

Riabilitazione nella revisione femorale

www.fisiokinesiterapia.biz

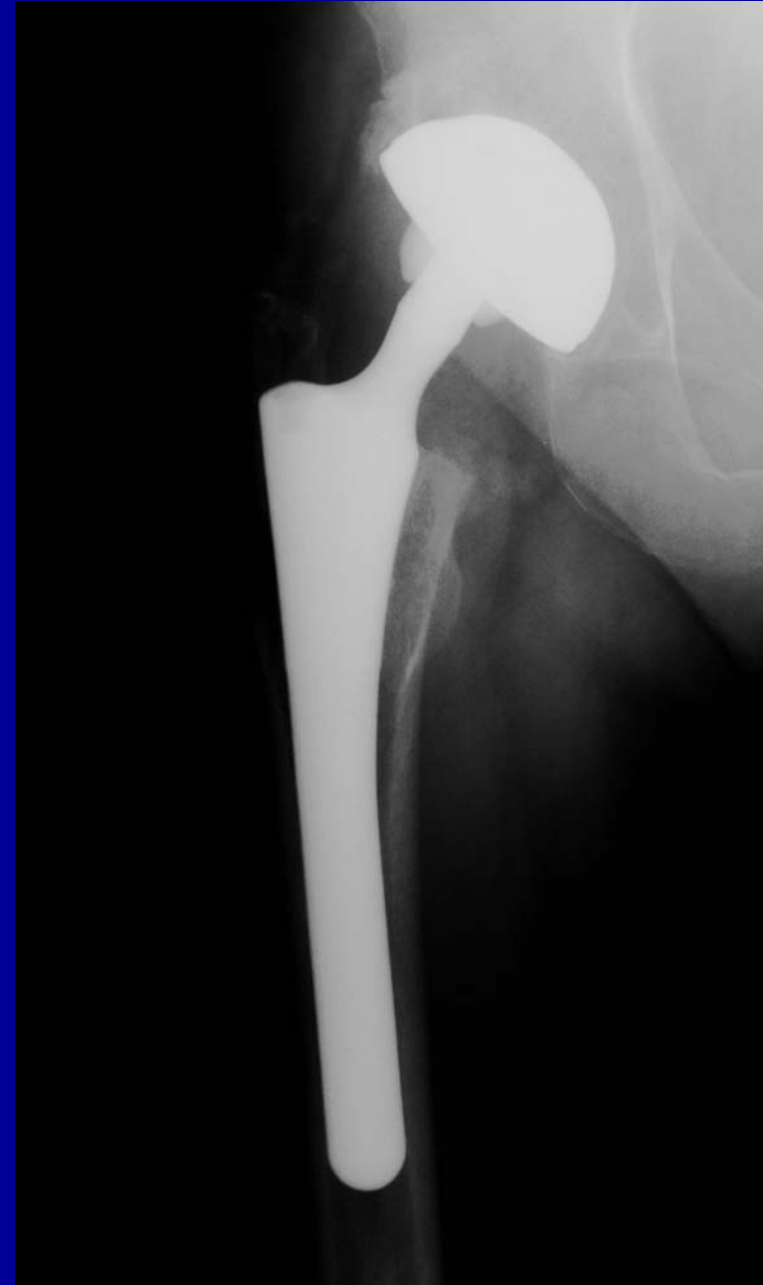
Interventi di revisione di uno stelo femorale



Tre obiettivi



**“eliminare il dolore,
ristabilire la funzione e
l’integrità ossea,
assicurare una stabile
fissazione della nuova
componente”**



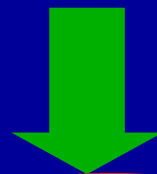
Cause di revisione

- MOBILIZZAZIONE
- LUSSAZIONE
- ROTTURA
- FRATTURA



DOLORE

La stabilità di un'articolazione protesica deriva dal **corretto rapporto** tra le sue componenti, in condizioni di equilibrio muscolo-legamentoso statico e cinematico; se tale rapporto è in qualche modo perturbato le componenti protesiche non lavorano in maniera sincronizzata e l'articolazione tende all'instabilità



