

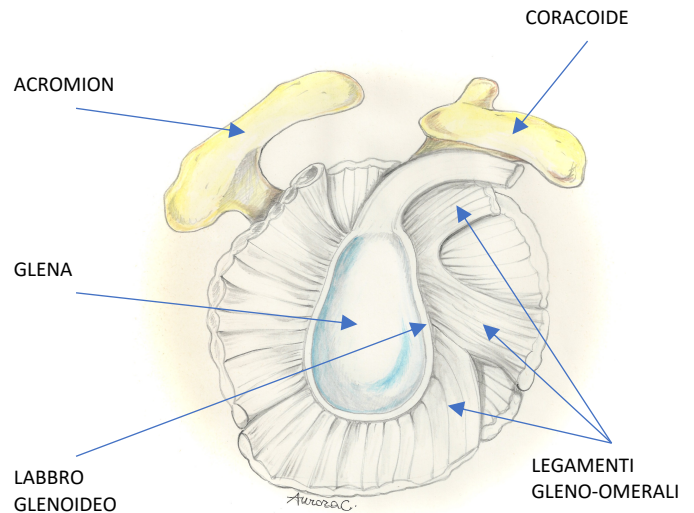
LESIONI DEL LABBRO GLENOIDEO ED INSTABILITA'

Dr. Gaetano Maci
Chirurgo Ortopedico

La spalla è l'articolazione più mobile del nostro corpo e tende naturalmente ad essere anche la più instabile!

Già 400 anni prima di Cristo, Ippocrate aveva studiato i possibili meccanismi, ne aveva descritto la manovra riduttiva e compreso l'approccio cruento ma a distanza di un po' di anni, l'instabilità di spalla resta ancora un problema molto diffuso (2-3% della popolazione si lussa la spalla nel corso della vita) e la recidiva è molto alta (80-90% sotto i 20 anni).

Il trattamento chirurgico riduce nettamente l'incidenza, senza però eliminarla!



CLASSIFICAZIONE

Schematicamente possiamo classificare le instabilità in:

TUMBS: Traumatiche unidirezionali con lesione di Bankart. Nella lussazione antero-inferiore abbiamo solitamente l'avulsione del labbro dalla glenoide (lesione di Perthes-Bankart) e la frattura da impatto posteriore della testa omerale (lesione di Hill-Sachs). Se assieme al labbro abbiamo un piccolo distacco osseo del bordo glenoideo, si parla di Bankart ossea. Se avviene una cicatrizzazione spontanea medializzata sul collo della glenoide, il complesso capsulo legamentoso perde la sua efficacia e si parla di lesione ALPSA. Se l'avulsione avviene sul versante omerale del complesso capsulo-legamentoso, parliamo di HAGL (avulsione anteriore) o RHAGL (avulsione posteriore).

AMBRI: Atraumatiche, multidirezionali, bilaterali. Prevedono un trattamento riabilitativo e solo in seconda battuta chirurgico con plastica capsulare seguito da mirata riabilitazione.

AIOS: Microinstabilità acquisite dovute a stress articolari ripetuti. Sono tipiche di giovani sportivi che praticano sport da lancio (tennis, baseball..)

Il trattamento può variare a seconda delle richieste funzionali del paziente e della clinica.

Il trattamento chirurgico consiste nella reinserzione anatomica della "breccia" con ancorette riassorbibili.

LESIONI DEL LABBRO GLENOIDEO ED INSTABILITA'

SLAP (Superior Labrum from Anterior to Posterior) Si tratta della patologia del cercine superiore in corrispondenza dell'inserzione del capo lungo del bicipite. Se paragoniamo la glena ad un orologio, il cercine superiore va da ore 10 ad ore 2 (in una spalla destra).

Sono sempre più frequenti per l'aumentare dei giovani sportivi (10,9% su 650 artroscopie consecutive sec. Castagna, di cui l'83% di tipo 2°)

La Classificazione proposta da Snyder (1990):

Tipo 1°: degenerazione del labbro alla base del CLB

Tipo 2°: avulsione del cercine superiore

Tipo 3°: rottura "a manico di secchio" del labbro superiore senza interessamento del CLB

Tipo 4°: rottura "a manico di secchio" del labbro superiore con coinvolgimento del CLB

Seguono altri 5 Tipi di SLAP lesions che possiamo considerare lesioni complesse.

Il trattamento chirurgico è Artroscopico e va dal semplice debridment per il 1° tipo alla reinserzione anatomica con ancorette alla tenonomia/tenodesi nella forme più gravi.

SINTOMI

Clinicamente il paziente lamenta:

dolore alla spalla

instabilità

progressiva limitazione funzionale (tipicamente nei movimenti di extrarotazione ed abduzione)

VALUTAZIONE MEDICA

Durante la prima visita il medico parlerà con il paziente cercando di ricostruire l'accaduto e la storia clinica.

Durante l'esame obiettivo (esame fisico completo delle spalle), verranno controllate tutte le strutture della spalla con test specifici per l'instabilità

Altri test che possono aiutare il medico a confermare il sospetto clinico sono le indagini strumentali:

Radiografie (RX) : mostrano l'anatomia scheletrica ed eventuali distacchi ossei.

Risonanza Magnetica (MRI): esame fondamentale per lo studio dei tessuti molli con visualizzazione chiara della rottura.

(In alternativa l'esame TAC o arthro-TAC).

LESIONI DEL LABBRO GLENOIDEO ED INSTABILITA'

TRATTAMENTO

Come già anticipato, il trattamento di una lesione del labbro glenoideo varia a seconda delle esigenze del paziente, dell'età e delle condizioni cliniche generali del paziente.

Trattamento non chirurgico: fisioterapia, rinforzo di tutte le strutture "dinamiche" che stabilizzano la spalla.

Trattamento chirurgico: RIPARAZIONE ARTROSCOPICA

In tutti questi casi il trattamento è la riparazione anatomica in Artroscopia che consiste nel reinserire attraverso piccole ancorette riassorbibili attraverso le quali scorrono fili di sutura, il segmento capsulo-legamentoso disinserito. Il tasso di recidiva è del 4% sopra i 22 anni (Porcellini-Castagna) ma nel paziente più giovane i tessuti sono più elastici con maggiore presenza di collagene 3 e quindi le percentuali di recidiva aumentano.

In caso di deficit osseo della glena o di fallimento del trattamento artroscopico o in casi selezionati (come prima scelta) procediamo con trattamento "a cielo aperto" o artroscopico con trasposizione della coracoide al bordo glenoideo anteriore sec. Latarjet. Il processo coracoideo sezionato con il tendine congiunto viene fatto passare attraverso il sottoscapolare ed infine fissato alla superficie anteriore del margine glenoideo con una placchetta o viti.

RIABILITAZIONE

➤ [VAI ALLA SEZIONE VIDEO PER LA SPIEGAZIONE DELLE FASI RIABILITATIVE](#)

In caso di riparazione Artroscopica, il paziente dovrà indossare un tutore in abduzione per 4 settimane per favorire i tempi biologici di cicatrizzazione. Potrà rimuovere il tutore da subito per lavarsi ed eseguire esercizi pendolari che verranno spiegati al momento della dimissione. Verranno associati esercizi a seconda dell'intervento subito ed alla qualità dei tessuti.

La **Riabilitazione** è fondamentale per una ripresa della funzionalità della spalla. Prevede 3 step fondamentali:

- Riduzione dell'infiammazione + recupero del movimento
- Rinforzo muscolare + rieducazione propriocettiva
- Ritorno all'attività sportiva

