

La terapia infiltrativa in medicina generale

Rosario Falanga
Medico di medicina generale
Polcenigo (PN)

La tecnica della terapia infiltrativa periarticolare e intrarticolare e la mesoterapia rappresentano un utile strumento terapeutico da utilizzare nel setting delle cure primarie, anche per fornire risposte rapide nei casi in cui il dolore limita l'attività funzionale dei pazienti

La terapia infiltrativa per l'efficacia, la semplicità di esecuzione unite alla rapida risposta terapeutica, risulta praticabile nel setting della medicina generale, pertanto ciò giustifica e auspica una maggiore diffusione nella pratica quotidiana delle cure primarie, anche da parte del medico di famiglia non specialista. Per ottenere un buon risultato dalla terapia infiltrativa, oltre naturalmente a conoscere l'anatomia funzionale e una corretta tecnica di esecuzione, occorre effettuare un'accurata semeiotica funzionale, per giungere a un inquadramento diagnostico e stabilire se sussista o meno l'indicazione terapeutica a tale trattamento.

Indicazioni e controindicazioni

L'obiettivo della terapia infiltrativa periarticolare e intrarticolare è quello di ottenere la soppressione o la riduzione dell'attività infiammatoria di una struttura periarticolare, guaina tendinea o borsa sierosa.

In linea generale si ricorre al trattamento infiltrativo solo dopo il fallimento della terapia convenzionale topica o per via orale e parenterale.

La metodica trova impiego nelle patologie articolari infiammatorie (ma non in presenza di infezione) e degenerative, caratterizzate da dolore, quali artriti e artrosi, patologie poliarticolari e dei tessuti molli (capsuliti, tendiniti, tenosinoviti, borsiti, fasciti, sindromi radicolari, fibromiositi, entesopatie, ecc). Le infiltrazioni periarticolari prevedono l'iniezione di farmaci in zone adiacenti a una specifica articolazione. Vengono utilizzate prevalentemente nei processi patologici a carico delle strutture tendinee, legamentose

o interessante le borse sierose. Per le infiltrazioni intrarticolari l'iniezione di farmaci avviene direttamente all'interno della capsula articolare e viene utilizzata per processi patologici infiammatori e degenerativi a carico delle articolazioni.

Le controindicazioni al trattamento sono indicate in *tabella 1*.

Tabella 1

Controindicazioni alla terapia infiltrativa

- Infezione articolare e periarticolare (controindicazione assoluta)
- Ematrosi
- Eritema, ulcerazioni della zona da infiltrare, chiazze psoriasiche nella zona da infiltrare
- Ulcere da decubito adiacenti
- Fratture osteocondrali
- Protesi articolari
- Endocardite batterica
- Diabete mellito scompensato
- Terapia anticoagulante in atto
- Patologie dell'emostasi (piastrinopenia, emofilia) non controllate
- Ulcera gastroduodenale
- Allergie note al farmaco da infiltrare

Tecnica di infiltrazione

Come per ogni procedura invasiva va ricordato che l'esecuzione della terapia infiltrativa deve essere preceduta dall'acquisizione del consenso informato da parte del paziente, dove vengono spiegati scopi, modalità di esecuzione, rischi e benefici della metodica. Per una buona esecuzione della tecnica il medico deve disporre dei seguenti strumenti:

- pinze anatomiche;
- garze sterili, disinfettante di superficie, guanti e teli sterili monouso;
- matita dermatografica
- anestetici di superficie spray di cloruro d'etile;
- aghi 21 G e siringhe sterili monouso;
- farmaci da infiltrare (cortisonici idrosolubili con o senza lidocaina, acido ialuronico, FANS, ecc);
- cerotti per medicazioni;
- provetta eparinata e provetta sterile per eventuale raccolta di versamento sinoviale per l'esame chimico-fisico o colturale;
- kit d'emergenza in casi di reazioni allergiche o shock anafilattico.

Dopo un'accurata asepsi e una toilette della cute, che deve essere depilata e accuratamente disinfettata, l'operatore deve indossare guanti sterili, previa identificazione dei punti di repere ossei e del punto di inserzione dell'ago con marcatura tramite matita dermatografica. Si pratica un'anestesia locale con cloruro d'etile spray e si introduce l'ago rabboccato a una siringa da 20 cc, onde estrarre eventuale versamento sinoviale.

Dopo l'aspirazione del liquido sinoviale se presente e analisi e/o coltura del versamento, si procede all'iniezione del farmaco (*figura 1*), previa aspirazione per evitare di metterlo in vena, ponendo attenzione a non infiltrare i tendini con il pericolo di lacerarli e i nervi col pericolo di causare loro un danno funzionale permanente. Dopodiché si estrae l'ago, si procede alla disinfezione e medicazione compressiva.

Il farmaco che più spesso viene utilizzato nelle iniezioni intrarticolari, periarticolari e intraborsali è il metilprednisolone acetato in sospensione acquosa sterile iniettabile con o senza lidocaina.

Figura 1



Infiltrazione di ginocchio: via laterale

Il metilprednisolone acetato è indicato come terapia adiuvante nei trattamenti di breve durata, al fine di procurare sollievo al paziente durante le crisi acute o le riacutizzazioni, in casi di:

- sinovite osteoartritica;
- artrite reumatoide;
- borsite acuta o subacuta;
- artrite acuta gottosa;
- epicondilita;
- osteoartrite post-traumatica;
- tenosinovite acuta aspecifica.

