

Perché la Terapia Manuale rispettivamente la fisioterapia muscolo-scheletrica?



Intervista con Jochen Schomacher, PT, PhD

Che cosa si impara nelle Terapia Manuale?

Noi fisioterapisti abbiamo già imparato l'esame e il trattamento dei pazienti con sintomi muscoloscheletrici all'Università. La Terapia Manuale approfondisce queste conoscenze e capacità. Per questo il termine di fisioterapia muscolo-scheletrica è stato proposto per sostituire quello di terapia manuale.

Chi ha bisogno di un tale approfondimento?

Questo lo deve valutare ciascun professionista per sé stesso 😊. La mia risposta potrebbe essere: "Chiunque si interessa al sistema muscoloscheletrico ne trae vantaggio".

Che valore aggiunto dà la Terapia Manuale rispetto a ciò che so già?

Dipende da quanto uno sa già. La Terapia Manuale propone una struttura chiara per esaminare, comprendere e trattare i pazienti con problemi muscoloscheletrici.

Tutti abbiamo già una struttura di ragionamento. Com'è quella della Terapia Manuale?

Giusto! Tutti usiamo il modello di ragionamento biospico-sociale. I suoi aspetti psicosociali sono molto rilevanti. Il focus nel corso però è sui fattori biomedici. Di essi, grazie alla fisiologia del dolore, possiamo ben analizzare e gestire il dolore e, purtroppo clinicamente meno facilmente, l'infiammazione. Il nucleo della nostra competenza fisioterapica però consiste nell'analisi della postura e del movimento basandosi sull'anatomia funzionale e la biomeccanica. La Terapia Manuale si concentra su questi aspetti integrandoli alla gestione del dolore.

Questo suona bene. Ma non lo fanno tutti i corsi formativi in fisioterapia?

Anche questo è corretto – e tutti lo fanno con successo 😊. Diversi studi hanno per esempio dimostrato che non c'è nessuna differenza nell'efficacia tra i concetti fisioterapici di Maitland, Kaltenborn, Mulligan e McKenzie riguardo al dolore cervicale e neanche tra le tecniche di mobilizzazione e manipolazione – ed è assai simile per la lombalgia (review in (Schomacher, 2015)). Per le articolazioni periferiche non ho trovato studi simili che comparavano diversi concetti fisioterapici.

Che cosa dunque fa meglio la Terapia Manuale Kaltenborn-Evjenth rispetto ad altri corsi?

Difficile dirlo perché non conosco bene gli altri concetti 😊. Come ho già detto tutti sono efficaci per diminuire il dolore perché tutti attivano i sistemi che lo inibiscono – senza nessuna differenza tra di loro. Kaltenborn riassumeva questo fatto anni fa a Roma dicendo: "When you have pain you can do everything!" (Schomacher, 2005)

Perché allora dovrei scegliere la Terapia Manuale di Kaltenborn-Evjenth?

Oltre al trattamento del dolore una caratteristica particolare di Kaltenborn-Evjenth è l'analisi dettagliata della funzione cioè della postura e del movimento.

Un esempio per favore!

La metatarsalgia di Morton: I nervi interdigitali del piede sono compressi e suscitano dolore e parestesie. Un semplice trattamento analgesico qui è insufficiente perché bisogna togliere la causa cioè la compressione dei nervi. Trovare la struttura precisa che li comprime è difficile – il chirurgo ne sarebbe felice perché potrebbe facilmente intervenire su di essa. Noi fisioterapisti però vediamo spesso che questi pazienti hanno un arco trasverso anteriore del piede appiattito (pes transversum). Possiamo fare l'ipotesi che sia in correlazione con i sintomi. Ripristinando questo arco i sintomi in generale regrediscono – ovviamente soprattutto nella fase iniziale in cui non c'è ancora una rilevante alterazione strutturale dei nervi.

Avete l'evidenza scientifica?

