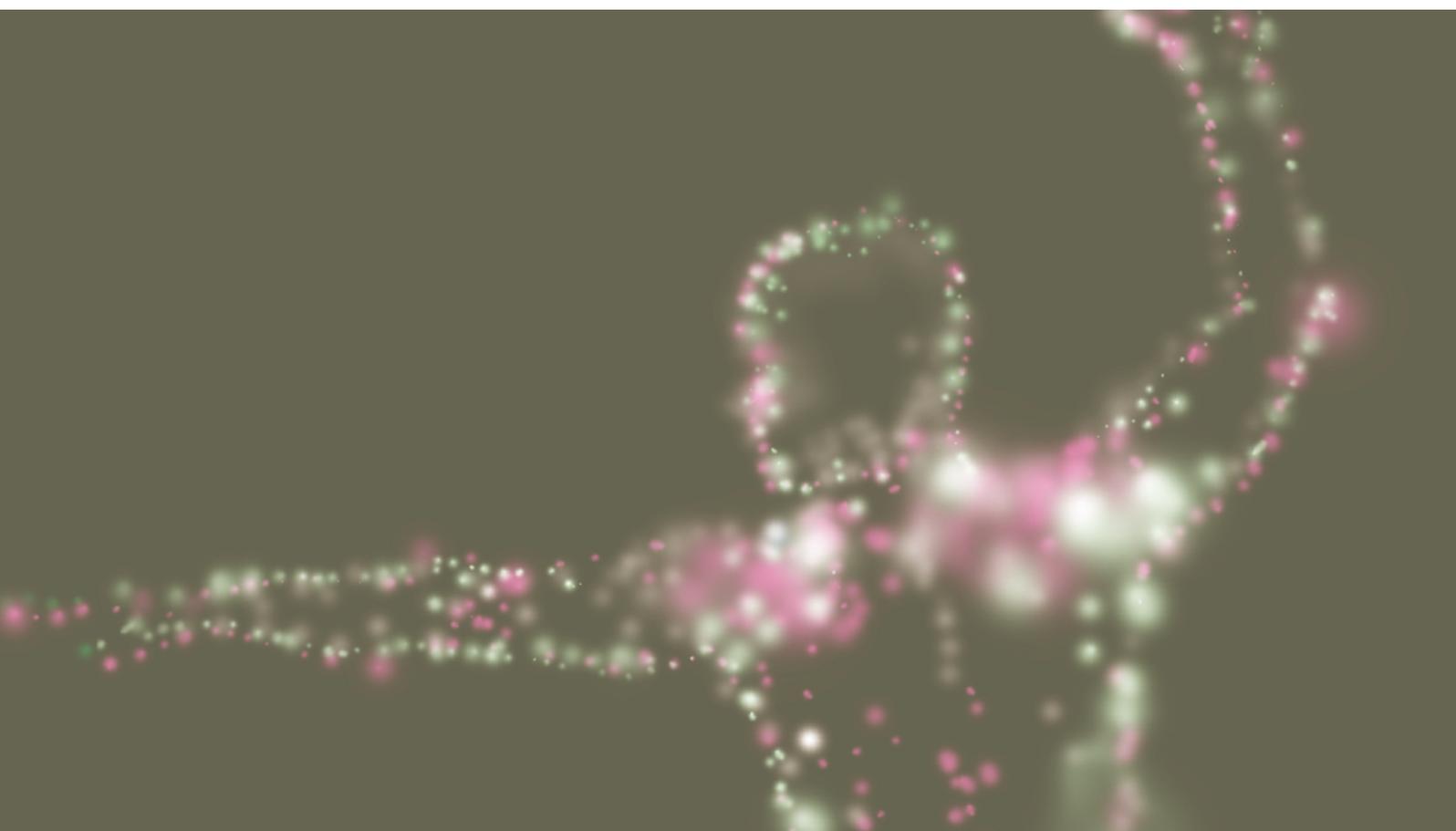


Dolori alle spalle

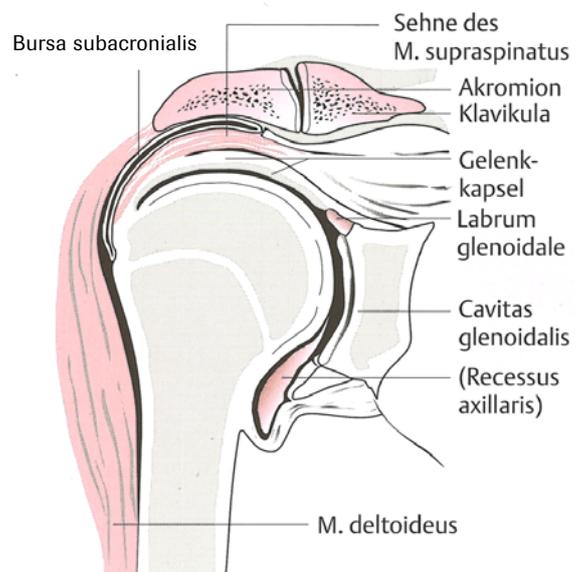
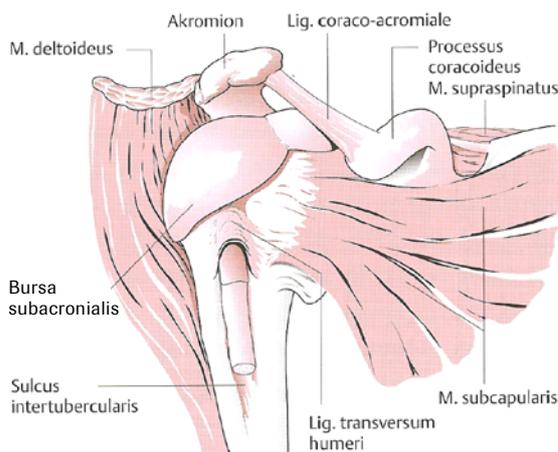
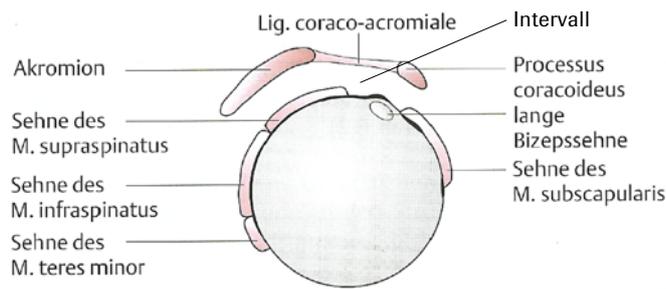
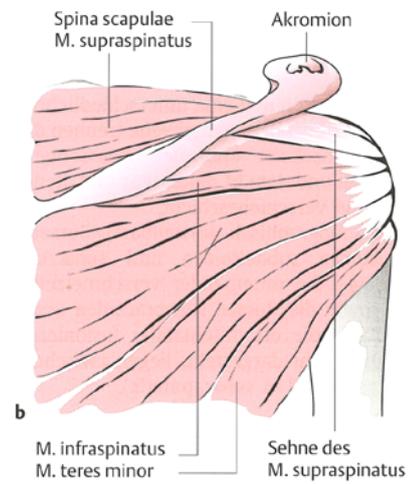
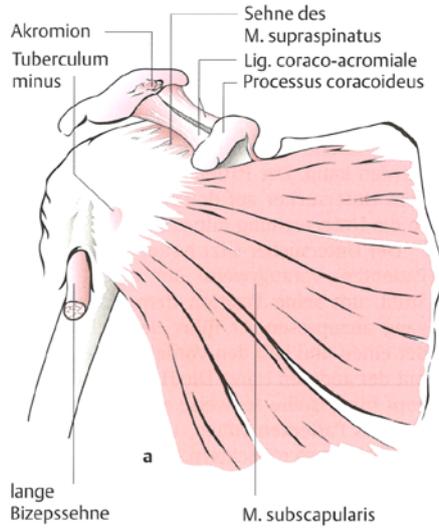
Diagnostica efficiente,
terapia di successo



Contenuto

1	Anatomia della spalla	3
2	Patologie	4
3	Anamnesi ed esame clinico	5
3.1	Anamnesi	5
3.2	Esame generale	6
3.3	Test specifici	7
4	Radiologia	10
5	Quadri clinici specifici	11
5.1	Lesione della cuffia dei rotatori	11
5.2	Sindrome da impingement	11
5.3	Calcificazioni della cuffia dei rotatori (PHS calcarea)	12
5.4	Instabilità croniche	13
5.5	Artrosi dell'articolazione AC e della spalla	13
5.6	Capsulite retrattile, adesiva o spalla congelata (frozen shoulder)	14
5.7	Affezioni neurologiche della spalla	15
5.8	Lesioni del labbro	15
5.9	Lussazione acromion-claveare	16
5.10	Sindrome algica miofasciale	16
6	Aspetti particolari della terapia	17
6.1	Fisioterapia	17
6.2	Tecnica di iniezione	18
7	Aspetti chirurgici del dolore alla spalla	19

1 Anatomia della spalla



2 Patologie

Periarticolari (spesso denominate descrittivamente «periartropatie omero-scapolari» – PHS)

- Impingement subacromiale (funzionale, osteofita nella parte inferiore dell'articolazione AC [Acromio-Clavicolare], borsite subacromiale, calcificazione della cuffia dei rotatori)
- Lesione della cuffia dei rotatori (frattura totale / parziale)
- Tendinite calcifica (reazione infiammatoria acuta nella / attorno alla calcificazione)
