

INTRODUZIONE

Con l'esperienza maturata all'interno dell'Unità Spinale, si è avuto modo di riscontrare che il dolore neuropatico è una delle problematiche che maggiormente inficiano la qualità di vita delle persone con lesione midollare, sia essa traumatica o patologica. Inoltre il trattamento farmacologico e fisioterapico impostato in risoluzione ci è parso a volte avere degli effetti limitati qualitativamente e temporalmente. Questo progetto ha l'obiettivo di dimostrare come il dolore neuropatico possa essere efficacemente trattato con delle metodiche cosiddette "complementari" e di conseguenza come in abbinamento al trattamento farmacologico e fisioterapico "classico" si possa ottenere un'amplificazione degli effetti benefici. Le metodiche in questione sono la terapia cranio-sacrale, la rieducazione posturale - metodo Mezières e terapia riflessogena-psicofisica, eseguite da fisioterapisti qualificati in merito, che durante la loro attività all'interno dell'USU di Torino hanno ottenuto risultati nel trattamento del dolore neuropatico e hanno quindi pensato di ricercare delle evidenze avviando tale studio. Rientreranno nel progetto esclusivamente persone adulte ricoverate nei due reparti di degenza dell'USU di Torino che presentano una lesione midollare toracica incompleta. Non sono inserite persone che presentino patologie neoplastiche e con disturbi psicologici, psichiatrici-comportamentali associati. L'equipe di lavoro include un medico fisiatra, in grado di valutare le interazioni tra la terapia farmacologica e i trattamenti eseguiti; inoltre si somministreranno schede di valutazione certificate all'inizio ed alla fine di ogni ciclo di terapie.

Nel paziente adulto con lesione midollare toracica incompleta, le metodiche non convenzionali sono efficaci nella riduzione del dolore neuropatico in associazione al trattamento farmacologico-riabilitativo?

IL DOLORE NEUROPATICO è un dolore originato o causato da una lesione primaria o da una disfunzione del Sistema Nervoso Centrale o Periferico

IASP, Merskey and Bogduk, 1994

37% Lesione Cervicale/Toracica Alta
23% Lesione Toracica Bassa/Lombo-Sacrale

Arch Phys Med Rehabil, 1979

L'incidenza raggiunge il **90%** in pazienti nella fase riabilitativa

Spinal Cord, 1997

SOGGETTIVITÀ

È universalmente riconosciuto come una delle condizioni dolorose più difficili da trattare

Gordon, 2004

PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO STANDARD

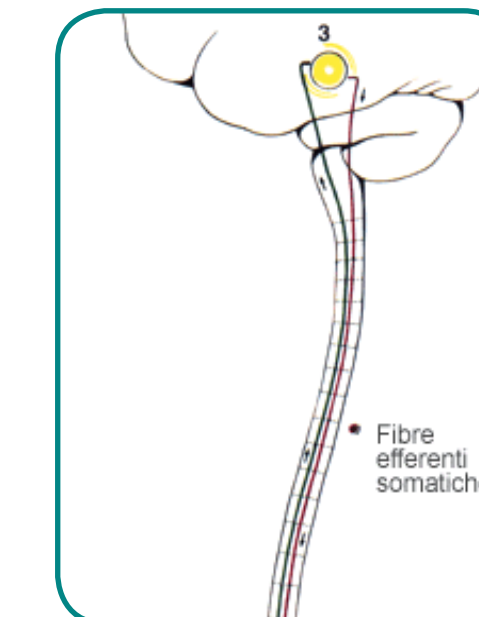
1/ TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

- FARMACI ANTICONVULSIVANTI:** gabapentin e pregabalin
- FARMACI ANTIDEPRESSIVI TRICICLICI:** amitriptilina e nortriptilina
- FARMACI ANTIDEPRESSIVI INIBITORI DELLA RICAPTAZIONE DI SEROTONINA E NORADRENALINA:** duloxetina e venlafaxina
- I GRUPPO**
- II GRUPPO** tramadolo, ossicodone, formulazioni transdermiche di buprenorfina e fentanyl
- III GRUPPO** morfina, alfentanil, metadone, ketamina

farmacologico / riabilitativo

2/ TRATTAMENTO RIABILITATIVO

- DIRETTO** mobilizzazione passiva, idrokinesiterapia, elettroterapie, posture inibenti
- INDIRETTO** terapia occupazionale, sport-terapia



TRATTAMENTI "NON CONVENZIONALI" cranio sacrale / metodo Mezières / terapia riflessogena



1/ CRANIO SACRALE

Il sistema cranio-sacrale è l'associazione tra le ossa della scatola cranica (cranio/viso/bocca) e quelle della colonna vertebrale fino all'osso sacro; esso è costituito dal collegamento formato dalle membrane meningehe che racchiudono un sistema idraulico semi-aperto di produzione- riassorbimento-contenimento del liquido encefalorachidiano, che influisce ed è a sua volta influenzato dal sistema nervoso, dall'apparato locomotore, dal sistema cardiocircolatorio, dal sistema linfatico, dal sistema endocrino e dall'apparato respiratorio. È caratterizzato da un'attività ritmica, la cui frequenza negli esseri umani è compresa tra 9 e 12 cicli al minuto, ed è costituito da due fasi:

FASE DI FLESSIONE_coincide con un ampliamento del diametro trasversale del cranio e uno spostamento del sacro in direzione ventrale, l'intero corpo si attegge in rotazione esterna e si allarga / **FASE DI ESTENSIONE**_prevede una diminuzione del diametro trasversale del cranio e uno spostamento del sacro in direzione dorsale, mentre l'intero corpo si attegge in rotazione interna e si restringe.

