

# Amputazione dell'arto superiore

F. Lamandé, J.-C. Dupré, P. Talbot, M. Gillet, T. Januscevic, M. Dréjas-Zielinska

*L'amputazione di un arto superiore, a causa della sua origine principalmente traumatica, rappresenta solo una parte molto modesta dell'insieme delle amputazioni. Le protesi mioelettriche o mioelettroniche sono attualmente le più impiegate e sono descritte succintamente. La rieducazione (che si estende su due mesi nei casi più semplici) è totalmente differente da quella dell'amputazione dell'arto inferiore: nel primo caso il paziente è giovane e traumatico, mentre nell'altro è anziano e con patologie multiple. Essa, inoltre, è basata su un notevole tempo di rieducazione nella giornata (8-10 ore al giorno). La gestione, basata sui bilanci, in particolare mioelettrici e di qualità muscolare, si declina in tre parti: la rieducazione preprotetica, dove l'aspetto psicologico, la rieducazione ortopedica e il lavoro in vista dell'apparecchiatura sono i tre obiettivi essenziali, la rieducazione con protesi, in tre fasi, basata sull'acquisizione di una robusta base tecnica, non omettendo lo sviluppo della «sensibilità» e della «velocità» con la protesi, e la riabilitazione, dove il paziente deve mettere in pratica le sue acquisizioni nella vita quotidiana e professionale, nella conduzione di automobili e nella pratica sportiva. Le ultime due parti sono basate sulla pedagogia per obiettivi, che permette di perfezionare la rieducazione e la riabilitazione assicurando un follow-up preciso del paziente e una tenuta perfetta della sua cartella. Questa protesi di arto superiore, vista come un'eccellente «morsa sofisticata portatile» e non come una mano, cosa che non sarà mai, e un'equipe ristretta e coesa, con il medico, il protesista e i rieducatori, che deve dimostrare disponibilità, entusiasmo ed esigenza, permettono di stipulare un contratto morale molto positivo con il paziente.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Amputazione di arto superiore; Protesi mioelettrica; Rieducazione; Riabilitazione; Sport e disabilità; Pedagogia per obiettivi

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Protesi mioelettrica</b>	3
■ <b>Bilanci</b>	5
Bilanci generali	5
Bilanci mioelettrici	5
Conclusione dei bilanci	6
■ <b>Rieducazione preprotetica</b>	6
Preparazione psicologica	6
Rieducazione ortopedica	7
Lavoro mioelettrico	8
Importanza della rieducazione preprotetica	9
■ <b>Rieducazione con protesi</b>	9
Obiettivi	9
Fase analitica	9
Fase di transizione	11
Fase funzionale	11
Conclusione di questa fase della rieducazione	13
■ <b>Riabilitazione</b>	13
Attività di distensione	13
Complemento di riabilitazione	13

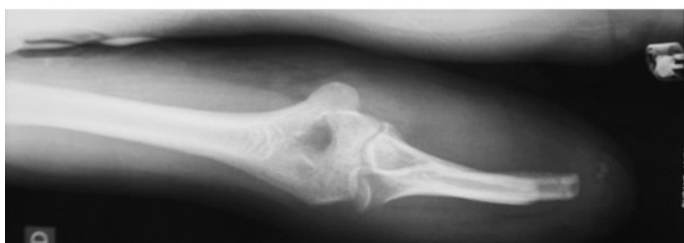
■ <b>Base della rieducazione/riadattamento: la pedagogia per obiettivi</b>	14
Principio	14
Finalità e obiettivi	14
Obiettivi generali	15
Conclusione di questa pedagogia	16
■ <b>Casi particolari</b>	16
Amputazione del lato dominante	16
Amputazione bilaterale	17
Amputazione congenita e nel bambino piccolo	17
Amputazione antica	17
■ <b>Conclusioni</b>	17

## ■ Introduzione

In Francia, le amputazioni di arto superiore (Figg. 1-5) rappresentano solo una modesta percentuale delle amputazioni realizzate<sup>[1-3]</sup>. Gli studi che le riguardano sono, in effetti, molto rari e noi disponiamo solo di dati poco precisi che permettano di conoscere il numero di procedure di amputazione realizzate. Si stima tra 400 e 500 il numero di amputazioni di arto superiore



**Figura 1.** Radiografia di un moncone di avambraccio.



**Figura 2.** Moncone di avambraccio nel periodo postoperatorio.

realizzate ogni anno sulle 17 500 eseguite (10 000 amputazioni maggiori), il che significa il 2-3% delle amputazioni. Attualmente ci sono 200 amputazioni maggiori di arto superiore (a partire dal polso e al di sopra) realizzate per anno<sup>[4]</sup>. Ma quanti pazienti sono protesizzati?

Per quanto riguarda le amputazioni maggiori dell'arto superiore, la sede più frequente è quella transomerale, nel 45% circa dei casi, mentre l'amputazione transradioulnare e la disarticolazione radiocarpica sono realizzate in circa il 35% degli atti chirurgici. Le disarticolazioni interscapolotoracica e omerale rappresentano circa il 12% delle amputazioni.

La maggior parte delle amputazioni acquisite è di eziologia traumatica (80%), avvenendo in un soggetto maschile, di età inferiore ai 40 anni e attivo e in un terzo dei casi nel quadro di un infortunio sul lavoro, con l'arto dominante che è interessato nei due terzi dei casi. Fra le altre eziologie, si ricordano le cause tumorali, vascolari, diabetiche, congenite e infettive.

Le amputazioni di arto superiore richiedono una gestione collegiale che associa chirurgo, medico, rieducatore, psicologo e ortoprotesista.

È indispensabile conoscere e definire il progetto di vita del paziente amputato, il cui adattamento è legato a numerosi fattori personali, al fine di elaborare la strategia terapeutica e il progetto di protesizzazione con l'equipe multidisciplinare.

Possono essere ipotizzate diverse possibilità: l'astensione, l'adattamento all'ambiente, un'apparecchiatura protesica e così via.

Tale apparecchiatura, scelta non imposta, deve «compensare» la disabilità insorta sul piano estetico e/o funzionale: protesi



**Figura 3.** Moncone di braccio.



**Figura 4.** Disarticolazione di spalla.

passive (Figg. 6, 7), attive meccaniche (Figg. 8, 9) ed elettriche (Figg. 10, 11), che diventano, ormai, sempre più mioelettroniche. Queste ultime protesi sono attualmente la grande maggioranza e sono descritte, così come la rieducazione a loro associata, in questo articolo (ma le protesi meccaniche possono assolutamente essere rieducate nella stessa maniera).

La protesizzazione dell'arto superiore non può essere intrapresa senza che sia programmata una rieducazione, in particolare preprotetica. La rieducazione ha l'obiettivo di migliorare le funzioni residue, permettendo, così, di superare la disabilità fisica e psichica, ma anche di favorire la reintegrazione sociale e professionale del paziente.

Il paziente è, quindi, totalmente differente dall'amputato di arto inferiore, spesso anziano e con patologie multiple<sup>[5]</sup>. Il fatto di essere giovane e traumatico offre dei punti positivi (buono stato generale e buona condizione del moncone, pochi dolori e blocchi in flessione, ecc.) ma anche dei punti negativi (aspetto psicologico dovuto al futuro e alla brutalità della disabilità, patologie associate, ecc.).

La rieducazione di questi pazienti è difficile per due motivi principali. Innanzitutto, il paziente amputato monolaterale pensa di cavarsela relativamente bene con una sola mano, da cui la necessità di protesizzare rapidamente dopo l'amputazione per

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617410>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617410>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)