

TRATTAMENTO RIABILITATIVO DELLA SPALLA INSTABILE

Tale trattamento può essere distinto in due grandi gruppi:

- 1- Trattamento Conservativo
- 2- Trattamento Chirurgico.

Il secondo gruppo, a sua volta, si diversifica in relazione alla tecnica chirurgica, Artroscopica o Artrotomica.

Trattamento Conservativo:

In assenza di lesioni importanti, in prima battuta è sempre consigliato orientarsi verso un trattamento conservativo. Questo prevede una prima fase legata alla riduzione o risoluzione del sintomo dolore. A tale scopo possiamo indicare l'applicazione di terapie fisiche quali: l'ultrasuono a freddo, la laserterapia ecc.

Durante questa fase il paziente dovrà limitare i movimenti che evocano dolore all'articolazione in modo da favorire l'azione sul dolore.

Successivamente si passerà all'esecuzione di esercizi di rinforzo dei gruppi muscolari stabilizzatori dell'articolazione gleno-omeroale. Particolare attenzione sarà rivolta ai muscoli rotatori interni ed esterni i quali esercitano un'azione di centraggio della testa omerale favorendone il fisiologico movimento. Anche i muscoli pivot della scapola dovranno essere rinforzati. Attualmente si sta dando molta importanza al corretto basculamento scapolare il quale, a sua volta, permette un fisiologico ritmo scapolo-toracico. E' utile, se non fondamentale, monitorare il livello di forza di questi gruppi muscolari.

Attraverso una apparecchiatura che valuta lo sforzo isometrico possiamo osservare la forza dei rotatori interni ed esterni, del deltoide e dei muscoli abbassatori dell'omero.

Questi valori saranno poi confrontati ponendo attenzione ai seguenti aspetti:

1. rapporto intra-extrarotatori della spalla in questione (dovrebbe aggirarsi su 50- 60%)
2. rapporto deltoide / muscoli abbassatori
3. confronto di questi valori con la spalla controlaterale
4. confronto dei valori del paziente, con i valori medi di un gruppo campione di pari età senza alcuna patologia di spalla.

Il test potrà essere ripetuto ogni mese per valutare se il rinforzo procede in modo regolare e nel rispetto dei giusti rapporti.

L'incremento mensile della forza, con almeno 3 sedute settimanali, si aggira sul 10- 15%.

Se dopo 4 - 6 mesi di terapia conservativa vi è ancora la presenza del dolore, si consiglia il trattamento chirurgico.

Trattamento Chirurgico:

Dal 1995 ad oggi l'equipe chirurgica con la quale collaboriamo esegue per questa patologia interventi prevalentemente con tecnica artroscopica.

Comunque sia, il protocollo artroscopico e artrotomico non si differenziano per le tempistiche:

- | | |
|-----------|--|
| 0 -21 gg | immobilizzazione con tutore |
| 21-35 gg | mobilizzazione su tutti i piani ad esclusione della rotazione relativa al ritensionamento dei tessuti interessati. (no extra per la capsula anteriore e viceversa) |
| 35- 45 gg | mobilizzazione su tutti i piani. Inizio movimenti attivi assistiti in acqua. |
| dal 45 gg | inizio lavoro con elastici |

Durante il percorso riabilitativo il paziente effettua visite di controllo dal chirurgo a 1 mese, 3 mesi,

6 mesi.

Esegue il test isometrico a 3 mesi, 6 mesi e 12 mesi dall'intervento.

L'attività agonistica, in forma lieve, ha inizio a 3 mesi dall'intervento, questo nel caso in cui il paziente possiede una buona mobilità ed una discreta forza.

Successivamente ed in modo graduale si potranno incrementare i carichi di lavoro.

La tecnica artroscopica consente una migliore estetica della cicatrice, un minor dolore post-chirurgico, un rapido recupero della mobilità e maggiori capacità propriocettive. Per

questi e per altri motivi, spesso il paziente, avvertendo una buona capacità di movimento, tende ad

eccedere.

Ricordiamo che i tempi biologici di cicatrizzazione devono essere rispettati e di questo il paziente deve essere avvisato.