



Azienda Ospedaliera
CTO/ Maria Adelaide

*UOC Traumatologia
Muscoloscheletrica*

UOD Microchirurgia

*Dipartimento di Ortopedia e
Traumatologia*

*ASO CTO- M Adelaide
Torino*



2° CORSO BASE ED AVANZATO: IL GOMITO TRAUMATICO

15-16 Aprile 2013

Aula Magna

Azienda Ospedaliera
Città della Salute e della Scienza di Torino
presidio CTO - M. Adelaide

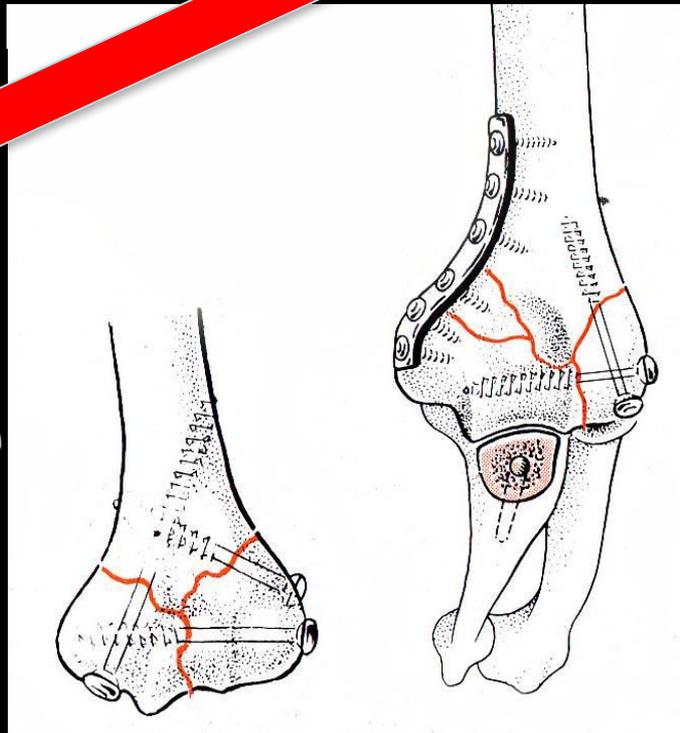
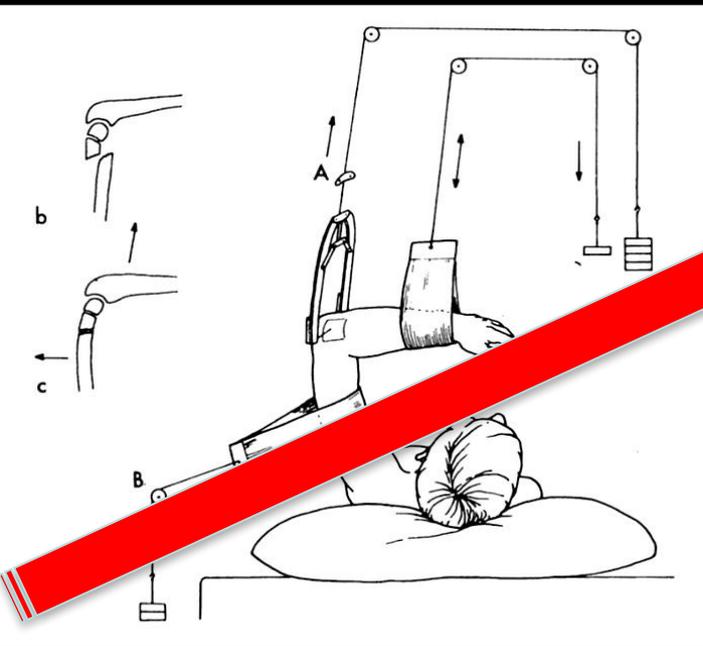
Direttori del Corso

