

# Mobilizzazioni specifiche

M. Loubiere, G. Thierry, F. Barillec, G. Barette

*L'evoluzione della gestione dei pazienti in fisioterapia costringe il medico a costruire il proprio trattamento a partire da riferimenti. Le tecniche di mobilizzazione specifiche permettono di restituire alle varie articolazioni coinvolte una mobilità perduta o diminuita e producono degli effetti neurofisiologici. Esse fanno parte del nostro bagaglio di strumenti. Il loro insegnamento negli istituti di formazione in massofisioterapia, a causa del reengineering della professione, si è evoluto negli ultimi anni. Gli autori presentano in una prima parte le basi fisiologiche e biomeccaniche delle mobilizzazioni specifiche nonché i principi e le modalità di queste ultime. Ogni articolazione è, in seguito, affrontata ricordando le indicazioni e le controindicazioni specifiche della loro regione. Infine, le tecniche implementate sono descritte in dettaglio.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Tecnica di rieducazione; Mobilizzazioni specifiche; Rachide; Articolazioni periferiche

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Ontogenesi</b>	2
■ <b>Definizione</b>	2
■ <b>Legislazione</b>	2
■ <b>Modalità d'azione e limiti</b>	2
■ <b>Indicazioni</b>	3
■ <b>Controindicazioni</b>	3
Controindicazioni di ordine generale	3
Controindicazioni di origine muscoloscheletrica	3
Controindicazioni di origine neurologica	3
Controindicazioni di ordine infiammatorio o infettivo	3
Controindicazioni di origine cardiopolmonare e vascolare	3
Segni che inducono in errore	3
■ <b>Effetti delle mobilizzazioni</b>	3
■ <b>Principi biomeccanici</b>	3
Modellizzazione delle diverse ampiezze	3
Gioco articolare	4
Regola della convessità-concavità	4
Ruolo ed effetti delle trazioni	4
Gradi di mobilizzazione	5
■ <b>Mobilizzazioni con e senza impulso</b>	5
■ <b>Descrizione delle tecniche</b>	5
Arto inferiore	5
Arto superiore	11
Bacino	15
Rachide	15
■ <b>Conclusioni</b>	19

## ■ Introduzione

L'uso della mano, al fine di curare, risale alla notte dei tempi. Si dice spesso che quello che la tua mano fa tu fai. Storicamente è stata presentata come strumento naturale, utile per determinare la natura del male e per cercare di alleviare o, anche, di guarire.

La mobilizzazione specifica fa parte integrante di queste tecniche che compongono la terapia manuale. In funzione delle epoche, dei paesi, delle diverse scuole e delle correnti di pensiero, questa tecnica terapeutica si è vista attribuire diversi approcci differenziati, in particolare mediante ampiezze e ritmi differenti. Il confine tra questa terapia e la manipolazione osteopatica, tanto vertebrale quanto periferica, è all'origine di qualche confusione, per mancanza di chiarezza nelle loro definizioni reciproche.

L'evidence based practice (EBP) o pratica basata sulle evidenze è definita come l'integrazione delle migliori evidenze disponibili combinate all'esperienza clinica del medico e a preferenze/valori/situazioni del paziente [1]. Questo articolo mira a chiarire e a far evolvere questa situazione. Sembra indispensabile ridefinire i principi biomeccanici e fisiologici generali implementati.

L'approccio qui descritto è soprattutto pragmatico, orientato verso le articolazioni colpite. Le mobilizzazioni specifiche e il loro utilizzo si adattano ai progressi della scienza. Questo testo è soltanto un inventario, possibile nuovo punto di partenza, che non ha in alcun caso la pretesa di essere esaustivo. Non può, pertanto, essere considerato come un metodo fisso, ma, piuttosto, come un tentativo di spiegazione adogmatica di questa terapia, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche. L'obiettivo di questo testo è di presentare i principi che sono alla base delle mobilizzazioni specifiche e di mostrare, a seconda delle regioni interessate, alcuni esempi tecnici concreti.

