

DOLORE VISCERALE: È SEMPRE DOVUTO AD UNA PROBLEMATICHE DELL'ORGANO DI RIFERIMENTO? UN CASE REPORT

S.G. MANGIA¹, A. ANDREANI²

1 Fisioterapista presso Studio di fisioterapia Torman – Palermo,

2 Fisioterapista, MSc, Orthopedic Manipulative Physical Therapist OMPT, Docente A.C. presso Università degli Studi di Pisa, Master in Fisioterapia Sportiva. Docente A.C. presso Università degli Studi del Molise, Master in Scienza e pratica in Fisioterapia Muscoloscheletrica

Laureati in Fisioterapia, Master in Fisioterapia Sportiva presso l'Università di Pisa

RIASSUNTO

Le sintomatologie algiche riferite in ambito sportivo nella regione del pavimento pelvico vengono ad oggi indagate e spesso maldiagnosticate come patologie di natura internistica. Questo articolo si pone l'obiettivo di descrivere un caso clinico in cui un dolore riferito di tipo muscoloscheletrico possa far sospettare o propendere per una patologia di natura viscerale o internistica. Il suddetto articolo pertanto rappresenta un punto di partenza nella volontà di stimolare in ambito riabilitativo la curiosità della comunità scientifica ad approfondire tale tematica.

Parole chiave: sindrome miofasciale · groin pain · dolore testicolare · trigger point · dolore riferito · pubalgia

ABSTRACT

Groin pain referred to the pubic region in sport athletes today are diagnosed such as visceral pathologies. This scientific article has the goal to describe a case report in which a muscle-skeletal pain was confused with a visceral symptom.

Therefore this article represents a starting point in order to stimulate in rehabilitation the interest by scientific community to thorough this topic.

Keywords: Groin pain · Visceral pain · Myofascial syndrome · Trigger point · HVLA Manipulation · Ischaemic compression · Athletes physiotherapy · Sport rehabilitation · Pubic groin pain

DESCRIZIONE DEL CASO

Il soggetto in questo studio è G.C., un ragazzo di 26 anni di mestiere tecnico ascensorista e praticante lo stile israeliano KRAV MAGA di difesa personale.

In data 18 novembre 2016 egli effettuò una visita specialistica urologica a causa di un dolore continuo a livello testicolare destro, che gli creava oltre che limitazioni funzionali in ambito lavorativo, un ostacolo nello svolgimento della pratica sportiva, disturbi del sonno e dell'attività sessuale, ed infine un abbassamento della qualità di vita in generale. La suddetta visita evidenziò:

- un'orchialgia destra non associata a torsione funicolare;

- una fimosi prepuziale in atto tendente a parafimosi in erezione e secondaria disfunzione coitale;
- una displasia cistica prostatica non associata ad ostruzione delle vie escrettrici seminali;
- i testicoli risultavano di regolare trofismo con conservata struttura ghiandolare bilaterale. La vascolarizzazione del parenchima ghiandolare era regolare, così come le dimensioni degli epididimi, a parte l'esistenza di una displasia cistica cefalica destra;
- l'esame ecografico riportava un normale aspetto genitale, mentre la prostata era caratterizzata da una displasia cistica mediana posteriore di aspetto mulleriano, non associata a segni di stasi vescicolare e meritevole di correzione chirurgica.

Tuttavia, i riscontri diagnostici rilevati dallo specialista non giustificavano e non risultavano correlabili con la sintomatologia riferita dal paziente.

Quest'ultimo decise di effettuare un intervento chirurgico di rimozione della fimosi prepuziale, successivamente al quale manifestava ancora una concomitante displasia cistica prostatica, non associata a stasi o ostruzione delle vie escrettrici seminali.

Il paziente eseguì un'ulteriore visita specialistica urologica il 22 marzo 2017, al termine della quale il sintomo principale era ancora un'orchialgia destra ricorrente, non associata a disuria, né gonfiore testicolare. Negative inoltre risultavano le indagini colturali.

Il medesimo effettuò un ulteriore esame ecografico, il quale riportava ancora un regolare aspetto genitale e un'adeguata vascolarizzazione arteriosa ghiandolare (sia in sede funicolare che parenchimale), dell'uretere e un conservato trofismo testicolare. Non vi erano infine segni di iperemia flogistica nell'epididimo né di calcolosi ostruttiva o di idronefrosi e di insufficienza venosa.

