

L'approccio del concetto Mulligan nella gestione dei disturbi muscoloscheletrici

F. Neto, L. Pitance

L'approccio del concetto Mulligan nella valutazione e nel trattamento delle disfunzioni muscoloscheletriche è relativamente recente. Esso è clinicamente pertinente nei casi di limitazione di movimenti attivi causati dal dolore o dalla rigidità o di limitazione funzionale proveniente da una disfunzione articolare. Il concetto Mulligan è fondato su un modello biomeccanico combinato con una valutazione specifica del paziente, che permette al fisioterapista di identificare la posizione di errore dell'articolazione e di pianificare la procedura di trattamento per correggere la posizione di errore e permettere, così, una normalizzazione della funzione. Recentemente, diversi effetti neurofisiologici sono stati associati ai meccanismi d'azione del concetto Mulligan. Questo concetto è applicabile alle differenti articolazioni del rachide e degli arti superiori e inferiori. Queste tecniche di terapia manuale sono non dolorose e hanno l'obiettivo di modificare la situazione patologica subito dopo la loro applicazione. Accanto alle tecniche manuali articolari, il concetto Mulligan comprende anche delle tecniche di taping e degli esercizi specifici da realizzare a domicilio. L'obiettivo di questo articolo è di presentare il concetto Mulligan al lettore. Noi descriveremo le origini di questo approccio manuale e presenteremo i suoi principi di valutazione e di trattamento. Saranno affrontati anche una breve discussione dei meccanismi d'azione e un riassunto delle evidenze scientifiche a proposito degli effetti clinici.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Terapia manuale; Concetto Mulligan; Mobilizzazione con movimento; Disfunzione articolare; Posizione di errore

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Brian Mulligan	2
■ Prima mobilizzazione con movimento	2
■ Meccanismi d'azione	2
Effetti meccanici - modello di errore di posizione articolare	2
Effetti neurofisiologici	3
Integrazione del modello meccanico e neurofisiologico	3
■ Principi della valutazione e del trattamento	3
Identificazione del segno funzionale comparabile	3
Selezione del movimento accessorio articolare	4
Combinazione del movimento accessorio con il movimento fisiologico	4
Selezione del grado e dell'orientamento del movimento accessorio	4
■ NAGs («natural apophyseal glides»), SNAGs («sustained natural apophyseal glides») e MWMs («mobilisations with movements»)	4
MWMs (mobilizzazioni con movimenti)	4
Tecniche applicate alla colonna vertebrale	5
■ Conclusioni	7

■ Introduzione

Il concetto Mulligan è una metodica di terapia manuale ortopedica ideata nel 1984 da Brian Mulligan, fisioterapista neozelandese. Il concetto è rapidamente divenuto una metodica di valutazione e di trattamento delle disfunzioni muscoloscheletriche molto popolare nella pratica clinica. Attualmente, il mondo intero conta un gran numero di professori accreditati e di ambulatori specializzati in questo concetto, dimostrando l'interesse che esso suscita nei terapisti manuali.

Frutto dell'esperienza e del ragionamento clinico del suo creatore, questa metodica è oggetto di molteplici ricerche scientifiche, compresi degli studi clinici randomizzati e delle rassegne sistematiche. Numerosi lavori relativi alle diverse tecniche del concetto sono stati realizzati recentemente, apportando dei fondamenti scientifici alle decisioni cliniche del fisioterapista e facilitando una pratica fondata sulle prove.

Questo articolo affronterà degli aspetti relativi alla clinica e alla ricerca. Ci interesseremo innanzitutto alla storia del concetto e del suo fondatore Brian Mulligan. In seguito, analizzeremo i diversi meccanismi d'azione delle tecniche. Infine, termineremo con una presentazione di alcune tecniche di base del concetto Mulligan

nonché con una sintesi delle prove scientifiche che sostengono il suo utilizzo e la sua efficacia in diverse situazioni terapeutiche.

