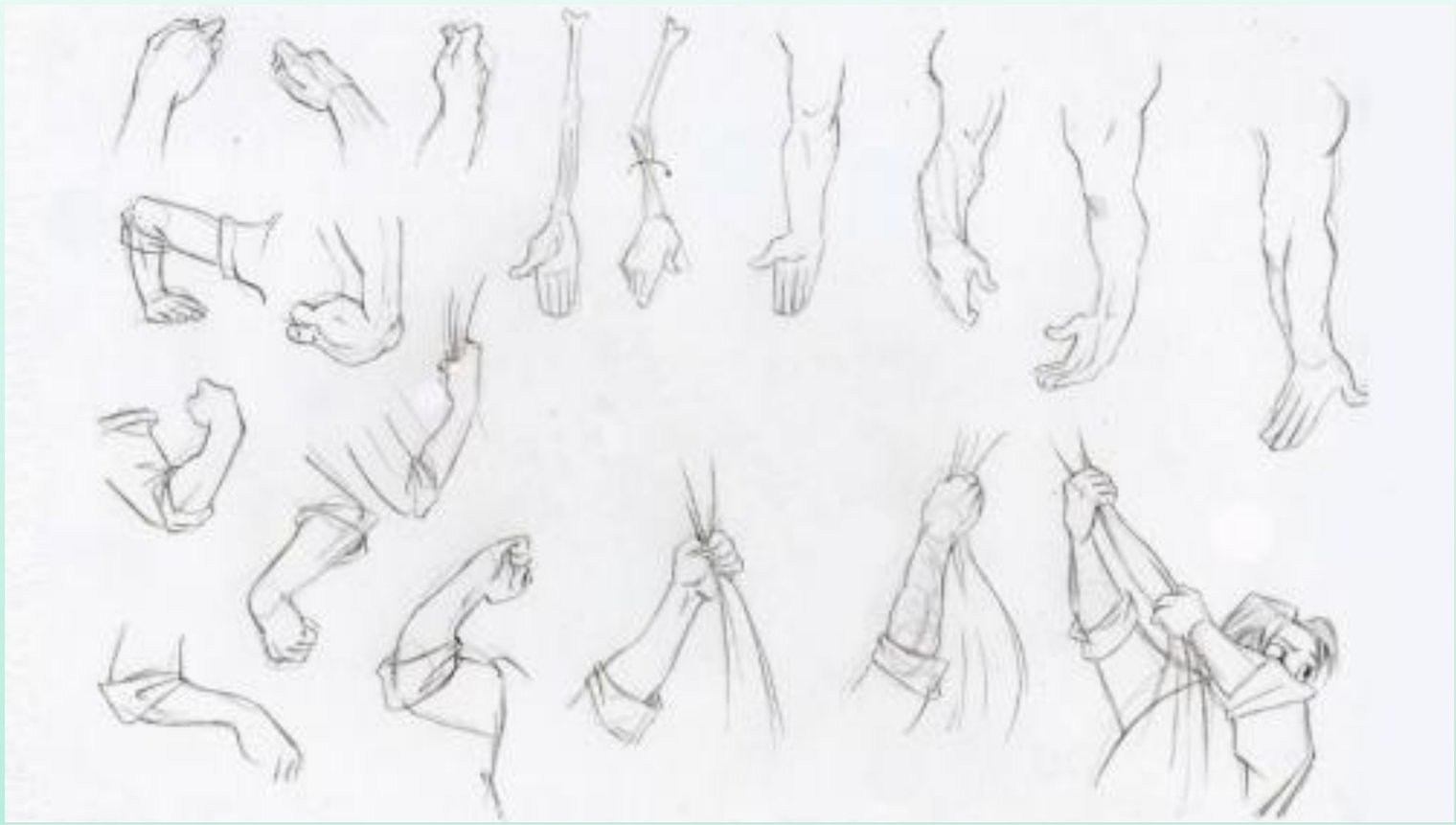
LE MALATTIE PROFESSIONALI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI



Trattamento riabilitativo delle tendiniti e tendinosi di mano, polso, gomito e spalla