L'operatore valuta l'ampiezza, la frequenza, la simmetria e la qualità della "respirazione craniosacrale" e le restrizioni ossee e membranose che lo influenzano e le registra su una apposita scheda di valutazione.

Il trattamento è mirato ad incoraggiare i naturali meccanismi di autoguarigione, migliorando la mobilità del canale durale e delle membrane intracraniche e, quindi raggiungere il corretto "equilibrio fisiologico" del sistema craniosacrale.



2/ METODO MEZIÈRES

La rieducazione posturale secondo il metodo Mézières si basa su alcune deduzioni alle quali si è arrivati osservando una paziente affetta da ipercifosi dorsale:

I muscoli dorsali sono corti e si comportano come un unico muscolo / ogni azione localizzata si ripercuote all'istante su tutto l'insieme della muscolatura ogni opposizione all'accorciamento provoca lateroflessioni e rotazioni del rachide e degli arti / ogni allungamento, derotazione, dolore, o sforzo comporta un blocco in inspirazione è il diaframma, con l'azione esercitata dai suoi pilastri sulle vertebre L2-L3, è accentratore della lordosi lombare e sinergico dello psoas nella trazione anteriore delle vertebre comprese nel tratto D12-L5.

L'uomo ha una sua forma ottimale e ogni deviazione da questa forma perfetta esprime il **DISEQUILIBRIO** in atto, che a lungo andare provoca la comparsa dei processi patologici. Per Mézières tutti i dimorfismi che non siano di natura congenita sono sempre correggibili. Il progressivo accorciamento è fisiologico ed è determinato da 3 fattori:

fisiologia della contrazione isotonica / risposta muscolare in accorciamento che si verifica quando interviene un incidente di tipo meccanico / la contrattura muscolare a livello corporeo data dai problemi relativi alla sfera emotiva comporta che la muscolatura sia paragonabile ad un archivio della memoria emotiva.

I muscoli sono elementi solidali di una catena cinetica, quindi le azioni localizzate provocano l'accorciamento del sistema che si può allungare solo con la contrazione isometrica. La muscolatura influenza lo scheletro perciò agendo sulla prima si corregge il secondo.

TÉCNICA_allungare attraverso il lavoro isometrico i muscoli in catena cinetica durante l'inspirazione profonda, agendo contemporaneamente su tutte le catene (anteriore del collo, brachiale, antero-interna, posteriore). Durante il trattamento confronto la morfologia del paziente con il biotipo di riferimento quindi, sovrapponendo il più possibile questi due, arrivo a risolvere il problema patologico.



3/ TERAPIA RIFLESSOGENA E PSICOFISICA

L'APPROCCIO RIFLESSOGENO_Le tecniche riflessogene agiscono sulla periferia del corpo (pelle, muscoli, fasce connettivali...) provocando delle reazioni del sistema nervoso centrale, neurovegetativo, ormonale ed endocrino. La loro azione ha lo scopo di ristabilire l'equilibrio organico facendo scattare dei meccanismi omeostatici.

Vengono impiegate tecniche di lavoro riflesse: massaggio colico, massaggio tensio-riflessogena e plantare, forme di tocco diversificate a seconda dell'obiettivo, tecniche respiratorie. Si agisce sulle zone metameriche, dermalgiche, o zone connesse riflessologicamente per intervenire sugli organi corrispondenti. Le zone riflesse PLANTARI sono adottate qualora la lesione midollare sia incompleta. In questi casi i piedi vengono utilizzati sia come "mappa diagnostica" che come strumento di lavoro.

L'APPROCCIO PSICO FISICO_ Il principio basilare di questo approccio consiste nel fatto che ogni reazione emotiva/psicologica ha delle ripercussioni sul piano fisico, innescando degli automatismi che possono portare a sintomi, dolori e patologie organiche, se ripetuti nel tempo. Ogni stimolo sensoriale o emozionale ha un effetto sull'organismo, sul sistema nervoso e neurovegetativo.

GLI OBIETTIVI PRINCIPALI_ricercare le connessioni viscerali con le problematiche strutturali, situazioni di stress o sindromi dolorose / migliorare l'attenzione della persona al proprio corpo e alla percezione di sé / imparare ad utilizzare le emozioni come qualità naturali del corpo invece che trattenerle e contrastarle / utilizzare la funzione "digestiva" dell'intestino per favorire "l'assimilazione" del cibo e delle situazioni nuove / imparare a gestire il dolore come componente naturale dell'esistenza ed espressione del corpo senza reagire ad esso, mettendo attenzione all'attitudine emotiva.

CONCLUSIONI

Il risultato dello studio mira a realizzare un protocollo che interagisca tra le attività riabilitative complementari e la somministrazione delle terapie farmacologiche, con l'intento di diminuire il dolore neuropatico al fine di migliorare sensibilmente la qualità di vita della persona con lesione midollare.