Durante la visita urologica lo specialista riportò che il paziente non riferiva dolorabilità alla sollecitazione del muscolo adduttore e ileopsoas di destra e non erano presenti ernie inguinali palpabili. Attraverso l'esplorazione digito-ano-rettale veniva inoltre confermata la displasia cistica mulieriana della prostata.

Ancora una volta pertanto i sintomi del paziente non erano riferibili a cause di tipo internistico. L'urologo consigliò l'effettuazione immediata di terapie antalgiche e il ricorso a cure mediche in caso di eventuale comparsa di torsione funicolare, restando comunque a disposizione per un eventuale orchidopessia profilattica in elezione.

Come terapia farmacologica venne prescritto PEAMAX in compresse da prendere 1 al giorno per 20 giorni e CIPROXIL da 500 mg da assumere 1 compressa ogni 12 ore per 5 giorni. Quest'ultima non diede il sollievo sperato, cosicché il paziente decise di effettuare una visita fisioterapica.

Alla presa in carico le sue condizioni di salute generale erano buone, anche se il paziente mostrava uno stato psicologico alterato caratterizzato da ansia e segni di stress generale. All'osservazione non vennero visualizzate evidenti anomalie posturali ed anche il ciclo del passo

veniva effettuato secondo schemi fisiologici di movimento. Il paziente descrisse il dolore come un sintomo pulsante misto a bruciore, che partiva dall'area del testicolo destro per poi raggiungere la porzione mediale del ginocchio omolaterale ed incrementare nel momento in cui effettuava delle accosciate verso il suolo. Oltre alla sintomatologia algica egli manifestava una tensione muscolare generalizzata a livello della coscia destra e si sentiva limitato in particolare nei movimenti che abbinavano una flessione del tronco a delle abduzioni d'anca. La sintomatologia maggiore veniva tuttavia riferita dal paziente nel momento in cui, durante l'attività lavorativa, doveva abbassarsi a terra per afferrare del materiale da lavoro. Al fine di avere un'interpretazione del dolore percepito, al paziente è stata somministrata la *Numerical Pain Rating Scale* (NPRS), le cui validità, appropriatezza, sensibilità nel perseguire tale scopo sono state dimostrate dagli studi condotti da Williamson e Hoggart [1]. Secondo questi autori la scala NPRS ha meno difficoltà di attuazione nella pratica clinica rispetto alla VAS. La scala possiede inoltre una buona sensibilità e consente di generare dati che possono essere statisticamente analizzati al fine di verificare la sintomatologia percepita dal paziente. La NPRS è una scala multidimensionale che viene utilizzata in particolare in ambito clinico per la valutazione del dolore ed è composta da una linea orizzontale, con un intervallo da 0 a 10, corrispondenti rispettivamente a "nessun dolore" e "massimo dolore percepito". Il paziente deve indicare verbalmente oppure disegnando un cerchio sul numero che meglio descrive il dolore percepito come attuale o nelle ultime 24 ore. Il punteggio riportato nel caso clinico in oggetto risultava 7/10, corrispondente pertanto ad un'elevata sintomatologia percepita. Inoltre il paziente riferì che nell'ultimo periodo il dolore era diventato una presenza costante nella sua vita quotidiana, tormentandolo anche durante il riposo notturno e creandogli dei disagi nella vita di relazione oltre che in ambito sportivo. Il medesimo al fine di ridurre il sintomo era costretto a variare continuamente la posizione a letto e a deambulare, non potendo tollerare il mantenimento prolungato della stazione eretta in statica.

Al paziente è stata somministrata inoltre la *Lower Extremity Functional Scale* (LEFS), le cui validità e responsività nel valutare i disturbi funzionali lega-

ti agli arti inferiori vengono riferite dagli studiosi Mehta e Fulton. [2] Il punteggio riportato è stato 48/80, corrispondente ad un moderato grado di disabilità percepito.

L'obiettivo riabilitativo del paziente consisteva nell'eliminare o ridurre fortemente la sintomatologia, oltre che migliorare l'elasticità muscolare e la mobilità articolare dell'anca in generale al fine di riconquistare una maggiore autonomia e serenità nel lavoro. Gli outcomes misurati come linea di base furono intensità del dolore, ROM (*Range of Motion*) passivo d'anca e test motori di provocazione del sintomo. Considerate le caratteristiche della sintomatologia algica che facevano sospettare una distribuzione di tipo dermatomerico del sintomo, in accordo con il medico di medicina generale abbiamo deciso di sottoporre il paziente ad un'indagine di Risonanza Magnetica Nucleare del rachide lombare. L'esame mostrò una regolare ampiezza dei corpi vertebrali e del profilo dei dischi intersomatici ed infine assenza di anomalie morfologiche a carico del cono midollare e della cauda equina. Non risultavano pertanto alterazioni che giustificassero la sintomatologia percepita dal paziente.

