

Lesioni della cartilagine articolare nelle sinoviti croniche

Articular cartilage damage in chronic synovitis

ALBO G., CARSETTI M., ALBO F., INGALLINA A.

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Insegnamento di Chirurgia della Mano; titolare: prof. GIACOMO ALBO

Riassunto

Vengono prese in esame le lesioni cartilaginee determinate dalle sinoviti croniche, (da artrite reumatoide, psoriasica, TSVNP, sinovite cronica aspecifica), sia in fase precoce che in fase avanzata.

Il trattamento di elezione è la sinoviectomia, che deve essere il più possibile completa.

E' necessaria una precoce rieducazione funzionale.

Parole chiave: sinoviti croniche-cartilagine articolare - sinoviectomia - erosioni

Summary

Articular cartilage damage caused by synovitis is examined in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, GCTTS, chronic aspecific arthritis.

Treatment of choice is synovectomy; best results are reached in early stages.

Early rehabilitation is mandatory.

Key words: chronic synovitis - articular cartilage-synovectomy - erosions

Nelle malattie reumatiche si osservano gravi alterazioni delle superfici articolari, ad evoluzione progressiva, che giungono sino alla distruzione della cartilagine: fase in cui l'unico trattamento possibile è la sostituzione protesica o l'artrodesi.

In questa azione di progressivo deterioramento della cartilagine svolge un ruolo determinante la sinovite.

La sinovite, infatti, nei casi di artrite reumatoide e di artrite psoriasica, come nella tenosinovite villonodulare pigmentata e nella sinovite cronica iperplastica, ha un ruolo patogenetico determinante.

Nell'artrite reumatoide le alterazioni consistono in abrasione e assottigliamento della cartilagine sino all'osso subcondrale, ove si possono formare delle aree pseudocistiche da parte del panno sinoviale (Fig. 1) che iniziando dalle zone marginali della cartilagine si propaga sulla superficie articolare, dando origine a fenomeni regressivi e distruttivi.

Le prime lesioni cartilaginee compaiono alla periferia; con il progredire della malattia si arriva alla completa distruzione della cartilagine articolare ad opera degli enzimi proteolitici prodotti dal panno sinoviale. Con l'evol-



FIGURA 1

L'esame istologico mostra, in una articolazione interfalangea, l'iniziale formazione di panno sinoviale ai margini della cartilagine articolare.



FIGURA 2

Donna, anni 54; artrite reumatoide, inizio della sintomatologia da 20 anni. Distruzione delle articolazioni IFP del 3° e 4° dito e delle MF. All'esame RM (c) e all'intervento chirurgico si rileva grave alterazione della cartilagine articolare (d, e).

zione della malattia le lesioni della cartilagine si accentuano.

Nel caso che presentiamo (Fig. 2) la degenerazione capsulare e legamentosa ha portato a lussazione e distruzione dell'articolazione interfalangea prossimale del 3° e 4° dito e delle metacarpo falangee. In questa fase avanzata il trattamento della distruzione delle interfalangee è consistito in una accurata sinoviectomia seguita da artrodesi chirurgica in buona posizione; a livello delle M. F. è stato effettuato un intervento di protesizzazione.

In fase avanzata infatti con le strutture articolari completamente compromesse non è possibile in alcun modo eseguire una riparazione.

Nel caso che segue, di una donna di 56 anni, l'avanzata alterazione della cartilagine articolare e la completa distruzione delle strutture capsulari con conseguenti lussazioni ha reso necessaria, dopo sinoviectomia, la resezione delle teste metacarpali e la sostituzione protesica (Fig. 3).



FIGURA 3

a: distruzione delle strutture capsulari con lussazione inveterata delle metacarpofalangee; b: aspetto dopo intervento di sinoviectomia e protesizzazione.

Artrite psoriasica

Le alterazioni anatomico-patologiche macroscopiche sono simili a quelle dell'A.R.: vi è formazione di panno sinoviale, che appare meno esuberante di quello riscontrato nella A.R., e mostra una maggiore tendenza alla formazione di tessuto fibroso nelle zone colpite dal processo infiammatorio.

