Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 31 (1995)
Heft: 11

Artikel: Interferenze fra organi interni e apparato motrio
Autor: Hauser, Martha
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929481

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

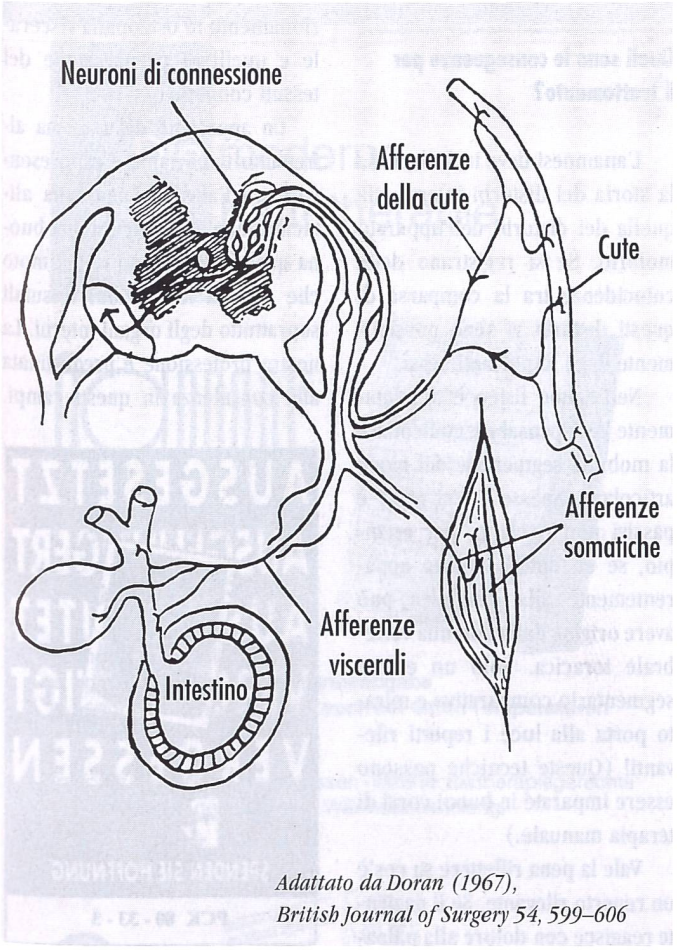
Interferenze fra organi interni e apparato motorio

PRATICA

Per facilitare la lettura dell'articolo seguente si fa notare che nel genere maschile delle persone è sottinteso anche quello femminile.

Non dovrebbe succederci di trattare 12 o 24 volte un paziente colpito da dolori lombari per poi constatare che tale dolore si origina da un tumore alla prostata. Poiché, queste interferenze non sono affatto rare, noi fisioterapisti dobbiamo sempre considerare la possibilità che un problema riguardante apparentemente l'apparato motorio si riveli in realtà un disturbo a carico degli organi interni. Per non lasciarsi sfuggire importanti quadri clinici è assolutamente necessario disporre di ottimali conoscenze di base e tenersi aggiornati sulle ultime scoperte in questo campo. Altrettanto indispensabile è prestare sempre attenzione durante il trattamento, per individuare se un disturbo dell'apparato motorio si comporta diversamente dal solito.

Il corpo umano presenta la seguente struttura neuroanatomica:



Adattato da Doran (1967), British Journal of Surgery 54, 599–606

Come si spiega questa sovrapposizione di sintomi?

Per motivi di tempo mi soffermerò solo su uno degli aspetti importanti: quello della «convergenza».

Le afferenze provenienti dai visceri e dalle zone somatiche confluiscono, a livello di midollo spinale, nello stesso raggruppamento di neuroni di connessione. Quando sono trasmesse al cervello, queste afferenze non vengono più distinte tra di loro. Il cervello non è quindi in grado di individuare da dove proviene il dolore e può confonderlo in entrambi i sensi.

Questo fenomeno influenza direttamente l'efferenza in entrambe le parti, cioè sia nell'apparato motorio sia nei visceri, rendendo inevitabile un'interferenza reciproca. L'immagine del corpo nel sistema nervoso centrale è pertanto contraddistinta dalla convergenza delle afferenze e quindi da grosse sovrapposizioni. In generale possiamo dedurre che i dolori riferiti non seguono un nervo, un dermatoma o tronchi vascolari, ma dipendono da dove vengono trasmesse le afferenze del dolore nel sistema nervoso centrale.

Possiamo almeno contare sul fatto che i segmenti coincidano? Se il fegato trasmette le sue afferenze in T8 nel midollo spinale – possiamo in campo somatico dedurne che è interessato il segmento T8?

