



*“Diagnosi e trattamento delle comuni patologie della mano”*

*Genova, 17 Maggio 2014*

# ***Cenni di trattamento riabilitativo conservativo e post chirurgico nelle comuni patologie mano***

***Dott.Ft Gabriella Bruno***

***ASL3 Genovese***

***S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale***

***S.S. Polo Riabilitativo Ponente***

# Il punto di vista del Fisioterapista

Fondamentale la collaborazione con il medico che segue il paziente (fisiatra e/o chirurgo) per stabilire lo stadio della malattia, valutare le opzioni a disposizione, ognuno per la propria competenza, ed ottimizzare l'intervento sul pt.

Importante la valutazione clinica prevede diversi step:

- \*Valutazione del dolore (VAS)
- \*Valutazione del range di movimento (misura goniometrica)
- \*Valutazione della sensibilità (Test di Semmes Weinstein)
- \*Valutazione della forza di presa e di pinza (sia strumentale con dinamometro/pinzometro che con test muscolare manuale)
- \*Valutazione della funzionalità

# Trattamento conservativo: quando?

- \* Negli stadi precoci della malattia
- \* Nei pazienti inoperabili o che rifiutano il trattamento chirurgico

In particolare:

- \* Rizoartrosi: grado 1 e 2 della scala di Eaton
- \* STC: grado 1 e 2 , lieve e moderato, parziali risultati nel grado 3

# Obiettivi del trattamento conservativo

- \* Eliminare i fattori aggravanti
- \* Ridurre rigidità, dolore e infiammazione
- \* Mantenere e/o recuperare il ROM funzionale pain-free
- \* Mantenere o riequilibrare la forza muscolare
- \* Ridurre lo stress articolare ed incrementare le funzioni della mano ricorrendo anche a mezzi ausiliari
- \* Insegnare al paziente strategie utili per gestire i sintomi usando strumenti e tecniche che possono facilmente essere replicate a casa

# Strumenti del trattamento conservativo

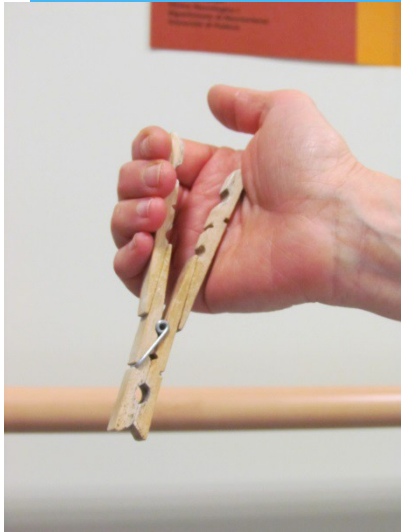
- \* Riposo funzionale (alternare periodi di lavoro e di riposo)
- \* Tutori
- \* Terapia fisica strumentale
- \* Esercizi funzionali e di riequilibrio muscolare
- \* Educazione ad una corretta economia articolare
- \* Utilizzo di oggetti ergonomici

# Protezione articolare

## Ergonomia

- \* **Ridurre il carico eccessivo sulle articolazioni e la forza necessaria nelle ADL attraverso:**
  - \* Impugnature modificate
  - \* Trasferendo lo sforzo alle articolazioni più grandi e quindi più forti
  - \* Aumentando la superficie di contatto con l'oggetto
  - \* Modificando gestualità errate

# Utilizzo di oggetti ergonomici



# Modificare le prese





# Rizoartrosi

- \* Splinting: funzionale durante le ADL e la notte nei periodi di riacutizzazione del dolore
- \* Terapia fisica: ultrasuoni, TENS, paraffinoterapia
- \* Esercizi di stabilizzazione articolare e riequilibrio muscolare
- \* Consigli di ergonomia