- Borsite subacromiale (cristalli, altre patologie reumatico-infiammatorie; se bilaterale: polimialgia reumatica)
- Afezioni al tendine del bicipite (lussazione, rottura, tendinite)

Articolari

Articolazione gleno-omeroale

- Omartrosi (per lo più secondaria), artropatia da cristalli, quadro misto artrosi / artrite (idrossiapatite = spalla di Milwaukee, pirofosfato di calcio = CPPD [Calcium PyroPhosphate Dihydrate], gotta)
- Instabilità della spalla (instabilità multidirezionale, p.es. in caso di iperlassità costituzionale; allungamento della capsula, soprattutto sublussazioni anteriori)
- Omartrite (patologie reumatico-infiammatorie, p.es. artrite reumatoide, cristalli, di rado infettiva)
- Trauma all'articolazione della spalla (frattura, contusione, lussazione, lesione del labbro ecc.)
- Necrosi della testa omerale (frattura subcapitale dell'omero, terapie con glucocorticoidi, alcol, coagulopatie ecc.)
- Malattia ossea (tumore osseo, morbo di Paget, osteomielite, displasia, condromatosi)
- Capsulite retrattile, adesiva o spalla congelata (frozen shoulder)

Articolazione acromio-clavicolare (AC) e sterno-clavicolare (SC)

- Artrosi AC e/o artrosi SC (degenerativa)
- Artrite AC (condrocalinosi, reumatico-infiammatoria, di rado infettiva)
- Artrite SC (osteite / sindrome di SAPHO [Synovitis Acne Pustolosis Hyperostosis Osteomyelitis])
- Trauma (soprattutto lussazioni) / instabilità AC
- Malattia ossea (tumore osseo, morbo di Paget, osteomielite, displasia)

