

Complicatiile

CONTRACTURILE

Contracturile genereaza intarzierea si efectuarea cu dificultate a programului de recuperare. Impiedicarea aparitiei lor cade in sarcina fizioterapeutului.

CAUZELE CONTRACTURILOR

- Pozitionarea incorecta in pat sau in fotoliul rulant
- Fizioterapia incorecta
- Spasticitatea

Este dificil sa separam acesti trei factori care se intrepatrund.

TRATAMENTUL CONSERVATOR AL CONTRACTURILOR

1. Miscarile pasive
2. Intinderea pasiva prelungita
3. Exerciitiile active
4. Ortezarea
5. Exerciitiile active si pasive efectuate in apa calda
6. Crioterapia si ultrasunetele

Miscarile pasive

Miscarile pasive sunt intotdeauna efectuate in aditie cu orice alta metoda de tratament folosita. Impreuna cu miscarile pasive se pot aplica si intinderile pasive in pozitia de corectie maxima.

Intinderile pasive prelungite

Intinderea pasiva prelungita poate fi aplicata pentru contractura flexorilor soldurilor si genunchilor sau pentru contractura adductorilor, fixand ferm membrul in pozitie corectata. In pat, pozitia corectiva este mentinuta prin folosirea pernelor si a bretelelor captusite. De exemplu, pentru contractura flexorilor genunchiului, membrele inferioare sunt tinute in extensie prin prinderea unei curele deasupra genunchilor. Pentru a diminua presiunea exercitata in acest mod, se aseaza perne in acest mod: (a) sub membrul inferior de dedesubt, cand pacientul este in d.l., pentru a evita contactul calcaiului cu patul, (b) intre genunchi, pentru a evita frecarea tegumentelor de deasupra extremitatilor osoase, si (c) peste genunchi, sub curea.

Pe plinta

Contractura adductorilor. Pacientul este asezat in decubit dorsal pe plinta cu perne asezate sub fese si trunchi. Membrele inferioare sunt asezate peste marginile plintei, cu cate o perna intre plinta si marginea mediala a genunchiului pentru a diminua presiunile. Fiecare genunchi este legat, si trebuie sa ne asiguram ca soldurile sa fie pozitionate in rotatie laterala (fig. 16.1a).

Contractura flexorilor soldului. Pacientul se afla in decubit ventral pe plinta. Doua sau trei perne sunt asezate sub genunchi si sub trunchi, lasand loc liber la nivelul articulatiei soldului. Pentru a preveni presiunea, o perna este plasata intre genunchi, si degetele de la picioare trebuie sa fie lasate sa atarne la marginea plintei. Bretelele plasate deasupra unei perne care se aseaza la nivelul sacrului, sunt stranse gradat. Trebuie sa avem grija sa asezam cele doua grupe de perne astfel incat intinderea sa se exercite la nivelul flexorilor soldului.

Daca spatiul dintre perne este prea mare, intinderea va avea ca efect numai cresterea lordozei lombare. Gleznele pot fi de asemenea prinse cu o bretea captusita daca exista contractura la nivelul flexorilor genunchiului. intinderea este mentinuta in mod normal 20 -30'.

Exercitiile active

Pentru grupele musculare inervate, tehnica hold – relax este folosita pentru a obtine relaxarea grupelor musculare contractate, si se aplica intotdeauna exercitii rezistive grupelor musculare antagoniste.

Ortezarea

Pentru a evita presiunea excesiva, este recomandabil sa se foloseasca orteze seriate, si sa nu se incerce sa se obtina corectia maxima de la inceput. Contractura poate implica mai multe articulatii. In acest caz, corectia maxima se va adresa in primul rand articulatiei controlate de muschii care este cel mai afectat. de exemplu, daca cotul, pumnul sau degetele sunt flectate, principalul muschi este bicepsul, si corectia maxima trebuie sa se adreseze cotului. Ortezele gonflabile pot fi folosite in aceste situatii.

Exercitiile active si pasive efectuate in apa calda

Apa calda are efect relaxant, si este eficienta mai ales in cazurile in care exista spasticitate severa.

Crioterapia si ultrasunetele

In unele situatii, aceste metode de terapie isi pot dovedi utilitatea.

‘Atacul constant’, acesta este motto-ul adecvat atunci cand ne referim la tratamentul contracturilor. Tratamentul trebuie sa fie efectuat de mai multe ori pe zi, folosind o varietate de metode. De exemplu, contractura tendonului bicepsului poate fi tratata cu succes prin miscari pasive efectuate zilnic, exercitii active, crioterapie, ultrasunete si ortezare; contractura flexorilor soldului si genunchiului se poate trata prin miscari pasive, elongatii efectuate pe plinta, crioterapie si exercitii efectuate in piscina cu apa calda.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Daca in ciuda tratamentului intensiv aplicat, dupa 6 saptamani nu se obtin ameliorari, se indica tratamentul chirurgical.

Eliberarea iliopsoasului prin miotomie (Michaelis 1964), elongatia tendonului lui Achille, si neurotomia obturatorului pentru eliberarea adductorilor, sunt proceduri chirurgicale folosite in cazul prezentei contracturilor care nu raspund la tratamentul conservator (Eltorai & Montroy 1990). Daca pacientul are o spasticitate importanta asociata contracturilor, se pot folosi si alte proceduri chirurgicale.

