

Relazione al convegno

"Approccio Multidisciplinare alla Cefalea Primaria: Integrazione tra Terapia Medica e Fisioterapia" Brescia, giugno 2015

Centro Cefalee U.O. II Neurologia A.O. Spedali Civili di Brescia
e
Università degli Studi di Brescia
Ed
A.I.F.I

Centro Cefalee U.O. II Neurologia A.O. Spedali Civili di Brescia
e
Università degli Studi di Brescia

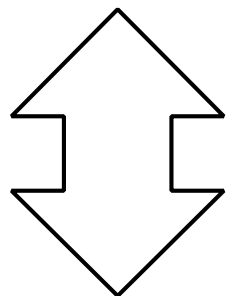
Approccio Multidisciplinare alla
Cefalea Primaria: Integrazione tra
Terapia Medica e Fisioterapia
Brescia 10.6.15

Il ruolo dell'esercizio terapeutico

Alessandro Aina Ft, Dip MDT

Neurologi

NO



Fisioterapisti



Paziente con
Mal di testa



Unicità di intenti:

Dare il massimo per aiutare
chi soffre, riconoscendo
che è Lui al centro di tutto il
Processo diagnostico-terapeutico

Neurologi – Paziente - Fisioterapista



NOMALDITESTA!

Diversità di metodo

Neurologo:

1. esclude red flags, in relazione all'anamnesi, anche con l'utilizzo di esami strumentali,
2. segue la classificazione della Headache Society (ICHD III-2013-beta) per ipotizzare/raggiungere una diagnosi medica,
3. mette a punto una terapia i cui risultati possono anche servire a confermare o rigettare la diagnosi.

Diversità di metodo

Neurologo:

Nel processo diagnostico/terapeutico,
tiene in considerazione
tutte le strutture che possono dare origine al dolore

Diversità di metodo

Fisioterapista:

1. esclude le red flags in relazione alla raccolta anamnestica ed alla risposta al movimento,
2. Ipotizza/raggiunge una diagnosi funzionale
3. mette a punto una terapia i cui risultati possono servire anche a confermare o rigettare la diagnosi funzionale.

Diversità di metodo

Fisioterapista:

Nel processo diagnostico/terapeutico,
si concentra sulle alterazioni del movimento e
dell'articolarià nelle strutture muscolo scheletriche,
per confermarle o rigettarle,

Diversità di metodo

Neurologo:

1. esclude red flags, in relazione all'anamnesi, anche con l'utilizzo di **esami strumentali**,
2. segue la classificazione della Headache Society (ICHD III-2013-beta) **per ipotizzare/raggiungere una diagnosi medica**
3. mette a punto una terapia i cui risultati possono anche servire a confermare o rigettare la diagnosi.

Fisioterapista:

1. esclude le red flags in relazione alla anamnesi **ed alla risposta al movimento**,
2. **Ipotizza/raggiunge una diagnosi funzionale** (con tutti i problemi corrispondenti),
3. mette a punto una terapia i cui risultati possono servire anche a confermare o rigettare la diagnosi funzionale.

TUTTO TENENDO CONTO CHE.....:

1. Le afferenze della colonna cervicale (C1-2-3) e del trigemino, convergono nel nucleo trigemino-cervicale (Bogduk, 2009)
2. Dagli esami strumentali della colonna vertebrale non è possibile stabilire un rapporto tra le anomalie riscontrate e dolore (Fredriksen, 1989; Pfaffenrath, 1987; Waddell, 1998)

*Una riflessione sul mal di testa cervicogenico:
primario o secondario?*

Quindi:

il ruolo dell'esercizio terapeutico nella
cefalea primaria

OVVERO: posso con il movimento modificare:

1. Eemicrania
2. Cefalea di tipo tensivo
3. Cefalea autonomico-trigeminala
4. Altre cefalee primarie

N.B. e quella cervico-genica, primaria o secondaria?
(17.5% nelle cefalee severe – Everts et al. 2008)

Proviamo ad immaginare (1) di
mettere a punto un
protocollo di esercizi,
per “cercare di aiutare” i pazienti

