

LA FISIOTERAPIA

La fisioterapia è largamente riconosciuta come l'aspetto più importante del trattamento della SA.

Prima di tutto, però, ridurre l'infiammazione a carico dei distretti colpiti instaurando una adeguata terapia medica!

E' nella fase post-acuta che la fisioterapia diventa fondamentale nel combattere la contrattura muscolare antalgica e la limitazione articolare, con l'obiettivo del recupero della motilità articolare e del tono muscolare

Gli strumenti utilizzati dal fisioterapista sono:

L'esercizio terapeutico

Le posture correttive

La ginnastica respiratoria

www.fisiokinesiterapia.biz

L'esercizio terapeutico deve essere *individualizzato* così che il paziente riesca a sentire gli esercizi come una parte integrante di se stesso e sia stimolato a svolgerli quotidianamente in maniera corretta anche nel proprio domicilio.

Impegno quotidiano e prolungato per tutta la vita (lifelong), per far sì che i benefici ottenuti si mantengano nel tempo.

**NB: rendere il movimento armonico
contrastando il movimento a scatti tipico
delle articolazioni colpite dalla malattia.**

Le posture correttive sono delle posizioni che si consigliano durante il giorno almeno per 10 minuti e che permettono di combattere la rigidità.

La rigidità della parete toracica nei soggetti con SA determina limitazione della espansione del polmone nella inspirazione. Di solito questa limitazione non dà origine ad una insufficienza respiratoria conclamata per il compenso che viene attuato a livello del diaframma.

La ginnastica respiratoria aiuta a recuperare la funzionalità respiratoria fisiologica. Si tenderà a lavorare non solo sull'espansione toracica, ma anche sulla regolarità del respiro.

L'IDROCHINESITERAPIA

L'idrochinesiterapia rappresenta una validissima forma di riabilitazione nel paziente con SA, perché, per effetto della spinta idrostatica, il corpo umano immerso viene a trovarsi in una condizione di scarico ponderale grazie alla diminuzione degli effetti della forza di gravità. Di conseguenza le articolazioni si trovano in uno stato di decoattazione ed il movimento risulta facilitato. Quindi l'idrochinesiterapia permette una mobilizzazione precoce

**Riveste un ruolo importante la temperatura dell'acqua che in fase acuta e nella primissima fase post-acuta deve essere fresca per abbassare il livello di flogosi generale (circa 26-28°C).
In fase postacuta, quando il problema principale è la rigidità, si usa acqua più calda (32-33°C), grazie alla quale si può facilitare l'allungamento muscolare e l'estensione**





www.fisiokinesiterapia.biz



ECONOMIA ARTICOLARE

AUSILI

CASO CLINICO n. 1

Donna di 74 anni. Dal 1985 è affetta da m. di Crohn. La SA è stata diagnosticata nel 1990, ma la sintomatologia, non riconosciuta, era iniziata quasi contemporaneamente alla patologia intestinale.

La ricerca dell'HLA B27 è risultata positiva. Dall'anamnesi: infezione cronica da virus C dell'epatite

Gli esami radiografici delle articolazioni sacroiliache e del rachide evidenziano una malattia notevolmente evoluta.

E.O.: dolore nei movimenti delle art. coxo-femorali con limitazione articolare modesta.

La limitazione funzionale maggiore è nella flessione del rachide e nei movimenti della colonna cervicale, nonché in alcuni movimenti della spalla, soprattutto l'elevazione e l'extrarotazione, che risultano notevolmente limitati ed evocano dolore.

Ci rivela che il dolore che le crea più problemi è quello a carico del collo, dove si apprezzano, ad una prima valutazione, notevoli contratture muscolari. Il dolore è pungente e localizzato, dura da anni, non è mai cessato neanche per brevi periodi, si acuisce con una postura seduta coatta.

