

Riabilitazione respiratoria nel paziente con neoplasia polmonare

Gli scopi della riabilitazione respiratoria sono:

- valutazione e monitoraggio del danno funzionale residuo
- riduzione della compromissione fisica e psicologica
- incremento della performance fisica
- reinserimento sociale

Le tecniche attraverso le quali si può intervenire a livello di rieducazione toraco-polmonare sono:

- Rilassamento
- Drenaggio posturale
- Ginnastica respiratoria
- Ginnastica correttiva
- Rieducazione alla tosse

Rilassamento

E' uno stato di inerzia acquisibile con l'esercizio che consente di imparare a rilassarsi completamente e a mobilitare ed allenare determinati muscoli o gruppi muscolari lasciandone altri in riposo. Si può ottenere in tutte le posizioni: decubito supino, semiseduto, sul fianco, seduto, attraverso posizionamento facilitante.

Drenaggio di posizione

Consiste nel fare assumere al paziente una determinata posizione, in modo tale da favorire, per forza di gravità, la progressione verso l'esterno di materiale di secrezione contenuto nell'albero bronchiale.

Inoltre per favorire il distacco delle secrezioni e la loro eliminazione possono essere utili manovre quali la percussione e la vibrazione.

Ginnastica respiratoria

Si avvale di esercizi di espansione polmonare sia diaframmatica che costale: la prima interessa tutto il polmone, la seconda consente la mobilitazione selettiva di ogni singolo lobo e persino di ogni singolo segmento polmonare.

Occorre educare con l'esercizio ad una respirazione profonda, ritmica, lenta.

L'espirazione contro resistenza (per esempio a labbra socchiuse) consente un maggior volume espiratorio ed una più efficace detersione delle vie respiratorie.

Ginnastica correttiva

Ha lo scopo di correggere posizioni viziate a volte assunte a scopo antalgico ma che possono risultare poco vantaggiose per un atto respiratorio efficace.

Trattamento pre-operatorio

Prima dell'intervento è necessario educare gradualmente la funzione respiratoria, in modo che i settori destinati al collasso o all'asportazione, riducano man mano la loro attività, mentre quelli sani, che dovranno con il loro lavoro compensare il deficit ventilatorio, aumentino la loro efficienza. Non va dimenticata l'importanza della mobilitazione dei settori posteriori del polmone,

frequente sede di complicazioni post-operatorie. Si insegnano quindi la respirazione diaframmatica, l'espansione selettiva del torace e manovre per una tosse efficace.

Trattamento post-operatorio

In questa fase le riserve respiratorie sono diminuite sia perchè il malato non muove l'emitorace operato per il dolore, sia perché una parte del parenchima polmonare viene collassata o asportata dall'intervento operatorio.

Il trattamento riabilitativo consente di evitare le deformità toraciche e di realizzare una maggior prestazione ventilatoria delle zone sane, favorendo la ripresa dei processi respiratori del parenchima polmonare residuo vicariante.

Nell'immediato periodo post-operatorio la ginnastica respiratoria previene l'instaurarsi di focolai broncopneumonici e del respiro paradossio (grave complicazione post-operatoria per cui l'emitorace operato rientra durante l'inspirazione).

Negli interventi di exeresi consente poi di mettere il tessuto polmonare rimanente in condizione di espandersi il più precocemente ed ampiamente possibile, tanto da occupare il maggior spazio consentito nel cavo residuo.

Le metodiche utilizzabili sono essenzialmente:

- **ASSETTO POSTURALE:** è indispensabile che l'ammalato mantenga una corretta posizione nel letto. Il paziente è semiseduto con i piedi su un punto di appoggio per evitare di scivolare. Fare attenzione all'allineamento delle anche e delle spalle e assicurare una corretta posizione del collo. Sistemare in maniera idonea i cuscini (ne occorrono almeno sei: due verticali per l'appoggio alla regione lombosacrale, due nella stessa posizione ma più in alto, uno orizzontale per l'appoggio alle spalle, l'ultimo nello stesso senso ma più in alto per l'appoggio della testa).
- **RILASSAMENTO**
- **DRENAGGIO POSTURALE**
- **TOSSA ASSISTITA**

Ruolo della riabilitazione nella paziente affetta da neoplasia della mammella

Favorire il recupero funzionale dell'arto superiore

Nell'immediato post-operatorio la mobilizzazione della spalla deve essere effettuata con cautela. In letteratura viene segnalato una maggior incidenza di sieromi in caso di mobilizzazione precoce. La mobilizzazione deve essere fatta in modo tale da non superare in prima giornata i 40° di flessione ed estensione. Nelle giornate successive (fino alla 7° giornata) non bisogna superare i 90° di abduzione e flessione. Vanno evitate le rotazioni forzate e i movimenti devono essere eseguiti lentamente senza superare i suddetti limiti articolari.

