

DOLORE CERVICALE:

Guida evidence-based
al trattamento di un paziente
in fase acuta.

Guida evidence-based
Completa di esercizi e trattamento

eBOOK

DOLORE CERVICALE

INDICE DELLA GUIDA

P. 2 **INTRODUZIONE**

P. 5 **PRIMUM NON NOCERE**

P. 12 **DOLORE NON SPECIFICO: CHE SIGNIFICA?**

P. 15 **APPROCCIO EVIDENCE-BASED**

P. 16 • EDUCAZIONE

P. 22 • TERAPIA MANUALE

P. 47 • ESERCIZIO TERAPEUTICO

P. 61 **CONCLUSIONI**

VALERIO BARBARI

INTRODUZIONE

Ciao Fisio!

Lo sapevi che sul dolore cervicale negli ultimi 20 anni sono stati pubblicati 31.065 articoli scientifici?

È uno degli argomenti più studiati tra i disturbi muscolo-scheletrici eppure:

- Nel 2022 l'incidenza mondiale rispetto a 10 anni fa non si è abbassata;
- La media di anni vissuti con disabilità correlata con dolore cervicale è tra i 10-25 anni nelle donne e 10-18 negli uomini;
- Uno studio svolto nei Paesi Bassi ha rilevato che la cervicalgia è costata, nel 1996, 686 milioni di dollari; di questi solo il 23% rappresentava i costi diretti.

Qualcosa non torna...

Abbiamo tonnellate di studi in letteratura, dovremo conoscere al dettaglio l'inquadramento ed il decorso clinico della patologia, ma nonostante questo i dati epidemiologici mostrano come qualcosa ci stia sfuggendo.

Dove stiamo sbagliando?

È proprio questa domanda che ci ha affascinato e ci ha spinto a scrivere questa guida.

Se è vero da un lato che ci mancano dei pezzi per comprendere a fondo questo grande puzzle, dall'altro non siamo così convinti che l'approccio più diffuso nella gestione delle

problematiche cervicali sia guidato dalle conoscenze che la letteratura mette a disposizione.

Tanto passa da solo...

Stiamo forse sottovalutando la problematica da trattare? O non stiamo applicando gli strumenti adatti?

Quante domande, ma probabilmente anche tu nel tuo percorso ti sarai chiesto queste cose.

Abbiamo scritto questa guida per cercare di fare chiarezza in un ambito in cui si vede e si sente di tutto:

- *"Con le tecniche posso sciogliere le contratture e risolvere il problema!"*
- *"La terapia manuale non serve a nulla!"*
- *"I pazienti vanno solo educati e poi il dolore passa da solo!"*

Quanta confusione...

Ma non disperare!

In questa guida imparerai come gestire in sicurezza e trattare un paziente con dolore cervicale in fase acuta.

Ci saranno tante tecniche e tanti spunti da utilizzare subito in clinica.

Ma..chi siamo noi per parlarti di questo?

Questa guida non è fatta per dimostrare che siamo gli unici ad aver capito il segreto per gestire il dolore cervicale, anzi...

...Non c'è proprio nessun segreto!

Il nostro obiettivo è di metterti al corrente su cosa la letteratura scientifica supporta per il trattamento del “neck pain” e grazie all’esperienza clinica dei nostri docenti di fornirti un’applicazione diretta dei contenuti scientifici.

FisioScience è una realtà che si occupa di divulgazione scientifica e formazione in ambito sanitario da oltre 5 anni... con un organico che comprende oltre 100 fisioterapisti tra autori, docenti, scrittori di blog e collaboratori.

La forza del nostro team risiede proprio nel numero e nella diversificazione di capacità, competenze ed interessi clinici.

Per questa guida abbiamo voluto unire esperti del settore che hanno dedicato parte della loro vita allo studio e al trattamento di pazienti con disturbi cervicali.

Cominciamo?

CAPITOLO 2

PRIMUM NON NOCERE

Allora come tratto il paziente con dolore cervicale in fase acuta?

Alt!

Condivido la tua voglia di conoscere cosa fare nella pratica, ma è necessario fare un piccolo passo indietro.

Prima di iniziare a mettere le mani sul paziente o a scervellarti su quale esercizio proporre...

Comincia ragionando sul cosa non fare!

Ci sono molti sintomi e sensazioni (es. cefalea, vertigini, disturbi visivi, etc.), che il paziente può riferirci in associazione al dolore cervicale e per questo motivo, come fisioterapisti, dobbiamo essere in grado di valutare se il quadro generale sia o meno di nostra competenza.

Se è vero che in ambito clinico “l’occhio vede solo ciò che conosce” diventa per noi fondamentale saper padroneggiare la conoscenza delle red flags “tipiche” del distretto cervicale.

Tutto questo perché?

È l’unico modo per garantire una pratica clinica quanto più possibile sicura e la miglior prognosi possibile per i nostri pazienti.

Sono presenti diverse patologie che nelle loro fasi iniziali possono “mimare” una classica cervicalgia ricalcando le

caratteristiche principali ed ingannando il nostro occhio.

E cosa centriamo noi?

Non riconoscendo tempestivamente una condizione grave, diventiamo co-responsabili di un possibile peggioramento della prognosi del paziente.

Diventa inutile conoscere le tecniche e gli esercizi adatti da proporre se prima non sappiamo rilevare se il paziente è di nostra competenza.

Ad oggi la letteratura evidenzia come la mancata o ritardata diagnosi di condizioni che richiedano ulteriori approfondimenti medico-diagnostici vari dal 5% al 20%,

Nonostante la rarità di questo tipo di quadri clinici, riconoscere una patologia seria nascosta dietro un comune dolore cervicale è un processo complesso.

Fortunatamente letteratura in questo ci viene in aiuto.

Nel corso degli anni ha provato a sviluppare strumenti che ci possono essere utili per evitare grossolani errori ed innalzare il livello di attenzione e di sospetto verso la possibile presenza di malignità.

Questi campanelli di allarme vengono chiamati “Red Flag”.

Sono quell'insieme di segni e sintomi che, se presenti, possono innalzare il nostro livello di attenzione in quanto indicatori affidabili di una possibile condizione grave e della conseguente necessità di una specifica valutazione medica.

Quindi basta conoscere le red flag, spuntarle, e sappiamo cosa fare?

Purtroppo non è proprio così semplice...

L'utilizzo delle red flags all'interno della pratica quotidiana non ci protegge dal rischio di commettere errori e va sottolineato come solamente alcuni (pochi) di questi campanelli d'allarme siano davvero indicativi se utilizzati in modo isolato.

La clinica, infatti, non è un susseguirsi di bianchi e neri ma si tratta per lo più di sfumature di colore e ogni singola situazione assumerà connotati differenti alla luce di tutte le informazioni disponibili (sempre quando sono disponibili).

Cosa possiamo fare quindi?

Sarà fondamentale, in fase di valutazione, integrare questi campanelli d'allarme (Red Flags) nel contesto generale di salute del paziente (sesso, età, comorbidità...) e con i dati ottenuti dalla fase di raccolta anamnestica (esordio traumatico, sintomi associati...) e dall'esame fisico (presenza di rigidità importante, debolezza agli arti, sintomi neurologici...)

Questo è l'unico metodo per capire il percorso che il paziente dovrà intraprendere dopo la nostra valutazione.

Per facilitare la comprensione e l'utilizzo delle Red Flag possiamo suddividere in due categorie le presentazioni cliniche

di cervicalgia che possono capitare nel nostro studio:

- Patologie ad esordio traumatico:
- Patologie ad esordio non traumatico.

Partiamo dalla prima categoria:

Quando un paziente si presenta a noi per dolore cervicale in seguito ad un trauma (caduta, incidente) dobbiamo escludere la presenza di condizioni gravi come ad esempio una frattura o una lesione legamentosa.

Esiste uno strumento specifico che ci può aiutare in questo, è un algoritmo che prende il nome di “Canadian C-Spine Rules”.

Ci permette di individuare i soggetti a rischio ed effettuare un eventuale referral al medico:

Le Canadian C-Spine Rule si basano su diversi criteri per determinare il rischio di possibili danni gravi a livello del rachide cervicale:

- Tre criteri ad elevato rischio (età > 65 anni, meccanismo di lesione pericoloso, presenza di parestesie agli arti superiori/inferiori);
- Cinque criteri a basso rischio (semplice tamponamento automobilistico, mantenimento della posizione seduta in pronto soccorso, deambulazione non alterata, insorgenza ritardata del dolore al collo, assenza di tensione lungo la linea mediana del rachide cervicale);
- Capacità della persona di ruotare il capo.

In base alla presenza/assenza di tali criteri il clinico può quindi stimare la probabilità della presenza di un possibile danno strutturale cervicale e determinare la necessità di eventuali ulteriori indagini specifiche.

La seconda categoria comprende invece tutte quelle condizioni che possono esordire in modo subdolo (in assenza di traumi) e con carattere ingravescente.

In questa categoria possiamo includere differenti condizioni quali problematiche di natura infiammatoria, infettiva, neoplastica o neurologica.

Per facilitarvi la comprensione abbiamo raccolto tutti i segni e sintomi etichettati come Red Flags che devono alzare il nostro sospetto e sono riportati nelle tabelle sottostanti.

SINTOMI O REPERTI ANATOMICI

Caratteristiche del dolore

- Esordio <20 anni o >50 anni
- Costante, progressivo, presente anche a riposo
- Caratteristiche "non meccaniche"
- No sollievo dal riposo a letto
- Aumento dell'intensità nelle ore notturne
- Aggravato o non influenzato dal trattamento

Sensazione di malessere generale, nausea, vomito

Rigidità mattutina

Inspiegabile perdita di peso (non intenzionale)

Abuso di droghe, recenti punture o interventi chirurgici

Storia di trauma maggiore significativo

Storia precedente di cancro

Uso prolungato di corticosteroidi o terapie immunosoppressive

SEGN

Osteoporosi

Deformità e/o alterazioni strutturali spinali

Immunodeficienze

Febbre maggiore o uguale a 38°

Deficit sensoriale/motorio diffuso agli arti superiori o inferiori

Debolezza progressiva

Disfunzioni viscerali e/o intestinali con esordio improvviso

Disturbi/anomalie del cammino

Significativa limitazione della rotazione cervicale (<45°)

VES elevata

Attraverso l'investigazione della presenza di questi segni e sintomi sarà possibile fare una stima del livello di rischio del paziente.

Come detto in precedenza, dobbiamo integrare le informazioni presenti con la storia clinica e l'esame obiettivo del paziente per determinare concretamente il livello di rischio clinico sulla base della condizione contingente del soggetto in cura.

Tutto questo ci porterà, in tandem con la volontà del paziente, a ricercare la miglior soluzione dal punto di vista terapeutico.

Che possiamo fare quindi a questo punto?

Abbiamo tre soluzioni:

1) Trattare il paziente se presenta un basso profilo di rischio;

2) Trattare ed inviare il paziente dal medico procedendo con cautela vista la presenza di elementi che aumentano il profilo di rischio;

3) Referral al medico nel caso siano presenti elementi clinici che innalzano di molto il sospetto della possibilità della presenza di una patologia di competenza non fisioterapica.

In questa guida affronteremo la gestione clinica di un paziente con dolore cervicale non-specifico e daremo per scontato che sia stato inquadrato come tale durante questa fase di valutazione.