DOLORE

ALTERAZIONE SINERGISMO ARTRO-MUSCOLARE



Esalta in via riflessa il tono muscolare

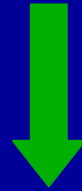


**Esaurimento dei muscoli per deficit
vascolarizzazione distrettuale**

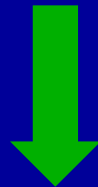


Dolore

Dolore persistente



memoria del dolore



DOLORE NEUROPATICO

AFASIA MOTORIA



deafferentazione propriocettiva



**riduzione informazioni cinestesiche
dei meccanocettori alla corteccia
cerebrale**



INCOORDINAZIONE TRA

MOVIMENTO



POSTURA

**Nella protesi dell'anca
la normale funzionalità**



dipende

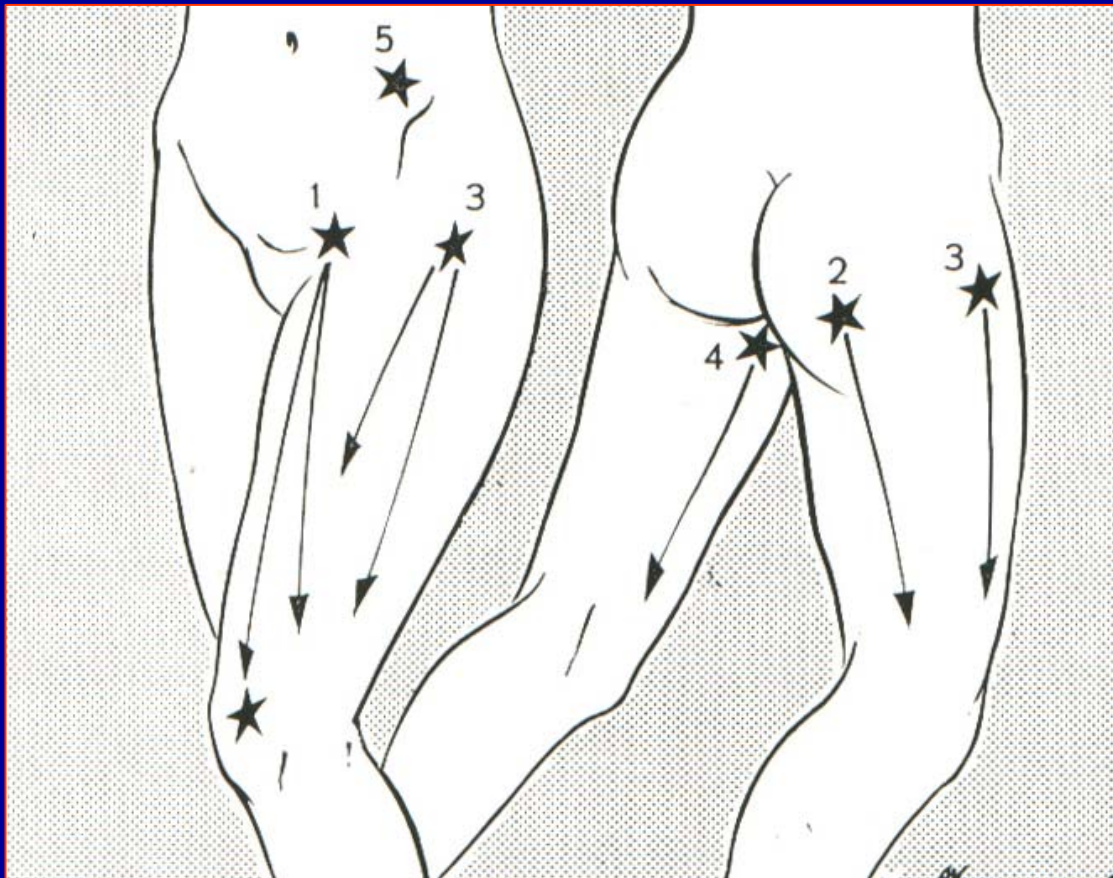


"risposta d'organo"
(ossia dall'equilibrio, mutevole nel
tempo, fra alterazioni indotte dalla
protesi e reattività della struttura
biologica)



"funzionalità dell'impianto"
(è dovuta a complesse interazioni che
legano fra loro processi
diversissimi..., i cui rapporti reciproci
ed il cui **andamento temporale** non
sono, oggi, definibili da leggi o
relazioni pienamente analizzabili e
prevedibili)

IRRADIAZIONE TOPOGRAFICA



- 1. Dolore crurale ad irradiazione anteriore e distale verso il ginocchio (gonalgia)**
- 2. Dolore alla natica, con irradiazione tipo “sciatica”**
- 3. Dolore trocanterico con irradiazione alla faccia esterna della coscia**
- 4. Dolore genito-crutale con irradiazione alla faccia interna della coscia**
- 5. Dolore alto, iliaco superiore**

APPROCCIO RIABILITATIVO

Condizionato



- **Alterazioni morfofunzionali preesistenti** (perdita di sostanza ossea e alterazioni del sinergismo muscolare)
- **Tipo di stelo utilizzato:** steli cementati lunghi, steli monoblocco a fissazione distale, steli modulari a fissazione distale, steli rivestiti a fissazione prossimale, steli inseriti dopo ricostruzione ossea (impaction grafting, macroinnesti strutturati)
- **Condizioni cliniche generali e locali**
- **Memoria del dolore preesistente**