## ■ Ontogenesi

La mobilizzazione specifica è regolarmente incontrata nell'ontogenesi della medicina manuale. Ippocrate scrisse il suo *Trattato delle articolazioni*, in cui il termine "lesione" viene tradotto per la prima volta con "apopepedecos", che significa "lussazione" o "sganciamento". Galeno, trattando il gladiatore Pausania, ha evidenziato il legame tra parestesie dell'arto superiore e lo stato della giunzione cervicotoracica. Egli ha, così, dimostrato che il trattamento meccanico locale permette di ottenere un effetto a distanza su alcuni sintomi. L'opera di Avicenna nel mondo arabo dura per cinque secoli prima di essere pubblicata a Venezia nel XVI secolo.

La descrizione delle mobilizzazioni specifiche assume un posto importante in molti trattamenti.

Nello stesso periodo, in Francia, Ambroise Paré, padre della chirurgia moderna, ha sviluppato la medicina manuale. Questo approccio continuerà in tutto il mondo grazie a molti medici e/o non medici dall'approccio più empirico. Nel 1874, il Dottor Andrew Taylor Still ha sviluppato l'osteopatia, basata su metodiche di mobilizzazione manuali, alcune delle quali provengono da tecniche di "aggiustaossa" (Bonesetter), rispondendo al principio della relazione struttura/funzione. Se l'anatomia non è normale, la fisiologia è perturbata. Rendere normale l'anatomia dovrebbe, quindi, ripristinare la funzione. Il concetto di lesione o di disfunzione osteopatica traduce un deficit di mobilità con un'implicazione biomeccanica, ma anche un impatto fisiologico.

La nascita della fisioterapia accompagna l'ascesa della medicina fisica e di rieducazione sotto l'impulso del Dottor Maigne all'Hotel Dieu, del Dottor De Sèze a Lariboisière, del Dottor Troisier a Foch e del Dottor Antonietti a Lione. Maitland, Kaltenborn, Cyriax e Mulligan, per citare soltanto i più noti, sono i pionieri dell'integrazione della mobilizzazione specifica in fisioterapia e degli autori come Pierron, Peninou e Dufour, attraverso le loro varie pubblicazioni, hanno tentato di rendere questa tecnica accessibile ai massaggiatori-fisioterapisti. Altri, come Raymond Sohier, hanno, grazie, tra l'altro, a tecniche spinali, fornito spiegazioni sui meccanismi sottostanti a queste mobilizzazioni. La preoccupazione incontrata in queste tecniche è spesso la mancanza di prove.

La Terapia Manuale Ortopedica (TMO) sta diventando sempre più popolare in Francia. Questa specializzazione della fisioterapia basata sul ragionamento clinico utilizza approcci di trattamento altamente specifici (tecniche manuali, esercizi terapeutici, ecc.). La TMO si basa sull'evidenza scientifica e clinica e sulle caratteristiche biopsicosociali di ogni paziente [2].

## ■ Definizione

Le mobilizzazioni specifiche o accessorie sono tecniche applicate manualmente per valutare e trattare le disfunzioni del sistema neuro-muscolo-scheletrico. Le mobilizzazioni specifiche, a differenza delle mobilizzazioni passive fisiologiche, non possono essere eseguite attivamente, in modo isolato, dal paziente stesso [3, 4]. Si tratta di movimenti passivi ritmici e definiti da un grado che determina la velocità, la forza e l'ampiezza dell'oscillazione applicata dal medico. L'esame clinico permette di evidenziare il grado per il quale la mobilizzazione specifica è più efficace e in condizioni di tolleranza massimale per il paziente [5].

Le mobilizzazioni specifiche possono assumere diverse forme biomeccaniche a seconda dell'articolazione affrontata o dell'obiettivo ricercato. Esse si eseguono perpendicolarmente o parallelamente al piano dell'articolazione, realizzando dei movimenti di scivolamento, trazione o compressione [6].

Gli scivolamenti sono molto utilizzati quando l'articolazione è di tipo "superficie piana", con il movimento parallelo a questa superficie. Essi sono utilizzati anche quando l'articolazione giustappone una superficie convessa e una superficie concava, nel qual caso la direzione del movimento è determinata dalla legge della concavità-convessità.

