

Trattamento Osteopatico in pazienti con cefalea tensiva cronica: uno studio pilota

di Manuela Deodato

(fisioterapista e osteopata, tutor didattico e docente a contratto presso il Dipartimento di scienze mediche e chirurgiche e della salute, Università degli studi di Trieste)

tratto da "The Journal of the American Osteopathic Association, October 2019, Vol. 119, 682-687.

doi:<https://doi.org/10.7556/jaoa.2019.093>

Lo studio nasce da considerazioni di tipo epidemiologico e di impatto socio economico che riguardano in generale la cefalea, ma anche dal bisogno delle associazioni dei pazienti e dagli specialisti del settore di avere a disposizione terapie non farmacologiche efficaci ed efficienti, che possano portare ad un percorso diagnostico-terapeutico di miglior appropriatezza clinica.

La cefalea risulta uno dei disturbi neurologici più frequenti; si calcola infatti che circa il 90% della popolazione generale in un anno presenti almeno un episodio di cefalea e che nel 40% l'attacco abbia carattere invalidante (1).

La Cefalea di tipo tensivo (*Tension-Type Headache*, o TTH) è la forma di cefalea primaria più diffusa nella popolazione mondiale, per tutti i gruppi d'età; si stima infatti una prevalenza del 31-90% per la cefalea di tipo tensivo a fronte di un 10-18% per l'emicrania: la popolazione femminile è più colpita rispetto a quella maschile (2,3,4).

Nella loro classificazione (5), le cefalee vengono distinte principalmente in due macro-categorie: **primarie e secondarie** (a patologie intracraniche o sistemiche importanti).

Nella grande maggioranza dei casi la cefalea è di tipo primario (non causata, cioè, da un fattore eziologico terzo individuabile) e comprende la forma emicranica e quella tensiva.

In base alla frequenza temporale degli attacchi l'*International Headache Society* distingue tra forme di **Tension Type Headache episodica infrequente (o sporadica), episodica frequente e cronica**. I criteri diagnostici per il *Chronic Tension-Type Headache*, sono i seguenti: la cefalea è presente in media ≥ 15 giorni al mese per >3 mesi, con un dolore di intensità medio moderata, generalmente bilaterale non accompagnato da sintomi neurovegetativi tipici delle forme emicraniche.

I processi fisiopatologici alla base di questa forma di cefalea comprenderebbero secondo gli autori, sia una **componente periferica** che una **componente centrale**. A livello periferico è stato riscontrato un aumento di input di natura miofasciale, soprattutto a livello pericranico, convergenti in varia misura a livello del nucleo trigeminale caudale (6).

Questa **sensibilizzazione periferica** si traduce, a livello centrale, in un'augmentata stimolazione afferente al talamo e alla corteccia, che può portare ad un ridotto controllo discendente inibitorio della trasmissione dolorosa a livello sovraspinale da parte della sostanza grigia periacqueduttale, delle aree limbiche (possibile collegamento

con fattori emozionali) e della corteccia motoria (aumento della contrattura muscolare) con i conseguenti meccanismi di **sensibilizzazione centrale (7)**.

Attualmente la terapia farmacologica di prima scelta, in particolare per la profilassi della cefalea tensiva, è l'amitriptilina (8); tuttavia numerose linee guida sottolineano l'importanza dei trattamenti non farmacologici nel management delle cefalee primarie (9,10).

In letteratura l'osteopatia viene inserita tra i vari trattamenti non farmacologici e spesso associata a chiropratica, fisioterapia, terapia manuale generica, terapia comportamentale, tecniche di rilassamento. Nonostante questi approcci spesso siano studiati come entità unica, sembra che la loro efficacia possa essere comparabile a qualche farmaco di profilassi (11,12).

L'utilizzo dell'osteopatia si basa, da una parte, sull'elevata frequenza di problematiche muscoloscheletriche (13) nei pazienti tensivi, dall'altra, sul ruolo del tocco affettivo nella modulazione del dolore tramite processi interocettivi (14).

