

<b>DOMUS NOVA</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>	<b>Informativa per riparazione cuffia dei rotatori</b>	<b>SAN FRANCESCO</b> <b>Ospedale Privato</b> <b>Accreditato</b>
<b>C129 Rev.1 data applicazione 04/03/2019 Pag. 1 a 2</b>		

Gentile Signore/a,

ogni atto medico richiede l'assenso dell'interessato/a dopo adeguata informazione. Le chiediamo pertanto di leggere con calma questo documento (impiegherà circa 20 minuti).

#### Introduzione

La cuffia dei rotatori è formata dall'insieme di cinque tendini (sovraspinoso, capo lungo bicipitale, sottospinoso, sottoscapolare e piccolo rotondo) che collegano l'omero con la scapola. I tendini sono strutture che si attaccano da una parte ad un osso e dall'altra ad un muscolo. L'attivazione del muscolo permette di muovere l'osso dall'altra parte. Questi tendini funzionano quindi come una leva e consentono un movimento coordinato del braccio ed il sollevamento della spalla. Il tessuto tendineo è tra i meno vascolarizzati del corpo umano il che lo rende tra i più difficili da fare guarire.

**La lesione della cuffia dei rotatori** è l'interruzione del fulcro o del braccio della potenza della leva descritta di sopra. E' una patologia dolorosa ed invalidante che nel tempo tende a peggiorare se non adeguatamente trattata in quanto la lesione tende ad aumentare e retrarsi nel tempo. Può consistere nella rottura di uno o più tendini della spalla. I tendini più frequentemente coinvolti sono rispettivamente il sovraspinoso (chiamato anche sopraspinoso oppure sovraspinato), il sottospinoso (chiamato anche sottospinato), il capo lungo bicipitale, il sottoscapolare ed il piccolo rotondo. Le lesioni possono coinvolgere un solo tendine oppure due o più tendini. In tale caso vengono chiamate lesioni massive. Il fattore più importante è il grado di retrazione della lesione che determina anche la sua grandezza. Quest'ultimo fattore classifica le lesioni della cuffia dei rotatori in piccole, medie e grandi. Le lesioni avvengono di solito nell'età più adulta (al di sopra 50 anni) sia perché si riduce la vascolarizzazione dei tendini, sia perché con il tempo perdiamo elasticità di tutti i tessuti. Studi scientifici hanno bene dimostrato che sono ancora di più a rischio soggetti diabetici, con disfunzioni tiroidee e fumatori (questi rappresentano anche fattori prognostici negativi nella guarigione).

#### Le cause

Deterioramento della qualità del tendine dovuta ad un eccessivo utilizzo (per esempio attività manuali del braccio al di sopra della testa).

Un evento traumatico della spalla come ad esempio cadute sull'arto superiore.

Attività sportive intense (come per esempio tennis, sollevamento pesi, cross-fit).

#### Sintomatologia:

Il sintomo principale è il dolore della spalla e del braccio che può essere presente durante le normali attività quotidiane o addirittura a riposo. A questo si associa una mancanza di forza, specialmente per pesi, anche piccoli, lontani dal corpo (tecnicamente perché si allunga il braccio di resistenza della leva-spalla). Nei casi più avanzati si manifesta con una netta difficoltà a sollevare il braccio. Il dolore è tipicamente localizzato alla spalla e può irradiarsi fino alla metà del braccio a livello dell'inserzione del deltoide. Spesso si manifesta maggiormente quando non si utilizza la spalla e quindi la notte.

