gruppo di terapia manuale

GTM

MAGAZINE ONLINE

ALL'INTERNO

rubriche,
editoriali, letture
e commenti

OGNI BAMBINO NASCE ARTISTA

il problema è poi come rimanerlo quando si cresce

Pablo Picasso

Fra SPERARE e SPARIRE abbiamo scelto di **ISPIRARE**

GEN
2018
N.1

INDICE

3 L'editoriale

4 La rubrica | Metodologia della ricerca: la cassetta degli attrezzi

7 The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review. | *Dott.ssa Giulia Franco*

12 Manual therapy compared with physical therapy in patients with non-specific neck pain: a randomized controlled trial. | *Dott. Andrea Colombi*

16 A self-managed single exercise programme versus usual physiotherapy treatment for rotator cuff tendinopathy: a randomised controlled trial (the SELF study). | *Dott. Tiziano Innocenti*

20 The symptomatic and functional effects of manual physical therapy on plantar heel pain: a systematic review. | *Dott.ssa Soleika Salvioli*

NOVITÀ

Caro socio, gentile lettore,
da questo primo numero della rivista, prenderà il via anche una rubrica fissa, che parlerà di un tema così fondamentale, quanto così ostico, per la nostra professione, che siamo certi guadagnerà il vostro interesse e favore.

La rubrica nello specifico si occuperà di nozioni riguardanti l'ambito della metodologia della ricerca, al fine di rendere l'argomento più digeribile e, perché no, **ISPIRARE** qualcuno ad approfondire. Il primo articolo presente nella rubrica è a cura del collega Tiziano Innocenti, PT BSc, MSc Candidate, OMPT.

Responsabile Magazine
Filippo Maselli

Responsabile Redazione
Andrea Colombi

Comitato di Redazione
Direttivo GTM

Elaborazione Grafica
Luca Bonetti

L'EDITORIALE

La passione: il motore della nostra professione

a cura di Filippo Maselli

L'emozione è quella dei grandi eventi, quella che accompagna i momenti che sai per sempre rimarranno impressi nella tua memoria. Non possiamo negare un entusiasmo davvero indescrivibile. Porre in essere un progetto editoriale come questo è, per noi, motivo di grande orgoglio; un progetto nato senza l'intento di essere o di diventare una rivista scientifica, quanto per essere un bollettino informativo, una sorta di newsletter 2.0 che contribuisca a raggiungere il nostro obiettivo: orientare i lettori ed i colleghi più giovani nel mondo della letteratura scientifica e della best practice, mondo non sempre facilmente fruibile ed accessibile. I punti cardine attorno ai quali si concentrerà la linea editoriale del progetto sono la condivisione delle competenze che alcuni colleghi hanno sviluppato nell'ambito della metodologia della ricerca, l'analisi critica della lettura di articoli scientifici, l'elaborazione e la comprensione dei dati di statistica biomedica. Siamo ben consci di impegnarci in una grande sfida...ma anche le più grandi sfide si affrontano partendo dai piccoli gesti: ogni grande progetto è iniziato con un piccolo disegno, ogni grande invenzione è iniziata da un'intuizione. Confidiamo di rispettare il payoff che accompagnerà il GTM nel 2018 che prenderà forma nel prossimo evento targato GTM: **PTeX Physical Therapy eXcellence | 2° Forum delle Eccellenze e OMPT Day COLTIVIAMO TALENTI.** Anche con questa iniziativa, tutta nuova, l'obiettivo principale, infatti, sarà quello di ispirare il maggior numero possibile di colleghi! Il domani siamo NOI. Fra Sperare e sparire abbiamo scelto di Ispirare... vogliamo che questa rivista riesca in questo intento.

LA RUBRICA

EBM: una guida all'intricato mondo delle evidenze scientifiche

di Tiziano Innocenti

Dr. Tiziano Innocenti

FT, OMT, MSc candidate | Fisioterapista, Orthopaedic Manipulative Physical Therapist (OMPT) | Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici, Università di Genova | Corso di Perfezionamento in Revisioni Sistematiche e Meta-Analisi Cochrane | EBP Core Curriculum - Fondazione GIMBE | Collaboratore alla didattica Master in Riabilitazione dei Disordini Muscolo-Scheletrici, Università di Genova | Collaboratore presso PEDro Database

Nel 1992 viene pubblicato su JAMA un articolo (Guyatt et al. 1992) che introduce un nuovo paradigma che intende migliorare quello che era l'approccio al problem solving clinico e alla costruzione della conoscenza, che si basava sulle opinioni autorevoli di esperti e solo sulla propria esperienza clinica.

Questo paradigma, le cui basi erano già state gettate anni prima da David Sackett (Sackett et al 1985), nasce con il nome di Evidence Based Medicine (EBM), originariamente definita dall'autore stesso come il processo della ricerca, della valutazione e dell'uso sistematici dei risultati della ricerca contemporanea come base per le decisioni cliniche. Parallelamente a questa, ha preso campo la definizione Evidence Based Practice (EBP), che implica prendere decisioni per la promozione della salute o sulla cura integrando le migliori evidenze disponibili con l'esperienza professionale, le caratteristiche, lo stato, i bisogni, i valori e le preferenze dei pazienti che siano compatibili con il contesto ambientale e organizzativo.
In questo numero e nei prossimi, affronteremo temi inerenti al mondo dell'EBM, dall'architettura della ricerca clinica alla valutazione critica dei singoli disegni di studio, cercando di mettere un punto esclamativo su questo "mondo" spesso poco conosciuto e poco affrontato nei percorsi di formazione di base.

Ma quali sono gli step chiave per approcciarsi all'Evidence Based Medicine?

1. Porsi una domanda di ricerca
Logico quanto sottovalutato. Ogni dubbio clinico nasce da una domanda: non esistono domande giuste o sbagliate, ma porsi il quesito in modo adeguato consente di trovare risposte rilevanti per il proprio contesto clinico senza correre il rischio di incappare in una grossa mole di informazioni fuorvianti. Una chiara domanda di ricerca dovrebbe comprendere 4 elementi chiave:

Paziente il problema/patologia oggetto della domanda
Intervento l'intervento considerato o l'esposizione
Comparatore il confronto con il quale viene paragonato l'intervento
Outcome l'outcome di interesse

Questo viene definito con l'acronimo **PICO.** Proviamo a fare un esempio. Ho un paziente con dolore di spalla e voglio sapere se sono più efficaci le tecniche manuali oppure l'esercizio terapeutico nel ridurre il dolore:

P paziente con dolore di spalla
I tecniche manuali
C esercizio terapeutico
O dolore

A seconda della natura del quesito, esistono domande di ricerca:

- a carattere eziologico: volte ad indagare l'influenza dei fattori di rischio di malattia.
- a carattere diagnostico: indagano l'accuratezza dei test diagnostici.
- a carattere prognostico: valutano la storia naturale di malattia e la potenza dei fattori prognostici.
- a carattere interventistico: valutano l'efficacia degli interventi sanitari

2. Ricerca delle evidenze
Per trovare le evidenze che rispondano in modo puntuale alla nostra domanda, dobbiamo innanzitutto capire come è organizza-

ta l'architettura della ricerca clinica, e quali disegni di studio sono in grado di rispondere ai nostri quesiti di ricerca.

Modificata da Cartabellotta 2010

**Lo studio trasversale può essere analitico o descrittivo in base al metodo di analisi dei dati.*

La prima grossa suddivisione viene fatta in base all'assegnazione da parte dei ricercatori di un intervento attivo: in caso di risposta affermativa, ci troviamo di fronte ad uno studio sperimentale, nell'altro caso, sarà uno studio osservazionale.

Già da questa prima grossa divisione, possiamo capire come le domande di ricerca a carattere eziologico, prognostico e diagnostico non prevedendo l'assegnazione di interventi, troveranno risposta tra gli studi osservazionali. Viceversa, una domanda a carattere interventistico verrà indirizzata verso gli studi sperimentali.

Studi Sperimentali

In questa tipologia di studi, i ricercatori assegnano in modo attivo un intervento sanitario ad un gruppo di studio. Nel caso in cui il disegno preveda un gruppo di controllo (partecipanti ai quali viene assegnato un altro intervento, un placebo o nessun intervento) si parla di trial controllati randomizzati (se prevedono una modalità casuale di assegnazione dei pazienti ai due gruppi) o di trial non controllati.

Studi Osservazionali

In questa tipologia di studi i ricercatori osservano il verificarsi dei fenomeni. Nel caso in cui vi sia un'analisi dei dati provenienti dalle osservazioni, ci troviamo di fronte a studi osservazionali analitici, se invece si limitano ad osservare e riportare il fenomeno, abbiamo studi descrittivi.

Tra gli studi analitici abbiamo gli studi di coorte (per domande a carattere prognostico/eziologico), i caso-controllo (per quesiti eziologici) e gli studi trasversali (domande di ricerca diagnostiche); tra gli studi descrittivi abbiamo le serie di casi, i case report e gli studi trasversali (possono essere descrittivi o analitici in base al metodo di analisi dei dati, gli studi trasversali descrittivi indagano in genere la prevalenza di un dato fenomeno, mentre i trasversali analitici indagano l'accuratezza diagnostica).

I disegni di studio fin qui elencati e mostrati in figura costituiscono la ricerca primaria, che per definizione comprende tutte le ricerche condotte su esseri umani.