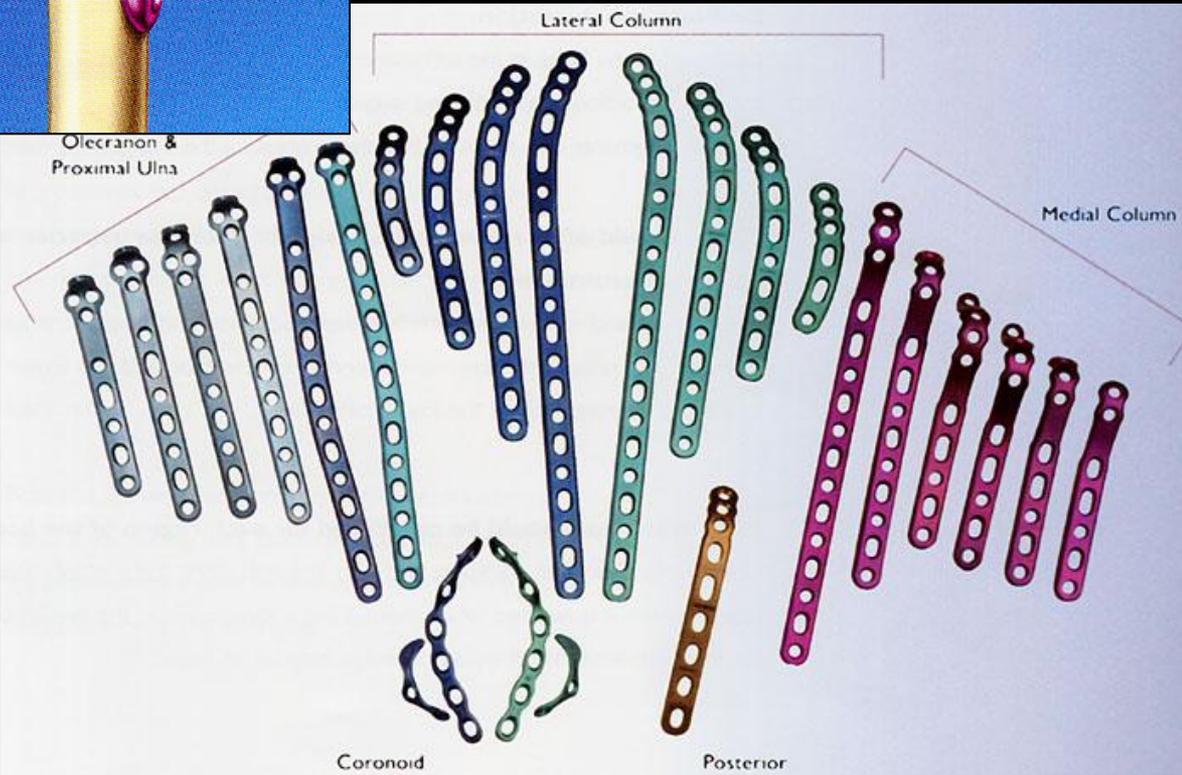
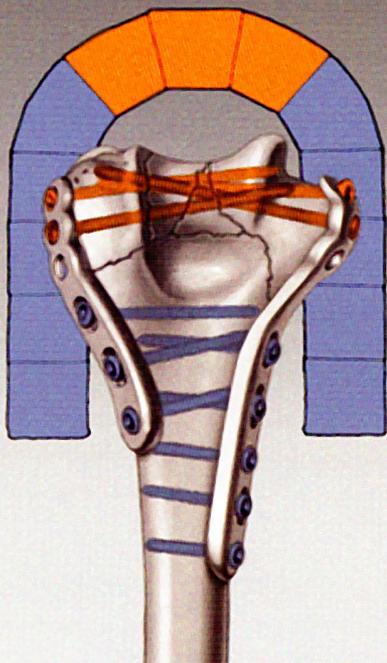
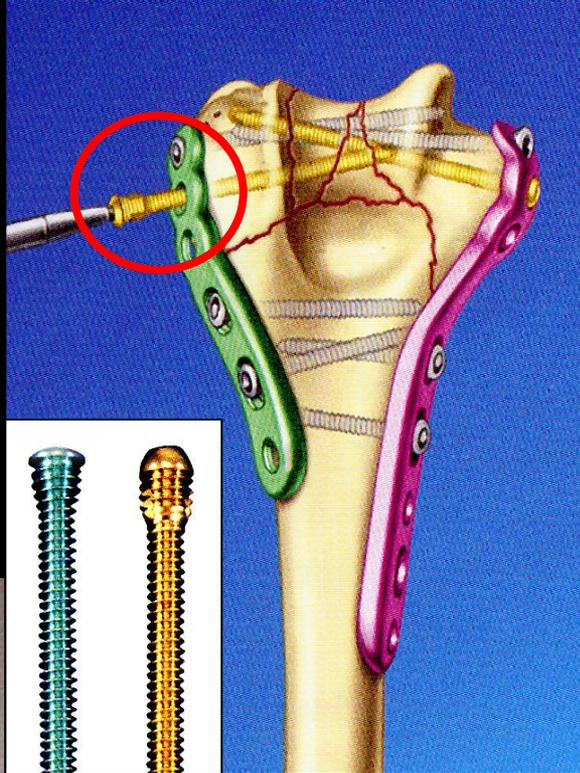
Bruno Battiston - Pierluigi Tos

PROGRAMMA POSTCHIRURGICO AUTOASSISTITO

Remo Ceffa, Davide Gamberoni

UOC Ortopedia e Traumatologia
AOU "Maggiore della Carità" - Novara





TECHNIQUE

Principle-Based Internal Fixation of Distal Humerus Fractures

JOAQUIN SANCHEZ-SOTELO, M.D., PH.D.

MICHAEL E. TORCHIA, M.D.

SHAWN W. O'DRISCOLL, M.D., PH.D.

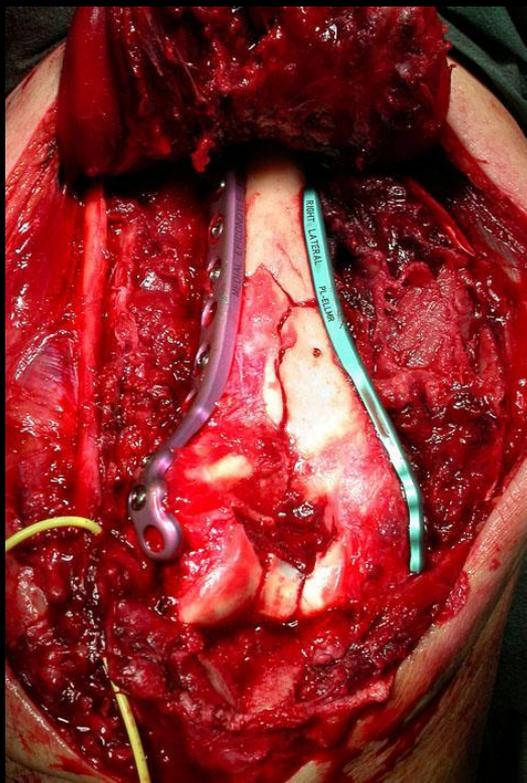
Department of Orthopedic Surgery Mayo Clinic Rochester, Minnesota, U.S.A.

