

Fisiatria de Intervenção: E Agora?

Interventional Physiatry: What Next?

Gonçalo Borges⁽¹⁾

Corria o ano de 1988. Fui convidado para coordenar o departamento médico da natação do FCP, o que muito me honrou e onde me mantive por 30 anos a lidar com campeões.

Foi aí que se me mostrou o complexo articular do ombro e a patologia de esforço, até ao momento desconhecida. Vivíamos a era joelho e tudo rodava à volta desta articulação. Poucos trabalhavam ombro e pouco se estudava sobre lesões de sobrecarga numa articulação de acção tão ampla e tão instável.

Juntei-me aos “aventureiros do ombro” e com eles evolui no conhecimento e criei uma grande amizade. Dr. Rosmaninho Seabra, Dr. José Lourenço, Dr. Carlos Amaral e Dr. António Cartucho.

Visitei o mestre Dr. Richard Hawkins. Para além deles, os livros.

Abriu-se o horizonte da patologia do tendão e sobrecarga e das razões possíveis do sofrimento do tendão no treino e na competição e o relacionamento da técnica e a lesão.

Foi aí que se iniciou, para mim, uma nova era na avaliação clínica do ombro, na cinética relacionada à actividade desportiva e no sofrimento do tendão e das suas causas.

O início desta minha paixão envolveu imediatamente todos o processo de avaliação clínica e funcional e todos os meios de visualizar esta articulação, tão complexa e tão rica em elementos susceptíveis de lesão.

Nessa altura ainda no Centro Hospitalar do Porto passei a envolver-me com a avaliação ecográfica do ombro e a perceber e visualizar sob a forma de eco as manifestações de patologia miotendinosa bem como articular deste complexo. O Dr. Jose Carlos Vasconcelos foi o mentor.

Ai surgiu o meu interesse pelo ecografia, essa técnica tão fascinante como misteriosa.

“Ver” um tendão, um ligamento, um músculo, uma articulação passou a ser para mim uma necessidade e uma vontade de sentir este “à-vontade” na abordagem desta técnica.

No passado, muito fiz “às cegas” com infiltrações por picada em limites anatómicos. Na verdade sentia-me à vontade nessas abordagens mas a visualização ecográfica da agulha deu-me um enorme gozo e segurança na minha actividade.

Entreguei-me ao desenvolvimento de técnicas em fisiatria passando pela utilização de um ecografo (na altura um velhissimo ecografo dispensado pela radiologia).

A percepção de espaço passou a ser indispensável para a minha actividade e daí a necessidade de maior precisão diagnostica. Tendinopatia e alterações ecoestruturais de heterogeneidade, da integridade à rotura, da visualização de bursa distendida ou de folhetos espessos, de derrame articular até à tecnologia precisa de “invasão” articular abriu-se-me uma nova aventura.

Era necessário maior precisão melhor imagem e maior capacidade de intervenção. Numa só palavra um melhor ecografo. Avancei em esforço, dado que o apoio institucional nem sempre é o melhor, mas a vontade prevaleceu e ganhando tempo na utilização do ecografo do hospital até à aquisição de um apenas para o departamento de técnicas especiais em fisiatria foi um passo rápido. E daí até à criação de um departamento no hospital em que se pudesse “ensinar” esta nova área da fisiatria mais rápidos foi.

Começou uma nova era no serviço de Fisiatria do Hospital da Prelada e nessa nova era estiveram como “impulsionadores” os que comigo vieram “aprender” e que nem se aperceberam de quanto aprendi com eles.

Não se ensina sem ter o gosto do desafio. E este desafio foi o da aprendizagem de uma técnica, hoje extraordinariamente

(1) Diretor de Serviço de Fisiatria do Hospital da Prelada.

evoluída, na qual o fisiatra terá, no futuro, um papel muito importante.

Saber como identificar e diagnosticar, como intervir invasivamente e posteriormente, fruto da sua formação, saber reeducar é a mais valia da Fisiatria. E as técnicas em fisiatria, na era do controlo da ecografia, aqui entregue ao diagnóstico e tratamento das patologias que até à data eram tratadas de forma mais empírica, são uma enorme mais valia.