La ricerca secondaria invece ha il compito di raccogliere i risultati della ricerca prima-

ria, attraverso una loro selezione, raccolta e analisi critica. Un esempio sono le revisioni sistematiche.

Appurato il tipo di disegno di studio che risponde in modo adeguato alla nostra domanda di ricerca, il passo successivo è reperire l'evidenza. Esistono molti database che raccolgono citazioni di studi pubblicati, un esempio noto a tutti è Pubmed. Esistono tutorial che aiutano nella ricerca, e bibliotecari (soprattutto nelle biblioteche biomediche) che possono essere d'aiuto nella sua esecuzione.

3. Valutazione delle evidenze
Posta una domanda di ricerca e trovata l'evidenza, dobbiamo chiederci se lo studio che stiamo leggendo è valido, clinicamente rilevante e applicabile al nostro contesto clinico. Questo viene definito critical appraisal, e comprende i seguenti domini:

• **Validità interna:** rispecchia il rigore metodologico con cui i ricercatori hanno svolto la pianificazione, la conduzione dello studio e l'analisi dei risultati al fine di minimizzare il rischio di bias. Per bias si intende un errore sistematico (cioè non dovuto al caso) che si può verificare in fase di progettazione e/o conduzione dello studio e che porta ad una distorsione dei risultati. La valutazione della validità interna viene generalmente eseguita tramite checklist di qualità, che sono specifiche per ciascun disegno di studio (i criteri di validità interna variano al variare della tipologia di studio). Un esempio è la scala PEDro o il Risk Of Bias per gli RCT.

• **Rilevanza clinica:** misura l'entità e la precisione dei risultati dello studio oltre alla significatività statistica. Anche in questo caso, gli elementi che la influenzano sono diversi a seconda del disegno di studio.

• **Applicabilità:** è il grado in cui i risultati dello studio sono generalizzabili alla nostra tipologia di paziente. Viene definita anche validità esterna ed è influenzata da alcune caratteristiche dello studio come i criteri di selezione dei partecipanti (i partecipanti dello studio potrebbero differire per caratteristiche cliniche, demografiche con quelli della nostra realtà lavorativa) o il setting assistenziale (pensate ad un studio che prevede l'utilizzo di tecnologie costose, difficilmente reperibili in tutte le realtà lavorative).

Questi singoli domini verranno analizzati nel dettaglio nei futuri numeri della rivista.

4. Applicare le evidenze
Una volta completati gli step precedenti, l'ultimo passaggio è quello di applicare le evidenze al contesto clinico.
Una volta appresi e ponderati i rischi/benefici dell'intervento, è il momento di condividerli con il paziente assistendolo nella scelta terapeutica, attuando quello che viene definito "shared decision making process", che vede il paziente attore principale delle scelte terapeutiche.

Bibliografia

• *Cartabellotta. Architettura della ricerca clinica. Come scegliere il disegno di studio appropriato? GIMBEnews 2010;2:3-4*

• *Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, Hirsh J, Irvine J, Levine M, Levine M, Nishikawa J, Sackett D, Brill-Edwards P, Gerstein H, Gibson J, Jaeschke R, Kerigan A, Neville A, Panju A, Detsky A, Enkin M, Frid P, Gerrity M, Laupacis A, Lawrence V, Menard J, Moyer V, Mulrow C, Links P, Oxman A, Sinclair J, Tugwell P. Evidence-Based MedicineA New Approach to Teaching the Practice of Medicine. JAMA. 1992;268(17):2420–2425.*

• *Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine. Little, Brown, 1985.*

NEL PROSSIMO NUMERO

RCT | il gold standard della ricerca

The efficacy of manual therapy and exercise for treating non-specific neck pain: A systematic review.

Dott.ssa
GIULIA FRANCO

Fisioterapista

Orthopaedic Manipulative Physical Therapist (OMPT)

Benjamin Hidalgo, Toby Hall, Jean Bossert, Axel Dugeny, Barbara Cagnie, Laurent Pitance. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation 30 (2017) 1149–1169 1149. DOI 10.3233/BMR-169615.

I trattamenti conservativi utilizzati per il non-specific neck pain (NP) sono numerosi e includono esercizi, cure mediche generiche e molte altre terapie tra cui i massaggi e l'agopuntura; tuttavia, vi è una mancanza di evidenza riguardo la loro reale efficacia[1,2,3]. La terapia manuale (TM) è una comune tipologia di trattamento in aumento e molti paesi la includono nelle linee guida nazionali per il trattamento dei disordini muscolo-scheletrici. Le tecniche di TM dovrebbero essere utilizzate secondo un ragionamento clinico e in un contesto di evidence-based-practice[4,5]. Sulla traccia dello studio compiuto sulla TM nel LBP[5], è stata condotta questa revisione sistematica al fine di verificare l'evidenza in termini di efficacia delle differenti tecniche di TM ed esercizi su pazienti con NP in differente stadiazione.

All'interno di questa revisione NP è stato classificato in acuto-subacuto e cronico, mentre l'intervento di TM è stato suddiviso in 4 tipologie:

MT1 (manipolazione, HVLA);
MT2 (mobilizzazione articolare e/o tessuti molli);
MT3 (MT1+MT2)[6,7,8];
MT4 (mobilization-with-movement, MWM, SNAGs di Mulligan)[9,10].

Ogni tecnica poteva essere eseguita sia a livello del rachide cervicale (Cx) o toracico (Tx), associata o meno con l'esercizio (un'ora di esercizi di rinforzo dei muscoli stabilizzatori profondi del collo, del cingolo scapolare e stretching dei muscoli trapezio e scaleni) o con le cure mediche generiche. I gruppi di controllo non venivano sottoposti ad alcun trattamento oppure un trattamento placebo. Le misure di outcome utilizzate comprendevano le comuni scale validate di dolore (VAS, NPRS, PPT), funzione (NDI, FABQ, NPQ, CROM), salute generale (SF-36) e qualità della vita (verificarsi di eventi avversi), in un periodo di follow-up che spazia dal brevissimo termine (fine trattamento-1 mese) al lungo termine (almeno 1 anno).

I dati fanno emergere i seguenti effetti del trattamento su NP acuto/subacuto:

• Vi è evidenza moderata in termini di dolore e soddisfazione nel breve e lungo termine a favore della manipolazione sulla colonna cervicale combinato con esercizi rispetto alla manipolazione sulla colonna vertebrale toracica combinata con esercizi. Anche l'associazione tra manipolazione, mobilizzazione ed esercizio a livello cervicale e toracico ha evidenza moderata rispetto sia alla sola mobilizzazione cervicale con esercizio sia alle comuni cure mediche.

Inoltre per quanto riguarda gli effetti del trattamento su NP cronico si riscontra:

• Forte evidenza conferma che non vi è alcuna differenza di efficacia nell'eseguire una tecnica MT2 a livello del tratto cervicale sintomatico rispetto ad eseguire la stessa in un uno asintomatico sia per quanto concerne il dolore e la funzione. Semplificando, ciò dimostra che l'identificazione del segmento cervicale sintomatico non è importante per gli immediati effetti della mobilizzazione accessoria su NP cronico.

• L'evidenza risulta da moderata a forte a favore di MT1 e MT3 sia a livello cervicale che toracico associato ad esercizio rispetto al solo esercizio fisico o solo TM per dolore, funzione, soddisfazione e salute generale nel breve-medio termine.

• Moderata evidenza a favore della MT1 rispetto a MT2 e MT4, tutti applicati al rachide cervicale, per la mobilità e il dolore a brevissimo termine. Questo, nella pratica clinica, comporta che, in soggetti in cui i sintomi principali riguardano dolore e mobilità, applicare la manipolazione cervicale risulta maggiormente efficace. Una così ottenuta riduzione degli impairments e desensibilizzazione dei tessuti con elevata attività nocicettiva, permetterebbe di proseguire il piano di trattamento con tecniche più specifiche e di intensità gradualmente crescente che, sommate ad un'educazione del soggetto all'autogestione del problema e ad esercizi specifici appresi con supervisione del fisioterapista e svolti in modo sistematico e costante, risultano più facilmente tollerabili specialmente in fasi croniche e permettono un'efficacia anche a lungo temine. Lo stesso vale anche per MT2 usando tecniche su tessuti molli a livello della colonna cervicale e toracica rispetto al non trattamento a breve termine per dolore e disabilità.

Tuttavia i risultati di questa revisione dovrebbero essere interpretati alla luce dei seguenti limiti:

• Nonostante siano stati inclusi solamente RCT con basso rischio di bias, vi è molta eterogeneità tra i trials in diversi degli ambiti presentati.

• Nell'identificare quale trattamento di TM debba essere valutato, è stato usato un sistema di classificazione già utilizzato per una simile revisione dello stesso autore applicata al LBP (low back pain)5, in accordo con una completa analisi della letteratura e con la pratica clinica della TM. Tuttavia, essendo questo un ambito molto vario e generico, si riscontra l'attuale mancanza di

BIBLIOGRAFIA UTILIZZATA PER LA DISCUSSIONE:

1. Sherman KJ, Cherkin DC, Hawkes RJ, Miglioretti DL, Deyo RA. Randomized trial of therapeutic massage for chronic neckpain. Clin J Pain 2009; 25: 233-8.

2. Bronfort G, Evans R, Nelson B, Aker PD, Goldsmith CH, Vernon H. A randomized clinical trial of exercise and spinal manipulation for patients with chronic neck pain. Spine 2001; 26: 788-97.