■ Brian Mulligan

Brian Mulligan è un fisioterapista originario di Wellington in Nuova Zelanda. Si è diplomato nel 1954 all'Otago School of physiotherapy a Dunedin. Questa università conta, fra i suoi diplomati, altri terapisti manuali di rinomanza internazionale, come Robin McKenzie e Stanley Paris. Nel 1972, Mulligan ha ottenuto il suo diploma di terapia manuale.

Diplomato recentemente, egli si interessa rapidamente alla terapia manuale ortopedica e inizia la sua formazione nel campo già alla fine degli anni '50. All'inizio degli anni '60, segue dei corsi sull'approccio di Kaltenborn tenuti da Paris e McKenzie. Nel 1970, Mulligan si sposta a Helsinki per seguire un corso sulla mobilitazione delle articolazioni periferiche, tenuto da Kaltenborn, che egli considera la sua guida. Nello stesso anno, inizia la sua attività come formatore dei corsi di Kaltenborn nel settore della terapia manuale in Nuova Zelanda. Nel 1972, inizia a insegnare in Australia.

Nel 1984, Brian Mulligan contribuisce significativamente allo sviluppo di una nuova via nel mondo della terapia manuale, iniziando un proprio concetto. Nel 1986, tiene il primo corso sul concetto Mulligan. La metodica diviene molto popolare e, nel 1998, a Stevenage (Regno Unito), è creata The Mulligan Concept Teachers Association (Associazione di istruttori del concetto Mulligan) per rispondere alla richiesta crescente di corsi accreditati.

Come riconoscimento internazionale del suo contributo nel mondo della terapia manuale, Brian Mulligan è stato premiato da diverse associazioni professionali e da università in tutto il mondo. Nel 2007, la Conferenza mondiale di fisioterapia lo ha premiato per il suo contributo allo sviluppo della professione.

■ Prima mobilizzazione con movimento

L'espressione di Louis Pasteur «nel campo dell'osservazione, il caso favorisce solo gli spiriti preparati», la preferita di Mulligan, illustra a perfezione la nascita della prima tecnica di questo concetto.

Nel 1984, Mulligan curava un paziente con una disfunzione dell'articolazione interfalangea prossimale, conseguente a un trauma sportivo. Il paziente presentava una limitazione per il dolore in flessione e in estensione, così come un edema importante. Dopo alcune sedute di trattamento e dopo che Mulligan aveva esaurito il suo repertorio di tecniche, non vi erano risultati veramente soddisfacenti. Le modalità elettrofisiche (elettroterapia, crioterapia, ecc.), gli esercizi terapeutici e le tecniche di mobilizzazione tradizionali, come la trazione, non avevano effetti significativi. Brian Mulligan decise, allora, di indagare altri approcci. Egli ha applicato uno scivolamento mediale a livello dell'articolazione interfalangea prossimale e il paziente ha indicato che questo movimento accessorio provocava dolore. Quindi, ha applicato uno scivolamento laterale e il paziente stesso ha, allora, indicato che esso non riproduceva i suoi sintomi. Egli ha, pertanto, chiesto al paziente di flettere il dito lesa mantenendo sempre lo scivolamento laterale. Sorprendentemente, la tecnica ha permesso la flessione completa dell'articolazione interfalangea senza dolore!

Dopo alcune ripetizioni, il paziente era asintomatico e, diversi giorni più tardi, i risultati erano mantenuti: un'ampiezza completa di flessione e di estensione così come la scomparsa completa dell'edema dopo una sola seduta di trattamento^[1] (Fig. 1).

Questa esperienza con risultati inattesi ha portato Mulligan a esplorare la combinazione di movimenti accessori articolari e di movimenti fisiologici in altre articolazioni, ricercando la stessa risposta dei pazienti: una mancanza di dolore così come dei risultati immediati, significativi e duraturi. Queste caratteristiche sono oggi i principi essenziali del concetto Mulligan.

