

# 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**

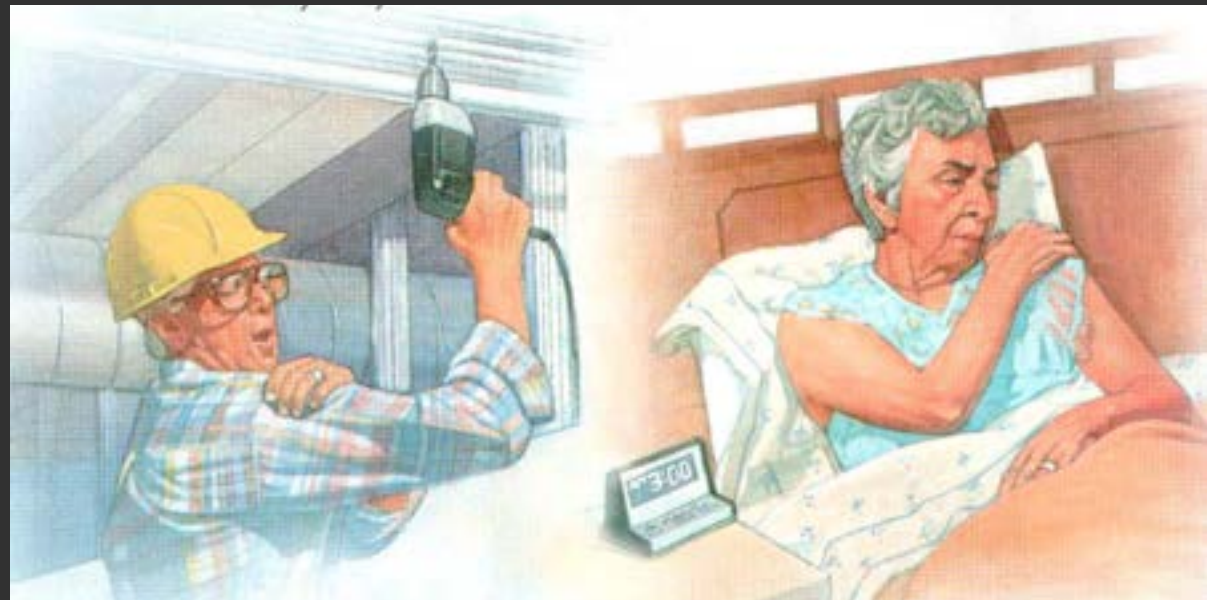
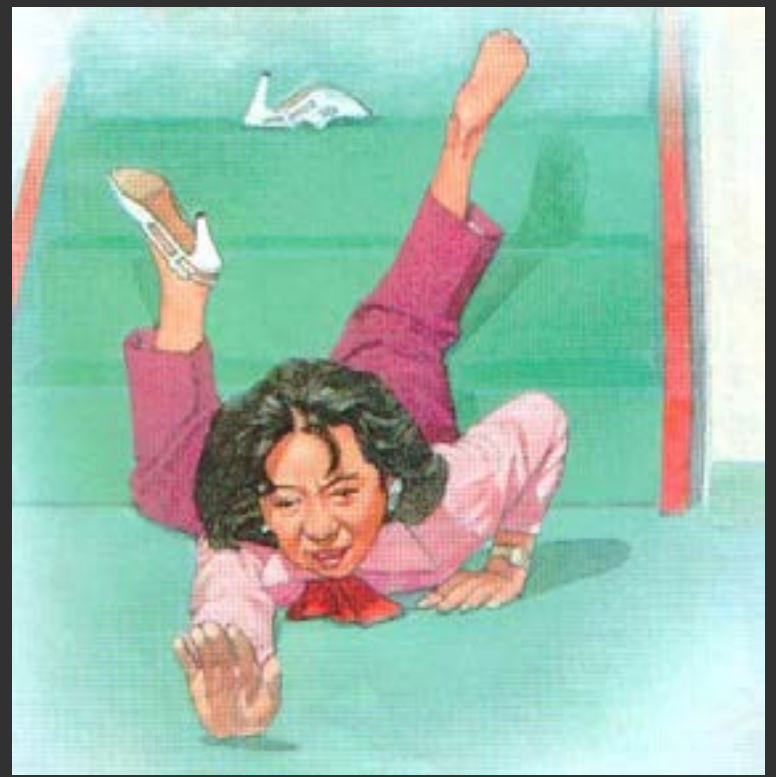
**Bagnolo in Piano**

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

SPALLA

## “PERIARTRITE”

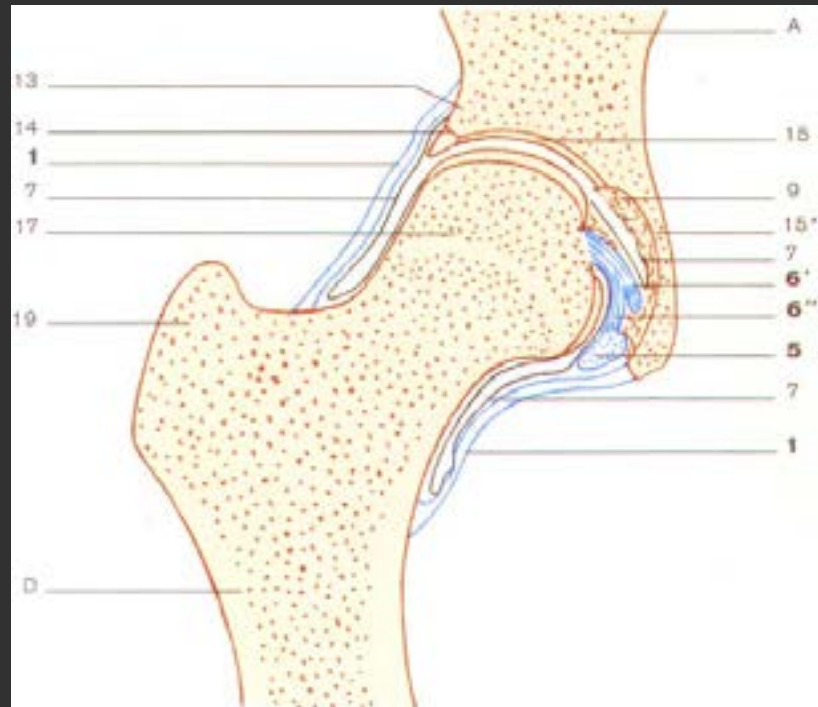
- *Termine generico con il quale si indica qualunque dolore che interessa la spalla*
- *Cause molteplici*
- *Quadri anatomo-patologici differenti*

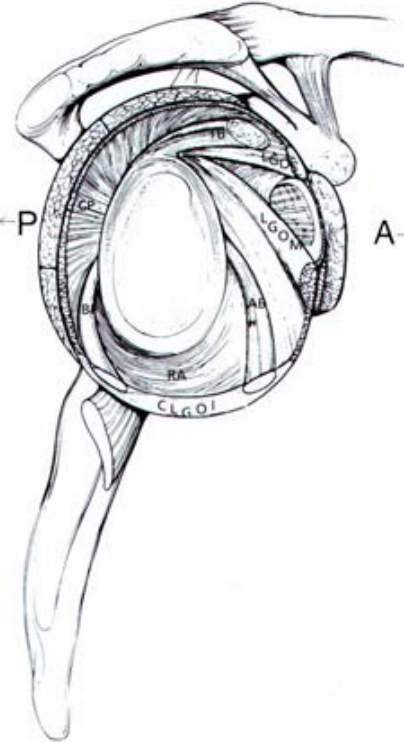
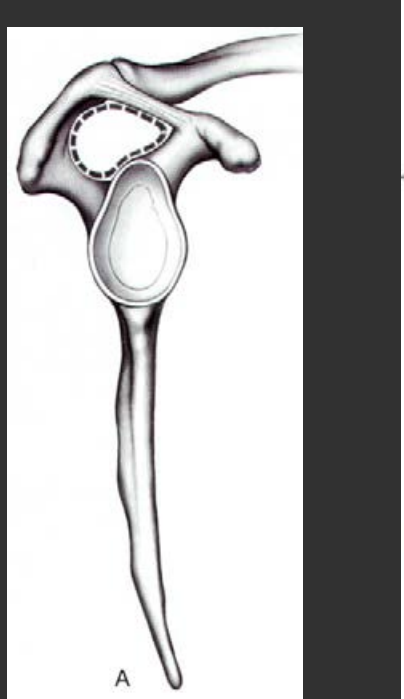
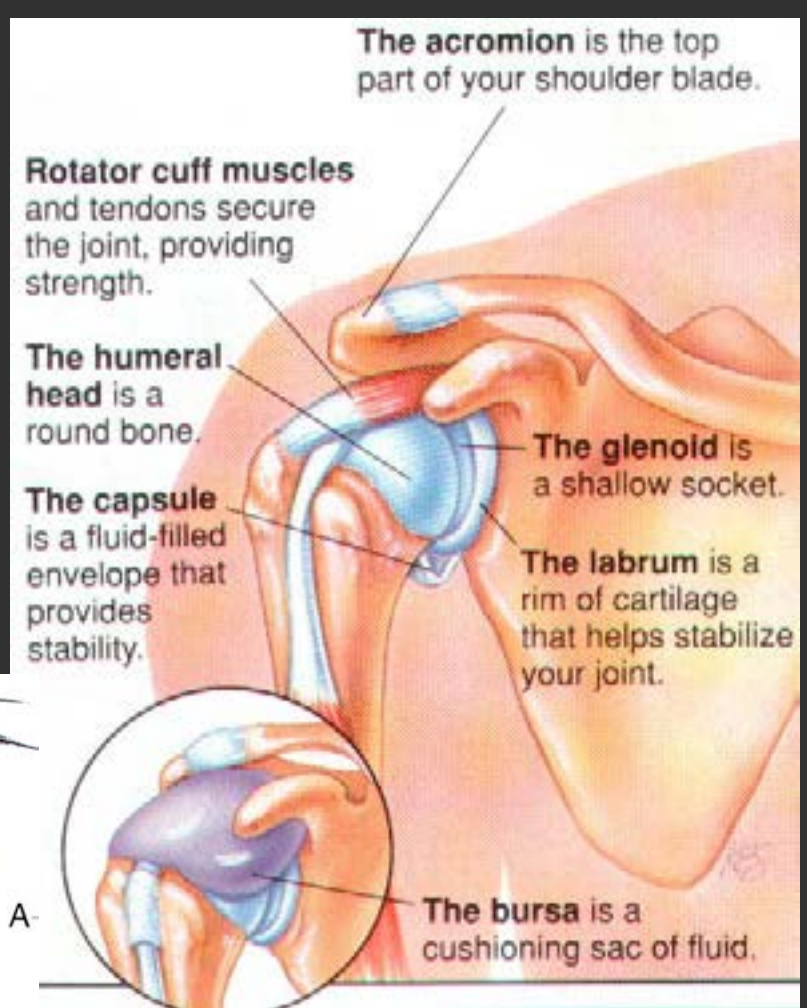
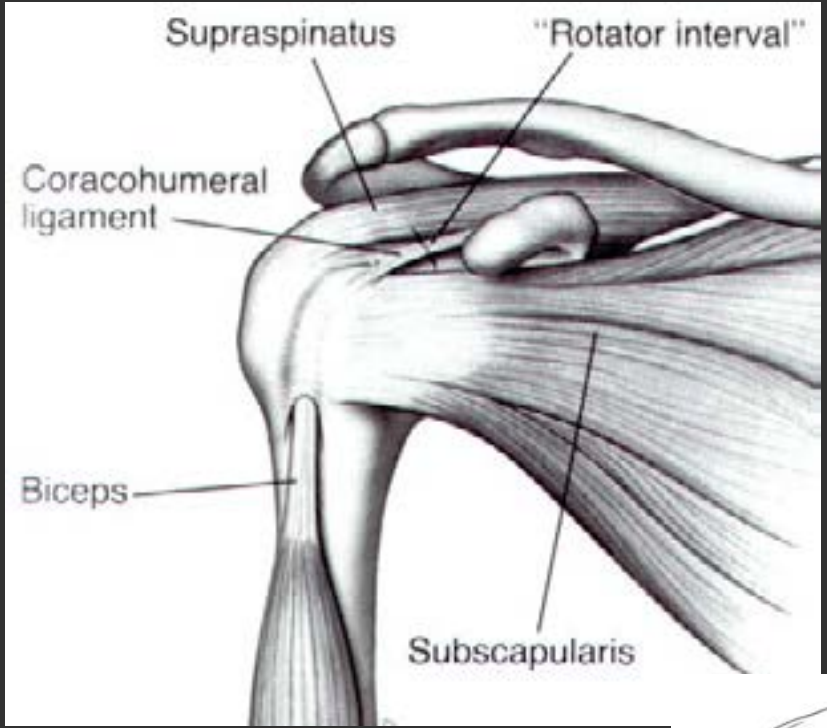


