

## **CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO DI RICOSTRUZIONE PER ROTTURA ACUTA DEL TRICIPITE BRACHIALE**

Nome:

Cognome:

Città:

Data di nascita:

Si informa chiaramente il paziente, nel pieno delle sue facoltà mentali, sulla patologia di cui è affetto, ovvero lesione completa acuta del tendine del muscolo tricipite brachiale. Si spiega al paziente che questa lesione necessita di trattamento chirurgico in quanto è necessario reinserire sull'olecrano il tendine per garantire un buon recupero della forza muscolare in estensione. Si spiega che il trattamento non chirurgico esita molto frequentemente in un deficit di forza e dolore in quanto la lesione tende a retrarsi ed a guarire con tessuto fibroso interposto.

Si spiega in dettaglio il tipo d'intervento che verrà effettuato. Si eseguirà un'incisione cutanea posteriore al gomito, si asporteranno la borsa olecranica emorragica ed i coaguli interposti nella rottura tendinea: ciò consentirà di fare il bilancio completo ed accurato del tipo di lesione tendinea. Si procederà alla recentazione-regolarizzazione dei monconi lesionati per esporre un tessuto vitale e favorire la guarigione. Il tendine verrà imbastito con una doppia sutura tipo Krackow eseguita con filo non riassorbibile e si procederà, in base al tipo di lesione, alla tenorrafia termino-terminale o alla reinserzione trans-ossea sull'olecrano. Se la lesione è di tipo inserzionale, si preparerà la regione olecranica cruentando l'osso e preparando una trincea che accolga il moncone tendineo; successivamente saranno preparati i foro trans-ossei ulnari, necessari alla reinserzione ossea. In caso di significativa retrazione del ventre muscolare e del tendine (molto raro in acuto, più frequente nelle lesioni sub-acute e croniche), sarà necessario eseguire un ampio scollamento del tricipite dall'omero e dalle adesioni con il setto intermuscolare mediale e laterale.

In questo caso, potrebbe essere necessario procedere all'isolamento, neurolisi (liberazione) ed all'eventuale trasposizione (spostamento) sottocutanea del nervo ulnare. Tale procedura può provocare delle parestesie nel territorio di distribuzione del nervo ulnare (IV e V dito e faccia interna della mano) nel periodo post-operatorio e, più raramente, danni motori (muscoli flessori polso, dita e muscoli della mano); meno frequentemente sarà necessario isolare il nervo radiale (lesioni con tendine molto retratto) con le medesime complicanze post-operatorie (parestesie regione esterna e dorsale della mano o avambraccio, deficit estensione polso e dita). Si spiega inoltre che lesioni molto estese potrebbero comportare la necessità di rinforzare la ricostruzione con un tendine (semitendinoso) prelevato con una seconda incisione in corrispondenza del ginocchio. A fine intervento saranno applicati uno o due drenaggi.

Dopo l'intervento, l'arto superiore verrà immobilizzato per un periodo di tempo di circa 4 settimane con apparecchio gessato. Successivamente verrà protetto per altre 2 settimane da un tutore articolare di gomito e si inizierà il recupero graduale del movimento del gomito. Si avvisa inoltre che l'estensione attiva dell'avambraccio non sarà concessa prima di 2 mesi, e che il ritorno graduale alle attività pesanti e/o sportive non sarà consentito prima di 5-6 mesi.

Le possibili e più frequenti complicanze riportate in questo tipo di intervento sono: il cedimento della sutura tendinea con recidiva della rottura, rigidità e limitazioni articolari, lesioni vascolari e/o nervose (in particolare il nervo ulnare e radiale), ritardi di guarigione o necrosi cutanee, cheloidi cutanei, infezioni locali superficiali e/o profonde, intolleranza ai materiali di sutura, ossificazioni eterotopiche, dolore cronico e deficit di forza. Alcune delle complicanze sopra menzionate potrebbero richiedere ulteriori interventi chirurgici per raggiungere un risultato funzionale accettabile. Si ribadisce, infine, al paziente che l'intervento a cui verrà sottoposto non garantisce la restituzione completa della funzione e forza del muscolo tricipite.

S'informa il paziente della generica possibilità di complicanze infettive, 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:

Il Paziente

Il Medico