

IL TRATTAMENTO RIABILITATIVO NELLO STUPOR DEL NERVO CORACO-BRACHIALE DA VASTO EMATOMA IN PAZIENTE CON DEFICIT DI FATTORE II: CASE REPORT

Dalila Scaturro⁽¹⁾ - Federica Carita⁽²⁾ - Elisa Palumbo⁽²⁾ - Lorenza Lauricella⁽²⁾ - Giulia Letizia Mauro⁽²⁾

UOC Riabilitazione, AOUP P. Giaccone di Palermo, Palermo, Italia⁽¹⁾ - UOC Riabilitazione, AOUP Paolo Giaccone Palermo, Palermo, Italia⁽²⁾

Introduzione

I fattori della coagulazione sono un gruppo di molecole che nel processo emostatico concorrono alla formazione del reticolo di fibrina.

Il deficit quantitativo e/o qualitativo di uno di questi fattori determina un'alterazione del normale processo con ripercussioni sulla qualità della vita e sulla salute dei soggetti; tra le più frequenti si riscontra la carenza del fattore VIII (emofilia A) e del fattore IX (emofilia B), raramente risulta deficitario il fattore II (Protrombina).

Quest'ultimo in particolare determina una malattia emorragica ereditaria, autosomica recessiva, caratterizzata da sintomi emorragici muco-cutanei, la cui gravità dipende dai livelli di FII. E' dovuto alle mutazioni del gene F2 (11p11-q12) che codifica per la protrombina. La prevalenza delle forme omozigoti è stimata in 1:2.000.000. ed i due sessi sono interessati in uguale misura. Può esordire a tutte le età, anche se le forme gravi tendono a evidenziarsi precocemente. Sono comuni le epistassi, i sanguinamenti della cavità orale e dei tessuti molli, gli emartri, le ecchimosi e le emorragie protratte dopo i traumi o gli interventi chirurgici. Le forme gravi possono esitare in emorragie intracraniche o sanguinamenti a livello ombelicale. La diagnosi si basa sul prolungamento del tempo di protrombina e del tempo di tromboplastina parzialmente attivata (TP, TTPa) e sulla diminuzione dell'attività della coagulazione del FII dosata mediante TP. Per trattare gli episodi emorragici si utilizzano i Concentrati di Complesso Protrombinico (CCP) o il Plasma Fresco Congelato (se i CCP non sono disponibili). La prognosi è buona se la diagnosi è precoce e il trattamento è adeguato.

La rieducazione funzionale e il laser Co2 rappresentano il gold standard migliorando le ADL e prevenendo le retrazioni muscolo-tendinee e le rigidità articolari nonché per la risoluzione di emartri ed ematomi, quest'ultimo agisce attraverso la sua attività antiflogistica, analgesica, antiedemigena.

Materiali e metodi

Il 18/01/2017 G.C., un uomo di 39 anni afferisce presso l'U.O.C. Di Riabilitazione dell'AOUP "Paolo Giaccone" di Palermo, inviato dal reparto di Ematologia attraverso la "rete emofilia".