3. Haldeman S, Carroll L, Cassidy JD, Schubert J, Nygren A, et al. The bone and joint decade 2000-2010 task force on neck pain and its associated disorders: Executive summary. Spine 2008; 33: 5-7.

4. Cleland JA, Childs JD, McRae M, Palmer JA, Stowell T. Immediate effects of thoracic manipulation in patients with neckpain: A randomized clinical trial. Man Ther 2005; 10: 127-35.

5. Hidalgo B. Detrembleur C, Hall T, Mahaudens P, Nielens H. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: An

una classificazione ideale delle tecniche di TM.

- Alcuni studi hanno utilizzato terapie adiuvanti in entrambi i gruppi di intervento e di confronto e ciò crea difficoltà a valutare oggettivamente l'efficacia intrinseca della TM.

- Infine i filtri di ricerca hanno limitato i risultati in termini di lingua, precludendo la possibilità di reperire studi pertinenti in lingue diverse dall'inglese.

Interpretando i risultati emersi è possibile affermare che la revisione ha confermato le precedenti evidenze e i progressivi livelli di fiducia nell'efficacia della TM per il NP. Si possono pertanto riassumere le seguenti implicazioni cliniche:

- La combinazione di diverse tecniche di TM con l'esercizio fisico è più efficace della TM o dell'esercizio fisico eseguiti singolarmente per un miglioramento in termini di dolore, funzione e soddisfazione del trattamento. È stato dimostrato inoltre che gli esercizi in questione hanno maggiore efficacia se eseguiti per un'ora con supervisione del fisioterapista piuttosto che essere svolti con minore intensità e durata a domicilio10

- Per quanto riguarda il NP cronico vi è una forte evidenza che dimostra che la mobilizzazione non deve necessariamente essere applicata a livello sintomatico per ottenere un miglioramento del dolore e della funzione. In alcuni studi infatti è emerso che l'aspecificità della tecnica di mobilizzazione a livello dei segmenti cervicali porta a risultati che non si discostano significativamente da quelli ottenuti applicando la tecnica ad un livello specifico.[12,13,14] Questo nella pratica clinica permette, a parità di efficacia, di poter scegliere il segmento cervicale da trattare in funzione dello stato di irritabilità del paziente in quel momento.

- È possibile affermare, con supporto di moderata evidenza, che in generale la manipolazione, la mobilizzazione e le tecniche Mulligan hanno effetti simili sul NP, a seconda però del caso clinico preso in analisi. Risultano infatti tutte efficaci per questo disturbo, tuttavia la scelta della specifica tecnica manuale da applicare in trattamento deve seguire un ragionamento clinico che includa un esame soggettivo e fisico del paziente. Ciò permette di identificare il meccanismo di dolore dominante e in che misura le caratteristiche soggettive del paziente e del disturbo possano contribuire al suo mantenimento, guidando così la scelta verso la tecnica manuale più adeguata per raggiungere miglioramenti nel singolo caso clinico in questione.[15,16,17]

Alla luce di queste evidenze è possibile delineare implicazioni cliniche per ridurre il rischio associato ad alcune tecniche di TM applicate al rachide cervicale e per scegliere il livello cervicale di trattamento in funzione allo stato di irritabilità del paziente. Infatti, oltre a verificare l'evidenza sull'efficacia della TM, è importante riconoscere ogni rischio potenziale associato ad essa, soprattutto per quanto riguarda il rachide cervicale, data la vulnerabilità legata alla sua morfologia dovuta alla sua specifica anatomia e alla contiguità con strutture nobili neuro-vascolari.

update of systematic reviews. J Man Manip Ther 2014; 22: 59-74.

6. Bronfort G, Haas M, Evans RL, Bouter LM. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: A systematic review and best evidence synthesis. Spine J 2004; 4: 335-56.

7. Di Fabio RP. Efficacy of manual therapy. Phys Ther 1992; 72:853-64.

8. Bronfort G. Spinal manipulation: Current state of research and its indications. Neurol Clin 1999; 17: 91-111.

9. Mulligan B. "Nags", "Snags", "MWMS" etc. 4 ed. Welligton, New Zealand: Plane View Services Ltd; 1999

10. Hing W, Hall T, Rivett D, Vicenzino B, Mulligan B. The mulligan concept of manual therapy. Elsevier, Australia 2015; 1-489.

11. Evans R, Bronfort G, Schulz C, Maiers M, Bracha Y, Svendsen K, et al. Supervised exercise with and without spinal manipulation performs similarly and better than home exercise for chronic neck pain: A randomized controlled trial. Spine 2012; 37: 903-14.

12. Kanlaya-naphotporn R, Chiradejnant A, Va-

In letteratura infatti si riportano eventi avversi associati alla TM sul rachide cervicale spesso in riferimento alle tecniche di manipolazione HVLA rispetto alla mobilizzazione o al MWM, anche se spesso negli RCT vi è una mancanza di consenso riguardo la loro classificazione e definizione dopo il trattamento.[18] L'evidenza emersa giustifica quindi, nei casi ritenuti esposti a rischio, l'applicazione di tecniche alternative alla manipolazione cervicale al fine di ottenere una comparabile efficacia del trattamento.

Pertanto, al fine di prevenire eventi avversi, l'apporto fruibile e concreto di questa revisione per la pratica clinica consiste nel manipolare il rachide toracico in alternativa a quello cervicale, dal momento che i dati suggeriscono vi sia efficacia nel trattamento del NP in seguito a manipolazione toracica[19] e associare quest'ultima alla mobilizzazione cervicale può essere un modo per aggirare i rischi associati a determinate tecniche cervicali e per migliorare inoltre l'efficacia del trattamento[20].

I risultati emersi rappresentano quindi delle chiavi concrete per raggiungere gli obiettivi terapeutici e delineare la pianificazione del trattamento, che dovrebbero basarsi principalmente sul ragionamento clinico risultante dall'integrazione dell'esame soggettivo e fisico che permettono di scegliere se e quando applicare una specifica tecnica di TM, in associazione o meno ad esercizio, Il criterio di utilizzo della TM inoltre deve essere relazionato ai fattori di contesto del caso clinico in questione, ovvero alle componenti della sfera biopsicosociale che agiscono sul soggetto e sul suo disturbo, sulle quali ragionare per la scelta del trattamento.

La principale difficoltà nell'applicazione di un corretto ragionamento clinico e nella scelta del relativo trattamento consiste nell'alto numero di associazioni tra le tecniche disponibili di competenza del fisioterapista e l'alto numero di casistiche individuali.

In supporto a ciò questa revisione offre uno spaccato di quelle che sono le indicazioni per la composizione di un trattamento il più efficace possibile in relazione agli impairments e alla stadiazione del disturbo, tenendo sempre presente che è dovere del fisioterapista integrare queste indicazioni in un ragionamento clinico che consideri i relativi fattori di contesto ambientali e sociali del singolo paziente. Questo si concretizza in un valido strumento per il fisioterapista che, con più sicurezza, può così scegliere ponderatamente la migliore combinazione tra le tipologie di tecniche manuali, associando ad esse esercizi per fornire il trattamento più adeguato ed efficace al singolo paziente.

Ciò che il fisioterapista deve quindi tener presente sulla base di questa revisione è che, in soggetti con NP in fase acuta/sub-acuta, la combinazione di diverse tecniche di TM con l'esercizio è più efficace della TM o dell'esercizio eseguiti singolarmente, specie se quest'ultimo viene eseguito, con frequenza e intensità a tolleranza del paziente, in modo costante e con supervisione del fisioterapista. Lo stesso vale per soggetti in fase cronica, in

chalathiti R. The immediate effects of mobilization technique on pain and range of motion in patients presenting with unilateral neck pain: A randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil 2009; 90: 187-92.

13. Aquino RL, Caires PM, Furtado FC, Loureiro AV, Ferreira PH, Ferreira ML. Applying joint mobilization at different cervical vertebral levels does not influence immediate pain reduction in patients with chronic neck pain: A randomized clinical trial. J Man Manip Ther 2009; 17: 95-100.

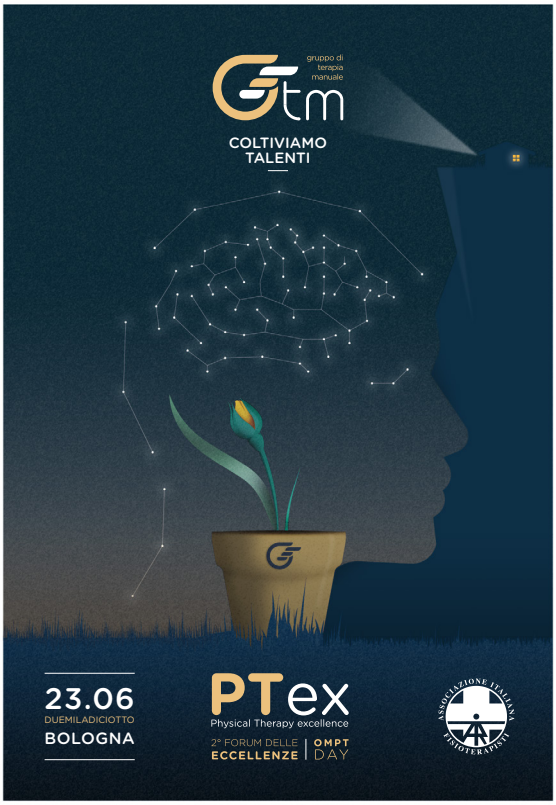
14. Schomacher J. The effect of an analgesic mobilization technique when applied at symptomatic or asymptomatic levels of the cervical spine in subjects with neck pain: A randomized controlled trial. J Man Manip Ther 2009; 17: 101-8.