Per l'analgesia tutti ci basiamo sulla scienza del dolore che ci mostra che tante cose funzionano – tra cui la fisioterapia e la Terapia Manuale ☺. Purtroppo mancano in generale studi scientifici per le piccole disfunzioni del movimento e della postura che noi analizziamo nei pazienti. Le ragioni di questa mancanza sono molteplici; per esempio è estremamente difficile misurare queste disfunzioni come la mobilità segmentale del rachide. In più le disfunzioni della postura come una “cattiva” postura e del movimento come un movimento limitato, un muscolo debole eccetera di per sé non fanno male. Non esiste una correlazione lineare tra disfunzione muscoloscheletrica e dolore e quindi i metodi di statistica attualmente in uso che si basano sulla comparazione di valori medi non possono trovare evidenze di correlazione o di causalità (Schomacher, 2021).

Quindi c'è poca evidenza scientifica?

Sì, purtroppo. E non basta: la ricerca scientifica solleva diversi dubbi su ciò che facciamo per esempio sulla mobilizzazione passiva per le contratture articolari che secondo una Cochrane-Review non è efficace (Harvey et al., 2017a; Harvey et al., 2017b). Secondo me è necessario integrare queste nuove scoperte nella nostra attività usando ciò che secondo l'evidenza funziona, senza necessariamente demonizzare la Terapia Manuale ☺.

Lavorate dunque senza evidenza?

Non ☺. ! Ciò che facciamo dovrebbe nel migliore dei casi avere l'evidenza scientifica che purtroppo spesso non c'è – questo vale per molti ambiti sanitari compreso quello medico ☺. Se questa manca dobbiamo basare il nostro ragionamento sulle scienze di base come la fisiologia del dolore e l'anatomia funzionale e dobbiamo usare l'evidenza clinica. Entrambi devono sostenere “l'esperienza classica”. Così otteniamo la “evidence based practice” rispettivamente la “evidence based medicine” come fu definita da Sackett (Sackett, 1996)

Che cos'è l'evidenza clinica?

È ciò che è ovviamente visibile a tutti e anche al paziente. Un esempio: Un arco mediale del piede instabile rappresenta secondo l'anatomia funzionale un fattore di rischio per un'instabilità in valgismo del ginocchio. La letteratura però non trova una correlazione chiara tra i due fenomeni (Alentorn-Geli et al., 2009; Eckl, 2017). Noi possiamo stabilizzare passivamente questo arco e vedere (e anche misurare) l'effetto sulla stabilità e sul dolore – così abbiamo l'evidenza clinica (Schomacher, 2017a; b). In altri fenomeni il test-retest all'interno della seduta non ha significato; ad esempio in caso di debolezza muscolare l'effetto di un rinforzo muscolare naturalmente non può essere immediato. E in presenza di dolore non legato ad aspetti meccanici solo una presa in carico multimodale con maggior focus agli aspetti educazionali del paziente potrà portare ad un miglioramento a medio termine del paziente. Qui ci vuole tempo e ci basiamo sulle conoscenze.

In questi anni l'efficacia della Terapia Manuale è stata messa in forte discussione.

Sì, è vero. Quando leggete negli studi scientifici qualcosa sulla “terapia manuale” dovete sapere che gli autori intendono con questo termine in generale soltanto la mobilizzazione/manipolazione passiva. E concordo che essa da sola è insufficiente per trattare pazienti. In più, come già detto, i ricercatori misurano quasi sempre l'effetto sul dolore e sulle limitazioni funzionali associati al dolore. La fisiologia del dolore però ci insegna che qui tutto funziona. Non possiamo quindi pretendere che la “terapia manuale” sia meglio di altro – e non lo faccio. Il focus della Terapia Manuale è sulla postura e sul movimento e per questi aspetti c'è purtroppo poca ricerca come ho spiegato sopra.

Sì, ma tu hai poca evidenza per opposti a queste critiche, non è vero?

Dipende dal punto di vista: “... la non-esistenza di prove non è una prova della non-esistenza.” (Walker, 2018). Secondo l'associazione internazionale di Terapia Manuale (www.ifompt.org) l'approccio è olistico e copre tutti gli aspetti del modello biopsicosociale. Tanti fisioterapisti in tutto il mondo sono convinti di questa specializzazione nella nostra professione che si integra bene nell'equipe medica. Molte delle critiche sulla Terapia Manuale sono basate su equivoci (Cook, 2021; Jull, 2021).

E la manipolazione? Tanti vogliono imparare questa tecnica “miracolosa”.

