

L'INFLUENZA DELLA POSTURA DEL DORSO NELLA CERVICALGIA

**Di Mara Bortoluzzi,
dottore in fisioterapia.**

L'area del torace e del dorso, oltre a delimitare lo spazio del corpo, rappresenta un nodo cruciale, ancorché nascosto, del nostro modo di relazionarci con il mondo.

Vera e propria “ corazza morbida “, capace di sopportare urti violenti o di sciogliersi in un abbraccio, il dorso condiziona e indirizza, senza che ce ne accorgiamo, l'attività del capo e degli arti.

In questo lavoro, frutto di una tesi di laurea, la dott. ssa Bortoluzzi ci guida, attraverso la descrizione di un caso clinico, alla comprensione dell'influenza del dorso nella genesi e nell'aggravamento dei disturbi cervicali.



Quest'opera è distribuita con Licenza [Creative Commons Attribuzione - Non commerciale 2.5](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/it/)

[Italia.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/it/)

INDICE:

RIASSUNTO	Pag. 6
INTRODUZIONE	Pag. 7
1. VALUTA ZIONE DEL PAZIENTE	Pag. 10
1.1 Anamnesi fisiologica e lavorativa	Pag. 10
1.2 Anamnesi patologica	Pag. 10
1.3 Osservazione del paziente	Pag. 10
1.4 Ispezione del paziente	Pag. 10
1.5 Palpazione del paziente	Pag. 10
1.6 Movimenti funzionali	Pag. 11
1.7 Valutazione della motilità attiva e passiva	Pag. 11
1.8 Valutazione della funzionalità muscolare	Pag. 11
2. INDIVIDUAZIONE DELLO SPECIFICO PATOLOGICO	Pag. 12
3. APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO	Pag. 14
4. VALUTAZIONE DEI DATI EMERSI	Pag. 24
CONCLUSIONI	Pag. 30
BIBLIOGRAFIA	Pag. 31

RIASSUNTO

Oggetto di questo lavoro è l'influenza della postura del rachide dorsale sulla cervicalgia.

All'interno della tesi verrà descritto il caso di una giovane paziente affetta da cervicalgia la quale presenta un marcato dorso curvo del quale non è assolutamente cosciente. Partendo dal presupposto che questa sia la causa del problema l'intervento si è focalizzato sulla correzione posturale del rachide, eliminando i compensi e cercando di recuperare la flessibilità, la forza, la coordinazione e la stabilità dinamica del tronco.

Inizialmente gli esercizi di allungamento proposti hanno comportato un cambiamento del quadro patologico (comparsa di una contrattura a livello dorso-lombare) e di conseguenza un mutamento del trattamento riabilitativo che si è temporaneamente limitato al rachide cervicale.

Risolto questo problema la paziente ha ricominciato ad eseguire gli esercizi che le erano stati proposti all'inizio con meno difficoltà e dolore.

Gradualmente la sintomatologia algica a livello cervicale è diminuita, parallelamente all'aumento di consapevolezza da parte della paziente che inizialmente sembrava inerte e passiva al trattamento.

Fondamentale per l'esito positivo è stato l'approccio globale che ha interessato la muscolatura addominale e del rachide in toto; non di minore importanza la coscientizzazione della paziente e la personalizzazione del intervento attuato dal fisioterapista, che non ha esitato a rivedere il progetto alla comparsa di un ulteriore elemento invalidante.

INTRODUZIONE

Con il termine “cervicalgia” si identifica un dolore posteriore o postero-laterale del collo di origine ossea, articolare e muscolare. L'area del collo è poco estesa ma vi fanno parte numerosi tessuti aventi sensibilità dolorifica, per cui basta uno sforzo esagerato, brusco o prolungato per provocare dolore e favorire l'insorgenza di micro-[lesioni](#).

La cervicalgia è un problema molto diffuso che, in età adulta, colpisce soprattutto le donne. E' prevalente in certe occupazioni come ad esempio il lavoro d'ufficio ed i costi di trattamento sostenuti sono importanti. L'origine e i precisi meccanismi fisiopatologici della cervicalgia cronica spesso rimangono oscuri poiché, nelle persone in età lavorativa, sono raramente presenti traumi o severe condizioni degenerative .

Si crede che l'etiologia della cervicalgia sia multifattoriale . Ad esempio, un eccessivo sforzo fisico può causare microtraumi nel tessuto connettivo, e lo stress psicosociale può far sì che aumenti la tensione muscolare. .

Dato che il substrato patologico su cui si sviluppa questo disturbo spesso non è chiarito, i trattamenti proposti sono molteplici e hanno come scopo primario la riduzione del dolore.

Non è semplice individuare quale sia il principale fattore scatenante ma è ipotizzabile che:

“I problemi cronici del collo possono derivare da una postura scorretta della colonna toracica”¹

L'obiettivo di questo lavoro è dimostrare come la scorretta postura del rachide dorsale influenzi negativamente anche il rachide cervicale.

“Nella tipica postura scorretta, l'allineamento della testa non cambia, ma cambia l'allineamento del collo in risposta alle alterate posizioni della colonna toracica. Se la parte superiore del dorso è dritta, il collo sarà dritto. Se la parte superiore del dorso

¹ Kendall P. F. , McCreary K. E., Provance G. P., Rodgers M.M., Romani A.W., (2005), “I muscoli. Funzioni e test con postura e dolore”, Verduci Editore, Roma

curva posteriormente in una posizione cifotica , l'estensione del collo aumenta di conseguenza in misura tale che una marcata cifosi può risultare in una posizione di totale estensione del collo con la testa che mantiene una posizione orizzontale.”²

La sedentarietà tipica dei nostri tempi porta con sé oltre a tanti altri fattori negativi, la perdita progressiva dell'elasticità e un conseguente aumento della tendenza a incorrere in strappi muscolari e tensioni eccessive. In questi casi il corpo segue in modo specifico il principio dell'adattamento: se infatti si resta seduti per dieci ore al giorno davanti al computer senza sollecitare con movimenti opportunamente mirati la capacità elastica delle strutture muscolari, tali idoneità si vanno via via riducendo, con inevitabili conseguenze sullo stato di efficienza generale. Una delle risposte dell'organismo nella fase iniziale di allarme consiste nell'aumento del tono muscolare. Quando i fattori stressanti persistono, s'instaura una tensione muscolare che comporta un accorciamento delle fibre muscolari fino alla percezione della contrattura dolorosa.

