

### *Manifestazioni nei tendini*

#### *Tendiniti al ginocchio*

**D**i fatto ogni tendine del corpo può essere colpito dalla SMT e alcuni sono interessati più di frequente di altri.

Il ginocchio è una delle aree più spesso colpite. Il dolore può farsi sentire dovunque, nella parte davanti o dietro; c'è una grande quantità di tendini che si attacca intorno a quell'articolazione. Il più grande è il tendine patellare, che avvolge la patella (rotula); è il tendine dei muscoli quadricipiti, muscoli in grado di sostenere il peso che impediscono al ginocchio di deformarsi quando si cammina o si corre. Il dolore solitamente si manifesta solo in una parte del tendine, sopra o sotto la rotula. Poi ci sono molti altri tendini, compresi quelli posteriori e quelli che si dipartono dai muscoli sotto il ginocchio. I legamenti intorno alle articolazioni sono strutture importanti che aiutano a supportarle e possono anch'essi dolere. Tutto ciò può essere facilmente accertato con esami fisici; il tendine coinvolto fa male quando ci si preme sopra. Il problema non interessa l'articolazione del ginocchio ma i tendini attaccati alle ossa intorno all'articolazione. Il male al ginocchio viene spesso addebitato a una condizione nota come condromalacia. È un irruvidimento della parte inferiore della rotula, diagnosticata ai raggi X e che, nella mia esperienza, non dà dolore. Ancora una volta abbiamo una situazione in cui un'anomalia vista ai raggi X viene additata come causa del dolore perché i medici non sono consapevoli dell'esistenza della SMT. Il dolore potrebbe anche essere attribuito a una rotula instabile e all'artrite, vecchio ripiego. A volte la colpa viene data a una piccola lacrima nel menisco (cartilagi-

ne). Queste lacrime possono essere viste con scansioni imaging e sono molto spesso non dolorose, ma a loro viene addebitato il male in realtà causato dalla SMT ai tendini. Non di rado questi pazienti si sottopongono a chirurgia artroscopica; ne ho visitato uno di recente. Dopo l'intervento continuava a provare dolore, quindi il chirurgo lo ha operato una seconda volta sostenendo che il dolore derivava da un'increspatura del tessuto. Ma il dolore ha continuato a esserci. Malgrado il paziente fosse venuto da me per il mal di schiena, l'ho comunque informato della natura del suo dolore al ginocchio ed è stato in grado di risolvere entrambi i problemi contemporaneamente.

Anche se è meno comune, comunque il gonfiore al ginocchio può accompagnare la tendinite. Quando lo capii per la prima volta, non ero abbastanza sicuro per affermare con il paziente che ciò faceva parte della SMT, ma alla luce dei consistenti successi nei trattamenti ora mi sento sicuro di questa diagnosi.

## ***La tendinite alle spalle***

Le spalle sono un'area dove la SMT si manifesta di frequente. La diagnosi può essere complicata, poiché il dolore in questa zona può essere dovuto all'interessamento del plesso brachiale, descritto nel Capitolo 4. Rientra spesso nel Dsr.

La storia diagnostica del dolore in questa regione (dove le braccia si collegano alle spalle) è interessante. Prima dell'avvento della risonanza magnetica, procedura che permette una diagnosi precisa di lesione alla cuffia dei rotatori, le diagnosi più comuni erano di borsite e depositi di calcio. La seconda spesso portava alla rimozione chirurgica. Oggi la diagnosi più frequente è quella di lesione alla cuffia dei rotatori.

Non ho mai pensato di mettere in dubbio quella condizione come causa di dolore fino a che non mi è capitato il paziente di cui racconto di seguito. Era una donna sui cinquant'anni che era stata trattata con successo anni prima per il mal di schiena.