Marzo 2003 Rx rachide cervicale: quadro evoluto di impegno del rachide cervicale da spondilite anchilosante. Non si apprezzano segni di lussazione C1-C2 e , del resto, l'anchilosi non consente la flessione del rachide. Non si apprezzano erosioni delle interapofisarie C1-C2.

2003 RMN spalla: a livello gleno-omeroale formazioni osteofitiche del versante omerale inferiore. A tale livello è presente un edema della spongiosa. Segni degenerativo artrosici sono apprezzabili anche a carico dell'articolazione acromion-claveare con riduzione dello spazio sub-acromiale. Tendinosi del capo lungo del bicipite e del sopra e sotto spinoso.

Gennaio 2004 Rx bacino: quadro evoluto di sacroileite (grado 3-4), coxartrosi bilaterale con sclerosi dei tetti acetabolari più evidente a destra, dove si apprezza osteofitosi marginale. Marcata sclerosi della sinfisi pubica

Shober test: 1,58 cm

Distanza occipite-muro: 9,5 cm

Distanza mento acromion: sx 22 cm
dx 17,50 cm

Espansione toracica: 1,5 cm

BASDAI valuta l'attività di malattia

BASFI valuta la disabilità e la capacità funzionale in rapporto alle attività quotidiane

BAS-G valuta come il paziente percepisca la sua malattia e come ciò si rifletta sulla sua situazione di benessere.

BASMI valuta il grado di limitazione funzionale. Si avvale di 5 tests (misurazione della distanza trago-muro, valutazione della flessione anteriore del rachide lombare, della rotazione del rachide cervicale, della flessione laterale del rachide lombare e misurazione della distanza intermalleolare)

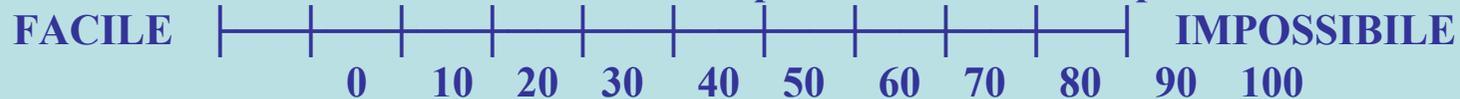
Bath Ankilosing Spondilitys Functional Index

Risponda a ciascuna domanda indicando la risposta con una crocetta sulla linea graduata da 0 a 100. Tutte le domande si riferiscono al grado di limitazione che la malattia Le ha provocato nell'ultima settimana.

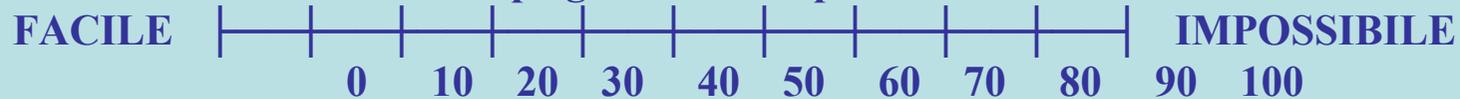
1. E' in grado di mettere i calzini e i collant senza l'aiuto di un' altra persona o di attrezzi particolari?



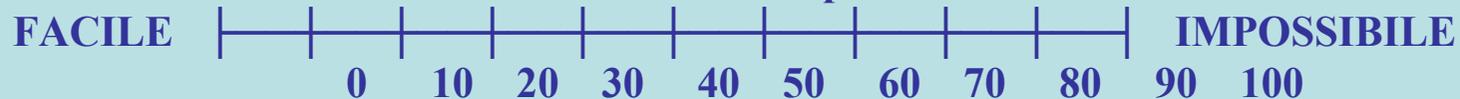
2. E' in grado di raggiungere o prendere un oggetto su una mensola posta al di sopra della testa senza l'aiuto di un'altra persona o di attrezzi particolari?



