

L'ESAME DELLA SPALLA NELL'ADULTO

Dr. P.J. WALLERICH - Hopital Nancy

Realizzazione grafica a cura della Clinica Ortopedica e Traumatologica
dell'Università degli Studi di Parma
ad uso degli allievi della Scuola di Specializzazione di Ortopedia e
Traumatologia

RICORDI ANATOMICI E FISIOLGICI

1° Anatomia

La spalla corrisponde ad un "complesso articolare" formato da 5 articolazioni:

- a) **Scapolo omerale:** articolazione vera nel senso anatomico del termine. Mette in contatto le superfici articolari della testa omerale e della glenoide scapolare. E' l'articolazione principale.
- b) **Sotto-deltoidea:** essa permette, grazie ad una vasta borsa sierosa, lo scivolamento della faccia profonda del deltoide sulla cuffia dei rotatori, inserendosi sull'estremità superiore dell'omero. Essa è meccanicamente legata alla scapolo-omerale.
- c) **Scapolo-toracica:** essa permette i movimenti della scapola in rapporto al torace grazie a due spazi di scivolamento situati sulle facce del muscolo gran dentato. E' l'articolazione principale della cintura scapolare.
- d) **Acromion-claveare:** articolazione vera (artrodia) che mette in contatto l'estremo esterno della clavicola e l'angolo superiore esterno dell'acromion.
- e) **Sterno-costo-clavicolare:** essa riunisce l'estremità mediale della clavicola, lo sterno e la prima costa.

Queste articolazioni intervengono in proporzioni diverse nei differenti movimenti della spalla. Esse sono animate da numerosi gruppi muscolari .

2° Fisiologia

La definizione e l' ampiezza dei movimenti elementari la spalla iniziano a partire dalla posizione di riferimento che è la posizione anatomica con il palmo della mano orientato verso l'interno.

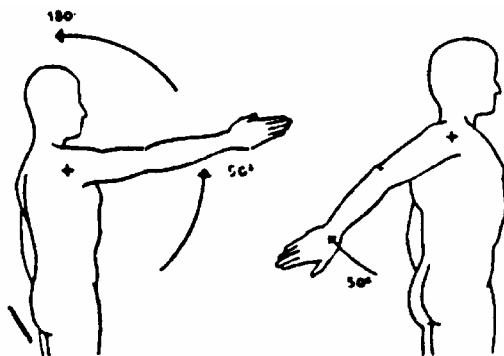


Fig. 1: **Flessione - Estensione**

a) **Flessione-estensione:**

definita attorno ad un'asse trasversale, essa s'effettua su un piano sagittale. La flessione anteriore o antepulsione consiste nell' elevazione dell 'arto in avanti fino alla verticale. La sua ampiezza è teoricamente di circa 180°. L'estensione o retropulsione, movimento inverso, non supera i 50° (v. fig. 1).

b) Abduzione-adduzione:

definita attorno ad un'asse orizzontale e sagittale, essa si effettua su un piano frontale.

L'abduzione consiste nell'elevazione dell'arto sul lato fino alla verticale. La sua ampiezza teoricamente è di circa 180°. La posizione finale è conseguentemente la stessa di quella ottenuta con la flessione, con la differenza che mentre nella flessione il palmo guarda verso l'interno, nell'abduzione guarda verso l'esterno. L'adduzione consiste nell'avvicinare l'arto dall'asse del corpo sul piano frontale. Per potersi effettuare, essa si combina con la flessione o con l'estensione. La sua ampiezza è di circa 30° (figg. 2 e 3).