Ma che significa non specifico?

Ne parleremo nel prossimo capitolo.

CAPITOLO 3

DOLORE NON SPECIFICO: CHE SIGNIFICA?

Fortunatamente le problematiche cervicali che richiedono il supporto del medico specialista sono una rare parte dei casi che affrontiamo in clinica.

La maggior parte dei pazienti che si presentano nel nostro studio solitamente manifestano un dolore cervicale di tipo aspecifico, comunemente conosciuto come *Non-Specific Neck Pain*.

Ti starai giustamente chiedendo: cosa significa aspecifico?

Per le conoscenze scientifiche attuali, non siamo in grado attraverso i mezzi a oggi in nostro possesso, siano essi la risonanza magnetica, l'anamnesi, i test provocativi e funzionali o altro di riconoscere quale sia la struttura anatomica all'origine dei sintomi.

Proprio per la grandissima sovrapposizione delle aree di dolore riferito dalle diverse strutture del collo (faccette articolari, dischi, legamenti, etc.), infatti, è impossibile determinare quale rappresenti l'origine certa del dolore

E ti dirò di più...

Non ci è nemmeno utile tentare di capire quale sia!

Questo non significa assolutamente fare le cose a caso o che la biomeccanica non serva niente, ma dobbiamo staccarci dall'idea di essere in grado di individuare in maniera distinta la

sorgente del problema.

Questo perché il quadro richiede uno sguardo molto più ampio...

Un errore da evitare è quello di basare il proprio intervento esclusivamente sugli esami strumentali o sulle bioimmagini, in quanto potrebbero portarci fuori strada e soprattutto sostenere credenze sbagliate nel paziente o alimentare errate aspettative.

Quindi che dobbiamo fare?

Il nostro ragionamento clinico sarà basato sull'inquadramento del meccanismo di dolore che sostiene il dolore paziente (nocicettivo, neuropatico, nociplastico o misto) e sull'individuare e valutare gli impairment fisici e funzionali.

Nella valutazione possiamo focalizzarci ad esempio sulla ricerca degli impairment muscolari che potrebbero sostenere il problema, come punti che riproducono il dolore del paziente, e di quelle funzionali quali:

- Alterazioni della quantità e della qualità del movimento attivo;
- Rigidità del rachide cervicale;
- Movimenti dolorosi;
- Alterazioni del controllo motorio;
- Riduzione della forza/resistenza muscolare (locale o generale).

Non sono da tralasciare anche gli impairment psicologici – spesso presenti in questi soggetti – come chinesiofobia, disturbi del sonno, catastrofizzazione, i quali influiscono pesantemente sullo stato di salute del paziente e sulla modalità

in cui lo stesso affronta il suo problema.

Come potrete notare non saper distinguere la fonte anatomica origine dei sintomi non significa che non possiamo essere “specifici” con il nostro trattamento.

Dopo un adeguata valutazione degli impairment dovremo saper unire i puntini di una figura complessa e capire quali di questi possono correlare e sostenere il dolore del nostro paziente.

Il monitoraggio costante e la modifica dei sintomi ci permetteranno di seguire il percorso del nostro paziente e di tarare di volta in volta il nostro intervento riabilitativo.

Adesso che hai una visione di insieme sull'inquadramento del paziente è possibile passare al prossimo step.

Quali sono le modalità di trattamento che la letteratura scientifica supporta?

CAPITOLO 4

APPROCCIO EVIDENCE-BASED

Quante tecniche vengono proposte per il dolore cervicale?
Quante terapie vengono “spacciate” come soluzioni definitive per la cervicalgia?

Diffidate sempre della soluzione rapida e miracolosa.

Non esiste un esercizio o una tecnica di terapia manuale specifica che vada bene per tutti o per lo stesso paziente in qualsiasi momento.

In base alla reattività e agli impairments presenti possiamo selezionare da un ampio box di tecniche quelle più adatte al paziente in questo preciso momento.

Anche la stessa tecnica può essere utilizzata con posologie differenti in base all'evoluzione condizione clinica

Ma quindi, cosa funziona veramente nelle cervicalgie?

La letteratura scientifica supporta il trattamento multimodale, ovvero la combinazione di educazione, terapia manuale ed esercizio terapeutico.

Per semplificare le cose andremo ad analizzarle in maniera separata, approfondendo il loro razionale all'interno del contesto riabilitativo e fornendo esempi pratici di tecniche che possiamo erogare.

Pronti?

APPROCCIO EVIDENCE-BASED

EDUCAZIONE

Cosa e come comunichiamo ha un impatto rilevante sul percorso del nostro paziente.

Pensaci un secondo...

Se il paziente sapesse già qual è il suo problema e cosa è giusto o sbagliato fare, non verrebbe da noi.

Chi si presenta nel nostro studio arriva con un bagaglio ricco di credenze, convinzioni, aspettative e mischiati a numerosi dubbi.

Perché ho dolore? Cosa posso fare per farlo passare?

Queste sono le prime e più frequenti domande che un paziente con dolore cervicale ci pone alla prima visita.

Ne consegue che come clinici dobbiamo essere in grado oltre che di somministrare le tecniche e gli esercizi corretti, di rispondere in modo adeguato e coerente alle domande che ci vengono poste.

Non dobbiamo spiegare tutta la neurofisiologia del dolore al “vecchietto” di 84 anni, ma possiamo rendere il nostro stile comunicativo in linea con il suo profilo, condividendo gli obiettivi ed informarlo su cosa sta succedendo nel suo collo, cosa può o cosa è meglio che eviti di fare in questo momento.

Anche la letteratura ha dimostrato l’influenza della comunicazione nel percorso riabilitativo.

Il rapporto clinico-paziente nel contesto di cura rappresenta infatti un fattore che stimola diversi processi neurofisiologici influenti sul risultato dell'intervento fisioterapico e sulla soddisfazione del paziente.

Che significa tutto ciò?

Che la qualità della relazione terapeutica influenza positivamente o negativamente il risultato del trattamento: le parole che pronunciamo possono migliorare o ridurre l'efficacia degli altri strumenti a nostra disposizione – esercizio terapeutico e terapia manuale.

La spiegazione stessa delle proposte terapeutiche stesse può influenzare l'effetto della terapia erogata.

Per fare un esempio in ambito riabilitativo prendiamo un esercizio lasciato da svolgere a domicilio: se non spieghiamo al paziente il motivo per cui gli è stato proposto, con che scopo e quali effetti possa avere sul suo dolore, il paziente difficilmente lo eseguirà, perché quel movimento non ha per lui un valore terapeutico.

Anche nel caso in cui l'esercizio fosse comunque efficace nel ridurre la sintomatologia, il soggetto che non ne aveva compresa l'utilità per il suo disturbo non sarà in grado di riutilizzarlo per gestire un nuovo episodio di dolore.

L'educazione rappresenta un continuum all'interno del trattamento e non può essere slegata da esercizio e terapia manuale.

Fino a qui ci siamo?

Bene! Adesso vediamo nel concreto cosa e come comunicare ad un paziente con dolore cervicale

Per scegliere cosa e come comunicare al paziente dobbiamo tenere in considerazione i suoi fattori prognostici, ossia quegli aspetti che potrebbero influire sul normale decorso della cervicalgia, siano essi di natura biologica, psicologica o sociale.

Questo processo comincia subito con l'anamnesi del paziente.

Dovremo indagare i fattori interni al soggetto (credenze, paure, aspettative, ecc.) ed esterni (pressioni lavorative, questioni assicurative o sociali, ecc.) che possono influenzare l'evoluzione del disturbo.

Facciamo un esempio pratico.

Marco soffre di dolore cervicale da 6 mesi e ci riporta di avere paura di ruotare il capo poiché crede di peggiorare la sua condizione.

Questo fattore rientra all'interno del calderone dei fattori prognostici negativi (evitamento e kinesiofobia) e sarà uno degli aspetti sui quali dovremmo porre attenzione.

È praticamente impossibile modificare immediatamente le credenze del paziente.

Pensaci un attimo...

Da sei mesi Marco ha paura, credi davvero che con una semplice parola possiamo modificare in un istante il suo comportamento?

L'educazione non è isolata alla prima visita, ma rappresenta un continuum nel trattamento.

Durante le sedute ci si confronterà continuamente con Marco con l'obiettivo di aiutarlo a capire come gestire le proprie paure e di rassicurarlo circa l'assenza di rischi dei movimenti di rotazione della testa.

Chiaramente non si potrà utilizzare lo stesso registro comunicativo e dare i medesimi consigli ad un paziente con una cervicgia insorta la mattina stessa e che non ruota il capo perché sta vivendo una condizione infiammatoria importante.

Ricordati sempre che il contenuto e lo stile comunicativo dovranno essere di volta in volta adattati al soggetto che ci si trova di fronte.

Per capire come il paziente vive il proprio dolore e cosa pensa riguardo ad esso è utile raccogliere informazioni già in fase anamnestica, tramite domande aperte, come:

- *“Quali sono i fattori che ritieni influire sul tuo dolore?”*
- *“In che modo pensi il tuo problema al collo possa incidere sulla qualità della vita?”*
- *“Pensi che ci possa essere una relazione tra quanto scritto sulla risonanza e i tuoi sintomi?”*

Per spiegare al paziente cos'è e come funziona il dolore si possono sfruttare varie strategie.

L'utilizzo di storie di altre persone e di metafore sono le più immediate ed efficaci.

La più comune è quella in cui si compara la sintomatologia algica ad un sistema d'allarme il cui suono può avere un volume più o meno intenso.

Tale sistema può essere attivato da diversi stimoli quando l'intensità degli stessi supera un determinato valore soglia e serve a proteggere il corpo da tutto ciò che può danneggiarlo.

Gli stimoli – di natura meccanica (nocicettivi), psicologica (la paura che il dolore possa essere causato da un danno irrisolvibile), o sociale (il superiore che fa pressioni per il rientro a lavoro) -possono agire sul volume del sistema d'allarme, cioè sull'intensità del dolore, sommandosi tra loro.

In caso di disturbi cronici e/o dolore nociplastico il sistema può stararsi ed iniziare a suonare anche in assenza di rischi reali per il corpo.

Questa è una metafora molto semplice che può aiutarti a spiegare meglio come funziona il dolore senza dover scendere nello specifico della neurofisiologia del nostro sistema nervoso.

Dobbiamo parlare la lingua dei pazienti...

Per darti delle idee concrete, ho cercato di riassumerti i concetti importanti da trasmettere ai pazienti tramite l'educazione, che sono:

1) Il dolore non riflette lo stato di salute dei tessuti: dolore e infiammazione non sono direttamente proporzionali, ma ci sono vari fattori periferici e centrali che lo modulano;

2) Il dolore è influenzato da stimoli sociali, psicologici, somatici; dipende dal vissuto della persona, la quale è inserita in un contesto psicologico e sociale che ne influenza le percezioni;

3) Più il dolore persiste, più debole è la correlazione tra questo lo stato dei tessuti: in caso di dolore persistente si realizzano dei cambiamenti della rappresentazione dell'area dolorosa a livello della corteccia somatosensitiva.

La spiegazione di tutto ciò dovrebbe essere personalizzata sul singolo soggetto, ad esempio con un meccanico si possono usare esempi relativi al mondo dei motori, paragonando il funzionamento del dolore a quello dei giri del motore, i quali possono essere aumentati o diminuiti da tanti fattori.