“La normale e fisiologica postura viene mantenuta da un perfetto bilanciamento tra i muscoli robusti ed elastici, dall'integrità capsulo-legamentosa, da fasce muscolari libere di muoversi e scorrere sui piani anatomici, da articolazioni integre e perfettamente mobili e funzionanti, dal bilanciamento delle linee di forza prodotte dal carico e da una buona igiene e atteggiamento posturale quotidiani. Alterazioni dell'assetto posturale assiale possono essere secondarie a : malformazioni scheletriche strutturali, patologie degenerative-articolari, alterazioni del baricentro delle forze di carico, acquisizione abitudinaria di posizioni posturalmente scorrette e presenza di algia (posture antalgiche). Un difettoso e alterato allineamento delle strutture ossee genera inutili i per sollecitazioni e stiramento anche sulle parti molli, producendo un eccessivo allungamento di alcuni muscoli, con conseguente retrazione compensatoria di quelli antagonisti. Un allungamento o un accorciamento in retrazione di alcuni gruppi muscolari causa necessariamente una ridotta efficienza funzionale anche nell'esecuzione delle più banali e quotidiane attività occupazionali”³

Per intervenire su questo tipo di patologia è necessario un lavoro globale e prolungato nel tempo che non si focalizzi esclusivamente sulla sede dove è presente il dolore in

² Vedi nota 1

³ Gross J., Fetto J., Rosen E., (2004), “Esame obiettivo dell'apparato muscolo-scheletrico”, UTET, Torino

quanto molto spesso questa rappresenta la conseguenza di una condizione patologica presente in un altro distretto.

Nel condurre questa analisi ho capito quanto sia influente la personalità del paziente e di conseguenza la sua percezione di malattia e quanto sia importante la rivalutazione nel corso di un intervento: per questo motivo la mia riflessione ha preso in considerazione anche questi aspetti, fondamentali per un esito positivo dell'intervento riabilitativo.

Lo studio comprende una parte iniziale in cui viene descritto un caso clinico e si conclude con la valutazione dei dati emersi e con la revisione degli autori che in passato si sono focalizzati su un approccio di tipo "globale" .

1 VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

1.1 ANAMNESI FISIOLOGICA E LAVORATIVA

La paziente svolge una professione che la costringe a stare per molte ore al giorno seduta di fronte al computer. Nel tempo libero pratica la ginnastica in acqua.

1.2 ANAMNESI PATOLOGICA

La paziente avverte una sensazione di stanchezza, rigidità e dolore al rachide cervicale quando sta per più di 30 minuti ferma; il disturbo è presente da alcuni mesi .

Non sono presenti parestesie o dolore irradiato agli arti superiori. Prima di questo trattamento non si è sottoposta ad altre cure e non ha assunto farmaci. Soffre di cefalea emicraniale e in alcuni momenti avverte una sensazione di vertigine.

Ha iniziato il trattamento dopo il manifestarsi di continui blocchi cervicali che le impedivano di lavorare.

Non ha mai manifestato dolore a livello lombare.

Il sonno non è disturbato dal dolore. E' stata costretta a ridurre le attività sportive che praticava nel tempo libero (nuoto) a causa della sintomatologia dolorosa.

In passato è stata colpita da Herpes Zoster e ha sofferto di brachialgia.

1.3 OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE

Dall'osservazione emerge un marcato dorso curvo del quale la paziente non è assolutamente cosciente. Le spalle sono antepulse e intraruotate (in particolare la destra) e le scapole abdotte e lievemente elevate. Antepulso il capo e iperestesio il rachide cervicale.

1.4 ISPEZIONE DEL PAZIENTE

Sono presenti due puntini rossi simmetrici ai lati della colonna a livello del passaggio dorso lombare .

1.5 PALPAZIONE DEL PAZIENTE

La muscolatura cervicale e dorso-lombare è morbida e allungata. E' contratta la muscolatura a livello del trapezio medio-inferiore; più compromessa la parte destra.

1.6 MOVIMENTI FUNZIONALI

Il rachide cervicale è molto dolente per i continui blocchi.

A causa della cervicalgia la paziente è limitata in alcune attività: non riesce a lavorare mantenendo la testa flessa per più di mezz'ora; se si deve voltare indietro riesce a farlo girando sia la testa che le spalle, mentre effettua la rotazione del tronco senza muovere gli arti inferiori. Riesce a camminare trasportando una valigia di 15-18 kg o un bambino di 3-4 anni ma non riesce a fare lavori mantenendo le braccia sollevate. Non ha difficoltà nello stare seduta ininterrottamente e nello stare ferma in piedi per mezz'ora.

1.7 VALUTAZIONE DELLA MOTILITA' ATTIVA E PASSIVA

Pur sembrando molto rigida non c'è alcuna limitazione articolare e nessuna limitazione nell'esecuzione attiva dei movimenti .

1.8 VALUTAZIONE DELLA FUNZIONALITA' MUSCOLARE

La muscolatura cervicale flessoria e l'estensoria dorso-lombare è astenica e poco resistente.