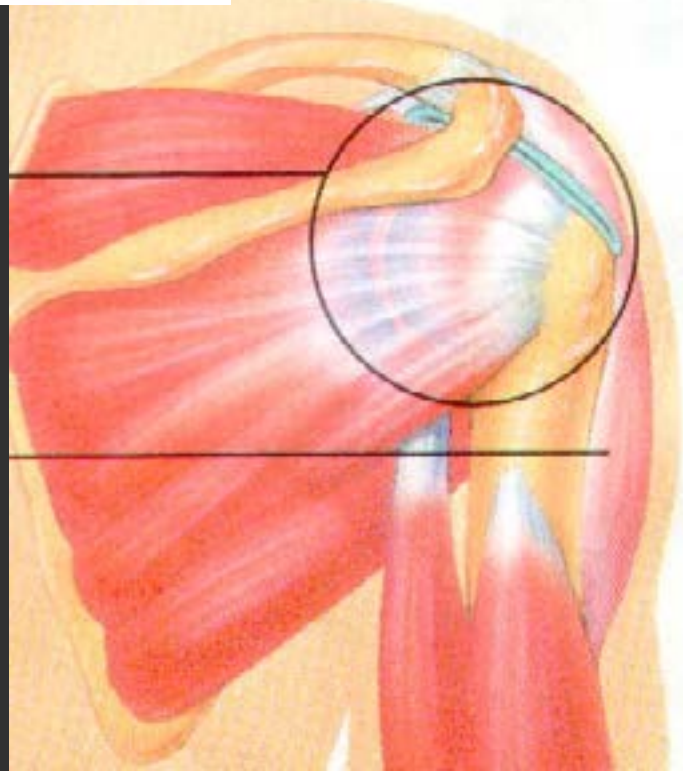
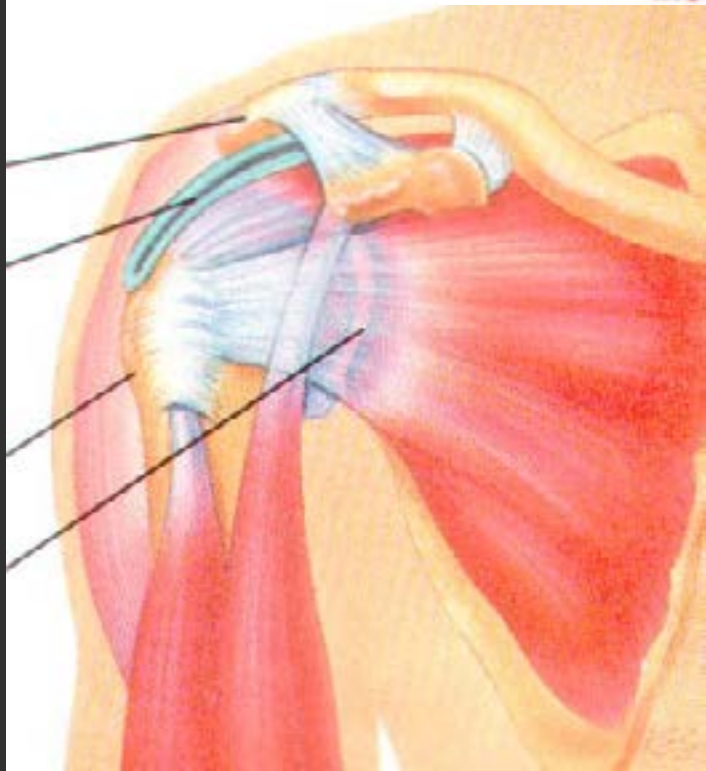
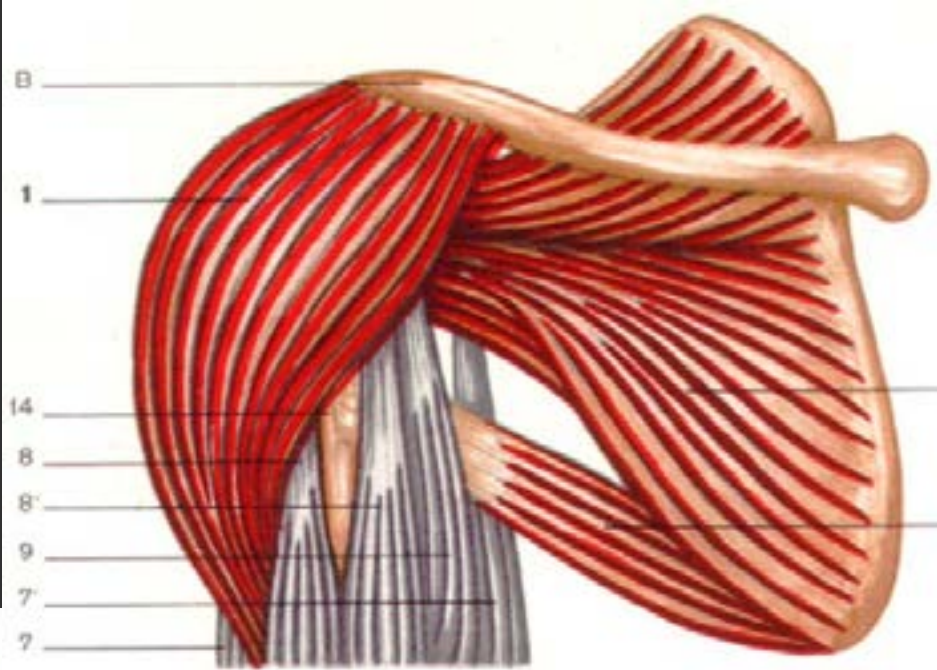
# SINDROME CONFLITTO SOTTOACROMIALE (Impingement)

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

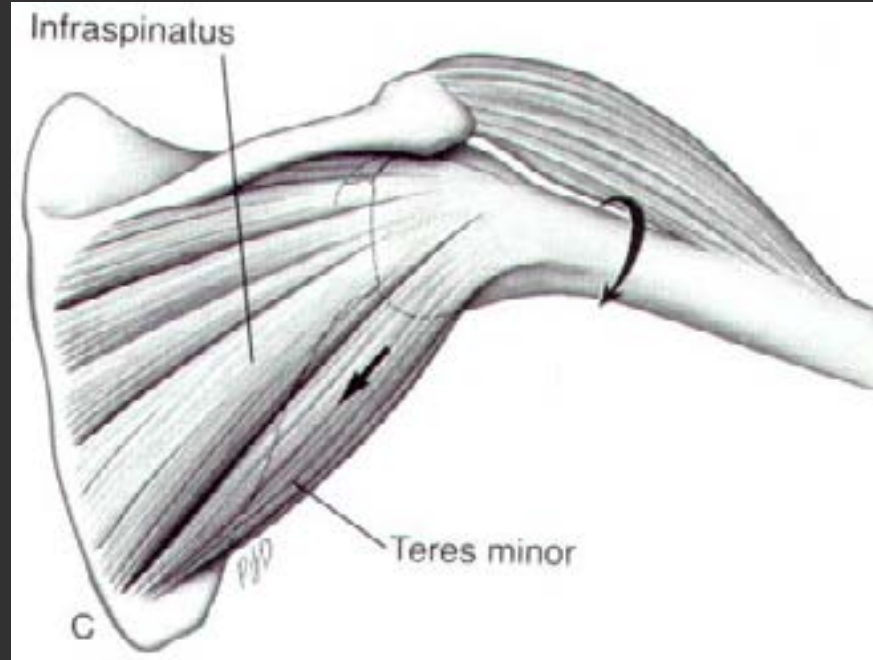
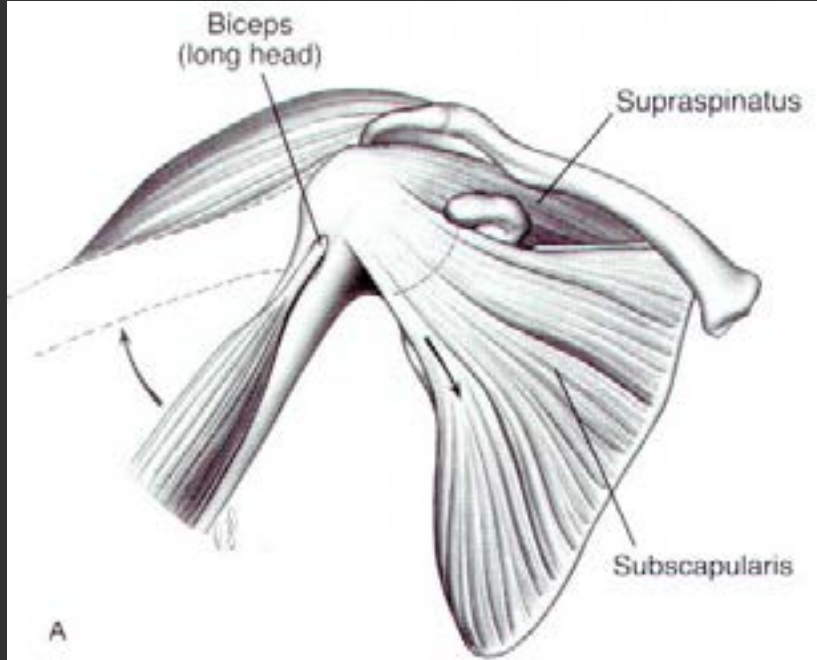








