



LUSSAZIONE ACROMION CLAVEARE

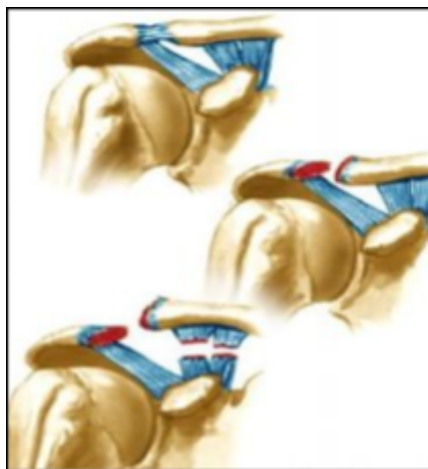
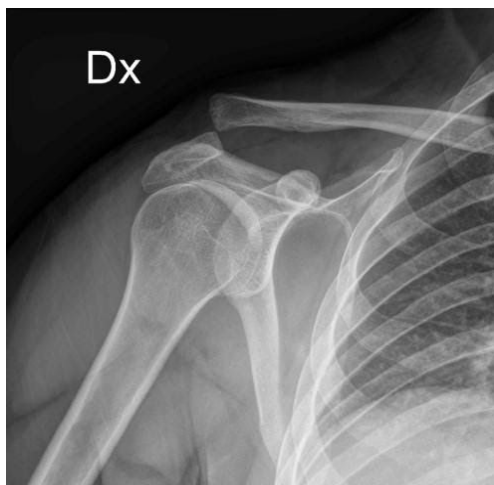
COSA DI DEVE SAPERE

La **lussazione acromion-claveare (o clavicolare)** è una patologia traumatica frequente che si manifesta spesso in seguito ad una caduta sulla spalla in bici, moto per esempio e rappresenta il 12% di tutte le lussazioni di spalla.

Quando la lesione coinvolge solo la capsula articolare, la lussazione è incompleta, se invece, la sollecitazione traumatica è maggiore, cedono i legamenti **coraco-clavicolari (conoide e trapezoide)**

I segni clinici sono rappresentati OLTRE CHE DAL DOLORE E TUMEFAZIONE, dallo slivellamento della clavicola rispetto all'acromion EVIDENTE S.T IN POSIZIONE ORTOSTATICA o in TRAZIONE DELL' ARTO. Questo spiega la difficoltà di diagnosi in urgenza e nei politraumi in quanto il paziente rimane in posizione supina per diversi giorni e quindi una quota di diagnosi differite nel momento che il paziente assume la posizione ortostatica –in piedi – o si eguano **radiografie** con un peso che trazioni vs il basso l' arto superiore.

La **ecografia** eseguibile in modalità comparativa –bilaterale puo' consentire un diagnosi anche in pazienti allestati o in casi radiologicamente dubbi e consente lo studio della cuffia dei rotatori che e' comunque raramente compromessa



Si **puo' classificare in diverse forme crescenti per entita' e tipo di indicazione al trattamento**

Tipo I Trauma distorsivo semplice dell'articolazione acromion-claveare

• **Tipo II SUB-LUSSAZIONE A.C.**

Lesione dei legamenti acromion-clavicolari con slivellamento minimo

• **Tipo III LUSSAZIONE A.C.**

Lesione dei legamenti acromion-clavicolari e coraco-clavicolari –conoide e trapezoide

Slivellamento evidente tipo “tasto di pianoforte” della articolazione a-c

La piu' frequente e la piu' tollerata anche se non trattata chirurgicamente

• **Tipo IV LUSSAZIONE A.C.**

Lesione dei legamenti acromion-clavicolari e coraco-clavicolari.

Lesione muscolare deltoide e trapezio

La clavicola è lussata in alto e posteriormente all'interno del muscolo trapezio e ciò impedisce l'elevazione completa dell'arto.