Ci sono alcune modalità di educazione ancora più specifiche come la Pain Neuroscience Education e il Motivational Interviewing che sono state studiate nei pazienti con dolore cervicale.

Se la loro efficacia in maniera isolata non trova un buon riscontro in letteratura, se associate a terapia manuale ed esercizio sembrano portare a risultati migliori nel medio e lungo termine.

Adesso che hai preso consapevolezza del ruolo dell'educazione, vediamo gli altri due elementi essenziali del nostro percorso riabilitativo.

APPROCCIO EVIDENCE-BASED

TERAPIA MANUALE

A partire dai tempi degli antichi Greci la terapia manuale si è dimostrata un'arma utile per i problemi muscoloscheletrici e nei secoli sono state elaborate tante teorie su come essa funzioni, tuttavia, nonostante la sua comprovata efficacia, ad oggi non sono completamente chiari i meccanismi con cui agisca.

Vai da lui che ti rimette a posto il collo...

In epoca recente sono state accantonate le idee secondo cui si credeva di poter spostare, modificare o alterare le strutture che venivano toccate, a favore di spiegazioni in cui la relazione tocco-effetto sia giustificabile dalle moderne neuroscienze.

Ah ma allora non si possono spostare le vertebre o sciogliere i trigger point?

Il modello teorico ad oggi maggiormente sostenuto dalla comunità scientifica è quello proposto da Bialosky.

Il modello propone che in seguito all'erogazione di tecniche manuali si manifestino una serie di eventi neurofisiologici a cascata che provocano il beneficio percepito.

Ciò spiegherebbe come nella maggior parte dei casi gli effetti siano transitorie scatenino reazioni positive nel breve termine, disperdendosi nel tempo.

Questa sequenza di eventi comprende:

- Effetti meccanici (riduzione dello spasmo muscolare, variazione del ROM articolare);

- Effetti neurofisiologici (ipoalgesia, variazioni dell'attività nervosa simpatica)
- Meccanismi periferici (rilascio di endorfine, riduzione delle citochine sieriche)
- Meccanismi spinali (ipoalgesia derivante da riduzione della sommazione temporale a livello del corno posteriore del midollo spinale)
- Meccanismi sovraspinali (modulazione del sistema di inibizione discendente tramite variazioni nel rilascio di oppioidi endogeni e della produzione di dopamina).

Ad oggi, nonostante la terapia manuale sia uno degli strumenti più utilizzati (a volte anche abusati dai fisioterapisti), la sua utilità nella pratica clinica è un argomento fortemente dibattuto.

Da un lato del ring alcuni fisioterapisti ne condannano l'utilizzo a favore di un trattamento attivo, dall'altro i professionisti con tanti anni di esperienza sono reticenti nell'abbandonare dogmi e pratiche ereditate da correnti di pensiero della terapia manuale del passato.

Chi ha ragione?

Il dibattito su un possibile cambio di prospettiva è più focalizzato sull'opinione di esperti e sul confronto tra gli stessi, che sull'opinione e l'esperienza vissuta dai pazienti.

Se è vero che da un lato questi non hanno interesse a quali strumenti utilizzi il clinico (per loro conta il risultato), dall'altro le loro aspettative e richieste sono spesso orientate, almeno inizialmente, verso un approccio passivo cauto che preveda l'uso di tecniche manuali.

In tal senso, i principi su cui si fonda l'EBP sono inequivocabili.

Il professionista sanitario è tenuto a erogare prestazioni di efficacia comprovata, unendo la ricerca scientifica alla propria esperienza clinica, il tutto rispettando idee ed aspettative del paziente, che gioca un ruolo attivo nella scelta del percorso di cura.

Alla luce di questo, viste le buone prove d'efficacia riscontrabili in letteratura circa l'utilizzo della terapia manuale per ridurre dolore e disabilità (in particolare nel breve termine), siamo autorizzati a darle un ruolo più o meno importante all'interno del nostro intervento in base alla fase del percorso riabilitativo.

L'errore grave incombe nell'erogare terapia manuale come mezzo esclusivo (e magari con un rationale non proprio scientifico).

La letteratura suggerisce di utilizzare la terapia manuale per:

- 1) Favorire la riduzione del dolore nel breve e medio termine;
- 2) Migliorare il ROM nel breve e medio termine

In quest'ottica il trattamento manuale rappresenta un possibile primo approccio che permetta al paziente di recuperare movimenti dolorosi e/o difficoltosi.

Ma non si limita a questo..

L'effetto generato può favorire la riduzione della paura del movimento e la conseguente fear avoidance, e traghettandolo verso una gestione attiva del suo problema, attraverso l'esercizio terapeutico, con l'obiettivo di riprendere a muoversi libero da paura e dolore.

Un ostacolo facilmente riscontrabile nei pazienti con cervicalgia è infatti un'iniziale resistenza al movimento, frutto di pareri ed esperienze con altri clinici che possono aver suggerito cautela e/o riposo assoluto (elementi negativi per il recupero, di questo distretto corporeo come di altri).

Perciò durante il trattamento manuale può essere utile fare educazione, rinforzando i contenuti con esempi e risultati diretti sperimentati durante la riabilitazione.

Non tutti i pazienti ci vedono come "educatori", quindi combinare tecniche manuali ed educazione – andando incontro alle loro preferenze -potrebbe risultare più efficace che svolgere le due cose separatamente.

Come accennato, le tecniche manuali devono essere scelte in base a quanto emerso dal ragionamento clinico sullo specifico caso ed in ottica sintomo-guidata ed impairment-based, cioè raccogliendo segni e sintomi ed elaborando una strategia vocata a risolvere i deficit rilevati.

E nel nostro paziente in fase acuta quindi che facciamo?

In questa categoria troviamo le persone con dolore cervicale a cui si associa limitazione della mobilità in una o più direzioni dello spazio.

Il nostro intervento, quindi, sarà rivolto in primis a ridurre la reattività, con tecniche volte al controllo del sintomo, e se concesso al recupero del ROM.

È necessario precisare che qualora il soggetto giunga alla nostra attenzione in una fase già avanzata di recupero, le linee guida sono concordi per un approccio hands-off, o quantomeno a ridurre il più possibile la parte passiva del trattamento, consigliando esercizi mirati e uno stile di vita che favorisca il pieno recupero.

Vediamo ora le tecniche che possiamo utilizzare in fase acuta con il nostro paziente.

(Non le abbiamo elencate tutte, ma l'obiettivo è quello di fornirvi le tecniche maggiormente utilizzate e spendibili da subito).

TRAZIONE

Relativamente ai possibili meccanismi d'azione, sembra che la tecnica svolta in modo intermittente sia in grado di produrre un aumento della frequenza dei segnali mioelettrici e un miglioramento del flusso sanguigno nei muscoli e nelle radici nervose trattati.

Consideriamo allo stesso tempo però che studi elettromiografici hanno mostrato che la trazione non produce rilassamento muscolare.

Ad ogni modo, qualsiasi sia l'effetto specifico sui tessuti, la discriminante è il beneficio percepito o meno dal paziente: se in valutazione la trazione riduce i sintomi, ha senso proporla come trattamento per raggiungere tale risultato; ciò è più facilmente riscontrabile nei quadri con elevati livelli di irritabilità.

Vi torna ora quanto spiegato nei primi capitoli?

Anche se non sappiamo esattamente cosa stia succedendo non significa "fare le cose a caso".

Dobbiamo essere in grado di valutare e monitorare costantemente la risposta del sintomo in seguito all'erogazione delle diverse tecniche.

Ecco alcune proposte.

TECNICA DI TRATTAMENTO

TRAZIONE LONGITUDINALE CON PRESA OCCIPITALE

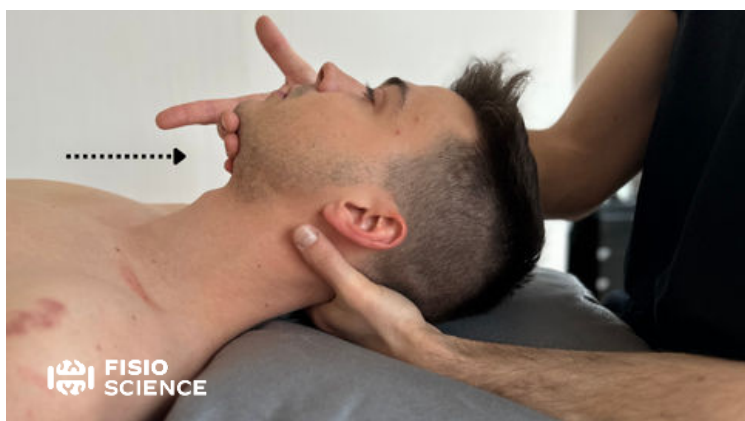


DESCRIZIONE

Trazione longitudinale con presa occipitale attraverso entrambe le mani del fisioterapista. Focus sulla presa (A) e trazione (B).

TECNICA DI TRATTAMENTO

TRAZIONE LONGITUDINALE CON PRESA OCCIPITALE - VARIANTE

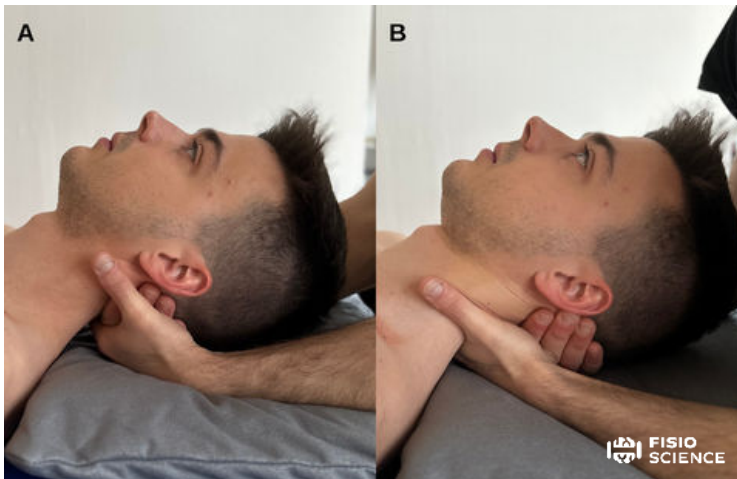


DESCRIZIONE

Trazione longitudinale con presa occipitale attraverso entrambe le mani del fisioterapista. Focus sulla presa (A) e trazione (B).

TECNICA DI TRATTAMENTO

TRAZIONE LONGITUDINALE CON PRESA OCCIPITALE E CERVICALE



DESCRIZIONE

Trazione longitudinale con presa occipitale (una mano) e presa cervicale (a livello della zona cervicale “specifica” target). In A la presa “classica” e in B la presa con una mano del fisioterapista sulla zona cervicale “specifica” target.

