

DR CORZANI MARCO

Medico Chirurgo Specialista in Ortopedia e Traumatologia

Via E.Fermi 27 Siena(SI)

Tel 351.8935238- Email: dr.marcocorzani@gmail.com

CF: CRZMRC89D25I726D

P.IVA:01523830527

INFORMATIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO DI **ARTROSCOPIA DI SPALLA**

PER ACROMIONPLASTICA/ SUTURA DI CUFFIA

Anatomia

La cuffia dei rotatori è una struttura fondamentale per il funzionamento della spalla, costituita dai tendini di quattro muscoli che originano dalla scapola e si inseriscono sulla testa dell'omero. Anteriormente vi è il sottoscapolare; superiormente il sovraspinoso (o sovraspinato); posteriormente il sottospinoso (o sottospinato) e il piccolo rotondo. I tendini della cuffia convergono a formare una lamina continua, larga parecchi centimetri. Solo tra sottoscapolare e sovraspinoso vi è un sottile interstizio nel quale passa il tendine del capo lungo del bicipite.

Semplificando le loro complesse funzioni si può dire che i quattro muscoli, contraendosi in maniera coordinata, mantengono la testa dell'omero compressa e centrata contro la glena, cioè la superficie articolare della scapola. Questa funzione è indispensabile perché l'articolazione scapolo-omerale non ha una stabilità legata all'incastro delle due componenti (la concavità della glena è appena accennata, molto aperta). Senza l'attività coordinata della cuffia i movimenti di elevazione del braccio diventano impossibili. La seconda principale funzione della cuffia è di muovere la spalla in rotazione interna (il gesto con cui portiamo la mano sull'addome o dietro la schiena) ed esterna (mano in fuori o anche mano sul capo e dietro la nuca). La faccia interna della cuffia dei rotatori riveste l'articolazione della spalla. La faccia esterna invece superiormente è ricoperta da una ampia borsa, una sorta di cuscinetto che evita l'attrito con il piano osseo dell'acromion.

Le lesioni della cuffia

Quando si parla di lesioni della cuffia dei rotatori ci si riferisce a lacerazioni, strappi nel tessuto tendineo con disinserzione dalla superficie ossea. La causa principale è rappresentata da una graduale degenerazione del tessuto tendineo. La probabilità di avere una lesione di cuffia cresce pertanto con l'aumentare dell'età. Nella grande maggioranza dei casi viene interessato il tendine del sovraspinoso, che ha un tratto critico, nutrito da pochi vasi e soprattutto scorre in uno spazio angusto dove può essere compresso tra la testa dell'omero e l'acromion (una struttura ossea che fa parte della scapola). Questo fenomeno di schiacciamento del tendine, che si accentua quando si mantiene il braccio in posizione elevata, può divenire doloroso e va sotto il nome di conflitto (o "impingement") sub-acromiale. La forma e le dimensioni delle lesioni sono variabili.

Meno frequenti sono le lesioni del sottospinoso, del sottoscapolare e del piccolo rotondo. Quando vengono coinvolti più di due tendini si parla di lesione massiva.

Un ruolo importante nelle lesioni della cuffia lo ha il tendine del capo lungo del bicipite, che non è parte della cuffia ma scorre in un intervallo della struttura della cuffia a stretto contatto con il sottoscapolare e il sovraspinoso: spesso il capo lungo va incontro a infiammazione e processi degenerativi e può essere uno dei responsabili principali del dolore.

Cause

Alla base delle lesioni vi è quasi sempre un processo graduale di **degenerazione** del tessuto, come accennato prima. Sicuramente hanno importanza fattori genetici che predispongono alcune persone più di altre e spiegano anche l'interessamento non raro di entrambe le spalle. Quindi in molti casi il problema nasce gradualmente e spontaneamente.

Ovviamente un ruolo lo giocano le attività fisiche, per cui persone che per anni fanno lavori gravosi per le spalle hanno più probabilità di sviluppare una lesione.