Legnago 21/05/13

Dott. Claudio Martini
Ft. Federico Canteri

DM 9 Aprile 2008

78) MALATTIE DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DELL'ARTO SUPERIORE:		
a) TENDINITE DEL SOVRASPINOSO (M75.1)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano a carico della spalla movimenti ripetuti, mantenimento prolungato di posture incongrue.	2 anni
b) TENDINITE DEL CAPOLUNGO BICIPITE (M75.2)		2 anni
c) TENDINITE CALCIFICA (MORBO DI DUPLAY) (M75.3)		4 anni
d) BORSITE (M75.5)		2 anni
e) EPICONDILITE (M77.0)	Lavorazioni, svolte in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti dell'avambraccio, e/o azioni di presa della mano con uso di forza.	2 anni
f) EPITROCLEITE (M77.1)		2 anni
g) BORSITE OLECRANICA (M70.2)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano un appoggio prolungato sulla faccia posteriore del gomito.	2 anni
h) TENDINITI E PERITENDINITI FLESSORI/ESTENSORI (POLSO-DITA) (M65.8)	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti e/o azioni di presa e/o posture incongrue della mano e delle singole dita.	1 anno
i) SINDROME DI DE QUERVAIN (M65.4)		1 anno
l) SINDROME DEL TUNNEL CARPALE (G56.0) ALTRE	Lavorazioni svolte, in modo non occasionale, che comportano movimenti ripetuti o prolungati del polso o di prensione della mano, mantenimento di posture incongrue, compressione prolungata o impatti ripetuti sulla regione del carpo	2 anni

MALATTIE PROFESSIONALI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI

Linee guida per trattamento conservativo

FASE ACUTA/DI PROTEZIONE (fino a 6 giorni dall'insorgenza dolore)

- Segni clinici:

  Flogosi

  Perdita della funzione

  Dolore prima della resistenza tissutale (posizioni da difesa)

- Intervento:

  Controllo effetti della flogosi con (riposo selettivo delle strutture coinvolte e immobilizzazione tramite splint, tutori, bendaggi compressivi e crioterapia)

  Mobilizzazione passiva nella soglia del dolore

  Mantenimento delle normali *funzioni* dei distretti non compromessi

- Controindicazioni:

  Gli esecizi di stiramento e di resistenza non devono essere applicati in sede di flogosi

MALATTIE PROFESSIONALI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI

Linee guida per trattamento conservativo

FASE SUBACUTA/DI CONTROLLO (fino a 14-21 giorni dall'insorgenza dolore)

- Segni clinici:

  Flogosi in riduzione

  Sviluppo di contratture nei tessuti molli

  Riduzione di forza muscolare

  Dolore al culmine del ROM raggiungibile

- Intervento:

  Ripristinare la motilità dei tessuti molli, muscoli e *articolazioni* (esercizi passivi e attivi-assistiti mantenendosi al di sotto della soglia del dolore)

  Sviluppo della resistenza muscolare e *forza nei muscoli coinvolti* e *collegati* (esercizi isometrici multi angolari, poi esercizi isotonici aumentando gradualmente le ripetizioni)

  Mantenimento dell'integrità e *funzionalità delle aree associate (*ripresa di attività funzionali a bassa intensità senza scatenare dolore)

MALATTIE PROFESSIONALI DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI ARTI SUPERIORI

Linee guida per trattamento conservativo

FASE CRONICA/RITORNO AD UNO STATO FUNZIONALE (tra 21 giorni e 14 settimane)

- Segni clinici:

  Assenza flogosi

  Aderenze nei tessuti molli e contratture muscolari che limitano il normale ROM

  Scarsa performance muscolare

  Dolore dopo la resistenza tissutale

- Intervento:

  Ripristino della motilità dei tessuti molli, muscoli e *articolazioni* (mobilizzazioni articolari, massaggi e allungamento passivo)

  Aumento della resistenza e *della forza muscolare* (esercizi progressivi a resistenze eccentriche e concentriche, catena cinetica aperta/chiusa

  Progresso delle attività funzionali

- Precauzioni:

  In questa fase non vi devono essere segni di flogosi, in caso contrario significa che le attività sono aumentate troppo rapidamente

