ROLUL CONSILIERII PSIHOLOGICE MOTIVAȚIONALE ÎN TRATAMENTUL FRACTURILOR DE RADIUS DISTAL

ANAMARIA CIUBARA[1], ROXANA CHIRIȚA[2], ALEXANDRU BOGDAN CIUBARĂ[3], DIANA BULGARU ILIESCU[4]

[1,2]Universitatea de Medicină şi Farmacie „Gr. T. POPA", Spitalul Clinic Socola, [3]Universitatea de Medicină şi Farmacie „Gr. T. POPA", Spitalul Clinic Sf. Spiridon Iași, [4]Institutul de Medicină Legală Iași

Cuvinte cheie: *consiliere psihologică motivațională, fractură de radius distal, fractură extremitate inferioară de radius*

Rezumat: *Prezentul studiu a avut ca obiectiv stabilirea existenței sau nu a unui efect clinic a suportului psihologic/psihiatric concretizat printr-o consiliere psihologică motivațională în tratamentul recuperator pentru fracturile de radius distal. Pentru aprecierea rezultatelor funcționale au fost urmărite 142 cazuri cu fracturi de radius distal tip Kapandji 9 care au beneficiat de tratament conservator, la care s-a procedat la reducere ortopedică şi imobilizare gipsată. Cele 142 cazuri monitorizate au fost împărțite în 2 loturi de studiu, includerea într-un lot sau altul realizându-se în funcție de disponibilitatea pacienților de a participa la ședințele de consiliere psihologică. Astfel, lotul numărul 1 a inclus un număr de 87 cazuri, iar lotul 2 un număr de 55 cazuri care au beneficiat de consiliere psihologică. Au fost apreciate și comparate rezultatele funcționale pentru cele 2 loturi de studiu. În concluzie, analizând rezultatele funcționale pentru acest lot de bolnavi putem afirma că pentru cazurile care au beneficiat de consiliere psihologică s-a înregistrat o evoluție net superioară față de lotul martor (p=0,02).*

Keywords: *motivational psychological counseling, distal radius fracture, radius lower extremity fracture*

Abstract: *The hereby study aimed at establishing the existence or absence of a clinical effect of psychological/psychiatric support, manifested in motivational psychiatric counselling in the recovery treatment for distal radius fractures. 142 cases with Kapandji 9 distal radius fractures under conservative treatment were observed with a view to assess the functional results. The 142 monitored cases were divided into 2 study batches, according to the patients' availability of participating in psychological counselling sessions. Thus, the 1st batch included 87 cases and the 2nd batch, 55 cases under psychological counselling. The functional results for the 2 study groups were assessed and compared. In conclusion, by analyzing the functional results for this group of patients, we can say that for the cases that have benefited from counselling an evolution net superior to the control group has been registered (p=0,02).*

SCOP

Prezentul studiu a avut ca obiectiv stabilirea existenței sau nu a unui efect clinic a suportului psihologic/psihiatric concretizat printr-o consiliere psihologică motivațională în tratamentul recuperator pentru fracturile de radius distal. Pentru aprecierea rezultatelor funcționale, au fost urmărite 142 cazuri cu fracturi de radius distal tip Kapandji 9 (2) care au beneficiat de tratament conservator, la care s-a procedat la reducere ortopedică şi imobilizare gipsată.

MATERIAL ŞI METODĂ DE LUCRU

Cele 142 cazuri monitorizate au fost împărțite în 2 loturi de studiu, includerea într-un lot sau altul realizându-se în funcție de disponibilitatea pacienților de a participa la ședințele de consiliere psihologică. Astfel, lotul numărul 1 a inclus un număr de 87 cazuri, iar lotul 2 un număr de 55 cazuri care au beneficiat de consiliere psihologică.

