**Trattamento post referral che NON ha previsto chirurgia**

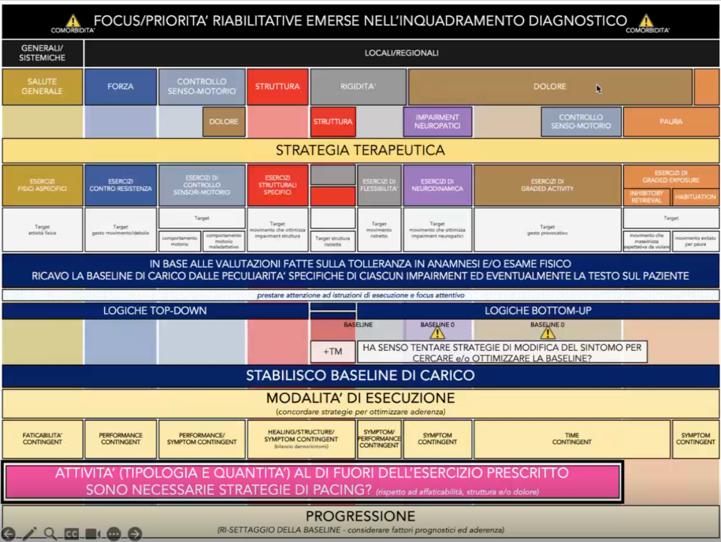
*Docente: Marco Strobe*

*Autori: Erica Bergozza,*

INTRODUZIONE LOGICHE DI TRATTAMENTO

[Lo schema (foto a sinistra) che vi abbiamo presentato dal seminario trasversale rappresentano la base per ogni logica di trattamento.

Immagine che contiene testo, schermata, software, design

Descrizione generata automaticamente

Innanzitutto, il triage ci aiuta a escludere il paziente non di nostra competenza (->referral o referral->ritorno dal fisioterapista in seguito). È impossibile che il paziente non Msk possa necessitare di un nostro trattamento e di conseguenza le logiche di trattamento vengono applicate sul solo paziente Msk. Se il paziente Msk non necessita del nostro intervento fisioterapico e venga mandato a referral (inquadrato da altro professionista: intervento e farmaci), è possibile che tale paziente ritorni in seguito dal fisioterapista per trattare altri impairments.

A questo punto noi dovremmo essere bravi a identificare le priorità riabilitative di paziente che noi inizialmente avevamo categorizzato non di nostra competenza e poi stabilite giuste strategie (comunicazione, carico e modifica del sintomo). Il ragionamento è simile anche per paziente Msk a inquadramento da subito riabilitativo. In questo caso la nostra valutazione ha una duplice funzione: capire la competenza di inquadramento e mentre la capisco identificare le priorità/focus riabilitative in termini di impairments.

Dallo schema si può notare che gli ingredienti delle nostre strategie terapeutiche sono i medesimi. Quindi dovremmo cercare di capire come declinare questi ingredienti sia per pazienti post referral che per pazienti ad inquadramento riabilitativo.

Il nostro quadro di riferimento per la gestione degli impairments è questo schema soprastante a destra che ci hanno presentato nel trasversale per le strategie di carico.]

La lezione sarà divisa in due sezioni: la prima si occuperà della popolazione di pazienti che ritornano dopo il consulto con lo specialista, il quale ha deciso di non effettuare l’intervento chirurgico, la seconda riguarderà la popolazione di pazienti sottoposti a chirurgia msk di AS.

Immagine che contiene testo, schermata, software, design

Descrizione generata automaticamente

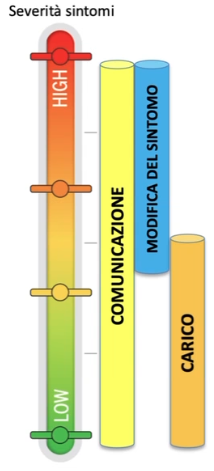
Per i quadri clinici NON di competenza fisioterapica a presentazione msk, la letteratura presenta proposte terapeutiche raggruppate per quadri patologici ed etichette diagnostiche, vi è inoltre una carenza di studi primari sulla gestione conservativa post referral in pazienti non sottoposti a chirurgia Muscoloscheletrica e visita specialistica e poche proposte e progressioni per il trattamento stesso.

La proposta del master si basa su segni e sintomi principali e sugli aspetti funzionali in ottica ICF che il paziente presenta, calandoli all’interno di un modello biopsicosociale. È necessario quindi adattare ciò che viene consigliato dalla letteratura (etichetta diagnostica) al quadro clinico del paziente, quindi all’insieme di segni e sintomi a cui fa riferimento una data etichetta, utilizzando le evidenze per informazioni sull’efficacia del trattamento e sulla prognosi.

