

“Il percorso riabilitativo interdisciplinare nei pazienti con neoplasie muscolo scheletriche Ruolo e funzione del fisioterapista”

Ft. Giacomo Innorta

Servizio Di Fisioterapia

Equipe Interdisciplinare



- Chirurgo Ortopedico
 - Oncologo
 - Fisioterapista
 - Infermiere
 - Psicologo
- Specialista d'organo
 - Logopedista
- Assistente sociale
- Radioterapista
 - Volontario
 - Famiglia

Ruolo del Fisioterapista all'interno dell U.O.C.

Il Fisioterapista assume un ruolo di centralità nella presa in carico del paziente oncologico

E' di fondamentale importanza all'interno dell' equipe interdisciplinare ospedaliera e collaborando con essa elabora un "Iter Riabilitativo" efficace e mirato alla patologia e alle esigenze del paziente

ART. 11 - Il Ft elabora e definisce autonomamente o in collaborazione con altre figure sanitarie il programma terapeutico - riabilitativo. Il Ft elabora il programma terapeutico - riabilitativo in base alla valutazione effettuata. Informa la persona assistita sugli interventi terapeutici più opportuni e sugli eventuali effetti collaterali. Espone gli obiettivi del trattamento, stabilendo tempi, modalità e verifica dell'intervento. Si rende disponibile a collaborare con i sanitari di fiducia del paziente.

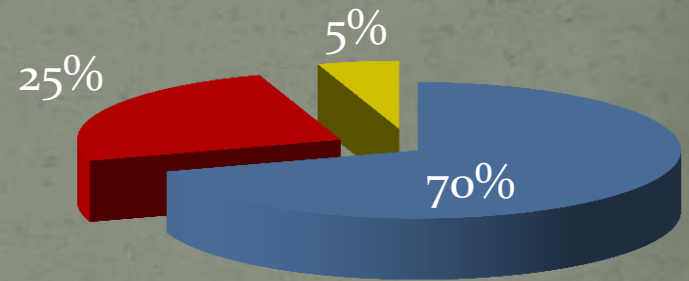
Dati statistici di pazienti trattati nel Triennio 2009-2011 nell' U.O.C. di Ortopedia Oncologica

Sono stati presi in carico
70 Pazienti:

N 50 Con Neoplasie ossee
e/o fratture patologiche

N° 17 Con Neoplasie dei
tessuti molli

N° 4 Complicanze post
intervento chirurgico



- Neop. osse
- Neop molli
- Complicanze post chirurgiche

- Vengono maggiormente colpiti gli arti inferiori localizzandosi prevalentemente:

■ Femore prossimale	6%
■ Femore distale	35%
■ Tibia prossimale	18%
■ Perone	6%

- Al livello degli arti superiori nel 18%
- Circa per il 17% in altri distretti corporei come bacino vertebre o pube

I pazienti presi in carico in ambito ortopedico oncologico nel nostro istituto rappresentano circa il 15% del totale

Va però specificato che la complessità del tipo di paziente prevede un iter riabilitativo di norma più lungo rispetto agli altri reparti

Di norma le giornate di degenza e il tipo di accesso risulta essere circa un 20% più lungo rispetto agli altri reparti

Risulta quindi molto importante ai fini di una corretta presa in carico dei pazienti proporre un programma riabilitativo che consta di vari fasi:

- Pre-operatoria
- Post-operatoria precoce
- Post-operatoria tardiva o domiciliare
- Follow up a 6-12 mesi

Obiettivi specifici della presa in carico

- Riacquisire proprietà fisiche e meccaniche del distretto sottoposto ad intervento chirurgico
- Recuperare i meccanismi propriocettivi
- Evitare l'**insorgenza** delle complicazioni precoci e tardive

- Aumentare le richieste funzionali ed evitare l'insorgere di sindromi da immobilità
- Recupero della compliance deambulatoria
- recupero delle AVQ
- Motivare il paziente cercando di coinvolgerlo nel programma riabilitativo

Trattamento Riabilitativo

Per un corretto Iter Riabilitativo bisogna tener conto:

- Età
- Stato generale
- Resezione subita
- Eventuali complicanze

Interventi precoci

- Esercizi di rinforzo muscolare pre operatori se utili e previsti

Successivamente in base alle condizioni delle paziente nelle prime 24-72 ore post intervento ove è possibile si eseguono:

- Esercizi vasomotori
- Rieducazione respiratoria

Dalla Terza Quarta giornata

Si cominciano ad eseguire progressivamente:

- Rinforzo muscolare arto contralaterale e progressivamente arto operato
- Kinesiterapia attiva e passiva con FNP
- Mobilizzazione tronco bacino
- Passaggi posturali cercando di portare il paziente ove sia possibile prima alla posizione seduta autonoma e poi alla stazione eretta
- Training della deambulazione

Molto importante ai fini di un corretto recupero delle funzionalità del paziente risulta essere l'educazione ai corretti passaggi posturali

La nostra equipe insegna a secondo della possibilità del paziente

1. Passaggio da posizione supina a seduta
2. Passaggio letto carrozzina
3. Passaggio carrozzina deambulatore

Recupero compliance deambulatoria

Al fine di un recupero ed un reinserimento nelle normali attività della vita quotidiana si esegue un recupero dello schema del passo utilizzando vari ausili:

- Deambulazione con deambulatore
- Deambulazione con 2 canadesi
- Deambulazione con una canadese con carico sfiorante
- Ove è possibile deambulazione con carico progressivo senza ausili