Tratamentul a fost ghidat după următorul protocol:

- Imobilizarea a fost realizată prin contenție în aparat gipsat, procedându-se la reducere ortopedică prin ligamentotaxis, sub anestezie locală cu Xilină 1%, și imobilizare cu aparat gipsat antebrahipalmar în poziție de flexie palmară și deviație cubitală în funcție de tipul de fractură și gradul de deplasare, pentru o perioadă de 3 săptămâni. La controlul de la 21 de zile s-a procedat la conversia aparatului gipsat în aparat gipsat antebrahipalmar în poziție de rectitudine pentru o perioadă de încă 3 săptămâni (1). În cazul în care s-a constat producerea unei deplasări secundare precoce, s-a procedat la reluarea manevrelor de reducere.(3)
- Evaluarea radiologică s-a făcut atât în perioada de imobilizare cât și periodic în perioada de recuperare funcțională. Controlul radiologic s-a realizat cu radiografie după reducerea fracturii, la 21 de zile, la suprimarea imobilizării, la controalele de la una, două, trei, șase și 12 luni după suprimarea imobilizării. Restul controalelor au fost realizate fluoroscopic, în prezența radiografiei martor executată la ultimul control. Perioada critică, respectiv primele 21 de zile a necesitat evaluări radiologice conform protocoalelor de supraveghere, respectiv la două, patru, șase, opt, zece și patrusprezece zile. În cazul în care s-a constat o deteriorare inacceptabilă a reducerii focarului de fractură față de controlul anterior sau față de aspectul imediat postreducțional s-a efectuat o radiografie martor. Ulterior, a fost suprimată imobilizarea și au fost reluate manevrele de reducere. Dacă la radiografia de control a fost constatată o reducere acceptabilă, s-a continuat cu protocolul de tratament

[1]Autor corespondent: Alexandru Bogdan Ciubară, Str. Universității, Nr. 16, Iași, România, E-mail: abciubara@yahoo.com, Tel: +40744 212518
Articol intrat în redacție în 11.09.2013 şi acceptat spre publicare în 11.11.2013
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2014;2(1):91-94

conservator. Reducerile inacceptabile au beneficiat de reducere sângerândă și fixare internă.

ü Reabilitarea funcțională s-a realizat doar în serviciile teritoriale de kinetoterapie cu scopul de control eficient al similarității programelor de gimnastică. În perioada de contenție, toate cazurile au efectuat un program intensiv de gimnastică a degetelor, atât gimnastică liberă cât și o gimnastică de semiîncărcare (s-a exersat capacitatea de prehensiune, utilizându-se o minge de tenis de câmp). A fost interzisă utilizarea cercurilor elastice sau a altor elemente de forță în programul de gimnastică cu scopul de a împiedica apariția forțelor de forfecare la nivelul focarului de fractură. După suprimarea imobilizării, cazurile au fost evaluate din punct de vedere funcțional, apoi au fost dirijate spre cabinetele teritoriale de balneo-fizio-kinetoterapie. Reevaluarea funcțională s-a realizat periodic pentru a putea cuantifica progresele la 7, 14, 21 zile și la una, două, trei, șase și doisprezece luni. Cazurile care au fost cuprinse în prezenta lucrare au fost evaluate funcțional periodic după suprimarea imobilizării. Evaluările au fost realizate în prima lună săptămânal, pentru ca apoi să fie realizate la 2, 3, 6 și 12 luni. Parametrii care au fost cuantificați au fost: percepția durerii, amplitudinea mișcării de flexie-extensie, amplitudinea mișcării de adducție – abducție. Evaluarea funcțională a fost necesară pentru a putea aprecia evoluția clinică în perioada de abilitare funcțională. Suplimentar, pentru evaluarea cazurilor a fost utilizat și *scorul MAYO* (Mayo Elbow Performance Score) (5) pentru aprecierea funcției pumnului. Acest scor urmărește patru aspecte în evaluarea pumnului: *percepția durerii, statusul funcțional, amplitudinea* mișcărilor față de membrul controlateral normal sau dacă nu este posibil acest lucru, amplitudinea mișcărilor prin măsurarea arcurilor descrise, *capacitatea de prehensiune.* Statusul funcțional este foarte important de apreciat pentru membrul dominant.