■ POSTOPERATIVE TREATMENT

Immediately after closure, the elbow is placed in a bulky, noncompressive, Robert-Jones dressing with an anterior plaster slab to keep the elbow in extension. The upper extremity is kept elevated for 36 hours. The Robert-Jones dressing is then removed, an elastic nonconstrictive sleeve is applied over an absorbent dressing placed on the wound, and a program of continuous passive motion begins, with the goal being to flex and extend the elbow as much as tolerated to avoid fluid accumulation at the elbow region.

If the fracture unites with the normal anatomic relations restored, and heterotopic bone formation does not occur, any limitation of the range of motion will be secondary to the response of the soft tissues to the traumatic and surgical insults and/or the postoperative immobilization. An intensive program of continuous passive motion is a reliable method to achieve a satisfactory range of motion. The continuous passive motion is used to avoid

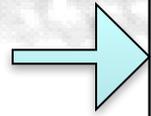








STABILITA'
Tecnologia
Tecnica chirurgica



**MOBILIZZAZIONE
PRECOCE**

**POSSIBILE
OBBLIGATORIA**

IDEALE:

ANALGESIA



CPM

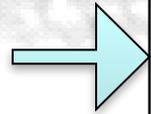


FKT



STABILITA'

Tecnologia
Tecnica chirurgica



**MOBILIZZAZIONE
PRECOCE**

**POSSIBILE
OBBLIGATORIA**

REALTA'



PROGRAMMA di AUTOTRATTAMENTO

- **PIU' SEMPLICE POSSIBILE**
- **INSEGNATO SUBITO**
- **CONTROLLATO PERIODICAMENTE**



REGIONE PIEMONTE
Azienda Ospedaliera Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara
Struttura Complessa di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Direttore: Prof. F. Grassi

MUOVERE IL GOMITO

Per ottenere il migliore risultato dall'intervento a cui è stato sottoposto è indispensabile muovere il gomito subito e nel modo giusto: segua pertanto queste semplici istruzioni.



Non rimanere **MAI** nella posizione più comoda: gomito a 90° e mano penzoloni. Muova frequentemente il polso e le dita.

Durante il giorno alternare la posizione a gomito disteso e quella a gomito piegato:

1. Trovare un appoggio morbido (bracciolo di una poltrona, piccolo cuscino), afferrare il polso con l'altra mano, accompagnare la distensione del gomito, poi premere dolcemente verso il basso, con i palmi delle mani in giù.
N.B.: raggiungere la posizione di massima estensione possibile, ma senza dolore; mantenere quella posizione per alcuni minuti, poi provare a spingere di più, sempre senza giungere ad avvertire dolore.
Proseguire per circa 5 minuti, poi piegare come spiegato al punto 2.
2. Piegare molto dolcemente il gomito, spinto dall'altra mano; la mano del lato operato parte con il palmo rivolto in basso verso il pavimento e mentre sale ruota, portando il palmo in alto, rivolto verso la faccia.
N.B.: raggiungere la posizione di massima flessione possibile, ma senza dolore; mantenere quella posizione per alcuni minuti, poi provare a spingere di più, sempre senza giungere ad avvertire dolore.
Proseguire per circa 5 minuti, poi distendere come spiegato al punto 1.



Continuare ad alternare le due posizioni durante tutta la giornata.

Nei momenti di riposo, durante i pasti, quando deve camminare e in tutte le situazioni in cui il movimento spiegato prima non viene effettuato, non tenere **MAI** il gomito piegato ad angolo retto nel tutore.

Mantenere il braccio poggiato con il gomito disteso a palmo in giù, oppure posizionare la tasca reggibraccio con il gomito piegato il più possibile, senza dolore, con il palmo in su verso il torace. Muova spesso il polso e le dita.



Anche di notte tenere il gomito disteso il più possibile, e sollevato con cuscini: dopo il primo mese è possibile alternare la posizione a gomito libero e disteso, a quella a gomito piegato, utilizzando la grossa fascia del tutore che le è stato consegnato.



Nel corso dei controlli periodici con i medici e i fisioterapisti, mostrerà i risultati ottenuti, potrà chiarire dubbi e ricevere ulteriori spiegazioni. Ad esempio, con il procedere della guarigione, potranno essere consigliate mobilizzazioni più energiche ed eventuale uso di pesi.

In caso di problemi (disturbi della sensibilità, problemi alla ferita, ecc.) non attenda i controlli, ma contatti l'Ospedale (vedi lettera di dimissione).



La buona guarigione e il ritorno alla attività precedenti dipendono molto da lei: dedichi gran parte della giornata al suo gomito.

