



## **INTERVENTO DI ARTROPROTESI DI SPALLA**





**Spalla normale**



**Spalla con protesi**

L'artroprotesi di spalla rappresenta il progresso più significativo della chirurgia della spalla negli ultimi 50 anni; la sua introduzione ha pressoché azzerato il numero di artrodesi e di resezioni gleno-omerale del passato.

I principali obiettivi che deve raggiungere la protesi della spalla sono l'eliminazione del dolore, ripristinare un'ampiezza di movimenti idealmente normale e deve integrarsi nell'osso ricevente.

Ha sicuramente necessità di attenzione nella procedura chirurgica per la peculiarità dell'articolazione della spalla, ma i risultati anche a distanza sono brillanti.

I primi esempi di protesi della spalla si ebbero nei primi anni 50; attualmente ne esistono di vari modelli.

## **INTERVENTO**

L'impianto di una protesi di spalla consiste nel sostituire l'articolazione gleno-omeroale con una protesi metallica, distinguendo le protesi a solo componente omerale da quelle che prevedono anche la sostituzione della componente della glena. Viene utilizzato l'anestesia generale; l'accesso chirurgico alla spalla utilizzato è la via anteriore deltoideo-pettorale, con incisione di circa 15 -18 cm. Bisogna porre attenzione a non provocare lesioni nervose soprattutto a carico del nervo ascellare, non danneggiare il deltoide né la cuffia dei rotatori; una volta giunti sul piano osseo si seziona il collo dell'omero, si asporta la testa e si posiziona lo stelo dopo preparazione del canale con apposite frese della componente omerale; si può decidere di procedere anche alla protesizzazione della glena.

Al termine dell'intervento si potrà eseguire controllo radiografico per controllare il buon posizionamento delle componenti.

Si posiziona drenaggio e tutore per reggere la spalla.

Nel decorso post-operatorio si potrà genericamente distinguere una fase protettiva (dalla 1° alla 4° settimana) in cui bisogna proteggere la sutura dei muscoli ma che deve impedire la formazione di rigidità della spalla, del gomito e della mano; in questa fase si dovranno impedire le mobilizzazioni forzate in rotazione esterna e interna. Nella seconda fase si cercherà di rafforzare al massimo i muscoli nonché di recuperare la massima ampiezza dei movimenti.

## **INDICAZIONI**

- artrosi primaria della spalla;
- artrosi secondaria da necrosi avascolare;
- trauma acuto;
- trauma inveterato;
- artrite reumatoide;
- spondilite anchilosante;
- artropatie da grave lesione della cuffia dei rotatori (è indicata la protesi inversa).

## **CONTROINDICAZIONI**

Le principali controindicazioni alla protesi di spalla sono:

- infezioni in fase acuta;
- paralisi o grave danno sia della cuffia dei rotatori sia del deltoide;
- spalla neurologica;
- motivazioni non appropriate.

## **COMPLICANZE**

Le complicanze dopo un intervento di protesi di spalla sono:

- febbre;
- infezioni superficiali;
- infezioni profonde;
- ematomi locali;
- danni nervosi per lesioni iatrogene di nervi;
- danni vascolari per lesioni iatrogene di vasi;
- errori nel posizionamento delle componenti che possono determinare alterazioni della mobilità della spalla;
- rigidità della spalla;
- lussazione delle componenti protesiche;
- mobilizzazione delle componenti protesiche;
- cicatrici cheloidee;
- dolore in sede di intervento.

### **POSSIBILITA' ALTERNATIVE**

Nelle fasi più avanzate non esistono possibilità terapeutiche alternative: i rimedi palliativi possono essere anche del tutto inefficaci come per esempio le terapie fisiche ( ultrasuoni, ionoforesi, laser...) o terapia medica locale (infiltrazioni)

### **RISCHI CONNESSI AL RIFIUTO DELL' INTERVENTO**

I rischi connessi al rifiuto dell'intervento consistono in un aggravamento del dolore e ad una progressiva limitazione della funzione e della qualità della vita.

## This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Handwriting practice lines consisting of multiple sets of three horizontal lines (top, middle, and bottom lines) for letter formation. Each set is separated by a larger gap, and each line within a set is a dashed line.



## **CONSENSO INFORMATO**

Con il presente documento Lei viene informato, ed il medico che glielo sottopone e contemporaneamente lo illustra Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria alla sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso quanto viene sottoposto alla Sua attenzione ed alla finale sottoscrizione.

E' importante che Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare ed in particolare che abbia ben presente quanto Le viene proposto per ottenere un trattamento terapeutico appropriato, con indicati i benefici ed i possibili rischi, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito.

Per questo Le viene fornita, con immagini e scritti, un'informazione quanto più dettagliata e completa possibile per rendere il tutto comprensibile ed esauriente.

Preso atto di quanto sopra richiamato

### **CONFERMO CHE**

il Dott. ....  
mi ha illustrato la natura del trattamento ed il metodo col quale viene attuato, le problematiche cliniche che ne giustificano l'effettuazione , i rischi ad esso connessi, nonché di aver preso in visione dei contenuti della sezione informativa di questo documento e di aver avuto la possibilità di discutere immagini e testo.

### **DICHIARO**

di essere informato/a del fatto che l'intervento di Protesi alla spalla può essere accompagnato da complicazioni di carattere generale o locale per prevenire le quali verranno eseguite profilassi; in particolare

Le verrà praticato la profilassi antibiotica mediante infusione prima dell'intervento e successivamente per evitare il rischio di infezioni.

Sono stato inoltre informato del diritto di poter ritirare il mio consenso in qualsiasi momento senza fornire alcuna motivazione.

io sottoscritto .....

ACCONSENTO

ad essere sottoposto all' intervento.

Firma del paziente .....

data, .....

Sottoscrive il sanitario che ha raccolto il consenso e fornito le informazioni

.....

Firma dei genitori in caso di pazienti minori

.....

data, .....

Firma del tutore legale in caso di paziente interdetto

.....

data, .....

Firma del mediatore culturale in caso di paziente straniero

.....

data, .....



**Edito** dall'Ufficio Comunicazione su testi e immagini forniti dalla  
Struttura Complessa Clinica Ortopedica e Traumatologica in  
aderenza agli standard di Accredimento Joint Commission  
International

**Ufficio Comunicazione**

tel. 040 – 399 6300/6301

e-mail: [comunicazione@asuits.sanita.fvg.it](mailto:comunicazione@asuits.sanita.fvg.it)

Strada di Fiume 447 – 34 149 Trieste

[www.asuits.sanita.fvg.it](http://www.asuits.sanita.fvg.it)

**Struttura Complessa**

**CLINICA ORTOPEDICA e TRAUMATOLOGICA**

Direttore: Prof. Luigi Murena

Revisione7 – settembre 2017