

Relazione dal tema: Il Dolore miofasciale e i Trigger point A cura di Cristian Sinisi

- Il Dolore Miofasciale è una sintomatologia assai poco conosciuta, insorge sia come forma di evento primario, sia secondario ad altre patologie, ed è molto diffusa nella popolazione.

La sindrome dolorosa viene anche nominata:

Miosite, fibrosità, mialgia, miofascite, stiramento muscolare ecc.

La definizione di Travel: “sindrome di dolore miofasciale”, comprende un vasto spettro di dolori muscolari, contratture, limitazione funzionale, in rari casi formicolio nevralgico.

- Il termine latino “*dolor*” (antico comune e panromano) ha vari significati: al pari dei suoi equivalenti attuali può indicare, dolore fisico, sofferenza, dolore morale, pena, tormento, afflizione, dispiacere; usato come soggetto “*dolor*” esprime l’emozione, la passione.
- Nel greco, si utilizza un verbo specifico *alghyno-*. Accanto alla radice *alg-*, vi è un altro termine per indicare le affezioni dolorose legate a malattie: *pathe-*. Questa radice compare nella designazione di sindromi, ma non si limita ad essa, si ritrova in un’ampia serie di termini lessicali che appartengono sia al vocabolario medico, (es. anatomopatologia), che a quello relativo a vissuti affettivi (simpatia, empatia ecc). La caratteristica, sta nel fatto che i termini derivanti da questa radice, hanno il carattere passivo di ciò che si è provato rispetto alle parole derivanti dalla radice (*algos*), che esprimono più una sensazione.

Definizione di dolore

Definizione della IASP, l’International Association Study of Pain: il “Dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata ad un danno tessutale reale o potenziale e descritta in termini di tale danno”;

- **La capacità di sentire il dolore può essere:**
 - aumentata (iperalgia),
 - ridotta (ipoalgia),
 - abolita (analgesia)

per malattie organiche che ledono la recettività, la conduzione o anche l’elaborazione centrale del dolore, oppure per turbe psichiche (stati ansiosi, depressivi ecc).

Mc Caffrey nel 1980 affermò che “il dolore è in generale qualunque cosa il paziente dice che esso sia ed esiste quando il paziente dice che esiste”,

questo per sottolineare il fatto di come il paziente sia l'unico conoscitore veramente esperto del proprio dolore.

Tipi di dolore

1. Nocicettivo =

- **Somatico = causato dalla attivazione dei nocicettori presenti nella cute, nel sottocute nei muscoli e nei tessuti profondi –**
- **Viscerale = dovuto a un danno a carico di organi**

2. Neuropatico o neurogenico = Quello evocato da un danno o una disfunzione di tessuto nervoso, centrale (cervello, midollo spinale) o periferico (nervi periferici)

3. Viscerale = Nasce dalle pareti delle cavità viscerali, è profondo, mal localizzabile

4. Psicogeno - Idiopatico = Se non è possibile dimostrare la presenza di una causa organica – oppure vi è una causa, ma intensità e/o durata del dolore non sono congrui

5. Oncologico = Dolore cronico legato alla malattia . . .

Tipo	Sottotipi	Esempi	Commento
Nocicettivo	Somatico Viscerale	Lesione Cutanea Occlusione del Tenue	Dovuto ad attivazione delle fibre nervose sensibili al dolore
Da Deafferentazione o Neuropatico	Periferico Centrale Somatico Viscerale Da SN Simpatico	Causalgia Dolore Talamico Causalgia Paraplegici Post-Herpes\Fantasma	Dovuto ad interruzione delle vie afferenti; di solito si manifesta con disestesia, spesso urente e lancinante

Psicogeno	S. di Somatizzazione	Dolore Faciale Atipico	Non comprende i disturbi fittizi
	Dolore Psicogeno Puro	Cefalea Cronica	
	Ipocondria		
	Specifico con componente organica		

Il dolore nocicettivo è quello dovuto all'azione dello stimolo algogeno sui nocicettori (recettori del dolore) periferici presenti nei vari tessuti ed in grado di segnalare un danno in atto e/o potenziale.

Può essere definito:

- **Somatico** = quando è causato dalla attivazione dei nocicettori presenti nella cute, nel sottocute nei muscoli e nei tessuti profondi (come l'osso, periostio ecc). Peggiora con il movimento.
- **Viscerale** = dovuto a un danno a carico di organi innervati dal sistema nervoso simpatico (ad es. compressione o stiramento di organi addominali o toracici). Il dolore viscerale spesso non è facilmente localizzabile e può essere riferito in altre parti del corpo rispetto al punto in cui origina. Viene in genere riferito come sordo, gravativo, vibrante.

Per Dolore neuropatico, si intende quello evocato da un danno o una disfunzione di: tessuto nervoso, centrale (cervello, midollo spinale) o periferico (nervi periferici).

