

La patologia dolorosa di Ginocchio, Anca e Spalla: aspetti diagnostici e terapeutici, ortesi, chirurgia sostitutiva e correttiva

E. Sabetta

**IL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO:
APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA IN
MEDICINA GENERALE**

**Corso PAF Accreditato ECM rivolto ai MMG
Distretto REGGIO EMILIA**

Giovedì 17 novembre 2011 (1.a Edizione)

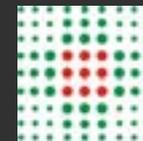
Venerdì 18 novembre 2011 (2.a Edizione)

dalle ore 14,30 alle ore 19,30

Sala Polivalente

Bagnolo in Piano

*Struttura Complessa
Ortopedia e Traumatologia
Direttore: Ettore Sabetta
Arcispedale S. Maria Nuova
Reggio Emilia*

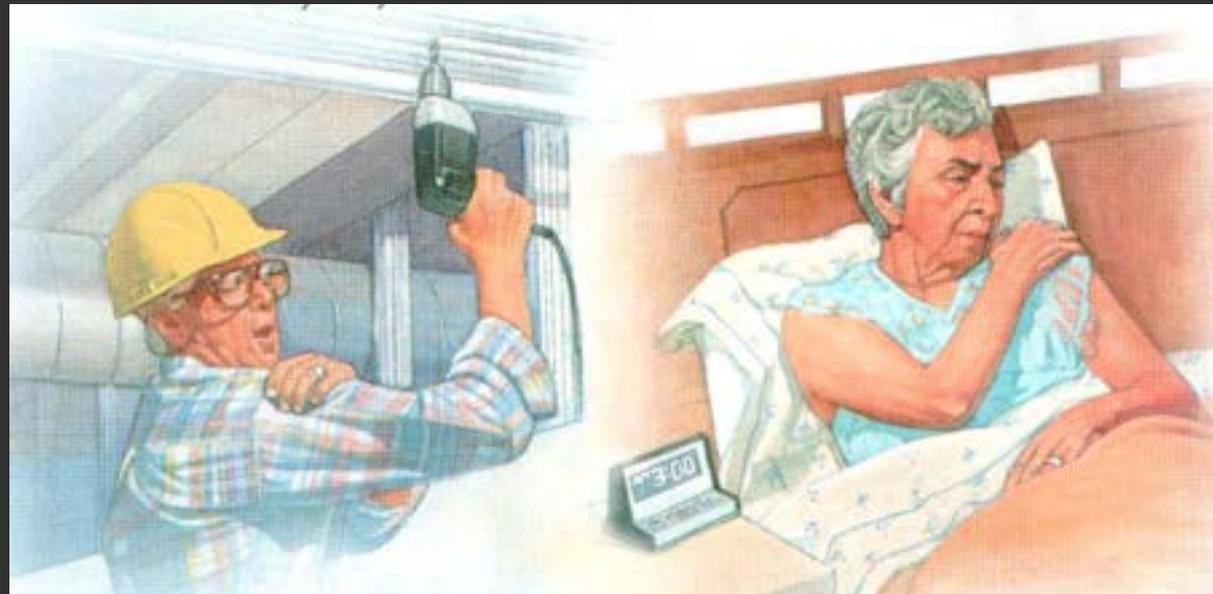
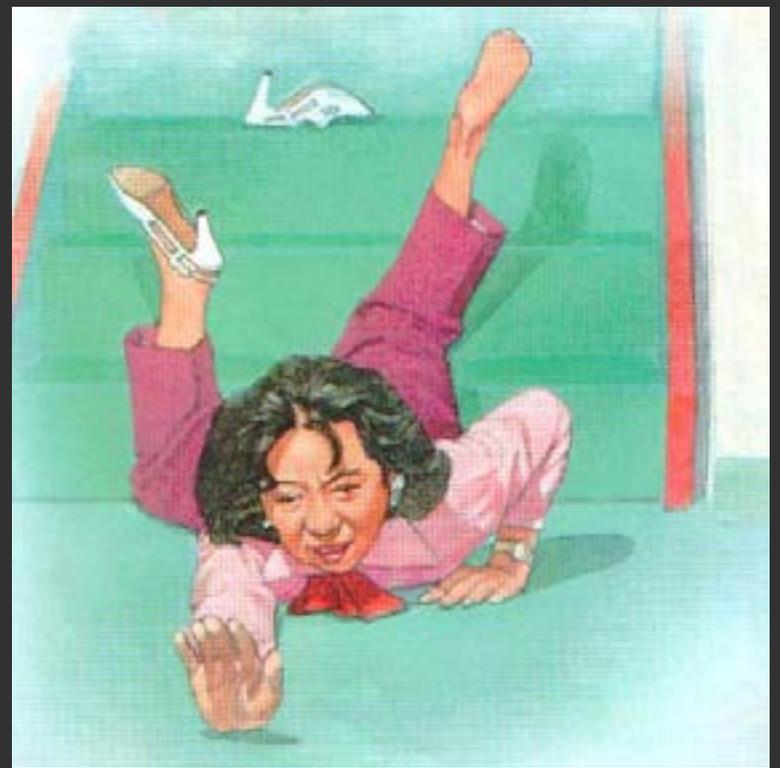
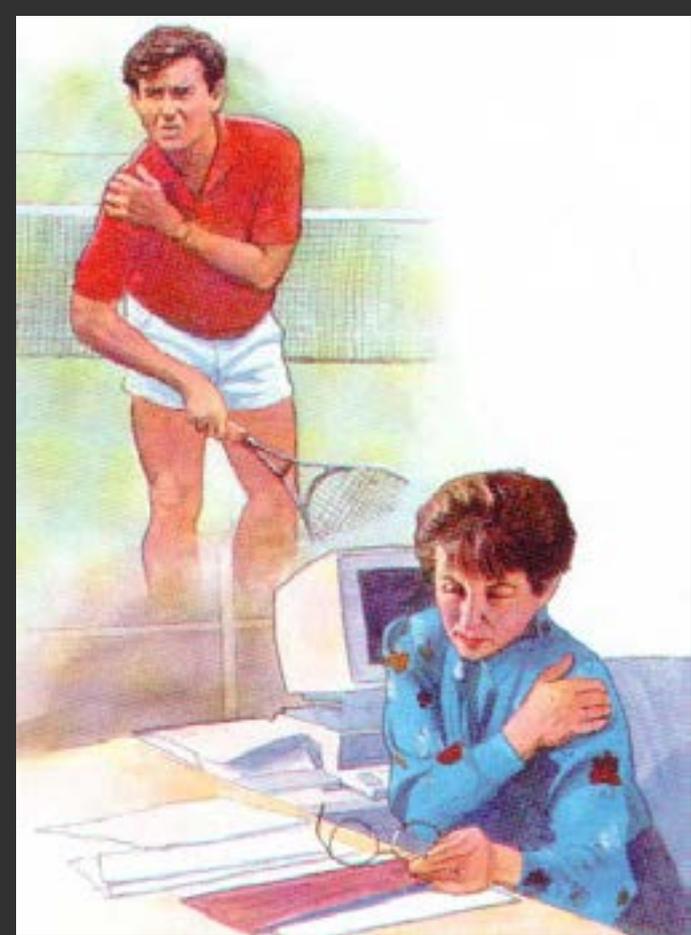


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia**

SPALLA

“PERIARTRITE”

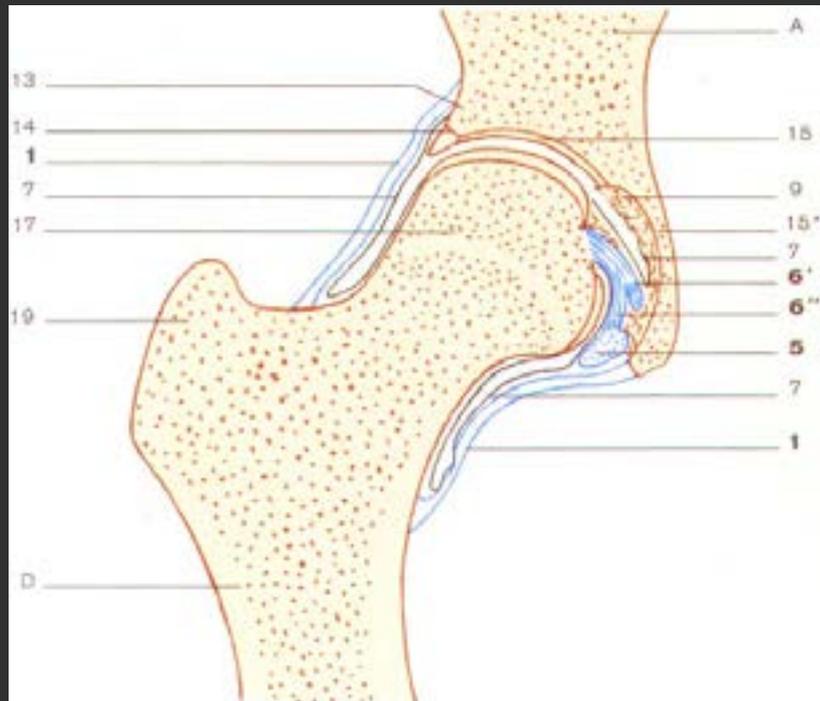
- *Termine generico con il quale si indica qualunque dolore che interessa la spalla*
- *Cause molteplici*
- *Quadri anatomo-patologici differenti*

