

INSTABILITA' DA OVERSTRESS: TRATTAMENTO ARTROSCOPICO IN DAY-SURGERY

F. Raffelini, A. Russo, A. Tripodo, GC. Coari

Casa di Cura San Camillo – Forte dei Marmi

L'articolazione gleno omerale ha acquisito nel corso dell'evoluzione una mobilità superiore ad ogni altro distretto anatomico grazie alla presenza di particolari caratteristiche strutturali dei tessuti. Questa peculiare capacità di articolarsi così liberamente nello spazio si accompagna, in una situazione di normalità, ad una stabilità a sua volta espressione di un delicato equilibrio anatomico-funzionale tra stabilizzatori statici e dinamici. E' quindi possibile definire l'instabilità scapolo-omerale come quella condizione clinica in cui l'eccessiva traslazione della testa omerale sulla glenoide compromette la funzione articolare.

Nel corso degli anni si sono definiti numerosi criteri di classificazione delle condizioni di instabilità, quello più utilizzato deriva dalla valutazione dei meccanismi patogenetici dell'instabilità associata a quadri anatomico-patologici e clinici e distingue i seguenti gruppi secondo gli acronimi: TUBS (Traumatic Unilateral Bankart Surgery), AMBRI (Atraumatic Multidirectional Bilateral Rehabilitation Inferior capsular shift), AIOS (Acquired Instability Overstressed Surgery). Nel primo gruppo l'episodio traumatico dislocativo può determinare una lesione ossea sia a livello della testa omerale che del ciglio glenoideo, oltre a causare l'interessamento del complesso capsulo-legamentoso gleno omerale. Nel secondo gruppo si riconoscono quei pazienti che non hanno in anamnesi un franco evento traumatico, ma il loro quadro è riconducibile alla presenza di più fattori che incrementano l'instabilità intrinseca della spalla (ridondanza capsulare, lassità legamentosa). Infine l'ultimo gruppo rappresenta quello dei microtraumatismi ripetuti. In questo gruppo i principali danni anatomici sono localizzati a livello glenoideo sovraequatoriale con interessamento del labbro glenoideo superiore anteriormente e posteriormente (SLAP), a livello del ciglio glenoideo postero superiore, a livello intracapsulare con patologica elongazione della capsula, a livello del legamento gleno omerale superiore e medio con slargamento dell'intervallo dei rotatori ed

infine a livello dei tendini della cuffia sul versante articolare (impingement postero-superiore).

L'instabilità microtraumatica può pertanto essere ritenuta una patologia essenzialmente "artroscopica", in quanto identificata di recente sulla base soprattutto delle rilevazioni ottenute grazie all'avvento di tale tecnica chirurgica.

EZIOPATOGENESI

I traumi che determinano una instabilità microtraumatica sono caratteristicamente definibili di bassa intensità e si verificano in conseguenza di movimenti in abduzione-extrarotazione. Questi possono essere differenziati in base alla loro dinamica. Pertanto si possono avere microtraumi che si ripetono con un'elevata frequenza nel tempo e microtraumi che si prolungano nel tempo. I microtraumi ripetuti sono propri degli atleti e dei lavoratori "overhead".

Si è appurato che negli atleti "overhead" si verifica frequentemente un deficit di rotazione interna; tale deficit risulta particolarmente evidente a 90° di abduzione ed è conseguenza di una retrazione capsulare postero-inferiore. Come sostenuto da Harriman e Matsen nel 1990 una retrazione capsulare posteriore modifica la normale cinematica gleno-omeroale determinando una traslazione superiore della testa omerale.

Tale quadro può essere ritrovato isolato e nel tempo, quando viene associato ad un gesto ripetuto in abduzione-extrarotazione, può determinare uno stress inserzionale del sovraspinoso ed un suo progressivo cedimento.