In questi casi è possibile che l'alterazione interferisca con la capacità dei **nervi sensoriali** di trasmettere correttamente le informazioni al cervello che, pertanto, interpreta gli stimoli in arrivo come dolorosi anche se non è presente una causa fisiologica evidente o conosciuta. La sede è di difficile localizzazione e i comuni farmaci **analgescici** non hanno molta efficacia.

- E' un dolore "**da proiezione**", che risponde alla **Legge di Ruch: lo stimolo che agisce su una via afferente in qualsiasi punto prossimale rispetto all'organo di ricezione, dà origine a una sensazione che si proietta alla periferia anziché essere percepita nella sede dello stimolo**

Per dolore VISCERALE, si intende un dolore che nasce dalle pareti delle cavità viscerali, è profondo, mal localizzabile, spesso si associa a riflessi neurovegetativi importanti (sudorazione, reaz. vasomotorie, nausea etc.).

- È dovuto a infiammazione, irritazione chimica, necrosi, o anche distensione, contrazione dei visceri o stiramento (es. coliche biliari).

Il dolore si definisce psicogeno-idiopatico quando non è possibile dimostrare la presenza di una causa organica o quando esiste un disturbo fisico che può in qualche modo spiegare la presenza di dolore, ma non la sua intensità e la sua durata. Si ritiene che questo tipo di dolore sia correlato principalmente a problemi psicologici. Ogni parte del corpo può essere interessata, ma la schiena, la testa, l'addome e il collo sono probabilmente le più comuni.

Il **dolore** può manifestarsi: **acuto** o **cronico**.

legato alla patologia tumorale, e può essere assimilato a quello delle malattie cronico-degenerative. Inizialmente si presenta come un dolore acuto, ma nel tempo diviene un classico dolore cronico che, soprattutto nelle fasi avanzate della malattia, assume le caratteristiche di "dolore globale", ovvero di vera e propria sofferenza personale che riconosce cause non soltanto fisiche, ma anche psicologiche e sociali, che lo sostengono e lo perpetrano.

- Oltre ai recettori dello stiramento muscolare, la maggior parte dell'innervazione del muscolo è composta da terminazioni nervose "Libere", a livello della fascia muscolare, intramuscolare a livello della parete vascolare nei tendini; queste terminazioni sono di tipo mielinizzato (gruppo III), e amieliniche (gruppo IV)₁.

Il dolore viene veicolato da fibre afferenti amieliniche e finemente mieliniche a lenta conduzione. Le terminazioni nervose ad esse connesse sono non capsulate e quindi definite libere.

TABELLA I. – SUDDIVISIONE DELLE FIBRE AFFERENTI SPINALI.

Gruppo di fibre	I	II	III	IV
Diametro in μm	20-12	12-6	6-1	amieliniche o fibre C

- Vi sono recettori che rispondono solo alla forza meccanica della contrazione e recettori, tipo nocicettori, che si attivano con la contrazione soltanto se l'irrorazione sanguigna viene interrotta.

Nocicettori in altre strutture somatiche

- Muscoli, fasce e tendini **Fibre C e A-delta rispondono al calore, all'ischemia alla contrazione**
- Articolazioni **Fibre A-delta nei cuscinetti articolari, nelle capsule e nei legamenti**
- Cornea **Fibre A-delta, quasi tutti gli stimoli vengono percepiti come dolore**
- Polpa dentaria **Caldo, freddo, pressione, le stimolazioni elettriche sono dolorose**
- Recettori viscerali **Pochi in numero, sensibili all'infiammazione, all'ischemia, allo stiramento allo spasmo ed alla dilatazione**

Definizione di soglia del dolore

- **È la minima quantità di energia (di ogni specie), che quando viene applicata, determina una sensazione soggettiva, privata, spiacevole riferita come dolore.**

È l'intensità dello stimolo al cui livello il dolore si presenta con chiarezza. A seconda dello stimolo si può specificare più esattamente tale soglia e chiedere poi al soggetto se egli avverte un dolore di tipo:

- ✓ Urente
- ✓ Pungente
- ✓ Perforante

Definizione di soglia di tolleranza

- **È la minima quantità di energia di ogni specie, che quando applicata, determina una sensazione dolorosa di tale intensità da non poter essere più tollerata né in tempo di applicazione né in incremento ulteriore di intensità.**
- **È IL PUNTO IN CUI IL DOLORE È COSÌ INTENSO DA RICHIEDERE L'INTERRUZIONE DELLO STIMOLO.**

Vi sono delle patologie dolorose in cui vi è un abbassamento-riduzione della soglia del dolore e di tolleranza:

- Cefalee

- **Fibromialgia**
- **Dolore da cancro**
- **Sindrome premestruale**
- **Prodromi di malattia infettiva**

Ciascun paziente ha la propria soglia del dolore

- Il miglioramento del sonno, del tono dell'umore, l'empatia, la presenza, l'ascolto attivo, possono alzare la soglia individuale del dolore.
- Diversamente la astenia, l'insonnia, l'ansia, la paura, la tristezza, la depressione, lo stress in genere e l'isolamento possono abbassare la soglia del dolore.