Esercizio di rilassamento da ripetere 1-2 volte al giorno

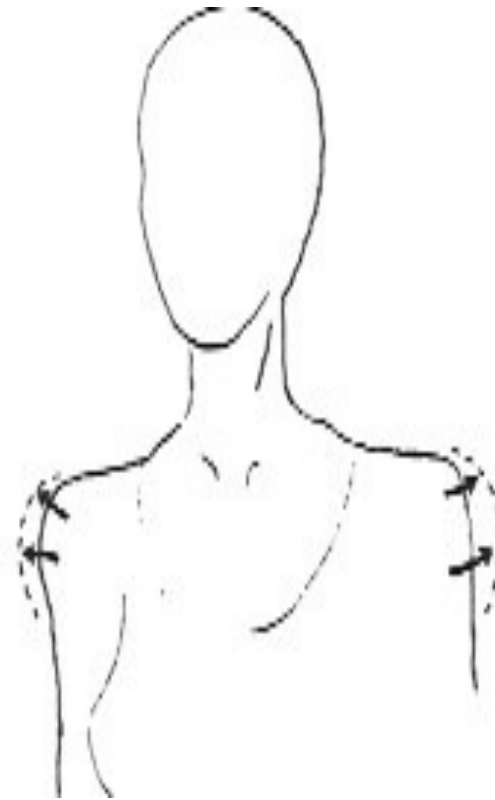
Mettersi su una comoda poltrona con il capo ben appoggiato e lievemente reclinato all'indietro, o distesi a letto con 2 cuscini sotto il capo in un ambiente tranquillo. Lasciare cadere la mandibola fino a quando si raggiunge la posizione di massimo rilassamento ("fare la mandibola morta"). Rimanere in questa posizione per circa 15 minuti. E' bene riscaldare i muscoli di spalle e collo con una sciarpa calda senza doverla tenere con le mani.

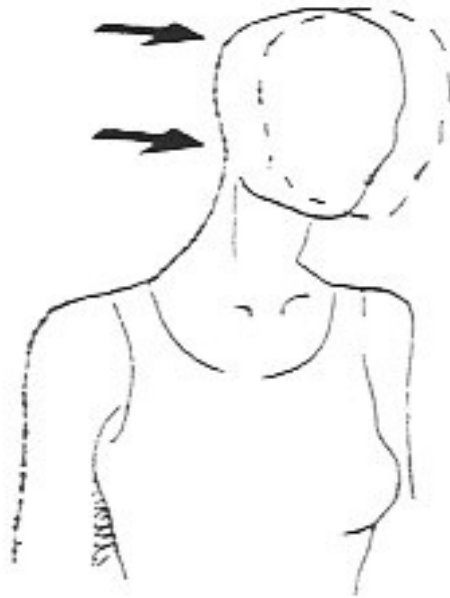
www.nocervicale.it



Esercizi di postura

1) Mettersi contro una parete con piedi uniti. Talloni, spalle e capo devono essere ben aderenti al muro. Compiere movimenti ritmici rilasciando e riportando le spalle contro la parete.





2) Spalle ben aderenti alla parete. Con il capo compiere movimenti in avanti e indietro. (come nel film di Totò)

3) Mettere le mani a coppa dietro al collo.. Il capo deve essere ben eretto. Sospingere il capo in alto e indietro facendo controresistenza con le mani. Rilasciare dopo 2-3 secondi.



Ogni esercizio di postura va eseguito 8-10 volte ripetendo il ciclo varie volte al giorno (a distanza di circa 2 ore).

Effectiveness of an educational and physical programme in reducing headache, neck and shoulder pain: a workplace controlled trial

F Mongini¹, G Ciccone², E Rota¹, L Ferrero¹, A Ugolini¹, A Evangelista², M Ceccarelli² & C Galassi²

¹Department of Clinical Pathophysiology, Headache and Facial Pain Unit, University of Turin and ²Unit of Cancer Epidemiology (CPO-Piemonte), ASO S. Giovanni Battista, Turin, Italy

Cephalalgia, 2008, 28, 541–552

Mongini et al,

An educational and

Physical programme to reduce headache, neck /
shoulder pain in a working community:

A cluster-randomized controlled trial.

Open access Freely available online PLOS ONE 2012

Mongini et al, 2012

- Soggetti: 923 nel gruppo intervento, 990 nel gruppo controllo
- 1 mese di compilazione diario per stabilire il baseline
- Risultati dopo 6 mesi di applicazione protocollo

Mongini et al, 2012

Diagnoses

Migraine	543 (60%)	556 (57%)	1099 (58%)
TTH	598 (66%)	612 (63%)	1210 (64%)
Myogenous neck shoulder Pain	717 (79%)	754 (78%)	1471 (78%)
Only M	196 (22%)	234 (24%)	430 (23%)
Only TTH	251 (28%)	290 (30%)	541 (29%)
M and TTH	347 (38%)	322 (33%)	669 (36%)
Only Headache	151 (17%)	162 (17%)	313 (17%)
Only MP	74 (8%)	70 (7%)	144 (8%)
Headache and MP	643 (71%)	684 (70%)	1327 (71%)

Mongini et al, 2012

N.B.: “two or more diagnoses in the same subject were possible.”

