

exercise program in the treatment of plantar fasciitis". *Orv Hetil.* 2010 Apr 25;151:199-200.

141

LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA DEL PAZIENTE AFFETTO DA PACHIMENINGITE IPERTROFICA IDIOPATICA: CASE REPORT

CARTA MARTA⁽¹⁾ - ANNA PIRARI⁽¹⁾

ASL 5 NUORO, C. ZONCHELLO, NUORO, ITALIA⁽¹⁾

La pachimeningite ipertrofica idiopatica (I.I.P.) è un raro processo infiammatorio cronico della dura madre ad etiologia non ancora conosciuta, esitante in un ispessimento localizzato o diffuso della dura madre esitante in fibrosi. Scoperta nel 1869 da Charcot e Joffroy, nel tempo altri casi sono stati riscontrati sia a livello spinale che intracranico o in entrambe le sedi. L'epidemiologia evidenzia una distribuzione abbastanza varia nella popolazione dai 15 anni a oltre i 70 anni con lieve prevalenza nel sesso maschile. I casi segnalati in letteratura sono 60 per quanto riguarda la forma intracranica e 70 per la forma spinale. Le manifestazioni neurologiche che si osservano sono conseguenza della compressione esercitata dal cordone fibrotico della dura madre sulle strutture adiacenti per cui nella forma intracranica osserviamo cefalea cronica associata o meno da paralisi dei nervi cranici, atassia cerebellare e complicazioni neuro-oftalmiche che includono papilledema, neuropatia ottica, perdita del campo visivo fino alla cecità; nella forma spinale dolore localizzato e parestesie per irritazione radicolare, seguite da debolezza ed atrofia muscolare (per compressione radicolare prolungata), paraplegia, perdita della funzione vescicale, disturbi intestinali e distress respiratorio da compressione mielica. L'esame RMN della colonna vertebrale e dell'encefalo con mezzo di contrasto seguita dall'esame istopatologico delle reperto operatorio sono indispensabili per porre il sospetto di una pachimeningite ipertrofica la cui diagnosi è una diagnosi di esclusione perché numerose sono le patologie in grado di produrre un ispessimento flogistico acuto o cronico della dura e che devono essere tenute in considerazione ai fini diagnostico-differenziali, in particolare i processi infettivi e le collagenopatie autoimmuni. La terapia steroidea e immunosoppressiva è ormai considerata da tutti gli autori il trattamento "Gold Standard". Si discute di una persona giunta alla nostra osservazione, con un problematico percorso diagnostico terapeutico la cui presa in carico riabilitativa ha necessitato di un Progetto Riabilitativo Individuale, la costituzione di un team multidisciplinare-interprofessionale per l'importanza degli elementi di disabilità e ridotta partecipazione della persona e dei risultati conseguiti a seguito della corretta diagnosi e della possibilità di aver potuto adeguare il trattamento riabilitativo alla disabilità del paziente.

142

VALUTAZIONE CON PLETISMOGRAFIA OPTOELETTRONICA DELL'INFLUENZA DELLA POSTURA SULLA CINEMATICA RESPIRATORIA NEI PAZIENTI CON LESIONE DEL MIDOLLO SPINALE

SANDRA MICCINILLI⁽¹⁾ - MICHELANGELO MORRONE⁽¹⁾ - MIRELLA MASELLI⁽¹⁾ - FLAVIA BASTIANINI⁽²⁾ - SERGIO SILVESTRI⁽²⁾ - GIORGIO SCIVOLETTO⁽³⁾ - MARCO MOLINARI⁽³⁾ - SILVIA STERZI⁽¹⁾

U.O.C. DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA, POLICLINICO UNIVERSITARIO CAMPUS BIO-MEDICO, ROMA, ITALIA⁽¹⁾ - LABORATORIO MISURAZIONI E STRUMENTAZIONE BIO-MEDICA, UNIVERSITÀ CAMPUS BIO-MEDICO, ROMA, ITALIA⁽²⁾ - UNITÀ OPERATIVA MIELOLESI, I.R.C.C.S. FONDAZIONE SANTA LUCIA, ROMA, ITALIA⁽³⁾

Introduzione. Le complicanze respiratorie costituiscono una delle evenienze più frequenti nel breve e lungo periodo nei pazienti paraplegici e tetraplegici. Scopo del presente studio è stato valutare il modello cinematico della gabbia toracica nelle due posture più frequentemente adottate da questi pazienti (seduta e supina) a confronto con soggetti sani ed in particolare le differenze tra la cinematica respiratoria nei soggetti affetti da paraplegia e tetraplegia. Ulteriore obiettivo è stato inoltre valutare le differenze nel grado di sincronizzazione tra i diversi compartimenti della parete toraco-addominale attraverso l'analisi con diagramma di Konno e Mead.

Materiali e Metodi. Sono stati studiati 20 pazienti mielolesi (11 paraplegici e 9 tetraplegici, livello lesionale compreso tra C3 e T8) in fase cronica (distanza dalla lesione >1anno) e 20 soggetti sani. Criteri di esclusione sono stati: affezioni respiratorie, patologie cardiache, uso di farmaci in grado di influenzare la respirazione o l'attività cardiaca, scarsa compliance. Ciascun soggetto in studio è stato valutato con OEP in posizione seduta e supina secondo un protocollo a 52 markers posizionati sulla parete toraco-addominale. Algoritmi matematici hanno permesso di ricostruire la parete toraco-addominale e di calcolarne l'intero volume e quello dei singoli compartimenti

(Pumonary Rib Cage -RCp-, Abdominal Rib Cage -Rca-, Abdomen -AB-). Per ciascun soggetto è stato valutato il Quiet Breathing (QB), l'Hyperventilation (HP), il FEV 1 (Forced Expiratory Volume 1) e l'Expiratory Vital Capacity (EVC).

