

Spalla artrosica: diagnosi, terapia e tecnica infiltrativa

L'artrosi gleno-omeroale, anche se meno frequente rispetto all'artrosi dell'anca o del ginocchio, riduce fortemente i movimenti della spalla inficiando drasticamente la qualità di vita. Il ricorso alla terapia infiltrativa intra-articolare con acido ialuronico suscita sicuramente interessanti spunti di riflessione sulla base della ormai consolidata efficacia terapeutica

Lucia Pagano, Mario Vetrano - *Unità di Medicina Fisica e Riabilitazione, Ospedale Sant'Andrea, Università degli Studi "Sapienza" di Roma*
Alberto Orologi - *Medico di medicina generale, ASL Roma F*

La spalla offre la più vasta gamma di movimenti di qualsiasi altra articolazione del corpo umano. Ci sono una serie di patologie che possono interessare la spalla e causare dolore debilitante, perdita di funzione, o entrambi. Tra queste assai frequentemente possiamo riscontrare l'artrosi che tuttavia specie in fase iniziale può presentarsi con un quadro clinico comune ad altre patologie, come ad esempio le capsuliti adesive globali e distrettuali e la sofferenza della cuffia dei rotatori. Assai importante la discriminazione tra le diverse condizioni patologiche, al fine della impostazione di un corretto protocollo terapeutico, che prevede oggi anche la tecnica infiltrativa che segue criteri diversi a seconda della patologia in esame, che nella nostra trattazione è appunto la "spalla artrosica". L'osteoartrosi di spalla è una malattia reumatica degenerativa e cronica a carattere evolutivo. Delle due principali articolazioni di tale regione anatomica, quella che quasi sempre si ammala è l'articolazione gleno-omeroale o scapolo-omeroale.

Se è vero che, come abbiamo asserito il processo artrosico è degenerativo e irreversibile, è altrettanto vero che debba essere assolutamente diagnosticato e trattato, al fine di evitare l'evoluzione spontanea e quindi con l'obiettivo di non arrivare ai gradi più severi, ossia quando il dolore è continuo ed incontrollabile, la mobilità quasi nulla, la disabilità importante e la qualità di vita scadente.

► Etiopatogenesi

Le cause dell'artrosi non sono a tutt'oggi completamente conosciute. Sicuramente vi è una componente genetica che si eredita, ma non sono ancora noti i geni correlati con la malattia. Sono stati identificati tuttavia diversi fattori che vengono considerati elementi predisponenti e concorrenti l'artrosi scapolo-omeroale. In linea generale l'artrosi di spalla può essere distinta in: artrosi primaria (artrosi che può essere su base genetica, familiare o legata alle attività svolte nella vita del paziente) o artrosi secondaria, che insorge in seguito

ad altre patologie, come le fratture o l'instabilità articolare. Ovvio è che trattandosi di una malattia su base degenerativa colpisce soprattutto gli over65, ma non solo, infatti anche tanti soggetti giovani ne possono e ne sono spesso affetti.

► Quadro clinico

Sintomo importante è il dolore, che può essere anche metereopatico; man mano che si deforma la superficie articolare della spalla si presenta anche la perdita dell'arco di movimento e la rigidità. Il dolore si intensifica con il movimento e la rigidità aumenta con l'uso continuo e costante nel tempo. Maggiormente in questi pazienti è comune il risveglio dal riposo notturno per l'intensità del dolore. Caratteristico è il "rumore" sentito durante il movimento del braccio che in questa patologia è piuttosto di routine. La sintomatologia dolorosa è davvero quella di maggior impatto sul paziente al punto che nemmeno il riposo e/o il trattamento farmacologico possono arrecare quei benefici efficaci che consentono una tol-

leranza della malattia. È questo quasi sicuramente il momento di ricorrere al trattamento infiltrativo.

