

## **CONSENSO INFORMATO INTERVENTO CHIRURGICO DI REINSERZIONE DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE**

Nome:

Cognome:

Città:

Data di nascita:

Si informa chiaramente il paziente sulla patologia di cui è affetto: lesione completa del tendine distale del bicipite brachiale. Si spiegano le indicazioni terapeutiche e le possibili alternative (chirurgiche e non chirurgiche) e si conviene che nel suo caso specifico (giovane e sportivo) sia più indicato il trattamento chirurgico.

Si spiega dettagliatamente il tipo di intervento che verrà effettuato: si eseguirà una incisione cutanea anteriore in corrispondenza della piega del gomito di circa 5-6 cm con la quale si cercherà di repertare il tendine bicipitale. Qualora il tendine non fosse raggiungibile con tale incisione perché molto migrato prossimalmente, sarà necessario prolungare prossimalmente l'incisione cutanea lungo il profilo mediale (interno) del muscolo fino a raggiungerlo. Il tendine sarà repertato, regolarizzato in corrispondenza della lesione asportando il tessuto francamente degenerato ed imbastito con una sutura intrecciata. Attraverso una cauta divaricazione dei piani distali alla piega del gomito sarà repertato il tunnel di scorrimento del tendine fino alla tuberosità radiale. Qualora il tunnel non sia riconoscibile, sarà necessario reperirlo e prepararlo a cielo aperto e quindi si amplierà l'incisione cutanea distalmente e lateralmente (incisione a Z).

Per la reinserzione anatomica del tendine, si spiega, sarà necessario eseguire una seconda via d'accesso di piccole dimensioni (5cm circa) nella regione postero-laterale del gomito per accedere alla tuberosità radiale. Questa sarà preparata realizzando una trincea ossea di circa 1,5 cm in cui sarà affondato e reinserito il tendine con punti trans-ossei.

Si spiega al paziente che se fossero presenti una marcata degenerazione ed un eccessivo sfrangiamento del tendine con relativo deficit di tessuto tendineo, potrebbe essere necessario utilizzare un innesto tendineo autologo (dello stesso paziente). Il tendine sarà prelevato con una o più incisioni cutanee in corrispondenza del polso o del ginocchio, o della gamba e sarà embricato e suturato al moncone tendineo del bicipite al fine di aumentarne la lunghezza e/o la resistenza. I tendini più frequentemente utilizzati per tale procedura sono il M. Palmare lungo (Polso), il M. Gracile e semitendinoso (Ginocchio), il plantare (gamba). Nel caso in cui la lesione sia considerata irreparabile, a causa dell'estrema retrazione e della cattiva qualità del tessuto tendineo, si precederà a reinserire il tendine del bicipite brachiale in sede non anatomica, ossia al tendine del muscolo brachiale anteriore (tenodesi). In questo caso non potrà essere recuperata la forza in supinazione. L'intervento si concluderà con il posizionamento di un drenaggio e la sutura del piano cutaneo.

Dopo l'intervento, l'arto superiore verrà protetto per un periodo di circa 6 settimane con tutore. In funzione della qualità del tessuto e della stabilità della ricostruzione si decideranno i tempi della riabilitazione passiva. Si avvisa inoltre che la flessione attiva dell'avambraccio non sarà concessa prima di 45 giorni, e che, il ritorno alle attività pesanti e/o sportive non sarà consentito prima di un periodo di circa 5-6 mesi.

Le possibili complicanze riportate in questo tipo d'intervento sono: il cedimento della ricostruzione tendinea con recidiva della rottura, rigidità e limitazioni articolari, in particolare la pronosupinazione (spesso a causa di ossificazioni eterotopiche in corrispondenza della tuberosità radiale), lesioni vascolari e/o nervose (in particolare della branca motoria del nervo radiale, del ramo cutaneo antero-laterale dell'avambraccio e dell'arteria brachiale), sofferenza cutanea con ritardo di guarigione della ferita, infezioni locali superficiali e/o profonde, intolleranza/allergia ai materiali di sutura, ossificazioni eterotopiche (con possibile limitazione dell'articolazione, in particolare della pronosupinazione), cheloidi cutanei, dolore cronico. In merito alla lesione del nervo radiale, riportata in letteratura fino al 40% dei casi, è rappresentata nella maggior parte dei casi da una lesione da "stiramento", pertanto la sintomatologia (impossibilità nell'estensione del polso e delle dita) è solitamente transitoria con una regressione completa in circa 8 mesi. Si spiega che solamente nel 4-5% dei casi la lesione è permanente e possono essere necessari successivi interventi chirurgici per la ripresa della funzionalità della mano.

Si ricorda infine al paziente che l'intervento a cui verrà sottoposto, anche se correttamente eseguito, non garantisce in tutti i casi la restituzione completa della funzione e della forza del bicipite.

S'informa infine il paziente della generica possibilità di complicanze infettive, neurologiche (centrali o periferiche), cardiocircolatorie, polmonari, vascolari locali o sistemiche, ossee (fratture iatrogene con necessità di una osteosintesi), urinarie e allergiche (a farmaci, a materiali protesici e di sintesi) che si possono associare a tutti gli interventi chirurgici ortopedici 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 anemia eccessiva (per rare lesioni vascolari), 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. Si avvisa il paziente che la rieducazione potrà avere una lunga durata (4-6 mesi). 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