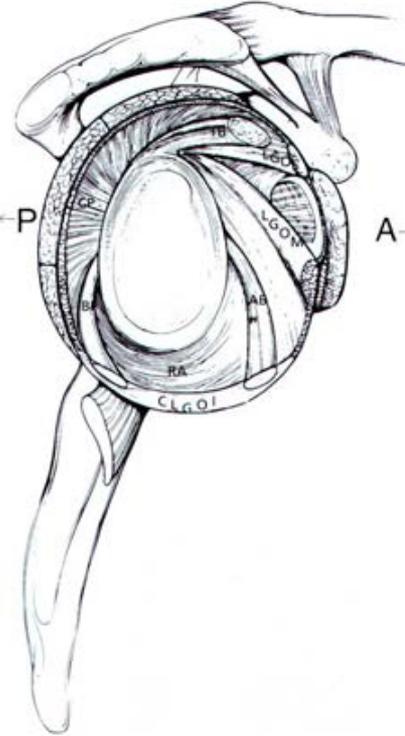
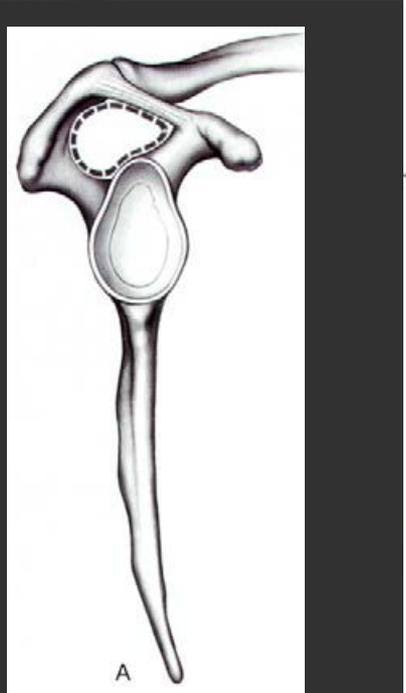
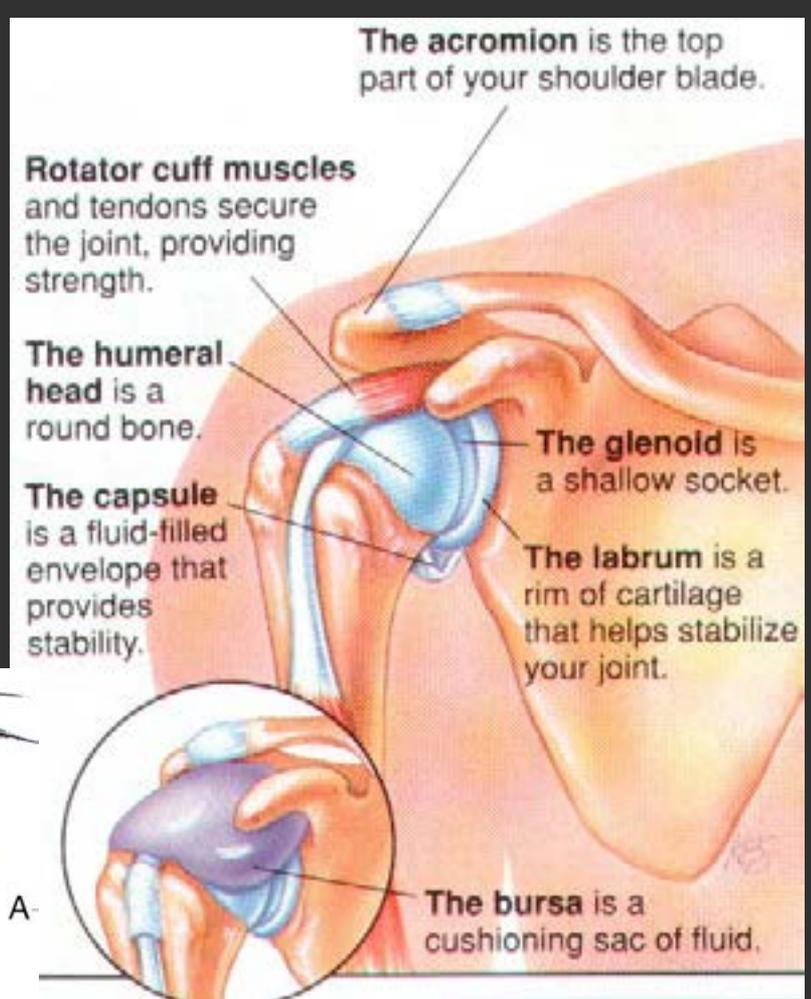
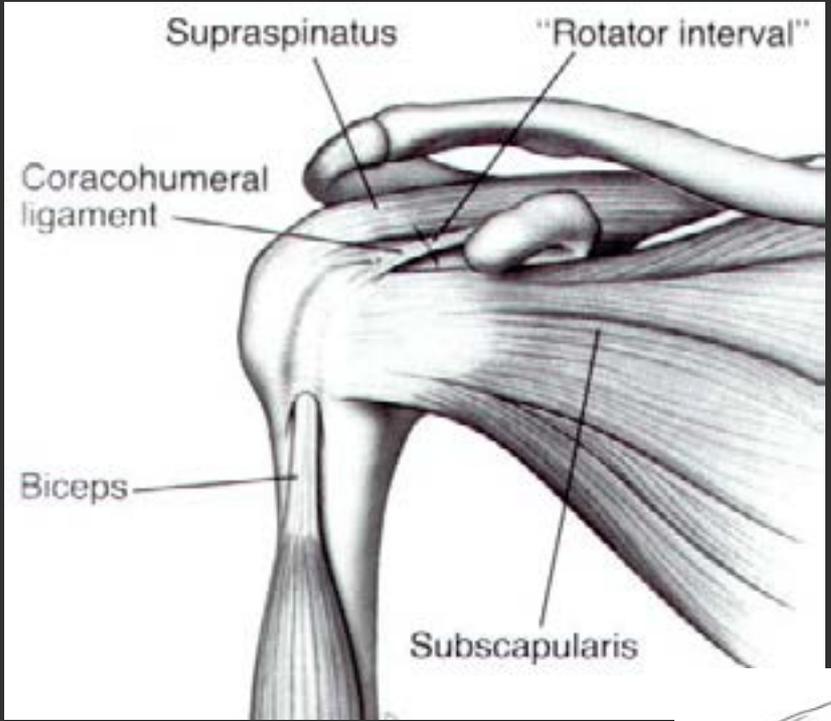


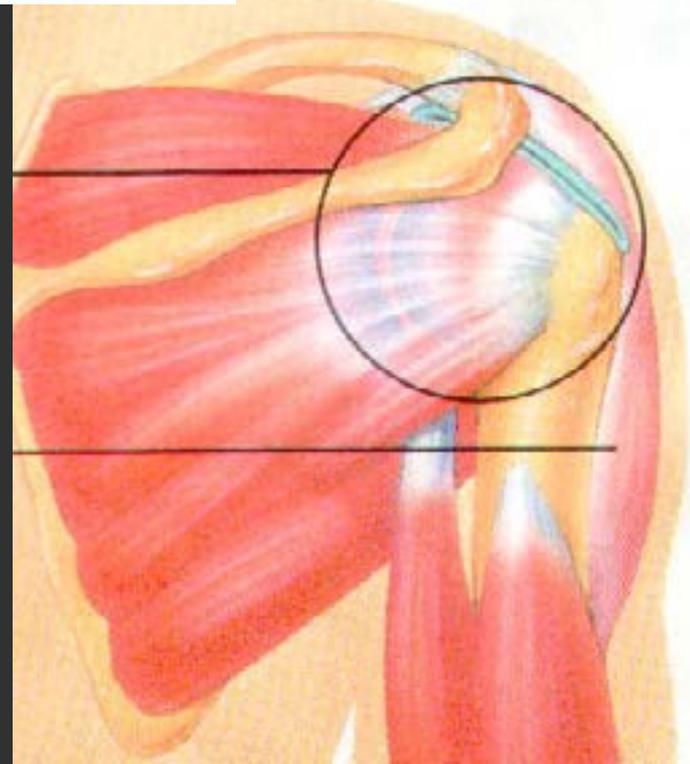
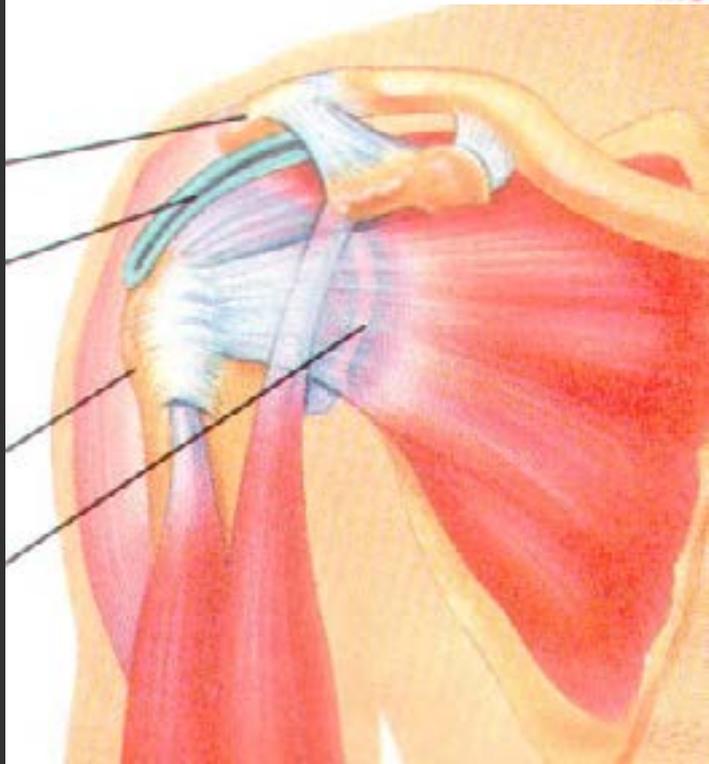
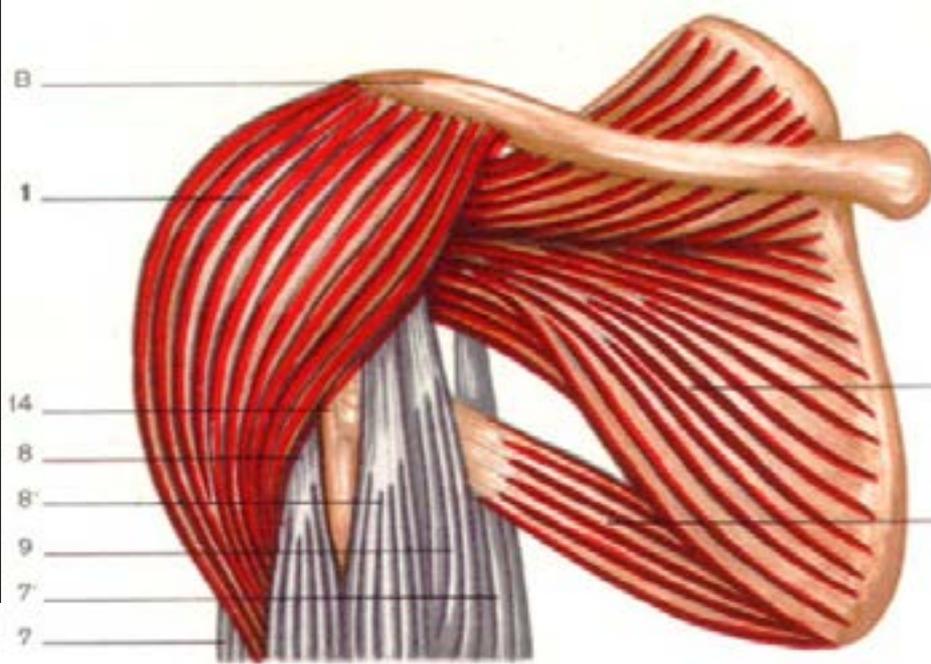
SINDROME CONFLITTO SOTTOACROMIALE (Impingement)