Osservazioni dal punto di vista del fisioterapista:

1. Sarebbe come dire, in un paziente con lombalgia:
schiena ed anca.
 2. Nessuna cefalea cervicogenica?

Outcomes

Mongini et al, 2012

The primary outcome was the between-group difference in the proportion of symptomatic headache subjects (i.e., subjects with 4 or more days per month with headache during the baseline period) who achieved a $\geq 50\%$ reduction in pain frequency by month 7 (responder rate).

Risultati

Mongini et al, 2012

The frequency of the outcomes in the analyzed population, as well as the mean differences for each group and their absolute between-group differences, both crude and adjusted..... associated with headache and neck/shoulder pain, **the IG subjects achieved meaningful and statistically significant improvements by the end of the follow-up compared to controls.**

Osservazioni del fisioterapista:

Qualcosa di così genialmente semplice ed
"a-specifico": muovere spalle e collo,
contrarre/rilassare i muscoli,
ha prodotto tutti questi risultati?

Non sappiamo quali risultati si sarebbero ottenuti con
esercizi "specifici?"

**Forse da ripensare il ruolo
della colonna cervicale?**

Proviamo ad immaginare (2) di voler provare che ci sia una partecipazione della colonna cervicale nella genesi dei sintomi dei pazienti con emicrania

Come fisioterapisti ci troveremmo di fronte
ad un problema:

Solitamente non vi sono
“macroscopiche”
alterazioni di articolarietà
ROM

Il problema è sui movimenti accessori?,
Se sì, come risolverlo?

Mobilizzo con movimenti intervertebrali
accessori passivi,
le articolazioni atlanto-occipitali e di C2-3, in
soggetti con emicrania

Scopo

Produrre con movimenti accessori della cervicale superiore, i sintomi cefalgici del paziente, verificare se è possibile valutare e modificare la trasmissione trigemino-centrale

Ecco lo studio:

Dean H. Watson, MAppSc; Peter D. Drummond, PhD

Cervical Referral of Head Pain in Migraineurs: Effects
on the Nociceptive Blink Reflex

Headache 2014;54:1035-1045

Purpose

The purpose of the present study was to investigate cervical, interictal referral of usual head pain and its effect on the nBR in migraineurs.

nBR= nociceptive blink reflex, mediated by brainstem neurons

Watson et al, Headache 2014;54:1035-1045

Participants

Fifteen volunteers participated in the study (14 females, 1 male; age 24-44 years, mean age 33.3 years). All participants met the International Headache Society's diagnostic classification criteria for migraine with or without aura

Watson et al, Headache 2014;54:1035-1045

PAIVM Examination

The PAIVM examination
was performed by a single clinician (D.H.W. –
Musculoskeletal
Physiotherapist) with 22 years of experience

PAIVM: Passive Accessory Intervertebral Movements

Watson et al, Headache 2014;54:1035-1045

Results 1st:

1. In each case, headache was reproduced during preliminary assessment of the AO and C2-3 segments, and this referred pain ceased immediately after release of cervical pressure.

Results 2nd:

2. During the cervical session, each participant reported referred head pain. As the examination technique was sustained, head pain lessened in all participants, decreasing significantly from the beginning to the end of each trial

in parallel with decreases in the trigeminal nBR (ie, a decrease in the AUC and increase in latency of the ipsilateral R2 waveform).

Results 3rd:

3. Also notable is that referred head pain at the end of each trial decreased progressively across the 4 trials when compared with ratings at the beginning of each trial
4. The referred head pain ceased immediately on cessation of the technique at the end of each trial in all participants.

Discussion

To our knowledge,
this is the first time a manual cervical
examination technique has been shown
to influence trigeminal nociceptive
neurotransmission.

Conclusioni:

1. Sulla base dello studio presentato, sembra esserci un ruolo per i 'Cosiddetti' esercizi, **anche nella Cefalea primaria**
2. Quale sia il ruolo ancora non lo si è scoperto

Conclusioni 2:

3. Data la difficoltà a valutare le alterazioni del ROM, probabilmente gli esercizi, per renderli 'specifici', dovrebbero essere preceduti da una valutazione sui movimenti accessori

Considerazioni del Fisioterapista:

1. Clear the spine!

Considerazioni del Fisioterapista:

2.