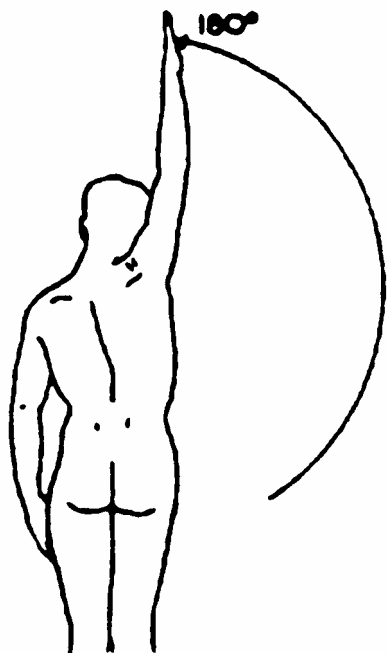


Fig. 2: **Abduzione**

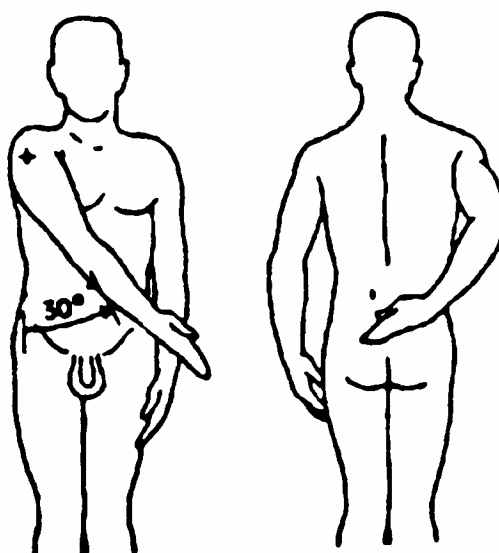


Fig. 3: **Adduzione**

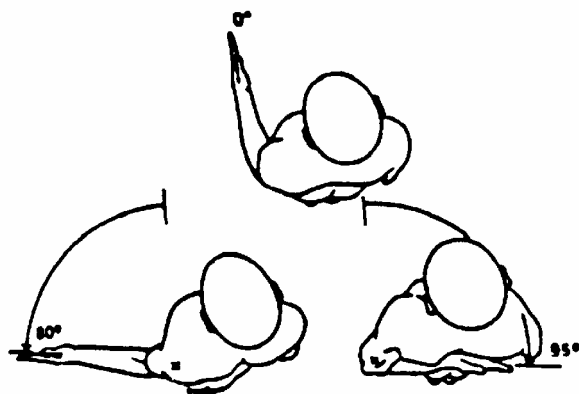


Fig. 4: **Rotazione interna ed esterna**

c) Rotazione esterna-interna:

Essa si effettua attorno ad un'asse verticale. Per essere apprezzata senza l'intervento della pronosupinazione, movimento di competenza dell'avambraccio, è necessario che il gomito sia flesso a 90° e si misura dall'angolo formato tra le 2 posizioni a cui giunge l'avambraccio.

La rotazione esterna porta l'avambraccio in fuori e non supera gli 80°. La rotazione interna, impedita dal tronco, supera leggermente i 90°.

Essa è ben apprezzata domandando al soggetto di appoggiare la propria mano contro la schiena, più in alto possibile, fino a raggiungere le vertebre dorsali più alte (v.fig.4).

Da notare che la rotazione assiale del braccio può effettuarsi in tutte le posizioni della spalla, con ampiezze variabili che dipendono da questa posizione. Si definiscono così 3 rotazioni esterne:

RE1 - rotazione esterna in posizione di riferimento(gomito al corpo);

RE2 - rotazione esterna a 90° d'abduzione;

RE3 - rotazione a 90° di flessione anteriore.

ESAME CLINICO DELLA SPALLA

Sempre bilaterale e comparativo, deve essere effettuato sul paziente a dorso nudo.

1. ANAMNESI

Inizia con il precisare:

- a) età del paziente, professione, se è destrimano, mancino o ambidestro;
- b) precedenti traumi o patologie locali o generali;
- c) malattie associate;
- d) data inizio, fattore scatenante ed evoluzione dei disturbi;
- e) tipo di sintomatologia:



ENQUETE ANAMNESTIQUE

1° DOLORE (spesso è il segno d'allarme).

- Sede:
 - abitualmente esterno, a livello della spalla,
 - talvolta più basso, nel punto d'inserzione omerale del deltoide,
 - o anteriore, nel solco deltoideo-pettorale,
 - perfino profondo nel cavo ascellare.
- Irradiazioni:
 - verso il basso a tutto l'arto superiore fino alla mano (lato ulnare e soprattutto 4° e 5° dito) fino a dare la sindrome spalla-mano;
 - verso l'alto, fino al collo o alla nuca, seguendo il bordo del trapezio;
- Orario: diurno o notturno.
- Ritmo meccanico o infiammatorio
- Tipo, intensità, modo di insorgenza, brutale o progressivo, movimenti che lo esacerbano (arco doloroso), traumi, evoluzione caratterizzata da esacerbazioni o complicazioni dolorose acute.
- f) i trattamenti già prescritti e la loro efficacia.

2° DISTURBO FUNZIONALE

Deriva da una limitazione funzionale delle escursioni articolari, dovute al dolore o ad una rigidità meccanica, a timore o a una diminuzione reale della forza muscolare; esso rende difficili i movimenti della vita quotidiana: vestirsi, pettinarsi, radersi, ecc.

3° INSTABILITA'

Generalmente consecutiva a delle escursioni articolari forzate esacerbate talvolta dal dolore, o semplicemente secondaria a gesti della vita quotidiana, come ad esempio indossare gli abiti, pettinarsi ecc.

2. ISPEZIONE

- a) ricerca di tumefazione, edema, amiotrofia, ecc.
- b) controllo dello stato della cute: rossore, ecchimosi, ferite, ecc.
- c) confrontare la simmetria dei reperi anatomici.