Effettivamente può essere una tecnica analgesica efficace in mani esperte come il violino può produrre musica bellissima quando è suonato da Paganini. L'IFOMPT consiglia prima di imparare l'esame che permette di individuare l'eventuale indicazione per una manipolazione (www.ifompt.org). Poi bisogna imparare la mobilizzazione per avere l'abilità tecnica. Dopo si può aggiungere la manipolazione che richiede un lunghissimo allenamento – come il violino ☺. Nei miei corsi manca il

tempo e quindi ci limitiamo alla mobilitazione che in diversi studi ha mostrato una uguale efficacia sul dolore rispetto alla manipolazione per la lombalgia acuta (Rubinstein et al., 2012; 2013) e cronica (Rubinstein et al., 2011a; b) e anche per la cervicalgia (Gross et al., 2002; Gross et al., 2010; Gross et al., 2015; Lerner-Lentz et al., 2020).

Come è il tuo insegnamento?

All'inizio spiego il modello di ragionamento con cui lavoriamo durante tutto il corso (Schomacher, 2022a; b). Poi analizziamo la funzione di ogni articolazione riguardo la mobilità e la stabilità che sono fattori su cui possiamo lavorare. Alterniamo teoria e pratica. Tra i partecipanti analizziamo esempi clinici di disfunzioni; discutiamo di casi clinici descritti nella dispensa e di eventuali casi clinici reali proposti e invitati dai partecipanti. Le tecniche e il modo di procedere sono basati sul Concetto OMT Kaltenborn-Evjenth. Le tecniche di mobilitazione passiva devono sempre essere integrate con l'autotrattamento e gli esercizi attivi. Per le tecniche attive esiste più evidenza che per quelle passive. Il trattamento del paziente comprende ovviamente anche tecniche analgesiche e l'informazione tipo "pain neuroscience education" e altro. Un intero modulo del corso è dedicato alla pain science e all'allenamento/esercizi attivi.

Qual è il tuo obiettivo principale nel corso?

Che i colleghi imparino bene ☺. Per questo non sono sufficienti le conoscenze teoriche apprese e le esercitazioni durante il corso; sarà importante che poi i partecipanti ripetano e si esercitino in autonomia e a tal scopo saranno a disposizione dei video delle tecniche con cui i partecipanti possono ripetere a casa. In più ci vuole una partecipazione interattiva affinché l'apprendimento funzioni. Perciò invito i colleghi a fare domande e dirmi i loro interessi e i loro esigenze in modo che io possa adattare il programma ai loro desideri.

Che cosa ti qualifica per questo insegnamento

Per l'insegnamento ho una formazione di un anno come insegnante in fisioterapia in Francia (M.C.M.K) e 30 anni di esperienza. Per la Terapia manuale la mia passione da oltre 30 anni e il mio contatto per tanti anni con Kaltenborn stesso. Per l'uso dell'evidenza scientifica la mia formazione con il dottorato clinico "Doctor of Physical Therapy" (USA), il dottorato di ricerca (PhD in Danimarca) e oltre 90 pubblicazioni su temi della Terapia Manuale.

Puoi dirmi infine 3 ragioni perché dovrei imparare la Terapia Manuale di Kaltenborn-Evjenth?

Sei il benvenuto se

- hai un vero interesse per approfondire le tue conoscenze e capacità riguardo i problemi muscoloscheletrici
- trovi affascinante l'analisi e la correzione delle disfunzioni nel sistema locomotore
- vuoi applicare la fisiologia del dolore e l'anatomia funzionale integrati all'evidenza scientifica disponibile e clinica.

Jochen Schomacher

Fisioterapista dal 1989 si è appassionato di Terapia Manuale sin dall'inizio della sua attività professionale. Ha superato l'esame OMT (IFOMPT) nel 1994. Si è formato in Francia per l'insegnamento (M.C.M.K.) nel 1996 ed è diventato insegnante nel Concetto OMT Kaltenborn-Evjenth nello stesso anno. Nel 2002 ha fatto un dottorato clinico in America (Doctor of Physical Therapy). Poi ha colto in Germania la nuova possibilità di studiare all'Università che ha concluso con il Bachelor of Science in Physiotherapy (2006) e il Master of Science in Physiotherapy (2007). In Danimarca ha ottenuto nel 2012 il dottorato di ricerca (PhD in clinical sciences).