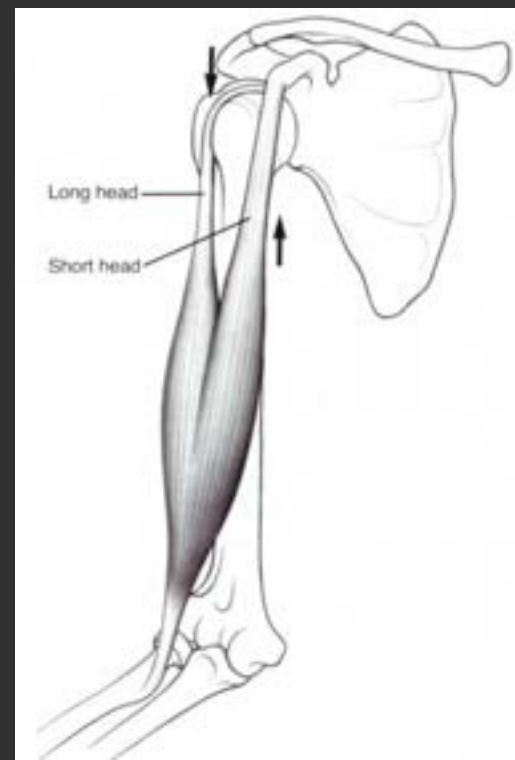


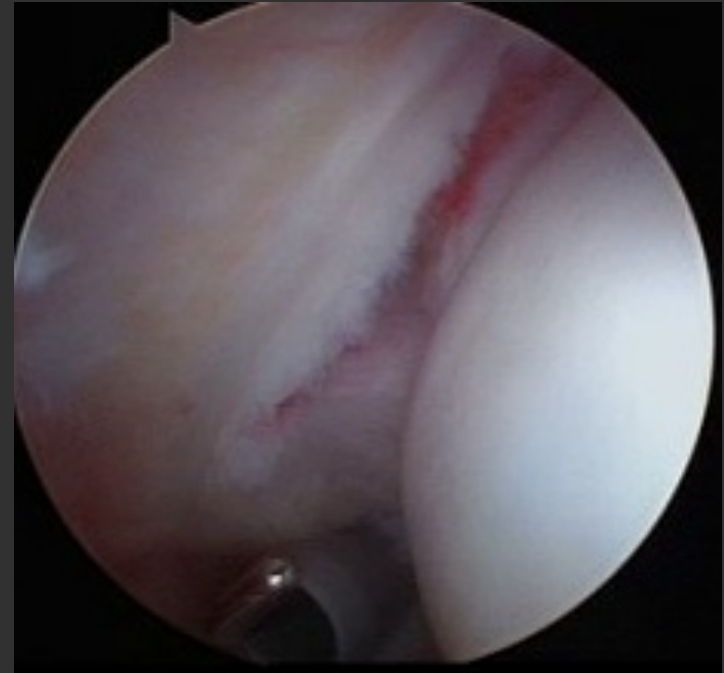
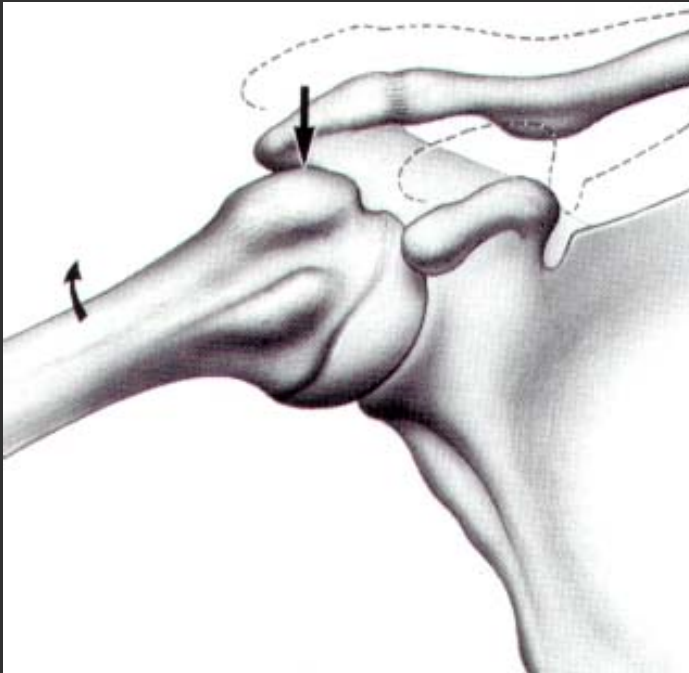


cuffia rotatori + capo lungo bicipite



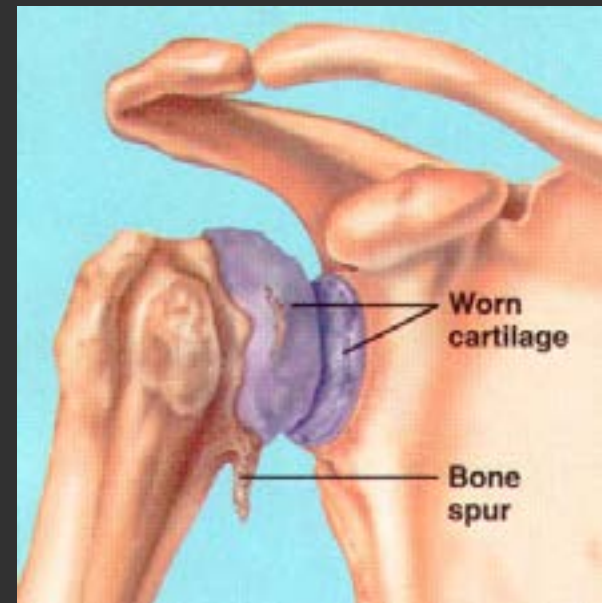
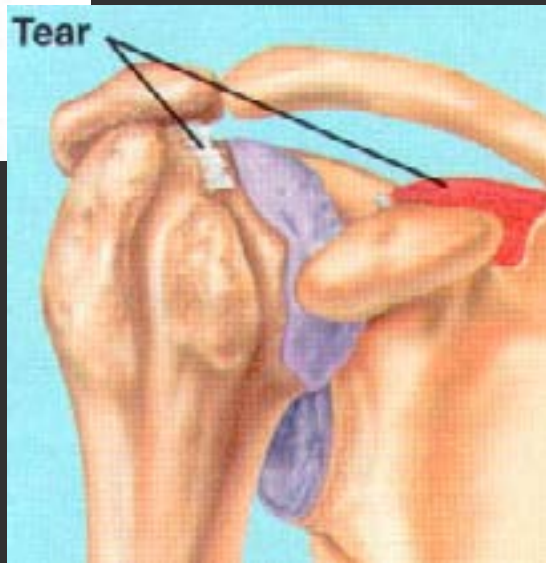
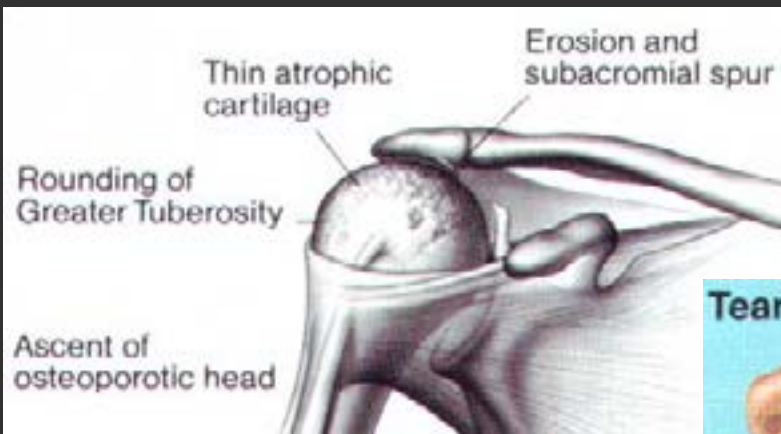
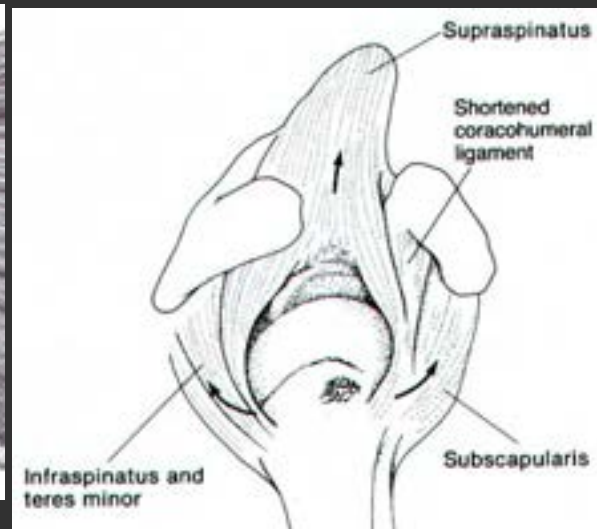
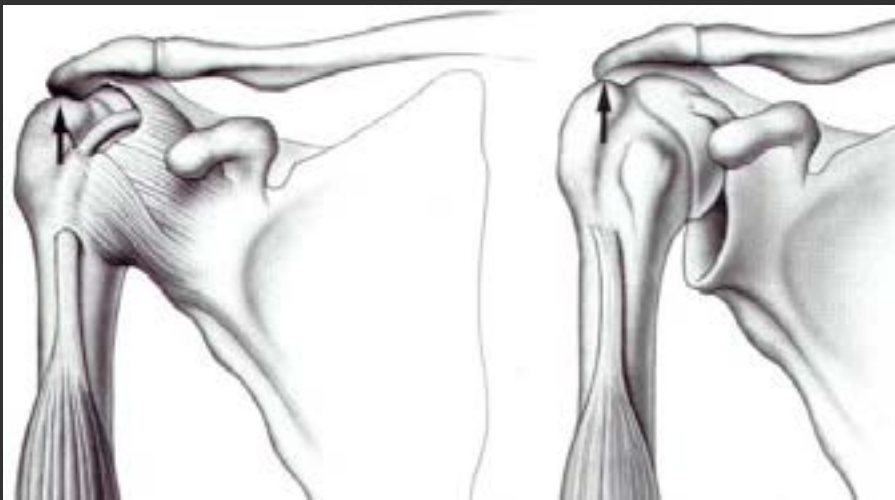
*Fulcro dinamico*





