

CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO DI RICOSTRUZIONE ARTICOLARE PER INSTABILITA' CRONICA IN ESITO A TERRIBILE TRIADE

Città:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Si informa chiaramente il paziente, nel pieno delle sue capacità mentali, sulla grave patologia di cui è affetto, ovvero instabilità cronica (sub-lussazione) del gomito in esito a frattura-lussazione (terribile triade), operata in precedenza in altra sede. Si spiega alla paziente che il trattamento di questa patologia è estremamente complesso e che la percentuale di successo in questo tipo di interventi è pari al 50-70% dei casi, e che in caso di insuccesso la paziente dovrà ripetere nuovamente questo tipo di intervento o posizionare una protesi totale di gomito.

Si spiega dettagliatamente il tipo di intervento chirurgico a cui verrà sottoposto. Prima dell'intervento verrà valutata la stabilità del gomito con amplificatore di brillantezza al fine di eseguire il bilancio delle lesioni legamentose. Si eseguirà un'incisione longitudinale posteriore, verrà individuato il nervo ulnare ed eseguita la neurolisi (liberazione) in quanto la marcata rigidità presente impone questo tempo chirurgico per evitare lo stiramento del nervo stesso dopo il recupero dell'articolazione. A fine intervento, secondo le condizioni locali, si deciderà se lasciare in sede il nervo o se eseguirne la trasposizione anteriore (spostamento) sottocutanea.

Sviluppata la via laterale di Kocher tra anconeo ed estensore ulnare del carpo, si procederà all'isolamento e apertura del piano capsulo legamentoso laterale e sarà valutata la protesi di capitello radiale impiantata nel precedente intervento: se questa apparirà sovradimensionata o troppo alta, si procederà alla sua rimozione. Si spiega alla paziente che lo stelo protesico potrebbe essere incarcerato ed in questo caso potrebbe essere necessario eseguire un'osteotomia del collo radiale per facilitarne la rimozione e che ciò potrebbe compromettere il successivo reimpianto. Saranno repertati i frammenti liberi della frattura della coronoide e, a seconda delle dimensioni, si valuterà la necessità di eseguirne l'osteosintesi con pin filettati e/o con placca mediale e viti. 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. Questo innesto sarà fissato con pin filettati, o viti o placca e viti. Successivamente alla ricostruzione della coronoide, si procederà all'impianto di una nuova protesi di capitello radiale, a press-fit o cementata, necessaria per ripristinare la stabilità del gomito, a condizione che sia tecnicamente possibile.

Impiantata la protesi di capitello e ricostruita la coronoide, si valuterà la validità del tessuto del legamento collaterale laterale. Se questo apparirà di sufficiente consistenza per essere ritensionato, si procederà al suo ritensionamento con ausilio di suture non riassorbibili e/o ancore e/o suture trans-ossee. Qualora la cattiva qualità del tessuto del complesso legamentoso non consenta di ripristinare la stabilità del gomito, si procederà all'augmentation (rinforzo) del legamento con innesto di tendine autologo (semitendinoso o gracile) prelevato con un'incisione cutanea in corrispondenza del ginocchio. In alternativa si potrà utilizzare il palmare gracile dell'avambraccio. Il tendine prelevato verrà utilizzato come neo-legamento e fissato nelle sedi opportune attraverso

l'utilizzo di ancore metalliche, punti trans-ossei o viti ad interferenza. Successivamente ed in funzione dell'instabilità osservata, si procederà allo sviluppo della via mediale di Hotchkiss, ed alla riparazione/ricostruzione del complesso legamentoso mediale con gli stessi principi e procedure descritte per il legamento collaterale esterno. Se il gomito dovesse risultare ancora instabile o fosse necessario proteggere la ricostruzione legamentosa e/o della coronoide, si dovrà procedere all'applicazione di un fissatore esterno dinamico. Nel caso in cui venga applicato quest'ultimo dispositivo, dovrà rimanere in sede per almeno 8 settimane e necessiterà di medicazioni settimanali.

S'informa inoltre il paziente che le lesioni della cartilagine articolare che ha riportato in seguito al trauma ed alla persistente instabilità cronica potranno determinare un'evoluzione in artropatia degenerativa (artrosi). Si spiega che la probabilità dell'evoluzione artrosica del gomito è significativa, nonostante l'intervento chirurgico, e che questa potrà determinare dolore e limitazione del movimento. Un'altra complicanza frequente in questa condizione patologica è la recidiva dell'instabilità cronica (circa 40% dei casi), ossia la perdita parziale o totale dei normali rapporti articolari tra omero, radio ed ulna; ciò a causa del mancato attecchimento dell'innesto tendineo e/o osseo, e/o al successivo sfiancamento del tessuto legamentoso ritensionato o alla pseudoartrosi o necrosi della coronoide osteosintetizzata. In questo caso l'evoluzione artrosica potrà essere ancora più rapida. In tutte queste condizioni potrà rendersi necessario un secondo intervento chirurgico per migliorare le condizioni cliniche e/o funzionali (nuova ricostruzione articolare o protesi totale di gomito).

Le complicanze più frequentemente osservate in questo tipo d'intervento sono, oltre la recidiva dell'instabilità e l'artrosi, la rigidità, le infezioni superficiali e profonde, i ritardi di guarigione della cute, le ossificazioni eterotopiche, la neuropatia cronica del nervo ulnare.

Le complicanze più frequentemente osservate a seguito di una sostituzione protesica del capitello radiale sono il dolore, l'osteolisi periprotetica, l'artrosi del capitulum humeri e la mobilizzazione dell'impianto; in questa ultima evenienza potrà essere necessario un secondo intervento per rimuovere o revisionare l'impianto mobilizzato. 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 e nei movimenti ripetuti contro resistenza.

In merito al prelievo di osso dalla cresta iliaca o dalla regione toracica si avvisa la paziente che tale procedura può essere associata nel periodo post-operatorio a sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo. Si spiegano le complicanze inerenti a tali procedure (danni vascolari, viscerali, neurologici, perdite ematiche, infezioni).

In merito all'identificazione, neurolisi (liberazione), eventuale trasposizione (spostamento) sottocutanea o sottomuscolare del nervo ulnare, si avverte che tale procedura può provocare delle 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 intrinseci mano e flessori dita, polso). Si avvisa inoltre che anche il nervo radiale e mediano potrebbero subire un danneggiamento a causa della loro stretta vicinanza con le strutture ossee e legamentose del gomito.

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 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 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