TENDINITI E TENOSINOVITI DELLA MANO E DEL POLSO

Tendiniti e tenosinoviti dei flessori del polso



- Applicazione tutore



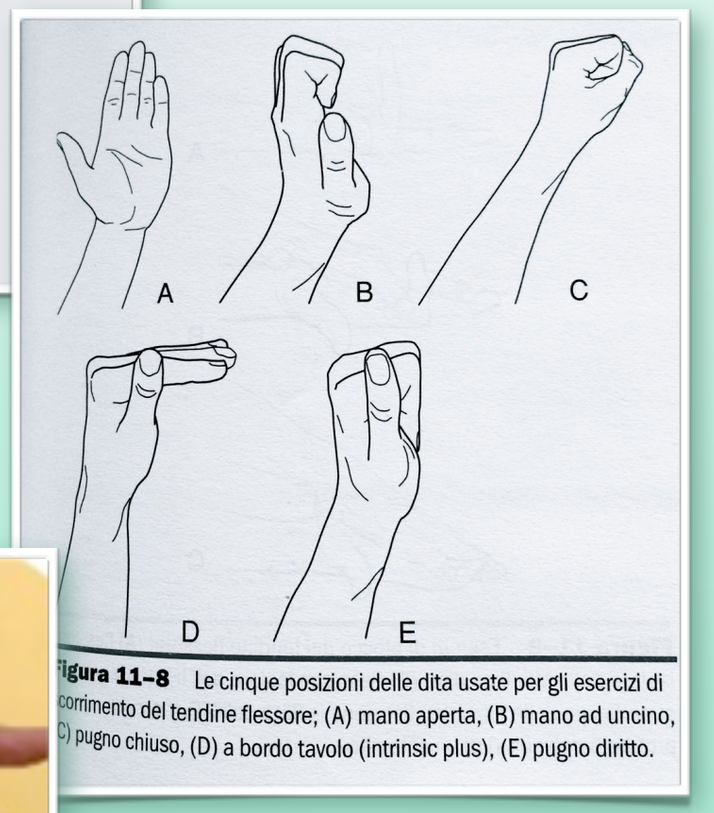


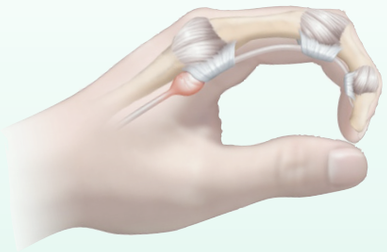
Figura 11–8 Le cinque posizioni delle dita usate per gli esercizi di corrimento del tendine flessore; (A) mano aperta, (B) mano ad uncino, (C) pugno chiuso, (D) a bordo tavolo (intrinsic plus), (E) pugno diritto.

- Esercizi di scorrimento tendineo

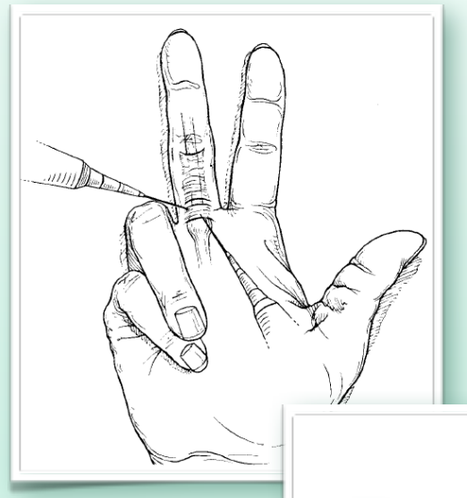
- Kinesiotaping



TENDINITI E TENOSINOVITI DELLA MANO E DEL POLSO



Dito a scatto (tenosinovite stenosante del flessore)





- Terapia conservativa con iniezione di cortisone
- Applicazione tutore
- Liberazione chirurgica dello scatto (protocollo Brotzman)
  - 0-8 giorni: mobilizzazione progressiva di MCF, IFP e IFD
  - 8 giorni-3 settimane: esercizi attivi/attivi assistiti
  - dopo 3 settimane: esercizi per il rinforzo e ritorno senza restrizioni alle attività.

