

INTRODUZIONE [1]

La distrofia miotonica di tipo 1 (DM 1), o sindrome di Steinert, è una delle forme più comuni di distrofia muscolare la cui progressione può causare, in alcuni pazienti, debolezza muscolare distale che porta ad un piede cadente e ad instabilità della deambulazione, spesso contrastati grazie all'utilizzo di ortesi caviglia-piede (AFO). Il presente studio si propone di analizzare, tramite Gait Analysis, l'efficacia di un'ortesi meno invasiva e più leggera rispetto alle AFO classiche, che possa garantire un supporto al piede cadente altrettanto adeguato, ma che rappresenti un'alternativa valida e più versatile per il paziente, favorendo il raggiungimento degli obiettivi del suo percorso di riabilitazione posturale.

MATERIALI E METODI

Sesso: ♂

Età: 23

Diagnosi: Sindrome di Steinert

Esame obiettivo:

Deficit della muscolatura facciale superiore ed inferiore con ptosi > OS;

Agli arti superiori: limitazione articolare ai gradi estremi;

Stenosi segmentaria MRC (dx/sx): bicipite 4,5/5 bilat., tricipite 4/4, FC 3,5/5 bilat., interossei 3,5/5, pinza e grip ipovalidi ma simmetrici, ipotonia, ROT assenti;

Agli arti inferiori: non limitazioni articolari di anca e ginocchio, Silfverskiöld (-)

Trofismo nei limiti, non alterazioni di tono, ROT ipovalidi;

Stenosi segmentaria MRC (dx/sx): ileopsoas 5/5, quadricipite 4,5/5, ischiocrurali 4,5/5;

Sensibilità tattile superficiale ai quattro arti conservata.

Programma riabilitativo

Il percorso riabilitativo ha previsto diverse fasi progressive ed integrate:

- **FASE 1:** paziente affaticabile e a tratti poco collaborativo; si è reso necessario agire sulla cifosi dorsale e sul rinforzo della muscolatura del capo con esercizi da supino, seduto ed infine in stazione eretta;
- **FASE 2:** il focus è stato indirizzato sui passaggi posturali e sulla riduzione dell'area della base d'appoggio;
- **FASE 3:** impostato un lavoro posturale per il mantenimento della posizione seduta e per il raggiungimento e mantenimento della stazione eretta;
- **FASE 4:** il focus è stato quello di valutare la stabilità e la dinamica del passo.

È proprio in quest'ultima fase che si è presa coscienza di come i tutori in uso, pesanti e indossati con calzature necessariamente ampie di rivestimento al tutore, potessero essere sì favorevoli la dorsiflessione del piede, ma poco stimolanti per un'azione attiva della gestione del passo e per una presa di coscienza del proprio corpo nello spazio.

Protocollo di acquisizione

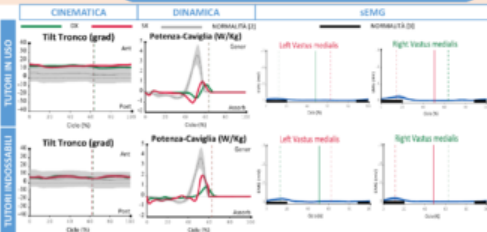
I dati cinematici sono stati acquisiti mediante applicazione di marcatori catarifrangenti secondo il protocollo di analisi del movimento Davis Heel.

Le forze di reazione sono state registrate mediante pedane dinamometriche.

L'attivazione muscolare è stata analizzata mediante sonde elettromiografiche di superficie.

Le prove di cammino sono state effettuate a piedi nudi e, successivamente, in due condizioni:

- Con tutori AFO tradizionali in materiale termoplastico in uso al paziente;
- Con tutori AFO elastici con tiranti in materiale polimerico e regolabili in tensione.



RISULTATI

CONCLUSIONI