1. INDIVIDUAZIONE DELLO SPECIFICO PATOLOGICO

La paziente presenta tutti i segni e i sintomi della sindrome da postura secondo Mc Kenzie⁴. La postura cifotica del rachide dorsale di cui non è per niente consapevole determina una sintomatologia dolorosa a livello cervicale.

“Se la parte superiore del dorso curva posteriormente in una posizione cifotica, l'estensione del collo aumenta”⁵

L'astenia e la ridotta resistenza a livello dorsale non costituiscono un valido supporto per la stabilità e la fissazione del rachide cervicale.

“Per un buon allineamento della testa e del collo è essenziale che vi sia un buon allineamento della regione dorsale; l'allineamento scorretto di quest'ultima si ripercuote negativamente sulla posizione della testa e del collo. Se in posizione eretta o seduta il dorso si curva, si avrà un cambiamento di compensazione nella posizione delle suddette parti. La posizione in avanti della testa è quella in cui gli estensori del collo sono forti e sono in una posizione di accorciamento, e vi è la possibilità che si sviluppino un accorciamento adattativo di questi muscoli. Così la colonna toracica è influenzata dalle posizioni della colonna lombare e del bacino.”⁶

⁴ In caso di sindrome posturale, i movimenti ripetuti non danno luogo a nessun effetto. I sintomi sono prodotti solo dal mantenimento prolungato della posizione a fine arco di movimento. Il modello teorico relativo al meccanismo del dolore sarebbe la deformazione meccanica (di origine posturale) dei tessuti molli di sostegno (probabilmente legamentosi) secondariamente alla risposta visco-elastica ad un carico statico a fine arco di movimento. Non vi è patologia. Non vi è nessuna limitazione articolare. Il dolore percepito è semplicemente un meccanismo di avvertimento del tessuto.

- dolore solo locale, mai riferito;
- dolore intermittente;
- dolore prodotto da posizioni mantenute a fine arco di movimento;
- coinvolgimento del fattore tempo;
- sollievo dal dolore con il cambiamento della posizione;
- il dolore non si avverte quando la colonna è in movimento.

⁵ Vedi nota 1

⁶ Vedi nota 1

L'intervento mira alla correzione posturale del rachide in toto, ripristinando la curva fisiologica e eliminando i compensi muscolari. L'obiettivo è il recupero della flessibilità, della forza e della resistenza della muscolatura del rachide dorsale contemporaneamente alla coordinazione e alla stabilità dinamica del tronco.

2. APPLICAZIONE DEL TRATTAMENTO

Il motivo che ha spinto la paziente a rivolgersi al fisioterapista, per il trattamento della cervicalgia, è stato il manifestarsi di continui blocchi a livello del rachide cervicale che le impedivano di lavorare.

Durante la prima seduta la paziente riferiva un dolore molto intenso a livello delle strutture interessate e cercava nel terapeuta il risolutore immediato dei suoi problemi. Infatti, non sembrava disposta a collaborare attivamente nel progetto riabilitativo ma piuttosto a recarsi in studio, stendersi sul lettino ed aspettare che la sua sintomatologia svanisse mediante un semplice intervento del riabilitatore.

La sua richiesta era “*Fai qualcosa perché ho male*”.

Lo scopo del trattamento iniziale era lavorare sulla postura del rachide dorsale per stabilizzare il rachide cervicale. Si è pensato quindi di proporre esercizi di attivazione e controllo neuromuscolare dei muscoli stabilizzatori della colonna cervicale ed esercizi per sviluppare la forza dei muscoli posturali.

“ Dato che la posizione scorretta della testa di solito compensa una cifosi toracica, che a sua volta può avere origine da deviazioni posturali della regione lombare o del bacino, è spesso necessario iniziare il trattamento correggendo i difetti associati”⁷.

Infatti, correggendo la parte superiore del dorso si pensava di riuscire ad agire sulla posizione della testa; mentre ristabilendo la postura e l’allungamento muscolare si credeva di intervenire sui compensi.

“Se un soggetto con flessibilità normale assume una posizione lordotica nella regione lombare (accentuazione della curva anteriore), il dorso tende a raddrizzarsi con riduzione della normale curva posteriore”⁸.

⁷ Vedi nota 1

⁸ Vedi Nota 1

Sono state date alla paziente alcune indicazioni sull'ergonomia: correggendo gli atteggiamenti che sovraccaricavano la colonna e prevenendo le posture scorrette; si è cercato di modificare la postura del rachide in toto con l'obiettivo di ripristinare la fisiologica curva cervico-dorsale (alterata per contrazione antalgica).

Inoltre le è stato suggerito di eseguire esercizi di raddrizzamento del tronco per favorire l'estensione e l'allungamento della catena posteriore a livello dorso-lombare, risolvere le tensioni locali, rilassare le fibre contratte e recuperare la mobilità articolare .

ESERCIZI DI RADRIZZAMENTO PROPOSTI:

1. Paziente eretta, sollevare una gamba flessa (appoggio unipodalico), sollevare le braccia del tutto, estendere i gomiti, pronare gli avambracci , unire le mani, rivolgere i palmi verso l'alto e incrociare le dita. L'appoggio unipodalico deve essere alternato.
2. Paziente eretta, estendere gli arti superiori sollevandoli in alto, unire le mani, flettere contemporaneamente le ginocchia inclinando il tronco leggermente in avanti e mantenendo i piedi uniti. Rimanere in posizione di tensione per alcuni atti respiratori e quindi ritornare alla posizione di partenza.

La paziente ha eseguito gli esercizi proposti.

Questo ha provocato un mutamento del quadro patologico.

Alla seconda seduta (una settimana dopo) la ragazza riferiva dolore acuto a livello dorso-lombare, dovuto a una contrattura a livello lombare che le impediva di muoversi.

Il dolore era localizzato soprattutto a livello di D10, D11 e D12 e le coste corrispondenti risultavano molto rigide.