Sindrome conflitto sottoacromiale







# SINDROME CONFLITTO SOTTOACROMIALE

## Fattori predisponenti

### CAUSE MECCANICHE

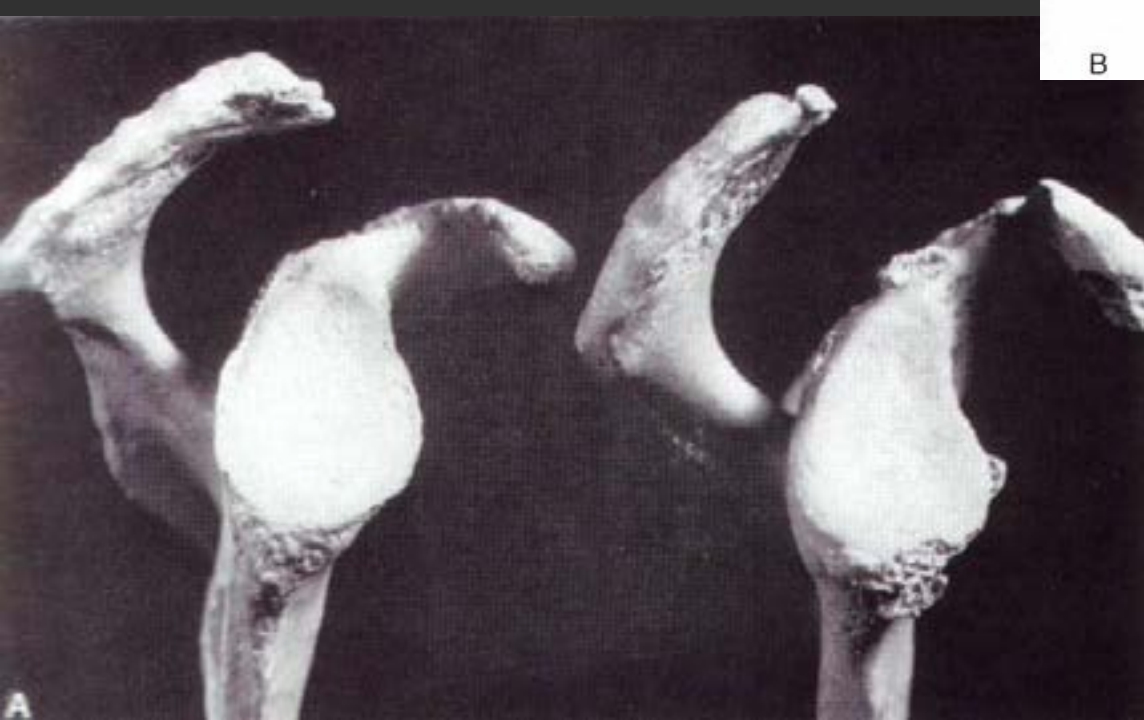
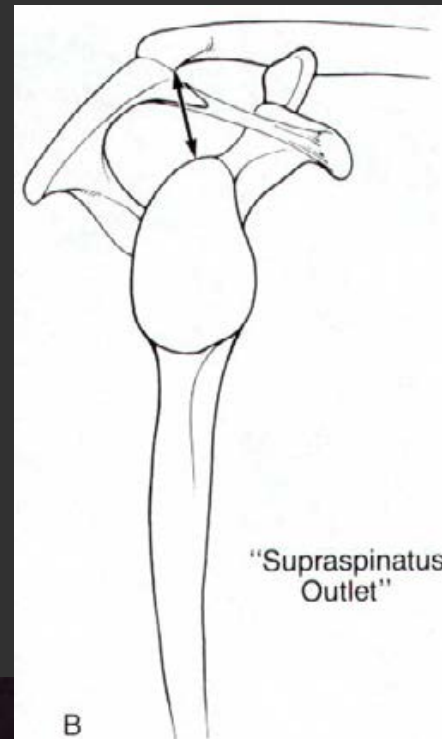
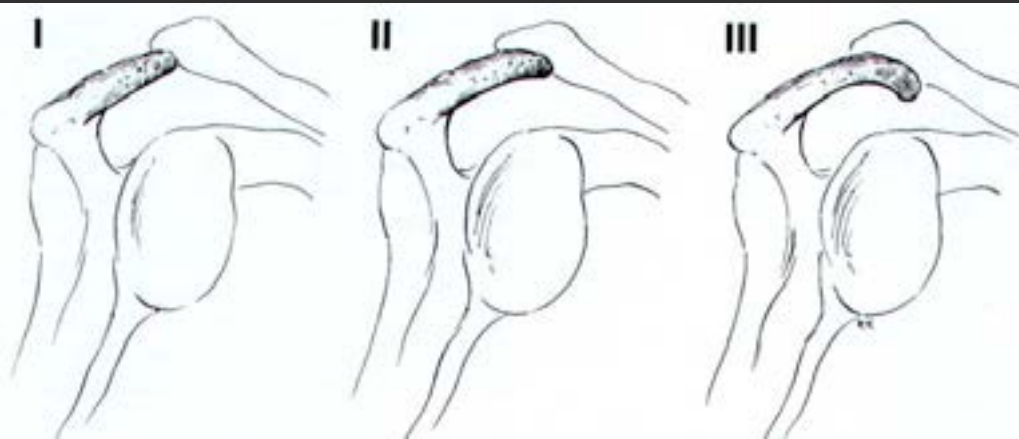
- morfologia acromiale
- artrosi acromion-claveare
- instabilità gleno-omerale