15. Dewitte V, Beernaert A, Vanthillo B, Barbe T, Danneels L, Cagnie B. Articular dysfunction patterns in patients with mechanical neck pain: A clinical algorithm to guide specific mobilization and manipulation techniques. Man Ther 2014; 19:2-9

16. Jones M, Edwards I, Gifford L. Conceptual models for implementing

cui si riscontra una simile efficacia tra le tipologie di TM, con particolare riguardo però alla manipolazione che, previa valutazione dei fattori di rischio, apporta efficacia solo nel brevissimo termine. Al fine di mirare ad un'efficacia a lungo termine, verranno associate in seguito le altre tecniche di mobilizzazione, le quali non necessariamente devono essere eseguite sul livello vertebrale sintomatico. In fase cronica fondamentale è il ruolo dell'esercizio da associare alla TM, sempre costante e inizialmente supervisionato, per educare il paziente alla gestione del suo problema.

GLI APPUNTAMENTI
da non perdere



biopsychosocial theory in clinical practice. Man Ther 2002; 7: 2-9.

17. Hidalgo B. Evidence based orthopaedic manual therapy for patients with non-secific low back pain: An integrative approach. J Back Musculoskelet Rehabil 2016; 29: 231-9.

18. Carnes D, Mars TS, Mullinger B, Froud R, Underwood M. Adverse events and manual therapy: A systematic review. Man Ther 2010; 15: 355-63.

19. Vincent K, Maigne JY, Fischhoff C, Lanlo O, Dagenais S. Systematic review of manual therapies for nonspecific neck pain. Joint Bone Spine 2013; 80: 508-15.

20. Masaracchio M, Cleland JA, Hellman M, Hagins M. Shortterm combined effects of thoracic spine thrust manipulation and cervical spine nonthrust manipulation in individuals with mechanical neck pain: A randomized clinical trial. J Orthop Sports Phys Ther 2013; 43: 118-27.

Manual therapy compared with physical therapy in patients with non-specific neck pain: a randomized controlled trial.

Chiropr Man Therap. 2017 Apr 28;25:12. doi: 10.1186/s12998-017-0141-3. eCollection 2017.
Groeneweg R, van Assen L, Kropman H, Leopold H, Mulder J, Smits-Engelsman BCM, Ostelo RWJG, Oostendorp RAB, van Tulder MW.

Abstract

BACKGROUND
Manual therapy according to the School of Manual Therapy Utrecht (MTU) is a specific type of passive manual joint mobilization. MTU has not yet been systematically compared to other manual therapies and physical therapy. In this study the effectiveness of MTU is compared to physical therapy, particularly active exercise therapy (PT) in patients with non-specific neck pain.

METHODS
Patients neck pain, aged between 18-70 years, were included in a pragmatic randomized controlled trial with a one-year follow-up. Primary outcome measures were global perceived effect and functioning (Neck Disability Index), the secondary outcome was pain intensity (Numeric Rating Scale for Pain). Outcomes were measured at 3, 7, 13, 26 and 52 weeks. Multilevel analyses (intention-to-treat) were the primary analyses for overall between-group differences. Additional to the primary and secondary outcomes the number of treatment sessions of the MTU group and PT group was analyzed. Data were collected from September 2008 to February 2011.

RESULTS
A total of 181 patients were included. Multilevel analyses showed no statistically significant overall differences at one year between the MTU and PT groups on any of the primary and secondary outcomes. The MTU group showed significantly lower treatment sessions compared to the PT group (respectively 3.1 vs. 5.9 after 7 weeks; 6.1 vs. 10.0 after 52 weeks).

CONCLUSIONS
Patients with neck pain improved in both groups without statistical significantly or clinically relevant differences between the MTU and PT groups during one-year follow-up.

Dott.
ANDREA COLOMBI

Chartered Physiotherapist

Orthopaedic Manipulative Physical Therapist

Lecturer assistant "Master in Riabilitazione dei disordini muscoloschetrici" (IFOMPT affiliated - Savona, Italy)

MSc student - Pain Science and Management - Keele University

Official associate of Gruppo di Terapia Manuale (IFOMPT MO) - AIFI

MHCPC

MCSP

MAIFI

SINOSSI

in questo studio randomizzato controllato svolto dal gruppo di ricerca olandese coordinato dal Prof.Dr. Maurits W. van Tulder e dal Prof. Dr. Raymond W. J. G. Ostelo (gruppo di ricerca famoso nell'ambito della ricerca clinica sui disturbi muscoloscheletrici), gli autori hanno voluto analizzare in maniera pragmatica l'efficacia di due tipologie di intervento di natura fisioterapica su pazienti con dolore cervicale di origine non-specifica della durata maggiore di due settimane e minore di un anno.[1]

Questi criteri di inclusione hanno permesso di limitare gli effetti che eventuali fattori di confondimento come la regressione verso la media e la storia naturale del disturbo[2] avrebbero potuto avere sui risultati e di escludere quei quadri estremamente cronici in cui i fattori psicosociali sono preponderanti. Tuttavia, come sottolineato dagli autori, il fatto di non avere un gruppo di controllo "no-intervento" non assicura la completa eliminazione di tale problema.[3]

181 soggetti sono stati randomizzati con metodo a blocchi stratificato in due gruppi (per il protocollo dello studio).[4]

Nel primo gruppo è stato somministrato un intervento di terapia manuale che viene insegnato in una scuola olandese (con presupposti teorici diversi da quelli che vengono insegnati nei percorsi OMT in Italia), il quale presupponeva mobilizzazione articolare artrocinematica e osteocinematica di grado III simile a quella descritta da Maitland non solo del distretto dolente, ma un po' in tutte le articolazioni della colonna e degli arti assieme ad informazione sulle ADL e sullo stile di vita ed esercizio domiciliare non supervisionato, ma personalizzato sul paziente. Le sessioni potevano durare da 30 a 60 minuti a cadenza settimanale o bisettimanale, per un massimo di 6 sedute in sei settimane a discrezione del terapista in base alle condizioni cliniche del paziente e lo stato di avanzamento della riabilitazione.

Nel secondo gruppo è stato proposto una tipologia di intervento fisioterapico, in cui al primo appuntamento veniva data ai fisioterapisti la possibilità di fare una raccolta anamnestica e un esame fisico. Dopodiché, il trattamento si poteva basare su esercizio terapeutico attivo (allo scopo di rinforzare i muscoli profondi del collo e delle spalle, di migliorare la mobilità del rachide cervicale e la coordinazione dei movimenti), trazioni manuali, stretching e/o massaggio. Il tipo di trattamento era a discrezione del fisioterapista e personalizzato su di ogni paziente a seconda delle loro abilità individuali, la loro tolleranza al tipo di intervento scelto, la loro condizione clinica e alle proprie ADL.

Le sessioni non potevano essere più di due a settimana per un massimo di 9 sedute ed erano della durata di circa 30' in base al tipo di paziente in cui almeno 20' erano spesi nell'esercizio attivo.

Gli outcome primari erano il Global Perceived Effect (GPE) a

BIBLIOGRAFIA UTILIZZATA PER LA DISCUSSIONE:

1. Groeneweg R, van Assen L, Kropman H, Leopold H, Mulder J, Smits-Engelsman BCM, et al. Manual therapy compared with physical therapy in patients with non-specific neck pain: a randomized controlled trial. Chiropractic & Manual Therapies. 2017;25(1).

2. Linden A. Assessing regression to the mean effects in health care initiatives. BMC Medical Research Methodology. 2013;13(1).

3. Hróbjartsson A. What are the main methodological problems in the estimation of placebo effects? Journal of Clinical Epidemiology. 2002;55(5):430-5.

4. Groeneweg R, Kropman H, Leopold H, van Assen L, Mulder J, van Tulder MW, et al. The effectiveness and cost-evaluation of manual therapy and physical therapy in patients with sub-acute and chronic non specific neck pain. Rationale and design of a Randomized Controlled Trial (RCT). BMC Musculoskeletal Disorders. 2010;11(1).

5. Armijo-Olivo S, Fuentes J, da Co-

la Neck Disability Index (NDI) a 3,7,13,26 e 52 settimane, mentre come outcome secondari sono stati valutati il dolore con la Numeric Rating Scale - Pain (NRS-P, 0-10). Inoltre, alla baseline sono stati raccolti dati su fattori prognostici come la credibilità del trattamento e le aspettative e preferenze dei pazienti su quest'ultimo.

In entrambi i gruppi sono stati riscontrati effetti positivi, laddove il gruppo di TM ha evidenziato in generale un maggiore Global Perceived Effect e una riduzione della NDI a quasi tutti i follow-up, anche se queste differenze non erano statisticamente significative (tranne per la GPE a 3 settimane a favore della TM).

Anche per quanto riguarda il dolore le differenze tra i due gruppi non si sono rilevate né statisticamente né clinicamente significative.

