

5.1.4. VIE DI ACCESSO OPEN

Chiara Fossati^{1,2}, Pietro Simone Randelli¹⁻³

¹ Laboratorio di Biomeccanica Applicata, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano; ² UOC 1^a Clinica Ortopedica, ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO, Milano; ³ REsearch Center for Adult and Pediatric Rheumatic Diseases (RECAP-RD), Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano

pietro.randelli@unimi.it

Key words: accesso chirurgico, chirurgia di spalla, vie d'accesso open, trattamento chirurgico della spalla

Le vie d'accesso a cielo aperto del complesso articolare della spalla sono numerose e la loro scelta dipende dalla tipologia e dalla sede della patologia, e dalle preferenze del chirurgo.

La via d'accesso sicuramente più utilizzata per accedere all'articolazione gleno-omeroale (G/O) è rappresentata dalla via anteriore deltoideo-pectorale. Questo accesso si utilizza nella riduzione e sintesi di fratture dell'omero prossimale, nel trattamento dell'instabilità G/O anteriore (intervento di Latarjet) e posteriore (intervento di McLaughlin), nella chirurgia protesica e negli interventi oncologici. Il vantaggio di questa via d'accesso è che, in caso di necessità, può essere facilmente allargata distalmente verso la diafisi omerale. Il paziente viene posizionato in decubito supino o in posizione semi-seduta (o *beach chair*). I reperi cutanei sono rappresentati dal processo coracoideo e dai muscoli deltoide e gran pettorale che insieme delimitano il solco deltoideo-pectorale (Fig. 1a). Dopo l'apertura del piano cutaneo e sottocutaneo, si individua la vena cefalica che è posizionata proprio nel solco deltoideo-pectorale (Fig. 1b). Successivamente, si divarica il gran pettorale medialmente e il deltoide lateralmente. La vena cefalica più frequentemente viene divaricata lateralmente poiché sul versante deltoideo presenta più collaterali. Si giunge quindi, sul piano profondo, dove si individua la coracoide e il tendine congiunto del capo breve del bicipite e

del coracobrachiale (Fig. 1c). Il tendine congiunto rappresenta un importante reperi di sicurezza: medialmente ad esso, infatti, troviamo l'arteria ascellare e i rami del plesso brachiale. Incisa la fascia clavipettorale, si divarica medialmente il tendine congiunto, si pulisce la borsa del sottoscapolare sottostante e si individua il tendine del sottoscapolare (Fig. 1d). A questo livello, un importante punto di reperi è rappresentato dal tendine del capo lungo del bicipite che separa la grande tuberosità dalla piccola tuberosità e che si trova medialmente al tendine del gran pettorale. Per accedere all'articolazione G/O è necessario attraversare il muscolo sottoscapolare ed esistono diversi metodi possibili: si possono divaricare longitudinalmente (*split*) le fibre muscolari a metà altezza del muscolo sottoscapolare (accesso limitato all'articolazione, utilizzato solo nella procedura di Latarjet), si può effettuare un'osteotomia della piccola tuberosità o, più frequentemente, si esegue una tenotomia del tendine del sottoscapolare a circa 1-1,5 cm dalla sua inserzione sulla piccola tuberosità.

Un'altra via d'accesso utilizzata nella chirurgia di spalla è la via laterale (o transdeltoidea) che permette di eseguire suture a cielo aperto delle lesioni superiori della cuffia dei rotatori, di trattare le fratture dell'omero prossimale e di impiantare protesi inverse. Questa via ha il vantaggio di permettere un'ottima visuale delle tuberosità, della testa dell'omero e della glena, tuttavia questo accesso non può essere ampliato distalmente per il rischio di ledere il nervo circonflesso ascellare.