Inoltre la paziente avvertiva ricorrenti episodi di vertigini e nausea.

Posizionata la ragazza prona, il fisioterapista ha cominciato a mobilizzare le articolazioni vertebro costali a livello dorsale. Era evidente che il dolore era

più marcato quando si trattava la parte destra.

Molto dolente la rotazione a destra e sinistra a livello del rachide cervicale.

Sollecitando la contrattura dolorosa a livello del trapezio la sintomatologia si irradiava fino al mignolo.

Quindi, poiché era impossibile rettificare il rachide dorso-lombare, si è deciso di sospendere questa tipologia di esercizi e di mutare il progetto riabilitativo.

Con questo gesto il riabilitatore voleva dimostrare alla paziente che egli non era indifferente alla comparsa del nuovo problema, con l'obiettivo di cercare in lei quella collaborazione e quella partecipazione attiva al trattamento senza del quale non si sarebbe potuto risolvere la sintomatologia dolorosa.

“Per aiutare le persone e per permettere loro di accettarsi e, quindi, per permettere al loro organismo di svilupparsi pienamente, è molto importante il tipo di relazione che l'operatore imposta con loro.

Per poter aiutare veramente le persone bisogna dunque creare intorno a loro un clima di fiducia che può nascere solo da una relazione che faccia sentire all'utente che l'operatore ha realmente fiducia in lui, vale a dire che non è pronto a giudicarlo, che non intende valutare i suoi sentimenti e che è pronto ad ascoltarlo qualsiasi cosa egli intenda dirgli senza essere pronto a rinfacciarglielo alla prima occasione. In una parola l'utente deve “sentire” che l'operatore prova del rispetto per lui, che si interessa a lui come persona che ha sentimenti ed esperienze tutte egualmente valide.”⁹

Se poteva essere ipotizzabile che questi esercizi avrebbero scatenato una reazione a livello dorso-lombare non era prevedibile che questa sintomatologia fosse così asimmetrica.

Sono stati insegnati alla paziente esercizi in contrazione isometrica da eseguire a casa per stabilizzare il rachide cervicale ed esercizi di torsione e di lateroflessione del tronco.

⁹ Kanizsa S., (2002), “Pedagogia ospedaliera. L'operatore sanitario e l'assistenza al malato”, Carocci Editore, Roma

Le prime 4-5 sedute, condotte settimanalmente, si sono concentrate sul trattamento esclusivo del rachide cervicale.

La ragazza non sembrava molto collaborante nell' eseguire gli esercizi a casa; doveva essere stimolata nell'esecuzione altrimenti continuava a venire dal fisioterapista, distendersi ed aspettare che il suo dolore passasse senza alcun lavoro attivo. Questo atteggiamento non provocava alcun mutamento del quadro.

Un obiettivo di queste prime sedute era quello di rendere consapevole la paziente di quanto fosse importante che lei mutasse il suo punto di vista riguardo le metodiche di risoluzione.

ESERCIZI PER IL RACHIDE CERVICALE E PER IL TRONCO PROPOSTI:

3. Paziente seduta sul lettino, tronco eretto, rachide cervicale esteso; portare il mento indietro tentando di allungare in modo attivo i muscoli posteriori del collo e di appiattare la colonna cervicale.
4. Paziente seduta sul lettino, tronco eretto, rachide cervicale esteso, arti superiori abdotti, gomiti flessi e mani appoggiate dietro alla testa (stretching dei muscoli pettorali); estendere un braccio alla volta staccando le mani dalla testa e allungarsi di lato sollevando la natica opposta
5. Paziente seduta sul lettino con le gambe incrociate; eseguire delle torsioni con il tronco.

La paziente è stata rivista dopo un mese dalla quinta seduta.

La ragazza riferisce di aver eseguito gli esercizi.

Il dolore a livello dorsale è diminuito mentre è ancora presente a livello cervicale. Sostiene che alla sera o quando sta per molto tempo seduta davanti al computer la parte cervicale alta si blocca. Inoltre, in alcune occasioni avverte ancora vertigini.

Il dolore è soprattutto articolare ed è intermittente; quando questo si presenta cerca di arrestarlo distendendosi e aspettando che si allevii .

Durante la giornata va meglio, alla sera la sintomatologia peggiora.

Posizionata la paziente in decubito laterale ella riferisce che il dolore, dal rachide cervicale, scende lungo tutta la colonna, seguendo l'asse legamentoso.

Nel momento in cui si cerca di rettificare il dorso la paziente sente tirare e avverte dolore. Mobilizzando il torace a destra la paziente non si lamenta come nella fase iniziale; il dolore sembra essersi spostato più a sinistra e si manifesta soprattutto quando si arriva in fondo all'arco di movimento.

Eseguendo gli esercizi che le sono stati insegnati riferisce di avvertire ancora dolore alle spalle e al dorso soprattutto nella parte opposta a dove estende il braccio (esercizio 4).

Dopo aver eseguito questi esercizi la sintomatologia dolorosa a sinistra è migliorata. Ruotando il capo a sinistra passivamente la paziente sente il dolore alla fine del movimento. Ruotandolo a destra il dolore è minore.

E' evidente che la sintomatologia dolorosa si è spostata di nuovo a livello cervicale come all'inizio; sembra che i tessuti siano accorciati e il loro allungamento è molto doloroso. E' importante lavorare a livello della muscolatura. Si è consigliato alla paziente di continuare con gli esercizi per il rachide cervicale .

In questo stadio la paziente ha finalmente capito quanto siano importanti per il suo miglioramento l'esecuzione degli esercizi da parte sua rispetto all'affidarsi completamente e passivamente alle mani del terapeuta.