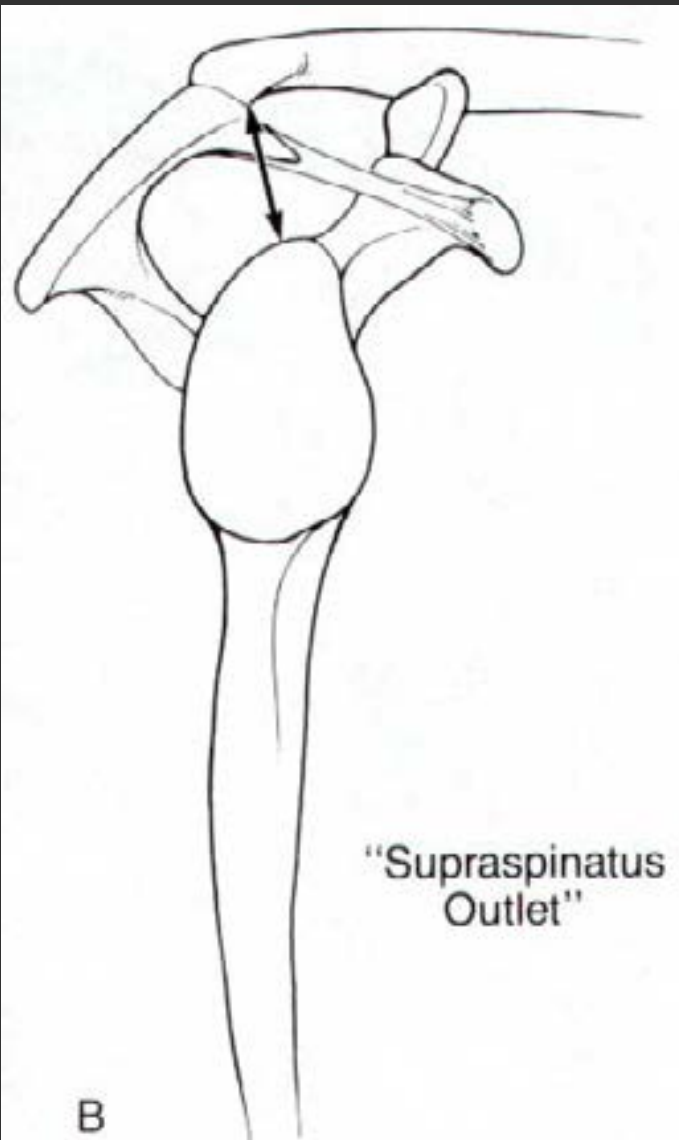
### CAUSE BIOLOGICHE

- disendocrinie: diabete
- reumatismi

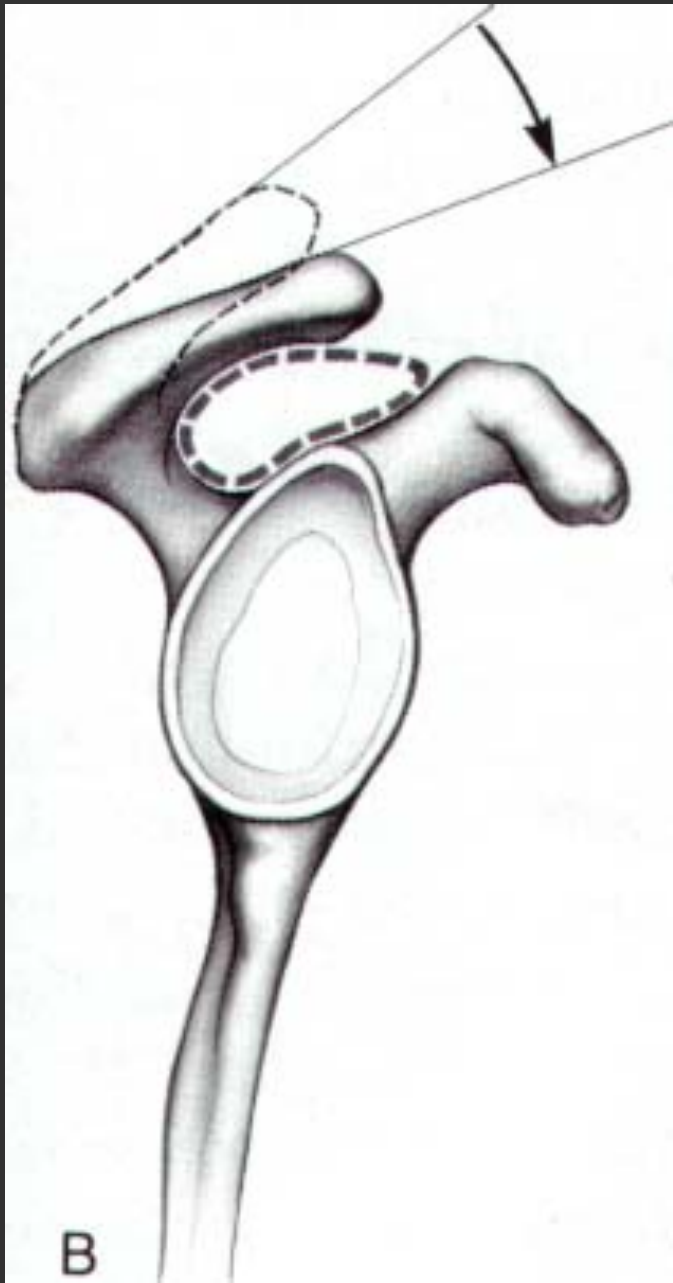
### CAUSE GENETICHE

# MORFOLOGIA ACROMIALE

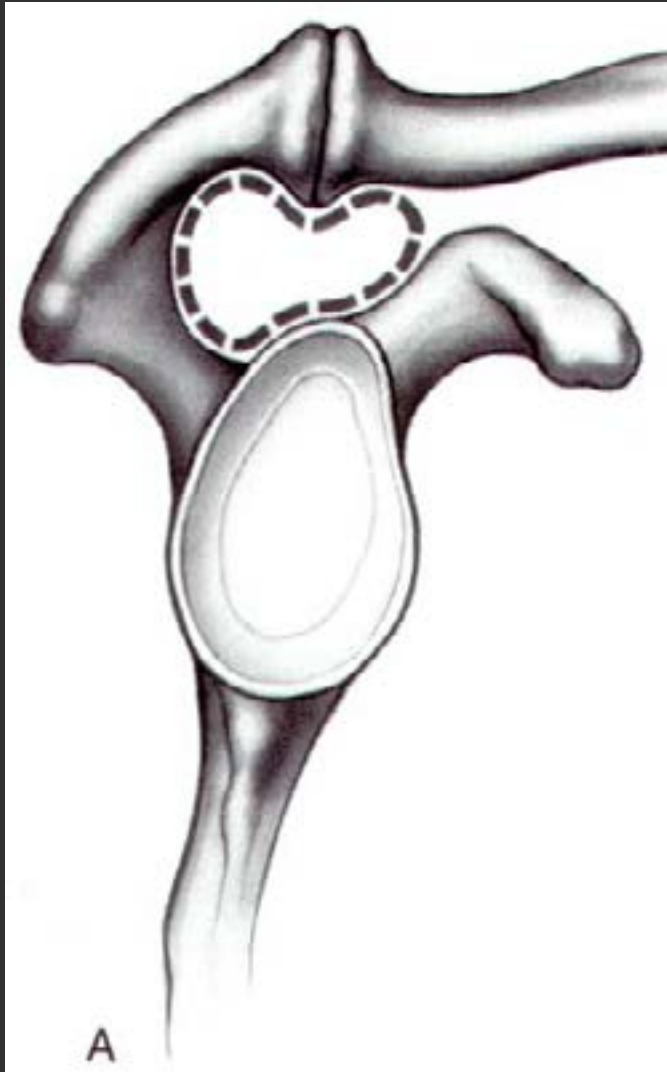




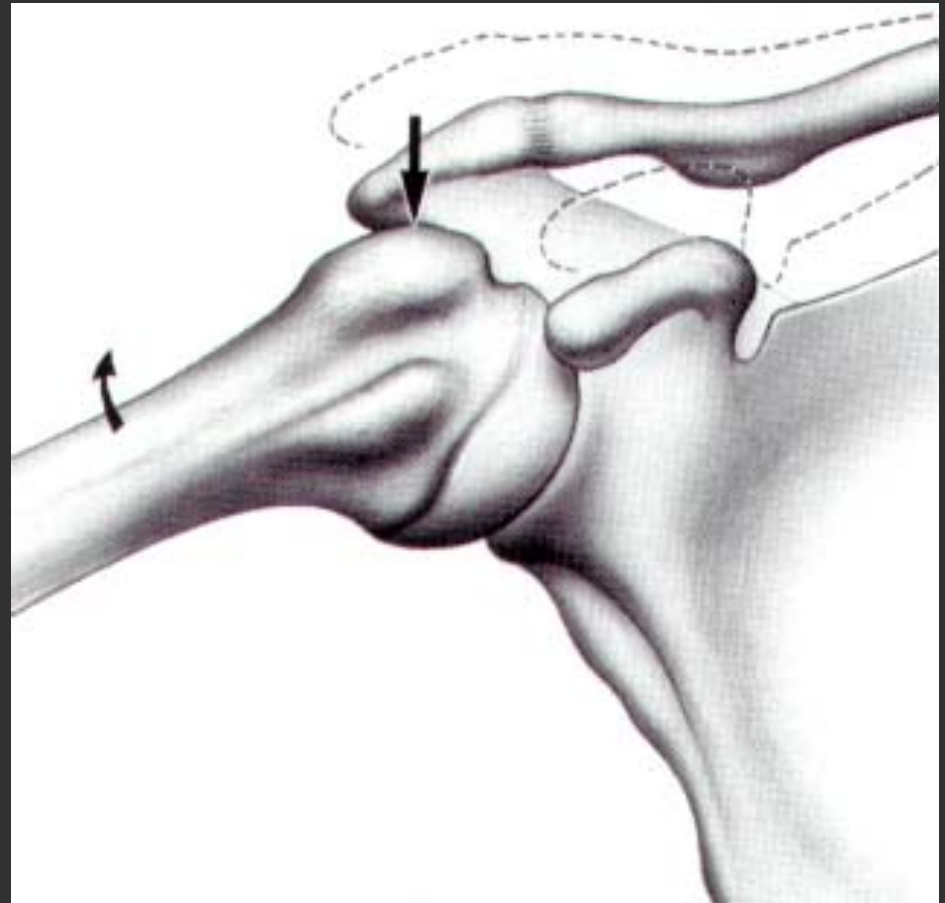
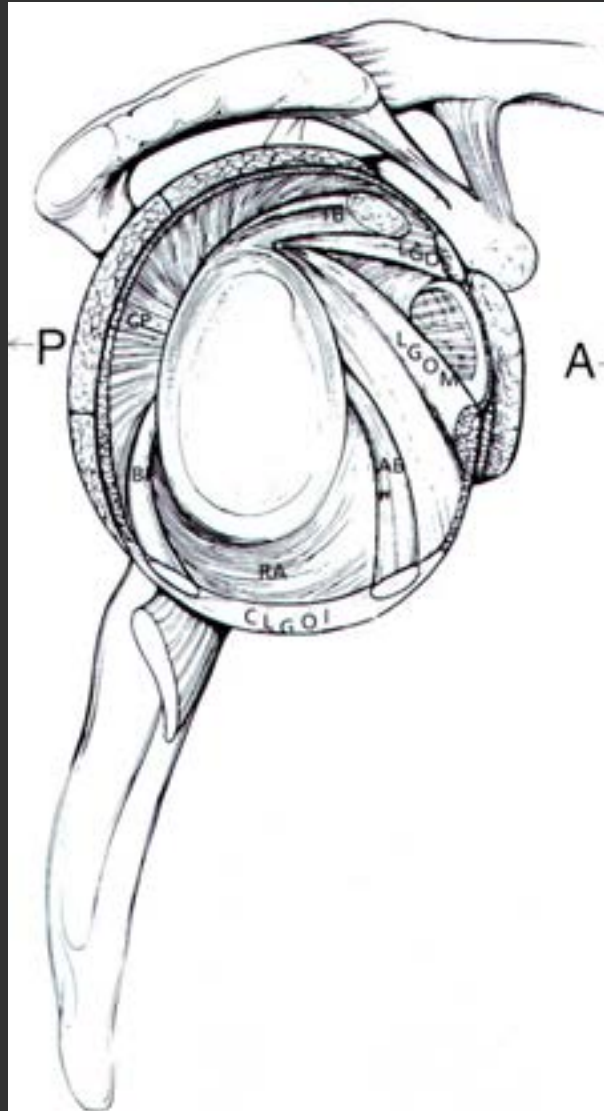




## ARTROSI ACROMION-CLAVEARE



# INSTABILITA' GLENO - OMERALE



# SINDROME CONFLITTO SOTTOACROMIALE

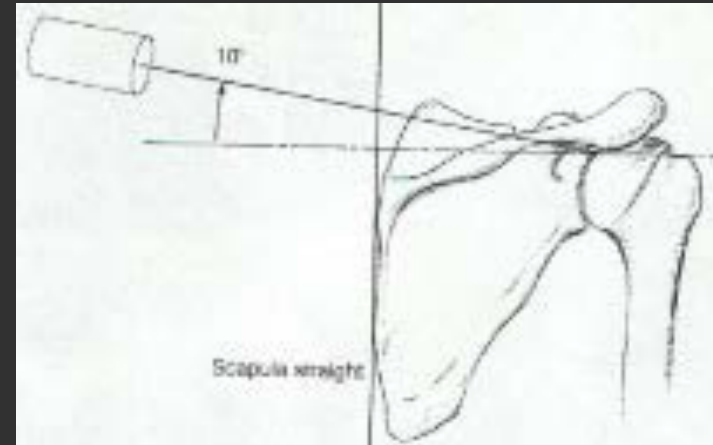
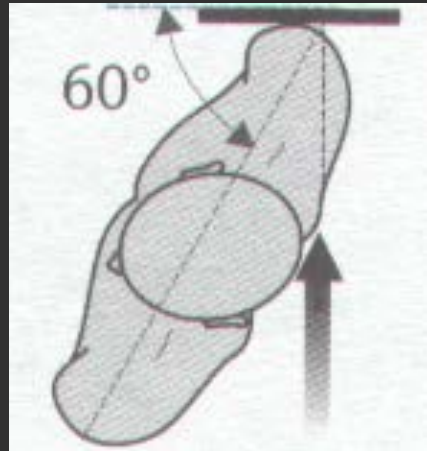
## Diagnosi

- 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.

