

La Riabilitazione

Rivista di Medicina Fisica e Riabilitazione

Fondata da Pietro Farneti

Organo Ufficiale
della Sezione di Medicina Manuale
della SIMFER,
dell'Unione Latina Europea
di Medicina Manuale - ULEMMA
e dell'Accademia Italiana di Medicina Manuale - AIMM

Indicizzata in: EMBASE/Excerpta Medica
e Current Opinion/Biobase e Medbase

Anno 2005/1 vol. XXXVIII

Edizioni CLE

SOMMARIO

- 7 *Ivano Colombo*
Ricordiamoci del passato in riabilitazione (per programmare meglio il futuro)
- 09 *F. Guerrazzi, P. Fainelli, S. Zarattini, W. Mantovani, M. Cossu*
Le manipolazioni vertebrali nei postumi di trauma distorsivo cervicale: esperienza personale
- 18 *M. Monticone, S. Negrini*
Le ortesi per il paziente con scoliosi ed ipercifosi in età adolescenziale
- 25 *C. Foti, A. Gentili, S. Finucci, A. Rocco, A. Nigito*
Studio pilota sull'ipertermia nel trattamento della sindrome da conflitto subacromiale
- 32 *S. Crimaldi, M. Cossu*
L'iperestensione cervicale: una manovra da effettuare con cautela nelle persone anziane
- 37 *M. Scocchi, E. Benevolo, M. Bruzzone, P. Monteforte*
Impiego di una sorgente laser a bassa potenza nel trattamento di patologie muscolo-tendinee da sovraccarico funzionale
- 40 *C. Bottari*
Il metodo Ueda: un'innovativa proposta per la riabilitazione delle patologie neurologiche

Rubriche

- 45 La pagina della medicina manuale

Il metodo Ueda: un'innovativa proposta per la riabilitazione delle patologie neurologiche

The Ueda method: a new proposal for the rehabilitation of neurological pathologies

C. Bottari

Dipendente part-time presso Azienda Ospedaliera Treviglio Caravaggio, Tel. 0345/27227
Servizio di Rieducazione Funzionale Ospedale di San Giovanni Bianco, Via Castelli, 5, 24015 (BG).

Scopo di questo lavoro è fornire una descrizione dei principi su cui si fonda il metodo del dott. Ueda; descrivere gli aspetti pratici della tecnica; evidenziare le principali differenze rispetto alle tecniche già note. Ciò sulla base di un'esperienza di lavoro e di studio recentemente effettuata in Giappone.

With this work we want to describe principal ideas about Ueda method; we want to explain the exercises; we want to expound the most important differences among rehabilitative techniques. This report is based on a work trip in Japan.

Parole chiave: Metodo Ueda, lesioni neurologiche.

Key words: Ueda Method, neurological lesions.

Introduzione

Il mio lavoro ha preso il via dalla lettura di alcuni articoli del Dr. Tojo (7,8,9).

Il metodo Ueda (di seguito M.U.) è stato ideato dal Dr. Tadashi Ueda, un pediatra-ortopedico giapponese. Egli ha lavorato presso l'Aichi Prefectural Hospital and Rehabilitation Center for disabled children.

Oggi è in pensione, ma è sempre in contatto con il Research group of Ueda method che è attivo in quella struttura ed è coordinato dal fisioterapista Katsuyoshi Shionoya che li lavora. Insieme essi svolgono attività di formazione all'utilizzo di questa tecnica.

Il metodo è stato concepito per la riabilitazione

nelle paralisi cerebrali infantili; in seguito è stato utilizzato anche nell'adulto. In Giappone è utilizzato da più di quindici anni.

Viene utilizzato principalmente con pazienti che presentano quadri di ipertonìa di ogni tipo, monoparesi, emiparesi, diplegie, tetraparesi; si utilizza anche se il soggetto presenta ipotonia di tronco ed ipertonìa agli arti.

In un precedente studio (2) abbiamo visto come il M.U. possa essere utilizzato con i soggetti cui sia stata inoculata la tossina botulinica. In Giappone n'è pressoché vietato l'uso; pertanto ora vediamo in maniera più dettagliata come è utilizzata questa tecnica dai colleghi giapponesi.

S
P
n
c
n
t
n
c
k
t
c
F
c
l
v
l
c
c
r
i
r
l
t
t
l
c
t
c
c
z
c
c

Su quale teoria si basa il metodo?

Per comprendere questa tecnica bisogna partire dagli studi compiuti da Ann Harrison (5), che hanno portato l'attenzione sulle strutture neuronali a livello spinale. Egli ritiene superata l'interpretazione data da Sherrington sull'inibizione reciproca, perché l'assenza di un controllo delle strutture corticali superiori lesionate porterebbe allo sviluppo dello sprouting assonale con anormale funzionamento dei circuiti spinali. Il risultato è l'eccitazione reciproca dei muscoli antagonisti, caratteristica della spasticità. Ne consegue, secondo questi lavori, l'inutilità di proporre a scopo riabilitativo il normale modello ontogenetico.

