



DOTT. MICHELE A. VERDANO

SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CAPSULITE ADESIVA

PAZIENTE _____

CHE COSA È LA “CAPSULITE ADESIVA”?

La capsulite adesiva, nota anche come “Spalla congelata” o “Frozen Shoulder” è un’ affezione della spalla caratterizzata da una rilevante diminuzione del movimento, sia attivo che passivo, che compare in assenza di una nota alterazione intrinseca della spalla. La capsula articolare non presenta segni di infiammazione, ma va incontro ad una fibrosi, aumentano cioè alcune cellule dette fibroblasti e miofibroblasti che producono bande fibrose responsabili di retrazione e rigidità della capsula

PERCHÉ SI VERIFICA?

Nella maggior parte dei casi non riconosce una causa e si definisce idiopatica. Quando invece viene identificata un’eziologia specifica si configura come rigidità secondaria a traumi, fratture, processi infiammatori extra-articolari, tendinopatia calcifica o rottura della cuffia dei rotatori.

Può essere classificata in:

IDIOPATICA: autoimmune, biochimica, endocrina, microtraumatica.

SECONDARIA: diabete, patologie della tiroide e delle paratiroidi, patologie del surrene, dislipidemie, malattie neurologiche, artrosi cervicale, utilizzo di farmaci come il Phenobarbital, l’Isoniazide, gli antiacidi, esiti di mastectomia e linfadenectomia ascellare e morbo di Dupuytren.

CHI NE È AFFETTO?

E’ stata osservata una più elevata frequenza in pazienti con alterato metabolismo dei grassi (ipercolesterolemia, diabete, cardiopatie) e in quelli che fanno uso di farmaci anticonvulsivanti. La capsulite adesiva può essere anche una complicazione precoce di un trauma (frattura, lussazione, contusione, ecc).

Studi epidemiologici hanno rilevato che nella popolazione generale la frequenza è del 2%. Nel 10% dei casi l’affezione è presente in tutte e due le spalle.

Interessa soprattutto il sesso femminile e può insorgere bilateralmente ad una certa distanza di tempo.

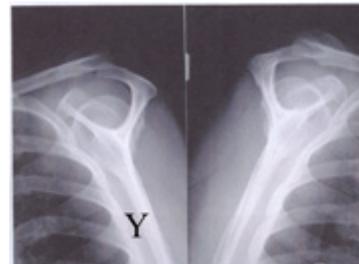
QUALI SONO I SINTOMI?

Dolore e rigidità attiva e passiva della spalla. Di solito il paziente non riesce a sollevare il braccio oltre la testa e, invitato a toccarsi le scapole, dal basso verso l'alto, arriva appena al gluteo. Se non trattata, tale condizione può permanere fino a 12-24 mesi.



QUALI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI SONO NECESSARI?

Occorre sottoporsi a una visita specialistica corredata da una radiografia della spalla in Ap, Ascellare e out-let del sovra spinoso.



Queste proiezioni radiografiche permettono allo specialista di quantificare la riduzione dello spazio articolare ed escludere altre patologie come l'artrosi, la tendinopatia calcifica o una pericolosa lussazione posteriore misconosciuta. L'ecografia, la risonanza magnetica (RMN) e la TAC sono spesso indispensabili per una diagnosi differenziale e per un corretto protocollo di trattamento in quanto offrono informazioni aggiuntive sull'integrità della cuffia dei rotatori e della cartilagine articolare oltre a essere molto utili nello studio delle complicanze di questa patologia.

LA TERAPIA

Gli obiettivi del trattamento sono:

- **Risoluzione del dolore**
- **Recupero della mobilità articolare**

TRATTAMENTO CONSERVATIVO

Il trattamento conservativo consiste in una terapia farmacologica che si avvale dell'utilizzo di antidolorifici (FANS), terapia fisica (tens, tecarterapia, ultrasuoni, etc.), mobilizzazione passiva e attiva assistite in acqua e in palestra .



