



Cefalea e postura: la parola al paziente...

Autore: Prof. Daniele **RAGGI**

*Posturologo, Chinesiterapista, Méziérista
Docente Master in Posturologia c/o la 1^{ma}
Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Dip. di Medicina Sperimentale e Patologia, Univ.
"La Sapienza" di Roma.
Docente c/o l'Università Cattolica Sacro Cuore
di Milano, Facoltà di Scienze della Formazione,
Scienze Motorie.*

"ho un mal di testa da impazzire..."

Già dai primi anni in cui praticavo tecniche di posturologia del Metodo Mézières, mi ero reso conto che trattando problematiche del collo, quali cervicalgie, artrosi, problemi dell'articolazione temporo-mandibolare, dolori delle

spalle, etc., anche problematiche di cefalee tendevano a diminuire di intensità o di frequenza, ed in alcuni casi addirittura scomparivano.

Ovviamente venticinque anni fa la conoscenza di tecniche avanzate di cui oggi si avvale la moderna Posturologia non era presente e dunque non erano sempre chiare le connessioni fra dolori muscolo-articolari, postura e le cefalee. I risultati che oggi possiamo ottenere sulle cefalee con la Posturologia sono sicuramente degni di nota.

Un contributo importante (e testimonianza) nella direzione della ricerca e dell'avanzamento delle tecniche che possono aiutare il cefalico, proviene dal **"Centro Cefalee del Policlinico**

Umberto 1° di Roma", diretto dal **Dott. Di Sabato**; collaboratrice la **Dott.ssa Impieri**, chinesioLOGA e posturoLOGA che utilizza, nei casi di cefalee mio-tensive, una tecnica di riequilibrio posturale ad approccio globale con Pancafit[®]. La cefalea rappresenta uno dei disturbi più comuni nella popolazione, si calcola infatti che il 90% degli individui abbia almeno un attacco di cefalea nel corso di un anno. In alcuni casi la cefalea si presenta occasionalmente, ma spesso, è così frequente e severa da compromettere l'efficienza fisica, la capacità lavorativa, i rapporti familiari, sociali e influenzare quindi la qualità della vita. Le principali forme di cefalea primaria, spiega il **dott. Di Sabato**, sono: **l'emigrania, la cefalea di tipo mio-tensivo e la cefalea a grappolo**. Ognuna di esse è riconoscibile dallo specialista mediante un'anamnesi accurata che comprende la descrizione delle crisi con le caratteristiche di sede, tipo, sintomi associati, comportamento durante l'attacco, durata e periodicità degli attacchi. L'emigrania si riscontra in una consistente percentuale della popolazione, e pur non risparmiando l'età infantile, è più presente nell'età media della vita (18% nelle donne e 6% negli uomini). L'emigrania si distingue in due forme: **emigrania senza aura ed emigrania con aura**. Nel primo caso il dolore è prevalentemente unilaterale, anche se può





alternare lato o manifestarsi bilateralmente, d'intensità moderata o severa. Ha carattere pulsante, peggiora con il movimento ed è associato a nausea e/o vomito, disturbo di luce, disturbo di rumore e, in alcuni casi è associato a disturbo di odori che normalmente non provocano l'emicrania. Il paziente in genere necessita di riposo a letto, in ambiente buio e silenzioso. La durata degli attacchi è compresa tra 4 e 72 ore. Nella forma con aura, la fase dolorosa, è preceduta da sintomi neurologici focali, a completa risoluzione che si manifestano gradualmente e continuano per 10-20 minuti fino ad un massimo di 60 minuti. L'aura è caratterizzata da disturbi visivi tipo visione di lampi (fotopsia), deformazione degli oggetti, emianopsia (indebolimento o perdita della vista in una o entrambe le metà del campo visivo). In alcuni casi si possono verificare disturbi sensitivi come l'addormentamento del braccio e della gamba riguardante la sede del dolore e fenomeni di afasia (alterazione o perdita della capacità di parlare o di capire il linguaggio parlato o scritto), oppure casi in cui il paziente pensa di dire una parola ed in effetti ne pronuncia un'altra a volte incomprensibile. Segue poi una cefalea che può avere caratteristiche emicraniche e non emicraniche. Le crisi con aura sono molto meno frequenti rispetto a quelle senza aura ma, entrambi i tipi, possono manifestarsi nello stesso paziente. La diagnosi di emicrania con aura può essere fatta quando si siano verificati almeno due attacchi con le medesime caratteristiche. Disturbi con le caratteristiche dell'aura possono presentarsi non seguiti dalla fase dolorosa e, in questi casi, la diagnosi sarà di "aura emicranica senza emicrania", dopo aver escluso la possibilità di un evento vascolare acuto cerebrale.