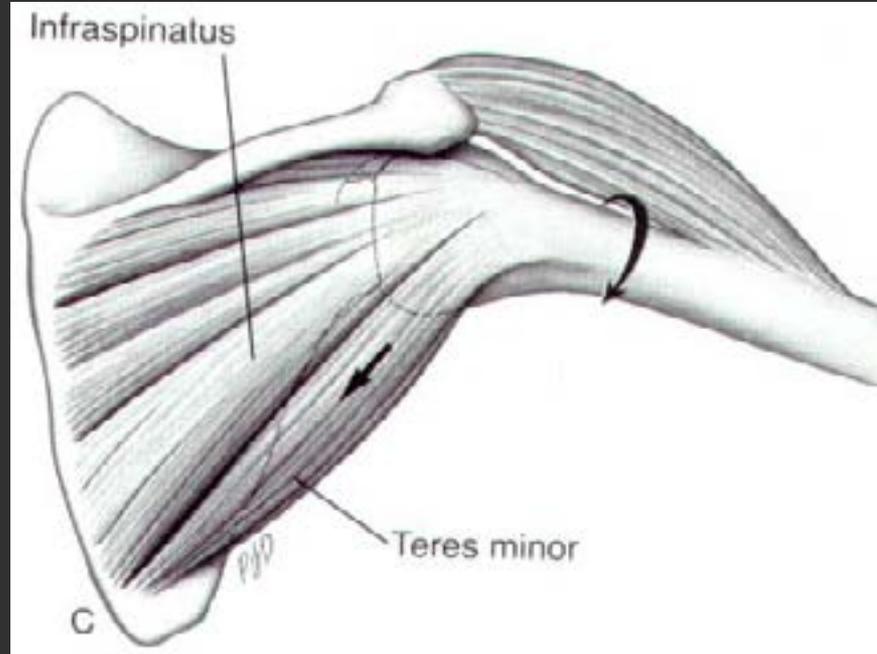
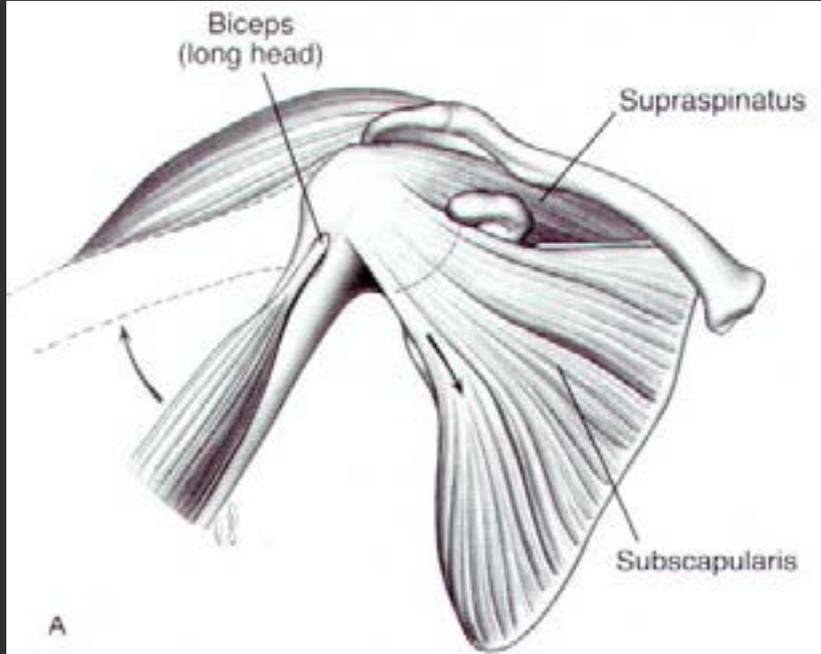
- Età > 40 anni
- Dolore cronico con episodi acuti, particolarmente fastidioso di notte
- Limitazione della elevazione e delle rotazioni dell'arto superiore







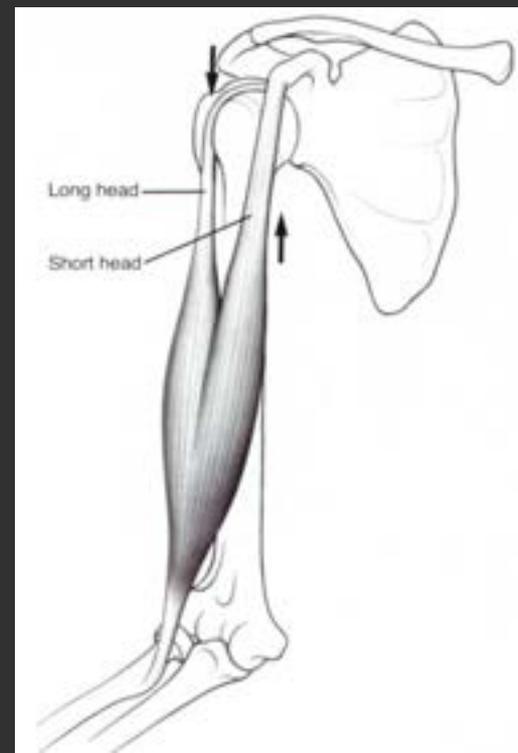


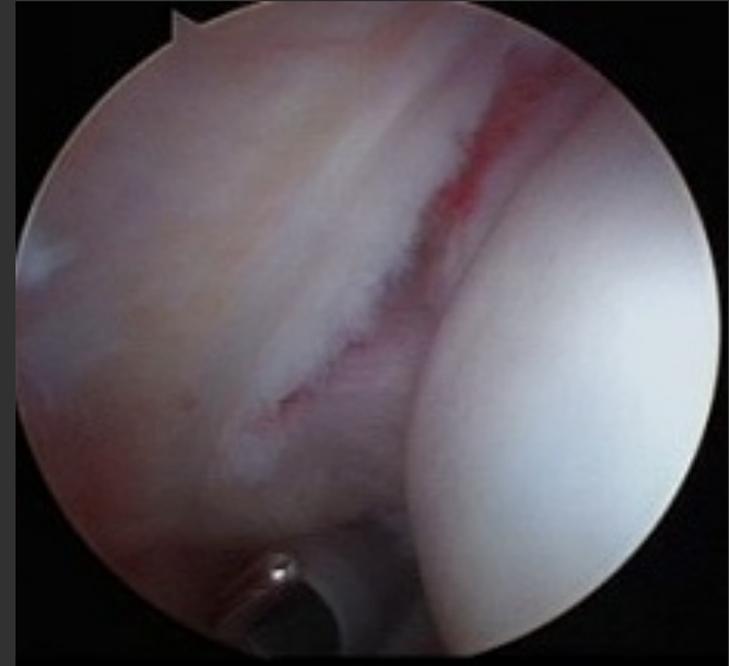
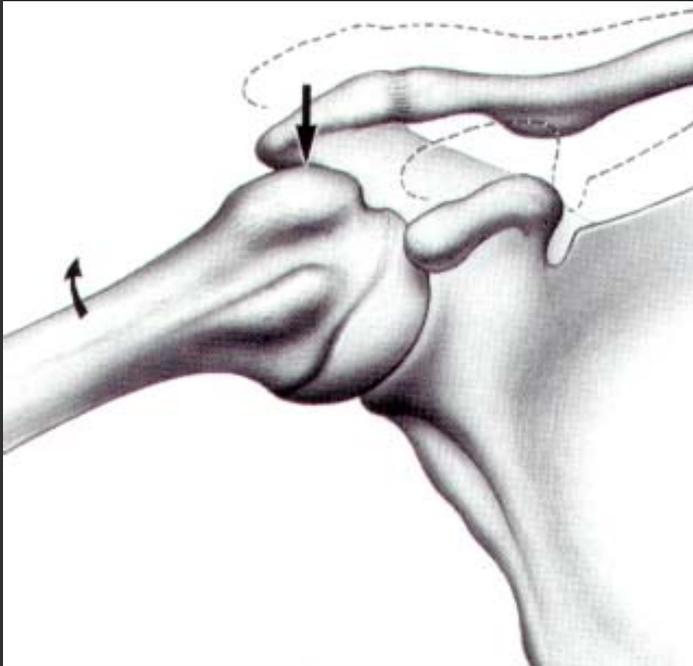


cuffia rotatori + capo lungo bicipite

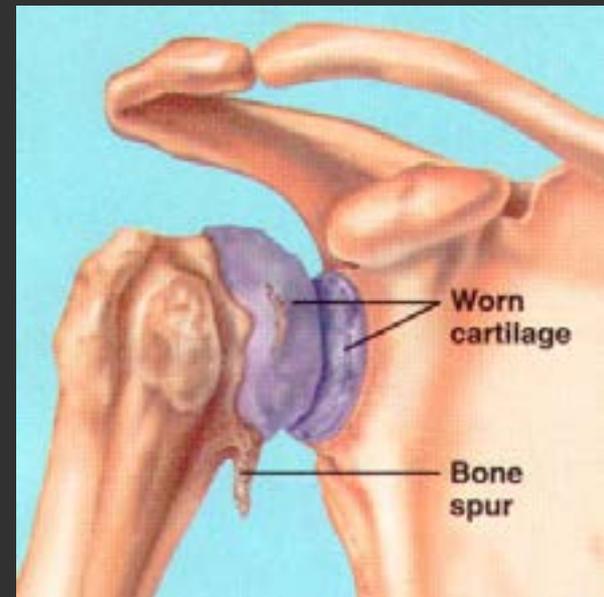
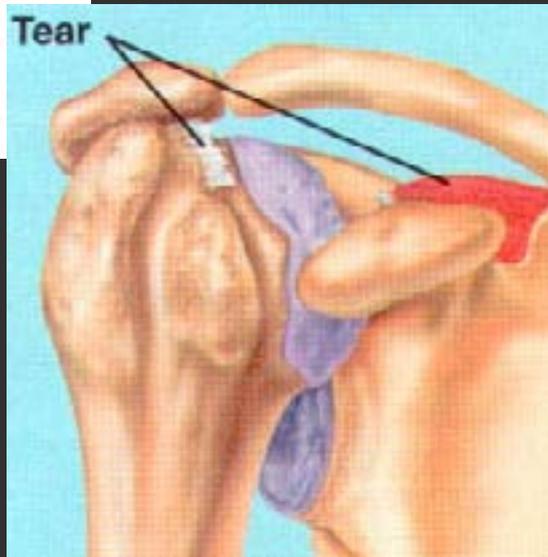
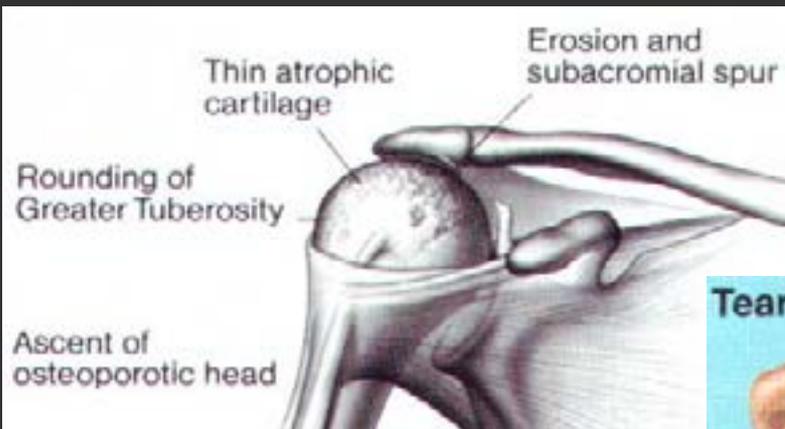
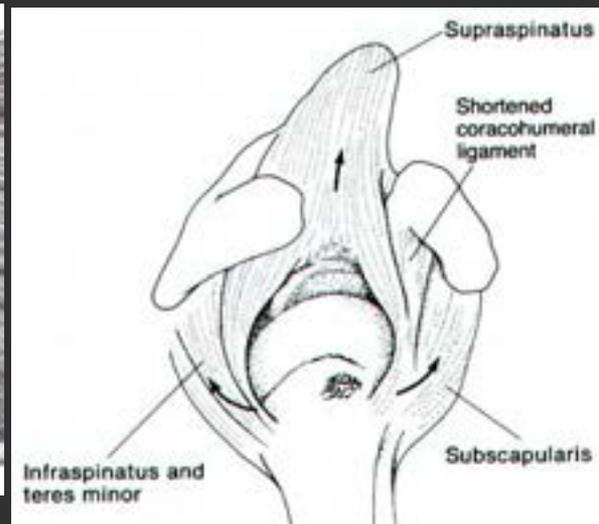
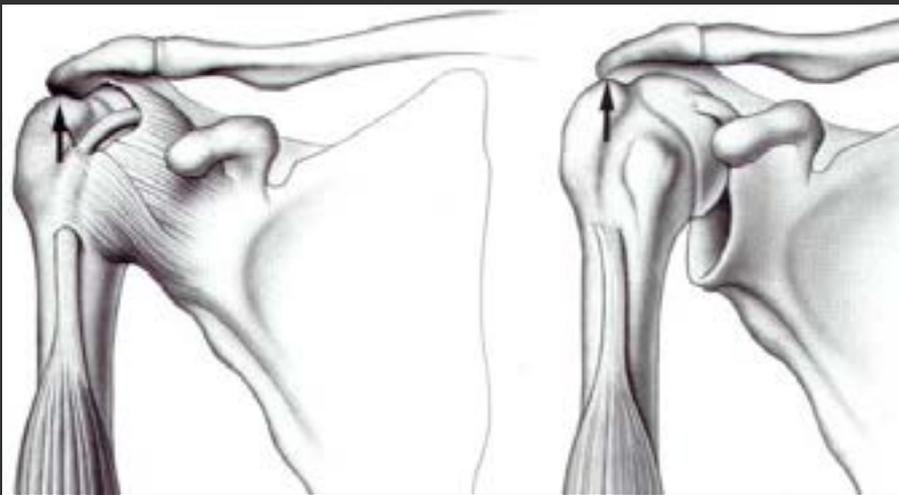


