



Intervento di LATARJET

COSA SI DEVE SAPERE

La spalla è l'articolazione che gode di maggior possibilità di movimento nello spazio dell'intero apparato scheletrico. Il prezzo che paga per questo vantaggio è un aumentato rischio di insorgenza di instabilità, ossia di sviluppare una tendenza ad avere lussazioni abituali, anche in seguito a traumi a minore energia.

È stato osservato che determinate caratteristiche del paziente espongono a maggior rischio di sviluppo di instabilità:

- Sesso maschile
- Giovane età (soprattutto se <25 anni)
- Lassità articolare (aumentata elasticità dei tessuti)
- Sport di contatto

Le strutture anatomiche che contribuiscono a stabilizzare l'articolazione gleno-omerale sono:

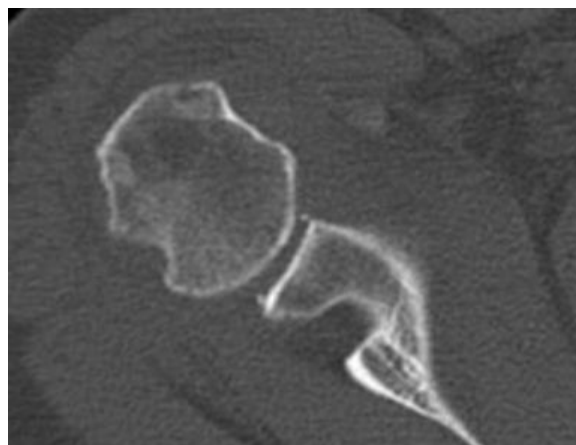
- Capsula articolare, un manicotto fibroso che circonda la testa omerale
- Cercine glenoideo, una struttura cartilaginea sovrapponibile ai menischi del ginocchio, che aumenta la congruenza tra le due superfici articolari che si affrontano
- Legamento gleno-omerale inferiore e medio - robusto ispessimento di rinforzo della capsula articolare anteriore

Una sola lussazione è sufficiente per procurare la lesione di queste strutture, la cui guarigione non sempre garantirà la loro efficienza allo scopo di impedire ulteriori lussazioni.

Alle lesioni dei tessuti molli si associano con elevata incidenza lesioni ossee, che a loro volta aumentano la probabilità di ulteriori lussazioni per la diminuzione della congruenza articolare:

- a carico del bordo glenoideo (**Bony-Bankart**), una "sbeccatura" del bordo della "coppa" che accoglie la testa omerale
- a carico della testa omerale (**Hill-Sachs**), una "intaccatura" sulla superficie della "sfera"



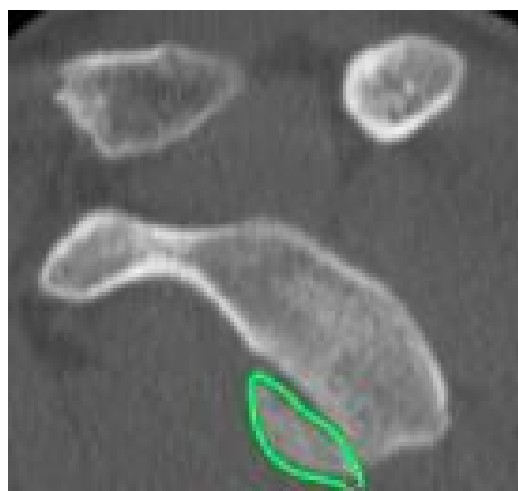


Con il susseguirsi delle lussazioni si giunge a uno “sfiancamento” dei tessuti molli ma soprattutto alla **PROGRESSIONE DELLE LESIONI OSSEE** per una progressiva erosione, tali da non garantire più stabilità articolare.

Il ritensionamento e la riparazione dei tessuti molli (intervento di bankart anteriore) + remplissage (“riempimento”) della testa omerale – intervento di **BANKART PLUS** – che gli specialisti di SPALLAONLINE eseguono regolarmente , nei casi di grave deficit osseo o legamentoso puo’ non essere sufficiente .

Dobbiamo quindi ricorrere a un altro tipo d’intervento che oltre a sostituire i tessuti legamentosi sfiancati , ripristini la congruenza articolare e tensioni il terzo medio inferiore del sottoscapolare , a costo di “alterare” l’anatomia della spalla.

Il metodo PICO elaborato dal dr.baudi nel 2005 , consente mediante confronto TAC con la spalla controlaterale, di assimilare la glena nativa ad una circonferenza, per poter calcolare con software dedicati l’effettivo bone-loss.



Per mancanza di evidenze assolute, la scelta del cut-off di perdita ossea di glena oltre la quale ricorrere all’intervento di Latarjet non è ancora universalmente condiviso.

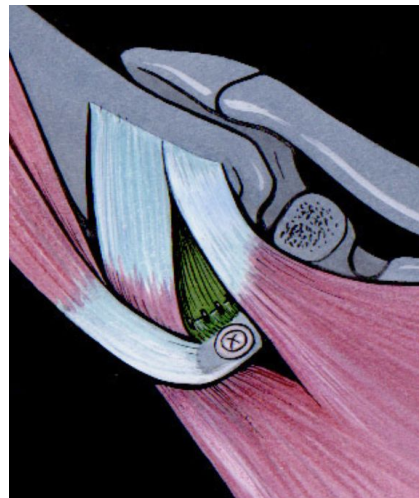
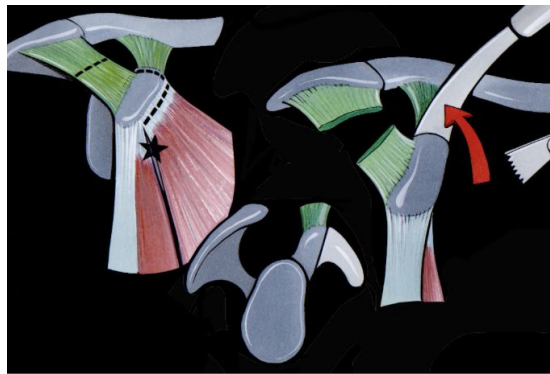
Gli specialisti di spallaonline.it indicano l’intervento di Latarjet per i casi con perdita ossea a carico della glena superiore al 20%- 25%.



