

CORSO TEORICO PRATICO DI AGGIORNAMENTO IN BIOMECCANICA, PATOLOGIA, CHIRURGIA E RIABILITAZIONE DELLA SPALLA

Primo incontro :

"Le lesioni della cuffia dei rotatori dal trattamento chirurgico a quello riabilitativo"

Presidente Prof. P. Ronconi

Docenti : Dot Marco Spoliti ,Tdr Luca Luciani, Tdr Giuliano Mari

8.00 - 8.30	Iscrizione Partecipanti
8.30 - 9.00	Presentazione dell'incontro e apertura dei lavori P. RONCONI
9.00 - 9.30	Che cosa è la spalla : Valutazione anatomo funzionale <ul style="list-style-type: none">•anatomia della spalla e le sue cinque articolazioni•biomeccanica della spalla e le principali disfunzioni di movimento
9.30 – 10.00	Diagnostica : Valutazione clinica, correlazione radiologica e artroscopia
10.00- 10.30	Indicazioni al trattamento: classificazione delle lesioni di cuffia e algoritmo di trattamento
10.30- 11.00	Tecniche Chirurgiche : la riparazione artroscopica <ul style="list-style-type: none">•le lesioni parziali•le lesioni a tutto spessore•le rotture massive mobili e retratte immobili•il sottoscapolare e il clbb
11.00- 11.30	coffe break
11.30- 12.30	work shop : Dimostrazione pratica delle tecniche chirurgiche su modello anatomico dry lab
12.30 - 13.00	Tecniche Chirurgiche : <ul style="list-style-type: none">• la chirurgia delle recidive• la trasposizione del gran dorsale• la protesi inversa
13.00 - 13.30	Discussione
13.30- 14:00	FAST LUNCH
14.00- 14.30	Tempi di recupero e utilizzo dei tutori specifici nelle fasi post – chirurgiche
14.30–15.00	Trattamento conservativo e riabilitazione
15.00 –16.00	Riabilitazione post-chirurgica delle lesioni della cuffia dei rotatori: Tecniche riabilitative a confronto dalla tecar alla neuro dinamica
16.00-17.00	Sessione pratica: le tecniche di riabilitazione post-chirurgica
17. 00. - 18.00	Discussione

Abstract complessivo delle relazioni:

L'articolazione "spalla" e la sua anatomia, ancora oggi, vengono falsate in una rappresentazione monoarticolare nella più comune concezione.

Ciò altera la valutazione topografica, prima di tutto soggettiva, del sintomo doloroso accreditando alla "spalla" tutti i "dolori" che si sviluppano nell'area anatomica tra il collo il braccio e il torace superiore e conducendo spesso ad errate indicazioni diagnostiche e terapeutiche. Questo soprattutto da parte di branche mediche di base o non specializzate/ dedicate al distretto anatomico specifico.

Questo determina come risultato una insoddisfazione del malato e un aumento della spesa sanitaria.

Anatomicamente e funzionalmente la "spalla" è l'articolazione più complessa e più mobile del corpo umano.

Per la sua anatomia non è una articolazione ma un complesso articolare formato da 3 articolazioni propriamente dette (2 artrodie, 1 enartrosi) e due articolazioni cosiddette virtuali realizzate dal necessario scivolamento di superfici muscolari-aponeurotiche-ossee reciprocamente (sottoacromiale, scapolo-toracica). Inoltre tutto il complesso articolare è interamente sospeso sul tronco e unito ad esso dalla sola articolazione sterno claveare, che per tipologia (artrodia) e conformazione delle componenti ossee (clavicola e sterno - ossa piatte e minute) non sarebbe in grado di garantire il sostegno dell'intero complesso articolare unitamente al peso dell'arto superiore.

Di qui si intuisce l'enorme importanza della muscolatura del cingolo cervico-scapolo-toracico e intrinseca della spalla nell'azione di sostegno, mobilità e stabilità del complesso articolare e delle sue diverse componenti.

Si intuisce altresì la responsabilità statica e dinamica dei muscoli indicati nella risposta alle alterazioni posturali e nell'insorgenza di patologie del distretto specifico in rapporto a tensioni da conflitto delle superfici ossee o alle lassità capsulo legamentose.

Ciò vuole indicare come la comparsa di un sintomo legato ad una patologia della spalla non coinvolge solo un elemento (es. lesione del sovra spinoso degenerativa - riparazione del tendine) ma in virtù delle alterazioni funzionali che ne derivano o che ne sono causa coinvolge l'intero complesso articolare che pertanto necessiterà di una correzione della funzione.

La rottura della cuffia dei rotatori coinvolge prevalentemente la cuffia superiore (tendine sovra spinoso e sottospinoso) e il capo lungo del bicipite (clbb) ma può interessare anche il sottoscapolare. Nella maggior parte delle lesioni oggi il trattamento è di riparazione artroscopia della rottura, con tools e sistemi di fissazione del tendine, che la tecnologia oggi ci offre in abbondanza e con sempre maggiore precisione.

Qualora le lesioni non siano più riparabili saranno necessari trattamenti alternativi come i transfers muscolari e prevalentemente del gran dorsale.

La presenza di artrosi, o la degenerazione grassa dei muscoli RMN accertata controindica qualsiasi tentativo di riparazione anatomica e comporta la scelta di un trattamento protesico con protesi inversa.

Qualsiasi tecnica chirurgica che comporti l'integrità anatomica o il ripristino della mobilità articolare legato a una pregressa rottura di cuffia necessita assolutamente di un corretto programma di riabilitazione per il recupero funzionale ottimale del complesso articolare.