



ISOKINETIC
Sport Rehabilitation Network

CHRONIC PELVIC PAIN: PRESENTAZIONE DI UN CASO CLINICO RISOLTO ATTRAVERSO FISIOKINESITERAPIA

Casella A, Marchi A, Biondi A | Isokinetic Sport Rehabilitation Network, Roma, Italy

Introduzione

Il "Dolore Cronico Pelvico" affligge circa il 15% delle donne con una prevalenza nella fascia di età tra i 30 e i 50 anni. Non può essere considerato una malattia, ma una sindrome che risulta da complesse interazioni tra sistemi neurologici, muscolo scheletrici, ed endocrini, influenzanti fortemente da fattori psicologici (1, 2).

L'approccio tradizionale a questo disturbo è stato chirurgico, ma non confortanti sono stati i risultati a lungo termine. Attualmente la tendenza è quella di associare a terapie farmacologiche per il controllo del dolore, terapie non farmacologiche e terapie non invasive. Scopo di questa comunicazione è presentare un approccio fisiokinesiterapico a questa sindrome.

Caso clinico

Si presenta nel nostro Centro una paziente di 46 anni, trekkinista, che lamenta dolori spontanei ed alla palpazione a livello del quadrante addominale destro. La visita medica mette in evidenza un trigger point sovrapubico destro e (riferito dalla paziente stessa) un trigger point intravaginale a livello del muscolo pubo-coggego destro. Tali Trigger point sono stati confermati all'esame ecografico (Figura 2A). La paziente si presenta in un forte stato di depressione in quanto non riesce più a lavorare né a praticare alcuna attività sportiva e fisica.

All'anamnesi presenta una storia clinica caratterizzata da:

- Agosto 2004 inizia il dolore pelvico.
- Ottobre 2004 fallite le terapie farmacologiche il quadro si aggrava.
- Gennaio 2005 esegue una TAC addominale con esito negativo.
- Marzo 2005 Laparoscopia esplorativa che non riscontra patologie.
- Aprile 2005 si rivolge al reparto di Anestesia di un ospedale della nostra città per iniziare un ciclo di terapia del dolore, attraverso catetere paravertebrale a permanenza.

Trattamento Fisiokinesiterapico

In una prima fase viene impostato un piano di trattamento mirato ad affrontare la fase acuta, attraverso esercizi di stretching (Figura 1) preceduti da un blando riscaldamento degli arti inferiori; in modo particolare dei muscoli flessori della coscia, del piriforme, del quadricipite, degli adduttori e dell'ileo-psoas. Viene contemporaneamente impostato un programma di Core Stability con l'obiettivo di migliorare la capacità di stabilizzazione e di controllo motorio della zona lombare e pelvica, attraverso esercizi specifici con progressione di carico che ci ha permesso di portare la paziente da un livello base fino a quello intermedio (livello da 1 a 3).

Visto anche l'obiettivo riabilitativo di alto livello che la paziente si poneva, ovvero la scalata del Kilimanjaro, e verificato che l'arco di movimento delle anche e del tratto lombo-sacrale fosse integro, in fase successiva (dopo circa due settimane) vengono inseriti esercizi di rinforzo dell'arto inferiore con l'utilizzo di zavorre a carico crescente, soprattutto dei muscoli gluteo e piriforme. Essendosi ormai stabilizzato il quadro, con scomparsa dei dolori spontanei ma con permanenza dei trigger point, si inserisce un programma di ricondizionamento aerobico progressivo sia pedalando su cyclette che camminando in salita su nastro trasportatore, previa esecuzione di un test di soglia.

Quest'ultimo è stato eseguito su nastro trasportatore a pendenza progressiva e velocità costante partendo dallo 0%. Dal primo test, eseguito in data 20 luglio 2005, si evidenziavano i seguenti dati: soglia aerobica a FC 95 bpm, con pendenza 4,9%; soglia anaerobica a FC 146 bpm con pendenza 8,8%. Il test di controllo a un mese di distanza ha dato i seguenti risultati: soglia aerobica a FC 104 con pendenza 7,0%; soglia anaerobica a FC 162 bpm con pendenza 14,6%.