Poiché un organo non è innervato da un solo segmento, anche qui abbiamo delle sovrapposizioni. Grive (1986) fa notare che le zone riflessogene della cute, come sono descritte da Head, rappresentano un organo meglio di dermatomi specifici. Lo stesso vale per le aree di tessuto connettivo secondo Teirich-Leube o le zone muscolari secondo McKenzie. Si tratta di regioni con la stessa innervazione segmentale di un determinato organo interno (l'uno somatico, l'altro autonomo).

Il cuore, per esempio, riceve la sua innervazione autonoma da Th 1–5. In caso di affezioni del cuore, i dolori somatici si originano possibilmente da questi segmenti, anche se non dobbiamo dimenticare che T1 e T2 alimentano anche le braccia. L'inquadramento diagnostico è reso

ancora più difficile dalle enormi differenze individuali tra i pazienti. Inoltre i segmenti individuati nelle persone sottoposte a esperimenti non coincidono sempre con le descrizioni dei pazienti. Nei soggetti che avvertono effettivamente dolore le distribuzioni segmentali sono più grandi e più profonde.

Come si riconosce un problema dell'apparato motorio?

Quando il paziente riesce a localizzare esattamente il dolore, l'origine è probabilmente somatica. Lo stesso vale quando un paziente accusa un dolore «meccanico», quando descrive cioè dolori provocati da determinati movimenti e un chiaro sollievo con il riposo – oppure quando avverte dolore in determinate posizioni, ma questo migliora cambiando posizione o in seguito a un leggero movimento.

Il caso ideale si ha quando nell'anamnesi il paziente riesce a identificare esattamente l'inizio del dolore, associato a una determinata attività, e descrive come tale dolore sia prima aumentato e poi gradualmente diminuito con un parallelo incremento della rigidità. Nella ricerca dei reperti, il dolore o la limitazione può essere riprodotta con movimenti attivi e passivi paragonabili ai disturbi della vita quotidiana.

La reazione alla terapia è logica: all'espansione, il disturbo reagisce eventualmente con un dolore di breve durata, poi con una diminuzione dei sintomi e con un continuo miglioramento dello stato del paziente. Un fenomeno simile si osserva nei trattamenti stabilizzanti: non vi è un peggioramento, anzi dopo un lungo periodo subentra l'atteso miglioramento.

Nelle lesioni a livello simpatico e nelle affezioni a carico del sistema nervoso l'inquadramento diagnostico è meno chiaro.

Come si riconosce un disturbo degli organi interni?

Si tratta piuttosto di dolori non facilmente localizzabili, con propagazione diffusa nel corpo; eventualmente si possono identificare aree di Head, aree di tessuto connettivo o muscolari. Le variazioni del dolore sono tipicamente indipendenti dall'attività. Possibilmente si registra un continuo dolore a riposo e, a seconda delle circostanze, si può riscontrare un aumento del dolore in funzione dell'alimentazione.

La storia indica un inizio poco chiaro, cioè non attribuibile a un eccessivo sforzo, a un'attività scatenante o a determinati fattori di predisposizione. Questa assenza di un chiaro inizio è spesso molto indicativa. Nei test motori il dolore non è chiaramente riproducibile conformemente ai disturbi di tutti i giorni.

La reazione al trattamento è nulla o illogica: all'estensione il paziente reagisce forse con dolori diffusi o accusa troppo tardi l'aumento del dolore. I miglioramenti ottenuti scompaiono senza un motivo somatico. Noi sappiamo però che per esempio il dolore, che si rivela poi dovuto alla prostata, è stato possibilmente alleviato per breve tempo con la terapia fisica.

Come si spiega questo fenomeno?

Riprendiamo il diagramma che illustra la convergenza delle afferenze. Il raggruppamento dei neuroni di connessione ha una soglia di eccitazione «N» che rimane costante. Definiamo gli impulsi della cute con «H», quelli delle strutture somatiche profonde con «S» e quelli dell'organo interno malato con «V». Questi impulsi arrivano nel raggruppamento neuronale situato nel metencefalo.

Se «H» più «S» più «V» è maggiore di «N», gli impulsi vengono trasmessi e si avverte dolore. Poiché gli impulsi viscerali avevano bisogno di «H» e di «S» per raggiungere la soglia di eccitazione «N», è possibile modificare la percezione del dolore cambiando (con la terapia) il flusso degli impulsi provenienti dalla cute e dalle strutture somatiche profonde.