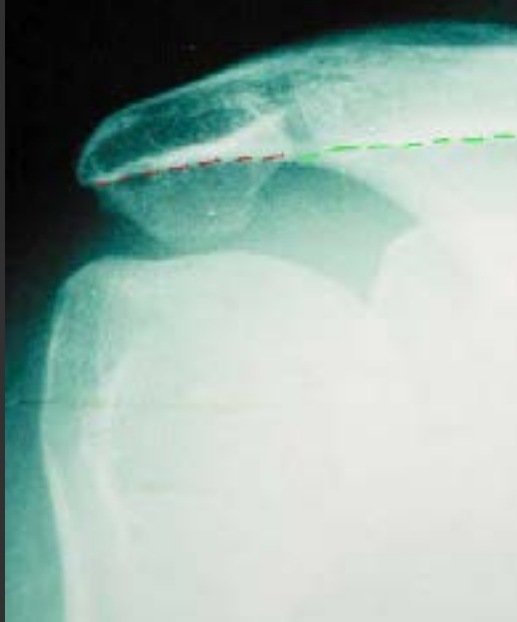
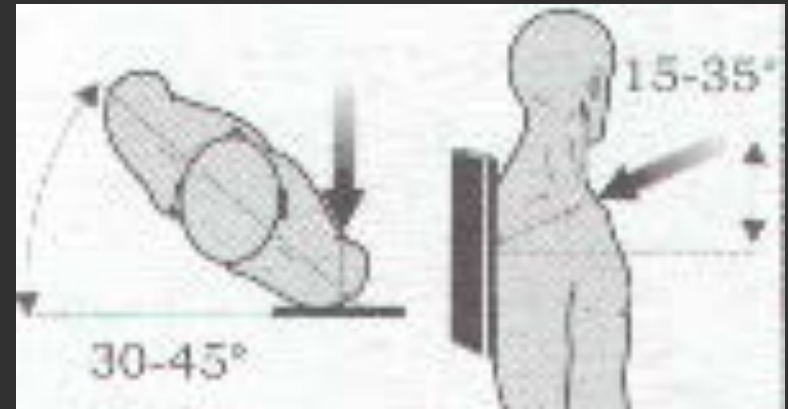


# RADIOLOGIA TRADIZIONALE

## A.P. spazio sub-acromiale

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

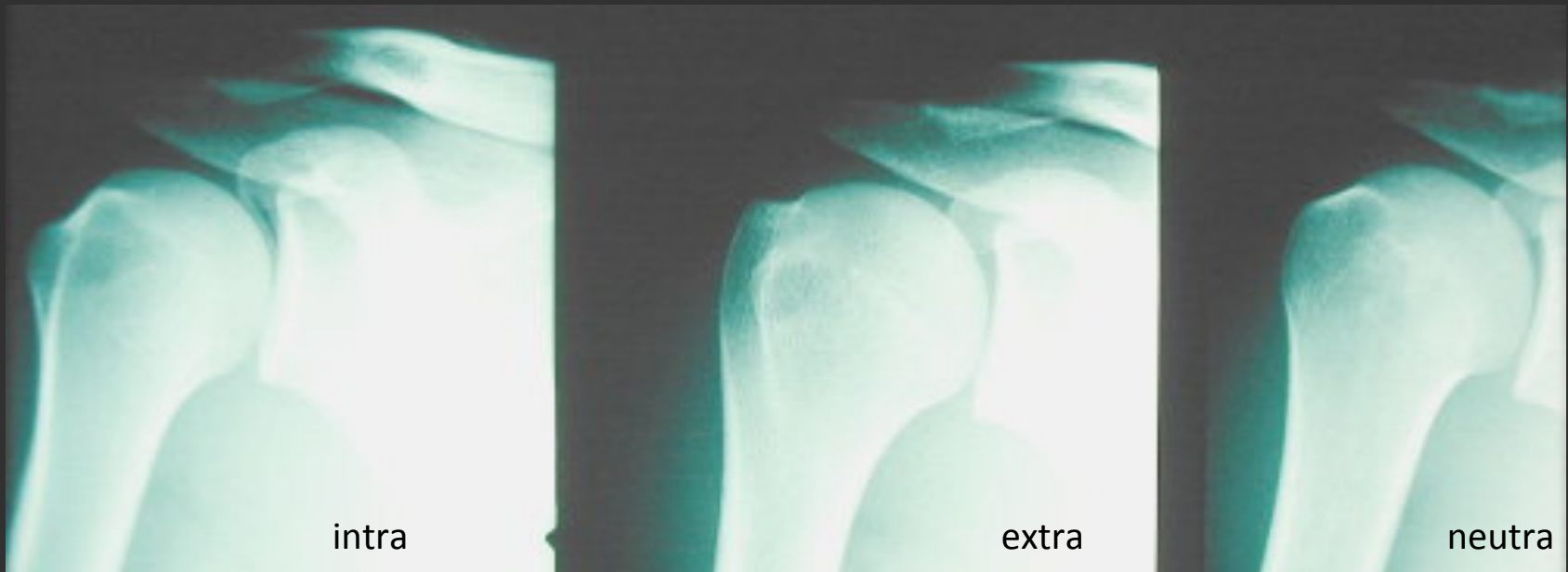
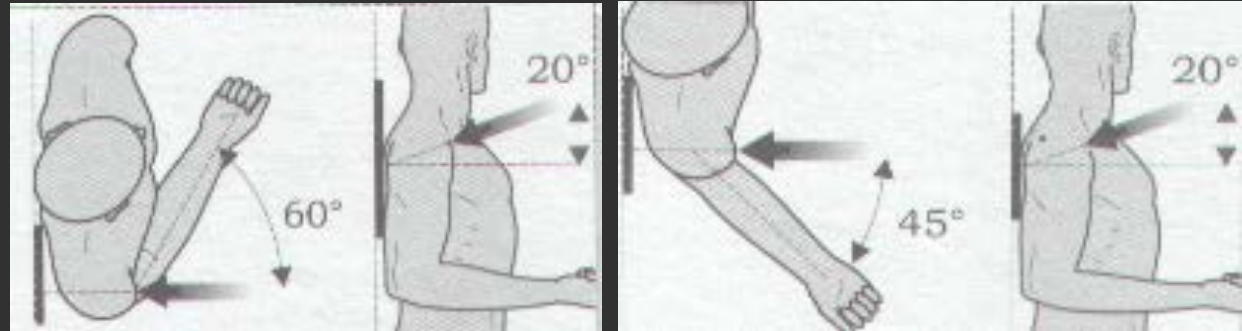
L'inclinazione della sorgente rx è corretta quando il bordo postero-inferiore dell'acromion (rosso) e quello inferiore della clavicola (verde) sono allineati



# 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.







# R.M.N.

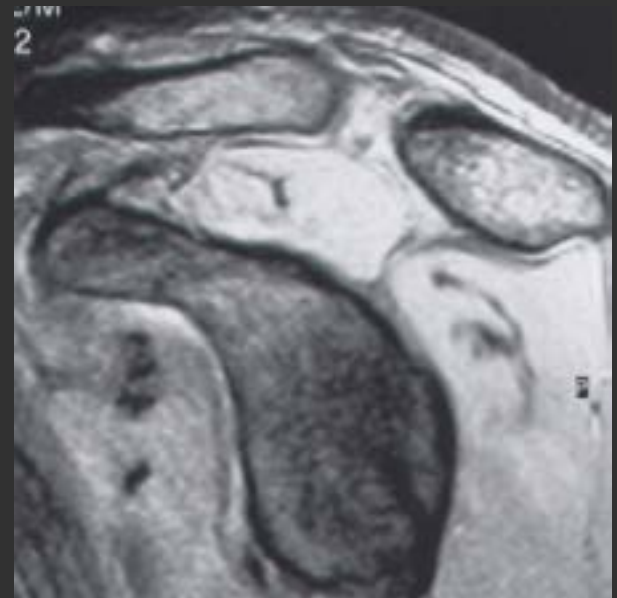
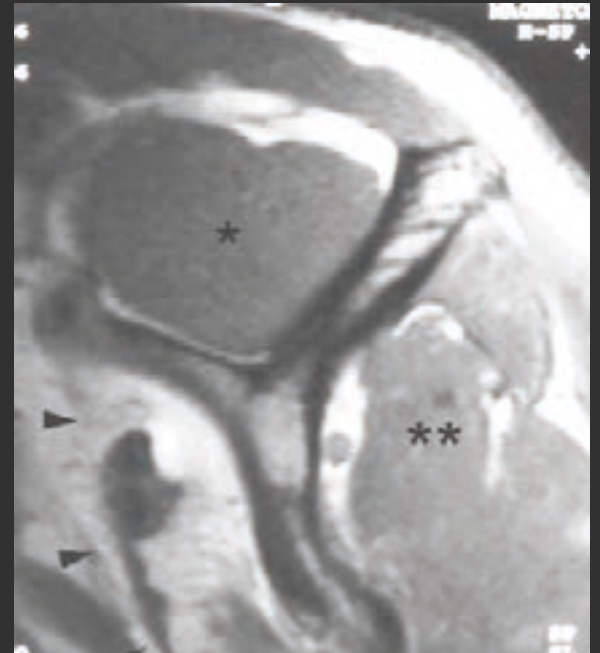


