

Terapia manuale secondo il concetto OMT Kaltenborn-Evjenth

Perchè questo corso?

Noi fisioterapisti siamo tenuti all'aggiornamento professionale tramite la frequenza di corsi ECM tenuti da vari provider su tutto il territorio nazionale. Ma quale scegliere? A volte siamo tentati di scegliere quello "meno impegnativo" pur di ottenere i crediti formativi necessari; altre volte, invece, abbiamo bisogno di un corso che fornisca quelle competenze che ci distingueranno dagli altri colleghi. Ospiteremo in questo spazio una breve descrizione di quei corsi che a nostro giudizio meritano di essere evidenziati.

La Terapia Manuale e Jochen Schomacher

La Terapia Manuale è un approccio fisioterapico orientato ad aiutare i pazienti affetti da dolore e disfunzioni correlati al sistema locomotore. Jochen Schomacher insegna questa disciplina in Italia da 16 anni sulla base del Concetto OMT (Orthopaedic Manual Therapy) Kaltenborn-Evjenth. Il norvegese Freddy Kaltenborn ha fondato questa specializzazione in fisioterapia nel 1950 coadiuvato, a partire dal 1960, dal suo collega Olaf Evjenth. Nel 1973 Kaltenborn, assieme a Geoffrey Maitland e ad altri fisioterapisti, ha fondato la International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (www.ifompt.org) della quale è membro anche il Gruppo di Terapia Manuale italiano (GTM, www.terapiamanuale.it). Jochen Schomacher insegna il livello base della Terapia Manuale e consiglia agli studenti che vogliono continuare la loro specializzazione di frequentare un programma Master universitario riconosciuto dal GTM. □Jochen Schomacher è un fisioterapista tedesco che segue con passione la Terapia Manuale da oltre 27 anni. Dopo aver acquisito il diploma OMT in Germania, ha studiato per diventare insegnante in fisioterapia in Francia (MCMK) e ha conseguito il "Doctor of Physical Therapy" negli Stati Uniti. Nel 2002 ha iniziato il suo percorso accademico in Germania con il Bachelor of Science e il Master of Science in Physiotherapy, per concludere questo percorso nel 2012 con l'acquisizione del dottorato di ricerca (PhD) presso la Aalborg University in Danimarca. Schomacher ha insegnato per circa 10 anni in una scuola di fisioterapia in Germania e da 19 anni insegna Terapia Manuale nei corsi di educazione continua. Ha inoltre pubblicato 2 libri di cui uno è stato anche tradotto in Inglese, Giapponese e Italiano. Completano la sua attività didattica e scientifica alcuni capitoli di libri di fisioterapia, oltre 50 articoli di cui più di 10 in riviste internazionali e diverse relazioni tenute presso congressi nazionali e internazionali.

Nello spirito della nuova rubrica "Perché questo corso", abbiamo colto l'occasione per fare alcune domande sulla Terapia Manuale a Jochen Schomacher.

Jochen Schomacher, io sono fisioterapista e lavoro già con i pazienti. Perché dovrei imparare la Terapia Manuale?

Lei non deve! Se sa già risolvere tutti i problemi dei suoi pazienti, non ha bisogno di nient'altro. Se invece (ogni tanto) riscontra delle difficoltà, oppure vuole capire meglio o migliorare il suo approccio al paziente, allora la Terapia Manuale ha qualcosa da offrirle.

Che cosa si impara?

Un metodo sistematico per l'esame e il trattamento dell'apparato locomotore al fine di individuare e correggere le disfunzioni correlate ai segni e ai sintomi del paziente.

Ma questo fa già parte del mio approccio di fisioterapista!

Certo! Effettivamente nella Terapia Manuale partiamo comunque dalla fisioterapia, ma aggiungiamo nuove conoscenze e capacità. Per questo il corso è riservato a chi è già in possesso della qualifica di fisioterapista.

Ho letto che la manipolazione e la mobilizzazione non sono molto efficaci. Allora dovrei impararle?

Effettivamente, studi di alta qualità dimostrano, ad esempio, che la manipolazione lombare non è più efficace di altre tecniche o del placebo [1,2]. E nella cervicgia sappiamo che la mobilizzazione non è molto più efficace dell'esercizio fisico [3]. Per questi motivi nel mio corso insegno le tecniche di mobilizzazione soprattutto per i casi di rigidità articolare, dove l'evidenza clinica ne dimostra l'efficacia.

Nel suo corso insegna le manipolazioni?

