

Uso del Taping NeuroMuscolare in paziente con piede paretico

Carla Mancao, Tiziana Benvenuto
Fisioterapiste ASP E.Brignole, Genova

Clinicamente questo tipo di paziente si presenta con l'arto inferiore in extrarotazione, il piede in flessione plantare per la paresi del tibiale anteriore, con conseguente accorciamento del tendine d'Achille e in supinazione per l'intensa attività del tibiale posteriore. Taping NeuroMuscolare è visto come un'ottima integrazione nella riabilitazione dei pazienti con esiti neurologici.

CASO CLINICO:

Paziente di 65 anni colpito da emorragia cerebrale, 30 giorni prima, esitata in emiparesi sinistra. Il tendine d'Achille è dolorante alla pressione con forza pari a 3; il tibiale anteriore presenta una forza pari a zero. L'articolazione della tibio-tarsica presenta una limitazione della flessione dorsale di 15°circa. Il paziente presenta la limitazione funzionale dell'arto inferiore con difficoltà durante la deambulazione, per la quale utilizza una molla di Codevilla e un walker.

L'atteggiamento del piede si evidenzia in posizione supina, in posizione seduta e in stazione eretta. Nello specifico, nella posizione supina il piede appare in leggera supinazione e flessione plantare; nella posizione seduta la supinazione aumenta staccando da terra quasi completamente la parte mediale del piede compreso l'alluce e inducendo una flessione plantare delle dita che appaiono "a martello"; durante la stazione eretta il piede appare in supinazione con l'alluce e parte dell'arco plantare completamente staccati da terra. In questo caso il paziente riferisce di non riuscire a sentire il pavimento. *Foto 1*

Durante la deambulazione, senza l'uso della molla e con un bastone, nella fase di stacco dal terreno, il paziente è costretto a flettere notevolmente anca e ginocchio, abducendo l'arto, per poter avanzare con il

Nella fase di oscillazione, il piede è in totale flessione plantare e in lieve supinazione. Durante l'appoggio e lo spostamento del carico sul lato plegico, il piede si presenta in supinazione con parte del calcagno e alluce staccati da terra e le dita flesse plantarmente, producendo instabilità. *Foto 2*

Obiettivo

L'integrazione della rieducazione neuromotoria con l'applicazione del taping avrà come obiettivo quello di ottenere un miglior appoggio della pianta del piede, dare stabilità e ottenere un passo corretto senza l'uso della molla di Codevilla.



Foto 1



Foto 2

Applicazione

L'applicazione del tape sarà mirata al controllo e scarico del tibiale posteriore per annullarne in parte l'attivazione; il paziente sarà sul lettino con l'arto inferiore in lieve extrarotazione ed il piede mantenuto in pronazione e flessione plantare per allungare il più possibile il tibiale posteriore. Il tape avrà un taglio ad Y e la base andrà posizionata sulla zona mediale del ginocchio, i due lembi posizionati con tensione pari a zero, seguiranno il muscolo fino al malleolo.

Uso del Taping NeuroMuscolare in paziente con piede paretico

Successivamente si sistema il paziente in posizione prona con il piede fuori dal lettino e si mette in massima flessione dorsale così da allungare il tendine d'Achille. Il tape con taglio a Y verrà applicato con tensione pari a zero, la base della Y andrà a ricoprire tutto il tallone e seguirà il decorso del tendine sino all'inserzione muscolo-tendinea dove i due lembi seguiranno il perimetro del ventre muscolare sino al cavo popliteo.

Come ultima applicazione si prevede un tape sul tibiale anteriore così da ottenere un corretto posizionamento del piede. Per questa applicazione il paziente sarà in posizione supina con il piede in flessione dorsale; la base del tape si applica sulla testa dei metatarsi, dal II al V dito, dopodiché si tende il tape al 25% e si applica la parte terminale sull'inserzione del muscolo tibiale anteriore, lateralmente al piatto tibiale. Il tape creerà una sorta di ponte che andrà poi fatto aderire lungo il decorso del muscolo, la tensione non sarà più del 25% ma del 50%, consentendo al muscolo stesso di mantenere l'accorciamento e quindi all'articolazione di conservare una posizione corretta anche nelle ore notturne.

Risultati

Subito dopo l'applicazione dei tre tape si osservano delle modifiche della postura, nelle diverse posizioni si riduce la flessione plantare e la supinazione. Nella posizione seduta così come in quella eretta il piede appare più aderente al terreno, il tallone aderisce quasi completamente e l'alluce non appoggia perfettamente ma è in posizione neutra e sfiora il terreno.

Durante la deambulazione, nella fase di stacco non si evidenzia la spinta ma nella fase di oscillazione si rileva una buona diminuzione della flessione plantare. *Foto 3*

Dopo sole tre applicazioni il paziente riferisce un aumento della sensibilità con una buona percezione del terreno sia in posizione seduta sia in stazione eretta; questo comporta una maggiore sicurezza durante l'appoggio ed il carico. Durante la fase di oscillazione si evidenzia una lieve flessione dorsale delle dita e conseguentemente una minor flessione di anca e di ginocchio durante l'avanzamento; l'appoggio è più corretto, il paziente riesce ad posare prima il tallone, poi la pianta e le dita, producendo un'andatura decisamente meno steppante. In questo modo il paziente non necessita dell'uso del tutore e utilizza un solo bastone. *Foto 4*

Durante le fasi di stacco e appoggio si evidenzia ancora la flessione delle dita "a martello". si rende necessario un trattamento sul tono muscolare

plantare e un successivo taping della pianta e delle dita. Per questa applicazione il paziente sarà prono con il ginocchio flesso a 90° e si applicherà la base del ventaglio su il tallone, ricoprendolo completamente, si porteranno poi il piede e le dita in massima flessione dorsale e si farà aderire ogni lembo del taping lungo il decorso del flessore, un lembo per ogni dito, fino alla falange.



Foto 3



Foto 4