

Sclerosi multipla e cinesiterapia

R. Sultana, S. Mesure, V. Le Dafniet, P. Bardot, G. Heurley, M. Crucy

La specificità della cinesiterapia della sclerosi multipla (SM) è legata alla «sindrome di stanchezza invalidante» presentata dalla maggior parte dei pazienti. Perciò, una seduta troppo intensa è rapidamente nefasta. La rieducazione attiva è ostacolata da questa stanchezza e deve, quindi, essere focalizzata su un numero limitato di esercizi funzionali ben scelti, che si alternano con periodi di riposo. Per ottenere un progresso, la preparazione e le condizioni di esecuzione devono essere adattate ad ogni caso particolare. In caso di spasticità in estensione, il rinforzo dei flessori può migliorare la qualità della deambulazione. Quando la disabilità è più marcata, per ottimizzare i trasferimenti letto-poltrona, bisogna, al contrario, potenziare gli estensori. Il rieducatore ricerca quello che facilita la motricità del suo paziente e quello che inibisce le sue prestazioni. Questa vera e propria indagine è tanto più necessaria in quanto lo stato del paziente varia in funzione dell'evoluzione della malattia, dell'ora della giornata, dell'efficacia o meno della crioterapia e di numerosi fattori che è opportuno scoprire. Il cinesiterapista procede, quindi, non soltanto per deduzione logica, ma anche per tentativi. Una progressione ragionata di esercizi funzionali permette di validare le scelte fatte, di migliorare l'autonomia del paziente, la sua motivazione e la sua qualità di vita, di dargli una coscienza dei suoi risultati e di ridurre il decondizionamento allo sforzo. Questa rieducazione attiva è efficace solo al di fuori delle puntate evolutive. Le cure passive in posizione distesa sono ben tollerate in tutte le fasi della malattia (lotta contro i disturbi ortopedici e respiratori, la spasticità, i dolori, ecc.). Infine, a tutti gli stadi, il ruolo psicologico del cinesiterapista è di importanza capitale per fornire motivazione, aiuto, comprensione, presenza e buona umore.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Sclerosi multipla; Cinesiterapia personalizzata; Rieducazione funzionale; Quantificazione delle prestazioni; Stanchezza invalidante; Decondizionamento allo sforzo; Crioterapia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Valutazione funzionale della patologia	2
Pazienti che presentano una lesione frusta	2
Pazienti che presentano un interessamento di gravità intermedia	2
Pazienti che presentano una lesione profonda	2
■ Fattori che limitano l'attività del paziente	2
Sindrome di stanchezza invalidante delle SM	3
Sindrome piramidale e spasticità	3
Spasticità che predomina sulla tripla estensione, con una debolezza della tripla flessione	5
Spasticità che predomina sulla tripla flessione, con una debolezza della tripla estensione	7
Alterazioni del comando motorio	8
Sindromi neurologiche senza problemi ortopedici prioritari	8
Sindrome vestibolare (vertigini e nistagmo)	8
Dolori e rachialgie	9
■ Gestione delle patologie fruste	9
Programma di autorieducazione	9
Educazione terapeutica	11

■ Cinesiterapia delle patologie di gravità intermedia	11
Lotta contro la stanchezza e programma di conservazione dell'energia	11
Protocollo di «bilancio-trattamento dell'equilibrio funzionale»	11
■ Gestione delle patologie profonde	16
Riallenamento allo sforzo	16
Rieducazione delle attività della vita quotidiana	17
Posizione dei pazienti, ausili tecnici e apparecchi	18
Tecniche passive di nursing in relazione con gli altri partecipanti	18
Attività ricreative e di comfort	18
■ Conclusioni	18

■ Introduzione

L'evoluzione delle sclerosi multiple (SM) è imprevedibile e variabile da un paziente all'altro. I segni fisici possono evolvere in diversi anni e, addirittura, variare notevolmente in una stessa giornata.