Retrazione tendinea  
(Pasquiere 1997)

# OCCUPAZIONE FOSSA DEL SOPRASPINATO

(Thomazeau 1997)

- Normale
- Medio
- Grave atrofia



# SINDROME CONFLITTO SOTTOACROMIALE

## Trattamento

### Fase acuta

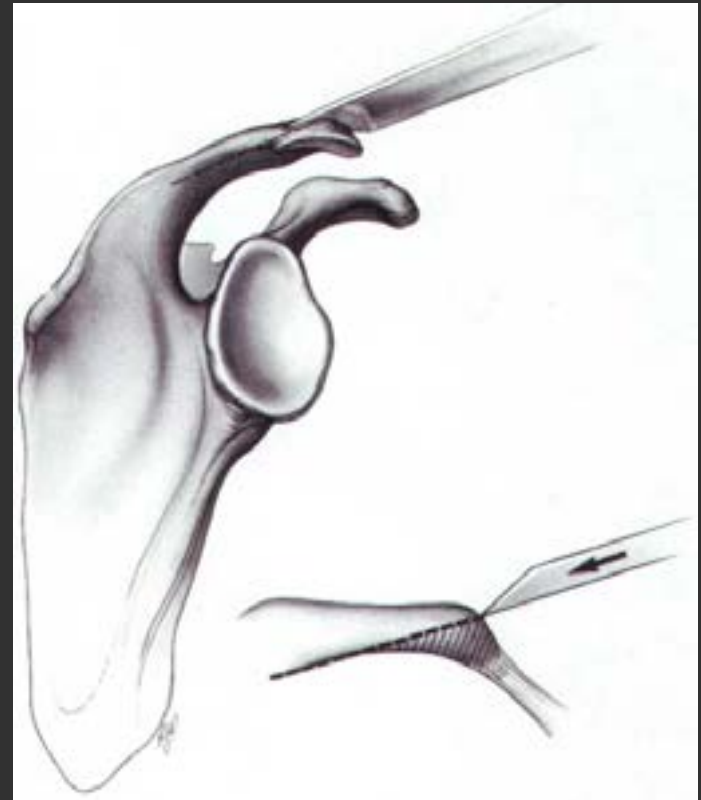
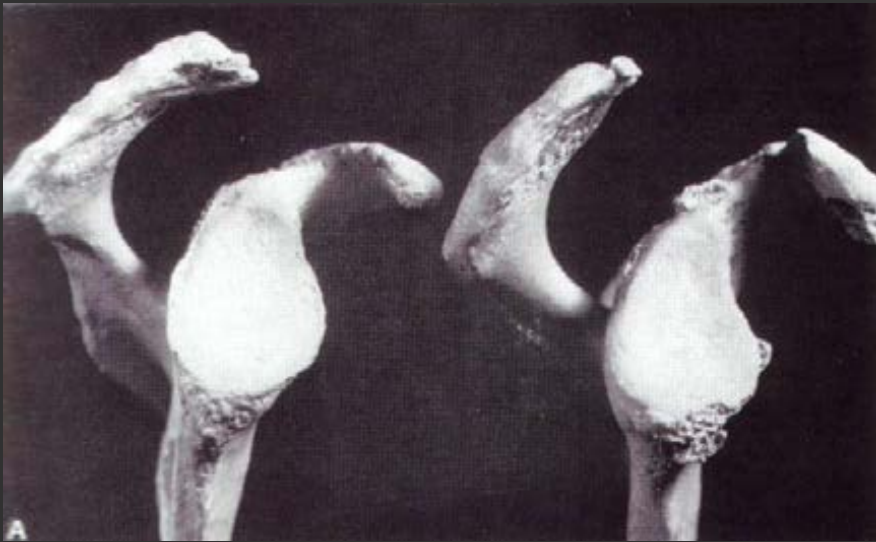
- Antalgici, Fans, Cortisone
- Infiltrazioni cortisoniche

### Fase cronica

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

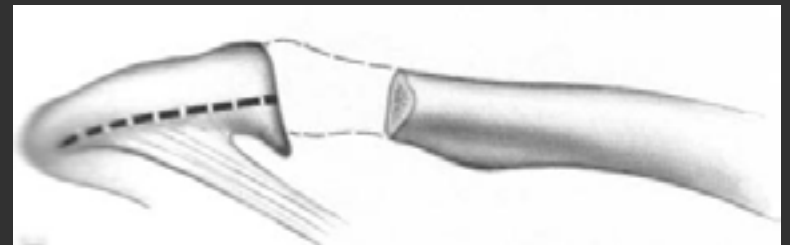
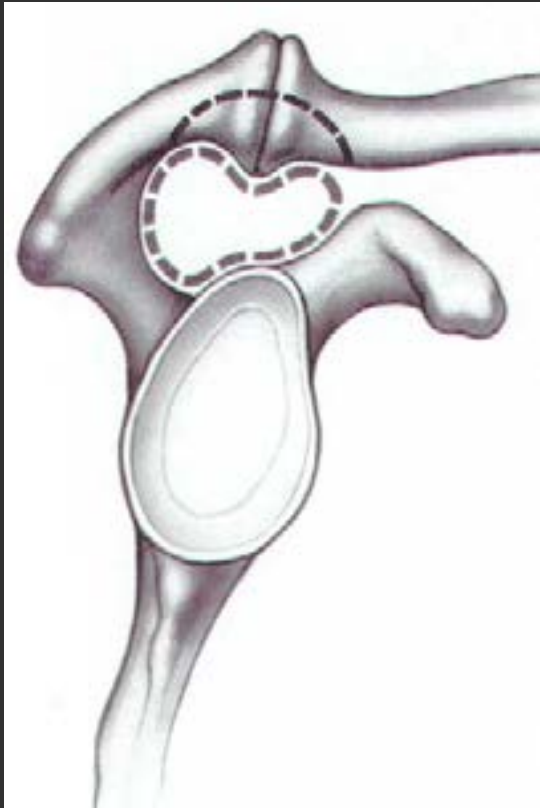
# MORFOLOGIA ACROMIALE

## *Acromionplastica*



# ARTROSI ACROMION-CLAVEARE

*Asportazione osteofiti + eventuale  
resezione estremo distale clavicola*



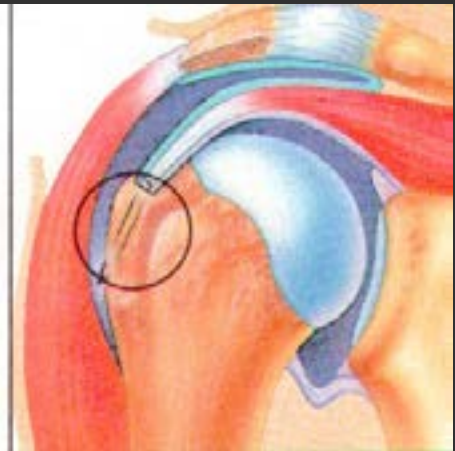
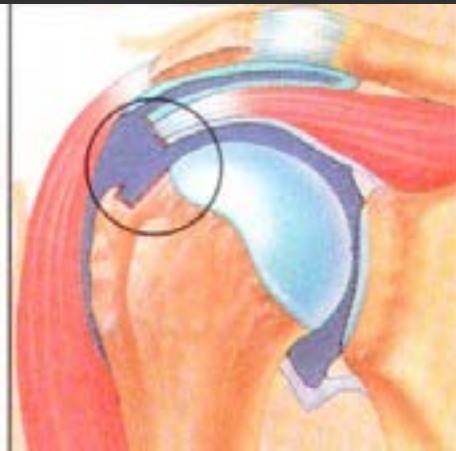
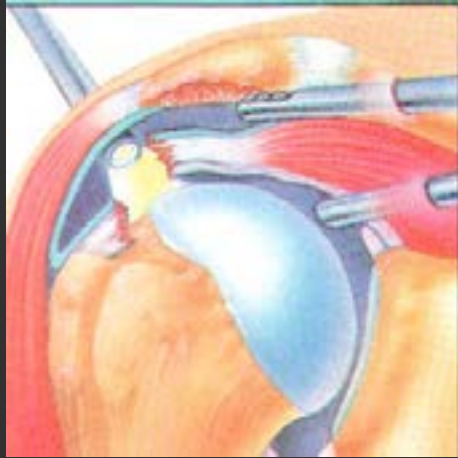
# INSTABILITA' GLENO - OMERALE

- 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”**

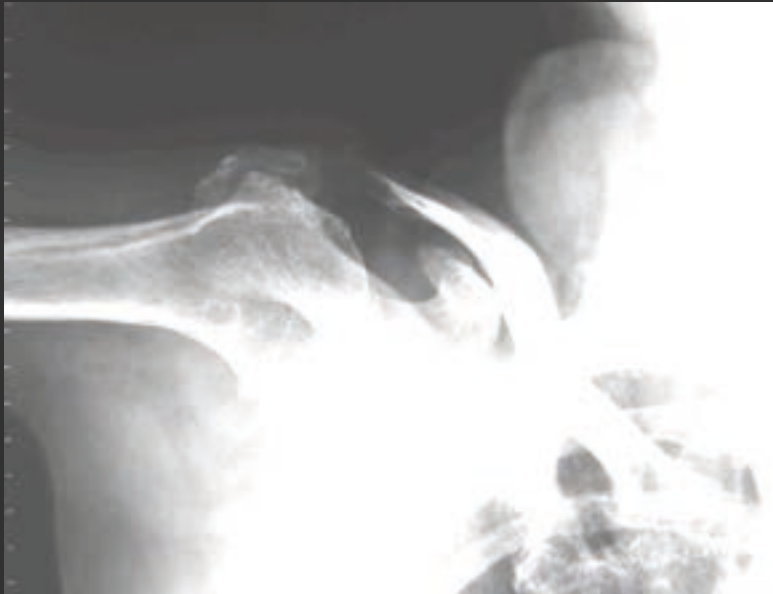
Philadelphia: WB Saunders, 1994

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)



