

TRAUMATISME MEMBRE INFERIOARE

Dr. Adrian Ioan Lungu

Artroplastia totală de șold (protezarea șoldului)

După protezarea șoldului este necesară urmărirea cu atenție a semnelor locale pentru a depista din timp prezența unei infecții locale (roșeață, umflătură, căldură, durerea la nivelul intervenției chirurgicale) sau a unei tromboze venoase profunde (umflarea membrului, durere la nivelul gambei sau coapsei, roșeața gambei, durere la palparea gambei sau a coapsei). Dacă sesizați unul dintre aceste semne, adresați-vă chirurgului ortoped!

Pacientul va evita amplasarea unei perne/pături sub genunchi pe parcursul somnului sau în perioadele când stă în pat.

Se va aplica un prosop rulat lateral de coapsă, pentru a preveni rotația externă a membrului protezat.

În primele 3 zile de la intervenția chirurgicală se va evita mobilizarea șoldului protezat, se realizează mobilizarea și exerciții pentru membrele sănătoase, se realizează pompajul piciorului (se apasă pe pedala).

În zilele 4-7 se încep mobilizările pasive de șold (de către o altă persoană), prin ridicarea membrului afectat și ușoară deplasare în lateral, evitând rotația. Se realizează mobilizarea genunchiului.

Între zilele 7-21: pacientul este ridicat la marginea patului, ulterior este ridicat în picioare, cu sprijin pe membrul sănătos. Se merge cu cadrul metalic sau cârje, punând piciorul afectat pe sol, dar fără sprijin în el, se execută exerciții de flexie/extensie a genunchiului, la marginea patului.

ESTE EVITATĂ MOBILIZAREA ARTICULAȚIEI ȘOLDULUI LA UNGHIURI EXTREME!!

La 3 luni de la intervenție se poate deplasa fără baston.

Fractura de șold

Ziua 2 postoperator

Mobilizare și exerciții active ale membrilor superioare și membrului inferior sănătos.

Masaj decontracturant cu evitarea zonei operatorii.

Exerciții ale gleznei și piciorului prin pompajul piciorului (apăsarea pedalei).

Pacientul este ridicat la marginea patului.

Ziua 3

Același protocol ca în Ziua 2, la care adăugăm:

Verticalizare și mers cu sprijin la paralele; Se recomandă o sesiune de 10-15 minute la bicicleta staționară.

Ziua 4-8

Același protocol ca în Ziua 3 +

Mobilizarea activă, de către pacient, a șoldului afectat (flexie+extensie / apropiere șoldul de abdomen).

Mobilizarea de către pacient a genunchiului.

În Ziua 8

Începe să urce scările.

Pacientul va evita aplecarea în față mai mult de 90^0 , rotația externă a membrului afectat, flexia șoldului mai mult de $70-90^0$, mișcarea spre interior a membrului afectat.

Entorsa de genunchi

Apare în urma unui traumatism din care a rezultat întinderea și ruperea unor fibre ligamentare ale genunchiului (ligamentul încrucișat anterior, ligamentul încrucișat posterior, ligamentul colateral medial, ligamentul colateral lateral).

În funcție de gravitatea leziunii, protocolul de recuperare diferă.

În faza 1 a recuperării se vor executa următoarele proceduri:

Repausul articulației prin evitarea mobilizării ei.

Aplicarea de gheață locală timp de 10-15 minute, de 2 ori pe zi.

Purtarea unei orteze (genunchieră) care să reducă edemul și să stabilizeze genunchiul.

Ridicarea membrului afectat pe o suprafață elevată (scaun, pat).

Cât timp genunchiul este imobilizat, se recomandă mobilizarea articulațiilor învecinate (șold, gleznă), fără a mobiliza genunchiul afectat.

Pentru a preveni atrofia musculară și a spori stabilitatea genunchiului se recomandă exerciții izometrice (care nu modifică lungimea mușchiului, deci nu mișcă articulația genunchiului) pentru următorii mușchi: cvadriceps, ischiogambieri, tricepsul sural, mușchiul tensor al fasciei lata.

Artroplastia de genunchi (proteza de genunchi)

Zilele 1-5

Odihna articulației. Aplicare de gheață local; Aplicarea unui bandaj compresiv sau a unei genunchiere elastice; Elevația membrului operat; Mobilizare pasivă a articulației (de către altă persoană, fără ajutorul pacientului) până la 40 grade flexie.

Este important să urmăriți evoluția intervenției chirurgicale. Dacă apar semne de umflare, căldură, roșeață, durere sau pierderea sensibilității regionale, adresați-vă chirurgului ortoped.

Se va mobiliza glezna executând pompajul piciorului (se imită apăsarea pedalei). Se va îndoi genunchiul prin alunecarea călcâiului pe planul patului, fără a ridica talpa de pe pat.

Se amplasează o pernă în spatele genunchiului și se execută extensii ale genunchiului.

Pacientul se va ridica la marginea patului. Ulterior, după obișnuirea cu această poziție, se va ridica în picioare și va merge zilnic 50 metri cu ajutorul cadrului mobil (cu roți).

Săptămâna 1-4

Se adaugă în program mobilizare pasivă până la 120 grade flexie.

Se exersează ridicatul și așezatul pe scaun, mobilitatea la nivelul patului.

Sesiuni de 10-15 minute de pedalare la bicicleta staționară.

Entorsa gleznei

Apare în momentul când pacientul calcă strâmb. Glezna se umflă, devine dureroasă și poate prezenta echimoză (vânătăie). În cazul în care apare durerea la palpare și nu vă puteți sprijini în glezna, neputând face 4 pași consecutivi, este indicată radiografia.

