

## **CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO DI BONIFICA PSEUDOARTROSI DELL'OLECRANO ED ARTROLISI**

Nome:

Cognome:

Città:

Data di nascita:

Si informa chiaramente il paziente, nel pieno delle sue facoltà mentali, sulla patologia di cui è affetto, ovvero pseudoartrosi (non consolidazione) dell'olecrano in esito a frattura già trattata chirurgicamente in altra sede associata a rigidità post-traumatica in flessione-estensione e grave deficit del nervo ulnare.

Si spiega al paziente che gli obiettivi principali di questo intervento sono: 1) la neurolisi ed anteposizione sottocutanea del nervo ulnare, 2) la bonifica e nuova sintesi della pseudoartrosi dell'olecrano, 3) il release dei tessuti molli periarticolari per ottenere un recupero parziale o totale del movimento articolare.

Chiariti gli obiettivi di questo intervento, si spiegano dettagliatamente gli steps chirurgici che saranno eseguiti. Si eseguirà una incisione cutanea posteriore al gomito sulla pregressa ferita chirurgica e si procederà ad isolare e liberare il nervo ulnare; si spiega che questo potrebbe provocare l'aggravamento delle parestesie (formicolii), o più raramente, dei deficit motori già presenti e che questa sofferenza potrebbe essere transitoria o permanente; ciò a causa della liberazione del nervo dai tessuti circostanti che comporta necessariamente una sua parziale devascularizzazione. Si spiega nuovamente (già spiegato in ambulatorio) che l'intervento di neurolisi/trasposizione non assicura il recupero completo dei deficit del nervo e che tale ripresa è poco prevedibile. Obiettivo principale della liberazione delle strutture nervose è quello di evitare danni ulteriori causati dalla persistente compressione. Il nervo ulnare sarà trasposto anteriormente (trasposizione sottocutanea) se le condizioni locali controindicheranno la neurolisi in situ.

Attraverso la procedura della colonna laterale e mediale si procederà alla rimozione della capsula anteriore e posteriore, degli osteofiti anteriori e posteriori olecranici e coronoidei, alla plastica accurata delle fossette olecranica, coronoidea e radiale; si rimuoveranno le ossificazioni eterotopiche presenti solo se clinicamente responsabili del blocco del movimento.

Di seguito verrà eseguita la rimozione dei mezzi di sintesi presenti in regione olecranica. Si spiega al paziente che la rimozione dei mezzi di sintesi utilizzati nel precedente intervento può comportare difficoltà tecniche di estrazione in quanto le viti potrebbero essere incarcerate nella placca e potrebbero spanarsi o rompersi durante il tentativo di rimuoverle. In questi casi potrebbe essere necessario utilizzare una microfresa o frese carbonatate per spaccare la testa delle viti e rimuovere la placca. Inoltre potrebbe essere opportuno utilizzare dei carotatori per rimuovere la parte distale delle viti, quando ritenuto necessario. Si spiega che tali procedure, comportando la necessità di dover eseguire dei fori di calibro significativo nell'osso, possono indebolirne la resistenza e causare fratture iatrogene intra e post-operatorie. Per tali motivi, si informa il paziente che in caso di estrema difficoltà nella rimozione di più viti, i mezzi di sintesi saranno lasciati in sede (tutti o in parte e soprattutto le porzioni distali delle viti).

Successivamente sarà eseguita la bonifica del focolaio di pseudoartrosi olecranica con rimozione di tutto il tessuto fibroso e dell'osso necrotico interposto e si eseguirà una nuova osteosintesi con placca e viti. Sarà necessario prelevare innesti ossei autologhi dalla cresta iliaca attraverso una seconda incisione cutanea in corrispondenza del bacino. Si avverte il paziente che tale procedura

può essere associata a sintomatologia dolorosa cronica nella sede del prelievo e può comportare una serie di complicanze intraoperatorie meno frequenti (lesioni viscerali, vascolari, neurologiche, fratture iatrogene). Gli innesti ossei prelevati dal bacino saranno posizionati nel focolaio di pseudoartrosi per stimolare la consolidazione ossea e per riempire il difetto osseo presente.

A fine intervento sarà esaminata la stabilità articolare; qualora il gomito dopo il release dovesse apparire instabile, si procederà al ritensionamento capsulo-legamentoso con ancore e/o sutura transossea e/o all'impianto di un fissatore esterno articolato. Tale dispositivo sarà rimosso dopo 6-8 settimane. S'informa il paziente che il fissatore esterno richiede medicazioni settimanali.

Si ribadisce al paziente che questa procedura chirurgica non assicura il recupero completo dell'escursione articolare. Inoltre le alterazioni degenerative articolari già presenti potranno progredire negli anni e comportare dolore e limitazione articolare. Si informa il paziente che al fine di favorire la guarigione dell'olecrano, dovrà limitare l'uso dell'arto operato, in particolare nello sport, nel sollevamento e trasporto di pesi per almeno sei mesi. Si avvisa il paziente che la riabilitazione potrà essere anche molto lunga (6 mesi) e che i tempi di guarigione ossea saranno molto lenti (6 mesi-1 anno).

Le complicanze più frequentemente osservate in queste patologie e in questo tipo di interventi sono la recidiva della rigidità e della pseudoartrosi, l'artrosi, l'instabilità cronica, le infezioni superficiali e profonde, le ossificazioni eterotopiche, i ritardi di guarigione o necrosi della cute, le neuropatie croniche soprattutto a carico del nervo ulnare.

S'informa infine il paziente della generica possibilità di complicanze 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,

Firma del paziente

Firma del medico