Fulcro dinamico





Sindrome conflitto sottoacromiale





SINDROME CONFLITTO SOTTOACROMIALE

Fattori predisponenti

CAUSE MECCANICHE

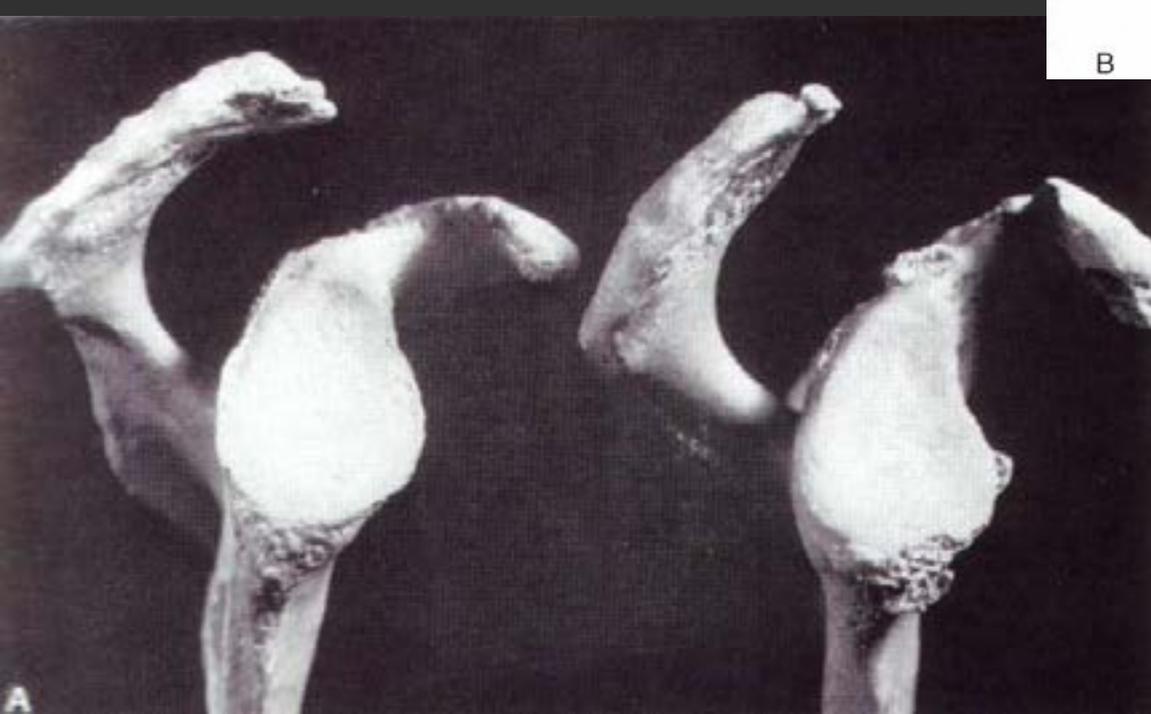
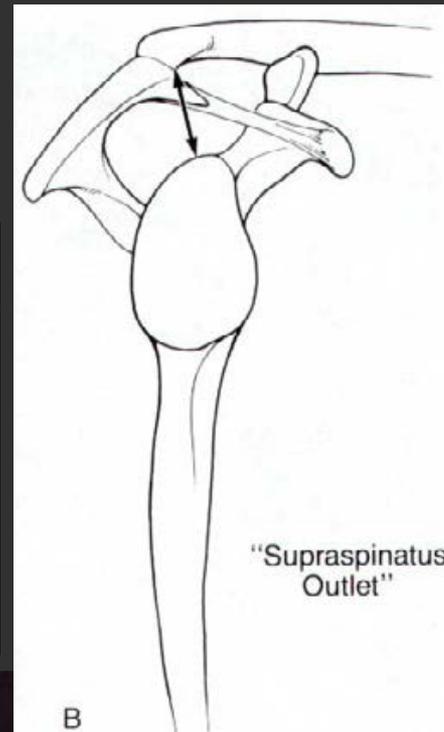
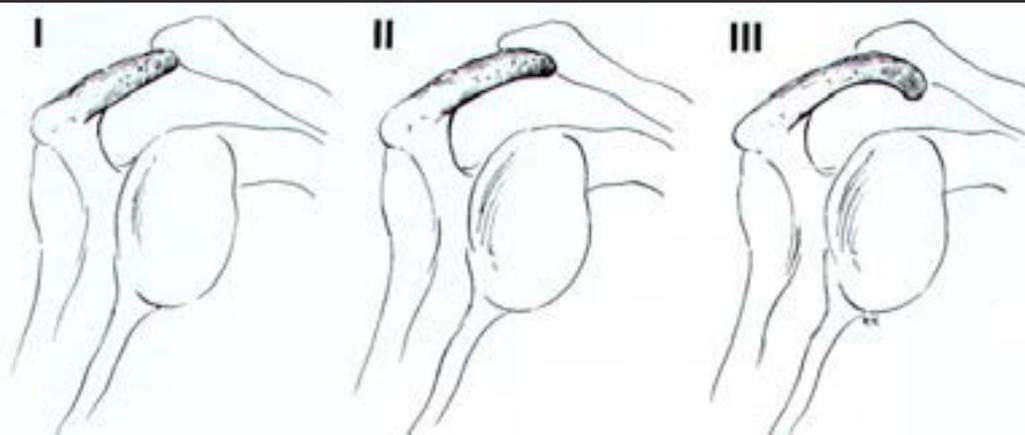
- morfologia acromiale
- artrosi acromion-claveare
- instabilità gleno-omerale