Vista dopo 20 giorni la paziente è in una situazione intermedia. E' ancora presente una marcata tensione muscolare ma è riuscita ad eseguire a casa un esercizio di raddrizzamento che nella fase iniziale del trattamento non riusciva a portare a termine per il dolore. La sintomatologia algica in questo momento continua ad essere intermittente: non compare subito ma dopo un po' di tempo e si manifesta in modo più blando. E' un dolore di tipo meccanico.

Durante questa seduta sono stati insegnati alla paziente altri esercizi per ottenere la stabilizzazione e il rinforzo della muscolatura addominale profonda, utile in tutti i

movimenti della vita quotidiana, con contrazioni isometriche del trasverso dell'addome, associate alla respirazione, alla retrazione dell'addome e alla retroversione del bacino.

“Nel trattamento del collo può essere necessario cominciare con esercizi di rafforzamento degli addominali inferiori e con l'uso di un buon supporto addominale che consente al paziente di assumere una posizione migliore della regione dorsale alta del torace”¹⁰.

ESERCIZI PER LA STABILIZZAZIONE DEGLI ADDOMINALI:

6. Paziente seduta in equilibrio su una tavoletta oscillante. Soffiare fuori l'aria, facendo rientrare l'addome, quindi farlo ritornare nella posizione iniziale.
7. Paziente seduta in equilibrio su una tavoletta oscillante, mani unite, dita incrociate e appoggiate sulla testa. Estendere un braccio in alto staccandolo dalla testa, prima da una parte e poi dall'altra, allungarsi di lato sollevando la natica opposta.
8. Paziente in equilibrio su una tavoletta oscillante. Compiere delle circonduzioni con le spalle.

In questa fase, rendendo più instabile la base di appoggio mediante l'ausilio della tavoletta oscillante si è prestata particolare attenzione anche alla rieducazione propriocettiva globale.

Dopo 15 giorni la ragazza riferisce di continuare ad avvertire dolore quando passa molto tempo seduta. Sostiene di resistere nella posizione seduta per $\frac{3}{4}$ d'ora.

In questa fase sono presenti altri problemi di salute per la paziente (irritazione del colon trasverso). Lei sostiene che questi problemi siano di origine psichica anche se, vista la sede, potrebbero essere dovuti alle tensioni dei tessuti presenti a livello di D10-L1.

¹⁰ Vedi nota 1

In questa seduta si è potuto cominciare ad estendere il trattamento anche a livello dorsale.

Posizionata la paziente in posizione prona e mobilizzando le coste rispetto alle vertebre a livello di D10 e D11, a destra presenta dolore; a sinistra la sensazione è minore. Il dolore è localizzato nella parte bassa del dorso. Questa condizione dopo qualche minuto diminuisce. Il dolore continua ad essere intermittente. La zona lombare in questo momento è libera.

Migliorato il quadro a livello dorsale la situazione dovrebbe andare meglio anche a livello cervicale. In questa fase è importantissimo l'autotrattamento.

Il trapezio medio-inferiore a destra è ancora molto dolente per la presenza della contrattura dolorosa; è dolente anche la muscolatura paravertebrale a livello della colonna dorsale alta. I tessuti sono morbidi e non è presente rigidità.

Attuando una rotazione della testa a destra, la paziente riferisce di sentirsi meglio ma quando si ritorna a sollecitare il tratto dorsale alto il dolore è analogo al precedente.

Eseguendo queste manovre a sinistra il dolore peggiora a destra e si irradia fino al mignolo. La rotazione a sinistra fa male. L'articolazione è sempre buona.

Durante la seduta, con un massaggio trasverso è stata sciolta la contrattura dolente presente a livello del trapezio.

Eseguendo l'esercizio numero 1 la paziente fa ancora molta fatica; le strutture legamentose sono ancora molto contratte, è importante continuare il rinforzo della muscolatura in modo tale che questa diventi un sostegno per l'apparato legamentoso.

Stabilizzando la schiena a livello dorsale il rachide cervicale risulta più morbido.

Nonostante questi miglioramenti sembra che la paziente sia sempre alla ricerca del dolore che comunque si manifesta alla fine del arco di movimento.

E' stato consigliato alla paziente di continuare ad eseguire a casa gli esercizi per il rachide cervicale e per il tronco cercando di alternarli a quelli di raddrizzamento. Gradualmente dovrebbe riuscire a sostituire completamente gli esercizi che eseguiva all'inizio con quelli di allungamento per stirare completamente la muscolatura dorso-lombare.

Per la presenza dei problemi intestinali sono stati sospesi, durante questa seduta gli esercizi per la stabilizzazione addominale sulla tavoletta oscillante.

La paziente è stata rivista per un controllo dopo più di un mese.

Si sente meglio anche se a volte ha ancora dei blocchi cervicali, ma sostiene che sia una sintomatologia più gestibile rispetto all'inizio. Afferma di fare più attività fisica nella stagione primaverile e di aver ricominciato a frequentare la piscina . Inoltre riferisce di non aver avuto alcun problema nell'esecuzione degli esercizi.

Posizionata sulla tavoletta oscillante (esercizio 6) non avverte alcun dolore, solamente una sensazione di fastidio a livello dorsale. Se esegue l'esercizio 7 questa sensazione aumenta, ma contraendo gli addominali mentre estende le braccia diminuisce la sintomatologia. Nell'esercizio 8, a sinistra non avverte alcun disturbo mentre a destra sente un dolore localizzato sulla spalla che si sposta in direzione postero-anteriore.

Globalmente questi esercizi sono stati eseguiti molto bene e si nota un significativo cambiamento nella postura della paziente: è evidente che è migliorato il suo controllo di sé ed è decisamente diminuita la cifosi dorsale.