1) Anteriormente

- contorni della spalla: deltoide;
- concavità supero esterna del bordo libero del trapezio;
- regione pettorale e solco deltoideo-pettorale .

2) Posteriormente

- prominenza clavicolare e fossetta sotto-clavicolare;
- spina della scapola;
- fossa sotto-spinosa;
- trapezio;

3) Profilo

- "V" deltoideo;
- Acromion;

3. PALPAZIONE

a) Riconoscere i reperi ossei:

- Clavicola: palpabile su tutta la sua lunghezza dall 'articolazione sterno-claveare all' interno, fino all' articolazione acromion-claveare all 'esterno.
- Spina della scapola e acromion, il cui bordo posteriore strapiomba sulla testa dell 'omero. A livello della porzione posteroesterna, il dito trova una depressione normale: la fossa sotto-acromiale posteriore.
- L'articolazione acromionclaveare è normalmente mal palpabile.
- La gabbia toracica è accessibile dal fondo del cavo ascellare.

b) Ricerca dei punti dolorosi tendinei o muscolari:

- Al polo superiore del trochite in caso di tendinite inserzionale del sovraspinoso o di rottura della cuffia dei rotatori.
- Nel solco bicipitale in caso di tendinite del capo lungo del bicipite. - Nella fossa sovraspinoso in caso di tendinite del sovraspinoso.
- A livello dell'inserzione del deltoide sull'omero in caso di patologia inserzionale del deltoide.

4. VALUTAZIONE DELLA MOBILITA' ARTICOLARE

a) Mobilità passiva:

essa viene esplorata nel soggetto seduto o coricato, ben rilasciato, sforzandosi di ottenere il miglior rilassamento muscolare possibile.

L'esaminatore si mette dietro il malato e muove il braccio del paziente nei diversi settori dell'articolazione normale della spalla.

N.B.- L' abduzione della gleno-omerale può essere apprezzata soltanto bloccando con una mano la punta del la scapola (manovra di Desault): ci si oppone così all'abduzione della scapolotoracica. Una limitazione delle escursioni passive dell'articolazione fa sospettare innanzi tutto una "capsulite adesiva" o una "spalla congelata".

b) Mobilità attiva:

essa viene esplorata domandando al soggetto in piedi di muovere l'arto superiore nei diversi settori di mobilità della spalla, in modo analitico, al fine di ritrovare una limitazione di un movimento particolare, o un dolore elettivo durante un movimento elementare.

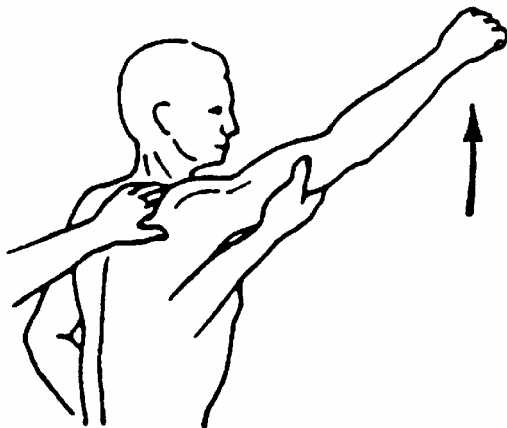
Si definisce ARCO DOLOROSO il range di mobilità che risveglia il dolore. La mano dell'esaminatore, piazzata sulla spalla dolorosa può apprezzare un eventuale conflitto, accorgersi di uno scatto doloroso, riproducibile quando il soggetto descrive l'arco doloroso.

Spesso situato tra i 50° e gli 80° d'abduzione, l'arco doloroso è un segno certo di conflitto subacromiale e a maggior ragione, esso s'accompagna ad un dolore brusco.

5. RICERCA DI UN CONFLITTO SUB-ACROMIALE.

Nel corso dell'ultimo decennio, l'esame clinico della spalla si è affinato grazie alle osservazioni clinico-chirurgiche di Autori come Neer, Watson, Cofield. La comparsa, nel '72, del concetto di "Impingement Syndrome" di "spalla conflittuale", dona al quadro così frequente di lesione della cuffia dei rotatori la sua unità nosologica, comprendendo ciò che costituiva un tempo la periartrite scapolo-omerale.

I tests dinamici qui sotto descritti cercano d'apprezzare la funzione ed anche l'integrità dei differenti costituenti la cuffia dei rotatori.



a) Segno di NEER:

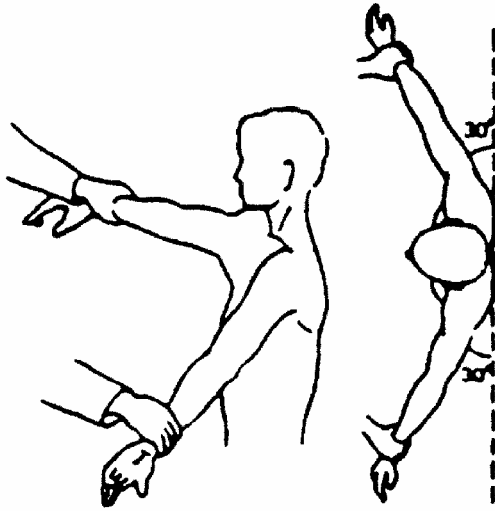
L'esaminatore si mette dietro il paziente che è seduto (schema 1°).

