

Taping Neuromuscolare nella riabilitazione dopo amputazione della gamba

Luca Girdali luca.girdali@gmail.com

Massofisioterapista c/o Villa delle Terme, Falciani, Firenze

All'esame obiettivo si osservava moncone di coscia sinistro flaccido, atteggiato in flessione di anca, dolente alla mobilizzazione in estensione

Si presentava alla nostra osservazione un paziente di 64 anni, con amputazione della coscia sinistra per gangrena da arteriopatia obliterante.

All'esame obiettivo si osservava moncone di coscia sinistro flaccido, atteggiato in flessione di anca, dolente alla mobilizzazione in estensione. Si evidenziava un ridotto tonotrofismo muscolare dell'arto inferiore destro dove si rilevavano ulcere vascolari e deficit funzionale in estensione di ginocchio con ridotta mobilità di caviglia. Anche gli altri distretti muscolari presentavano uno stato di ipototonotrofia.

Alla gamba destra era evidente una marcata discrasia, con cianosi del piede, il paziente riferiva dolore alla palpazione e "sensazione di freddo". I passaggi posturali e i trasferimenti avvenivano con minimo aiuto, la statica eretta in appoggio monopodalico era difficoltosa per l'ipostenia e per la dolorabilità del piede.

Il paziente veniva ricoverato presso la nostra struttura di venerdì. La prima applicazione del Taping NeuroMuscolare avveniva di sabato posizionata a forma di ventaglio dalla parte anteriore della gamba fino al piede compreso e sul tricipite della sura per permettere un miglior drenaggio linfatico ed un maggior afflusso sanguigno e sul cavo popliteo sempre per drenare e per cercare di migliorare l'estensione del ginocchio. La presenza di numerose ulcere vascolari (e loro conseguenti medicazioni) rendeva difficoltosa l'applicazione del Taping NeuroMuscolare, grazie ad un proficuo scambio col personale infermieristico si riusciva comunque ad ottenere un risultato soddisfacente sotto il profilo della funzionalità e delle necessità cliniche.

Il martedì successivo si evidenziava già un miglioramento del colore del piede ed una diminuzione della dolorabilità; il paziente riferiva che prima anche il solo sfioramento delle lenzuola a letto era mal sopportabile.

Si effettuava poi un ciclo FKT consistente in:

- Mobilizzazione passiva, attiva-assistita ed attiva del moncone e dell'arto inferiore destro
- Es. di rinforzo muscolare AASS ed AAll
- Rieducazione alla statica eretta monopodalica
- Addestramento ai passaggi posturali ed ai trasferimenti
- Training deambulatorio alle parallele e con due bastoni canadesi.

Alle successive applicazioni del Taping NeuroMuscolare, sempre a forma di ventaglio, questa volta anche sotto la fascia plantare del piede, il paziente riferiva il "ritorno di calore al piede" e di una generale sensazione di benessere a tutta la gamba.

Nel cercare una migliore estensione del ginocchio, si provvedeva anche ad applicare il Taping NeuroMuscolare ai muscoli flessori della coscia.

Alla dimissione, era stata riacquistata una buona autonomia sia nei trasferimenti, sia nei passaggi posturali che nella deambulazione con l'ausilio di due bastoni canadesi. A distanza di tre settimane dalla dimissione, senza nessuna ulteriore applicazione, i benefici ottenuti dal Taping NeuroMuscolare apparivano conservati con grande soddisfazione da parte del paziente.