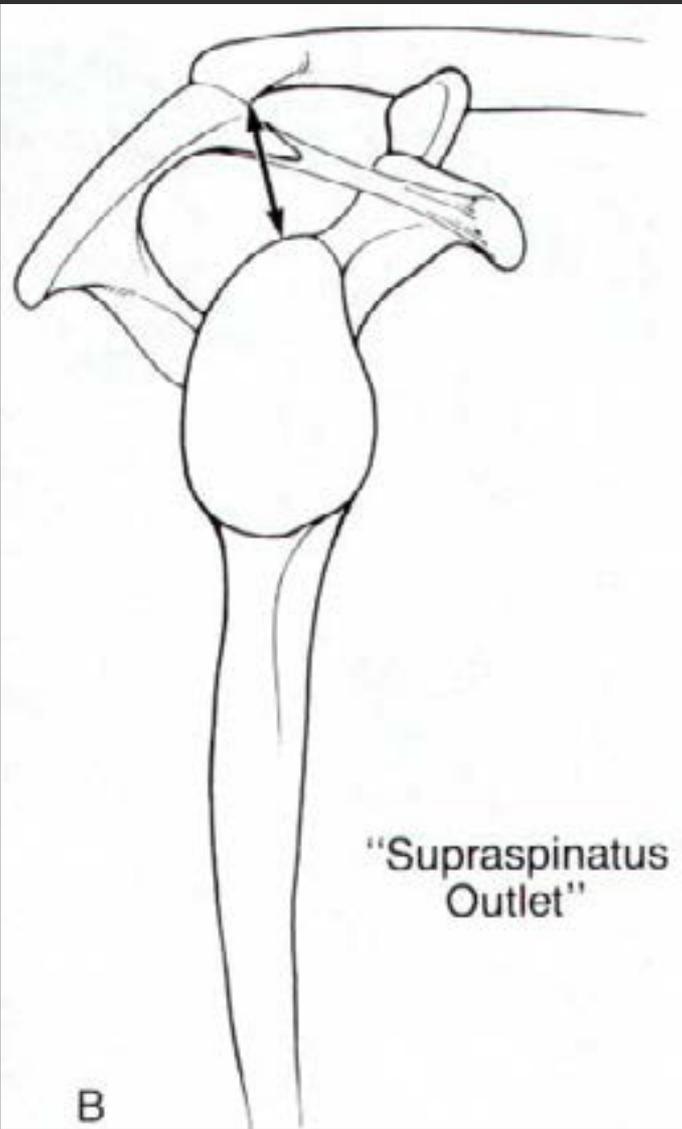
CAUSE BIOLOGICHE

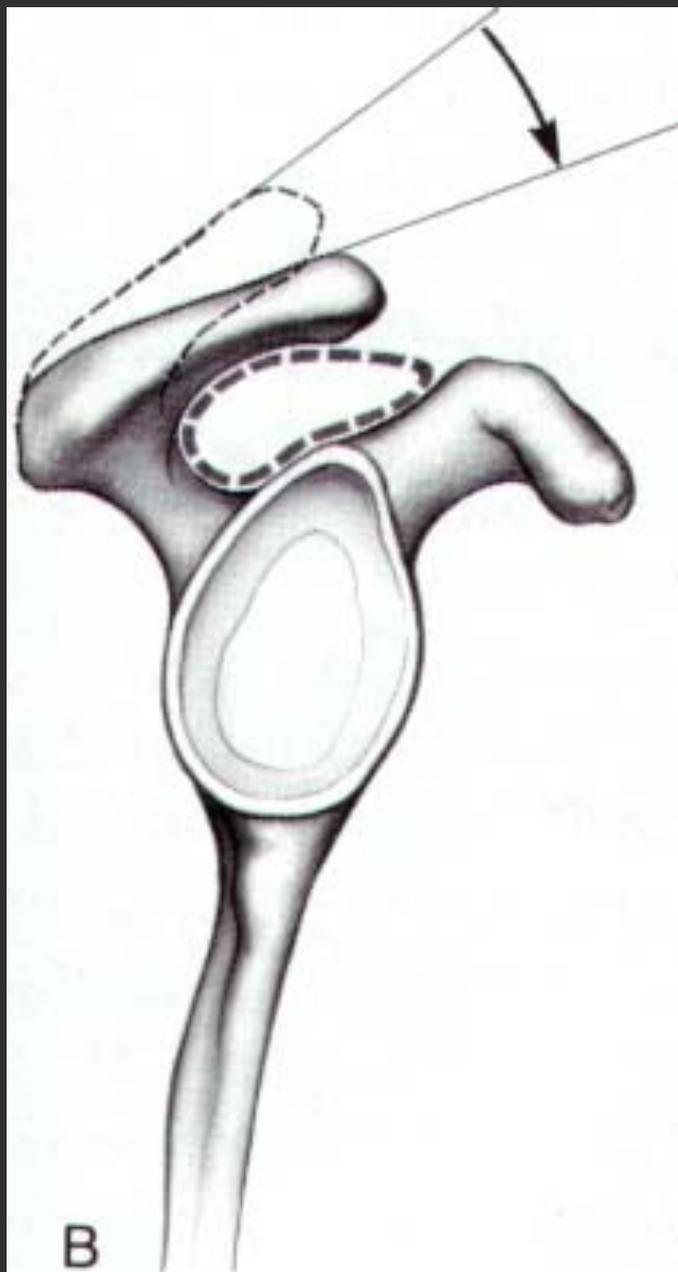
- disendocrinie: diabete
- reumatismi

CAUSE GENETICHE

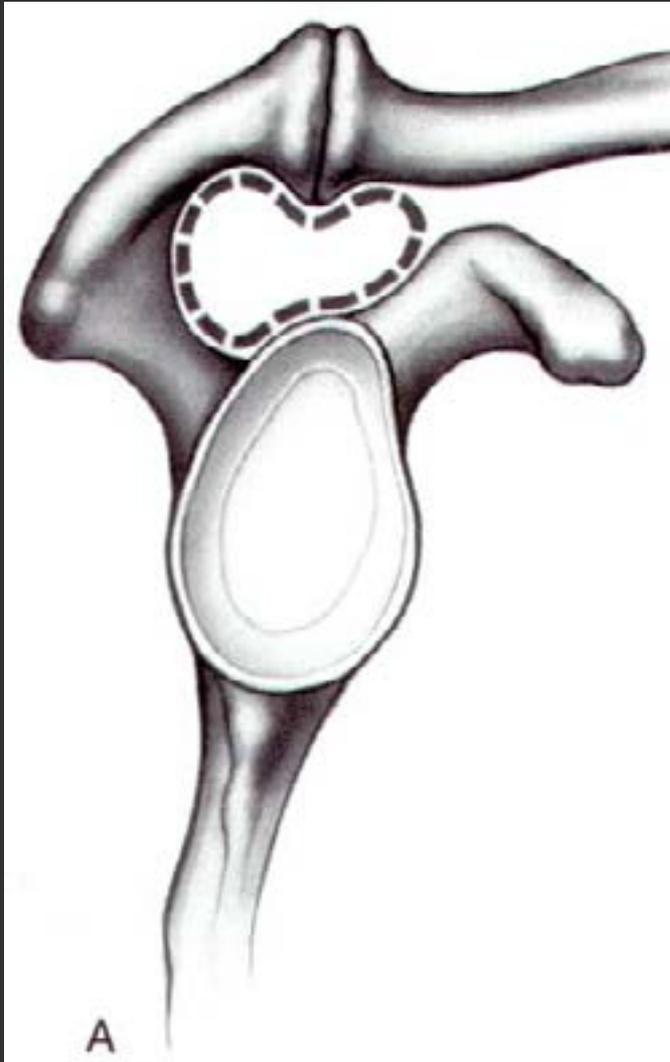
MORFOLOGIA ACROMIALE



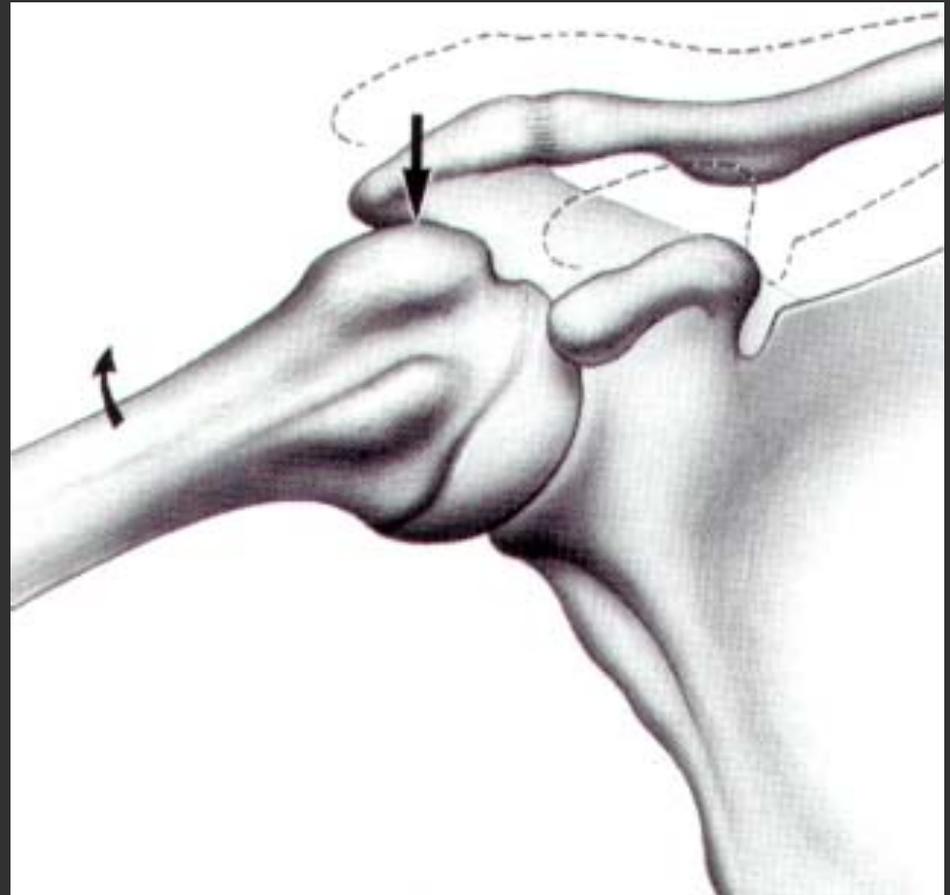
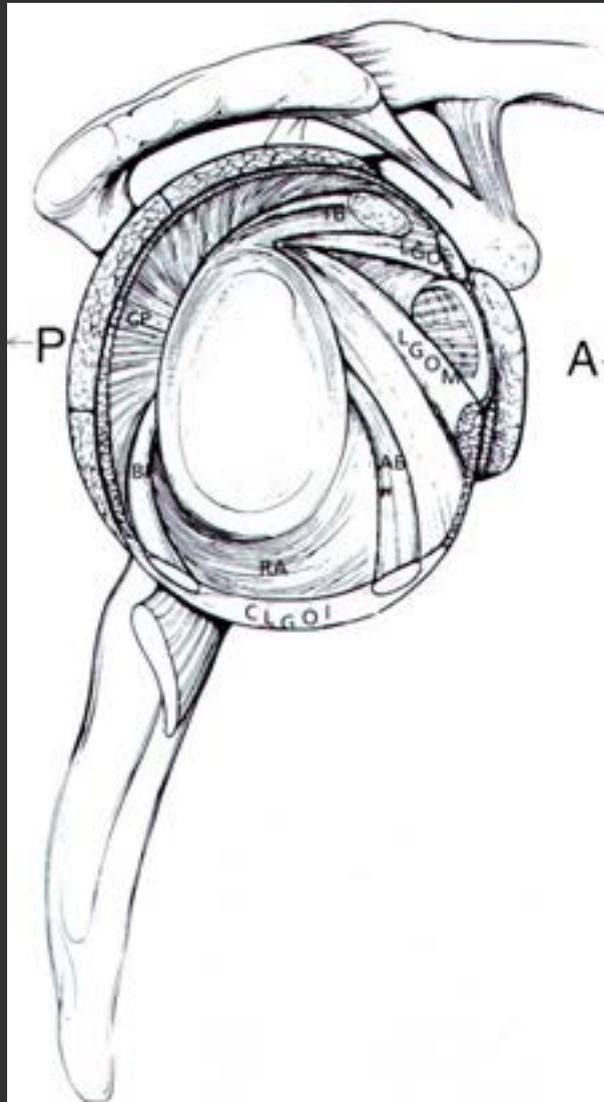




ARTROSI ACROMION-CLAVEARE



INSTABILITA' GLENO - OMERALE



SINDROME CONFLITTO SOTTOACROMIALE

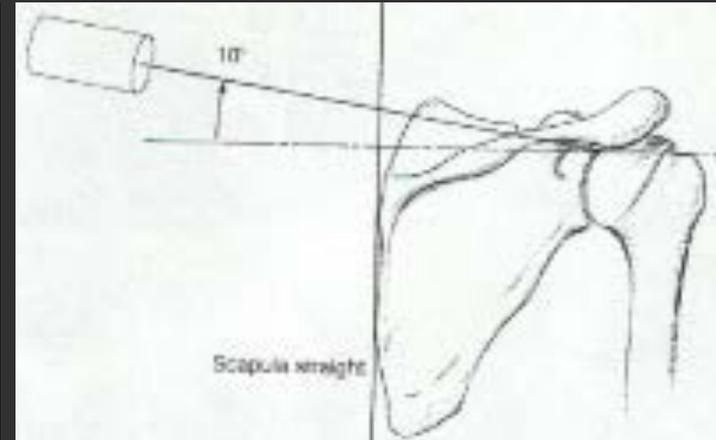
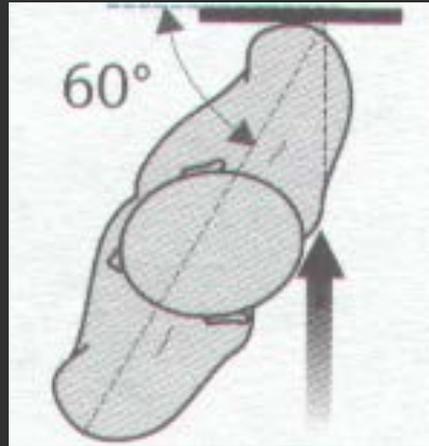
Diagnosi

- Clinica: anamnesi, test specifici
- Strumentale:
 - rx costo, tempi attesa, definizione osso
definizione tessuti molli
 - eco buona definizione t. molli
definizione osso
dinamica solo per chi la esegue
 - RMN ottima definizione t. molli
definizione osso, costo, tempi attesa
- Contrasto: artrografia, artroTC, artroRMN
 - definizione t. molli e cartilagini
 - costo, tempi attesa, invasività

RADIOLOGIA TRADIZIONALE

Assiale scapola sec. Neer

Visualizza la morfologia dell'acromion e lo spazio sottoacromiale in assiale. La testa dell'omero deve trovarsi al centro della "V" formata dalla coracoide e dalla spina della scapola.

