

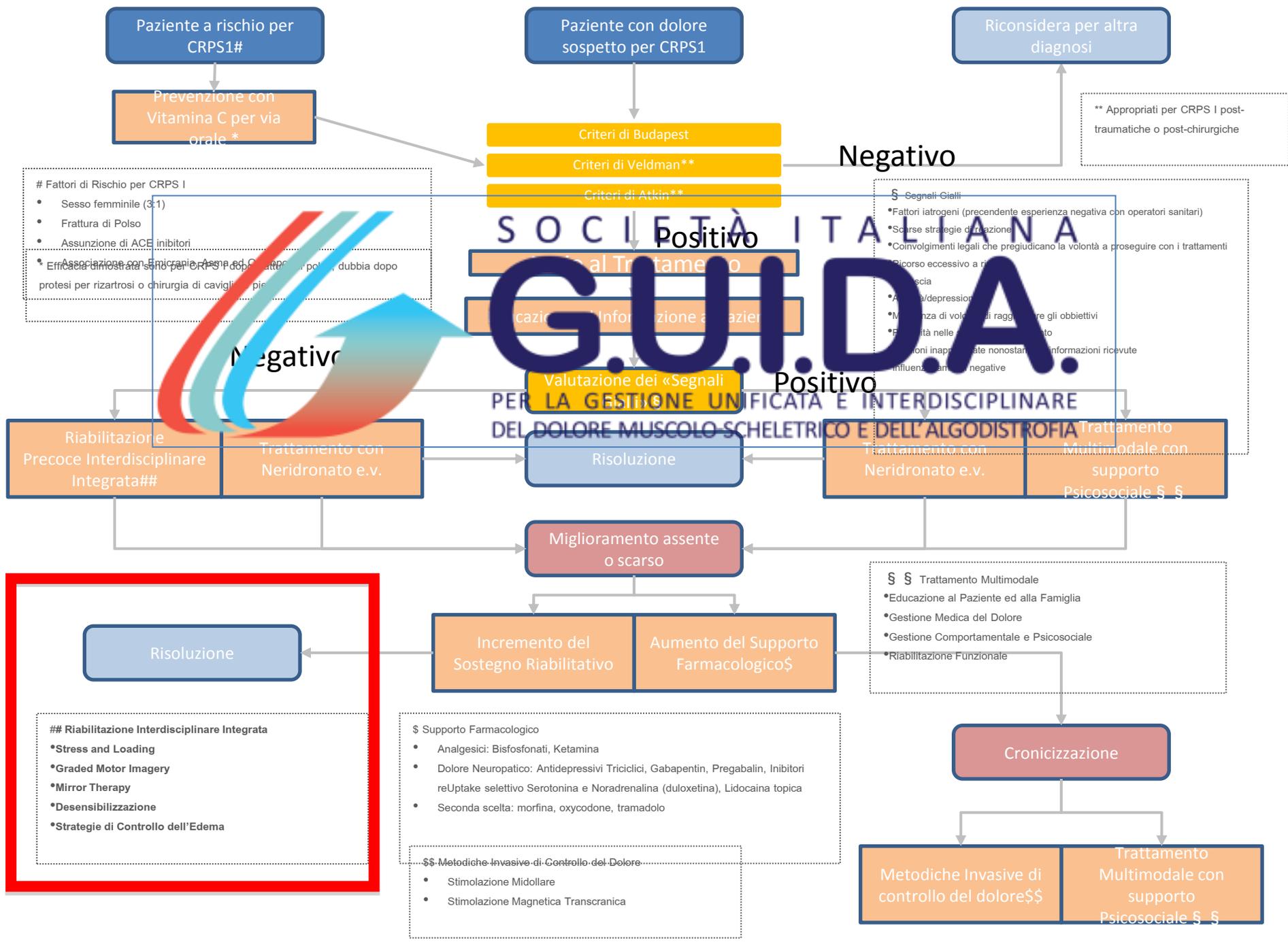


UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Università degli Studi del Piemonte Orientale
Scuola di Medicina - NOVARA
Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa
(Direttore: prof Carlo Cisari)

La terapia non farmacologica nell'algodistrofia

Carlo Cisari





Royal College
of Physicians

Complex regional pain syndrome in adults

UK guidelines for diagnosis,
referral and management
in primary and secondary care

