

MFT Corrado
Comunale,
Terapista Clinico
e Sportivo,
Docente ai Corsi
di perfezionamento
Post Laurea.

Info tecniche:
www.bpfisio.com
bpfisio@gmail.com

Info corsi:
www.fisiomedicacademy.com
info@fisiomedicacademy.com

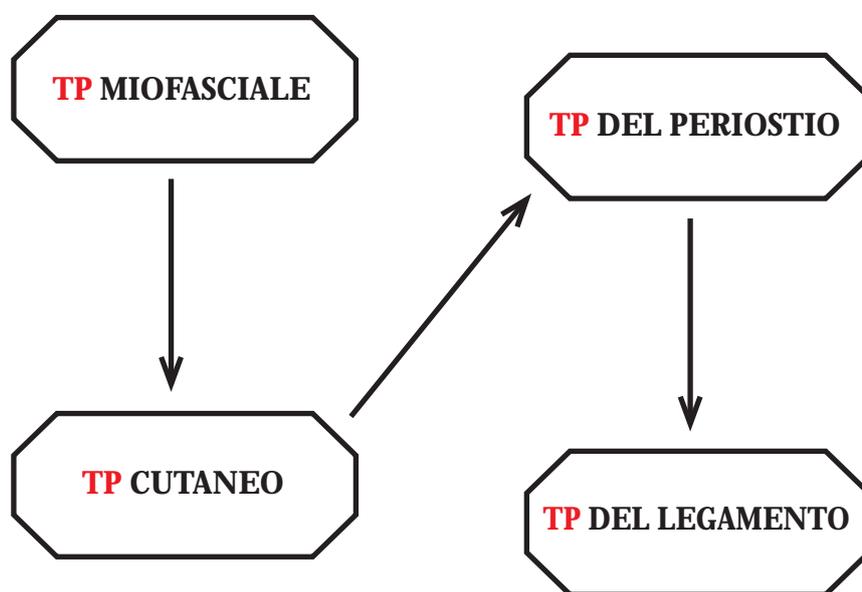
Trigger Taping

L'utilizzo della metodica "dynamic neurotaping method" nel trattamento dei trigger points miofasciali"

DEFINIZIONE

Un **PUNTO TRIGGER** è una zona di IPERALGESIA o FOCOLAIO SINTOMATICO all'interno di una bandelletta contratta, localizzata nel tessuto muscolare e/o nella sua fascia.

La zona risulta dolorosa alla compressione e può evocare un caratteristico dolore proiettato. La varietà di essi può essere molteplice:



Se ne riconoscono circa **400** in tutto il corpo e si distribuiscono secondo una mappatura topografica ben precisa.

I punti trigger si classificano in *Attivi* o *Latenti*. Solo quelli *attivi* evocano il dolore al paziente.

Un punto trigger latente è clinicamente silente dal punto di vista del dolore, ma può causare limitazione del movimento e debolezza del muscolo colpito.

Esso può persistere per anni dopo un'apparente guarigione dal trauma e predisporre ad attacchi acuti di dolore in quanto stiramenti, anche di minore importanza. **Uso eccessivo e raffreddamento del muscolo possono essere altri fattori di attivazione.**

Il dolore proiettato può solitamente essere evidenziato, o aumentato di intensità, premendo con un dito sui Punti Trigger. Più è ipersensibile il Trigger, più intenso e costante sarà la sua distribuzione topografica.

