

L'AUSILIO DELLA TECAR- TERAPIA NELLA RIABILITAZIONE POST-CHIRURGICA DEL LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE (LCA)

Dott.ssa Sara Zanoni
Fisioterapista, Specialista in Rieducazione Posturale Globale,
Specialista in Tecar Terapia; FisioClinic - Roma.

Cenni di Anatomia e Fisiopatologia del LCA

Il **legamento crociato anteriore (LCA)** è uno dei quattro legamenti che contribuiscono alla stabilità del ginocchio. La sua funzione è limitare la rotazione interna della tibia e la tendenza alla lussazione anteriore della tibia rispetto al femore. Ha origine posteriormente e medialmente al condilo laterale femorale e si fissa nella parte anteriore del piatto tibiale.



La rottura del LCA è molto frequente durante l'attività sportiva, il più delle volte a causa di una torsione anomala della tibia rispetto al femore.

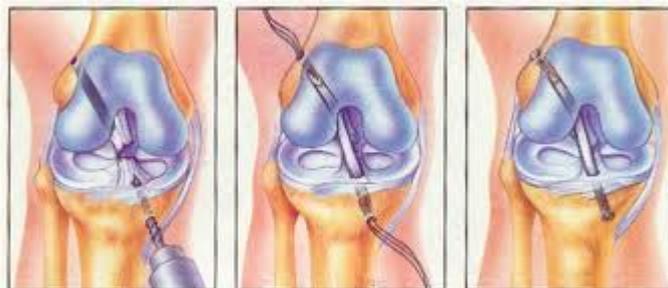
La lesione di un legamento è sempre dovuta al superamento di una posizione di stabilità, per eccesso non controllato di energia cinetica. Per la diagnosi di lesione del LCA l'analisi accurata dei fattori traumatici riveste un'importanza notevole. La rottura del LCA può verificarsi principalmente col ginocchio in due posizioni:

- ginocchio in estensione: iperestensione violenta ad esempio in un calcio a vuoto.
- ginocchio in flessione: flessione ed intrarotazione per un calcio di esterno, un cambio di direzione repentino o una ricaduta su un solo arto in disequilibrio.

La lesione del LCA acuta si associa frequentemente al lesioni meniscali e ossee, mentre nella lesione cronica si ha anche un coinvolgimento della cartilagine.



Chirurgia



L'intervento di ricostruzione del LCA può essere effettuato sia subito dopo il trauma, sia a distanza di tempo. In entrambi i casi il legamento viene sostituito da un neolegamento creato dal rimodellamento di uno o più tendini prelevati dallo stesso soggetto o da un donatore. Per il trapianto possono essere utilizzati parte del tendine rotuleo oppure del semitendinoso eventualmente associato al gracile. La scelta tra i due innesti è legata al dolore in sede di prelievo, alla robustezza dell'innesto, alla costituzione, all'età, alla attività sportiva e alla abitudini di vita del paziente.

L'operazione richiede da una a due ore. La degenza in ospedale dai due ai tre giorni. Il secondo giorno post-operatorio, dopo la rimozione del tubo di drenaggio, può iniziare la riabilitazione.

Protocollo Riabilitativo

Durante la prima settimana post-intervento si effettuano mobilizzazioni passive del ginocchio fino ad un massimo di 50°-60° di flessione e si ricerca l'estensione completa. Per evitare rigidità muscolari, dolori crampiformi e contratture antalgiche fin dal 3°-4° giorno possono essere effettuati massaggi decontratturanti abbinati a sedute di TECAR Terapia. Al paziente viene concesso carico parziale con bastoni canadesi o tutore bloccato in estensione.

La TECAR associa due modalità di trattamento una definita CAPACITIVA e una RESISTIVA. La prima agisce in modo specifico sui tessuti molli quali muscoli, sistema vascolare e linfatico, etc., la seconda su ossa, cartilagine, grossi tendini e aponeurosi. Ogni seduta quindi viene impostata con i primi minuti di azione capacitiva che "ammorbidisce" i tessuti e migliora l'estensibilità della muscolatura, un secondo momento di resistiva che riattiva i processi metabolici in profondità su tessuti fibrosi, connettivi e osso ed un'ultima fase ancora capacitiva che provoca rivascolarizzazione delle fibre e recupero del tono muscolari.