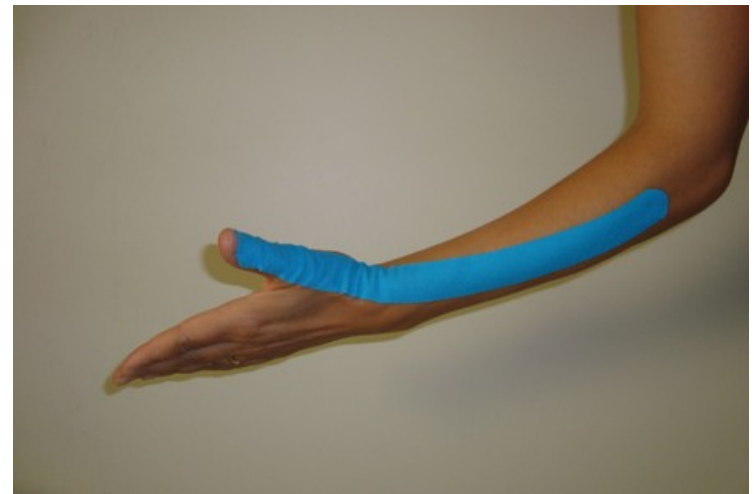
# Sindrome Tunnel Carpale

- \* Splinting: full time per 15 giorni poi solo la notte per 3 mesi
- \* Ultrasuoni a campo mobile 10 sedute
- \* Esercizi di scorrimento differenziato dei tendini flessori e di mobilizzazione neurale del nervo mediano (4 v/g per 3 mesi)
- \* Consigli di ergonomia ed educazione posturale



# Tenosinovite di De Quervain

- \* Splinting: rigido che immobilizza il polso/pollice nella fase acuta, sostituito in seguito da uno morbido o TNM
- \* Terapia fisica: ultrasuoni, laser
- \* Massaggio trasversale profondo
- \* Esercizi di scorrimento tendineo e allungamento
- \* Modifiche delle attività manuali per evitare movimenti combinati di flessione del pollice e deviazione ulnare del polso



# Dito a scatto

- \* Splinting: MF del dito coinvolto mantenuta estesa (IF nel pollice), uso funzionale durante l'attività e di notte per circa 3-4 settimane
- \* Terapia fisica: ultrasuoni, laser
- \* Massaggio trasversale profondo
- \* Taping NeuroMuscolare
- \* Consigli di ergonomia



# Morbo di Dupuytren

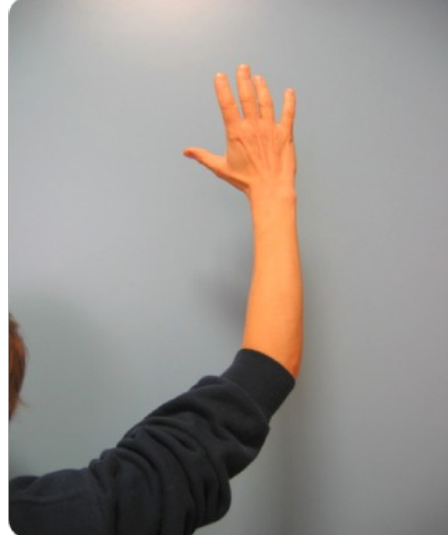
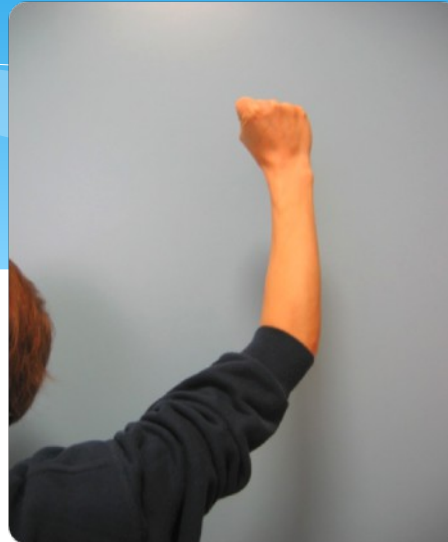
- \* Non ci sono evidenze scientifiche che giustifichino un trattamento conservativo con ortesi e/o terapia fisica.
- \* L'evoluzione della patologia viene tenuta sotto controllo e non si interviene fino a quando il paziente è in grado di appoggiare il palmo della mano sul tavolo.

# Trattamento post-chirurgico

- \* Prevenzione e/o riduzione dell'edema (bendaggio antiedemigeno e Taping Neuro Muscolare)
- \* Tutelare la parte interessata dall'intervento con corretta immobilizzazione in ortesi per prevenire posture scorrette e/o deformità ed evitare retrazioni cicatriziali
- \* Cura della cicatrice e dell'eventuale ipersensibilità
- \* Promuovere lo scorrimento tendineo e/o la mobilizzazione nervosa il più precocemente possibile
- \* Indirizzare una graduale e corretta ripresa dell'attività funzionale
- \* Educazione ad una corretta economia articolare attraverso l'analisi dell'attività gestuale e/o lavorativa del singolo paziente: soluzioni personalizzate

# Trattamento edema

- \* Deve essere controllato ed eliminato il più presto possibile per evitare fibrosi e rigidità articolare
- \* Resting position: corretta immobilizzazione
- \* Ice: impacchi di ghiaccio o bagni alternati caldo/freddo
- \* Compression: bendaggio antiedemigeno
- \* Elevation: sollevamento dell'arto al di sopra del cuore
- \* Taping neuro muscolare
- \* Linfodrenaggio manuale



