

CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO PER FRATTURA-LUSSAZIONE DELL'ESTREMITA' PROSSIMALE DEL RADIO E DELL'ULNA (varianti Monteggia)

Città:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Il paziente nel pieno delle sue facoltà mentali viene edotto sulla patologia di cui è affetto e sul tipo di trattamento a cui verrà sottoposto. In particolare si spiega che è affetto da frattura pluriframmentaria dell'ulna prossimale associata a lussazione dell'articolazione omero-ulnare e a frattura-lussazione del capitello radiale del gomito. Si spiega al paziente che tale quadro patologico viene classificato nelle INSTABILITA' COMPLESSE DI GOMITO, ossia fratture articolari e/o extraarticolari associate a lesioni capsulo-legamentose e tendinee che comportano una marcata instabilità del gomito. Queste lesioni frequentemente si associano a complicanze ed esiti che possono richiedere successivi interventi chirurgici per il recupero della funzionalità dell'arto superiore (circa 30-40% dei casi).

Si spiega dettagliatamente il tipo d'intervento chirurgico che verrà effettuato: si eseguirà una incisione longitudinale posteriore, sarà ridotta la lussazione del gomito, saranno repertati i frammenti di frattura ulnare e si eseguirà l'osteosintesi con una o due placche, viti e fili filettati. In seguito si svilupperà l'intervallo intermuscolare laterale, saranno repertati i frammenti di frattura della coronoide e si tenterà l'osteosintesi con placca e/o viti, o fili filettati FFS ed osteosutura. In alternativa, a seconda del tipo di frattura coronoidea, sarà eseguita una esposizione mediale della stessa passando dietro o al davanti del flessore ulnare del carpo. In questo caso sarà necessario isolare il nervo ulnare. Se i frammenti non saranno sintetizzabili ed il difetto osseo è rilevante, per la ricostruzione della coronoide si utilizzerà un frammento osseo prelevato dalla cresta iliaca o un frammento osteocondrale di costa prelevata dalla regione toracica previa seconda opportuna incisione cutanea. Si spiega che il prelievo di osso da questi siti può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo stesso e si spiegano le complicanze intraoperatorie associate a tale procedura (danni vascolari, viscerali, neurologici, perdite ematiche, infezioni). Questo innesto sarà fissato con pin filettati, o viti o placca e viti.

Ricostruita la coronoide, si eseguirà l'osteosintesi del capitello radiale con viti libere, pin, o placca e viti. Qualora l'osteosintesi del capitello radiale sia impossibile a causa della comminuzione della frattura, si procederà all'impianto di una protesi di capitello radiale, necessaria per ripristinare la stabilità del gomito in fase acuta e per ripristinare la funzionalità del compartimento esterno. Dopo la sintesi di tutte le fratture, si procederà alla sutura delle strutture capsulo-legamentose laterali con ausilio di ancore o di suture transossee. Successivamente, qualora la valutazione in brillantezza riveli la persistenza di instabilità, si procederà alla sutura delle strutture capsulo legamentose mediali e/o all'applicazione di un fissatore esterno dinamico. Questo dovrà rimanere in sede per circa 6-8 settimane e verrà medicato settimanalmente.

Durante l'intervento chirurgico potrà essere necessario procedere all'identificazione, neurolisi (liberazione), eventuale trasposizione (spostamento) sottocutanea o sottomuscolare del nervo

ulnare. Tali procedure possono provocare parestesie o deficit motori transitori o permanenti nel territorio di distribuzione del nervo ulnare (IV e V dito e lato interno del palmo della mano, muscoli flessori polso-mano, muscoli intrinseci mano). Si spiega, inoltre, che qualora si dovesse evidenziare un'instabilità longitudinale dell'avambraccio, potrà essere necessario procedere alla ricostruzione delle strutture legamentose del polso (complesso della fibrocartilagine triangolare) e/o alla stabilizzazione dell'articolazione radio-ulnare distale con fili metallici.

Si spiega che le complicanze post-operatorie più frequentemente osservate sono: la rigidità, la pseudoartrosi ulnare (ossia mancata guarigione della frattura), le infezioni, la necrosi dei frammenti del capitello radiale o della coronoide, le ossificazioni eterotopiche (6-48%), il dolore cronico, le neuropatie croniche, in particolare del nervo ulnare, l'artrosi post-traumatica, l'instabilità cronica. Tali complicanze possono comportare una limitazione significativa dell'articolazione del gomito ed un deficit funzionale che potrebbero richiedere reinterventi chirurgici quali, ad esempio, la rimozione dei mezzi di sintesi, la neurolisi, l'asportazione delle ossificazioni ed il release capsulare; nel caso della pseudoartrosi potrà essere necessario reintervenire per sostituire i mezzi di sintesi e favorire la guarigione con un innesto osseo autologo.

Le complicanze più frequentemente osservate a seguito di una sostituzione protesica del capitello radiale sono il dolore, l'osteolisi periprotetica (15-100%) e la mobilizzazione dell'impianto (4-27%); anche in questa seconda evenienza potrà essere necessario un secondo intervento per rimuovere o revisionare l'impianto mobilizzato. Inoltre, si spiega chiaramente al paziente che la sostituzione protesica comporta dei limiti nell'utilizzo dell'arto superiore, in particolare nel sollevamento e trasporto di pesi, nell'appoggiarsi e nei movimenti ripetuti con oggetti pesanti.

Si informa inoltre il paziente che questo tipo di traumi comportano lesioni della cartilagine articolare e che vi è la possibilità di sviluppare artrosi post-traumatica, ossia la degenerazione della cartilagine articolare associata a dolore e limitazione del movimento. Un'altra complicanza frequente in questa condizione patologica è l'instabilità cronica, ossia la perdita dei normali rapporti articolari tra omero radio ed ulna. In questo caso l'evoluzione artrosica sarà più rapida ed associata a dolore e perdita della funzionalità dell'arto superiore. In tutte queste condizioni può rendersi necessario un secondo intervento chirurgico, anche protesico, per migliorare le condizioni cliniche e/o funzionali.

S'informa infine il paziente della generica possibilità di complicanze infettive, neurologiche (centrali o periferiche), cardiocircolatorie, polmonari, vascolari locali, ossee (fratture iatrogene), urinarie e allergiche (a farmaci, a materiali protesici e di sintesi) 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. Si spiega, infine, che in caso di anemia 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 s'impegna a eseguire il protocollo riabilitativo indicato dal curante

e di attenersi scrupolosamente 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