

Quando il
movimento
è dolore



Valutare
Interpretare
Curare

ANNO MONDIALE CONTRO IL DOLORE MUSCOLOSCELETRICO

OTTOBRE 2009 – OTTOBRE 2010

Dolore miofasciale

Introduzione

La sindrome miofasciale (MPS) è una condizione dolorosa muscoloscheletrica caratterizzata da dolore locale e riferito, descritto come sordo e profondo, determinato dalla presenza di trigger points miofasciali (TrPs) in una qualsiasi sede corporea.

Epidemiologia

- Pochi studi epidemiologici hanno analizzato la prevalenza o l'incidenza dei trigger points miofasciali. Uno studio ha rivelato che i trigger points erano la fonte di dolore nel 30% dei pazienti che si rivolgevano al medico di base per problematiche algogene, ed un secondo studio ha riportato che i trigger points erano la causa principale di dolore nell'85% dei pazienti che afferivano ad una pain clinic.
- Diversi studi hanno dimostrato che i trigger points miofasciali si associano frequentemente a numerose altre condizioni cliniche dolorose, come emicrania, cefalea tensiva, algodisfunzione temporomandibolare, cervicgia, dolore di spalla, epicondilita, sindrome del tunnel carpale, mal di schiena, dolore pelvico e sindrome da colpo di frusta.

Fisiopatologia

La fisiopatologia dei trigger points miofasciali non è completamente nota. Numerosi fattori sono stati chiamati in causa nella genesi dei TrPs: cambiamenti morfologici, neurotrasmettitoriali, neurosensitivi ed elettrofisiologici, come pure deficits motori:

- *Morfologici*: All'interno della taut band dei trigger points miofasciali è stato riscontrato un aumento significativo della rigidità
- *Neurotrasmettitoriali*: Nei trigger points attivi sono stati riscontrati livelli più elevati di neuropeptidi (es, sostanza P o calcitonin gene related peptide), catecolamine (es, noradrenalina) e citochine proinfiammatorie (es, tumor necrosis factor alfa, interleuchina 1 beta, interleuchina 6, ed interleuchina 8)
- *Neurosensitivi*: Comprendono: diffusione del dolore riferito, ipersensibilità nei confronti degli stimoli nocicettivi (iperalgisia) e non-nocicettivi (allodinia), sensibilità meccanica al dolore, facilitazione simpatica della sensibilizzazione meccanica, facilitazione del dolore locale e riferito, e ridotte risposte di flusso ematico a livello cutaneo.
- *Elettrofisiologici*: Alcuni studi hanno documentato attività elettrica spontanea nei trigger points miofasciali, attribuita ad un incremento dei potenziali di placca in miniatura e ad eccessivo rilascio di acetilcolina, sebbene ulteriori indagini siano necessarie per confermare questi riscontri.
- *Motori*: I trigger points miofasciali possono produrre cambiamenti dei normali patterns di attivazione muscolare, causando disfunzione motoria.

Caratteristiche cliniche

- I trigger points hanno la caratteristica di evocare dolore riferito quando stimolati.
- La durata del dolore riferito è variabile (secondi, ore, o giorni).
- Il dolore riferito è percepito come una sensazione profonda, diffusa, talora bruciante, sebbene in taluni casi possa anche essere avvertito come dolore superficiale.
- Il dolore riferito può diffondersi caudalmente o cranialmente.
- L'intensità e l'espansione dell'area di dolore riferito sono direttamente correlate con il grado di attività del trigger (irritabilità).

Criteria diagnostici

I criteri diagnostici per i trigger points sono ancora oggetto di dibattito; attualmente vengono considerati minimo tre criteri diagnostici (1-3) e 6 criteri di conferma (4-9):

- 1) presenza di una banda palpabile all'interno di un muscolo scheletrico
- 2) presenza di un punto ipersensibile all'interno della banda
- 3) riproduzione della sensazione di dolore riferito con la stimolazione del punto
- 4) comparsa di una local twitch response con palpazione "snapping" della banda
- 5) comparsa del segno del salto con stimolazione locale
- 6) riconoscimento da parte del paziente del dolore evocato
- 7) patterns di dolore riferito previsti per quella localizzazione di trigger
- 8) presenza di debolezza o indurimento muscolari
- 9) dolore allo stiramento o contrazione del muscolo affetto.

Diagnosi e trattamento

Il trattamento dei trigger points miofasciali è multimodale. Gli interventi più comunemente effettuati sono:

- Massaggio, compressione ischemica, "release" da pressione, ed altri interventi sui tessuti molli. L'evidenza di efficacia di queste procedure per un sollievo immediato dal dolore è moderata-elevata.
- L'infissione di ago a secco dei trigger points. Questa ha mostrato benefici clinici, ma sono necessari ulteriori studi di conferma.
- La terapia con laser, che ha mostrato una forte evidenza di efficacia per il sollievo dal dolore.
- La elettrostimolazione transcutanea e la magnetoterapia, con evidenza moderata di effetti immediati sui TrPs.
- L'esercizio, che ha mostrato un beneficio moderato (es, stretching, potenziamento, resistenza o coordinamento).
- La terapia con ultrasuoni, per la quale esiste debole evidenza di efficacia nel trattamento dei trigger points.

Bibliografia

1. Fernández de las Peñas C, Cuadrado ML, Arendt-Nielsen L, Simons DG, Pareja JA. Myofascial trigger points and sensitisation: an updated pain model for tension type headache. *Cephalalgia* 2007;27:383–93.
2. Simons D, Travell J, Simons P. Travell & Simons' myofascial pain & dysfunction: the trigger point manual. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
3. Tough EA, White AR, Cummings TM, Richards SH, Campbell JL. Acupuncture and dry needling in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Pain* 2009;13:3–10.
4. Vernon H, Schneider M. Chiropractic management of myofascial trigger points and myofascial pain syndrome: a systematic review of the literature. *J Manipulative Physiol Ther* 2009;32:14–24.