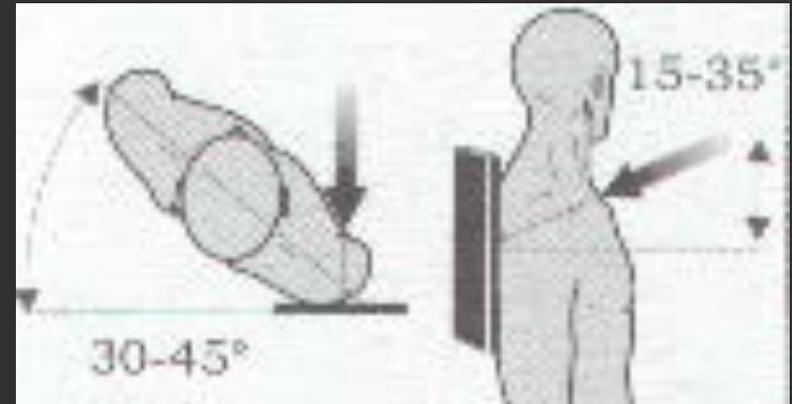


RADIOLOGIA TRADIZIONALE

A.P. spazio sub-acromiale

Visualizza lo spazio sotto-acromiale e l'osteofita anteroinferiore dell'acromion.

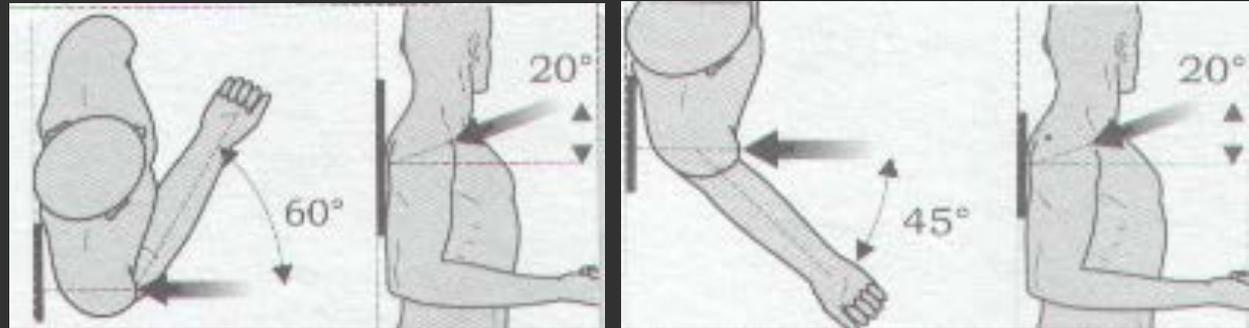
L'inclinazione della sorgente rx è corretta quando il bordo postero-inferiore dell'acromion (rosso) e quello inferiore della clavicola (verde) sono allineati



RADIOLOGIA TRADIZIONALE

A.P. intra/extra-rotazione epifisi omerale.

Visualizza testa omerale, tuberosità e spazio sub-acromiale. Permette di definire dimensioni e localizzazione di eventuali calcificazioni.



intra



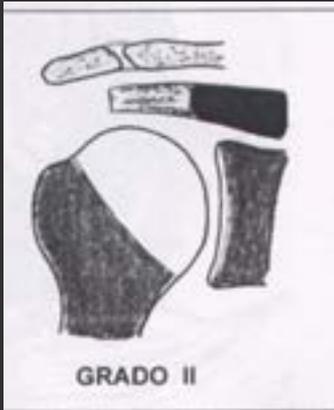
extra



neutra



R.M.N.

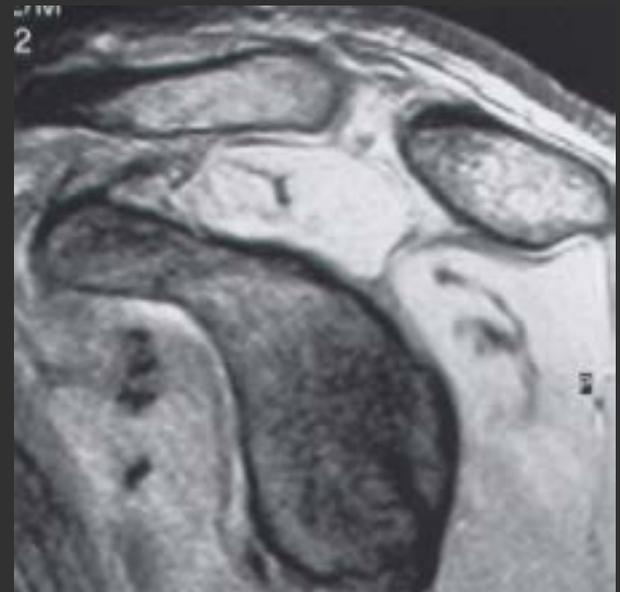
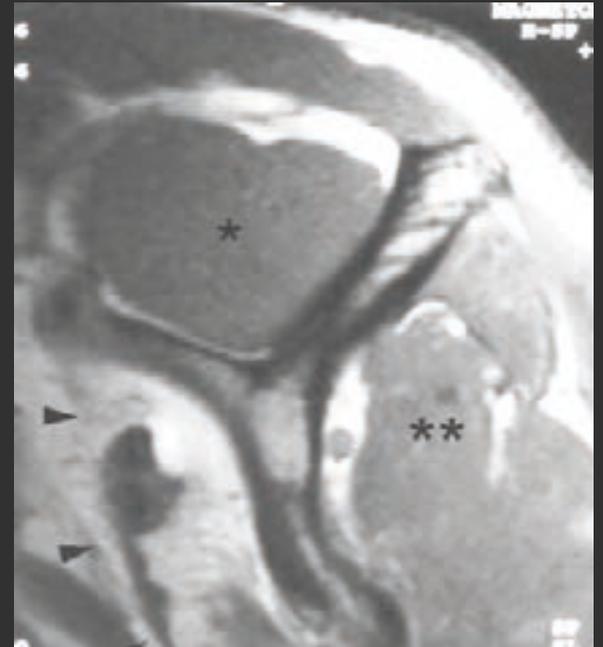


Retrazione tendinea
(Pasquiere 1997)

OCCUPAZIONE FOSSA DEL SOPRASPINATO

(Thomazeau 1997)

- Normale
- Medio
- Grave atrofia



SINDROME CONFLITTO SOTTOACROMIALE

Trattamento

Fase acuta

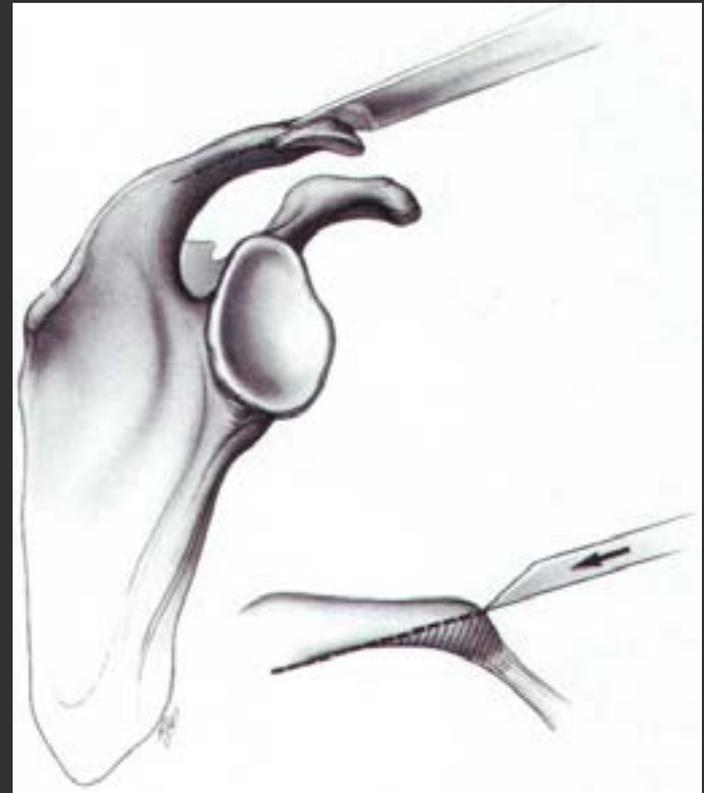
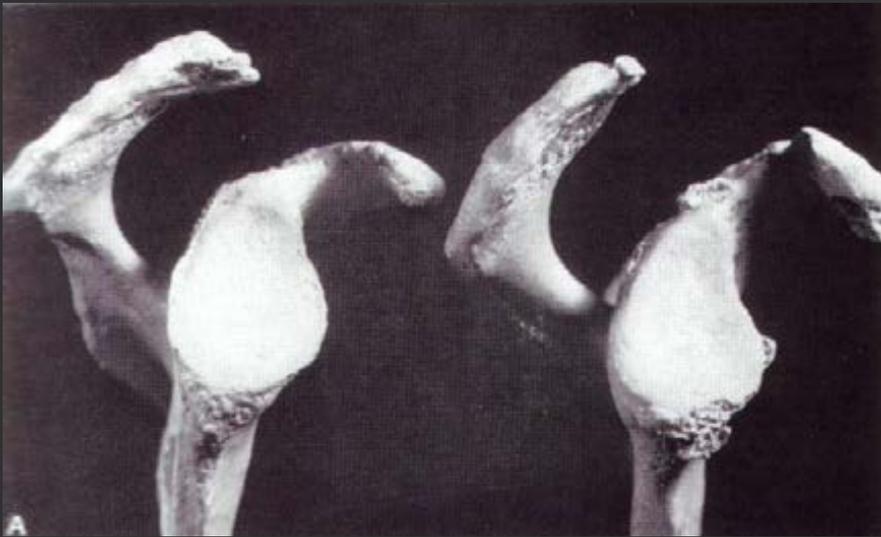
- Antalgici, Fans, Cortisone
- Infiltrazioni cortisoniche

Fase cronica

- FKT (ginnastica)
- Riparazione anatomica aperta o artroscopica
- Riparazione funzionale
- Chirurgia palliativa
- Chirurgia sostitutiva

