

Periartrite di spalla: dalla lesione alla riabilitazione

di Roberto Gatti

La diagnosi di periartrite scapolo omerale è un contenitore in cui confluiscono patologie diverse. Variegato è anche il quadro sintomatologico che può ricadere nella diagnosi. Dolore che compare con il movimento o a riposo, di giorno o di notte. Compromissioni di diversa gravità sia dell'articolazione che della forza della spalla, nei movimenti più svariati.

A dire il vero, da alcuni anni, Autori diversi ormai concordano nel dividere la patologia della spalla a seconda del quadro clinico e anatomopatologico. Un esempio è rappresentato dal lavoro di Gschwend e coll. (1) nel quale, considerando la cuffia dei rotatori, si cerca una relazione tra dimensione, sede della rottura, e sintomatologia. Gli Autori, in uno studio prospettico su 76 pazienti operati, definiscono 4 diversi gruppi di patologia della cuffia dei rotatori di gravità crescente. L'appartenenza ad un gruppo è data dalle dimensioni della rottura e dal nu-

mero dei muscoli coinvolti. Si va da rotture di non più di un centimetro localizzate prevalentemente al muscolo sovraspinato (gruppo 1) a rotture di più di due centimetri coinvolgenti più muscoli (gruppo 4). I sintomi principali sono il dolore e l'ipostenia in alcuni movimenti. Nel definire le caratteristiche di ogni gruppo vengono bene spiegate le localizzazioni della rottura della cuffia. Purtroppo non viene messa la stessa precisione nel definire la differente sintomatologia all'interno dei quattro gruppi. D'altro canto, si può dire che la diffusione del dolore non è correlabile alla gravità della rottura della cuffia ed esso è sempre presente, specie di notte, solamente nel primo gruppo. Le limitazioni della motilità attiva, invece, peggiorano con l'aggravarsi della patologia e con la distribuzione della lesione. Esse sono maggiori quando vengono coinvolti il sovraspinato ed il sottospinato.

Leggendo un altro lavoro (2) comprendiamo perchè sia così difficile definire una relazione precisa tra patogenesi meccanica e sintomatologia della spalla. In questo studio vengono riportate autopsie su 195 spalle, cui si

associavano esami radiografici ed istologici, allo scopo di definire una eventuale relazione tra rottura della cuffia dei rotatori e tendinopatia calcarea. Nonostante la raccolta di dati anamnestici suggerisse che nessun paziente inserito nello studio avesse avuto in vita dolore alle spalle, in 22 casi si trovarono estese rotture della cuffia, con incidenza maggiore nei soggetti anziani. Particolarmente interessante è anche l'osservazione che la rottura della cuffia dei rotatori e la tendinopatia calcarea originavano da degenerazioni tendinee confermate istologicamente, probabilmente causate da alterazioni della vascolarizzazione locale. Quindi: non solo la rottura della cuffia dei rotatori può essere asintomatica e frequente nei soggetti anziani, ma patologie della spalla possono avere una origine vascolare più che direttamente compressiva.

Sul tema dice la sua anche la riabilitazione, con una review recentissima (3) che si estende dalla fisiopatologia al trattamento delle lesioni della cuffia dei rotatori. Si devono purtroppo spegnere le speranze di sapere se esistono diversi quadri clinici ricon-