Il lavoro del dott. Ueda (4) parte quindi dalla considerazione che bisogna bloccare l'attività di queste strutture nervose in eccesso; occorre ridurre il forte irrigidimento muscolare, che inizia dagli alluci dei piedi e dai pollici delle mani ed avanza in direzione del centro. Raggiunto quest'obiettivo si estende spontaneamente la motilità articolare e lo sviluppo motorio avviene automaticamente.

Un esempio: se si piega verso il basso l'alluce e si porta il piede in flessione plantare (6) si rilassa il tricipite, allo scopo di eccitare i circuiti che possono contenere la spasticità. In questa posizione sono a riposo anche i circuiti ad eccitazione reciproca dei muscoli tibiali. A questo punto si apre la strada per i circuiti di contenimento reciproco.

Egli ritiene che il movimento vada inteso come risultante dell'attività combinata del sistema nervoso con l'insieme delle articolazioni e dei muscoli, in un contesto in cui è l'ambiente a determinare la continua variabilità delle risposte (che è assente nella spasticità). In questo contesto, dice, è assurdo che il terapeuta intenda cavarsela con un solo schema motorio "normale" da insegnare al paziente.

Egli afferma che non è compito del terapeuta "controllare" i movimenti del paziente o insegnargli quelli normali, perché quando la mano del terapeuta si stacca tutto torna come prima. Ritiene che sia necessario conferire "disordine

esterno" al sistema motorio del paziente, affinché esso da solo trovi nuovi schemi motori.

L'aspetto fondamentale, su cui il metodo Ueda differisce dalle terapie neuromotorie più conosciute, è quello di utilizzare posture in cui si mantengono le posizioni anomale (o patologiche) degli arti dei pazienti con rigidità muscolare, mettendo il muscolo contratto in una posizione in cui esso possa rilassarsi per un tempo stabilito in posizione di massimo accorciamento. Questo è il contrario di quanto avviene con le terapie tradizionali di stretching muscolare. Alcuni esempi: quando si lavora agli arti superiori la posizione di partenza dell'esercizio da prono è con braccio semi-esteso, intraruotato, flessione al polso (foto 1); da supino è flessione al gomito, addotto con polso pronato e il pollice piegato (foto 2). Quando si lavora al tronco ed al bacino per correggerne l'asimmetria, le anche devono essere ruotate prima dal lato in cui sono già ruotate e poi dal lato opposto. Quando si lavora all'arto inferiore, lo si pone in semi-estensione, addotto ed intraruotato con il piede planti-flessione e con l'alluce piegato (foto 3, 4). A questo punto si attende che il muscolo si rilasci e poi si cambia posizione.

Considerazioni.

Il dottor Ueda è critico verso la proposta riabilitativa dei Bobath. Anche se questa si è evoluta negli anni, accogliendo ed integrando gli studi più recenti sulla Teoria Ecologica e sulla Teoria dei Sistemi (3) (concetti questi ripresi da diversi autori) egli non ne ritiene valida nemmeno l'attuale impostazione. Pensa che non debba essere facilitato il movimento "normale" nel bambino con paralisi cerebrale; così come ritiene che la spasticità non sia un dato immutabile; che non sia necessario porre al centro del lavoro l'attività posturale, perché, come detto prima, altri sono i fattori che incidono in maniera predominante sulla motricità. Per la prima volta non si porta l'attenzione sui muscoli antagonisti per ricercarne un rafforzamento.

mento e per metterli in condizione di contrastare l'attività dei muscoli agonisti ipertonici, ma per mettere in moto un processo attivo delle strutture neurali spinali, che porti ad una riduzione dell'attività del muscolo spastico.

Questo mi sembra l'aspetto principale da sottolineare. In passato si è usato di tutto per mettere i muscoli antagonisti degli ipertonici in condizione di riequilibrarne il peso: esercizi di rinforzo, di facilitazione, si è proposta l'elettrostimolazione (1), eccetera. I muscoli ipertonici poi erano considerati solo un problema da ridurre e se possibile far scomparire: esercizi d'inibizione, tossina botulinica, eccetera.

Il dottor Ueda li considera invece una risorsa fondamentale, perché tutti gli esercizi partono da un attento posizionamento di questi muscoli. Si tenta così di riequilibrare le forze tra agonisti ipertonici ed antagonisti ipotonici non rinforzando questi ultimi, ma cercando di ottenere il rilassamento dei muscoli ipertonici. Questo però sottolinea non vuol dire "addormentarli", ma ricondurli ad un ruolo attivo il cui risultato finale, attraverso l'attivazione delle vie spinali, sia di maggior parità.

Dalla teoria alla pratica

Il metodo si compone di cinque tecniche basilari: per il collo (foto 3), i cingoli, la zona tora-

cica, gli arti superiori (foto 1,2) e quelli inferiori (foto 4). Ci sono anche quattro tecniche ausiliarie: per il collo-due, la zona pelvica, le gambe, uno schema diagonale degli arti superiori ed inferiori.

Gli esercizi possono anche essere combinati, coinvolgendo i due arti di un emilato (foto 5) oppure i due arti superiori o ancora combinando i due arti inferiori (foto 6), ciò con la collaborazione del genitore nell'esecuzione degli esercizi.