Non rimanere **MAI**
nella posizione più comoda:
gomito a 90° e mano penzoloni



Durante il giorno alternare la posizione
a gomito esteso e quella a gomito flesso



Nei momenti di riposo





REGIONE PIEMONTE
Azienda Ospedaliera Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara
Struttura Complessa di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Direttore: Prof. F. Grassi

MUOVERE IL GOMITO

Per ottenere il migliore risultato dall'intervento a cui è stato sottoposto è indispensabile muovere il gomito subito e nel modo giusto: segua pertanto queste semplici istruzioni.



Non rimanere **MAI** nella posizione più comoda: gomito a 90° e mano penzoloni. Muova frequentemente il polso e le dita.

Durante il giorno alternare la posizione a gomito disteso e quella a gomito piegato:

1. Trovare un appoggio morbido (bracciolo di una poltrona, piccolo cuscino), afferrare il polso con l'altra mano, accompagnare la distensione del gomito, poi premere dolcemente verso il basso, con i palmi delle mani in giù.
N.B.: raggiungere la posizione di massima estensione possibile, ma senza dolore; mantenere quella posizione per alcuni minuti, poi provare a spingere di più, sempre senza giungere ad avvertire dolore.
Proseguire per circa 5 minuti, poi piegare come spiegato al punto 2.
2. Piegare molto dolcemente il gomito, spinto dall'altra mano; la mano del lato operato parte con il palmo rivolto in basso verso il pavimento e mentre sale ruota, portando il palmo in alto, rivolto verso la faccia.
N.B.: raggiungere la posizione di massima flessione possibile, ma senza dolore; mantenere quella posizione per alcuni minuti, poi provare a spingere di più, sempre senza giungere ad avvertire dolore.
Proseguire per circa 5 minuti, poi distendere come spiegato al punto 1.



Continuare ad alternare le due posizioni durante tutta la giornata.

Nei momenti di riposo, durante i pasti, quando deve camminare e in tutte le situazioni in cui il movimento spiegato prima non viene effettuato, non tenere MAI il gomito piegato ad angolo retto nel tutore.

Mantenere il braccio poggiato con il gomito disteso a palmo in giù, oppure posizionare la tasca reggibraccio con il gomito piegato il più possibile, senza dolore, con il palmo in su verso il torace. Muova spesso il polso e le dita.



Anche di notte tenere il gomito disteso il più possibile, e sollevato con cuscini: dopo il primo mese è possibile alternare la posizione a gomito libero e disteso, a quella a gomito piegato, utilizzando la grossa fascia del tutore che le è stato consegnato.



Nel corso dei controlli periodici con i medici e i fisioterapisti, mostrerà i risultati ottenuti, potrà chiarire dubbi e ricevere ulteriori spiegazioni. Ad esempio, con il procedere della guarigione, potranno essere consigliate mobilizzazioni più energiche ed eventuale uso di pesi.

In caso di problemi (disturbi della sensibilità, problemi alla ferita, ecc.) non attenda i controlli, ma contatti l'Ospedale (vedi lettera di dimissione).



La buona guarigione e il ritorno alla attività precedenti dipendono molto da lei: dedichi gran parte della giornata al suo gomito.

www.remoceffa.it

Di notte



Controlli periodici : verifica, spiegazioni, incrementi settimana 1-2-3-4-6-8-12-16



In caso di problemi
contattare tempestivamente l'Ospedale.

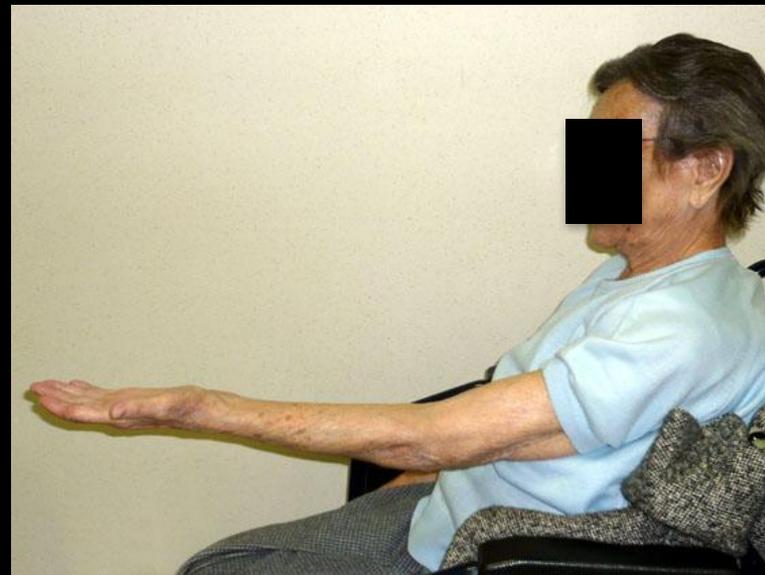
*La buona guarigione e il ritorno alla attività precedenti dipendono molto da lei:
dedichi gran parte della giornata al suo gomito.*

ADDESTRAMENTO nei giorni di ricovero post-operatorio:

al letto
da parte di medici
e fisioterapisti



adattamenti al paziente



CONTROLLO dell'EFFICACIA del PROTOCOLLO

22 casi di frattura della paletta omerale C2-C3

trattati presso S.C. di Ortopedia e Traumatologia
dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Maggiore della Carità"
di Novara