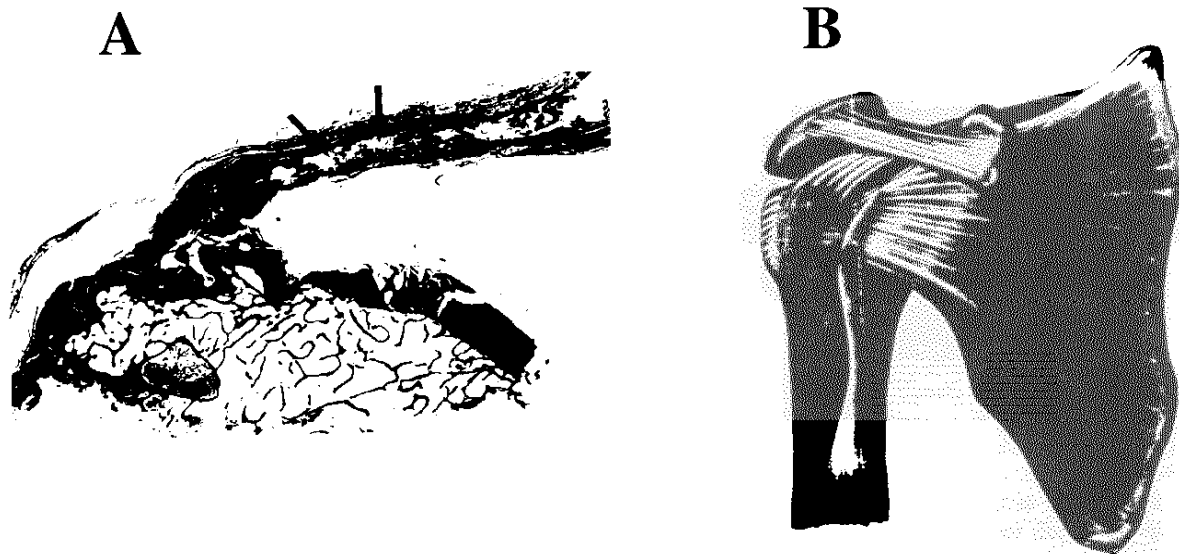


Fig 1. Su 195 spalle esaminate autopicamente, in 21 è stata riscontrata una rottura completa della cuffia dei rotatori ed in un caso una rottura incompleta, rappresentata in A. In B è rappresentata una rottura longitudinale fra i muscoli sottoscapolare e sovraspinato. Si tratta di una rottura clinicamente insidiosa perchè può dare molto dolore senza ridurre la forza (il muscolo resta inserito). (da Refior H.J. 2)

ducibili a precise alterazioni fisiopatologiche, a cui corrispondano specifici esercizi terapeutici. Quattro quinti del lavoro sono spesi nel definire modelli patogenetici da cui originerebbero patologie a carico della cuffia dei rotatori. La tendinite della cuffia dei rotatori e la sua rottura vengono separate dai fenomeni di impingement. Su questi ultimi gli Autori si soffermano particolarmente, definendo tre livelli di gravità. Il tendine interessato è quello del sovraspinato. Le caratteristiche dei tre livelli, riguardano l'età di insorgenza: entro i 25 anni nel primo livello, tra i 25 ed i 40 anni nel secondo livello, dopo i 40 anni nel terzo livello con il coinvolgimento di altre strutture dell'articolazione scapolo omerale. Così, nel secondo livello, vi è fibrosi della cuffia dei rotatori con il suo ispessimento e, talvolta, parziale rottura e nel terzo livello si arriva alla lacerazione massiva dei tendini della cuffia e a degenerazioni delle superfici articolari. Neanche questi Autori definiscono quali quadri sintomatologici si associno ai diversi livelli di gravità funzionale. In tutti i livelli esiste più o meno dolore, spesso notturno, e ipostenia più o meno grave, specie abduzione nei primi due livelli, e anche extrarotatoria nel terzo livello. Della parte di articolo dedicata al trattamento, una metà si riferisce al trattamento chirurgico. Nell'altra metà vengono consigliati per i primi due livelli farmaci antiinfiammatori e generici esercizi di rinforzo. Non è davvero molto per una rivista di riabilitazione del prestigio degli Archives.