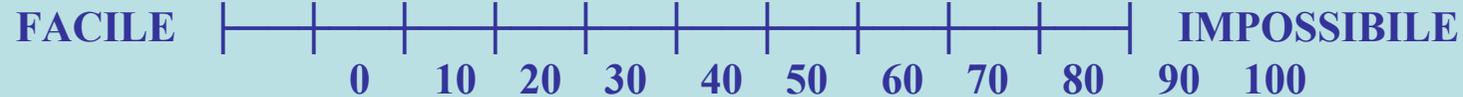
3. E' in grado di piegarsi per raccogliere una matita o un oggetto dal pavimento senza l'impiego di attrezzi particolari?



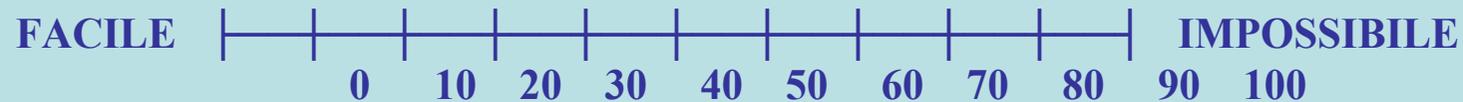
4. E' in grado di alzarsi da una sedia senza braccioli senza aiutarsi con le braccia o senza l'aiuto di un' altra persona?



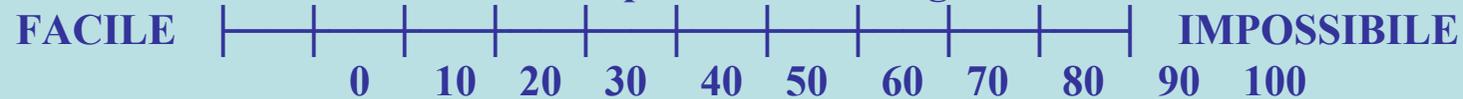
5. E' in grado di alzarsi in piedi dalla posizione coricata senza l'aiuto di un'altra persona?



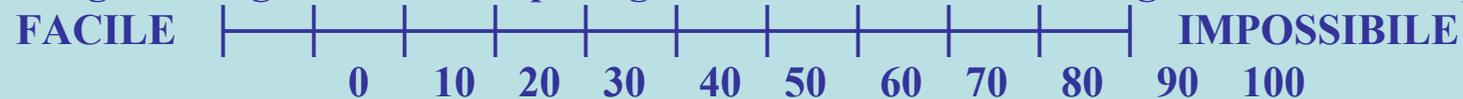
6. E' in grado di stare in piedi per dieci minuti senza l'aiuto di un'altra persona e senza avvertire difficoltà?



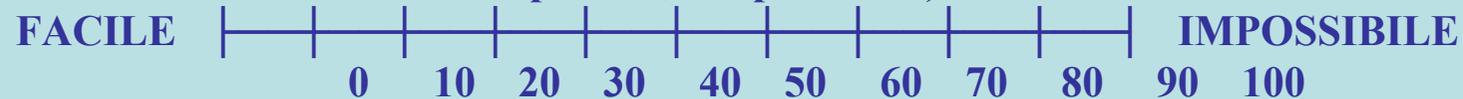
7. E' in grado di salire 12-15 gradini senza l'utilizzo del corrimano o di un bastone, mettendo un piede su ciascun gradino?



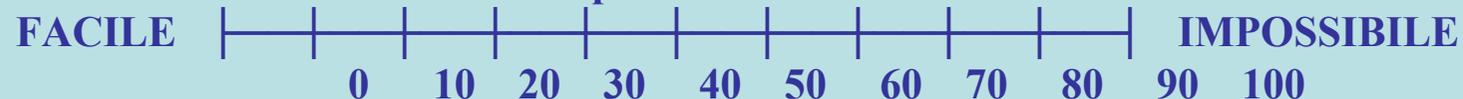
8. E' in grado di guardarsi alle spalle girando il collo senza dover girare l'intero corpo?



