

INSTABILITÀ ANTERO-INFERIORE DELLA SPALLA: INDICAZIONI E LIMITI AL TRATTAMENTO ARTROSCOPICO

V. DE CUPIS, M. PALMACCI, C. CHILLEMI, A. TODESCA
ICOT LATINA

RIASSUNTO

Il trattamento artroscopico delle instabilità antero-inferiori di spalla grazie al progresso tecnologico e allo sviluppo delle conoscenze dell'anatomia, in mani esperte ha raggiunto livelli di affidabilità tali da rappresentare ad oggi una valida alternativa al trattamento open. Si richiede però una accurata pianificazione che punti ad escludere da questa metodica pazienti che presentino controindicazioni importanti come gravi difetti ossei a livello della glena, lesioni Hill Sachs engaging e lesioni di Bankart ossea per i quali preferiamo praticare trattamento a cielo aperto.

INTRODUZIONE

L'instabilità di spalla è una condizione clinica che si caratterizza per l'alterazione dei corretti rapporti gleno-omerali con episodi di franca lussazione o sub-lussazione. Generalmente il trauma rappresenta la causa più comune di una spalla instabile (fig.1), ma questa può determinarsi per microtraumi ripetuti o essere dovuta ad una lassità costituzionale. Distinguiamo così le forme post-traumatiche T.U.B.S. (traumatic unilateral Bankart Surgery), da quelle microtraumatiche tipiche di alcuni sport di lancio A.I.O.S. (acquired instability overstress surgery) e da quelle costituzionale A.M.B.R.I. (atraumatic multidirectional bilateral rehabilitation inferior capsular shift). Il quadro anatomico-patologico delle forme classiche post-traumatiche consta di una lesione del cerchio glenoideo anteriore (lesione di Bankart) (fig.2) che può essere associata ad una lesione del margine osseo della glena (Bankart ossea) e di una lesione da impatto della superficie posteriore della testa omerale (lesione di Hill-Sachs) (fig. 3); possono essere inoltre presenti delle lesioni dell'ancora bicipitale (lesioni SLAP), e lesioni capsulo-legamentose. Queste ultime in particolare possono essere più frequentemente solo delle lacerazioni parziali oppure delle vere e proprie rotture complete che vengono distinte in lesioni periglenoidee, lesioni intralegamentose e disinserzioni all'o-



Fig. 1 Lussazione gleno-omeroale anteriore sotto coracoidea

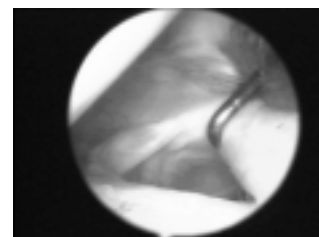


Fig. 2 visione e palpazione di una lesione di Bankart durante l'ispezione artroscopica

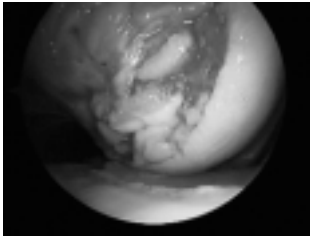


Fig. 3 Quadro artroscopico di un'ampia lesione di Hill-Sachs della testa omerale.

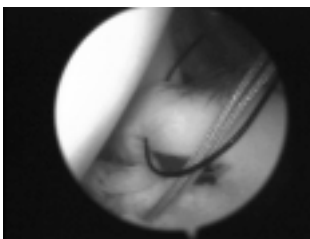


Fig. 4 Passaggio di un filo trasportatore (chuttle relay - Lenvayec) attraverso il cercine glenoideo dopo il posizionamento dell'ancora sul bordo glenoideo.

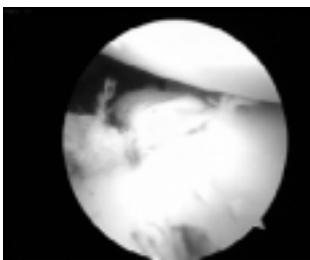


Fig. 5 Valida reinserzione del cercine glenoideo con 2 ancorette.

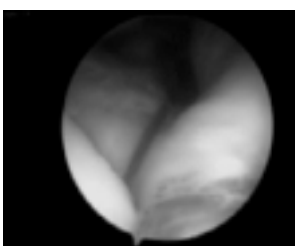


Fig. 6 Riparazione di una lesione SLAP tipo II sec. Snyder.

mero che possono essere senza frammento osseo (HAGL) o con frammento osseo (BHAGL). Il quadro anatomo-patologico delle AIOS è decisamente più sfumato ed i reperti più comuni sono: la lesione del cercine superiore con sofferenza inserzionale del CLBO, un allargamento dell'intervallo dei rotatori ed una lesione parziale del versante articolare della cuffia dei rotatori. Nel caso delle AMBRI l'incongruenza dei capi articolari è determinata da una ridondanza capsulare con associata detensione legamentosa e slargamento dell'intervallo dei rotatori. La tecnica da noi preferita per il trattamento dell'instabilità post-traumatica è quella artroscopica che dopo una fase pionieristica della fine degli anni '80 che era gravata da un elevato tasso di recidive (>50% con l'uso di cambre, fino all'80% con l'uso di suture trans-ossee), grazie miglioramento tecnologico e all'affinamento delle tecniche permette di conseguire fino al 96% di buoni risultati (Savoie et al., 2001). Gli obiettivi del trattamento chirurgico sono: reinserzione del cercine glenoideo ricostituendo la fisiologica sponda anteriore e chiudendo la tasca patologica di lussazione della testa omerale, ritenzionamento del legamento gleno-omerale inferiore, eventuale riparazione delle lesioni dell'ancora bicipitale, riparazione delle lesioni capsulo-legamentose associate (plicature capsulare o riparazione delle HAGL).

