

Essential Piramidal Superficial Backpain and Treatment

*A cura di
Mft Corrado
Comunale*

*Terapista Clinico e
Sportivo - Docente ai
Corsi di Perfezionamento
Post Laurea
www.bpfisio.com
www.facebook.com Bp*

*Fisiomedica – Bp Lab
(Corrado Comunale)
bpfisio@gmail.com*

*Corsi:
www.fisiomedicacademy.com
www.facebook.com
Fisiomedic Academy
info@fisiomedicacademy.com*

Premessa

La vita estremamente disordinata ed impegnativa che, generalmente, tutti noi oggi conduciamo, spesso porta all'insorgenza di piccoli disturbi dell'Apparato Muscolare, i quali si traducono in fastidiose condizioni di rigidità frequentemente associate a percezioni di senso di bruciore, inizialmente solo localizzate.

Ovviamente tutto potrebbe far solo da cornice ad una situazione preesistente e derivante, ad esempio, da un particolare evento clinico-traumatico non del tutto risolto, appartenente allo storico del soggetto in questione.

Trascendendo dalle plurime combinazioni di elementi che possono incidere sul malessere di un soggetto, per non addentrarci in un complesso circuito che potremmo immaginare come un grande “puzzle” da ricomporre, parleremo di “Dolore Essenziale Superficiale”, concentrando la nostra analisi alla sola muscolatura superficiale del tronco posteriore, e prendendo in considerazione alcuni tipi di trattamento.

Sicuramente vi sarà capitato, nel corso del primo incontro conoscitivo con il vostro paziente, che quest'ultimo sappia indicarvi con estrema precisione sia il punto di percezione del bruciore, che la zona colpita da rigidità, la quale tendenzialmente si circoscrive al focolaio ma non necessariamente è sempre dolente.

Sono sicuro che, spessissimo, siate anche stati messi al corrente dai vostri pazienti di dover essere ricorsi istintivamente a strategie “fai da te”, come quella di comprimere la zona dorsale contro il montante della porta di casa scorrendo da destra a sinistra e viceversa, oppure di sdraiarsi sul pavimento poggiando il punto dolente su una biglia, o infine di ricorrere a fonti termiche delle più fantasiose per attenuare il disturbo.

A noi professionisti, ricostruendo nell'immaginario queste modalità, generalmente, di primo acchito spesso fanno un pò sorridere; ma se ci soffermiamo a riflettere attentamente possiamo convenire che:

- a. Nessuno ci ha mai insegnato che se comprimiamo e mobilizziamo una zona, quest'ultima allenta la morsa tensiva; eppure l'istinto ci guida ad una metodica che spesso dà dei buoni risultati.
- b. Nessuno ci ha mai insegnato che se comprimiamo in maniera continuativa un punto preciso dolente, quest'ultimo trasmigra in una sorta di autosedazione; eppure istintivamente lo facciamo.
- c. Nessuno, o quasi (come il più comune “metodo della nonna”), ci ha insegnato che se posizioniamo qualcosa di caldo su una zona rigida, spesso quest'ultima cede. Eppure istintivamente lo facciamo.
- d. Infine, nessuno ci ha mai insegnato ad automassaggiarci una zona appena contusa. Eppure anche questa azione è ricorrente e primaria nelle nostre abitudini, ogni qual volta ciò accade.

In sintesi, posso convenire affermando che la maggior parte delle strategie terapeutiche che adottiamo sui nostri pazienti, non siano altro che un'estratto interpretativo della nostra istintiva natura, poi rielaborato ed evoluto con metodiche tecnicamente perfezionate.

Ora prenderemo in analisi il dolore miofasciale essenziale, identificandone la sua evoluzione a tappe, e cercando di somministrare qualche utile consiglio per il suo trattamento.

FASE 1: ATTIVAZIONE

Il paziente percepisce un punto ben definito, che genera senso di bruciore e/o dolore pungente, che lo spinge a comprimere al fine di trarne beneficio;



Fase 1.



Fase 2.

