

Il trattamento endoscopico della impingement syndrome della spalla nei soggetti dializzati.

G. TRIPODI, I. OKUTSU*

Da diversi anni (F. Gejyo, 1985) è nota l'etiopatogenesi comune di due diverse patologie a carico del polso e della spalla che si manifestano con elevata frequenza nei soggetti con insufficienza renale e sottoposti per anni a trattamento emodialitico.

Le membrane in cuprophan di alcuni apparecchi per dialisi non riescono a filtrare le β_2 -microglobuline del sangue. Queste precipitano progressivamente, sotto forma di sostanza amiloide, particolarmente nei distretti articolari della spalla e del polso. Dopo alcuni anni, si manifesta l'effetto da tempo noto in questi pazienti e cioè l'insorgenza della sindrome da impingement della spalla e della sindrome del tunnel carpale.

Lo scopo di questo lavoro è quello di presentare in Italia i primi risultati di una tecnica endoscopica semplice, mininvasiva e ambulatoriale per il trattamento della sindrome da impingement della spalla nei soggetti dializzati, secondaria a deposito di amiloide.

Abbiamo utilizzato lo U.S.E. Universal Subcutaneous Endoscope ideato da uno degli A. per il trattamento endoscopico della sindrome del tunnel carpale (I. Okutsu, 1989). Tale dispositivo, costituito da una cannula di materiale plastico trasparente, consente l'introduzione di una comune ottica da artroscopia di 30° al suo interno e quindi la

visualizzazione dei tessuti in cui è inserito.

Posto al di sopra del legamento coracoacromiale, esso permette al chirurgo, con una pinza

idonea, di sezionare l'intero legamento sotto diretto controllo visivo. L'intervento viene eseguito in anestesia locale, con una incisione di pochi millimetri senza distensione liquida della spalla e senza sottoporre quindi l'arto superiore a trazione. La sola sezione del legamento, infarcito di amiloide e ispessito, annullando di fatto il conflitto tra testa omerale e legamento coracoacromiale, evita lo scatto articolare (popping) e la sintomatologia dolorosa.

Gli A. presentano una serie comune di casi operati, con un follow-up medio di 2 anni. I risultati, ad una prima valutazione, sembrano essere incoraggianti. Le recidive (intendendo per tali i casi in cui persiste il dolore) sono state due. Il trattamento a cielo aperto, consistente in una ampia bursectomia e acromionplastica e non complicato dall'intervento endoscopico precedentemente eseguito, ha risolto in entrambi i casi la sintomatologia algica.

L'intervento in endoscopia è efficace, semplice, economico, gradito dai pazienti e non complica in alcun modo un eventuale reintervento a cielo aperto o in artroscopia, se necessario.

Bibliografia

1. Okutsu I *et al.* Endoscopic management of carpal tunnel syndrome. *Arthroscopy* 1989;5:11-8.
2. Tripodi GC *et al.* La artroscopia en la lesione del tunnel de la muñeca. *Actas Primeras Jornadas Chileno Italianas de Ortopedia y Traumatología*. Santiago (Chile), 1990.
3. Okutsu I *et al.* Endoscopic management of shoulder pain in long term haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1994;6:1 17-9.