La rotazione della scapola è impedita da una mano, mentre l'altra solleva il braccio del soggetto in avanti producendo insieme:

- una flessione anteriore,
- una abduzione di 30°,
- una rotazione interna.

Schema 1 : **NEER**

Questo crea un conflitto tra il trochite e il bordo anteroinferiore dell'acromion, e risveglia un dolore elettivo accusato dal paziente.



Schema 2: **JOBE**

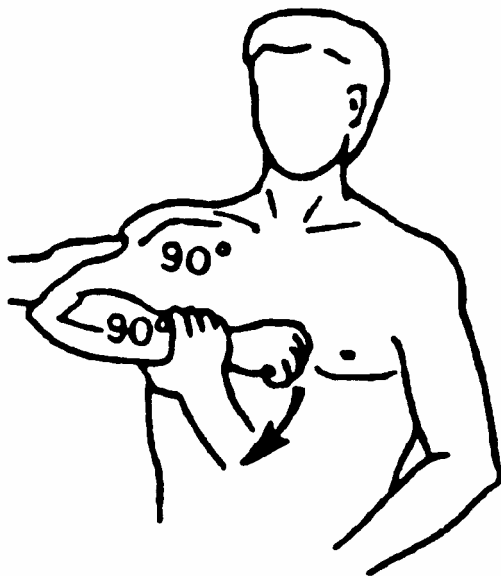
b) Segno di **JOBE**:

L'esaminatore è in piedi davanti al paziente, che porta gli arti superiori (schema 2°) in:

- 90° d'abduzione
- 30° di flessione anteriore orizzontale
- rotazione interna tale che i pollici siano diretti verso il basso.

Il paziente tenta allora d'alzare i 2 arti in abduzione contro la resistenza dell'esaminatore. In questa situazione, tutti i muscoli della cuffia dei rotatori sono silenti sul piano elettromiografico, eccetto il sovraspinoso che lavora in sinergia col deltoide. Se

esiste una tendinite del sovraspinoso, questa manovra risveglia un dolore nel paziente. Se esiste una rottura del sovraspinoso, qualunque cosa faccia il paziente, egli non potrà resistere alla pressione dell'esaminatore ed il braccio cadrà. Si tratta del segno più importante e più sicuro riguardo lo stato del tendine del sovraspinoso. Esso permette in più dell'80% dei casi di confermare la rottura del tendine senza l'aiuto dell'artrografia.

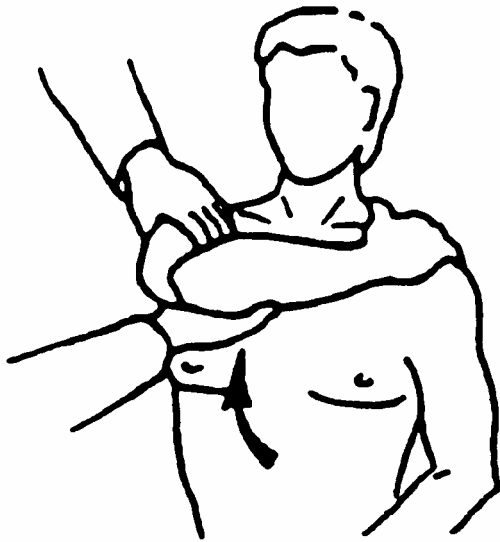


Schema 3: **HAWKINS**

c) Segno di **HAWKINS**:

L'esaminatore si mette di fronte al paziente. Egli solleva il braccio del soggetto fino a 90° di flessione anteriore stretta, con il gomito flesso a 90°, ed imprime quindi un movimento di rotazione interna alla articolazione gleno-omeroale, abbassando l'avambraccio (schema 3°).

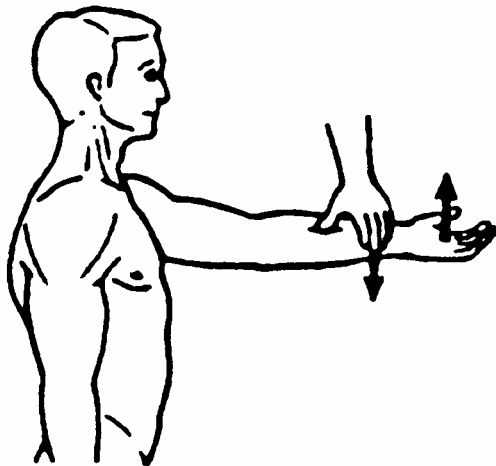
Si produce così un conflitto tra trochite e legamento coracoacromiale, causa di dolori immediatamente accusati dal paziente.



