

Istituto Chirurgico Ortopedico Traumatologico di Latina
Direttore: Prof. *Marco Pasquali Lasagni*

SU DI UN CASO DI TENOSINOVITE VILLONODULARE DELLA SPALLA

di

A. SCARCHILLI

V. DE CUPIS

INTRODUZIONE

La Sinovite villonodulare pigmentosa (SVNP) è una malattia a tutt'oggi ad eziologia sconosciuta.

Furono Jaffe, Lichtenstein e Sutro (1941) a denominare così quelle lesioni che interessano la membrana sinoviale e le borse sierose, caratterizzate da un punto di vista istologico da noduli di dimensioni variabili da qualche mm. fino a 2-3 cm di diametro.

Si identificano comunemente due forme di S.N.V.P. una diffusa nella quale tutta la sinoviale è iperplastica è di colorito rosso vinoso e la forma localizzata nella quale i noduli sono peduncolati su di una sinoviale normale o lievemente pigmentata.

Sono state avanzate delle ipotesi sull'insorgenza della malattia ma la maggioranza degli Autori (1, 4, 8) ritiene che la S.N.V.P. sia dovuta ad una reazione ipertrofico-iperplastica di natura infiammatoria.

Questa rara affezione è benigna benché Campanacci (5) in casi mai trattati e a lunga evoluzione (10-15 anni) ne abbia evidenziato l'aspetto neoplastiforme; Ha una localizzazione tipicamente monoarticolare, si riscontra in genere in adulti con uguale distribuzione di sesso ed una incidenza che nella maggior parte dei casi (70%) interessa il ginocchio.

Più infrequente la localizzazione in altre articolazioni

pie, anca e polso mentre nella spalla è da considerarsi di «eccezionale rarità»: in uno studio statistico mondiale pubblicato sulla *Revue de Chirurgie* del 1974 (6) la S.N.V.P. della spalla era stata riscontrata infatti solo in 5 casi su circa 315 (1,6%).

Anche la letteratura italiana è "povera" di casi descritti (Fares-Crova 1972, Pescatori-Pessina 1981).

CASO CLINICO

Circa un anno fa è giunta alla osservazione presso il ns. Istituto un paziente di anni 75 in buone condizioni generali affetto da Sinovite Villonodulare della scapolo-omerale.

Il paziente riferiva da qualche mese la comparsa di una tumefazione nella spalla destra che era aumentata progressivamente di dimensione.

Alla ispezione tale tumefazione era di forma ovalare, la cute era iperpigmentata, il termotatto era negativo.

Alla palpazione la neoformazione era di consistenza duro-elastica ed era apprezzabile un liquido fluttuante che aspirato aveva un aspetto francamente ematico con facile tendenza alla recidiva a distanza di pochi giorni.

Era inoltre presente una grave limitazione articolare dolorosa soprattutto nei movimenti di abduzione (50°) extrarotazione (5°), gli esami ematochimici erano nella norma fatta eccezione della V.e.s. e della P.C.R. (rispettivamente 67 e 3 mg/di).

Gli esami radiografici non evidenziavano alterazioni scheletriche di rilievo, si eseguiva pertanto come ulteriore accertamento una artrografia che risultava essere anch'essa negativa.

Si procedeva allora ad esame R.M.N. che metteva in evidenza una distensione della borsa sub-acromion deltoidea che aveva contorni regolari, contenente una grande quantità di liquido siero-emorragico (Fig. 1).

Fatta diagnosi provvisoria di borsite-siero-emorragica in esito a sinovite si pianificava il trattamento chirurgico di Exeresi.

Venne pertanto eseguita una incisione laterale trans-

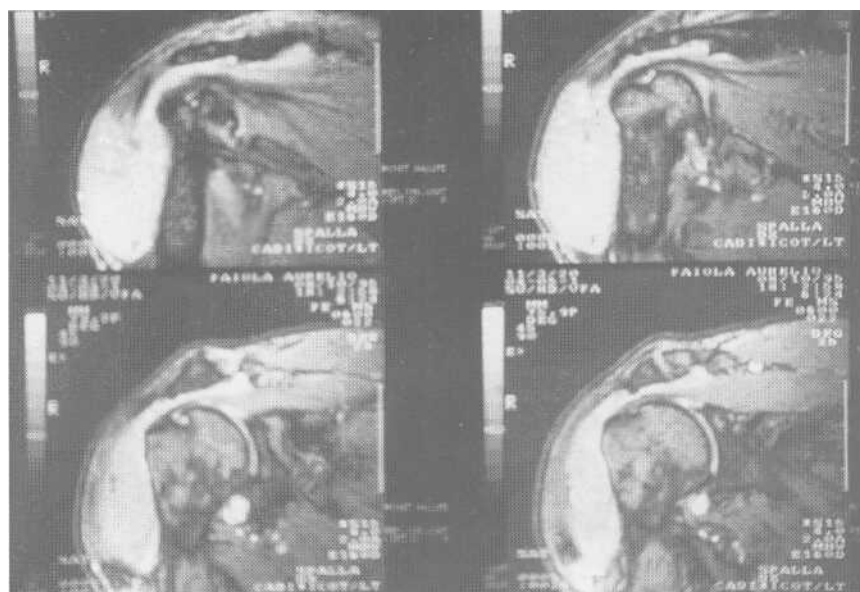


Fig. 1.

deltoidea che evidenziò nello spazio sub-acromiale una borsa spessa ed emorragica di grosse dimensioni che sezionata lasciò fuoriuscire abbondante materiale risiforme biancastro translucido e molle (Fig. 2).

