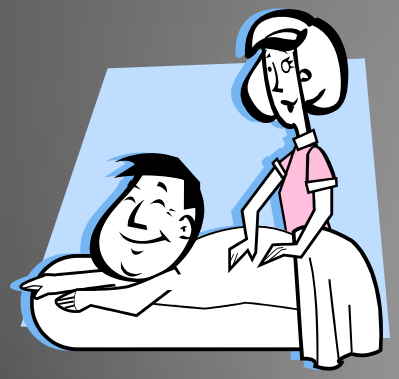
MOBILIZZAZIONI DELLE ARTICOLAZIONI PERIFERICHE

Dott. Faccon Riccardo
Fisioterapista, Osteopata D.O.

NESSUNA MACCHINA
ELETTRONICA O MECCANICA
PUO' SOSTITUIRE LA MANO DELL'UOMO
INTESA COME



MEZZO TERAPEUTICO

LE MOBILIZZAZIONI ARTICOLARI

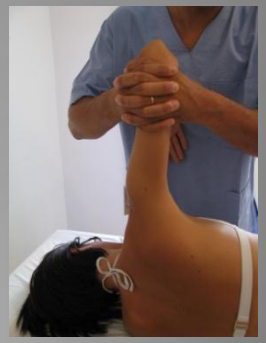
SONO UN INSIEME DI TECNICHE FINALIZZATE AD AGIRE TERAPEUTICAMENTE SU ARTICOLAZIONI NON VERTEBRALI IN CUI SIANO COMPARSE ALTERAZIONI DEL MOVIMENTO E FENOMENI DOLOROSI

LIVELLI DEL MOVIMENTO ARTICOLARE:

- SCIVOLAMENTO

- ROTOLAMENTO

- ROTAZIONE ASSIALE



L'ARTICOLAZIONE NON E' UN MECCANISMO RIGIDO IL CUI MOVIMENTO AVVIENE SOLO ATTRAVERSO SCHEMI PREFISSATI

MC MENNEL IDENTIFICA IL JOINT-PLAY
O GIOCO ARTICOLARE.
MOVIMENTI INVOLONTARI E ACCESSORI A QUELLO PRIMARIO CHE SI COMPIONO SU PIANI DIVERSI DI QUELLI MACROSCOPICAMENTE VISIBILI

Margine di adattabilita' che permette all'articolazione di compiere movimenti primari che non sono mai unidirezionali
ma sono sempre accompagnati da movimenti accessori di aggiustamento

MOVIMENTO FUNZIONALE = MOVIMENTO DI SCORRIMENTO

RESO POSSIBILE DAL GIOCO DI TOLLERANZA TRA PISTONE E CILINDRO.

QUANDO QUESTO VIENE A MANCARE
AVVIENE IL GRIPPAGGIO

BLOCCO ARTICOLARE

FASI DEL BLOCCO ARTICOLARE

- Dolore
- Attitudine antalgica dell'articolazione
- Limitazione dell'effetto "pompa" intra-articolare
- Diminuzione del movimento
- Impoverimento del liquido sinoviale con perdita di funzione di scorrimento
- Diminuzione di scambi nutritizi
- Conflitto fra le strutture articolari
- Aggravamento continuo del quadro clinico

OBIETTIVI DELLE MOBILIZZAZIONI ARTICOLARI

- Risoluzione del blocco articolare
- Effetto antalgico
- Diminuzione dello spasmo muscolare
- Effetto trofico cartilagineo
- Miglioramento della lubrificazione articolare
- Stiramento dell'apparato capsulo-legamentoso
- Rilassamento post isometrico e inibizione reciproca

MANIPOLAZIONE E MOBILIZZAZIONE

Movimento articolare passivo su piani diversi e ripetuto più volte al fine d' agire globalmente sia sulle superfici articolari che sull'apparato capsulo-legamentoso

Brusco allontanamento dei capi articolari accompagnato talora da classico "crak"

IMPERATIVO E NECESSARIO AL BUON FINE DELLA TERAPIA:

- Anamnesi del paziente
- Valutazione posturale
- Ispezione e palpazione dell'articolazione da trattare e di quelle limitrofe
- Esame della muscolatura
- Esame neurologico
- Esame radiologico
- Quantizzazione dei movimenti residui attivi e passivi

INDICAZIONI

- Esiti di trauma articolare e peri-articolare
- Fenomeni aderenziali in esiti di processi flogistici
- Immobilità da gesso
- Algodistrofie riflesse
- Lesioni articolari degenerative
- Reumatismi nella fase di quiescenza