DIFORMITATILE COLOANEI

DEZVOLTAREA DIFORMITATILOR SPINALE

Orice pacient imobilizat la pat este supus pericolului dezvoltarii contracturilor, si de asemenea exista riscul aparitiei scoliozei. Copiii si adolescentii in perioada de crestere sunt expusi mai ales, datorita mobilitatii mari a articulatiilor.

Cand un pacient petrece un timp indelungat intr-o postura anormala care i se poate parea mai comoda pentru activitatile functionale, in pat sau pe fotoliul rulant, se pot dezvolta diformitatile. Scoliozele mari si pozitiile anormale ale bazinului vor stanjeni serios recuperarea pacientului si il pot impiedica sa obtina independenta completa sau mentinerea propriei greutate corporale in pozitie verticala.

Pentru evaluarea diformitatii, natura exacta a acestei probleme trebuie sa fie identificata – indiferent daca este corectabila sau fixa.

Pentru a impiedica aparitia acestor probleme, pacientul trebuie sa fie corect pozitionat im pat si pe fotoliul rulant, si trebuie sa invete postura corecta si sa efectueze exercitii pentru cresterea fortei musculare.

DEFORMAREA COLOANEI SI A BAZINULUI PRIN POZITII ANORMALE ADOPTATE FRECVENT DE PACIENTI

In cele ce urmeaza vor fi prezentate cateva exemple de postur anormale, insusite in mod frecvent de pacientii medulari, pozitii care pot conduce la deformarea coloanei si bazinului.

In pat

Un pacient cu o leziune toracica sau lombara care este imobilizat la pat din cauza unei escare, de exemplu pe trohanterul drept, poate fi pozitionat doar in d.d. si d.l. stang. toate activitatile functionale – spalatul, alimentatia, scrisul – trebuie sa fie efectuate cu mana dreapta si pacientul se va ridica pe cotul stang. aceasta va implica folosirea flexorilor trunchiului de pe partea dreapta. Ca rezultat al acestei pozitii, va aparea o scolioza concava spre dreapta.

Chiar daca un astfel de pacient este pozitionat alternativ si in d.l. drept, cand va fi pe partea stanga, el se va ridica pe cot pentru a-si folosi membrul superior dominant in activitati functionale, ceea ce va duce la dezvoltarea unei scolioze.

Pacientii foarte activi care vor sa-si foloseasca mainile in perioada cand stau in decubit ventral pentru vindecarea unei escare, risca sa dezvolte o lordoza accentuata. Pentru a impiedica aceasta, perna de sub cap trebuie sa fie indepartata in perioadele cand pacientul isi foloseste mainile in activitati functionale.

In fotoliul rulant

Munca la birou in pozitie de flexie laterala si eventual rotatie a trunchiului predispune la dezvoltarea scoliozei. Un copil care se uita la televizor sau adopta pozitia de citit, cu capul sprijinit in palma si cotul pe rezematoarea laterala a scaunului va dezvolta o diformitate intr-un mod asemanator.

Un pacient care in mod constant isi incruciseaza picioarele in pozitia sezand, de fiecare data in acelasi fel, este expus de asemenea unui pericol asemanator.

In cazul in care a fost efectuata o ischiectomie unilaterala, cea mai mare parte a greutatii corpului va fi preluata de partea opusa, astfel rezultand o pozitie vicioasa a pelvisului.

Folosirea unui fotoliu rulant cu comanda electrica, tinand un brat in spatele manerului scaunului pentru echilibrare, va avea ca efect rotatia coloanei si inclinarea pelvisului.

In ortostatism

Accentuarea lordozei apare mai ales la copii si adolescentii cu leziuni la nivelul T7-8 sau mai sus. Aceasta se explica prin insuficienta dezvoltare a muschilor abdominali si prin mobilitatea articulara crescuta.

Rectitudinea coloanei lombare apare la pacientii cu leziuni toracice joase, T11 – L1, prin dezechilibrul dintre muschii abdominali care sunt inervati, si muschii sacrospinali, iliopsoas si muschii membrelor inferioare, care sunt paralizati.

Accentuarea bascularii anterioare a pelvisului insotita de lordoza, se dezvolta mai ales la pacientii cu leziuni sub L3, prin hiperactivitatea iliopsoasului si dreptului femural, spre deosebire de fesieri care sunt paralizati.

In mod asemanator, o basculare anterioara a pelvisului poate fi produsa printr-o incordare minima a flexorilor soldului. Compensarea apare la nivelul coloanei lombare care isi accentueaza lordoza pentru mentinerea echilibrului.

PREVENIREA SI TRATAMENTUL

Alegerea corecta a pernei pentru fotoliu si posturarea corecta a pacientului in fotoliul rulant sunt esentiale pentru prevenirea diformitatilor (vezi capitolele 6 si 10).

Urmatoarele metode de tratament pot fi folositoare:

1. Tonifierea muschilor mai slabi sau a celor mai putin utilizati, incluzand folosirea electrostimularii si a tirului cu arcu acolo unde este posibil.
2. Intinderea acelor muschi care au tendinta sa se scurteze
3. Intinderea prelungita in pozitii hipercorectate a muschilor care au tendinta de a se scurta
4. Reeducarea posturii si reevaluarea regulata a pernei pentru fotoliul rulant
5. Dormitul in pozitie corecta
6. Folosirea bretelelor elastice

Dormitul in pozitii corectate