

Divisione di Ortopedia e Traumatologia dell'IRCCS
"Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo (Foggia)
Direttore: Dott. *Luigi Fantasia*

CAPSULOTENODESICONCAMBRAMETALLICA
COMETRATTAMENTO
DELLA LUSSAZIONE RECIDIVANTE DI SPALLA

L. FANTASIA di G. MOLLICA

INTRODUZIONE

Del plurimo aspetto eziopatogenetico e terapeutico della lussazione anteriore recidivante di spalla, abbiamo maggiormente considerato le lesioni capsulo-legamentose ed i relativi rimedi terapeutici (2, 3, 4, 5, 7, 8).

Partendo dal concetto che nella stragrande maggioranza dei casi si osserva la disinserzione del cercine glenoideo sul tratto anteriore e inferiore ed il distacco della capsula e del periostio dal collo della glenoide (6), il nostro rimedio terapeutico consiste nel creare una barriera che impedisca meccanicamente la fuoriuscita della testa omerale dalla cavità articolare.

Abbiamo utilizzato una parte del tendine del sottoscapolare come stabilizzatore statico antero-inferiore fissandolo al collo scapolare mediante una cambra metallica.

TECNICA CHIRURGICA

Posizione di sedia a sdraio dell'ammalato e accesso deltoideo-pettorale alla spalla.

Giunti ai muscoli coracoidei questi vengono divaricati medialmente per mettere in evidenza il muscolo sottoscapolare nel suo tratto mio-tendineo.

Per non danneggiare il tendine del sottoscapolare si pone l'arto in extrarotazione e con un punteruolo si attraversano le sue fibre muscolari a livello del collo scapolare anteriore e si pratica la cruentazione della superficie ossea.

Fatto ciò poniamo l'arto in rotazione intermedia ed in corrispondenza della cruentazione infogliamo una cambra metallica a larga base di appoggio avendo come punti di riferimento la rima articolare e il collo scapolare, che si apprezzano palpatariamente, e il bordo inferiore del sottoscapolare (Fig. 1).

Se la stabilità ottenuta non appare ottimale, si possono utilizzare anche 2 cambre (Fig. 2).

Recentemente abbiamo sostituito la cambra a due piedini con una ad un solo piedino e a superficie concava.

Infatti, la nuova cambra ad un piedino (Fig. 3) presenta una larga superficie di presa, arcuata che meglio si adatta alla superficie convessa del collo scapolare.

In questo modo, fissando la parte mio-tendinea medio-inferiore del sottoscapolare al collo della scapola, chiudiamo il culd sacco capsulo-legamentoso e periostale.



Fig. 1.

Capsulotomiesi con cambra metallica



Fig. 2.



Fig. 3.

Lo stop articolare in extrarotazione è immediatamente evidente.

Questo tratto tendineo rappresenterà quindi il nuovo legamento gleno-omerale medioinferiore.

Non effettuiamo di routine l'artrotomia in quanto tutte le volte in cui l'abbiamo precedentemente fatta non abbiamo osservato mai l'impegno articolare del cercine e tale quadro ci viene confermato dalle indagini strumentali o dall'esame artroscopico (9).

L'artrotomia viene effettuata solo quando gli esami radiografici per il profilo glenoideo (proiezione di Bernageau) e l'esame TAC o RMN (Fig. 4) ne pongono l'indicazione.

L'immobilizzazione non è assoluta ma si lascia la possibilità di muovere il gomito nell'immediato post-operatorio e dopo una settimana anche la spalla evitando però il movimento di extrarotazione forzata che verrà gestito gradualmente dallo stesso paziente fino ad ottenere, nell'arco di 3-4 mesi, la massima escursione possibile. A riprova della stabilità finale e della tenuta della cambra metallica, abbiamo recentemente osservato in un paziente già operato di capsulotenodesi un anno prima, la rottura della cambra in seguito ad un ulteriore episodio di lussazione traumatica della spalla (Fig. 5).

Al 3° e 4° mese post-operatorio, epoca in cui viene maggiormente sollecitata la cambra, si effettuano controlli radiografici.

CASISTICA E RISULTATI

Dal 1986 al 1995 abbiamo trattato 67 casi, con età media 33 anni (17-49), 12 F e 55 M con netta prevalenza per l'arto superiore dx (70%) con follow-up medio di 51 mesi (12-96 mesi).

La valutazione è stata effettuata secondo la tabella stabilita da ROWE (1) et al. e sull'opinione personale del paziente, classificando i risultati in ottimi, buoni, discreti e mediocri prendendo come parametri la stabilità, motilità e la funzionalità della spalla. In base ad essa, abbiamo avuto 40 casi ottimi, pari al 60%, 23 casi buoni pari al 34%, 1 caso discreto (1%) e 3 casimediocri (4%).

Il paziente con risultato discreto, pur avendo un'ottima stabilità presenta 30 gradi di deficit della extrarotazione, pro-

Capsulotomodesi con camera metallica



Fig. 4.



Fig. 5.

tabilmente per avere infisso la cambra con l'arto in eccessiva intrarotazione.

Tre sono i risultati mediocri.

Di questi 3 risultati, pari al 4% dei casi, uno riteniamo sia da malposizionamento inferiore della cambra che non ha effettuato la giusta presa della metà inferiore del tendine del sottoscapolare comportando una recidiva della lussazione.

Negli altri due casi, in uno abbiamo notato l'avulsione della cambra a tre mesi dall'intervento, probabilmente per cattiva tecnica di applicazione o per eccessivo impegno della extrarotazione prima di un valido adattamento del neolegamento.

È la complicità che maggiormente temevamo agli inizi di questa metodica ma effettivamente è avvenuta solo in questo caso.

