SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

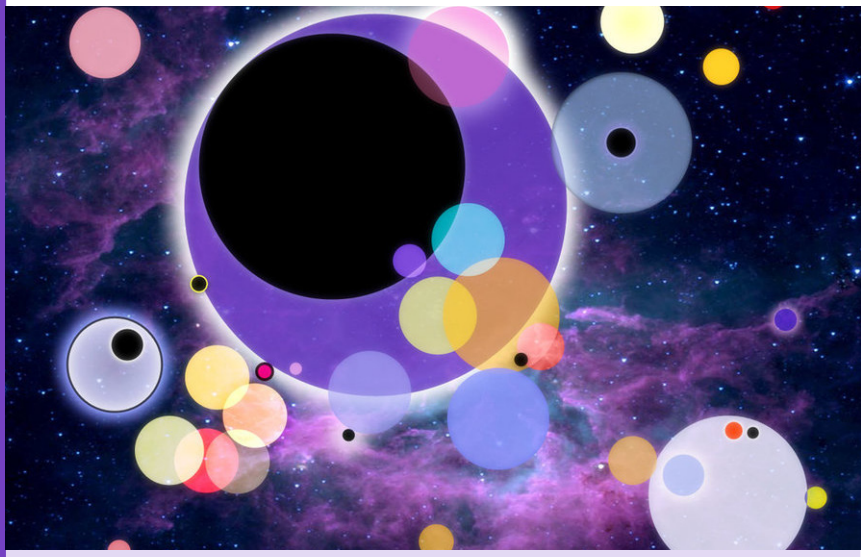
Arcispedale S. Maria Nuova

Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche
Reumatologia

Dott. Carlo Salvarani - Direttore

SPALLA DOLOROSA

INFORMAZIONI PER I PAZIENTI



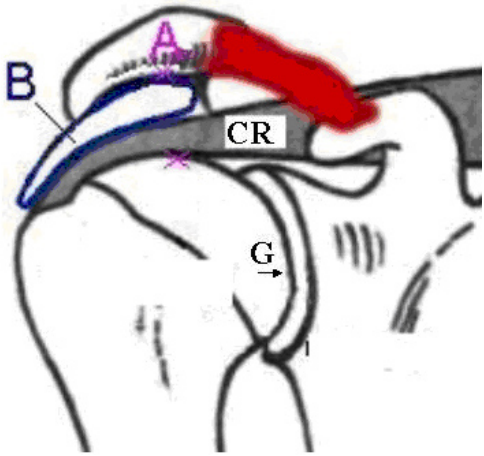
REGGIO EMILIA, MARZO 2015

DESCRIZIONE

La spalla dolorosa è un disturbo molto comune che nella maggior parte dei casi non è dovuto ad una malattia grave. In questo volantino vengono illustrate le cause più comuni di spalla dolorosa ed i relativi trattamenti.

STRUTTURA DELLA SPALLA

Per poter meglio comprendere le cause di dolore alla spalla, è necessario avere alcune semplici nozioni di come è costituita la spalla stessa.
La spalla consiste in realtà di tre articolazioni distinte: l'articolazione gleno-omerale (*scapolo-omerale*), o articolazione della spalla propriamente detta, che è interposta tra il braccio e il tronco; l'articolazione acromio-clavicolare, una piccola articolazione posta all'estremità della clavicola sulla sommità della spalla; e l'articolazione scapolo-toracica, che si trova posteriormente alla spalla. L'articolazione della spalla è circondata da un gruppo di muscoli, detti "muscoli della cuffia dei rotatori" o semplicemente "cuffia dei rotatori": tali muscoli hanno un ruolo importante nel consentire una serie di movimenti, quali l'abduzione (*il sollevamento laterale*), l'elevazione e la rotazione del braccio. Tra la cuffia dei rotatori, in basso, e l'articolazione acromio-clavicolare, in alto, si trova una piccola borsa, detta borsa sottoacromio-deltoidea o borsa sottoacromiale, che interponendosi tra i tendini e il tetto osseo riduce l'attrito tra queste strutture durante i movimenti della spalla. Infine, anteriormente alla spalla, il muscolo bicipite del braccio si prolunga in un tendine, parte del quale passa attraverso l'articolazione della spalla prima di inserirsi sull'osso: esso è detto "*capo lungo del bicipite*" e può talora andare incontro ad infiammazione. Le principali strutture della spalla sono riprodotte nella immagine seguente.



La spalla e le principali strutture
A = acromion; B = borsa sottoacromiale; CR = cuffia dei rotatori; G = articolazione Gleno-omerale, interposta tra scapula (*a destra*) e omero (*osso del braccio, a sinistra*). Il tendine detto "*capo lungo del bicipite*" (*non mostrato*) decorre anteriormente all'articolazione gleno-omerale.

DA DOVE ORIGINA IL DOLORE

1. Dolore originante dall'articolazione gleno-omerale o articolazione della spalla propriamente detta

Il dolore della "spalla" prende origine solo in una minoranza di casi dall'articolazione della spalla vera e propria (*cioè dall'articolazione gleno-omerale*). Il dolore che origina in questa articolazione è avvertito in genere anteriormente e lateralmente (*nella parte superiore del braccio*) e può essere dovuto a diverse cause.