Si asportò in toto la Sinovia (Fig. 3).

Il materiale venne sottoposto ad esame istologico che confermò la diagnosi clinica di tenosinovite villonodulare pigmentosa.

Venne eseguito dopo un breve periodo di riposo funzionale una riabilitazione dapprima passiva, quindi attiva della scapolo-omerale.

Unica complicanza del post-operatorio furono dei versamenti recidivanti di natura ematica che comunque a distanza di circa quindici giorni andarono gradualmente scomparendo.

Nel controllo clinico successivo, dopo circa un anno si può osservare la bontà del risultato (Fig. 4): il paziente non lamenta alcun disturbo, è residua una ipotono-trofia del muscolo deltoideo peraltro giustificata dal periodo di

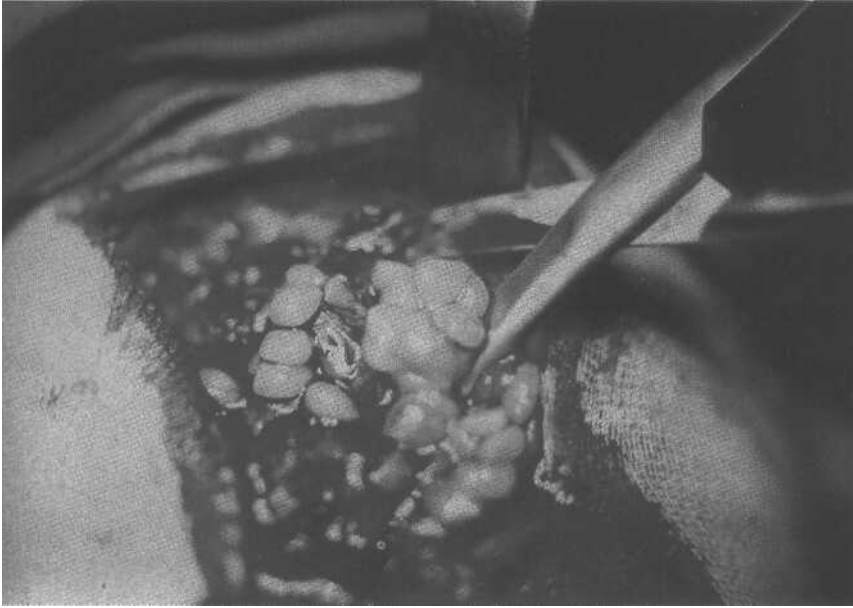


Fig. 2.

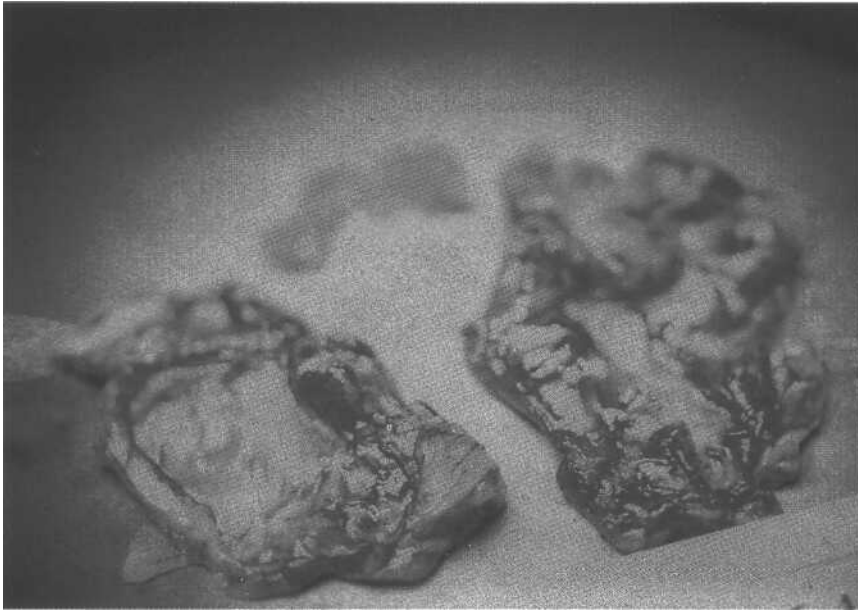


Fig. 3.