Nell'altro caso abbiamo registrato una instabilità da malposizionamento superiore della cambra.

Aspetti da puntualizzare riguardano il muscolo sottoscapolare che noi utilizziamo come stabilizzatore anteriore della scapolo-omerale.

Effettuando una tenodesi verrebbe da pensare che l'azione del sottoscapolare come intra-rotatore, venga a cessare; in realtà è solo una parte del tendine che viene sacrificata e la funzione del sottoscapolare persiste (Lift-off test regolarmente eseguito dal paziente) (Fig. 6).

Tale test è stato eseguito anche contro-resistenza e abbiamo notato un lievissimo decremento della forza muscolare.

Altro dato da chiarire rimane il recupero della extrarotazione senza perdita della stabilità (Fig. 7).

Molto probabilmente alla stimolazione continua e graduale in extrarotazione, il tendine si sfibra sotto la cambra metallica con un continuo processo di riparazione senza che ciò alteri la validità dello stesso come neo-ligamento.

CONCLUSIONI

L'obiettivo di ogni intervento per la lussazione anteriore recidivante di spalla e il raggiungimento della sua stabilità articolare con ripristino funzionale il più completo possibile.

Capsulotomiesi con cambra metallica



Fig. 6.

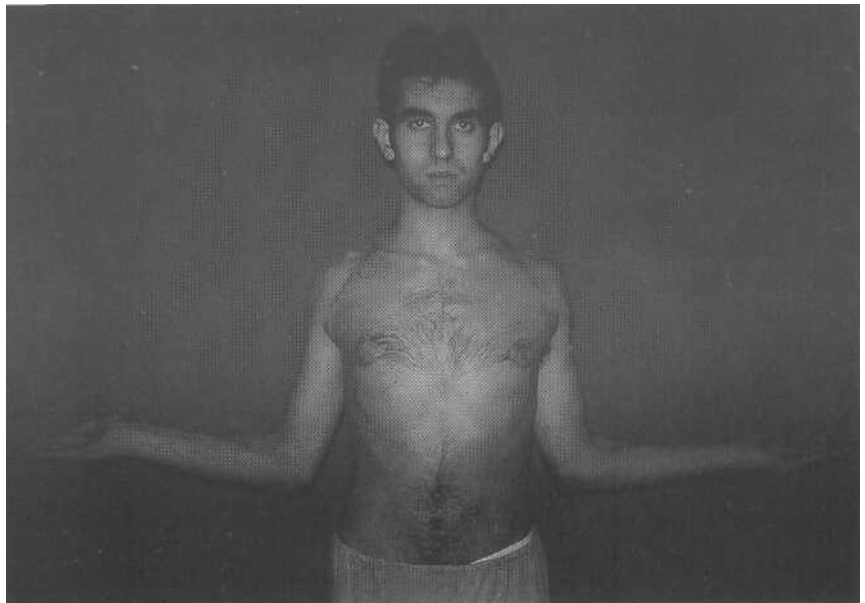


Fig. 7.

Tale obiettivo è stato già da noi raggiunto con altre metodiche riportate in letteratura e pressappoco con le stesse percentuali di successo.

Ottenere gli stessi risultati con una metodica poco aggressiva, di rapida esecuzione e con precoce recupero funzionale come quella su descritta, ci è sembrato vantaggioso.

Riassunto

Gli Autori presentano una metodica per il trattamento della lussazione recidivante anteriore della spalla, la capsulotenodesi con cambra metallica.

L'obiettivo con tale metodica è la creazione di un neoligamento gleno-omeroale antero-inferiore utilizzando una parte del tendine sottoscapolare che viene fissato al collo scapolare con una cambra metallica.

La metodica viene utilizzata da oltre 10 anni e i risultati dei 67 casi operati vengono valutati in base alla scheda di Rowe dalla quale risulta una percentuale di successo sovrapponibile alle altre metodiche riportate in letteratura.

Ottenere gli stessi risultati con una metodica poco aggressiva, di rapida esecuzione e con precoce recupero funzionale rappresenta sicuramente un vantaggio.

Bibliografia

- 1) ROWE C.R., PATEL D., SOUTHMAYD W.W.: *The Bankart procedure: A long term end-result study*. J. Bone Joint Surg 1981; 63A: 863-72.
- 2) MOSELEY H.F., OBERGAARD B.: *The anterior capsular mechanism in recurrent anterior dislocation of the shoulder*. J Bone Joint Surg 1962; 44B: 913-20.
- 3) JENS J.: *The role of subscapularis muscle in recurring dislocation of the shoulder*. J Bone Joint Surg 1964; 46B: 780-5.
- 4) DE PALMA A.F., COOKE A.J., PRABKAKAR M.: *The role of the subscapularis in recurrent dislocation of the shoulder*. Clin Orthop Related Res 1967; 54:35-50.
- 5) SYMEONIDES P.P.: *The significance of the subscapularis muscle in the pathogenesis of recurrent anterior dislocation of the shoulder*. J Bone Joint Surg 1972; 54B: 476-483.
- 6) BANKART A.S.B.: *The pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder*. Brit. J. Surg. 1938; 26 :23-29.
- 7) NEER C.: *Surgical repair for recurrent anterior dislocations*. In: "Shoulder reconstruction" Saunders, Philadelphia, 1990: pp. 300-309.
- 8) UTHOFF H., PISCOPO M.: *Anterior capsular redundancy of the shoulder: Congenital or traumatic?* J Bone Joint Surg. 1985; 67B: 363-366.
- 9) AGLIETTI P., BUZZI R., GAUDENZI A., et al.: *Reperti artroscopici nelle instabilità anteriori di spalla dello sportivo*. Italian Journal of Sports Traumatology, 1989: 11-2.