

	<p align="center">Ospedale Ortopedico Riabilitativo 37018 Malcesine s/G (Vr) Tel.045-6589311 U.O.C.MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE <i>Direttore Dr. Roberto Filippini</i></p> <p align="center">Segreteria Tel.045-6589340-Fax 045-6589305</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

U.O.S. Riabilitazione esiti tardivi della poliomielite
e lesione 2° motoneurone
Dirigente – Dr. Millo Martini-

POLIOMIELITE E SINDROME POST-POLIO NUOVE FRONTIERE TERAPEUTICHE Malcesine 25 settembre 2010

Il trattamento con ortesi (Millo Martini)

Il trattamento di rieducazione funzionale con un terapeuta esperto e l'utilizzo di ortesi appropriate è e rimane, a nostro giudizio, il principale aiuto per il mantenimento del miglior grado di autonomia in tutti i pazienti con esiti di poliomielite.

Quella che noi chiamiamo sindrome post polio non è infatti la sola né la più frequente causa di perdita di autonomia nelle persone che hanno subito l'infezione da poliovirus.

Sono infatti causa frequente di perdita di autonomia i fenomeni di usura articolare e muscolare e tendinea anche a livello di muscoli e arti non colpiti dalla paralisi.

La relazione è anche un omaggio al fine artigiano che è il Tecnico Ortopedico cultore sempre più raro di un'arte.

Per **ortesi** si intende un dispositivo medico che si adatta esternamente ad un segmento corporeo per sostenerlo e per correggere eventuali deformità.

Sono ortesi le calzature i plantari i tutori i busti ecc.

Si differenziano dalle **protesi** che sono manufatti che sostituiscono una parte anatomica (protesi per amputazione di un arto).

Un'ortesi nasce essenzialmente dall'ascolto delle esigenze del paziente, dall'osservazione e dalla visita del paziente che va visitato non solo sul lettino e spogliato, ma anche, per quanto riguarda le ortesi per arto inferiore, durante la deambulazione e da una progettazione fatta assieme al Tecnico Ortopedico che la dovrà eseguire potendovi essere una differenza fra quello che si vuole fare e quello che si può fare.

Questi tre soggetti dovrebbero essere presenti fisicamente assieme quando si progetta l'ortesi e quando la si prova, rendendosi necessarie a volte più modifiche per un buon adattamento dell'ortesi. È come un vestito di sartoria.

Quanto scritto sembra una banalità lapalissiana ma purtroppo raramente ormai accade.

L'utilizzo di tecnologia computerizzata dà certamente informazioni utili ma non deve sostituire la semeiotica . Spesso l'esame attento della deformazione delle vecchie ortesi e le impronte di pressione e le macchie di sudore sui plantari dicono moltissimo.

Da noi lavorano due Ditte esterne presenti con Tecnici durante i due giorni di Ambulatorio dedicati ai disabili, a cui è stato richiesto di avere in Ospedale un officina attrezzata per le misure delle ortesi ma anche per le modifiche che si rendono necessarie contestualmente alla prova.

A volte può essere necessario un breve ricovero per provare a lungo e scoprirne i difetti.

L'ortesi deve essere efficace per lo scopo per cui è progettata ma anche efficiente.

Una tutorizzazione minima, giusta per lo scopo, aiuta il paziente a mantenere l'autonomia. Una tutorizzazione eccessiva fa perdere autonomia al paziente.

Va spiegato al paziente quali saranno i vantaggi ottenuti ma anche gli svantaggi e se il paziente non è convinto nell'utilizzarla è meglio lasciare il tempo di metabolizzare l'idea altrimenti si va incontro ad un rifiuto.

Il quadro paretico creato dalla poliomielite è quanto mai vario e le deformità scheletriche che si vengono a creare sono in relazione all'azione dei muscoli residui non contrastati più dagli antagonisti paretici, alle lassità articolari che si sono create negli anni a volte a fratture mal consolidate o a interventi chirurgici non perfettamente eseguiti.

E' questo il motivo per cui non possono essere generalmente usate ortesi standardizzate.

Ortesi per il piede

Per piccole deformità del piede in varo supinazione e valgo pronazione possono comunque essere utilizzate calzature predisposte quindi di serie in cui è possibile sostituire il plantare standard presente con dei plantari eseguiti su calco del piede. Possono essere predisposti dei piani inclinati ed eventuali scarichi delle zone di sovraccarico evidenziabili dalla presenza di callosità. E' possibile anche creare delle piccole ortesi in pasta di silicone confezionate direttamente sul piede del paziente.