Mi aveva chiamato per dirmi che aveva sviluppato dolore a una spalla e che aveva consultato alcuni dei migliori ortopedici della città. Siccome una RMI aveva mostrato una lesione alla cuffia dei rotatori, era stata sottoposta a un intervento chirurgico. Successivamente, malgrado un alleviamento del dolore, aveva iniziato a sentire lo stesso dolore alla spalla opposta e si chiedeva se si trattasse di una manifestazione della SMT. Le dissi che poteva essere e le fissai un appuntamento per una visita. Venne dopo pochi giorni e mi raccontò che il dolore era scomparso la notte dopo che c'eravamo parlati. C'era ancora solo una lieve dolenza quando premevo su uno dei tendini delle spalle.

È stata un'esperienza importante per me. È certo che i tendini danneggiati debbano essere curati, soprattutto negli atleti come i lanciatori nel baseball per esempio, ma è stata un'altra situazione in cui i dottori hanno trattato i raggi X anziché il paziente. Di prassi ora io tratto il dolore alle spalle come SMT se il tendine dolente è stato individuato all'esame. Peraltro la letteratura medica sostiene che la lesione alla cuffia dei rotatori potrebbe rientrare nel processo di invecchiamento, come le alterazioni artritiche della colonna vertebrale dalle quali, erroneamente, si fa sempre derivare il dolore.

Ho detto spesso che la RMI è stata un'arma a doppio taglio per le persone con sindromi dolorose. L'ernia al disco, le lesioni al menisco del ginocchio e quelle alla cuffia dei rotatori nelle spalle, tutte identificabili solo con la RMI, hanno finito per portare a più interventi chirurgici, con buone intenzioni ma inutili.

## ***Il gomito del tennista***

Si tratta di un vecchio "must" un po' eclissato negli ultimi anni dai problemi più gravi alle ginocchia e alla cuffia dei rotatori. Ricordate sempre che la SMT ha bisogno di una sola area dolente alla volta. Se il male alle ginocchia o alle spalle è molto frequente, l'incidenza del male al gomito può diminuire. È comunque

ancora diffuso e potrebbe, come altre aree delle braccia, rientrare del Dsr. Come molti oggi sanno, il gomito del tennista si manifesta in tante persone che non giocano a tennis. Viene ancora considerato come uno strappo al tendine che collega il muscolo all'osso del gomito. Solitamente si consigliano riposo e immobilità; spesso si utilizzano anche iniezioni di steroidi. Come tutte le manifestazioni della SMT, il gomito del tennista risponde bene al mio programma educativo una volta che il paziente ha accettato il fatto che il dolore è dovuto alla SMT.

### ***Tendinite ai piedi***

I piedi sono un'area molto importante della SMT. Tutti coloro che hanno sofferto di dolore in questa zona sanno quanto può essere invalidante. Ci sono molti tendini nella parte alta del piede e intorno alla caviglia, ognuno dei quali può essere il bersaglio della SMT. Il dolore si manifesta più di frequente nella parte inferiore rispetto alla sommità. Quando è coinvolto l'avampiede nella parte inferiore si chiama metatarsalgia ed è spesso attribuita a un neuroma (tumore benigno del nervo); non è raro che il neuroma venga asportato chirurgicamente. Quando il dolore si localizza nell'arco si chiama fascite plantare; se invece è nel tallone viene spesso attribuito a uno sperone osseo se lo si riscontra ai raggi X. I pazienti faticano ad accettare che il dolore ai piedi è parte della SMT, per cui spesso perdura nel tempo. Spesso anche il piede piatto viene ritenuto responsabile del dolore.

### ***Periostite tibiale***

È un termine familiare agli atleti, agli allenatori e ai medici sportivi; la periostite tibiale consiste in un dolore lungo la parte anteriore della gamba, tra il ginocchio e il piede. Come altre sindromi dolorose molto comuni, si tratta di un mistero diagnostico. Solitamente associata all'attività tipica dell'atleti-

ca, è un altro esempio di SMT tendinea. Studi recenti hanno mostrato alterazioni ai raggi X nell'osso tibiale ma sono ancora incline ad attribuire questo dolore alla SMT.