COMMENTO

Non sorprende che questo studio non sia stato in grado di evidenziare marcate differenze tra i due approcci, sebbene essi si fondino su presupposti teorici differenti. D'altronde, sebbene il secondo gruppo prevedeva una parte di esercizio terapeutico attiva, entrambi gli approcci includevano una preponderante interazione paziente-fisioterapista e contatto manuale, che come noto, difficilmente possono essere soggetti a cecità.[5]

È plausibile, quindi, che i risultati di questo studio siano stati influenzati da effetti non-specifici di contesto, i quali è risaputo esercitino un'azione determinante in ambito fisioterapico.[6]

Inoltre, come riportato dagli autori, entrambi i gruppi partivano alla baseline con livelli di NDI alquanto bassi (gruppo 1: media 12.5, DS (6.8); gruppo 2: media 11.7, DS (5.4)) rendendo non agevole il compito di rilevare differenze sia statisticamente che clinicamente significative in questo outcome. L'autore, contattato tramite email, ha spiegato che questi livelli di NDI sono in linea con quelli di altri studi in questo ambito svolti su di una popolazione olandese. [7-9]

È abbondantemente supportato in letteratura, l'enunciato che i disturbi muscoloscheletrici non-specifici sia acuti che cronici siano di natura multidimensionale.[10-13]

Ne segue, che la presa in carico di questa tipologia di pazienti, non debba focalizzarsi univocamente verso una singola tipologia di intervento (solo terapia manuale, solo esercizio o solo pain physiology education), ma sarà il risultato di un percorso multimodale flessibile e personalizzato sulla singola persona.

Quest'ultimo, infatti, deve essere deciso, discusso, modificato e progredito in itinere e in stretta collaborazione col paziente, tenendo conto anche di elementi come la condizione clinica del momento, la percezione di beneficio, l'incremento della tolleranza al trattamento, il miglioramento della funzione, l'adattamento

sta BR, Saltaji H, Ha C, Cummings GG. Blinding in Physical Therapy Trials and Its Association with Treatment Effects. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2017;96(1):34-44.

6. Testa M, Rossettini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. Manual Therapy. 2016;24:65-74.

7. Pool JJM, Ostelo RWJG, Knol DL, Vlaeyen JWS, Bouter LM, de Vet HCW. Is a Behavioral Graded Activity Program More Effective Than Manual Therapy in Patients With Subacute Neck Pain? Spine. 2010;35(10):1017-24.

8. Vonk F, Verhagen AP, Twisk JW, Köke AJA, Luiten MWCT, Koes BW. Effectiveness of a behaviour graded activity program versus conventional exercise for chronic neck pain patients. European Journal of Pain. 2009;13(5):533-41.

9. Hoving JL, Koes BW, de Vet HCW, van der Windt DAWM, Assendelft WJJ, van Mameren H, et al. Manual Therapy, Physical Therapy, or Continued Care by a General Practitioner for Patients with Neck Pain. Annals of Internal Medicine. 2002;136(10):713.

tissutale e neurofisiologico e allo stesso tempo incoraggiare la gestione autonoma del disturbo e accrescere l'autoefficacia.

Tuttavia, per la buona riuscita di un intervento terapeutico riabilitativo, non sono di minore importanza le aspettative e preferenze dei pazienti, le loro esperienze pregresse e obiettivi futuri.

Quest'ultimi, infatti, ricorrono alla fisioterapia nella maggior parte dei casi con l'auspicio di ridurre il dolore e migliorare la funzionalità, pertanto si aspettano qualcosa in più da quello che potrebbero ottenere da una visita medica generale.[14]

A favore di quest'ultimo punto viene la nota positiva che, in questo studio per quanto riguarda la GPE, vi è stato un effetto generalmente maggiore nel breve termine (3-7 settimane) in entrambi i gruppi, con differenze statisticamente significative a favore del primo nelle prime 3 settimane.

Pertanto, quando appropriato, la somministrazione di un trattamento manuale può, almeno nel breve periodo, portare a quei benefici che favoriscono l'instaurazione di una buona alleanza terapeutica fisioterapista/paziente e facilitare, quindi, la successiva implementazione di un piano terapeutico con obiettivi a lungo termine.

Il fisioterapista specializzato nella riabilitazione dei disordini muscoloscheletrici ha nel proprio background un ventaglio di strumenti che gli consente di far fronte alla vasta gamma di fattori sopra evidenziati e di instradare il percorso terapeutico di ogni singolo paziente verso il migliore possibile. A tal proposito potrà avallare un piano terapeutico multimodale che può comprendere trattamenti manuali (mobilizzazione/manipolazione articolare e trattamento dei tessuti molli), elementi riguardanti l'esercizio terapeutico e controllo motorio, nonché pain physiology education ed educazione del paziente alla gestione ottimale delle ADL.

SEI UNA COLLEGA MOTIVATO ED APPASSIONATO?

con conoscenze sul tema e interesse a collaborare alla crescita del progetto?

contattaci redazione@terapiamanuale.pro

10. Lotze M, Moseley GL. Theoretical Considerations for Chronic Pain Rehabilitation. Physical Therapy. 2015;95(9):1316-20.

11. Tousignant-Laflamme Y, Martel MO, Joshi A, Cook C. Rehabilitation management of low back pain – it’s time to pull it all together! Journal of Pain Research. 2017;Volume 10:2373-85.

12. Kim R, Wiest C, Clark K, Cook C, Horn M. Identifying risk factors for first-episode neck pain: A systematic review. Musculoskeletal Science and Practice. 2018;33:77-83.

13. O'Sullivan P, Caneiro JP, O'Keeffe M, O'Sullivan K. Unraveling the Complexity of Low Back Pain. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2016;46(11):932-7.

14. McRae M, Hancock MJ. Adults attending private physiotherapy practices seek diagnosis, pain relief, improved function, education and prevention: a survey. Journal of Physiotherapy. 2017;63(4):250-6.

A self-managed single exercise programme versus usual physiotherapy treatment for rotator cuff tendinopathy: a randomised controlled trial (the SELF study).

Littlewood C, Bateman M, Brown K, Bury J, Mawson S, May S, Walters SJ. Clin Rehabil. 2016 Jul;30(7):686-96.
DOI: 10.1177/0269215515593784. PMID: 26160149

Abstract

To evaluate the clinical effectiveness of a self-managed single exercise programme versus usual physiotherapy treatment for rotator cuff tendinopathy.

DESIGN
Multi-centre pragmatic unblinded parallel group randomised controlled trial.

SETTING
UK National Health Service.

PARTICIPANTS
Patients with a clinical diagnosis of rotator cuff tendinopathy.

INTERVENTIONS
The intervention was a programme of self-managed exercise prescribed by a physiotherapist in relation to the most symptomatic shoulder movement. The control group received usual physiotherapy treatment.

MAIN OUTCOME MEASURES
The primary outcome measure was the Shoulder Pain & Disability Index (SPADI) at three months. Secondary outcomes included the SPADI at six and twelve months.

RESULTS
A total of 86 patients (self-managed loaded exercise n=42; usual physiotherapy n=44) were randomised. Twenty-six patients were excluded from the analysis because of lack of primary outcome data at the 3 months follow-up, leaving 60 (n=27; n=33) patients for intention to treat analysis. For the primary outcome, the mean SPADI score at three months was 32.4 (SD 20.2) for the self-managed group, and 30.7 (SD 19.7) for the usual physiotherapy treatment group; mean difference adjusted for baseline score: 3.2 (95% Confidence interval -6.0 to +12.4 P = 0.49).By

Dott.
TIZIANO INNOCENTI

FT, OMT,
MSc candidate

Fisioterapista, Orthopaedic Manipulative Physical Therapist (OMPT)

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici, Università di Genova

Corso di Perfezionamento in Revisioni Sistematiche e Meta-Analisi Cochrane

EBP Core Curriculum Fondazione GIMBE

Collaboratore alla didattica Master in Riabilitazione dei Disordini Muscolo-Scheletrici, Università di Genova

Collaboratore presso PEDro Database

six and twelve months there remained no significant difference between the groups.

CONCLUSIONS
This study does not provide sufficient evidence of superiority of one intervention over the other in the short-, mid- or long-term and hence a self-management programme based around a single exercise appears comparable to usual physiotherapy treatment.

BACKGROUND ED OBIETTIVI

La tendinopatia della cuffia dei rotatori è un disordine muscolo-scheletrico comune, che affligge circa il 14% della popolazione in età lavorativa (Littlewood et al. 2013).

In letteratura sono riportati molteplici interventi, sia di tipo chirurgico che conservativo, e le evidenze a nostra disposizione ci suggeriscono che questi due approcci riportano effetti comparabili. L'esercizio terapeutico si è dimostrato efficace nella gestione di questo tipo di disordini muscolo-scheletrici, tuttavia, non è chiaro quale sia la posologia ottimale (Littlewood et al. 2013).

L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia di un programma domiciliare costituito da un solo esercizio in carico versus fisioterapia convenzionale in pazienti con tendinopatia della cuffia dei rotatori.

METODI

In questo RCT (Randomized Controlled Trial) hanno reclutato 86 pazienti di età maggiore di 18 anni, con dolore di spalla da più di 3 mesi. I pazienti venivano selezionati in base alla risposta dolorosa provocata da test resistiti in abduzione e rotazione esterna. Sono stati poi randomizzati in due gruppi: un gruppo in cui i partecipanti eseguivano in autonomia un singolo esercizio contro gravità o resistenza elastica, con dolore concesso durante l'esercizio (approccio che viene definito painful) ma che non perdurasse al termine (Gruppo A = 42 partecipanti), ed un altro in cui venivano sottoposti a fisioterapia convenzionale (Gruppo B = 46 partecipanti) che comprendeva counseling, esercizi, stretching, terapia manuale, massaggio, agopuntura, elettroterapia, iniezioni di corticosteroidi, il tutto a discrezione del fisioterapista.