Quando «V» è maggiore di «N», il dolore è provocato solo dalla lesione dell'organo e non viene influenzato da trattamenti somatici. Questi processi neurologici (descritti qui in modo approssimativo) rendono più difficile l'identificazione della causa precisa del disturbo.

Quali sono le conseguenze per il trattamento?

L'anamnesi deve includere sia la storia dei disturbi interni, sia quella dei disturbi dell'apparato motorio. Se si registrano delle coincidenze tra la comparsa di questi disturbi vi sono possibilmente degli importanti nessi.

Nell'esame fisico è assolutamente indispensabile controllare la mobilità segmentale del gioco articolare. Spesso i test attivi e passivi non rivelano, per esempio, se un dolore dovuto apparentemente alla cistifellea può avere origine dalla colonna vertebrale toracica. Solo un esame segmentario comparativo e mirato porta alla luce i reperti rilevanti! (Queste tecniche possono essere imparate in buoni corsi di terapia manuale.)

Vale la pena riflettere su cos'è un reperto rilevante. Se il paziente reagisce con dolore alla palpazione, significa che avverte dolore quando si esercita una pressione. Non vuol dire che il disturbo è localizzato in quel punto. Un reperto rilevante è rappresentato dai segmenti che possono essere responsabili dei disturbi e tale reperto è paragonabile in intensità ai disturbi accusati nella vita quotidiana.

Nell'esaminare se un disturbo apparentemente di origine cardiaca è dovuto invece all'apparato motorio occorre quindi individuare i reperti segmentali ai livelli Th1–5 e non Th10. Inoltre, un dolore descritto come «acuto» nella vita quotidiana deve essere riprodotto come dolore acuto anche nell'esame – altrimenti il reperto è sbagliato.

Quando il quadro non è chiaro, il criterio più importante è la reazione del paziente al trattamento. In corsi di terapia manuale, i fisioterapisti devono apprendere come i disturbi dell'apparato motorio dovrebbero reagire al trattamento. In questo contesto sono utili anche i corsi di perfezionamento in osteopatia viscerale e quelli di preparazione dei tessuti connettivi.

Un approccio diverso, ma altrettanto importante è rappresentato, tra l'altro da una sana alimentazione che assicura una buona qualità del tessuto e, dal moto che stimola le funzioni tessutali soprattutto degli organi interni. La nostra professione è predestinata alla consulenza in questi campi.

Die moderne Kältetherapie

O & P BSW

frappant®

Kalt-/Warm-Kompressen

- **hohe Thermokapazität**
- **gleichmässige Kälte-/Wärmeabgabe**
- **sehr gut anmodellierbar auch bei tiefen Temperaturen**
- **wiederverwendbar**

frappant Kalt-/Warm-Kompressen - ideal für die therapiegerechte Anwendung bei der Kälte- und Wärmebehandlung.

Offizieller Ausrüster des Schweiz. Skiverbandes

PINIOL AG
Erlistrasse 2, Küssnacht a. R.

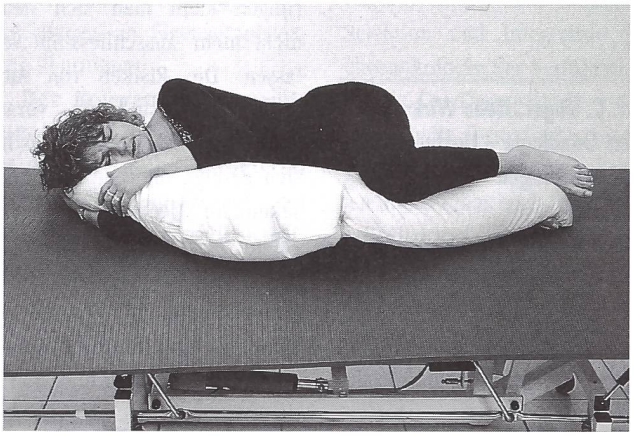
CorpoMed®-Kissen

für eine bessere Lagerung

- Vielseitig verwendbar in der Physiotherapie
- einzigartige Füllung: mit Luft gefüllte Mini-Kügelchen
- diese Füllung bewirkt, dass die Kissen sich einerseits jeder Körperform anpassen und dass sich andererseits eine gegebene Form nicht ungewollt ändert.

Die Schnecke: zur Entlastung der Lendenwirbelsäule

zur Entlastung des Nacken- und Schultergürtels



Seitenlage ohne Rotation in der Wirbelsäule

Senden Sie mir bitte:

- ❑ Prospekte
- ❑ Preise, Konditionen

Stempel:

BERRO AG

Postfach, 4414 Füllinsdorf, Telefon 061 - 901 88 44

PH 08-95