ü Începând cu perioada imediat postoperatorie și până la încheierea perioadei de reabilitare funcțională (consolidarea rezultatului), cazurile din lotul 1 de studiu au beneficiat de consiliere psihologică motivațională (4), având în vedere că motivația este unul dintre cele mai importante procese în activitatea umană, ea fiind motorul fiecărei acțiuni. Consilierea a fost realizată în cabinetul de psihiatrie în prezența unui medic psihiatru și a unui psiholog. În cadrul ședințelor de psihoterapie a fost urmărită amplificarea a 2 dintre cele 3 funcții ale motivului și anume, funcția de orientare-direcționare (vectorială) și funcția de susținere (energizantă). Evaluarea pacienților de către echipa de psihoterapie a început încă din perioada preoperatorie, în așa fel încât fiecare pacient să poată beneficia de o terapie optimă în momentul începerii reeducării funcționale, respectiv obținerea optimului motivațional – adică realizarea unei relații optime între intensitatea motivației și dificultatea sarcinii de realizat (gimnastica de reabilitare funcționala în cazul nostru). Utilizarea scorului MAYO în evaluarea pacienților a permis o mai bună comunicare a acestuia cu echipa de psihoterapie și a permis o înțelegere mai bună a obiectivelor programului de reabilitare funcțională.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Rezultate funcționale lot 1:

Prima evaluare a fost efectuată la suprimarea imobilizării. Valorile înregistrate au fost următoarele:

- arcul de flexie – extensie în medie 15°
- arcul de cerc pentru mișcarea adducție-abducție în medie 5°
- scorul MAYO, 20 de puncte, pe fondul percepției durerii, statusului funcțional precar și limitarea invalidantă a mișcărilor
- capacitatea de prehensiune a fost evaluată la
  - “+” pentru 26 cazuri
  - “–” pentru 61 cazuri

Controlul la 7 zile:

- arcul de flexie – extensie între 10° și 30° cu mediana la 20°
- arcul de cerc al mișcării de adducție-abducție între 0° și 20° cu mediana la 5°.
- scorul MAYO între 20 și 40 de puncte cu mediana la 25 de puncte
- toate cazurile au relatat reluarea aproape integrală a activităților legate de igienă personală, alimentație și îmbrăcare
- capacitatea de prehensiune
  - “+ +” 4 cazuri
  - „+” 55 cazuri
  - “–” pentru 28 cazuri.

Controlul la 14 zile:

- continurea progreselor în recuperarea articulației pumnului.
- arcul de flexie – extensie între 10° și 45° cu mediana la 20°.
- arcul de cerc al mișcării de adducție-abducție între 4° și 25° cu mediana la 7°
- scorul MAYO, a păstrat valori reduse, respectiv între 20 și 55 de puncte cu mediana la 30 de puncte.
- capacitatea de prehensiune:
  - „+ +” 9 cazuri
  - „+” 57 cazuri
  - “–” pentru 21 cazuri.

Controlul la 21 zile:

- arcul de flexie – extensie între 10° și 65° cu mediana la 25°.
- arcul de cerc al mișcării de adducție-abducție între 4° și 45° cu mediana la 9°
- scorul MAYO a păstrat valori reduse, respectiv între 20 și 85 de puncte cu mediana la 30 de puncte
- capacitatea de prehensiune
  - “+ + +” 2 cazuri,
  - „+ +” 12 cazuri
  - „+” 59 cazuri
  - “–” pentru 14 cazuri.

Controlul la 1 lună:

- arcul de flexie – extensie între 10° și 110° cu mediana la 35°
- arcul de cerc al mișcării de adducție-abducție între 5° și 50° cu mediana la 10°.
- scorul MAYO între 20 și 100 de puncte cu mediana la 35 de puncte
- capacitatea de prehensiune
  - “+ + +” 6 cazuri,
  - „+ +” 14 cazuri
  - „+” 58 cazuri
  - “–” pentru 9 cazuri.