Per fortuna ci ha pensato una rivista ortopedica, con un articolo del 1992 (4), a definire le situazioni cliniche per le quali è efficace il trattamento conservativo in pazienti con rottura completa della cuffia dei rotatori. In questo lavoro sono stati seguiti 54 pazienti e 62 spalle con controlli a distanza da 1 a 9 anni. Furono inseriti nello studio i pazienti tra i 30 ed 60 anni di età che non conducevano attività pesanti e con sintomi di entità non

grave. Il trattamento conservativo consisteva in alcune infiltrazioni locali e, appena possibile, mobilizzazione attiva, passiva, ed esercizi di rinforzo. La valutazione dei risultati è stata compiuta con una scala validata comprendente le voci: dolore, funzionalità, forza e artolarità. Per ogni voce si doveva dare un punteggio da 1 a 4. Ottimi risultati (punteggio totale di 15 o 16 su di un massimo di 16) sono stati ottenuti nell'82% dei casi. E' interessante che i migliori risultati si siano ottenuti nei pazienti che soffrivano da non più di un anno, che i risultati tendessero a ridursi nelle osservazioni a lungo termine (9 anni, Fig 2.) e che non dipendevano dall'intensità del dolore iniziale. Ancora più interessante è che forza e motilità iniziale fossero fattori predittivi favorevoli per il trattamento conservativo. Insomma la risposta per il trattamento conservativo non dipende dal dolore né dalle dimensioni della lesione, ma dalla forza e dalla mobilità della spalla.

Almeno questo è un suggerimento utile per il riabilitatore. Sappiamo che ha senso trattare con successo anche una spalla molto

dolente e con grave lesione della cuffia dei rotatori. Con quali modalità di esercizio e con quale patologia? Speriamo che le riviste di riabilitazione facciano il loro dovere, e ci diano queste indicazioni, invece che repliche di studi anatomici.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Gschwend N, Ivosevic-Radovanovic D, Patte D. Rotator cuff tear- Relationship between clinical and anatomopathological findings. Arch Orthop Trauma Surg 1988; 107: 7-15
- 2) Refior HJ, Krodel A, Melzer C. Examinations of the pathology of the rotator cuff. Arch Orthop Trauma Surg 1987; 106: 301-308
- 3) Frieman BG, Albert TJ, Fenlin JM. Rotator cuff disease: a Review of diagnosis, pathophysiology, and current trends in treatment. Arch Phys Med Rehabil 1994; 75: 604-609
- 4) Itoi E, Tabata S. Conservative treatment of rotator cuff tears. Clin Orthop Rel Res 1992; 275: 165-173

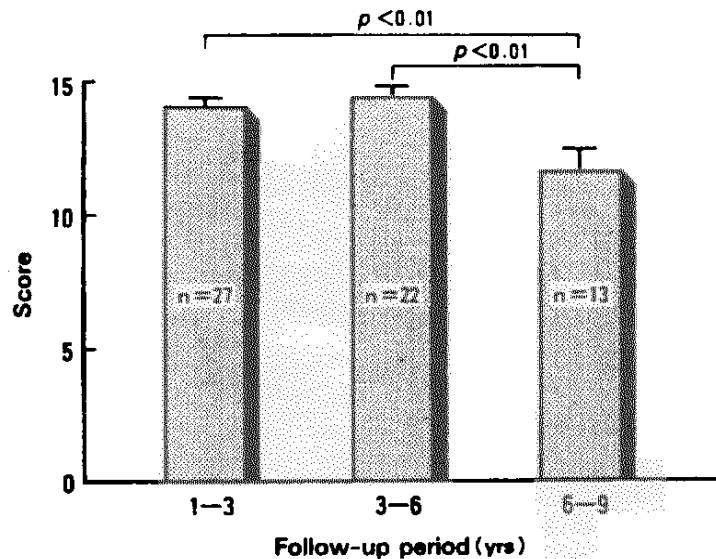


Fig 2. Punteggio funzionalità/dolore della spalla ottenuto da pazienti con rottura della cuffia dei rotatori, dopo trattamento conservativo, in follow up successivi (da Itoi E, 4)