

LA RIABILITAZIONE DOPO INTERVENTO DI PROTESI DI SPALLA

La sostituzione protesica dell'articolazione gleno-omeroale trova il suo campo applicativo in una serie di patologie della spalla che vanno dall'acuto al cronico. E' ovvio pensare che, nonostante il protocollo riabilitativo preveda gli stessi tempi tra i vari pazienti che giungono all'indicazione protesica per cause diverse, differenti saranno gli accorgimenti da utilizzare e altrettanto diverso sarà il risultato finale.

Il protocollo riabilitativo prevede i seguenti tempi:

- 1° fase: 0 – 30 gg mobilizzazione passiva su tutti i piani
- 2° fase: 30 – 45gg inizio lavoro attivo assistito in piscina
- 3° fase: dal 45gg in poi inizio rinforzo muscolare con elastici

Nel trattamento post-chirurgico si attuano degli accorgimenti in relazione al tipo di protesi e al tipo di patologia.

ENDOPROTESI
ARTROPROTESI
PROTESI INVERSA

ARTROSI
FRATTURA
ARTRITE REUMATOIDE
NECROSI

ENDOPROTESI- Abbiamo la sostituzione protesica della testa dell'omero. La glena non presenta caratteristiche tali da indicarne una sostituzione protesica.

ARTROPROTESI- è presente una sostituzione sia della componente omerale che di quella glenoidea. Una delle caratteristiche di tali pazienti è rappresentata dalla "buona qualità" dei tessuti molli (cuffia dei rotatori).

PROTESI INVERSA-sulla cavità glenoidea viene applicata una glenosfera, mentre la porzione prossimale dell'omero assume la forma della glenoide. Questa protesi trova applicazione in quei pazienti con cattiva qualità dei tessuti molli periarticolari. Per consentire un maggior movimento attivo, si modifica l'anatomia spostando il fulcro dell'articolazione, ciò favorisce una leva muscolare del deltoide vantaggiosa.

ARTROSI- il paziente affetto da artrosi primaria giunge ad una indicazione chirurgica dopo anni di fasi dolorose alternate a fasi di minor dolore. In questo periodo vi è una sofferenza dei tessuti molli.

Maggiore è la sofferenza di questi tessuti, minore sarà la capacità di compiere un movimento attivo funzionale.

FRATTURA- conseguentemente ad un trauma diretto che produce una frattura pluriframmentaria, il paziente passa da una situazione di benessere "muscolo scheletrico" ad una situazione di alterazione ossea in presenza di integrità muscolare. La capacità di un movimento funzionale è legata all'integrità dei muscoli della cuffia dei rotatori.

ARTRITE REUMATOIDE- Questa malattia interessa sia la parte articolare che quella muscolare

NECROSI- Il trofismo muscolare è legato al prolungarsi della patologia che nella sua evoluzione conduce ad una progressiva riduzione della funzionalità in presenza di una integrità delle fibre muscolari.

MOBILIZZAZIONI PASSIVE: il fisioterapista dovrà mantenere una presa prossimale per evitare stress dell'osso al di sotto dello stelo protesico. Anche nelle rotazioni è utile porre attenzione per gli stessi motivi, specialmente con pazienti anziani che presentano osteoporosi. I movimenti di compenso scapolo-toracici dovranno essere frenati moderatamente in particolar modo nella protesi inversa. In questo tipo di protesi l'azione di leva può esprimersi a livello della vite inferiore di fissaggio con eventuale rottura della stessa. Il recupero della maggiore mobilità possibile, favorisce una minor usura glenoidea e ottimizza il lavoro della cuffia dei rotatori.

RINFORZO MUSCOLARE: nei pazienti che presentano lesioni massive della cuffia, il rinforzo sarà rivolto ai muscoli abbassatori dell'omero e ai fasci anteriori del deltoide. In presenza di una integrità parziale o completa dei muscoli della cuffia dei rotatori, sarà indispensabile coinvolgere questi muscoli all'interno del programma riabilitativo nei tempi e nei modi descritti da Jobe.

Per concludere: le diverse variabili rappresentate, principalmente dalla tipologia della protesi, dalla patologia che ha condotto ad una indicazione protesica, dalle caratteristiche qualitative dei tessuti molli, ecc, conducono a risultati diversi in termine di funzionalità.