Le trazioni sono frequentemente descritte da Cyriax e Menell [7, 8] come metodi di trattamento utili. La forza, applicata perpendicolarmente, cerca di allontanare le due superfici articolari. Diversi autori hanno suggerito i benefici delle mobilizzazioni in compressione, anche se, nella maggior parte dei casi, queste compressioni sono combinate ad altre tecniche come gli scivolamenti [9].

Esiste, a volte, un dibattito tra le mobilizzazioni specifiche da un lato e le manipolazioni dall'altro. Paris [10] non distingue tra i termini e li considera intercambiabili. Grieve [11] distingue i due termini definendo la manipolazione come un movimento localizzato, preciso, unico, rapido e di modesta ampiezza, che richiede un'installazione precisa del paziente.

Lo scopo principale delle mobilizzazioni specifiche è di ripristinare i movimenti minori o accessori [12] per migliorare il movimento maggiore o fisiologico. Esse possono aumentare l'estensibilità dei tessuti capsulolegamentosi e hanno degli effetti neurofisiologici rivolti contro il dolore e gli spasmi muscolari [4, 6, 13].

## ■ Legislazione

La mobilizzazione specifica relativa alle articolazioni periferiche fa parte dell'insegnamento del primo ciclo della formazione di massofisioterapista e corrisponde all'acquisizione degli strumenti professionali. Essa è integrata nella pratica delle tecniche passive ed entra così nell'arsenale del massaggiatore-fisioterapista. L'approccio delle mobilizzazioni specifiche vertebrali varia secondo gli istituti di formazione in massofisioterapia (IFMK).

Fino al 2014, la manipolazione articolare era riservata, in Francia, a professioni che detenevano l'autorizzazione di usare il titolo di osteopata (decreto n° 2007-435 del 25 marzo 2007, relativo alle azioni e alle modalità di esercizio dell'osteopatia). Tuttavia, dopo averne discusso e con riferimento alla definizione dell'IFOMPT (International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists), il Consiglio Nazionale del Collegio dei massaggiatori-fisioterapisti ha ritenuto nel dicembre 2014 che i fisioterapisti erano abilitati a praticare le "manipolazioni" [14]. Durante la redazione di questo articolo, la definizione della professione di fisioterapista è stata modificata e le competenze professionali devono essere definite da un futuro decreto con l'Accademia di Medicina.

## ■ Modalità d'azione e limiti

La gestione rieducativa richiede un esame clinico preliminare che deve essere sistematico, comparativo ed esaustivo [15]. Essa si organizza intorno a un esame soggettivo approfondito, che permette di stabilire delle ipotesi. Il terapeuta, nel suo ragionamento clinico, si interroga sulle possibili diagnosi nonché sulle diagnosi di esclusione e decide di prendere in carico o meno il paziente: si tratta, allora, di una questione di triage. I test realizzati in seguito mirano a oggettivare i segni fisici per affinare la diagnosi fisioterapica. Nel caso in cui i segni clinici non siano sufficienti, possono essere raccomandati dal medico degli esami complementari, benché la tendenza attuale sia quella di limitarne l'uso [16].

In linea generale, le gestioni si compongono di tecniche passive, attive e di educazione terapeutica. L'implementazione dipende dalla diagnosi stabilita e dai concetti utilizzati dal medico. Le tecniche di mobilizzazioni specifiche sono utilizzate generalmente in presenza di un deficit di ampiezza e/o di dolore. Per quanto riguarda la rigidità articolare, è opportuno ricordare che esistono diverse eziologie possibili:

- diminuzione della quantità di sinoviale intrarticolare derivante dall'eccesso di sollecitazioni sull'articolazione [17];
- modifica dello scivolamento articolare per riduzione della lubrificazione [18, 19];
- formazioni meniscoidi e frange discali [20];
- spasmi e ipertonie muscolari profonde (multifidus per la colonna vertebrale) [21].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8558615>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8558615>

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