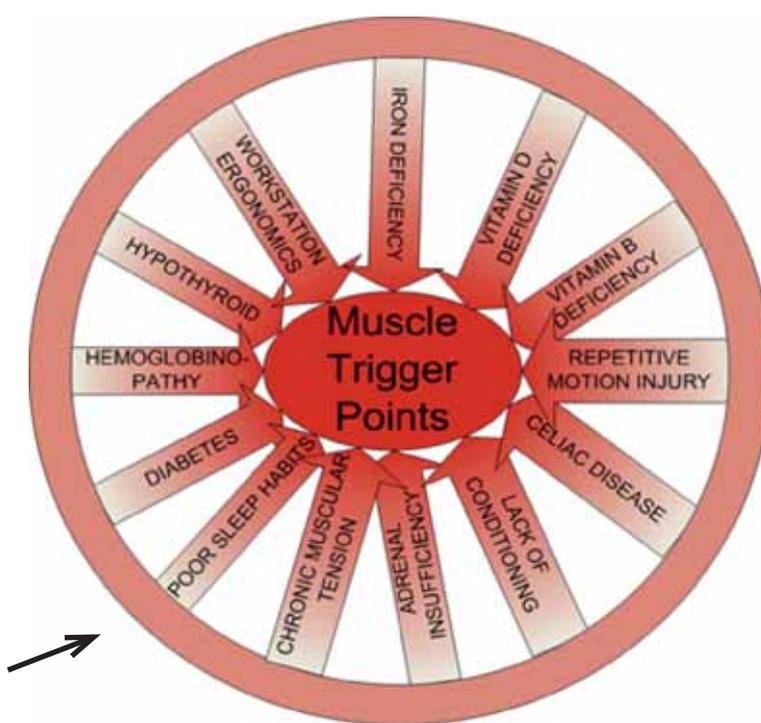
I PUNTI TRIGGER SONO ATTIVATI DIRETTAMENTE DA:

- Dal sovraccarico acuto
- Dall'affaticamento
- Da lavoro eccessivo
- Dal trauma diretto
- Dal raffreddamento



I PUNTI TRIGGER SONO ATTIVATI INDIRETTAMENTE DA:

- Da altri P.T.
- Da malattie viscerali
- Da articolazioni artrosiche
- Da alterazioni emotive



Occasionalmente, nelle sindromi da Trigger Points Miofasciali, il dolore può essere completamente simmetrico su ambo i lati del corpo. Il paziente solitamente si presenta con dei disturbi dovuti ai trigger attivati più recentemente.

Il dolore proiettato dai punti Trigger miofasciali è solitamente sordo e crea molta sofferenza; è spesso profondo con intensità variabile, da un disturbo di bassa intensità ad un dolore torturante, grave e invalidante.

Può manifestarsi a riposo o solo durante il movimento.

La gravità e l'ampiezza della distribuzione topografica del dolore proiettato dipendono dal grado di irritabilità del punto trigger, non dalle dimensioni del muscolo.

DISTINZIONE DI UN PUNTO TRIGGER E DELLA BANDELETTA CONTRATTA

Per palpare una *Bandelletta Contratta* il muscolo deve essere allungato finché le fibre della *bandelletta contratta* sono sotto tensione e le fibre non compromesse rimangono rilassate.

L'allungamento dovrebbe arrivare quasi al punto di causare il dolore, provocando però solo disagio locale e nessun dolore proiettato.

La tensione ottimale è circa **2/3** della normale possibilità di distensione del muscolo.

Una bandelletta palpabile viene percepita come un cordone contratto di fibre muscolari tese, tra le fibre normalmente rilassate.

Una pressione sufficiente su di un punto trigger, provoca quasi sempre uno scatto del paziente: detto "**SEGNO DELLO SCATTO**".

SINTESI E CARATTERISTICHE CLINICHE

- Un punto trigger miofasciale è una zona iperirritabile all'interno di una bandelletta contratta di un muscolo scheletrico, localizzata nel tessuto muscolare

e/o nella fascia; la zona è dolorosa alla compressione e può evocare un dolore proiettato;

- **Trigger Point attivo** dolore in loco o proiettato;
- **Trigger Point latente (Tender Point)**: è silente dal punto di vista del dolore ma causante limitazioni del movimento e debolezza del muscolo colpito. Può restare silente sempre o attivarsi con qualsiasi causa facilitante: stiramenti, fatica, freddo;
- **Trigger Point satelliti**: si sviluppano in facilitazione del TP primario su muscoli sinergici.

SINTOMI

1. Dolore proiettato di solito con topografia comune ma con molte eccezioni soggettive;
2. Attivazione con sovraccarico, affaticamento, trauma diretto, freddo;
3. Attivazione anche indiretta: da altri trigger, di viscerale, da artrosi, da emozioni, ecc.;
4. Irritabilità primaria, variabile secondo ora/giorno al superamento della soglia di stress;
5. Irritabilità secondaria, che sopravviene al raggiungimento di una soglia di latenza: es. lasciare un muscolo in posizione accorciata troppo a lungo;
6. Sintomi che durano a lungo dopo l'evento precipitante. "Dopo un trauma la maggior parte dei tessuti guarisce, ma i muscoli "imparano"; essi "imparano" ad evitare il dolore. I TP attivi si "abituano a controllarsi" limitando così il movimento di quel muscolo". Un TP attivo torna latente, il dolore sparisce ma subentra una progressiva fase disfunzionale fino alla fase distrofica;
7. Fattori concomitanti: vasocostrizione locale, disturbi dell'equilibrio, tinnito, alterata percezione del peso;
8. Rigidità e debolezza dei muscoli coinvolti.