Il singolo esercizio veniva individuato in base al movimento doloroso del paziente, generalmente veniva lasciata una contrazione isometrica in abduzione, per poi progredire con contrazioni isotoniche. Qualora l'esercizio in abduzione fosse avesse aumentato la reattività (dolore che perdura anche a distanza dalla sessione), veniva eseguito in flessione o rotazione esterna.

I trattamenti venivano eseguiti 2 volte al giorno nel gruppo A, mentre le sedute venivano somministrate a discrezione del fisioterapista nell'altro gruppo. Le valutazioni sono state eseguite alla baseline ed a 3-6-12 mesi.

BIBLIOGRAFIA UTILIZZATA PER LA DISCUSSIONE:

Curry EJ ME, Dong Y, Higgins LD, Katz JN, Jain NB. Structural Characteristics Are Not Associated With Pain And Function In Rotator Cuff Tears: the Row Cohort Study. Orthopaedic Journal Of Sports Medicine. 2015;3:

Hegedus EJ, Cook C, Lewis J, Wright A, Park JY. Combining orthopedic special tests to improve diagnosis of shoulder pathology. Physical therapy in sport : official journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Sports Medicine. 2015;16:87-92.

Lewis J. Rotator cuff tendinopathy/subacromial impingement syndrome: is it time for a new method of assessment? British journal of sports medicine. 2009;43:259-264.

Littlewood C, May S and Walters S. Epidemiology of rotator cuff tendinopathy: a systematic review. Shoulder Elb. 2013; 5: 256–265.

Littlewood C, May S and Walters S. A review of systematic reviews of the effectiveness of conservati-

RISULTATI

Sia in termini di Dolore che di disabilità (Outcome primario: SPADI scale), sia in termini di restrizione alla partecipazione (SF-36), non c'è stata differenza statisticamente significativa tra i due approcci a 3-6-12 mesi di follow up.

CRITICITÀ DELLO STUDIO E SPUNTI DI RIFLESSIONE

- Validità Interna: ci sono elementi che possano costituire un rischio di bias[1]?

Solo il 70% dei pazienti hanno completato il follow-up a 3 mesi, il 56% a 6 mesi e il 49% a 12 mesi. Questo espone lo studio ad alto rischio di attrition bias[2], e ci impone cautela nella lettura dei risultati.

- Validità esterna: ci sono elementi che rendano difficile l'applicazione dei risultati dello studio ai pazienti della mia realtà clinica?

- Il tipo di approccio proposto (l'esecuzione di un singolo esercizio con dolore, con risultati tangibili a 3 mesi) potrebbe non essere ben generalizzabile a tutte le realtà riabilitative. Traslando infatti questo tipo di trattamento in un contesto ambulatoriale di libera professione, proporre al paziente una tale modalità di trattamento, con un singolo esercizio doloroso e risultati a 3 mesi, potrebbe diminuire la compliance terapeutica. Di fatti, potrebbe essere proprio questo uno dei motivi per cui nello studio vi è stata una considerevole quantità di soggetti persi al follow-up. Inoltre, un approccio terapeutico totalmente painful e a "distanza" potrebbe non essere una strategia vincente in pazienti con meccanismi marcati di fear-avoidance, in cui la gestione delle aspettative e dell'educazione risulta essere di primaria importanza.

CLINICAL IMPLICATIONS

Questo studio costituisce un tassello importante nella gestione dei pazienti con disordini muscolo-scheletrici di spalla. La paragonabile efficacia di un singolo esercizio rispetto alla fisioterapia convenzionale ci aiuta a capire quanto possa essere clinicamente utile, efficiente ed efficace dosare il giusto carico nel paziente con problematiche di spalla.
Inoltre questo studio tenta di superare i limiti dell'approccio valutativo che per anni ha guidato l'inquadramento di pazienti con "shoulder pain": da tempo infatti, sia da un punto di vista diagnostico, sia da un punto di vista di trattamento, è stata data molta importanza alle strutture anatomiche presunte responsabili del dolore del paziente.

Tuttavia le evidenze a nostra disposizione ci confermano che dolore e condizione clinica non sono correlabili con quanto mostrano le bioimmagini (in termini di dimensione della lesione, retrazioni tendinee o atrofia muscolare) (Curry et al. 2015) ed anche

ve interven- tions for rotator cuff tendinopathy. Shoulder Elb. 2013; 5:151-167

Teys P, Bisset L, Vicenzino B. The initial effects of a Mulligan's mobilization with movement technique on range of movement and pressure pain threshold in pain-limited shoulders. Maner. 2008;13(1):37-42.

per questo i test manuali, che si prefiggono di valutare/stressare singole strutture, presentano una scarsa accuratezza diagnostica, sia somministrati singolarmente che in cluster (Hegedus et al. 2015).

Questo studio tenta di superare queste difficoltà, svincolandosi da etichette diagnostiche fallaci e structure-oriented (impingement ecc), includendo i pazienti non in base a positività ai test manuali, bensì a movimenti contro resistenza che diano un'indicazione del gesto doloroso.

In questo modo potrebbe essere possibile garantire un approccio terapeutico che sia più indicativo del pattern disfunzionale del paziente e non che miri ad allungare/stretchare/mobilizzare precise strutture anatomiche, evitando di proporre ai pazienti una lunga serie di trattamenti disparati, senza un razionale clinico e dispendiosi economicamente (come proposto al gruppo di controllo in questo studio, e che purtroppo rappresenta spesso la usual care).

Ad ottimizzare il link tra valutazione e trattamento, può aiutarci la Terapia Manuale: un crescente numero di autori negli ultimi anni, ha introdotto principi di valutazione/trattamento che si basano su aspetti clinici e non su logiche legate alla patologia strutturale, che ci consentano già in fase valutativa di creare un ponte verso la terapia.

Un esempio è la Shoulder Symptoms Modification Procedure proposta da Jeremy Lewis (Lewis 2009) che prevede il confronto tra attività e gesti sintomatici identificati dal paziente, prima e dopo l'applicazione di una serie di manovre cliniche. L'obiettivo di questo procedimento è quello di trovare una tecnica (o una combinazione di tecniche) che riduca o annulli i sintomi del paziente all'interno del gesto doloroso, proponendola poi come trattamento in studio o a domicilio. Approccio simile può essere proposto attraverso le tecniche di Mulligan, in cui la riduzione del dolore che segue una tecnica manuale ci fornisce un'indicazione sul suo possibile utilizzo come strategia di trattamento, dimostrandosi utile nella gestione del dolore di spalla (Teys et al. 2008). Questo tipo di approccio inoltre, permette di trovare una finestra terapeutica pain-free all'interno della quale agire, e potrebbe essere una strategia vincente nel paziente con condizione clinica acuta, in cui l'approccio painful potrebbe aumentare la reattività.

[1] Per bias si intende un errore sistematico (cioè non dovuto al caso) che si può verificare in fase di progettazione e/o conduzione dello studio e che porta ad una distorsione dei risultati dello studio stesso

[2] L'attrition Bias è quel bias dovuto alla perdita di pazienti al follow-up. Perdite selettive possono modificare la distribuzione dei fattori prognostici del campione arruolato, portando alla distorsione dei risultati

TAKE HOME MESSAGES

- Lo studio ci conferma come l'esercizio terapeutico, risulta essere una strategia efficiente ed efficace nella gestione del paziente con dolore di spalla.
- La strategia di approccio painful dovrebbe però essere inserita in un trattamento multimodale che prevede l'educazione del paziente e la modifica di credenze errate, al fine di evitare meccanismi di fear-avoidance.
- In assenza di test ortopedici manuali affidabili e consolidata la scarsa correlazione tra ciò che mostrano le bioimmagini e la condizione clinica del paziente, la terapia manuale ci può consentire di proporre un approccio terapeutico pratico, fruibile ed intuitivo che ci consenta già in valutazione di creare un ponte per il trattamento, rappresentando una strategia ottimale anche in pazienti con condizioni cliniche acute e meccanismi di elaborazione del sintomo dolore a prevalenza periferica (nocicettiva), dove un approccio painful potrebbe essere controproducente.

The symptomatic and functional effects of manual physical therapy on plantar heel pain: a systematic review.

J Man Manip Ther. 2017 Feb;25(1):3-10. doi: 10.1080/10669817.2015.1106818. Epub 2016 Apr 26.

Mischke JJ, Jayaseelan DJ, Sault JD, Emerson Kavchak AJ.
PMID: 28855787 | PMCID: PMC5539575 [Available on 2018-02-01]
DOI: 10.1080/10669817.2015.1106818

OBIETTIVI
Il dolore plantare è comune e può essere fortemente disabilitante. Sfortunatamente, esiste un gap in letteratura riguardo a quale sia l'intervento ottimale nella gestione di questa condizione dolorosa. E' stata realizzata una revisione sistematica sulle attuali evidenze scientifiche per valutare il ruolo della terapia manuale nel trattamento del dolore plantare.

METODI
Una ricerca computer-assistita di studi randomizzati controllati è stata effettuata su MEDLINE, EMBASE, Cochrane, CINAHL e Rehabilitation & Sports Medicine Source, conclusa il 7 gennaio 2014. Dopo la selezione per titoli, 3 revisori indipendenti hanno selezionato gli abstract e successivamente i full text per la revisione.

