

INSTABILITÀ DELL'ARTICOLAZIONE GLENO-OMERALE

La spalla è l'articolazione più mobile del corpo umano, con possibilità di movimento in tutti i piani dello spazio. Per questa sua caratteristica risulta essere anche l'articolazione più soggetta a lussazioni.

L'instabilità di spalla può essere catalogata in tre grandi categorie:

- 1) TUBS (Traumatic Unidirectional Bankart Lesion Surgery)
- 2) AMBRI (Atraumatic Multidirectional Bilateral Rehabilitation Inferior-Capsular shift)
- 3) Instabilità Minori (associate a microtraumi ripetuti in paziente dediti a sport o a lavori tipicamente "OverHead")

La lussazione anteriore è di gran lunga la più frequente (circa il 90-95 % dei casi).

Il meccanismo lesivo più frequente è l'applicazione indiretta di una forza su un braccio abdotto ed extraruotato. La testa omerale ruota esternamente mentre trasla anteriormente sulla glena. I mezzi di stabilità statici (labbro, capsula, legamenti ecc..) vengono stirati e lesionati.

Questo meccanismo determina spesso un'avulsione del complesso capsulo-labrale anteriore (lesione di Bankart) eventualmente associata a un distacco osseo, di dimensioni variabili, della porzione antero-inferiore della glena (Bony-Bankart).

Inoltre può essere presente, in misura variabile, una lesione Hill-Sachs (frattura da impatto della porzione postero -supero laterale della testa omerale).

Maggiore sarà il danno glenoideo e omerale e minore sarà la stabilità residua della spalla.

Il rischio di recidiva, dopo un primo episodio lussativo, trattato conservativamente, si attesta attorno al 20-30% anche se in letteratura scientifica non esistono dati univoci.

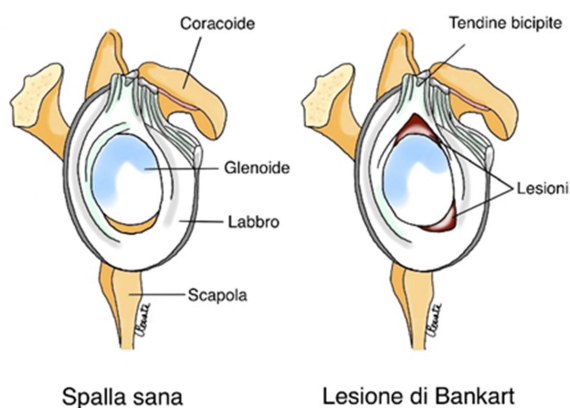
Bisogna ben valutare i fattori prognostici come la giovane età, il tipo di sport praticato, la presenza di lassità generalizzata, il lavoro e chiaramente i difetti ossei glenoidei ed omerali. I pazienti con meno di 30 anni d'età hanno un rischio 7 volte più alto di andare incontro a una recidiva. Il sesso maschile ha un rischio 2.7 volte maggiore di recidiva rispetto al sesso femminile.

Nella maggior parte dei casi il primo studio per immagini è rappresentato da una serie standard di radiografie per la spalla.

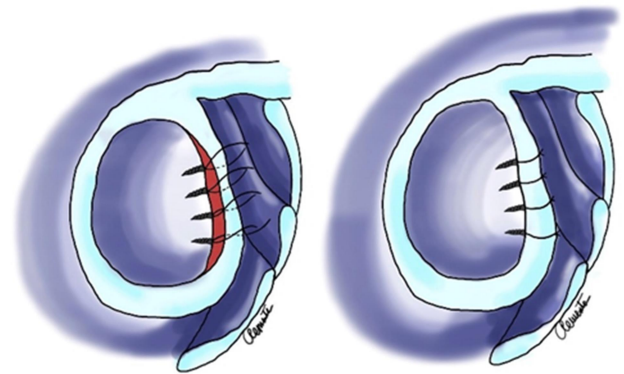
Fondamentali sono la tomografia computerizzata (TC) e/o la Risonanza Magnetica (RMN) con mezzo di contrasto intra articolare, in quanto necessarie per indagare più precisamente quantitativamente e morfologicamente il difetto omerale e glenoideo.

La capsuloplastica artroscopica rappresenta una valida scelta nei casi di instabilità ricorrente con un deficit glenoideo inferiore al 10-15%.

Lo scopo della procedura è quello di reinserire il complesso capsulo-labrale anteriore alla glena. Questo avviene con l'inserimento di almeno 3 ancore in tutta sutura con lo stesso procedimento descritto per la riparazione della cuffia dei rotatori.



Riparazione della lesione di Bankart con 4 ancore



La maggior parte delle lesioni di Hill-Sachs sono fortunatamente piccole, clinicamente insignificanti e possono essere trattate conservativamente.

In caso di lesione di Hill Sachs che interessa più del 25-25% della testa omerale, il remplissage artroscopico rappresenta una valida soluzione chirurgica.

Il remplissage artroscopico prevede una capsulodesi posteriore e una tenodesi dell'infraspinato in modo tale da "riempire" la lesione di Hill-Sachs. Tale procedura è quai sempre associata ad una riparazione standard della glena anteroinferiore

