

Titolo

La riabilitazione nella sclerodermia

Autore

Tiziana Nava Dr.ssa in fisioterapia

Fabrizio Sigismondi Dott. in fisioterapia

Introduzione

Il significativo progresso conseguito nelle cure mediche e chirurgiche delle affezioni reumatiche ha prodotto un radicale mutamento della storia e della prospettiva di vita delle persone colpite dalla sclerodermia. Oggi infatti le diagnosi sono più tempestive e più precise, e ciò consente la possibilità di un avvio di trattamenti idonei nei tempi più rapidi ed efficaci possibili ed in particolare quando le lesioni non hanno ancora raggiunto livelli di gravità avanzati come purtroppo poteva accadere anche non molti anni fa. Questo sviluppo della Reumatologia ha reso, e renderà anche in futuro sempre più stringente la necessità della cooperazione del Medico specialista con il fisioterapista al fine di offrire alla persona colpita da questa patologia una presa in cura complessiva, globale e sinergica sia per le problematiche cliniche che per quelle funzionali. L'evoluzione biologica delle affezioni, gli effetti dei trattamenti farmacologici o chirurgici, i diversi programmi di cura devono essere la traccia fondamentale su cui il medico specialista con il fisioterapista può svolgere il progetto riabilitativo (con i suoi diversi programmi di cura occupazionale, ortesica, con esercizi e training etc.) completandolo anche quando necessario con interventi educazionali, indirizzati sia al paziente che ai familiari. Parimenti l'evoluzione funzionale e disfunzionale della autonomia ed autosufficienza della persona (non derivante esclusivamente dalle menomazioni originate dalle patologie in parola ma anche da altre eventualmente coesistenti, dall'invecchiamento e da

circuiti viziosi che spesso le disabilità cronicizzate inducono a cascata) danno l'orizzonte per determinare anche la congruità ed adeguatezza per la scelta di collaborazioni con altre figure professionali quali: psicoterapeuta, assistente sociale, terapeuta occupazionale, ecc. per diversi trattamenti teoricamente possibili.

L'intervento riabilitativo deve iniziare ovviamente al momento della diagnosi spesso ancor prima che il danno funzionale si instaura, ma altrettanto importante è la capacità di intervenire con programmi di economia articolare e di facilitazione funzionale in ogni fase della malattia la cui evolutività possa far temere danni più o meno prossimi sul piano dell'autonomia articolare e personale.

E' quindi necessario realizzare una rete assistenziale per la tutela complessiva del malato reumatico: rete che garantisca le indispensabili prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, con questa valenza anche di prevenzione (secondaria e terziaria) per la difesa delle residue potenzialità di autonomia e per il tempo più lungo possibile. L'obiettivo unitario degli interventi multidisciplinari è quello di difendere la qualità della vita della persona colpita da sclerodermia. Ad essi naturalmente si devono integrare con i loro interventi terapeutici anche altri specialisti (come il cardiologo, lo pneumologo etc.) necessari per la completezza del trattamento dei singoli casi.

Definizione

La Sclerodermia è una malattia sistemica cronica che colpisce il tessuto connettivo con lesioni cutanee e muscolo-scheletriche che compromettono progressivamente la funzione dei segmenti corporei colpiti, tra essi figurano in primo luogo per frequenza le mani e i piedi. E' inoltre frequente un interessamento degli organi interni (polmone, rene, cuore, intestino).

Valutazione del paziente sclerodermico

Fra i numerosi elementi che rendono complesso il problema della valutazione della sclerodermia quello principale è rappresentato dall'elevato grado di variabilità delle manifestazioni della malattia. Partendo dai dati diagnostici, effettuati dal medico, il fisioterapista procede all'anamnesi del paziente, con due strategie: 1) ci si avvale di questionari di valutazione, e autovalutazione della disabilità, del dolore e della qualità di vita, che rappresentano un modo pratico e oggi ben validato sul piano internazionale, per acquisire dati con un minimo dispendio di tempo e con costi limitati; 2) si esamina il paziente da un punto di vista fisico e funzionale, inizialmente a livello distrettuale (gli arti superiori, e inferiori, le altre articolazioni) con una attenta osservazione della cute nelle sue caratteristiche: colore, calore, secchezza, elasticità, ulcere, calcificazioni, pieghe; successivamente si passa alla palpazione per testare il movimento delle piccole articolazioni dei piedi, delle mani, la temporo-mandibolare, al fine di verificare le retrazioni, i dimorfismi, le alterazioni, le modificazioni, i range articolari attivi e passivi. L'analisi globale fa seguito alla valutazione specifica e considera il corpo nella sua postura, condizionata da problematiche cutanee, da risposte antalgiche, legate a funzionalità ridotte a livello respiratorio, e da posizioni inadeguate, adottate a difesa e compenso di distretti corporei interessati dalla patologia di base. Infine la valutazione respiratoria è di fondamentale importanza per quantificare la situazione e per poter pianificare i diversi approcci terapeutici: prevenzione, se il danno non è

ancora presente, potenziamento, nel caso di una compromissione più importante.