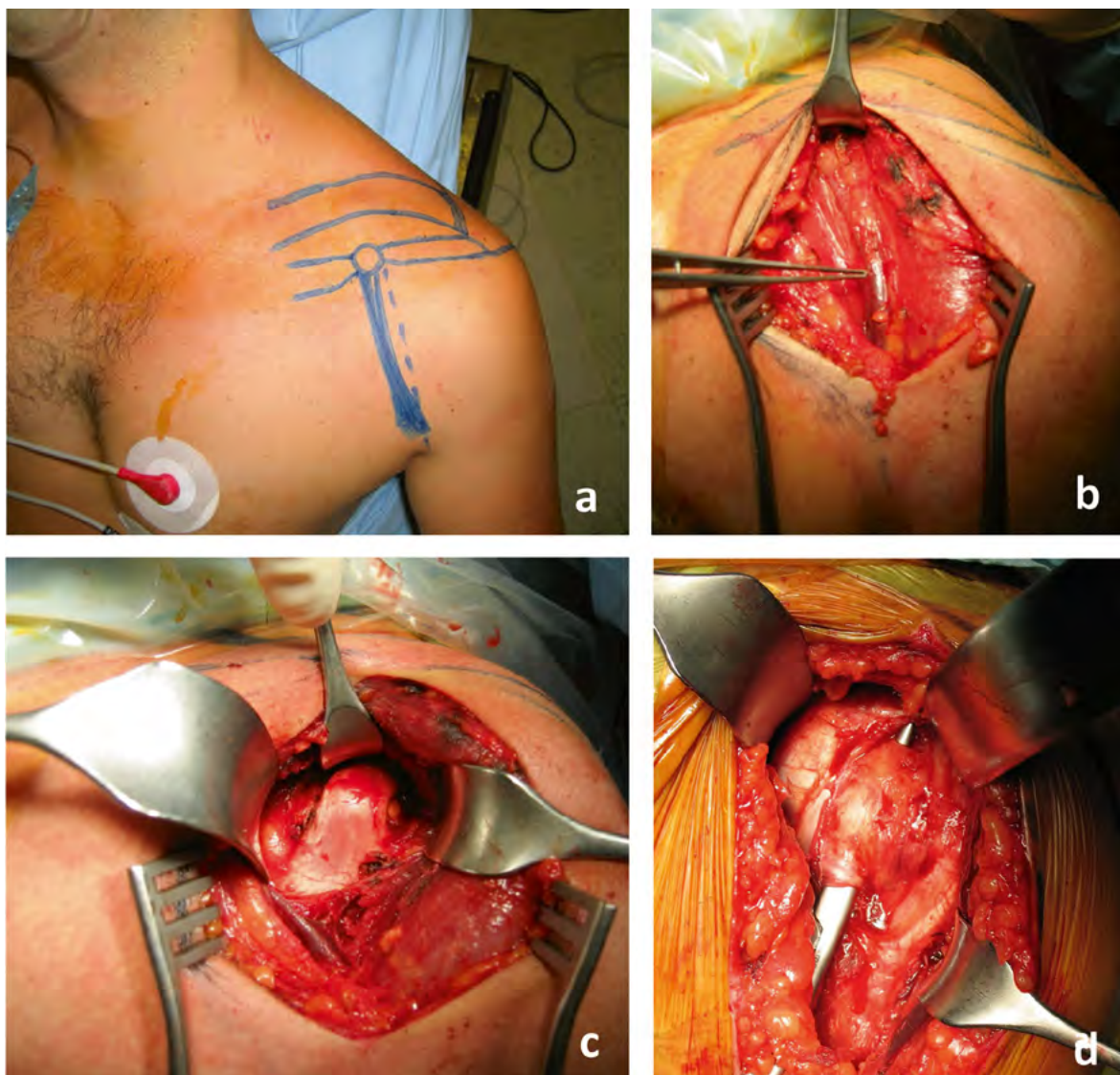


FIGURA 1. Via d'accesso deltoideo-pettorale. **A)** incisione cutanea che parte dal processo coracoideo e si prosegue nel solco deltoideo-pettorale. **B)** si individua la vena cefalica posizionata nel solco deltoideo-pettorale. **C)** si identifica il tendine congiunto. **D)** si individua il tendine del sottoscapolare.

Inoltre, il passaggio transdeltoideo può indebolire il muscolo deltoide che, in particolare nella protesi inversa, rappresenta il "motore" della spalla. Con il paziente in posizione semi-seduta, si esegue l'incisione cutanea, longitudinale di circa 5-6 cm, a partire dall'apice dell'acromion e si prolunga distalmente in direzione del margine laterale dell'omero. Si incide il deltoide lungo il decorso delle sue fibre e lo si divarica. Profondamente si

incide la borsa subacromiale e si espone la cuffia dei rotatori e l'estremo prossimale dell'omero. La via d'accesso posteriore è utilizzata raramente e permette di effettuare trattamenti per l'instabilità posteriore di spalla (innesti ossei glenoidei posteriori) e per le fratture della glena e del collo della scapola. Il paziente è posizionato in decubito laterale con il lato affetto verso l'alto. Si pratica l'incisione cutanea linearmente per l'intera

lunghezza della spina della scapola fino all'angolo postero-laterale dell'acromion. Si distacca il deltoide dalla sua inserzione sulla spina della scapola e lo si divarica inferiormente. Si individuano, quindi, i muscoli infraspinato e piccolo rotondo che vengono divaricati (superiormente l'infraspinato e inferiormente il piccolo rotondo) in modo da esporre la porzione posteriore della glena e la capsula articolare. Per migliorare la visuale è possibile distaccare i tendini dell'infraspinato e del piccolo rotondo dalla grande tuberosità dell'omero incidendo i tendini a circa 1 cm dalla loro inserzione o effettuando un'osteotomia del trochite. I principali pericoli di questo accesso sono rappresentati dal nervo ascellare con l'arteria circonflessa omerale posteriore e dal nervo sovrascapolare. I primi possono essere lesionati se si esegue una dissezione al di sotto del mu-

scolo piccolo rotondo, il secondo se si prolunga la dissezione medialmente rispetto all'interlinea gleno-omeroale.

Infine, la via d'accesso all'articolazione acromion-claveare (A/C) è utilizzata per trattare le lussazioni A/C o le fratture dell'estremo laterale di clavicola e per eseguire l'asportazione dell'estremo laterale di clavicola in caso di artrosi dell'articolazione stessa (procedura di Mumford). Dal momento che l'articolazione A/C è praticamente sottocutanea l'esposizione chirurgica è semplice. L'incisione cutanea si esegue longitudinalmente o verticalmente, centrata sull'articolazione e può essere allargata in medio-laterale in caso di impianto di placche o verticalmente verso la coracoide in caso di necessità di esporre il complesso legamentoso coraco-acromiale.