

Rieducazione e ortesi del polso e della mano reumatoidi dallo stadio medico allo stadio chirurgico

S. Celerier, M. Isel, M. Merle

Basate sulla conoscenza della complessità delle deformazioni del polso e delle dita, la rieducazione e la riabilitazione fanno parte integrante della presa in carico multidisciplinare dell'artrite reumatoide in ogni stadio evolutivo, a complemento delle terapie mediche e chirurgiche. L'obiettivo è quello di limitare le numerose ripercussioni della malattia sulle attività quotidiane affinché il paziente possa condurre una vita normale sia sociale sia lavorativa. Il comfort e l'autonomia debbono essere preservate quanto più a lungo possibile. Anche del pregiudizio estetico deve essere tenuto conto, soprattutto nella donna. L'importanza e le tecniche di rieducazione variano a seconda degli stadi della malattia: la fase di inizio comporta soprattutto delle poussées infiammatorie, ed è seguita dalla comparsa di deformazioni che beneficiano di un trattamento medico e precedono lo stadio chirurgico. Le ultime innovazioni in tema di artroplastiche digitali consentono al chirurgo e al suo paziente di obbedire al dogma del «tutto in un tempo con mobilitazione precoce» e contribuiscono a limitare l'affaticabilità di questi pazienti operati più volte; ortesi specifiche e protocolli di rieducazione rimangono indissociabili da questa strategia.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Artrite reumatoide; Ortesi; Mano; Polso; Autorieducazione; Artroplastiche digitali

Struttura dell'articolo

■ Rieducazione e ortesi nello stadio medico	1
Fase iniziale dello stadio medico	1
Fase evolutiva nello stadio medico	6
■ Rieducazione e ortesi nello stadio chirurgico	9
Principi generali	9
Sostegno psicologico	9
Chirurgia del polso	9
Chirurgia delle dita lunghe e del pollice	10
Conclusioni	17

■ Rieducazione e ortesi nello stadio medico

Fase iniziale dello stadio medico

Nelle fasi iniziali di un'artrite reumatoide (AR) il fisioterapista agisce in complemento al trattamento medico. La sua azione deve mirare a uno scopo antalgico, è fondata sulla prevenzione e orientata sull'economia articolare. Il dolore domina il quadro clinico perché compare al minimo gesto nelle attività della vita quotidiana più elementari. L'obiettivo della rieducazione è dunque quello di lottare contro questo dolore e di ritardare quanto più è possibile la comparsa delle deformazioni che interessano in un primo tempo il polso e poi le dita lunghe e il pollice ^[1, 2] (Fig. 1).

Il principio si basa sull'informazione al paziente e al suo ambiente nei confronti della malattia ^[3] da parte di operatori esperti nel trattamento dell'AR, organizzati di preferenza in equipe multidisciplinare: medico generico referente, reumatologo, medici specialisti nelle terapie del dolore e in medicina

fisica e rieducazione, chirurgo, psichiatra, medico del lavoro, assistente sociale, dietologo, terapeuta occupazionale, ortesista, infermiere, fisioterapista, pedicure, podologo, psicologo.

Le associazioni di pazienti, così come le reti sanitarie presenti, sono strutture adeguate quanto alla presa in carico e all'informazione del paziente ^[4-6].

Bisogna sdrammatizzare il vissuto di questa situazione dimostrando al paziente che gli è possibile gestire in parte la sua malattia. Deve imparare a «economizzare le sue articolazioni» grazie a un'educazione dei gesti personalizzata, all'utilizzazione di ausili raccomandati dal terapeuta e all'uso di ortesi adeguate.

Questa economia articolare ha lo scopo di ridurre le sollecitazioni nefaste nelle attività della vita quotidiana su articolazioni già fragilizzate e di ritardare così la comparsa dei dolori e delle deformazioni ^[7].

Educazione dei gesti

L'educazione dei gesti consente al paziente l'apprendimento dei gesti sconsigliati o raccomandati. Il paziente deve conoscere i gesti nocivi che determinano atteggiamenti viziati che provocano a lungo termine delle deformazioni articolari.