Ridurre il dolore (che oltre ad incidere sul tono dell'umore con conseguente minore motivazione all'adesione ad un progetto riabilitativo, potrebbe determinare posture antalgiche, retrazioni muscolotendinee tali da rendere più difficoltoso e spesso incompleto il processo di recupero funzionale)

Occorre analizzare:

- la presenza di dolore nei movimenti, in particolare nella abduzione ed extrarotazione; questi movimenti oltre a determinare un conflitto coraco-acromiale, possono causare dolore da tensione della cicatrice.
- Dolore riferito alla spalla ma di origine cervicale: è una condizione molto frequente, associata in genere a contratture muscolari, specie a carico della muscolatura paravertebrale cervicale e del trapezio.
- Dolore scapolare e periscopolare: spesso presente dopo interventi alla mammella e può essere dovuto a contrattura del trapezio, a tendinite dell'angolare della scapola, da irradiazione cervicale, da contrattura degli adduttori della spalla (mm. romboidi) in particolare se non controbilanciati nella loro azione dal muscolo dentato anteriore per lesione del nervo toracico lungo.

Vanno consigliate e favorite posture rilassanti, utilizzando un numero adeguato di cuscini, per garantire un completo appoggio della colonna, della spalla e dell'arto superiore, soprattutto in posizione semiseduta.

Le contratture muscolari possono determinare posizioni scorrette della colonna cervicale e della spalla, con conseguente dolore ed ulteriore contrattura muscolare.

Le posizioni viziate vanno corrette insegnando esercizi di mobilizzazione per il collo e per le spalle e, come detto prima, atteggiamenti posturali corretti.

L'eventuale lesione chirurgica del nervo toracico lungo provoca deficit del muscolo dentato anteriore, che è un fissatore della scapola nei movimenti del braccio: ciò determina una maggiore affaticabilità del braccio e difficoltà dei movimenti di abduzione ed elevazione della spalla.

Evitare la formazione di aderenze e retrazioni cicatriziali

Anche i problemi di cicatrizzazione vanno attentamente valutati e trattati perché possono creare esiti invalidanti. La cicatrizzazione è un fenomeno naturale che può essere influenzato positivamente da un leggero massaggio drenante delle zone limitrofe, che favorisce e aumenta la ricostruzione dei capillari linfatici.

Il trattamento vero e proprio si imposta, se necessario, a cicatrizzazione avvenuta, con manovre di massoterapia e che hanno lo scopo di :

- Ammorbidire ed elasticizzare la cicatrice
- Prevenire la fibrosi post-operatoria
- Liberare dalle aderenze
- Drenare l'edema

Limitare il LINFEDEMA

CLASSIFICAZIONE DEL LINFEDEMA:

PRIMARIO >>>> congenito, ipoplasia vascolare linfatica (80% dei casi)

SECONDARIO >>>> post-traumatico, post-chirurgico, post-infettivo, post-attinico, oncologico.

EVOLUZIONE DELL'EDEMA:

1° STADIO >>> reversibile spontaneamente

2° STADIO >>> irreversibile, inizio di fibrosi

3° STADIO >>> detto dell'elefantiasi, fibrosclerosi e alterazione cromatica

RIABILITAZIONE E LINFEDEMA

SCOPI DEL TRATTAMENTO

- Aumentare la capacità di trasporto del sistema vascolare linfatico
- Prevenire l'evoluzione verso lo stadio dell'elefantiasi
- Ridurre il volume dell'arto

FASI DEL TRATTAMENTO

a) FASE DI DRENAGGIO

1. Misure d'igiene cutanea
2. Drenaggio linfatico manuale
3. Bendaggi compressivi multistrato (se necessari)
4. Mobilizzazione attiva

b) FASE DI MANTENIMENTO

1. Impiego di guanti e/o bracciali compressivi
2. Mobilizzazione attiva e drenaggio linfatico manuale di mantenimento
3. Prosecuzione delle cure cutanee
4. Controlli sistematici del paziente

Il fisioterapista dispone, grazie al drenaggio linfatico, di un mezzo terapeutico che consente la riduzione degli edemi, esclusa fatta per gli edemi generalizzati.
Il suo intervento precoce ed adeguato assicura un buon successo terapeutico.

DRENAGGIO LINFATICO MANUALE (DLM)

Il drenaggio linfatico manuale o linfo-drenaggio è una misura terapeutica essenziale nel trattamento fisico degli edemi, esso consiste in una serie di manovre che hanno come finalità lo svuotamento dell'arto edematoso, favorendo l'utilizzo delle stazioni linfonodali prossimali residue.