Riferisce in data 26/10/2016 la comparsa improvvisa di dolore all'ASDX con irradiazione a livello pettorale per cui si reca al PS di Caltanissetta dove viene posta diagnosi di ematoma a livello sub ascellare. Il 03/01/2017 il pz è costretto a ritornare al PS dell'ospedale Civico di Palermo per comparsa di edema all'Asdx ed ecchimosi sul fianco destro da verosimile ematoma spontaneo in seguito ad attività fisica amatoriale (nuoto). Esegue angioTC senza mdc dei vasi periferici che mostra un voluminoso ematoma del muscolo coraco-brachiale dx esteso con marcata compressione delle strutture vascolo nervose del comparto anteriore. Tuttavia viene esclusa l'ipotesi chirurgica ed inviato presso il reparto di ematologia dove si riscontra deficit del fattore II e tempestivamente viene avviato a trattamento farmacologico con concentrati di derivazione plasmatica contenenti fattore II della coagulazione (Kedcom 500-100UI). Inviato al nostro reparto viene sottoposto a visita fisiatrica, prescritto esame RM e posta diagnosi di "postumi ematoma da rottura del ventre mediale muscolo bicipite omerale dx e stupor del nervo muscolo cutaneo da compressione in deficit di fattore II". Vengono somministrate le scale NRS, FISH e l'HJHS. Alla luce del quadro clinico si prescrivono 20 sedute del seguente progetto-programma riabilitativo: laser CO2 mano dx, gomito dx, regione volare braccio dx e spalla dx, grande pettorale dx e rieducazione funzionale spalla e gomito destro consistente in cauti esercizi di mobilizzazione attiva-assistita ed attiva gomito destra per il recupero del ROM articolare, stretching muscolare per la prevenzione della rigidità e delle retrazioni muscolo-tendinee, rieducazione neuromotoria per il recupero della forza muscolare del bicipite omerale, coracobrachiale e muscolo brachiale; successivamente prolungate a 60 sedute per il continuo miglioramento del quadro clinico soprattutto in termini di recupero neuromotorio. Il paziente ha continuato le infusioni di concentrato contemporaneamente al trattamento riabilitativo. E' stato sottoposto a valutazioni in: T0 (prima visita), T1 (20 sedute), T2 (40 sedute e controllo RM), T3 (60 sedute), T4 (follow up a 4 mesi il 29/05/2017 e controllo RM) e T5 (successivo Follow-up a 6 mesi il 29/06/2017 e controllo RM).

E' stata condotta un'analisi statistica dei dati utilizzando come strumento l'investigazione grafica dei cambiamenti in media, la valutazione dell'andamento e la relativa stabilità di quest'ultimo.

Risultati

Dopo 40 sedute l'esame RM del 07/04/2017 ha evidenziato riduzione dimensionale dell'ematoma muscolare del coraco-brachiale dx (da 2.7x3.3x12 cm a 1.4x2.5x6.2 cm) che assume "aspetto a clessidra simil-fluida regione caudale e ad ipo-media intensità regione craniale e assenza di edema fibrillare". Infine dopo 6 mesi il controllo RM ha

evidenziato la "scomparsa quasi completa delle note formazioni nel contesto del ventre muscolare del coracobrachiale dx, permane una minima quota di circa 12 mm della formazione più craniale".

La risoluzione del dolore è stata graduale ma costante da NRS a T0=8 fino ad un NRS a T2=0.

La forza muscolare del bicipite omerale, coracobrachiale e muscolo brachiale dx è passata da T0=2 MRC a T3=4 MRC.

Gli indici funzionali della scala FISH (T0=24 a T4=32) e HJHS (T0=16 e T4=3) dimostrano un recupero del ROM articolare di tutti i distretti dell'arto superiore destro, una buona ripresa funzionale con conseguente ripristino dello svolgimento nelle attività della vita quotidiana e lavorativa.

Conclusioni

Appare quindi evidente come l'esercizio terapeutico in associazione al laser CO2 in sinergia con il trattamento farmacologico con concentrati di derivazione plasmatica, consentono una rapida risoluzione dell'evento emorragico e delle complicanze.

Bibliografia

1. White GC, Rosendaal F, Aledort LM, et al. Definitions in hemophilia. Recommendation of the scientific subcommittee on factor VIII and factor IX of the scientific and standardization committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. *Thromb Haemost.* 2001;85:560
2. El-Shamy SM1, Abdelaal AA2. Efficacy of pulsed high-intensity laser therapy on pain, functional capacity, and gait in children with haemophilic arthropathy. *Disabil Rehabil.* 2016 Dec 15:1-7.
3. Ravanbod R, Torkaman G, Esteki A. Comparison between pulsed ultrasound and low level laser therapy on experimental haemarthrosis. *Haemophilia.* 2013 May;19(3):420-5.