È molto importante indagare anche i possibili fattori favorenti e/o scatenanti l'attacco come ad esempio cibi particolari, variazioni delle abitudini di vita o dei ritmi di attività e di sonno/veglia, eventi stressanti, relazione con il periodo mestruale. È infatti noto come, circa il 60% delle donne affette da emicrania senza aura, manifesti la crisi prevalentemente in periodo premenstruale ed il 10% abbia attacchi esclusivamente nei giorni immediatamente precedenti il ciclo o nei primi giorni dello stesso. Altra forma di emicrania periodica e prevedibile è quella che si verifica nel fine settimana o cefalea del week-end.

Un fatto molto importante per il posturologo, è di sapere che ben il 90% circa delle cefalee ricade nella categoria di **cefalea di tipo mio-tensivo** ed anche in questo caso il 75% dei soggetti è di sesso femminile. La forma si distingue in infrequente, (forme occasionali con meno di una crisi al mese), frequente (da una a meno di quindici crisi al mese) e cronica (più di quindici

giorni al mese). La diagnosi viene posta con almeno dieci attacchi che abbiano le seguenti caratteristiche: dolore gravativo / costringitivo, bilaterale, di intensità lieve-media e comunque tale da non impedire le normali attività; i sintomi associati sono generalmente assenti oppure si può manifestare modesta fonofobia (disturbo di luce e di rumore).

Il dolore non è aggravato dall'attività fisica. La durata delle crisi varia tra mezz'ora e sette giorni. Nelle forme più lievi, il disturbo è spesso legato a situazioni di stress; nelle forme più severe e croniche, il dolore comparirà al risveglio e proseguirà fino a sera.

La **cefalea a grappolo** invece, è una forma rara dal punto di vista epidemiologico con incidenza inferiore allo 0,5% nella popolazione maschile e 0,1% in quella femminile. È quindi tipicamente una patologia del sesso maschile, a differenza dell'emicrania, anche se negli ultimi anni, la frequenza nelle donne sembra essere aumentata di pari

passo con l'acquisizione di attività lavorative e stili di vita, in passato tipici solo degli uomini. Gli attacchi sono dolorosissimi, tanto che la forma è stata soprannominata "cefalea del suicidio". La cefalea a grappolo è caratterizzata da accessi parossistici di dolore lancinante, di intensità severa, della durata variabile tra 15 e 180 minuti, ha sede orbitaria, sovra-orbitaria e/o temporale, strettamente unilaterali. La cefalea si presenta con intensa lacrimazione, iniezione congiuntivale, ostruzione nasale, o viceversa rinorrea, sudorazione facciale, tutti rigorosamente dallo stesso lato del dolore. Le crisi, nella forma episodica, si presentano giornalmente, spesso ad orari fissi, una o più volte nelle 24 ore, per periodi della durata di 3-6 settimane con cadenza annuale o biennale. Il 10% circa dei pazienti presenta una forma cronica, senza lunghe fasi di remissione. L'intensità della cefalea è tale che il paziente presenta la necessità di muoversi in continuazione (running-walking) e di trovare una posizione soddisfacente, inoltre non sopporta la presenza di nessuno intorno a lui.

Nel Centro Cefalee del Policlinico Umberto I, proprio grazie al Dott. Di Sabato, si è potuta raggiungere l'attuazione, con notevoli risultati nei casi di cefalea mio-tensiva, dell'azione sinergica tra medico, psicologo e posturologo. Si è potuto osservare che almeno il 95% dei pazienti con diagnosi di cefalea mio-tensiva presentano una postura errata.

Affermano il Dott. Di Sabato e la Dott.ssa Impieri: "tramite il riequilibrio della postura del "Metodo Raggi" con "Pancafit", il paziente acquista prima di tutto una corretta coscienza corporea con esercizi di respirazione, di rilassamento, di condizionamento generale

della colonna e soprattutto del tratto cervicale. Il numero di sedute di ginnastica posturale possono variare di numero, in base alla gravità della cefalea. Al termine, per circa l'80% dei pazienti si verifica una netta diminuzione degli attacchi cefalgici, sia per durata che per intensità che per numero di ripetizioni; il 98% dei pazienti trattati acquista maggior consapevolezza corporea e capacità quindi di reagire all'attacco cefalgico qualora si presentasse; **circa l'80% dopo almeno due cicli di sedute di Pancafit®, riesce completamente ad ovviare alle crisi di cefalea muscolo-tensiva.** Il connubio che si sta cercando di attuare in maniera sempre più evidente sta portando grandissimi risultati, e per questo ringraziamo sentitamente il Prof. Raggi per il contributo che ha dato con il suo Metodo e il sistema Pancafit®.