MATERIALI E METODI

Il trattamento artroscopico consta quindi delle seguenti fasi:

1. Posizionamento del paziente, noi adottiamo il decubito laterale con arto in trazione bipolare in anteposizione di 10°-15° e 30°-70° di abduzione;

2. Realizzazione degli accessi artroscopici: portal posteriore, portal antero-superiore e portal antero-inferiore oltre ad accessi supplementari se necessari;

3. Bilancio articolare con attenta valutazione del trofismo del cercine, dell'estensione della lesione all'ancora bicipitale, del grado di tensione dei legamenti gleno-omerale e di eventuali lesioni osteocondrali della superficie glenoidea od omerale;

4. Preparazione del cercine glenoideo che deve essere completamente scollato dal bordo osseo della glena;

5. Posizionamento di 2 o più ancore sul margine glenoideo anteriore (generalmente preferiamo ancore avvitate con 1 filo di sutura non riassorbibile Ethibond o Fiber-wire);

6. Passaggio del filo di sutura attraverso il cercine con



Fig. 7 Lesione di Bankart ossea ben evidenziata dalla proiezione di BernajEAU.

uncini passa-fili, cercando di plicare la maggior quantità di tessuto capsulare possibile (fig. 4);

7. Realizzazione del nodo artroscopico, generalmente a scivolamento con 3 mezzi colli di chiusura alternati;

8. Valutazione della stabilità dopo reinserzione completa del cercine glenoideo (fig.5);

9. Eventuali plicature capsulari supplementari se non si raggiunge un grado di tensione ottimale dei legamenti gleno-omerali o se presente uno sfiancamento patologico di questi sul versante infero-posteriore;

10. Eventuale trattamento delle lesioni SLAP (fig. 6) o se presenti del versante articolare della cuffia dei rotatori. Generalmente non ricorriamo nell'instabilità post-traumatica all'uso di plastiche termiche con radiofrequenze (shrinkage).

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Il protocollo post-operatorio prevede l'uso per 3 settimane di un tutore ortopedico in adduzione intra-rotazione; la riabilitazione viene quindi intrapresa solo a termine di questo periodo di immobilizzazione iniziando con la chinesio passiva. Il primo obiettivo che dobbiamo realizzare è la completa elevazione sul piano scapolare e solo in un secondo tempo si intraprende il lavoro sulle rotazioni interna ed esterna a braccio prima addotto e poi a 90° di abduzione. Dopo aver terminato la fase passiva si comincia la fase di esercizi attivi assistiti e dopo 2 mesi quella di potenziamento con esercizi contro resistenza. Le controindicazioni al trattamento artroscopico dell'instabilità post-traumatica sono rappresentate dalla presenza di una lesione di Hill-Sachs talmente grande da riuscire ad impegnare in rotazione esterna il bordo glenoideo anteriore (engaging Hill-Sachs), di una lesione ossea della glena (Bankart ossea) superiore al 30% del diametro inferiore della stessa (fig. 7), oppure in caso di recidiva di una lesione già trattata artroscopicamente. In questi pazienti l'intervento di elezione da noi praticato è quello di mio-capsuloplastica secondo Latarjet-Patte. Riteniamo quindi di fondamentale importanza una corretta pianificazione post-operatoria per evitare risultati insoddisfacenti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bokor DJ, Conboy VB, Olson C. Anterior instability of the glenohumeral joint with humeral avulsion of the glenohumeral ligament. A review of 41 cases. J Bone Joint Surg [B] 81(1):93-6, 1999
- 2) Bui-Mansfield LT, Taylor DC, Uhorchak JM, Tenuta JJ. Humeral avulsion of the glenohumeral ligament: imaging features and review of the literature. Am J Roentgenol 179 (3): 649-655, 2002

- 3) Chillemi C., Palmacci M., Todesca A., De Cupis V. Instabilità anteriore post-traumatica di spalla. Indicazioni attuali alla luce di una esperienza decennale con la tecnica di Latarjet-Patte. *G.I.O.T.*, Vol. 29 – Suppl. 2: 33-37, 2003
- 4) De Cupis V., Palmacci M., Chillemi C. Latarjet procedure in the treatment of anterior shoulder instability: a long term follow-up. 16th Congress E.S.S.S.E., Budapest, 18-21 Settembre 2002, pag. 263
- 5) Oberlander MA, Morgan BE, Visotsky JL. The BHAGL lesion: a new variant of anterior shoulder instability. *Arthroscopy* 12 (5): 627-633, 1996
- 6) Warner JJ, Deng XH, Warren RF, Trozilli PA. Static capsulo-ligamentous restraints to superior-inferior translation of the glenohumeral joint. *Am J Sports Med* 20: 675-679, 1992