

CERVICALGIA POST LAMINECTOMIA: APPROCCIO RIABILITATIVO E GESTIONE DEL DOLORE. CASE REPORT

IRENE MAGHINI ⁽¹⁾ - PATRIZIA POLI ⁽²⁾ - STEFANO MASIERO ⁽¹⁾

Medicina Fisica e Riabilitativa, Università degli Studi di Padova, Padova, Italia ⁽¹⁾ - *Medicina Fisica e Riabilitativa, Ospedale San Raffaele Arcangelo, Fatebenefratelli, Venezia, Italia* ⁽²⁾

Introduzione. Nella pratica clinica, l'utilizzo dell'associazione Ossicodone/Naloxone (*Targin*), suggerito come efficace nel dolore neuropatico dalle linee guida EFNS (livello di evidenza A grado di raccomandazione I) offre, rispetto al trattamento con il solo Ossicodone, un controllo superiore della funzione intestinale senza compromettere l'efficacia analgesica e la sicurezza in pazienti adulti con dolore oncologico moderato-severo. Presentiamo la nostra esperienza nella gestione del dolore di un caso clinico complesso. Un uomo di 62 anni, E.D.P., giungeva il 14.10.2014 al nostro Reparto di Riabilitazione Ortopedica per sindrome da allettamento in esiti di laminectomia ed asportazione di neof ormazione intracanalare C6-C7 sinistra, compatibile con secondarismo di carcinoma renale a cellule chiare, trattato chirurgicamente 18 anni prima.

Materiali e metodi. Il paziente lamentava dal 2011 algie cervicali e alla spalla sinistra, trattate autonomamente con antinfiammatori. Nel febbraio 2014 osservava la comparsa di deficit di forza a carico dell'arto inferiore sinistro, ingravescente, associato a difficoltà nella deambulazione e cervicalgia quantificata come NRS 8/10, peggiorata dal carico ed alleviata in parte a riposo 6-7 NRS. Il paziente si rivolgeva quindi in Pronto Soccorso nel settembre 2014, da cui veniva appoggiato alla Chirurgia del Rachide ed in seguito trasferito presso la Neurochirurgia (NCH) con diagnosi di "Paraparesi emisoma sinistro in stenosi del canale vertebrale cervicale" e sottoposto ad angiografia che evidenziava una lesione espansiva con ricco circolo neof ormato. Si procedeva quindi inizialmente ad embolizzazione dell'arteria vertebrale sinistra ed, in un secondo momento, a laminectomia ed asportazione della componente intracanalare. Durante la degenza presso la NCH, veniva iniziata terapia con Tramadol 100 mg/die e paracetamol 1000mg al bisogno. Veniva dimesso con solo paracetamol 1000 mg x3/die. All'ingresso nel nostro Reparto, il 14.10.2014, il paziente riferiva cervicalgia in sede di intervento di intensità 2/10 NRS a riposo e 4-5/10 NRS alla mobilizzazione. All'SF-MPQ il dolore veniva descritto come "un dolore che affligge", di intensità 2 (scala 0-3), mentre al PPI come un "dolore che mette a disagio", 3/6. In stazione assisa ed eretta il paziente indossava un collare bivalva. All'esame obiettivo l'emisoma sinistro presentava un deficit di forza a carico dell'arto superiore, con evidente ipotono trofismo e mano cadente. Lamentava inoltre parestesie sul lato volare del 2-3-4-5° dito. All'ingresso FIM 79/126, Barthel Index 35/100. A partire dalla seconda giornata di degenza il paziente lamentava costipazione (BFI medio di 90/100) e riferiva dolore a carico del rachide cervicale di intensità 6/10 NRS, con frequenza quotidiana, disabilitante. Allo scopo di controllare la sintomatologia dolorosa veniva modificata la terapia in atto introducendo Targin 10/5 mg x 2/die, con beneficio. Veniva inoltre sottoposto a clistere evacuativo inizialmente con scarso beneficio e successiva ripresa della normale funzionalità intestinale con olii misti 3 cucchiaini die per due giorni consecutivi. In seguito le scariche avvenivano spontaneamente ogni giorno senza alcun aiuto. Il controllo del dolore, con riduzione a 3-4/10 NRS si otteneva già a partire dalla terza giornata di degenza. Per ottenere un migliore controllo, si incrementava progressivamente il dosaggio fino a 10/5 + 5/2.5 mg x 2/die. Dalla quinta giornata di degenza, il paziente non lamentava alcun dolore a riposo; dopo le sedute riabilitative presentava un dolore di intensità 2/10 NRS alla spalla sinistra. Alla dimissione 25.10.2014, il paziente risultava autonomo nei passaggi posturali, deambulava con marcia paretica a sinistra, impossibile su punte, talloni ed in tandem. Stazione eretta difficoltosa su base ristretta; in Romberg: tendenza all'anteropulsione. Alla dimissione FIM 96/126, Barthel Index 70/100.