CONTROINDICAZIONI

- Fasi acute dei processi traumatici
- Fasi acute dei processi degenerativi
- Processi infiammatori articolari e peri-articolari
- Lesioni tendinee e capsulo-legamentose
- Artriti infettive batteriche
- Artropatie in fase acuta

INDICAZIONI GENERALI AL TRATTAMENTO:

- Stabilire un rapporto di fiducia con il paziente
- Mettere in atto una buona e sicura presa dell'articolazione da trattare
- Applicare una certa progressività delle manovre

IMPORTANTE:
IL BLOCCO ARTICOLARE NON DEVE MAI ESSERE SFORZATO MA SBLOCCATO

MOBILIZZAZIONE ARTO SUPERIORE

Si impugna la mano del paziente , mantenendo una trazione che tenga in diastasi i capi articolari, e si imprime movimenti di scivolamento delle superfici articolari sul piano ortogonale dell'asse di trazione.

Con la stessa posizione si possono ricreare movimenti di rotazione in senso orario e antiorario.

I pollici piegati a martello vengono puntati uno distalmente sul raggio metacarpale, l'altro sulla faccia palmare dell'interfalangea prossimale.La spinta dei pollici crea la slittamento articolare.

Si impugna con una mano il carpo-metacarpo e con l'altra il terzo distale dell'avambraccio, mantenendo una trazione che tenga in diastasi i capi articolari, e si imprimono dei movimenti di scivolamento delle superfici articolari sul piano ortogonale dell'asse di trazione.

Si impugna l'articolazione del polso come da figura , curando che le punte dei pollici piegati a martello individuino l'interlinea radio-carpica.

Il movimento dalla posizione 1 alla posizione 2 deve essere sciolto e fluido, sempre mantenendo fissa la posizione dei pollici.

Bloccando il polso del paziente sotto l'ascella , si mette il gomito in iperestensione, impugnandolo a livello dell'olecrano; si eseguono piccoli movimenti di disassamento e di rotazione in senso orario e antiorario.

Si mobilizza la scapola in adduzione con movimenti sinergici delle due mani sia in rotazione che in direzione antero-posteriore.

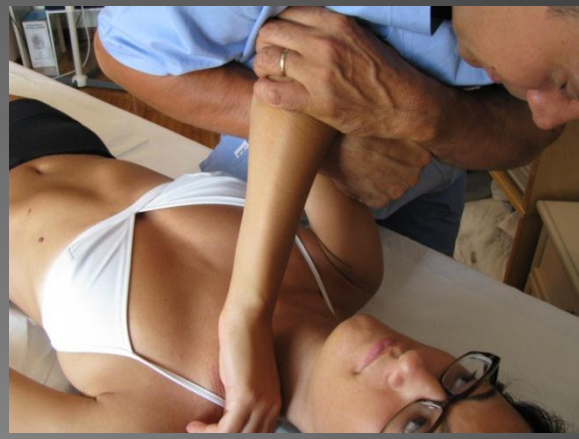
La presa si ha sotto la punta della scapola e viene mantenuta dalla resistenza applicata dall'altra mano posta sulla spalla.

La stessa mobilizzazione si può eseguire con la spalla abdotta.

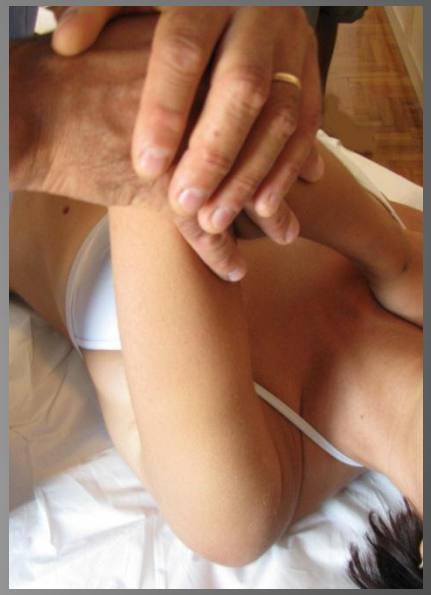
Si impugna prossimalmente allo sterno per l'articolazione sterno-cleveare, e prossimalmente all'acromio n per l'articolazione acromio-clavicolare, e si mobilizza con un movimento delle dita in senso cranio-caudale.