TENDINITI E TENOSINOVITI DELLA MANO E DEL POLSO

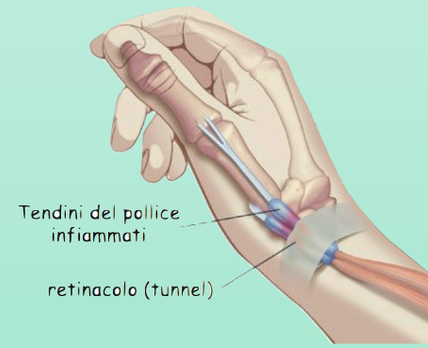
Tenosinovite di De Quervain







- Terapia conservativa con applicazione tutore
- Kinesiotaping
- Decompressione chirurgica della tenosinovite di de Qeurvain (protocollo Brotzman)
  - 0-2 giorni: lasciare libera la IF e inizio cauti movimenti attivi del polso e del pollice.
  - 2-14 giorni: esercizi di mobilizzazione, massaggio e mobilizzazione della cicatrice.
  - 1-6 settimane: inizio programma di rinforzo
  - Attività senza limitazioni dopo 6 settimane dall'intervento



TENDINITI DEL GOMITO



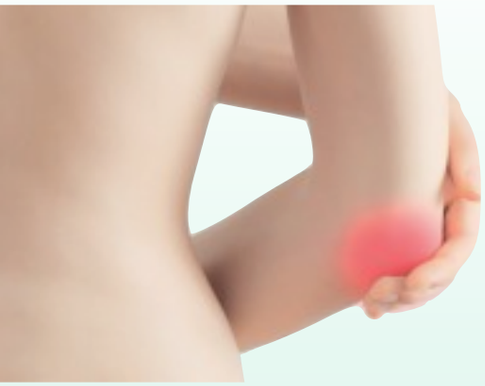


Epicondilite laterale e mediale

- Applicazione tutore
- Esercizi di allungamento passivo
- Kinesiotaping
- Dopo intervento per epicondilite laterale (protocollo Baker e Baker)

- Giorni 1-7: mobilizzazione mano, polso e gomito, esercizi attivi per la spalla.
- Sett. 2-4: esercizi attivi assistiti, esercizi di rinforzo con movimenti attivi e isometrici submassimali
- Sett. 5-7: rinforzo con resistenze, mobilizzazione passiva a ROM completo, inizio attività funzionale
- Sett. 8-12: inizio allenamento funzionale compito-specifico, ritorno allo sport o alle attività abituali

BORSITE DEL GOMITO



Borsite olecranica:



- Riposo, crioterapia, compressione e applicazione tutore



- Mobilizzazioni del gomito per il recupero dell'articolarità in flesso-estensione.



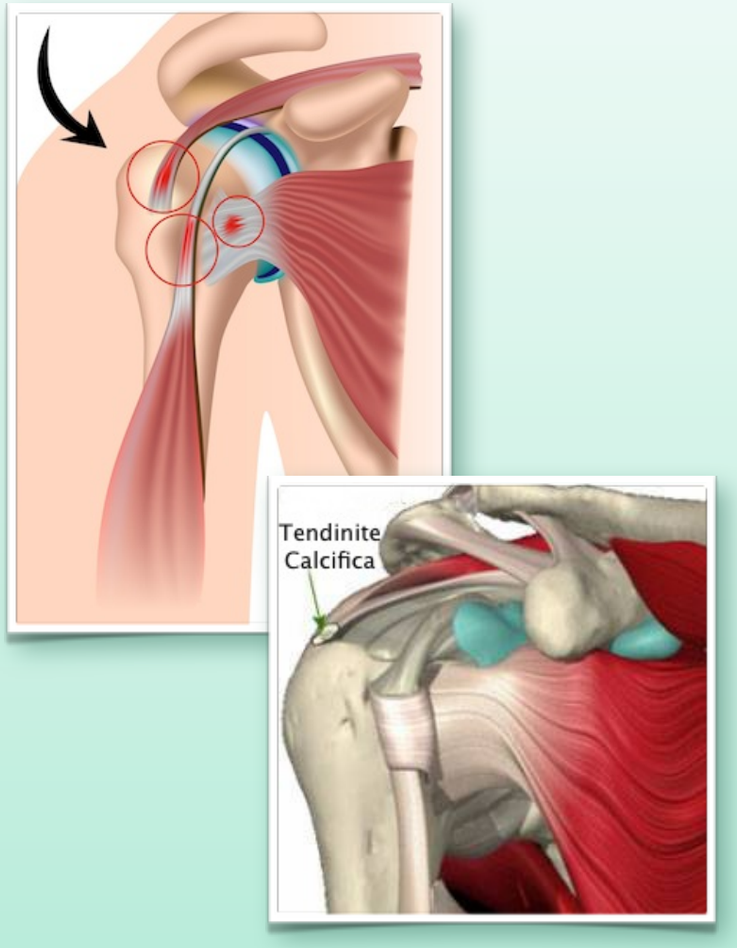
- Esercizi per il recupero del tono-trofismo dei muscoli arto superiore

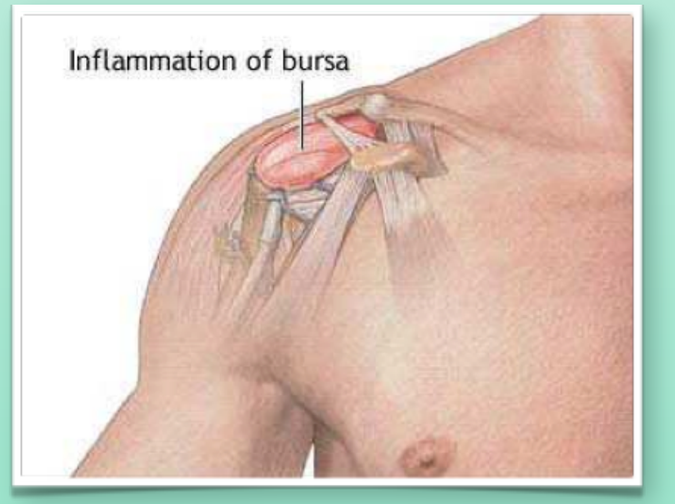


TENDINITI DELLA SPALLA

Patologie da sovraccarico biomeccanico della spalla:

- Tendinite sovraspinoso
- Tendinite capo lungo del bicipite
- Tendinopatia calcifica (M. di Dupaly)
- Borsite sub-acromiale





TENDINITI DELLA SPALLA

Obiettivi generali della riabilitazione della spalla:

Recupero mobilità:

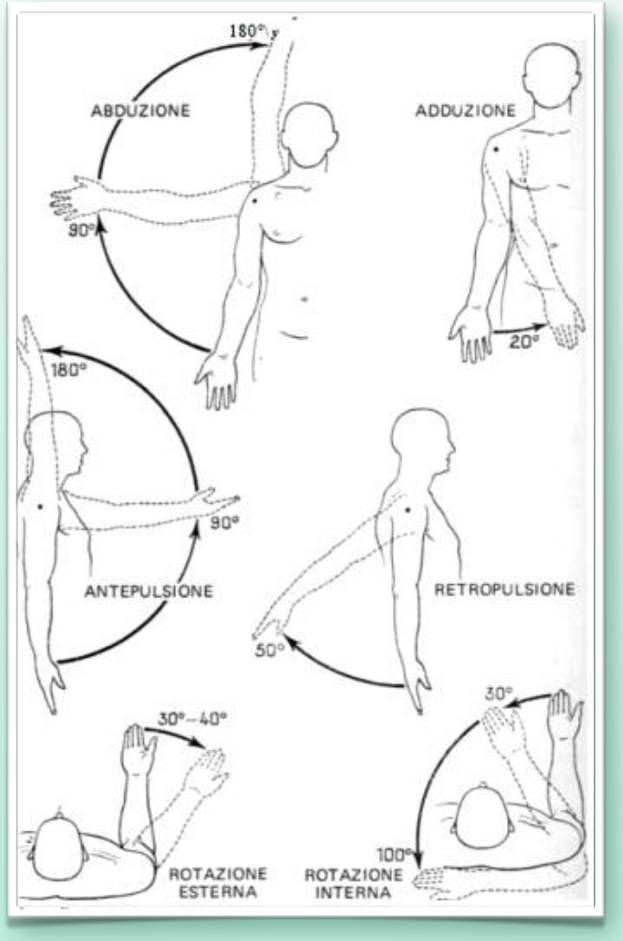
- evitare i movimenti dolorosi

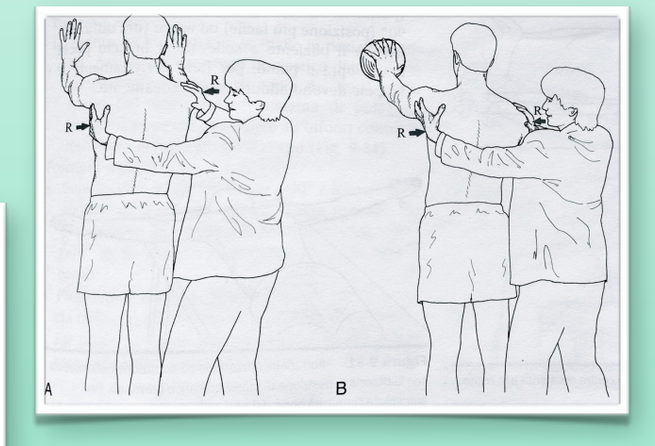
- precoce mobilizzazione passiva (in posizione supina, seduta e in piedi)

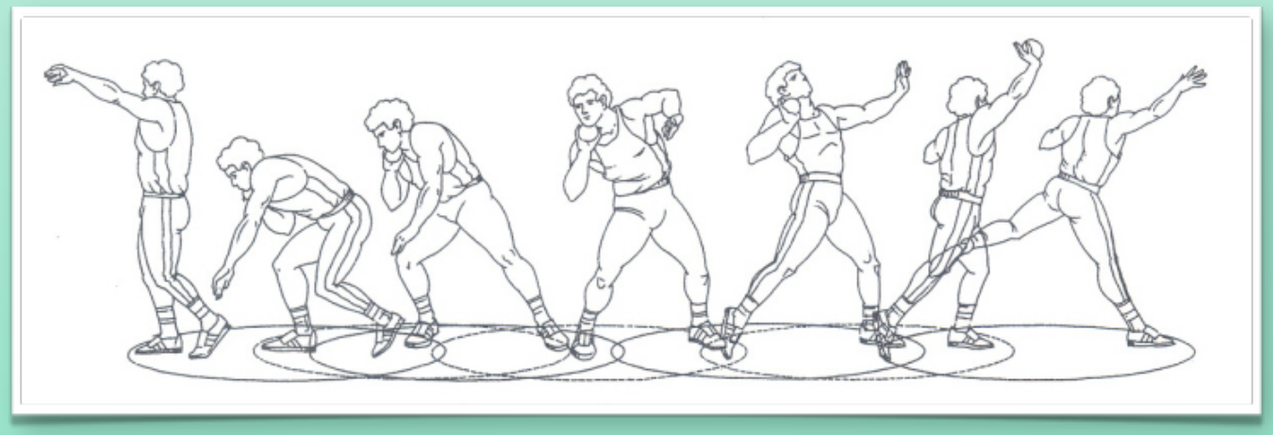
Rinforzo muscolare:

- esercizi a catena cinetica chiusa con co-contrazione dei muscoli agonisti-antagonisti

- precoce rinforzo degli stabilizzatori della scapola.

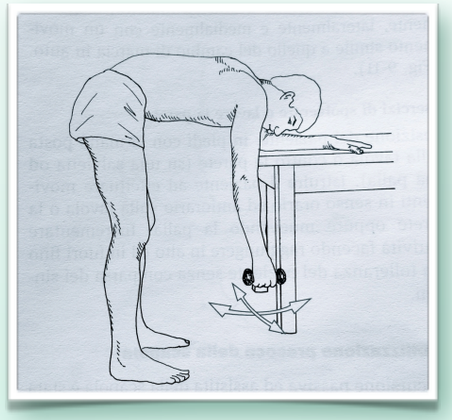






TENDINITI DELLA SPALLA

Linee guida trattamento conservativo

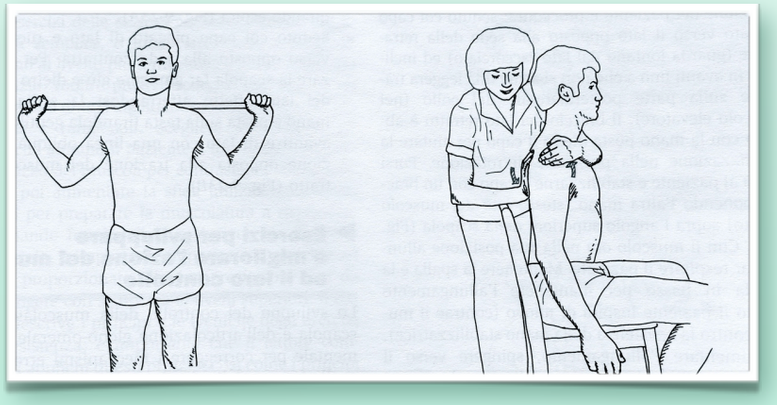


Fase di protezione:

- Controllare l'infiammazione,

- Mantenere integrità e mobilità dei tessuti molli (mobilizzazione precoce, esercizi di stabilizzazione protetta)

- Controllo dolore (esercizi pendolari e movimenti oscillatori)

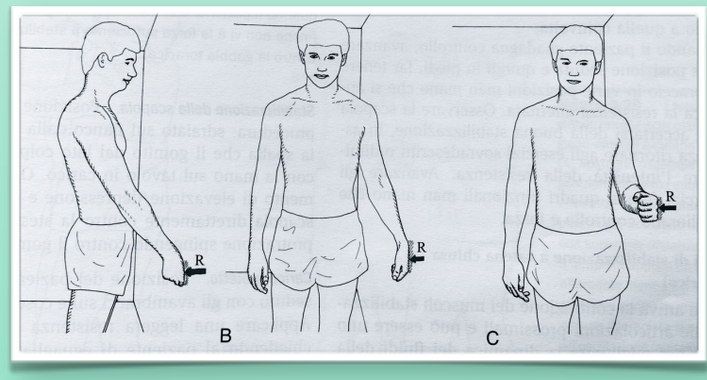


Fase del movimento controllato:

- Igiene posturale del paziente durante le attività

- Sviluppare equilibrio in lunghezza e forza della muscolatura del cingolo scapolare

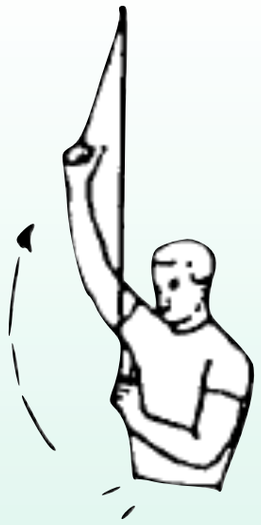
- Sviluppare co-contrazione, stabilizzazione e resistenza nei muscoli di scapola e spalla.

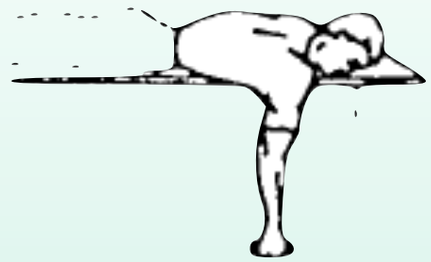


Fase di ritorno alla funzione:

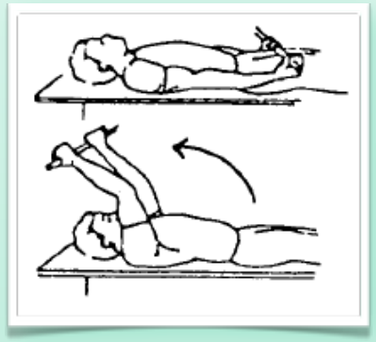
- Aumentare la resistenza alla fatica muscolare e attività funzionali del cingolo scapolare.