Risultati. A seguito della modifica e dell'aggiustamento posologico della terapia antidolorifica, è stato ottenuto un buon controllo della sintomatologia algica, senza comparsa di effetti collaterali: a distanza di circa un mese il paziente riferiva una riduzione dell'intensità del dolore (NRS 2/10), che compariva solo la sera; non lamentava inoltre modificazioni dell'alvo (BFI medio 20/100).

Discussione. Data la componente neuropatica del dolore, la complessità del caso clinico e al fine di evitare possibili complicanze sulla funzionalità intestinale, si è scelto di associare terapia medica con Ossicodone/Naloxone. Questa terapia ha permesso di ottenere un buon controllo del dolore senza comparsa di effetti collaterali, in particolare l'associazione Ossicodone/Naloxone si è dimostrata efficace nella risoluzione/prevenzione della costipazione, senza diminuire l'efficacia analgesica dell'Ossicodone.

Bibliografia

1. N. Attala,b, G. Cruccua,c, M. Haanpa`a` a,d, P. Hanssona,e, T. S. Jensenaf, T. Nurmikkog, C. Sampaioh, S. Sindrupi and P. Wiffen, EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain, *European Journal of Neurology* 2006, 13: 1153-1169
2. Ueberall MA1, Müller-Lissner S, Buschmann-Kramm C, Bosse B. The Bowel Function Index for evaluating constipation in pain patients: definition of a reference range for a non-constipated population of pain patients. *J Int Med Res.* 2011;39(1):41-50.
3. Ahmedzai, S. H., Nauck, F., Bar-Sela, G, et al. A randomized, double-blind, active-controlled, double-dummy, parallel-group study to determine the safety and efficacy of oxycodone/naloxone prolonged-release tablets in patients with moderate/severe chronic cancer pain. *Palliative Medicine*, September 2011.

BENDAGGIO TRADIZIONALE E VIBROTERAPIA NEL TRATTAMENTO DEL LINFEDEMA ARTO SUPERIORE POST CHIRURGIA ONCOLOGICA: RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO CASO CONTROLLO RANDOMIZZATO

LIA ZANETTI ⁽¹⁾ - NIKI RAGAZZO ⁽²⁾ - ELISA SPAGNOLO ⁽²⁾ - IRENE MAGHINI ⁽²⁾ - STEFANO MASIERO ⁽²⁾

UOC Riabilitazione Ortopedica, Azienda Ospedaliera di Padova, Padova, Italia ⁽¹⁾ - *Medicina Fisica e Riabilitativa, Università degli Studi di Padova, Padova, Italia* ⁽²⁾

Introduzione. Il linfedema è un edema ad alto contenuto proteico che nasce dalla sproporzione tra quantità di linfa e capacità di drenaggio da parte della rete linfatica, a causa della riduzione della sua capacità di trasporto o per suo sovraccarico. La International Society of Lymphology suggerisce una fase d'attacco con sedute consecutive di linfo drenaggio e bendaggio multistrato, una fase successiva di mantenimento per il consolidamento dei risultati, ed infine una fase di riposo nell'attesa di un nuovo ciclo intensivo. L'elevata incidenza della patologia e il suo carattere di cronicità hanno portato alla nostra attenzione la possibilità di un approccio integrato che associi al tradizionale bendaggio multistrato, la terapia vibratoria con frequenza di 100 Hz. La terapia vibratoria che utilizza onde mecano-sonore selettive permette infatti di attivare i recettori cutanei facilitando in via riflessa la formazione di un maggior gradiente pressorio facilitante la frammentazione dell'organizzazione dell'edema linfatico.

Materiali e metodi. È stato incluso nello studio un campione di 41 pazienti affette da linfedema secondario di stadio II-III all'arto superiore, in esiti di linfoadenectomia ascellare in neoplasia mammaria. Le pazienti sono state randomizzate in due gruppi: gruppo A (21 soggetti), trattato con vibroterapia (applicazione locale di terapia vibratoria per 20 minuti a 100 Hz), linfo drenaggio manuale e bendaggio multistrato decompressivo tradizionale in 10 sedute e successivamente guaina elastocompressiva diurna nella fase di mantenimento; gruppo B (20 soggetti) trattato con linfo drenaggio manuale e bendaggio elastocompressivo. Le pazienti sono state valutate all'inizio (T0), al termine del trattamento (T1), e al follow up ad un mese (T2) e a tre mesi dalla fine del trattamento (T3). I parametri valutati sono stati: misure circonferiche dell'arto edematoso a confronto con le misure dell'arto controlaterale (delta), il dolore con la Visual Analogic Scale (VAS) e la qualità di vita con il questionario Ricci-ICF.

