

i seguenti test: "t di Student a due code" e "Wilcoxon test". Dal confronto dei dati rilevati all'inizio ed alla fine del trattamento, è emerso un miglioramento statisticamente significativo ($p < 0,05$) dei punteggi medi dei seguenti parametri: test del pubococcigeo (F, E1, E2), VAS, ICIQ-sf, PAD test 30 minuti e PAD test 24 ore. Per quanto riguarda i risultati relativi allo stop-test uroflussometrico è emerso un miglioramento tra il valore medio iniziale pre-trattamento e quello finale post-trattamento, anche se tale differenza non è risultata statisticamente significativa.

Conclusioni. Nonostante i limiti dovuti all'esiguità della nostra casistica e la brevità del follow-up il nostro studio si è dimostrato incoraggiante ed ha confermato alcuni dati già presenti in letteratura relativamente all'efficacia del trattamento riabilitativo perineale in pazienti con IU dopo prostatectomia radicale. Dopo l'intervento di prostatectomia, in linea di principio, il training dei muscoli del pavimento pelvico è dunque da consigliarsi, così come anche raccomandato dall'International Consultation on Incontinence¹, privilegiando secondo la nostra esperienza un trattamento integrato sequenziale, che comprenda sia elettroterapia, che biofeedback, che chinesiterapia.

Bibliografia

1. Milsom, D. Altman, M.C. Lapitan, R. Nelson, U. Sillén, D. Thom. "Committee-1, Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic Organ Prolapse (POP) - E. Epidemiology Of UI In Men", In: Paul Abrams - Linda Cardozo - Saad Khoury - Alan Wein "Incontinence, 4th International Consultation on Incontinence, Paris July 5-8, 2008, 2009 4^a ED, Health Publication on Lt
2. Susan E Campbell, Cathryn MA Glazener, Kathleen F Hunter, June D Cody, Katherine N. "Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence" Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jan 18
3. Hay Smith J, Berghmans B, Bugio K *et al.* 3rd International Consultation on Incontinence. "Adult conservative management". In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence, 4th ed. Paris, 2009 p 1050-1120

124

DISFUNZIONE DELL'ATM: TERAPIA RIABILITATIVA ED INFILTRATIVA CON ACIDO IALURONICO

DALILA SCATURRO⁽¹⁾ - MARIA LAURA DE LUCA⁽²⁾ - CHIARA ASARRO⁽²⁾ - VALENTINA COLOMBO⁽²⁾ - VALENTINA LA MANTIA⁽²⁾ - GIULIA LETIZIA MAURO⁽³⁾

DIRIGENTE MEDICO I LIVELLO, POLICLINICO DI PALERMO, PALERMO, ITALIA⁽¹⁾ - MEDICO SPECIALIZZANDO, POLICLINICO DI PALERMO, PALERMO, ITALIA⁽²⁾ - DIRETTORE DI SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE DI "MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA", POLICLINICO DI PALERMO, PALERMO, ITALIA⁽³⁾

Introduzione. I "disordini dell'articolazione temporomandibolare (DTM)" rappresentano un eterogeneo e complesso gruppo di patologie del sistema stomatognatico che si manifestano con quadri algici e/o disfunzionali a carico della ATM, dei muscoli e delle componenti ad essa correlate. L'eziologia, multifattoriale, comprende difetti congeniti, patologie degenerativo-infiammatorie, tumori, traumi diretti od indiretti cranio-cervico-mandibolari, lussazioni croniche, mal occlusioni e vizi di postura. Il sintomo più frequente è il dolore, localizzato alla zona preauricolare ed ai muscoli masticatori che possono andare incontro a spasmo determinando difficoltà all'apertura della bocca, cefalea e cervicalgia. I DTM sono spesso associati a rumori articolari quali clics o crepitii. La prevalenza ha un rapporto F:M di 4:1 con un'insorgenza maggiore nella fascia di età compresa tra i 25 ed i 40 anni. La terapia conservativa è la più indicata ed include cambiamenti di abitudini, farmacoterapia, infiltrazioni endoarticolari ed apparecchi intraorali rimovibili, al fine di ridurre il dolore, migliorare la limitazione funzionale e rallentare la progressione della patologia.