Neurogene

- Sindrome da spondilosi toracica e cervicale
- Sindrome cervico-radicolare
- Neuropatia (amiotrofia nevralgica della spalla, n. soprascapolare, n. dorsale della scapola)
- Complex regional pain syndrome = CRPS I (sindrome spalla-mano, morbo di Sudeck, algodistrofia)
- Sindrome da compressione dello stretto toracico superiore (Thoracic outlet syndrome = TOS)

Sindrome algica miofasciale

- Spesso causata da una postura scorretta (anamnesi professionale!)
- Disequilibrio [Dysbalance] muscolare
- Pazienti affetti da dolori cronici (ad es. fibromialgia)

Organi interni

- In caso di malattie di organi interni (cuore, aorta, polmoni, cistifellea, diaframma ecc.)

3 Anamnesi ed esame clinico

3.1 Anamnesi

Un'anamnesi mirata fornisce informazioni sulle possibili cause dei dolori alla spalla e consente di effettuare un esame clinico mirato oltre che tutti gli esami supplementari.

L'**anamnesi reumatologica della spalla** dovrebbe contemplare i seguenti aspetti:

1. **Dove** si manifestano i dolori?
 - Spalla, articolazione AC, irradiazione alla nuca, nella parte superiore del braccio ecc.
 - Circoscritti, diffusi
 - Solo articolazione della spalla o anche altre localizzazioni

2. **Come** si manifestano i dolori?
 - Acuti o con lenta fase iniziale
 - Localizzati o con irradiazione, se sì, dove esattamente
 - Spontanei, a riposo o in condizioni di carico
 - Intensità
 - Ulteriore intorpidimento o debolezza

3. **Quando** si manifestano i dolori?
 - Inizio, durata
 - Costanti, intermittenti
 - Di notte, a riposo (infiammatori)
 - In condizioni di carico, dolori associati all'inizio del movimento (degenerativi)
 - Precedenti episodi con dolori articolari / alla spalla

4. **Perché** si manifestano i dolori?
 - Senza una causa apparente
 - Natura post-traumatica
 - Dopo un'infezione (episodio reattivo)

È inoltre molto importante la rilevazione dell'**anamnesi familiare e sistemica**:

- Sono interessate altre articolazioni oltre alla spalla?
- Sintomi sistemici come febbre, sudorazione notturna?
- Manifestazioni cutanee (p.es. psoriasi)?
- Dati anamnesici inerenti alla partecipazione di organi viscerali?
- Malattie reumatiche in famiglia, se sì quali?

3.2 Esame generale

Inspektion	Bordi, rilievo, gonfiore, movimenti spontanei Atrofie (soprattutto m. sovraspinato / infraspinato) Articolazione AC e SC Muscolo bicipite Postura (testa / spalle)
Palpazione	Articolazione AC (dolore alla pressione, fenomeno «tasto del pianoforte») Muscolatura (m. deltoide, m. sovraspinato / infraspinato, nuca) Tendine del capo lungo del bicipite nel solco intertubercolare Tendine del capo breve del bicipite con inserzione al coracoide Articolazione SC
Mobilità attiva	Test di Jobe (intra-rotazione / retroflessione) Test di Apley (extra-rotazione e abduzione) come test globale Abduzione, adduzione, intra-rotazione, extra-rotazione secondo ROM (range of motion) Painful Arc ovvero arco doloroso (dolori in caso di abduzione tra 60° e 120°)
Mobilità passiva	Abduzione, adduzione, intra-rotazione, extra-rotazione secondo ROM (range of motion) Impingement con limitazione dell'abduzione, soprattutto in caso di abduzione passiva e intra-rotazione (per lo più dolorosa) Body-Crosstest (adduzione forzata con la mano sulla spalla opposta) in caso di patologia AC (Fig. 1)

Fig. 1



3.3 Test specifici

Test da impingement

Test di **Hawkins** (inrotazione passiva con braccio anteposto di 90° e gomito flesso) (Fig. 2)

Fig. 2



Instabilità

Traslazione anteriore, posteriore (Fig. 3)

Test di apprensione (extrarotazione passiva con abduzione a 90°) in caso di instabilità anteriore (Fig. 4)

Fig. 3



Fig. 4

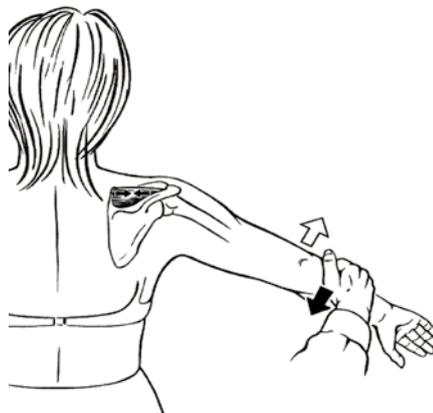


M. sovraspinato

Painful Arc ovvero arco doloroso, abduzione con resistenza

Test di Jobe (con resistenza ad abduzione a 90° e con braccio anteposto di 30° e max. pronazione) (Fig. 5)

Fig. 5



M. infraspinato

Extrarotazione passiva da posizione neutra o con abduzione a 90°

Lag Test (abduzione a 90° e posizione di extrarotazione con resistenza all'intrarotazione dell'operatore. Rilasciando e in caso di patologie dell'infraspinato il braccio scatta avanti e verso il basso, il cosiddetto Drop sign) (Fig. 6)

