



Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico di *artroscopia di spalla*



Informazioni generali

L'**artroscopia** è una tecnica che permette al chirurgo di visualizzare, diagnosticare e trattare le patologie **all'interno delle articolazioni**. La parola artroscopia deriva dal greco e significa "guardare dentro alle articolazioni".

In un esame artroscopico, il Chirurgo fa una piccola incisione nella pelle del Paziente e vi inserisce uno strumento di **pochi millimetri** di diametro, che permette di ingrandire e illuminare l'interno dell'articolazione. Collegando l'artroscopio a una **telecamera miniaturizzata**, è possibile visualizzare le immagini su un monitor e registrare le fasi dell'intervento.

Le articolazioni più frequentemente sottoposte ad artroscopia, oltre al ginocchio, sono la spalla, la caviglia, il gomito, l'anca e il polso.

Informazioni per il Paziente

L'artroscopia di spalla è una tecnica chirurgica indicata in una serie di patologie. Le più frequenti sono:

- **Sindrome da conflitto sottoacromiale (o sub-acromiale)**

La causa della sindrome da conflitto è il restringimento del "defilè del sovraspinato" (il sovraspinato è uno dei muscoli che garantiscono la stabilità alla spalla). Tale termine è stato introdotto per definire lo spazio al di sotto dell'acromion (è un processo osseo che fa parte della scapola e si articola con la clavicola), del legamento coraco-acromiale e dell'articolazione acromion-claveare in cui passa il tendine del sovraspinato all'uscita dalla sua fossa e prima della sua inserzione sul versante superiore del trochite (è una prominenza ossea dell'omero su cui si inserisce il tendine sovraspinato).

Clinicamente la sindrome da conflitto sub-acromiale si manifesta con dolore alla parte alta del braccio soprattutto quando l'arto viene alzato. La terapia chirurgica nella sindrome da conflitto sottoacromiale consiste nella lisi (= *liberazione dalle aderenze che impediscono lo scorrimento*) del legamento coraco-acromiale; nell'acromionplastica "a minima" (asportazione di circa 0,5 cm di tessuto osseo allo scopo di aumentare lo spazio acromion-omeroale e di conseguenza lo spazio di scorrimento dei tendini della cuffia dei rotatori); eventuale sutura dei tendini della cuffia dei rotatori; eventuale tenotomia (= *resezione chirurgica del tendine*) e/o tenodesi (= *fissazione del tendine*) del capo lungo del bicipite brachiale (CLBB).

- **Rottura tendini cuffia dei rotatori**

La rottura dei tendini della cuffia dei rotatori (i tendini che consentono i movimenti della spalla) è spesso conseguente alla sindrome da conflitto sub-acromiale o conseguente a un trauma contusivo-distorsivo della spalla.

Clinicamente il sintomo principale è il dolore associato a ipostenia (deficit di forza che si manifesta nei movimenti di flessione e rotazione esterna della spalla).





La terapia chirurgica della lesione dei tendini della cuffia dei rotatori consiste nella riparazione della rottura con l'utilizzo di piccole "ancore" metalliche e fili di sutura non riassorbibili; nella lisi (= *liberazione dalle aderenze che impediscono lo scorrimento*) del legamento coraco-acromiale; acromionplastica "a minima" (asportazione di circa 0,5 cm di tessuto osseo allo scopo di aumentare lo spazio acromion-omerale e di conseguenza lo spazio di scorrimento dei tendini della cuffia dei rotatori); eventuale tenotomia e/o tenodesi del capo lungo del bicipite brachiale (CLBB). Va precisato che non tutte le rotture della cuffia dei rotatori sono riparabili: esistono quadri clinici in cui l'atrofia e/o retrazione dei tendini sono tali da non permetterne la riparazione. In questi casi l'intervento di artroscopia ha l'unico scopo di alleviare il dolore mediante l'esecuzione della tenotomia del capo lungo del bicipite brachiale e quando possibile effettuare una sutura parziale (detta sutura funzionale) dei tendini della cuffia dei rotatori.

- **Instabilità articolare**

Nell'instabilità, l'aumentata lassità (= *fiacchezza*) articolare si associa a dolore. Le instabilità sono classificate in Tubs (traumatiche unidirezionali con lesione di Bankart) che necessitano una riparazione chirurgica e Ambri (atraumatiche, multidirezionali, bilaterali), il cui trattamento iniziale è riabilitativo ed eventualmente solo in un secondo tempo, chirurgico con plastica capsulare (artroscopica o artrotomica); queste ultime si manifestano in un quadro di lassità generalizzata.