Nel corso di una seduta di rieducazione, il paziente si affatica più rapidamente che nelle altre patologie in occasione di esercizi attivi e recupera più lentamente durante i periodi di riposo e di crioterapia. Dopo alcune sedute, il cinesiterapista può anticipare le sue reazioni con un margine di errore sempre più ridotto.

Tuttavia, osservare e conoscere il paziente non è sufficiente; occorre anche eseguire un trattamento efficace.

La letteratura propone un numero troppo elevato di esercizi disparati nella gestione di questi pazienti. Poiché le problematiche principali non sono state chiaramente definite, la scelta è tanto più delicata.

Da ciò deriva l'importanza di fissare chiaramente l'obiettivo principale che è semplice: fare ogni sforzo per migliorare l'indipendenza e la qualità di vita del paziente. La cinesiterapia è efficace se viene raggiunto questo obiettivo, con il riscontro di prestazioni quantificate. Quali che siano le altre tecniche aggiunte, la rieducazione funzionale quantificata è, quindi, indispensabile e imprescindibile. È la via finale comune a tutte le gestioni.

Per raggiungere questo obiettivo, sono proposti dei protocolli di rieducazione semplici ed efficaci delle principali attività funzionali. Il cinesiterapista può adattarli facilmente al caso particolare di ciascun paziente.

Questo articolo riguarda solo le valutazioni e le tecniche più utilizzate nella cinesiterapia quotidiana. Per ulteriori informazioni sulla patologia, sui richiami teorici e sulla presentazione generale di tutti i trattamenti del paziente (medico, logopedico, ergoterapico, psichiatrico e neuropsicologico, in medicina fisica e rieducazione, nella gestione dei disturbi sessuali, urinari e del transito e nel riadattamento socioprofessionale), ci si può riferire all'articolo di Gallien et al. sulla sclerosi multipla anch'esso pubblicato nell'EMC, Cinesiterapia-Medicina fisica-Rieducazione [1].

■ Valutazione funzionale della patologia

La scala funzionale EDSS (*Expanded Disability Status Scale*) è tuttora chiamata «scala di Kurtzke» [2]. Tutti i neurologi, in Francia e in tutto il mondo, la usano per valutare le conseguenze della SM sull'autonomia del paziente. Si tratta di un riferimento universale.

Per il cinesiterapista, è importante constatare che questo esame funzionale si applica a tutti i pazienti malgrado la varietà dei sintomi presentati. Se essi si aggravano, ciò si traduce, nella valutazione funzionale, in una degradazione delle prestazioni. Viceversa, il miglioramento delle prestazioni funzionali quantificate con un punteggio è la prova o di un miglioramento neurologico o di un migliore controllo da parte del paziente dei suoi sintomi, e questo qualunque sia la natura dei sintomi. Questa constatazione giustifica pienamente la rieducazione principalmente funzionale di questi pazienti.

La maggior parte delle SM non ha una progressione regolare, continua e ineluttabile, come si vede nelle affezioni eredo-degenerative. Al contrario, l'evoluzione di una SM è aleatoria e difficilmente prevedibile. Alcune resteranno fruste fino al decesso del paziente che non è legato alla SM. Altre non sorpasseranno lo stadio di gravità intermedia e via dicendo.

Nota: dopo ogni puntata (nelle forme con puntate), esiste una fase di recupero spontaneo che può essere sfruttata dai cialtrani per giustificare la loro azione.

Nella nostra esperienza, si può schematicamente suddividere la scala funzionale EDSS in tre parti, che corrispondono a dei protocolli di rieducazione differenti.

Pazienti che presentano una lesione frusta

0.0: assenza di sintomi funzionali o neurologici.

1.0: assenza di sintomi funzionali, nonostante alcuni segni neurologici minimi.

2.0: disturbo soggettivo avvertito dal paziente (affaticabilità, disturbi oculari, urinari, ecc.), ma con un'indipendenza totale per tutta la giornata.