La ragazza doveva essere rivista per l'ultima volta dopo più di un mese, ma si è dimenticata dell'appuntamento; questo dimostra che la paziente sta meglio. Dopo essere stata chiamata per sapere il motivo della sua assenza alla domanda del fisioterapista sulla sua condizione prima ha risposto "bene" e poi ha cominciato a lamentarsi affermando che continua ad avere dolori dopo tanto tempo che è seduta al computer.

E' sempre presente questa tendenza a ricercare sempre ed in ogni situazione il dolore ma è evidente che la sua condizione è molto migliorata altrimenti, se il dolore fosse ancora così invalidante, non avrebbe dimenticato l'appuntamento, non avrebbe risposto così positivamente alla prima domanda sulla sua condizione fisica, non avrebbe fissato l'appuntamento conclusivo ben due settimane dopo quello che aveva dimenticato e non avrebbe richiamato per posticipare quello di un'ulteriore settimana.

Dopo circa due mesi si è presentata dal fisioterapista per il controllo finale. Sta decisamente molto bene; sono molto buoni i movimenti funzionali e i movimenti accessori.

La postura è migliorata e la paziente è più consapevole della sua postura.

Continua ad eseguire gli esercizi per il rachide cervicale e per il dorso senza difficoltà e senza dolore. Anche a livello del passaggio dorso lombare non sono più presenti problemi.

La ragazza è stata invitata a ricontattare il fisioterapista qualora sopraggiungessero nuove problematiche prima della visita di controllo (dopo circa tre mesi).

Allo stato attuale la paziente ha incontrato il fisioterapista per problemi al ginocchio comparsi in seguito ad un incidente in motorino; a livello del rachide cervicale il quadro è rimasto invariato quindi si può supporre che l'esito del trattamento sia stato senza dubbio molto positivo e che la paziente possa considerarsi clinicamente guarita.

4. VALUTAZIONE DEI DATI EMERSI

L'atteggiamento posturale proprio di ciascuna persona (in parole povere, il suo "stare eretto", ovvero i "rapporti reciproci tra i vari segmenti corporei e la loro posizione nello spazio") è la risultante di molteplici fattori che si intersecano variamente tra loro: la razza, il sesso, il patrimonio genetico, il tipo costituzionale, le tendenze del temperamento, l'ambiente nel quale si sviluppa e vive il soggetto, le abitudini quotidiane e lo stile di vita, l'atteggiamento emozionale e di relazione con l'ambiente circostante.

La testa, il tronco e gli arti assumono una posizione nello spazio perché un complesso sistema mio-fasciale (muscolare e connettivale) mantiene quei segmenti corporei in quella determinata posizione.

Ogni tipo di postura dominante consegue al prevalere di alcune catene muscolari rispetto ad altre.

Dobbiamo immaginare il corpo come costituito non da muscoli a se stanti, ma da lunghe catene muscolari, peraltro ben descritte da vari autori (Denys-Struyf; Mezieres, Busquet), che collegano (assieme al tessuto connettivo e perciò definite catene mio-fasciali) l'intero organismo dalla testa ai piedi.

E' perciò abbastanza intuibile come un disequilibrio a livello del rachide dorsale, come anche a livello del rachide lombare, provochi ai livelli superiori uno squilibrio muscolare che però non si limita in quella regione specifica, ma si propaga su tutta la catena muscolare e dunque potenzialmente su tutto l'organismo.

Se così è, dobbiamo essere consapevoli del fatto che fin tanto che, chi si occupa di cervicgia, rimane confinato all'interno di quel distretto senza andare a vedere cosa succede a livello di altre zone ci sono buone probabilità che il problema non si risolva.

Ovviamente non tutti gli squilibri muscolari generano un problema fisico specifico, è evidente che l'organismo è in grado, di compensare e porre rimedio agli squilibri

attraverso la capacità di adattarsi ma le capacità di adattamento non sono infinite: quando le problematiche sono molte ed importanti basta anche un piccolo problema per scatenare tutta la sintomatologia patologica fino a quel momento silente.

Il trattamento di questa paziente affetta da cervicaglia ha dimostrato infatti che dove compare il sintomo difficilmente risiede anche la causa del problema.

La valutazione dell'origine del segnale anomalo squilibrante è decisiva ai fini del trattamento e del riequilibrio posturale: fintanto che permane un qualsiasi impulso anomalo il soggetto tenderà comunque ad assumere delle posture scorrette. Il trattamento deve essere quindi mirato a rimuovere la causa primaria dello squilibrio stesso.

E' molto importante la valutazione della componente muscolare in quanto il protrarsi nel tempo di una postura squilibrata, qualunque ne sia la causa, produce un'alterazione della viscoelasticità di alcuni gruppi muscolari, che diventano responsabili del mantenimento di quella postura anche quando non è presente la causa dello squilibrio. Per riequilibrare realmente una postura bisogna quindi intervenire anche sulla componente muscolare che l'ha fissata.

Non è il singolo muscolo che scatena la patologia ma il suo ruolo e la sua azione all'interno di una catena muscolare tonica, in sinergia-antagonismo con altri muscoli tonico-posturali.

L'accorciamento di uno o più muscoli crea un'alterazione nell'insieme del sistema muscolare di controllo e mantenimento della postura stessa, generando delle zone di compenso anche lontano dalla zona di equilibrio primario.

Per tale motivo, molto spesso, la zona dove si manifesta il dolore altro non è che l'ultimo anello di una catena di compensi statici o antalgici! Per riequilibrare tali perturbazioni posturali si deve quindi lavorare sia sull'impulso squilibrante che ha determinato lo squilibrio primario, sia sulla totalità delle catene toniche muscolari che hanno fissato e mantenuto nel tempo tale squilibrio .

Il trattamento logico per vincere questo disequilibrio deve essere globale, progressivo e prolungato, attraverso esercizi che permettano soprattutto l'allungamento della catena muscolare posteriore (su questo si è focalizzato maggiormente il trattamento della

paziente).

