

## LE RIGIDITA' DOPO CHIRURGIA PROTESICA: QUALE RIABILITAZIONE?

La spalla è l'articolazione più mobile del corpo umano. Questo complesso articolare possiede tre gradi di libertà, ed è in grado di orientare l'arto superiore nei tre piani dello spazio.

L'ampia mobilità di questo distretto, rende più complesso ed articolato il suo recupero funzionale.

Le patologie che interessano i soli tessuti molli (capsula, legamenti, unità muscolo-tendinea), hanno solitamente un esito favorevole per quello che riguarda il R.O.M passivo; quando invece ad essere compromesso è il distretto articolare, la mobilità passiva sui vari piani risulta generalmente limitata con ampiezze variabili da paziente a paziente.

Nelle limitazioni articolari il fisioterapista si pone spesso la domanda se l'escursione raggiunta è la maggiore possibile o se sia il caso di continuare con ulteriori terapie. Il rieducatore deve allora possedere dei dati e riconoscere i segni clinici in grado di rispondere a questa domanda.

Come capire se l'escursione articolare raggiunta rappresenta il nuovo limite fisiologico della "neo-articolazione protesica"?

E' possibile ottenere una maggiore mobilità?

Come evitare l'insorgere di una rigidità tissutale, evento in grado di compromettere la funzionalità del paziente e il buon esito dell'intervento chirurgico?

Per quello che riguarda i dati, la risposta è rappresentata dalla professionalità del chirurgo e dal buon rapporto tra le figure professionali che cooperano nel raggiungimento del miglior risultato possibile per il paziente.

Il chirurgo deve rilevare ed annotare la mobilità passiva su tutti i piani, effettuate nel post-chirurgico con paziente in anestesia, poiché i risultati funzionali dell'impianto, a fine terapia, non potranno essere mai superiori a quelli riscontrati passivamente durante le riduzioni di prova.

Queste ampiezze di movimento, annotate nella cartella clinica, saranno il punto di riferimento, la meta da raggiungere, per il fisioterapista e per il paziente.

Sfortunatamente nella pratica queste indicazioni non sempre vengono date ed il fisioterapista si trova a lavorare in assenza di punti di riferimento.

Altri aspetti fondamentali sono rappresentati dal buon atto chirurgico; non sempre l'impianto protesico rispetta l'anatomia:

- Protesi alta o protesi bassa
- Protesi sovradimensionata o insufficiente
- Errore di versione della testa
- Errore di posizionamento delle tuberosità
- Errore di versione dell'impianto glenoideo
- Eccessivo o alterato bilanciamento dei tessuti molli

Queste fattori possono essere causa di rigidità, è importante essere informati su tali aspetti per non accanirsi nei confronti di un recupero articolare impossibile da raggiungere.

Fatte queste considerazioni e certi di una ricostruzione più anatomica possibile, la riabilitazione dovrà prevedere una mobilitazione passiva precoce (eccetto nelle protesi su frattura dove è bene attendere 10/15 giorni) a partire dal primo giorno post-chirurgico e condotta sia dal fisioterapista che da un mobilizzatore passivo (si consigliano 3 o 4 sedute distribuite durante la giornata in modo omogeneo, mattino, tardo mattino, pomeriggio, sera, della durata di 20-30 minuti ciascuna, seguite da 10-15 minuti di crioterapia in loco).

Le possibili cause di una rigidità tissutale possono essere:

- Ritardo nell'inizio delle mobilizzazioni passive
- Ridotta efficacia delle mobilizzazioni passive
- Inadeguato o eccessivo numero di sedute rieducative
- Inadeguato numero di esercizi domiciliari
- Presenza del dolore
- Paziente poco collaborante

Il terapeuta sarà in grado di capire se l'ampiezza raggiunta è la maggiore possibile, dalle sensazioni derivate dal fine corsa. Questo dovrà risultare come sensazione di arresto duro, lieve dolore o completa assenza e con dolore irradiato all'arto interessato non presente.

Evitati questi aspetti il risultato raggiunto, frutto di una buona chirurgia e di una corretta riabilitazione, sarà il migliore possibile.