Sixtus





Dalla seconda settimana il carico di lavoro viene incrementato fino a max 90° di flessione passiva, contrazioni attive di quadricipite, ischio crurali e glutei. La TECAR gioca da questo momento un ruolo molto importante. Il trattamento manuale unito all'utilizzo del macchinario detende la muscolatura e facilita il recupero articolare. Ogni seduta inizia con 10'-15' di massaggio con Tecar CAPACITIVA per "allentare la tensione muscolare", continua con 15' in RESISTIVA abbinata alla mobilizzazione passiva per agire in modo puntuale sui muscoli più "accorciati" e poi si termina con altri 5' di CAPACITIVA per drenare la zona trattata. L'innalzamento della temperatura interna stimola il microcircolo e di conseguenza l'ossigenazione dei tessuti. L'utilizzo della Tecar consente di accorciare notevolmente i tempi di recupero sia perché prepara i diversi tessuti al lavoro passivo e poi attivo, sia perché velocizza la riparazione del tessuto cicatriziale.

Dalla terza settimana viene di norma concesso il carico totale con l'abbandono graduale delle bastoni canadesi o stampelle. Si raggiungono i 110° di flessione passiva e si iniziano i primi esercizi contro resistenza fatta dal fisioterapista, esercizi di propriocezione da seduti e mini squat bipodalici. Viene inserita in questa fase anche la cyclette per 15 minuti circa.

Molto spesso, sia che la ricostruzione del LCA venga fatta con tendine Rotuleo, sia che sia fatta con Semitendinoso e Gracile, può residuare dolore nella sede del prelievo o in sede della sutura di rinforzo sulla capsula articolare. Anche in questi casi l'utilizzo della Tecar è fondamentale per risolvere in fretta la sintomatologia dolorosa e poter proseguire con l'iter riabilitativo.

Abbiamo notato che con l'ausilio della TECAR, fino ad oltre un mese dall'intervento, riusciamo ad essere più incisivi e più rapidi nel recupero, riducendo notevolmente la sintomatologia del paziente.

Dalla quarta settimana il carico è ormai totale e si aumenta il lavoro con esercizi contro resistenza, esercizi in catena cinetica chiusa, squat anche monopodalici, esercizi propriocettivi in carico ad occhi aperti e chiusi. Si inserisce il cammino su tapis roulant, la correzione dello schema del passo, cammino a passi incrociati ed in punta di piedi. Si continua con molti esercizi di stretching per quadricipite,



ischiocrurali, adduttori, tensore della fascia lata abbinati a massaggi e TECAR CAPACITIVA.

Dal secondo mese aumenta molto il lavoro di potenziamento muscolare con esercizi isotonici. Tutti gli esercizi fatti fino a questa fase vengono incrementati in carico e ripetizioni. Si cominciano a fare corsa sul posto e saltelli leggeri.

Dal terzo mese si può cominciare la corsa leggera, su tapis roulant e su erba, il nuoto e la bicicletta su strada. Via via si va ad aumentare il carico di lavoro fino a corsa massimale, cambi di direzione, salti, esercizi di destrezza. Attorno al quinto /sesto mese si potrà tornare all'attività sportiva abituale. Per sport di contatto o che diano grande sollecitazione, a volte si può arrivare ad un inserimento completo dopo anche un anno, soprattutto nel caso vengano praticati a livello medio/alto.



FISIOCLINIC Riabilitazione Globale - Fisioterapia

Via G. Ferrari, 12 scala F, int.3 - 00195 Roma

Tel/Fax +39 0636307405 - www.fisioclinic.com - email: info@fisioclinic.com

@ Copyright come da legislazione vigente



FISIOCLINIC Riabilitazione Globale - Fisioterapia

Via G. Ferrari, 12 int.3 - 00195 Roma (P.zza Mazzini) - Tel/Fax +39 0636307405 - www.fisioclinic.com - email: info@fisioclinic.com