

CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO DI RICOSTRUZIONE DEL LEGAMENTO COLLATERALE LATERALE PER INSTABILITA' CRONICA POSTERO-LATERALE

Nome:

Cognome:

Città:

Data di nascita:

Si informa chiaramente il paziente sulla patologia di cui è affetto, ovvero instabilità cronica postero-laterale di gomito in esito a frattura-lussazione. Si spiega al paziente che tale quadro patologico, caratterizzato da dolore ed instabilità articolare con conseguente deficit funzionale dell'arto superiore (come lamentato dal paziente stesso durante le visite ambulatoriali), richiede un intervento chirurgico di ritensionamento/ricostruzione del legamento collaterale laterale. Si precisa subito al paziente che questo trattamento, finalizzato a migliorare la stabilità articolare, può esitare in rigidità articolare (15%-30%), nonostante la correttezza delle procedure chirurgiche.

Si spiega dettagliatamente il tipo di intervento chirurgico che sarà eseguito. Prima dell'intervento, in anestesia, sarà valutata la stabilità del gomito con amplificatore di brillanza al fine di eseguire un bilancio completo delle lesioni legamentose presenti. Si eseguirà un'incisione longitudinale posteriore o postero-laterale e verrà sviluppata la via laterale di Kocher (davanti al muscolo anconeo). Successivamente si procederà all'isolamento del piano capsulo legamentoso laterale. Se questo apparirà di sufficiente consistenza per essere ritensionato, si procederà al suo ritensionamento con ausilio di suture non riassorbibili intrecciate posizionate nel corpo del legamento; successivamente il legamento sarà reinserito all'osso con ausilio di ancore e/o suture trans-ossee e/o viti ad interverenza. Qualora la cattiva qualità del tessuto del complesso legamentoso esterno non garantisca una buona tenuta, si procederà all'augmentation (rinforzo) del legamento con innesto di tendine autologo prelevato con una o più incisioni cutanee in corrispondenza del polso o del ginocchio o della gamba. Il tendine prelevato verrà utilizzato come neo-legamento e fissato nelle sedi opportune attraverso l'utilizzo di ancore metalliche, punti e tunnel trans-ossei o viti ad interferenza. I tendini più frequentemente utilizzati per tale procedura sono il M. Palmare lungo (Polso), il M. Gracile e semitendinoso (Ginocchio), plantare (gamba), tendine tricipite brachiale. Dopo la ricostruzione si valuterà nuovamente la stabilità del gomito in brillanza per verificare la tenuta della ricostruzione.

Nei casi in cui vi sia associata una instabilità mediale per insufficienza del legamento collaterale mediale si procederà allo sviluppo della via mediale di Hotchkiss (davanti al flessore ulnare del carpo), ed alla riparazione/ricostruzione del complesso legamentoso mediale con gli stessi principi e procedure descritte per il legamento collaterale esterno. In tali casi sarà necessario repertare il nervo ulnare. Si spiega che in alcuni casi si dovrà procedere all'isolamento e spostamento del nervo ulnare durante l'intervento; a ciò potrà seguire la trasposizione sottocutanea quando le condizioni locali non consentono di lasciare il nervo in sede. Tali procedure 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).

Dopo la ricostruzione dei legamenti, qualora fosse necessario proteggere la ricostruzione legamentosa, si procederà all'applicazione di un fissatore esterno dinamico (FED) attraverso opportune incisioni cutanee in corrispondenza della regione prossimale e distale al gomito. Si avverte il paziente che il FED dovrà rimanere in sede per circa 8-12 settimane e necessiterà di medicazioni settimanali.

Si informa inoltre il paziente che le lesioni della cartilagine articolare secondarie al pregresso trauma e/o all'instabilità cronica potranno comportare una evoluzione artrosica dell'articolazione, a prescindere dalla ricostruzione legamentosa eseguita: in questi casi tali lesioni potranno essere responsabili di una sintomatologia dolorosa cronica e di una limitazione del movimento.

Si spiega inoltre che, nonostante un corretto trattamento chirurgico, vi è la possibilità che persista o recidivi con il tempo l'instabilità cronica (circa 20% dei casi), ossia la perdita parziale o totale dei normali rapporti articolari tra omero, ulna e radio; ciò a causa del mancato attecchimento o sfiancamento dell'innesto tendineo o alla degenerazione del tessuto legamentoso ritensionato. In tutte queste condizioni potrà rendersi necessario un secondo intervento chirurgico per migliorare le condizioni cliniche e/o funzionali.

Le complicanze più frequentemente osservate in questo tipo di intervento sono, oltre la recidiva dell'instabilità, la rigidità, le infezioni superficiali e profonde, le ossificazioni eterotopiche e le lesioni vascolo-nervose, soprattutto a carico del nervo ulnare e radiale.

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