Risultati. L'analisi dei dati, per entrambi i gruppi di trattamento, ha evidenziato una riduzione del volume del linfedema alle misure circometriche ed un miglioramento dei punteggi della VAS e del questionario Ricci-ICF. Il gruppo A nel confronto dei dati tra T3 e T1 e tra T2 e T1 ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo al termine del ciclo intensivo, che si è mantenuto alle valutazioni di follow-up. Il gruppo B ha mostrato un minor mantenimento del risultato ottenuto con il trattamento intensivo al confronto tra i dati rilevati in T3 rispetto a T1.

Conclusioni. La Letteratura ha evidenziato che l'elastocompressione abbinata al linfodrenaggio manuale ha un ruolo significativo nel trattamento del linfedema. L'utilizzo della terapia vibratoria associata al tradizionale linfodrenaggio manuale e bendaggio elastocompressivo sembra evidenziare una migliore efficacia nel trattamento di questa patologia, soprattutto nella fase di follow-up. Questi positivi seppur preliminari risultati confermano l'efficacia di questa innovativa proposta riabilitativa per il controllo del linfedema cronico dopo chirurgia oncologica.

Bibliografia

1. Lopez Penha TR, van Bodegraven J, Winkens B, Heuts EM, Voogd AC, von Meyenfeldt MF. The quality of life in long-term breast cancer survivors with breast cancer related lymphedema. *Acta Chir Belg.* 2014 Jul-Aug;114(4):239-44.
2. Ibrahim AO, Alawad AA. Risk factors and Management of Breast Cancer-Related Lymphedema. *Int J Med (Dubai).* 2015;3(1):38-40.
3. International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2013 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology.* 2013 Mar;46(1):1-11.

220

RUOLO DELL'ICF E DELLA VALUTAZIONE FISIATRICA PER LA GESTIONE DELLE CRITICITÀ NELLA DIMISSIONE DAL REPARTO DI ORTOPEDIA A SEGUITO DI FRATTURA DI FEMORE PROSSIMALE

SILVIA CIOTTI⁽¹⁾ - ANNA RITA BRACONI⁽²⁾ - FORTUNATO BIANCONI⁽³⁾ - ALESSANDRA BELLANTI⁽²⁾ - MARTA GRAZIANI⁽¹⁾ - FRANCESCA FALSETTI⁽¹⁾ - AURO CARAFFA⁽⁴⁾ - VINCENZO MARIA SARACENI⁽⁵⁾ - MAURO ZAMPOLINI⁽⁶⁾

Scuola di specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa, Università di Roma "La Sapienza"/Ospedale San Giovanni Battista Foligno, Foligno, Italia⁽¹⁾ - Dipartimento di Riabilitazione USL2 Umbria, Foligno, Ospedale San Giovanni Battista, Foligno, Italia⁽²⁾ - Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università di Perugia, Perugia, Italia⁽³⁾ - Dipartimento di Ortopedia e Traumatologia, Università di Perugia, Perugia, Italia⁽⁴⁾ - Direttore Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitazione, Università di Roma "La Sapienza", Roma, Italia⁽⁵⁾ - Direttore Dipartimento di Riabilitazione USL2 Umbria, Foligno, Ospedale San Giovanni Battista, Foligno, Italia⁽⁶⁾

Introduzione. Lo studio osservazionale di 3 mesi effettuato nel 2014 svolto dal dipartimento di riabilitazione insieme al reparto di ortopedia del P.O. di Foligno (USL2 Umbria), ha evidenziato due aspetti preminenti: l'importanza di una valutazione e di un progetto riabilitativo precoce, volto a facilitare il recupero funzionale del paziente ed ottenere così dimissioni rapide, e la necessità di definire, all'interno del progetto riabilitativo, il setting più appropriato alle condizioni cliniche e funzionali del paziente avendo rilevato i motivi del ritardo di dimissione verso le strutture post acuzie [1]. Nell'anno 2015 si è proposto di ripetere la valutazione eseguita nell'anno precedente ma ampliando il protocollo con l'applicazione del Brief Core Set ICF per pazienti con malattie muscoloscheletriche nei reparti per acuti. L'obiettivo principale di questo lavoro è lo studio per mezzo dell'ICF del ruolo del team riabilitativo, che includa anche la figura del Fisiatra, nella riduzione dei tempi di dimissione che la gestione della dimissione difficile. Un secondo obiettivo è quello di individuare i pazienti che necessitano di supporto al domicilio in modo da poter addestrare i familiari alla gestione del paziente stesso.

Materiali e metodi. Sono stati reclutati consecutivamente presso l'Unità di Ortopedia del P.O. di Foligno (USL2 Umbria) pazienti

ricoverati dal 15.05.2015 e la valutazione si estenderà per 3 mesi. È stata creata una scheda di raccolta dati la cui compilazione è affidata a diverse figure sanitarie contenente dati clinici, riabilitativi e socio-assistenziali, la scala di Rankin premorbosa e prevista del paziente, la scala Brass ed infine il Brief Core Set ICF per pz con malattie muscoloscheletriche nei reparti per acuti [2]. I dati sono stati analizzati in termini di distribuzioni frequenziali.