A percepção de que podemos colocar a agulha exactamente onde fizemos o diagnóstico, imaginar e ver a entrada da agulha na articulação, perceber a distensão capsular ou a penetração numa calcificação e a sua “lavagem”, drenar um hematoma e perceber o “colapso” da estrutura distendida pela hemorragia, ver e invadir um tendão usando o *needling* como técnica, foi um ganho na acção fisiátrica da minha clinica do dia a dia.

Entrar em qualquer articulação nomeadamente na coxofemural, outrora um quebra cabeças invasivo que me levou à anestesia na primeira abordagem e perceber que, hoje, se pode fazer a mesma coisa no gabinete de técnicas especiais com técnicas de anestesia local. Ter a noção de colocação de agulha no músculo, para tratamento de espasticidade com TB, outrora por noção anatómica e da visualização do movimento da agulha com o movimento da estrutura anatómica que o determina, passou a condicionar a eficiência da técnica. O bloqueio nervoso para facilitar, sob anestesia, as técnicas especiais e mesmo as manipulações pós distensão capsular para vencer uma capsulite adesiva ou o bloqueio dos nervos geniculares num joelho doloroso, são domínio das técnicas especiais.

As técnicas em Fisiatria necessitam conhecimento anatómico, conhecimento da patologia e da imagem ecografica da mesma, bem como das estruturas a “invadir”, mas também lógica na decisão do que fazer e destreza no domínio da técnica. Orientar uma agulha a partir da picada na pele necessita de uma imagem cerebral da orientação da mesma até ao destino. Esta “imagem” aprende-se com a noção do plano ou do fora do plano ou do *stand up*, técnicas de infiltração que após domínio são extremamente simples.

Lembra-me o meu professor de anatomia topográfica que apontava uma varinha na pele e perguntava - que estruturas vou atravessar? Nada mais do que isto. Conhecimento e noção de orientação anatómica. Precisão de mão e acompanhamento com imagem. Domínio desta anatomia e da ecografia leva ao domínio da técnica. E melhor ainda com capacidade de ambidextria. As técnicas evoluíram muito com a fluoroscopia e com a radiofrequência.

Hoje o nosso doente tem a possibilidade de vários tratamentos possíveis ligados às técnicas em fisiatria, desde medicação e dispositivos médicos até à ablação nervosa por rádio frequência e o médico tem acesso a várias formas de anestesia locoregional que lhe facilita muito a sua acção, tudo em benefício do doente sendo este o nosso principal objectivo.

Não podemos esquecer que técnicas em Fisiatria é apenas uma pequena parcela do tratamento dado que a base do mesmo é saber reabilitar. As técnicas são nos muito úteis mas o doente tem de ser tratado e não apenas resolvido aquele problema que o leva ao médico - a dor. Não esqueçamos que somos reabilitadores e esta é a nossa diferença. Saibamos nós ganhar o nosso espaço sendo diferentes e sendo melhores.

Tive o gosto de “entrar” nesta área e um gosto maior em ensinar e ver o resultado daqueles que comigo aprenderam alguma coisa e hoje são verdadeiros ases nas técnicas em Fisiatria. A eles, principalmente, o meu agradecimento.

The year was 1988. I was invited to coordinate the medical department of swimming at FCPorto, which honored me and where I remained dealing with Champions for 30 years.

It was there that I was shown the shoulder articular complex of and the stress pathology, until then unknown. We lived in the “knee era” and everything revolved around this joint. Few worked on the shoulder and little was studied about overload injuries in a joint with such a wide and unstable action.

I joined the “shoulder adventurers” and with them I evolved in knowledge and created great friendships. Dr. Rosmaninho Seabra, Dr. José Lourenço, Dr. Carlos Amaral and Dr. António Cartucho. I visited the master Dr. Richard Hawkins and, in addition to, the books.

The horizon of tendon pathology and overload opened up, and of the possible reasons for tendon suffering in training, competition and the relationship between technique and injury.

That was when a new era began for me in the clinical assessment of the shoulder, in kinetics related to sporting activity and in tendon suffering and its causes.

The beginning of my passion immediately involved all the clinical and functional evaluation process and all the means of visualizing this joint, so complex and so rich in elements susceptible to injury. At that time, while still at the Centro Hospitalar do Porto, I started to get involved with the echographic assessment of the shoulder to perceive and

visualize in the form of an echo the manifestations of myotendinous pathology, as well as the joint of this complex. Dr. José Carlos Vasconcelos was my mentor.