May 2012

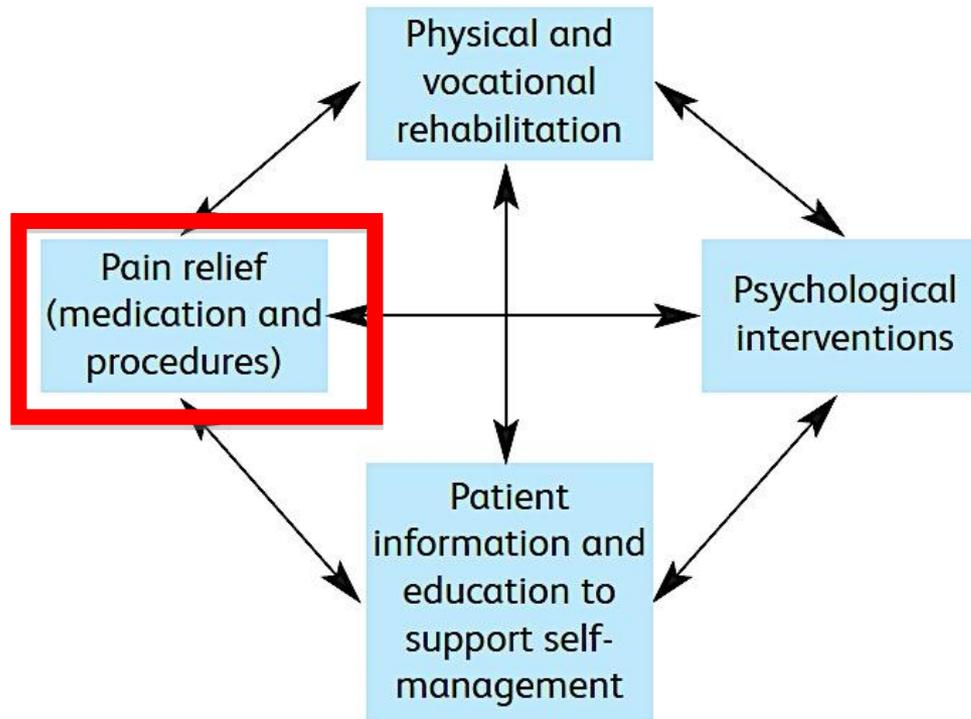


Fig 2 Four pillars of treatment for CRPS - an integrated interdisciplinary approach



“C’è un solo dolore che può essere sopportato con facilità: quello degli altri”

R. Leriche, 1928

Terapia medica e terapia interventistica

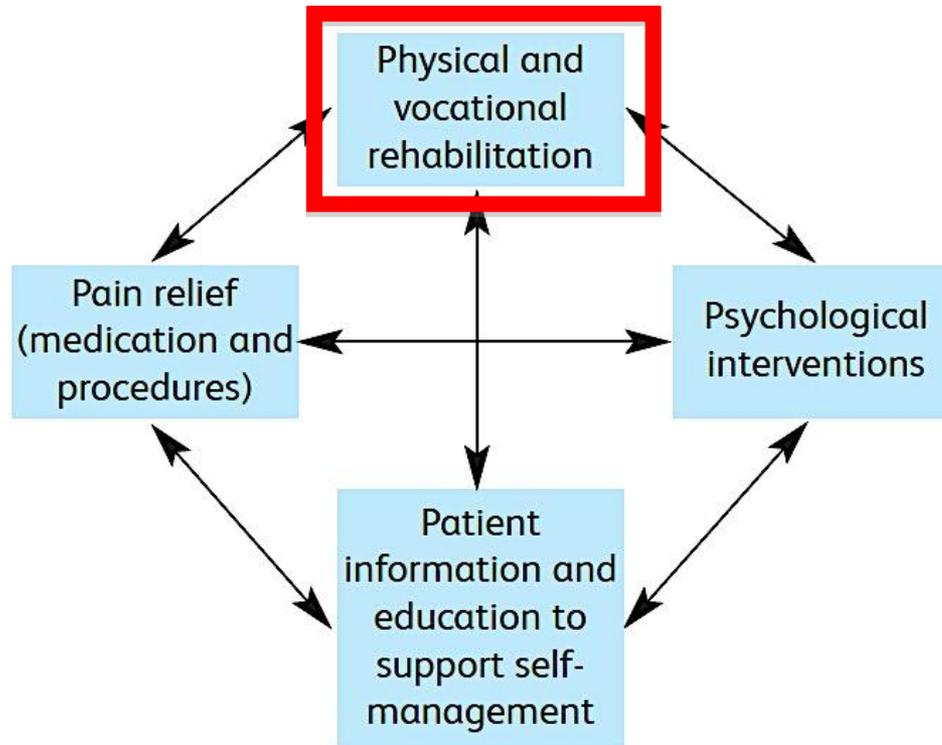


Fig 2 Four pillars of treatment for CRPS – an integrated interdisciplinary approach

E' sempre indicata la rieducazione motoria e la terapia occupazionale anche in fase molto precoce e anche **NON “rispettando il dolore”** (modalità sostenuta tradizionalmente), al fine di recuperare la funzionalità e prevenire sia i danni periferici sia quelli a carico del SNC (“negligenza senso-motoria”).

