

Intervento chirurgico:

Stabilizzazione secondo Latarjet per lussazione recidivante 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: INSTABILITÀ E LUSSAZIONE RECIDIVANTE	4
TRATTAMENTO CHIRURGICO	5
DECORSO POST-OPERATORIO	6
POSSIBILI COMPLICANZE	6
RIABILITAZIONE	7
TEMPI DI RECUPERO E RITORNO ALLE ATTIVITÀ	7



DIAGNOSI

La lussazione recidivante di spalla è una condizione nella quale la testa dell'omero tende a fuoriuscire ripetutamente dalla sua sede articolare. Il paziente può riferire episodi traumatici, sensazione di instabilità, dolore o paura nell'esecuzione di determinati movimenti.

La diagnosi si basa su visita ortopedica, esame clinico e indagini strumentali quali radiografie, risonanza magnetica e TAC, utili per valutare eventuali lesioni ossee e capsulo-legamentose.

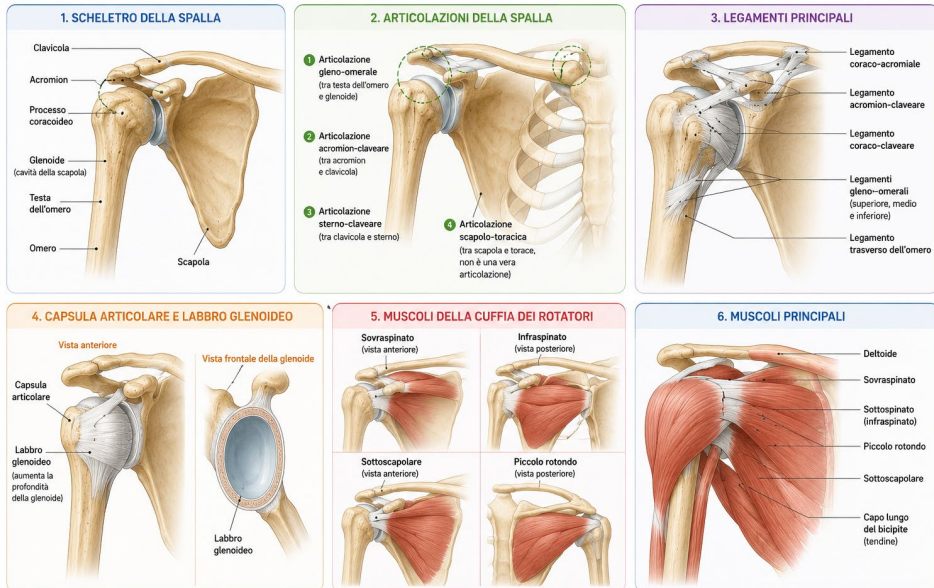
CENNI DI ANATOMIA DELLA SPALLA

La spalla è composta dall'articolazione tra testa dell'omero e glena della scapola. La stabilità articolare dipende da strutture statiche (capsula, labbro glenoideo, legamenti) e dinamiche (muscoli della cuffia dei rotatori e muscoli scapolari).

La glena è relativamente piccola rispetto alla testa omerale; ciò garantisce ampia mobilità ma rende l'articolazione predisposta all'instabilità.

ANATOMIA DELLA SPALLA

Strutture ossee, articolari, legamentose e muscolari



PATOLOGIA: INSTABILITÀ E LUSSAZIONE RECIDIVANTE

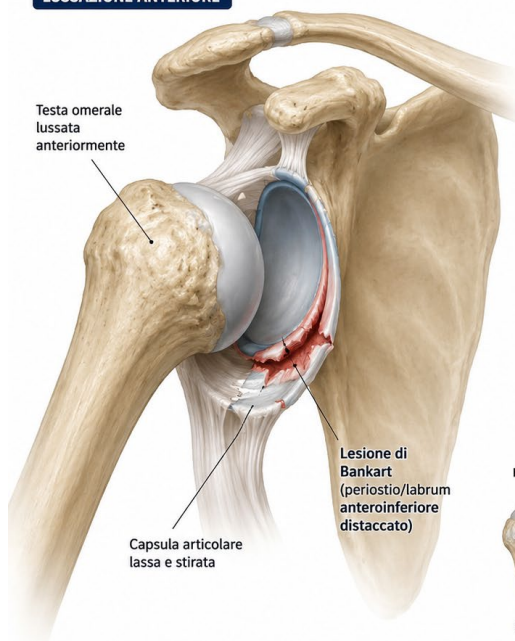
Dopo una prima lussazione traumatica, alcuni pazienti sviluppano episodi ripetuti di instabilità o lussazione. In molti casi si verifica una perdita ossea a livello della glena e una lesione da impatto della testa dell'omero sulla glena (lesione di Hill-Sachs)

Quando il deficit osseo è significativo o dopo fallimento di precedenti interventi, la tecnica di Latarjet rappresenta una soluzione efficace per ristabilire la stabilità dell'articolazione della spalla.