#### Come avviene l'intervento:

La tecnica artroscopica consiste nel vedere e nel riparare le articolazione tramite piccoli fori attraverso i quali si fanno passare una telecamera e sottili strumenti chirurgici. La letteratura scientifica degli ultimi due decenni appoggia ampiamente questo tipo di approccio chirurgico nell'affrontare le lesioni della cuffia dei rotatori. La riparazione tendinea avviene mediante piccole viti su cui sono ancorate dei fili. Il passaggio dei fili attraverso i tendini avvengono tramite appositi strumenti che permettono di penetrare il tessuto e ritirare il filo. L'annodamento dei fili avviene tramite un apposito strumentario (chiamato spinginodo) che permette una sicura chiusura della lesione anche attraverso un foro. Gestì chirurgici aggiuntivi possono essere rappresentati dalla bursectomia subacromiale e dall'acromioplastica (denominata anche decompressione subacromiale) per aumentare lo spazio di scorrimento dei tendini riparati. In alcuni tipi di rotture tendinee è possibile ridurre l'area della lesione accostando i margini mediante semplici punti chiamanti "side to side". Questi punti vengono utilizzati in associazione con le ancore oppure da soli quando il tessuto osseo è troppo fragile per accogliere un ancora.

La sutura selettiva della cuffia dei rotatori significa che non è possibile riparare completamente uno o più tendini, data la mancanza di tessuto tendineo valido, la sua eccessiva retrazione e la perdita di tono muscolare. Viene anche denominata sutura funzionale della cuffia dei rotatori oppure sutura parziale della cuffia dei rotatori. Questo in genere succede se si affronta l'intervento riparativo molto tempo dopo la rottura

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>Informativa per riparazione cuffia dei rotatori</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato</b>
<b>C129 Rev.1 data applicazione 04/03/2019 Pag. 2 a 2</b>		

dei tendini. Una sutura selettiva comporta comunque un netto beneficio in termini di dolore e funzione della spalla, ma con un miglioramento minore per quanto riguarda la forza del braccio.

L'intervento può non ricondurre la funzionalità della spalla a quella di una articolazione "normale", sia per le alterazioni anatomiche (degenerazione tendinea, retrazione e atrofia muscolare con perdita della elasticità della unità muscolo-tendinee), sia per la retrazione capsulare, sia per la secondaria artropatia con atrofia ossea, che possono ridurre la tenuta dei mezzi di fissazione (pull-out dell'ancora).

L'esito di un intervento è frutto di numerose variabili e nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche non sempre è possibile prevedere il risultato clinico-funzionale successivo all'intervento.

La ripresa funzionale della spalla dipende anche da un prolungato programma fisioterapeutico che deve essere condotto intensamente durante i 3-6 mesi necessari al raggiungimento della stabilizzazione del quadro clinico.

Subito dopo l'intervento, l'arto operato viene messo a riposo in un tutore con un piccolo cuscino per un tempo variabile da caso a caso.

Complicazioni e/o rischi:

Borsite subacromiale: (complicanza facilmente reversibile) consiste in un versamento con dolore che può richiedere trattamento antiflogistico, applicazione di ghiaccio, eventuali infiltrazioni.

Infezione: estremamente rara che necessita di terapia antibiotica mirata e qualche volta necessita di un lavaggio e debridement artroscopico.

Flebotrombosi( eccezionale)consiste nella formazione di un trombo nelle vene profonde del braccio.

Capsulite adesiva: può essere secondaria ad eccessivo tensionamento della riparazione tendinea.

Recidiva di rottura della cuffia: la letteratura riporta elevato tasso di recidiva che può variare dal 20-70% a secondo degli autori ma anche in relazione al tipo di valutazione( clinica o determinata dall'immagine ecografica o RMN).

Mobilizzazione dei mezzi di fissazione( ancorette): rare da quando si utilizzano ancore metalliche avvitate.

**Per ogni evenienza o dubbio può contattarci al seguente numero telefonico 0544-508311**

**Altre informazioni richieste dal paziente** \_\_\_\_\_

Informativa consegnata in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Firma del professionista \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

**Consegnare una copia, datata e firmata, all'U.P.R**

**Allegare la "Dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio": in caso di minore modulo C004,  
in caso di soggetto incapace/con amm. di sostegno/fiduciario modulo C005**