PRIMA SERIE

8 pazienti (2005)

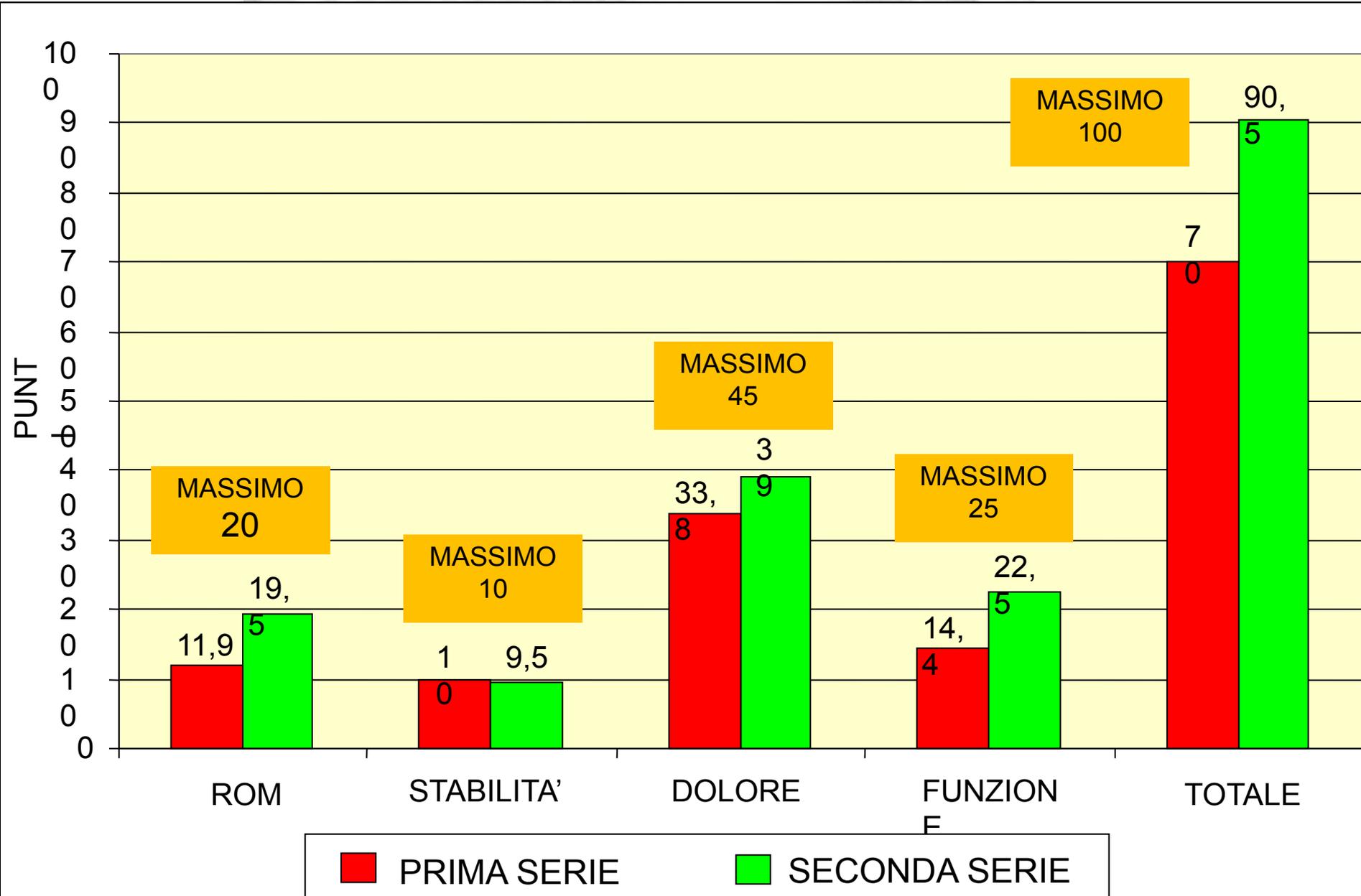
TRATTAMENTO
RIABILITATIVO
senza
AUTOTRATTAMENTO

SECONDA SERIE

14 pazienti (2006-2007)

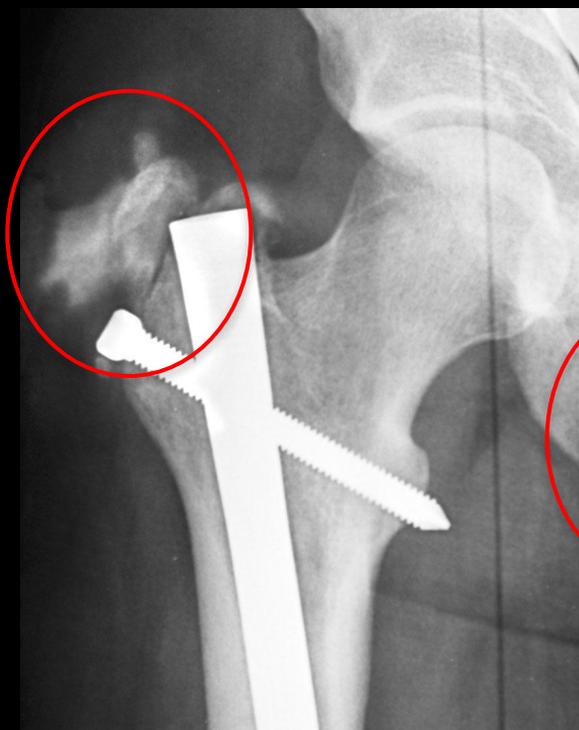
TRATTAMENTO
RIABILITATIVO
con
AUTOTRATTAMENTO