Lo sblocco articolare in anestesia “plessica” è un'alternativa alla mobilizzazione passiva nelle rigidità con blocco elastico (capsulare), allorquando le terapie appena citate non abbiano sortito i risultati sperati. Questo trattamento è tuttavia controindicato nelle rigidità extracapsulari, nei pazienti osteoporotici e negli esiti di ritardata o viziosa consolidazione delle fratture.

Questa procedura viene praticata in sala operatoria e consiste in due fasi:
prima fase- L'Anestesista effettua l'anestesia del plesso brachiale



seconda fase-lo specialista ortopedico manipola l'articolazione cautamente al fine di eliminare le aderenze capsulari e di conseguenza di risolvere il blocco articolare.

Al termine della procedura vengono effettuate radiografie di controllo e, se indicato dal chirurgo, viene posizionato un catetere perineurale che consentirà al paziente d'intraprendere il protocollo riabilitativo precocemente e senza dolore.

La dimissione avviene il giorno successivo al trattamento con una prescrizione relativa al programma riabilitativo e una prescrizione relativa alla gestione del catetere perineurale (se utilizzato).

TRATTAMENTO CHIRURGICO

L'artroscopia consente di effettuare in un unico tempo la capsulotomia selettiva o circonferenziale (a 360°) della capsula articolare e il trattamento di patologie concomitanti come lesioni della cuffia dei rotatori e/o tendinopatie calcifiche.

A differenza del trattamento a cielo aperto, l' intervento in artroscopia non necessita della sezione del sottoscapolare consentendo pertanto un precoce inizio del programma riabilitativo. Già in seconda giornata dall'intervento infatti, è possibile iniziare la riabilitazione anche in acqua, consentendo di usufruire da subito dei benefici dell'idrochinesiterapia sul recupero attivo e passivo della mobilità.

In casi selezionati, questa tecnica chirurgica, permette inoltre l' utilizzo di dispositivi farmacologici anti-aderenziali finalizzato a favorire un recupero post-chirurgico rapido e meno doloroso.

In letteratura sono riportati risultati migliori del trattamento artroscopico rispetto al trattamento conservativo soprattutto nell'ambito delle rigidità secondarie e in particolare nei pazienti diabetici.

In generale la percentuale di risultati positivi di questo tipo di trattamento è di circa l'80%.



COMPLICANZE

Le complicanze sono rare e possono essere di tipo chirurgico, come infezioni, lesione del nervo ascellare e post-chirurgiche come la recidiva della rigidità.

RICOVERO E RIABILITAZIONE

La durata media del ricovero è di 24 ore; il paziente viene dimesso nella mattinata successiva all'intervento, salvo complicazioni. Non si posiziona il tutore.

Fin dal giorno successivo all'intervento chirurgico, il paziente deve intraprendere esercizi quotidiani di mobilizzazione passiva della spalla onde evitare l'instaurarsi di rigidità.

Possono essere necessari alcuni mesi di fisioterapia. In media il recupero funzionale ed il ritorno alle normali attività quotidiane si ottiene in 4-5 mesi ma può richiedere anche periodi più lunghi.

MPORTANTE: portare SEMPRE ai controlli tutta la documentazione relativa all'intervento eseguito

NOTA:

La presente guida serve a integrare un approfondito colloquio informativo che il paziente deve avere con l' ortopedico. (e' necessario CHIEDERE QUANTO PIU' POSSIBILE E CHIARIRE OGNI DUBBIO E INCERTEZZA SULL'INTERVENTO!)

SEDI DI ATTIVITA' AMBULATORIALE

POLIAMBULATORIO SALUSER PARMA VIA VERDI 27
TEL 0521 200698, 0521 200955

POLIAMBULATORIO FITNESSCENTER
VIA GALILEO GALILEI 9 PARMA
TEL 0521 284935, 349 5426846

POLIAMBULATORIO PRIVATO
CENTRO MEDICO
VIA FRATELLI CERVI 59 REGGIO EMILIA
TEL 0522 385412

POLIAMBULATORIO CO.ME.TE. CASALMAGGIORE (CR) VIA 4
NOVEMBRE
TEL 0375 42380, 0375 41641

POLIAMBULATORIO CENTRO MEDICO LE GRAVINE GINOSA (TA)
TEL 099 8244944, 099 8291155