Protocolul de recuperare cuprinde 3 faze:

Faza I – primele 48 h de la traumatism

De la momentul producerii accidentului trebuie să aplicăm următorul protocol:

- Reducerea efortului (solicitării) gleznei afectate.
- Comprese cu gheață / icepack aplicate la nivelul gleznei.
- Purtarea unui bandaj elastic compresiv sau a unei gleznieră timp de maxim 10 zile, pentru a reduce umflătura locală.
- În momentul repausului, glezna afectată va fi odihnită pe un plan cât mai aproape de nivelul inimii (scaun, pat), iar în timpul somnului se va ține pe o pernă/pătură.

În cazul în care durerea este la un nivel insuportabil, se recomandă aplicarea locală de Diclofenac cremă/gel sau se recomandă administrarea unei capsule de Celecoxib 200 mg, la fiecare 12 ore, timp de 7 zile. **ATENȚIE!!!** Administrarea de medicamente poate încetini procesul de refacere!! **ATENȚIE!!!** Dacă administrați antiinflamatoare (Celecoxib, Diclofenac, Ibuprofen), e obligatoriu administrarea concomitentă de Omeprazol 20 mg, 1 cps/zi, dimineața, pe tot parcursul tratamentului.

Faza 2 – prima săptămână

Începând cu ziua 2, pacientul va realiza mișcări în aer din articulația gleznei, fără să pună greutate/ rezistență.

În momentul în care pacientul reușește să meargă fără să șchiopăteze sau să se ridice pe vârfuri, se trece la faza 3.

În primele 2 săptămâni se va evita transportul greutăților mai mari de 10 kg, statul în picioare prelungit, mersul pe teren accidentat.

Faza 3 – săptămâna 2

Poate începe execuția unor exerciții ușoare

Ridicat pe vârfuri

Alergatul pe loc

Săritul corzii

Menținerea echilibrului pe un picior (prima dată pe membrul sănătos, ulterior pe membrul afectat).

Perioada după care vă puteți întoarce la activitățile zilnice obișnuite este de 4 săptămâni. Este indicat să evitați mersul pe teren accidentat (neuniform) și purtatul încălțăminteii cu toc.

Fasciita plantară / pinten calcanean

Se manifestă prin durere localizată la nivelul tălpii, în special la nivelul călcâiului. Apare de dimineață, la primii pași după trezire, dispare după o perioadă scurtă de mers sau poate persista pe parcursul zilei.

Tratament:

- Aplicare de comprese cu gheață/ icepack la nivelul locului dureros și la nivelul gambei.
- Stretchingul scade intensitatea durerii.
 - Se trage de talpă cu ajutorul unui prosop, având genunchiul întins la maxim.
 - Se rulează o minge de tenis pe podea cu ajutorul tălpii.
- Purtatul talonetelor sau a branțurilor din silicon și evitarea încălțăminteii cu talpă rigidă.
- Aplicarea de antiinflamator local (cremă/gel).

Fractura gleznei

Apare în momentul unui traumatism la nivelul gleznei sau atunci când pacientul calcă strâmb.

În funcție de sediul fracturii, fracturile gleznei pot fi de 3 feluri: unimaleolară, bimaleolară sau trimaleolară, în funcție de maleolele care au fost afectate.

În funcție de nivelul de stabilitate, pot fi de 2 feluri: cu gleznă stabilă sau cu gleznă instabilă. Cele cu gleznă stabilă se imobilizează în aparat gipsat.

Pentru fracturile imobilizate în aparat gipsat mobilizarea gleznei începe imediat după ce se oprește indicația de purtare a aparatului gipsat (10-14 zile).

Necesită o perioadă de 4-6 săptămâni de vindecare (pacient fără neuropatie) sau 8 săptămâni (pacient cu neuropatie asociată). După aceste perioade pacientul își poate sprijini greutatea în glezna respectivă (în limita toleranței).

Protocolul de recuperare al fracturilor de gleznă cuprinde 3 faze:

Faza 1 (Săptămânile 1-6) – perioada de protecție

Managementul edemului (aplicarea de comprese cu gheață/icepackuri în regiunea afectată, 2 aplicări pe zi a câte 10-15 minute).

După îndepărtarea aparatului gipsat, se indică purtarea unei cizmei de imobilizare a gleznei (orteză fixa a gleznei) care se va purta doar pe parcursul zilei.

Se va executa mobilizarea de către pacient a gleznei, în limita toleranței la durere, prima dată în aer, fără a învinge o rezistență, ulterior va încerca să împingă ușor pe un plan dur (tăblia patului, podea).

Este importantă executarea de exerciții active pentru membrele superioare și pentru membrul inferior sănătos.

Faza 2 (Săptămânile 6-8) – perioada de mobilizare

Se continuă cu mobilizarea pasivă a gleznei (de către altă persoană) și cu mobilizarea activă (vezi indicațiile din faza 1).

Se introduce în tratament un program de stretching. Se trage de talpă cu ajutorul unui prosop, având genunchiul întins la maxim.

Se recomandă începerea exercițiilor la bicicleta staționară (Sesiuni de 10-15 minute, 2 sesiuni pe zi).

Faza 3 (Săptămânile 8-12) – perioada de restabilire a funcției

Se antrenează restabilirea funcționalității complete a gleznei prin exerciții care favorizează stabilitatea gleznei: ridicat pe vârfuri, alergatul pe loc, săritul corzii, menținerea echilibrului pe un picior (prima dată pe membrul sănătos, ulterior pe membrul afectat).