I developed my interest in ultrasound, a technique as fascinating as mysterious. "Seeing" a tendon, a ligament, a muscle, a joint became for me a need and I had a desire to feel "at ease" in the approach of this technique. In the past, I did a lot of "blind" puncture infiltrations in anatomical boundaries. In fact, I felt comfortable in these approaches, but the echographic visualization of the needle gave me enormous enjoyment and security in my activity.

I dedicated myself to the development of techniques in physiatrics, passing through the use of an ultrasound (at the time an old ultrasound provided by radiology).

The perception of space became essential for my activity and hence the need for greater diagnostic accuracy. From tendinopathy and ecostructural alterations of heterogeneity to integrity to rupture, from the visualization of a distended bursa or thick leaflets or joint effusion to the precise technology of joint "invasion", a new adventure opened up for me.

Greater accuracy, better image and greater intervention capacity were needed. In just one word a better ultrasound. I made progress, given that institutional support is not always the best, but the desire prevailed and gaining time in using the Hospital's echograph until the acquisition of one just for the PRM department was a quick step. And even a quicker one to the creation of a Hospital department where it was possible to "teach" this new area of physiatry.

A new era began in the PRM service at Hospital da Prelada and in this new era those who came to "learn" with me and who didn't even realize how much I learned from them, were like "drivers". You can't teach without having a taste for challenge. And this challenge was the learning of a technique, today extraordinarily evolved, in which the Physiatrist will, in the future, have a very important role.

Knowing how to identify and diagnose, how to intervene invasively and later, as a result of their training, knowing how to re-educate is the added value of Physiatry. And the techniques in PRM, in the era of ultrasound control, here given to the diagnosis and treatment of pathologies that until now were treated in a more empirical way, are a huge asset.

The perception that we can place the needle exactly where we made the diagnosis, imagine and see the entry of the needle into the joint, perceive the capsular distension or penetration into a calcification and its "washing", drain a hematoma and perceive the "collapse" of the structure distended by bleeding, seeing and invading a tendon using needling as a technique, was a gain in the physiatric action of my daily clinic.

Entering any joint, namely the hip joint, formerly an invasive puzzle that led me to anesthesia in the first approach and realizing that, today, the same thing can be done in the special techniques office with local anesthesia techniques. Having the notion of placing a needle in the muscle for the treatment of spasticity with botulinum toxin, formerly an anatomical notion and visualizing the movement of the needle with the movement of the anatomical structure that determines it, started to condition the efficiency of the technique.

Nerve blockade to facilitate, under anesthesia, special techniques and even manipulations after capsular distension to overcome adhesive capsulitis or blockage of the knee nerves in a painful knee are the domain of special techniques.

Physiatry techniques need anatomical knowledge, knowledge of the pathology and echographic images, as well as knowledge of the structures to "invade", but also need logic in the decision of what to do and dexterity in the field of technique. Orienting a needle from the prick in the skin requires a brain image of the needle's orientation to the destination. This "image" is learned from the notion of the background or the outside of the background or the stand up, infiltration techniques that after mastery are extremely simple.

It reminds me of my topographic anatomy professor who pointed a wand at the skin and asked - what structures am I going to go through? Nothing more than that. Knowledge and notion of anatomical orientation. Accuracy of your hand and tracking with image. Mastery of this anatomy and ultrasound leads to mastery of the technique. And even better with ambidexterity capability. Techniques have evolved a lot with fluoroscopy and radiofrequency.

Today our patient can benefit from several possible treatments related to physiatric techniques, from medication and medical devices to radio frequency nerve ablation and the doctor has access to various forms of anesthesia that greatly facilitates their action, all in benefit of the patient, this being our main objective.

We cannot forget that techniques in Physiatry are only a small part of the treatment, given that the basis for it is knowing how to rehabilitate. The techniques are very useful for us, but the patient has to be treated and not just that problem that takes him to the doctor - pain. Let's not forget that we are rehabilitators and this is our difference. Let us know how to earn our space by being different and being better.

I had the pleasure of "entering" this area and an even greater one in teaching and seeing the results of those who learned something with me and today are true aces in Physiatry techniques. Especially to them, my thank you.