

Intervento chirurgico:

Protesi inversa di spalla



INFORMAZIONI
PER IL PAZIENTE



Queste informazioni educative servono ad aiutare a capire l'intervento e permettono di partecipare attivamente al percorso di cure e il ruolo nel recupero.

INDICE

DIAGNOSI	3
CENNI DI ANATOMIA DELLA SPALLA	3
PATOLOGIA E INDICAZIONI ALL'INTERVENTO	4
TRATTAMENTO CHIRURGICO	5
DECORSO POST-OPERATORIO	6
POSSIBILI COMPLICANZE	6
RIABILITAZIONE	7
TEMPI DI RECUPERO E RITORNO ALLE ATTIVITÀ	7



DIAGNOSI

La protesi inversa di spalla viene indicata nei pazienti con dolore, grave limitazione funzionale e danno articolare non più trattabile con terapie conservative.

La diagnosi si basa su visita ortopedica specialistica, esame clinico e indagini strumentali quali radiografie, TAC e risonanza magnetica, utili per valutare lo stato dell'articolazione e della cuffia dei rotatori.

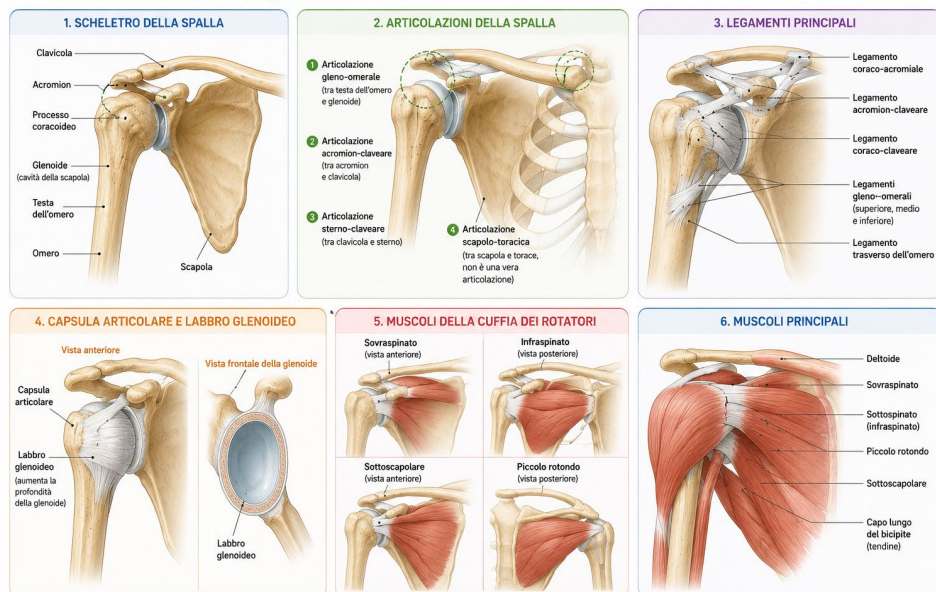
CENNI DI ANATOMIA DELLA SPALLA

La spalla è composta dall'articolazione tra testa dell'omero e glena della scapola. La mobilità e la stabilità articolare dipendono in gran parte dalla cuffia dei rotatori, un insieme di tendini e muscoli che consentono il movimento del braccio.

Quando la cuffia è gravemente lesionata o degenerata, la spalla perde funzione e può sviluppare artrosi.

ANATOMIA DELLA SPALLA

Strutture ossee, articolari, legamentose e muscolari



PATOLOGIA E INDICAZIONI ALL'INTERVENTO

Le principali indicazioni cliniche sono:

- **Artrosi secondaria da lesione massiva della cuffia dei rotatori:** rottura irreparabile dei tendini con progressivo deterioramento dell'articolazione e risalita della testa omerale.
- **Artrosi gleno-omerale grave:** usura severa delle superfici cartilaginee con dolore cronico e perdita di mobilità.
- **Frattura della testa dell'omero:** fratture complesse in pazienti anziani non ricostruibili con osteosintesi.
- **Revisione di protesi:** sostituzione di una precedente protesi non più funzionale

La protesi inversa sfrutta la forza del muscolo deltoide — anziché quella della cuffia dei rotatori — per sollevare il braccio, risultando efficace anche quando i tendini della cuffia sono gravemente danneggiati.