Materiali e metodi. Lo studio è stato condotto su un totale di 21 pazienti (16 donne e 5 uomini), di età compresa tra i 41 ed i 65 anni (età media 52,2 anni) affetti da artrosi dell'ATM (3 presentavano anche una sublussazione), afferiti presso l'U.O.C. di Riabilitazione dell'A.O.U.P. Paolo Giaccione dell'Università degli Studi di Palermo, tra gennaio 2012 e marzo 2013. I pazienti trattati presentavano problematiche articolari monolaterali (13 a destra e 8 a sinistra) con dolore intrarticolare presente a riposo, esacerbato da manovre di apertura forzata ed ipomobilità mandibolare. Tutti sono stati sottoposti al seguente protocollo riabilitativo: terapia farmacologica con Tiocolchicoside (8 mg 1 cpr sublinguale due volte/die), infiltrativa con acido ialuronico (0,8%/8mg/1ml per 3 infiltrazioni a cadenza settimanale) e 20 sedute di FKT consistente in ginnastica posturale e rieducazione funzionale dell'ATM; inoltre sono stati inviati dallo gnatologo per la prescrizione di un bite. Sono stati valutati alla prima visita (T0), ad ogni seduta infiltrativa (T1,T2,T3) ed a distanza di 60 giorni (T4) attraverso i seguenti parametri: dolore a riposo, alla masticazione ed alla fonazione rilevati tramite scala VAS; limitazione funzionale dell'ATM nelle normali attività di masticazione e fonazione attraverso un punteggio da 0 a 4 (0: assente; 4: grave); apertura della bocca e movimenti di lateralità in mm.

Risultati. Dall'analisi dei dati ottenuti mediante la somministrazione delle scale di valutazione possiamo affermare di avere ottenuto nel breve-medio termine una riduzione della sintomatologia algica in regione temporomandibolare (VAS a riposo T0:2,8 a T4:0,5; VAS in movimento T0:7,8 a T4:1,1; limitazione funzionale durante la masticazione T0:3,4 a T4:0,6 e durante la

fonazione T0:2,7 a T4:0,4). Il valore medio di apertura della bocca a T0 era 36,4 mm, a T4 51,3.

Conclusioni. Nella difficile gestione terapeutica dei DTM un protocollo terapeutico che unisca terapia infiltrativa, rieducazione posturale e funzionale, terapia farmacologica con miorilassanti e l'ausilio di bite costituisce un'interessante opzione terapeutica esplicitando la sua funzione specifica in quel tipo di patologie articolari (intracapsulari) in cui vi sia una componente algica e una limitazione funzionale ed è dunque meritevole di ulteriori studi di approfondimento.

Bibliografia

- Alpaslan GH, Alpaslan C. Efficacy of temporomandibular joint arthrocentesis with and without injection of sodium hyaluronate in treatment of internal derangements. J Oral Maxillo Maxillo Surg 2001;59(6):613-8
- L. Guarda Nardini, F. Oliviero, R. Ramonda, G. Ferronato "Influenza delle infiltrazioni intra-articolari con acido ialuronico sugli indici clinici e sui livelli di ossido nitrico nell'artrosi temporomandibolare" Reumatismo, 2004;56(4):272-277
- Manfredini D, Picciotti F, Guarda-Nardini L. Hyaluronic acid in the treatment of TMJ disorders: a systematic review of the literature. Cranio 2010;28(3):166-76

125

LA RIABILITAZIONE MOTORIA NEGLI OPERATI PER FRATTURA PATOLOGICA DA METASTASI OSSEA NEL FEMORE

PIETRO MARZIOTI⁽¹⁾ - CLAUDIA SICILIANO⁽²⁾ - GIOVANNI FANCELLU⁽³⁾

CASA DI CURA, PINETA DEL CARSO, AURISINA (TRIESTE), ITALIA⁽¹⁾ - MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA, UNIVERSITÀ, TRIESTE, ITALIA⁽²⁾ - CLINICA ORTOPEDICA, OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE, TRIESTE, ITALIA⁽³⁾

