

CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO PER PSEUDOARTROSI DI UNA COLONNA DELLA PALETTA OMERALE

Città:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Il paziente nel pieno delle sue capacità mentali è informato esaustivamente e chiaramente sulla patologia di cui è affetto, ovvero pseudoartrosi intra ed extra articolare della colonna mediale della paletta omerale associata ad un vizio di consolidamento della colonna laterale; ciò in esito a frattura pluriframmentaria scomposta trattata chirurgicamente con placche e viti in altra sede. In considerazione della buona escursione articolare del gomito si accorda con il paziente di eseguire un intervento mirato alla sola bonifica della pseudoartrosi evitando la correzione della deformità rotazionale del frammento articolare laterale consolidato. Ciò per evitare un'ulteriore devascularizzazione della regione articolare e l'interruzione della continuità ossea della colonna laterale con la diafisi.

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 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 paratricipitale 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 paletta omerale, sarà necessario eseguirla.

In merito alla rimozione dei mezzi di sintesi presenti, si avverte il paziente che alcune viti potrebbero spezzarsi e che vi è la probabilità di non riuscire 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 fianco. Qualora non fossero sufficienti gli innesti autologhi si utilizzerà osso umano o animale confezionato (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 del frammento in pseudoartrosi 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 la rigidità residua (di grado lieve) fosse correlata al vizio di consolidazione omerale, non si procederà alla correzione (osteotomia) della deformità presente, come spiegato precedentemente. Saranno applicati due drenaggi e una valva gessata a fine intervento.

Sono descritte al paziente le possibili complicanze intraoperatorie quali: fratture intra-operatorie 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