RISULTATI
8 articoli sono stati selezionati per la revisione finale e sono stati sottoposti a valutazione della qualità metodologica attraverso scala di PEDro. L'eterogeneità degli studi non ha permesso un'analisi quantitativa. Solamente 2 studi hanno totalizzato un punteggio superiore a 7/10, analizzando tecniche di mobilizzazione articolare, dei tessuti molli e del tessuto nervoso e ottenendo miglioramenti statisticamente significativi nei sintomi e negli outcome funzionali nel gruppo a cui è stata applicata terapia manuale.

DISCUSSIONI
La revisione suggerisce che la terapia manuale è efficace nel trattamento del dolore plantare; tuttavia ulteriori ricerche sarebbero necessarie per confermare questi risultati data la preponderanza di studi di bassa qualità.

Foot pain; Heel pain; Manual therapy; Plantar fasciitis.

Dott.ssa
SOLEIKA SALVIOLI

Fisioterapista

Orthopaedic Manipulative Physical Therapist (OMPT)

Assistente alla didattica Master in Riabilitazione dei Disordini Muscolo-Scheletrici

LIMITI E PUNTI DI FORZA

La revisione sistematica condotta da Mischke et al. ha l'obiettivo di indagare l'efficacia della terapia manuale nella pratica clinica del fisioterapista su pazienti con dolore alla pianta del piede.

La fascia plantare è stata considerata per lungo tempo la fonte principale di questa localizzazione dolorosa, tuttavia recenti acquisizioni le attribuiscono ancora un ruolo incerto, non solo perché risultano ancora indefiniti i meccanismi infiammatori di produzione del dolore [1], ma anche perché si sono evidenziate alterazioni a carico di ossa, nervi e altri tessuti molli agli esami di imaging, suggerendo la possibilità che altre strutture, oltre alla fascia, possano avere un ruolo nella genesi del dolore al tallone [2]. La letteratura più recente consiglia, quindi, l'utilizzo del termine ombrello "Plantar heel pain" [3].

Alla luce di questo, sembra che la letteratura scientifica si stia muovendo verso un inquadramento aspecifico del dolore alla pianta del piede, a causa della difficoltà nell'identificare quale sia la fonte del dolore. Tuttavia sarebbe opportuno escludere a priori i quadri clinici diagnosticabili e che richiederebbero un trattamento specifico, come quelli riconducibili a fratture, esiti di traumi, diagnosi di malattie reumatiche al retropiede o alla caviglia, lesioni nervose, tendinopatie al tendine d'Achille o dolore post-operatorio.

Questa problematica, non individuata nella presente revisione, è stata invece affrontata nel protocollo della revisione Cochrane che si propone di indagare l'efficacia di diversi interventi sulla stessa problematica [4], e per questo motivo per l'individuazione dei pazienti si avvale della definizione fornita dalle linee guida che indica il "plantar heel pain" come un "dolore sulla superficie plantare del tallone che si accentua nei primi passi dopo un periodo di riposo o peggiora dopo il carico prolungato" [5].

Un elemento utile per il decision making, ma assente in questa revisione, è la presentazione dei risultati suddivisi in base alla durata dei sintomi: la terapia manuale potrebbe avere una diversa efficacia a seconda che il dolore sia acuto o cronico, o meglio, in base ai meccanismi prevalenti (centrali o periferici) che sostengono i sintomi, per questo motivo sarebbe utile al lettore sapere quando la terapia manuale è da preferire ad altri interventi a seconda di questo parametro. Infatti, la terapia manuale potrebbe non rappresentare il trattamento di elezione nei pazienti con dolore cronico dove, al contrario, potrebbe essere più opportuno integrarla con approcci mirati agli impairment neurofisiologici centrali, ma finché questa possibilità non viene adeguatamente indagata, è possibile solo fare speculazioni teoriche.

Gli unici criteri di selezione sono stati il genere umano, la lingua inglese, il disegno di studio randomizzato controllato (ritenuto il gold-standard per dimostrare l'efficacia di un intervento [6]) e il trattamento di terapia manuale applicato al gruppo sperimentale.

BIBLIOGRAFIA UTILIZZATA PER LA DISCUSSIONE:

Physical interventions (orthoses, splints, exercise and manual therapy) for treating plantar heel pain

Physical interventions (orthoses, splints, exercise and manual therapy)

1. Lemont, H., K.M. Ammirati, and N. Usen, Plantar fasciitis: a degenerative process (fasciosis) without inflammation. J Am Podiatr Med Assoc, 2003. 93(3): p. 234-7.

2. van Leeuwen, K.D., et al., Higher body mass index is associated with plantar fasciopathy/'plantar fasciitis': systematic review and meta-analysis of various clinical and imaging risk factors. Br J Sports Med, 2016. 50(16): p. 972-81.

3. Riel, H., et al., Is 'plantar heel pain' a more appropriate term than 'plantar fasciitis'? Time to move on. Br J Sports Med, 2017. 51(22): p. 1576-1577.

4. Rogers, J.A., et al., Physical interventions (orthoses, splints, exercise and manual therapy) for treating plantar heel pain. The Cochrane Library, 2016.

5. Martin, R.L., et al.,

Tuttavia gli autori non specificano se la selezione degli studi dipenda anche dal tipo di trattamento applicato al gruppo di controllo: una suddivisione dei risultati sulla base di questo parametro darebbe al clinico informazioni su quando preferire la terapia manuale ad un altro trattamento ipotizzato utile dopo una valutazione iniziale del paziente. Inoltre, darebbe la certezza che gli studi non inclusi siano tali perché non hanno soddisfatto i criteri di inclusione e non per un possibile bias degli autori (che potrebbero decidere di escludere uno studio poiché non ottiene i risultati sperati, per esempio).

Gli autori avrebbero dovuto specificare se, per essere inclusi nella revisione, gli studi avessero dovuto applicare la terapia manuale come unico trattamento o anche in associazione ad altri co-interventi e, nel secondo caso, se quest'ultimi dovessero essere applicati ugualmente all'altro gruppo, in modo che la terapia manuale rimanesse l'unico termine di paragone.

In particolare, solo 2 studi su 8 analizzano l'efficacia della terapia manuale applicata singolarmente, ma trovandosi contrapposta a due trattamenti che non compaiono tra i più raccomandati dalle linee guida [5] (ultrasuoni sham [7] e placebo [8]), i risultati ottenuti forniscono informazioni poco rilevanti circa l'efficacia della terapia manuale applicata singolarmente nel trattamento del dolore alla pianta del piede.

Tutto il processo di ricerca, selezione degli articoli e raccolta dei dati è stato portato a termine dai revisori secondo le linee guida contenute nel PRISMA Statement per il reporting delle revisioni sistematiche [9]. Infine, la qualità metodologica degli studi inclusi è stata valutata attraverso la scala di PEDro [10].

La qualità degli studi inclusi si è rivelata medio-bassa in quanto solo 2 studi hanno registrato un punteggio di almeno 7/10 [11, 12].

Tuttavia, il punteggio finale della scala di PEDro non risulta sufficientemente indicativo del rischio di bias dello studio, poiché a parità di somma potrebbero essere presenti bias diversi, con conseguenti risvolti metodologici differenti. Alla luce di questa considerazione, quando si utilizza questo strumento, si consiglia quindi di presentare l'esito della valutazione relativa a ciascun item per ogni studio.

I limiti metodologici maggiormente rilevati nei trial inclusi sono stati la mancanza dell'allocazione nascosta, il cieco dei partecipanti, la misurazione degli outcome nell'85% dei soggetti inizialmente randomizzati e l'analisi dei risultati per intention-to-treat. Inoltre, è noto come sia difficoltoso mantenere in cecità sia i fisioterapisti che i partecipanti negli studi in ambito fisioterapico.

RISULTATI A BREVE TERMINE | ENTRO 4 SETTIMANE

la terapia manuale ha ottenuto effetti statisticamente e clinicamente più rilevanti se associata alla terapia convenzionale rispetto a quest'ultima applicata singolarmente (intesa come ultrasuo-

Heel pain-plantar fasciitis: revision 2014. J Orthop Sports Phys Ther, 2014. 44(11): p. A1-33.

6. Liberati, A., et al., The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. J Clin Epidemiol, 2009. 62(10): p. e1-34.

7. Saban, B., D. Deutscher, and T. Ziv, Deep massage to posterior calf muscles in combination with neural mobilization exercises as a treatment for heel pain: a pilot randomized clinical trial. Man Ther, 2014. 19(2): p. 102-8.

8. Cleland, J.A., et al., Manual physical therapy and exercise versus electrophysical agents and exercise in the management of plantar heel pain: a multicenter randomized clinical trial. J Orthop Sports Phys Ther, 2009. 39(8): p. 573-85.

9. Kuhar, S., K. Subhash, and J. Chitra, Effectiveness of Myofascial Release in Treatment of Plantar Fasciitis: A RCT. Indian Journal of Physiotherapy, 2007. 1(3): p. 3-9.

10. Yadav, A.O. and R. Lakshmiprabha, Comparison of the effects of therapeutic ultrasound v/s myofascial release technique in treatment of plantar fasciitis. Indian J Physiother Occup Ther, 2012. 6: p. 13-16.

ni + esercizi di rinforzo + stretching) [13, 14] sul dolore, nella scala VAS, e sulla funzione con il Foot Function Index.