► Diagnosi

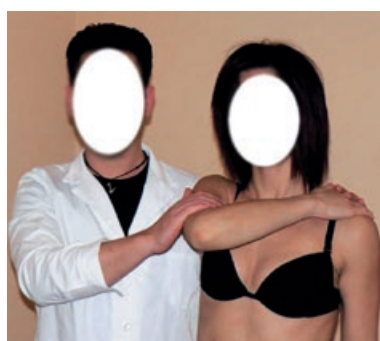
L'artrosi scapolo-omeroale è agevolmente diagnosticabile sulla base di una serie di elementi e deve essere però distinta da altre affezioni, quali ad esempio la capsulite adesiva (con cui ha in comune una artroclività limitata sia attivamente che passivamente), poiché a seconda che si tratti dell'una o dell'altra patologia il trattamento infiltrativo e riabilitativo seguirà un iter diverso. La discriminazione avviene attraverso l'esame obiettivo (il test di Yocum risulta particolarmente utile, *figura 1*) e quello radiografico.

Di seguito riportiamo l'iter da seguire nel paziente con sospetta artrosi di spalla:

- Raccolta anamnestica
- Esame clinico fisiatrico accurato
- Esame radiografico: esso, ci teniamo a puntualizzare, non dovrà essere eseguito nella proiezione A-P classica o standard, ma nella proiezione A-P vera, poiché solo questa consente di esaminare lo spazio gleno-omeroale, senza che ci sia la sovrapposizione dei capi

Figura 1

Test di Yocum



articolari. Ci è così consentito di valutare la quantità della cartilagine glenoideale e della testa omerale e di quantificare l'eventuale danno cartilagineo.

Attraverso l'esame radiografico distinguiamo quattro diversi gradi:

- grado 1: normale
- grado 2: lieve restringimento della rima articolare
- grado 3: iniziale presenza di formazioni osteofitarie
- grado 4: severo restringimento dello spazio articolare e formazione di osteofiti.

Quando si è incerti sulla scelta del piano terapeutico, poiché la situazione non è ancora abbastanza chiara, si potranno prendere in considerazione altre indagini (TAC, eventualmente con ricostruzione 3D, RM), utili anche per l'eventuale programmazione chirurgica più appropriata.

► Approccio terapeutico

L'approccio terapeutico passa solitamente da una scelta non chirurgica a quella chirurgica, sicuramente più traumatica e impegnativa sul piano del recupero funzionale. Entrambi i trattamenti implicano comunque protocolli diversi, a seconda della situazione patologica. La nostra attenzione è rivolta al trattamento non chirurgico (e in specie al trattamento infiltrativo). Tale scelta terapeutica può avvalersi dunque di differenti opzioni possibili che vanno prese in considerazione sino al loro esaurimento:

- fisioterapia: lo scopo è di evitare qualsiasi ulteriore rigidità e recuperare la gamma di movimento;
- farmacologica: antidolorifici e antinfiammatori
- iniezioni intrarticolari.

Figura 2

Trattamento infiltrativo intra-articolare



► Trattamento infiltrativo

L'artrosi della spalla può trovare giovamento dal trattamento infiltrativo intra-articolare (*figura 2*).

Criteri fondamentali per un adeguato trattamento infiltrativo sono ovviamente: diagnosi precisa, preparazione accurata del materiale, scelta dei farmaci adatti, eventuali controindicazioni-effetti collaterali, adeguata strategia infiltrativa, eventuale utilizzo di presidi di supporto (ecografia). Altresì è importante conoscere chi deve iniettare tali sostanze, cosa iniettare, come iniettare, dove iniettare, quando iniettare il farmaco scelto e quante iniezioni effettuare.

- **Cosa iniettare:** possiamo asserire che di solito sono utilizzati gli steroidi e soprattutto l'acido ialuronico. L'efficacia dei cortisonici, nonostante il loro basso costo, è infatti di breve durata e hanno una risposta pari al 50-85% sul dolore. Solitamente si procede con una prima infiltrazione intrarticolare di corticosteroide per procurare sollievo a breve termine ed ottenere un buon effetto antinfiammatorio, a cui si faranno seguire iniezioni di acido ialuronico. Il cortisonico per

eccellenza è il triamcinolone, in misura di 40 mg, tuttavia viene usata quasi sempre l'associazione metilprednisolone+lidocaina.

L'acido ialuronico è un glicosaminoglicano, può essere di origine animale (creste di gallo e occhi bovini), da fermentazione batterica (pura sintesi).

La differenza più importante è quella che riguarda il PM. Si può scegliere tra un acido ialuronico a basso PM ed un acido ialuronico ad alto PM. Entrambi sono dispositivi medici che modificano l'andamento della malattia e agiscono sui sintomi. Il loro meccanismo è di viscoinduzione e di viscosupplementazione.