Schema 4: YOCUM

d) Segno di YOCUM:

La mano della parte della spalla da esaminare è posta sulla spalla controlaterale e si domanda al soggetto di alzare il gomito senza alzare la spalla (schema 4°). Si produce subito un conflitto tra trochite ed il legamento acromioncoracoideo, poi tra trochite ed un eventuale osteofita inferiore dell'articolazione acromion-clavicolare.

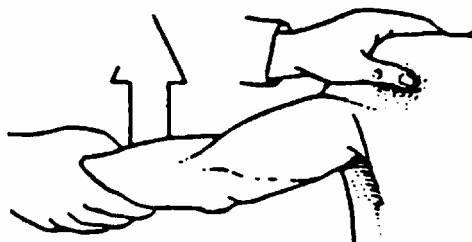


Schema 5: PALM UP TEST

e) Palm-up test:

L'esaminatore è davanti al paziente e s'oppone all'innalzamento in flessione anteriore dell'arto superiore posto in estensione e rotazione esterna (cioè col palmo della mano verso l'alto (schema 5°).

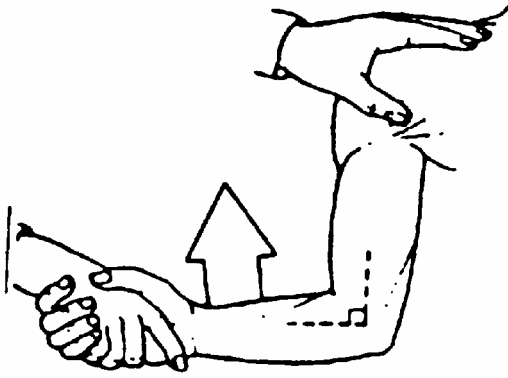
Questo movimento, quando è doloroso, depone per una tendinite del capo lungo del bicipite.



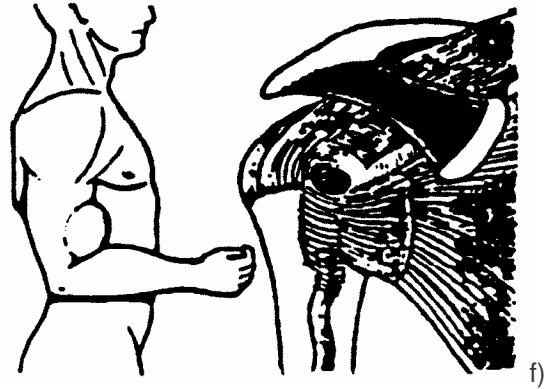
Schema 6: TEST DEL CLB

Altri segni confermeranno la patologia a carico del capo lungo del bicipite:

- La palpazione dolorosa del tendine nel solco intertuberositario (schema 6°).
- La flessione ostacolata dell'avambraccio sul braccio ritrova talvolta una "bozza" muscolare che testimonia la rottura completa del tendine del capo lungo del bicipite (schemi 7° e 8°).
- La supinazione ostacolata, con gomito flesso a 90°, scatena il dolore.



SCHEMA 7: TEST DEL CLB



Schema 8: ROTTURA CLB



Schema 9: PATTE

Manovra di PATTE:

Con essa si esamina la rotazione esterna (schema 9°).

Il paziente mette il proprio braccio in:

- abduzione a 90°
- rotazione esterna a 90° con la mano in alto.

L'esaminatore sta dietro al malato e tiene il gomito fermo con una mano, mentre con l'altra s'opponne al movimento forzato di rotazione esterna esercitando una forza contraria dal dietro con il polso. Il dolore posteriore indica una tendinite del sottospinoso ed una diminuzione della forza depone per una possibile rottura muscolare.



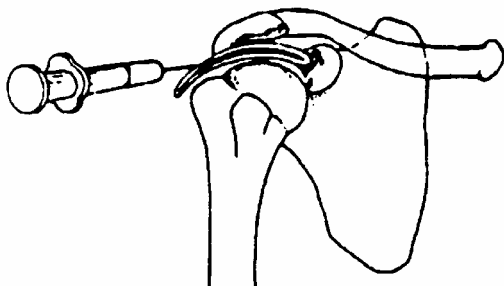
SIGNE DU COUP DE POING

g) Segno del pugno:

L'esaminatore chiede al malato di dargli un pugno sul viso, mantenendo il braccio a 90° di abduzione e 90° di flessione del gomito, con la mano che guarda in avanti a 60-80° di rotazione esterna. Il malato deve dunque effettuare un movimento di rotazione interna e di antepulsione, movimento che sarà bruscamente fermato dall'esaminatore. Quando il malato inizia il gesto, compare sul suo viso una smorfia che si accentua quando il medico blocca brutalmente il gesto del malato .

h) Segno del brusco passaggio di DAWBARN:

Consiste in un difficile passaggio tra 60°-80° d'abduzione con netta percezione di uno scroscio da conflitto.