Nella figura accanto è rappresentata la manovra di diastasi pura detta del " pilone".

impugnando il braccio senza variare l'angolo scapolo-omerale del paziente e
 lavorando principalmente con gli arti inferiori, si imprime alla testa dell'omero
 movimenti di rotazione e di traslazione sia in senso latero-mediale che in senso
 cranio-caudale, cambiando di 90 gradi la posizione del corpo dell'operatore rispetto a
 corpo del paziente.



nella manovra di scivolamento posteriore della testa dell'omero sulla glenoide, la pressione è sempre proporzionale al tipo di paziente che stiamo trattando.



Il paziente è in posizione assisa e l'operatore in piedi ben aderente al tronco del paziente.

La fissazione è data all'appoggio posteriore del paziente contro l'operatore, dal braccio dell'operatore che blocca la spalla che non deve essere mobilizzata e dalla mano dell'operatore sulla spalla da mobilizzare.

Si rinforza la presa sulla spalla da mobilizzare con l'altra mano e con l'adduzione del braccio dell'operatore si mobilizza la scapolo-omerale del paziente.

Si pone l'arto del paziente , in posizione supina, in rotazione esterna , poi con leggeri movimenti del polso si attua una mobilizzazione in rotazione esterna dell'omero. La mano libera fissa la spalla del paziente contro il lettino.

La tecnica di mobilizzazione precedente è la stessa ma valida per la rotazione interna.

MOBILIZZAZIONE ARTO INFERIORE

Per le mobilizzazioni dell'articolazione tibio-tarsica la tecnica è simile a quelle utilizzate per la articolazione carpo-metacarpica .

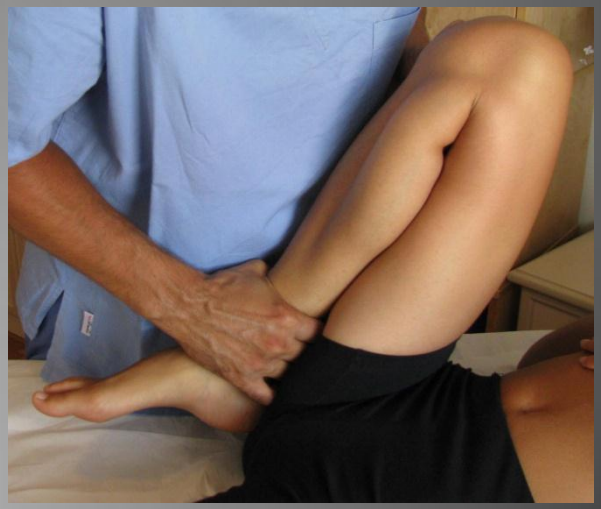
Si impegna questa tecnica nei casi in cui si abbia una diminuzione o una perdita della curvatura fisiologica dell'arco plantare. Il movimento è simile a quello di spezzare il pane.

Le mani dell'operatore fissano l'articolazione tibio-tarsica del paziente esercitando una traslazione assiale diastasando i capi ossei e mantenendo la trazione costante si forza l'articolazione al massimo dei movimenti sui vari piani

la mobilizzazione della rotula rispettivamente in senso cranio-caudale e in senso latero-mediale.

Per la mobilizzazione tibio-peroneale prossimale si impugna la parte distale della tibia e si incunea la mano libera nel cavo popliteo portando il ginocchio in flessione fino a sentire il capitello peroneale premere contro il metacarpo della nostra mano.

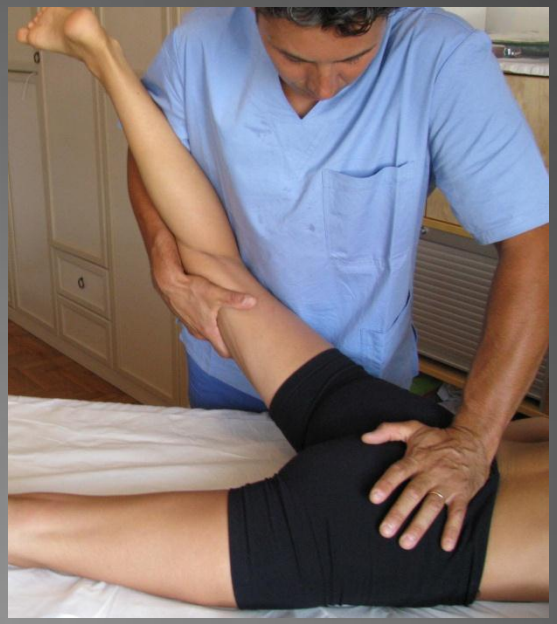
La mobilizzazione avviene esercitando contemporaneamente una brusca flessione forzata del ginocchio e un'altretanto brusca manovra di intrarotazione del capitello peroneale.