L'allungamento infatti consente di aumentare la possibilità dei muscoli di sopportare il lavoro grazie a una maggiore capacità di eliminare i prodotti di scarto originati dal lavoro muscolare (acido lattico) e elimina le tensioni muscolari che irrigidiscono il corpo facendogli assumere posizioni che con il tempo danno origine a dolori.

In questo caso l'allungamento ha interessato particolarmente il gran pettorale, il gran dorsale, il gran rotondo ed il sottoscapolare, muscoli che realizzano una intrarotazione omerale e che possono di conseguenza accentuare la cifosi.

Francoise Mezieres aveva osservato che i muscoli dorsali si comportano come un solo muscolo e che qualsiasi azione localizzata sia in allungamento che in accorciamento provoca istantaneamente un'accorciamento dell'insieme della muscolatura; inoltre aveva visto come un allungamento settoriale non associato ad un allungamento globale veniva elaborato dai centri nervosi superiori come un elemento destabilizzante la postura.

Anche Souchard con la Rieducazione Posturale Globale cerca di risalire alla causa del dolore eliminando tutti i compensi e tratta il paziente nel suo insieme corporeo, non permettendo e contemporaneamente eliminando tutti i compensi.

Su queste basi lavorò anche la dottoressa Bertelè, la quale afferma che agendo su di un muscolo, si agisce in realtà sull'insieme del corpo.

Uno dei principi fondamentali del allungamento è infatti la globalità .

Chi si occupa di salute deve vedere l'individuo nella sua globalità, come unità che interagisce con altre unità e con l'ambiente naturale e sociale che lo circonda, e non come una "macchina" composta da varie parti che debbano funzionare individualmente e separatamente. Non si tratta di riparare un pezzo che non funziona ma di aver cura di un essere umano che si presenta a noi con determinati sintomi che ci aiutano a capire come il suo squilibrio globale si manifesti in un dato modo piuttosto che in un altro.

D'altronde, questi autori dopo aver imputato agli altri l'errore di trattare l'organismo

come una “macchina” hanno applicato lo stesso approccio meccanicistico che imputavano a chi non lavorava in postura come loro, cioè un approccio astratto alla postura, tenendo come punto di riferimento un corpo ideale e quindi non reale, senza tener conto che siamo fatti di disequilibri.

Per l’esito positivo del trattamento è stato molto importante anche il lavoro sugli addominali.

Questi infatti lavorano per la conservazione dell’equilibrio del corpo, in condizioni sia statiche che dinamiche, offrendo il loro apporto in vista del mantenimento di una corretta postura in sinergia con altri gruppi muscolari. La loro funzione fondamentale è quella di sostenere l’atteggiamento del corpo durante i movimenti; rappresentando il punto di unione tra il bacino e il tronco, essi assicurano l’efficacia dei movimenti degli arti inferiori e, unendo la gabbia toracica con il bacino, offrono un solido appoggio per il movimento degli arti superiori. Mentre lavorano si oppongono ai muscoli dorsali, salvaguardando così la stabilità del tronco durante tutti i movimenti. Rappresentano un punto importante nella statica e nella dinamica del corpo umano.

In questa analisi è stato particolarmente interessante osservare quanto la “patologia” e l’esito di un intervento riabilitativo sia strettamente connesso alla personalità del paziente e alla sua concezione del problema.

Secondo Moos¹¹

“la malattia è intesa come una crisi della vita e la reazione a questa crisi dipende principalmente da fattori che possono venire raccolti in tre categorie: fattori legati alla personalità del paziente, natura della malattia e contesto sociale e fisico in cui questa si inserisce. Tutti assieme, questi fattori agiscono sul modo in cui viene valutata e vissuta emotivamente la malattia, sul modo di adattarsi a questa e sui meccanismi psicologici di difesa messi in atto. Ciò determina la gravità con cui viene percepito il male, l’intervallo di tempo che si lascia trascorrere prima di rivolgersi al medico e il modo in cui alla fine, verrà superata la crisi della malattia.”

La paziente era alla continua ricerca del dolore, in qualsiasi situazione, anche quando il quadro patologico cominciava a migliorare.

¹¹ Rudolph H. Moos e Vivine D. Tsu, 1977

Inoltre non collaborava e si aspettava che l'efficacia del trattamento dipendesse unicamente dall'intervento del fisioterapista, delegando unicamente alla "medicina" e non a sé stessa il potere di guarigione. Ristabilire la propria salute vuol dire anche prendersi la responsabilità della propria malattia, della propria condizione e impegnarsi a modificarla. L'aiuto esterno non può svolgersi senza la nostra attiva partecipazione. Molti pazienti infatti fanno solo da "spettatori", lasciano fare senza alcuna collaborazione attiva, senza partecipare alla propria guarigione. Tale atteggiamento rallenta o frena la ripresa, poiché dietro l'apatia c'è indifferenza, inerzia, sconforto, non tanto nei confronti della malattia, quanto della vita stessa.

Esiste quindi a ragion veduta una co-presenza di fattori psicosomatici, non si può vedere la cervicalgia solo come un "disturbo meccanico delle strutture muscoloscheletriche" anche se necessariamente le basi fisiche sono di natura meccanica. E' implicito come questo influenzi pesantemente sia il decorso naturale della malattia che l'approccio riabilitativo.

*"non bisogna mai tentare di curare il corpo senza l'anima"*¹²

Quindi, il terapeuta, dopo aver visto che da parte della paziente persisteva questo tipo di atteggiamento, in seguito alla comparsa della contrattura a livello lombare ha deciso di mutare il progetto riabilitativo e di sospendere gli esercizi per mostrare che non era indifferente alla comparsa della nuova sintomatologia dolorosa e per cercare quella collaborazione e quella partecipazione necessaria per un esito positivo del trattamento. Interessarsi solo di alcune parti del malato, senza considerarlo nella sua interezza, non rende la cura efficace. E' necessario che la relazione sia centrata sulla personalità e unicità del paziente.