Per deformità maggiori è necessario ricorrere a calzature su misura eseguite su un calco del piede del paziente eseguito da un gesso precedentemente confezionato.

Le calzature possono avere un irrigidimento nella parte posteriore della tomaia consistente in ulteriori strati di cuoio rigido aventi lo scopo di renderla quasi indeformabile.

Le correzioni possono essere portate anche qui o sulla suola della calzatura con dei piani inclinati, oppure sul plantare.

Una campanatura del tacco può migliorare la tenuta del piede contrastando i cedimenti in eversione del piede.

Ortesi per la caviglia

Per il piede ciondolante si utilizzano normalmente ortesi che facilitano la dorsiflessione evitando lo steppage. Possono essere confezionate in vari materiali dalla resina al carbonio.

Il modello più classico è la cosiddetta molla di Codivilla, costituita da un'anima in ferro a forma di L rivestita in cuoio. Una parte sorregge il piede fino a livello metatarsale e la rimanente parte viene fissata con un velcro al polpaccio.

Questi tipi di molle funzionano solo facendo corpo unico con il piede quindi vanno utilizzate con una calzatura con dei lacci e non troppo bassa che le blocchi al piede.

Tutori per tibio tarsica

Per stabilizzare un piede con gravi deformità o con un'artrosi dolorosa della tibio tarsica o completamente ciondolante per paralisi completa della muscolatura o per correggere gravi accorciamenti è possibile utilizzare tutori in resina e carbonio o in cuoio con armature metalliche che avvolgono il piede e la gamba.

Il tutore deve essere sicuramente rigido ma deve essere garantita una flessibilità dell'avampiede per facilitare il passo.

In caso di gravi accorciamenti sopra i 12 cm rari peraltro nei pazienti poliomielitici, è possibile utilizzare accoppiato all'alloggiamento del piede nell'ortesi, un piede di una protesi per amputati che concede una sufficiente articolarietà.

Tutori per ginocchio

Il classico tutore per ginocchio utilizzato in pazienti con esiti di poliomielite è un tutore lungo che comprenda coscia gamba e piede, fatto su misura dell'arto del paziente. È un tutore aperto per evitare eccessiva sudorazione costituito da aste unite da cerchi posteriormente e con chiusura anteriore a velcro, con un ginocchio articolato bloccabile o meno durante la marcia e che termina al piede con un sandalo, un tutorio o una scarpetta di contenzione. Possono essere previsti: un sostegno per l'ischio, dei cuscinetti di spinta per correggere deviazioni dell'asse fra coscia e gamba. I materiali possono essere diversi in alluminio leggero ma poco resistente, in acciaio resistente ma pesante; oggi vengono prodotti sempre più tutori in carbonio che accoppiano una notevole resistenza ad un peso molto contenuto.

Un limite del carbonio però è l'impossibilità ad essere rilavorato e quindi è poco adatto ad un paziente con precedenti difficoltà di adattamento del tutore.

Le indicazioni sono sostanzialmente una instabilità del ginocchio dovuta al cedimento del quadricipite, una lassità articolare che provoca instabilità oppure dolore, un'artrosi del ginocchio.

A volte l'instabilità per assenza del quadricipite può essere compensata da una recurvazione del ginocchio o da un piede equino non riducibile.

Queste due condizioni, dando una spinta posteriore al ginocchio lo stabilizzano. Una recurvazione eccessiva può divenire nel tempo dolorosa, in questo caso preferiamo confezionare un tutore articolato libero al ginocchio che permetta una recurvazione di qualche grado che dia stabilità al ginocchio ma non l'eccesso di recurvazione dolorosa

Il paziente deve essere informato che da un tutore ben adattato può aspettarsi una sicurezza nel cammino con la capacità di stare in piedi più a lungo e senza paura di cadere, che deve essere previsto un periodo di adattamento in cui il cammino sarà più lento e faticoso e che il tutore potrà portare ad una ulteriore perdita di forza.

In una relazione di 15 minuti non è possibile spiegare nulla in modo esauriente. Quello che spero è di aver suscitato in qualcuno quella curiosità che poi porta ad approfondire successivamente l'argomento.