La classica manovra del cassetto usata per la valutazione dei legamenti crociati, viene validamente sfruttata per la mobilizzazione dell'articolazione tibio-femorale. La figura illustra la posizione delle mani dell'operatore il cui peso fissa il piede del paziente al lettino.

la manovra di mobilizzazione dell'articolazione tibio-femorale con movimenti di scivolamento in direzione latero-mediale applicando due forze contrarie alternando la posizione delle mani.

tecnica di mobilizzazione dell'articolazione coxo-femorale in abduzione
e intrarotazione con fissazione dell'emibacino controlaterale con la mano libera al lettino.



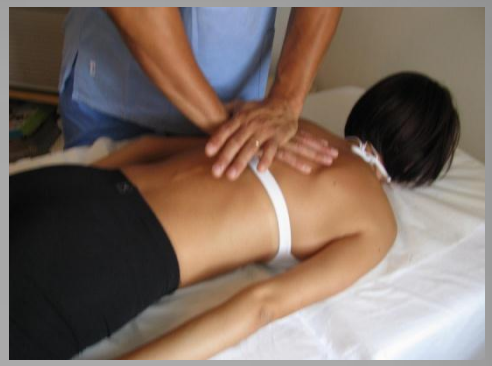
Applicando una forte e brusca trazione dell'arto inferiore in senso cranio-caudale si provoca una diastasi dei capi articolari dell'articolazione coxo-femorale, molto utile per le patologie che coinvolgono la testa del femore

MOBILIZZAZIONE TORACICA E COSTALE

Sfruttando la respirazione del paziente si mobilizza le articolazione costo-vertebrali . Si ottiene il massimo innalzamento costale sforzando con una trazione applicata al gomito, e la mano libera è appoggiata leggermente sulla costa da mobilizzare. L'espirazione viene favorita con l'adduzione dell'arto superiore e l'abbassamento costale viene aiutato dalla mano dell'operatore.

tecnica di mobilizzazione delle articolazione costo-vertebrali, cercando di scaricare le due componenti vertebrali in senso cranio -caudale,sincronizzandosi con la respirazione del paziente. Ad ogni atto respiratorio la mano mobilizzatrice viene spostata lungo tutto il rachide dorsale.

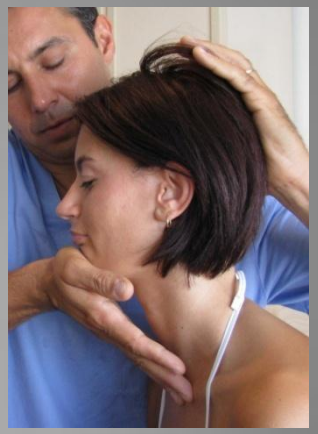
Altre tecniche di mobilizzazione articolare vertebrale con movimenti di rotazione assiale



MOBILIZZAZIONE TEMPORO MANDIBOLARE

La mobilizzazione dei condili temporo-mandibolari avviene appoggiando le mani dell'operatore posizionato posteriormente al paziente sull'angolo inferiore della mandibola, e alternativamente una mano agisce con "un'effetto incudine" e l'altra dà dei bruschi colpetti.

Si possono inoltre applicare mobilizzazioni di scivolamento anteriore e posteriore e mobilizzazioni di diduzione con movimenti di rotazione e traslazione dei condili.



CONCLUSIONI

Le tecniche di mobilizzazione articolare sono delle metodiche insostituibili per la rapidità ed efficacia della loro azione e pertanto devono entrare nel patrimonio culturale di ogni fisioterapista e osteopata ed avere quella diffusione di applicazione e di utilizzazione che meritano.

Pur confidando nell'estrema efficacia di queste tecniche, esse non devono però essere considerate sufficienti alla risoluzione di tutti i casi in cui trovano indicazione .Per ottenere il massimo risultato per il nostro paziente è necessario avere un atteggiamento globale e non segmentario del problema, non dimenticando tutte le altre metodiche curative e riabilitative come la massoterapia, la riflessologia, le tecniche di facilitazione propriocettiva neuromuscolare, i trattamenti strumentali, la fisioterapia classica e non e per ultimo, ma non per importanza, il trattamento farmacologico antiflogistico, analgesico e miorilassante.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE