

Confronto tra due casi di ricostruzione del legamento crociato anteriore con trapianto con terzo medio del tendine rotuleo uno trattato in acqua e l'altro a studio

Ft Antonio Di Deco

Prima di iniziare la descrizione va da se che per mettere a confronto due o più casi è molto difficile perché ogni lesione è differente dall'altra anche se parliamo delle stesse strutture coinvolte. Per questo motivo fondamentale, ho cercato di confrontare due casi il più simile possibile per segni e sintomi.

I pazienti hanno entrambi 26 anni, l'uno giocatore di calcio l'altro sciatore.

Costituzionalmente soggetti longilinei con accettabile tono muscolare. Le R.M.N. evidenziavano rottura totale del L.C.A. e da anamnesi una lesione dovuta a stress in iperestensione e rotazione esterna del ginocchio per entrambi gli atleti. L'obiettivo è stato quello di un recupero funzionale sia in termini di range articolare, sia in termini di forza (normotonia-ipertrofia).

Un recupero propriocettivo dell'arto e di conseguenza il ritorno all'attività sportiva.

PRIMO CASO TRATTATO IN ACQUA

Frequenza: 5 trattamenti settimanali

Durata del singolo trattamento: 50 minuti

Periodo complessivo: circa 5 mesi

Si è iniziato con un livello d'acqua che raggiungeva la linea bis-acromiale già dal primo giorno di terapia, cioè a sei giorni dall'intervento chirurgico con deambulazione lenta e tavoletta sotto le mani per garantire maggiore stabilità al paziente; con questo già si pensava alla rieducazione propriocettiva e al carico parziale.

Si passava poi alle tavolette di piccole dimensioni poste sotto gli archi plantari e si faceva deambulare il paziente che si poggiava sulle mie spalle mentre stabilizzato con le mie mani il ginocchio operato per evitare forze di taglio indesiderate [riuscivo a stabilizzare il ginocchio perché l'acqua in questo caso arrivava alla linea mammillare quindi potevo flettermi sulle gambe].

Con il paziente di spalle al bordo vasca posizionavo poi una ciambella sotto la caviglia e chiedevo di far salire l'arto fino al livello dell'acqua passando da una ciambella meno gonfia ad una più gonfia, tutto questo per recuperare l'estensione del ginocchio sfruttando il principio di Archimede sui muscoli (stretching).

Con lo stesso obiettivo, ho messo il ragazzo seduto in acqua su una pedana e si è iniziato a fare l'esercizio a ginocchio flesso sfruttando sempre dei galleggianti sotto il tallone [la posizione seduta l'ho ritenuta opportuna perché con i movimenti delle gambe si creavano delle turbolenze e pertanto chiedevo al paziente che era immerso fino al collo di controllare il tronco e di non compensare per

esempio sollevando il bacino].

In posizione supina, ho posto un galleggiante sotto l'occipite e uno sotto la curva lombare e con una presa del cavo popliteo, sfruttavo lo scivolamento sulla superficie senza rotazione del corpo per flettere ed estendere le ginocchia con l'inerzia dell'acqua. Nella stessa posizione facendo punto fisso sulle caviglie richiedevo di spingere sia in estensione che in flessione per ottimizzare il tono anche del gracile e del semitendinoso stabilizzatori dinamici del ginocchio.

Nella stessa posizione, ma con una presa a bandoliera, senza ausili e il paziente con le gambe distese e le piante dei piedi che toccavano il bordo vasca, chiedevo di spingere come per allontanarsi dal bordo per lavorare sui tricipiti surali.

Per il recupero della flessione [già ottimale durante le prime sedute, circa 100 gradi] il paziente deambulava con le ciambelle sotto i piedi, si poneva poi con il petto rivolto a bordo vasca e con una ciambella posta alla caviglia controllava la salita della gamba mantenendo l'angolo coxo-fermorale a 180 gradi, per il trofismo ovviamente i carichi dovendo essere elevati il paziente eseguiva esercizi attivi e piegamenti fuori dall'acqua; esercizio: a catena cinetica chiusa e attività di palestra sotto il mio controllo. Prima di quest'ultima fase il paziente eseguiva esercizi con la tavola di Freeman in acqua per un parziale carico e chiedevo di reggersi in equilibrio mentre un getto d'acqua lo destabilizzava. Con lo stesso ausilio, chiedevo di fare esercizi a catena cinetica chiusa ponendo dapprima il tallone a terra e le dita sulla tavoletta, per avere circa 40° di partenza della tibio-tarsica per arrivare poi a circa 60° e arrivare al blocco articolare e limitare l'accosciata. Lo stesso con la posizione inversa del piede, tallone sulla tavoletta e dita a terra, il risultato era una maggiore escursione articolare e maggiore carico sul quadricipite. Si tornava alla deambulazione con step in acqua da oltrepassare per 5-6 minuti e con ciambelle sotto i piedi per facilitare la flessione degli arti [movimento assistito dalla spinta idrostatica].

Il livello dell'acqua variava secondo le risposte che mi dava il paziente e dai sintomi che avvertiva come il dolore, gonfiore, etc.

Il paziente passava seduto a bordo vasca e con una tavoletta legata alla tibia effettuava estensioni.

L'aspetto posturale non è stato trascurato perchè il paziente a causa della zoppia di fuga nella valutazione iniziale aveva un assetto errato: in posizione supina affondava da un lato [quello più contratto] pertanto, con l'ausilio di braccioli posti sotto il paziente e contenuti da una fascia in neoprene a livello lombare, li gonfiavo e sgonfiavo a seconda delle risposte del paziente che gradualmente si è stabilizzato.

SECONDO CASO TRATTATO IN STUDIO

Frequenza: 5 trattamenti settimanali

Durata del singolo trattamento: 50 minuti

Periodo complessivo: 6 mesi

Per i primi dieci dodici giorni si sono svolti esercizi di contrazioni isometriche, sollevamento dell'arto e ginocchio esteso, scivolamento del tallone sul lettino per i primi gradi di flessione, non possibilità di fare precoce propriocettività con la tavola di Freeman per l'eccessivo carico [sono stati svolti a partire dal venticinquesimo-trentesimo giorno]. Pian piano il protocollo è andato avanti con miglioramenti su tutti i fronti. [Limito la descrizione di questo secondo caso perchè il trattamento sul L.C.A. secondo i protocolli classici credo sia già conosciuto].

CASI A CONFRONTO

Il trattamento in acqua è stato molto meno stressante per il paziente che ha avvertito poco lo stress psicologico della riabilitazione vuoi per l'innovazione del trattamento vuoi per l'ambiente [piscina comunale di Isernia] in cui venivano svolte le sedute; è stato anche un trattamento di circa venti

venticinque giorni più breve. La cosa fondamentale, è stata quella di rendere il paziente trattato in acqua autonomo nel senso che si vedeva già dal primo giorno senza il tutore e senza appoggi fissi. Il lavoro propriocettivo è stato precoce rispetto al caso trattato in studio ed è questo l'aspetto più determinante.

Osservando i due pazienti mentre si allontanavano dallo studio si notava infine come il caso trattato in acqua saliva e scendeva le scale con l'arto operato, l'altro si fermava ancora un pò titubante.