Risultati. Il confronto tra mielolesi e soggetti sani ha mostrato variazioni delle escursioni della gabbia toracica inferiori nei pazienti mielolesi rispetto ai sani in entrambe le posizioni, fatta eccezione per il compartimento addominale, in cui l'escursione è risultata maggiore in entrambe le posture. Lo stesso confronto realizzato tra soggetti tetraplegici e paraplegici ha mostrato, in posizione seduta, variazioni di volume significativamente maggiori per i tetraplegici nel compartimento AB sia in QB che in HP, mentre, in posizione supina, erano evidenti variazioni di volume maggiori per i soggetti paraplegici in RCp in QB ed in RCp e Chest Wall (Rca+RCp+AB) in HP rispetto ai tetraplegici. L'analisi con diagramma di Konno e Mead nel soggetto sano ha messo in evidenza coefficienti di regressione lineare vicini all'unità. Nel paziente paraplegico la stessa analisi ha mostrato in posizione seduta un coefficiente di regressione lineare pari a 0,94 e, in posizione supina, un coefficiente pari a 0,77. Lo stesso si verificava nel tetraplegico, a fronte, tuttavia di coefficienti ancora più lontani dall'unità: pari a 0,82 in posizione seduta ed a 0,55 in posizione supina. L'analisi con angolo di fase su sani e mielolesi ha confermato i risultati ottenuti con diagramma di Konno e Mead.

Conclusioni. L'analisi dei risultati sulla cinematica respiratoria ha permesso di ipotizzare che la posizione seduta, al contrario di quanto finora presente in letteratura dai dati con la spirometria, sia meno favorevole per la respirazione per i pazienti con lesione del midollo, in particolare per i tetraplegici. A fronte, infatti, di maggiori variazioni di volume, ci sarebbe un ridotto livello di sincronizzazione dell'RCp con l'AB e quindi un maggior costo in termini di lavoro per il sistema respiratorio.

Bibliografia

1. Baydur A., Adkins R., Milic Emili J, Lung mechanics in individuals with spinal cord injury: effects of injury level and posture, *J Appl Physiol*, 90: 405-411, 2001
2. Estenne, M., De Troyer, A., 1987. Mechanism of the postural dependence of vital capacity in tetraplegic subjects. *Am. Rev. Respir. Dis.* 135, 367-371
3. J.Hammer *et al.* "Assessment of thoraco-abdominal asynchrony" *Paediatric Respiratory Reviews*. Vol. 10, pp 75-80, 2009

143

TERAPIA MEDICA ANTALGICA DOPO CHIRURGIA ORTOPE-DICA MINORE: EFFETTI SUL DOLORE POST-OPERATORIO E SULLA RIABILITAZIONE

CRISTINA DESTEFANIS⁽¹⁾ - PATRIZIA CAPACCHIONE⁽¹⁾ - ELEONORA CORRENTI⁽¹⁾ - ALESSANDRO BISTOLFI⁽¹⁾ - MAURIZIO BERARDINO⁽²⁾ - ELISA LIOCE⁽¹⁾ - MARIA VITTORIA ACTIS⁽¹⁾ - GIUSEPPE MASSAZZA⁽¹⁾

SCUOLA DI SPECIALITÀ IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO, TORINO, ITALIA⁽¹⁾ - CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA, PREDISIO CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO, TORINO, ITALIA⁽²⁾

Obiettivo. Una delle problematiche di interventi condotti in regime di *Week Hospital (WH)* è il controllo del dolore postoperatorio in pazienti non ospedalizzati, per i quali individuazione e correzione del bisogno analgesico è difficile. In tali soggetti la sintomatologia algica rende difficile la riabilitazione, rallentandola e compromettendone il buon esito. Scopo dello studio è valutare l'adeguatezza dell'analgesia gestita a domicilio prescritta ai pazienti sottoposti a interventi di chirurgia ortopedica minore, confrontando le diverse prescrizioni di terapia antalgica disposte in dimissione, valutare la loro efficacia nel controllo del dolore a domicilio, individuare il protocollo più efficace nel mantenere il dolore al di sotto di un valore tollerabile (Numerical Rating Scale, NRS < 3).

Materiali e metodi. Si tratta di uno studio osservazionale prospettico in cui sono stati inclusi 150 pazienti sottoposti a interventi di chirurgia ortopedica eseguiti in regime di WH. I pazienti sono stati divisi in 5 gruppi a seconda del farmaco assunto (paracetamolo, paracetamolo associato a codeina, FANS, nessun farmaco, altro) e della tipologia di prescrizione antalgica in dimissione (*prescrizione ospedaliera*, rimando al medico curante, indicazione generica ad assumere analgesici al bisogno). Al momento della dimissione a ciascun paziente è stato consegnato un questionario per rilevare le caratteristiche e l'andamento del dolore postoperatorio nei 15 giorni post-dimissione sulla base della NRS, per cui veniva considerato "lieve" il dolore con punteggio minore a 3, "moderato" tra 3 e 7, "grave" se superiore a 7.

Risultati. Confrontando il dolore per sede anatomica la chirurgia di spalla presenta un valore NRS > 3 sino alla V-VI giornata, con valore medio di partenza pari a 6; la chirurgia del piede parte da un NRS medio di 5 ma in II giornata diviene < 3; la chirurgia del ginocchio vede inizialmente intensità di dolore minore, con NRS medio tra 4 e 5, ma si mantiene alto sino in IV-V giornata. Dal confronto tra le diverse indicazioni terapeutiche è emerso che nei pazienti per i quali l'assunzione dell'analgesico è stata fatta in base alla