Il caso clinico

Vorrei ora esporre un caso di un paziente che ci permette di capire meglio la relazione fra cefalea mio-tensiva ed alterazione della postura. Arriva in studio un paziente di 38 anni, il Sig. Marco C., operaio tessile. Si lamenta per un problema al collo, ma non trascura di dirmi che soffre di feroci mal di testa. Alla raccolta dati della scheda personale, si scopre che il mal di testa è il dolore più feroce e severo che abbia mai provato; deve addirittura



assentarsi dal lavoro quando ne è colpito, chiudersi in una stanza al buio, senza parlare e vedere nessuno. Questa cosa gli succede soprattutto se beve alcolici o mangia molto tardi la sera, dopo la discoteca, ma comunque almeno una volta ogni dieci giorni il problema compare. A confronto il suo mal di collo è banale.

Data la descrizione della sua cefalea, non preannuncio nessuna possibilità di risultato in merito, ma mi preoccupa principalmente del collo. Il paziente ha un fisico atletico, discretamente bilanciato e con una discreta postura. Unica nota stonata è il ginocchio destro che risulta un poco ruotato all'interno; nega ogni ricordo di traumi in tale zona. Inizia la prima seduta che si indirizza al collo ed alla respirazione, il tutto in assoluta e corretta postura, agendo principalmente sulla catena muscolare posteriore che collega tutto il corpo, dalla testa ai piedi.

Alla seconda seduta il paziente mi dice che il dolore al collo va meglio, ma che tale dolore si era un poco spostato al dorso.

Continuo con la seduta successiva nella quale ripeto il protocollo precedente ed aggiungo maggior attenzione alla respirazione.

Alla terza seduta il paziente riferisce che il collo va decisamente meglio (dolore ridotto del 50%); ha avuto un attacco di cefalea, ma l'intensità della stessa è stata decisamente inferiore rispetto al solito. In compenso gli è ricomparso un vecchio dolore alla zona lombare che non aveva da circa 4 anni. Gli dico di non preoccuparsi, spiegandogli che siamo sulla buona strada, e che il dolore che è ricomparso per qualche giorno, in realtà era un vecchio dolore mai risolto definitivamente, ma solo nascosto dal corpo e "spostato" verso l'alto, fino al collo. Dopo questa sedu-

ta, dedicata al collo, alla respirazione ed alla zona lombare, il paziente ritorna e mi riporta una notizia molto interessante. Durante la settimana il dolore dalla zona lombare si era spostato al ginocchio (quello che non era in asse corretto); questo gli fece ricordare che, 5 anni prima, aveva avuto delle fitte a quel ginocchio per circa un paio di mesi, ma poi tale dolore passò da solo benché avesse continuato a giocare a calcio. Poi, due giorni dopo, la cosa più sorprendente fu che il dolore si spostò dal ginocchio destro alla caviglia destra. Fu proprio quel dolore alla caviglia che fece riaccendere nella mente del Sig. Marco il ricordo di un episodio

dimenticato e sepolto nelle pieghe dei tessuti e della mente: 7 anni prima, giocando a calcio, ebbe una grave distorsione alla caviglia, che recuperò con difficoltà, se non zoppicando per molto tempo e poi trovando il modo di tenere la gamba un poco ruotata per non sentire dolore.... Poi dimenticò il tutto. In questo modo, il dolore **compensato dall'atteggiamento antalgico** del corpo, salì lungo il ginocchio, l'anca, la schiena, il dorso, il collo, spostando le tensioni difensive fino ai muscoli nuchali e cranici. Possiamo quindi concludere che quel trauma era la causa nascosta della cefalea; infatti, dopo aver trattato e sbloccato la cavi-

glia, il paziente non ebbe più neppure un solo attacco di cefalea. Quel mal di testa altro non era che il prodotto di tensioni molto profonde ed intense che il corpo aveva prodotto per difendersi dal dolore del piede, del ginocchio e di tutta la catena muscolare che aveva messo in gioco a scopo difensivo.

Possiamo così affermare che, tutto ciò che non viene risolto (anche se abilmente nascosto dal corpo), rimane irrisolto.

Per informazioni sul Metodo Raggi® - Pancafit® rivolgersi a Studio Sport 2000, telefono 02.39257427, info@studiosport.it, www.pancafit.net