TECNICA DI TRATTAMENTO

TRAZIONE LONGITUDINALE CON ASCIUGAMANO

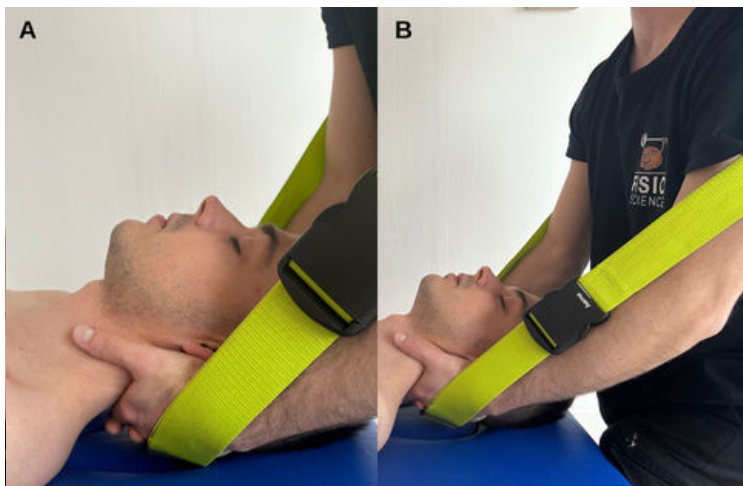


DESCRIZIONE

Trazione longitudinale attraverso l'utilizzo di un asciugamano. Posizionamento dell'asciugamento (A), presa dell'asciugamano (B), posizione di partenza (C), trazione (D).

TECNICA DI TRATTAMENTO

TRAZIONE LONGITUDINALE CON L'UTILIZZO DI UNA CINGHIA

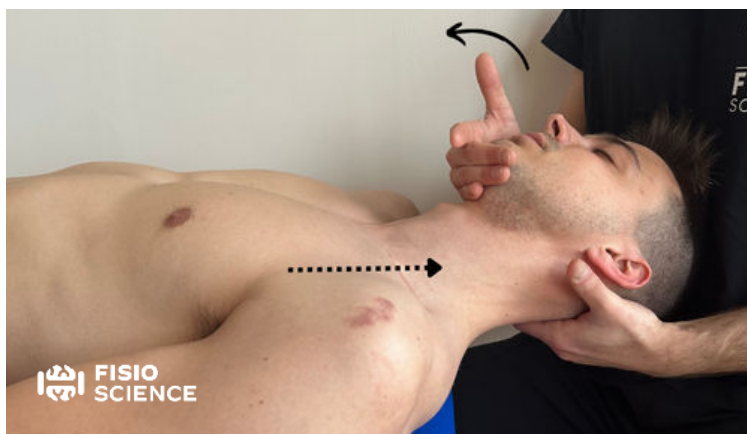


DESCRIZIONE

Trazione longitudinale attraverso l'utilizzo di una cinghia. Posizione di partenza e focus sul posizionamento della cinghia non sul capo del paziente ma sul dorso delle mani del fisioterapista (A) e trazione (B).

TECNICA DI TRATTAMENTO

TRAZIONE LONGITUDINALE CON ASCIUGAMANO



DESCRIZIONE

Trazione cervicale con il capo in lieve inclinazione laterale. È possibile utilizzare le varianti in inclinazione, rotazione e flessione a seconda dei movimenti provocativi.

TRASLAZIONE

Queste tecniche vengono eseguite sia in valutazione sia in trattamento, dove rappresentano un valido strumento per la riduzione del dolore nel breve termine ed un iniziale approccio al recupero del ROM.

A dire il vero, secondo le linee guida, i pazienti che possono beneficiarne sono soprattutto quelli affetti da cervicalgia aspecifica in fase cronica, per i quali si consigliano fino a 12 applicazioni in un periodo di 4 settimane per ridurre il dolore nell'immediato senza distinzione del punto d'applicazione, poiché sembra che i benefici ottenuti con trattamento diretto sul segmento dolente siano sovrapponibili al trattamento di zone adiacenti.

Non ci sono differenze, in termini di diminuzione del dolore a breve termine, tra l'applicazione dello stimolo sulla spinosa e su altre parti della stessa vertebra, tra traslazioni unilaterali e traslazioni applicate su più punti dei medesimi segmenti, tra PA sulla zona ritenuta più rigida o dolente e PA su tre segmenti superiori.

Ancora una volta, non significa fare le cose a caso, ma dobbiamo vedere quale delle tecniche scelte è in grado di apportare il maggior beneficio al paziente.

L'effetto è dose dipendente?

È probabile che esista una quantità di forza più efficace, variabile per ogni persona, influenzata dalle caratteristiche anatomiche, di dolore e dalla fase di malattia, rendendo difficile stabilire un quota di forza standardizzata.

Spetta dunque a noi saper interpretare le risposte del paziente e di conseguenza erogare l'intensità necessaria.

Probabilmente per sondare la giusta quantità è necessario applicare una quantità di forza tollerata dal soggetto – prossima a provocare il dolore – per un ciclo di 10-15 stimoli e successivamente valutare eventuali modifiche.

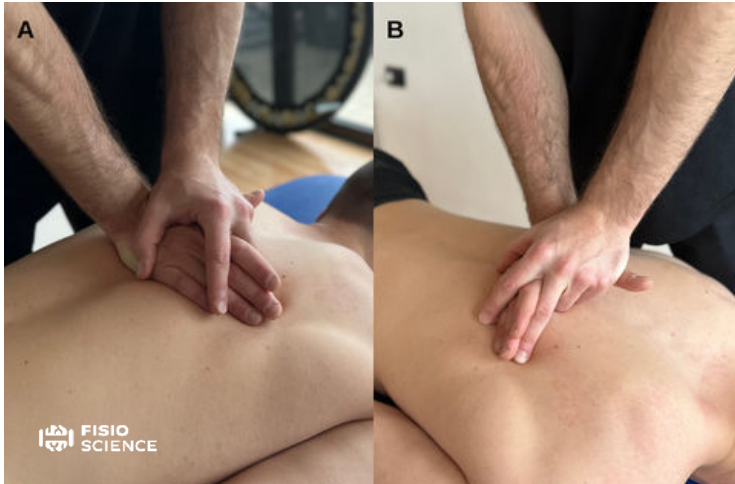
In una fase iniziale possono non essere facilmente tollerate dal paziente, pertanto ne consigliamo un'applicazione cauta e non direttamente sul segmento doloroso.

In seguito a rivalutazione clinica è possibile spostarsi verso la zona del dolore e osservare i cambiamenti nella sintomatologia.

Ecco alcune tecniche:

TECNICA DI TRATTAMENTO

TECNICA DI MOBILIZZAZIONE SEGMENTALE DEL RACHIDE TORACICO



DESCRIZIONE

Tecnica di mobilizzazione segmentale del rachide toracico (medio in figura) in direzione postero-anteriore (PA) (A-B)

TECNICA DI TRATTAMENTO

ROTAZIONE DEL RACHIDE CERVICALE CON SUPPORTO



DESCRIZIONE

Tecnica in direzione postero-anteriore (PA) centrale (sul processo spinoso).

TECNICA DI TRATTAMENTO

TECNICA DI MOBILIZZAZIONE IN DIREZIONE POSTERO-ANTERIORE (PA)



DESCRIZIONE

Tecnica in direzione postero-anteriore (PA) unilaterale (sul processo trasverso).

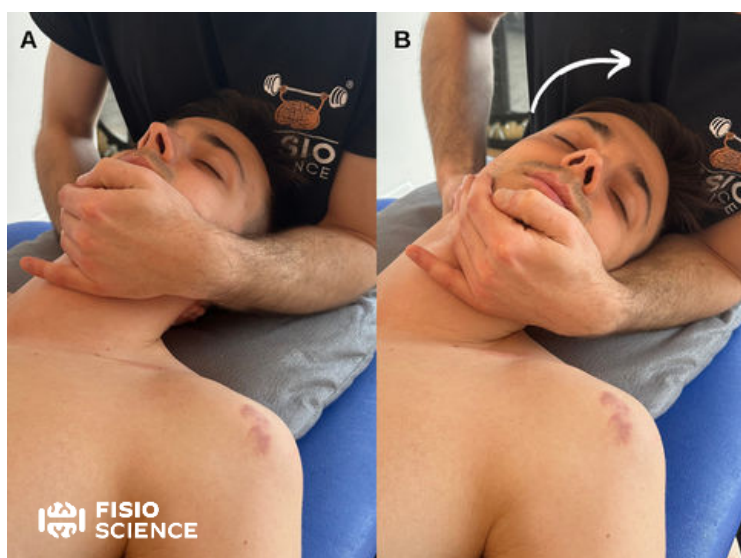
MOBILIZZAZIONI CERVICALI

Le mobilizzazioni hanno lo scopo principale di recuperare il ROM e ridurre il dolore. Possono essere svolte in scarico (più adeguate per una fase acuta) e in carico (da considerare una volta diminuita la reattività).

Ecco alcuni esempi:

TECNICA DI TRATTAMENTO

ROTAZIONE DEL RACHIDE CERVICALE CON SUPPORTO

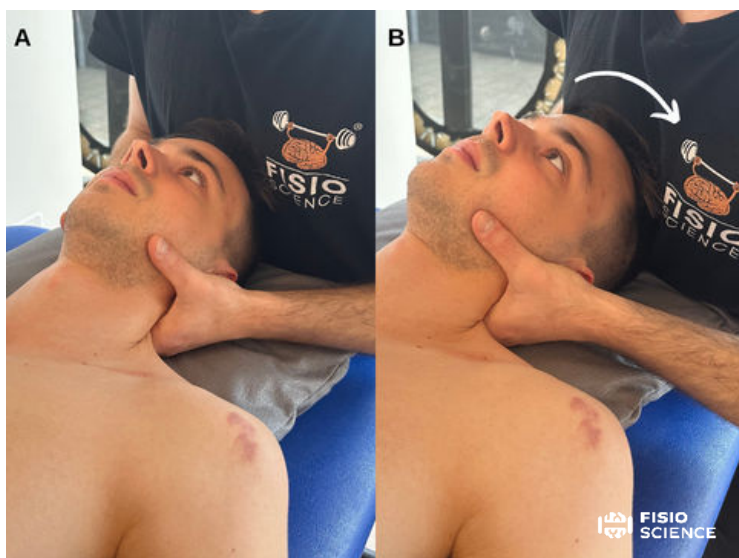


DESCRIZIONE

Tecnica di mobilizzazione regionale del rachide cervicale in rotazione con presa dal rachide cervicale e dal capo del paziente (con una mano) e dal mento (con l'altra mano). Posizione di partenza (A) e di arrivo (B).

TECNICA DI TRATTAMENTO

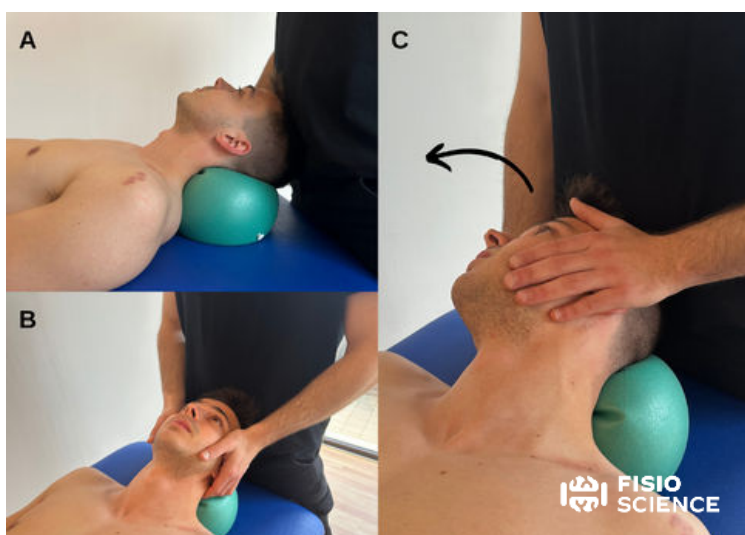
TECNICA DI MOBILIZZAZIONE REGIONALE DEL RACHIDE CERVICALE


DESCRIZIONE

Tecnica di mobilizzazione regionale del rachide cervicale in inclinazione laterale con presa dal capo e dal rachide cervicale del paziente. Posizione di partenza (A) e di arrivo (B).

