

Review:
**Efficacia del Massaggio nella Lombalgia
...Mito o Realtà?**

A cura di Stefano Spaccapanico Proietti ©

Aprile 2012

Studio:

Massage for Low Back Pain

An Updated Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Back Review Group

Andrea D. Furlan, MD, PhD,* † ‡ Marta Imamura, MD, PhD,§ Trish Dryden, RMT, MEd,¶ and Emma Irvin, BA*

From the *Institute for Work&Health, Toronto, ON; †Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, ON; ‡Toronto Rehabilitation Institute, Toronto, ON; §Division of Physical Medicine and Rehabilitation, Department of Orthopaedics and Traumatology, University of Sao Paulo School of Medicine, Sao Paulo, Brazil; and ¶Centennial College, Applied Research Centre, Toronto, ON.

*SPINE Volume 34, Number 16, pp 1669-1684
©2009, Lippincott Williams & Wilkins*

INTRODUZIONE:

La lombalgia rappresenta una delle patologie di maggior rilevanza per la società moderna. Tra il 70% e l'85% della popolazione ha sofferto o soffrirà di lombalgia nell'arco della propria vita¹.

Ogni anno tra il 5% ed il 10% dei lavoratori si assentano dal lavoro a causa della propria lombalgia per periodi generalmente al di sotto dei 7 giorni.

Circa il 90% di tutti i pazienti con lombalgia acuta riferiscono un miglioramento piuttosto rapido indipendentemente dalla somministrazione di terapie. Il restante 10% presenta il rischio di sviluppare dolore cronico associato a disabilità rappresentando un fattore di elevato costo sociale.

Nonostante si tratti di una patologia con evoluzione spontaneamente benigna, molti pazienti si sottopongono a trattamenti terapeutici per la risoluzione dei propri sintomi.

Esistono almeno 50 terapie proposte per il trattamento della lombalgia, tuttavia soltanto una minima parte delle stesse si è dimostrata efficace³.

E' noto come il massaggio rappresenti un semplice strumento per ridurre il dolore e incrementare la sensazione di benessere e rilassamento.

Il trattamento massoterapico dei tessuti molli viene normalmente utilizzato con l'obiettivo di indurre dei cambiamenti fisiologici che producano modificazioni cliniche.

Tra i meccanismi di efficacia del massaggio vi sono principalmente la riduzione della sintomatologia dolorosa attraverso il rilassamento fisico e mentale e l'innalzamento della soglia del dolore attraverso il rilascio di endorfine⁴.

La teoria del Gate Control prevede che il massaggio possa andare a stimolare fibre nervose di grosso calibro che inducono un'azione inibitoria sulla sintomatologia dolorosa⁵.

E' stato teorizzato che il massaggio possa altresì favorire un shift verso un'attivazione del sistema nervoso parasimpatico rispetto all'ortosimpatico; tuttavia, non vi è consenso unanime in merito a questo meccanismo⁶.

E' importante evidenziare come molti aspetti correlati ai legami tra trattamento dei tessuti molli e riduzione dell'ampio spettro di sintomi evidenziabili, non siano ancora sufficientemente compresi; pertanto gli Autori sottolineano la necessità ulteriori studi ed approfondimenti sui meccanismi biologici e psicologici alla base della potenziale efficacia del massaggio rispetto a varie condizioni patologiche, tra cui la lombalgia.

Il massaggio viene considerato una pratica terapeutica con limitati rischi di effetti avversi; tuttavia è importante ricordare che esistono delle controindicazioni quali processi infiammatori acuti, infezioni cutanee, trombosi venosa profonda, fratture non consolidate, patologie tumorali.

OBIETTIVI:

L'obiettivo di questo studio è quello di **valutare l'efficacia del massaggio nel trattamento del dolore lombare aspecifico rispetto ad altre forme di trattamento** (placebo, trattamento medico, esercizio fisico, nessun trattamento)

METODI:

Gli Autori, nell'elaborazione di questa ricerca hanno analizzato **Trial Randomizzati Controllati (RCTs), quasi Randomizzati e Trial Clinici Controllati**.