Introduzione. lo scheletro è la terza sede più comune di metastasi (preceduto da polmone e fegato). L'incidenza in Italia è di 40.000 nuovi casi (Piccioli 2006). Il 25% delle metastasi ossee interessa la porzione prossimale del femore (Scapoli 2006). Questi pazienti possono vivere a lungo dopo la comparsa delle stesse (Enrici 2006). Dolore osseo severo, impotenza funzionale, fratture patologiche, compressione del midollo spinale o delle radici nervose, alterata ematopoiesi da infiltrazione midollare, ipercalcemia compromettono la qualità della vita e la prognosi. Le fratture patologiche avvengono anche in assenza di trauma e compaiono nell'8-30% dei pazienti (Narazaki 2006). Il 40% di tutte le fratture patologiche si verifica nel femore (Behr 1985).

Obiettivo. descrivere l'iter riabilitativo di pazienti operati per fratture patologiche di femore evidenziando le criticità che ne condizionano il programma.

Materiali e metodo. abbiamo consultato le seguenti fonti: cartella clinica, referti radiografici; il diario fisioterapico (in Hospice), la scheda fisiatrica e la scala FIM (in riabilitazione neuromotoria), la scheda riabilitativa (in RSA) di casi operati (osteosintesi/protesi) tra gennaio 2003 e agosto 2006.

Risultati. le fratture riscontrate sono 19 in 15 pazienti (4 i maschi), età media 65 anni (range 46-85 anni), 4 casi di fratture duplici (3 bilaterali, 1 monolaterale), in 4 casi fratture di altri segmenti ossei. La neoplasia primitiva era così distribuita: 47% mammaria, 33% polmonare, 20% mieloma. I pazienti che hanno ricevuto trattamento riabilitativo erano 13. Di questi, 3 sono deceduti durante il trattamento (19 in media i giorni di ricovero), 3 alla fine dello stesso non deambulavano (60 in media i giorni di ricovero), 7 deambulavano (29 in media i giorni di ricovero). I soggetti deceduti tutti affetti da neoplasia polmonare e ricoverati in hospice (età media 57 anni); criticità (allettamento, astenia e dolore nel 100% dei casi, nel 66% decubiti e dispnea, nel 33% vertigini). I soggetti che non deambulavano avevano un'età media di 74 anni; criticità (dolore, allettamento, metastasi ossee multiple e fratture duplici nel 100% dei casi). Nei soggetti che deambulavano (età media 63 anni) non sono state evidenziate criticità eccetto quelle tipiche di pazienti ortopedici standard (dolore post-operatorio, ferita chirurgica, le indicazioni di carico sull'arto).

Conclusioni. il programma riabilitativo è elaborato in funzione della patologia specifica (Frattura) e dello stato di avanzamento della malattia (diffusione a livello scheletrico e viscerale). In pazienti instabili per la patologia di base i risultati della riabilitazione sono compatibili ad obiettivi evidenziati di volta in volta e diversi a seconda del paziente; i programmi riabilitativi debbono essere flessibili, gli obiettivi a breve termine e rivalutabili; in questi casi si raccomanda una "cauta" chinesiterapia a letto in modo da scongiurare le complicanze dell'ipocinesia e ridurre il rischio di fratture patologiche iatrogene. Alla dimissione questi soggetti hanno un grado di dipendenza notevole e necessitano del supporto dei servizi territoriali. I pazienti stabili per la patologia di base con sintomatologia ben controllata seguono protocolli riabilitativi intensivi simili a quelli utilizzati nei pazienti con frattura di femore non patologica.

Bibliografia

1. Piccioli Andrea (11.09.2006) Congresso del Club italiano di Oncologia del sistema muscolo scheletrico (Ciosm) il 16 settembre a Roma.
2. Scapoli D. "L'interessamento osseo in onco-ematologia" Ferrara 24 settembre 2005
3. Enrici R. "La malattia metastatica ossea: la radioterapia. Presente e futuro della terapia di supporto in oncologia" Roma 22-23 giugno 2006