

Rieducazione dopo accidente vascolare cerebrale

I. Bonan, A. Raillon, A.-P. Yelnik

La rieducazione dopo accidente vascolare cerebrale (AVC) è efficace. Essa ha come obiettivi la stimolazione dei processi di plasticità cerebrale, la prevenzione delle complicanze secondarie e la restituzione della migliore autonomia possibile al paziente. Implica un lavoro di equipe specializzato, idealmente in una struttura di medicina fisica e di riabilitazione. Fin dai primi giorni dopo l'AVC, si tratta di prevenire la comparsa di complicanze, in particolare i dolori della spalla e le retrazioni muscolotendinee. La rieducazione attiva inizia progressivamente secondo lo stato del paziente e si basa su alcuni principi essenziali: la forte interazione sensibilità-motricità e cognizione-motricità, l'interazione interemisferica, la scelta di compiti con uno scopo significativo per il paziente, la ripetizione dell'esercizio fino all'apprendimento, l'intensità crescente delle stimolazioni e l'importanza di tenere conto della persona rispetto a se stessa e rispetto al suo ambiente. Così, la rieducazione permette di facilitare il recupero e, secondo l'importanza dei deficit, di migliorare la prensione, l'equilibrio, la deambulazione, la comunicazione o, ancora, i disturbi visuospaziali. I primi mesi dopo l'AVC sono essenziali, ma la rieducazione può essere necessaria anche dopo un anno dall'AVC e una sua ripresa tardiva può essere molto utile.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Accidente vascolare cerebrale; Emiplegia; Rieducazione; Plasticità; Negligenza; Afasia

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Mezzi della rieducazione	2
Percorso e iter di cure del paziente dopo accidente vascolare cerebrale	2
Intervenire precocemente, individuare, prevenire e trattare le complicanze	2
Ripristino delle funzioni dopo un accidente vascolare cerebrale, plasticità cerebrale ed evoluzione dei concetti	3
Riabilitazione: strategia di compenso	4
■ Motricità	4
Paralisi spastica	4
Prensione	6
Equilibrio	6
Deambulazione	7
■ Afasia	8
■ Sindrome di eminegligenza	8
■ Conclusioni	9

■ Introduzione

La rieducazione del paziente dopo un accidente vascolare cerebrale (AVC) è una componente essenziale del trattamento. Ogni

paziente vittima di un AVC costituito deve poterne beneficiare, a gradi diversi, secondo il suo stato. L'obiettivo è di aiutarlo a recuperare il meglio possibile i deficit alterati dalla lesione cerebrale e un livello di autonomia il più vicino possibile al livello precedente all'AVC. È realizzato anche un programma di riabilitazione alla vita familiare, sociale e/o professionale, adattato alle aspettative del paziente. Questo articolo non rivede in dettaglio la riabilitazione, ma essa è strettamente legata alle varie fasi della rieducazione, coinvolgendo tutti gli attori professionali.

L'approccio rieducativo dell'uomo curato è un'impostazione fondamentalmente globale e personalizzata. Esso deve prendere in considerazione la totalità dei disturbi postlesionali del paziente, che bisogna sapere perfettamente analizzare (cognizione, locomozione, prensione, continenza, deglutizione, ecc.), e deve essere adattato alla personalità precedente di quest'ultimo, alle sue capacità fisiche e intellettive e al suo ambiente, senza la cui conoscenza la comprensione di questi disturbi postlesionali non sarebbe completa.

La rieducazione del paziente emiplegico ha compiuto importanti progressi negli ultimi 25-30 anni e i benefici in termini di qualità di vita e di autonomia sociale e, anche, professionale sono dimostrati^[1]. L'avvento della diagnostica per immagini moderna ha permesso di oggettivare le modificazioni cerebrali dopo AVC e di comprendere meglio i meccanismi di recupero oggettivando, in particolare, la plasticità. Parallelamente, le esigenze scientifiche sono state progressivamente applicate alla dimostrazione dell'efficacia delle differenti tecniche di rieducazione e alcuni

dogmi sono stati ridefiniti o abbandonati. Peraltro, restano ancora numerosissime incertezze quanto alle tecniche da utilizzare e al dosaggio della rieducazione.

“ Punto importante

La rieducazione dopo AVC è efficace. Essa inizia fin dai primi giorni dopo l'AVC e richiede un lavoro in equipe multidisciplinare, idealmente in una struttura di medicina fisica e di riabilitazione. Un progetto terapeutico personalizzato è elaborato in equipe e aggiornato regolarmente in funzione dei progressi del paziente. La rieducazione si basa su alcuni principi essenziali legati alle conoscenze sul funzionamento del cervello (competizione inter- e intraemisferica e interazione sensibilità-motricità e cognizione-motricità) e sulle tecniche dell'apprendimento (ripetizione, intensità, compiti significativi, feedback), che permettono di stimolare la plasticità cerebrale.

■ Mezzi della rieducazione

Percorso e iter di cure del paziente dopo accidente vascolare cerebrale

Il processo di rieducazione e di riabilitazione dovrebbe essere condotto da equipe specializzate in medicina fisica e riabilitazione (MFR), il cui ruolo, particolarmente per gli AVC gravi, è determinante^[1]. L'efficacia di queste strutture specializzate è dimostrata sulla mortalità e sull'autonomia^[1]. Queste strutture non possono e non devono, tuttavia, accogliere tutti gli AVC^[2]. L'età avanzata, se si accompagna a polipatologie o a demenza, deve far preferire una struttura geriatrica, le cui dotazioni di personale di rieducazione dovrebbero essere rinforzate.