- Marinus J. et al, Lancet Neurol, 2011
- EK JW et al, Clin Rehabil, 2009
- Birklein F. et al, Neurology, 2014

Il programma di *stress and loading* è stato sviluppato da H. Kirk Watson e Lois Carlson. Consiste nel promuovere il movimento attivo, anche se lo stress di carico può inizialmente produrre un aumento del dolore o dell'edema.

Con “*stress*” ci riferiamo ad esercizi di “sollecitazione” delle articolazioni interessate. Con “*loading*” si intende “caricare” le articolazioni interessate. La chiave del programma è una desensibilizzazione progressiva al dolore con adeguamento alla nuova situazione e recupero della motilità

H. K. Watson and L. Carlson: Treatment of reflex sympathetic dystrophy of the hand with an active stress loading program, J Hand Surg 1987;12A:779-785

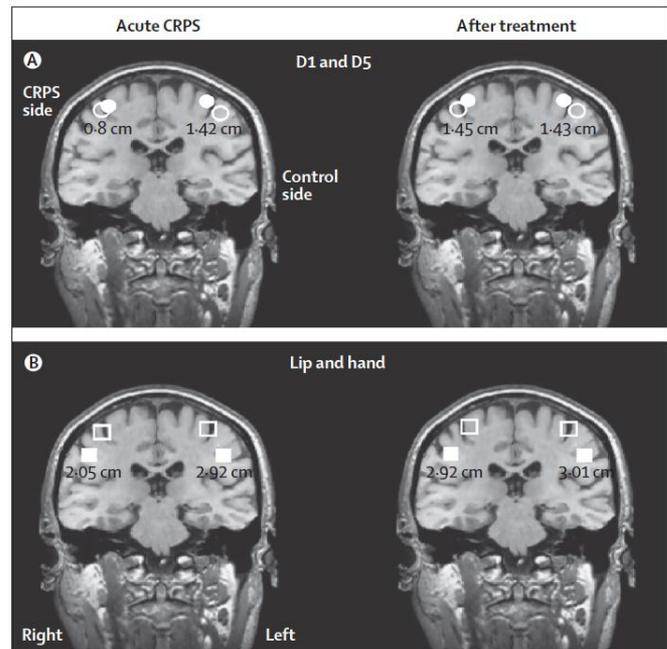
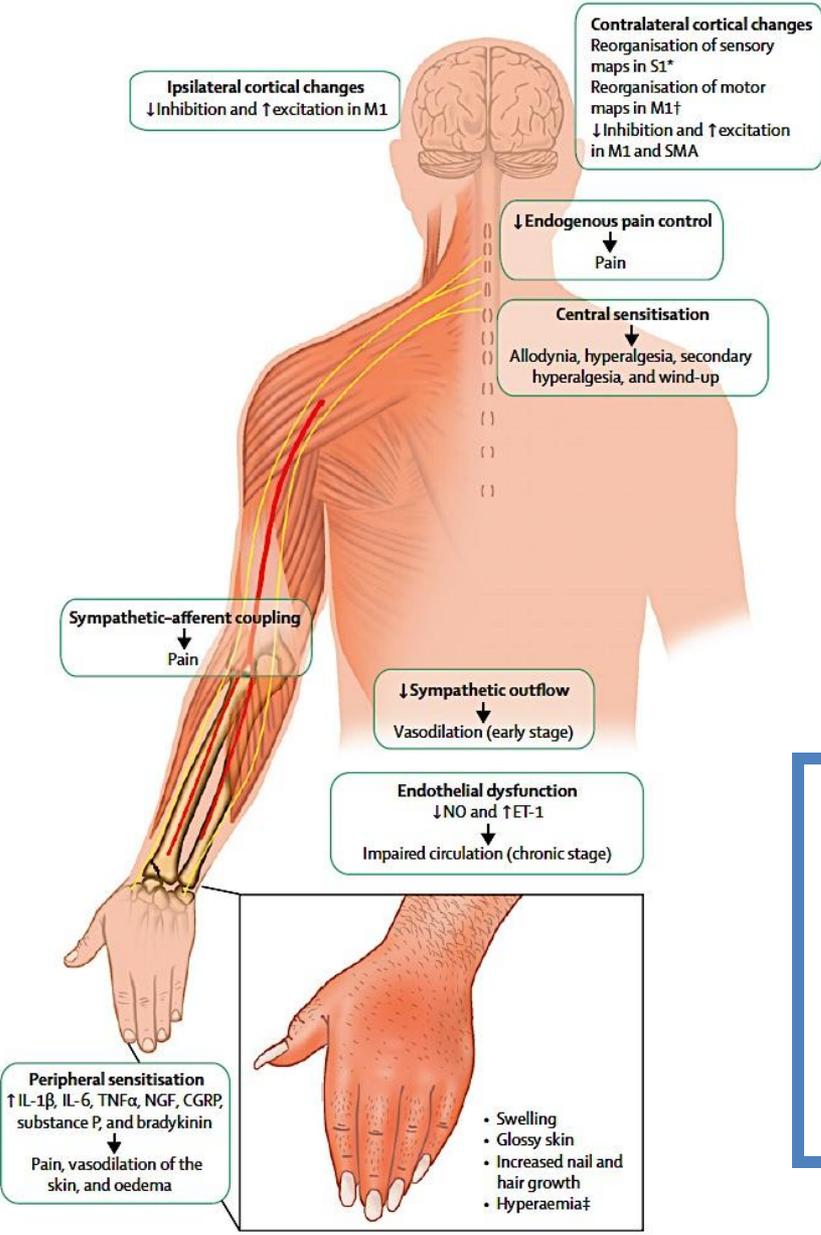