Programma riabilitativo

Il programma riabilitativo della sclerodermia deve essere specifico, personalizzato e di conseguenza pianificato sulla base dei deficit rilevati, è opportuno che il fisioterapista lo concordi con il paziente al fine di una sua corretta partecipazione e totale collaborazione condizione indispensabile per permettergli di proseguire successivamente in modo autonomo alla gestione del programma riabilitativo e educazionale.

Gli obiettivi da raggiungere con un programma riabilitativo eseguito da un fisioterapista sono rappresentati dal miglioramento:

- della diminuzione del dolore;
- dal miglioramento della respirazione
- nel contrastare le deformità;
- nel contrastare le retrazioni delle strutture muscolo-scheletriche;
- mantenere il tono e il trofismo dei muscoli;
- prevenire l'osteoporosi;
- recuperare il gesto;
- recuperare l'elasticità cutanea;
- migliorare la forma fisica (capacità aerobica)
- migliorare la qualità di vita.

Gli obiettivi fanno seguito ad una accurata valutazione distrettuale, globale e alle problematiche polmonari. Per questa ragione la riabilitazione considera un approccio terapeutico specifico per ciascun distretto corporeo.

Viso

Quando la sclerodermia colpisce questo distretto, essa risulta particolarmente difficile da accettare, perché, modificando l'aspetto estetico del paziente, ne determina reazioni complesse dal punto di vista psicologico e relazionale. La valutazione specifica del volto si limita ad indagare quali e quante sono le disabilità che il paziente presenta svolgendo le abituali attività della vita quotidiana; quali e quante sono le difficoltà relazionali che egli incontra e le limitazioni oggettive legate alla cura della propria persona (lavarsi i denti, il volto, truccarsi, sottoporsi alle cure odontoiatriche). Il trattamento mira al recupero dell'espressività, al miglioramento della fisionomia, e alla restituzione delle funzionalità mimiche. La rieducazione del volto prevede l'utilizzo delle seguenti tecniche che devono essere necessariamente adottate in maniera consequenziale.

Lo scollamento fa parte delle manovre massoterapiche e consiste nel sollevare in pliche la cute dei vari distretti corporei.

Il massaggio connettivale riflessogeno agisce sul volto con un rilassamento muscolare e la vasodilatazione, quest'ultima particolarmente utile nella zona periorale e sotto il mento.

Il linfodrenaggio ha un effetto drenante e antiedematoso.

La riabilitazione gestuale del viso permette un recupero dell'espressività, un miglioramento della fisionomia, la restituzione delle funzionalità mimiche, una migliore capacità di muovere la mandibola, le labbra, e svolgere una corretta masticazione e igiene orale. Essa si avvale di una serie di esercizi che, eseguiti in maniera attiva, coinvolgono ed impegnano i muscoli mimici del volto.

Accanto a queste prassi terapeutiche eseguite inizialmente dal fisioterapista è opportuno che la persona individui le terapie che le sono più idonee per continuare in modo autonomo presso il proprio domicilio.

Torace

Nelle forme diffuse di sclerosi sistemica il processo fibrotico colpisce il torace non solo con la sclerosi a livello cutaneo, ma anche con il coinvolgimento degli organi interni, provocando la fibrosi miocardica e la fibrosi interstiziale polmonare. La cute del tronco risulta indurita, cerosa, inestensibile, perfettamente adesa al tessuto sottocutaneo.

Le tecniche di massaggio indicate sono: antalgico decontratturante, linfodrenaggio, massaggio connettivale riflessogeno.

Il massaggio antalgico decontratturante crea le condizioni favorevoli al rilassamento muscolare e se effettuato prima della seduta riabilitativa predisporre positivamente il paziente.

Il linfodrenaggio ha un effetto drenante e antiedematoso, migliora la microcircolazione grazie all'azione effettuata sulla motilità intrinseca dei vasi.

Il massaggio connettivale riflessogeno agisce direttamente sul connettivo, con una azione vasodilatatrice, decontratturante e ha un'azione riflessa su strutture e organi.

Le tecniche per l'incremento della flessibilità utilizzano oltre al massaggio, esercizi di allungamento muscolare statico (stretching) sia distrettuali che globali, e talvolta, ove possibile, si può avvalersi dell'utilizzo di strumenti tipo corde, bastoni e il supporto della spalliera.