*"Non è più possibile considerare adeguata un'assistenza medica che trascuri i sentimenti dei pazienti che stanno combattendo la loro battaglia contro una malattia grave o cronica. E' Tempo che la medicina tragga vantaggio in modo più sistematico dal legame esistente fra emozione e salute"*¹³

¹² Platone

¹³ Goleman D., (1996), "Intelligenza emotiva", Rizzoli, Milano

Tutto questo dimostra quanto sia importante l'ascolto durante il trattamento al fine di attuare un intervento il più possibile personalizzato.

“Le cure, per essere efficaci devono essere assai personalizzate, cioè adattate alle necessità del singolo utente, al suo modo di essere, di pensare e alle sue possibilità di comprendere realmente e fino in fondo ciò che gli andremo dicendo.”¹⁴

L'operatore deve essere in grado di *“percepire il mondo soggettivo altrui come se si fosse l'altra persona”¹⁵*; deve andare al di là delle parole per chiedersi cosa la persona intenda dire veramente.

E' stato interessante come l'emergere della contrattura dolorosa abbia mutato il programma di trattamento fino a quel momento adottato.

“Nessuno sa abbastanza e abbastanza presto”¹⁶

Il riabilitatore ha ipotizzato di poter ottenere determinate modificazioni attraverso una serie di esercizi e questa aspettativa è stata messa in crisi dall'emergere di un ulteriore problema.

“L'errore in questo contesto assume un importante ruolo di contributo alla conoscenza: noi impariamo tramite l'eliminazione dei nostri errori”¹⁷

“la scienza non procede osservando fatti, ma risolvendo problemi”¹⁸

La formulazione di ipotesi è un comportamento che non si esaurisce mai durante il corso del trattamento ma è un processo in continua evoluzione. La rivalutazione è fondamentale e deve essere rinnovata periodicamente se vogliamo raggiungere l'obiettivo che ci siamo proposti. Il mutamento determina modificazioni o alterazioni in qualcosa, e può essere pianificato o meno. Se era ipotizzabile che un trattamento a

¹⁴ Vedi nota 9

¹⁵ Rogers C. Knigt M., (1970), “Psicoterapia e relazioni umane”, Boringhieri, Torino

¹⁶ Ezra Pound

¹⁷ Dispensa di “Riabilitazione motoria e neuropsicologica adulto” Silvana Pavan, Anna Pilat

¹⁸ K.R. Popper

livello dorsale avrebbe scatenato questo tipo di sintomatologia dolorosa, non era altrettanto prevedibile che questa si sviluppasse in modo così asimmetrico.

Un altro elemento fondamentale per l'esito positivo è stato il processo di coscientizzazione che ha messo in atto la ragazza.

La paziente dopo aver raggiunto la consapevolezza che la propria postura influiva negativamente sul suo quadro patologico e che la sua "passività" non rappresentava un fattore prognostico positivo si è modificata e si è sottoposta al trattamento con un approccio completamente diverso a quello iniziale.

Tutto ciò dimostra come il "cambiamento" inteso sia come "evoluzione del progetto riabilitativo", sia come "modificazione del comportamento della paziente" rivesta un ruolo fondamentale all'interno di un percorso riabilitativo.

CONCLUSIONI

Quanto detto rende possibile trarre alcune considerazioni.

La cervicalgia raramente si limita a quella regione specifica, spesso è solo l'ultimo anello di una catena di disequilibri che originano ad altri livelli. Il trattamento deve agire prima di tutto sulla causa che genera il problema, in questo caso l'alterata postura a livello dorsale.

Alla luce di questi risultati si può affermare che vanno privilegiate le proposte riabilitative più globali e gli esercizi più funzionali prestando maggior attenzione a riequilibrare gli effetti delle tensioni attive e passive piuttosto che al rinforzo o rilassamento analitico dei singoli muscoli.

Riflettendo sull'ampia panoramica di metodiche credo che sia di notevole importanza privilegiare le terapie attive rispetto a quelle passive, preferendo procedure di rieducazione e riadattamento funzionale, il concetto di schema corporeo e di reinserimento di corretti pattern di movimento nella gestualità globale, l'educazione del paziente e la prevenzione attiva della disfunzione posturale nelle ADL.

Ritengo infine che ogni metodo di trattamento acquisti validità ed efficacia solo se il terapeuta riesce a creare una relazione attiva di aiuto e collaborazione con il paziente: il trattamento deve essere il più possibile personalizzato e deve essere completamente modificato qualora emergano nuovi elementi.

La rivalutazione è fondamentale e deve essere continuamente rinnovata nel corso del trattamento per non rischiare di perdere di vista l'obiettivo proposto e di conseguenza fallire nell'intervento riabilitativo.

BIBLIOGRAFIA

- Goleman D., (1996), “Intelligenza emotiva”, Rizzoli, Milano
- Gross J., Fetto J., Rosen E., (2004), “Esame obiettivo dell’apparato muscolo-scheletrico”, UTET, Torino
- Kanizsa S. (2002), “Pedagogia ospedaliera. L’operatore sanitario e l’assistenza al malato”, Carocci Editore, Roma
- Kendall P. F., McCreary K. E., Provance G. P., Rodgers M.M., Romani A.W., (2005), “I muscoli. Funzioni e test con postura e dolore”, Verduci Editore, Roma
- Rogers C. Kniget M., (1970), “Psicoterapia e relazioni umane”, Boringhieri, Torino
- Dispensa di “Riabilitazione motoria e neuropsicologica adulto” Silvana Pavan, Anna Pilat