

Date: 31/05/2011
Code: NMT/Ort/02/11
Name (Name /Surname): <i>Luca Chisotti</i>
Title: <b>Utilizzo del Taping NeuroMuscolare come supporto nella fisioterapia della capsulite adesiva nella spalla non chirurgica (CA)</b>
Institute: Area Zenit, Torino, Italy

## **Utilizzo del Taping NeuroMuscolare come supporto nella fisioterapia della capsulite adesiva nella spalla non chirurgica (CA)**

Luca Chisotti  
Area Zenit, Torino  
Italy  
31/05/2011

La CA descritta la prima volta da Neviaser nel 1945 come un processo infiammatorio capace di retrarre, ispessire e far aderire la capsula articolare all'omero con conseguente fibrosi capsulare, è considerata, dagli anni novanta "un'affezione della spalla caratterizzata da una rilevante diminuzione del movimento, sia attivo che passivo che compare in assenza di una nota alterazione intrinseca della spalla"

L'eziopatogenesi non è ancora chiara. Varie cause sono state proposte in questi ultimi anni: autoimmune, dismetabolica, neurologica, endocrina, psicologica per la forma primaria (Zucherman 1993), mentre tra le forme secondarie si sono considerate implicazioni infettive (HIV), da farmaci (isoniazide, fenobarbital, antisecretori gastrici) (Rokwood e Matsen 2000), da utilizzo di strumenti chirurgici come le radiofrequenze o il laser per lo shrinkage capsulare e molto più frequenti per esiti traumatici o da ipocinesia (Lundberg). Viene colpito soprattutto il sesso femminile con un'età compresa tra i 40 e 60 anni e spesso con personalità depressivo ansiosa. Clinicamente la capsulite retrattile primaria viene suddivisa in tre stadi: fase dolorosa (freezing) di difficile diagnosi e riconoscimento, la fase di irrigidimento progressivo (frozen) facilmente riconoscibile e da ultima la fase di risoluzione (thawing). La diagnosi, prettamente clinica, si può avvalere di indagini strumentali come l'RX in tre proiezioni, la RMN e/o l'artro RMN. Il trattamento del paziente affetto da CA si prefigge l'obiettivo di alleviare il dolore e di restituire la mobilità e la funzionalità alla spalla. Il primo approccio in genere è di tipo conservativo, consistente in un programma adeguato e ben condotto di terapia fisica riabilitativa; se questo non ha successo può essere necessario ricorrere alla mobilizzazione in narcosi.

La scelta dell'approccio terapeutico sarà dettato dalle esigenze del soggetto in termini di dolore e funzionalità, ad oggi è condivisa la necessità di adattamento assoluto del protocollo riabilitativo ai risultati della valutazione clinico funzionale del paziente. In questo ambito il trattamento manuale, la terapia fisica con le sue diverse possibilità di trasferimento energetico, la mobilizzazione e la chinesiterapia sono sicuramente le armi preferenziali contro la condizione patologica.

Il Taping Neuromuscolare può supportare qualsiasi fase terapeutica della patologia diversificando l'azione e il risultato meccanico-riflesso utilizzando diversi tipi di taglio e di applicazione.

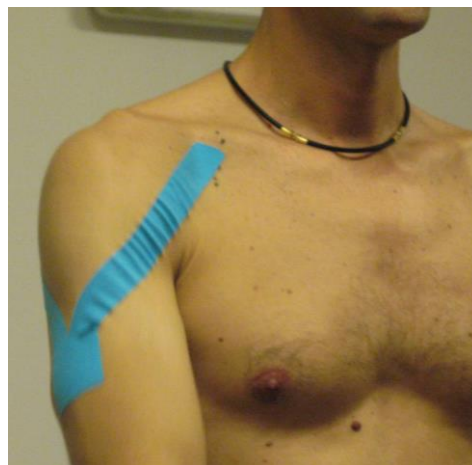
**Decompressivo a ventaglio**

Permette la massima azione drenante sottocutanea accompagnata ad una minima, ma utile riduzione del tono e alla massima decompressione articolare; risulta particolarmente adeguata nella fase freezing dove è privilegiata l'azione antalgica e drenante delle terapie. Ottimi risultati in associazione con l'idrochinesiterapia, la massoterapia drenante e la mobilizzazione attiva e passiva lenta e ciclica (tecnica Codmann e altre)



**Decompressiva a Y**

Utilizzata particolarmente nella fase frozen e thawing ha un' azione drenante minore rispetto alla costruzione a ventaglio, ma l'effetto meccanico è più profondo sino a raggiungere e coinvolgere la fascia dell'aponeurosi superficiale. Tale tecnica permette di ottenere una relativa riduzione riflessa del tono muscolare e un'utile decompressione articolare caratteristiche particolarmente adatte in condizioni di esercizi e tecniche manuali finalizzate alla mobilizzazione articolare più intensa (carrucole, stretching, manipolazioni fasciali) e in caso di esercizi di recupero della forza e/o della propriocezione.



