

LA NEUROMODULAZIONE FASCIALE COME PROPOSTA DI APPROCCIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO IN MEDICINA MANUALE

La descrizione della “sindrome della cerniera dorso-lombare” proposta da Robert Maigne elucida un meccanismo fisiopatologico di dolore distale dalla sede di attivazione dei nocicettori, che ben si inserisce nell’ambito della diagnostica clinica inerente le sindromi da dolore riferito somato-somatico.

Nel corso della storia della medicina occidentale altri esempi di contributi inerenti la diagnostica palpatoria dei dolori di tipo riferito sono rappresentati dai lavori di Henry Head, neurologo inglese che, a cavallo del ‘900, rilevò aree di allodinia cutanea ubicate su tronco e dorso, in concomitanza con patologie di origine viscerale; le stesse osservazioni sul dolore viscero-somatico sono state poi nutrite dagli studi provenienti dalla scuola francese di Henry Jarricot e Jean Bossy, che descrissero anche zone di distrofie superficiali e profonde, rilevabili tramite manovre ad hoc, che coincidono con il palpeur-rouler e con il pincè-rouler in uso anche in Medicina Manuale.

Per quanto riguarda la semeiotica del dolore riferito di tipo somato-somatico, il contributo più rilevante è scaturito dagli studi di Travell e Simons del 1983, riguardanti la descrizione dei trigger point e della sindrome miofasciale.

Molto interessanti, i fenomeni clinici descritti e giustificati da solide basi neurofisiologiche di convergenza tra fibre somatiche e fibre autonome, coincidono in modo impressionante con alcune metodologie facenti capo al corpus dottrinale della Medicina Tradizionale Cinese e molto in uso nella pratica dell’agopuntura.

Nel dettaglio, sono state descritte sovrapposizioni tra le zone di Head, nei loro “maximum point”, dermalgie riflesse di Jarricot ed i cosiddetti punti “shu” paravertebrali e punti “mu” addomino-toracici, tutti ugualmente distribuiti secondo criteri di metameria neurovegetativa.

È stato soprattutto merito della scuola di agopuntura di Torino, con il testo di Alberto Quaglia Senta “Il Sistema Simpatico in Agopuntura Cinese”, che si è arrivati ad una sistematizzazione dell’organizzazione del sistema nervoso vegetativo in relazione all’utilizzo terapeutico dei meridiani descritti dalla Medicina Tradizionale Cinese.

In particolare, l’osservazione secondo taglio orizzontale dell’innervazione simpatica del metamero vegetativo, rende evidente la corrispondenza dei rami cutanei anteriori con le zone anteriori di Head e Jarricot, ed i rami posteriori con le stesse zone paravertebrali e con i punti “shu” descritti dalla Medicina Tradizionale Cinese.

L'anatomia del sistema nervoso simpatico, infatti, emergente da T1 a L2, prevede contrazioni sinaptiche con neuroni di secondo ordine viscerali o surrenalici tramite il ramo comunicante bianco, ma anche con neuroni riverberanti, tramite il ramo comunicante grigio, che decorrono congiuntamente al nervo spinale, distribuendosi sulle strutture somatiche di testa, tronco ed arti.

La presenza di fibre sensoriali ed antidromiche nell'ambito del contingente nervoso giustifica, inoltre, l'effetto terapeutico seguente la stimolazione delle zone cutanee descritte.

Oltre al dolore viscerosomatico, anche la descrizione del dolore da trigger point miofasciali è stata oggetto di comparazione con i dati provenienti dalla millenaria cultura cinese, essendo stata dimostrata, inizialmente da Melzack, una sovrapposizione tra trigger point ed agopunti pari al 71%.

Più recentemente, Peter Dorsher ed Edsel Bittencourt della Mayo Clinic hanno esteso la stessa sovrapposizione individuata da Melzack, descrivendo una percentuale di comparazione pari al 93,3%, oltre a ricostruire l'intero decorso di alcuni meridiani di agopuntura tramite sovrapposizione tra tragitti degli stessi e decorso del dolore riferito somato-somatico.

Sulla base di queste osservazioni proponevo, nel settembre 2019, lo studio di comparazione tra catene miofasciali, descritte da Leopold Busquet, e decorso dei cosiddetti "meridiani straordinari", sistemi di canali distinti da quelli "ordinari", meno noti ai più, ma considerati utili, in Medicina Tradizionale Cinese, per il trattamento delle sindromi sistemiche complesse, in quanto dotati di "potere omeostatico".

La metodologia clinica che caratterizza l'utilizzo dei meridiani straordinari è vincolata alla selezione dei cosiddetti "punti di apertura" ubicati in sede distale sugli arti; la stimolazione di tali punti, alla stessa stregua dei punti del tronco, induce la modulazione dei circuiti centrali di elaborazione degli stimoli rappresentati da corteccia prefrontale ed amigdala, con miglioramento del dolore cronico e delle altre patologie connesse con l'iperattivazione stabile dello stress system.

Dall'analisi della letteratura si evince che anche la manipolazione vertebrale, eseguita secondo i crismi dettati da Robert Maigne, induce modificazioni di attività neuronale che coinvolge la corteccia prefrontale a partire dalle afferenze della colonna vertebrale.

La suddetta modulazione centrale è valutabile con strumenti di diagnostica non invasiva del sistema nervoso autonomo, della matrice extracellulare, del ritmo del cortisolo e della sindrome generale di adattamento, oltre che dei processi infiammatori localizzati e sistemici.

Con il modello della “neuromodulazione fasciale” proponevo una metodologia diagnostica e terapeutica che, a partire dalle indagini cliniche e strumentali descritte, approdasse alla selezione dei “punti di apertura” dei meridiani straordinari quale strumento di stimolo nella direzione dell’omeostasi, per la cura del dolore cronico e delle patologie stress-correlate, in virtù della capacità dimostrata di stimolo del tono vagale.

Tra le proposte terapeutiche in grado di modulare il tono vagale, oltre all’agopuntura, al biofeedback e alla mindfulness, la terapia manuale rappresenta un presidio di integrazione con gli stimoli descritti: la possibilità di combinazione tra interventi mirati sulla colonna vertebrale e stimolazioni manuali sui punti distali sui meridiani di agopuntura può rappresentare un valido approccio, soprattutto in caso di dolore cronico e di frequenti di sindromi algiche.

Sarebbe opportuno, pertanto, validare tale ipotesi con il sostegno delle analisi del comportamento del sistema nervoso autonomo pre- e post-trattamento manipolativo.

Beissner F et al. Evid Based Complement Alternat Med. 2010 Oct 19

Travell J, Simons D: Myofascial Pain and Dysfunction - The Trigger Point Manual. 1983

Melzack R et al.: Pain 3(1);3-23.

Jarricot H: Meridiens, 1973; 51-52

Bossy J: Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Masson ed. 1975

Bourdiol R: Réflexothérapie somatique. Maisonneuve ed.1983

Dorsher PT. Medical Acupuncture 2009;21:2

Bianco G. Eur J Transl Myol 2019 29,3

Quaglia-Senta A: Il Sistema Simpatico in Agopuntura Cinese. Cortina ed. 1976

Farrel YR. Psycho-emotional pain and the eight extraordinary vessels. Singing Dragon, 2016.

Martins DF, et al. Neurosci Biobehav Rev. 2021. PMID: 34710514 Review.

Sinhorim L. Et al.: J Clin Med 2021 Sep 24;10(19):4342