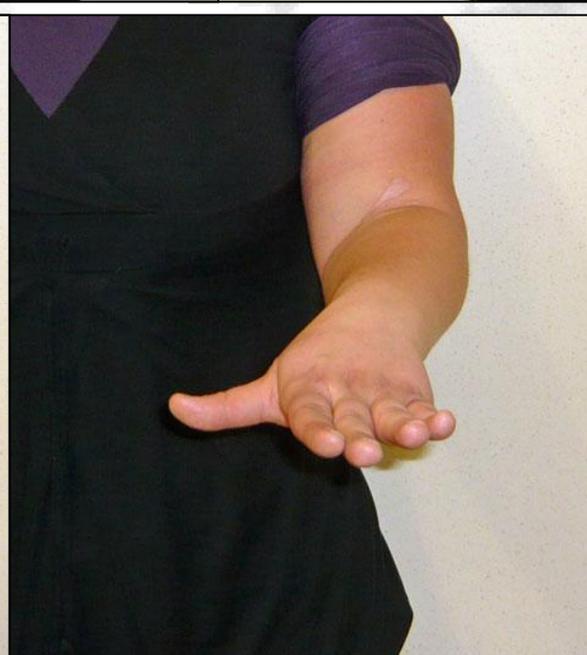
Punteggi medi MEPS

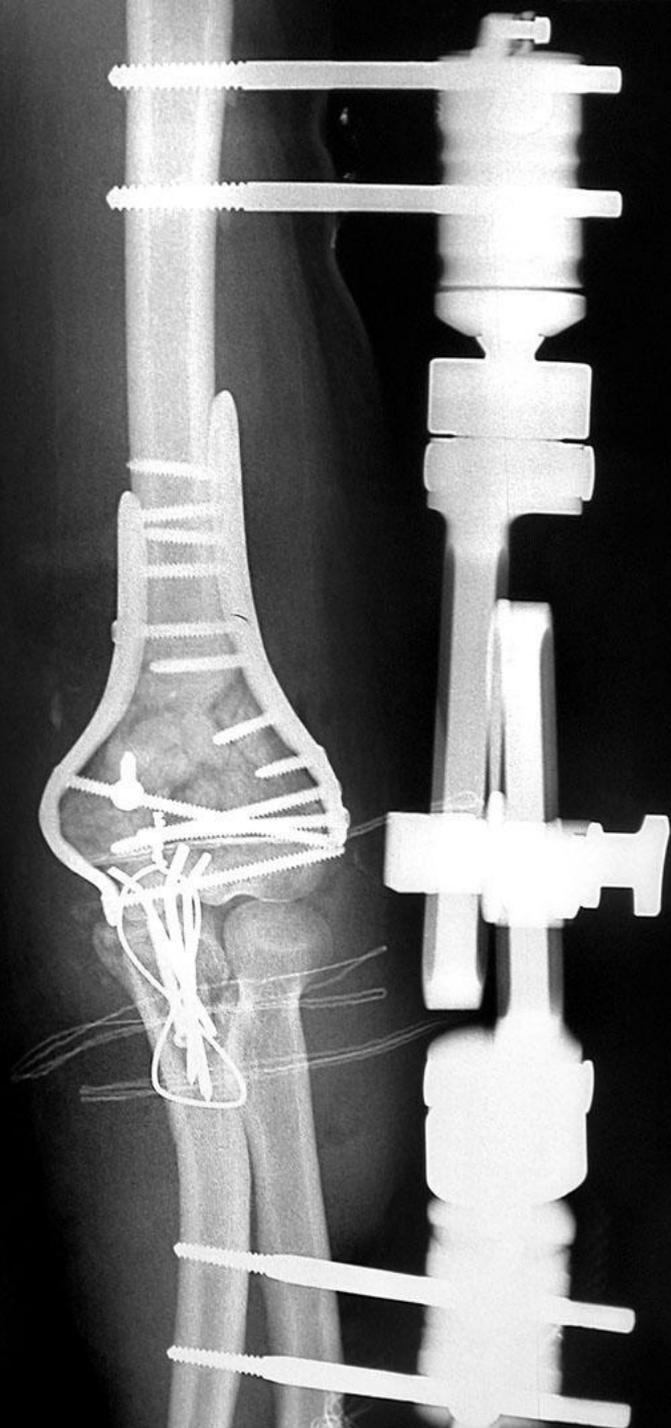
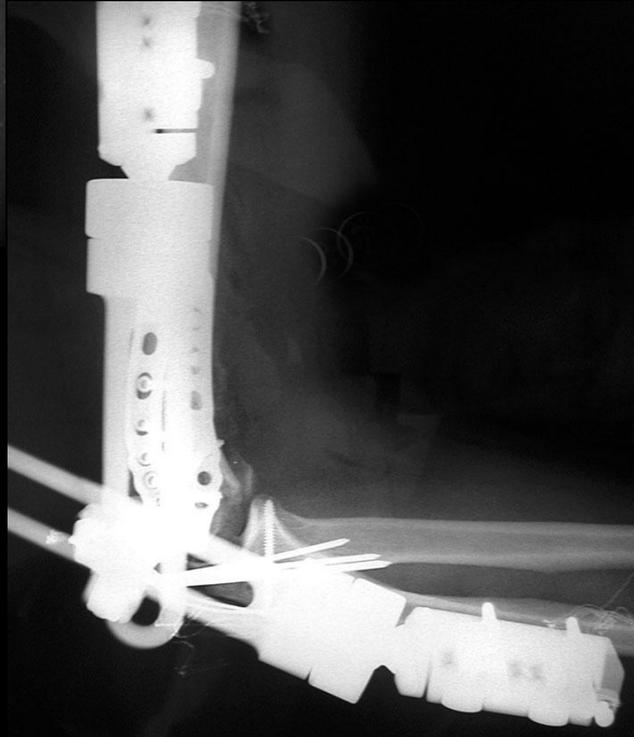