Il trattamento chirurgico urgente o differito spesso è necessario

TRATTAMENTO CONSERVATIVO

IMMOBILIZZAZIONE

Nelle lussazioni di 2-3 tipo è opportuno CERCARE DI MANTENERE RIDOTTA (ABBASSATA) la lussazione CON un tutore TIPO BENDAGGIO A '0' CON PRESSORE O CON TUTORE di Kenny Howard A SECONDO DELLA TOLLERANZA INDIVIDUALE e mantenere il tutore per 4 settimane. **LA CAPACITA' DI CICATRIZZAZIONE SPONTANEA DEI LEGAMENTI E' COMUNQUE BASSA** PER CUI PUO' RESIDUARE UNO SLIVELLAMENTO PIU' O MENO IMPORTANTE SENZA DEFICIT FUNZIONALI . IN UN 20% DEI CASI PUO' RESIDUARE UN DOLORE DATO DALLA LESIONE DEL MENISCO INTERPOSTO CHE SI TRATTA CON FKT E INFILTRAZIONI ECOGUIDATE.

A distanza di anni si puo' sviluppare un **artrosi acromion-claveare** (artropatia acromion-claveare) trattabile in prima istanza con infiltrazioni ecoguidate e in caso di persistenza con un intervento artroscopico relativamente semplice e con rapido recupero definito **RESEZIONE CLAVEARE DISTALE ARTROSCOPICA**





Nelle lussazioni di IV tipo o in caso di particolari esigenze lavorative o sportive per le lesioni tipo III e' indicato l'intervento chirurgico .

INTERVENTO CHIRURGICO

Il trattamento chirurgico della lussazione acromion-clavicolare acuta e cronica è controverso. In letteratura sono descritte circa 60 diverse tecniche.

Nelle lesioni acute la **TECNICA CHIRURGICA DEGLI SPECIALISTI DI SPALLAONLINE** prevede 2 piccole incisioni : una sulla articolazione a.-c. con cui si rimuove il menisco interposto e danneggiato , si esegue già' una resezione di 4-5 mm di clavicola per eliminare il problema di un artrosi a distanza e si prepara la capsula articolare e la fascia deltoide-trapezio .

Con una 2' incisione di 1 cm sulla coracoide , si POSIZIONA ANCORA IN TESSUTO DI 3 MM CON fili ad alta resistenza che fatti passare per via sotto muscolare si portano alla clavicola seguendo il decorso dei legamenti coraco clavicolari (conoide e trapezoide) . si praticano 2 fori di 3 mm sulla clavicola, si fanno passare i fili attraverso i residui legamenti conoide e trapezoide , poi attraverso i fori clavicolari e si annodano in posizione di riduzione . si stabilizza la riduzione ottenuta per maggiore sicurezza con 2 fili metallici dalla acromion alla clavicola , posizionati sotto cute . il paziente manterra' un tutore in rotazione neutra movibile e potrà' vestirsi e svestirsi , sfogliare il giornale e scivere al computer eseguire movimenti di rotazione ed elevazione fino a 60-90 gradi . Dopo 30 gg in anestesia locale si asportano i fili metallici e si inizia la riabilitazione . nel giro di 2 mesi avviene completo recupero funzionale .

QUESTO INTERVENTO DEVE ESSERE ESEGUITO ENTRO 8-12 GG PERCHE' AVVENGA LA CICATRIZZAZIONE LEGAMENTOSA





Nelle lesioni croniche o inveterate (dopo 15-20 gg si parla già di lesione non acuta) , i legamenti non sono più ricostruibili e la loro funzione deve essere vicariata con un **'innesto tendineo'** come in una ricostruzione di leg. Crociati . In questo caso noi di SPALLAONLINE utilizziamo un innesto tendineo da banca dell' osso . Il neo-legamento viene fatto passare sotto la coracoide e poi attraverso due fori praticati sulla clavicola va a riprodurre i legamenti conoide e trapezoide .Il resto dell' intervento e' simile all' intervento in acuto così come il post operatorio .

COMPLICANZE

Le complicanze possono essere rappresentate da:

- Infezioni comuni a tutti gli interventi a cielo aperto
- formazioni di cheloidi tipica di questa zona del corpo
- perdita parziale o completa di riduzione rispetto all' immediato postoperatorio; La perdita di riduzione parziale, non necessariamente sintomatica, di circa 3-5 mm rinvenuta al controllo radiografico a 2-3 mesi non può essere considerata una recidiva o comunque un insuccesso del trattamento chirurgico
- Reazione da intolleranza all'impianto dell' ancora o biologico (innesto tendineo da cadavere);
- Mobilizzazione dei mezzi di sintesi- fili metallici sottocute PRIMA DEI 30-35 GG