Nelle foto allegate (foto 1,3,6) si vedono posture che ricordano esercizi già visti in altre tecniche (Vojta e Kabat per esempio), ma queste non devono trarre in inganno, poiché l'attività svolta è completamente diversa. Non si stimolano vari punti grilletto (sommazione spaziale) per facilitare risposte motorie che poi sono bloccate per favorire la durata della risposta motoria (sommazione temporale); non si strecciano i muscoli per rinforzarli utilizzando la resistenza massimale.



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.

Al bambino non è richiesto nessuno sforzo muscolare, anzi si vuole ottenere il rilasciamento della muscolatura ipertonica: spesso il bambino partecipa all'attività senza piangere, mentre la sua attenzione viene attirata verso il suono di un sonaglio dalla madre, che è sempre presente e partecipa attivamente all'esecuzione di alcune delle posture (foto 4), che poi ripete anche a casa.

In alcuni degli esercizi, dopo la prima fase in cui si cerca il rilassamento della muscolatura spastica, c'è una seconda fase in cui si stira la stessa muscolatura. Ciò può essere utile nella terapia che si esegue dopo l'inoculazione della tossina botulinica, come alternativa all'attuale pratica dello stretching.

Nella mia esperienza, presso l'Ospedale e Centro di Riabilitazione di Aichi in Giappone

in cui è utilizzato questo metodo, ho visto buone risposte al trattamento, seppur non sempre nella stessa misura e non in tutti i casi.

Discussione e conclusioni

Scopo dell'esperienza effettuata in Giappone è stato verificare se utilizzando il M.U. sia veramente possibile modificare il tono muscolare. Considerando che non esistono soluzioni miracolose per questo problema e che bisognerà proseguire nella ricerca e nello studio, ritengo che questo metodo sia un'utile base di partenza. Infatti, l'idea su cui si fonda il metodo è originale ed innovativa e su questa si potrebbe lavorare per esplorare ulteriori strade.

Ciò che ha realizzato il Dr. Ueda, prima di lui,

hanno cercato di ottenerlo tutti: Bobath, Kabat, Grimaldi, eccetera. I risultati si conoscono, ci sono pregi e limiti nelle loro proposte riabilitative; la riabilitazione con queste tecniche ha compiuto passi da gigante. Ora si tratta di verificare se nella pratica quotidiana sono possibili ulteriori risultati positivi per i nostri pazienti. Io, dopo il lavoro con i soggetti trattati con la tossina botulinica, ho iniziato a inserire nel piano globale di trattamento, di bambini non inoculati, alcuni esercizi di questa tecnica. Ho ottenuto a volte risultati insperati (specie nelle tetra e di-plegie), a volte risultati meno brillanti (specie nelle emiplegie). Rilevo che per eseguire gli esercizi non si utilizzano riflessi automatici. Non ho elementi per giudicare le premesse teoriche su cui si basa il metodo, ma sappiamo come queste si modificano col tempo sulla base delle nuove conoscenze neuroscientifiche. Questa tecnica va ad aggiungersi alle altre metodiche già conosciute e può essere utile per integrare e completare il lavoro, in un'ottica in cui il riabilitatore sappia scegliere cosa è più utile in quel determinato momento per quel particolare paziente, al fine di ottenere il miglior risultato possibile.

Bibliografia

1. Alfieri N. *Conseguenze dismetaboliche e fisiologiche da emi e para-plegia e loro correzione mediante stimolazione elettrica*. La Riabilitazione; 2002; 4: 31-4.
2. Bottari C. *Tossina botulinica e metodo Ueda*. La Riabilitazione; 2003; 1-4: 50-4.
3. Giannoni P, Zerbino L. *Il concetto Bobath oggi*. Riabilitazione Oggi; 2004; 5: 29-31.
4. *Handbook of Physical Therapy*; vol. 2°, cap 28. Pagg.191-221. Printed by Publishes Company Name, Osoda Kazuho Editor. 3° ediz.: 2000. Esiste solo in lingua originale giapponese.
5. Harrison A. *Spastic cerebral palsy: Possible spinal interneuronal contributions*. Developmental Medicine and Child Neurology, 1988; 30, 769-80.
6. IRMA VI Madrid 90; Excerpta Medica International Congress Series 927. Abstracts. Published by Elsevier Science Publishers B.U., Amsterdam 1990, Pg.267;
7. Tojo M. *Therapeutic effect of "Ueda" method for a case of spastic paraplegia as a sequela of transverse myelitis*. No To Hattatsu; 1996 May; 28(3): 251-6;
8. Tojo M. *The effect of "Ueda" method for the treatment of a severe motor and intellectual disabilities syndrome*. No To Hattatsu; 1997 Sep; 29(5): 401-5;
9. Tojo M. *What change was caused under short-time treatment by the Ueda method for severely disabled infants with cerebral palsy*. No To Hattatsu; 1998 Jan; 30 (1): 75-9.

Comunicazioni

Bottari Carlo
Via Piano Molini, 12
24015 San Giovanni Bianco (BG)
Cell. 338/4549655
E-mail: carlobottari@tiscali.it