9. E' in grado di effettuare esercizi fisici (es. esercizi nell'ambito della fisioterapia, attività sportiva, tempo libero)?



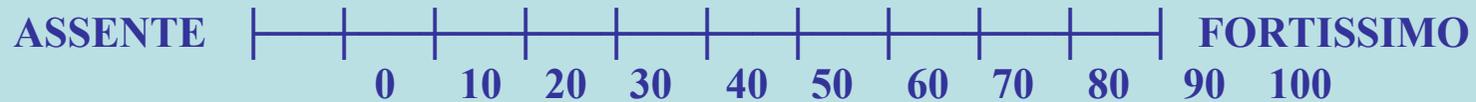
10. E' in grado di svolgere le comuni attività della vita quotidiana al proprio domicilio o nel posto di lavoro?



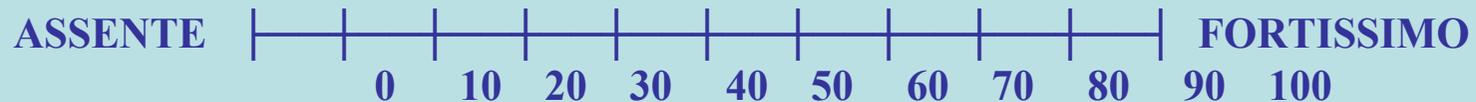
Bath Ankilosing Spondylitis Disease Activity Index

Vorremmo che lei rispondesse a ciascuna domanda indicando la risposta con una crocetta sulla linea graduata da 0 a 100. Tutte le domande si riferiscono a come si è sentito nell'ultima settimana.

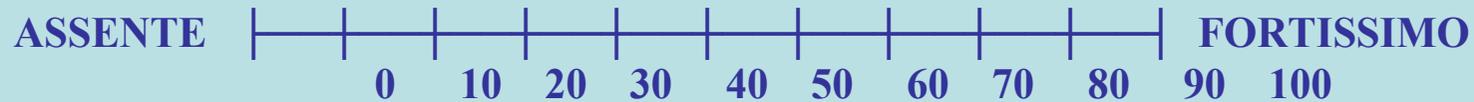
1. Come indicherebbe il grado di stanchezza e/o di affaticamento?



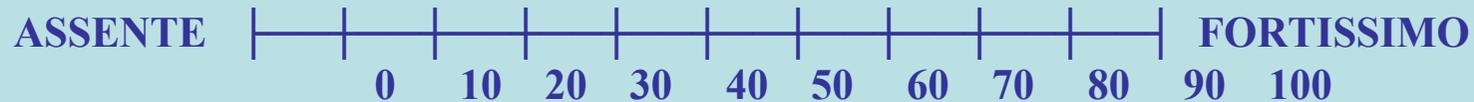
2. Come indicherebbe il grado di dolore che ha provato a livello del collo, della schiena e delle anche?



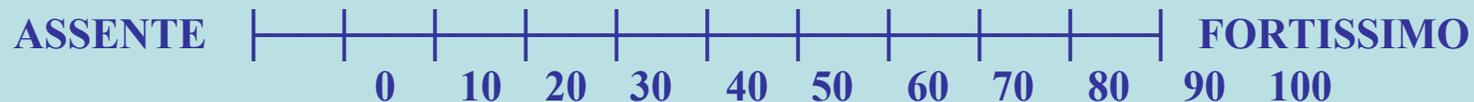
3. Come indicherebbe il grado di dolore che ha provato a livello delle articolazioni (escluso collo, schiena e anche)?



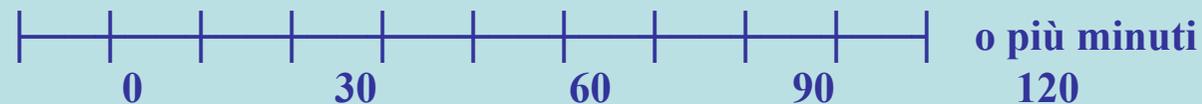
4. Come indicherebbe il fastidio che lei prova nei punti che risultano dolorosi al contatto o alla pressione?