TRATTAMENTO POST-CHIRURGICO INTERVENTO CUFFIA DEI ROTATORI (Bach, Cohen e Romeo)





- *FASE 1 (0-6 Settimane)*
  - Immobilizzazione con tutore in abduzione (3-6 sett.)
  - Controllo Dolore
  - Mobilizzazione passiva (140° flessione, 40°extrarotazione, 60-80° intrarotazione)
  - Esercizi pendolari
  - Mobilizzazione gomito e mano





- *FASE 2 (6-12 Settimane)*
  - Tutore secondo necessita e confort paziente
  - Mobilizzazione passiva (fino 160° flessione, 60°extrarotazione, 90° intrarotazione)
  - Esercizi attivi assistiti per rotatori cuffia e stabilizzatori scapola



- *FASE 3 (4-6 Mesi)*
  - Recupe ROM completo (con stretching della capsula articolare)
  - Assenza dolore
  - Rinforzo muscoli cuffia dei rotatori (es. isometrici, catena aperta/chiusa)
  - Attività funzionali



TERAPIE FISICHE



- Ultrasuoni:

  effetto analgesico, fibrolitico e trofico (tendinopatie arto superiore, tendinite calcifica spalla, borsiti, epicondiliti)

- Laserterapia:

  effetto antidolorifico, antiinfiammatorio, antiedema e cicatrizzante (lesioni della cuffia dei rotatori – spalla - , epicondilite – gomito -, tendinopatie di polso e mano)



- Tecarterapia:

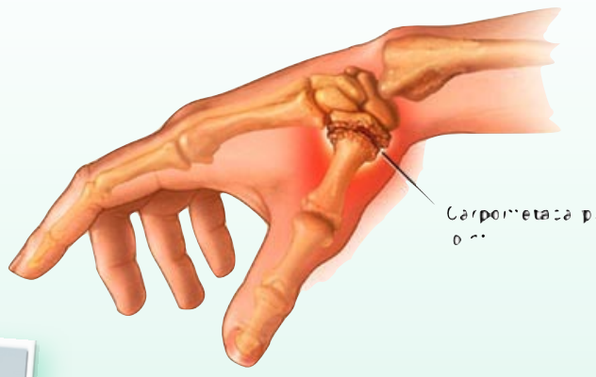
  incremento del microcircolo(tendiniti e dolore in fase acuta), vasodilatazione (tono trofismo e contratture muscolari), incremento della temperatura interna (tendiosi, infiammazioni croniche e rigità articolari),raggiunge i tessuti in profondità.







ARTROSI



Rizoartrosi



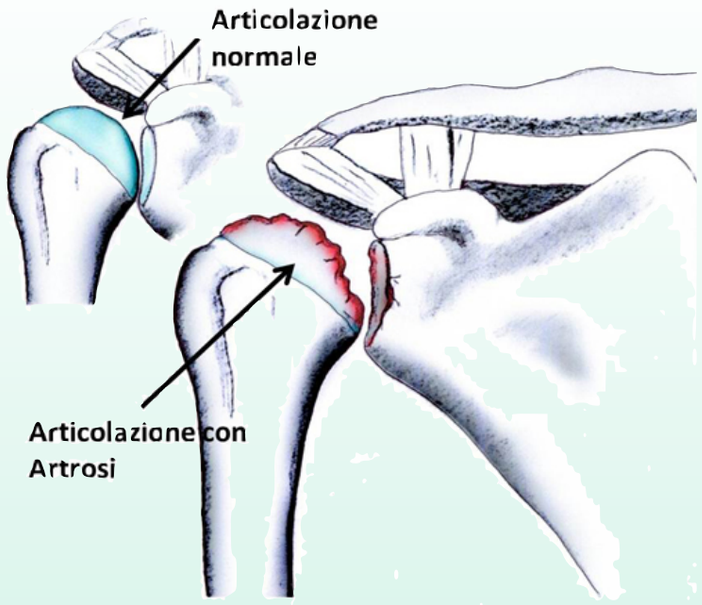
Trattamento conservativo:

- tutore
- antinfiammatori
- terapie fisiche (ultrasuoni/laser)

Trattamento post trapeziectomia:

- splint termoplastico con pollice in abduzione
- dopo 3 sett intervento inizio mobilizzazione passiva, e graduale recupero articolare e muscolare
- mobilizzazione cicatrice
- dopo 2 mesi ritorno all'attività lavorativa

ARTROSI



Artrosi della spalla:

Trattamento conservativo:

- antinfiammatori
- riabilitazione mirata almantenimento dell'articolarità e del tono trofismo muscolare,
- diminuizione dolore con terapie fisiche e infiltrazioni di cortisonici

Trattamento post intervento di artroprotesi spalla: si seguono gli obiettivi le linee guida illustrate.