TIPOLOGIA DI PAZIENTI INCLUSI NELLA RICERCA:

- **Adulti (> 18 anni) con lombalgia aspecifica ACUTA** (inferiore a 4 settimane), **SUBACUTA** (tra 4 e 12 settimane), o **CRONICA** (superiore a 12 settimane)¹⁷;
- **Dolore localizzato tra il margine costale inferiore e la piega glutea²**;
- Il termine lombalgia aspecifica sottende che sono state **escluse cause quali infezioni, neoplasie, metastasi, osteoporosi, artrite reumatoide, fratture, processi infiammatori o sindromi radicolari**.

TIPOLOGIA DI INTERVENTO UTILIZZATO:

In questo studio il massaggio viene definito come una **'manipolazione dei tessuti molli utilizzando le mani o dispositivi meccanici praticata su tutto il corpo o sulla sola regione lombare'**.

Per l'inclusione degli studi nella ricerca è stata utilizzata la tassonomia del massaggio nel trattamento del dolore muscolo scheletrico sviluppata da Sherman et al¹⁸, la quale prevede una classificazione in tre sistemi: obiettivi del trattamento, stili e tecniche.

Quattro gli obiettivi principali identificati:

- massaggio rilassante,
- massaggio clinico,
- rieducazione al movimento,
- lavoro energetico.

Ogni obiettivo del trattamento può essere raggiunto utilizzando differenti stili, caratterizzati da una serie di tecniche specifiche.

Un totale di 36 tecniche distinte sono state identificate e descritte, molte delle quali presenti nei differenti stili.

In questa review, gli Autori hanno analizzato il massaggio come unica forma d'intervento nel trattamento della lombalgia aspecifica, questo per la difficoltà di definire conclusioni chiare

includendo studi che prevedessero trattamenti combinati (massaggio + altre forme di trattamento).

VALUTAZIONE DELL'OUTCOME:

Per l'inclusione nella ricerca gli studi dovevano prevedere almeno uno dei 5 parametri primari di valutazione dell'outcome:

- **Dolore**
- **Miglioramento generale** (overall improvement)
- **Status funzionale specifico del rachide** (back specific functional status)
- **Benessere** (qualità della vita)
- **Disabilità** (attività quotidiane, assenteismo dal lavoro)

Il timing di valutazione dell'outcome è stato diviso in 2 categorie:

1. **Breve termine** – nel caso in cui la valutazione fosse fatta fino a 3 mesi dopo la randomizzazione
2. **Lungo termine** – nel caso in cui la valutazione fosse fatta a più di 3 mesi dalla randomizzazione

RISULTATI:

13 studi sono stati inclusi nella review per un totale di 1596 partecipanti.

La popolazione inclusa aveva una diagnosi di lombalgia aspecifica ma differiva riguardo la tipologia di dolore, la durata, i trattamenti precedenti e l'età.

- 1 trial includeva partecipanti con lombalgia acuta³⁴
- 3 trials includevano partecipanti con lombalgia sub-acuta e cronica^{30,31,36}
- 5 trials includevano partecipanti con lombalgia cronica^{9,26,27,29,31,33,34,36,37}

Le tecniche massoterapiche, la durata, la frequenza dei trattamenti variava tra gli studi.

Altri parametri variabili erano gli strumenti per la valutazione dell'outcome. Tutti gli studi hanno valutato le variazioni relative all'intensità del dolore, 3 studi^{30,35,36} hanno valutato altre componenti del dolore come le caratteristiche e la tipologia dello stesso; 9 studi^{9,26,27,29,31,33,34,36,37} hanno valutato la funzionalità e la disabilità.

Il timing di valutazione dell'outcome è risultato variabile tra la fine dei trattamenti e la 52^o settimana successiva alla randomizzazione. Tuttavia la maggior parte degli studi hanno previsto follow-up brevi.

EFFICACIA DEGLI INTERVENTI:

I vari studi hanno confrontato il Massaggio con differenti forme di trattamento comunemente utilizzate nella gestione del dolore lombare aspecifico.