Tale terapia si è dimostrata essere utile per le forme di artrosi medio-gravi e in tutti quei casi in cui l'intervento chirurgico è controindicato oppure non scelto dal paziente.

• **Come iniettare:** nella stragrande maggioranza dei casi, le iniezioni sono effettuate senza l'ausilio di mezzi di supporto tecnico visivi (ecografia). Chiaramente tutto dipende da cosa si vuole iniettare e dove si vuole iniettare. Nell'articolazione della spalla possono essere eseguite infiltrazioni:

- Intra-articolari
- subacromiali
- acromionclaveari.

Prenderemo in esame le prime, poiché sono quelle che più frequentemente eseguiamo nel trattamento dell'artrosi (e delle capsule articolari). Esse solitamente non richiedono il supporto ecografico. Si accede alla spalla per via posteriore con il paziente seduto, ma vi sono alcuni specialisti che preferiscono la via laterale o l'anteriore, secondo la loro personale esperienza e giudizio tecnico/terapeutico. Quello che bisogna ricordare

se si sceglie la via posteriore intra-articolare è che l'articolazione gleno-omeroale ha un'antiversione di circa 30°, per cui l'ago deve essere introdotto rispettando questa inclinazione. L'esperienza rende possibile anche la percezione di avere centrato l'obiettivo e quando questo accade egli sente una certa resistenza durante la spinta del liquido nella sede stabilita. Anche la quantità del liquido è una scelta precisa dello specialista.

• **Dove iniettare:** varia a seconda del problema da affrontare, in quanto le patologie della spalla sono molteplici. I bersagli possono essere: lo spazio sottoacromiale (la borsa sub-acromiale), lo spazio sottoscapolare, lo spazio articolare acromion/claveare, lo spazio articolare scapolo/omeroale, la cuffia dei rotatori, i tendini, ecc; è palesemente comprensibile che se si sbaglia la diagnosi si sbaglia anche il tipo di regione anatomica da infiltrare.

• **Quando infiltrare:** non è possibile stabilire con certezza un momento preciso in cui effettuare una iniezione poiché tale decisione dipende da diversi fattori che solo il medico che segue il paziente può stabilire. Una regola da tener presente è che è un errore continuare con una fisioterapia riabilitativa quando c'è dolore non corrispondente all'attività riabilitativa. Il dolore "diverso" da quello codificato nella comune pratica riabilitativa dovrebbe indurre il fisioterapista e il Mmg a consigliare un controllo specialistico al fine di stabilire se è il caso o meno di effettuare delle infiltrazioni.

• **Quante infiltrazioni eseguire:** non c'è un numero stabilito di iniezioni, poiché non ci sono dati sufficientemente validi per porre una

linea terapeutica precisa; gli specialisti ritengono che tre iniezioni siano il numero giusto. Si stabilisce di volta in volta, la frequenza è settimanale. Non è stabilito neppure se tale numero di iniezioni sia il limite massimo in sei mesi, in un anno o in tutta la vita. Per tale motivo la decisione va presa in base al proprio giudizio medico e alla propria esperienza.

► **Trattamento chirurgico**

Il trattamento non conservativo, può essere artroscopico o di sostituzione protesica parziale o totale. Dopo l'esecuzione Mmg e fisioterapia si ritrovano a collaborare per il migliore recupero del paziente che solo attraverso un trattamento fisioterapico della durata di circa 2-3 mesi, dopo circa 5-6 mesi dall'intervento, potrà ritornare alle normali attività quotidiane. Tuttavia potrebbero essere necessari anche periodi più lunghi a seconda dell'età del paziente, della particolare situazione della lesione e della capacità del paziente di seguire la terapia riabilitativa.

► **Conclusioni**

La patologia della spalla è una patologia molto invalidante e spinge spesso il paziente ad approcciarsi con il proprio medico. L'artrosi gleno-omeroale infatti, anche se meno frequente rispetto all'artrosi dell'anca o del ginocchio, riduce fortemente i movimenti della spalla inficiando drasticamente l'uso del braccio per le comuni attività quotidiane. Il ricorso alla terapia infiltrativa intra-articolare con acido ialuronico suscita sicuramente interessanti spunti di riflessione sulla base della ormai consolidata efficacia terapeutica, scientificamente provata.