Risultati. Al momento vengono presentati dei risultati preliminari analizzati su 13 pazienti (8 M e 5 F) con un'età media di 75 anni (43-90). Le fratture riportate sono state distinte in fratture di collo femore (46%), fratture pertrocanteriche (46%), fratture periprotetichesche (7.7%). Le mediane delle scale di valutazione anamnestiche sono state 2,3,17 rispettivamente per la scala Rankin premorbosa, per la scala Rankin prevista e per la scala Brass. La degenza media per paziente è stata 11.1 giorni (6-18) con una degenza media pre-operatoria di 3.2 giorni (1-7) e post-operatoria di 8 giorni (4-11). Il 53.8% dei pz hanno avuto una valutazione fisiatrica su richiesta di consulenza da parte dei colleghi ortopedici e successivamente 12 pazienti sono stati sottoposti a trattamento riabilitativo in reparto per una media di 4.5 giorni (0-7). Tra le motivazioni riscontrate in caso di dimissione ritardata evidenziamo la comparsa di complicanze cliniche (8 pz), la tardiva accoglienza presso RSA (3 pz) e le difficoltà organizzative dei familiari (1 pz). Per quanto concerne il setting alla dimissione: il 69,2% dei pazienti è tornato a casa, il 7,7% trasferito presso strutture di riabilitazione intensiva, il 15,3 % presso RSA e il 15.3% in riabilitazione ambulatoriale. Relativamente al Brief core set ICF, le funzioni corporee ci aiutano a stabilire il livello funzionale della persona grazie alla quale possiamo orientarci nella definizione del progetto e del setting riabilitativo alla dimissione, specie quando integrata dai domini dell'attività e partecipazione. Gli items risultati più rilevanti sono stati nel dominio funzioni corporee: b280, b455, b525-b620, b710, b735 con un valore mediano di 3 e b415 con una mediana 1. Nel dominio strutture corporee emergono gli items: s410, s740 e s810. Nel dominio attività e partecipazione: gli items che mostrano il ruolo dei fattori facilitanti sono d230, d410, d415, d420, d510, d520, d530, d550 che variano da una capacità 4 o 3 ad una performance 0 o 1. Infine tra i fattori ambientali sono risultati facilitatori sostanziali: e110, e355 con un valore mediano di 3, mentre meno rilevante risulta l'atteggiamento individuale degli amici e420.

Conclusioni. Lo studio ha permesso di rilevare le criticità presenti nelle persone con frattura di femore prossimale, evidenziando l'importanza di una valutazione e di un progetto riabilitativo precoce per facilitare il recupero, ottenendo dimissioni rapide. Emerge inoltre la necessità di definire, all'interno del progetto riabilitativo, il setting più appropriato alle condizioni cliniche e funzionali del paziente. Si sono evidenziate delle difficoltà nella scelta dei tempi di somministrazione della scala BRASS (utilizzata all'inizio del ricovero per prevedere le dimissioni difficili) e della scheda ICF (utilizzata nel post operatorio, perché necessita di una stretta dipendenza dall'intervento ortopedico per le disposizioni sulla concessione o meno del carico). Nei pochi casi esaminati non vi è stata una modifica dei tempi di ricovero post intervento, ma una valutazione fisiatrica e la definizione di un percorso riabilitativo è stata effettuata nella metà dei pazienti.

Bibliografia

1. Braconi A. R. et al. Criticità nella dimissione dal reparto di ortopedia dopo frattura di femore prossimale. 42° Congresso Nazionale SIMFER, Torino 2014.
2. Stoll, T. et al ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in the acute hospital. *Disability & Rehabilitation.* 2005, 27(7-8), 381-387.

221

TAPIA SYNDROME: CASE REPORT

MARIA VITTORIA BENETTI⁽¹⁾ - ANNALISA BRUGNERA⁽¹⁾ - PAOLA CASTELLAZZI⁽¹⁾ - ALBERTO VOGRIG⁽²⁾ - GIULIA TURRI⁽³⁾ - PAOLA VIGNOLA⁽⁴⁾ - DANIELA BONINI⁽⁵⁾ - LORENZA FAVRETTI⁽⁵⁾ - MARIA LUISA GANDOLFI⁽¹⁾ - ALESSANDRO PICELLI⁽¹⁾ - NICOLA SMANIA⁽¹⁾
Dipartimento di Scienze Neurologiche, Neuropsicologiche, Morfologiche e del Movimento, Università di Verona, Verona, Italia⁽¹⁾ - Scuola di