Controlul la 2 luni:

- continuarea progreselor în recuperarea articulației pumnului, dar fără să se înregistreze rezultate spectaculoase, evoluția fiind lent favorabilă.
- arcul de flexie – extensie între 15° și 120° cu mediana la 40°.
- arcul de cerc al mișcării de adducție-abducție între 5° și 60° cu mediana la 14°
- scorul MAYO între 20 și 100 de puncte cu mediana la 50 de puncte.
- capacitatea de prehensiune:
  - “+ + +” 8 cazuri,

- „+ +” 13 cazuri
- „+” 57 cazuri
- “–” pentru 9 cazuri.

Controlul la 3 luni:

- arcul de flexie – extensie între 15° şi 130° cu mediana la 60°.
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 5° şi 60° cu mediana la 17°
- scorul MAYO între 20 şi 100 de puncte cu mediana la 60 de puncte.
- capacitatea de prehensiune:
  - “+ + +” 9 cazuri,
  - „+ +” 12 cazuri
  - „+” 57 cazuri
  - “–” pentru 9 cazuri

Controlul la 6 luni:

- arcul de flexie – extensie între 15° şi 130° cu mediana la 85°.
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 5° şi 60° cu mediana la 21°
- scorul MAYO între 20 şi 100 de puncte cu mediana la 80 de puncte.
- capacitatea de prehensiune:
  - “+ + +” 12 cazuri,
  - „+ +” 12 cazuri
  - „+” 54 cazuri
  - “–” pentru 9 cazuri.

Controlul la 12 luni:

- arcul de flexie – extensie între 15° şi 130° cu mediana la 85°.
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 5° şi 60° cu mediana la 25°
- scorul MAYO între 20 şi 100 de puncte cu mediana la 80 de puncte.
- capacitatea de prehensiune:
  - “+ + +” 14 cazuri,
  - „+ +” 17 cazuri
  - „+” 48 cazuri
  - “–” pentru 8 cazuri

În cadrul acestui lot au fost înregistrate un număr de 8 cazuri care au prezentat neuroalgodistrofie.

Rezultate funcţionale cazuri lot 2:

Prima evaluare a fost efectuată la suprimarea imobilizării. Valorile înregistrate au fost următoarele:

- arcul de flexie – extensie în medie 15°
- arcul de cerc pentru mişcarea adducție-abducție în medie 5°
- scorul MAYO, 25 de puncte, pe fondul percepției durerii, statusului funcțional precar şi limitarea invalidantă a mişcărilor
- capacitatea de prehensiune a fost evaluată la
  - “+” pentru 16 cazuri
  - “–” pentru 39 cazuri

Control la 7 zile:

- arcul de flexie – extensie între 15° şi 40° cu mediana la 30°
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 0° şi 25° cu mediana la 5°.
- scorul MAYO între 25 şi 40 de puncte cu mediana la 25 de puncte
- toate cazurile au relatat reluarea aproape integrală a activităţilor legate de igienă personală, alimentație şi îmbrăcare
- capacitatea de prehensiune
  - “+ +” 2 cazuri
  - „+” 22 cazuri
  - “–” pentru 31 cazuri.

Controlul la 14 zile:

- continuarea progreselor în recuperarea articulaţiei pumnului.
- arcul de flexie – extensie între 25° şi 55° cu mediana la 35°.
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 5° şi 35° cu mediana la 10°
- scorul MAYO între 20 şi 65 de puncte cu mediana la 35 de puncte.
- capacitatea de prehensiune:
  - „+ +” 4 cazuri
  - „+” 27 cazuri
  - “–” pentru 24 cazuri.

Controlul la 21 zile:

- arcul de flexie – extensie între 25° şi 65° cu mediana la 40°.
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 10° şi 45° cu mediana la 16°
- scorul MAYO a păstrat valori reduse, respectiv între 25 şi 85 de puncte cu mediana la 50 de puncte
- capacitatea de prehensiune
  - “+ + +” 1 caz,
  - „+ +” 4 cazuri
  - „+” 30 cazuri
  - “–” pentru 20 cazuri.