# Trattamento cicatrice

- \* Massaggio di scollamento con tecnica appropriata alle diverse fasi di guarigione
- \* Compressione in presenza di cicatrici ipertrofiche
- \* Taping Neuromuscolare
- \* Terapia fisica : vacuum terapia, ultrasuoni, vibrazione
- \* Desensibilizzazione in presenza di cicatrici ipersensibili





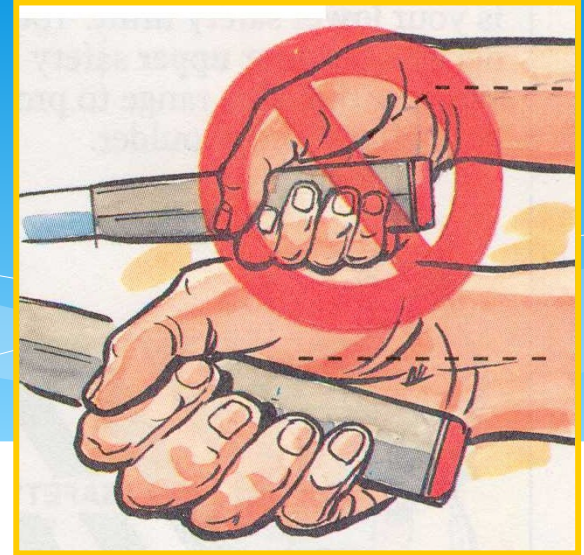
# Rizoartrosi

- \* Immobilizzazione con valva gessata e successivo splint lungo per compressive 4-5 settimane, IF pollice libera
- \* Successivamente si libera il polso e si rimuove il tutore per la mobilizzazione attiva con progressione diversa a seconda del tipo di intervento
- \* Fondamentale ripristinare una buona apertura della prima commisura per consentire un corretto movimento di opposizione
- \* Può essere utile l'uso notturno di un tutore a sella prechirurgico
- \* Un tutore simile, abbinato ad uno ad 8 in neoprene, può facilitare la riprogrammazione di corretti schemi motori di presa nella riabilitazione post chirurgica



# STC

- \* Per 15 gg immobilizzazione polso in posizione neutra consentendo movimento completo alle dita
- \* Alla rimozione dei punti di sutura inizia mobilizzazione del polso
- \* Se necessario lavoro di desensibilizzazione e trattamento cicatrice
- \* A 21 gg inizia lavoro di leggero rinforzo che si può intensificare dopo 28 gg
- \* Fondamentale in questo tipo di patologia la valutazione ergonomica e l'applicazione di norme di protezione articolare



# Tenosinovite di De Quervain

- \* Immobilizzazione per 1-2 settimane
- \* Trattamento edema e cicatrice
- \* Esercizi di scorrimento EBP e ALP e mobilizzazione attiva del polso
- \* Graduale rinforzo con progressione in assenza di dolore
- \* Valutazione ergonomica

# Dito a scatto

- \* Trattamento edema e cicatrice
- \* Esercizi di scorrimento tendineo
- \* Splinting notturno per correggere eventuale atteggiamento flessorio della IFP



# Morbo di Dupuytren

- \* Utilizzo di splint statico-progressivo per favorire apertura del palmo della mano e mantenimento della maggiore escursione articolare delle dita, evitare retrazioni cicatriziali
- \* Inizialmente utilizzo durante il giorno nelle pause tra le sessioni di esercizi e durante la notte
- \* In seguito si consiglia l'uso notturno fino a 6 mesi dopo l'intervento
- \* Trattamento edema e cicatrice
- \* Esercizi di scorrimento tendineo e riattivazione della muscolatura intrinseca della mano
- \* Recupero della funzionalità manuale



# Bibliografia

- \* Hunter-Mackin-Callahan “Rehabilitation of the hand and upper extremity” Fifth Edition Ed.Mosby
- \* M.Salter,L.Cheshire “Terapia della mano” ed.UTET
- \* Cooper C «Fundamentals of hand therapy. Clinical reasoning and treatment guidelines for common diagnoses of the upper extremity » Ed.Mosby
- \* Burke-Higgins-McClinton-Saunders-Valdata «Hand and upper extremity rehabilitation. A practical guide» Ed. Elsevier
- \* D.Blow “Taping neuromuscolare ” Edi-Ermes

**Grazie**