

L'OrthoGazza

SIGASCOTT
NEWS

La lussazione anteriore di spalla nel calciatore

Francesco Poggioli, Angelo De Carli
Comitato Sport

Il calcio è lo sport più popolare in tutto il mondo: secondo recenti studi FIFA un calciatore d'élite subisce da 1,5 a 7,6 infortuni ogni 1.000 ore di allenamento e da 12 a 35 infortuni ogni 1.000 ore di partita di cui il 13,4% è ascrivibile all'arto superiore. L'incidenza delle patologie di spalla è in continuo aumento a causa della crescente intensità e velocità del gioco. Inoltre, il 30% di questi infortuni, allontana il calciatore professionistico (spesso il portiere) per un periodo di tempo \geq ai 28 giorni. L'84% di questi infortuni riguarda il labbro glenoideo. La lussazione anteriore di spalla nel calciatore è un evento relativamente raro ma al contempo espone sia l'atleta sia lo staff sanitario a numerose problematiche circa il trattamento ed il recupero funzionale. La quasi totalità (96%) di queste lesioni è di origine traumatica con l'atleta che cade con arto abdotto ed extraruotato, producendo una dislocazione anteriore omerale e una possibile conseguente instabilità unidirezionale.

Quali sono le conseguenze di una lussazione anteriore?

La dislocazione antero-inferiore, sia essa sottoglenoidea o sottocoracoidea, quest'ultima più frequente, genera uno stiramento delle componenti capsulolegamentose. In più del 90% dei pazienti questo evento produce una lesione di Bankart, considerata come lesione essenziale e consistente nell'avulsione del labbro anteriore dalla glenoide.

È stato studiato come sia altresì presente, in una percentuale poco inferiore, una lesione di Hill-Sachs. La principale complicanza a medio e lungo termine è la recidiva. Molteplici studi sono stati condotti al fine di valutare il tasso di rilussazione che, a seconda dei fattori presi in esame, varia dal 14 al 100%.

L'età sembra essere il principale fattore di rischio. Nei pazienti di età compresa tra 12 e 22 anni la recidiva a 60 mesi è del 72%, riducendosi al 56% in pazienti di età 23-29 anni, fino al 27% nei pazienti di età superiore a 30 anni.

Quando operare un primo episodio?

Quando avviene una prima lussazione gleno omerale, esiste un periodo di circa tre settimane durante il quale abbiamo l'opportunità di "riparare" direttamente la lesione di Bankart quando ancora i tessuti (sia l'osso della glena sia il complesso capsulo-labrale) sono vitali e ben irrorati. Inoltre il periodo di immobilizzazione di tre/quattro settimane che si utilizza in genere nel trattamento incruento può essere sfruttato come periodo post-operatorio qualora si decida di intervenire nei primi giorni dopo l'intervento. Una risonanza magnetica effettuata nei giorni successivi all'infortunio può aiutare non solo a identificare la lesione di Bankart ma anche eventuali lesioni associate (distacchi osteocondrali, SLAP, entità e localizzazione della Hill-Sachs). Di fondamentale importanza anche il momento della stagione in cui

accade l'infortunio: se la squadra ha un calciatore giudicato fondamentale per il ruolo o l'esperienza che occupa, e questi si infortuna in prossimità di un evento importante per la stagione (finali di un torneo, partite decisive), potrebbe con lo stesso concordare un recupero incruento particolarmente accelerato (per consentire al calciatore entro poche settimane di rientrare in campo, seppur con un rischio di recidiva) per programmare poi l'intervento nel caso di una eventuale ricaduta oppure in una fase con minori impegni agonistici.

Quali sono i rischi della stabilizzazione chirurgica?

Lesioni nervose vengono riportate in letteratura dall'1 all'8% nella chirurgia *open*, mentre scendono sotto l'1% in quella artroscopica. I nervi più comunemente danneggiati durante entrambi i tipi di approccio sono il nervo ascellare ed il muscolo cutaneo.

La condrolisi gleno omerale è una complicanza rara ad eziologia non completamente nota, nonostante alcune evidenze mostrino associazione con dispositivi volti ad eseguire capsulorrafia termica e l'utilizzo di una pompa antalgica endoarticolare. Il rischio di infezione varia, nella chirurgia *open*, dallo 0 al 6%, in quella artroscopica dallo 0,04 allo 0,23%.

Altre complicanze post-operatorie possono essere rigidità, riduzione del ROM, dolore, OA e disfunzione sub-scapolare.

Quale tecnica chirurgica?

Teoricamente il principio aureo della traumatologia sarebbe quello di riportare il più possibile vicino alla normalità le strutture lesionate dal trauma. Ecco quindi che la riparazione capsulo-labrale eseguita per via artroscopica risulta essere l'opzione più logica nel caso di un primo episodio in cui, nella maggior parte dei casi, i tessuti anteriori gleno-omerali sono ancora inalterati dai processi cicatriziali che caratterizzano le fasi successive alle recidive. In realtà è attualmente piuttosto diffusa l'esperienza che i calciatori, influenzati dal risultato di un compagno operato per la stessa patologia, chiedano al chirurgo lo stesso tipo di intervento che ha riportato il collega in campo in tempi brevi e con bassissimo rischio di recidive.

Anche se non esiste in questo senso alcun tipo di riferimento in letteratura, esistono tra i chirurghi della spalla più esperti, numerose esperienze in cui ci si trova a discutere con calciatore, club e procuratori circa la liceità di sottoporre l'atleta, infortunato per la prima volta, ad un intervento come quello di Latarjet (che consente un recupero spesso completo in tre mesi con recidive inferiori al 3%) piuttosto che ad una capsuloplastica con riparazione anatomica delle strutture (che consente un recupero dell'attività piena mediamente in 4-5 mesi e gravata da un tasso di recidiva più elevato, dal 5 al 20%).