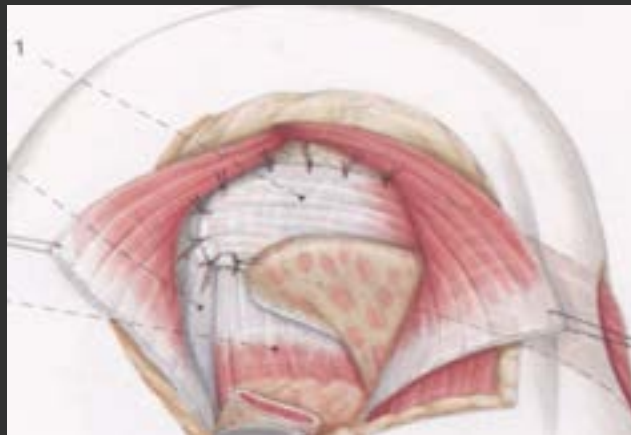
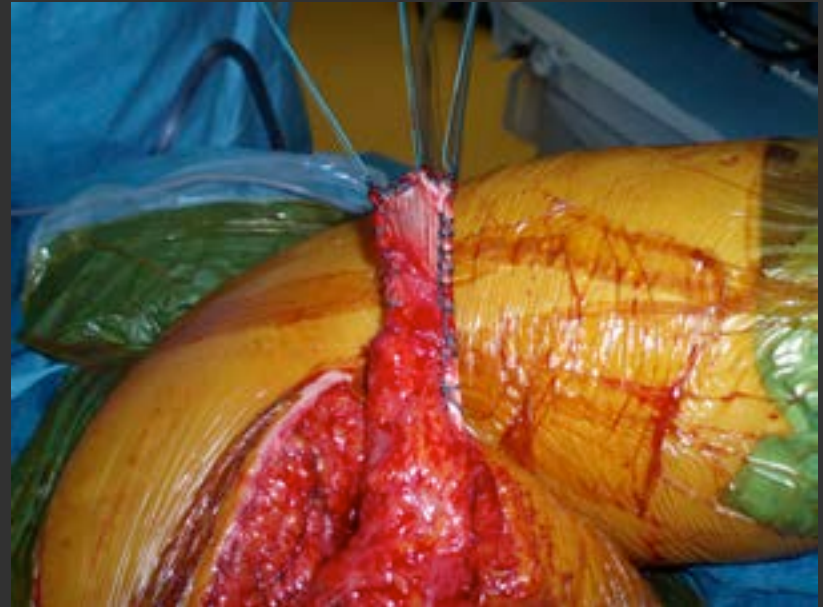
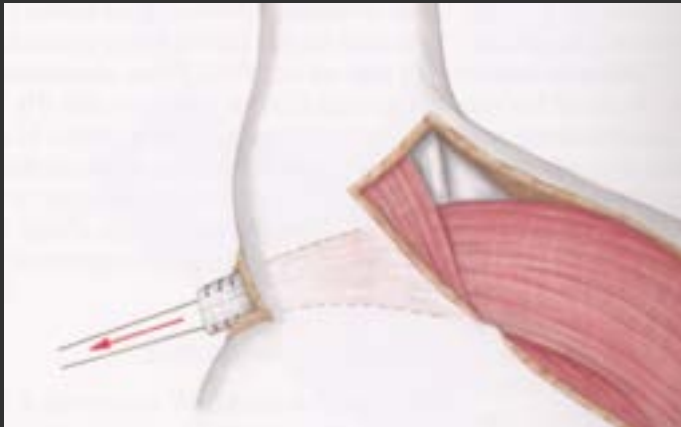
# RIPARARE NON RIPARARE?

## *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

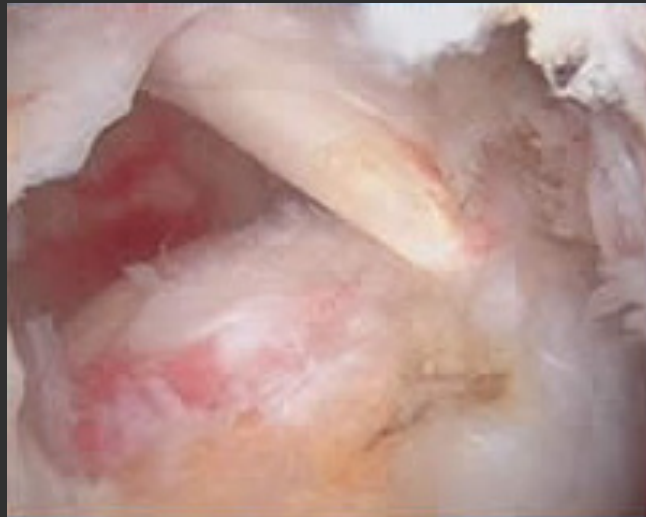
- Lesione non riparabile
- Sottoscapolare funzionante





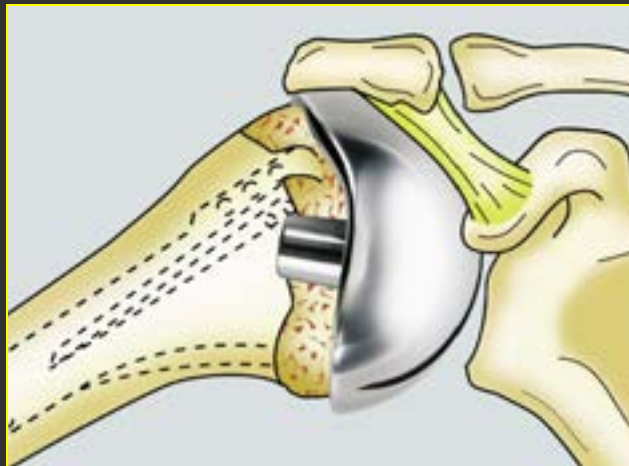
# INTERVENTI PALLIATIVI

- Tenotomia capo lungo bicipite
- “Pulizia” sottoacromiale



## INTERVENTI SOSTITUTIVI

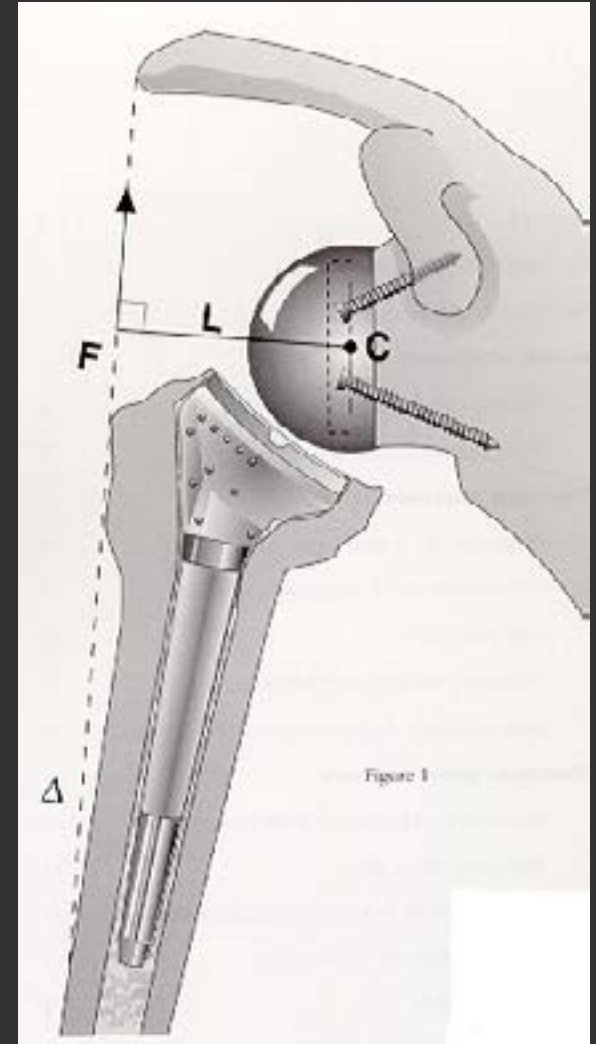
- Endoprotesi che sfruttano l'arco coraco-acromiale



# INTERVENTI SOSTITUTIVI

- PROTESI INVERSA

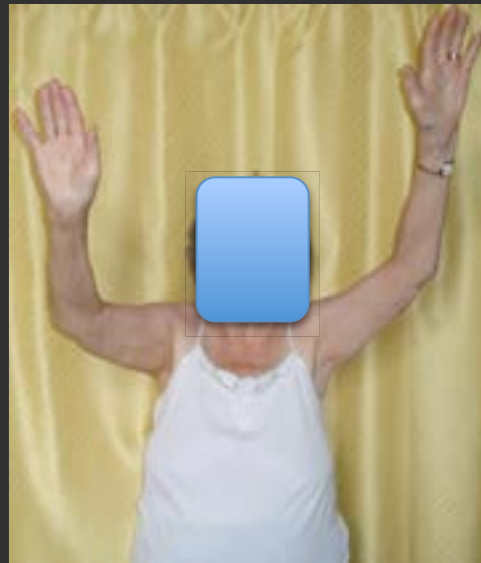
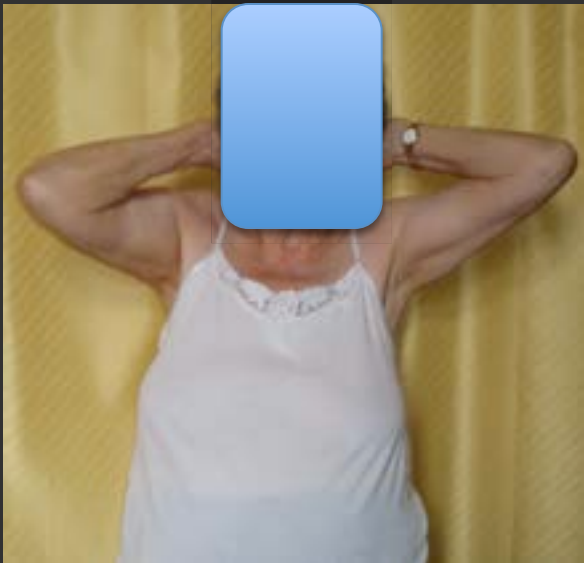
- E' funzionale solo con il deltoide integro
- Medializza il centro di rotazione
- Sfrutta il deltoide per l'elevazione





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