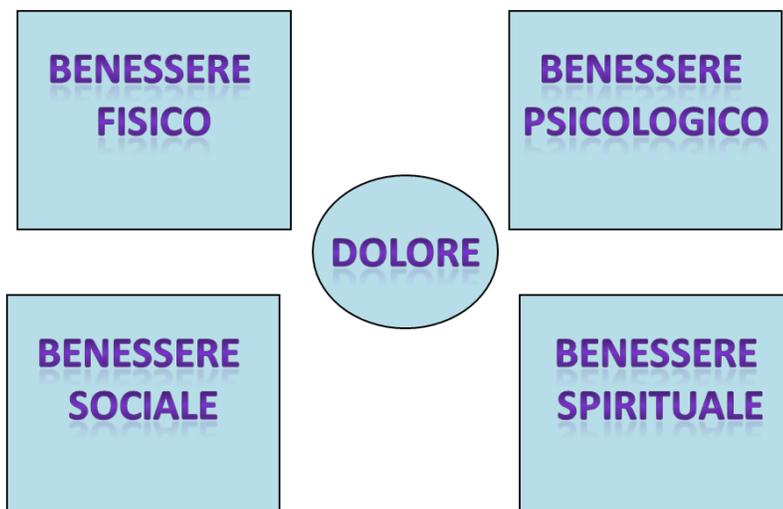
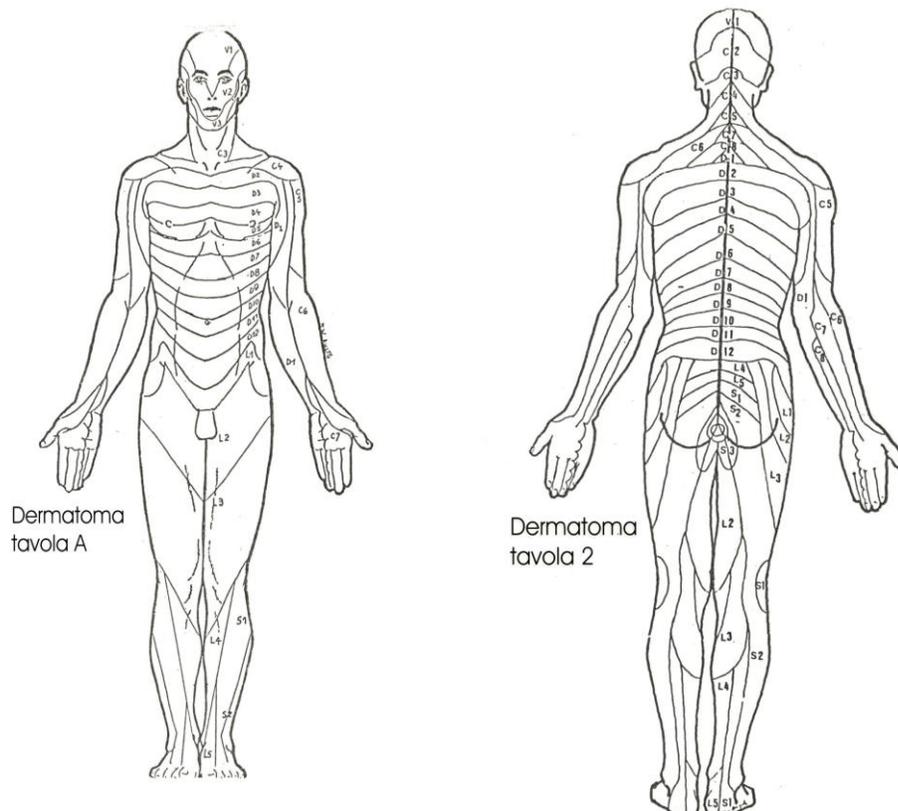


Immagine 1 - *Tratto da: Ferrel B. Oxford Textbook of Palliative Medicine*

I dermatomeri



Il dolore mio-fasciale

- Si parla di sindrome dolorosa miofasciale quando alla sintomatologia algica si associa la presenza di specifici punti grilletto ***“Trigger”*** in uno o più muscoli.
- **Melzack ha individuato una corrispondenza tra trigger point e punti di agopuntura pari al 71%, altri autori, in ricerche più recenti hanno ampliato al 90%.**

Cause primarie

- Stiramento muscolare acuto
- Stiramento muscolare cronico
- Affaticamento o eccessiva attività muscolare