VALUTAZIONE FUNZIONALE

L'esame funzionale ha riguardato la richiesta di esecuzione di tutti i movimenti attivi di anca e rachide lombare, nonché dei movimenti globali che riproducevano la sintomatologia algica. Le misurazioni del ROM riguardanti i vari movimenti possibili in anca e bacino sono state effettuate mediante l'utilizzo di un goniometro ortopedico, la cui efficacia e accuratezza nella rilevazione di questi parametri è stata dimostrata dagli studi condotti da Bronner e Kunkle [3 e 4].

La flessione d'anca a ginocchio flesso risultava completa passivamente e pari a 120° attivamente, limitata dalla comparsa del dolore di intensità 5/10 alla scala VAS (*Visual Analogue Scale*). La flessione d'anca a ginocchio esteso era pari a 80° passivamente (limitata dalla comparsa di tensione muscolare degli ischiocrurali) e a 70° attivamente (limitata sempre dallo stesso motivo).

Il paziente mostrava un'abduzione d'anca attiva di 35° e passiva di 40°, limitate entrambe da una tensione a livello adduttoria. L'adduzione d'anca era completa passivamente ma limitata a 25° attivamente a causa della comparsa del sin-

tomo principale di intensità 6/10. Le rotazioni e l'estensione d'anca risultavano invece complete sia passivamente che attivamente e non producevano sintomi.

Il paziente mostrava una completa flessione di rachide lombare ma una lieve limitazione dell'estensione attiva (10°), a causa di una tensione muscolare a livello addominale. Passivamente il ROM risultava completo, mentre compariva solo a fine corsa un dolore lombare di intensità lieve (2/10). L'inclinazione laterale a sinistra era completa sia nel range attivo che passivo, mentre a destra il paziente manifestava una limitazione del ROM attivo (25°) a causa di una tensione muscolare riferita nella regione retto-adduttoria.

Dall'anamnesi infine risultava che i sintomi del paziente si erano aggravati negli ultimi mesi nel momento in cui si era trovato a dover effettuare ripetutamente delle accosciate a lavoro per il carico e lo scarico dei materiali. Pertanto gli è stato richiesto di eseguire delle accosciate abbinate alla flessione anteriore del tronco e delle accosciate laterali (portando quindi tutto il carico a sinistra e l'anca di destra in abduzione). Durante tali test il sintomo principale è comparso con un'intensità di 7/10.

Successivamente il paziente è stato posizionato a letto supino e sono stati esaminati i movimenti passivi d'anca. Anche in questo caso risultava limitata e dolente l'abduzione ed egli denunciava la comparsa di dolore nel momento in cui veniva testata la flessione d'anca associata ai movimenti di adduzione e intrarotazione.

Al fine di una corretta diagnosi differenziale e non potendo la RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) escludere la presenza di un disturbo di natura neurologica, sono stati eseguiti sul paziente gli esami neurologico e neurodinamico. Il primo tipo di esame valutava la forza dei muscoli innervati dalle radici da L1 a L4, quindi ilepsoas (L1-L2), quadricipite (L4), adduttori (L2-L3), la valutazione della sensibilità dermatomerica e circolare ed infine l'esame dei riflessi ed in particolare in questo caso del riflesso rotuleo. Al termine dell'esecuzione dell'esame neurologico non vennero tratte delle informazioni rilevanti. L'esame neurodinamico ha riguardato invece l'effettuazione del Prone Knee Bend e dello Slump Side Lying + Prone Knee Bend, al fine di differenziare tra una problematica articolare e una di tipo neurale [5 e 6].

Da prono sono stati effettuati poi i test di provocazione del dolore sulle spinose lombari, nei quali è stata riportata una positività alla palpazione di L1 e L2 sia in senso assiale che in direzione trasversale sinistra [7].