TECNICA DI TRATTAMENTO

ROTAZIONE DEL RACHIDE CERVICALE CON SUPPORTO


DESCRIZIONE

Tecnica di mobilizzazione regionale del rachide cervicale in rotazione partendo da una posizione in flessione (variabile a seconda della reattività del paziente) grazie all'utilizzo di una superficie morbida o un supporto. Posizionamento del paziente (A), posizionamento delle mani del fisioterapista (B), esecuzione (C).

TECNICA DI TRATTAMENTO

MOBILIZZAZIONE REGIONALE CON ASCIUGAMANO

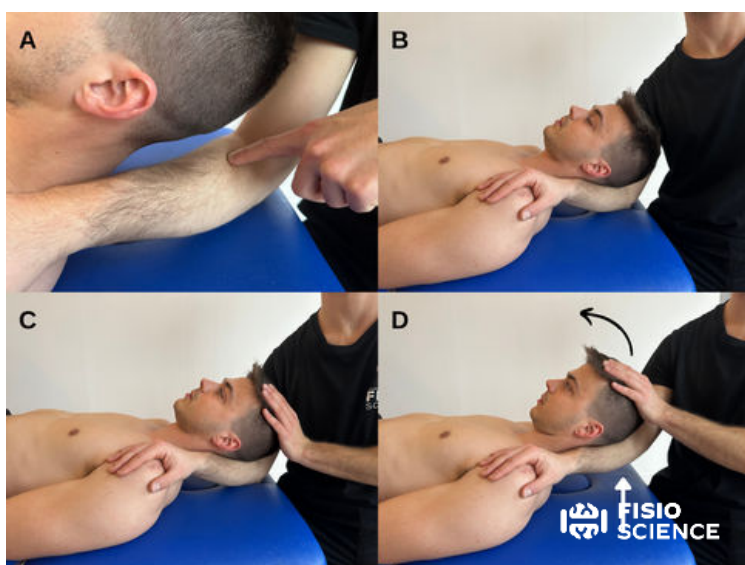


DESCRIZIONE

Tecnica di mobilizzazione regionale del rachide cervicale eseguita attraverso l'utilizzo di un asciugamano. Posizionamento (A), visione superiore del posizionamento (B), esecuzione per la rotazione destra (C) e per la rotazione sinistra (D).

TECNICA DI TRATTAMENTO

MOBILIZZAZIONE REGIONALE IN FLESSIONE CON AVAMBRACCIO



DESCRIZIONE

Tecnica di mobilizzazione regionale cervicale in flessione attraverso l'ausilio dell'avambraccio del fisioterapista (che facilita la flessione attraverso un'estensione di gomito) e attraverso la mano controlaterale posizionata sul capo del paziente. Punto di appoggio del capo del paziente (A), posizionamento della mano del fisioterapista sulla spalla controlaterale del paziente (B), posizionamento della mano adesa alla nuca del paziente (D), esecuzione e mobilizzazione in flessione (D).

TECNICA DI TRATTAMENTO

MOBILIZZAZIONE CERVICALE IN ESTENSIONE



DESCRIZIONE

Mobilizzazione cervicale in estensione con il capo del paziente al di fuori del lettino e fisioterapista seduto.

Grazie all'appoggio dell'arto superiore sul petto o sulla regione clavicolare del paziente e il supporto della mano controlaterale per la nuca, la mobilizzazione si esegue controllando la discesa del rachide cervicale che si verifica grazie alla gravità. Posizione di partenza (A) e posizione di arrivo (B).

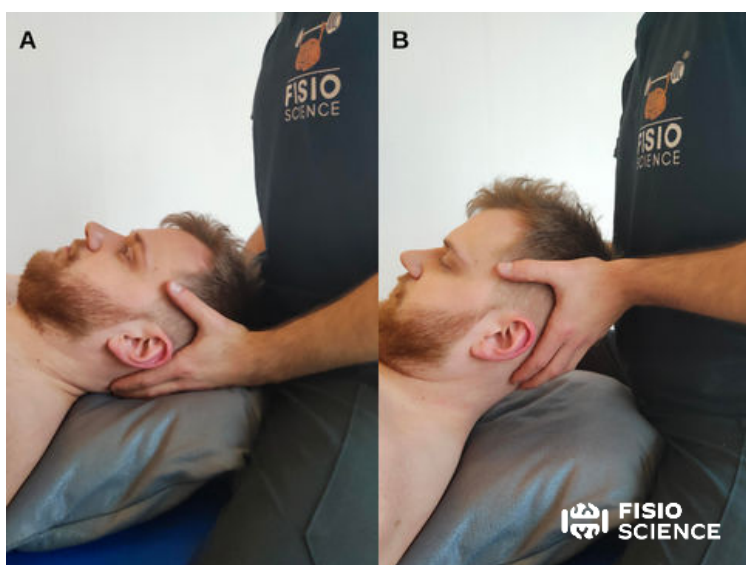
TECNICHE SUI TESSUTI MOLLI

Queste tecniche si focalizzano su tendini, muscoli e fascia muscolare. L'ipotesi iniziale era che le forze meccaniche trasferite ai tessuti fossero promotrici di modificazioni strutturali, metaboliche (azione di spremitura e turn-over dei cataboliti) e neurologiche (variazione della trasmissione neuroeccettoriale).

In realtà non è chiaro se tali meccanismi siano scatenati dalla corretta esecuzione della tecnica, per la quale si sono sviluppate tante correnti e scuole di pensiero, oppure siano da attribuire a un insieme di fattori, sia specifici sia aspecifici, in particolare al valore degli effetti di contesto.

TECNICA DI TRATTAMENTO

Post Isometric Relaxation (PIR) TRAPEZI SUPERIORI IN FLESSIONE

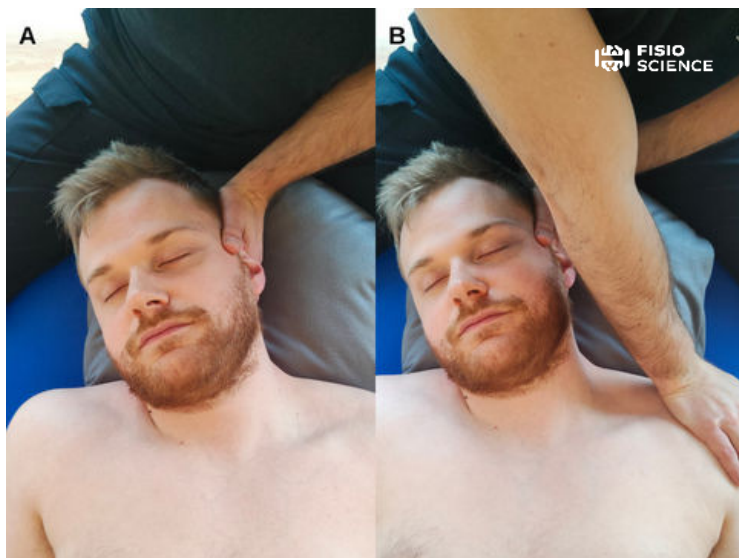


DESCRIZIONE

Tecnica di contrazione e rilassamento per i trapezi superiori (e in generale per la flessione cervicale). Posizione di partenza (A) e posizione di arrivo (B). Raggiunto il grado di flessione cervicale desiderato, al paziente viene richiesta una contrazione isometrica in estensione del rachide cervicale a cui segue, poi, una mobilizzazione in flessione da parte del fisioterapista che “guadagnerà” alcuni gradi di movimento. La procedura può essere ripetuta diverse volte a seconda della tolleranza del paziente e dell’obiettivo.

TECNICA DI TRATTAMENTO

Post Isometric Relaxation (PIR) TRAPEZI SUPERIORI IN INCLINAZIONE

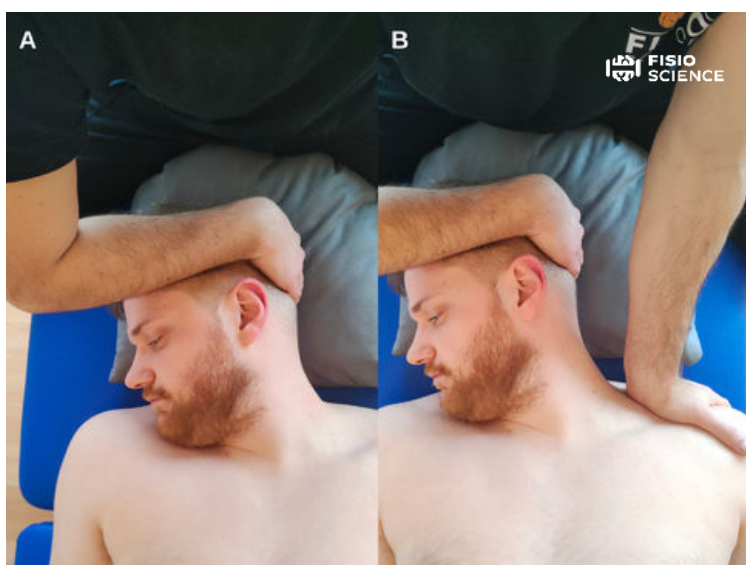


DESCRIZIONE

Esempio di tecnica di contrazione e rilassamento per la flessione laterale cervicale. Posizione di partenza (A) e posizione di arrivo (B). Raggiunto il grado di inclinazione laterale desiderato, al paziente viene richiesta una contrazione isometrica in inclinazione controlaterale associata a una contrazione isometrica in elevazione del cingolo scapolare a cui segue, poi, una mobilizzazione in inclinazione laterale da parte del fisioterapista che "guadagnerà" alcuni gradi di movimento. La procedura può essere ripetuta diverse volte a seconda della tolleranza del paziente e dell'obiettivo.

TECNICA DI TRATTAMENTO

Post Isometric Relaxation (PIR) TRAPEZI SUPERIORI IN ROTAZIONE



DESCRIZIONE

Tecnica di contrazione e rilassamento per il trapezio superiore. Posizione di partenza e stabilizzazione (A) e posizione di arrivo (B). Il razionale della tecnica è il medesimo delle precedenti con le stesse modalità.

TRATTAMENTO DEI TRIGGER POINT

Per trigger point si intendono punti di iperalgesia riscontrabili manualmente all'interno del tessuto muscolare che possiedono caratteristiche specifiche:

- Presenza di taut band (banda tesa) nella zona di dolore;
- Risposta di spasmo locale ed evocazione di dolore riferito – cioè proiettato in zone precise e definite a distanza – alla loro pressione.

Nonostante la prolifica ricerca sviluppata negli ultimi due secoli, la letteratura in merito è confusa e controversa: la loro natura, eziologia ed importanza nelle sindromi di dolore miofasciale rimane sconosciuta.

Tuttavia, il trattamento di tali punti è frequente nella pratica clinica e consiste nell'erogare una pressione mantenuta e crescente sul Trigger Point (per 30-45 secondi) sino alla modifica del sintomo, mentre il paziente è fermo o durante un movimento attivo.