- Cefalea tensiva

Cause secondarie

- Discopatia cervicale o lombare
- Spondilosi vertebrale
- Sindrome articolare temporo-mandibolare

Sintomi – disturbi	Comune diagnosi medica	Trigger point
Dolore addominale	Appendicite	Retto addominale dx
Dolore al braccio e parestesia alla mano	Sindrome stretto toracico	Scaleni, G. pettorale
Cefalea	Nevralgia occipitale, emicrania, tensione muscolare, sinusite	Splenio del capo, elevatore della scapola, scm, muscolature cervicale posteriore
Lombalgia	Ernia del disco	Ileoipoas, quadrato dei lombi, erettori della colonna
Dolore toracico	Angina atipica	Intercostali, scaleni, pettorali, SCM, retto addominale sup. SN.
Diarrea	Gastroenterite	Retto addominale, obliquo esterno/interno inferiore, erettori della colonna a livello L4-L5.
Dolore al gomito	Epicondilite	Supinatore, brachioradiale
Dolore all'inguine	Ernia inguinale	Sartorio, pettineo
Talalgia	Spina calcaneare, fascite plantare	Soleo, abduzione dell'alluce
Dolori all'anca	Artrosi, borsite trocanterica	TFL, piriforme, G. gluteo, quadrato dei lombi
Dolori alla mascella	Disfunzioni ATM, ascesso dentario	Massetere, temporale
Dolori al ginocchio	Artrosi, borsite, condromalacia	Popliteo, quadricipite femorale
Dolore alla gamba	Sciatalgia, ernia del disco lombare	Piriforme, TFL
Crampi mestruali	Dismenorrea	Retto addominale inf.
Dolore pelvi	Cisti ovarica, infiammazione pelvica	Otturatore interno, piriforme, adduttori, obliquo interno
Dolore alla spalla	Borsite sottodeltoidea	G Rotondo, P. rotondo, sottoscapolare
Vomito	Gastroenterite acuta	Retto addominale
Dolore al polso	Sindrome del tunnel carpale	Tendine del p. Pettorale

distretto	muscoli					
Spalla	G- pettorale	P. Pettorale	Deltoide			
Scapola	Infraspinato	Romboide	G. rotondo	Elevatore della Scapola	Sovraspinato	Sotto scapolare
Braccio	Tricipite	Bicipite	Coracobrachiale	Brachiale	Brachioradiale	
Avambraccio	Supinatore	Pronatore - pron Q.	Anconeo			
Mano	Opponenti del pollice					
Addome	Dentato	Addominali	Ileo^osoas	Diaframma		
Gluteo	G. Gluteo	M. Gluteo	P. Gluteo	TFL		
Coscia	Psoas	Quadricipite	Sartorio	Popliteo	Bicipite femorale	Semitendinoso - membranoso
Gamba	Peronieri	Tibiale ant.	Tibiale post	Gastrocnemio	Soleo	Gracile
Caviglia - piede	Plantare					
Collo	SCoM	Trapezio	Scaleni	Sotto- ioideo	Sopra-ioidei	Digastrico
Viso	Orbicolare bocca	Massetere				
Schiena	G. Dorsale	Quadrato dei lombi	Piriforme			

Biografia consigliata

Trigger Point Flip Charts di Janet G. Travell e David G. Simons : Travell and Simons'

Ron Kurtz, The Ron Kurtz Method of Bodycentered Psycho' therapy, Hakomi Institute, Putnam

Wilhelm Reich, Analisi del carattere, SugarCo, Milano.

Alexander Lowen, P. Di Sarcina e M. Pizzorno: Il linguaggio del corpo (Universale economica. Saggi)

Boigey M. Il libro del massaggio. Sperling & Kupfer

Fazio C, Loeb C. Neurologia. Roma: Universo Edizioni,

Il Dolore tra Scienza e Arte Medica – G. Spiga e A. Giampà Il Nuovo Rasario _ Semeiotica e Metodologia Clinica 18^a B. Tarquini et al. - Idelson

Fisiologia Medica 9^a ed. 1999 - Guyton & Hall – EdiSES

Goodman & Gilman 10^a ed. _ Le basi farmacologiche della terapia – McGraw-Hill

Principi di neuroscienze – Kandel Testut L, Latarjet A.

Dicke E, Schiliack H, Wolff A. Massaggio Connettivale. Padova: Piccin Edizioni, II ed. italiana

Teirich-Leube H. Il massaggio connettivale – Tecnica e Terapia. Edizione italiana a cura di Ceccarelli R, Ed. Verducci, Roma

Massaggio connettivale secondo Dike. Edizione italiana a cura di Anna Sassi. Padova: Piccin Editore

Brigo B, Campacci R, Bianchi F. Esame e massaggio del connettivo. Verona: Libreria Cortina

Lanza U., Lanza R. Massopuntura e puntopressione. Torino: Edizioni Subalpina.