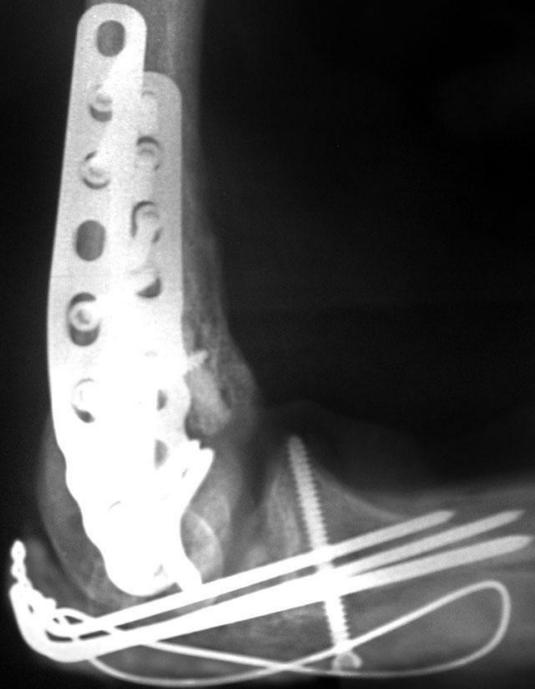
Politraumatismo, anni 25:
Indometacina 100mg
Trattamento ideale
+ autoassistito