MASSAGGIO VS TRATTAMENTI INATTIVI (placebo, nessun trattamento, terapia fisica simulata) [2 studi]^{27,36}

Il gruppo di pazienti trattato con massaggio ha espresso risultati significativamente maggiori relativamente al dolore ed alla funzionalità se comparato al gruppo di pazienti non sottoposti a trattamento o trattati con laser 'sham' (spento).

MASSAGGIO VS TRATTAMENTI ATTIVI

Massaggio VS Manipolazione Spinale/Mobilizzazione Articolare



Uno studio³², ha evidenziato come entrambe queste forme di trattamento producano un'attenuazione della sintomatologia dolorosa valutata nell'immediato periodo post trattamento.

Massaggio VS Esercizio

Uno studio³⁶, ha evidenziato come, nel breve periodo, il gruppo di pazienti trattati con massaggio mostrasse benefici superiori, in merito al dolore ed alla funzionalità, rispetto ai pazienti trattati con il solo esercizio.

Massaggio VS Terapie 'Rilassanti'

Esistono 3 studi che confrontano questo tipo di trattamenti, evidenziando risultati discordanti. Uno studio³³, non esprime differenze significative tra i due, nel breve e nel lungo periodo.

Un secondo studio²⁸, ha espresso risultati significativamente migliori in merito a dolore, disturbi del sonno, ansia e stati d'animo depressivi, a favore del massaggio rispetto alla terapia di rilassamento domiciliare.

Un terzo studio³⁵, ha mostrato risultati sovrapponibili tra i due gruppi.

Massaggio VS Agopuntura

Uno studio⁹, non ha evidenziato risultati significativi nella variazione del dolore nell'immediato, ma risultati migliori, a favore del massaggio, per quanto riguarda la funzione. A 52 settimane, il massaggio ha evidenziato risultati migliori dell'agopuntura sia per quanto riguarda il dolore che la funzionalità.

Massaggio VS Educazione Comportamentale (self-care education)

Uno studio⁹, ha evidenziato risultati migliori, misurati a 10 settimane, a favore del massaggio, sia in merito al dolore che alla funzionalità.

Acupuntura Massage VS Trazione, Manipolazione, Termoterapia, Stimolazione Elettrica, Infrarosso, Esercizio Terapeutico

La metanalisi di due studi^{30,31} ha evidenziato come l'Acupuntura Massage abbia prodotto risultati significativamente migliori, nel breve e nel lungo periodo rispetto alle suddette tecniche di fisioterapia.

Per quanto riguarda la funzione, uno studio³¹, ha evidenziato risultati migliori a favore del gruppo trattato con massaggio.

Massaggio come 'componente' di Terapie Combinate

- Uno studio³⁶, ha evidenziato come il gruppo di pazienti sottoposti a massaggio+esercizio+educazione, abbia avuto risultati migliori relativamente al dolore ed alla funzione rispetto al gruppo di pazienti trattati con il solo esercizio.
- Il massaggio eseguito isolatamente, ha prodotto risultati inferiori rispetto alla sua combinazione con l'esercizio e l'educazione.
- Uno studio³⁷, ha mostrato come l'Acupuntura Massage combinato all'esercizio abbia prodotto risultati migliori rispetto al Massaggio Classico, relativamente ai parametri dolore e funzione.
- Uno studio²⁹, ha evidenziato risultati positivi, nel breve periodo, a favore della massoterapia combinata all'esercizio relativamente al dolore ma non alla funzionalità.
- Uno studio³³, ha evidenziato come la riflessologia aggiunta all'Usual Care (atteggiamenti abituali) non abbia prodotto risultati migliori, rispetto alla sola Usual Care.

Differenti Tecniche di Massaggio

- Uno studio³⁷, ha confrontato Acupuntura Massage e Massaggio Classico (Svedese), evidenziando risultati migliori a favore dell'Acupuntura Massage sia relativamente al dolore che alla funzionalità.



- Uno studio²⁶, ha confrontato Massaggio Thai Tradizionale e Massaggio Classico (Svedese), non evidenziando significative differenze tra queste due forme di trattamento, che sembrano poter indurre miglioramenti sia relativamente al dolore che alla funzionalità.

