

La proiezione “Taranto” nella scopia intraoperatoria per il trattamento delle fratture prossimali di omero



V. Caiaffa*, D. Speciale*, A. Panella°

*Azienda Ospedaliera Taranto, P.O. “SS Annunziata”, S.C. di Ortopedia e Traumatologia
°Azienda Ospedaliera Univeritaria Policlinico di Bari, S.C. di Ortopedia e Traumatologia I



Fig. 1: ved. laterale del posizionamento dell'amplificatore di brillantezza nella proiezione AP. Paziente in beach-chair. L'amplificatore viene posizionato parallelo al letto operatorio e quindi all'asse longitudinale del paziente; l'arco a C viene inclinato anteriormente di 45° con il ricevente in alto. Il braccio del paziente è parallelo al corpo e quindi inclinato di 45° rispetto al pavimento. Si possono ottenere così le immagini AP in intra ed extrarotazione senza modificare il posizionamento dell'amplificatore. Il fascio radiogeno passa per la scapolo-omerale determinando l'immagine in fig. 4



Fig. 2: ved. laterale del posizionamento dell'amplificatore di brillantezza nella proiezione “Taranto”. L'amplificatore viene posizionato da cranio-caudale, esattamente parallelo al letto operatorio. Il busto del paziente è a 45° . La mano del paziente è posizionata sul raggibraccio, gomito a 60° , braccio retroposto di 10° e abdotto di 10° . Il fascio radiogeno è perpendicolare al pavimento, passa per il centro della scapolo-omerale e determina l'immagine in fig. 5.



Fig. 3: ved. posteriore del posizionamento dell'amplificatore di brillantezza nella proiezione “Taranto”.



Fig. 4



Fig. 5

Conclusioni: In conclusione con una rotazione dell'apparecchio di 45° riusciamo ad ottenere due proiezioni utili per i nostri scopi, in modo semplice e rapido, con una corretta visualizzazione della scapolo-omerale.