Fondamentale è poi, dopo il referral, eseguire una nuova anamnesi e un nuovo esame fisico per impostare il trattamento su segni e sintomi attuali del paziente.

La gestione del paziente sarà quindi per segni e sintomi e non una gestione per patologia:

| **Segni e sintomi** | **Gestione** |
| --- | --- |
|  |  |
| Alta reattività  Dolore  Impotenza funzionale | Comunicazione  Tecniche muscolari  Tecniche articolari per ridurre la reattività (trazioni, traslazioni grado I-II? – poco supporto dalla letteratura)  ET con dosaggio e progressione carico basato su caratteristiche della sintomatologia |
| Rigidità (lezione specifica) | Comunicazione  Tecniche articolari per ridurre la reattività (traslazioni grado III-IV)  ET con dosaggio e progressione carico basato su caratteristiche della sintomatologia |
| Senso di instabilità  Apprensione  Riluttanza al movimento | Comunicazione  ET con dosaggio e progressione carico basato su caratteristiche della sintomatologia |
| Anestesia  Deficit di forza | Pz con sintomi neuropatici gravi (sintomi negativi, deficit conduzione, esame neuro positivo) sono trattati con farmaci o chirurgia.  Pz con sintomi neuropatici gravi da infezione sono sottoposti a trattamento farmacologico.  Se rinvio al FKT trattamento conservativo basato sugli impairments (comunicazione, tecniche muscolari, ET): monitorare la funzione di conduzione del nervo con l’esame neurologico |

**Negli schemi seguenti (*Allegato 1*) sono stati inseriti raggruppando segni e sintomi riferiti ad etichette diagnostiche/quadro patologico che potrebbero presentarsi nel paziente post referral che non ha eseguito chirurgia (alta reattività, dolore, impotenza funzionale, limitazione del movimento, rigidità).

Come leggere il modello:

si basa sulla severità dei sintomi e sui tre pilastri di gestione terapeutica (comunicazione, modifica del sintomo, carico).

*Es. su fratture spalla: la comunicazione sarà una strategia trasversale a tutto il periodo di trattamento, le tecniche di modifica del sintomo saranno utilizzate per ridurne la severità e infine verrà introdotto il carico e relative progressioni sempre secondo l’evoluzione della sintomatologia.*

Le indicazioni a lato sono poi organizzate secondo evidenze della letteratura (nero) e proposte del gruppo di lavoro (blu), che derivano dall’esperienza clinica, per completare la strategia terapeutica, visti i limiti della letteratura per questa tipologia di pz.

Elenco argomenti (ALLEGATO 1)

|  |  |
| --- | --- |
| * Fratture di spalla * Fratture gomito * Fratture polso-mano * Dislocazione spalla * Dislocazione gomito * Dislocazione polso-mano * SLAP lesion * Lesioni legamentose gomito * Lesioni legamentose polso-mano | * Lesione massiva cuffia * Lesioni tendinee gomito * Lesioni tendinee polso-mano * Gravi atropatie gomito * Gravi atropatie spalla * Gravi atropatie polso-mano * Lesioni nervose spalla * Lesioni nervose gomito-polso-mano |

**LESIONI MASSIVE DI CUFFIA**

In questo caso, la letteratura fornisce anche dati sulla prognosi e sul fallimento del trattamento riabilitativo.

Nello studio di Collin (2015) il fallimento del trattamento riabilitativo risulta essere più comune nei pazienti con lesioni massive anteriori (lesione completa del sottoscapolare + sopraspinato) o lesioni massive che coinvolgono almeno 3 tendini.

Immagine che contiene testo, schermata, Carattere, design

Descrizione generata automaticamente

Secondo Yoon (2019) si verifica fallimento nel 68% dei casi con assenza di integrità del sottoscapolare o ipertrofia del piccolo rotondo o entrambe (con lesione di sottoscapolare + sopraspinato o sottoscapolare + sopraspinato + sottospinato o sovrapsinato + sottospinato + piccolo rotondo)

Lo studio di Collin (2014) individua 5 tipi di lesione massiva di cuffia considerando una popolazione di 100 pz con lesione di 2 o più tendini e infiltrazioni di grasso > 3° grado.

Introduce inoltre il concetto di psudoparesi che si verifica quando si ha flessione attiva < 90° a fronte di una flessione passiva completa.

È stato osservato che:

* Pz con lesione completa del sottoscapolare e del sopraspinato avevano 80% di probabilità di sviluppare pseudoparesi
* Pz con lesione parziale del sottoscapolare + sopraspinato + sottospinato avevano probabilità del 45% di sviluppare pseudoparesi
* Pz con lesione del sovrapsinato + sottospinato + piccolo rotondo avevano probabilità del 30%

Negli altri casi invece non sono state riscontrate sviluppo di questa complicanza. Inoltre, è stato osservato che la condizione di pseudoparesi si presenta quando almeno un’inserzione del rotator cable è lesionata.