Il ruolo dei **traumi** (cadute, strappi) ha una sua importanza, ma in genere secondaria: è caratteristico che una persona che magari per anni ha sofferto di episodi di dolore alla spalla (le cosiddette periartriti), dopo un trauma noti una perdita brusca di funzionalità, magari con l'incapacità di sollevare il braccio. In questi casi si può facilmente immaginare che il tendine si è gradualmente logorato e poi un trauma lo ha rotto, oppure ha ingrandito una lacerazione che prima era più o meno ben compensata. Le circostanze in cui un trauma determina la rottura di una cuffia dei rotatori del tutto sana, in un soggetto giovane, esistono ma sono rare.

Diagnosi

Per stabilire la presenza di una lesione di cuffia il primo passo è la visita dell'Ortopedico, che può sospettarla valutando con una serie di manovre i movimenti della spalla e la forza in varie direzioni. Questi test specifici sono mirati a valutare l'escursione articolare della spalla, la forza impressa dai differenti tendini all'articolazione della spalla e l'eventuale dolore causato nel corso delle manovre. In caso di lesione di un tendine generalmente si potrà apprezzare la riduzione della forza nel test che valuta quello specifico tendine, aspetto che non sempre è correlato alla comparsa di dolore durante la valutazione stessa. Gli esami strumentali principali sono l'Ecografia, che viene effettuato mediante una sonda a ultrasuoni, e la Risonanza Magnetica Nucleare. La prima è una metodica economica e diffusa, che può essere considerata l'esame di screening. La risonanza visualizza le strutture della spalla sfruttando i campi magnetici, è più costosa, è anche più difficile da tollerare per alcuni pazienti ed è controindicata in presenza di alcune condizioni. Le informazioni che fornisce sulla cuffia dei rotatori sono però molto più complete, soprattutto quando si deve valutare un intervento di riparazione.

Le lesioni della cuffia possono essere di vario tipo.

Esistono lesioni definite parziali: significa che un tendine presenta la rottura di uno strato delle sue fibre, non di tutto lo spessore. Una lesione parziale può riguardare il versante articolare, oppure quello esterno, bursale; talvolta le fibre rotte sono nell'interno del tendine. Come è intuitivo queste lesioni incomplete non alterano in modo significativo forza e funzione della spalla e nella maggior parte dei casi possono essere trattate con varie terapie senza intervento.

Le lesioni complete sono quelle che interessano tutto lo spessore delle fibre tendinee e come abbiamo visto possono avere diverse forme ed essere più o meno grandi.

Le lesioni massive, come già accennato, sono lacerazioni che si estendono a più di due tendini della cuffia. Se la lesione di cuffia è di grandi dimensioni può conseguire uno sbilanciamento della articolazione della spalla, con la testa dell'omero che non rimane affrontata al centro della glena, ma si sposta verso l'alto. Questo effetto è visibile anche sulle normali radiografie.

Quando si osserva una lesione a tutto spessore della cuffia, oltre alle dimensioni e alla sede, è importante valutare altre due caratteristiche che la risonanza magnetica consente di studiare accuratamente: il grado di retrazione del tendine rotto, ovvero quanto si è allontanato dal suo punto di inserzione all'osso, e il grado di atrofia del muscolo a monte della rottura, che può andare incontro ad un processo di involuzione in cui le fibre muscolari vengono via via sostituite da tessuto grasso. Questi aspetti hanno ricadute sulle decisioni inerenti la scelta del trattamento.

Trattamento

Il trattamento conservativo serve a migliorare la sintomatologia ma non permette il recupero della forza. Si avvale di riposo, modifiche comportamentali, antidolorifici, e fisioterapia. Si evitano i rischi tipici di un intervento, ma non necessariamente si recupera il livello di attività, e si può favorire il peggioramento della lesione. Il trattamento chirurgico della rottura della cuffia dei rotatori viene preso in considerazione in presenza di dolore continuo, lesioni traumatiche, lesioni in pazienti giovani e/o ad alte richieste funzionali.

L'intervento

In artroscopia di spallacene utilizzato un sofisticato sistema basato su una piccola telecamera collegata ad uno schermo mediante fibre ottiche. Sono necessarie alcune piccole incisioni da 0,5-1 cm dietro, di lato e davanti alla spalla. I progressi di tecnica chirurgica e di tecnologia degli strumenti hanno fatto sì che anche in artroscopia si possano eseguire reinserzioni del tendine all'osso altrettanto sicure quanto quelle che si ottengono in chirurgia aperta.