L'aggiunta del trattamento dei trigger point ad un programma di stretching auto-somministrato è clinicamente più efficace del solo auto-stretching [15] sugli outcome sopraelencati (ma misurati con le relative sottoscale della SF-36). Infine, tecniche strain-counterstrain sono più efficaci del placebo sul dolore intra-seduta, ma questi effetti non sembrano perdurare per più di una settimana [8].

La scarsa qualità metodologica (punteggio da 3/10 a 5/10) dei 4 studi appena citati impedisce di trarre conclusioni certe circa l'efficacia della terapia manuale nel breve termine su soggetti con dolore plantare.

RISULTATI A LUNGO TERMINE | OLTRE 4 SETTIMANE

la terapia manuale si è rivelata statisticamente più efficace degli US sham [7]; se associata ad esercizi ottiene risultati clinicamente migliori e che perdurano fino a 6 mesi rispetto a US + Desametasone + stessi esercizi sulla funzione (misurata con la LEFS e la FAAM), mentre i risultati sul dolore raggiungono la significatività solo statistica a favore del gruppo sperimentale e non si mantengono nel lungo termine [12]; combinata a neurodinamica e stretching è clinicamente più efficace di US+strecthing [11].

Infine, non ci sono state differenze statisticamente significative tra l'utilizzo della terapia manuale e di plantari personalizzati [16].

Siccome i dati di letteratura suggeriscono che la fascite plantare nel 90% dei casi risolve la fase acuta in 6-8 settimane di trattamento conservativo, ma i sintomi regrediscono solo se si prolunga quest'ultimo per almeno 12 mesi [17], è bene analizzare adeguatamente i follow-up degli studi inclusi: quelli che hanno stabilito delle rivalutazioni a lungo termine possono fornire informazioni più utili sulla possibilità della terapia manuale di modificare la prognosi. Tuttavia il periodo considerato varia da 6 settimane a soli 6 mesi, arco di tempo insufficiente per valutare un'eventuale risoluzione della patologia ma sufficiente per individuare un possibile precoce miglioramento della fase acuta o riduzione degli episodi di riacutizzazione dei sintomi.

Al contrario, la valutazione attraverso follow-up entro le 4 settimane potrebbe non essere sufficiente per inquadrare l'efficacia della terapia manuale in nessuna fase della patologia.

Negli studi con follow-up a lungo termine e migliore qualità metodologica, in 3 studi su 4 la terapia manuale ha dimostrato maggiore efficacia: il gruppo di controllo però viene sottoposto a terapie strumentali sham o ad una combinazione di US ed esercizi o US associati ad esercizi e farmaci.

Nonostante le linee guida [5] non forniscano raccomandazioni relativamente all'utilizzo di terapie strumentali in associazione

11. Renan-Ordine, R., et al., Effectiveness of myofascial trigger point manual therapy combined with a self-stretching protocol for the management of plantar heel pain: a randomized controlled trial. J Orthop Sports Phys Ther, 2011. 41(2): p. 43-50.

12. Wynne, M.M., et al., Effect of counterstrain on stretch reflexes, hoffmann reflexes, and clinical outcomes in subjects with plantar fasciitis. J Am Osteopath Assoc, 2006. 106(9): p. 547-56.

13. Ajimsha, M.S., D. Binsu, and S. Chithra, Effectiveness of myofascial release in the management of plantar heel pain: a randomized controlled trial. Foot (Edinb), 2014. 24(2): p. 66-71.

14. Dimou, E.S., J.W. Brantingham, and T. Wood, A Randomized, Controlled Trial (with Blinded Observer) of Chiropractic Manipulation and Achilles Stretching vs. Orthotics for the Treatment of Plantar. Journal of the American Chiropractic Association, 2004. 41(9): p. 32-42.

15. Horobin, L., Diagnosis and treatment of jogger's heel. Emerg Nurse, 2015. 22(9): p. 18-23.

ad altri interventi, riportano dati congruenti con quelli della revisione, supportando solo con grado "C" la maggiorparte delle terapie strumentali (US, Laser e Fonoforesi) e con grado "D" l'elettroterapia.

Nel quarto studio, invece, la mancanza di differenza tra i risultati ottenuti con l'utilizzo di plantari, e quelli ottenuti con la terapia manuale, risulta in accordo con quanto sostenuto da Martin et al. [5], che raccomandano con grado A l'utilizzo dei plantari, personalizzati e non. Trattandosi di due interventi fortemente raccomandati dalle linee guida [5], è necessario che il fisioterapista valuti il loro utilizzo in base agli impairment rilevati dalla valutazione iniziale: ad esempio il plantare è più indicato negli individui che rispondono positivamente all'applicazione del taping che limita la pronazione.

Le misure di outcome utilizzate sono state differenti nei vari studi: tra tutte, la FAAM e il FFI sono le scale di valutazione più idonee per valutare la funzione nei soggetti con fascite plantare [18, 19], così come la VAS per quantificare il dolore al tallone, in quanto è sensibile ed è stato individuato l'MCID per questa localizzazione dolorosa [20].

Come emerge dalle righe precedenti, la mancanza di omogeneità degli studi inclusi rappresenta un limite per la revisione stessa: l'aver utilizzato posologia, modalità di trattamento, follow up e misure di outcome differenti (e a volte non validate per il dolore plantare), ha impedito agli autori di inserire i risultati in una meta-analisi per quantificare l'efficacia del trattamento indagato. Allo stesso tempo, rende più difficoltoso estrapolare informazioni precise su come applicare tale trattamento nel contesto clinico.

CONCLUSIONI e IMPLICAZIONI CLINICHE

Nel breve termine, ci sono scarse evidenze di bassa qualità che la terapia manuale sia efficace sul dolore plantare.

Indirizzata non solo all'area dolente ma anche ai tessuti limitrofi, la terapia manuale sembra portare, invece, vantaggi a lungo termine nel trattamento di questa problematica. Gli studi [11, 12] che supportano questi risultati si sono dimostrati di discreta qualità metodologica e applicabilità esterna, in quanto posologia e tempistiche di trattamento proposte risultano applicabili nella pratica clinica quotidiana.

Tuttavia, nello studio del dolore plantare, emerge un problema di tipo metodologico poiché, come visto per altri distretti, c'è un'evidente difficoltà nell'inquadramento diagnostico di tale patologia. Inoltre, il fatto che nella presente revisione non siano stati specificati i criteri di inclusione ed esclusione delle diverse condizioni che possono provocare dolore alla superficie plantare del tallone, non permette di estendere le conclusioni sull'efficacia della terapia manuale ai differenti quadri clinici.

Ci sono, quindi, scarse evidenze di buona qualità che la terapia ma-

nuale sia efficace nel lungo termine ma risulta a discrezione del clinico indagare impairment e storia clinica del paziente per valutare l'eventuale impiego di questo trattamento.

Come espresso dagli autori, solo 2 studi hanno contemplato la terapia manuale da sola nel gruppo sperimentale, pertanto i risultati non sono solidi in riferimento a questo trattamento applicato singolarmente. In più, non è stata riscontrata nessuna differenza tra i trattamenti di terapia manuale inclusi. Risulta, quindi, a discrezione del clinico individuare l'intervento manuale più idoneo, inserendolo preferibilmente in un contesto multimodale, tenendo conto di diversi parametri risultati dalla valutazione quali le preferenze del paziente, il suo stato clinico attuale e la capacità di carico dei tessuti. Infatti, risulta difficile pensare che per mantenere risultati a lungo termine non ci sia bisogno di una dose progressiva di esercizio terapeutico [5, 21].

Di conseguenza, non è possibile individuare un "protocollo" di trattamento che possa soddisfare tutti i pazienti con dolore plantare, ma dovrà essere basato sul grado d'impairment, sulle capacità del clinico e sulle preferenze del paziente.

Sebbene i risultati supportino le raccomandazioni delle più recenti linee guida [5], serviranno ulteriori studi di maggiore qualità e omogeneità per dare consistenza all'efficacia della terapia manuale nel trattamento del dolore plantare.

In attesa della revisione sistematica Cochrane di Rogers et al. [4], prossima alla pubblicazione, il cui protocollo anticipa che verrà condotta con un rigore metodologico migliore della revisione appena analizzata | **vedi take home messages** a lato.

PER LE AZIENDE

per avere uno spazio dedicato alla tua azienda su questo magazine contattaci all'indirizzo

redazione@terapiamanuale.pro

TAKE HOME MESSAGES

- La terapia manuale potrebbe essere uno strumento a disposizione del clinico nella gestione del dolore plantare al tallone, con buoni risultati soprattutto nel lungo termine.
- Nessuna tecnica manuale si è dimostrata migliore dell'altra, di conseguenza la scelta spetta al clinico dopo un'attenta valutazione iniziale degli impairment.
- Potrebbe essere utile, per aumentare e mantenere i risultati ottenuti, inserire la terapia manuale in un trattamento multimodale che includa anche esercizio terapeutico con carico progressivo.
- È necessario identificare e trattare anche eventuali impairment dei distretti limitrofi.

GTM ringrazia

per questo primo numero

Dott.ssa Giulia Franco | Dott. Andrea Colombi
Dott. Tiziano Innocenti | Dott.ssa Soleika Salvioli
e tutti coloro i quali hanno scritto e collaborato
alla realizzazione e pubblicazione

gruppo di
terapia
manuale

www.**terapiamanuale**.pro