La valutazione è proseguita con l'esame palpatorio dei principali muscoli del *CORE* e della porzione anteromediale e posteriore della coscia [8]. L'esame evidenziò l'esistenza di plurime bande muscolo-scheletriche tese lungo la componente adduttoria, il retto dell'addome e l'area corporea dove presumibilmente si dovrebbe localizzare l'ileopsoas. Riguardo ai muscoli dell'anca venne evidenziato un ingente dolore (che il paziente descriveva come familiare di intensità 7/10) alla palpazione della muscolatura adduttoria ed in particolare nell'area dove presumibilmente dovrebbe distribuirsi il muscolo adduttore lungo. Il sintomo inoltre non restava localizzato ma si irradiava prossimalmente verso il canale inguinale. Ciò avveniva in particolar modo quando venivano palpate le porzioni prossimali e distali degli stessi adduttori. In questi ultimi in particolare il paziente esibiva una consistenza nodulare e un dolore che dal ventre muscolare risaliva verso il bacino, abbinato ad una sensazione di tensione muscolare. A livello del tronco invece risultò dolente la palpazione del retto dell'addome di destra (sia del ventre che del passaggio miotendineo in prossimità della sinfisi pubica) e considerando la porzione estensoria, di multifido e ileocostale. In particolare la palpazione del retto dell'addome ha dato gli stessi sintomi riferiti dal paziente alla palpazione della muscolatura adduttoria, con una consistenza

leggermente inferiore (5/10). Le manovre palpatorie effettuate invece nell'area di semitendinoso e gracile mostravano una sintomatologia algica che si irradiava verso la porzione interna del ginocchio.

L'esame della forza muscolare è stato effettuato mediante l'applicazione della scala MRC *Muscle Scale*, la quale contiene i seguenti valori di riferimento:

- 5/5 movimento possibile contro gravità e resistenza massimale;
- 4/5 movimento possibile contro gravità e resistenza minima;
- 3/5 movimento possibile solo contro gravità;
- 2/5 movimento possibile solo in assenza di gravità;

- 1/5 accenno di movimento;
- 0/5 assenza di movimento.

Nel paziente venne evidenziato un deficit di tutta la componente adduttoria (3+/5), di retto dell'addome (4-/5) e ileopsoas (4-/5).

Considerando la storia del soggetto e l'esame funzionale, i trigger points a livello di retto dell'addome e muscolatura adduttoria sono stati considerati responsabili della sua patologia. In accordo con la letteratura, l'abilità di accertare esattamente l'esatta localizzazione palpatoria di un trigger point è discutibile, e l'esperienza dell'esaminatore gioca un ruolo importante nel determinare la presenza del trigger medesimo. L'identificazione di un nodulo all'interno di una banda muscoloscheletrica tesa unita alla riproduzione di un dolore familiare al paziente, risulta essere il modo clinicamente più accurato per riconoscere la presenza di un trigger.

L'esame palpatorio nel soggetto in questione difatti rivelò l'esistenza di bande muscolo-scheletriche tese a livello di retto dell'addome e muscolatura adduttoria (presumibilmente adduttore lungo). In particolare la palpazione a livello addutorio riprodusse un dolore locale di intensità NPRS (*Numeric Pain Rating Scale*) pari a 7/10, mentre quella del retto dell'addome pari a 5/10.

All'interno delle suddette bande è stato possibile rilevare la presenza di trigger points miofasciali che generavano un caratteristico dolore riferito in sede testicolare e inguinale. Di conseguenza tutto ciò ci ha portati a considerare la possibilità che il paziente potesse essere caratterizzato da una sindrome dolorosa miofasciale, che provocava a sua volta la comparsa di una sindrome retto-adduttoria con

localizzazione del sintomo principalmente a livello testicolare.

INTERVENTI

Il paziente è stato debitamente informato sui potenziali effetti collaterali associati al trattamento di compressione ischemica dei trigger points miofasciali. Quest'ultima difatti può provocare la formazione di un'ecchimosi transitoria con un aumento localizzato del dolore in prossimità del punto trattato, condizione che tuttavia si risolve nell'arco delle 24-48 ore [9].

Grazie alla raccolta anamnestica effettuata alla presa in carico, è stata accertata la mancata esistenza di controindicazioni al trattamento come ad esempio neoplasie, abrasioni e infezioni cutanee, traumi acuti recenti e disturbi della circolazione.

