

# Acromionplastica artroscopica: trattamento eziologico o sintomatico? Indicazioni e limiti

## *Arthroscopic acromioplasty: symptomatic or aetiological treatment. Indications and limits*

COLETTI N., REBUZZI E., PANNONE A., MONTELEONE G.<sup>2</sup>, SCHIAVETTI S., DE NICOLA U.

*Divisione Ortopedia e Traumatologia A.S.L. n. 9 Regione Veneto — Oderzo/Treviso*

*Primario: Prof. U. De Nicola*

*<sup>2</sup>Scuola Specializzazione in Ortopedia - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"*

*Direttore: Prof. M. Monteleone*

DOI: 10.12920/riv.patol.appar.locomot.1999.02

### RIASSUNTO

Attraverso un accurato esame analitico dei risultati clinici a medio termine di un gruppo di 30 pazienti sottoposti ad intervento di acromionplastica in artroscopia, vengono confrontati gli obiettivi terapeutici prefissati con gli esiti prodotti dalla decompressione artroscopica.

Avvalendosi sia della scheda a punti di Constant per la valutazione clinica che di esami radiografici e in risonanza magnetica, gli autori analizzano gli insuccessi ricercando le possibili cause di fallimento.

### SUMMARY

By means of an accurate analytical examination of medium term clinical results of 30 patients who have undergone operations for acromioplasty in arthroscopy, we have compared the pre-set therapeutic objectives with the results produced by arthroscopic decompression. Using both Constant's scale for the clinical evaluation and the radiographic and RM examinations, the researchers analyse the failures seeking the possible causes for the failures.

### PAROLE CHIAVE:

Acromionplastica—Decompressione—  
Fallimento

### KEY WORDS:

Acromioplasty—Decompression—Failure

**N**elle cosiddette sindromi conflittuali della spalla occorre sempre considerare, accanto ad un conflitto primario (meccanico sec. Neer), la possibilità di un conflitto secondario per decentramento della testa omerale. Le cause di tale decentramento possono essere assai diverse: lesioni tendinee di tipo degenerativo parziali o rotture complete della cuffia e/o del capo lungo del bicipite, lesioni tendinee traumatiche da sovraccarico, calcificazioni, retrazioni capsulari, deformazioni del trochite e della coracoide post-trauma, disequilibri muscolari, instabilità maggiori (TUBS e AMBRI) o minori (AIOS). E' fondamentale dunque porre una corretta diagnosi eziopatogenetica della sindrome conflittuale per l'eventuale indicazione all'acromionplastica.

Attraverso un accurato esame analitico,

dei singoli risultati clinici a medio termine (con follow-up minimo 1 anno) di un gruppo di 30 pazienti sottoposti ad intervento di acromionplastica in artroscopia, sono stati confrontati gli obiettivi terapeutici prefissati (tab. 1) con gli esiti prodotti dalla decompressione artroscopica (tab. 2a e tab. 2b).

In particolare tali controlli sono stati condotti, in prima verifica, da un collega esterno alla struttura utilizzando la scheda di valutazione a punti di Constant, gli esami radiografici e/o la Risonanza Magne-

tica. Talvolta abbiamo anche potuto disporre di osservazioni artroscopiche realizzate durante interventi di revisione. La ricerca delle possibili cause di insuccesso sia nella sfera delle indicazioni che nella tecnica chirurgica è stata l'oggetto primario della nostra revisione casistica.

#### DISCUSSIONE

Il tempo artroscopico "diagnostico" per coloro che prediligono la chirurgia aperta dovrebbe precedere sempre l'atto chirurgico poiché è possibile con tale tecnica evita-

### INDICAZIONI

"S.conflitto"

(dolore da più di 6 mesi)

ACROMION TIPO II-III

IN PRESENZA DI LESIONI CUFFIA  
RIPARATE

Tab. 1

### RISULTATI

Eccellenti 100-90 punti:	6
Buoni 89-70 punti:	16
Discreti 69-50 punti:	8
Soddisfacenti 49-30 punti:	-
Cattivi <30 punti:	-

Tab. 2a

### RISULTATI

#### Analisi dei "DISCRETI"

Dolore	75%
Deficit forza	100%
Limitazione del movimento	100%
Att. quotidiane	100%

