



DOTT. ROBERTO VIANELLO

SPALLA DOLOROSA

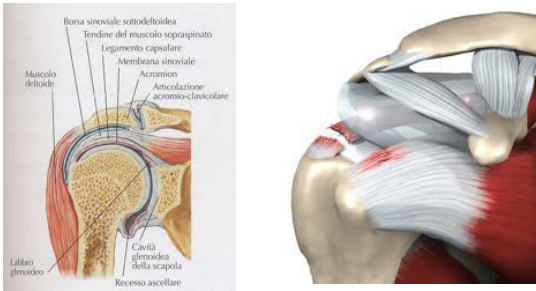
informativa per il paziente

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

INTERVENTO CHIRURGICO PER ROTTURA CUFFIA DEI ROTATORI SPALLA

Nel rapporto fra medico e paziente penso sia necessario che il paziente stesso abbiamo un ruolo consapevole e attivo sul trattamento chirurgico che egli liberamente decide di affrontare e pertanto di sottoporsi. Con questa nota informativa, il medico direttamente Le illustrerà e le spiegherà dettagliatamente il tipo di intervento al quale ha deciso di sottoporsi con i benefici, vantaggi e svantaggi, possibili rischi e complicanze ed insuccessi, le eventuali alternative terapeutiche. Questo Le consentirà di prendere una decisione consapevole e volontaria. Qualora lo ritenesse utile o necessario, non abbia alcun timore nel richiedere ulteriori informazioni o chiarimenti per comprendere al meglio

La CUFFIA DEI ROTATORI è costituita da un insieme di tendini che si inseriscono sulla testa dell'omero, nella regione laterale della spalla e che fanno capo ai seguenti muscoli:



- Sopraspinato
- Sottoscapolare
- Sottospinato
- Piccolo rotondo

C'è poi il tendine del capo lungo del bicipite che molto spesso gioca un ruolo importante nei disturbi dolorosi e nella patologia della spalla.

Questi muscoli svolgono un ruolo molto importante nella stabilizzazione e nel movimento della spalla; i loro tendini ricoprono la testa dell'omero proprio come una vera e propria cuffia.

La SINDROME DELLA CUFFIA DEI ROTATORI è una malattia che interessa questi tendini (tendinopatia, tendinosi) i quali, per vari motivi (età, attività lavorativa o sportiva,) vanno incontro a fenomeni di usura che possono portare anche alla rottura. La rottura di uno o più tendini può comunque avvenire anche per un trauma diretto o indiretto sulla spalla. La rottura può essere parziale (cioè interessando solo parte dello spessore del tendine), o completa, di piccole o grandi dimensioni; può coinvolgere uno o più tendini (rottura massiva.)

La SPALLA DOLOROSA può essere espressione di una patologia che coinvolge appunto i tendini della cuffia e che molto spesso si associa a limitazione funzionale più o meno importante.

DIAGNOSI

La diagnosi di una patologia dei tendini della cuffia è essenzialmente clinica (cioè con la visita di uno specialista) e si avvale di esami strumentali (**rx, ecografia, Risonanza Magnetica**).

QUALE TRATTAMENTO

Non sempre e non tutte le spalle dolorose con sofferenza o lesione della cuffia devono essere trattate chirurgicamente. Il paziente molto spesso riesce a muovere il braccio con modesto dolore o addirittura senza dolore.

Nella spalla dolorosa con o senza lesione di cuffia, il primo trattamento è di solito basato sulla **FISIOCHINESITERAPIA** che ha lo scopo di diminuire il dolore, recuperare il movimento e correggere alterazioni della mobilità scapolare.

QUANDO OPERARE UNA LESIONE DELLA CUFFIA

Se persiste dolore associato o non a limitazione funzionale, soprattutto nei pazienti più giovani, è indicato un trattamento chirurgico.

Nel decidere di sottoporre un paziente ad intervento bisogna tenere in considerazione diversi fattori (età e condizioni generali del paziente, attività lavorativa e/o sportiva, gravità dei disturbi, comprensione e disponibilità del paziente nel seguire il programma post operatorio). E' importante sapere che dopo i 50 anni molti pazienti possono presentare sofferenza o lesioni di cuffia asintomatiche, che non danno cioè alcun disturbo e che, come tali, spesso non necessitano di chirurgia.

TUTTE LE ROTTURE POSSONO ESSERE RIPARATE?

La riparabilità tendinea è condizionata da diversi fattori:

- Dimensione della lesione (alcune lesioni eccessivamente grandi non possono essere riparate o riparate solo parzialmente)
- Qualità del tessuto tendineo (se la qualità è scadente e il tessuto molto sottile la sutura avrà una tenuta insufficiente)
- Retrazione del tendine e atrofia muscolare (associata o non a degenerazione grassa)

Pertanto in certi casi non è possibile procedere ad una riparazione tendinea.

