

## **RIABILITAZIONE DEI PAZIENTI OPERATI DI CUFFIA IN ARTROSCOPIA E IN ARTROTOMIA: DIFFERENZE RIABILITATIVE**

La prima grande differenza riguarda il tipo di lesione.

Chi ha la fortuna di collaborare con una equipe chirurgica che possiede le conoscenze e le capacità per poter applicare la giusta tecnica chirurgica ad ogni tipo di lesione, sa che la scelta tra un approccio artroscopico o artrotomico è condizionata dall'estensione della lesione e dalla qualità dei tessuti.

In linea generale avremo delle rotture piccole e medie operate in artroscopia e delle rotture massive operate in artrotomia: questo comporta una sostanziale differenza legata al tempo impiegato dai due distinti gruppi per ciò che riguarda il recupero della mobilità attiva e quindi della forza necessaria per ottenere questa mobilità.

I pazienti artroscopici raggiungeranno valori di forza e di conseguente funzionalità in tempi più brevi, al tempo stesso il loro valore di forza massima sarà superiore al gruppo di pazienti operati in artrotomia, questo anche a distanza di anni dall'intervento. Un chirurgo che possiede esclusivamente delle competenze artrotomiche opererà indistintamente qualsiasi lesione con la sola tecnica che è in grado di eseguire. A parità di lesione, i pazienti operati da questo chirurgo, rispetto a quelli operati in altra sede con tecnica artroscopica, raggiungeranno gli stessi valori di forza massima ma dopo un periodo di tempo più lungo.

In conclusione le differenze di forza massimale non devono essere attribuite al tipo di tecnica utilizzata (artroscopia, artrotomia) bensì all'estensione della lesione.

Altro aspetto da considerare è legato al recupero della mobilità passiva, presupposto indispensabile per l'esecuzione dei successivi movimenti attivi.

Il fisioterapista attento nota la differenza della resistenza dei tessuti suturati con le due diverse tecniche chirurgiche. Ricontrata la maggiore resistenza, più attenzione deve essere posta nel recupero della mobilità passiva, per impedire l'insorgenza di eventuali rigidità di spalla.

Come regolarsi per evitare che ciò avvenga?

Bisogna sapere se il paziente presentava già una spalla rigida prima dell'intervento a causa o del conseguente periodo d'immobilità post-traumatico o alla ridotta funzionalità con presenza di dolore da associarsi ad una situazione cronica.

In caso affermativo il paziente possiede una sua predisposizione organica legata all'instaurarsi di tale rigidità. Anche nei pazienti diabetici, in quelli che soffrono di tiroide o che assumono particolari categorie di farmaci, vi è un rischio maggiore nei confronti della rigidità.

In queste categorie di pazienti bisogna porre maggiore attenzione ed impegno qualsiasi sia il tipo di tecnica chirurgica anticipando i tempi del protocollo riabilitativo, se poi si tratta di un intervento artrotomico occorre avere ancora un'ulteriore attenzione.

## **INSTABILITA' TRAUMATICA DI SPALLA TRATTAMENTO RIABILITATIVO ED ANALISI DEI RISULTATI (F.Inglese Forlì)**

La spalla rappresenta l'articolazione del corpo umano che più di altre esalta il compromesso tra stabilità e mobilità. L'alterazione di questo equilibrio porta all'instabilità gleno-omeroale.

Vi sono diverse classificazioni dell'instabilità in relazione a più fattori:

Acuta

1. Tempo-frequenza – Cronica

2. Grado - Sublussazione  
Lussazione

3. Direzione - Anteriore  
Posteriore (combinazione di queste)  
Inferiore

4. Eziologia A.I.O.S  
A.M.B.R.I  
T.U.B.S

In questo nostro studio abbiamo ricercato le possibili differenze presenti tra i pazienti operati per instabilità anteriore con tecnica artroscopica, rispetto a quelli operati per lo stesso problema, ma con tecnica artrotomica. Per fare ciò abbiamo individuato due gruppi di pazienti catalogando i dati relativi al numero, all'età, al sesso, alla dominanza ecc. Entrambi i gruppi sono stati operati dalla stessa equipe chirurgica, ed hanno eseguito il medesimo protocollo riabilitativo che prevede:

da 0 a 21 gg. immobilità con tutore

da 21 a 35 gg. mobilizzazioni passive su tutti i piani, extrarotazione 0°

dal 35 gg. inizio extrarotazione e inizio lavoro in acqua

dal 45 gg. inizio lavoro con gli elastici

Per la valutazione dei due gruppi abbiamo utilizzato la scheda di Rowe compilata al terzo e al sesto mese. Questa scheda pone delle domande relative alla funzionalità, al dolore, alla stabilità ed alla mobilità, dando un punteggio per ogni singola domanda. Essendo il questionario carente dal punto di vista della valutazione quantitativa della forza, abbiamo utilizzato il test isometrico degli intra /extrarotatori dell'omero eseguito al terzo, sesto e dodicesimo mese.

Andiamo ora a valutare i dati di questa ricerca.

Risulta evidente che i pazienti operati in artroscopia hanno un miglior punteggio al test di Rowe nei primi tre mesi. Successivamente i valori si avvicinano: vi è sempre, però, una differenza a favore dell'artroscopia. Andando in dettaglio si può notare come i punteggi relativi al dolore, alla mobilità e alla funzionalità siano migliori nei pazienti operati in artroscopia, mentre il senso di stabilità è maggiore nei pazienti artrotomici.

Questo si deduce dal fatto che funzionalità e mobilità sono qualità che si completano a vicenda, al tempo stesso una minore mobilità dà un maggior senso di stabilità.

La forza massimale nel primo test isometrico risulta essere maggiore nel gruppo operato in artroscopia, successivamente a distanza di un anno i valori si equivalgono.

I vantaggi dell'artroscopia rispetto all'artrotomia a nostro avviso sono:

- Migliore estetica della cicatrice
- Minor dolore post-operatorio
- Miglior recupero della mobilità in tempi più brevi (extrarotazione)
- Rapido recupero della forza
- Migliore capacità propriocettiva

Al tempo stesso gli svantaggi sono:

- Rispetto dei punti artroscopici nel primo periodo post-chirurgico (del terapeuta e del paziente)
- Maggior senso d'apprensione nei primi 3 mesi post-chirurgici

Conclusioni:

**maggior attenzione nel recupero della forza sui pazienti operati in artroscopia,  
maggior impegno nel recupero della mobilità per quelli operati in artrotomia.**