Gesti sconsigliati, da evitare quanto è possibile (elenco non esaustivo)

- Prese terminolaterali pollice-indice, o appoggi diretti sul bordo radiale dell'indice (girare una chiave), così come avvitare-svitare di forza, che determina una deviazione ulnare delle dita;
- movimenti in torsione della mano, che favoriscono la lussazione dei tendini estensori sul versante ulnare delle dita negli spazi metacarpali;
- prese digitali fini di oggetti di piccolo volume, che aumentano la sublussazione palmare di F1 (prima falange) delle dita lunghe sotto l'azione dei flessori;

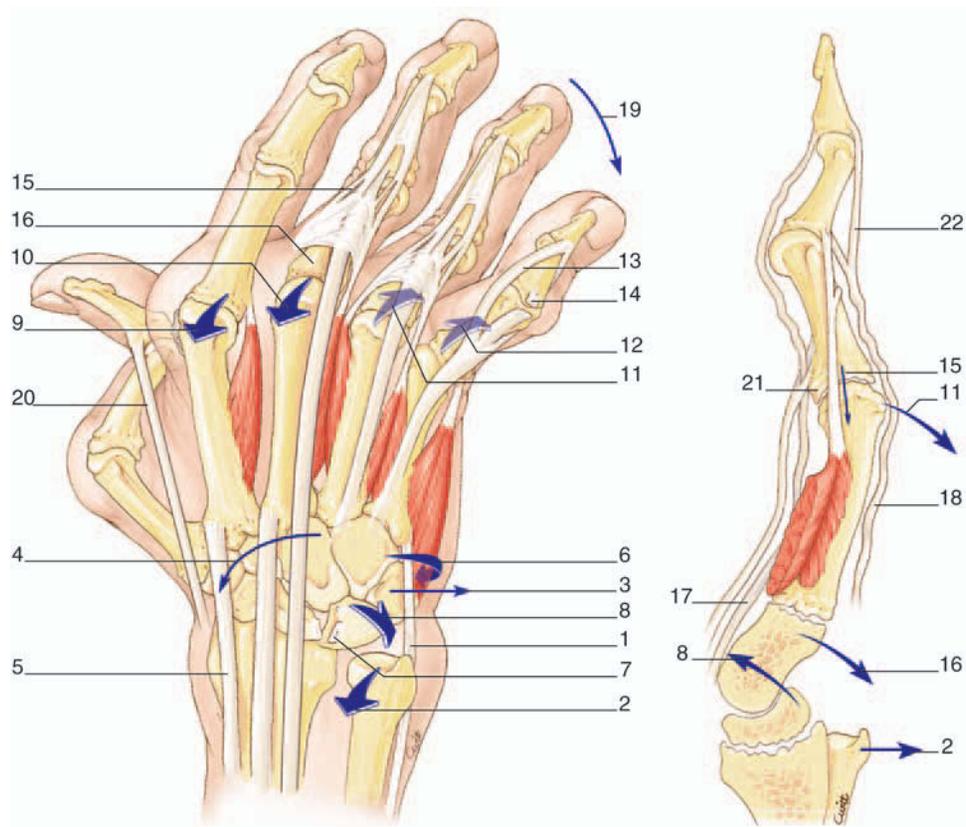


Figura 1. Meccanismi di deformazione dell'artrite reumatoide. 1. Lussazione laterale e palmare dell'ulnare posteriore; 2. lussazione posteriore della testa dell'ulna; 3. traslazione ulnare del carpo; 4. inclinazione radiale del carpo e dei metacarpi sotto l'azione del primo e secondo radiale (5); 6. supinazione della colonna interna del carpo; 7. rottura del legamento scafo-ulnare, bascula in VISI (*volarflexed intercalated segment instability*) del semilunare (8); 9, 10. estensione del secondo e terzo metacarpo; 11, 12. flessione del quarto e quinto metacarpo; 13. deformazione ad «asola» del mignolo: le benderelle laterali si lussano sul versante palmare e diventano flessori dell'articolazione interfalangea prossimale; dopo rottura della benderelle mediana del tendine estensore (14); 15. deformazione a «collo di cigno» del medio sotto l'azione dell'interosseo, che è messo sotto tensione del collasso del carpo (16) e la detensione dei flessori (17) e estensori (18) estrinseci; 19. colpo di vento ulnare delle dita lunghe per l'azione degli interossei e dell'abdotto del mignolo; 20. pollice ad «asola» consecutivo all'azione dell'estensore lungo del pollice lussato sul versante palmare; 21. lussazione palmare di F1 sotto la testa del metacarpo che favorisce la deformazione a collo di cigno per la dorsalizzazione delle benderelle laterali (22). Con l'autorizzazione delle edizioni Masson, schemi tratti dal libro: *Chirurgia della mano*, Michel Merle, vol. 3. *Afezioni reumatiche degenerative, sindromi canalicolari*.

- appoggi con il polpastrello del pollice, che provocano la deformazione a Z;
- prese in inclinazione del polso, che provocano la deviazione ulnare delle dita;
- prese di forza e con le dita a uncino che aggravano, in caso di sinovite, l'infiammazione dei tendini flessori, che può portare alla loro rottura.

Gesti raccomandati (elenco non esaustivo)