Accanto a queste prassi riabilitative si affianca la riabilitazione respiratoria essa ha lo scopo di migliorare la ventilazione polmonare, di ripristinare un corretto "*pattern*" respiratorio e di potenziare i muscoli che intervengono durante la respirazione, limitando così la comparsa della dispnea.

Arto superiore

Mano

La mano ha come funzione principale la prensione:

grazie all'opposizione del pollice alle altre dita è in grado di afferrare, manipolare e utilizzare qualunque oggetto; quando questo meccanismo viene meno, con il tempo si creano gravi problematiche motorie.

La riabilitazione della mano del paziente affetto da sclerodermia ha come scopo quello di migliorare la qualità della vita; per questo motivo gli obiettivi sono multipli tra cui recuperare la complessità della funzione gestuale e cercare di prevenire le complicanze secondarie invalidanti.

La tempestività dell'intervento riabilitativo può aiutare a prevenire le gravi deformità.

Dopo aver valutato la mano si imposta un piano di trattamento, che deve sempre tenere conto degli scopi della riabilitazione in una mano sclerodermica modulati con i bisogni del paziente.

Nello stadio edematoso è utile il massaggio connettivale; spesso si rende necessario l'utilizzo del bendaggio Coban per ridurre l'edema e per dare la possibilità al paziente di muovere la mano liberamente.

Nello stadio induritivo è opportuno intervenire con esercizi attivi, manipolazioni Mc Mennel, stretching, calore, ortesi.

Nello stadio atrofico assume un ruolo chiave l'economia articolare.

E' chiaro che non esiste una netta distinzione fra uno stadio e l'altro, è dunque indispensabile l'integrazione di una tecnica con l'altra per poter ottenere il massimo risultato possibile consentito dalla malattia.

Anche la terapia fisica ha un ruolo fondamentale nella prevenzione dell'ispessimento della cute utilizzando:

Bagni caldi, piscine riscaldate impacchi di acqua calda: sono in grado di ridurre il dolore e la rigidità.

La paraffinoterapia, consiste nell'immersione della mano nella paraffina calda prima di iniziare una seduta riabilitativa. Il guanto di paraffina determina una situazione di calore tissutale, con conseguente aumento vascolare e maggior facilità e capacità di movimento. Le principali controindicazioni nell'utilizzo di questa tecnica sono la presenza di importante edema e di ulcere.

L'applicazione di fanghi: dura generalmente trenta minuti ed ha effetti analoghi a quelli della paraffinoterapia.

Il massaggio connettivale: ha lo scopo di conservare il tono e il trofismo dei muscoli della mano e di mantenere la pelle quanto più elastica e morbida possibile.

Il pompage, secondo la metodica Bienfait è utile per l'allungamento del tessuto connettivo fibroso e nel tentativo di migliorare il microcircolo.

La rieducazione articolare, ha lo scopo di mobilitare globalmente le articolazioni della mano, per prevenire le contratture, che determinano una progressiva e marcata impotenza funzionale. Qualsiasi esercizio deve essere effettuato in assenza di dolore.

Il fisioterapista consiglia, inoltre, al paziente esercizi attivi, contrazioni isometriche e isotoniche, per conservare il tono e il trofismo muscolare.

Il paziente deve eseguire gli esercizi due, tre volte al giorno a casa, da solo, dolcemente, seguendo uno schema con disegni chiari ed esplicativi forniti dal fisioterapista già alla prima seduta.

Arto inferiore

Nelle forme di sclerodermia diffuse si verifica nella maggior parte dei casi anche a livello degli arti inferiori un precoce e accelerato incremento dell'ispessimento cutaneo: tale aumento raggiunge il picco dopo 1-3 anni. Il rapido aggravarsi dell'ispessimento cutaneo è associato allo sviluppo di contratture, che limitano la mobilità entro il range articolare.

Lo scopo della riabilitazione mira a conservare la funzionalità articolare in particolare delle articolazioni del piede, caviglia, ginocchio, anca, contrastate da eventuali artriti e tendiniti. Il trattamento riabilitativo viene eseguito nelle fasi in cui è assente il processo flogistico, al fine di evitare possibili riacutizzazioni.

Piede

Nella sclerodermia il coinvolgimento del piede determina una doppia problematica; oltre ai danni a livello distrettuale, causati dalle lesioni vascolari, cutanee / sottocutanee, articolari e muscolari, tendinee e delle fasce, ossee, più complesse sono le conseguenze a livello globale.

Il piede, a differenza della mano, è soggetto ad un fattore aggravante, il carico, che comporta continue sollecitazioni pressorie, causa di una

distribuzione disomogenea del peso corporeo, il che favorisce l'evoluzione e la gravità delle deformità. Ne consegue che una qualsiasi modificazione corrisponda funzionalmente ad un'alterazione di tutta la cinematica articolare: dell'arto inferiore (ginocchio, anca).

