Caso Clinico

**Anamnesi**

Signore di 51 anni in buona salute (senza nulla di rilievo nella anamnesi patologica remota) che si presenta alla mia attenzione in quanto continua a lamentare dolori e limitazione funzionale alla spalla e al braccio di destra da oltre 4 mesi, insorti apparentemente 15-20 giorni dopo un episodio simil-influenzale.

E’ stato visitato da un fisiatra, su richiesta di un ortopedico, per iniziare un trattamento riabilitativo a distanza di un mese dalla comparsa dei sintomi, quando il dolore, inizialmente acutissimo, si era attenuato contemporaneamente ad un peggioramento della forza muscolare del braccio ed a una comparsa di rigidità di spalla.

Le conclusioni della visita fisiatrica erano generiche: “Limitazione funzionale della spalla destra”. La terapia consigliata consisteva in 8 sedute di Laserterapia, cui si aggiungevano dopo circa un mese di persistenza della sintomatologia, 10 sedute di Rieducazione funzionale.

Nei 45 gg successivi il paziente riferiva una attenuazione della sintomatologia dolorosa al braccio (persistenza di dolore, soprattutto notturno, alla spalla), ma un aumento considerevole della limitazione della motilità della spalla dx.

Nel frattempo era stata effettuata una RMN che non denotava nulla di particolare, se si eccettuava una tendinosi del sovraspinoso e del capo lungo del bicipite.

L’**obiettività** evidenziava:

* Rachide cervicale in asse; non limitazioni significative della motilità attiva e passiva;
* Apparente ipotrofia muscolare a carico del deltoide e del sovraspinoso di dx;
* Non apparenti disturbi delle sensibilità all’arto superiore dx; non fascicolazioni; riflessi osteo-tendinei normo-elicitabili (esame neurologico completo per il resto era negativo);
* Motilità attiva: possibile l’abduzione sino a 50°; impossibili i movimenti complessi (pettinarsi e “grattarsi” la schiena);
* Motilità passiva: l’abduzione è possibile sino a 70°; le rotazioni (intra-ed extra-rotazione sono appena accennate e dolenti); la flessione e l’estensione sono apparentemente normali.

**Diagnosi**: “ *Capsulite adesiva gleno-omerale dx in sindrome di Parsonage-Turner o nevralgia amiotrofica della spalla dx*”.

Terapia consigliata:

1. Infiltrazione intra-articolare (spalla dx) con triamcinolone 40 mg e lidocaina 1,5 ml;
2. Ghiaccio 7’-10’ alla spalla sin alla sera, prima di coricarsi;
3. Esercizi pendolari di Codman in regime di auto-training.

Alla rivalutazione dopo 3 settimane, il quadro clinico era decisamente migliorato. Soggettivamente il dolore notturno era praticamente scomparso; la motilità attiva era migliorata. Alla valutazione dell’escursione articolare, l’abduzione era di 90° e le rotazioni erano più che accennate.

Si procedeva ad una ulteriore infiltrazione ( triamcinolone 20 mg e lidocaina 1 ml) e si consigliavano 10 sedute, a giorni alterni, di Riabilitazione Motoria (tecniche di mobilizzazione e di facilitazione propriocettiva neuromuscolare).

Valutazione ulteriore dopo 30 gg: il dolore era scomparso ed i movimenti complessi della spalla erano possibili.

**Commenti**

Trattasi di un caso semplice nel complesso, ma emblematico per la sua collocazione nel contesto di una triade neurologico-ortopedico-reumatologica con il fisiatra che, con le sue conoscenze “trasversali”, dovrebbe in grado di ipotizzare una diagnosi che permetta la programmazione di un più corretto trattamento.

Si rammenta la necessità per il fisiatra di esprimersi in termini diagnostici.

In questo caso una corretta ed approfondita anamnesi è fondamentale. La probabilità che l’iniziale patologia della spalla fosse una sindrome di Parsonage-Turner era assai alta (vista l’insorgenza dopo un episodio virale, l’acuzie iperalgica iniziale ed il deficit funzionale secondario).