ESAME

Troviamo quasi sempre una struttura che non ha retto alla "goccia che ha fatto traboccare il vaso":

- Sforzi eccessivi
- Incongrui
- Movimenti ripetitivi
- Posture

Vanno insidiosamente a sfociare in Trigger Points, ma non di meno i cattivi stili di vita alimentari o sportivi.

TRATTAMENTO

- Massaggio
- Allungamento
- Ultrasuoni
- Uso del calore
- Farmaci
- Elettroterapia antalgica

ESAME OBIETTIVO

1. L'allungamento passivo o attivo causa dolore
2. La possibilità di allungo è limitata

3. Più c'è contrazione più aumenta il dolore (tipicamente: pongo il muscolo in accorciamento e poi lo allungo: l'allungo è impedito)
4. La massima forza contrattile è diminuita
5. Dolenza profonda e proiezione del dolore
6. Disturbi funzionali non sensitivi (pallore e iperemia di ritorno, sudore, pelle d'oca)
7. Il muscolo oggetto del TP è contratto.
8. Esiste una bandelletta palpabile e dolente
9. La pressione digitale provoca il "segno del salto"
10. La palpazione a scatto del TP evoca una rapida contrazione locale
11. La pressione moderata e protratta causa dolore nella zona proiettata
12. Il test del pieceroulè causa dolore.

TERAPIA E RISPOSTA

- Il TP scompare immediatamente con una terapia specifica
- Non sparisce subito la bandelletta palpabile specie se il TP era vecchio
- Il muscolo, se la terapia è corretta, deve riprendere la sua possibilità di allungo
- Facilita la risoluzione un impacco caldo dopo la terapia
- Il risultato permane se il paziente è educato al movimento

Nel trattamento dei Trigger Points, che è molto vario, la forma che si utilizza è la "stella" con la tecnica in *Push* e/o *Pull*.

È di fondamentale importanza risalire:

1. al meccanismo (fattore) di attivazione del Trigger Point e ricostruirne lo storico
2. quantificare l'attività sintomatica localizzata determinata dalla presenza del t.p. principale
3. accertarsi dell'area di proiezione, partendo dal punto di partenza fino al punto d'arrivo
4. identificare i t.p. *Satelliti* ed eventualmente i t.p. *Tender*
5. contrassegnare, mappare e trattare con il metodo DynamicNeurotaping Method. Esso svolgerà nei confronti della cute un effetto a "vacuum", o in alcuni casi di compressione, determinando la sedazione del t.p. e sfruttando una delle due metodiche che agiscono per mezzo di meccanismi esattamente l'uno l'opposto dell'altro.

Tensione del nastro: **100%**

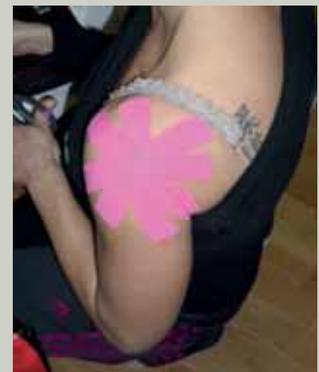
CONCLUSIONI:

Nella mia ultradecennale esperienza di terapeuta e formatore, ho potuto constatare personalmente che nel trattamento delle sindromi da trigger points, risultano essere di particolare efficacia le metodiche manuali profonde, come il massaggio miofasciale, l'approccio osteopatico e la tecnica di "Dynamic neurotaping method, applicato nella fase conclusiva del trattamento meccanico manuale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

"Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual Vol.1"
J.G. Travell and D.G. Simons

Foto: Estratta dal corso di DynamicNeurotaping Method tenutosi in Sicilia il 16 e 17 marzo 2013. Enna (EN).



Metodica integrata nel trattamento dei Trigger Points: applicazione del Trigger Taping