

IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO NELLA FASE PRECOCE DELLA SPALLA CONGELATA

Lorenza Lauricella ⁽¹⁾ - Giuseppe D'Angelo ⁽²⁾ - Giuseppe Falletta ⁽²⁾ - Salvatore Friscia ⁽²⁾ - Marcello Salli ⁽²⁾ - Luigi Giuseppe Tumminelli ⁽²⁾ - Dalila Scaturro ⁽³⁾ - Giulia Letizia Mauro ⁽³⁾

UOC Riabilitazione, AOUP P. Giaccone Di Palermo, Palermo, Italia ⁽¹⁾ - UOC Riabilitazione, AOUP Paolo Giaccone Palermo, Palermo, Italia ⁽²⁾ - UOC, AOUP Paolo Giaccone Palermo, Palermo, Italia ⁽³⁾

Introduzione

Il termine "frozen shoulder" fu introdotto per la prima volta da Codman nel 1934 per descrivere pazienti con una grave limitazione funzionale di spalla accompagnata da dolore ed esami di imaging negativi. Nevasier nel 1964 definì questa condizione come "capsulite adesiva", in base all'evidenza artrografica, che suggeriva la presenza di "aderenze" della capsula dell'articolazione gleno-omeroale che limitavano il volume dello spazio articolare. La stadiazione anatomicopatologica prevede: I grado con sinovite iperemica della volta capsulare; II grado con sinovite iperemica diffusa ed evoluzione in fibrosi capsulare; III grado con fibrosi diffusa in tutto l'ambito articolare e riduzione del volume capsulare globale. I pazienti presentano una limitazione algica nella mobilità attiva e passiva fino ad una perdita globale dell'articolazione gleno-omeroale su tutti i piani. Insorge principalmente in soggetti fra 40-60 anni con una maggiore incidenza nelle donne. L'esordio spesso si associa ad un'immobilizzazione, ad un trauma lieve o ad un intervento chirurgico e può essere associata a patologie sistemiche quali diabete, ipertiroidismo e artrite reumatoide. Il trattamento è essenzialmente conservativo: terapia farmacologica, terapia infiltrativa associata ad un progetto-programma riabilitativo. L'intervento chirurgico va riservato ai casi resistenti all'approccio incruento. Lo scopo dello studio è valutare l'efficacia ma soprattutto la riduzione dei tempi di recupero clinico-funzionale di un protocollo riabilitativo che associa Esercizio terapeutico, Laser-CO2 e Mobilizzazione Passiva Continua (MPC) versus Esercizio terapeutico e Laser-CO2.

Materiali e metodi

Nel periodo compreso tra Ottobre 2015 e Aprile 2017, presso l'U.O.C. di Riabilitazione dell'A.O.U.P "P. Giaccone" di Palermo sono stati arruolati 28 pazienti (8 uomini e 20 donne) con un'età compresa tra i 45 e gli 75 anni (età media 59,7), suddivisi in modo random in 2 gruppi (ognuno costituito da 14 soggetti, 4 uomini e 10 donne) A e B, sottoposti entrambi a 40 sedute di FKT. Il gruppo A eseguiva un programma composto da Esercizio terapeutico (stretching dei muscoli del cingolo scapolare; mobilizzazione passiva, attiva-assistita, attiva della spalla; scollamento dell'articolazione gleno-omeroale e acromion-claveare; esercizi di rinforzo dei muscoli della cuffia dei rotatori prima isometrici e successivamente isotonici, rieducazione propriocettiva) seguito da Laser-CO2, mentre il gruppo B nell'ordine MPC, ET, Laser-CO2 e nuovamente MPC. La terapia è stata effettuata a cadenza trisettimanale con valutazione clinica e funzionale al basale (T0), alla fine del primo ciclo di trattamento dopo 10 sedute (T1), al termine del secondo (T2), al terzo (T3) ed a 40 sedute di terapia (T4). Infine è stato effettuato un follow-up ad 1 mese dal termine della terapia (T4). Il dolore è stato quantificato utilizzando la Numerical Rating Scale (NRS), la funzionalità articolare con l'UCLA rating scale e il Constant Shoulder Score, infine la valutazione delle prestazioni nelle ADL (activities of daily living) attraverso il Barthel Index. I criteri di inclusione prevedevano diagnosi di capsulite adesiva, una F e abduzione attiva $\leq 90^\circ$ con assenza di evidenze di imaging; tra i criteri di esclusione valori di NRS ≤ 4 al T0, lesioni a carico della cuffia dei rotatori o delle altre strutture anatomiche componenti l'articolazione scapolo-omeroale, e le controindicazioni tipiche della laser-CO2 terapia quali presenza di neoplasie, stato di gravidanza e storia di epilessia. I dati sono stati raccolti in un data base sul quale è stata eseguita analisi statistica.

Risultati

Dall'analisi dei dati si è potuto evincere un miglioramento clinico (NRS) e funzionale (Costant e UCLA) in entrambi i gruppi già a T1 con andamento progressivo fino a T3. Tuttavia risultano delle differenze sostanziali statisticamente significative sui tempi di recupero con diminuzione di 10.3 giorni per i pazienti del gruppo B. Inoltre in entrambi i gruppi è stata dimostrata un'iniformità dei dati relativi all'età, una prevalenza di patologia nel lato non predominante (58%), mentre in rapporto al sesso gli uomini presentavano una precoce riduzione dell'RNS già a T1 mantenuta fino al follow-up.

Conclusioni

Tale studio ha permesso di sottolineare l'efficacia della Mobilizzazione Passiva Continua mediante Kinetec di arto superiore in termini di recupero funzionale e di riduzione dei tempi di trattamento. Inoltre in accordo con la letteratura scientifica si è riscontrata una minore incidenza nella popolazione maschile che in entrambi i gruppi ha presentato un recupero più rapido. Appare quindi evidente che un movimento continuo, modulabile, personalizzabile e ripetibile per velocità, durata ed escursione articolare ha il vantaggio di superare il limite della variabilità e di ottenere la massima escursione passiva possibile condizione fondamentale nella cura della Frozen shoulder.

Bibliografia

1. Griggs SM, Ahn A., Green A.: " Idiopathic adhesive capsulitis. A prospective functional outcome study of nonoperative treatment." J BONE JOINT SURG AM. 2000 OCT ;82A(10):1398-407
2. Jankovic D, Van Zudert A.: "The frozen shoulder syndrome. Description of a new technique and five case reports using the subscapular nerve block and subscapularis trigger point infiltration." ACTA ANESTHESIOLOGICA BELGICA. 2006; 57(2):137-43
3. Continuous passive motion provides good pain control in patients with adhesive capsulitis. Dundar U, Toktas H, CAkir T, Evricik D, Kavuncu V.- Int. J Rehabil Res. 2009 Sep; 32(3): 193-8. Doi: 10.1097/MRR.0b013e3283103aac.