

Rieducazione della spalla instabile

T. Marc, D. Rifkin, T. Gaudin, J. Teissier

Il tipo di attività dell'articolazione scapolo-omerale richiede una grande mobilità per consentire l'orientamento della mano nello spazio durante le attività della vita quotidiana o dello sport. Questa grande mobilità comporta, a livello articolare, una conformazione anatomica di scarsa congruenza e, quindi, una stabilità principalmente di origine capsulolegamentosa e muscolotendinea. Questa stabilità deve essere dinamica e regolata durante tutto il movimento e, soprattutto, nelle situazioni a rischio. Questa regolazione dipende da contrazioni muscolari che si adattano e variano a seconda della posizione del braccio nello spazio; tale regolazione è resa possibile da una serie di fenomeni di feedback e feedforward le cui afferenze propriocettive e sensitive, consce e inconsce, sono il punto di partenza. Il rieducatore che si trova di fronte a una patologia di instabilità scapolo-omerale deve padroneggiare la conoscenza fondamentale delle diverse modalità di integrazione di queste afferenze propriocettive, il trattamento di esse nella corteccia cerebrale e il modo di migliorarle per consentire al paziente di riprendere le sue attività in piena sicurezza dopo un episodio di lussazione.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Rieducazione; Spalla; Instabilità; Lussazione; Propriocezione

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
Nozioni fondamentali	2
Sistemi di contenzione	3
Organizzazione neuromotoria della stabilità	3
■ Rieducazione	6
Fase 1	7
Fase 2	10
Fase 3	14
Fase 4	15
Criteri di fine trattamento	15
Caso particolare delle instabilità operate	15
■ Conclusioni	16

■ Introduzione

È abituale leggere che una spalla deve essere mobile, indolore e stabile. Durante la prima visita di un paziente, l'equipe medica si interessa essenzialmente al dolore, al deficit di mobilità, all'integrità delle varie strutture anatomiche e alla forza durante la realizzazione della valutazione funzionale. Ma l'esperienza dimostra che, al di là di una soglia certa, il dolore e, in particolare, la limitazione della mobilità sono relativamente ben tollerati. Per quanto riguarda il deficit di forza, pochi pazienti lo lamentano. Inoltre, i trattamenti rieducativo e medico e, in alcuni casi, la chirurgia permettono, al giorno d'oggi, nella maggior parte dei casi, di riacquistare la mobilità e l'assenza di dolore. Al contrario,

una sensazione di instabilità o una vera instabilità, se presenti, possono alterare considerevolmente la funzione della spalla e, in alcuni casi, portare a un'invalidità totale e dolorosa dell'arto superiore.

Spetta il più delle volte al rieducatore affrontare questo problema di instabilità, perché l'indicazione chirurgica non è mai posta in prima intenzione. Inoltre, spesso esso interessa giovani pazienti, che non hanno ancora completato la crescita, il che obbliga a differire la stabilizzazione chirurgica. Tutto il trattamento si basa, quindi, sulla rieducazione.

La frequenza delle spalle instabili è aumentata negli ultimi decenni, con l'avvento della civiltà del tempo libero. L'aumento della pratica sportiva aumenta inevitabilmente la micro- e la macrotraumatologia attraverso due fenomeni. Il primo è la moltiplicazione del numero di cicli eseguiti dalla spalla (proporzionale al numero di ore di allenamento), che aumentano inevitabilmente l'instabilità attraverso microtraumi. Il secondo fenomeno, causa di instabilità o lussazione, è l'impegno fisico che provoca impatti sempre più violenti. I traumi, secondari ad assorbimenti di energia molto più alti rispetto a qualche anno fa, generano delle lesioni anatomiche anch'esse più importanti.

Questi traumi della spalla possono andare da una semplice contusione della cuffia dei rotatori (caduta sul moncone della spalla nello sci), a una frattura o a una lussazione acromioclavicolare o scapolo-omerale. Quest'ultima colpisce l'1-2% della popolazione e rappresenta l'11% delle lesioni della spalla; il 96% delle lussazioni gleno-omerale è di origine traumatica e il 97% di esse è anteriore. L'incidenza va da 8,2 a 23,9 per 100 000 all'anno, secondo gli studi. Il rapporto maschi-femmine è pari a 2,55: l'1% e il 50% delle lussazioni si verifica tra i 15 e i 29 anni ^[1]. Senza rieducazione, la recidiva è frequente nei due anni successivi, in particolare nei soggetti giovani (Tabella 1). Sembra che esista un fattore

Tabella 1.

Stima della probabilità di recidiva entro due anni dopo un primo episodio di lussazione gleno-omerale a seconda dell'età e del sesso (secondo Robinson et al. [4]).