La tibia, l'osso principale della gamba sotto il ginocchio, si sente facilmente nella parte anteriore poiché è subito sotto la pelle. Attacato ad essa, per gran parte della sua lunghezza, c'è l'importante muscolo tibiale anteriore. Lo si può sentire nella gamba destra alla destra della tibia. Questo muscolo è fondamentale per alzare la parte anteriore del piede quando si cammina o si va in bicicletta; la sua importanza è ovvia (per sentire male a questo muscolo, camminate più veloce che potete per almeno trenta minuti). Le persone che hanno la periostite tibiale sentono dolore se si preme su questo muscolo. Il tendine del muscolo tibiale anteriore è attaccato all'osso tibiale lungo tutta la sua lunghezza. La periostite tibiale è una SMT tendinea. Il male dovuto all'attività muscolare passa in un giorno o due, se persiste e si intensifica significa che la causa è la SMT.

### ***Strappo ai muscoli ischiocrurali***

È un'evenienza comune anche negli atleti in perfette condizioni: si tratta di un dolore improvviso nella parte posteriore della coscia che compare mentre si sta facendo sport. Poiché si manifesta in maniera acuta, viene data la colpa a una lesione muscolare.

Dopo aver visto molti strappi ai muscoli ischiocrurali nei giocatori di football professionistico e dopo avere considerato le circostanze in cui si verificano e il recupero relativamente rapido degli atleti, sono fortemente incline a ritenere che si tratti di attacchi acuti di SMT tendinea. Ricordo in particolare un giocatore di football che aveva avuto questo tipo di strappo durante una partita. Gli era poi stato detto che il trattamento intensivo ricevuto lo aveva preparato per la gara successiva e che era in grado di ripartire. Ma giocò per un po' quella partita e poi, nel terzo quarto, dovette uscire perché lo strappo gli si era ripresentato nell'al-

tra gamba. Quando i giornalisti gli chiesero cosa fosse successo, disse di avere sovraccaricato quella gamba a causa dell'infortunio che aveva subito all'altra una settimana prima. È ridicolo; non c'erano alterazioni nella sua corsa, né accenni a una zoppia. Lo avevo guardato attentamente e non ero riuscito a vedere le ragioni di una lesione quando gli era tornato il dolore: aveva semplicemente "bisogno" di quell'incidente. Era tesissimo, era la star della sua squadra, quello su cui tutti contavano. La pressione su di lui doveva essere diventata enorme. Non ci si deve stupire, dunque, che fosse incline a frequenti episodi di SMT.

### ***Coccidia (o coccigodinia o coxalgia)***

Anche tendiniti meno comuni sono manifestazioni della SMT. Nella coccidia i tendini interessati sono quelli dei muscoli che si attaccano a diverse ossa pelviche, al sacro e al coccige. Il sacro e il coccige vengono spesso ritenuti estensioni della colonna lombare. Il coccige è tutto quello che rimane della coda perduta nell'uomo e in altri mammiferi progrediti come gli scimpanzé. Il dolore compare nella fessura tra i muscoli dei glutei ed è per lo più dovuto al coinvolgimento dei tendini dei muscoli che si attaccano al sacro, piuttosto che a quelli che si attaccano al coccige. Si comporta come il dolore nella parte bassa della schiena: può comparire in determinate circostanze e il fatto di stare seduti lo alimenta.

Più raramente sono interessati i tendini dei muscoli della coscia che si attaccano alle ossa pelviche, come i muscoli ischiocrurali e gli adduttori. Nella maggior parte dei casi i tendini sono dolenti alla pressione. Ho avuto pazienti con interessamento anche del legamento inguinale. Qualsiasi tendine o legamento del corpo può essere colpito dalla SMT.

