

CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO PER RIGIDITA' SECONDARIA A FRATTURA DELLA PALETTA OMERALE

Città:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Il paziente nel pieno delle sue capacità mentali viene informato esaustivamente e chiaramente sulla patologia di cui è affetto: grave rigidità del gomito (o anchilosi) in esito a frattura pluriframmentaria scomposta dell'estremo distale dell'omero trattata chirurgicamente con placche e viti. Si spiega che questa condizione patologica è complessa e che il suo trattamento può richiedere più interventi chirurgici per ottenere una accettabile funzionalità del gomito, e non assicura il recupero completo dell'articolazione e la risoluzione completa della sintomatologia dolorosa.

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, trasportare 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 del nervo rende più difficile repertare ed isolare nuovamente il nervo a causa della fibrosi (cicatrice) presente. Meno frequentemente può rendersi necessario esporre ed isolare il nervo radiale che può andare incontro alle medesime complicanze sensitive e motorie (regione dorsale e laterale della mano e muscoli estensori avambraccio-mano). Successivamente, sarà sviluppato un accesso profondo laterale e mediale paratrocipitale per procedere all'individuazione, rimozione parziale o totale dei mezzi di sintesi (placca, viti, fili ecc). In merito alla rimozione dei mezzi di sintesi presenti, si avverte il paziente che alcune viti potrebbero spezzarsi durante la loro estrazione e, quindi, che vi è la probabilità di non riuscire a rimuovere completamente tutti i mezzi di sintesi. 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.

Si spiega, inoltre, che durante l'intervento si cercherà di rimuovere, per quanto possibile e attraverso la procedura delle due colonne, tutte le cause della rigidità, con gesti tecnici quali l'asportazione delle ossificazioni eterotopiche, la capsulotomia o capsulectomia anteriore e posteriore e l'artroplastica omero-ulnare (questa prevede il rimodellamento dei capi articolari con microfresa). Si informa il paziente che la presenza di deformità della regione articolare potrebbe rendere necessari gesti aggiuntivi come una osteotomia intrarticolare (e nuova sintesi) o la resezione del capitello radiale per recuperare una discreta articolazione; si specifica che tali gesti saranno eseguiti solo se strettamente necessari per il recupero di una sufficiente articolazione.

A fine intervento, saranno applicati due drenaggi ed una valva gessata.

Sono descritte al paziente le possibili complicanze intraoperatorie quali: fratture intra-operatorie che possono richiedere una nuova sintesi chirurgica, lesioni vascolo-nervose e viscerali, tromboembolie polmonari, complicanze cardiologiche, polmonari e cerebrali, anemia (anche grave e tale da

richiedere trasfusioni di sangue), allergie anche gravi a farmaci, danni da ri-perfusione dopo fascia ischemica.

Si spiegano inoltre le complicanze post-operatorie più frequentemente osservate in questo tipo d'intervento: ritardi di guarigione o necrosi della ferita cutanea, infezioni superficiali e profonde, la recidiva della rigidità, deformità, artropatia degenerativa (artrosi, peraltro già presente), ossificazioni eterotopiche, neuropatie post-operatorie soprattutto a carico del nervo ulnare e radiale, dolore articolare cronico, sindromi algo-distrofiche e instabilità cronica. Molte di queste complicanze potranno richiedere altre 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 di dover applicare un catetere vescicale nel periodo perioperatorio (le cui possibili e più frequenti complicanze sono rappresentate dalle infezioni e dalle lesioni uretrali e vescicali).

Si avvisa il paziente che la rieducazione potrà avere una lunga durata (oltre sei mesi); durante questo periodo il paziente si dovrà impegnare ad osservare alcune restrizioni nell'utilizzo del braccio dettate dal curante. Il paziente s'impegna, infine, a seguire scrupolosamente le istruzioni postoperatorie del curante e ad effettuare il protocollo riabilitativo indicato.

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 del caso in linguaggio semplice e comprensibile.

Il paziente esprime pienamente il proprio consenso all'intervento chirurgico ed autorizza il curante a cambiare la strategia chirurgica sopradescritta qualora fosse strettamente necessario durante l'intervento.

Data:

Il Paziente

Il Medico