



“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

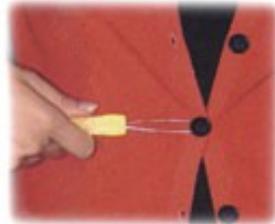
- * Riposo funzionale (alternare periodi di lavoro e di riposo)
- * Tutori
- * Terapia fisica strumentale
- * Esercizi funzionali e di riequilibrio muscolare
- * Educazione ad una corretta economia articolare
- * Utilizzo di oggetti ergonomici

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

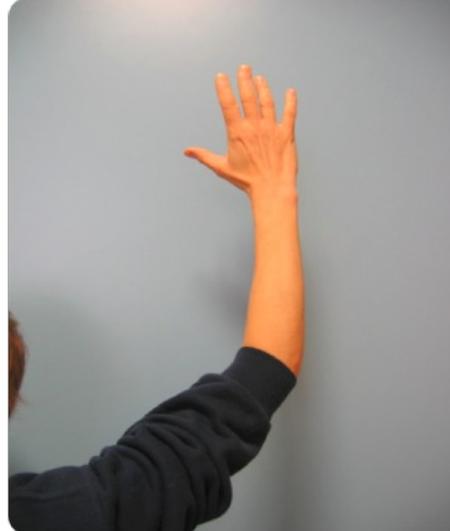
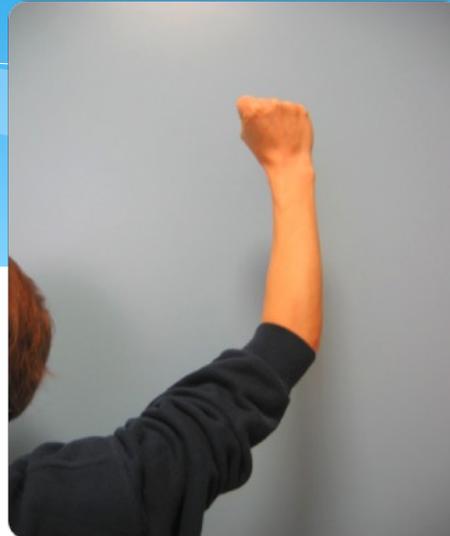
- * Non ci sono evidenze scientifiche che giustificano un trattamento conservativo con ortesi e/o terapia fisica.
- * L'evoluzione della patologia viene tenuta sotto controllo e non si interviene fino a quando il paziente è in grado di appoggiare il palmo della mano sul tavolo.

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



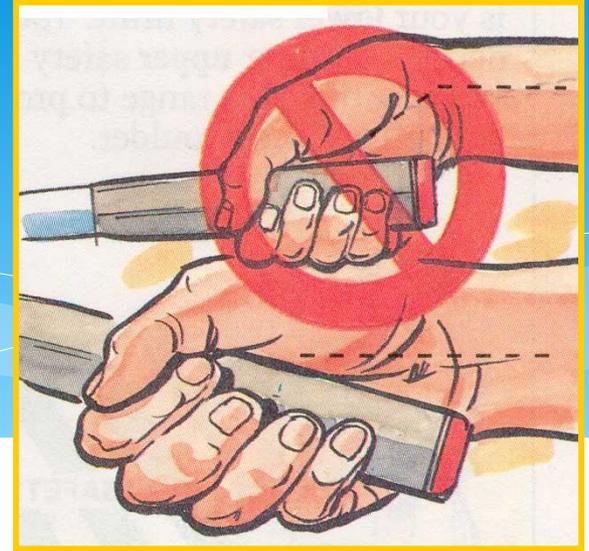
Rizoartrosi

- * 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