L'artrosi dell'articolazione della spalla è rara; in genere si manifesta con dolore al movimento e con un grado variabile di limitazione dei movimenti. La diagnosi si pone in base all'anamnesi (la storia clinica), l'esame del paziente e la radiografia articolare. La terapia dell'artrosi si basa principalmente sull'uso di analgesici e farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS), sulla fisiocinesiterapia ed eventualmente su infiltrazioni articolari di sostanze terapeutiche.

Diversi tipi di artrite possono interessare le articolazioni gleno-omerali, fra cui in particolare l'artrite reumatoide. In genere, in questi casi, oltre alle spalle sono interessate anche altre articolazioni. Il dolore infiammatorio peggiora tipicamente la notte e il mattino presto; si associa a una rigidità mattutina di durata prolungata, spesso superiore ad un'ora.

In alcuni casi, si può avere un interessamento della capsula che circonda l'articolazione gleno-omerale. Tale patologia è nota come *"capsulite adesiva"* o *"spalla congelata"* ed è caratterizzata inizialmente da dolore infiammatorio, simile a quello dell'artrite; a differenza dell'artrite, però, solitamente è colpita una spalla soltanto. Alla fase iniziale dolorosa fa quindi seguito quella della rigidità progressiva della spalla, mentre il dolore si attenua a poco a poco. La diagnosi di capsulite adesiva nella fase iniziale della malattia viene posta essenzialmente in base alla storia clinica; talora può essere difficile porre una diagnosi corretta sin dall'inizio perché non vi sono test diagnostici specifici. Il trattamento si basa sull'uso di analgesici e sulla terapia infiltrativa a base di cortisonici associati a terapia fisico-riabilitativa volta a prevenire o limitare la rigidità dell'articolazione. Il decorso della capsulite adesiva è variabile; per lo più la durata della malattia è di alcuni mesi fino a un paio d'anni. La prognosi è benigna, ma in alcuni casi può residuare un certo grado di limitazione dei movimenti della spalla.

2. Dolore originante dall'articolazione acromio-clavicolare

Il dolore localizzato avvertito alla parte superiore della spalla origina in genere dall'articolazione acromio-clavicolare ed è quasi sempre dovuto ad artrosi di questa articolazione. L'artrosi dell'articolazione acromio-clavicolare si diagnostica in base alla storia clinica, all'esame del paziente e con l'ausilio della radiologia. Il trattamento si basa sull'uso di analgesici,

di FANS e sulla terapia infiltrativa a base di cortisonici.

3. Dolore originante dai tessuti molli della spalla

In numerosi casi il dolore della spalla prende origine dai cosiddetti *"tessuti molli"* che si trovano in questa sede, cioè dai tendini (*cuffia dei rotatori e capo lungo del bicipite*) e dalla borsa sottoacromiale.
Il dolore viene avvertito per lo più nella parte superiore ed esterna del braccio e talora anteriormente alla spalla; viene aggravato da alcuni movimenti della spalla (*quale il sollevamento del braccio*) e anche dal dormire sul fianco interessato.
Il dolore che origina dal capo lungo del bicipite presenta caratteristiche un po' diverse da quelle su descritte perché viene avvertito principalmente nella regione anteriore della spalla e viene aggravato dalla flessione del gomito.
La tendinite della cuffia dei rotatori e l'infiammazione della borsa sottoacromiale (*"borsite"*) vengono talora chiamate *"periartrite di spalla"*; se i raggi X mostrano calcificazioni in sede tendinea o a livello della borsa sottoacromiale, la periartrite viene detta *"calcifica"*.
La diagnosi di periartrite di spalla si basa sulla storia clinica e sull'esame del paziente; talora però si può fare ricorso ad alcune indagine strumentali.
Le indagini strumentali hanno diversi fini: sono utili per confermare la diagnosi, per determinare il grado di gravità della malattia (*in particolare per stabilire se vi è solo infiammazione dei tendini oppure anche una rottura, parziale o totale, dei tendini stessi*) e per escludere altre malattie.
La radiologia non consente di visualizzare direttamente i tendini e la borsa; essa può però mostrare eventuali calcificazioni e stabilire se lo spazio ove decorrono i tendini è normale o ridotto (*uno spazio ridotto può determinare una lesione da schiacciamento dei tendini*).
I tessuti molli, compresi i tendini e la borsa, sono invece ben visualizzabili sia con l'ecografia che con la risonanza magnetica nucleare.
Il trattamento della periartrite di spalla si avvale dell'uso degli analgesici, dei FANS, della terapia infiltrativa con cortisonici e della fisiocinesiterapia.
In casi selezionati, in particolare quando si abbia una rottura di un tendine o una grossa calcificazione, si può ricorrere ad una particolare metodica detta *"artroscopia"*.
L'artroscopia è una procedura che consente di visualizzare direttamente l'articolazione della spalla ed i tessuti molli circostanti; viene eseguita mediante l'introduzione di strumenti ottici (*telecamere e fibre ottiche*) attraverso piccole incisioni praticate nella pelle dopo aver eseguito una anestesia locale.
Oltre a consentire di *"vedere"* direttamente le lesioni, l'artroscopia spesso consente di attuare un trattamento *"chirurgico"* delle lesioni riscontrate.
Rispetto alla chirurgia tradizionale, l'artroscopia offre il vantaggio di non richiedere l'anestesia generale; inoltre, i tempi di recupero post-intervento sono notevolmente ridotti.