

## **CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO DI ARTROLISI ED ASPORTAZIONE SINOSTOSI RADIO-ULNARE PROSSIMALE**

Nome:

Cognome:

Città:

Data di nascita:

Si informa chiaramente il paziente, nel pieno delle sue facoltà mentali, della patologia di cui è affetto: grave rigidità articolare in prono-supinazione secondaria alla formazione di una sinostosi radio-ulnare prossimale associata a rigidità moderata in flessione-estensione al gomito destro in esito a frattura-lussazione dell'estremità prossimale del radio e dell'ulna (variante prossimale di frattura-lussazione di Monteggia) trattata chirurgicamente nei mesi/anni precedenti. Si spiega che l'intervento chirurgico è finalizzato principalmente alla rimozione del ponte osseo formatosi tra le due ossa dell'avambraccio che impedisce la rotazione del radio e quindi i movimenti di prono-supinazione dell'avambraccio.

Si spiega dettagliatamente il tipo di intervento che verrà effettuato: si eseguirà una incisione cutanea sulla cicatrice del pregresso intervento chirurgico. Attraverso la via laterale di Kocher (davanti il muscolo anconeo) sarà esposta e rimossa (totalmente o parzialmente secondo le condizioni locali ed il recupero articolare ottenuto) la sinostosi radio-ulnare prossimale. In particolare si rende edotto il paziente che la rimozione della sinostosi potrebbe rendere necessario il distacco del muscolo supinatore dall'ulna e che tale via chirurgica è a rischio di lesioni transitorie o permanenti (con deficit dei muscoli estensori del polso-dita) del nervo radiale.

Relativamente alla associata rigidità in flessione-estensione, si spiega che sarà necessario eseguire prima la liberazione del nervo ulnare in quanto il recupero dell'articolazione potrebbe comportarne lo stiramento. A tal proposito si spiega che, a fine intervento, potrà essere necessario trasportare il nervo anteriormente all'epitroclea sotto la cute; ciò in caso d'instabilità secondaria alla neurolisi o di condizioni anatomiche locali patologiche. 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). Attraverso un accesso intermuscolare laterale (e mediale), ossia la procedura della colonna laterale (ed eventualmente mediale), si procederà alla rimozione della capsula anteriore e posteriore, dei corpi liberi, degli eventuali osteofiti anteriori e posteriori olecranici e coronoidei e alla pulizia accurata della fossetta olecranica, radiale e coronoidea (artroplastica omero-ulnare); saranno rimosse le altre ossificazioni eterotopiche solo se sintomatiche e con l'obiettivo di incrementare il più possibile il grado di escursione articolare in flessione-estensione.

Si spiega al paziente che talvolta è necessario eseguire il release (sezione, allentamento) dei legamenti collaterali, in particolare della banda posteriore del legamento collaterale mediale, per ottenere il recupero della flessione. Dopo il release, si valuteranno il grado di escursione articolare raggiunto, la stabilità e la congruenza articolare. In funzione di questi parametri e del grado di usura delle superfici articolari omero-radiali si deciderà se lasciare in sede il capitello radiale, eseguire la capitellotomia od impiantare una protesi di capitello radiale o del compartimento esterno.

Qualora il gomito dopo il release dovesse apparire instabile, si procederà al ritensionamento capsulo-legamentoso con ancore e/o suture trans-ossee e/o all'impianto di un fissatore esterno articolato. Tale dispositivo sarà rimosso dopo 6-8 settimane. Si informa il paziente che il fissatore esterno richiede medicazioni bi-settimanali.

Le complicanze più frequentemente osservate in questo tipo di patologie e d'intervento sono la recidiva della rigidità e delle ossificazioni eterotopiche, le sofferenze cutanee (necrosi), l'artrosi, le infezioni superficiali e profonde e le neuropatie da stiramento/compressione soprattutto a carico del nervo ulnare e radiale, l'instabilità cronica; sono descritte inoltre complicanze quali fratture intra-operatorie, danni iatrogeni temporanei e/o permanenti delle strutture neuro-vascolari.

Le complicanze osservate dopo impianto di una protesi di capitello radiale o del compartimento esterno sono rappresentate dal dolore laterale cronico al gomito, dal riassorbimento del collo radiale con mobilizzazione della protesi, dall'osteolisi periprotetica (15-100%), dalle ossificazioni eterotopiche periprotetiche (6-48%), dalla mobilizzazione o rottura/usura dell'impianto. Molte di queste complicanze possono richiedere interventi chirurgici successivi per migliorare la funzione (4-27%). Si spiega inoltre che la sopravvivenza media di questo tipo d'impianti è in media di 7-10 anni e, quindi, che potranno essere necessari interventi di revisione. Inoltre si avvisa il paziente che dopo l'impianto di una protesi è sconsigliato eseguire lavori, attività sportive e ludiche che sollecitano eccessivamente l'articolazione: questo potrebbe determinare un prematuro scollamento ed una eccessiva usura delle componenti protesiche.

S'informa infine il paziente della generica possibilità di complicanze infettive, neurologiche (centrali o periferiche), cardiocircolatorie, polmonari, vascolari locali e sistemiche, 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 ed infezioni. 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