SCHEMA 10: TEST DI NEER

i) Test del conflitto:

Ideato da Neer per identificare una sindrome da conflitto nei casi dubbi. Esso consiste nell' iniezione di 10 cc di Xylocaina all' 1% nella borsa sierosa subacromiale: si allevia completamente il dolore se la diagnosi è esatta (schema 10°).

J) Classificazione di NEER:

Il confronto dei dati clinici e anamnestici permette di classificare i pazienti affetti da un conflitto sub-acromiale in 3 stadi definiti da NEER.

In un adulto giovane, un fattore eziologico può essere l' utilizzazione prolungata del braccio al di sopra della testa, o la ripetizione esagerata dei movimenti di elevazione in rotazione interna che si ha nello sport (judoki, tennisti, pallavolisti, ginnasti, nuotatori, ecc.) o in certi lavori (facchini, manovali, garagisti, muratori, imbianchini, ecc.).

Il deltoide riesce a sopportare un eccesso di lavoro a causa del suo volume e della sua potenza; al contrario ciò non riesce alla cuffia dei rotatori. Nel soggetto vicino alla cinquantina, il fattore scatenante è spesso banale: tagliare la siepe, imbiancare il soffitto, lavare i vetri, ecc. Ciò esprime l' improvvisa e inabituale sollecitazione della spalla, resa possibile da un deltoide ben sviluppato, ma che non tiene conto di una cuffia atrofica e non allenata.

Stadio 1 Soggetti giovani di meno di 25 anni, con sovraccarico della spalla sul piano sportivo o professionale. Questo stadio può avvenire anche nell' adulto che fa sforzi intensi e incostanti. La sua caratteristica essenziale è la seguente: un dolore che compare dopo sforzo, spesso la notte o il giorno seguente. Tale dolore è poco importante e scompare spontaneamente con il riposo. Esso corrisponde sul piano anatomo-patologico alla esistenza di un edema con micro-emorragie a livello della borsa sierosa e dei tendini della cuffia dei rotatori.

Stadio 2 E' dovuto alla ripetizione dello Stadio 1 che conduce ad una fibrosi della borsa subacromiondeltoidea, ad una tendinite del sovraspinoso e/o del capo lungo del bicipite. Si tratta di soggetti di meno di 40 anni nei quali la funzione della spalla è soddisfacente per una attività leggera, ma essa diventa dolorosa al minimo sovraccarico col braccio al di sopra della testa. Il dolore è dunque risvegliato dall'attività o compare durante questa e quindi la limita.

Stadio 3 Si tratta di soggetti di più di 40 anni, ma può presentarsi anche in soggetti più giovani. Caratteristica essenziale: è un dolore permanente che non s'allevia (spalla dolorosa cronica), risveglia talvolta il malato durante la notte e gli impedisce sempre di dormire sopra la propria spalla. La rottura tendinea è possibile, ma non obbligatoria; essa può essere pregressa, confermata da una artrografia, o recente, con un quadro di spalla pseudoparalitica.

6. VALUTAZIONE DELLA STABILITA' DELLA SPALLA.

Le instabilità di spalla costituiscono una patologia del soggetto più giovane spesso sportivo. Esse sono in generale la conseguenza di lesioni traumatiche e pongono problemi terapeutici dovuti alle esigenze funzionali richieste dai pazienti che ne sono affetti.

Si distinguono più tipi di instabilità cronica a seconda che questa sia anteriore, posteriore, inferiore o multidirezionale. La diagnosi può essere facilitata da un esame clinico adattato alla mobilità dell'articolazione, accompagnato da tutta una serie di test di stimolazione. Bisogna notare che i segni di lassità possono essere riscontrati nei soggetti normali e che essi sono significativi solo quando scatenano i sintomi già accusati dal malato.

a) Instabilità anteriore

Evidente in caso di lussazione anteriore, l'instabilità anteriore da sublussazione può già essere sospettata all'anamnesi, poichè il malato ha una sensazione di "fuoriuscita" della spalla in caso di determinati movimenti. Tuttavia più della metà dei pazienti non hanno mai avuto delle sensazioni d'instabilità. Il solo segno di allarme è un dolore o una sensazione di "braccio morto". L'instabilità anteriore è evidenziata da:

- Ricerca del cassetto anteriore
- 2 test di provocazione: il test del timore ed il test del lanciatore.

Poichè le instabilità multidirezionali sono spesso bilaterali, la si ricerca dapprima sulla spalla sana. Questo test è molto affidabile in caso di instabilità non traumatica.