Risulta inoltre fondamentale far eseguire ai pazienti:

- Esercizi propriocettivi
- Esercizi per la coordinazione motoria
- Esercizi di stabilità ed equilibrio

Inoltre si possono effettuare

- Linfodrenaggio manuale in presenza di edemi post chirurgici
- Trattamenti di scollamento per le aderenze cicatriziali

Collaborazione con ambulatorio sarcomi

Da questa primavera abbiamo intrapreso una collaborazione con l'ambulatorio sarcomi al fine di migliorare la presa in carico dei pazienti e al fine di poter monitorare tramite una valutazione funzionale integrata la condizione e i reali progressi dei pazienti sottoposti a intervento chirurgico

Utilizziamo per questo scopo la scheda proposta da W.F. Enneking che valuta :

- dolore, funzione, forza,
- stabilità articolare,
- deambulazione,
- accettazione emotiva

Scheda di Enneking

- dolore, funzione, forza,
- stabilità articolare,
- deambulazione,
- accettazione emotiva

Proximal Thigh/Hip/Pelvis						
Name _____						Rating _____
Number _____						Score _____
Date _____						
Rating						
1. MOTION (Combined active flexion, abduction, and rotation of lower extremity on trunk)	2. PAIN	3. STABILITY	4. DEFORMITY	5. STRENGTH (In abduction of hip)	6. FUNCTIONAL ACTIVITY	7. EMOTIONAL ACCEPTANCE
EXCELLENT	>180°	None	Negative Trendelenburg	0-5° adduction or flexion contracture; <1 cm shortening	Normal (5)	No restrictions Enthusiastic
GOOD	120-180°	Modest	Compensated Trendelenburg without cane	5-10° adduction or flexion contracture; 1-2 cm shortening	Less than normal resistance (4)	Recreational restrictions Satisfied
FAIR	60-120°	Moderate	Compensated Trendelenburg with cane	10-20° adduction or flexion contracture; 2-4 cm shortening	Can only overcome gravity (3)	Partial disability Accepts
POOR	0-60°	Severe	Compensated Trendelenburg; cannot bear weight	>20° adduction or flexion contracture; >4 cm shortening; amputation	Cannot overcome gravity (0, 1, 2)	Total disability Dislikes
Specific Data						
MOTION (Enter degrees)	PAIN (Circle medication)	STABILITY (Circle supports)	DEFORMITY (Enter degrees or centimeters)	STRENGTH (Enter 0-5 international rating)	ACTIVITY (Circle restricted activities)	CAUSES OF REJECTION (Circle reason(s))
1. Flexion _____ 2. Extension _____ 3. Abduction _____ 4. Adduction _____ 5. Internal rotation _____ 6. External rotation _____	1. None 2. Antiinflammatory 3. Nonnarcotic analgesics 4. Narcotic analgesics 5. Other _____	1. None 2. Brace 3. Cane 4. Crutch 5. Walker 6. Cannot bear weight 7. Other _____	1. None 2. Flexion contracture _____ 3. Adduction contracture _____ 4. External rotation contracture _____ 5. Internal rotation contracture _____ 6. Shortening _____ 7. Absence _____ 8. Limp _____ 9. Other _____	Flexion _____ Extension _____ Abduction _____ Adduction _____ Internal rotation _____ External rotation _____	1. None 2. Ambulation 3. Stairs 4. Running 5. Hill walking 6. Dressing 7. Bathing 8. Driving 9. Other _____	1. Appearance 2. Discomfort 3. Restrictions 4. Cannot express 5. Psychological 6. Other _____

Per ognuna dei 7 item presi in considerazione si da a seconda della menomazione e della disabilità un punteggio da 0 a 5 e un giudizio da poor ad excellent

In questo modo ogni paziente preso in carico tramite la compilazione della scheda riceverà un giudizio complessivo definito RATING e un punteggio complessivo definito SCORE su una scala in trentacinquesimi

Abbiamo rilevato che il rating e lo score nei pazienti sottoposti a follow up migliora costantemente nei mesi fino a raggiungere nella quasi totalità dei pazienti sottoposti a valutazione il range di giudizio good e lo score compreso tra 21-29/35 a 1 anno dall'intervento chirurgico

Conclusioni

Durante l'attività di presa in carico dei pazienti ortopedici oncologici si è evinto che "l'iter riabilitativo" anche se temporaneo è di sicuro utile nel recupero e nel reinserimento del malato nella società

Analizzando il nostro lavoro possiamo affermare con certezza che la presenza del fisioterapista nel reparto già dai primi giorni di degenza motiva e sprona il paziente ad un recupero più veloce ed efficace e una riduzione delle complicanze

La proposta di seguire il paziente dall'entrata in ospedale fino alla dimissione e poi successivamente con dei follow up valutativi può essere sicuramente utile come mezzo

- Per migliorare la qualità della presa in carico dei pazienti
- Per monitorare l'efficacia della riabilitazione interdisciplinare
- Per avere dei dati statisticamente significativi da poter analizzare al fine di migliorare il servizio offerto ai degenti

Da parte nostra la continua ricerca di una cooperazione fra i vari operatori punta come obiettivo finale proprio alla riduzione delle criticità che il paziente oncologico presenta quotidianamente proponendo il modello interdisciplinare come il più efficace per una corretta presa in carico del paziente

Grazie per l'attenzione