Figure 3: Cortical reorganisation and maladaptive plasticity in a patient with CRPS

Studi più recenti hanno ipotizzato un coinvolgimento “centrale” nella CRPS con vere e proprie turbe neuropsicologiche, Identificando in questo modo uno dei motivi del mancato recupero dopo esaurimento della fase acuta.



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

[HOME](#)[ARTICLES & MULTIMEDIA ▾](#)[ISSUES ▾](#)[SPECIALTIES & TOPICS ▾](#)[FOR AUTHORS ▾](#)[CME >](#)

CORRESPONDENCE

Mirror Therapy for Chronic Complex Regional Pain Syndrome Type 1 and Stroke

N Engl J Med 2009; 361:634-636 | August 6, 2009 | DOI: 10.1056/NEJMc0902799

Mirror Therapy in Complex Regional Pain Syndrome Type 1 of the Upper Limb in Stroke Patients

Angelo Cacchio, MD, Elisabetta De Blasis, MD, Vincenzo De Blasis, MSc,
Valter Santilli, MD, and Giorgio Spacca, MD

Neurorehabilitation and
Neural Repair
Volume XX Number X
Month XXXX xx-xx
© 2009 The Author(s)
10.1177/1545968309335977
<http://nrr.sagepub.com>

The Cochrane Library

Physiotherapy for pain and disability in adults with complex regional pain syndrome (CRPS) types I and II

Review

Intervention

Keith M Smart , Benedict M Wand, Neil E O'Connell

First published:

24 February 2016

The best available data show that **Graded Motor Imagery and mirror therapy** may provide clinically meaningful improvements in pain and function in people with CRPS I although the quality of the supporting evidence is very low.

Il trattamento dell'edema della mano e del piede dev'essere precoce. Inizialmente l'edema si presenta riducibile ma con tendenza a organizzarsi nelle fasi successive. Gli strumenti terapeutici possono essere vari, ma l'obiettivo è unico: contenere e ridurre tempestivamente il volume e drenare l'essudato per evitare l'infarcimento delle articolazioni e la loro conseguente immobilità. Quindi **il linfodrenaggio manuale per la riduzione dell'edema è utile purché inserito in un programma riabilitativo completo**.





Nella fase flogistica acuta gli splint statici di sostegno (cock up) alleviano il carico sulle articolazioni a scopo antalgico e preventivo per la retrazione dei muscoli intrinseci e dell'apparato tendineo, che predispongono alla rigidità.

Per la mano si tratta di un tutore palmare di riposo dove l'articolazione del polso è posizionata a 20-30° di estensione e leggera deviazione, le articolazioni metacarpo-falangee a 40-60° di flessione e le articolazioni interfalangee in estensione, il I dito in opposizione e apertura della prima commissura



I tutori di tipo statico progressivo e dinamico trovano indicazione nella fase distrofica/atrofica per guadagnare gradi di mobilità articolare.



TERAPIA FISICA

Non c'è evidenza per la fisioterapia strumentale
(TENS, Magneto, ultrasuoni,)

La termoterapia è controindicata
(Tecar, microonde, infrarossi, bagni caldi, ..)

INTERVENTO MULTIDISCIPLINARE



Andreas Goebel Rheumatology

© The Author 2011. Published by Oxford University Press on behalf of the British Society for Rheumatology. All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com

... in jumping to
CONCLUSIONS



- Dal punto di vista riabilitativo è necessario un precoce intervento neuromotorio e di terapia occupazionale anche non rispettando il dolore (stress and load)
- La CRPS non deve essere considerata unicamente nella sua componente “periferica” ma anche nelle sue implicazioni neuropsicologiche e cognitive, sostanziali sia per il programma riabilitativo sia per determinare la disabilità residua
- Le tecniche di Motor Imagery e Mirror Therapy si stanno dimostrando efficaci sia per il dolore che per il recupero funzionale
- La terapia strumentale non ha evidenza di efficacia



FINE

