

*DOTT. MICHELE A. VERDANO*

*SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA*

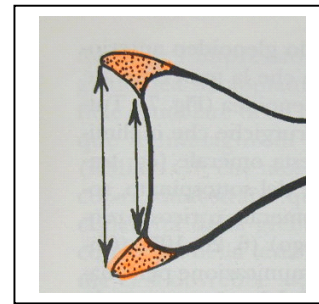
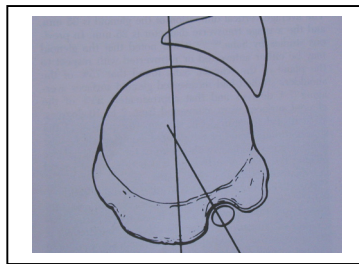
## **INSTABILITA' DI SPALLA**

**PAZIENTE** \_\_\_\_\_

L'articolazione della spalla è tra le più mobili del corpo umano consentendo ampie escursioni articolari nello spazio e questo è consentito dalla testa omerale sferica che si articola con una piccola e piatta glena scapolare e da un'ampia ed elastica capsula articolare.

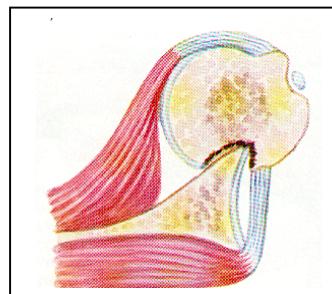
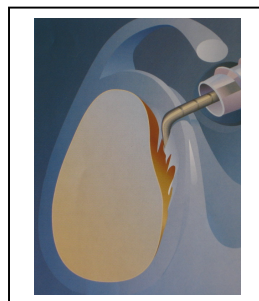
Naturalmente questi ampi movimenti devono avvenire nella massima stabilità per cui la natura ha sviluppato dei sistemi di stabilizzazione:

- il cerchione glenoideo che può essere paragonato ad una ventosa applicata alla glenoide,
- i legamenti gleno-omerale che proteggono e rinforzano anteriormente e inferiormente la capsula,
- i muscoli della cuffia dei rotatori.



Un trauma acuto può determinare la perdita di contatto tra testa omerale e glenoide realizzando la **LUSSAZIONE ACUTA DI SPALLA** che deve essere ridotta in ambiente ospedaliero.

Questo trauma violento determina il distacco del cerchione e dei legamenti, che solo in una bassa percentuale di casi possono cicatrizzare in maniera corretta. La conseguenza del primo trauma quindi può essere la **LUSSAZIONE ABITUALE** della spalla che avviene con traumi sempre minori o addirittura spontaneamente e si caratterizza per il distacco del cerchione e dei legamenti e per la possibile presenza di difetti ossei glenoidei e/o omerali.

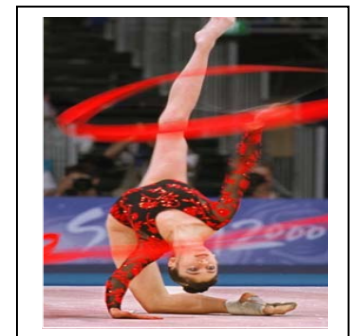


Negli atleti che praticano sport di lancio tipo tennis , baseball, pallavolo si può realizzare un progressivo sfiancamento, allungamento della capsula antero-inferiore e dei legamenti anteriori con conseguente dolore e perdita di efficienza del gesto atletico.

La causa di ciò è la minor capacità di stabilizzare la testa omerale e un secondario sovraccarico dei tendini della cuffia.

In queste forme di **INSTABILITA' MINORE** si evidenziano distacchi parziali del cercine o dell'ancora bicipitale e/o lesioni parziali della cuffia. Sono quindi sufficienti traumi di minor entità per provocare la lussazione.

I pazienti che presentano costituzionalmente una capsula articolare più lassa ed elastica, sono esposti a forme di **instabilità** minori particolarmente **dolorose**.



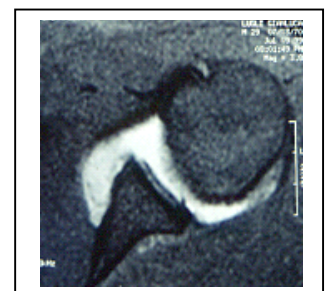
## VALUTAZIONE CLINICA DELLO SPECIALISTA ORTOPEDICO

La visita dello specialista valuterà la storia del paziente (sport, traumi, sintomi) la presenza di lassità costituzionale ed eseguirà test specifici in grado di suscitare dolore e/o apprensione cioè paura che avvenga la lussazione.



## ESAMI STRUMENTALI

L'esame RX può dimostrare le lesioni ossee causate dalla prima lussazione, mentre, spetta alla RMN eseguita, quando possibile, con introduzione di mezzo di contrasto nell'articolazione, definire il danno al cercine, ai legamenti ed alla capsula articolare.



## ESAME IN NARCOSI

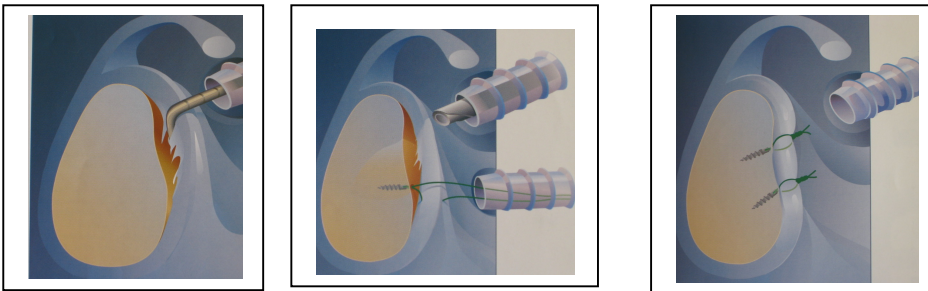
Una volta deciso l'intervento, si completa l'esame clinico in sala operatoria, valutando in anestesia l'entità e la direzione della instabilità.



## INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento di stabilizzazione può essere eseguito in day-surgery o ricovero ordinario, in anestesia periferica o generale a seconda dell'organizzazione della struttura ospedaliera.

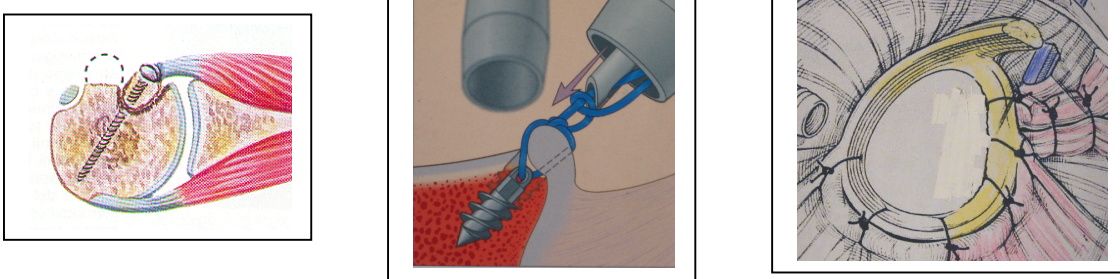
Nella lussazione abituale consiste nella reinserzione alla glenoide del cercine e dei legamenti distaccati, nelle instabilità minore si riparano le lesioni minori e si ritensiona la capsula, nelle instabilità dolorose si restringe la capsula articolare.



Tutti questi interventi possono essere eseguiti in ARTROSCOPIA cioè con l'introduzione in articolazione di un'ottica collegata ad una telecamera ed a un monitor che consentono di eseguire l'intervento attraverso altre due piccole incisioni cutanee.

Per reinserire il cercine ed i legamenti sono utilizzate piccole viti in titanio o riassorbibili, per restringere la capsula vengono eseguite delle plicature del tessuto.

In caso di grave deficit osseo o di grave danno capsulare l'intervento può essere completato a cielo aperto o iniziato direttamente a cielo aperto.



In caso di importante lesione ossea sarà indicato l'intervento a cielo aperto con l'utilizzo di un innesto osseo a colmare il deficit, in caso di grave lesione capsulare si eseguirà una plastica a cielo aperto.

## QUALI SONO LE COMPLICANZE POSSIBILI?

1. Infettive; nello 0,04 % - 3,6% dei casi, nonostante la profilassi antibiotica e le precauzioni di sterilità normalmente attuate, può verificarsi una complicanza infettiva che dovrà essere trattata con le specifiche terapie del caso (ulteriore terapia antibiotica, eventuale intervento di revisione chirurgica);
2. Tromboemboliche; in letteratura sono descritti casi eccezionali (<1%), in cui possono verificarsi complicanze di questo tipo che dovranno essere trattate con le appropriate misure terapeutiche;
3. Complicanze tecniche; l'intervento chirurgico viene effettuato per sua natura attraverso strutture muscolari, vasi sanguigni e nervi; quest'ultimi possono essere interessati da lesioni di vario grado, con una frequenza che varia dal 1% al 8% in questo tipo d'intervento. Un'altra possibile complicanza tecnica può essere rappresentata dalla mobilizzazione dopo l'intervento delle viti impiantate.
4. Dolore post-operatorio; l'utilizzo di farmaci antidolorifici e borsa del ghiaccio serve a ridurre, ma non annulla del tutto il dolore che tuttavia regredisce generalmente dopo 2-3 giorni. La percentuale di dolore o instabilità è intorno al 10%.
5. Rigidità post-operatoria; secondo i dati presenti in letteratura è dell'ordine del 2,7%.
6. Recidiva di lussazioni; questo potrebbe o meno necessitare un re-intervento. La percentuale di recidiva nel trattamento artroscopico è di circa 6-12%. La percentuale di recidiva dell'intervento "a cielo aperto" è di circa 2-5%.

## COME CI SI SENTIRÀ AL RISVEGLIO? QUANTO È NECESSARIO STARE IN OSPEDALE?

Al risveglio dopo l'intervento chirurgico il paziente avrà una medicazione con garze sopra gli accessi artroscopici o sopra la ferita chirurgica. Al risveglio l'arto operato sarà inoltre contenuto in un tutore antirotatorio. Il tempo medio di degenza in ospedale dopo questo intervento è di circa 2-3 giorni, salvo complicazioni.

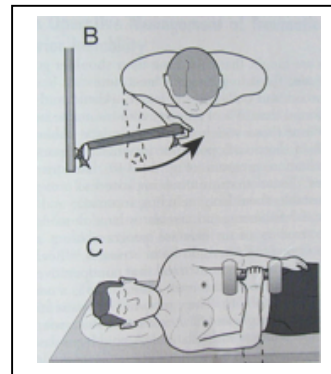
I punti di sutura della ferita chirurgica saranno rimossi in ambulatorio dopo circa 14 giorni dall'intervento e residueranno 3-4 cicatrici di circa 1 cm (se eseguito in artroscopia). In caso d'intervento "a cielo aperto" residuerà un cicatrice di circa 6-8 cm; è possibile, in rari casi, che la cicatrice chirurgica abbia un'evoluzione sfavorevole (formazione di cheloidi), in tal caso è necessario pertanto segnalare eventuali anomalie al Curante, che provvederà, se necessario, agli accertamenti diagnostici dovuti.



## QUAL È IL TRATTAMENTO DA EFFETTUARE DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO?

Nel **POST-OPERATORIO** verrà applicato un tutore ortopedico da mantenere 25 giorni e saranno consentiti cauti movimenti attivi di rotazione e abduzione sostenendosi il gomito durante la loro esecuzione.

Verrà eseguita riabilitazione in palestra e in piscina riabilitativa con progressivo rinforzo muscolare dei rotatori ,proteggendo il paziente dai movimenti a rischio per 2-3 mesi e dallo sport per 5-6 mesi.



### Norme da seguire:

- Non si deve mangiare o bere dalla mezzanotte del giorno precedente all' intervento chirurgico.
- È auspicabile arrivare all' intervento chirurgico con una situazione muscolare il più possibile conservata. ( muovere e rinforzare il più possibile i muscoli della spalla con l' aiuto di un fisioterapista);
- Non fumare nella settimana precedente e successiva all' intervento **(il fumo può inibire la cicatrizzazione!!!!)**

### NOTA:

**La presente guida serve a integrare un approfondito colloquio informativo che il paziente deve avere con l' ortopedico. (e' necessario CHIEDERE QUANTO PIU' POSSIBILE E CHIARIRE OGNI DUBBIO E INCERTEZZA SULL'INTERVENTO!)**

## E' IMPORTANTE SAPERE

- **L'OBIETTIVO DELL'INTERVENTO E' STABILIZZARE L'ARTICOLAZIONE SENZA GRAVI PERDITE DI ARTICOLARITA'.**
- In caso di deficit ossei di glena e/o gravi lesioni capsulo-legamentose si deve eseguire intervento a cielo aperto con trasposizione della coracoide e relativi muscoli coracobrachiali.
- E' possibile che l'intervento artroscopico possa proseguire **a cielo aperto** per gravi deficit ossei, capsulari e/o per problemi tecnici.
- La percentuale di lesioni nervose ( ascellare e muscolo-cutaneo ) e' tra il 2-5 %.
- La percentuale di **RECIDIVE** cioè di rilussazione dopo intervento artroscopico varia dal **6% al 12%** ed è più elevata in caso di LASSITA' e di GIOVANE ETA' ( sotto i 20 anni) e di difetto osseo.
- In caso di instabilità multidirezionale o lassità dolorosa ,la riabilitazione dura 5-6 mesi ed esita una **riduzione di articolarietà** rispetto alla spalla controlaterale.
- La percentuale di **RIGIDITA' O DOLORE** post -intervento e' inferiore al **10%**.
- Non è possibile garantire la ripresa sportiva allo stesso livello agonistico in caso di sport di lancio (tennis , pallavolo , nuoto etc).
- E' possibile la **mobilizzazione delle mini - viti** e la comparsa di **ARTROSI** a distanza in percentuale non ancora quantificata dalla letteratura.

## **PROGRAMMA POSTOPERATORIO**

Dimissione il pomeriggio stesso in caso di intervento in Day Surgery, dimissione il giorno dopo, o nei giorni successivi, in caso di ricovero ordinario.

Si Mantiene il TUTORE ORTOPEDICO per 25-30 giorni, salvo diversa prescrizione e si abbandona progressivamente. Si possono iniziare cauti\_movimenti in abduzione attiva e rotazioni attive dopo 7-8 gg.

Se prescritto, noleggiare il Mobilizzatore Continuo Passivo (KINETEC di SPALLA) nei tempi e modalità indicate.

PRENOTARE subito la VISITA FISIATRICA URGENTE prescritta dal medico di reparto, presso la U.O. Medicina Riabilitativa o il centro riabilitativo di fiducia. Assicurarsi che il programma riabilitativo possa essere avviato nei tempi indicati.

La data e l'orario della prima medicazione sono indicate nella lettera di dimissione; i successivi controlli verranno effettuati presso il reparto, su indicazione del Medico e a prenotazione interna.

Il numero di tali controlli sarà variabile in base alla tipologia del trattamento e del decorso clinico.

**IMPORTANTE:** portare SEMPRE ai controlli tutta la documentazione relativa all'intervento eseguito.



## **SEDI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE**

POLIAMBULATORIO SALUSER PARMA VIA VERDI 27  
TEL 0521 200698, 0521 200955

POLIAMBULATORIO FITNESSCENTER  
VIA GALILEO GALILEI 9 PARMA  
TEL 0521 284935, 349 5426846

POLIAMBULATORIO PRIVATO  
CENTRO MEDICO  
VIA FRATELLI CERVI 59 REGGIO EMILIA  
TEL 0522 385412

POLIAMBULATORIO CO.ME.TE. CASALMAGGIORE (CR) VIA 4  
NOVEMBRE  
TEL 0375 42380, 0375 41641

POLIAMBULATORIO CENTRO MEDICO LE GRAVINE GINOSA (TA)  
TEL 099 8244944, 099 8291155