Aspetto peculiare dell'affezione è l'interessamento delle articolazioni interfalangee delle dita che può progredire sino a determinare le gravi lesioni conosciute come dito a "salsicciotto" o a "lorgnette".

La sintomatologia, lieve all'inizio, si aggrava progressivamente. Nel caso che presentiamo la p., una donna di 53 anni, presentava tumefazioni alle articolazioni metacarpofalangee della mano dx, grave interessamento delle interfalangee del primo, secondo e terzo dito (Fig. 4). Erano presenti lesioni cutanee nel palmo della mano ed al polso.

L'esame radiografico mostrava lussazione della metacarpo falangea del primo dito, gravi alterazioni delle superfici articolari.

All'intervento chirurgico veniva rilevata, oltre alla estesa sinovite, un'avanzata usura della cartilagine.

Dopo sinoviectomia completa e pre-



FIGURA 4

Donna, anni 53, artrite psoriasica. L'esame rx evidenzia avanzate alterazioni delle articolazioni delle dita, con riduzione e scomparsa della rima ed erosioni subcondrali; le lesioni sono più accentuate a carico del pollice con diffusione alle sinoviali tendinee e lussazione MF. All'intervento si rileva abbondante panno sinoviale, accentuate erosioni della cartilagine.

cocce mobilizzazione abbiamo rilevato una buona ripresa funzionale.

Tenosinovite villonodulare

La tenosinovite villonodulare è un processo produttivo, di patogenesi poco chiara, tanto che viene considerato di natura infiammatoria o neoplastica, che può interessare la membrana sinoviale articolare, le guaine tendinee (tenosinovite villonodulare pigmentosa) o le borse mucose.

Macroscopicamente la sinoviale appare ricoperta da formazioni villose e nodulari, sessili e peduncolate, di consistenza sostenuta e di colorito bruno con alcune aree giallastre.

Microscopicamente si notano villi e noduli rivestiti da cellule sinoviali.

La forma tenosinovitica si ha quando la neoplasia origina dalle guaine tendinee determinando una forma circoscritta, di gran lunga più frequente, e una forma diffusa.

Colpisce a preferenza l'età giovanile e il sesso femminile interessando prevalentemente la mano e in particolare quella dominante. Si può manifestare come una masserella solida, indolente, a lento accrescimento.

Solo raramente la neoformazione erode l'osso contiguo. Possono essere colpite altre sedi come le metacarpofalangee,

il polso, la caviglia o il piede.

Presentiamo un caso di rara localizzazione della TSVP alla articolazione TM., di un uomo di 60 anni.

Era presente, oltre alla tumefazione della trapezio metacarpale, un'erosione della base del metacarpo (Fig. 5)

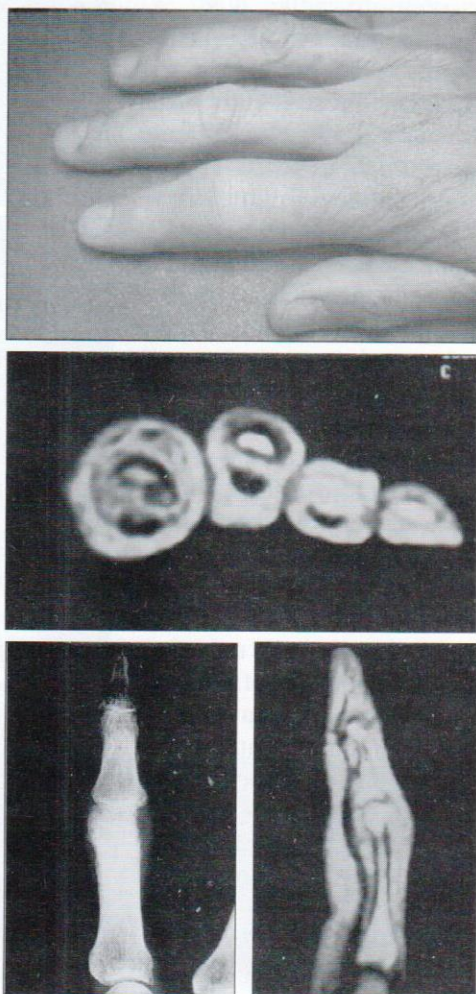


FIGURA 5

Uomo, anni 60. Tenosinovite villonodulare localizzata alla trapezio metacarpale, con erosione della cartilagine articolare e dell'osso subcondrale, con estensione all'interno del metacarpo.