PROGRAMMA RIABILITATIVO



- **Disturbi dell'equilibrio**
- **Alterazioni della stabilità**
- **Modificazioni del cammino**

EQUILIBRIO



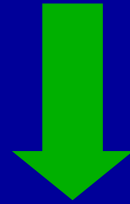
La “**deafferentazione**” propriocettiva, secondaria, nel primo intervento, alla rimozione dei recettori articolari capsulo-legamentosi, si traduce in una **incoordinazione articolare ed insicurezza nei movimenti attivi**

STABILITA'



*deriva dal corretto
rapporto tra le componenti, in
condizioni di equilibrio
muscolo-legamentoso statico e
cinematico*

STABILITA'

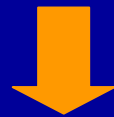


- **Buon ancoraggio della componente femorale (interfaccia e morfologia della componente protesica)**
- **Integrità mio-fasciale :**
 1. **abilità dei muscoli a contrarsi con tonicità in modo efficiente**
 2. **abilità dei muscoli a lavorare in modo coordinato (controllo motorio)**
- **Controllo SNC e SNP**

TARGET RIABILITATIVO

- **Recupero ROM**
- **Recupero FORZA MUSCOLARE**
- **Rieducazione propriocettiva**
- **Riprogrammazione neuromotoria**
- **Recupero deambulazione**
- **Controllo dolore**

**A seconda dell'importanza dell'intervento,
legato alla valutazione del difetto osseo,
della lesione fratturativa, del deficit di tono,
trofismo e tensione muscolare, età e
condizioni generali**



1. specifici esercizi terapeutici post-operatori con
gradualità

2. astensione dalla cinesiterapia
segmentaria **passiva** verso la ripresa della sola
deambulazione assistita e del movimento attivo

**PROGRAMMA
RIABILITATIVO**

Il primo giorno

- **Allineamento posturale**
- **Obiettivi:**
 - **Prevenire le retrazioni tendinee o contratture muscolari**
 - **Evitare posture scorrette**
 - **Prevenire l'insorgenza di piaghe da decubito**

Il secondo giorno

- **Esercizi respiratori**
- **Obiettivi:**
 1. Mobilizzare basi polmonari
 2. Favorire l'ossigenazione
 3. Prevenire o aiutare a risolvere i ristagni bronchiali
 4. Favorire un rilasciamento muscolare generale

INDOMETACINA 100 mg/die per
prevenire ossificazioni eterotopiche

Il terzo giorno

Mobilizzazione passiva ed assistita dell'anca operata in estensione:

Allungamento del muscolo ileo-psoas



Allungamento del retto femorale



Mobilizzazione passiva

Obiettivi

- Escursioni articolari
- Trofismo muscolare
- Ritorno venoso e linfatico
- Trofismo articolare
- Cinestesi

Principi

- Analitico-segmentaria
- Non dolorosa (Böhler)
- Senso disto-proximale

Mobilizzazione passiva del piede



Mobilizzazione ginocchio ed anca con arto controlaterale in semiflessione



Il quarto giorno

Oltre a tutta l'attività riabilitativa dei giorni precedenti si passa dalla posizione semi-seduta con le gambe sul letto alla posizione semiseduta con le gambe fuori dal letto



In questa posizione oltre al massaggio all'arto interessato si faranno eseguire esercizi di flesso-estensione delle caviglie e gambe in maniera alterna

CARICO

in rapporto alla stabilizzazione clinica

1. Di regola, in IV-V giornata si inizia la stazione eretta e il rinforzo muscolare attivo
2. Dopo la prima settimana, al paziente è concesso il **carico** con uso di deambulatore o di antibrachiali con carico sfiorante e successivamente al 20% del peso corporeo, ad eccezione di casi particolari (fragilità ossea) con incrementi progressivi secondo **soglia del dolore**

DIMISSIONE

12-15 GIORNATA

**Paziente deambulante con bastoni
canadesi carico al 20 % del peso corporeo
+ assistenza domiciliare CAD**

previo

**controllo rx e visita al chirurgo operatore
a distanza di 1 mese**

ESERCIZIO TERAPEUTICO FINALIZZATO

tramite il recupero sinergismo artro-muscolare



- Favorisce le fisiologiche condizioni biomeccaniche della funzionalità dell'impianto
- Accelera il rimaneggiamento delle zone di difetto corticale che ingloba lo stelo femorale
- Riduce l'incidenza degli insuccessi a breve e medio termine (letteratura 9%-40%)