3.0: deambulazione disturbata, senza limitazione delle distanze percorse.

4.0: autonomia di deambulazione superiore o uguale a 500 metri, con una deambulazione limitata in durata. Indipendenza funzionale totale conservata.

Pazienti che presentano un interessamento di gravità intermedia

Malgrado la loro disabilità, questi pazienti non sono dipendenti da una terza persona per le attività funzionali elementari.

4.5: autonomia di deambulazione senza ausilio tecnico tra i 300 e i 500 metri. L'indipendenza funzionale resta possibile per tutta la giornata malgrado un disturbo moderato.

5.0: autonomia di deambulazione senza ausilio tecnico tra i 100 e i 300 metri. L'indipendenza funzionale è limitata nel tempo.

5.5: autonomia di deambulazione senza ausilio tecnico inferiore ai 100 metri. Riduzione dell'attività funzionale del paziente in una giornata.

6.0: aiuto nella deambulazione (bastone, ortesi, ausilio tecnico) con un'autonomia di deambulazione superiore o uguale a 100 metri.

6.5: aiuto nella deambulazione bilaterale (2 stampelle, deambulatore, ecc.). Autonomia di deambulazione tra i 5 e i 100 metri.

7.0: effettua solo i trasferimenti letto-carrozzella. Indipendenza in carrozzella manuale (buona manipolazione della poltrona). Deambulazione inferiore ai 5 metri con ausilio tecnico. Deambulazione tra sbarre parallele o aggrappandosi ai mobili.

Pazienti che presentano una lesione profonda

Questi pazienti sono dipendenti da una terza persona per una o più attività funzionali elementari. In particolare, non possono eseguire da soli i trasferimenti letto-sedia.

7.5: trasferimento letto-sedia impossibile senza l'aiuto di una terza persona. Può spostarsi da solo su una carrozzella manuale, ma non per tutta la giornata.

8.0: non può spostarsi sulla carrozzella manuale. Può fare alcuni gesti elementari con gli arti superiori: mangiare, compiere una parte della sua toilette e via dicendo. Nota: i pazienti allo stadio 8.0 possono, il più delle volte, portare una sedia a rotelle elettrica adeguata.

8.5: può compiere solo alcuni gesti elementari.

9.0: può solo parlare e ingerire.

9.5: non può più parlare; alimentazione mediante sondino gastrico.

10.0: decesso legato alla sclerosi multipla.

■ Fattori che limitano l'attività del paziente

Qual è la principale causa della limitazione dell'autonomia di deambulazione o di altre attività fisiche? La stanchezza che diviene sempre più pesante? La spasticità che fissa gli arti del paziente e che si aggrava al momento degli sforzi? Il dolore lombare che aumenta progressivamente? La risposta a queste domande permette di conoscere il «parametro di controllo», detto anche «fattore limitante» dell'attività del paziente.

Studieremo alcuni parametri di controllo, ma questa lista è lunga dall'essere esaustiva, in quanto ogni paziente presenta caratteristiche differenti, che rendono impossibile qualsiasi generalizzazione. Solo una conoscenza approfondita del paziente, acquisita dal cinesiterapista nel corso di diverse sedute, gli permette di anticipare le sue reazioni.

In molti casi, diversi parametri di controllo associano le loro azioni per limitare le prestazioni. Per esempio, l'attività è impedita per il 60% dall'affaticamento, per il 20% dalla spasticità da sforzo e per il 20% da dolori lombari. Queste percentuali possono variare e invertirsi in funzione dello stato del paziente, del suo allenamento, della qualità del sonno della notte precedente, dell'aver fatto un bagno fresco e prolungato prima dell'attività, del ritmo a lui proprio (la mattina è, generalmente, più favorevole), dell'evoluzione della patologia e via dicendo. Il rieducatore deve, quindi, restare in ascolto per determinare in occasione di ogni seduta lo stato del paziente e poter agire di conseguenza.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617916>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617916>

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