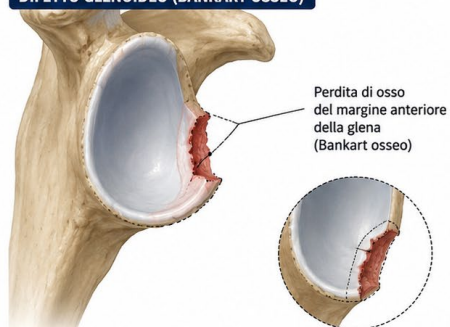
LUSSAZIONE ANTERIORE DI SPALLA

Difetto glenoideo (Bankart osseo) e lesione di Hill-Sachs

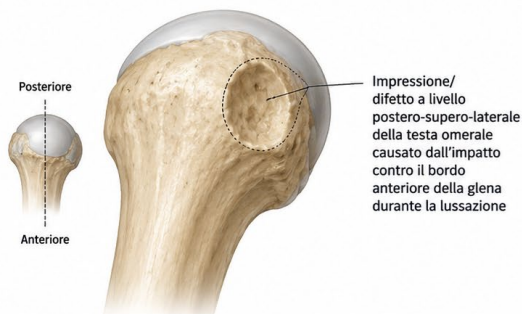
LUSSAZIONE ANTERIORE



DIFETTO GLENOIDEO (BANKART OSSEO)



LESIONE DI HILL-SACHS



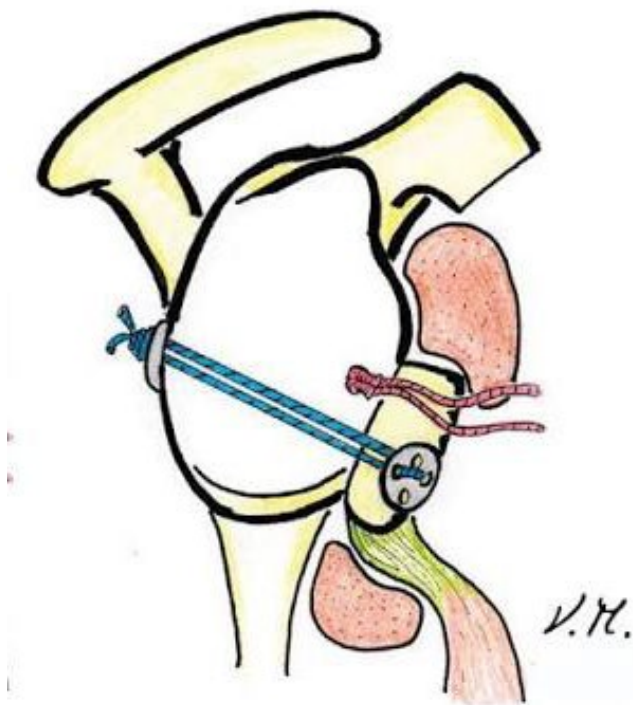
TRATTAMENTO CHIRURGICO



L'intervento con tecnica Mini Open sec. Latarjet consiste nel trasferimento di una piccola porzione ossea della coracoide, insieme ai tendini annessi (tendine congiunto) sul margine antero-inferiore della glena. Questo permette sia di aumentare la superficie ossea, sia creare un effetto stabilizzante dinamico.

L'intervento viene generalmente eseguito in anestesia generale, talvolta associata a blocco periferico antalgico. La durata media è di circa 60–90 minuti. Il paziente è posizionato in posizione semiseduta (beach-chair).

La tecnica mini-open prevede una incisione limitata, anteriore, con minore invasività rispetto alle tecniche tradizionali.



DECORSO POST-OPERATORIO

Dopo l'intervento il braccio viene mantenuto in tutore con un cuscino in abduzione per circa 3–4 settimane. È normale avvertire dolore moderato e limitazione funzionale nei primi giorni. Il ricovero ordinario dura 1-2 giorni.

POSSIBILI COMPLICANZE

Come ogni procedura chirurgica, anche l'intervento di Latarjet può presentare complicanze, sebbene non frequenti

Lesione nervo muscolo-cutaneo:
neuroprassia transitoria, generalmente reversibile

Recidiva della lussazione: nel 2-5% dei casi a lungo termine

Infezione superficiale o profonda della ferita chirurgica

Rigidità post-operatoria: con limitazione dell'extrarotazione

Mancata consolidazione del blocchetto osseo (pseudoartrosi)

Artrosi nel lungo termine: frequente

Mobilizzazione o rottura dei mezzi di fissazione

Ematoma o sieroma: in sede chirurgica nel post-op precoce

Lesione vascolare: molto rara, con lesione dell'arteria ascellare o rami vicini

Importante

Contattare immediatamente il chirurgo in caso di febbre $>38^{\circ}\text{C}$ per più giorni nel postoperatorio, arrossamento progressivo, dolore in aumento o fuoriuscita di liquido dalla ferita.

RIABILITAZIONE



La riabilitazione è una componente essenziale per un completo recupero. Il programma viene personalizzato dal fisioterapista in accordo con il chirurgo.

0 - 3 sett.	Protezione: immobilizzazione con tutore. Esercizi pendolari, mobilizzazione attiva di gomito, polso e dita. Crioterapia e controllo del dolore.
3 - 6 sett.	Mobilizzazione: rimozione del tutore, recupero progressivo dell'elevazione anteriore e dell'abduzione. Fisioterapia attivo-assistita quotidiana.
6 - 12 mesi	Rinforzo: potenziamento muscolare isometrico e isotonic. Recupero completo della rotazione interna. Ripresa attività quotidiane.
3 - 6 mesi	Ripresa funzionale: extrarotazione, propriocezione avanzata, training sport-specifico. Ripresa di sport non da contatto.
6 mesi +	Ritorno allo sport: ripresa degli sport da contatto dopo controllo clinico e strumentale con conferma della consolidazione ossea.

TEMPI DI RECUPERO E RITORNO ALLE ATTIVITÀ

Le attività quotidiane leggere possono essere riprese gradualmente dopo alcune settimane. La guida viene generalmente consentita dopo 4–6 settimane.

Il ritorno ad attività sportive **non** da contatto avviene mediamente dopo 3 mesi, mentre gli **sport di contatto o overhead** possono richiedere circa **6 mesi**, 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 _____