Sì, ma non le insegno nel corso di "primo livello" (5 settimane), bensì le introduco in quello di "secondo livello" (2 settimane). Le manipolazioni sono in fondo delle tecniche classiche nella Terapia Manuale. Io insegno solo la manipolazione in trazione in posizione di riposo, ossia quella che è suggerita ai fisioterapisti da Freddy Kaltenborn, in quanto a basso rischio [4]. Le altre tecniche manipolative che prevedono movimenti rotatori sono pericolose. È

sufficiente chiedere conferma di questo rischio a un neurologo oppure consultare la letteratura per rendersene conto [5-7].

Ma allora perché devo imparare la mobilizzazione se lei sostiene che l'esercizio sia più efficace?

Gli studi dimostrano che, quando trattiamo il dolore, la mobilizzazione non è più efficace di altre tecniche. Ma la mobilizzazione resta sempre una tecnica importante per la rigidità articolare. Tanti professionisti sti nel trattare un'articolazione rigida usano la classica mobilizzazione a braccio di leva e tale manovra evoca una compressione puntiforme delle superfici articolari creando danni, così come è stato dimostrato ad esempio nell'articolazione tibiotarsica [8] e nell'anca [9]. Questi danni possono essere evitati utilizzando la trazione traslatoria e rettilinea come proposta da Kaltenborn [4]. L'evidenza scientifica è a favore di questo approccio per esempio nella tibiotarsica [10] e nell'anca [11]. Vale dunque sempre la pena di imparare la mobilizzazione traslatoria e rettilinea!

E gli esercizi attivi?

Gli esercizi hanno un ruolo essenziale nella Terapia Manuale e sono il completamento della sessione di mobilizzazione passiva. Per il trattamento analgesico della cervicgia gli esercizi sono addirittura più efficaci rispetto alle tecniche passive [12]. Di conseguenza uso molto gli esercizi rispettando per quanto possibile l'evidenza scientifica.

Ma io non sono uno scienziato e non voglio perdermi in discussioni teoriche. Lavoro con i pazienti e voglio solo farli stare meglio!

Lei ha ragione! Lavorare 8-10 ore al giorno con i pazienti e poi cercare alla sera l'evidenza scientifica per il proprio approccio è stancante e quasi infattibile. Questo è il mio lavoro da insegnante: io devo studiare gli sviluppi scientifici per fornire ai corsisti le conclusioni aggiornate per la pratica. Per tale motivo l'80% circa del corso è dedicato alla pratica e il restante 20% alla teoria.

Questo cosa significa ?

Significa che il corsista impara a esaminare e trattare il paziente sia attraverso le tecniche sia con un ragionamento clinico ben integrato nella medicina accademica. Vuol dire che ogni medico capirà e accetterà ciò che fa lei con il paziente perché il suo approccio sarà basato sulle scienze di base e sulle attuali evidenze. Inoltre, sarà chiaro che il nostro approccio fisioterapico è diverso da quello medico e lo completa. In questo modo non lavoriamo in concorrenza con il medico, ma ne ricerchiamo la collaborazione.

Perché insiste così tanto sull'evidenza scientifica?

Perché è il futuro! I trattamenti che non dimostrano la loro efficacia, prima o poi non saranno più rimborsati dal sistema sanitario. Ed è anche più corretto di fronte al paziente adottare un trattamento che ha mostrato la sua efficacia anziché dire "io credo che questo possa farla stare bene".

Ma l'esperienza spesso ci insegna delle tecniche che funzionano bene!

L'esperienza è la base della nostra fisioterapia, perché quasi tutto ciò che facciamo è nato dall'esperienza di alcuni terapisti molto bravi e appassionati come Kaltenborn e Evjenth. Ora però siamo in un periodo in cui dobbiamo verificare e sviluppare queste conoscenze. Le faccio un esempio: alcuni studi hanno dimostrato che non vi è alcuna differenza nel trattamento del dolore cervicale cronico tra manipolazione, mobilizzazione postero-anteriore e gli SNAGS (Sustained Natural Apophyseal Glides) di Mulligan [13]. Lo stesso risultato è stato ottenuto trattando il dolore cervicale con la mobilizzazione secondo Maitland, secondo Mulligan e solo con esercizi attivi [14]. Inoltre, una revisione della letteratura ha mostrato che non vi è alcuna differenza sul dolore cervicale tra il trattamento secondo McKenzie e l'"aspettare e non fare niente" e altre tecniche [14]. L'esperienza ci "consiglia" di imparare questi metodi/concetti. Noi però dobbiamo essere onesti e cercare quale trattamento è il migliore per il paziente – e che cosa vale la pena imparare.

Questo è scoraggiante. Se non vi sono differenze tra i diversi concetti fisioterapici, perché allora devo studiarli?

E perché devo fare un suo corso? Il suo Concetto OMT Kaltenborn-Evjenth è un corso migliore degli altri?

