

Tesi

“Lo stato dell’arte” della capsulite adesiva

“...sono una serie di pazienti che trovo difficile da definire, da trattare e difficili da spiegare...”. Con questa osservazione Codman nel 1934 identificò un gruppo di pazienti affetti da capsulite, nonostante siano passati circa 70 anni questa definizione è ancora molto corrispondente alla realtà. Come allora non c’è unanime consenso sulla valutazione del range articolare, necessario per fare diagnosi di “spalla congelata”. Quindi non è una sorpresa che spesso vi sia incertezza nella definizione della patologia. Non sono ancora stati stabiliti criteri condivisibili per la valutazione. I criteri più usati sono:

- Dolore e rigidità della spalla da meno di quattro settimane
- Forte dolore alla spalla che limita le attività della vita quotidiana
- Dolore notturno
- Dolorosa restrizione sia attiva che passiva nella flessione della spalla a meno di 100° e 50% di riduzione della rotazione esterna
- Radiografie normali
- Assenza di cause secondarie

L’eziologia della capsulite adesiva è sconosciuta, ma molti autori si sono occupati di osservare e studiare gruppi di pazienti affetti da capsulite, nel tentativo di definire dei criteri misurabili e condivisibili necessari per la diagnosi.

Neviaser nel 1987 descrisse tramite indagini artroscopiche, varie fasi della capsulite adesiva, supportando l’ipotesi che i cambiamenti patologici sono dovuti all’inflammazione sinoviale, con conseguente fibrosi capsulare reattiva. Le fasi descritte artroscopicamente da Neviaser sono:

- **Fase 1:** fase preadesiva, dolorosa con poca o assente riduzione dell’articolarià, evidenza di sinovite ipervascolare con una normale struttura capsulare
- **Fase 2 :** fase del progressivo irrigidimento (freezing), limitazione dell’articolarià sia attiva che passiva, presenza di una sinovite ipervascolare proliferativa con un iniziale processo adesivo della struttura capsulare
- **Fase 3 :** fase del congelamento (frozen), dolore minimo ad eccezione dei gradi massimi di escursione articolare, significativa limitazione del ROM, estesa aderenza capsulare e della plica ascellare, la capsula si presenta spessa e con un ridotto volume articolare
- **Fase 4 :** fase di risoluzione o scongelamento (thawing), dolore minimo con miglioramento dell’escursione articolare.

Qualche dato epidemiologico ci permette di dire che la prevalenza della capsulite adesiva è del 2-5% della popolazione normale , è più frequente nelle donne e nei pazienti sopra i 40 anni. Il coinvolgimento della spalla controlaterale si verifica nel 20-30% dei pazienti. Possiamo infine sostenere che la capsulite sia una condizione

autolimitante, gravemente invalidante con una durata di circa 18-30 mesi senza significativi esiti.

Nella mia esperienza presso il reparto di riabilitazione della clinica ortopedica, ho avuto l'opportunità di collaborare attivamente ad un lavoro di ricerca iniziato nel 2005 in collaborazione con il gruppo di ortopedici della prima cattedra. Questo mi ha permesso di valutare e trattare un cospicuo numero di pazienti affetti da capsulite adesiva idiopatica. Alla fine del percorso riabilitativo il nostro campione, è stato sottoposto ad un protocollo da noi messo a punto dopo revisione della letteratura scientifica in tema di capsuliti adesive.

Nel protocollo articolato su cinque mesi circa, abbiamo privilegiato le tecniche manuali, gli allungamenti muscolari e il lavoro di elasticizzazione delle fasce e della capsula. Le cinque valutazioni articolari e della scheda Constant, sono state eseguite a distanza di circa due mesi l'una dall'altra e ci hanno permesso di rilevare che il 79% del campione è migliorato sensibilmente.