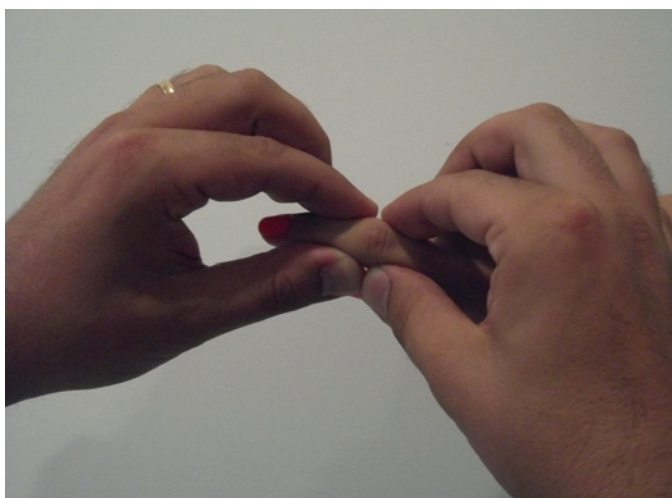


Figura 1. Mobilizzazione con movimento per limitazione di flessione dell'articolazione interfalangea prossimale.

■ Meccanismi d'azione

La ricerca realizzata su questo concetto ha emesso alcune ipotesi sui meccanismi d'azione. Sono stati descritti degli effetti meccanici e neurofisiologici e la combinazione dei due effetti. Tenteremo di spiegare succintamente ognuno di questi effetti.

Effetti meccanici - modello di errore di posizione articolare

La teoria descritta in origine da Mulligan^[2] sul meccanismo d'azione delle mobilizzazioni con movimento è basata su un modello meccanico. Mulligan suggerisce che le tecniche potrebbero correggere degli errori di posizione articolare che insorgono in seguito a una lesione traumatica, a degli scompensi muscolari o a delle variazioni posturali. Si suggerisce che la causa di questo cambiamento possa essere legata alla forma delle superfici articolari, allo spessore della cartilagine, all'orientamento delle fibre e del legamento capsulare o alla direzione della tensione esercitata dai muscoli o dai tendini. Questa alterazione dell'allineamento articolare normale può accompagnarsi a sintomi come il dolore, la rigidità o la debolezza muscolari^[1,3].

Le mobilizzazioni con movimento faciliterebbero, quindi, la biomeccanica articolare normale e ridurrebbero così, sostanzialmente, i sintomi del paziente. Questa teoria è presentata nell'ultima edizione del libro di Mulligan^[1] ed è simile a principi descritti da diversi autori come, per esempio, McConnell^[4] (1986) e Sahrman^[5].

Questo modello meccanico è stato studiato ed esistono delle prove che sostengono l'esistenza di errori di posizione articolare per quanto riguarda l'articolazione tibioperoneale inferiore. Mulligan^[1] suggerisce che, dopo alcuni casi di distorsioni di caviglia in inversione, il legamento peroneoastragalo anteriore non è necessariamente leso e le forze lesionali possono trasmettersi sul perone, spostando quest'ultimo in direzione anteriore e inferiore. Al momento di una tale disfunzione, il legamento non sarà in una posizione biomeccanica ottimale, contribuendo all'instabilità cronica e alla recidiva delle lesioni^[6] (Hertel, 2002). Diversi studi hanno indagato questa teoria. Hubbard et al.^[7] hanno confrontato la posizione del perone di un gruppo di pazienti con distorsioni subacute della caviglia con un gruppo controllo, utilizzando un'analisi mediante fluoroscopia. Essi hanno osservato una differenza media di 2,9 mm tra i due gruppi e una forte correlazione tra l'edema e l'errore di posizione. Usando la stessa metodologia di valutazione, Hubbard aveva mostrato in uno studio precedente che il fenomeno si ripeteva nei pazienti che soffrono di un'instabilità cronica della caviglia, al momento del confronto tra l'arto instabile e l'arto sano^[8].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617716>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617716>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)