

RIABILITAZIONE ACCELERATA DI SPALLA: CONSIGLI E PRECAUZIONI

E' ambizione comune, nell'ambito delle patologie muscolo-scheletriche, recuperare il paziente nel più breve tempo e nel miglior modo possibile. In passato i tempi d'immobilità post-chirurgica venivano eccessivamente ed erroneamente prolungati, con gravi complicanze legate alla parziale perdita di mobilità e all'eccessiva riduzione del tonotrofismo muscolare. Negli ultimi anni, consapevoli degli aspetti negativi riconducibili all'immobilità, la tendenza è stata quella di ridurre il periodo di "non uso" del distretto interessato.

Nella maggioranza dei casi, questo principio condotto con logica e razionalità, ha contribuito ad un più veloce recupero complessivo del paziente, sportivo e non. A nostro avviso, l'applicazione pratica della riabilitazione anticipata, deve rispettare il compromesso tra la salvaguardia dei tessuti danneggiati ed il movimento richiesto. In collaborazione con l'equipe chirurgica, il fisioterapista dovrà essere a conoscenza del tipo d'intervento e della qualità dei tessuti. Nei pazienti operati per instabilità si potrà procedere precocemente alla mobilizzazione passiva condotta sul piano scapolare, rispettando in questo modo i punti di sutura. Alcuni autori Francesi ricercano questo movimento sin dai primi giorni post-chirurgici, consapevoli del fatto che, i 150° di elevazione sul piano scapolare (definita posizione zero), corrispondono alla posizione di tensione neutra delle strutture capsulo-legamentose. Il movimento viene eseguito in posizione supina autoassistito dallo stesso paziente che si aiuta con il braccio controlaterale.

Lo stesso esercizio può essere riprodotto in una piscina riabilitativa, con l'aiuto della spinta di galleggiamento offerta dall'acqua. Inoltre l'acqua riduce il dolore dato dal movimento (per effetto dell'inibizione centrale dello stimolo doloroso condotto dalle fibre afferenti sensitive di piccolo calibro), ed offre delle resistenze individualizzate.

Nelle instabilità unidirezionali, oltre all'anteposizione è possibile eseguire il movimento di rotazione opposto alla direzione dell'instabilità. Il recupero della forza, in questi pazienti, solitamente non rappresenta un problema. Risulta invece fondamentale stabilire, specialmente negli atleti praticanti sport di lancio, la percentuale di forza posseduta. Prima di riprodurre il gesto specifico è indispensabile aver recuperato il 90% della forza rispetto al braccio controlaterale; tali valori ridurranno i rischi di recidive d'instabilità associate ad overuse.

Per la valutazione della forza è indispensabile possedere una macchina isocinetica o isometrica, che permetta test attendibili e riproducibili. Il test rappresenta un punto di riferimento che: stimola il paziente ad aumentare l'impegno nell'esecuzione degli esercizi di rinforzo; indica al fisioterapista l'efficacia del lavoro consigliato al paziente.

Per limitare la riduzione di forza relativa al primo periodo post-chirurgico, consigliamo: la rieducazione pre-operatoria, di limitare il periodo d'immobilità, di far lavorare i distretti vicini (polso, gomito, tronco), di utilizzare il principio del trasferimento controlaterale, dell'innervazione crociata e sfruttare il movimento anticipato in acqua.

Nei pazienti operati per lesione di cuffia, le mobilizzazioni passive anticipate, si potranno compiere evitando le adduzioni sia in anteposizione che in retroposizione e le rotazioni. Maggiore attenzione dovrà essere condotta al recupero della forza che inizialmente non dovrà riguardare i muscoli suturati. Per tale motivo si eseguiranno esercizi analitici rivolti ai muscoli non direttamente interessati. Utili anche blandi gli esercizi in catena cinetica chiusa dell'arto superiore, specialmente se eseguiti in acqua.

Il dolore può giocare un ruolo determinante nel ritardare il recupero.

In presenza di tale sintomo la collaborazione con l'anestesista potrà attenuare l'intensità del dolore, facilitando le attività rieducative e tranquillizzando il paziente.

Per concludere, forza e mobilità sono due requisiti indispensabili dai quali una riabilitazione accelerata non può prescindere. I mezzi per raggiungere queste qualità sono:

- Collaborazione con l'equipe chirurgica ed eventualmente con l'anestesista
- Riduzione dell'immobilità
- Movimento anticipato passivo del terapeuta ed in acqua
- Rieducazione pre-operatoria ove possibile
- Monitorare il recupero della forza
- Sostenere il paziente nel suo lavoro giornaliero anche psicologicamente
- Sfruttare i principi del trasferimento controlaterale e del movimento dei segmenti contigui.