È importante inoltre fare una distinzione tra pseudoparesi e pseudo paralisi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Pseudoparesi | Pseudoparalisi |
| Elevazione | < 90° elevazione attiva + elevazione passiva completa  No fuga antero-superiore  Dolore eliminato con lidocaina | 0° di elevazione attiva + elevazione passiva completa  Fuga antero-superiore  Dolore eliminato con lidocaina |
| Rotazione esterna | R.E. passiva completa  R.E. attiva fino posizione neutra  Ritorno completo alla posizione neutra dopo rilascio da RE completa  Dolore eliminato con lidocaina | No R.E. passiva completa  No R.E attiva  Incapacità di mantenere la posizione neutra e ritorno a 30-40° di RI  Dolore eliminato con lidocaina |

Riassumendo, le indicazioni prognostiche per questa tipologia di pazienti sono sfavorevoli per i casi di lesioni massive che comprendo il sottoscapolare (lesione completa) e un tendine o lesioni massive di tre o più tendini, mentre pazienti con quadro sintomatologico associato a pseudoparalisi hanno prognosi riabilitativa peggiore rispetto a pazienti con pseudoparesi.

Per quanto riguarda l’esperienza clinica in questa tipologia di pazienti, sono state proposte le seguenti indicazioni di trattamento:

* In una fase di alta reattività è possibile un’immobilizzazione su indicazione specialistica e sarà fondamentale seguire le sue indicazioni nella rimozione di tutore o bendaggio
* Trattamento farmacologico se indicato
* Tecniche muscolari o articolari per ridurre la severità dei sintomi
* Esercizio terapeutico: dosaggio e progressione basata su caratteristiche del paziente

**Trattamento post referral che ha previsto chirurgia**

La letteratura in merito alla gestione di pz che hanno subito chirurgia mostra grande eterogeneità nel trattamento: considerano popolazioni molto selezionate (atleti, e quindi conclusioni poco generalizzabili), gli studi sono di media-bassa qualità metodologica, non vi sono criteri univoci per il passaggio da una fase all’altra del processo riabilitativo e di progressione del trattamento.

La proposta di ragionamento del master si basa sull’identificazione di momenti clinici identificati in letteratura (immobilizzazione, mobilizzazione passiva, mobilizzazione attiva, incremento carico) che rappresentano aspetti trasversali a pazienti che iniziano un percorso riabilitativo in seguito a chirurgia, tenendo sempre presente le indicazioni dello specialista sul singolo caso.

Per la gestione di questi pazienti sarà importante verificare alcuni aspetti, tra cui: **immobilizzazione** (durata min. e max. tempo), **mobilizzazione passiva** (range temporale min. e max. inizio), **mobilizzazione attiva** (range min. e max. inizio), **incremento di carico** (range min. e max. renge inizio).

Forniranno delle slide aggiuntive (*Allegato 2*) con la definizione dei vari momenti clinici per ogni distretto relativo ai quadri patologici. Nella parte di “warning” saranno inserite, se rilevate in letteratura, peculiarità riferite a singoli quadri.

Come leggere il modello:

Immagine che contiene schermata, testo, linea, Carattere

Descrizione generata automaticamente

* IMMOBILIZZAZIONE: la durata del periodo di immobilizzazione tra le varie proposte della letteratura va da un minimo di 0 settimane (=assenza di immobilizzazione) a un massimo di 4 settimane
* MOBILIZZAZIONE PASSIVA: il range temporale in cui viene proposto l’inizio della mobilizzazione passiva tra le proposte della letteratura va dalla settimana 3 (minimo) fino alla settimana 4 (massimo)
* MOBILIZZAZIONE ATTIVA: il range temporale in cui viene proposto l’inizio della mobilizzazione attiva tra le varie proposte della letteratura va dalla settimana 3 (minimo) fino alla settimana 5 (massimo)
* INCREMENTO DI CARICO: il range temporale in cui viene proposto l’inizio dell’incremento di carico tra le varie proposte della letteratura va dalla settimana 5 (minimo) fino alla settimana 6 (massimo)

*\* PROGRESSIONI: in assenza di chiare indicazioni sulla tempistica e la posologia delle progressioni la nostra proposta è di organizzare la tipologia di progressione e la durata in base agli impairment del singolo caso*

La proposta del master ha dei limiti (eterogeneità studi), dovuti a ciò che viene rappresentato in letteratura:

* In letteratura possono essere riscontrate differenti proposte di trattamento in base alla localizzazione/sede di lesione, al tipo di lesione e al tipo di intervento chirurgico
* MA in letteratura possono essere riscontrati anche differenti approcci proposti per la stessa tipologia di pazienti (stessa lesione, stesso intervento), con spesso impossibilità a determinare la superiorità di un approccio in termini di efficacia.
* Mancanza di indicazioni sulla progressione da una fase all’altra del trattamento, sulla posologia del trattamento e sulla durata effettiva delle progressioni
* Qualità degli studi complessivamente media-bassa.

