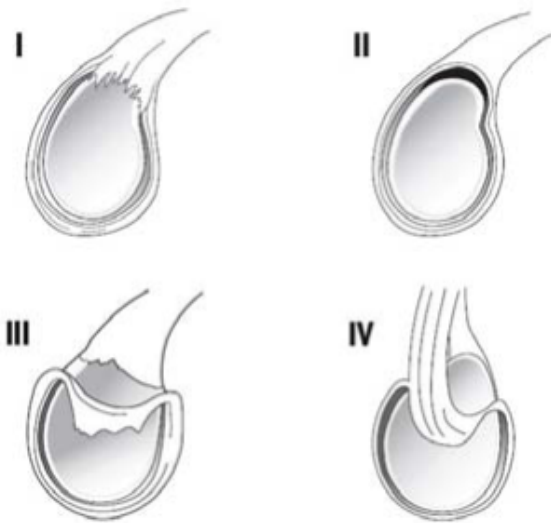


## Lesioni SLAP: diagnosi e trattamento



Il termine “lesione SLAP” (Superior Labrum, from Anterior to Posterior), coniato da Snyder nel 1990, descrive una lesione del quadrante superiore del labbro glenoideo con interessamento dell’ancora bicipitale. Sebbene i progressi delle tecniche artroscopiche abbiano permesso una maggiore comprensione dell’anatomia del labbro e della patomeccanica delle lesioni labrali, la diagnosi clinica rimane difficile. Per diagnosticare e gestire in modo appropriato le lesioni SLAP sono necessari un’anamnesi e un esame clinico accurati, appropriate tecniche di imaging e, in alcuni casi, l’artroscopia diagnostica. Se non gestite correttamente, le lesioni SLAP possono determinare un dolore cronico con una riduzione significativa della funzionalità. In molti casi, le lesioni SLAP sono associate a lesione della cuffia dei rotatori o ad altre patologie labrali. Le lesioni SLAP di tipo I sono spesso associate ad una patologia della cuffia dei rotatori, le lesioni di tipo II a instabilità

anteriore nel giovane e patologia della cuffia dei rotatori nell’anziano e, infine, le lesioni di tipo III e IV a instabilità traumatica. I meccanismi patogenetici, sebbene ancora poco chiari, sono divisi in eventi traumatici acuti (ad esempio, una caduta con l’arto superiore esteso con conseguente impatto della testa omerale contro la porzione superiore del labbro e l’ancora bicipitale) e lesioni croniche ripetitive (ad esempio, attività overhead per l’ipotizzato meccanismo di “peel-back”). Molti autori hanno inoltre riportato un’associazione tra lesioni SLAP e instabilità gleno-omerale, sebbene la relazione causa-effetto non sia ancora definita. La classificazione di Snyder et al. identifica quattro tipi di lesione SLAP, in base al grado di lesione. La lesione di tipo II è la più frequente, caratterizzata da un distacco dell’ancora bicipitale dalla glenoide, associato o meno a interessamento del labbro. Per la complessità delle lesioni labrali, Maffet et al. hanno ampliato la classificazione includendo le lesioni di tipo V, VI e VII; Morgan et al. ha sottoclassificato le lesioni di tipo II in 1) anteriori, 2) posteriori e 3) miste. Una diagnosi accurata è fondamentale per impostare una adeguata gestione. L’anamnesi è fondamentale e dovrebbe individuare l’esatto meccanismo traumatico. I pazienti descrivono in genere un dolore vago, spesso riferiscono dei click o dei rumori articolari che aumentano con l’attività. Se la lesione interessa la porzione anteriore del complesso labbro/capsula, i pazienti riferiscono instabilità. Gli atleti overhead spesso riferiscono dolore durante la fase del lancio di late cocking. Numerosi test sono stati descritti per determinare la presenza di una patologia labrale, inclusi il “active-compression test” (test di O’Brien), il “compression-rotation” o “grind test”, il “test di Speed”, il “clunk test”, il “crank test”, il “anterior slide test”, il “biceps load test”, il “biceps load test II” e altri test di provocazione del dolore. Purtroppo nessun test è abbastanza sensibile o specifico da determinare con accuratezza la presenza o l’assenza di una lesione SLAP. Di conseguenza, è fondamentale associare la sintomatologia del paziente con i risultati dei test clinici per la diagnosi accurata. Il “resisted supination external rotation test” e il “biceps load test II” sembrano essere i test più accurati per le lesioni SLAP di tipo II negli atleti overhead. La radiografia è in genere normale in caso di lesione SLAP isolata, ma può evidenziare anomalie ossee in caso di patologie associate, ad esempio una lesione di Hill-Sachs. La Risonanza Magnetica è considerata il gold standard per la diagnosi delle lesioni labrali, con mezzo di contrasto secondo alcuni autori. Il trattamento conservativo è spesso fallimentare, soprattutto se presente una instabilità o una lesione della cuffia dei rotatori. C’è però un sottogruppo di pazienti, in particolare quelli con lesione di tipi I, che sono candidati al trattamento conservativo. L’obiettivo del trattamento conservativo è ridurre il dolore, recuperare il ROM e la forza nei pazienti che non desiderano procedere ad una gestione chirurgica. Dopo intervento chirurgico, la riabilitazione differisce in relazione alla tecnica utilizzata (debridement o riparazione) e alle eventuali patologie associate.