Sebbene i tempi necessari per il recupero e i risultati delle riparazioni con tecniche aperte e artroscopiche siano uguali, queste ultime hanno guadagnato via via il favore dei chirurghi e dei pazienti e attualmente rappresentano lo "standard" della chirurgia della cuffia.

L'obiettivo dell'intervento di riparazione è di riportare il lembo di tendine strappato alla sua sede di inserzione all'osso della testa omerale e fissarlo. Per far questo esistono diversi sistemi di ancoraggio, i più comuni sono rappresentati da "ancorette" di vari materiali che si avviano o si impiantano a pressione nell'osso e a cui sono attaccati dei fili con i quali si sutura e si riporta in sede il tendine.

Perché la riparazione sia fattibile occorre che il tendine rotto abbia una buona consistenza e sia rimasto sufficientemente elastico da poterlo riportare nella sede di inserzione. Queste condizioni non sempre possono essere certe prima dell'intervento, nemmeno con la risonanza magnetica. A seconda delle situazioni una lesione di cuffia potrà risultare **riparabile in modo completo, riparabile in modo parziale** (rimane quindi una interruzione più piccola) oppure anche **irreparabile**.

Nel corso dell'intervento oltre alla riparazione vengono effettuate altre procedure: si fa una "pulizia" dei tessuti rovinati e degenerati; si rimuove almeno in parte la borsa generalmente infiammata (bursectomia) spesso fonte di dolore; se vi sono irregolarità della superficie ossea dell'acromion, che sovrasta la cuffia, si possono levigare con appositi strumenti (acromionplastica). Inoltre nella maggior parte dei casi il tendine

del capo lungo del bicipite adiacente ai tendini della cuffia è logorato e degenerato, il chirurgo procederà alla tenotomia (sezione) dello stesso: questo gesto chirurgico implica una perdita di forza dell'8-20% della flessione del gomito e del 20% della supinazione dell'avambraccio e la possibilità che si verifichi una discesa del muscolo bicipite: segno di "braccio di ferro" (si verifica nel 0-20% dei casi di tenotomia).

RISCHI INTRAOPERATORI

- ◆ La possibilità di rottura di strumenti chirurgici all'interno dell'articolazione è possibile e può richiedere l'uso di accessi chirurgici non previsti. La presenza peraltro di piccoli frammenti metallici articolari non comporta generalmente alcun problema e il chirurgo può decidere di non ricorrere a qualsiasi mezzo per rimuoverli.
- ◆ Lesione di strutture vascolari (tronchi arteriosi e/o tronchi venosi maggiori) con possibile importante perdita di sangue e conseguente anemizzazione che può rendere necessarie trasfusioni di sangue e che può mettere a repentaglio la vita stessa del paziente.
- ◆ Lesioni nervose con possibile perdita della sensibilità e/o paresi o paralisi.
- ◆ Lesioni tendinee e/o legamentose che possono sottendere al susseguirsi di lunghi periodi di immobilizzazione e/o esiti a distanza o necessità di ulteriore trattamento chirurgico;

RISCHI POSTOPERATORI

- ◆ Per alcuni mesi dopo l'intervento potrà essere presente dolore a livello delle cicatrici, ed il ripristino ad una condizione di normalità, sia sul piano della funzionalità che della sintomatologia si ha intorno ai 3- 6 mesi dall'intervento.
- ◆ Nel 9% circa dei casi sottoposti a sutura della cuffia può verificarsi una reazione sinovitica all'atto chirurgico che comporta l'insorgenza di rigidità articolare (capsulite adesiva) con un conseguente prolungamento dei tempi di guarigione; solo raramente si rende necessario un reintervento artroscopico per vincere la rigidità (0,2% l'incidenza di artroliasi artroscopica nella casistica: più spesso è sufficiente proseguire la fisioterapia e, in casi selezionati, che il chirurgo esegua alcune infiltrazioni articolari ai primi segni di rigidità e dolore, motivo per cui i controlli postoperatori previsti sono importanti.
- ◆ La riparazione completa della cuffia dei rotatori in corso di intervento non dà garanzia assoluta di tenuta nel tempo. La possibilità di guarigione si riduce: con l'età, con la scarsa qualità dei tessuti suturati, con il tabagismo, con la gravità della rottura. L'incidenza di ri-rottura può essere valutata intorno al 10%; spesso risulta però ben sopportata dal paziente. Si ricorre, percentualmente, ad un secondo intervento di sutura della cuffia nell'1% dei pazienti. Spesso il fallimento della rottura è dovuto a una impropria riabilitazione: è quindi necessario rivolgersi a un fisioterapista possibilmente in contatto e in confidenza con il chirurgo.
- ◆ La possibilità di complicanze infettive (0,4% nelle casistiche mondiali) seppur rara e' presente , anche se si mettono in atto tutti i presidi profilattici del caso. In caso di infezione è necessario intraprendere una terapia antibiotica per alcuni mesi .
- ◆ Nello 0,4% dei pazienti può verificarsi una trombosi venosa profonda che è potenzialmente mortale e può necessitare una terapia con anticoagulanti per molti mesi.