INDICAZIONI AL DLM

- Linfedema
- Flebedema
- Lipedema
- Edema flebo-linfostatico
- Edema ciclico idiomatico
- Edema post-traumatico o post-chirurgico
- Sclerodermia
- Sindrome di Sudeck
- Patologie reumatiche dell'apparato locomotore
- Edema conseguente ad arteriopatia

CONTROINDICAZIONI AL DLM

Categoriche:

- Insufficienza cardiaca destra non compensata
- Stato infettivo locale
- Trombosi venosa recente (8 settimane)

Relative:

- Stato infiammatorio locale
- Iper-tiroidismo

INFORMAZIONI GENERALI IN SEGUITO AD INTERVENTI AL SENO

SINTOMATOLOGIA POST-OPERATORIA

Dopo qualsiasi tipo di intervento si potrebbe verificare una sensazione di riduzione o di mancanza di sensibilità, sia nella regione mammaria, che nell'arto superiore (in genere nella zona compresa tra l'ascella e il gomito).

Tutto ciò rappresenta solo una conseguenza dell'intervento: infatti i piccoli nervi superficiali sono coinvolti nel trauma chirurgico e modificano l'effetto di ricezione degli stimoli sensitivi.

L'intervento potrebbe aver comportato anche l'asportazione delle ghiandole linfatiche sotto ascellari: queste sono stazioni di passaggio e filtro della circolazione linfatica del braccio. La loro rimozione può portare ad una difficoltà di ritorno della linfa del braccio al torace che si esprime con un senso di pesantezza e di gonfiore del braccio.

RIABILITAZIONE

Lo scopo è ora di poter riprendere la propria vita quotidiana in modo assolutamente normale ed uguale a prima. Ciò che è accaduto non dovrà modificare le abituali attività e tanto meno impedire, in un prossimo futuro, di praticare sport (purché armonici e non stressanti).

Tutto questo sarà possibile grazie ad un "lavoro" riabilitativo che dovrà essere intrapreso, gradualmente, fin dai primi giorni successivi all'intervento e che inizialmente sarà effettuato sotto il controllo del fisioterapista.

Gli obiettivi del trattamento riabilitativo possono essere così riassunti:

- ripristinare l'intera funzionalità dell'arto colpito;
- impedire retrazioni muscolari e/o cutanee;
- evitare posture scorrette provocate dalla ferita o dal dolore;
- aiutare a sviluppare canali linfatici collaterali per sopperire alla mancanza di alcune strutture asportate durante l'intervento.

CONSIGLI PRATICI

Non sottoporsi a pratiche mediche come trasfusioni, iniezioni, misurazioni della pressione dal lato dell'arto operato.

Sono da evitare: carichi eccessivi (pesanti borse della spesa), sforzi esagerati (spostare mobili) o prolungati (la pulizia dei vetri è un buon esercizio se svolta “a piccole dosi”).

Non portare la borsetta dal lato operato.

Cercare, quando si è a riposo, di tenere l’arto in posizione elevata utilizzando un cuscino.

Il braccio va protetto dal pericolo di ferite e ustioni anche minime, da punture di insetto, dal contatto con sostanze tossiche e/o allergizzanti: una lesione, anche piccola, è porta d’ingresso di germi. Tenere quindi le mani sempre molto pulite, usare i guanti da cucina, da forno, o da giardinaggio secondo le necessità, non dimenticare l’uso del ditale per cucire e non sottoporsi a manicure troppo aggressive.

La biancheria e il vestiario non devono “stringere” il torace e il braccio; in particolare il reggiseno deve essere confortevole, a spallina larga (non deve lasciare il segno sulla pelle!).

L’uso della protesi esterna non ha solo un valore estetico, ma previene atteggiamenti scorretti della spalla. Lo stesso discorso vale, a questo proposito, per la ricostruzione mammaria.

Il cinturino dell’orologio, i bracciali e gli anelli, se portati, devono essere lenti.

Evitare fonti eccessive di calore o di freddo. L’abbronzatura può essere presa integralmente su tutto il corpo, purché l’esposizione sia graduale e non durante le ore più calde, proteggendo comunque sempre bene la pelle con creme solari. I bagni di mare o in piscina non sono assolutamente controindicati.

Tenere presente che il calore eccessivo può favorire l’edema.

ALIMENTAZIONE

Non esiste un regime dietetico specifico capace di ridurre l’edema, tuttavia è utile il controllo del peso.

L’aumento ponderale determina anche difficoltà nei movimenti e maggiore dolenzia nelle articolazioni sottoposte a carico (colonna vertebrale e articolazione degli arti inferiori).

Pertanto si consiglia di seguire una dieta varia ed equilibrata, ricca di cibi freschi (frutta, verdura, pesce, ecc..), cercando di ridurre il consumo di sale, grassi animali, insaccati, dolci, cibi conservati e alcolici, così da mantenere un peso costante.

Va rispettata l’autonomia del paziente nella individuazione degli obiettivi che nel Progetto riabilitativo troveranno le modalità e i tempi del loro perseguimento.

Ma tale responsabilizzazione presuppone una corretta informazione e la costruzione di un rapporto comunicativo basato sul rispetto e sulla fiducia reciproca, che veda da un lato la massima attenzione a non limitare la libertà di autodeterminazione consapevole del paziente e dall’altro lato il riconoscimento della competenza professionale dell’operatore sanitario.