FIGURA 6

Donna, anni 55. Artrite cronica aspecifica, localizzata all'interfalangea prossimale dell'indice. Inizio della sintomatologia da un anno con progressiva ingravescenza della tumefazione e della limitazione articolare, presenza di erosione al collo della prima falange, nel punto di inserzione della sinoviale. La RM fa rilevare l'entità della alterazione sinoviale.

Veniva effettuata una minuziosa sinoviectomia, seguita da curettage del metacarpo.

Vi sono altre forme di sinovite ad andamento cronico che determinano gravi alterazioni cartilaginee.

Sinovite cronica aspecifica

La proliferazione sinoviale è molto simile a quello che si osserva nella artrite psoriasica; all'esame istologico però non si rilevano aspetti specifici.

Presentiamo un caso di localizzazione della sinovite cronica aspecifica alla interfalangea prossimale dell'indice in una p. di anni 55: inizio della sintomatologia da un anno con progressiva ingravescenza della tumefazione locale e della limitazione articolare, atteggiamento "a boutonniere" per lesione dell'apparato estensore all'inserzione sulla seconda falange (Fig. 6).

Veniva effettuato un intervento di sinoviectomia e plastica capsulo-legamentosa e tendinea.

L'esame istologico mostrava fenomeni proliferativi della sinoviale con aspetto granuloso e villosi.

Il risultato a distanza di due mesi era buono: persisteva, tumefazione meno accentuata dell'articolazione con parziale ripresa funzionale e assenza di dolore.

Nel prosieguo la tumefazione regrediva completamente ma si evidenziavano alterazioni della cartilagine.

E' da considerare che la sinoviectomia completa è un trattamento obbligato per le sinoviti prese in esame, ma comporta una evidente alterazione fisiologica della articolazione, per cui non è possibile un completo recupero dell'articolazione.

Generalmente le sinoviti croniche giungono alla nostra osservazione in fase avanzata, in quanto vengono per lungo tempo misconosciute.

La sinoviectomia per essere efficace deve essere completa ed effettuata con estrema minuzia per consentire di conservare le formazioni essenziali, in particolare i legamenti e i tendini, nelle migliori condizioni.

La sinoviectomia in fase precoce è il trattamento di scelta per limitare la progressione delle alterazioni della cartilagine articolare; anche quando il quadro clinico è in uno stadio avanzato, una accurata sinoviectomia rallenta l'evoluzione della patologia e deve essere costantemente associata agli interventi ricostruttivi.

Di particolare importanza una precoce mobilitazione, che consente di mantenere e spesso di migliorare la funzione articolare.

BIBLIOGRAFIA

- ALBO G., CARSETTI M., MASTRANTUONO M., PERSIANI P.: *Localizzazione endossea della tenosinovite nodulare pigmentosa*. Rivista di Patologia dell'Apparato Locomotore, Vol 2, 23-25, 1998.
- KELLEY W., HARRIS E.: *Rheumatology*. Vol 1-2, 851-1005, W.B. Saunders, Philadelphia, 1997.
- LISANTI M., ROSATI M., PAROLI A.: *Articular pigmented villonodular synovitis of the MP joint of the Hand*. J Hand Surg., 20B, 716-719, 1995.
- NALEBUFF E.A.: *Surgery of psoriatic arthritis of the hand*. Hand Clin., Aug, 12(3), 603-14, 1996.
- PHALEN G.S., MCCORMACK L.J., GAZALE W.J.: *Giant cell tumor of tendon sheath (benign synovioma) in the hand: evaluation of 56 cases*. Clin. Orthop., 15, 140-151, 1959.
- STANLEY J.K.: *Soft tissue surgery in rheumatoid arthritis of the hand*. Clin Orthop Sep,(366),78-90, 1999.
- TRAIL I.A., STANLEY J.K.: *The hand in psoriasis*. J Hand Surg [Br], Feb,15(1), 79-83, 1990.