

LA RIEDUCAZIONE VESTIBOLARE

La rieducazione vestibolare riveste un'importanza fondamentale per quei pazienti che hanno subito un danno a carico del sistema vestibolare e si trovano in difficoltà ad affrontare diversi limiti nella vita di tutti i giorni (impossibilità a svolgere il proprio lavoro, a guidare, a svolgere i lavori domestici ecc).

Recenti studi sull'argomento mettono in evidenza che gli esercizi riabilitativi sono in grado di risolvere o comunque ridurre la sintomatologia vertiginosa in molti dei pazienti trattati con questo tipo di terapia.

L'organismo umano cerca di compensare il danno funzionale provocato dalla lesione con l'utilizzo delle funzioni vestibolari residue e il potenziamento di altri sistemi che concorrono al mantenimento dell'equilibrio quali il sistema propriocettivo e quello visivo.

I meccanismi che contribuiscono in modo fondamentale al ripristino della funzione vestibolare sono: adattamento, sostituzione e l'abitudine.

Con gli esercizi riabilitativi si sviluppano strategie che possono, con il tempo, far diminuire i sintomi associati alla lesione sebbene la metodica sia impegnativa e richieda costanza e disponibilità da parte del paziente.

Ci sono comunque fattori che possono influenzare negativamente il recupero funzionale ottimale che sono:

- stabilità della lesione;
- patologie a carico del SNC;
- stato d'ansia e depressione;
- stile di vita (sedentarietà e stress);
- uso di farmaci sedativi o neurostimolanti;
- patologie a carico dell'apparato motorio e a carico degli apparati deputati al compenso (vestibolare, visivo, tattile, propriocettivo);
- mancanza di tempo per gli esercizi.

Ci sono altri fattori che possono influenzare i meccanismi di compenso:

l'inizio precoce della riabilitazione vestibolare e a personalizzazione degli esercizi riabilitativi.

Secondo il prof. Guidetti, caposcuola di questa metodica nella terapia riabilitativa si distinguono fondamentalmente quattro fasi:

- 1) la selezione dei pazienti;
- 2) la programmazione dei protocolli;
- 3) l'effettuazione degli esercizi;

4) il monitoraggio dei risultati.

La selezione dei pazienti

spiegargli che la sua è una malattia non inguaribile e che c'è la possibilità di ottenere dei buoni risultati, in modo da contenere anche la componente ansioso/emotiva.

L'indicazione più appropriata alla rieducazione è la difficoltà di adattamento ad una disfunzione stabilizzata, ma la terapia riabilitativa può risultare utile anche in pazienti affetti da sindrome di Meniere come a pazienti con patologie di origine centrale; lo stesso vale per i soggetti anziani in cui i fenomeni fisiologici d'invecchiamento cerebrale.

La programmazione dei protocolli

La molteplicità delle variabili individuali impone la scelta di un protocollo adeguato al singolo paziente è sconsigliato seguire un protocollo standard da applicare a tutti i pazienti mentre è auspicabile programmare una serie di esercizi molto personalizzati: ci si deve basare sui disturbi accusati dal paziente, sulle sue potenzialità, sull'età, sullo stato psico-fisico e sul grado di collaborazione.

Sono state proposte anche delle terapie di gruppo che dovrebbero essere limitate ai casi veramente omogenei, situazione questa non molto frequente;

Nell'ambito della programmazione dei protocolli bisogna affrontare anche l'aspetto relativo alla tipologia delle tecniche rieducative.

Queste ultime si possono distinguere in tecniche specifiche per il controllo oculomotorio e tecniche volte al controllo posturale, sia statico sia dinamico. Inoltre si possono distinguere tecniche strumentali e non strumentali.

Un discorso a parte merita la terapia delle vertigini parossistiche posizionali, sia da cupolo che canalolitiasi, che consiste nelle cosiddette manovre liberatorie o di riposizionamento.

L'effettuazione degli esercizi

Un aspetto fondamentale riguarda il momento in cui si deve iniziare la terapia riabilitativa: quest'ultima dovrebbe essere instaurata il più precocemente possibile in tutti i casi.

E' importante ricordare che la compliance del paziente è fondamentale per poter applicare le varie tecniche di riabilitazione, per cui è comunque buona norma risolvere sempre, prima di procedere all'attuazione degli esercizi, le eventuali situazioni patologiche concomitanti. Le maggiori difficoltà si trovano nel paziente anziano, dove ci sono spesso problemi di varia natura; nello specifico i disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico possono essere un ostacolo che impedisce la riabilitazione. Talvolta, soprattutto nella fase acuta della malattia, è necessaria anche la presenza di un collaboratore per aiutare il paziente a partecipare agli esercizi; il collaboratore avrà una

funzione di supporto e sostegno sia fisico, per evitare le cadute, sia psicologico, per aiutare il paziente a superare le proprie paure.

Nell'attribuzione degli esercizi bisogna tenere presente anche la sede del trattamento. La necessità di cominciare prima possibile la rieducazione fa sì che questa venga spesso intrapresa durante il ricovero ospedaliero; la sede ideale rimane comunque il domicilio del paziente, per le conseguenti condizioni psicologiche favorevoli. Le sedute ambulatoriali effettuate periodicamente avrebbero in questo senso il significato di un controllo ed eventuale modifica degli esercizi assegnati al paziente, che ha così la possibilità di manifestare le sue difficoltà.

Infine, la durata della terapia riabilitativa dovrebbe essere calibrata sulle esigenze del singolo paziente; indicativamente si può segnalare un arco di tempo di tre mesi, ma non è corretto stabilire delle scadenze fisse indipendentemente dal tipo di paziente. L'esperienza infatti insegna che è preferibile mantenere un rapporto piuttosto duttile con il paziente, e proseguire gli esercizi, eventualmente modificati in base alle esigenze, fino ad uno stato di soddisfazione sufficiente.

Il monitoraggio dei risultati

Monitorare i risultati è molto importante ai fini della programmazione delle terapie su nuovi pazienti e del riarrangiamento di quelle dei soggetti già in cura; purtroppo è difficile attuare questo procedimento, perché spesso la selezione dei pazienti non segue un unico criterio, i protocolli utilizzati non sono confrontabili e le metodiche di valutazione sono troppo diverse. Inoltre spesso la terapia riabilitativa viene iniziata solo in seguito ad una mancata risposta spontanea o ad un fallimento terapeutico farmacologico: in questi casi ai fattori individuali che già avevano reso difficoltoso il compenso, si vanno ad aggiungere gli effetti negativi dell'inizio ritardato del trattamento e delle difficoltà psicologiche secondarie al ritardo nel recupero.

L'analisi dei risultati dovrebbe essere affidata alla ripetizione periodica dei test già utilizzati nella valutazione iniziale, oltre che alla compilazione di tabelle di riferimento con scale numeriche di valutazione delle funzioni sottoposte a rieducazione, e di questionari anamnestici per quantificare il grado di handicap di ciascun paziente. Questo tipo di monitoraggio ha anche il vantaggio di consentire a ciascun soggetto di rendersi conto dei progressi ottenuti. Inoltre la possibilità di seguire il decorso della patologia e di valutare la risposta al trattamento consente di apportare eventuali correzioni alla diagnosi e di modificare i protocolli riabilitativi in base alle modificazioni funzionali del paziente.

Riguardo alle tecniche riabilitative, queste sono mirate principalmente alla rieducazione dell'oculomotilità e alla rieducazione della postura e della marcia. In entrambi i casi le soluzioni a disposizione, con o senza l'ausilio di strumenti, sono numerose.