Tab. 2b

### DISCUSSIONE

#### Tratt. eziologico o sintomatico?

Z.G. A.53: artrosi a-claveare  
 B.G. A.69 M: lesione massiva cuffia  
 B.E. A.57: les. massiva cuffia/rip.parz.  
 A.F. A.67: les.parz.sovraspinoso non tratt.  
 B.V. A.45: tendinopatia capo lungo/acromion II  
 F.S. A.55: les. sovrasp.ampia con retr. alla glen.  
 D.A. A.57: inst. min. ALPSA cr./acromion III  
 M.R.A.47: rott. CLB/osteofita ant. acromiale

Tab. 3

re di sottovalutare alcune lesioni talvolta poco evidenti all'esame clinico ed alle metodiche di imaging. Infatti talvolta possono essere misconosciute lesioni quali SLAP, lesioni cartilaginee, del cercine, del sottoscapolare etc. che rappresentano la vera causa del conflitto e l'obiettivo reale del trattamento chirurgico.

In sede di valutazione dei risultati abbiamo sottoposto i casi con esito negativo ad un'indagine più approfondita (tab.3) che ha messo in evidenza condizioni patologiche sottostimate al momento dell'intervento. Tali condizioni sono probabilmente responsabili del basso punteggio riscontrato al controllo clinico a distanza (punteggio a nostro avviso suscettibile di peggioramento in successivi controlli).

Si tratta comunque di un'indagine eseguita su un campione che presenta, come molti altri in letteratura, precisi limiti statistici. Infatti, oltre ad essere caratterizzato da un limitato numero di casi e da un ridotto follow-up, non costituisce un campione omogeneo (per tipo di lesione, età, sesso, etc.).

Il conflitto dei tendini della cuffia dei rotatori contro le strutture dell'arco coraco-acromiale è la conseguenza di differenti patologie che possono originare sia dalla cuffia che dalle strutture osteolegamentose che delimitano lo spazio subacromiale (Odella F, 1996)

In conclusione i nostri insuccessi sono dovuti più ad una errata valutazione o sottovalutazione diagnostica che ha comportato un "erroneo", o "sintomatico", trattamento piuttosto che ad una inappropriata esecuzione tecnica dell'acromionplastica artroscopica. Infatti spesso, almeno in passato, il trattamento decompressivo è stato utilizzato con una certa superficialità di indicazione ipotizzando comunque l'effetto antalgico del gesto chirurgico, addirittura come gesto "superfluo", sottovalutando

invece le cause reali che hanno determinato la condizione morbosa di "conflitto" e trascurando così la possibilità di ricercare il reale trattamento eziologico.

#### BIBLIOGRAFIA

- BIGLIANI L.U., MORRISON D., APRIL E.W., The morphology of the acromion and its relationship to rotator cuff tears. *Orthop. Trans.* 10, 228, 1986
- GARTSMAN G.M., Arthroscopic acromioplasty for lesions of the rotator cuff. *J. Bone Joint Surg. (Am)* 72, 169, 1990
- HAWKINS R.J., CHRIS T., BOKOR T., KIEFER G., Failed anterior acromioplasty, a review of 51 cases. *Clin. Orthop.* 243, 106, 1989
- JOBE F.W., Operative techniques in Upper Extremity in Sports Injuries Pag. 210 - 244. Mosby Ed., 1996
- MATSEN F.A., III et al. Manuale pratico di valutazione e trattamento della spalla. Cap. 4, W.B. Saunders 1994, Verduci Editore 1995
- NEER C.S., II Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. *J. Bone Joint Surg. (Am)* 54, 41-50, 1972
- NEER C.S., II Impingement lesions. *Clin. Orthop.* 173, 70 - 77, 1983
- ODELLA F., Le sindromi conflittuali della spalla. Atti del III Corso Internazionale di Chirurgia della Spalla. Milano 24 - 26 Ottobre 1996
- ROCKWOOD C.A. JR., MATSEN F.A. III, The Shoulder. I edition, 2° vol., 647 - 677, W.B. Saunders, 1990
- UTHOFF H.K., SARKAR K., Classification and definition of tendinopathies, basic science and clinical application in the athlete's shoulder. *Clin. Sports Med.* 10 (4), 707 - 720, 1991
- SNYDER S.J., Shoulder Arthroscopy. Pag. 133 - 178, Mc Graw & Hill Ed. Inc., 1990