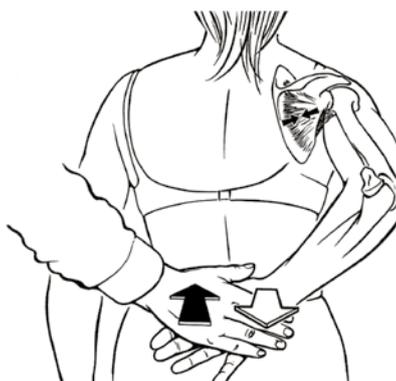
Fig. 6



M. sottoscapolare

Lift off Test (mano alla massima intrarotazione posizionata dietro alla schiena e intrarotazione passiva con resistenza dell'operatore) (Fig. 7)

Fig. 7



Tendine del capo lungo del bicipite

Palm Up Test (braccio con gomito flesso a 90° e in posizione supina, flessione del gomito con resistenza dell'operatore) (Fig. 8)

Yergason Test (supinazione passiva con resistenza a gomito flesso) (Fig. 9)

Fig. 8



Fig. 9



Capsulite retrattile, adesiva o spalla congelata (frozen shoulder)

Limitazione passiva e attiva dell'extrarotazione e dell'abduzione.

Extrarotazione passiva in adduzione o in posizione supina (o con scapola ferma) come test sensibile.

Outlet toracico (Thoracic Outlet)

Adson Test in caso di sindrome dello scaleno: con la colonna cervicale iperestesa, rotazione della stessa nella direzione del sintomo: positivo se il polso non è più percettibile in massima inspirazione

Eden Test in caso di sindrome costo-claveare: trazione del braccio in direzione dorso-caudale

Wright Test [Test dell'iperabduzione] in caso di sindrome coraco-petto-rale: abduzione passiva ed extrarotazione del braccio e massima rotazione della colonna cervicale verso il lato opposto

Test positivi nel caso in cui i sintomi (dolori, parestesie) sono riproducibili, polso non rilevabile, scolorimento della pelle

4 Radiologia

Radiografia convenzionale

- Degenerazione, calcificazione, sindrome da impingement: proiezioni antero-posteriori (A/P) in extrarotazione e intrarotazione (con inclinazione cranio-caudale) / Neer
- Trauma: proiezione A/P in extrarotazione di 10° e Neer
- Lussazione AC: proiezione sotto carico con braccia pendenti con peso di 5–10 kg
- Proiezione obsoleta in abduzione (intrarotazione della testa omerale) senza ulteriore acquisizione di informazioni

Interpretazione

Omartriosi o artrosi AC: Classici segni tardivi: restringimento della cavità articolare, osteofiti, sclerosi subcondrali, cisti subcondrali.

Ricerca di sperone nella parte dell'acromion inferiore come possibile frequente causa di una sindrome da impingement.

Calcificazioni: 2 proiezioni in intrarotazione ed extrarotazione, spesso visibili solo in una proiezione.

Frattura e lussazione: spesso non si notano! (Fratture non dislocate dell'omero, ulteriori fratture in caso di lussazione della spalla, eventuali fratture della clavicola o della scapola).

Omartrite: segni radiologici non prima di 3–4 settimane e poco specifici. Pertanto poco significativi.

Rottura della cuffia dei rotatori: posizione rialzata della testa dell'omero come segno indiretto (cut off < 6 mm)

Ultrasuoni

Tendinopatia: cuffia dei rotatori e tendine del capo lungo del bicipite incl. lussazione

Calcificazioni: deposito di calcio localizzabile per needling

Borsite: borsa subacromiale inspessita e piena di liquido ben visibile

Versamento articolare: dorsale in extrarotazione ben visibile a partire da pochi millilitri

Vantaggio: esame dinamico, possibilità di eseguire un'infiltrazione mirata, eventuale misurazione della vascolarizzazione (power doppler) in presenza di un'origine infiammatoria

Limitazione: lesioni del labbro non ben documentabili

MRI

Nativo (risp. con mezzo di contrasto intravenoso [IV])

Esame utile e sensibile soprattutto nelle seguenti problematiche:

- Omartrite / sinovite
- Fratture non individuabili in modo radiologico convenzionale
- Strutture ossee (tumore, necrosi della testa omerale)
- Strutture tendinee (ma poco sensibile per i depositi di calcio!)
- Muscolatura (adiposi, atrofia)

Con mezzi di contrasto intraarticolari = artro-MRI

- Lesioni della cuffia dei rotatori
- Lesioni del labbro

CT [Tomografia Computerizzata]

Indicata solo in casi di trauma con problematiche specifiche ai fini della programmazione di un intervento chirurgico

5 Quadri clinici specifici

5.1 Lesione della cuffia dei rotatori

Patogenesi

- Degenerativa a causa dell'ipovascolarizzazione e degenerazione secondaria delle fibre
- Meccanica a causa di impingement cronico
- Traumatica
- Parziale (non perforante / perforante), completa

Diagnostica

- Test specifici (p.es. test di Jobe) a seconda del tendine interessato, ev. con pseudo-paralisi / braccio pendente ovvero paralisi
- Sonografia, artro-MRI

Terapia

- Lesioni degenerative in pazienti anziani: iniziare sempre con terapia conservativa, infiltrazione di steroidi subacromiale, ev. fisioterapia. In caso di dolori resistenti alla terapia o soprattutto di disturbi funzionali troppo forti, intervenire chirurgicamente.
- Rotture traumatiche in pazienti giovani: se possibile intervenire chirurgicamente al più presto

5.2 Sindrome da impingement

Causa primaria per la maggior parte delle lesioni della cuffia dei rotatori e del tendine del capo lungo del bicipite, causa più frequente di disturbi cronici alla spalla.