METODICHE E TECNICA DI RIPARAZIONE

L'intervento di solito viene eseguito in anestesia generale. Può essere a CIELO APERTO (mediante una incisione della pelle e dei tessuti sottostanti, come in qualsiasi intervento di chirurgia tradizionale) o più frequentemente oggi, in ARTROSCOPIA: questa tecnica prevede l'introduzione, attraverso piccole incisioni di qualche mm sulla pelle, di uno strumento a fibre ottiche, collegato ad un monitor. Mediante questa metodica si può esplorare l'articolazione della spalla, visionare le eventuali lesioni presenti ed eseguire al tempo stesso la riparazione tendinea con piccole viti o ancore munite di fili di sutura che fissano il tendine all'osso. Durante l'artroscopia possono essere eseguite altre procedure come ad esempio rimuovere tessuto infiammato (borsectomia), o levigare protuberanze ossee (acromioplastica), procedere alla sezione del tendine del capo lungo del bicipite (tenotomia), qualora sia danneggiato o degenerato (in pazienti molto giovani questo tendine può essere anche riparato). Il tendine del capo lungo del bicipite è frequentemente responsabile di dolore alla spalla perché infiammato, degenerato o instabile; il suo distacco comunque non comporta dolore né ripercussioni sulla funzionalità e sul movimento della spalla. In alcuni casi può residuare una piccola tumefazione non dolorosa al braccio (Popeye sign).

La riparazione della cuffia può essere completa o parziale, ma a volte risulta impossibile per il grado di retrazione, per la dimensione e per la qualità tendinea.

DECORSO POSTOPERATORIO

Dopo l'intervento la spalla viene immobilizzata con tutore per 4-5 settimane per consentire al tendine la fissazione all'osso (il tutore va tenuto giorno e notte, può essere rimosso con attenzione durante la giornata per lavarsi e per muovere il gomito).



Dovrà essere iniziato fin da subito (4-6 gg dopo la dimissione) il trattamento riabilitativo e fisiochinesiterapico, fondamentale per il successo dell'intervento (contattare in anticipo un centro di FKT). Nelle prime settimane la riabilitazione consiste in esercizi passivi, pertanto il paziente deve evitare ogni movimento attivo, anche il più banale, ovviamente non deve sollevare pesi. La fisiochinesiterapia varierà a seconda delle indicazioni del chirurgo. La ripresa della guida avviene di solito dopo il 3° mese (s.c); per attività lavorative o sportive che comportino l'uso del braccio bisogna attendere 5-7 mesi.

L'impossibilità ad eseguire un opportuno ed adeguato programma riabilitativo post operatorio, o il rispetto dei tempi di riposo, rappresenta una controindicazione alla esecuzione dell'intervento.

Il DOLORE alla spalla può persistere per diverse settimane dopo l'intervento, con tempi di risoluzione variabili da paziente a paziente ; tende comunque a risolversi con la FKT.

L'incidenza di una nuova rottura , dopo l'intervento di riparazione, è alta (in alcune casistiche intorno al 30% dopo i 5 anni); questo avviene perché la rottura è legata alla malattia tendinea e quindi alla sua qualità; nella grande maggioranza dei casi però si tratta di rotture asintomatiche che non creano alcun problema al paziente.

COMPLICANZE

- Rigidità articolare e perdita di movimento: è la complicanza più frequente (2,7-15%) soprattutto se nel post operatorio non è stata eseguita adeguata FKT. È conseguenza inevitabile al trauma chirurgico e alla immobilizzazione: di solito si risolve con un adeguato trattamento FKT, ma in alcuni casi può essere necessario un nuovo intervento per rimuovere le aderenze
- Parestesie (formicolio, diminuzione della sensibilità) al braccio e alla mano nel 10-30% dei casi: di solito passaggere e si risolvono spontaneamente
- Complicanze meccaniche dovute alla rottura o distacco delle ancore di fissazione (3,3%)
- Infezioni estremamente rare nella chirurgia artroscopica della spalla (inferiori allo 0,1% da casistiche americane)
- Trombosi venosa profonda e tromboembolia: evento molto raro (1-4%); per la prevenzione viene eseguita nel post operatorio adeguata profilassi con eparina a basso peso molecolare
- Ematomi, ecchimosi, gonfiore sindrome simpatico riflesse tendono a risolversi nel tempo
- Rirotture tendinee: l'incidenza di una nuova rottura , dopo l'intervento di riparazione, è alta (in alcune casistiche intorno al 30% dopo i 5 anni); questo avviene perché la rottura dipende dalla malattia tendinea e quindi alla sua qualità ed eventuale retrazione; nella grande maggioranza dei casi però si tratta di rotture asintomatiche che non creano alcun problema al paziente, in altri casi può essere indicato un nuovo intervento chirurgico.