1) Cassetto anteriore della spalla:

Esso viene ricercato sul paziente in decubito dorsale, ben rilassato. L'esaminatore è davanti alla spalla da esaminare; egli fissa la mano del paziente sotto il suo cavo ascellare. La spalla del paziente è piazzata a:

- 80°-120° d'abduzione.
- 0° -20° di flessione anteriore.
- 0° -30° di rotazione esterna.

Per esaminare una spalla destra, l'esaminatore tiene la spalla del paziente nella sua mano sinistra, il dito medio e l'indice sulla spina della scapola ed il pollice sulla coracoide per impedire i movimenti della scapola. Nella sua mano destra, egli prende il braccio del paziente e lo porta verso l'avanti creando un cassetto analogo a quello del ginocchio. Nelle instabilità multidirezionali, si può spesso riprodurre una sublussazione palpabile. Nelle post traumatiche bisogna talvolta andare oltre i 90° di

abduzione per avere un risultato positivo.

2) Test del timore (o apprensione):

L'esaminatore si pone dietro il paziente che è in posizione seduta confortevole, in abduzione di 90° con il gomito flesso a 90°. La manovra consiste in una rotazione esterna del braccio, tirando la mano del paziente verso l'indietro, mentre l'altra mano dell'esaminatore esercita una contropressione dall'indietro in avanti sulla testa omerale. Il test è positivo se il paziente accusa una sublussazione della spalla, una sensazione d'instabilità "come se la spalla stia per uscire" oppure se egli fa delle contrazioni muscolari incoscienti per evitare la manovra del test, prima di sentire consciamente l'inizio dello scivolamento della testa. Se in quel momento l'esaminatore effettua il test un po' più bruscamente, rischia di lussare la spalla. Un risultato positivo di questo test testimonia una instabilità anteriore e non esistono praticamente dei falsi positivi. Se durante questo test il malato prova dei dolori al posto dell'apprensione (timore), bisogna pensare ad un conflitto anterosuperiore.

3) Test del lanciatore:

Si tratta di un test attivo di apprensione. Se il test passivo è positivo, non è necessario effettuare il test attivo. In caso di dubbio o in caso di storia tipica con test di apprensione negativo, questo test del lanciatore è molto utile, perchè può essere il solo adatto a rivelare una instabilità antero-inferiore clinicamente importante.

Il malato è sul dorso; lo si informa che si cercherà di riprodurre i suoi sintomi e che esiste un piccolo rischio di sublussazione o anche di lussazione della sua spalla. La spalla è sulla perpendicolare del bordo del lettino da visita. Il braccio è in:

- abduzione da 80° a 100°
- retroversione di 20° circa
- rotazione esterna quasi massima.

Il braccio è dunque nella posizione del braccio del giocatore di pallamano nel momento in cui sferra il tiro. Il malato è allora tenuto a livello del suo polso e gli si domanda di fare il gesto del lancio della palla. Tale gesto attivo può riprodurre in maniera esattissima i dolori brutali del malato, provocati da sublussazione anteriore, sindrome del braccio morto o sublussazione evidente. Questo test è soprattutto necessario negli individui molto muscolosi con delle articolazioni poco mobili. Sembra che con questi sintomi, esistano solo 2 posizioni della testa omerale: la testa è sia centrata, sia francamente decentrata; non c'è transizione; mentre con il test dell'apprensione, si rivela facilmente l'inizio della transizione dalla posizione centrata verso la posizione decentrata.

b) Instabilità posteriore:

Essa può rivelarsi spontaneamente o dopo un trauma. La si trova spesso combinata ad una instabilità anteriore e/o inferiore. La patologia è spesso rivelata da un movimento volontario del paziente in antepulsione e rotazione interna che produca la sublussazione, o da una debolezza dolorosa dell'arto in antepulsione-rotazione interna. La diagnosi è possibile se il paziente può volontariamente lussare la propria spalla indietro e indica che questa lussazione è la causa del suo

problema.

In tutti questi malati la mobilità articolare è normale o esuberante. La forza della rotazione esterna con il gomito addotto al corpo è relativamente deficitaria.

Le sublussazioni posteriori possono essere riprodotte dal test del cassetto posteriore. Il malato è esaminato in decubito dorsale. Per esaminare la spalla sinistra, il medico si mette dietro la spalla vicino alla testa del malato, afferra il gomito del paziente con la sua mano sinistra e porta il braccio in abduzione di circa 90°. La mano destra afferra la scapola: l'indice ed il medio sono posti sulla spina posteriore e l'anulare dietro la testa omerale, mentre il pollice è appoggiato contro il bordo esterno della coracoide. Mediante un movimento coordinato, il braccio del malato è portato leggermente in adduzione orizzontale ed in rotazione interna, tirando dolcemente sopra il gomito lungo l'asse dell'omero e spingendo la testa omerale indietro con il pollice destro.