♦ Nello 0,4% dei casi si può verificare nel postoperatorio una complicanza nota come algodistrofia: trattasi di una abnorme reazione neurovegetativa dell'organismo al trauma chirurgico che comporta dolore e infiammazione articolare, anche grave, per mesi: si tratta di una complicanza parzialmente reversibile, trattabile farmacologicamente e che non lascia, generalmente, reliquati permanenti. La durata media della malattia è di 4-6 mesi. Non vi è, allo stato attuale, alcun mezzo disponibile per prevedere o prevenire la reazione algodistrofica nel periodo preoperatorio.

♦ Intolleranza (precoce o tardiva) ai mezzi di fissazione per cui possono rendersi necessari ulteriori interventi di pulizia chirurgica fino alla rimozione dei mezzi di fissazione.

N B: Riscontri intra operatori imprevisti possono far scegliere al chirurgo, nel corso dello stesso intervento , per la sua esecuzione od il suo completamento , l'utilizzo di una tecnica operatoria diversa da quella preventivata, per la quale sin da ora fornisco l'assenso; tale evento potrebbe far variare la prognosi temporanea o definitiva.

Il rispetto dei protocolli riabilitativi e' di fondamentale importanza: in particolare andrà indossato, in caso di riparazione della cuffia, un tutore per 30 gg. Il ritardo nell'inizio della terapia riabilitativa potrà avere conseguenze deleterie sul risultato finale.

Struttura di ricovero

La informiamo del fatto che L'Istituto di cura dove sarà eseguito l'intervento chirurgico, come previsto dai requisiti regionali di autorizzazione ed accreditamento richiesti per trattare le patologie a Lei riscontrate, è dotato di adeguati dispositivi, macchinari, strumenti e strutture per la pronta rianimazione del paziente, ma non è dotato di struttura autonoma di terapia intensiva post operatoria ed è bensì collegato al sistema di risposta all'emergenza/urgenza previsto dal Sistema Sanitario Regionale (sistema di allerta 118); pertanto la informiamo del fatto che, in alcune circostanze , l'assistenza intensiva potrebbe essere intrapresa presso la clinica e proseguita presso altre strutture sanitarie pubbliche/private.

Il presente documento ha lo scopo di informarLa e di fornirLe, in maniera più possibile semplice e comprensibile, tutte le notizie circa la sua patologia e circa l'intervento da me proposto. Mio dovere è di illustrarlo fornendo ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione ed accertarmi che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione. E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi , così da consentirLe una volontaria e consapevole decisione in merito. Resto comunque a Sua disposizione anche telefonicamente (3518935238) per dirimere qualsiasi dubbio o per fornire ulteriori informazioni che si rendessero necessarie dopo una più approfondita rilettura del documento.

Io..... Nato a.....

Il.....

Ho ricevuto questa informativa dal dottor Marco Corzani e ne ho compreso ogni aspetto.

Firma del paziente per ricevuta della nota informativa:.....

Firma del medico per avvenuta consegna della nota informativa:.....

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro:

di aver ricevuto dal Dr. _____ un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto sanitario proposto, attraverso: l'informazione fornita ; il colloquio con il medico; sui rischi, benefici, possibili alternative, in forma verbale e scritta e di aver compreso; di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;

di ☐ ACCETTARE / ☐ NON ACCETTARE liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

firma pz. _____

Io sottoscritto Autorizzo ☐ Non Autorizzo ☐ l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico;

Acconsento ☐ Non Acconsento ☐ a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge sulla privacy.

....., li