La dose di metilprednisolone acetato dipende dalle dimensioni dell'articolazione e dalla gravità delle lesioni in causa. Si suggerisce il seguente dosaggio:

- grandi articolazioni (ginocchio, spalla): 20-80 mg;
- medie articolazioni (gomito, polso): 10-40 mg;
- piccole articolazioni (metacarpo-falangea, interfalangea): 4-10 mg;
- somministrazione intraborsale: 4-30 mg.

Le iniezioni, se risulta necessario, possono essere ripetute a intervalli di 1-4 settimane, in funzione della risposta terapeutica.

► **Potenziali complicanze**

Se la terapia infiltrativa viene eseguita in modo corretto sono assenti complicanze ed effetti collaterali di rilievo, potenzialmente possono però presentarsi:

- atrofia cutanea, ipopigmentazione;
- infezioni iatrogene;
- trauma locale, dolore;
- necrosi asettica;
- possibile azione sistemica del prodotto infiltrativo o reazioni allergiche al prodotto infiltrato;
- riformarsi del versamento aspirato.

■ **Trattamento mesoterapico**

La metodica delle iniezioni intradermiche localizzate, meglio nota come mesoterapia, può essere considerata un altro tipo di terapia infiltrativa, che fa parte a pieno titolo della medicina convenzionale, che ovviamente non sostituisce la via di somministrazione sistemica.

La tecnica consiste nell'inoculazione di un farmaco nel derma di un'area ben definita - punti trigger - corrispondente alla proiezione cutanea di un organo, che è sede di un processo patologico.

La intradermoterapia distrettuale è indicata nelle patologie osteo-articolari e muscolo-tendinee, nella patologia vascolare, otorinolaringoiatrica e dermatologica. Nella riabilitazione motoria, facilitando l'approccio del motuleso alla chinesiterapia, il metodo mesoterapico può agevolare l'opera del tecnico della riabilitazione.

► **Strumentario e tecnica**

Vengono utilizzate comuni siringhe sterili monouso e aghi di piccole dimensioni, generalmente di 4 mm x 0.4 (27G), detti di Lebel, che grazie al raccordo a cono largo di Luer presentano il vantaggio di potere essere montati sia su una comune siringa con ago unico sia su qualsiasi tipo di multi-iniettore. I farmaci idonei alla somministrazione per via mesoterapica sono gli stessi che, per le stesse indicazioni cliniche, sarebbero stati utilizzati per via sistemica (FANS, miorilassanti, anestetici, cortisonici, vasoattivi, trofici, ecc).

► **Metodo**

Sulla cute accuratamente detersa si procede con una serie di microiniezioni (0.1 cc di farmaco) rigorosamente a livello intradermico, distanziate di circa 1.5 cm.

L'iniezione intradermica si ottiene mediante l'infissione dell'ago angolata sul piano cutaneo, in modo da provocare la formazione di un piccolo pomfo. Il numero dei pomfi, distanziati mediamente di uno-due centimetri, deve essere sufficiente a interessare, in tutta la sua estensione, la superficie da trattare.

Il volume totale di farmaco da iniettare non dovrebbe superare 5 ml.

La frequenza delle sedute è generalmente settimanale, anche se il numero può variare in base al tipo e alle patologie da trattare. Un ciclo di intradermoterapia distrettuale prevede una fase d'attacco: quattro sedute, una ogni sette giorni; una fase di controllo: quattro sedute, una ogni quindici giorni; una fase di mantenimento: sedute mensili.

► **Complicazioni**

Nei soggetti sensibili o che presentano diatesi allergiche è consigliabile praticare preventivamente i test cutanei con il medicamento che si vuole impiegare che può provocare degli accidenti anafilattici, che tuttavia sono eccezionali.

Nel caso vengano impiegati farmaci vasoattivi possono comparire rossori (flushing) cutanei del volto e del corpo. In sede di iniezione, specialmente nei soggetti con fragilità capillare, possono apparire delle ecchimosi di scarsa entità.

■ **Conclusioni**

La terapia infiltrativa dovrebbe, a mio avviso, fare parte del bagaglio culturale e professionale del medico di famiglia. La tecnica di base è una metodica che si può facilmente acquisire in corsi teorico-pratici di breve durata.

Anche l'intradermoterapia distrettuale, correttamente applicata, rappresenta un utile strumento terapeutico per intervenire e risolvere con rapidità casi in cui la terapia richiede tempi lunghi, impiego di farmaci non sempre ben tollerati, talvolta non utilizzabili poiché controindicati in alcuni pazienti.

Naturalmente, come ogni atto medico necessita di successivi approfondimenti e dell'esperienza sul campo per affinare e completare le conoscenze.

Una volta appresa la tecnica, il medico di famiglia può dare immediato beneficio a sindromi dolorose articolari e periarticolari, che limitano l'attività funzionale dei pazienti, con grande soddisfazione dell'assistito, ma anche del medico stesso.

Bibliografia a pagina seguente

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. *Traité des actes techniques en médecine générale*, Editeur Généraliste, Parigi 1992.
- Barabba M, Re KA. Infiltrazioni articolari e lubrificazione forzata: nuovi approcci terapeutici in reumatologia. *Rivista Italiana di Biologia e Medicina* 1998; 18: 1-78.
- Parenti IJ. *Mesoterapia*. Masson, Milano 1988.
- Ravaioli R et al. *La mesoterapia. Pluridimensione*, Bologna 1988.
- Sala DR. *Manuale di infiltrazione*. Minerva Medica, Torino 1997.
- Thomsen TW. Arthrocentesis of the knee. Videos in clinical medicine. *N Engl J Med* 2006, 354: e19 (www.nejm.org).
- www.societadimesoterapia.it.