Si ipotizza che la pressione agisca provocando l'ischemia transitoria del tessuto compresso, normalizzandone le attività metabolica, neurologica e meccanica; non esistono però dati a supporto di questa teoria, ed il funzionamento rimane quindi sconosciuto.

Ecco alcuni dei muscoli più frequentemente trattati:

TECNICA DI TRATTAMENTO

DIGITOPRESSIONE/COMPRESSIONE DEL TRAPEZIO SUPERIORE



DESCRIZIONE

Tecnica di digitopressione o compressione ischemica sul trapezio superiore. Erogare una pressione mantenuta e crescente sul Trigger Point (per 30-45 secondi) sino alla modifica del sintomo.

TECNICA DI TRATTAMENTO

DIGITOPRESSIONE/COMPRESSIONE DEL TRAPEZIO SUPERIORE



DESCRIZIONE

Tecnica di digitopressione o compressione ischemica sul trapezio superiore (variante con entrambi i pollici). Erogare una pressione mantenuta e crescente sul Trigger Point (per 30-45 secondi) sino alla modifica del sintomo.

TECNICA DI TRATTAMENTO

DIGITOPRESSIONE/COMPRESSIONE DI MUSCOLI SUB-OCCIPITALI



DESCRIZIONE

Tecnica di digitopressione o compressione ischemica sui muscoli sub-occipitali. Erogare una pressione mantenuta e crescente sul Trigger Point (per 30-45 secondi) sino alla modifica del sintomo.

TECNICA DI TRATTAMENTO

DIGITOPRESSIONE/COMPRESSIONE DELLO SCOM.



DESCRIZIONE

Tecnica di digitopressione o compressione ischemica sullo sternocleidomastoideo (SCOM). Erogare una pressione mantenuta e crescente sul Trigger Point (per 30-45 secondi) sino alla modifica del sintomo.

MANIPOLAZIONI HVLA TORACICHE

Questo strumento prevede la costruzione di una barriera artificiale indotta da movimenti accoppiati controlaterali che creino un locking, simile a quello utilizzato nelle mobilizzazioni che permette di focalizzare la manovra su un distretto target, con un movimento a leva corta più sicuro rispetto a quello necessario per le manipolazioni a leva lunga.

Se l'effetto delle manipolazioni vertebrali è supportato dalla letteratura, il beneficio sembra essere associato ad effetti neurofisiologici generali e non locali sul segmento "target".

È stata messa in dubbio infatti la specificità del segmento che si manipola e la capacità del clinico di individuarlo.

Questo non significa che non le possiamo utilizzare!

Si è accennato alle manipolazioni del rachide dorsale perché in letteratura viene spesso ribadita la superiorità d'effetto di queste; in particolare le linee guida le promuovono per la gestione del dolore cervicale acuto nel breve termine (raccomandazione di grado B) e per il miglioramento del ROM nelle fasi sub-acute.

Tali tecniche sono più efficaci su sintomatologia algica e disabilità rispetto alle mobilizzazioni, toraciche e cervicali, ma non rispetto alle manipolazioni HVLA cervicali (i risultati sono infatti sovrapponibili).

Quindi se in fase acuta un approccio più cauto può prevedere l'erogazione di tecniche sul rachide dorsale, nulla ci vieta se opportuno di procedere con tecniche HVLA direttamente sul rachide cervicale.

TECNICA DI TRATTAMENTO

TECNICA BUTTERFLY PER IL RACHIDE DORSALE

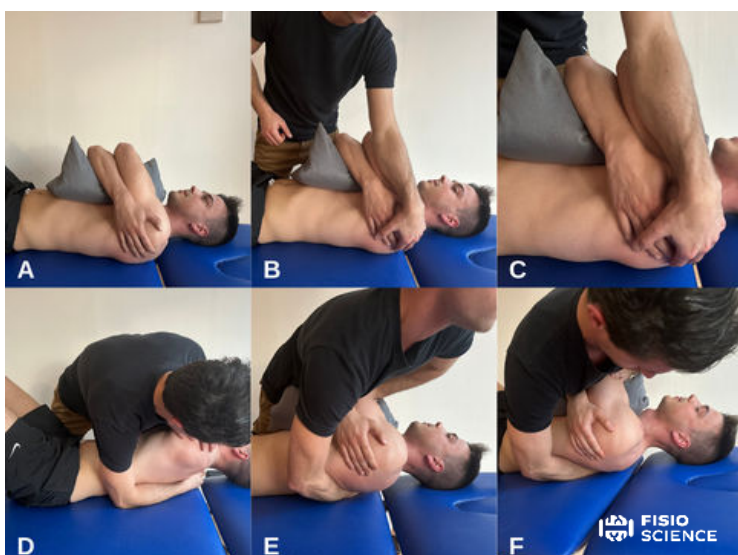


DESCRIZIONE

La medesima tecnica può essere eseguita anche come mobilizzazione articolare – modulando i parametri come l'intensità e la frequenza dell'oscillazione con lo scopo di ridurre la reattività dei sintomi. In A è proposta una visione anteriore per l'appoggio degli arti superiori e in B una visione più laterale con le frecce che indicano la direzione delle forze e dell'impulso.

TECNICA DI TRATTAMENTO

MANIPOLAZIONE (HVLA) PER IL RACHIDE TORACICO SUPERIORE



DESCRIZIONE

Posizionamento del paziente con arti inferiori flessi e spessore posto tra gli arti superiori incrociati (l'arto superiore controlaterale - sinistro in figura - posizionato sopra rispetto al controlaterale) (A), presa del fisioterapista a livello del cingolo scapolare controlaterale a sé (B), focus sulla presa (C), rotazione del paziente attraverso la flessione del gomito e all'estensione di spalla del fisioterapista e posizionamento della mano chiusa a pugno (con pollice rilassato) a livello del "segmento target" vertebrale (D), "derotazione" e riposizionamento del paziente associata a trazione caudale della mano del fisioterapista a contatto con la colonna vertebrale del paziente (destra in foto) e lieve estensione toracica stabilizzando i gomiti con la mano craniale (sinistra in foto) (E) e pre-posizionamento per la manipolazione (F).

TECNICA DI TRATTAMENTO

MANIPOLAZIONE DELLA GIUNZIONE CERVICO-TORACICA (CTJ)



DESCRIZIONE

Tecnica manipolazione della giunzione cervico-toracica in flessione laterale con paziente prono. Posizionamento del paziente con cuscino a sostegno del capo e mano del fisioterapista che contatta la giunzione cervico-toracica (nello specifico, come spesso proposto didatticamente, C7-T1), spinta della mano caudale (destra in foto) del fisioterapista in direzione del proprio corpo (passaggio che consente al rachide cervicale del paziente di avvicinarsi alla posizione neutra e con il capo, quindi, sollevato dal cuscino), manipolazione in flessione laterale (C).

APPROCCIO EVIDENCE-BASED

| ESERCIZIO TERAPEUTICO

La letteratura a sostegno è molto ampia e abbiamo a disposizione prove di efficacia di elevata qualità a supporto dell'efficacia dell'esercizio nel gestire il dolore muscoloscheletrico in tutti i distretti indagati (cervicale, lombare, spalla, ginocchio e "multi-site pain").

Serve solo per il dolore?

No! L'esercizio è in grado di promuovere benefici su funzionalità, qualità della vita e partecipazione, sia a breve sia a lungo termine.

Vista la comprovata efficacia, viene spontaneo chiedersi: "Quale esercizio? Quale programma? Quale modalità?".

Qui le linee guida e le evidenze in letteratura sono d'accordo nell'asserire che...

Non si sa!

Ma come scusa, vuoi dirmi che lavoriamo a caso?

No, no, assolutamente no.

Cerchiamo di spiegarci meglio.

Non ci sono chiare prove di superiorità di un esercizio rispetto ad un altro, di un programma di allenamento rispetto ad un altro, di un metodo di somministrazione rispetto ad un altro.

Ci sono delle proposte di esercizio che possiamo preferire ad altre in base alla fase in cui ci troviamo, abbiamo dei criteri a disposizione che ci permettono di stabilire “quanto” esercizio vada bene per il paziente.

Dobbiamo semplicemente staccarci dalla visione unidirezionale e lineare di un protocollo migliore di un altro, di un esercizio miracoloso, di una modalità di training che vada bene per tutti.

Le variabili che andremo a somministrare ci aiuteranno a personalizzare le nostre proposte terapeutiche per riuscire a scegliere l’esercizio adatto a quel determinato paziente, in quel preciso momento.

Ma facciamo un passo alla volta, in che modo l’esercizio può apportare un beneficio al mio paziente con dolore cervicale?

GAS O GENERAL ADAPTATION SYNDROME

Il nostro corpo ha la grande capacità di saper interpretare gli stimoli che riceve e di agire in risposta ad essi.

Non tutti gli stimoli portano ad un adattamento in quanto abbiamo bisogno che vengano rispettate determinate condizioni affinché il nostro corpo si “smuovi” per cercare di modificare la sua situazione attuale.

Lo stressor (lo stimolo), nel nostro contesto rappresentato dall’esercizio, va a turbare l’equilibrio omeostatico dell’organismo, il quale in qualità risponderà con una serie di modifiche che rappresentano nel senso vero e proprio il processo di adattamento.

Vediamo come funziona nel dettaglio.

Quando lo stressor applicato viene seguito da un adeguato tempo di recupero, l'organismo è in grado di organizzarsi aumentando la propria capacità di far fronte ad uno stimolo simile in un secondo momento (fase di resistenza).

Se lo stimolo viene ripetuto con costanza ad intervalli regolari ecco che l'organismo, adattandosi, mette in atto risposte più lente a manifestarsi, ma più durature nel tempo: siamo davanti a quello che viene definito adattamento cronico.

Lo stimolo deve essere tale da indurre un adattamento, deve perciò superare una certa baseline per scatenare la reazione di risposta dell'organismo.

L'adattamento cronico è un meccanismo reversibile, si mantiene se la presentazione dello stressor è costante: se esso cessa di essere applicato, l'organismo tornerà ai suoi valori di omeostasi "pre-stressor".

L'esercizio può portare all'adattamento di diversi sistemi:

- Meccanismi di natura psicosociale e cognitivo-comportamentale: l'esercizio può interagire con i processi di apprendimento che modulano il dolore e può indurre cambiamenti funzionali al recupero.
- Meccanismi di natura neurofisiologica: l'esercizio può indurre una maggior funzionalità del sistema inibitorio discendente favorendo meccanismi di analgesia.
- Meccanismi legati al processo di guarigione tissutale: attraverso la meccano-trasduzione l'esercizio può facilitare il processo di guarigione tissutale.

Ma l'esercizio può anche essere pericoloso?

Seppure gli effetti avversi legati all'esercizio siano rari dobbiamo considerare le eventuali controindicazioni, ossia la possibilità che ci siano delle conseguenze più o meno gravi per il recupero in seguito alla somministrazione dell'esercizio terapeutico.

Tra queste troviamo controindicazioni:

- **Absolute:** ci impongono di non proporre l'esercizio per evitare danni locali o sistemici (ad esempio in situazioni di infiammazione acuta, oppure a seguito di chirurgia);
- **Relative:** ci impongono di adottare degli accorgimenti per strutturare il piano di lavoro, limitando alcune componenti nella somministrazione dell'esercizio terapeutico (ad esempio alcune direzioni di movimento o tipologie di esercizio).