Controlul la 1 lună:

- arcul de flexie – extensie între 25° şi 110° cu mediana la 60°
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 14° şi 55° cu mediana la 20°.
- scorul MAYO între 30 şi 100 de puncte cu mediana la 50 de puncte
- capacitatea de prehensiune
  - “+ + +” 2 cazuri,
  - „+ +” 9 cazuri
  - „+” 28 cazuri
  - “–” pentru 16 cazuri.

Controlul la 2 luni:

- continuarea progreselor în recuperarea articulaţiei pumnului, dar fără să se înregistreze rezultate spectaculoase, evoluția fiind lent favorabilă.
- arcul de flexie – extensie între 35° şi 120° cu mediana la 70°.
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 20° şi 60° cu mediana la 23°
- scorul MAYO între 30 şi 100 de puncte cu mediana la 60 de puncte.
- capacitatea de prehensiune:
  - “+ + +” 3 cazuri,
  - „+ +” 10 cazuri
  - „+” 33 cazuri
  - “–” pentru 9 cazuri.

Controlul la 3 luni:

- arcul de flexie – extensie între 50° şi 130° cu mediana la 80°.
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 20° şi 60° cu mediana la 27°
- scorul MAYO între 40 şi 100 de puncte cu mediana la 80 de puncte.
- capacitatea de prehensiune:
  - “+ + +” 6 cazuri,
  - „+ +” 18 cazuri
  - „+” 28 cazuri

- "–" pentru 3 cazuri

Controlul la 6 luni:

- arcul de flexie – extensie între 50° şi 130° cu mediana la 80°.
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 20° şi 60° cu mediana la 30°
- scorul MAYO între 40 şi 100 de puncte cu mediana la 80 de puncte.
- capacitatea de prehensiune:
  - "+ + +" 9 cazuri,
  - „+ +" 22 cazuri
  - „+" 22 cazuri
  - "–" pentru 2 cazuri.

Controlul la 12 luni:

- arcul de flexie – extensie între 60° şi 130° cu mediana la 90°.
- arcul de cerc al mişcării de adducție-abducție între 25° şi 60° cu mediana la 35°
- scorul MAYO între 60 şi 100 de puncte cu mediana la 90 de puncte.
- capacitatea de prehensiune:
  - "+ + +" 11 cazuri,
  - „+ +" 24 cazuri
  - „+" 18 cazuri
  - "–" pentru 2 cazuri

În evoluția cazurilor cu fractură de extremitate inferioară radială tip Kapandji 9 care au beneficiat de consiliere psihologică au fost înregistrate 2 cazuri de algoneurodistrofie.

CONCLUZII

În concluzie, analizând rezultatele funcționale pentru acest lot de bolnavi, putem afirma următoarele:

1. Cazurile care au beneficiat de consiliere psihologică au avut o evoluție net superioară față de lotul martor (p=0,02).
2. Deteriorarea scorului MAYO pentru lotul martor este un marker pentru modul de percepţie al evaluării personale a recuperării funcționale de către fiecare pacient integrat în studiu.
3. Procentajul cazurilor care au prezentat algoneurodistrofie pledează pentru introducerea în protocolul de tratament a ședințelor de consiliere psihologică.

REFERINȚE

1. Horne JG, Devane P, Purdie G. A prospective randomized trial of external fixation and plaster cast immobilization in the treatment of distal radial fractures. J Orthop Trauma 1990;4:30-34
2. Kapandji A. Bone fixation by double percutaneous pinning. Functional treatment of non-articular fractures of the distal radius. Ann Chir Main 1976;6:903-908.
3. Kwasny O, Barisani GR, Schabus R, Hertz H. Results and analysis of poor results after conservative therapy of distal radius fracture. Hand chir Mikrochir Plast Chir 1991;23:240-244.
4. Little, Brian R. Personal Projects and Motivational Counseling: The Quality of Lives Reconsidered in Handbook of Motivational Counselling, John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
5. http://www.orthopaedicscore.com/scorepages/mayo_wrist_score.html.