5. Come indicherebbe l'intensità della rigidità che lei prova al risveglio?



6. Qual è la durata della rigidità che lei prova al risveglio (espressa in minuti)?



Obiettivi del trattamento:

**RIDURRE IL DOLORE A LIVELLO CERVICALE,
LOMBARE E IN CORRISPONDENZA DEL CINGOLO
PELVICO, IN PARTICOLARE A LIVELLO DELLE
ARTICOLAZIONI SACROILIACHE E
COXOFEMORALI**

**RIDURRE LE CONTRATTURE A LIVELLO
CERVICALE**

Obiettivi del trattamento:

**ELIMINARE I MOVIMENTI SCORRETTI
EFFETTUATI QUOTIDIANAMENTE E DURANTE
GLI ESERCIZI ED EDUCARE AL CORRETTO
SVOLGIMENTO DEGLI STESSI**

**RENDERE PIU' FLUIDI E PROFONDI GLI ATTI
RESPIRATORI E MODIFICARE L'ERRATO
RECLUTAMENTO MUSCOLARE DURANTE LA
FUNZIONE FISIOLOGICA DEL RESPIRO.**

Programma degli esercizi

Inizio (da supino)

Educazione alla respirazione con massima attenzione all'espansione costale, a livello dello sterno. Con ginocchia flesse, poggiate su un cuscino rotondo

Esercizi da supino

Portare le ginocchia al tronco e alternare
sinistra destra

Esercizi da supino

Allontanare le ginocchia (flesse) verso l'esterno, con la pianta dei piedi uniti

Esercizi da supino

Gambe divaricate e braccia aperte. Ruotare i piedi (che dovranno essere a martello) verso l'esterno, poi verso l'interno. Contemporaneamente inarcare il torace. Inserire la Respirazione.

Stesa per terra. Gambe piegate e non poggiate a terra. Bicyclette in aria senza appoggio.

Movimenti dx-sx del collo associati a respirazione

Movimenti passivi del collo (avambraccio sulla fronte della paziente, l'altra mano sul collo ed estendere gradualmente)

SUL FIANCO: portare la gamba stesa (con piede a martello) verso l'alto, per poi riportarla a terra. L'altra gamba (che serve per appoggio) si tiene piegata

Esercizi da prono

Allontanare da terra (estendere) una gamba alla volta per tre volte

Estendere il tronco all'indietro insieme alle braccia per circa 5 secondi

Esercizi da prono

Portarsi sui talloni ed estendere il tronco all'indietro insieme alle braccia per circa 6 secondi

Questi ultimi esercizi dovranno essere svolti per un tempo minore degli altri e in numero di massimo 3 serie.

Esercizi da seduta

Con piedi ancorati a terra, si flette il tronco in avanti per raggiungere un obiettivo, che sarà messo sempre più in basso (in modo molto graduale)

Esercizi in piedi

Portare contemporaneamente una gamba avanti piegata e le braccia a 90° di flessione, alternare gamba destra-sinistra. Associare la

Respirazione.

Ruotare le spalle in avanti e tornare indietro
Reggersi da dietro alla spalliera e estendere il
tronco in avanti fino a quando è possibile

Ripetere l'esercizio lateralmente

VERIFICA DEL TRATTAMENTO

RECUPERO DI UNA CERTA MALLEABILITA'
MUSCOLARE A LIVELLO CERVICALE

RIDUZIONE DEL DOLORE A LIVELLO CERVICALE E
DI MINOR GRADO ANCHE A LIVELLO DEL CINGOLO
PELVICO

RECUPERO DI UNA BUONA ESECUZIONE DEGLI
ESERCIZI

MODIFICAZIONE DEL RECLUTAMENTO
MUSCOLARE DURANTE LA NORMALE FUNZIONE
FISIOLOGICA DEL RESPIRO.