Assunto che l'esercizio deve essere costruito sulla persona e non sulla patologia, andiamo ora ad analizzare alcuni aspetti utili alla sua comprensione più approfondita, così da poter scegliere e somministrare l'esercizio migliore per il singolo paziente.

Come funziona il processo che porta il paziente ad apprendere il movimento e utilizzarlo nel suo contesto di vita quotidiana?

Per rispondere ci avvaliamo del modello proposto da Edwards e colleghi, il quale divide l'apprendimento in tre fasi.

1. **Acquisizione:** pratica iniziale, il paziente esegue il movimento in seduta supervisionato dal fisioterapista;

2. **Ritenzione:** inter o intra-seduta si chiede al soggetto di eseguire nuovamente il movimento insegnato in precedenza; se è in grado di riprodurlo significa che ha trattenuto le competenze acquisite nella fase di apprendimento;

3. **Transfer:** il paziente è in grado di trasferire ciò che ha imparato in ambiente protetto (seduta) nel contesto della vita quotidiana (un esempio è la capacità acquisita e trattenuta di ruotare il collo con una certa ampiezza e senza dolore)

Quali parametri dovremo considerare durante la somministrazione di esercizio?

- **Intensità:** Quota di resistenza o sovraccarico applicata all'esercizio;
- **Volume:** Quantità di lavoro (numero di serie e ripetizioni) che viene svolto nell'arco di una seduta di allenamento o di una settimana;
- **Frequenza:** Numero di allenamenti svolti in un dato tempo;
- **Densità:** Tempi di recupero;
- **Durata:** Tempo dell'esercizio;
- **Complessità:** La posizione, il rom, la tipologia di contrazione che caratterizzano l'esercizio;

Possiamo manipolare le variabili a nostra disposizione per ricercare due concetti fondamentali per la costruzione dell'esercizio ottimale per un dato paziente: **baseline** e **optimal loading**.

Un obiettivo della prima sessione di esercizi è stabilire la baseline, ovvero quelle attività che possono essere completate senza provocare aumento dei sintomi entro un range di affaticabilità accettabile per la persona.

Si tratta di fatto del punto di partenza per la somministrazione dell'esercizio, che deve tenere conto degli impairment e del loro peso sulla condizione funzionale del paziente, della reattività dei sintomi, dei fattori aggravanti ed allevianti per il soggetto e delle eventuali restrizioni della partecipazione.

Per costruire un esercizio efficace occorre, a seguito della definizione della baseline, manipolare le variabili dell'esercizio al fine di somministrare un carico ottimale per lo specifico paziente.

Per carico ottimale (se preferiamo gli inglesismi "optimal Loading") si intende quella quota di carico che una volta applicata ad una struttura ne massimizza l'adattamento fisiologico, tissutale e neurale.

Il carico ottimale deve essere graduale, al fine di favorire la GAS, permettendo alla capacità di carico delle strutture di incrementare.

L'optimal loading, inoltre, deve essere variabile.

Ci garantisce un adattamento progressivo al carico tale da scongiurare sovraccarico o flare-up, evita l'assuefazione allo stimolo e garantisce una maggior funzione protettiva in caso di stimoli futuri.

Il dosaggio ottimale dell'esercizio nel management del neck pain (e qui i dati in letteratura lo dimostrano ampiamente) rimane sconosciuto.

Non esistono risultati consistenti ed univoci sul volume o sulla frequenza di erogazione, sebbene sia chiaro e sostenuto dalle evidenze che l'esercizio risulta efficace e deve essere il trattamento di prima linea per chi soffre di dolore cervicale.

In una fase acuta è consigliabile utilizzare la regola del "poco, ma spesso".

Non serve riempire il paziente di esercizi, ma è preferibile scegliere 2 esercizi e utilizzare una posologia che ne preveda l'esecuzione 3-4 volte al giorno con un basso carico e un numero di ripetizioni tra le 15-20 per esercizio.

Se il paziente è tanto irritato possiamo inserire delle proposte indirizzate prevalentemente al rachide toracico e spostarsi poi, a tolleranza, verso i movimenti dolorosi.

Di seguito vedremo diverse opzioni di esercizio che è possibile prescrivere in fase acuta.

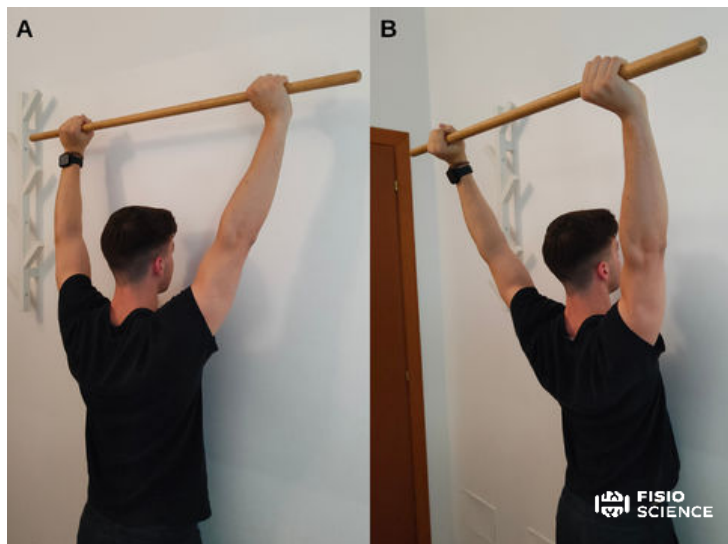
Sarà compito del fisioterapista valutare per gli esercizi scelti:

1. Baseline;
2. Optimal loading;
3. Possibilità di eseguirlo più volte al giorno;
4. Preferenze del paziente.

Adesso sotto ad allenarsi!

ESERCIZIO

MOBILIZZAZIONE IN ESTENSIONE DEL RACHIDE TORACICO


DESCRIZIONE

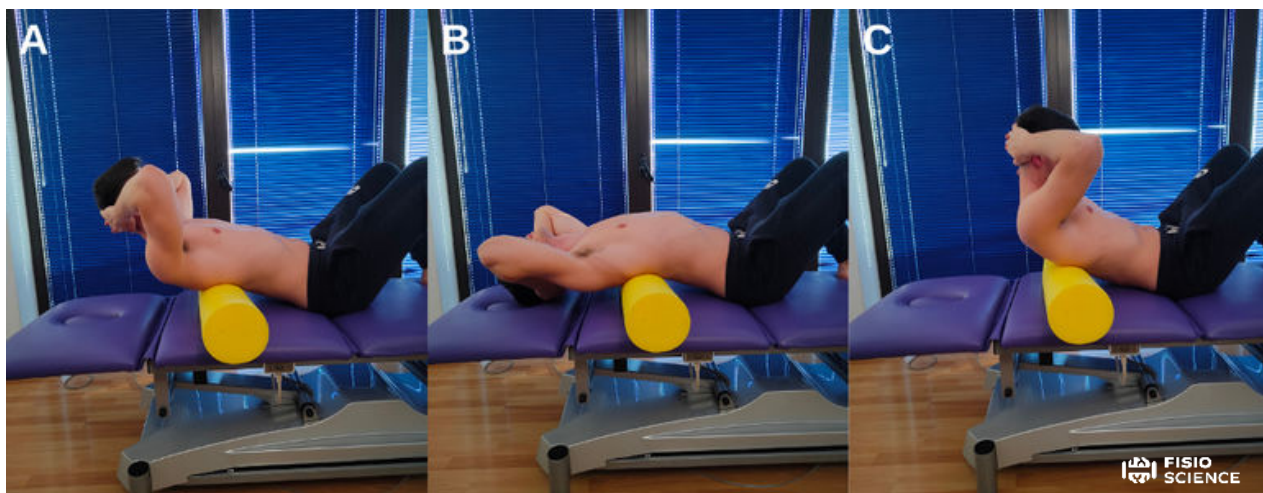
Mobilizzazione in estensione del rachide toracico. Posizione di partenza (A) e posizione di arrivo (B).

ESERCIZIO

MOBILIZZAZIONE IN ESTENSIONE E FLESSIONE CON RULLO

DESCRIZIONE

Mobilizzazione in estensione e flessione del rachide toracico con il supporto di un rullo. Posizione di partenza (A), massima estensione (B) e massima flessione (C).



ESERCIZIO

ESTENSIONE DEL RACHIDE TORACICO A TERRA CON RULLO


DESCRIZIONE

Mobilizzazione in estensione del rachide toracico. Posizione di partenza (A) e posizione di arrivo (B)

ESERCIZIO

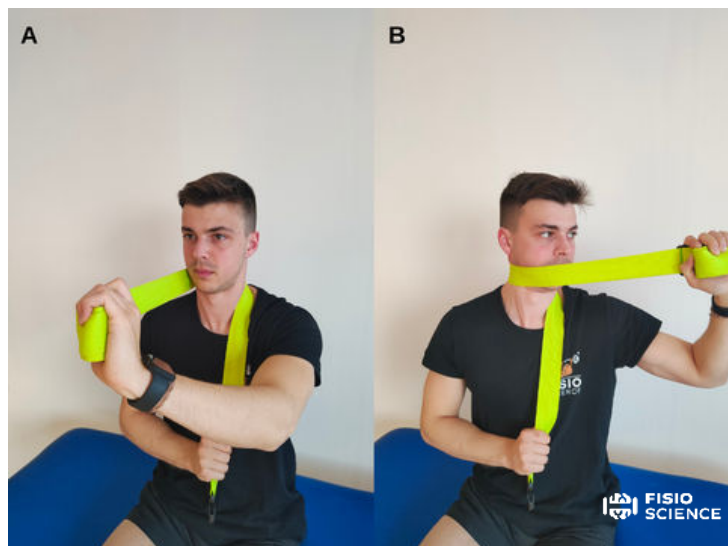
ESTENSIONE DEL RACHIDE TORACICO A TERRA


DESCRIZIONE

Mobilizzazione in estensione del rachide toracico. Posizione di partenza (A), posizione di arrivo (B).

ESERCIZIO

MWM IN ROTAZIONE CON L'UTILIZZO DI UNA CINGHIA


DESCRIZIONE

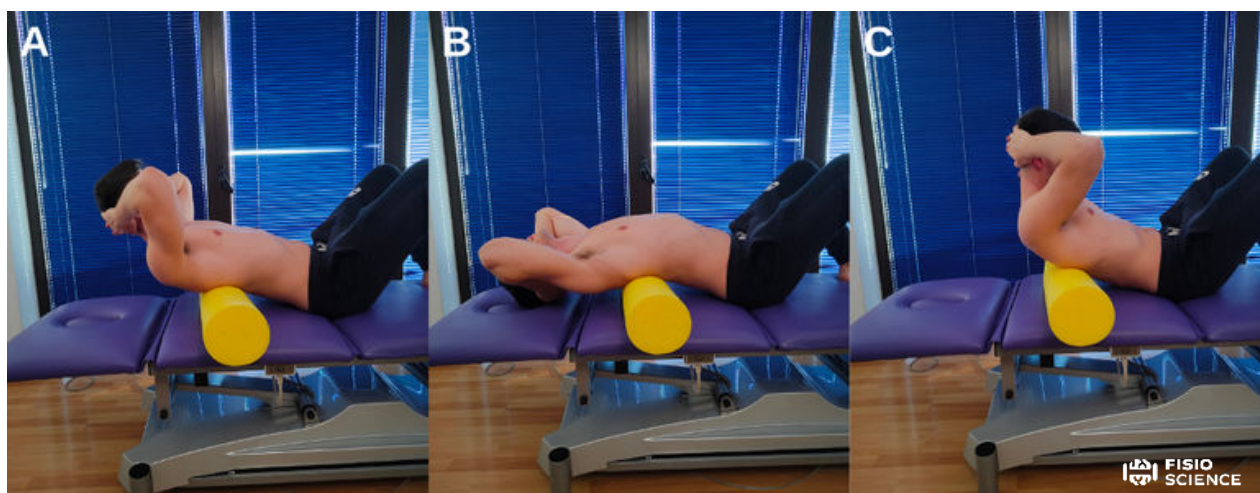
Mobilizzazione con movimento in carico (Mobilization With Movement, MWM) in rotazione con l'ausilio di una cinghia. Posizione di partenza (A) e posizione di arrivo (B).