- Utilizzare le due mani per portare un oggetto, servendosi del palmo e dell'avambraccio piuttosto che di un solo dito o della pinza pollice-indice;
- strizzare la biancheria o una spugna per asciugare (non torcere);
- aumentare il braccio di leva per aprire un barattolo, un rubinetto ecc.;
- preferire l'utilizzazione di oggetti di grande diametro;
- afferrare a piene mani piuttosto che con la punta delle dita.

Questo apprendimento dei «buoni gesti» ha lo scopo di renderli automatici affinché siano realizzati quotidianamente in modo regolare per tutta la durata della malattia (soprattutto dopo l'insorgere delle deformazioni) [7].

Ausili

Bisogna consigliare alcuni ausili per facilitare o anche compensare le prese, sempre allo scopo di evitare il sovraccarico articolare. Vengono chiaramente esposti e spiegati fin dall'inizio della malattia affinché il paziente prenda coscienza del fatto che

questi ausili sono indispensabili e si educhi alla loro utilizzazione quotidiana, soprattutto dopo la comparsa delle prime deformità [8, 9].

Questi ausili sono basati sulla realizzazione di prese digitali globali a scapito delle prese fini.

Vengono elencati ausili realizzati in modo artigianale (ingegnosità del paziente o del suo ambiente); altri sono venduti dalla grande distribuzione (GD) e alcuni sono disponibili presso rivenditori specializzati a costo variabile. È meglio provarli in negozio prima di acquistarli. Presentazioni di questi ausili si trovano nelle riviste a uso dei pazienti diffuse dalle associazioni. Riguardano tutti i settori della vita.

Igiene del corpo

L'utilizzazione di tubi di ingrandimento in gommapiuma (GD) o in plastilina (GD) consente di aumentare il diametro dei manici di pettine, spazzola, rasoio, spazzolino da denti ecc. Sono commercializzate delle impugnature (costo elevato), ma, se fabbricate in serie, sono troppo spesso inadeguate al potenziale esatto di chiusura delle dita lunghe. Esistono comunque degli artifici: preferire l'impiego di un tubo di dentifricio a serbatoio verticale (GD) piuttosto che schiacciare un tubo ordinario; infine, vengono raccomandati gli utensili a grande braccio di leva, come una spazzola a manico lungo. L'utilizzazione di una doccia è di gran lunga preferibile a una vasca da bagno, che bisogna scavalcare e dalla quale è difficile uscire. Deve essere equipaggiata con barre d'appoggio, sedile da doccia e rivestimento antiscivolo sul suolo [10].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617888>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617888>

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