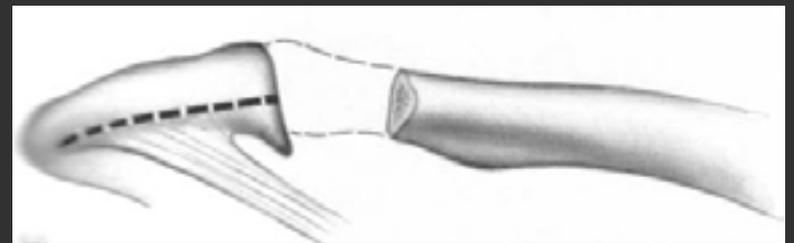
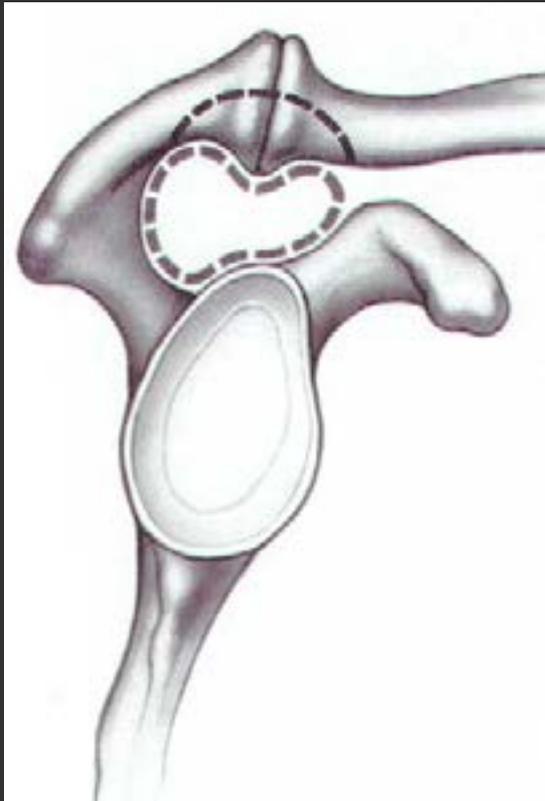
MORFOLOGIA ACROMIALE

Acromionplastica



ARTROSI ACROMION-CLAVEARE

*Asportazione osteofiti + eventuale
resezione estremo distale clavicola*



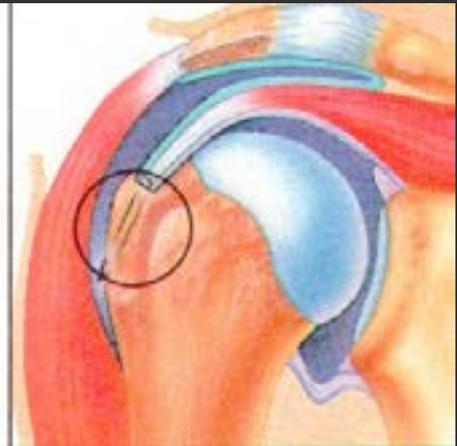
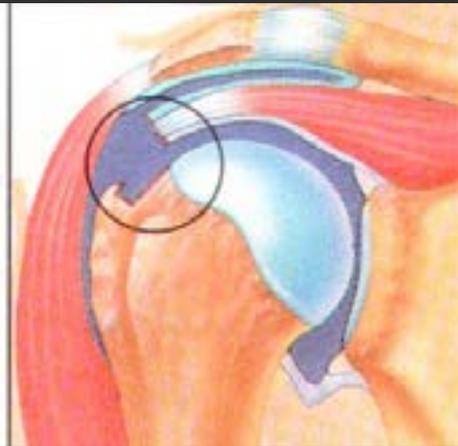
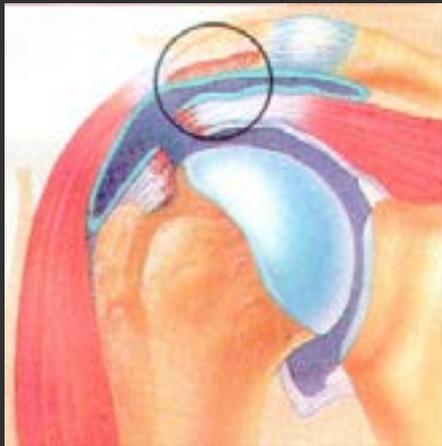
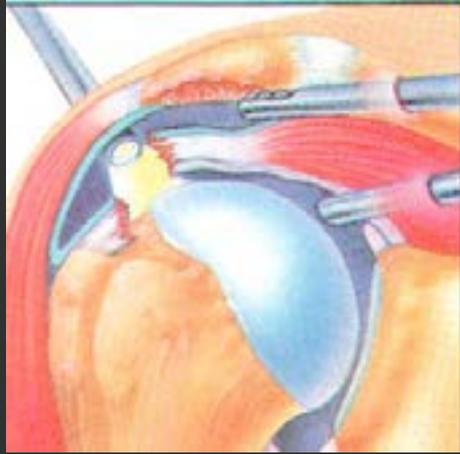
INSTABILITA' GLENO - OMERALE

- Trattamento chirurgico dell'instabilità
- Trattamento chirurgico del conflitto sotto-acromiale

RIPARAZIONE ANATOMICA

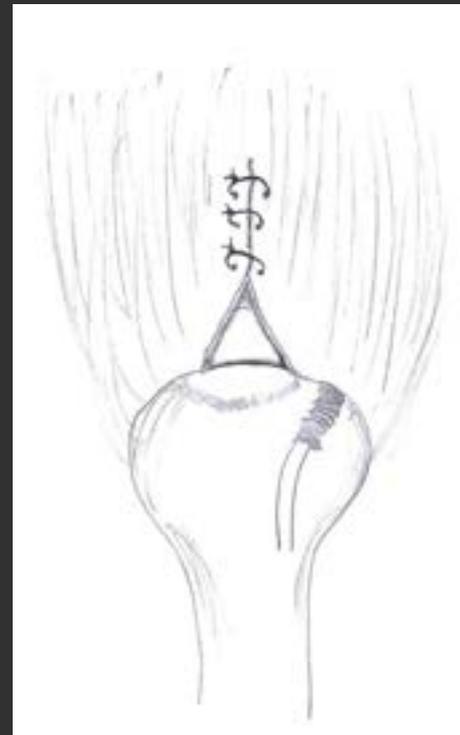
- Lesione riparabile
- Muscolatura funzionante





RIPARAZIONE FUNZIONALE

- Lesione non riparabile
- Muscolatura funzionante



RISULTATI DELLE SUTURE

Buoni risultati a breve medio termine con pressoché costante degrado degli stessi a lungo termine

Arthroscopy. 1999

**A multicenter study of 210 rotator cuff tears treated by
arthroscopic acromioplasty.**

Kempf JF, Gleyze P, Bonnomet F, Walch G,

RECIDIVE

La percentuale di ri-rotture dopo sutura è significativa (25%-90%). La causa più frequente è dovuta al cedimento dei tessuti attraverso le suture.

J Shoulder Elbow Surg. 2003

Mode of failure for rotator cuff repair with suture anchors identified at revision surgery.

Cummins CA, Murrell GA

SI DEVE SEMPRE RIPARARE?

Lesioni tendinee macroscopiche, clinicamente silenti

Matsen FA, Lippitt SB, Sidles JA, Harryman DT II

**“Practical evaluation and management of the
shoulder”**

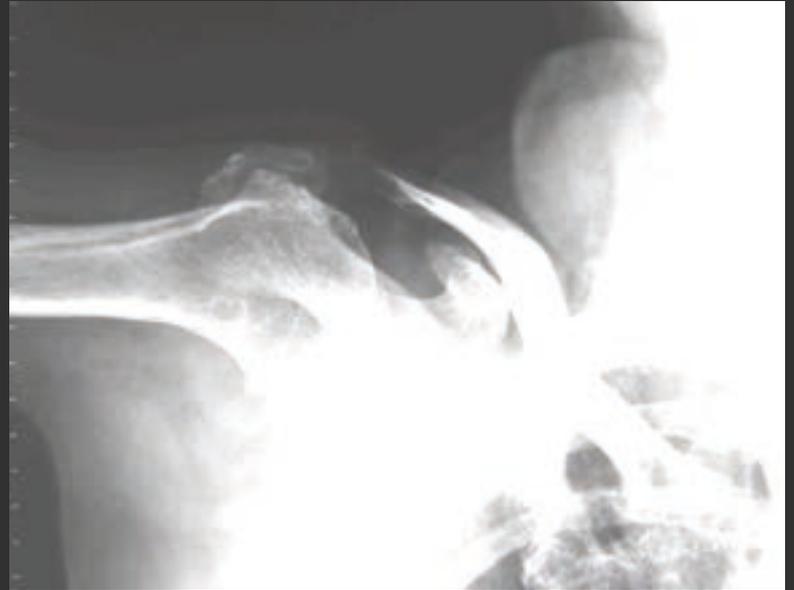
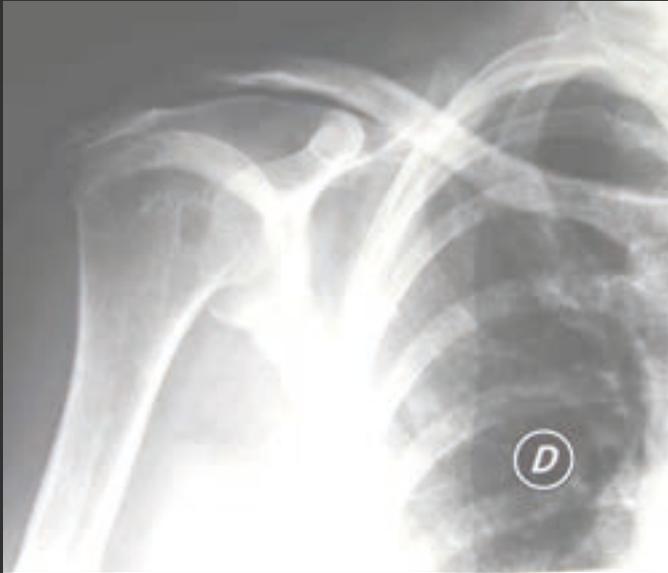
Philadelphia: WB Saunders, 1994

Elevata percentuale di buoni/ottimi risultati ottenuti mediante
trattamento conservativo

Clin Orthop. 1992 Feb;(275):165-73.

Conservative treatment of rotator cuff tears.

Itoi E, Tabata S.



QUANDO RIPARARE?

- Pazienti giovani (e anziani da valutare singolarmente)
- Lesioni traumatiche

Il ripristino dell'anatomia è il presupposto per il ripristino della funzione

Arthroscopy. 2001

Arthroscopic rotator cuff repair: Analysis of results by tear size and by repair technique-margin convergence versus direct tendon-to-bone repair.

Burkhart SS

QUANDO NON RIPARARE?

- Pazienti anziani
- Lesioni degenerative
- Diabete, reumatismi

Il ripristino della funzione è difficilmente ottenibile con il ripristino dell'anatomia

Arthroscopy. 2001

Arthroscopic rotator cuff repair: Analysis of results by tear size and by repair technique-margin convergence versus direct tendon-to-bone repair.

Burkhart SS

RIPARARE NON RIPARARE?