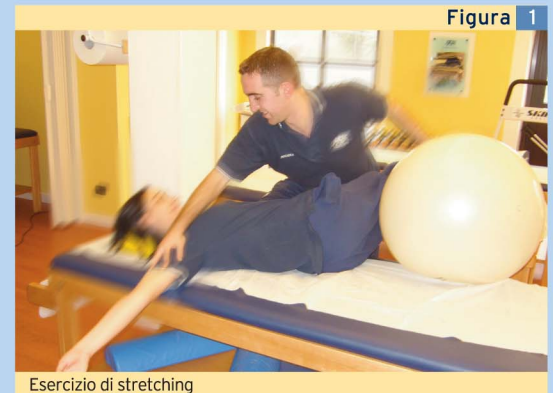
Ogni seduta riabilitativa si conclude con terapie manuali mirate principalmente a decontrattare paravertebrali, glutei, e ileo-psoas. La frequenza delle sedute è sempre stata di due trattamenti settimanali per un periodo di due mesi, per un totale di 17 trattamenti. Al termine di questo periodo anche i trigger point sono scomparsi sia dal punto di vista clinico che da quello ecografico. Il quadro si è via via risolto (Figura 2B) e la paziente ha potuto nel mese di Agosto, dopo due mesi e mezzo dall'inizio della fisiokinesiterapia, portare a termine il trekking di due settimane sul Kilimanjaro (Figura 3).

Conclusioni

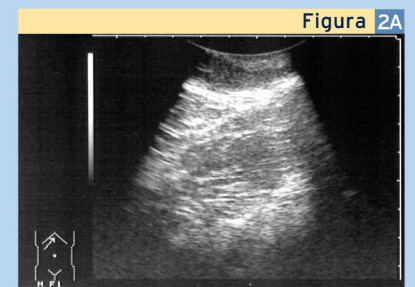
Pur permanendo la sensazione di esserci trovati di fronte ad una sintomatologia per certi versi enigmatica, i risultati che abbiamo ottenuto indicano che la fisiokinesiterapia deve essere comunque presa in considerazione in casi di questo genere, anche perché la sua eventuale efficacia è verificabile in tempi contenuti. Più precisamente, la nostra evidenza suggerisce che maggiore importanza è da attribuire al mix terapeutico costituito da ricondizionamento aerobico, stretching specifico e core stability, rispetto al massaggio e -in misura ancora minore- alle terapie fisiche.

Bibliografia

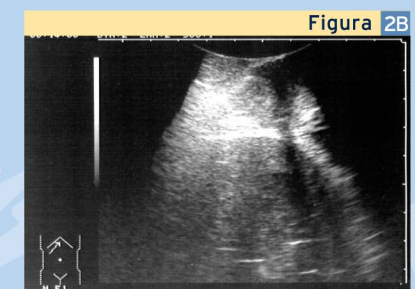
1. GUNTER J. Chronic Pelvic Pain an integrated approach to Diagnosis and treatment. Obstetrical and gynaecological Survey, 2003; 58 (9): 615-623.
2. JANICKI TL. Chronic Pelvic Pain as a form of Complex regional Pain Syndrome. Clinical Obstetric and Gynecology, 2003; 46 (4): 797-803.



Esercizio di stretching



Evidenza ecografica del punto trigger in sede...



...e sua risoluzione a distanza di 36 giorni.

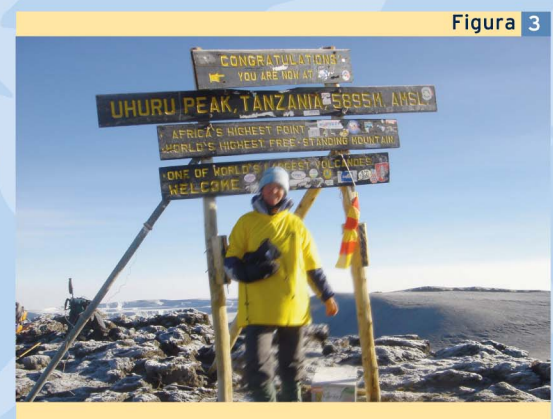


Figura 3