Patogenesi

Impingement primario

- Restringimento del passaggio del sovraspinato sotto all'acromio anteriore, al legamento coraco-acromiale e della superficie inferiore dell'articolazione AC
- Fattori che favoriscono questo stato: legamento coraco-acromiale inspessito, forma e angolo di inclinazione dell'acromio, osteofiti caudali nella regione dell'articolazione AC artrosica

Impingement secondario

- Trochite ovvero tubercolo maggiore prominente dopo la frattura
- Perdita dei depressori della testa in caso di lesione della cuffia dei rotatori
- Perdita del meccanismo di sospensione della spalla (vecchia lussazione AC Tossy III)
- Ispessimenti della borsa (borsite), grossi depositi calcarei
- Sollecitazione non fisiologica, p.es. in caso di paraplegia

Diagnostica

Clinica: test specifici (p.es. painful arc ovvero arco doloroso, test di Hawkins)

Ev. infiltrazione subacromiale di prova con anestetico locale (test di Neer)

Radiologia convenzionale: spalla sollevata, calcificazioni, forma dell'acromio, artrosi AC

Radiologia estesa: sonografia (in mani esperte pari all'esame MRI), eventualmente **artro-MRI** (per programmare un intervento chirurgico)

Terapia

Conservativa

- In caso di dolori (spesso anche notturni) dovuti allo stato di irritazione di natura infiammatoria (borsite): infiltrazione di steroidi subacromiale

- Allargamento del passaggio subacromiale
- Fisioterapia con istruzione per esercizi per centrare la testa dell'omero

Intervento chirurgico

- Débridement ovvero decompressione subacromiale e allargamento dello spazio (per lo più artroscopicamente), ev. con ricostruzione della cuffia dei rotatori

5.3 Calcificazioni della cuffia dei rotatori (PHS calcarea)

Manifestazione

- Tipico disturbo sotto i 50 anni. Di norma nessuna alterazione degenerativa della cuffia dei rotatori. Tesi secondo cui la sovrastimolazione dei tendini della cuffia dei rotatori genera un'ipossemia e una conseguente trasformazione condrale. Il deposito calcareo è costituito da idrossiapatite di calcio.
- Frequenza: ca. 6 %
- Distribuzione della calcificazione: ca. 50% nel tendine del sovraspinato, 30% nel tendine dell'infraspinato, 17% nel tendine del piccolo rotondo e il 3% nel tendine del sottoscapolare

Clinica

- Di norma asintomatica
- Meccanica: a seconda della posizione e della dimensione della calcificazione, può generare sintomi di impingement subacromiale.
- Infiammatoria: esacerbazione algica acuta con dolori notturni e a riposo in parte molto forti in caso di infiammazione attorno al deposito di calcio o di rottura dello stesso nella vicina borsa (tendinite calcifica; ben visibile mediante uso del power doppler in sonografia). Non di rado il deposito di calcio viene poi riassorbito.

Diagnostica

Raggi e / o sonografia: spalla A/P in intrarotazione ed extrarotazione e inclinazione cranio-caudale

Terapia

- Fisioterapia con l'intento di allargare lo spazio subacromiale (centratura della testa dell'omero)
- Farmacologica con FANS [Farmaci antinfiammatori non steroidei] (soprattutto in caso di esacerbazione infiammatoria acuta; quindi anche mediante raffreddamento)
- Infiltrazione subacromiale di glucocorticoidi
- Needling / trattamento di pulizia mediante ago (guidata con sonografia o amplificatore di brillantezza)
- Terapia a onde d'urto (Attenzione: non a carico dell'assicurazione malattie)
- Intervento chirurgico

5.4 Instabilità croniche

In caso di instabilità della spalla si distingue tra instabilità multidirezionale e instabilità unidirezionale. La prima è per lo più costituzionale (p.es. in caso di sindrome da ipermobilità), la seconda è di natura post-traumatica.

Instabilità multidirezionale

Manifestazione: costituzionale, più frequente tra le donne, in caso di sindromi da ipermobilità (primaria, secondaria in caso di sindrome di Marfan, sindrome di Eherls-Danlos ecc.)

Clinica: sensazione spesso soggettiva di instabilità, difficoltà nel movimento di lancio, lussazioni recidive senza trauma adeguato

Esiti: test dell'apprensione positivo, di norma nessun referto patologico in sede di indagine radiologica (di rado displasia glenoidea)

Terapia: fisioterapia per stabilizzare la muscolatura, intervento chirurgico

Instabilità unidirezionale

Manifestazione: di natura post-traumatica, lussazione anteriore (85%, di solito movimento di lancio con resistenza improvvisa, p.es. giocatori di pallamano), posteriore (14%), molto di rado inferiore o craniale

Clinica: a seconda del tipo di instabilità e lussazione, lussazioni / sublussazioni recidive

Esiti: test di provocazione patologici a seconda del tipo di instabilità. Lesioni strutturali spesso concomitanti (glenoide = Bankart, testa dell'omero = Hill-Sachs, lesioni del labbro, capsula, legamenti, fratture del tubero o dell'omero)

Terapia: fisioterapia per la stabilizzazione muscolare, trattamento chirurgico in caso di lussazioni abituali o grandi lesioni strutturali

5.5 Artrosi dell'articolazione AC e della spalla

Artrosi dell'articolazione della spalla

L'artrosi dell'articolazione della spalla è quasi esclusivamente secondaria; pertanto è necessario cercarne sempre la causa!

