La capsulite adesiva: nostro protocollo terapeutico

The adesive capsulite: our therapeutic protocol

A. Piscopo
G. Riccardi
I. Riccio
F. Zanchini

RIASSUNTO

La spalla rigida idiopatica, meglio conosciuta come capsulite adesiva, è stata definita da Zuckerman [1] come una condizione di incerta causa caratterizzata da dolore e da una più o meno importante diminuzione della mobilità attiva e passiva della spalla che subentra in assenza di chiare anomalie sia intrinseche che estrinseche all'articolazione.
È rara, tanto che Bunker [2], in 1324 pazienti con patologie della spalla ha rilevato che soltanto 70 presentavano criteri clinico-strumentali per la diagnosi di capsulite adesiva, quindi secondo l'autore l'incidenza si agirebbe intorno al 5%.
I protocolli terapeutici, sia conservativi che chirurgici, sono svariati ed hanno un unico obbiettivo finale: la scomparsa del dolore ed il completo recupero del ROM.
Presso la I Divisione di Ortopedia della II Università di Napoli, dal 1998, pratichiamo un protocollo terapeutico consistente nella distensione capsulare con ripristino del ROM della spalla, in particolare della rotazione esterna, cui fa seguito un programma classico di riabilitazione.
Abbiamo rivisto 18 pazienti, 15 femmine e 3 maschi, tra 36 e 52 anni, ad un follow-up minimo di 12 mesi. Scopo dello studio è verificare la validità della procedura. Abbiamo utilizzato due parametri di valutazione: lo score di Constant ed il grado di soddisfazione dei pazienti.
Riteniamo soddisfacenti i risultati ottenuti, sia per lo score di Constant raggiunto, tra 90 e 100 punti in tutti i casi, sia per il grado di soddisfazione dei pazienti.

Parole chiave: capsulite adesiva, escursione articolare, distensione capsulare

Seconda Università di Napoli,
Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Cattedra di Ortopedia e Traumatologia

Indirizzo per la corrispondenza:
Antonio Piscopo
Seconda Università di Napoli
I Policlinico, Clinica Ortopedica
Via De Grecchio 4
80100 Napoli, Italy
Tel. +39 081 5665536

Ricevuto il 28 gennaio 2004
Accettato il 6 dicembre 2004

SUMMARY

The rigid idiopatic schoulder, better known as adesive capsulite, has been defined by Zuckerman as a condition of dubious cause, characterized by pain and a more or less important decrease of active and passive mobility of the schoulder, that takes over in absence of either intrinsic or extrinsic evident anomaly of the articulation.
It's so rare that Bunker, in 1324 patients with shoulder pathology, found that only 70 of them presented clinic istrumental criteria for the diagnosis of the adhesive capsulite, hence, for the author, the incidence schould be abaut 5%.
The therapeutic protocols, either conservative or surgical, are various and have, as only target: the ending of the pain and the full ROM recovery.

At the first Orthopaedic Division of the II Università degli studi of Naples, from 1998, we are applying a therapeutic protocol consisting of capsular distension with ROM recovery of the shoulder, particulary of the external rotation, followed by a classic rehabilitation program.
We reviewed 18 patients, of which 15 were female and 3 male, between 36 and 52 years old, and least follow-up of 12 months. Target of this study is to verify the procedure's validity. We used two evalutation parameters: the Constant score and the patients satisfaction level.
We belive satisfactory the obtained results, either for the achieved Constsant score, between 90 and 100 point in all of the cases, or for the patients satisfaction level.