DISCUSSIONE:

Gli Autori suggeriscono come il **massaggio possa rappresentare una modalità terapeutica utile nella gestione dei pazienti con lombalgia subacuta/cronica aspecifica, soprattutto se combinato all'esercizio terapeutico ed ad un'adeguata educazione comportamentale.**

Sembrerebbe che l'Acupuncture Massage possa indurre risultati maggiori rispetto al Massaggio Svedese.

BIBLIOGRAFIA:

1. Andersson GBJ. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999;354:581-5.
2. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. Edinburgh, UK: Churchill-Livingstone; 1998.
3. Van Tulder M, Koes B, Bouter L. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997;22:2128-56.
4. Ernst E. Massage therapy for low back pain: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 1999;17:65-9.
5. Melzack R, Wall PD. *The Challenge of Pain*. London, UK: Penguin Books; 1996.
6. Moyer CA, Rounds J, Hannum JW. A meta-analysis of massage therapy research. *Psychol Bull* 2004;130:3-18.
7. Wainapel SF, Thomas AD, Kahan BS. Use of alternative therapies by rehabilitation outpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79:1003-5.
8. Vickers A, Zollman C. ABC of complementary medicine. Massage therapies. *BMJ* 1999;319:1254-7.
9. Cherkin DC, Eisenberg D, Sherman KJ, et al. Randomized trial comparing traditional Chinese medical acupuncture, therapeutic massage, and self-care education for chronic low back pain. *Arch Intern Med* 2001; 161:1081-8.
10. Jensen OK, Nielsen F, Vosmar L. An open study comparing manual therapy with the use of cold packs in the treatment of post-traumatic headache. *Cephalalgia* 1990;10:241-50.
11. Weber MD, Servedio FJ, Woodall WR. The effects of three modalities on delayed onset muscle soreness. *J Orthop Sports Phys Ther* 1994;20:236-42.
12. Weinrich SP, and Weinrich MC. The effect of massage on pain in cancer patients. *Appl Nurs Res* 1990;3:140-5.
13. Gross AR, Aker PD, Goldsmith CH, et al. Physical medicine modalities for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 1999.
14. Furlan AD, Brosseau L, Welch V, et al. Massage for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000. 15. Furlan AD, Brosseau L, Imamura M, et al. Massage for low-back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2002;27:1896-910.
16. Furlan AD, Brosseau L, Imamura M, et al. Massage for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD001929.
17. Philadelphia Panel. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. *Phys Ther* 2001;81:1641-74.
18. Sherman KJ, Dixon MW, Thompson D, et al. Development of a taxonomy to describe massage treatments for musculoskeletal pain. *BMC Complement Altern Med* 2006;6:1-7.
19. Deyo R, Battie M, Beurskens A, et al. Outcome measures for low back pain Research. A proposal for standardized use. *Spine* 1998;23:2003-13.
20. van Tulder MW, Furlan A, Bombardier C, et al; the Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review. Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2003;28:1290-9.
21. Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328:1490.
22. Godfrey CM, Morgan PP, Schatzker J. A randomized trial of manipulation for low-back pain in a medical setting. *Spine* 1984;9:301-4.
23. Hoehler FK, Tobis JS, Buerger AA. Spinal manipulation for low back pain. *JAMA* 1981;245:1835-8.
24. Melzack R, Vetere P, Finch L. Transcutaneous electrical nerve stimulation for low back pain: a comparison of TENS and massage for pain and range of motion. *Phys Ther* 1983;63:489-93.
25. Pope MH, Philips RB, Haugh LD, et al. A prospective randomized three-week trial of spinal manipulation, transcutaneous muscle stimulation, massage and corset in the treatment of subacute low back pain. *Spine* 1994;19:2571-7.
26. Chatchawan U, Thinkhamrop B, Khamwan S, et al. Effectiveness of traditional Thai massage versus Swedish massage among patients with back pain associated with myofascial trigger points. *J Bodyw Mov Ther* 2005;9:298-309.