Cause

- Dopo la rottura della cuffia dei rotatori («cuff tear arthropathy» in caso di rottura di ampia dimensione)
- Dopo lussazioni abituali
- In caso di artriti:
 - *artrite reumatoide, spondiloartrite ecc.*
 - *artropatie da cristalli: più spesso condrocalcinosi*
 - *artrite settica, p.es. da Staph. aureus (Attenzione: mortale!)*
- In caso di malattie ossee: p.es. osteonecrosi, m. Paget

Diagnostica

- Analisi clinica e radiodiagnostica (convenzionale)

Terapia

- In caso di fallimento della terapia conservativa (incl. iniezioni) può essere indicato l'uso di una protesi: spesso il dolore viene alleviato, ma di rado si ha un miglioramento funzionale (solo in caso di cuffia dei rotatori intatta); vedi anche capitolo 7: Aspetti chirurgici del dolore alla spalla

Artrosi dell'articolazione AC**Cause**

- Nei pazienti giovani artrosi per lo più di natura post-traumatica, p.es. dopo una lussazione dell'articolazione AC
- Nei pazienti meno giovani spesso anche artrosi primaria
- Di rado a seguito di artrite, p.es. batterica o nell'ambito di una condrocalcosi

Diagnostica

- Provocazione del dolore soprattutto mediante abduzione massima o adduzione orizzontale (Body-Crosstest) del braccio
- Dolore alla pressione sopra l'articolazione (esercitare pressione cranio-dorsale)
- Radiodiagnostica

Terapia

- In caso di fallimento della terapia conservativa (incl. iniezioni) può essere indicata una resezione artroscopica dell'articolazione.

5.6 Capsulite retrattile, adesiva o spalla congelata (frozen shoulder)**Mobilità limitata (capsular pattern)**

(extra)rotazione gleno-omerale spesso estremamente limitata, inoltre abduzione limitata

- Presente per lo più nella fascia di età da 40 a 60 anni
- Colpita soprattutto la parte anteriore della capsula articolare (con decorso di un quadro istologico analogo alla malattia di Dupuytren)
- Stadio I (fase infiammatoria, ca. 3 mesi), forti dolori, dolori notturni
- Stadio II (fibrosi crescente, ca. 3–9 mesi), crescente limitazione della mobilità, dolori
- Stadio III (fase di dissoluzione, ca. 9–18 mesi), lento miglioramento della mobilità
- Per lo più decorso favorevole nel lungo periodo, tuttavia non di rado permane una limitazione residua della mobilità

Possibili cause

- Primarie / idiopatiche
- Natura post-traumatica
- Spesso secondarie in caso di limitazioni della mobilità di natura funzionale o algica della spalla
- Diabete mellito
- Malattia cardiaca
- Ipotiroidismo
- Irritazione radice cervicale
- Medicamenti: antiepilettici, isoniazide

Terapia**Stadio I**

- Iniezioni di steroidi intraarticolari nella fase infiammatoria (p.es. 40 mg triamcinolone)

Stadio II e III

- Farmacologica: analgesici, FANS / coxibi, ev. calcitonina per 4–6 settimane (Attenzione: limitazione)

- Mobilizzazione articolare attiva e passiva in regione priva di dolore, soprattutto scapolo-toracica, con guida fisioterapia, trattamento delle zone muscolari circostanti
- Ev. idrodilatazione
- Ev. anestesia locale del n. sottoscapolare
- Se dopo 6–12 mesi di continuato trattamento conservativo non si osservano progressi, prendere in considerazione l'artroscopia (capsulotomia), con conseguente intensa fisioterapia

5.7 Affezioni neurologiche della spalla

Sindrome cervicoradicolare

■ C3, C4

Clinica: dolori alla nuca e alle spalle

Diagnostica: paresi del diaframma (soprattutto innervazione C4, più di rado C3), C4: possibile paresi dei muscoli scapolari e del deltoide

■ C5

Clinica: dolori laterali e dorsali sopra il deltoide

Diagnostica: possibile paresi del m. deltoide, occasionalmente anche del m. bicipite brachiale, riflesso bicipitale indebolito

■ C6

Clinica: dolori che si irradiano dal margine posteriore del deltoide radiale fino al pollice e all'indice

Diagnostica: possibile paresi del m. bicipite brachiale e del m. brachioradiale, ma mai atrofie, riflesso bicipitale fortemente indebolito o inerte

Amiotrofia nevralgica della spalla (neurite del plesso, sindrome di Parsonage-Turner)

Manifestazione: spesso in giovane età, uomini più colpiti delle donne

Clinica: all'inizio acuto «di notte» con dolori alla spalla molto intensi e impetuosi, a destra più frequenti che a sinistra.

Diagnostica: paresi spesso già dopo qualche ora; sono interessati soprattutto i muscoli innervati dal plesso brachiale superiore (C5 e C6), spesso soprattutto il m. dentato e il m. deltoide. Disturbi di sensibilità solo per circa ¼ (parte esterna della curvatura della spalla e della parte superiore del braccio)

I dolori si smorzano per lo più già dopo qualche giorno, atrofie muscolari durante il decorso, regressione della paresi solo dopo mesi

Terapia: antireumatici non steroidei, steroidi

Raramente: Neuropatie da compressione

Manifestazione: p.es. n. soprascapolare

Clinica: compressione n. soprascapolare nell'incisura scapolare

Diagnostica: atrofia del m. sovraspinato e del m. infraspinato; paresi per extrarotazione della spalla, dolore alla pressione sopra l'incisura scapolare

5.8 Lesioni del labbro

Manifestazione: di natura traumatica, lesioni tra i giovani, spesso in caso di sport che comportano il movimento del lancio

Clinica: dolori alla spalla dovuti al movimento, soprattutto in caso di abduzione e contemporanea extrarotazione. Spesso diagnosi difficile.