Il medico specialista MFR guida il processo, assicura lo screening e il trattamento delle complicanze e definisce con l'equipe e il paziente gli obiettivi da raggiungere (progetto terapeutico) e l'intervento dei vari terapeuti interessati. Al di là della fase attiva di rieducazione, egli segue il paziente in visite regolari per adattare il trattamento e la riabilitazione al suo stato e alle nuove tecnologie.

I rieducatori, i fisioterapisti, gli ergoterapisti, i logopedisti, i neuropsicologi o, anche, gli psicomotricisti attuano le tecniche adatte e anche gli infermieri e gli assistenti sanitari hanno un ruolo importante nella guida e nell'apprendimento delle nuove funzioni, nell'aiuto e nella rieducazione dei disturbi della deglutizione o dei disturbi vescicosfinterici. Lo psicologo ha un ruolo di sostegno del paziente e della sua famiglia o, anche, delle equipe. Il neuropsicologo può contribuire a guidare e a realizzare la rieducazione dei disturbi delle funzioni superiori. È, a volte, interpellato il tecnico ortopedico (ortoprotesista). L'assistente sociale ha un ruolo essenziale ogni volta che sono necessari degli ausili umani o materiali: consigli e pratiche per gli ausili sociali finanziari e umani e l'orientamento professionale. Tutti questi professionisti della rieducazione realizzano delle valutazioni regolari specialistiche, che sono utilizzate al momento delle riunioni di sintesi multidisciplinari effettuate durante il percorso del paziente, per adattare il programma terapeutico del paziente in funzione dei risultati.

Il processo di rieducazione e di riabilitazione ha tre obiettivi: il primo è di stimolare i processi di plasticità cerebrale, per mantenere o ripristinare le funzioni alterate senza ricorrere a mezzi palliativi di compenso; il secondo è di prevenire la comparsa di complicanze che aggraverebbero lo stato del paziente e che potrebbero avere delle conseguenze temibili sulla prognosi funzionale e, a volte, vitale. Questo obiettivo rimane fondamentale, principalmente durante il periodo acuto e subacuto; il terzo è di condurre il paziente alla sua autonomia ottimale, qualunque sia la gravità delle sequele. Questa sequenza dovrebbe, in teoria, arti-



Figura 1. Sindrome dolorosa regionale complessa o sindrome spalla-mano: una complicanza specifica dell'emiplegia.

colarsi con la prima e seguirla, in quanto i mezzi utilizzati, vale a dire lo sviluppo dei compensi, possono essere in contraddizione con quelli necessari per la stimolazione della plasticità cerebrale. Questa fase rimane, il più delle volte, inevitabile e il limite tra il primo e il terzo obiettivo è, a volte, un po' teorico.

Intervenire precocemente, individuare, prevenire e trattare le complicanze

Durante il soggiorno nell'unità neurovascolare o di medicina, devono iniziare le prime cure di rieducazione. Tuttavia, i disturbi di regolazione pressoria e i rischi di ipoperfusione cerebrale possono richiedere il riposo a letto per più di una settimana. La rieducazione è più efficace quando è iniziata precocemente, il che non significa che essa debba essere intensa fin dai primissimi giorni, ma occorre saper rispettare l'affaticamento di questi pazienti. La mobilitazione precoce, nel senso di alzarsi precocemente, permette di ridurre la durata del ricovero e accelera il recupero^[3], ma non vi è alcuna certezza quanto ai benefici o ai rischi dell'iniziare una rieducazione intensiva nei primi 15 giorni. La rieducazione motoria propriamente detta è iniziata dal cinesiterapista in funzione dello stato di vigilanza e di partecipazione del paziente: riallenamento all'ortostatismo e lavoro della motricità globale e analitica e, se possibile, della deambulazione. Ma la cosa più importante è assicurare la prevenzione di complicanze che verrebbero ad aggravare la prognosi funzionale e, a volte, vitale. Tra queste, quelle non specifiche legate al decubito non sono dettagliate qui, malgrado la loro importanza vitale e funzionale. Numerose complicanze sono legate al fatto stesso dell'AVC.

Dolori di spalla

Essi sono frequenti, ma, sotto questo termine generale, si nascondono spesso diverse cause, che devono essere distinte dai dolori neurologici, tra i quali la sindrome dolorosa regionale complessa (SDRC) o sindrome spalla-mano è la più frequente (Fig. 1). La SDRC ostacola la rieducazione e, una volta instaurata, è di trattamento difficile: gli antalgici sono poco efficaci, i corticosteroidi per via orale in cura breve o in iniezioni intrarticolari hanno un effetto relativo, la calcitonina non ne ha e le stimolazioni elettriche hanno un effetto discusso. Essa può essere, il più delle volte, prevenuta con regole di manipolazione del paziente emiplegico che devono essere conosciute da tutti. Non si deve mai mobilizzare il paziente mediante il suo braccio emiplegico e occorre impedire all'arto superiore di trovarsi in posizione patologica, soprattutto se esistono importanti disturbi sensitivi: badare alla postura a letto e preparare un'ortesi di posizione dell'avambraccio e della mano per la notte. Tuttavia, non bisogna immobilizzare sistematicamente l'arto superiore, in particolare quando la motricità è in via di recupero, per non interrompere il processo di recupero.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3049312>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3049312>

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