

www.fisiokinesiterapia.biz

**La riabilitazione dei
pazienti operati con
patologia di spalla**



Fase acuta ospedaliera

- Presa in carico del pz con visita in reparto di fisiatra e coordinatrice dei fisioterapisti nella prima o seconda giornata post-operatoria
- Inizio del trattamento
- Informazioni sulla gestione del tutore e delle prime attività motorie
- Distribuzione del foglio informativo

Trattamento riabilitativo

- Recupero
- della articolarietà
- della forza
- della funzione



Trattamento riabilitativo

- REGOLA SEMPLICE
- la spalla va trattata:
- POCO
- BENE
- PER MOLTO TEMPO



FINALITA'

- ridurre dolore
- edema
- inizio del recupero della articolarietà
- inserire il movimento nelle adl

Organizzazione

- Presenza del medico fisiatra con la TDR coordinatrice 2-3 gg alla settimana nel reparto della UO chirurgia della spalla:
- visita dei pz e eventuale presa in carico dei pazienti
- Presenza 5gg alla settimana di un TDR c/o il servizio di riabilitazione dell'O. di Cattolica

Organizzazione

- Disponibilità di 2 posti/settimana per visite ortopediche di pz in trattamento al di fuori di situazioni urgenti
- Disponibilità di 2 posti/settimana in radiologia per eseguire RX di controllo in breve tempo
- Utilizzo di materiale cartaceo come informativa: informazione, collaborazione, attività domiciliare

- SCHEDA DI VALUTAZIONE FUNZIONALE

- DATA:

- COGNOME:

- NOME:

-

- DATA DI NASCITA:

- PROFESSIONE:

- MEDICO CURANTE:

- DIAGNOSI CLINICA:

- INDAGINI STRUMENTALI:

- INTERVENTO CHIRURGICO

- » ANAMNESI

- Sintomatologia:

- **Esordio:**

acuto _____

insidioso _____

- Da quanto tempo è presente: _____

- Ci sono altre articolazioni interessate: _____

- Trattamenti precedenti: _____

- Come sono le condizioni generali del paziente: _____

- Ha subito interventi chirurgici: _____

4) Irritabilità

- Irradiazione lungo il braccio: _____

- Dolore a riposo: _____

- Incapacità a dormire sul lato lesa: _____

ISPEZIONE

- Altezza spalle: _____

▪ Protrazione delle scapole: _____

▪ Anormalità posturali: _____

ESAME OBIETTIVO

▪ Ritmo scapolo-omerale: _____

▪ Arco doloroso: _____

▪ Rotazioni: _____

▪ Test muscolari :

a) Dolore: _____

b) Debolezza: _____

c) Dolore e debolezza: _____

▪ test articolari:

anteposizione attiva abduzione attiva

extra attiva

anteposizione passiva abduzione passiva

extra passiva

intrarotaz.attiva

intrarotaz.passiva

TEST SPECIALI

TEST PER L'INTEGRITA' DELLA CUFFIA

- "lift-off-test"
- Belly press test
- External rotation (lag sign)
- Drop sign (lag sign)

IMPINGEMENT TEST

- Segno di conflitto di Neer
- Test di Hawkins-Kennedy
- Test di Jobe
- Test di Yocum
- Test di Speed
- Segno di Yergason

TEST PER LA LASSITA'

- Segno del solco di Neer
- Load and shift test
- Test del cassetto posteriore
- Test dell'apprensione
- Anterior release test
- Posterior drawer test

TEST PER LA LESIONE SLAP

- Test di compressione attiva
- Valutazione acromion-claveare

Controlli seriat

- I pazienti presi in carico vengono controllati alla fine di ogni ciclo di riabilitazione di 10 sedute
- i pazienti in trattamento “esterno” (piscina, altra palestra, domicilio) vengono controllati ambulatorialmente ogni 30 giorni fino alla definizione della fine trattamento.

Fase della riabilitazione

- **Tempi di inizio trattamento:**
- per PROTESI dal giorno successivo all'intervento
- per INTERVENTI ARTROSCOPICI trascorsi 15 giorni dall'intervento
- per INTERVENTI su FRATTURE con OSTEOSINTESI trascorsi 30 giorni

Durata del trattamento:

- per PROTESI ANATOMICHE circa 3 mesi
- per PROTESI INVERSA circa 3 mesi
- per RIPARAZIONE ARTROSCOPICA di LESIONE CUFFIA circa 3 - 4 mesi
- per LATERJET circa 3 - 4 mesi

MODALITA':

- trattamento PREOPERATORIO
- terapia a secco giornaliera
- terapia a secco alternata con sedute in acqua
- terapia in acqua
- terapia a domicilio

FASI DELLA RIABILITAZIONE

- **1° FASE**

- **mobilizzazione sul piano scapolare** dopo l'intervento cercando di raggiungere progressivamente una escursione passiva fino a 150 °.
- **controllo del dolore** e riduzione dell'edema con l'utilizzo di un tutore antirotatorio, ghiaccio, fans, elettroanalgesia, massaggio decontratturante e drenante.
- **mobilizzazione precoce della scapolotoracica**, articolazione che diventa il fulcro della nuova articolazione.

FASI DELLA RIABILITAZIONE

- 2° FASE Dal 15° giorno:

si abbandona il tutore e si prosegue con mobilizzazioni passive, autoassistite e con esercizi isometrici per il deltoide e gli abbassatori della scapola. Sono da evitare i movimenti a pendolo.