Quale trattamento conservativo?

Dopo la diagnosi e la manovra riduttiva, la scelta del trattamento conservativo passa per l'immobilizzazione dell'arto affetto in tutore. Generalmente la condotta adottata è l'immobilizzazione in rotazione interna. In tal caso studi hanno dimostrato l'inutilità nel mantenere il tutore per più di una settimana.

Nel 2003 Itoi propose l'immobilizzazione in rotazione esterna sostenendo

che tale condotta portasse ad una migliore guarigione delle lesioni al labbro glenoideo.

Nel suo studio prospettico multicentrico ha avallato la tesi dimostrando una minore recidiva di lussazione nel gruppo di pazienti trattati con tutore in extra-rotazione. In una recente metanalisi tuttavia, nonostante la posizione porti il labbro glenoideo lesionato in una posizione più prossima alla glena, aumentando la possibilità di guarigione, non è stato dimostrato un beneficio in termini di recidiva di lussazione.

Che ruolo gioca il ruolo?

Il ruolo rivestito dal calciatore rappresenta anch'esso una questione piuttosto dibattuta: il portiere, oltre a subire un maggior numero di infortuni dell'arto superiore è ovviamente più esposto rispetto ad esempio ad un centrocampista al rischio di recidiva in caso di trattamento chirurgico.

Questa considerazione potrebbe in qualche modo influire sulla scelta del tipo di intervento, riservando a ruoli maggiormente esposti tecniche chirurgiche che consentano di ridurre la possibilità che la lussazione accada nuovamente.

A smentire però quest'ultima riflessione c'è, come spesso accade, il campo.

Uno dei più grandi portieri di tutti i tempi, Gianluigi Buffon, il 15 agosto 2005, durante un incontro del trofeo Berlusconi contro il Milan, riportò una lussazione gleno-omale.

Operato in artroscopia dopo due giorni, ritornò in campo dopo poco più di tre mesi e da allora rappresenta un vanto per il calcio nazionale italiano.

Lettere consigliate

- Cowling PD, Akhtar MA, Liow RY. What is a Bristow-Latarjet procedure? A review of the described operative techniques and outcomes. *Bone Joint J.* 2016 Sep;98-B(9):1208-1214. doi: 10.1302/0301-620X.98B9.37948.
- Ejnisman B, Barbosa G, Andreoli CV, et al. Shoulder injuries in soccer goalkeepers: review and development of a FIFA 11+

shoulder injury prevention program. *Open Access Journal of Sports Medicine.* 2016;7:75-80. doi:10.2147/OAJSM.S97917.

- Ekstrand J, Hagglund M, Walden M. Injury incidence and injury patterns in professional football: the UEFA injury study. *Br J Sports Med.* 2011;45(7):553-558.
- Gomoll AH, Kang RW, Williams JM, Bach BR, Cole BJ. Chondrolysis after continuous intra-articular bupivacaine infusion: an experimental model investigating chondrotoxicity in the rabbit shoulder. *Arthroscopy.* 2006;22(8):813-819.
- Hansen BP, Beck CL, Beck EP, Townsley RW. Postarthroscopic glenohumeral chondrolysis. *Am J Sports Med.* 2007;35(10):1628-1634.
- Itoi E, Hatakeyama Y, Sato T, Kido T, Minagawa H, Yamamoto N, et al. Immobilization in external rotation after shoulder dislocation reduces the risk of recurrence. A randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89(10):2124-2131.
- Kang RW, Frank RM, Nho SJ, Ghodadra NS, Verma NN, Romeo AA, et al. Complications associated with anterior shoulder instability repair. *Arthroscopy.* 2009;25(8):909-920.
- Longo UG, Loppini M, Berton A, Martinelli N, Maffulli N, Denaro V. Shoulder injuries in soccer players. *Clin Cases Miner Bone Metab.* 2012;9(3):138-141.
- Orchard J. Management of muscle and tendon injuries in footballers. *Aust Fam Physician.* 2003 Jul;32(7):489-493.
- Paterson WH, Throckmorton TW, Koester M, Azar FM, Kuhn JE. Position and duration of immobilization after primary anterior shoulder dislocation: a systematic review and meta-analysis of the literature. *J Bone Joint.*
- Polyzois I, Dattani R, Gupta R, Levy O, Narvani AA. Traumatic First Time Shoulder Dislocation: Surgery vs Non-Operative Treatment. *Archives of Bone and Joint Surgery.* 2016;4(2):104-108.
- Primary Repair Versus Conservative Treatment of First-Time Traumatic Anterior Dislocation of the Shoulder: A Randomized Study With 10-Year Follow-up. *Jakobsen, Wulff, et al. Arthroscopy.* 23;2:118-123.
- Sedek SM, Bin Abd Razak HR, Ee GW, Tan AH. First-time anterior shoulder dislocations: should they be arthroscopically stabilised? *Singapore Medical Journal.* 2014;55(10):511-516. doi:10.11622/smedj.2014132.
- Terra BB, Ejnisman B, Figueiredo EA, et al. Arthroscopic treatment of glenohumeral instability in soccer goalkeepers. *Int J Sports Med.* 2013;34(6):473-476.
- Wintzell G, Hovelius L, Wikblad L, Saebo M, Larsson S. Arthroscopic lavage speeds reduction in effusion in the glenohumeral joint after primary anterior shoulder dislocation: a controlled randomized ultrasound study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2000;8(1):56-60.