Nelle lesioni traumatiche, la possibilità di avere nuovi episodi di lussazione (= *perdita dei rapporti tra i capi di un'articolazione*) è inversamente proporzionale all'età del Paziente: quanto più è giovane, tanto più facilmente può andare incontro nel corso della vita a lussazione.

La terapia chirurgica può essere artroscopica o in alternativa artrotomia (incisione chirurgica e apertura dell'articolazione).

L'accesso artroscopico consente l'esame visivo del complesso capsulo-legamento distaccato e la fissazione del legamento all'osso utilizzando dei fili di sutura (ed eventualmente delle microscopiche ancore metalliche inserite nell'osso). Nei casi in cui i legamenti si siano staccati dalle loro sedi in maniera ampia e grave o siano molto allungati, è necessario ricorrere alla via artrotomica: attraverso un'incisione di 5-7 centimetri effettuata sulla cute, il Chirurgo accede all'articolazione e fissa il legamento utilizzando gli stessi fili di sutura e le stesse ancorette utilizzate nell'intervento per via artroscopica.

In alternativa a questa tecnica, viene eseguito l'intervento di Latarjet che consiste, nella trasposizione dell'estremità ossea della apofisi coracoide sul bordo anteriore della glena (bordo articolare): in pratica si trapianta una piccola porzione ossea della scapola sulla superficie anteriore dell'articolazione scapolo-omerale al fine di rinforzare l'articolazione danneggiata. Questa tecnica è indicata nei casi in cui il bordo articolare abbia una superficie di spessore ridotto a causa di ripetuti episodi di lussazione, in quanto la trasposizione ossea e il relativo fissaggio con viti al titanio, aumentano la superficie della glena. Inoltre, la trasposizione ossea, con i tendini dei muscoli a essa legati rappresenta una barriera alla fuoriuscita anteriore della testa dell'omero durante l'elevazione dell'arto.

Tutti gli interventi, che hanno **durata** variabile da 45' a 90', possono essere eseguiti in **anestesia generale** o con **blocco nervoso periferico**; la scelta dell'tipo di anestesia deve essere discussa con l'Anestesista.



Decorso postoperatorio

Gli interventi di artroscopia di spalla possono essere eseguiti in regime di **day surgery** (con dimissione lo stesso giorno dell'intervento) o prevedere **una notte** di degenza. Al momento della dimissione la ferita è medicata con garze e cerotti che possono macchiarsi per la fuoriuscita di modeste quantità di sangue e liquido di drenaggio. Il Paziente può avvertire la sensazione di **gonfiore della spalla**, dovuta alla presenza di liquido all'interno dell'articolazione: questa sensazione scompare in pochi giorni. Al momento della dimissione, sono prescritte al Paziente delle terapie da assumere a domicilio: è perciò fondamentale avvertire il Medico di eventuali **allergie**. L'applicazione di **ghiaccio** sulla ferita nelle prime 48 ore contribuisce a ridurre gonfiore e dolore. Il Paziente deve evitare di assumere farmaci contenenti **aspirina** in quanto aumenta il rischio di sanguinamento post operatorio.

Per il recupero completo della funzionalità della spalla è indispensabile seguire un programma personalizzato di **riabilitazione**. Sono necessarie alcune settimane per ottenere una cicatrizzazione dei tessuti intraarticolari, e alcuni mesi prima di raggiungere la definitiva riparazione: pertanto è indispensabile che il Paziente si attenga alle indicazioni del Chirurgo e del Terapista, prima di utilizzare liberamente l'articolazione (es. per attività sportive con possibili traumi alla spalla).



Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

Rischi specifici

Subito dopo l'operazione è indispensabile mettersi in contatto con l'equipe chirurgica in caso di **formicolii, intorpidimenti, febbre, dolore** di forte intensità, **sudorazione** profusa.

Durante l'intervento di chirurgia artroscopica possono verificarsi complicanze che determinano una limitazione funzionale di vario grado. Le più frequenti sono:

- **dolore residuo**
- **deficit di forza**
- **limitazione del movimento**
- **recidiva** della rottura di un legamento o dell'instabilità
- **deficit** legati a danno del muscolo deltoideo e dei nervi della spalla
- **rigidità articolare e artrosi**
- **mobilizzazione dei mezzi di sintesi**