- 3° FASE Dal 30° giorno

si prosegue con gli esercizi isometrici e isotonici assistiti sul piano scapolare e si inizia la rotazione esterna. Il paziente inizia a frequentare la **piscina** con 2 sedute settimanali.

4° FASE Dal 60° giorno

si inseriscono gli esercizi di rinforzo del deltoide anche con elastici e gli esercizi di **propriocezione** con la finalità di recuperare sia la completa escursione articolare che l'arto superiore nello schema corporeo

Fase della dimissione

- Quando si è raggiunto un risultato di sblocco articolare completo o comunque superiore a 150° di elevazione/abduzione e di scomparsa del dolore a riposo, il paziente viene indirizzato a proseguire gli esercizi a domicilio con frequenza giornaliera e durata di almeno 15 minuti

RIABILITAZIONE IN PISCINA



RIABILITAZIONE IN ACQUA

- **Il Principio di Archimede:** un corpo immerso in un liquido riceve una spinta idrostatica dal basso verso l'alto pari al peso del liquido spostato. Di conseguenza quando ci si immerge fino all'ombelico il nostro peso si riduce, apparentemente, di circa il 50% per diminuire sino al 90% quando l'immersione raggiunge le spalle.

RIABILITAZIONE IN ACQUA

- Questa spinta permette di riprendere prima gli esercizi di deambulazione alleggerendo il peso gravante sulle articolazioni e migliorando l'irrorazione del tessuto cartilagineo. In acqua si ha una minore attivazione dei recettori che controllano il tono posturale, nei muscoli spinali c'è una riduzione della tensione da $1,8 \text{ kg/cm}^2$ in aria a $0,79 \text{ kg/cm}^2$. Grazie a questo principio possiamo fare recuperare lo schema motorio prima di quanto si possa fare in palestra ottenendo una migliore e più precoce rieducazione al movimento.

RIABILITAZIONE IN ACQUA

- **Reazione Viscosa:** è la reazione che un liquido oppone ad un corpo che si muove al suo interno (resistenza). L'acqua è infatti più densa dell'aria e per questo motivo fornisce una maggiore resistenza al movimento. Grazie a questo principio possiamo rinforzare la muscolatura senza adoperare sovraccarichi e pesi aggiuntivi. .

RIABILITAZIONE IN ACQUA

- Tale resistenza aumenta all'aumentare della velocità dei movimenti e alla superficie del segmento corporeo che vogliamo spostare. Per questo se stringiamo tra le mani oggetti con superfici più o meno grandi, a parità di densità, possiamo modulare la difficoltà dell'esercizio a nostro piacimento.

RIABILITAZIONE IN ACQUA

- **Pressione idrostatica:** dipende dal livello dell'acqua (aumenta all'aumentare della profondità). Tale pressione viene esercitata perpendicolarmente in ogni punto della superficie corporea migliorando l'equilibrio e la propriocezione

RIABILITAZIONE IN ACQUA

- La pressione idrostatica rende inoltre l'acqua un ottimo mezzo di condizionamento aerobico migliorando l'efficienza del sistema digestivo (soprattutto renale), respiratorio e cardiovascolare.

RIABILITAZIONE IN ACQUA

- **Temperatura:** il calore aumenta la vascolarizzazione dei tessuti grazie allo stimolo diretto ed indiretto sulla vasodilatazione. Solitamente l'acqua delle vasche riabilitative viene mantenuta ad una temperatura leggermente superiore (31-35°C) rispetto alle piscine tradizionali.

RIABILITAZIONE IN ACQUA

- Ciò consente di sfruttare a pieno le proprietà vasodilatanti del calore che migliora l'ossigenazione dei tessuti favorendo il recupero muscolare anche da stati irritativi cronici (grazie all'azione combinata di calore e pressione idrostatica il flusso di sangue al muscolo aumenta infatti del 225% quando ci si immerge sino al collo).

PESO ACQUATICO in relazione al livello di immersione

- Immersione totale: 3% del peso terrestre
- Fino al collo: 7% del peso terrestre
- Alle spalle: 20% del peso terrestre
- Al petto: 33% del peso terrestre
- All'ombelico: 50% del peso terrestre
- Al bacino: 66% del peso terrestre
- A metà coscia: 80% del peso terrestre
- Al polpaccio: 95% del peso terrestre

PRINCIPALI VANTAGGI

- La diminuzione della forza di gravità, rende i movimenti più naturali e meno stressanti per le articolazioni consentendo l'esecuzione di movimenti impensabili a secco
- la resistenza offerta dall'acqua è graduale, senza punti morti; ciò consente di mantenere una tensione muscolare uniforme durante i movimenti favorendo il recupero del tono e della flessibilità muscolare

–per potere eseguire gli esercizi riabilitativi non occorre essere dei nuotatori esperti. Nelle vasche destinate alla riabilitazione il livello dell'acqua normalmente non supera i 120 cm e sono comunque presenti piccoli attrezzi per favorire il galleggiamento

RIABILITAZIONE IN PISCINA



RIABILITAZIONE IN PISCINA



RIABILITAZIONE IN PISCINA



RIABILITAZIONE IN PISCINA



RIABILITAZIONE IN PISCINA





RIABILITAZIONE IN PISCINA



RIABILITAZIONE IN PISCINA



RIABILITAZIONE IN PISCINA