Tra le disfunzioni muscoloscheletriche/miofasciali riscontrate nei pazienti affetti da cefalea tensiva cronica, l'anteposizione del capo(15) (**Forward head posture, FHP**) sembra essere correlata ad un aumento della frequenza del mal di testa stesso sia nell'emicrania che nella cefalea tensiva.

La Forward Head Posture (FHP) viene definita comunemente come una protrusione del capo, sul piano sagittale, che viene proiettato anteriormente rispetto al tronco.

Tale postura può essere dovuta a una traslazione anteriore del capo o alla flessione dei segmenti inferiori del rachide cervicale ma, in entrambi i casi, si associa sempre all'estensione del rachide cervicale superiore. Questo atteggiamento porta all'aumento delle forze compressive sulle articolazioni apofisarie cervicali superiori, con conseguente cambiamento nella lunghezza e nella forza del tessuto connettivo periarticolare, stiramento delle strutture anteriori del collo e accorciamento della muscolatura posteriore. Numerosi studi hanno riscontrato un aumento dell'anteposizione del capo in soggetti emicranici e tensivi maggiore rispetto ai controlli sani e maggiore nei tensivi ed emicranici cronici rispetto agli episodici.

Il **primo obiettivo** di questo studio è stato quello di mettere a confronto un trattamento manuale osteopatico rispetto al trattamento farmacologico di profilassi con amitriptilina, valutando i seguenti parametri della cefalea: intensità, frequenza e durata del dolore.

Il **secondo obiettivo** è stato quello di introdurre, nel protocollo valutativo dei pazienti esposti al trattamento osteopatico, una misurazione oggettiva posturale dell'angolo cranio-cervicale, per meglio interpretare il significato dell'alterazione della postura del capo in anteposizione.

I pazienti sono stati reclutati e randomizzati dal Centro di Diagnosi e Cure delle Cefalee dell'ASUITS, con diagnosi di Cefalea di tipo tensivo cronica, dopo visita neurologica.

Ai pazienti è stato consegnato un diario da compilare per tutto il periodo di trattamento, in modo da monitorare parametri quali intensità, durata e frequenza del dolore.

Per la misurazione dell'angolo cranio cervicale è stato utilizzato il software fotogrammetrico "Postural Assessment Software PASS-SAPO" a inizio e fine trattamento.

Materiali e metodi

Sono stati reclutati 20 pazienti di età omogenea e suddivisi in due gruppi da 10 ognuno.

Un gruppo ha ricevuto il trattamento osteopatico, l'altro la profilassi farmacologica con amitriptilina: entrambi i trattamenti hanno avuto la durata di 3 mesi.

Sono state eseguite in tutto 10 sedute di osteopatia individuale della durata di un'ora, nei primi due mesi a cadenza settimanale, nell'ultimo mese bisettimanale.

Nelle prime 3 sedute il trattamento è stato individualizzato ed è consistito nella risoluzione delle disfunzioni afisiologiche, secondo parametri della restrizione di movimento, densità, alterazione dei punti di repere (16).

Nelle successive 7 sedute si è fatto un lavoro di riequilibrio fasciale in base alla costituzione del paziente, iniziando dalla zona sacrale e poi dalle zone diaframmatica e toracica e cervicale: per concludere sono

state trattate le fasce epicraniche, con particolare attenzione per l'area suboccipitale.

Risultati

In merito al primo obiettivo, abbiamo rilevato in entrambi i gruppi un cambiamento statisticamente significativo in tutti i parametri rilevati dai diari ossia intensità, frequenza e durata del mal di testa.

Il parametro della frequenza risulta essere, in entrambi i gruppi, quello maggiormente importante. Complessivamente quindi i dati suggeriscono che il percorso terapeutico osteopatico, in analogia a quello di profilassi farmacologica, ha modificato in modo statisticamente significativo proprio il parametro che caratterizza la diagnosi di cronicità.