Il soggetto è stato posizionato inizialmente supino ed è stato eseguito il trattamento dei trigger points in senso ascendente partendo da quelli rilevati nella porzione distale della muscolatura adduttoria, per poi proseguire sul trigger presente nel passaggio miotendineo prossimale presumibilmente dell'adduttore lungo.

Dopo di ciò è stata eseguita una valutazione transitoria del paziente, chiedendo a quest'ultimo di effettuare un'accosciata in squat e una laterale caricando tutto il peso a sinistra. Il paziente riferì che la sintomatologia algica risultava regredita di circa il 40% (5/10 il punteggio NPRS riferito all'inserzione prossimale presumibilmente dell'adduttore lungo e zona testicolare), e difatti anche la mobilità di anca e la profondità dello squat risultavano aumentate.

Successivamente il medesimo è stato riposizionato supino al fine di trattare i due trigger points presenti sul retto dell'addome.

Al termine della seduta al paziente è stato chiesto di effettuare nuovamente un'accosciata e lo stesso ha riferito una riduzione, seppur minima, della sintomatologia algica riferita al basso addome (4/7 il punteggio NPRS riferito). Oltre a questo la consistenza palpatoria dei punti trigger all'interno della banda muscolo-scheletrica considerata risultava abbondantemente diminuita.

La seconda seduta, effettuata a distanza di 4 gg al fine di consentire al paziente di smaltire gli effetti collaterali della prima, ha riguardato il trattamento di due trigger points situati sulla porzione prossimale della muscolatura adduttoria (nell'area di estensione presumibilmente di grande adduttore e adduttore lungo) e di un trigger localizzato al terzo distale. Inoltre alla valutazione pre-trattamento è stata riscontrata nuovamente una positività alla pressione assiale sulle spinose di L1-L2, cosicché si è optato per l'esecuzione di un HVLA (*High Velocity Low Amplitude*) manipulation thrust delle medesime vertebre. Successivamente a ciò il paziente riportava una diminuzione elevata della sintomatologia algica e della tensione testicolare (punteggio NPRS riportato di 3/10), oltre che un aumento significativo del ROM articolare

globale in presenza di percezione lieve (2/10) del sintomo principale:

- flessione attiva d'anca a ginocchio flesso 140°;
- flessione attiva a ginocchio esteso 80°;
- abduzione attiva di 40° e adduzione attiva di 30°;
- Il paziente inoltre riusciva ad effettuare un'accosciata completa in squat e riportava un lieve dolore a fine corsa solo durante l'accosciata laterale. Infine alla rivalutazione dei test di forza il medesimo mostrava un incremento della stessa sia nell'adduttore (4-/5), che nell'ileopsoas (5/5) e nel retto dell'addome (4+/5).

La terza seduta, effettuata anche in questo caso dopo 4 gg, è stata focalizzata sull'esecuzione di manovre di *Post Isometric Relaxation* (PIR) della muscolatura adduttoria e addominale al fine di ottenere un miglioramento dell'elasticità miofasciale e un'ulteriore riduzione della sintomatologia algica. Il paziente è stato istruito inoltre riguardo ad alcuni esercizi di stretching e di rieducazione selettiva dei muscoli d'anca e del core, da eseguire nel momento in cui eventualmente si fosse ripresentato in futuro il dolore. Gli esercizi consistevano in:

- Stretching di ischiocrurali e adduttori con paziente seduto su tappetino con anche abdotte. Il medesimo doveva raggiungere la posizione di massimo allungamento e abbinarvi delle contrazioni isometriche dei muscoli antagonisti (quadricipite). Lo stesso esercizio veniva effettuato ad arti inferiori uniti tra di loro;
- Stretching della muscolatura adduttoria in accosciata laterale con paziente in stazione eretta;
- Stretching della muscolatura addominale in stazione eretta portando in estensione il tronco. La posizione doveva essere mantenuta dai 15 ai 30 secondi;
- Paziente supino a letto. Abbinare la contrazione degli adduttori in eccentrica mentre l'arto inferiore veniva portato al di fuori del bordo del lettino;
- Ricercare una posizione isometrica progressivamente maggiore durante l'esecuzione di uno squat;
- Posizione quadrupedica. Distendere un arto superiore in avanti e l'arto inferiore controllate-

rale indietro, portando in allungamento pertanto tutta la catena posteriore;