FASE 2: ESPANSIONE

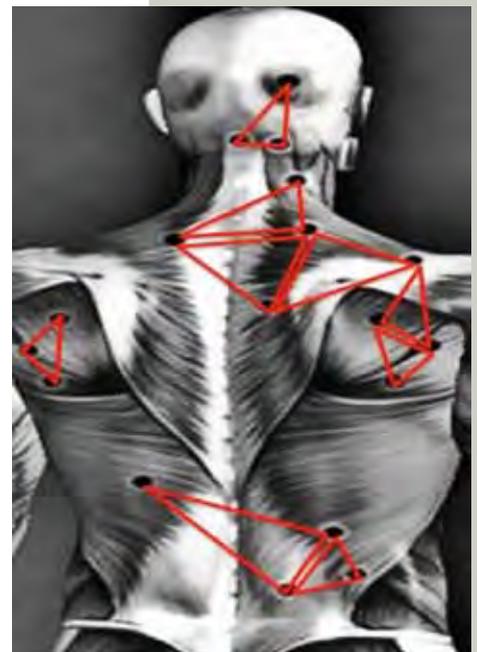
Nel vano tentativo di sedare il dolore, il paziente, portando in compressione (a volte anche accanendosi insistentemente) il punto preciso ne provoca un'illusoria sedazione, che in realtà porta ad un peggioramento dello stato irritativo associato ad una irradiazione sintomatica (tipica de t.p. miofasciali), che tempestivamente recluterà e risveglierà altri punti circostanti, fino a quel momento, dormienti e provocandone la relativa attivazione con conseguente espansione del dolore in aree anche decisamente distanti dal primo innesto.

FASE 3: LEGAME MICROPIRAMIDALE

Seguendo lo schema d'attivazione precedentemente menzionato, si costituisce una sintesi geometrica del dolore tra i due punti più vicini all'innesto: le micro piramidi.

In questo caso, spesso, è solo inizialmente omolaterale, seguendo le "fasce specializzate".

Il sintomo definito "attivo" sarà in corrispondenza dei t.p., mentre **l'area circoscritta dalla loro localizzazione (di forma piramidale) sarà colpita da un disturbo "passivo", che generalmente può essere percepito come una sgradevole sensazione di rigidità muscolare (disturbo misto).**



Fase 3.

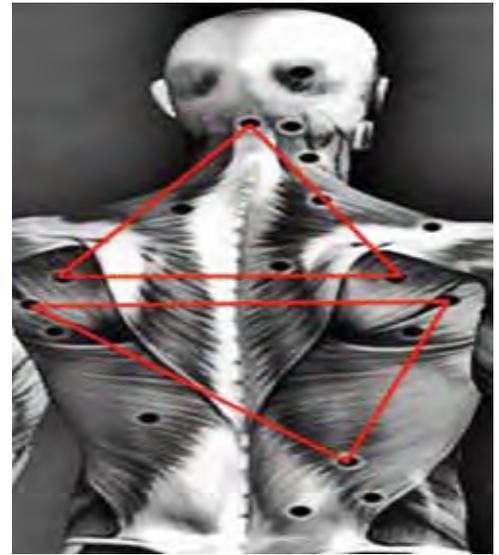
FASE 4: LEGAME MACROPIRAMIDALE

Nella terza fase si riconoscono due fattori essenziali per comprendere l'espansione del disturbo. A questo grado evolutivo potremmo parlare di disturbo bilaterale speculare. Vengono sintetizzate piramidi che coinvolgono punti molto distanti l'uno dall'altro, soprattutto spesso in zone disposte su fasce orizzontali che vanno da destra verso sinistra e viceversa. Si denotano:

- a. Compensazione posturale (spesso visibile ad occhio nudo).
- b. Attivazione dei sintomi speculari nel controlaterale, migrati tramite la “fascia madre”.

Nell'ultimo caso il paziente si accorge di avere il sintomo anche nel controlaterale, solo dopo una stimolazione manuale da parte dell'operatore durante l'ispezione iniziale. Ovvero fino a quel momento ne era totalmente ignaro. Le motivazioni di ciò sono riassumibili in due punti:

- a. Il sintomo essendo in fase di maturazione, rimane subdolo e sordo fino alla stimolazione meccanica o fino al suo massimo grado di attivazione.
- b. Il cervello architetta la sua “piramide del dolore”, costituisce il proprio organigramma sintomatico e disponendolo a sua discrezione, evidenzia ciò che lui ritiene prioritario.



Fase 4.