ESERCIZIO

MOBILIZZAZIONE IN ESTENSIONE E FLESSIONE CON RULLO

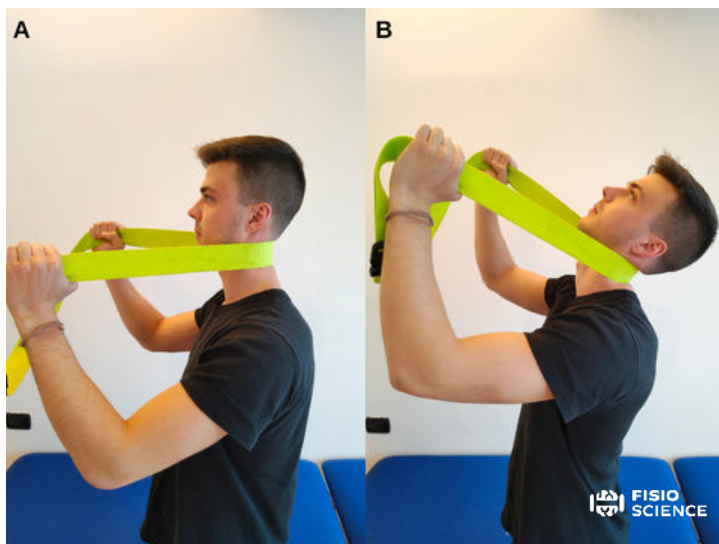
DESCRIZIONE

Mobilizzazione in estensione e flessione del rachide toracico con il supporto di un rullo. Posizione di partenza (A), massima estensione (B) e massima flessione (C).



ESERCIZIO

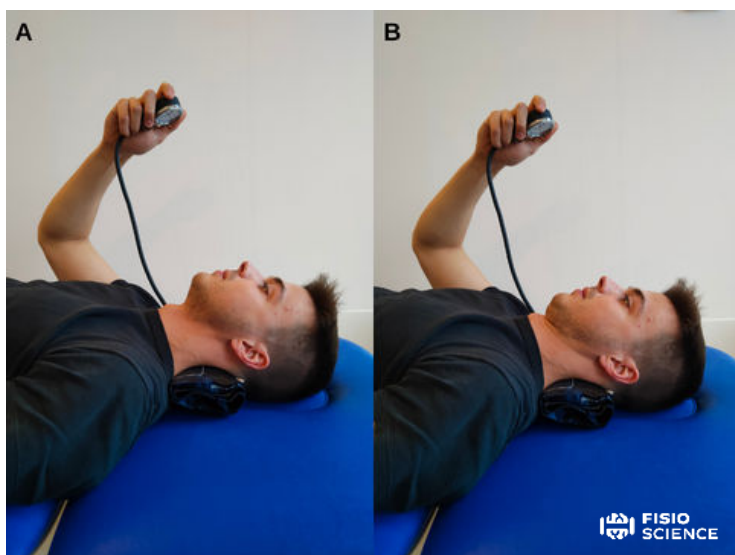
MWM IN ESTENSIONE CON L'UTILIZZO DI UNA CINGHIA


DESCRIZIONE

Mobilizzazione con movimento (Mobilization With Movement, MWM) in estensione con l'ausilio di una cinghia. Posizione di partenza (A) e posizione di arrivo (B).

ESERCIZIO

RETRAZIONE CON SFIGMOMANOMETRO


DESCRIZIONE

Retrazione attiva del rachide cervicale da supino con il feedback di uno sfigmomanometro. L'esercizio può essere utilizzato come test per osservare la forza che il paziente riesce ad esercitare.

ESERCIZIO

ESERCIZIO DI CONTROLLO MOTORIO DA SUPINO

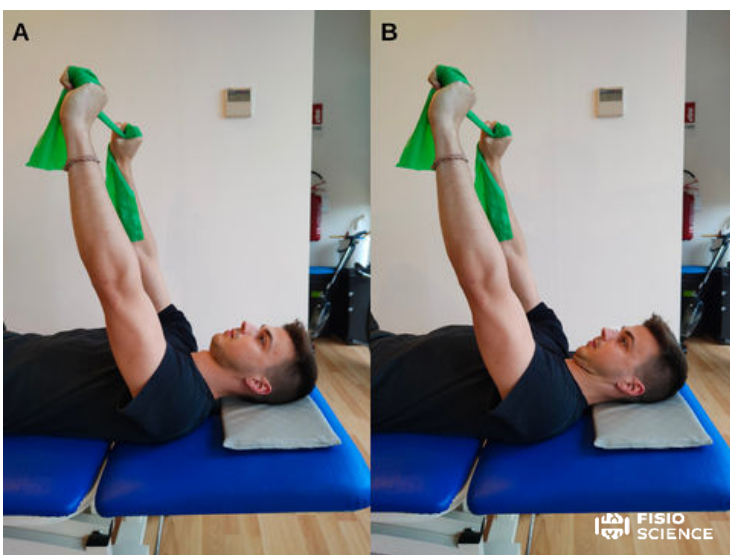


DESCRIZIONE

Movimento attivo flessione da 0 a 90° della spalla mentre viene richiesto al paziente di mantenere la retrazione del capo durante tutto l'arco di movimento. Posizione di partenza (A) e posizione di arrivo (B).

ESERCIZIO

ESERCIZIO DI CONTROLLO MOTORIO DA SUPINO CON ELASTICO

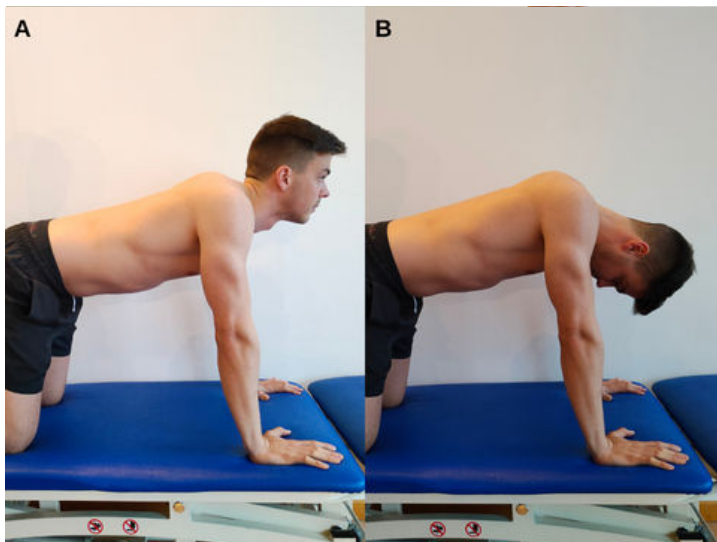


DESCRIZIONE

Retrazione attiva del capo partendo da supino e mantenendo una spinta in abduzione delle spalle contro una resistenza elastica.

ESERCIZIO

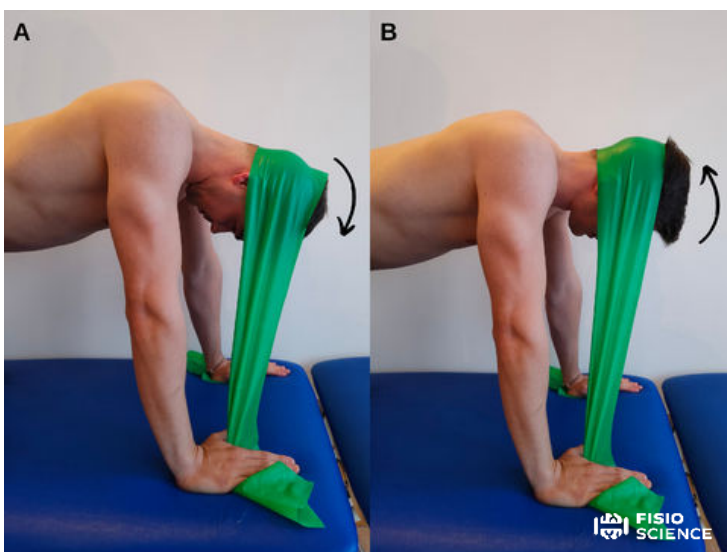
FLESSO-ESTENSIONE DEL RACHIDE CERVICALE CONTRO GRAVITÀ


DESCRIZIONE

Flesso-estensione del rachide cervicale in posizione quadrupedica. Posizione di partenza (A) e posizione di arrivo (B).

ESERCIZIO

FLESSO-ESTENSIONE DEL RACHIDE CERVICALE CONTRO ELASTICO


DESCRIZIONE

Flesso-estensione del rachide cervicale in posizione quadrupedica contro resistenza elastica. Posizione di partenza (A) e posizione di arrivo (B).

Questa è solo una parte dei numerosi esercizi che possono inserirsi all'interno della gestione della fase acuta di un paziente con dolore cervicale aspecifico.

Puoi notare dalle proposte come sia possibile variare il carico applicato in diversi modi: dalla posizione di partenza (anti-gravitaria, seduto, supino), dall'utilizzo di resistenze esterne (elastici) o tramite l'inserimento degli esercizi all'interno di gesti funzionali (elevazione della spalla mantenendo la retrazione del capo).

CONCLUSIONI

NON È SALUTO, MA UN INVITO!

Ci siamo, adesso tocca a te metterti in gioco!

Prima ci tengo però a dirti un ultima cosa.

Ci siamo detti che nonostante l'avanzare delle scoperte e acquisizioni scientifiche siano ancora numerose le persone che soffrono di dolore cervicale.

Abbiamo cercato in questa guida di non fornirti un protocollo specifico che vada bene per tutti (come dicono gli inglesi "One size fit all"), ma di aprire e stimolare la tua consapevolezza sull'utilizzo "con testa" degli strumenti di inquadramento diagnostico e trattamento che abbiamo a disposizione come fisioterapisti.

Il futuro della nostra professione (e quindi dei nostri pazienti) dipenderà sempre dalla nostra voglia di metterci in discussione e di ricercare di andare oltre l'essere degli "esecutori" di terapie manuali o esercizi.

Non avere paura di trovarti in difficoltà, di non sapere con quale esercizio cominciare, di non riuscire a trovare la tecnica di terapia manuale che riesca a modificare subito i sintomi.

Adesso è il momento per te di scendere in campo e comunicare a mettere in pratica quello che abbiamo condiviso con te.

A presto!

Il team di FisioScience.