Key words: adhesive capsulite, range of motion, capsular distension

INTRODUZIONE

Tra le articolazioni mobili la spalla è sicuramente quella dotata di maggiore libertà di movimento. Un qualsiasi evento morboso che causa limitazione del ROM provoca disconfort e disagio anche per le più comuni attività quotidiane. Codman coniò il termine di "frozen shoulder" per quadri clinici caratterizzati da dolore e perdita di mobilità. Secondo Neviaser e Neviaser [3] il termine "frozen shoulder" viene spesso usato in modo inappropriato, infatti, esistono due entità cliniche che vanno necessariamente differenziate: la spalla dolorosa-rigida e la capsulite adesiva. Trattasi di patologie diverse che necessitano di trattamenti differenti, per cui l'imperativo primario è quello di una corretta diagnosi differenziale. Nel primo gruppo (spalla dolorosa-rigida) vengono incluse tutte quelle condizioni di dolore cronico di spalla con apparente limitazione del ROM, senza compromissione capsulare. La limitazione della mobilità è causata dal dolore nei gradi medio-estremi della funzione. Tendinite calcifiche, tenosinoviti del capo lungo del bicipite, patologie di cuffia, Slap-lesion, patologie gleno-omerali ed acromio-clavicolari sono solo alcuni esempi di condizioni responsabili di dolore e limitazione funzionale. Viceversa, la capsulite adesiva è una patologia enigmatica la cui essenza, ancora oggi, non è perfettamente chiarita anche se le moderne tecniche strumentali prima, come la RMN, e soprattutto l'avvento dell'artroscopia poi, hanno molto contribuito a far luce su questa patologia. Per Zuckerman [1] è un quadro di incerta causa che si realizza in assenza di anomalie estrinseche ed intrinseche della spalla.
Molto verosimilmente, come sottolineato da Neviaser e Neviaser [3] prima e da Ozaki [4] poi, l'elemento anatomopatologico che contraddistingue tale quadro morboso è una contrattura delle strutture capsulo-legamentose anteriori della spalla, in particolare delle formazioni anatomiche situate all'intervallo dei rotatori: il legamento coraco-omerale ed il legamento gleno-omerale superiore. È, infatti, il "constrained" anteriore della spalla, che sul piano clinico si traduce in perdita della rotazione esterna, l'elemento che caratterizza la cosiddetta capsulite adesiva.
L'esame artrografico ci offre un concreto aiuto, sul piano diagnostico, in quanto mostra costantemente una caratteristica riduzione, fino alla obliterazione dei recessi anteriori ed inferiori della camera capsulare.
Il diabete, il sesso femminile, l'età compresa tra la quarta e la quinta decade di vita, un temperamento particolarmente emotivo, sono tutti elementi facilmente riscontrabili nei pazienti affetti da capsulite adesiva.
Dominare il dolore e ripristinare il pieno ROM è l'obbiettivo della terapia. Svariate possibilità di trattamento sono state riportate in letteratura anche in relazione allo stadio della malattia.

MATERIALI E METODI

Presso il Dipartimento assistenziale di Ortopedia, Traumatologia e Riabilitazione della II Università di Napoli, dal 1998, pratichiamo un protocollo terapeutico consistente nella distensione capsulare con ripristino del ROM della spalla, in particolare della rotazione esterna, cui fa seguito un programma riabilitativo.
Abbiamo trattato 25 pazienti; lo studio, da noi condotto, è stato riportato su 18 rivisti, 15 di sesso femminile e 3 di sesso maschile, in età compresa tra 36 e 52 anni, ad un follow-up minimo di 12 mesi. In dieci pazienti l'arto interessato era il dominante e tutti praticavano attività lavorativa sedentarie.
In tutti i casi l'esordio della sintomatologia era stato improvviso e senza alcun antecedente di patologia scapolo-omerale; 5 pazienti erano diabetici, molti denotavano un temperamento particolarmente emotivo.
I pazienti, giunti alla nostra osservazione, presentavano un quadro clinico di spalla dolorosa insorto in media da circa due mesi, tutti avevano praticato precedenti terapie:

infiltrazioni con corticosteroidi (8 casi), terapia medica (5 casi), terapia fisica e terapia medica associata (5 casi).
Il dolore, oltre che spontaneo, si acuiva nei tentativi di mobilizzazione dell'articolazione, inoltre, costante era il deficit del ROM sia attivo che passivo e nei casi più gravi era limitato di oltre il 60% sia a carico della rotazione esterna che dell'elevazione anteriore e laterale. Gli esami strumentali, in tutti i casi, escludevano patologie osteo-articolari.
Tutte le procedure furono eseguite dallo stesso team che comprendeva specialisti e specializzandi in Ortopedia e Traumatologia ed un tecnico di radiologia.
I pazienti sottoposti alla procedura, in day surgery, presentavano un'anamnesi negativa per intolleranza e/o allergia a farmaci, nessuna premeditazione veniva effettuata e l'asepsi era sempre rigorosa.
Tecnicamente la procedura veniva eseguita in sala operatoria, sotto controllo ampliscopico, con paziente in decubito supino e mediante accesso anteriore con ago spinale 21 o 22 Gauge. Il mezzo di contrasto adoperato era di tipo non ionico (Iopamiro 300 della Bracco).
La prima fase della procedura serviva a confermare la diagnosi di capsulite adesiva: insufflando pochi cc. di aria all'interno dell'articolazione, lo stantuffo della stessa siringa ritornava elasticamente indietro, testimoniando, così, la presenza di alti livelli pressori intrarticolari. Inoltre, l'iniezione di pochi cc. di mezzo di contrasto metteva in evidenza la riduzione o scomparsa dei recessi antero-inferiori. Tutte le cuffie erano a tenuta con capo lungo del bicipite stabile in doccia, in nessun caso era presente una Slap-lesion. L'articolazione veniva dolcemente distesa con carbocaina ed aria, fino ad un massimo di 10 cc. di carbocaina e 20 ml di aria; la procedura terminava con l'introduzione in articolazione di 1 cc. di cortisone. Una volta estratto l'ago spirale, l'articolazione veniva dolcemente mobilizzata in rotazione esterna, quindi in elevazione anteriore e laterale. Dopo tale procedura si otteneva estemporaneamente il pressoché totale ripristino del ROM. In tutti i casi faceva seguito un programma riabilitativo di rieducazione motoria e stratching dei muscoli per almeno due mesi, controlli ambulatoriali venivano effettuati sistematicamente per quattro mesi.

