

CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO DI OSTEOSINTESI O PROTESI DELLA PALETTA OMERALE

Città:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Si spiega al paziente, nel pieno delle sue facoltà mentali, che è affetto da frattura articolare scomposta pluriframmentaria dell'estremità distale dell'omero. Si spiega al paziente che tale raro e grave quadro patologico frequentemente (circa 25-45% dei casi) determina complicanze ed esiti che possono richiedere successivi interventi chirurgici per il recupero di una funzionalità accettabile dell'arto superiore.

Si spiega dettagliatamente il tipo d'intervento chirurgico che sarà effettuato. Si eseguirà un'incisione longitudinale posteriore para-olecranica di circa 20 cm e si procederà all'identificazione e neurolisi (liberazione) del nervo ulnare a cui potrà seguire, a fine intervento, la trasposizione anteriore (spostamento) sottocutanea del nervo stesso. Tali procedure, necessarie per eseguire l'osteosintesi, possono provocare parestesie (alterazioni della sensibilità) transitorie o permanenti nel territorio di distribuzione del nervo ulnare (IV e V dito e regione ulnare del palmo della mano); più raramente l'isolamento del nervo può determinare deficit motori transitori o permanenti (muscoli flessori mano e dita e muscoli intrinseci della mano).

Successivamente sarà eseguita un'osteotomia dell'olecrano per visualizzare sufficientemente la frattura; questa via chirurgica, a fine intervento, comporterà la necessità di dover eseguire l'osteosintesi dell'olecrano con placca e viti o con cerchiaggio dinamico o con vite cannulata o chiodo ulnare endomidollare. Si informa il paziente che i mezzi di sintesi in questa sede possono causare fastidi o dolore nella regione posteriore del gomito, pertanto potrà rendersi necessaria la loro rimozione dopo la completa consolidazione delle fratture (circa 9 mesi-1 anno).

In seguito saranno repertati e ricomposti i frammenti della frattura omerale e si eseguirà l'osteosintesi con una o due placche e viti. Qualora sia presente un deficit di tessuto osseo secondario alla comminuzione della frattura, potrà rendersi necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca del paziente attraverso una seconda incisione cutanea sul fianco. Si spiega che tale procedura può determinare nel periodo post-operatorio una sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo, oltre a complicanze peri-operatorie vascolari, neurologiche e viscerali (es: paralisi intestinale o ileo). In alternativa al prelievo dalla cresta iliaca, si utilizzeranno innesti ossei umani o animali di banca se la quantità necessaria di tessuto osseo fosse minima.

Le complicanze post-operatorie più frequentemente osservate a seguito della sintesi della paletta omerale sono la pseudoartrosi (ossia mancata guarigione della frattura, 10% dei casi), la rigidità (20%) le ossificazioni eterotopiche (formazione di tessuto osseo nella capsula e nei muscoli periarticolari, circa 5-15% dei casi), infezioni (4% dei casi), scomposizione secondaria della frattura (7-15% dei casi), dolore legato alla presenza dei mezzi di sintesi (circa 13-20%) o a compressione del nervo ulnare. Tali complicanze possono comportare dolore, una limitazione significativa dell'articolazione del gomito e, quindi, un deficit funzionale; in questi casi potrà essere necessario reintervenire chirurgicamente per rimuovere i mezzi di sintesi, le ossificazioni ed eseguire un release capsulare per il recupero dell'articolazione. Nel caso della pseudoartrosi potrà essere necessario reintervenire chirurgicamente per sostituire i mezzi di sintesi e favorire la guarigione

con un innesto osseo autologo.

Si informa inoltre il paziente che tali lesioni fratturative interessano la cartilagine articolare e che è elevata la possibilità di sviluppare artrosi post-traumatica, ossia la degenerazione della cartilagine articolare; questa può determinare dolore e limitazione del movimento. Questa complicanza potrà richiedere in futuro un intervento di artroprotesi.

Qualora l'osteosintesi della frattura omerale sia impossibile (circa nel 25% dei casi delle lesioni più frammentate) a causa della comminazione dei frammenti articolari, si procederà all'impianto di una protesi totale di gomito.

Si spiega chiaramente al paziente che la sostituzione protesica del gomito comporta alcuni limiti nell'utilizzo dell'arto superiore, in particolare nell'appoggiarsi, nel sollevamento e nel trasporto dei pesi. Non potranno essere effettuati in futuro gesti ripetitivi che prevedano il sollevamento di più di 1 Kg, né sforzi occasionali con sollevamento di più di 3-4 kg. Queste attività potrebbero determinare la rottura o la prematura mobilizzazione della protesi. Si informa il pz che la durata media delle protesi di gomito è di circa 7-8 anni e, quindi, che potranno rendersi necessari altri interventi di revisione in futuro e che questi interventi sono molto complessi. In caso di revisioni multiple potrà essere necessario lasciare l'arto superiore non articolato e tutelato con un tutore permanente.

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