Jochen ha pubblicato due libri sulla Terapia Manuale di cui uno è stato tradotto in sette lingue tra cui anche l'Italiano. È autore di oltre 90 articoli e di diversi capitoli in libri.

La sua convinzione è che la fisioterapia e perciò anche la Terapia Manuale sono molto più semplici di quanto sono spesso presentati. Nel suo insegnamento cerca di trasmettere sia la passione per la fisioterapia e la Terapia Manuale sia la semplicità ed efficacia di queste discipline.

(Responsabile di questa intervista: Jochen Schomacher il 21.09.2022)

Ecco alcune illustrazioni sulla Terapia Manuale in pratica

Esame della spalla		
<p>Esempio di localizzazione dei sintomi:</p> <p>L'esame funzionale inizia in generale con la ricerca dell'articolazione nella quale il movimento altera i sintomi.</p> <p>Dolore in abduzione</p> <p>Il terapeuta controlla che il paziente tiene il suo braccio attivamente sulla soglia del dolore.</p>	 <p>Con il bordo radiale dell'indice della mano mediale il terapeuta preme l'acromion in direzione caudale: aumento del dolore = cenno per la gleno-omeroale.</p>	 <p>Il terapeuta fissa l'acromion con la mano laterale e muove con la mano mediale la clavicola in direzione ventrale e dorsale: aumento del dolore = cenno per l'acromioclavicolare</p>
<p>Esempio di valutazione rotatoria attiva e passiva in abduzione</p> <p>I movimenti intorno all'asse di rotazione danno tante informazioni riguardo alla funzione dell'articolazione e dei muscoli.</p>	 <p>Il terapeuta fissa con la mano mediale il cingolo scapolare. Il paziente muove attivamente in abduzione. Il gomito è flesso per controllare la rotazione.</p>	 <p>Il terapeuta afferra con la mano laterale l'avambraccio circa a metà.</p>
<p>Esempi di valutazione traslatoria e muscolare</p> <p>I movimenti traslatori cioè in relazione a un piano e senza alcuna rotazione ci informano soprattutto sull'articolazione stessa.</p>	 <p>Valutazione traslatoria in trazione: La mano ventrale mette nella profondità dell'ascella e muove con la mano dorsale la testa del omero perpendicolarmente via dal piano di trattamento.</p>	 <p>Valutazione muscolare: Il terapeuta fissa con la mano dorsale il cingolo scapolare e applica con la mano ventrale la resistenza. Il suo gomito della mano ventrale blocca contro il suo bacino.</p>

Trattamento della spalla

Caratteristiche e molto conosciute del Concetto OMT Kaltenborn-Evjenth sono le tecniche di mobilizzazione articolare.

Sono usate per la vera contrattura articolare causata da una retrazione della capsula articolare. La tecnica richiede una buona fissazione di un partner dell'articolazioni come nella spalla della scapola spesso con l'aiuto di ausili come qui la cinghia. Anche per muovere l'altro osso si usano spesso degli ausili.



Esempio di trazione in grado III: La cinghia fissa la scapola. Il terapista mette una seconda cinghia intorno al suo bacino e il braccio del paziente nella parte prossimale. La mano craniale mette sotto la cinghia vicino alla testa del omero per creare un "ponte" che da passaggio ai vasi e nervi. ...



Con la mano caudale il terapista sostiene il gomito del paziente. Il gomito della mano caudale del terapista appoggia contro il suo tronco/bacino. Spostandosi indietro con il suo corpo il terapista effettua la trazione.

Esempi di autotrattamento

È importante che il paziente faccia degli autoesercizi a casa. Questo vale non solo per gli esercizi muscolari ma anche per il trattamento della "rigidità" come qui nel esempio della spalla.



Autotrazione analgesica in grado II: Il paziente mette una cinghia intorno alla parte prossimale del suo braccio. L'altra parte della cinghia fissa per esempio nello spiraglio del cardine della porta. Con l'altra mano il paziente tiene il gomito presso il suo tronco spostando questo via alla cinghia.



Automobilizzazione con lo scivolamento inferiore per aumentare l'abduzione: Il paziente è seduto su una sedia che ha uno schienale alto. Il suo bordo è imbottito con un asciugamano piegato e fissa l'angolo laterale della scapola. Con l'altra mano il paziente mette una federa con due pesi sulla testa dell'omero che tira in giù.