Si conclude qui la descrizione delle manifestazioni di SMT a muscoli, nervi e tendini. Vediamo ora una delle più dolorose conseguenze di queste sindromi dolorose, il dolore cronico, e una delle più bizzarre, la sindrome di Lyme.

### *Dolore cronico e malattia di Lyme*

#### *Dolore cronico*

Ricordo ancora i nostri sforzi, molti anni fa, all'allora Institute of Rehabilitation Medicine del New York University Medical Center per stabilire un programma di trattamento del dolore cronico. Quando iniziai a rendermi conto che la maggior parte dei mal di schiena era indotta psicologicamente e che la letteratura medica già stava intuendo che il dolore cronico era il risultato di fattori psicologici, mi era parso un bene cercare di stabilire un programma di trattamento per questi casi. Seguimmo le linee guida degli esperti, mettemmo insieme un team multidisciplinare nel quale c'erano psicoterapeuti, terapisti occupazionali, infermieri, psicologi, assistenti sociali e medici e procedemmo all'ammissione dei pazienti nel programma. I pazienti che trattavamo soffrivano di diverse condizioni dolorose strutturali, compresa l'artrite della colonna vertebrale, disco erniato e fibrosite (ora chiamata fibromialgia). Il loro dolore era presente in maniera continuativa da oltre sei mesi malgrado i trattamenti ed era così forte da condizionare la loro vita. Impediva loro di avere attività sociali e lavorative normali e comportava un sacco di problemi personali. Nella maggior parte dei casi i pazienti stavano assumendo diversi farmaci ad alti dosaggi.

Il fattore psicologico centrale sul quale avevamo basato il programma era che i pazienti ottenevano un *guadagno secondario* dal dolore, cioè inconsciamente ne avevano bisogno per andare avanti in modo che qualcuno si prendesse cura di loro evitando responsabilità sul lavoro o forse economiche. Molti pazienti erano ansiosi e depressi, avevano disturbi del sonno, mangiavano male e avevano un aspetto malato. Era evidente che non stavano simulando;

si riteneva che il guadagno secondario fosse inconscio. Il dolore cronico era già stato identificato come un'entità patologica a sé.

Basandosi su queste osservazioni, il programma si sviluppò come di seguito:

1. Test psicologici d'ammissione.
2. Valutazione effettuata da ciascun membro del team per determinare quale contributo nell'insieme potevano dare al processo di recupero.
3. Nessuna critica al dolore in sé o rimproveri per il comportamento.
4. Stimolazioni di attività fisiche, professionali e sociali
5. Identificazione e trattamento dei problemi psicologici e sociali.
6. Creazione di un "cocktail" di farmaci che il paziente avrebbe assunto e la loro riduzione graduale senza che il paziente ne venisse messo a conoscenza.

Tutti noi prendemmo parte al programma con grande entusiasmo. Era perfetto per la medicina riabilitativa perché noi lavoravamo abitualmente come team nel trattamento di molte condizioni invalidanti. Ma presto cominciammo a sospettare che ci fosse qualcosa che non andava nel presupposto delle basi psicologiche. Le nostre valutazioni psicologiche attestavano che c'erano, sì, potenti fattori psicologici che lavoravano per perpetuare il dolore ma non per accelerare l'ottenimento del guadagno secondario. Un esempio significativo era una donna che aveva sofferto di abusi sessuali ed emozionali talmente gravi che ci meravigliavamo persino che fosse sopravvissuta. Era ormai completamente devastata dal dolore, tanto grande era la rabbia che si portava dentro nel suo inconscio.

Discutemmo del dolore con la paziente, spiegando da dove veniva e perché sarebbe scomparso una volta portato allo scoperto l'avvelenamento psicologico. Scoprimmo che non era necessa-



rio ridurre i farmaci di nascosto; la paziente smise di prenderli di sua iniziativa. E naturalmente era emersa la spiegazione fisiologica del dolore. Il dolore cronico era in quel caso la SMT in una delle sue forme più gravi, non un'entità patologica separata.