- Paziente supino con anche abdotte ed extraruotate. Effettuare delle contrazioni isometriche della muscolatura addominale abbinate a delle contrazioni isometriche della muscolatura adduttrice;
- Esercizi di adduzione isometrica delle anche, con paziente supino ed anche e ginocchia flesse a 90°. Per l'esecuzione di questo esercizio è stata posizionata una palla tra le ginocchia del paziente;
- Minisquat isometrico a 30° con paziente in stazione eretta e schiena poggiata ad una parete

Alla fine della seduta il paziente riportava un punteggio NPRS nell'area testicolare di 2/10 e di 3/10, a livello del basso addome. Inoltre risultava notevolmente diminuita alla palpazione la consistenza delle bande muscoloscheletriche di retto dell'addome e muscolatura adduttrice. Il paziente non manifestava più dolore nelle accosciate e mostrava un ampio miglioramento anche nel ROM articolare del rachide lombare in estensione (30°) e in inclinazione laterale destra (40°). Al medesimo è stata infine nuovamente somministrata la scala LEFS (*Lower Extremity Functional Scale*), in cui ha riportato un punteggio di 70/80 (interpretabile come un minimo grado di disabilità residua).

RISULTATI

Un significativo miglioramento è stato raggiunto al termine delle tre sedute di trattamento in termini di intensità del dolore e di ROM articolare globale. Il dolore in particolare è diminuito a livello adduttorio da un punteggio NPRS di 7/10 a 2/10, mentre nell'area dell'addome è stato riportato un miglioramento meno consistente da 5/10 a 3/10. Il punteggio invece della scala LEFS, relativo alla funzionalità dell'arto inferiore, è incrementato fino a 70/80. Per quanto riguarda il ROM articolare si è passati da valori iniziali di estensione e inclinazione laterale di bacino rispettivamente di 10° e di 25° a valori di 30° e 40°, mentre a livello dei movimenti d'anca sono stati raggiunti valori completi di ROM in presenza di sintomatologia trascurabile.

DISCUSSIONE

L'obiettivo di questo studio consisteva nel descrivere l'efficacia del trattamento dei trigger points miofasciali nella risoluzione di un dolore riferito a livello testicolare in un paziente sportivo. Spesso quello che potrebbe sembrare un sintomo riferibile ad una problematica viscerale, risulta essere invece la manifestazione di una disfunzione muscoloscheletrica e nel caso in questione di un disturbo miofasciale.

Compatibilmente a quanto riportato da Hou e Cheng [10], l'utilizzo della compressione ischemica nel trattamento dei trigger points rilevati si è dimostrato molto utile nel diminuire la consistenza palpatoria degli stessi punti, ma ha determinato anche una diminuzione consistente della sintomatologia algica principale riferita dal paziente nell'area testicolare e del basso addome, nonché un aumento del ROM globale di tutti i movimenti di tronco e anca e ad un miglioramento della forza di alcuni muscoli della stessa anca. Infine come indicato da Mata Diz e de Souza [37], l'utilizzo dello stretching abbinato a esercizi di rieducazione selettiva dei muscoli dell'anca ha favorito nel paziente una migliore gestione del dolore, in quanto il medesimo ha utilizzato le due modalità terapeutiche sia al fine di mantenere i risultati ottenuti durante le sedute fisioterapiche in termini di attenuazione della sintomatologia algica, sia per modulare quest'ultima nel momento in cui la stessa si fosse venuta a ripresentare nei mesi successivi al trattamento.

Il paziente pertanto ritrovando un corretto equilibrio funzionale della muscolatura di anca e bacino, eliminando i fattori di rischio e mettendo in atto delle opportune strategie preventive e terapeutiche proposte dal fisioterapista, è riuscito a rientrare a pieno nella sua vita quotidiana, professionale e sportiva, ma soprattutto ad evitare in futuro delle recidive.

Risulta pertanto fondamentale per un fisioterapista che si trovi a gestire una problematica di questo tipo con accesso diretto nel proprio studio professionale, saper mettere in atto un'adeguata valutazione funzionale che gli consenta di identificare le caratteristiche e i sintomi di alcune patologie che mimano essere di competenza fisioterapica, ma che in realtà appartengono ad aree specialistiche (le cosiddette RED FLAGS).