Esempi di esercizi attivi

Ovviamente il paziente deve fare esercizi attivi quando soffre di problemi muscoloscheletrici. Questo vale soprattutto per articolazioni come la spalla che sono controllati dai muscoli.



Esempio di un esercizio di stabilizzazione: Tenere contro impulsi di trazione



Esempio di un esercizio dinamico: Il paziente tiene un asciugamano piegato tra il gomito e il tronco per mantenere la posizione zero del braccio.

Bibliografia

- Alentorn-Geli E, Myer GD, Silvers HJ, et al. Prevention of non-contact anterior cruciate ligament injuries in soccer players. Part 1: Mechanisms of injury and underlying risk factors. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy* 2009; 17: 705-279.
- Cook CE. The demonization of manual therapy. *MSK – Muskuloskelettale Physiotherapie* 2021; 25: 125-132.
- Eckl K. Gibt es einen Zusammenhang zwischen einem Pes planus und Funktionsstörungen bzw. degenerativen Veränderungen des Kniegelenkes – eine systematische Literaturanalyse, Zentrum für Medizinische Spezialisierungen, Krems (Österreich): Donau-Universität Krems, 2017; pp. 110.
- Gross A, Langevin P, Burnie SJ, et al. Manipulation and mobilisation for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; (9 (Art. No.: CD004249)): 1-242.
- Gross A, Miller J, D'Sylva J, et al. Manipulation or mobilisation for neck pain: A Cochrane Review. *Manual Therapy* 2010; 15(4): 315-333.
- Gross AR, Kay TM, Hondras M, et al. Manual therapy for mechanical neck disorders: a systematic review. *Manual Therapy* 2002; 7(3): 131-149.
- Harvey LA, Katalinic OM, Herbert RD, et al. Stretch for the treatment and prevention of contractures. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017a; Art.No.: CD007455.(1): 1-181.
- Harvey LA, Katalinic OM, Herbert RD, et al. Stretch for the treatment and prevention of contracture: an abridged republication of a Cochrane Systematic Review\$. *Journal of Physiotherapy* 2017b; 63: 67-75.
- Jull G. The hands-on/hands-off debate. *MSK – Muskuloskelettale Physiotherapie* 2021; 25: 117-124.
- Lerner-Lentz A, O'Halloran B, Donaldson M, Cleland JA. Pragmatic application of manipulation versus mobilization to the upper segments of the cervical spine plus exercise for treatment of cervicogenic headache: a randomized clinical trial. *Journal of Manual & Manipulative Therapy* 2020; 29(5): 267-27r.
- Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, De Boer MR, Van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012.
- Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, De Boer MR, Van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for acute low back pain: an update of the cochrane review. *Spine* 2013; E158-E177.
- Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: an update of a Cochrane review. *Spine* 2011a; 36(3): E825-E846.
- Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, De Boer MR, Van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011b; (2).
- Sackett DL. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996; 312: 71-72.
- Schomacher J. The spine, 7. – 9. Oktober 2005 in Rom. *Manuelle Therapie* 2005; 9(5): 199-201.
- Schomacher J. Aktive Übungen bei Nackenschmerzen, Teil 1: Untersuchung und Indikationsstellung. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten* 2015; 67(11): 25-44.
- Schomacher J. Der Plattfuß, Narrativer Review zu Grundlagen, Pathophysiologie und Kinematik. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten* 2017a; 69(1): 100-108.
- Schomacher J. Plattfuß: konservative Behandlung statt Operation, Ein Fallbeispiel. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten* 2017b; 69(6): 47-52.
- Schomacher J. Wissenschaftliche Gütekriterien in der Manuellen Therapie: Sechs kritische Fragen. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten* 2021; 73(3): 38-41.
- Schomacher J. Sinn und Nutzen eines Denkmodells für die muskuloskelettale Physiotherapie. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten* 2022a; 74(1): 38-41.
- Schomacher J. Denkmodell für die muskuloskelettale Physiotherapie, Korrelation zwischen Schmerz und Bewegungsstörung. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten* 2022b; 74(2): 34-39.
- Walker M. Das Große Buch vom Schlaf München: Wilhelm Goldmann Verlag, 2018;