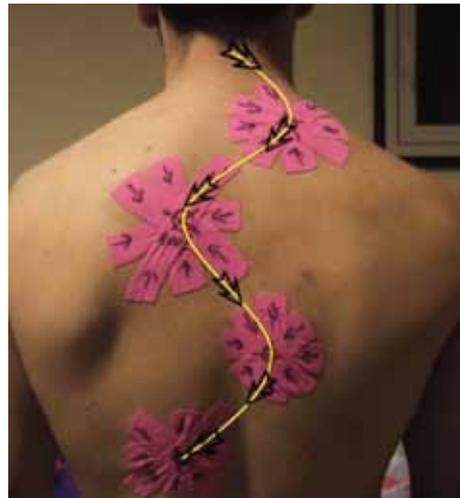
FASE 5: MIGRAZIONE DISCENDENTE O ASCENDENTE

Una volta spintosi a destra o sinistra, il disturbo procede il suo cammino con la migrazione ad orientamento ascendente o discendente, e seguendo sempre gli schemi in alternanza sopraindicati, con finalità compensatorie.

Questo punto è di fondamentale importanza per comprendere come una “lombalgia” trascurata possa evolvere anche in “cervicalgia” e viceversa. (Decorso a “Serpentina”).

Soprattutto deve essere, a mio avviso, per tutti quelli che praticano terapia manuale un monito per comprendere che i trattamenti loco_locali del rachide nel 90% dei casi sono:

- a. Incompleti.
- b. Con decorso benefico temporaneo e precario.



Fase 5.

Trattamento

È ben noto che, ad oggi, tutti i nostri pazienti possano orientarsi ad una vasta scelta di approcci terapeutici nel trattamento dei loro disturbi, sotto consiglio del proprio Medico, Massofisioterapista, Fisioterapista, Osteopata o Chiropratico di fiducia.

Con l'espansione a "macchia d'olio" dell'utilizzo della rete e dei sempre più numerosi neofiti (anche di una certa età) che si avvicinano alla rete, spesso è sufficiente navigare per apprendere quante più informazioni possibili sui propri disturbi e sulle possibili soluzioni.

Gli errori che più comunemente si fanno con l'esplorazione in Internet, sono:

- a. **sostituire il consulto con un professionista** - utilizzando metodi "fai da te" appresi dalle pagine Internet i quali, seppur garantendo il risparmio dell'onorario di un "addetto ai lavori", determinano spesso una esacerbazione del problema e lo rendono più articolato rispetto alla condizione di partenza. Pertanto sicuramente più complesso e dispendioso sia a livello temporale, che economico, nella terapia di "normalizzazione" successivamente svolta da un professionista. Esso diventa di seguito una tappa inevitabile;
- b. **possibili "condizionamenti psicologici"** – tipici dei soggetti ipocondriaci, che leggendo ed interpretando le informazioni a loro discrezione (con una panoramica di non competenza professionale), riconoscono in tutto ciò che leggono i propri sintomi cadendo così, spesso, in un vortice di ansie e preoccupazioni, spesso, del tutto senza fondamento.

Gli operatori dedicati, invece, riescono a consigliare i trattamenti più indicati per abbattere costi e tempistiche. Ovviamente, in questo caso, faccio riferimento solo alle problematiche in calce a questo articolo: *i disturbi essenziali muscolari della colonna*.

Ora prenderemo in considerazione alcuni metodi, già sperimentati, e li suddivideremo tra quelli di autotrattamento e quelli, invece, ove richiesto l'intervento di un operatore.

Prevenzione

La prima regola da rispettare è quella di prevenire l'insorgenza dei sintomi:

- Monitoraggio e correzione delle abitudini di vita scorrette.

- Riduzione degli stress.
- L'educazione ad un regime alimentare adeguato e al raggiungimento e/o mantenimento di un peso corporeo appropriato.
- La consapevolezza della necessità di acquisire la migliore forma fisica attraverso un programma indipendente di esercizi fisici.
- Correzione posturale durante lo svolgimento di attività professionali specifiche;
- Evitare gli stati di immobilità prolungata, specie con il muscolo in posizione accorciata.
- Evitando un abuso muscolare, abuso perpetrato mediante scorretti meccanismi di gestione corporea che rendono i movimenti inutilmente stressanti, le prolungate contrazioni (specie se isometriche), il sovraccarico muscolare dovuto all'esecuzione di movimenti ripetitivi, a movimenti eccessivamente rapidi e a scatto, o conseguente a sforzi eccessivi, ed infine l'uso esasperato di uno o più gruppi muscolari.
- L'automodulazione del dolore.