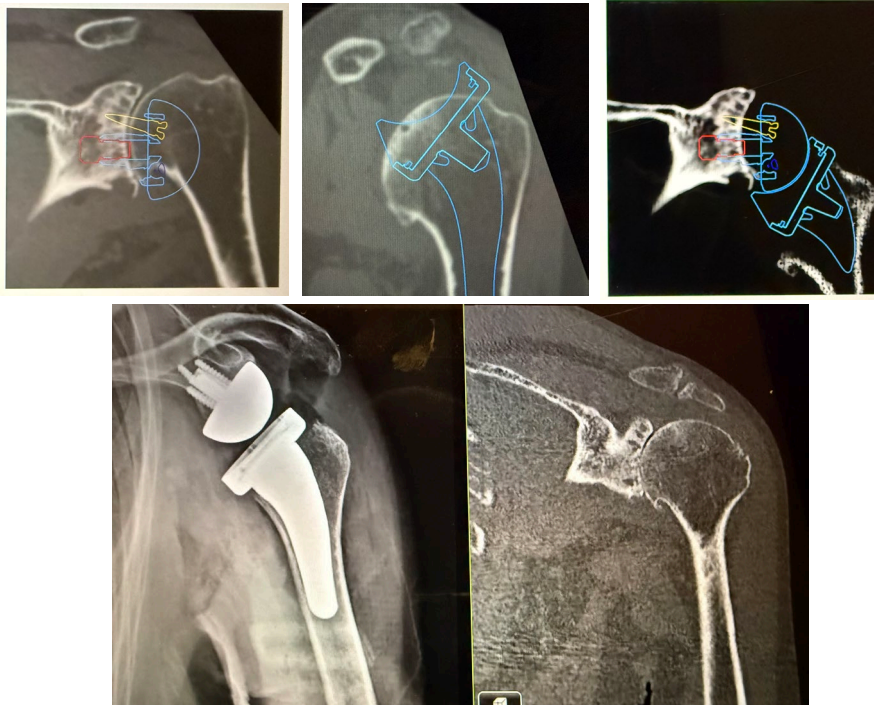
Protesi inversa di spalla

L'intervento viene eseguito in anestesia generale o locoregionale (blocco del plesso brachiale) e dura in media 90-120 minuti.

Il chirurgo accede all'articolazione attraverso un'incisione anteriore (deltoideo-pettorale) della spalla. Le superfici articolari danneggiate vengono rimosse e sostituite con le componenti protesiche modulari, scelte secondo l'anatomia del paziente tramite pianificazione preoperatoria TC guidata.

A differenza della protesi anatomica tradizionale, nella protesi inversa la configurazione è ribaltata:

- **Glenosfera:** una semisfera metallica viene fissata alla glenoide (parte scapolare).
- **Componente omerale:** stelo omerale al cui apice viene posizionata una coppa di polietilene con cui si articola la glenosfera.
- **Effetto biomeccanico:** il cambio del centro di rotazione consente al deltoide di sollevare il braccio anche senza la cuffia dei rotatori integra.



DECORSO POST-OPERATORIO

A volte, al termine dell'intervento viene posizionato un drenaggio, rimosso il giorno seguente. Dopo l'intervento la spalla viene contenuta in tutore per circa 3–4 settimane. È normale avvertire dolore moderato e limitazione dei movimenti nei primi giorni. La degenza ospedaliera varia generalmente da 2 a 4 giorni. La ripresa delle attività quotidiane avviene progressivamente.

POSSIBILI COMPLICANZE

Come ogni procedura chirurgica, anche la protesi inversa di spalla può presentare complicanze, sebbene non frequenti:

Infezione: superficiale o profonda della ferita o della protesi	Mobilizzazione asettica: dei componenti nel lungo termine
Lussazione della protesi: più frequente nei primi mesi post-operatori	Trombosi venosa profonda: o embolia polmonare
Lesione nervosa: nervo ascellare e nervo sovrascapolare con possibile deficit sensitivo-motorio	Frattura intraoperatoria: dell'omero o della glenoide
Notching scapolare: erosione ossea da contatto con le componenti protesiche	Rigidità residua: o recupero funzionale incompleto
Frattura da stress dell'acromion: dovuta all'alterazione del vettore della forza del m. deltoide con conseguente alterazione del carico sulla sua inserzione acromiale	Lesione vascolare: rare ma potenzialmente gravi, tra cui lesione dell'arteria ascellare

Importante

In presenza di febbre, arrossamento, dolore in aumento, gonfiore eccessivo o fuoriuscita di liquido dalla ferita, contattare immediatamente il proprio chirurgo.

RIABILITAZIONE



La riabilitazione è una fase fondamentale per il successo dell'intervento. Un programma personalizzato viene concordato con il fisioterapista.

0 - 3 sett.	Fase di protezione: immobilizzazione con tutore. Esercizi passivi pendolari, mobilizzazione del gomito, della mano e delle dita, crioterapia.
3 - 6 sett.	Mobilizzazione attivo-assistita: rieducazione progressiva della spalla con fisioterapista.
6 - 12 mesi	Rinforzo muscolare progressivo: esercizi attivi, potenziamento del deltoide e degli stabilizzatori della scapola.
Oltre 3 mesi	Consolidamento funzionale: massimo recupero della funzione e autonomia completa nelle attività quotidiane.

TEMPI DI RECUPERO E RITORNO ALLE ATTIVITÀ

La ripresa delle attività leggere quotidiane avviene generalmente entro 4–6 settimane.

Il recupero funzionale completo richiede diversi mesi. Le attività sportive leggere possono essere riprese dopo circa 3–4 mesi, mentre attività pesanti o movimenti ripetitivi sopra la testa devono essere limitati secondo indicazione specialistica.

Gentile Signore/a, ...
dovrai essere sottoposto/a a intervento di.....
Perché affetto/a da.....

Affinché sia informato/a in maniera per chiara e sufficiente sull'intervento che ti è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, ti preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurare delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permettere di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrai chiedere al chirurgo di tua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento proposto.

Ricordiamo che, contrariamente a quanto spesso viene affermato, nessun intervento chirurgico è semplice né banale. Alcune procedure chirurgiche "di routine" possono diventare molto complesse sia per le condizioni mediche generali del paziente che per frequenti variazioni anatomiche, patologie inattese che possono essere scoperte solo durante l'intervento e ancora per molti altri fattori che non è possibile prevedere né elencare in dettaglio. Nonostante la preparazione e il massimo impegno del chirurgo non sempre è possibile ottenere risultati che soddisfino le aspettative del paziente o quanto lo specialista si era proposto.

È importante riferire al tuo chirurgo, ai medici che redigeranno la tua cartella clinica e all'anestesista i farmaci di cui fai abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre riferire se hai già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se hai ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in tuo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Data _____

Firma del paziente per ricevuta _____

Firma del medico _____