

CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO PER PSEUDOARTROSI DI DUE COLONNE DELLA PALETTA OMERALE

Città:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Il paziente nel pieno delle sue capacità mentali è informato esaurientemente e chiaramente sulla patologia di cui è affetto, ovvero pseudoartrosi (non guarigione della frattura) intra/extra articolare della paletta omerale; ciò in esito a frattura pluriframmentaria scomposta già trattata chirurgicamente. Si spiega che questo tipo di lesioni sono complesse e che il loro trattamento può richiedere più interventi chirurgici per ottenere la consolidazione dei frammenti.

Si espone dettagliatamente al paziente il tipo d'intervento che verrà effettuato. Si eseguirà una incisione cutanea posteriore, possibilmente sulla pregressa cicatrice chirurgica. Si spiega che l'esposizione e sintesi della paletta omerale prevede la necessità di repertare, isolare e, spesso, trasporre anteriormente il nervo ulnare. Tale procedura può 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). Si spiega che la probabilità di sviluppare neuropatie del nervo ulnare è più elevata in questo caso poiché il precedente isolamento rende più difficile repertare ed isolare nuovamente il nervo a causa della fibrosi presente. Durante l'intervento (meno frequentemente) può rendersi necessario esporre ed isolare il nervo radiale che può andare incontro alle medesime complicanze con alterazioni della sensibilità alla regione dorsale e laterale della mano e deficit motori dei muscoli estensori dell'avambraccio-mano. Successivamente, sarà sviluppato un accesso profondo laterale e mediale paratropicipitale per procedere all'individuazione, rimozione parziale o totale dei mezzi di sintesi (placca e viti libere) ed alla bonifica della regione omerale in pseudoartrosi. Si cercherà di non eseguire una nuova osteotomia di olecrano; tuttavia, in caso di un'insufficiente visualizzazione della regione articolare della paletta omerale, sarà necessario eseguirla.

In merito alla rimozione dei mezzi di sintesi presenti, si avverte il paziente che alcune viti potrebbero spezzarsi durante la rimozione e che vi è la probabilità di non riuscirci a rimuoverli completamente. In caso di rimozione troppo difficoltosa, i mezzi di sintesi o parte di essi saranno lasciati in sede, per evitare un'eccessiva demolizione dell'osso. Successivamente, si procederà alla bonifica della pseudoartrosi con asportazione di tutto il tessuto fibroso interposto tra i frammenti ossei e dell'osso devascularizzato. Si spiega che la perdita di sostanza ossea della metafisi distale dell'omero e della zona articolare dovrà essere colmata con innesti ossei autologhi prelevati dalla cresta iliaca con un'altra incisione cutanea in corrispondenza della regione posteriore del bacino (fianco). Qualora non fossero sufficienti gli innesti autologhi si utilizzerà osso umano o animale preconfezionato (o altri sostituti ossei in commercio). Si spiega che il prelievo di osso da cresta iliaca 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).

Successivamente si eseguirà la nuova sintesi dei frammenti ossei con una o due placche e viti, a seconda della stabilità locale. Si spiega, inoltre, che durante l'intervento si cercherà di rimuovere,

per quanto possibile, le cause della rigidità associata, con gesti tecnici quali la capsulotomia o capsulectomia anteriore e posteriore e l'artroplastica omero-ulnare; questa prevede il rimodellamento dei capi articolari con una microfresa. Si avverte il paziente che qualora vi fosse una rigidità residua correlata ad un vizio di consolidazione articolare omerale, non si procederà alla sua correzione (osteotomia) se non strettamente necessario; ciò per non devascularizzare ulteriormente la regione articolare. A fine intervento, saranno applicati due drenaggi e una valva gessata.

Sono descritte al paziente le possibili complicanze intraoperatorie quali: fratture iatrogene che possono richiedere una nuova sintesi chirurgica, lesioni muscolo-tendinee, lesioni vascolo-nervose, viscerali, tromboembolie polmonari, complicanze cardiologiche, polmonari, cerebrali, anemizzazione, allergie anche gravi a farmaci, danni da riperfusione dopo fascia ischemica.

Si spiegano inoltre le complicanze post-operatorie più frequentemente osservate in questo tipo d'intervento: ritardi di guarigione e necrosi della cute, infezioni superficiali e profonde, ritardi di consolidazione, la recidiva della pseudoartrosi, rigidità, deformità, necrosi dei frammenti articolari, artropatia degenerativa (artrosi, peraltro già presente), ossificazioni eterotopiche, neuropatie post-operatorie soprattutto a carico del nervo ulnare e radiale, dolore articolare cronico, sindromi algodistrofiche ed instabilità cronica. Molte di queste complicanze potranno richiedere ulteriori procedure chirurgiche per ottenere una sufficiente funzionalità del gomito. Si spiega, inoltre, la possibilità di dover eseguire trasfusioni intra o post-operatorie con le possibili complicanze associate (reazioni trasfusionali, infezioni) e la necessità di dover applicare un catetere vescicale perioperatorio; le complicanze più frequenti associate a tale procedura sono le infezioni urinarie e le lesioni uretrali e vescicali.

Si avvisa il paziente che la rieducazione potrà avere una lunga durata (circa sei mesi) e che la guarigione della pseudoartrosi sarà lenta e che potrà richiedere anche 8 mesi-1 anno; durante questo periodo il paziente si impegna ad osservare le restrizioni nell'utilizzo del braccio consigliate dal curante. Il paziente dichiara di aver letto insieme al curante il consenso, di aver compreso esattamente quanto sopra scritto e di aver ricevuto tutte le spiegazioni in linguaggio semplice e comprensibile.

Il paziente esprime pienamente il proprio consenso all'intervento chirurgico ed autorizza il curante a cambiare la strategia chirurgica sopra descritta qualora fosse strettamente necessario durante l'intervento. Il paziente s'impegna, infine, a seguire scrupolosamente le istruzioni postoperatorie del curante e ad effettuare il protocollo riabilitativo indicato.

Data:

Il Paziente

Il Medico