Tutto ciò accadeva vent'anni fa e il tempo non ha fatto che confermare le nostre conclusioni.

E oggi qual è lo stato della diagnosi e del trattamento del dolore grave e cronico? Ci sono centri per il dolore in tutto il Paese dove si portano avanti programmi basati sul concetto di guadagno secondario. Tali programmi hanno l'approvazione di medici e psichiatri convenzionali e delle associazioni di psicologi. Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* definisce i disturbi dolorosi come esempio dei tanti disturbi somatoformi ma non identifica nei fattori inconsci le cause del dolore stesso. La parola *somatoformi* identifica la malattia come fisica.

Alcuni operatori sanitari, comunque, stanno cominciando a dare sempre più credito alle emozioni. In un articolo sul «New York Times» del 12 dicembre 1992, *Chronic pain fells many yet lacks clear cause*, Elizabeth Rosenthal ha citato un esperto molto noto che si occupa di problemi di schiena, il dottor John Loeser dell'University of Washington: «Tutte le evidenze suggeriscono che per gran parte delle persone il dolore cronico è un disturbo correlato allo stress, come l'ulcera. La differenza sta nel fatto che non sappiamo dove guardare».

Nello stesso articolo veniva citato un altro esperto:

«Magari non è nemmeno vero dolore ma una metafora per l'ansia o la depressione o la sofferenza dello spirito. Noi usiamo la parola dolore riferendoci sia al male fisico che all'angoscia emotiva e per alcuni la distinzione non è molto chiara».

Abbiamo invece le prove chiare che quando i medici sono attenti e sensibili riconoscono le basi psicologiche del dolore cronico. Ma siamo solo all'inizio. La medicina deve ancora

scoprire il processo attraverso cui le emozioni forti inconscie inducono reazioni fisiche. Senza questa conoscenza, si ha una diagnosi da spiaggia e l'epidemia continua.

## ***La malattia di Lyme***

Malgrado sia molto diversa da quelle finora descritte, c'è un'altra condizione clinica che merita di essere citata. In questo caso abbiamo un processo patologico in buona fede al quale vengono attribuiti erroneamente numerosi sintomi fisici. La malattia di Lyme è un'infezione batterica che si prende tramite il morso di una piccola zecca e che si può manifestare con sintomi neurologici e artrici. Se si avverte un dolore che non si riesce a spiegare con alcuna delle solite diagnosi e che ha evidenze immunologiche (derivanti da un'analisi del sangue) di un'infezione in atto, allora i sintomi vengono attribuiti alla malattia di Lyme. Ogni qualvolta una sostanza sconosciuta come un batterio entra nel corpo, il sistema immunitario attiva le misure protettive. Una di queste è la creazione di sostanze chiamate anticorpi che si legano con i batteri e li neutralizzano. Gli anticorpi sono specifici per ogni batterio; ognuno di noi ha molti differenti anticorpi che circolano nel sangue e la loro quantità può essere misurata in laboratorio. La quantità viene definita titolo anticorpale. Grazie a questo test si può determinare se un anticorpo per una specifica malattia è presente nell'organismo oppure no e quanto ce n'è. Ho visto molte persone con SMT il cui dolore era attribuito alla malattia di Lyme perché avevano nel sangue anticorpi contro il batterio di Lyme.

Uno dei tanti casi che mi sono capitati riguarda un uomo con SMT grave che non accettava la diagnosi e nel cui sangue vennero trovati anticorpi per la malattia di Lyme. Fece causa al neurologo che lo aveva seguito accusandolo di negligenza e di non avere eseguito il test anticorpale specifico. I suoi sintomi erano riconducibili a un'evidente SMT, ma poiché il neurologo non accettava la diagnosi di SMT per lui fu difficile difendersi.