Diagnostica: esame clinico non specifico. Diagnosi mediante artro-MRI: vicino alla lesione del labbro superiore (SLAP = Superior Labral Anterior Posterior) spesso lesione concomitante dell'inserzione del tendine del capo lungo del bicipite sulla glenoide / complesso del labbro

Terapia: di norma intervento chirurgico

5.9 Lussazione acromion-claveare

Manifestazione: post-traumatica (di solito caduta sulla spalla con adduzione braccio)

Suddivisione degli stadi secondo Tossy o Rockwood

Clinica: gonfiore, dolore soprattutto in presenza di carico dell'articolazione AC

Terapia: di norma conservativa, a seconda dell'entità di carico / sintomi (o indicazione estetica), occasionalmente anche intervento chirurgico

5.10 Sindrome algica miofasciale

Manifestazione: molto frequente, causata da sovraccarico (disturbi di statica, attività monotone, ergonomia non ottimale della postazione di lavoro come p.es. attività al PC) e da dolore riferito («referred pain»); spesso espressione di una cronicizzazione del dolore

Clinica: dolori locali e regionali delle parti molli e soprattutto della muscolatura, sindrome fibromialgica in caso di generalizzazione

Esiti: postura: cifosi della colonna toracica, antiversione delle spalle. Palpabilità dei cosiddetti punti trigger miofasciali nel m. infraspinato, nel m. sovraspinato, nel m. elevatore della scapola e del m. sternocleidomastoideo con provocazione locale e trasmissione dei dolori. Spesso anche dolore diffuso alla pressione, soprattutto in caso di cronicizzazione.

6 Aspetti particolari della terapia

6.1 Fisioterapia

Di norma approccio di trattamento funzionale, non unicamente mirato al danno strutturale. Spesso debole correlazione tra patologia strutturale e sintomi.

Il trattamento del modello di movimento patologico è prioritario.

Vengono trattate anche le strutture circostanti.

In base alla definizione del problema vengono selezionati i metodi di trattamento e viene formulato un obiettivo di trattamento individuale.

Attenzione: se i dolori o lo stato infiammatorio prevalgono (borsite, capsulite adesiva oppure omartrite), la fisioterapia come unica misura terapeutica ha raramente successo. Dalla fase subacuta la fisioterapia è essenziale.

Fisioterapia

1. Limitata mobilità articolare / impingement

- Tecniche manuali con l'obiettivo di mobilizzare le articolazioni (anche scapolo-toraciche).
Nel caso di impingement, la priorità va assegnata al miglioramento della mobilità subacromiale oltre che a una migliore centratura della testa dell'omero nella glena (vedi anche instabilità).
- Programma da svolgere a casa per mantenere / migliorare la mobilità

2. Muscolare / periartropatico

- Trattamento di miogelosi e delle inserzioni dei tendini; rafforzamento specifico della muscolatura insufficiente
- Estensione della muscolatura accorciata
- Miglioramento della statica
- Variazioni ergonomiche e consulenza (p.es. sul posto di lavoro)
- Terapia dei punti trigger incl. Dry-Needling

3. Instabilità / insufficienza muscolare

- Centratura dell'articolazione \implies Raggiungimento di un equilibrio muscolare (soprattutto nella regione della cuffia dei rotatori)
- Programma di allenamento mirato (programma da svolgere a casa / MTT = terapia di allenamento medico)

4. Sintomatologia radicolare

- In caso di irritazione di una radice nervosa va innanzitutto ridotta l'irritazione:
 - scarico della radice nervosa attraverso tecniche manuali (p.es. trazione o flessione laterale)
 - Istruzioni sulle posizioni da adottare / modifiche statiche
 - Misure analgesiche (tecniche per le parti molli per ridurre il tono)
 - Programma da svolgere a casa per migliorare il metabolismo locale
 - Istruzione sull'auto-trazione
 - Terapia del freddo / elettroterapia

5. Thoracic Outlet Syndrome

- Correzioni attive della postura e trattamento degli squilibri [dysbalance] muscolari
- Tecniche manuali per eliminare la disfunzione 1a costa / articolazione AC/SC (coinvolgimento del passaggio cervico-toracico)

6.2 Tecnica di iniezione

Informazioni generali

Le infiltrazioni di steroidi periarticolari (ovvero subacromiali) o intraarticolari sono una terapia spesso molto efficace in caso di problemi alle spalle. Possono essere effettuate (previa esperienza) dopo una valutazione mediante palpazione, marcatura sonografica o sotto controllo sonografico diretto.

Accesso iniezione (l'iniezione deve poter essere effettuata sempre con una limitata pressione)

- Gleno-omeroale anteriore
- Gleno-omeroale posteriore
- Subacromiale (borsa)
- Articolazione AC

Direttive inerenti alle iniezioni

- Come da raccomandazione della Società svizzera di reumatologia (SSR) su www.rheuma-net.ch
- In caso di liquido libero, eseguire una paracentesi diagnostica: numero di cellule (provetta EDTA), cristalli (provetta nativa) ed ev. batteriologia generale (provetta sterile nativa)
- Di norma viene iniettato un preparato steroideo cristallino (triamcinolone 40 mg) o eventualmente di betametasona (diprophos, miscelato idrosolubile e cristallino), di solito combinato con alcuni millilitri di anestetico locale di breve durata (lidocaina / rapidocaina).