CASO CLINICO n. 2

Donna di 34 anni. L'inizio della sintomatologia dolorosa a livello lombo-sacrale risale ai primi mesi del 2000.

Diagnosi di SA dopo circa 8 mesi dall'esordio.
La ricerca dell'HLA B27 è positiva.

Dall'anamnesi familiare: nonno e zio affetti da SA.

La paziente è affetta anche da fibromialgia ed ipertiroidismo.

Ad una prima valutazione si nota la sua incapacità di sedersi ed alzarsi senza un appoggio bimanuale e senza il reclutamento dei muscoli del tronco.

Si rileva una debolezza anche dei muscoli degli arti inferiori

L'incapacità e l'insicurezza dei movimenti è causata anche dalla paura di perdere equilibrio per una percezione errata che ha della propria muscolatura (riferisce che "i suoi muscoli non funzionano più bene come una volta")

Presenta limitazione funzionale importante dei movimenti delle art. coxo-femorali, della colonna vertebrale e della gabbia toracica; la limitazione funzionale delle spalle, del gomito e delle mani è modesta.

Il dolore è continuo e particolarmente intenso alle anche, al tronco, al collo.

Al mattino è presente rigidità prolungata.

TAC rachide lombare (Luglio 2002): modesta protrusione ad ampio raggio del disco intersomatico L4-L5 ed a livello L5-S1 senza significativa impronta sul sacco durale e sulle radici. Si evidenzia presenza di estesi fenomeni di discite con erosione delle limitanti somatiche a livello L4-L5. Il quadro è quello di una spondilo-discite da spondiloartrite sieronegativa

RM delle sacroiliache (Maggio 2004): grossolano incremento dello spazio articolare con netta irregolarità delle superfici articolari sia iliache che sacrali dove si rilevano, in particolare a sinistra, grossolane alterazioni simil-geodico. Non versamento articolare significativo.

Quadro di sacroileite grave

Valutazione specifica riabilitativa iniziale:

Schober Test: 4,5 cm

Distanza occipite-muro: 4 cm

Distanza acromion-mento: Sx 16 cm
Dx 12,5 cm

Espansione toracica: **3 cm**

Obiettivi del trattamento

RECUPERO IN ALCUNI DISTRETTI DELLA NORMALE FUNZIONALITA' MUSCOLARE, SUPERAMENTO DELLA FATICA LEGATA AL PROCESSO INFIAMMATORIO, AL DOLORE ED AL SENSO DI PERDITA D'EQUILIBRIO AVVERTITO DALLA PAZIENTE, QUINDI MODIFICAZIONE DELLO SCHEMA CORPOREO

RECUPERO DI UN'ADEGUATA ATTIVITA'
RESPIRATORIA, CON ATTI DI INSPIRAZIONE-
ESPIRAZIONE PIU' PROFONDI E REGOLARI

ALLUNGAMENTO DELLA CATENA CINETICA
ANTERIORE E RECUPERO DELL'IRRIGIDIMENTO
DEL TRATTO LOMBO-SACRALE

RIDUZIONE DELLE CONTRATTURE MUSCOLARI,
SPECIE NEL TRATTO CERVICALE

www.fisiokinesiterapia.biz

Il trattamento è cominciato con una ginnastica respiratoria da seduta, dedita all'inizio solo alla percezione del respiro, aiutandosi con il proprio contatto manuale a livello dello sterno e del diaframma.

Nelle sedute successive la paziente, in posizione supina, doveva inspirare profondamente e visualizzare lo sterno che si alzava; doveva poi trasportare quell'aria verso il diaframma e visualizzare il rigonfiamento più in basso.

Gli atti respiratori erano inizialmente tre, intervallati da un riposo di circa 5-6 secondi, sono passati poi a quattro, cinque.