RISULTATI

Tutti i pazienti hanno avuto un ripristino completo del ROM ed una scomparsa totale del dolore senza far ricorso ad una nuova procedura di distensione capsulare. I pazienti, rivisti ad un follow-up minimo di 12 mesi, sono stati valutati in base a due parametri: score di Constant e grado di soddisfazione. In tutti i casi la fiches di Constant si aggirava tra i 90 e i 100 punti, inoltre tutti i pazienti si dichiaravano soddisfatti del risultato ottenuto.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nel 1934 Codman coniò genericamente il termine di "frozen shoulder" per quadri clinici caratterizzati da dolore e rigidità, tanto che, molto spesso se ne fa uso in modo inappropriato in svariate patologie di spalla.
Prima di iniziare qualsiasi trattamento, noi riteniamo essenziale, come più volte ribadito da Neviaser e Neviaser, una corretta diversificazione tra una spalla rigida e dolorosa senza interessamento capsulare e con interessamento capsulare.
Tra le metodiche strumentali a disposizione un ruolo di primaria importanza spetta sicuramente all'RMN, anche se, l'artrografia resta l'esame dirimente per la diagnosi di capsulite, come già sostenuto in un nostro precedente studio [5]: tale indagine, infatti, ci permette di evidenziare l'impegno della capsula anteriore mediante la mancata opacizzazione dei recessi anteriore ed inferiore.
Le possibilità di trattamento consistono nella terapia fisica, le infiltrazioni di cortisone, la mobilizzazione in narcosi e la lisi chirurgica a cielo aperto o artroscopica.
La terapia fisica è di capitale importanza negli stadi avanzati della malattia, quando la scena clinica è dominata dalla rigidità; molto controverso è il suo ruolo nelle fasi precoci quando la sintomatologia dolorosa è imponente. Secondo Bunker [6] la terapia fisica nelle fasi iniziali può rappresentare un ulteriore stimolo alla fibrosi delle strutture anteriori.
Altrettanto dibattuto è il ruolo delle infiltrazioni di cortisone intrarticolare: secondo alcuni AA [2] il cortisone provocherebbe modifiche nel collagene del tutto sovrapponibili a quelle osservate nei pazienti affetti da malattia di Dupuytren.
La mobilizzazione in narcosi è la metodica terapeutica, da sempre, più utilizzata; agli indubbi vantaggi apportati da questa tecnica, si contrappongono svariate critiche come più volte riferite in letteratura: le lesioni della cuffia dei ruotatori, le lussazioni e fratture dell'omero sono, infatti, le problematiche più frequentemente descritte, anche se, eminenti Autori hanno dimostrato il contrario [7].

Con la nostra esperienza intendiamo dimostrare che una distensione preventiva della capsula, ottenuta pazientemente con aria e carbocaina, ci permette di eseguire una mobilizzazione sicura ed indolore, sempre che venga eseguita in maniera dolce e privilegiando il recupero della rotazione esterna.
Non deve rappresentare un problema l'eventuale mancato recupero estemporaneo del ROM, eventuali deficit residui vanno risolti attraverso un appropriato programma riabilitativo che, in ogni caso, segue la procedura di distensione capsulare.
Noi riteniamo che la lisi chirurgica sia una metodica da riservare in casi drammatici, dove nessun altra procedura abbia dato risultati favorevoli, anche se, siamo dell'avviso che il trattamento chirurgico "a cielo aperto" sia un intervento poco perseguibile, mentre la lisi artroscopica, intervento sicuramente meno invasivo, molto spesso deve essere preceduto da una mobilizzazione in narcosi.
In ragione della nostra favorevole esperienza, riteniamo che la mobilizzazione, preceduta da una distensione capsulare e seguita da uno scrupoloso programma riabilitativo, sia una tecnica di prima scelta e nello stesso tempo efficace, se eseguita in modo estremamente paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Zuckermann JD, Cuomo F, Rokito S. *Definition and classification of frozen shoulder: a consensus approach*. J Schoulder and Elbow Surgery 1994;3.
2. Bunker TD, Anthony PP. *The pathology of frozen shoulder: a Dupuytren like disease*. J Bone Joint Surg 1995;77B 677-83.
3. Neviaser R, Neviaser T. *The frozen shoulder diagnosis and management.* Clin Orthop Rel Res 1987;223:59-64.
4. Ozaky J, Nakagava Y. *Recalcitrant chronic adhesive capsulitis of the shoulder. Role of contracture of the coracohumeral ligament and rotator interval in pathogenesis and treatment.* J Bone Joint Surg 1998;71:1511-5.
5. Piscopo A, Sergio F, Zanchini F. *L'artrografia di spalla nello studio della patologia della cuffia dei ruotatori: nostra esperienza.* Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia 1998;XXIV.
6. Bunker TD, Esler CN. *Frozen shoulder and lipidis*. J Bone Joint Surg 1995;77B:684-6.
7. Norris R. *Aggiornamenti in chirurgia ortopedica dell'AAOS: Spalla e Gomito*. CIC Edizioni Internazionali 1999:259-67.