Tuttavia si ritiene altresì necessario che un fisioterapista riesca invece a comprendere le caratteristiche sintomatiche di quei quadri clinici che in realtà non meritano un intervento prettamente medico, in quanto molto spesso sintomi riferiti in aree viscerali possono essere determinati da cause di natura muscoloscheletrica. Fondamentale è l'appartenenza del sintomo a criteri di natura meccanica, quindi legato a posizioni e movimenti, che abbia un andamento circadiano e che non sia costante o slegato da caratteristiche biomeccaniche. Risulta essenziale inoltre effettuare una dettagliata raccolta anamnestica riguardo all'insorgenza e a quello che è stato l'andamento nel tempo del disturbo, al fine di individuare eventuali controindicazioni al trattamento ed effettuare poi dei test fondamentali come l'esame neurologico e neurodinamico, che ci permettono di capire se il sintomo sia caratterizzato da una componente neurale anziché muscoloscheletrica. Altrettanto importante infine si dimostra la valutazione dei movimenti globali e distrettuali, prendendo in riferimento in particolare quelli che riproducono il sintomo principale e la necessità di porre attenzione sulle caratteristiche e sull'andamento del medesimo.

CONCLUSIONI

Si evidenzia pertanto in ambito riabilitativo la necessità che un fisioterapista sappia intraprendere un approccio diagnostico ed un inquadramento differenziale dei sintomi presentati da un paziente, nell'ottica di programmare un intervento mirato ed efficace sul medesimo. Si dimostra altresì importante, al fine di migliorare in misura maggiore o minore i parametri di valutazione definiti alla presa in carico di questi pazienti affetti da problematiche miofasciali, introdurre un trattamento di tipo integrato e multimodale basato sulla terapia manuale, l'esercizio terapeutico e l'educazione del paziente. Ciascuna di queste

strategie riabilitative risulta infatti necessaria per perseguire la corretta esecuzione dei movimenti sia distrettuali che globali, così come nel fornire al paziente adeguate strategie per la gestione del dolore e per il mantenimento di un corretto stato funzionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Williamson A., Hoggart B., *Pain: a review of three commonly used pain rating scales*, J Clin Nurs 2005 Aug; 14(7): 798-804.
2. Mehta S.P., Fulton A., Quach C., Thistle M., Toledo C., Evans N.A., *Measurement Properties of the Lower Extremity Functional Scale: A Systematic Review*, J Orthop SportsPhys Ther 2016 Mar; 46(3): 200-216.
3. Bronner S., Agraharasamakulam S., Ojofeitimi S., *Reliability and validity of electrogoniometry measurement of lower extremity movement*, J Med Eng Technol 2010 Apr; 34(3): 232-242.
4. Kunkle W.A., Madden M., Potts S., Fogelson J., Hershman S., *Validity of a smartphone protractor to measure sagittal parameters in adult spinal deformity*, Spine J 2017 Oct; 17(10): 1559-1564.
5. Carlsson H., Rasmussen Barr E., *Clinical screening tests for assessing movement control in non-specific low-back pain. A systematic review of intra-and inter-observer reliability studies*, Man Ther 2013 Apr; 18(2): 103-110.
6. Tawa N., Rhoda A., Diener I., *Accuracy of clinical neurological examination in diagnosing lumbo-sacral radiculopathy: a systematic literature review*, BMC Musculoskelet Disord 2017 Feb 23; 18(1): 93.
7. Thalhamer C., Hahne J., Matthijs O., Machacek P., *Inter-Rater Reliability of Pain Provocation Tests for Painful Lumbar Facet Joints. A Pilot Study*, Z Orthop Unfall 2019 Jun; 157(3): 254-262.
8. Rathbone A.T.L., Grosman-Rimon L., Kumbhare D.A., *Interrater Agreement of Manual Palpation for Identification of Myofascial Trigger Point: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Clin J Pain 2017 Aug; 33(8): 715-729.
9. Togha M., Bahrpeyma F., Jafari M., Nasiri A., *A sonographic comparison of the effect of dry needling and ischemic compression on the active trigger point of the sternocleidomastoid muscle associated with cervicogenic headache: A randomized trial*, J Back Musculoskelet Rehabil 2020; 33: 749-759.
10. Luan S., Zhu Z.M., Ruan J.L., Lin C.N., Ke S.J., Xin W.J., Liu C.C., Wu S.L., Ma C., *Randomized trial on comparison of the efficacy of Extracorporeal shock wave Therapy and Dry Needling in Myofascial trigger points*, Am J Phys Med Rehabil. 2019 Aug; 98(8): 677-684.

CORRISPONDENZA:

Silvio Giorgio Mangia
silvio.mangia@gmail.com