Per quanto attiene alle modifiche dell'angolo cranio cervicale, il trattamento osteopatico ha evidenziato un cambiamento statisticamente significativo in termini di riduzione dell'anteposizione del capo. Questo dato è stato da noi interpretato come un rientro in una situazione di fisiologia e in un riequilibrio nella distribuzione dei carichi tra la parte superiore e inferiore corpo, grazie alla diminuzione delle tensioni miofasciali nell'area del nucleo trigemino cervicale. Abbiamo ipotizzato inoltre che questa normalizzazione delle forze meccaniche a livello cervico-craniale si possa tradurre anche in un riequilibrio delle pressioni liquide (vascolari e linfatiche) favorendo così la riduzione del dolore e il mantenimento di un corretto assetto posturale.

Conclusioni

Per concludere, il trattamento osteopatico ha migliorato sia il dolore, e in particolar modo la frequenza degli attacchi, che l'anteposizione del capo che è il parametro muscolo scheletrico maggiormente correlato alla cronicizzazione della cefalea. Auspichiamo che il proseguimento degli studi possa dare maggiore significato a questi risultati, sia attraverso il follow-up di questo campione che con l'implementazione della casistica.

Bibliografia

1. GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet Neurol.* 2017;16(11):877-897.
2. Jensen RH. Tension-type headache—the normal and most prevalent headache. *Headache.* 2018;58(2):339-345. doi:10.1111/head.13067
3. Allena M, Steiner TJ, Sances G, et al. Impact of headache disorders in Italy and the public-health and policy implications: a population-based study within the Eurolight Project. *J Headache Pain.* 2015;16:100.
4. Zebenholzer K, Andree C, Lechner A, et al. Prevalence, management and burden of episodic and chronic headaches—a cross-sectional multicentre study in eight Austrian headache centres. *J Headache Pain.* 2015;16:46. doi:10.1186/s10194-015-0531-7
5. Headache classification committee of the International Headache Society (IHS) the international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1-211.
6. Baron R, Hans G, Dickenson AH. Peripheral input and its importance for central sensitization. *Ann Neurol.* 2013;74(5):630-636.

7. Lai TH, Protsenko E, Cheng YC, Loggia ML, Coppola G, Chen WT. Neural plasticity in common forms of chronic headaches. *Neural Plast.* 2015;2015:205985. doi:10.1155/2015/205985
8. Becker WJ, Findlay T, Moga C, Scott NA, Harstall C, Taenzer P. Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician.* 2015;61(8):670-679.
9. Tamburin S, Paolucci S, Magrinelli F, Musicco M, Sandrini G. The Italian consensus conference on pain in neurorehabilitation: rationale and methodology. *J Pain Res.* 2016;9:311-318.
10. Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache—report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* 2010;17(11):1318-1325.
11. King HH. Recognizing the value of manual therapy interventions for head pain. *J Am Osteopath Assoc.* 2017;117(1):60-62.
12. Rolle G, Tremolizzo L, Somalvico F, Ferrarese C, Bressan LC. Pilot trial of osteopathic manipulative therapy for patients with frequent episodic tension-type headache. *J Am Osteopath Assoc.* 2014;114 (9):678-685. doi:10.7556/jaoa.2014.136
13. Abboud J, Marchand AA, Sorra K, Descarreaux M. Musculoskeletal physical outcome measures in individuals with tension-type headache: a scoping review. *Cephalalgia.* 2013;33(16):1319-1336. Krahé C,
14. Drabek MM, Paloyelis Y, Fotopoulou A. Affective touch and attachment style modulate pain: a laser-evoked potentials study. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2016;371(1708)pii:20160009.
15. Hallgren RC, Pierce SJ, Sharma DB, Rowan JJ. Forward head posture and activation of rectus capitis posterior muscles. *J Am Osteopath Assoc.* 2017;117(1):24-31. doi:10.7556/jaoa.2017.004
16. Liem T. A.T. Still's osteopathic lesion theory and evidence-based models supporting the emerged concept of somatic dysfunction. *J Am Osteopath Assoc.* 2016;116(10):654-661.