27. Farasyn A, Meeusen R, Nijs J. A pilot randomized placebo-controlled trial of roprotherapy in patients with subacute non-specific low back pain. *J Back Musculoskeletal Rehabil* 2006;19:111-7.
28. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, et al. Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy. *J Bodyw Mov Ther* 2007;11:141-5.
29. Geisser ME, Wiggert EA, Haig AJ, et al. A randomized controlled trial of manual therapy and specific adjuvant exercise for chronic low back pain. *Clin J Pain* 2005;21:463-70.
30. Hsieh LLC, Kuo CH, Yen MF, et al. A randomized controlled clinical trial for low back pain treated by acupressure and physical therapy. *Prev Med* 2004;39:168-76.
31. Hsieh LLC, Kuo CHK, Lee LH, et al. Treatment of low back pain by acupressure and physical therapy: randomised controlled trial. *BMJ* 2006;332: 1-5.
32. Mackawan S, Eungpinichpong W, Pantumethakul R, et al. Effects of traditional Thai massage versus joint mobilization on substance P and pain perception in patients with non-specific low back pain. *J Bodyw Mov Ther* 2007;11:9-16.
33. Poole H, Glenn S, Murphy P. A randomised controlled study of reflexology for the management of chronic low back pain. *Eur J Pain* 2007;11:878-87.
34. Yip YB, Tse SHM. The effectiveness of relaxation acupoint stimulation and acupressure with aromatic lavender essential oil for non-specific low back pain in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Complement Ther Med* 2004;12:28-37.
35. Hernandez-Reif M, Field T, Krasnegor J. Lower back pain is reduced and range of motion increased after massage therapy. *Int J Neurosci* 2001;106: 131-45.
36. Preyde M. Effectiveness of massage therapy for subacute low-back pain: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2000;162:1815-20.
37. Franke A, Gebauer S, Franke K, et al. Acupuncture massage vs Swedish massage and individual exercise vs. group exercise in low back pain sufferers— a randomized controlled clinical trial in a 2 x 2 factorial design. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 2000;7:286-93.
38. Ferrell BA, Josephson KR, Pollan AM, et al. A randomized trial of walking versus physical methods for chronic pain management. *Aging (Milano)* 1997;9:99-105.
39. Ginsberg F, Famaey JP. A double-blind study of topical massage with Rado-Salil ointment in mechanical low-back pain. *J Int Med Res* 1987;15:148-53.
40. Kankaanpää M, Taimela S, Airaksinen O, et al. The efficacy of active rehabilitation in chronic low back pain. Effect on pain intensity, self-experienced disability, and lumbar fatigability. *Spine* 1999;24:1034-42.
41. Koes BW, Bouter LM, Van Mameren H, et al. A randomized clinical trial of manual therapy and physiotherapy for persistent back and neck complaints: subgroup analysis and relationship between outcome measures. *J Manipulative Physiol Ther* 1993;16:211-9.
42. Konrad K, Tatrai T, Hunka A, et al. Controlled trial of balneotherapy in treatment of low back pain. *Ann Rheum Dis* 1992;51:820-2.



43. Lindstrom A, Zachrisson M. Physical therapy on low back pain and sciatica. An attempt at evaluation. *Scand J Rehab Med* 1970;2:37-42.
44. Maniche C, Hesselste G, Bentzen L, et al. Clinical trial of intensive muscle training for chronic low back pain. *Lancet* 1988;2:1473-6.
45. Melzack R, Jeans ME, Stratford JG, et al. Ice massage and transcutaneous electrical stimulation: comparison of treatment for low-back pain. *Pain* 1980;9:209-17.
46. Werners R, Pynsent PB, Bulstrode CJ. Randomized trial comparing interferential therapy with motorized lumbar traction and massage in the management of low back pain in a primary care setting. *Spine* 1999;24:1579-84.
47. Ezzo J. What can be learned from Cochrane systematic reviews of massage that can guide future research? *J Altern Complement Med* 2007;13:291-5.
48. Haraldsson BG, Gross AR, Myers CD, et al. Massage for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006.
49. Moher D, Schulz KF, Altman DG, et al. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Ann Intern Med* 2001;134:657-62.