**Decompressiva a I**

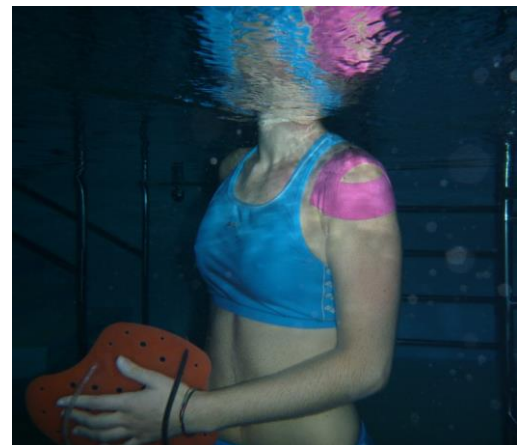
Questa costruzione permette la massima profondità d'azione meccanica, interessa il perimio del muscolo, riduce il tono muscolare pur mantenendo una minima azione drenante. A livello articolare assicura un incremento della propriocezione con una minima stabilizzazione ai gradi estremi del movimento.

Particolarmente indicata nelle fasi di esercizi posturali isotonici eccentrici e in propriocettiva dinamica (frozen, tawing).



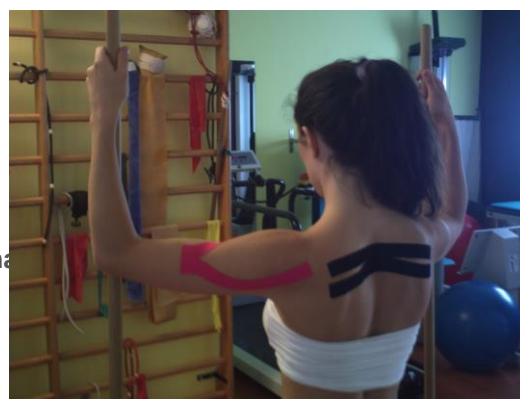
**Compressiva a I**

L'azione concentrica del tape sulla cute consente il massimo aumento del tono con conseguente aumento della possibilità di controllo posturale fine, sino ad ottenere a livello articolare una stabilizzazione e/o una correzione posturale. Tali effetti sono particolarmente efficaci nelle esercitazioni posturali, di propriocezione con componenti dinamiche importanti, in quelle mirate al recupero della forza isometrica e nelle stabilizzazioni ritmiche (fase tawing e frozen).

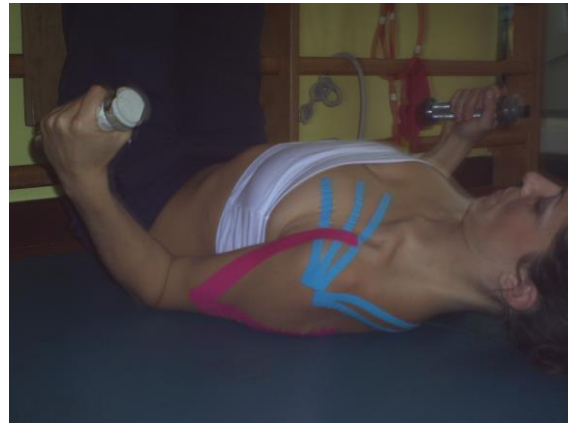


**Compressiva a Y**

Permette di modulare, rispetto a quella ad I, l'effetto di incremento del tono e la sensibilità propriocettiva, avvolgendo la proiezione cutanea dei vari ventri muscolari e supportando la mobilità articolare. E' utile nelle varie esercitazioni di ripristino del range di movimento e della capacità propriocettiva necessarie nella fase freezing e tawing.



In alcune situazioni particolari può essere indicato l'utilizzo di tecniche combinate per assicurare il mantenimento di alcune condizioni biologiche ottenute nelle fasi precedenti (drenante a ventaglio) associate a nuovi stimoli finalizzati al recupero della forza o della propriocezione (Y decompressivo o compressivo).



Infine sarà utile affiancare più costruzioni e tecniche su segmenti diversi, al fine di supportare le diverse azioni muscolari nei movimenti complessi mediante la facilitazione propriocettiva fornita dai diversi stimoli cutanei.