QUINDI è importante confronto chirurgo e seguire indicazioni specialista.

*Domanda “In caso di un paziente con lesione massiva di spalla in cui la fisioterapia potrebbe essere considerata non l’opzione terapeutica idonea (fallimento) l’indicazione terapeutica è la chirurgia?”*

*Risposta: Se un paziente si presenta dal fisioterapista e viene mandato a referral e dopo una visita specialistica, non è considerato un candidato idoneo alla chirurgia dal chirurgo e viene rispedito dal fisioterapista, dobbiamo tenere conto che il percorso conservativo potrebbe avere un esito meno favorevole. È fondamentale essere chiari con il paziente riguardo alla possibilità di un fallimento terapeutico con il solo trattamento fisioterapico.*

*Intervento di Ristori (Fisioterapista): La gestione di un paziente con una lesione massiva della cuffia dei rotatori e impotenza funzionale è complessa. Se il chirurgo decide di non operare, il paziente torna dal fisioterapista. A questo punto, nasce un dilemma: il fisioterapista riconosce di non essere il professionista che può risolvere definitivamente il problema strutturale, eppure è l'unico che può gestire il paziente. C'è una discordanza evidente tra la valutazione del fisioterapista, che potrebbe ritenere il caso non gestibile conservativamente, e la decisione del chirurgo. Sono responsabile della mia valutazione e gestione: se ritengo di non poter gestire una lesione massiva con impotenza funzionale, devo inviare il paziente a un chirurgo. Se il chirurgo lo rimanda indietro, ci troviamo in stallo. Il professore suggerisce di informare preventivamente il paziente (in caso che quadro clinico faccia intuire questa possibile svolta) per preparare il paziente a un possibile esito sfavorevole.*

*Domanda “Cosa faccio se il paziente mi chiede se necessario altro consulto?”*

*Risposta: Io sono responsabile solo della mia valutazione (autonomia professionale) se ritengo che il paziente non è di mia competenza e il chirurgo me lo rinvia perché lui ritiene che non è operabile. Noi non siamo competenti per suggerire un altro consulto.*

*Domanda "In caso di lesioni della cuffia operate, l'indicazione ortopedica è di una mobilizzazione passiva in rotazione esterna (RE) ritardata (dopo 3 settimane). Ha senso iniziare prima, visto che la mobilizzazione precoce dà minime forze sulla sutura dopo un mese?"*

*Risposta: La letteratura attuale non fornisce indicazioni specifiche sulla mobilizzazione passiva in rotazione esterna ritardata in tutti i casi. Generalmente, la letteratura supporta l'immobilizzazione iniziale seguita da mobilizzazione progressiva dopo un certo numero di settimane. La mobilizzazione attiva precoce, quando indicata, si riferisce alla capacità della struttura di mantenere l'integrità con l'attivazione muscolare minima.*

*Intervento di Miele: Le indicazioni post-operatorie possono variare significativamente tra i diversi chirurghi e dipendono dal tipo di intervento e dalla specifica lesione. Ad esempio, se l'intervento ha coinvolto un accesso anteriore, il chirurgo potrebbe indicare una protezione maggiore per la zona della sutura, limitando la rotazione esterna con il braccio abdotto. Tuttavia, la tendenza è verso indicazioni sempre meno restrittive.*

*Il fisioterapista si concentra sulla funzione, mentre il chirurgo sulla struttura (che ha anche "manomesso"). Pertanto, è consigliabile fidarsi delle preferenze del chirurgo, in quanto è il professionista che ha la conoscenza più approfondita della tenuta del tessuto intorno alla sutura. Sebbene alcune indicazioni possano sembrare delle "preferenze" individuali, non è sbagliato chiedere al chirurgo le motivazioni specifiche dietro le sue scelte.*

*Esempio: Nelle lesioni del LCA operate, nel 90% dei casi non si usa il tutore per lesioni semplici. Tuttavia, per lesioni complesse o in pazienti con osteoporosi severa, un chirurgo potrebbe decidere di proteggere sia il neo-legamento che le strutture circostanti, optando per l'uso del tutore. Queste decisioni sono basate sulla valutazione individuale del chirurgo.*

*Domanda: "Indicazioni prognostiche sul range inizio 4 pilastri'?"*

*Risposta: Non ti sono state fornite indicazioni prognostiche specifiche in merito ai "4 pilastri" in quanto tali indicazioni sono spesso varie, ambigue e dipendenti da molteplici fattori individuali del paziente e del tipo di lesione/intervento.*