Nel 1998, Morgan e Burkhart hanno proposto la teoria per cui i ripetuti movimenti in abduzione-extrarotazione determinano una torsione dell'ancora bicipitale con uno stress a livello della stessa e del labbro glenoideo posteriore. Tale meccanismo, definito "peel back", determina una disinserzione dell'ancora bicipitale posteriore (SLAP lesion tipo II posteriore) o una estensione di una lesione avvenuta in precedenza. La "SLAP lesion" a sua volta conduce ad una instabilità postero-superiore, che può manifestarsi in una pseudo-lassità antero-inferiore secondo la teoria del "circle concept". Inoltre la presenza sovente di una retrazione capsulare postero-inferiore incrementa l'instabilità postero-superiore che in associazione ad un gesto ripetuto in abduzione-extrarotazione conduce ad un progressivo stress inserzionale posteriore del sovraspinoso ed un suo progressivo cedimento.

I microtraumi prolungati sono propri di alcune categorie di lavoratori. CM Jobe ritiene che anche un gesto in abduzione-extrarotazione semplicemente prolungato nel tempo senza essere ripetuto ciclicamente può progressivamente determinare una instabilità minore (“forklift driver”).

CLASSIFICAZIONE

Riportiamo una classificazione che suddivide le instabilità in due grandi classi sulla base dell’entità della traslazione della testa omerale: Major Instability (Ma. I.) e Minor Instability (Min. I.).

Le Ma. I. sono caratterizzate da una traslazione a gradi estremi, ovvero una lussazione o sublussazione franca, rilevata e riferita dal paziente. Queste forme riconoscono una eziopatogenesi traumatica, motivo di almeno un episodio di lussazione o sublussazione manifesta. Le Ma. I. possono venire ulteriormente classificate in base all’entità della traslazione (lussazione o sublussazione), alla direzione della traslazione (antero-inferiore, posteriore o multidirezionale) e alla predisposizione alla traslazione (lasso o normale).

Le Min. I. sono invece caratterizzate da una traslazione di minor entità, non rilevata dal paziente. Il dolore alla spalla risulta essere il motivo fondamentale che porta il paziente a rivolgersi al chirurgo. Talvolta questa sintomatologia è così intensa da limitare la valutazione clinica e le indagini strumentali sono negative. Quindi la diagnosi di Min. I. risulta nella maggior parte dei casi complessa. Le Min. I. sono classificate secondo parametri eziopatogenetici. Si hanno così Min. I. post traumatiche e Min. I. atraumatiche.

Le Min. I. post traumatiche possono essere secondarie a traumi a bassa o media energia.

Le Min. I. conseguenti ad un trauma a bassa energia corrispondono alle instabilità microtraumatiche: da trauma ripetuto in abduzione/extrarotazione o del “overhead atleta/worker”, e da trauma prolungato in abduzione/extrarotazione o del “forklift driver”.

Le Min. I. espressione di un trauma a media energia riconoscono come causa un episodio in grado di determinare un danno al complesso capsulo-legamentoso in un unico evento senza la necessità di essere ripetuto o prolungato nel tempo. Il conseguente danno si rende responsabile poi dell’instaurarsi dell’instabilità minore. Il trauma può essere in compressione od in distrazione.

Le Min. I. atraumatiche sono espressione di specifiche condizioni caratterizzate da un deficit del controllo muscolare del movimento scapolo-omerale o scapolo-toracico. In entrambi i casi l'alterato movimento (discinesia) conduce ad uno stress delle strutture periarticolari gleno omerali ed ad una progressiva instabilità.

ANATOMIA PATOLOGICA

Le lesioni che compongono il quadro anatomo patologico delle instabilità microtraumatiche sono sfumate e poco comprensibili. Il quadro anatomo patologico delle instabilità microtraumatiche può coinvolgere a 360° il complesso labbro-legamentoso-tendineo gleno-omerale. Le varie lesioni possono essere isolate o associate secondo un preciso razionale eziopatogenetico. In particolare si può avere una lesione di: tendine sovraspinoso, labbro postero-superiore, ancora bicipitale (SLAP lesion), intervallo dei rotatori, legamento gleno omerale medio, labbro antero-inferiore, legamento gleno omerale inferiore anteriore, capsula postero-inferiore.