Che ad essa ( non diagnosticata e non opportunamente trattata) seguisse una capsulite retrattile gleno-omerale, era desumibile dalla grave limitazione dell’escursione articolare.

La letteratura ( e la mia esperienza professionale) è abbastanza propensa a consigliare un trattamento infiltrativo gleno-omerale con corticosteroidi (per lo più sono sufficienti 1-2 infiltrazioni).

La sostanza più utilizzata è il triamcinolone (secondo alcuni sarebbero sufficienti 20 mg, altri sono propensi a proporre 40 mg per infiltrazione).

C’è evidenza clinica che il trattamento riabilitativo non sia sufficiente per la “restitutio ad integrum”.

C’è evidenza clinica che la riabilitazione, dopo il trattamento infiltrativo, migliori o , per lo meno, acceleri il processo di guarigione.

**Bibliografia**

1. Feinberg JH, Radecki J. Parsonage-Turner Syndrome. HSSJ (2010) 6: 199–205. doi: 10.1007/s11420-010-9176-x.
2. Smith CC, Bevelaqua AC. Challenging pain syndromes: Parsonage-Turner Syndrome. Phys Med Rehabil Clin N Am 2014 May;25(2):265-77.
3. Caillet R. Il dolore scapolo-omerale. Lombardo Ed, Roma, 1977.
4. Burbank KM, Stevenson JH, Czarnecki Gr, Dorfman J. Dolore cronico alla spalla (prima parte): valutazione e diagnosi. Am Fam Physician 2008; 77(4):453-60.
5. Dalton SE. Joint Pain. In: Klippel JH, Dieppe PA. Rheumatology. Mosby, 1994,5;8:9-11.
6. Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Physiotherapy interventions for shoulder pain. Cochrane Database Syst Rev 2003; (2):CD004258.
7. Koh KH. Corticosteroid injection for adhesive capsulitis in primary care: a systematic review of randomised clinical trials. Singapore Med J 2016 Dec; 57(12):646-57.
8. Sharma SP, Baerheim A, Moe-Nilssen R, Kvåle A. Adhesive capsulitis of the shoulder: treatment with corticosteroid, corticosteroid with distension or treatment-as-usual; a randomized controlled trial in primary care. BMC Musculoskeletal Disord. 2016 May; 17:232. doi:1186/s12891-016-108.
9. Ranalletta M. Rossi LA, Bongiovanni SL, Tanoira I, Elizondo CM, Maignon GD. Corticosteroid injections accelerate pain relief and recovery of function compared with oral NSAIDs in patients with adhesive capsulitis: a randomized controlled trial. Am J Sports Med 2016 Feb; 44(2):474-81.
10. Yoon SH, Lee HY, Kwack KS. Optimal dose of intra-articular corticosteroids for adhesive capsulitis: a randomized, triple-blind, placebo-controlled trial. Am J Sports Med 2013 May;41(5)1133-9. Doi: 10.1177/0363546513480475. Epub 2013 Mar 18.
11. Balci NC, Yuruk ZO, Zeybek A, Gulsen M, Tekindal MA. Acute effect of scapular proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF) techniques and classic exercises in adhesive capsulitis: a randomized controlled trial. J Phys Ther Sci 2016 April; 28(4):1219-27.
12. Carette S, Moffet H, Tardif J, Bessette L, Morin F, Frémont P, Bykerk V, Thorne C, Bell M, Bensen W, Blanchette C. Intraarticular corticosteroids, supervised physiotherapy, or a combination of the two in the treatment of adhesive capsulitis of the shoulder: a placebo-controlled trial. Arthritis Rheum 2003 Mar;48(3):829-38.
13. Blanchard V, Barr S, Cerisola FL. The effectiveness of corticosteroid injections compared with physiotherapeutic interventions for adhesive capsulitis: a systematic review. Physiotherapy 2010 Jun:96(2):95-107. Doi: 10.1016/j.physio.2009.09.003.