Il trattamento continuava con una manipolazione e una leggera massoterapia dei piedi, con una massoterapia a livello cervicale con lieve stretching passivo della zona (per saggiare i punti di tensione)

Successivamente manovre di Pompage per attenuare la contrattura muscolare generale

In genere tale tecnica si effettua in tre parti. La prima è la messa in tensione del segmento interessato: il terapeuta allunga lentamente, senza andare al di là dell'elasticità fisiologica, la zona contratta. La seconda fase è il periodo di mantenimento della tensione. Nella terza fase, si ritorna alla lunghezza iniziale con un tempo di ritorno abbastanza lungo.

Esercizi posturali: con inizio molto graduale, dati dalla sola postura prona con mani sotto la fronte e gomiti esterni, tenuta per circa tre minuti nelle prime tre sedute. Il tempo di permanenza aumentava progressivamente

Un'altra postura è stata realizzata in posizione supina con uno spessore a livello del sacro. Questa ha permesso l'allungamento della zona anteriore delle anche, una riduzione della rigidità del tratto lombosacrale e l'estensione del ginocchio.

Con il passare del tempo la paziente riusciva a stare sdraiata con un buon spessore sotto il sacro e nessun spessore a livello cervicale, situazione all'inizio insostenibile.

ESERCIZI PER RIACQUISIRE L'EQUILIBRIO

E' stata utilizzata una pedana stabilometrica completamente sbloccata, per non avere vincoli e testare tutti i gradi di libertà. Tale pedana veniva messa su una panchetta e i piedi della paziente poggiati l'uno sulla bilancia e l'altro su una tavola dello stesso spessore.

ESERCIZI PER RIACQUISIRE L'EQUILIBRIO

Il piede poggiato sulla bilancia era il destro e la paziente doveva visualizzare, tramite lo spostamento della lancetta, il carico necessario per potersi reggere in equilibrio. Davanti alla paziente è stato messo uno specchio quadrettato che le consentiva di vedersi e di raggiungere più facilmente una corretta postura senza l'appoggio forte e costante delle mani.

Progressivamente sono state introdotte delle difficoltà, quali il raggiungimento di obiettivi distanti (ad esempio la mano del terapeuta posta a una distanza relativamente vicina) in modo tale che riuscisse a reggersi bene sulle proprie gambe e a flettere il tronco in avanti contraendo anche i glutei

Progressivamente si è verificato un crescente reclutamento dei muscoli degli arti inferiori e una minore insicurezza riguardo il suo equilibrio. La paziente riusciva sempre meglio ad avvicinarsi allo specchio anche allontanando l'obiettivo da raggiungere

Esercizi effettuati sul fianco: inizialmente solo movimenti della caviglia, tipo flessione-estensioni e circonduzioni,
poi movimenti di abduzione-adduzione dell'arto inferiore con ginocchia flesse

E' stato introdotto anche il movimento dell'arto superiore, nell'atto di raggiungere con l'arto esteso la zona sopra la testa, reclutando quindi quasi tutti i muscoli della spalla. Quindi mentre la gamba (tenuta in flessione) andava in abduzione, anche il braccio si abduceva.

Alla fine del trattamento quest'ultimo movimento è stato modificato: veniva eseguito con la gamba mobile estesa

www.fisiokinesiterapia.biz

VERIFICA

BUON RECUPERO DELLA NORMALE
FUNZIONALITA' MUSCOLARE

MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITA' RESPIRATORIA

ALLUNGAMENTO DELLA CATENA CINETICA
ANTERIORE E RIDUZIONE DELLA RIGIDITA' DEL
TRATTO LOMBO-SACRALE

RIDUZIONE DELLE CONTRATTURE MUSCOLARI,
SPECIE NEL TRATTO CERVICALE, MA ANCHE
LOMBO-SACRALE.