Valutazione

La valutazione del piede sclerodermico presuppone la diagnosi clinica, comprendente la stadiazione della malattia e tutte le eventuali indicazioni del medico. Il fisioterapista procede ad un'accurata analisi che comprende le seguenti fasi:

- la presenza di dolore;
- classificazione del morfotipo: alluce valgo, dita a martello, piede cavo, piede piatto;
- l'osservazione del piede per quanto concerne: il colorito; la presenza di edema; le deformità; l'aspetto delle unghie; la presenza di ulcere e conseguente atrofia muscolare;
- lo studio dell'equilibrio e del cammino, avvalendosi di strumenti valutativi specifici.

Al fine di una corretta valutazione il fisioterapista deve avvalersi di opportune scale di valutazione.

Il trattamento riabilitativo del piede da parte del fisioterapista si sviluppa seguendo due diverse strategie.

Distrettuale:

Nello stadio edematoso è utile il massaggio connettivale, che ha lo scopo di conservare il tono e il trofismo dei muscoli e di mantenere la pelle quanto più elastica e morbida possibile.

Nello stadio induritivo è opportuno intervenire con la rieducazione articolare, effettuata in assenza di dolore con la metodica Mc Mennel.

E' chiaro che non esiste una netta distinzione fra uno stadio e l'altro, è dunque indispensabile l'integrazione di una tecnica con l'altra per poter ottenere il massimo risultato possibile consentito dalla malattia.

In presenza di sclerosi cutanea si utilizza anche la cinesiterapia passiva/attiva, esercizi di mobilizzazione della tibiotarsica del retro piede e delle metatarso-falangee, esercizi di rafforzamento muscolare, per migliorare l'ipotrofia muscolare e ripristinare un adeguato tono e trofismo, facilitazioni neuromuscolari per il recupero della corretta funzionalità del piede.

Il movimento passivo deve essere evitato o limitato soprattutto nei casi di grave artropatia.

Il massaggio è indispensabile in ogni fase della malattia come complemento dell'azione svolta dagli esercizi nel facilitare la mobilità articolare, nel ridurre la contrattura muscolare, nell'aumentare l'apporto sanguigno.

Le tecniche più indicate sono:

il pompage secondo la metodica Bienfait.

La terapia fisica ben si associa alla fisioterapia ed ha come scopo fondamentale la prevenzione dell'ispessimento della cute grazie all'utilizzo di

bagni caldi, piscine riscaldate impacchi di acqua calda; paraffinoterapia, che risulta essere controindicata in presenza di importante edema e di ulcere.

Globale:

l'analisi posturale consente di verificare le diverse gestualità (statiche e dinamiche, in scarico e carico), le problematiche pregresse riferite dalla persona, quelle indotte dalla patologia, unitamente ai danni secondari causati dalle posture antalgiche. Presupposto fondamentale per un corretto approccio riabilitativo sono le buone condizioni di partenza in cui si deve trovare il piede anche grazie all'applicazione di adeguate calzature, solette e ortesi varie.

È importante che nei pazienti sclerodermici il programma di training deve essere necessariamente personalizzato e la progressione dell'esercizio deve tenere in considerazione la percezione soggettiva della fatica per graduare la sensazione di dolore muscolare o articolare.

Indicazioni riabilitative generali

Alla prassi terapeutica sopra descritta si affiancano numerose altre metodiche:

nelle prime fasi della sclerodermia è utile affiancare la riabilitazione in acqua, che svolge un duplice ruolo, a livello sia muscolo-scheletrico sia respiratorio;

tecniche globali quali la rieducazione posturale;

tecniche di massaggio (manipolazione della fascia, massaggio classico);

metodiche di rilassamento come il training autogeno di Schultz, il rilassamento progressivo di Jacobson e il biofeedback; le cosiddette

ginnastiche dolci, l'eutonia di Alexander, il metodo Feldenkreis, l'antiginnastica di Bertherat.

Il programma riabilitativo deve essere sempre pianificato e sviluppato dalla figura di un fisioterapista che deve considerare sia le limitazioni e le potenzialità che il paziente sclerodermico presenta sia l'accettazione da parte della persona del piano terapeutico la sua totale collaborazione e partecipazione.

Tiziana Nava Dott.essa in Fisioterapia libera professionista
Referente Nazionale del Gruppo Interesse Specialistico sulla
riabilitazione delle patologie reumatologiche
Associazione Italiana Fisioterapisti
e mail gisreumatologia@yahoo.com

cell.3494788451

studio 022426282