COS'È L'INTERVENTO DI BRISTOW-LATARJET

È un intervento a cielo aperto (tecniche di esecuzione artroscopica sono ancora in fase di sviluppo), che mediante un'incisione anteriore prevede il **DISTACCO DELLA CORACOIDE** (una apofisi ossea della scapola), la sua trasposizione sul margine antero-inferiore della glena, e la fissazione con 2 viti in titanio o con "ancoraggi" che si avvalgono di placchette e fili di sutura ad alta resistenza.

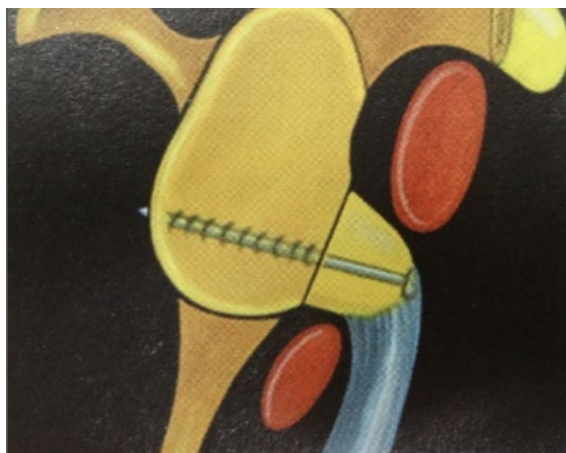
Sulla coracoide si inseriscono i **tendini coraco-brachiali** e il **legamento coraco-acromiale**, e questa struttura osteo-tendinea viene introdotta in articolazione per la fissazione, attraverso uno "split" ovvero una finestra creata tra terzo superiore e terzo medio-inferiore del sottoscapolare.



Si ottengono in questo modo tre effetti:

- **AUMENTO DELLA SUPERFICIE OSSEA** glenoidea
- **RINFORZO DELLA CAPSULA ARTICOLARE** mediante il legamento coraco-acromiale
- **EFFETTO "FIONDA"** DELLA PARTE medio-INFERIORE DEL TENDINE DEL SOTTOSCAPOLARE, mantenuto in tensione anteriormente da parte del tendine congiunto stesso.





L'intervento viene eseguito in anestesia combinata (loco-regionale + generale), per offrire al paziente analgesia post-operatoria e per non completa copertura dell'anestesia locale.

Il decorso post-operatorio prevede l'utilizzo di un **tutore** di spalla in rotazione neutra a 10-15 gradi di abduzione per circa 1 mese per non interferire con la consolidazione dell'auto-trapianto e la guarigione dei tessuti molli stabilizzatori. Il tutore può comunque essere rimosso per vestirsi e svestirsi, sfogliare il giornale, scrivere al computer etc e dopo 1-2 settimane per iniziare una cauta fisioterapia passiva con l'aiuto di un mobilizzatore passivo continuo – **kinetec**. a 3-4 settimane il paziente può iniziare una fisioterapia attiva assistita e la graduale ripresa delle comuni attività quotidiane.

Sport non da contatto e attività lavorativa manuale possono essere ripresi non prima di 3 mesi, constatata l'evoluzione clinica positiva e la consolidazione radiografica della coracoide. Per sport di contatto e lavori pesanti occorrono almeno 4 mesi. È riportato un tasso di recidiva del 3%, quindi molto basso.

COMPLICANZE

È importante sapere che il tasso di complicanze a breve e a lungo termine non è trascurabile e che possono arrivare nella totalità al 15% complessivo.

L'intervento di Latarjet è un 'intervento tecnicamente complesso in cui possono realizzarsi complicanze tecniche, biologiche e meccaniche. Ad esempio un impianto eccessivamente inferiore o mediale rispetto rima glenoidea sarà insufficiente. D'altro canto, un posizionamento laterale rispetto rima glenoidea aumenta il rischio di rigidità e di insorgenza di artrosi a distanza di anni (patologia a cui i pazienti affetti da instabilità cronica partono già predisposti).

Il trapianto osseo rischia di andare incontro a **riassorbimento** o a **pseudoartrosi** cioè non consolidamento (3-9%) o **frattura** (3-5%) anche a distanza di anni che vanificano l'intervento, con eventuale ricorso a intervento di revisione artroscopica o aperto con innesto di tessuto osseo prelevato dalla cresta iliaca anteriore (intervento di Eden-Hybinette). Un ulteriore evento secondario alle sopracitate complicanze, può essere la **mobilizzazione o rotture delle viti** utilizzate per fissare l'innesto osseo.

Sono riportate inoltre le comuni complicanze chirurgiche come ematoma (1-2%) e infezione (1.5%). Temibili seppur rare sono le lesioni neurologiche a carico del nervo muscolo-cutaneo, riconducibili alla prossimità del nervo rispetto al processo coracoideo.