È evidente che tutto questo non può essere adeguatamente assimilato dalla maggior parte delle persone, ma deve essere indotto, guidato e stimolato da operatori competenti.

OBIETTIVI

- fornire al paziente i mezzi per controllare autonomamente i propri disturbi mialgici;
- prevenire la dipendenza o l'abuso del personale sanitario.

Metodica Fisioterapica Manuale Semplice

- **Getto Spry** localizzato sul T.P.
- **Applicazioni di termoterapia** in alternanza al trattamento manuale (uso del caldo) loco-locale (solo in assenza di quadri infiammatori attivi);
- **Fangoterapia**
- **Terapia Manuale:**
 - ⇒ Massaggio Ritmico Profondo
 - ⇒ Massaggio Trasverso Profondo
 - ⇒ Manipolazione Statica Miofasciale
 - ⇒ Massotermoterapia
 - ⇒ Osteopatia
 - ⇒ Chiropratica
 - ⇒ Dynamic Neurotaping Method ®
 - ⇒ Miofibrolisi Diacutanea
 - ⇒ Digitopressione Ischemica Modulata:
Compressione Ischemica (Il T.P. viene compresso, rispettando la tollerabilità dolorosa; La pressione si tiene 7-10 secondi e si ripete. Si usa dito, pollice, nocche, gomito, secondo zona e profondità. (Se è mal calibrata causa esacerbazione dell'attività del T.P. e conseguente attivazione anche dei Tender Points);
 - ⇒ Tecnica dei Pompages
 - ⇒ Mobilizzazioni Dolci
 - ⇒ Ginnastica Passiva
 - ⇒ Stretching.

Metodica Fisioterapica Manuale Articolata:

- Stretch & Push
- Stretch & Trasversal Manipulation
- Stretch & Myofascial Static Manipulation

- Stretch & Spry
- Termostretching.

Metodica Fisioterapica Strumentale

- Ultrasuonoterapia a massaggio
- Elettroterapia antalgica
- Diatermia Cutanea
- Laserterapia
- Radarterapia
- Raggi Infrarossi.

Trattamento Medico Farmacologico

- Uso di Farmaci specifici (antinfiammatori / miorilassanti)

Trattamento Medico invasivo

- è Agopuntura-Elettroagopuntura
- è Mesoterapia
- è Injection & Stretch.

Autotrattamento

- Termoterapia localizzata (in assenza di stati infiammatori in corso)
- Idrobalneoterapia in vasca di almeno 30' con temperatura di circa 38°- 40°, seguita da riposo notturno. (È sconsigliata nei soggetti ipotesi)
- Ginnastica dolce attiva.
- Stretching moderato.
- Termostretching.
- Termoterapia localizzata e ginnastica dolce attiva (in assenza di stati infiammatori in corso).
- Termoterapia localizzata e stretching moderato (in assenza di stati infiammatori in corso).

Conclusioni

Premettendo che, resto fermamente convinto che in cima a tutto si debba collocare il fattore *prevenzione*, utile sia ad una miglior qualità della vita che ad un netto abbattimento di tempistiche e costi per la *normalizzazione* del disturbo, rimango anche dell'idea che affidarsi ad una persona competente e di fiducia, sia un punto cardine da non far mai sottovalutare. Anche fosse solo per un semplice consulto su come autogestire un problema.

Personalmente, se non estremamente necessario, sono sempre stato contrario ai cosiddetti “*Cicli di terapie o Terapie cicliche stagionali*”. La mia esperienza professionale personale, mi ha portato a capire che il trattamento di un disturbo, se studiato, progettato e ragionato fin dal primo incontro conoscitivo, costituito da poche sedute di estrema qualità e meticolosità, dà molti più risultati di numerose terapie fatte con superficialità e spesso con scarso risultato.

I pazienti sono degli enormi *ricettori*, con una capacità di comprendere fin da subito se ciò che fate, lo fate perchè vi appassiona o solo perchè sono un *salvadanaio* al quale attingere.

Questo fa la differenza tra chi è un professionista rispetto a chi esercita una professione.

È il paziente che sceglie noi, non noi lui; e se il paziente ci sceglie veramente, diventa un fedele compagno, che anche in situazioni critiche, piuttosto, aspetta pazientemente il primo momento disponibile della nostra agenda, ma non tradisce. Fidelizzate sempre il vostro paziente con l'onestà e la concretezza.