Effetti collaterali

- Sistemici: spesso arrossamento al viso (flush) per 1-2 giorni
- Temporaneo leggero innalzamento della pressione, palpitazioni
- Di rado: metrorragia
- Passeggero aumento della glicemia
- Effetti collaterali nel lungo periodo solo in caso di numerose infiltrazioni

Complicazioni (complessivamente rare!)

- Infezioni (in caso di iniezione a regola d'arte e secondo le direttive summenzionate, molto rare, circa 1:40'000)
- Reazione allergica (di solito all'anestetico locale)
- Emorragia o lesione ai nervi
- Reazione vasovagale

7 **Aspetti chirurgici del dolore alla spalla**

Impingement subacromiale

- Principio più importante: rimuovere la compressione, creare spazio
- Compressione: borsa ispessita, rimuovere tessuto cicatriziale ed eventualmente le calcificazioni
- Allargamento dello spazio: regolarizzazione della punta dell'acromio, livellamento dell'articolazione AC e divisione del legamento coraco-acromiale. Questa operazione può essere effettuata mediante artroscopia o con intervento a cielo aperto.
- Ricostruzione della cuffia dei rotatori, qualora possibile

Rottura della cuffia dei rotatori

- Non tutte le persone hanno bisogno di una cuffia dei rotatori intatta
- La rottura della cuffia dei rotatori rientra nel normale processo di invecchiamento (da 60 anni: nel 50% rottura parziale, 30% rottura completa)
- Una rottura completa dei tendini provoca nell'arco di mesi una retrazione muscolare e una degenerazione adiposa, fattore limitante per la guarigione di una sutura
- Nei pazienti anziani con sintomo principale di dolore e funzionalità mantenuta trattare in modo principalmente conservativo.
- I pazienti giovani con sintomo principale di indebolimento con rottura completa e recente e pseudoparalisi vanno sottoposti primariamente a intervento chirurgico
- Dopo il ripristino della continuità muscolo-osteo-tendinea, dopo 6 settimane si raggiunge una stabilità di ca. il 25%, dopo 6 mesi di ca. l'80%. Adattare quindi necessariamente i movimenti e i carichi, tempistiche di riabilitazione lunghe.
- I sintomi come il dolore e la mobilità limitata migliorano anche in caso di guarigione incompleta e nuova rottura dopo l'operazione.

Artrosi dell'articolazione AC

- Molto frequente, con l'avanzare dell'età, di rado isolata
- Non sempre dolorosa, spesso solo sintomatica dopo il trauma
- Terapia innanzitutto conservativa mediante infiltrazione di steroidi
- Se esito insufficiente, risp. recidiva entro 6 mesi: prendere in considerazione la resezione AC artroscopica

Lussazione AC

- Innanzitutto trattamento conservativo con limitazione dell'uso, trazione ad anelli / bendaggio a «8» (percentuale di successo > 90%)
- Trattamento di emergenza: frattura laterale e in più punti, pericolo di perforazione imminente, di rado tra chi pratica sport agonistici

Borsite subacromiale

- Di rado isolata
- Innanzitutto terapia conservativa con infiltrazione di steroidi
- Intervento chirurgico indicato solo in caso di reazione insufficiente

Tendinite calcifica

- Il calcio scompare spesso spontaneamente
- Infiltrazione locale nella fase iniziale per ridurre l'infiammazione, poiché i dolori sono provocati dalla reazione chimica
- Di rado viene suggerito l'intervento chirurgico, se non in presenza di un impingement sintomatico

Rottura del tendine del capo lungo del bicipite

- Non viene mai prescritto l'intervento chirurgico, poiché non vi è perdita funzionale sostanziale

Omartriosi / omartrite avanzata con artrosi secondaria

- Atteggiamento attendista
- Esaurire le misure conservative
- La sola decompressione (débridement) è oggi obsoleta
- Sostituzione articolare anatomica: richiede tendini intatti
- Protesi inversa in caso di tendini rotti, ma è necessario un m. deltoide intatto
- Lunga fase di riabilitazione
- Il trattamento riabilitativo dopo l'intervento è fondamentale per il successo
- Mobilità limitata possibile dopo protesi inversa

Instabilità

- L'indicazione di una procedura operativa è l'instabilità cronica ovvero uno stato a seguito di più lussazioni
- Pura ricostruzione delle parti molli: p.es. stabilizzazione ventrale della spalla secondo Putti-Platt, Capsular Shift secondo Neer
- Ricostruzioni delle parti molli con incorporazione di un blocco osseo: p.es. osteotomia subcapitale secondo Weber, osteotomia del coracoide secondo Trillat
- Per tutte le procedure è prevista una percentuale di recidiva dal 10 al 15%

Impressum

Responsabilità scientifica 2015

Dott. med. Thomas Langenegger, Baar (presidente)

Dott. med. Wolfgang Czerwenka, Wettingen

Dott. med. Adrian Forster, Winterthur

Dott. med. Jean-Jaques Volken, Sierre

Dott. med. Jean-Marc Waldburger, Confignon

(Redazione edizione francese)

Dott. med. Nicola Keller, Morbio Inferiore

(Redazione edizione italiana)

Segretariato

Valérie Krafft, direttrice,

Lega svizzera contro il reumatismo

Simone Schnyder,

Lega svizzera contro il reumatismo

Veranstalterin

Lega svizzera contro il reumatismo

Josefstrasse 92, 8005 Zurigo

Tel. 044 487 40 00

Fax 044 487 40 19

update@rheumaliga.ch



**Lega svizzera
contro il reumatismo**
Il movimento è salute