Caratteristiche della lesione

- Causa della lesione (traumatica, degenerativa)
- Dimensione della lesione
- Retrazione tendinea
- Qualità del tendine (tenuta della sutura)
- Qualità dei muscoli (infiltrazione adiposa)
- Funzione degli altri muscoli della cuffia
- Degenerazione articolare (artropatia da cuffia)

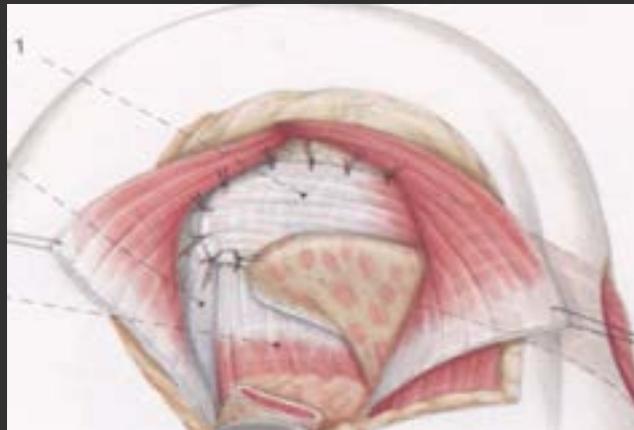
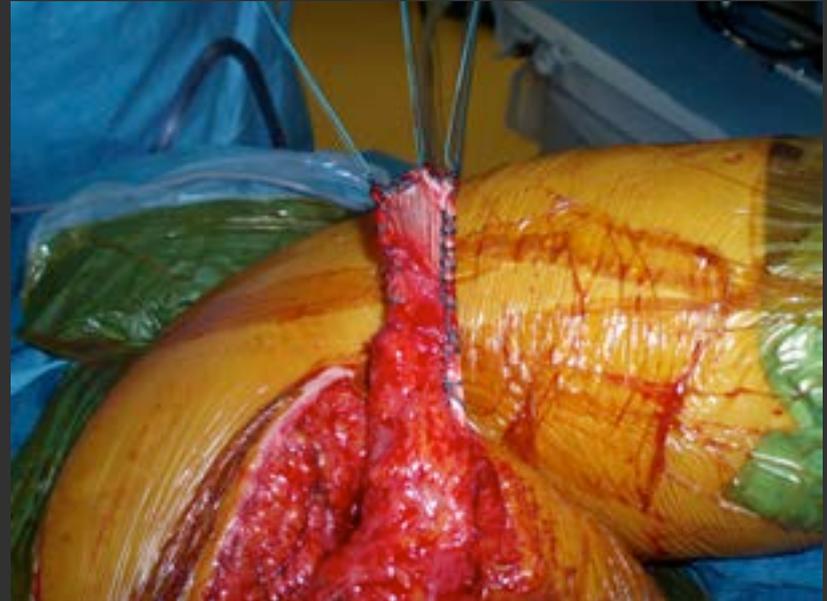
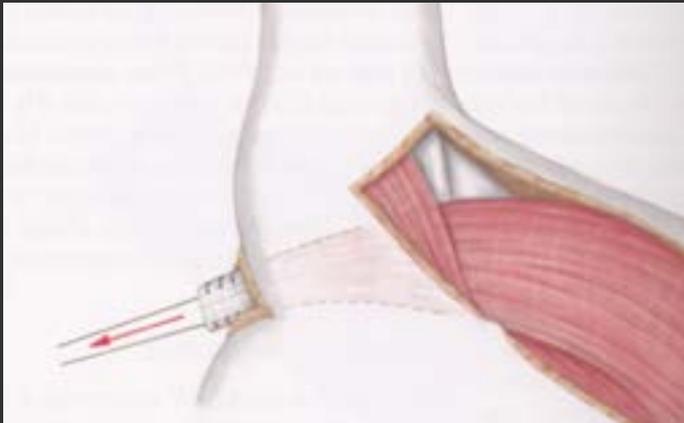
RIPARARE NON RIPARARE?

Caratteristiche del Paziente

- Comprensione della “malattia”
- Comprensione dell’importanza della FKT pre-op
- Comprensione dell’importanza della ginnastica post-op per mantenere il risultato
- Rivendicazione professionale o assicurativa
- S. ansioso-depressiva

RIPARAZIONE FUNZIONALE

- Lesione non riparabile
- Sottoscapolare funzionante





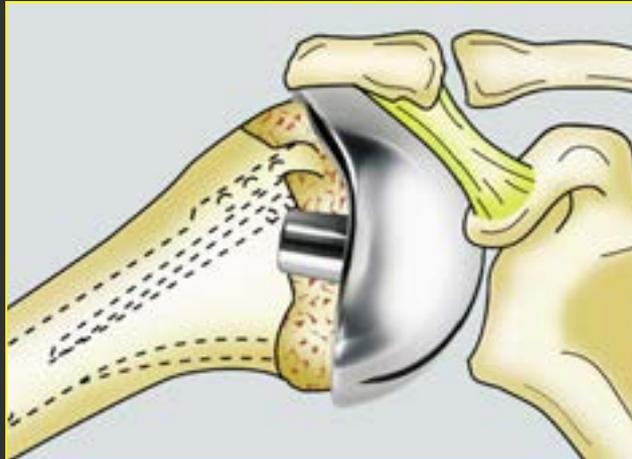
INTERVENTI PALLIATIVI

- Tenotomia capo lungo bicipite
- “Pulizia” sottoacromiale



INTERVENTI SOSTITUTIVI

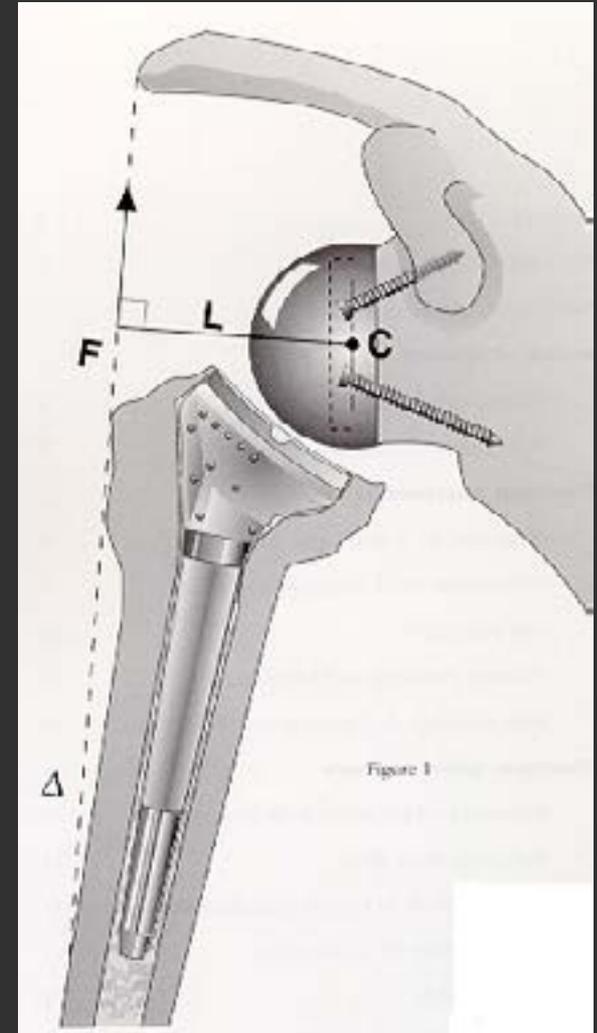
- Endoprotesi che sfruttano l'arco coraco-acromiale

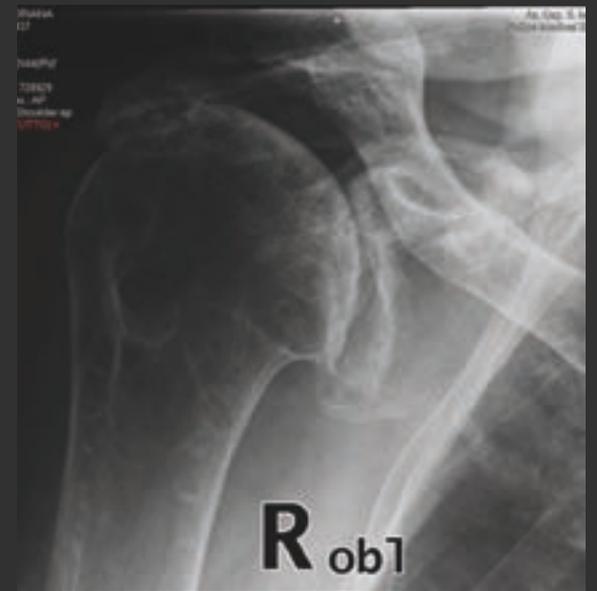
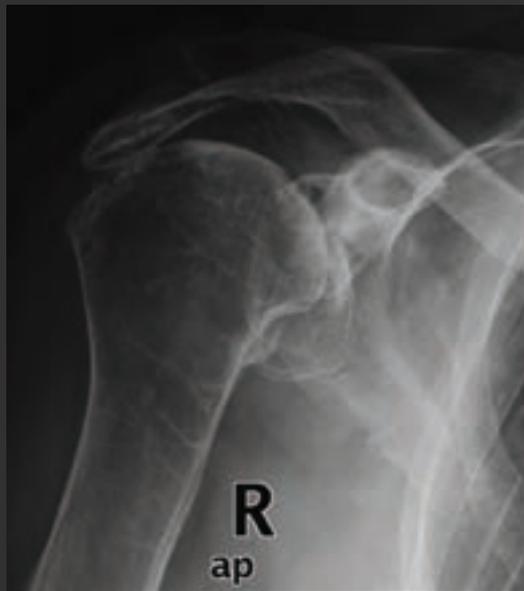


INTERVENTI SOSTITUTIVI

- PROTESI INVERSA

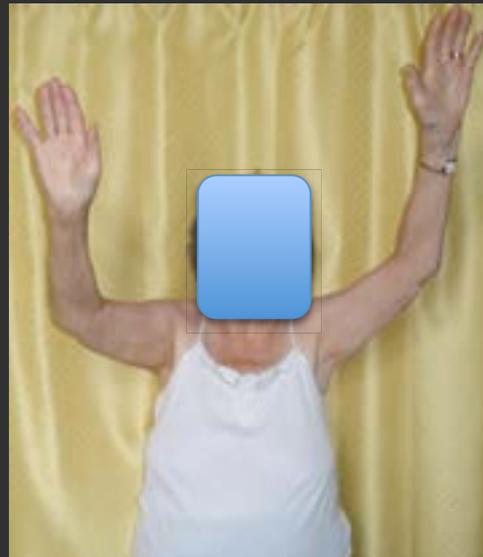
- E' funzionale solo con il deltoide integro
- Medializza il centro di rotazione
- Sfrutta il deltoide per l'elevazione





Donna 77 anni





40 giorni post-op

SINDROME CONFLITTO SOTTOACROMIALE

- Frequente in età adulta – anziana
- Secondaria a micro-macroinstabilità nei giovani
- Sostenuta da cause meccaniche o biologiche
- Diagnosi clinica
- RX tradizionale (proiezioni opportune)
- RMN: dimensione lesione, qualità tessuti, qualità muscoli
- Possibile evoluzione verso la rottura della cuffia rotatori
- Diagnosi e trattamento precoci (prima della rottura cuffia)
- Alta % recidiva rottura cuffia
- Tempi di recupero post-op. lunghi (3 - 12 mesi)
- Importanza della ginnastica pre- e post-operatoria