DIAGNOSI

L'instabilità di spalla è fondamentalmente una patologia dinamica; quindi la diagnosi deve essere ottenuta attraverso un attento esame clinico.

L'esame strumentale deve solo servire a confermare il danno eventualmente sospettato durante l'esecuzione dell'esame obiettivo.

ESAME ANAMNESTICO

Il paziente affetto da microinstabilità che richiede un consulto specialistico risulta essere nella maggior parte dei casi l'atleta "overhead". Questo è di età giovane e pratica sport overhead (pallavolo, pallanuoto, tennis, pallamano, basket) e riferisce una importante sintomatologia dolorosa alla spalla dell'arto dominante. Di solito il paziente non ricorda un trauma, anche se la sintomatologia è insorta in modo più o meno acuto. Infine riferisce una impotenza funzionale severa, tale da impedire l'usuale gesto atletico. Il paziente infatti rileva la comparsa di un vivo dolore associato ad una importante limitazione funzionale proprio durante l'esecuzione del gesto atletico, tipicamente in una posizione di massima abduzione-extrarotazione. Tale quadro clinico è stato definito inizialmente da Rowe e Zarins e quindi da Burkhart come "dead arm syndrome". Il lavoratore "overhead", al contrario, è di età non superiore ai 50 anni e durante il lavoro deve eseguire ripetuti gesti in abduzione-extrarotazione come il muratore od il verniciatore. Il tipo di sintomatologia, l'esordio e l'evoluzione sono simili a quelli descritti in precedenza; in questo caso

però il gesto professionale ripetuto per quanto ricalchi quello sportivo è caratterizzato fondamentalmente da una minore velocità e intensità.

ESAME OBIETTIVO

La valutazione dell'articolarià e l'esecuzione dei tests clinici sono le fasi principali dell'esame clinico della spalla.

Valutazione Articolarià

E' necessario eseguire una corretta valutazione dell'escursione articolare confrontando sempre il dato rilevato nella spalla affetta con quello rilevato nella spalla controlaterale. La valutazione attiva dell'articolarià evidenzia sovente un deficit antalgico. La successiva valutazione passiva dell'articolarià consente di verificare l'assenza di uno stop meccanico e quindi di escludere, ad esempio, una rigidità di spalla o "frozen shoulder". In alcuni atleti "overhead" si può rilevare un deficit di intrarotazione associato ad un eccesso di extrarotazione. Tali alterazioni sono più evidenti a 90° di abduzione. Tale deficit di intrarotazione appare imputabile ad una retrazione capsulare posteriore e postero-inferiore.

Tests Clinici

Nei pazienti affetti da microinstabilità sono positivi i tests evocativi di dolore (pain tests); i test di lassità possono talvolta risultare debolmente positivi (lassità conseguente alla lesione e non congenita). Infine i tests di apprensione sono negativi nella maggior parte dei casi.

TRATTAMENTO

La scomparsa del dolore, il ripristino della normale cinematica articolare e la riparazione delle lesioni sono gli obiettivi del trattamento delle instabilità microtraumatiche. Quindi deve esistere un'armonica interazione tra trattamento conservativo e trattamento chirurgico. Può essere indicato in una fase iniziale intraprendere un trattamento incruento al fine di ridurre il dolore e poter eseguire un migliore esame obiettivo ed avere sufficienti elementi per improntare una diagnosi. In tale fase ci si può avvalere di terapia medica con FANS, kinesiaterapia, massoterapia, fisioterapia e terapia infiltrativa. In una seconda fase risulta opportuno affidare il paziente ad un buon terapeuta affinché cerchi di ripristinare la normale cinematica della spalla. Questo risulta fondamentale nei pazienti "overhead atlete" che presentano un marcato deficit di intrarotazione. Successivamente trova indicazione un trattamento chirurgico artroscopico sulla base di una accurata diagnosi clinico-strumentale e di un danno intrarticolare; la definizione della diagnosi e la riparazione delle eventuali

lesioni costituiscono le fondamentali finalità del trattamento chirurgico artroscopico in day-surgery.