Età	Maschi	Femmine
15	0,86	0,54
16	0,84	0,51
17	0,81	0,48
18	0,78	0,45
19	0,75	0,42
20	0,72	0,40
21	0,69	0,37
22	0,66	0,34
23	0,62	0,32
24	0,59	0,30
25	0,56	0,28
26	0,53	0,26
27	0,50	0,24
28	0,47	0,22
29	0,43	0,20
30	0,41	0,19
31	0,39	0,17
32	0,36	0,16
33	0,34	0,15
34	0,31	0,14
35	0,29	0,13

costituzionale poiché si riscontrano dei precedenti familiari nel 25% dei casi [2, 3].

In un certo numero di casi, l'evoluzione è verso la "guarigione" (recupero della mobilità, dell'assenza di dolore e della stabilità). In altri casi, l'evoluzione è verso una spalla instabile, a volte con lussazioni recidivanti. La presenza associata di un'iperlassità costituzionale richiede un controllo neuromuscolare superiore al normale per essere ben tollerata. Nel caso in cui questo sia leggermente difettoso (installazione progressiva o post-trauma minore), la stabilità della spalla potrebbe essere compromessa ed evolvere progressivamente verso lussazioni senza che vi siano importanti traumi scatenanti.

Anche se i fattori di rischio per questo tipo di patologia sono ben definiti, una prevenzione primaria può essere realizzata solo nel quadro di azioni di prevenzione in ambito sportivo. Viceversa, dal momento che recidiva ed evoluzione verso la cronicità sono le principali complicanze di questa patologia, deve essere instaurata una prevenzione secondaria fin dalla prima lussazione. La rieducazione dell'instabilità di spalla deve non solo avere uno scopo curativo in un primo tempo, per ripristinare escursioni articolari normali ed eliminare il dolore, ma avere, inoltre, un obiettivo di prevenzione per evitare le recidive.

Il trattamento iniziale, basato sulla rieducazione, si è basato a lungo sulla tonificazione del sottoscapolare; i risultati ottenuti mostrano che, in pazienti di età inferiore ai 25 anni, la recidiva si verificava nel 60-94% dei casi e, per i pazienti più anziani, nel 15% dei casi [5]. In caso di lussazione recidivante, può essere realizzata una stabilizzazione chirurgica, seguita da diversi mesi di rieducazione. I tassi di recidiva sono molto bassi e il recupero funzionale è soddisfacente. Tuttavia, uno studio di risultati a medio termine ha mostrato delle complicanze o delle sequele non trascurabili. In effetti, dopo stabilizzazione con appoggio, Mansat e Bellumore [6] hanno riscontrato un 33% di pazienti che presentavano dolore ai movimenti forzati o un'affaticabilità maggiore. Questi risultati sono identici a quelli rilevati da Déjour [7]. Inoltre, l'evoluzione artrosica dell'articolazione scapolo-omerale, contrariamente a quanto si potrebbe credere, non è scongiurata dalla chirurgia. Buscayret et al. [8] ne hanno riscontrato un 20% e Mansat e Bellumore [6] un 31%. Questa omartrosi aumenta con il follow-up postoperatorio, richiedendo, talvolta, l'impianto di una protesi totale (Figg. 1, 2).



Figura 1. Omartrosi avanzata dopo stabilizzazione con appoggio.



Figura 2. Protesi parziale di spalla impiantata dopo l'evoluzione artrosica di un'instabilità gleno-omerale.

I progressi compiuti negli ultimi anni nella comprensione del concetto di stabilità della spalla, associati a una migliore conoscenza delle varie lesioni riscontrate dopo la lussazione, hanno portato a un'evoluzione dei protocolli di rieducazione. Essi non devono solo permettere un recupero funzionale soddisfacente, ma devono soprattutto cercare di ridurre le sequele e le evoluzioni sfavorevoli.

Prima dello studio dettagliato della rieducazione, saranno richiamati i concetti essenziali che sottintendono l'elaborazione e l'adattamento di un protocollo ai diversi tipi di instabilità e di pazienti.

Nozioni fondamentali

Il tipo di attività della spalla è particolarmente impegnativo sul piano funzionale. In effetti, essa deve permettere contemporaneamente una grande mobilità dell'arto superiore (arco di mobilità in flessione/estensione di circa 250° e di rotazione di 180°), assicurando una base stabile. Anche le sollecitazioni sono estremamente elevate, poiché la compressione sulla glenoide può raggiungere dieci volte il peso corporeo. Durante la fase di armare il braccio, la testa omerale è sottoposta a una forza di traslazione anteriore pari al 40% del peso corporeo e, alla fine del lancio, la forza di distrazione in avanti è pari all'80% del peso corporeo [9].

Il problema della mobilità è stato risolto in modo elegante ed efficiente distribuendola su due articolazioni (40% di mobilità alla scapolotoracica e 60% alla scapolo-omerale). Tuttavia, questa soluzione richiede una buona stabilità e una buona coordinazione della programmazione di queste due articolazioni.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8558610>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8558610>

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