio semplice e comprensibile, esprime il proprio pieno consenso all'intervento chirurgico e autorizza il chirurgo al cambiamento di strategia chirurgica qualora le condizioni intraoperatorie lo richiedessero assolutamente.

Data:

Il Paziente

Il Medico