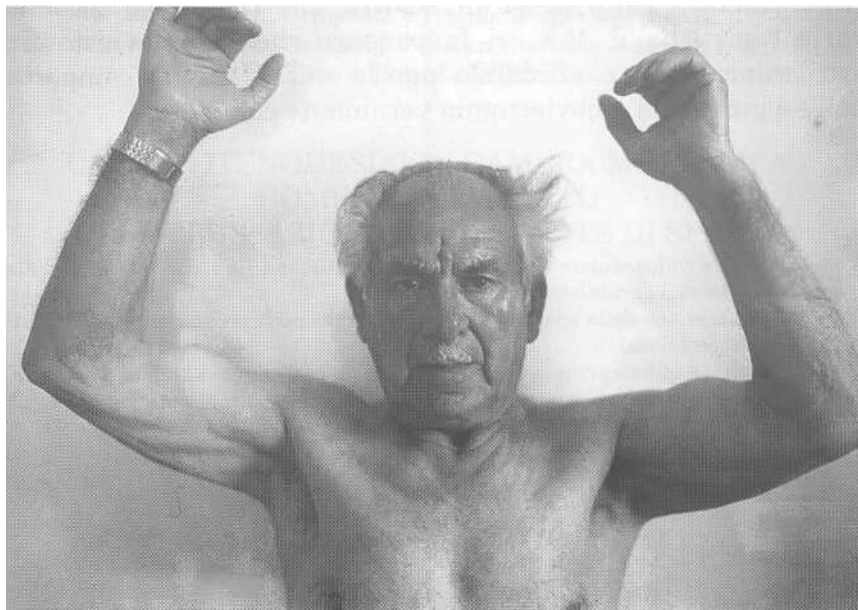


Fig. 4.

limitazione dolorosa prima dell'intervento e dal difficile recupero vista l'età del paziente.

Il controllo radiografico ha evidenziato invece delle manifestazioni artrosiche con sclerosi dei capi articolari che potrebbero essere, come sottolineato da altri Autori (2, 6) espressione di una "aggressività" ossea da parte della sinoviale alterata.

Ne deriva l'importanza di un accertamento diagnostico precoce che può essere ottenuto con l'ausilio della R.M.N. come indagine preliminare, la conferma della diagnosi di S.N.V.P. è comunque istologica.

Conviene praticare anche per la spalla, come già avviene per il ginocchio, una artroscopia che permette con la visione diretta di valutare l'aspetto macroscopico della lesione e nello stesso tempo, da la possibilità di effettuare un prelievo biotico da esaminare.

Il trattamento che a tutt'oggi da migliori garanzie è quello di sinoviectomia artrotomica, infatti la S.N.V.P. non è sensibile alla sinoviortesi chimica come confermato da Wiss

(1982) mentre l'alto tasso di recidive, che raggiunge secondo varie casistiche il 45%, ci fa pensare che la sinoviectomia artroscopica non è affidabile per la difficoltà che comporta nell'eseguire una sinoviectomia veramente completa.

Riassunto

La sinovite villonodulare pigmentosa è una affezione rara che interessa nella maggioranza dei casi l'articolazione del ginocchio.

La localizzazione della spalla può essere ritenuta per i pochissimi casi descritti in letteratura "eccezionale".

Gli Autori in questo articolo descrivono su di un caso giunto alla loro osservazione e dell'iter diagnostico-terapeutico in base a questa esperienza da ritenersi più efficace.

Bibliografia

- 1) AMOROUX J.: *La synovite villonodulare hémopigmenté*. Rheumatologie 23, 287, 1971.
- 2) ANDERSEN J.A., LADEFOGED C.: *A case of aggressive pigmented villonodular synovitis*. Acta Orthop. Scand. 59 (4): 467-470, 1988.
- 3) BIANCHI M., PELLI F., RECALCATI D.: *Sinoviti villonodulari: diagnosi artroscopica e considerazioni sul trattamento*. Arch. Ortop. Reumatol. Vol. 100, Fasc. 1, 1987.
- 4) BYERS P.D. e coll.: *The diagnosis and treatment of pigmented villonodular synovitis*. J. Bone Joint Surg. 50B2, 290, 1968.
- 5) CAMPANACCI M. e coll.: *Aspetti neoplastiformi della sinovite villonodulare pigmentosa*. Chir. Org. Mov., LX, 463, 1971.
- 6) DORWART R.H., GENANT H.K., JONNSTON W.H., MORRIS J.M.: *Pigmented villonodular synovitis of synovial joints: clinical, pathologic and radiologic features*. AJR 143:877-85, 1984.
- 7) FARES G., CROVA M.: *Un caso di sinovite villonodulare pigmentaria dell'articolazione della spalla*. Min. Ortop. XXIII, 127, 1972.
- 8) GAUBERT J., MAZABRAND A., VERDIE J.C., CHENEAU J.: *Les synovites villonodulaires hémopigmentées des grosses articulations*. Rev. Chir. Orthop. 60, 265, 1974.
- 9) JAFFE H.L., LIECTENSTEIN L., SUTRO J.: *Pigmented villonodular synovitis, bursitis and tenosynovitis*. Arch. Path., 31, 731, 1941.
- 10) PESCATORI E., PESSINA R.: *Considerazioni su due casi di artrosinovite villonodulare pigmentosa della scapolo-omerale*. Minerva Ortop. Vol. 4, 32, 345-351, 1981.
- 11) WISS D.A.: *Recurrent villonodular synovitis of the knee. Successful treatment with yttrium 90*. Clin. Orthop. 1982; (169): 139-44.