Una sublussazione posteriore e soprattutto una riduzione con scatto sono facilmente evidenziabili. Il cassetto posteriore è apprezzato dalla corsa del pollice lungo la coracoide e dall'urto della testa omerale contro l'anulare destro dell'esaminatore.

La sublussazione è spesso riconosciuta come l'origine dei disturbi e talvolta si scopre una apprensione da parte del paziente che dimostra il significato del test positivo. Ogni cassetto posteriore che s'accompagna ad un apprension test è significativo. Un cassetto posteriore positivo per sia per apprensione che per malessere soggettivo può essere l'espressione di una instabilità posteriore. Ma un cassetto posteriore si trova anche nei soggetti con lassità multidirezionale asintomatica.

c) Instabilità inferiore:

Essa è quasi sempre una componente dell'instabilità multidirezionale. La sua diagnosi è posta sulla messa in evidenza di un cassetto inferiore nel paziente in piedi con l'arto superiore pendente lungo il corpo in rotazione indifferente. L'esaminatore tira dolcemente nell'asse del braccio, verso il basso e si percepisce una sublussazione inferiore che si riduce con un leggero scatto.

d) Instabilità multidirezionale:

La definizione dell'entità dell'instabilità multidirezionale e la descrizione di un nuovo intervento chirurgico per il suo trattamento da parte di Neer e Foster, costituisce probabilmente il più grande contributo degli ultimi anni alla chirurgia delle instabilità della spalla.

Il quadro clinico raggruppa gli elementi delle differenti instabilità unidirezionali.

La storia è quella della lussazione atraumatica: prima lussazione senza traumatismo adeguato, sublussazioni o anche lussazioni ulteriori frequenti, indolori, senza traumatismo, sopraggiunte fin dell'adolescenza.

Le componenti anteriore e posteriore sono messe in evidenza dai cassette anteriori e posteriori positivi. Un risultato positivo al test del cassetto inferiore indica sempre una instabilità multidirezionale.

Le lassità multidirezionali sono quasi sempre bilaterali, ma esse sono solamente nel 50% dei casi associate ad una iperlassità generale.

L'iperlassità multidirezionale si trova anche nelle spalle soggettivamente normali ed in alcune instabilità uni- o pluridirezionali, mentre i test dei cassettei documentano l'iperlassità. E' la loro associazione con un appension test che indica la direzione di una eventuale instabilità sintomatica.

7. ESAME GENERALE

Non bisogna dimenticare che i dolori della spalla possono iscriversi nel quadro più ampio delle patologie loco-regionali o generali. In conseguenza, l'esame della spalla si integra nello schema dell'esame clinico globale.

a) Esame neurologico: deve essere effettuato SISTEMATICAMENTE:

1) Nevralgia cervico-brachiale:

Evocarla dinanzi a una spalla dolorosa con dei segni radicolari.

2) Paralisi d'origine nervosa:

- Radicolare (ernia discale C5-C6)
- Tronculare (nervo circonflesso, nervo sovrascapolare)
- Plessica (traumatica, primitiva: Parsonage e Turner).

Esiste spesso una patologia intricata (artrosi cervicale con irradiazione dolorosa sulla faccia esterna della spalla, associata ad una autentica patologia della cuffia dei rotatori).

b) Esame reumatologico:

- Artrosi acromion-clavicolare
- Artrosi sterno-clavicolare
- Artriti sterno-clavicolari infettive o infiammatorie
- Patologia ossea della scapola o dell'omero.

c) Esame vascolare:

Ricerca una sindrome del tratto cervico-toracico controllando i polsi a riposo e nei differenti settori di mobilità.

d) Esame toraco-addominale:

Numerose patologie viscerali intratoraciche e persino sottodiaframmatiche possono dare dei dolori che si proiettano alla spalla.

- Insufficienza coronarica (angina, infarto)
- Patologie pleuro-polmonari
- Coliche epatiche (dolori della spalla destra)
- Asesso sub-frenico
- Malattie del pancreas, del peritoneo, ecc.

IN CONCLUSIONE

L'esame "programmato della spalla" permette di orientare la diagnosi della malattia:

- verso le instabilità, i postumi delle lussazioni recidivanti,
- verso i conflitti, le rotture della cuffia dei rotatori.

N B. Ricordiamo che la celebre P.A.S.H. (Periartrite Scapolo Umerale) è oggi scomparsa e che questo termine deve scomparire dal linguaggio a beneficio di concetti più realistici che conservino una connotazione o fisiopatologica (conflitto con o senza rottura della cuffia) o clinica (spalla dolorosa semplice, rottura della cuffia, spalla congelata).

ARTICOLO TRATTO DAL SITO:

www.coopmmg.re.it