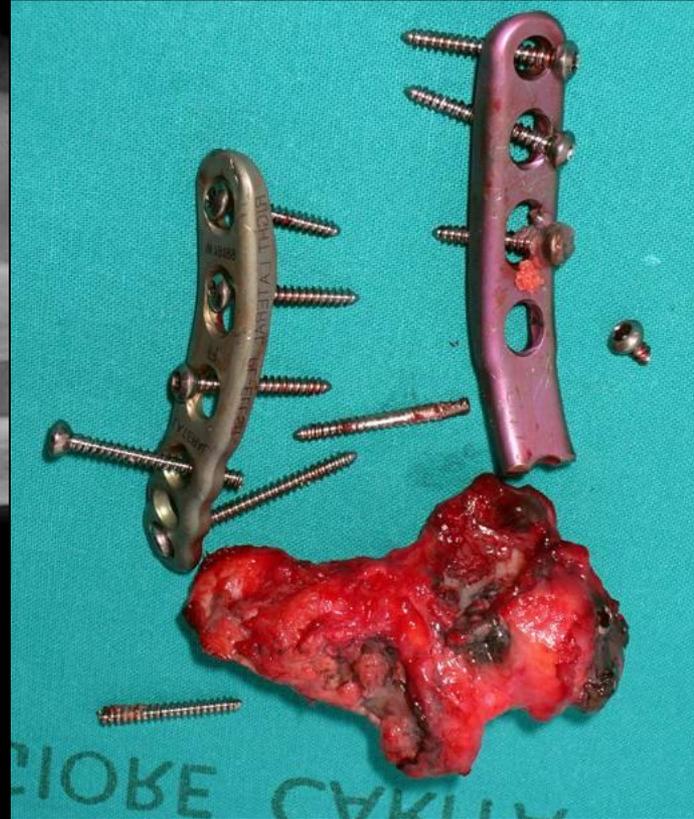
Fisioterapista

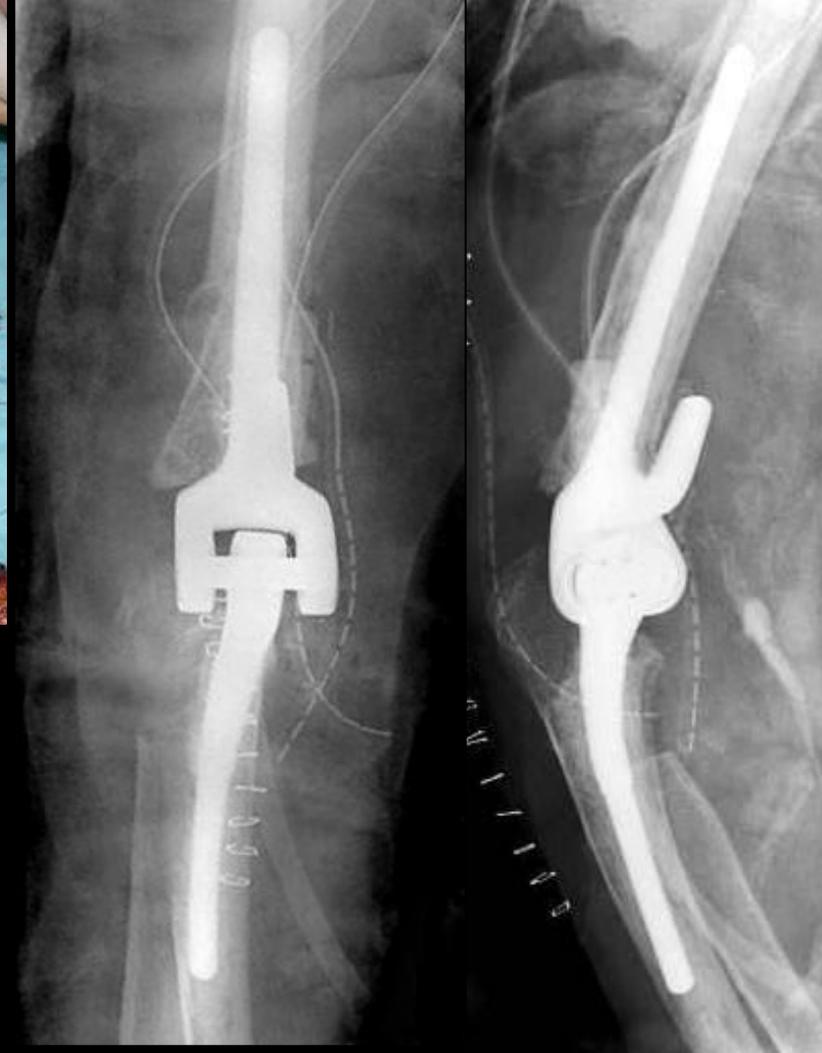
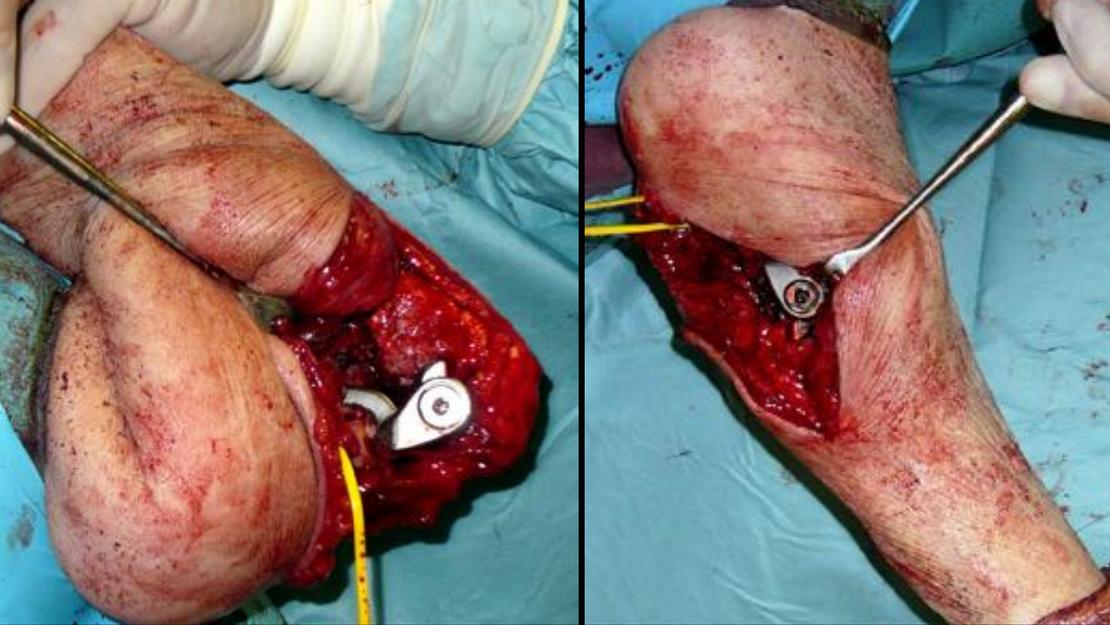












**APPLICAZIONE DEL PROGRAMMA
AUTOASSISTITO
ANCHE ALLA CHIRURGIA
PROTESICA**

CONCLUSIONI

- **ESIGENZA DI ADEGUAMENTO DELLE ABITUDINI RIABILITATIVE**
 - ALLA STABILITA' PRIMITIVA DELLE OSTEOSINTESI
 - ALLE REALI POSSIBILITA' DI TRATTAMENTO POST-OPERATORIO

- **PROTOCOLLO POSTCHIRURGICO AUTOASSISTITO**
 - **MOBILIZZAZIONE IMMEDIATA – “CONTINUA” – SENZA DOLORE**
 - ADDESTRAMENTO e CONTROLLO
 - APPLICABILE A TUTTA LA CHIRURGIA STABILE DEL GOMITO

- **SUCCESSO = chirurgo + anestesista + fisiatra + paziente**



Grazie