Non pretendo di dire che sia migliore. Tutte le strade portano a Roma e sono anche convinto che i colleghi fisioterapisti che usano gli altri concetti possano aiutare molto bene i pazienti. Nel Concetto OMT Kaltenborn-Evjenth cerchiamo semplicemente di strutturare e trasmettere le attuali conoscenze abbinandole a ciò che ci ha dato l'esperienza della Terapia Manuale. Chi impara bene la Terapia Manuale possiede gli strumenti per un approccio logico, veloce e pratico da usare nel lavoro con il paziente e può spiegarlo e giustificarlo con le conoscenze e l'evidenza scientifica e clinica disponibili.

Dove posso informarmi se voglio saperne di più?

La letteratura sulla Terapia Manuale è molto vasta. PubMed, per esempio, indica 28.553 articoli in risposta alla stringa di ricerca "Manual Therapy" (accesso del 31/03/2015) – impossibile leggerli tutti. È necessario focalizzare la ricerca su un aspetto che interessa in modo particolare. Kaltenborn ed Evjenth hanno scritto tre libri ciascuno (in lingua inglese). Il mio libro sulla Terapia Manuale li completa e rappresenta la base del mio corso. Visiti il seguente link:

<http://ebookstore.thieme.com/product/orthopedic-manual-therapy>. In tale pagina può cliccare sull'icona "ViewInside" e leggere gratuitamente 36 pagine del libro, giusto per farsi un'idea. Quest'estate è prevista la pubblicazione della seconda edizione italiana da parte della Casa Editrice EDRA LSWR di Milano.

Se conosce la lingua tedesca può visitare il mio sito www.mt-omt.de dove sono a disposizione gratis alcune delle mie pubblicazioni. Se desidera, può partecipare gratuitamente a una mezza giornata in uno dei miei corsi (dopo aver avvisato sia me sia l'organizzatore per evitare un numero troppo alto di partecipanti).

Dove e quando è possibile frequentare i suoi corsi?

È sufficiente andare su <https://goo.gl/xVpFEj>

Bibliografia

1. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ et al. Spinal manipulative therapy for acute low back pain: an update of the cochrane review. *Spine* 2013;E158-E177.
2. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ et al. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: an update of a Cochrane review. *Spine* 2011;36(3):E825-46.
3. Lluch E, Schomacher J, Gizzi L et al. Immediate effects of active cranio-cervical flexion exercise versus passive mobilisation of the upper cervical spine on pain and performance on the cranio-cervical flexion test. *Manual Therapy* 2014;25-31.
4. Kaltenborn FM. *Manual Mobilization of the Joints, Vol III: Traction-Manipulation of the Extremities and Spine, Basic thrust techniques*. Oslo: Norli, 2008.
5. Ernst E, Canter PH. A systematic review of systematic reviews of spinal manipulation. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2006;99:192-6.
6. Schomacher J. Manipulation der HWS und evidenzbasierte Medizin, Literaturstudie zur Manipulation für Physiotherapeuten. *Manuelle Therapie* 2007;11:229-39.
7. Ernst E. Manipulation der Wirbelsäule: Wie gut ist diese Therapieform belegt? *Manuelle Therapie* 2012;16:170-1.
8. Schomacher J. Impingement-Syndrom des oberen Sprunggelenks. *Manuelle Therapie* 2010;14:91-7.
9. Tibor LM, Leunig M. The pathoanatomy and arthroscopic management of femoroacetabular impingement. *Bone & Joint Research* 2012;1(10):245-57.
10. Baer TE, Stolley MP, Thedens DR et al. Development of an ankle distraction device compatible with MRI and radiography. *Foot and Ankle International* 2006;27(6):472-4.
11. Schomacher J. Traktion des Hüftgelenks - Eine Pilotstudie. *Manuelle Therapie* 2002;6:167-76.
12. Kay TM, Gross A, Goldsmith CH et al. Exercises for mechanical neck disorders (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;(8):1-160.
13. Pérez HI, Perez JLA, Matrtinez AG et al. Is one better than another? A randomized clinical trial of manual therapy for patients with chronic neck pain. *Manual Therapy* 2014;19(3):215-21.
14. Ganesh GS, Mohanty P, Pattnaik M, Mishra C. Effectiveness of mobilization therapy and exercises in mechanical neck pain. *Physiotherapy Theory and Practice* 2014:1-8 (ahead of print).
15. Takasaki H, May S. Mechanical Diagnosis and Therapy has similar effects on pain and disability as 'wait and see' and other approaches in people with neck pain: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 2014;60:78-84.

* Riproduzione dell'articolo originale intitolato "*Terapia manuale secondo il concetto OMT Kaltenborn-Evienth*" nella rubrica "*Perché questo corso?*" pubblicato su *Riabilitazione Oggi*, Anno XXXII - edizione 2 marzo/aprile 2015, pagine 22-23.