



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

TESI PER IL DIPLOMA DI OSTEOPATIA (D.O.)

**“EFFICACIA DEL TRATTAMENTO OSTEOPATICO
NELLA LOMBALGIA CRONICA
(CASO CLINICO)”**

Candidato:

ABDELHAK EZZAROUALI

ANNO ACCADEMICO 2016 / 2017

fisiomedic
ACADEMY

INDICE

1°Capitolo: Il RACHIDE

1.1 Elementi Anatomici	pag 1
1.2 Componente Legamentosa.....	pag 3
1.3 Il disco Intervertebrale	pag 6
1.4 Componente muscolare	pag 10
1.5 Movimento-Biomeccanica.....	pag 13
1.6 Innervazioni	pag 16

2° Capitolo: il DOLORE

2.0 Cos'è il Dolore	pag 20
2.1 classificazione	pag 21
2.2 Sintomatologia	pag 23
2.3 Cause	pag 25
2.4 Sindrome del Piriforme	pag 30
2.5 Dolore Viscerale	pag 32
2.6 Dolore nella Gravidanza	pag 34
2.7 Sindrome dello Psoas	pag 39
2.8 Coccigodinia.....	pag 40

3° CAPITOLO

3.0 Psicologia nel dolore	pag 43
---------------------------------	--------

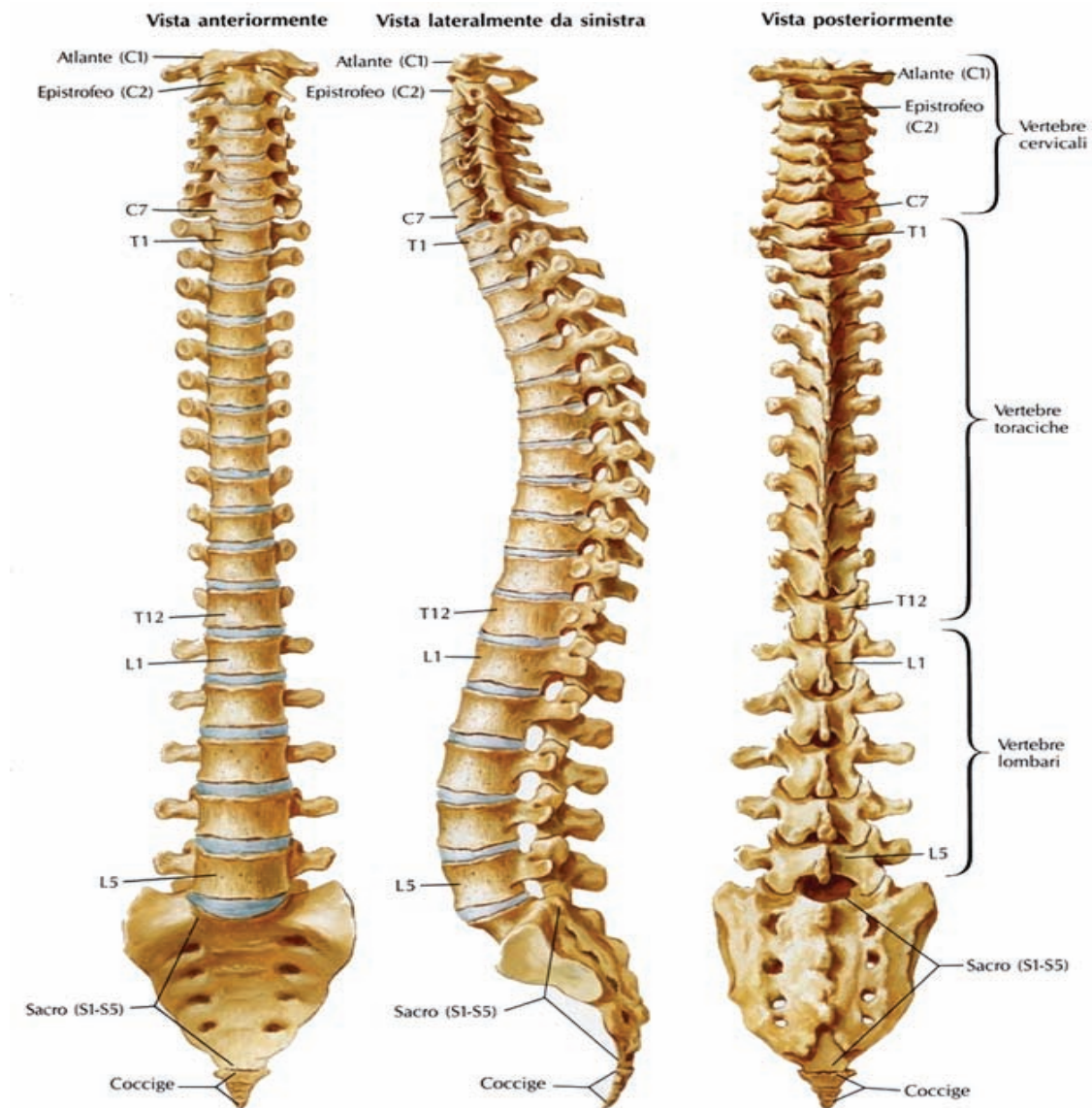
4° CAPITOLO

4.0 CASO Clinico	pag 46
------------------------	--------

5° CAPITOLO

5.0 Tecniche Manipolative	pag 48
---------------------------------	--------

1.1 Elementi Anatomici:



La colonna vertebrale, detta anche rachide, é costituita da una serie coordinata di segmenti, le vertebre, separati dai dischi intervertebrali. Funzionalmente costituiscono un'unica struttura in grado di assicurare, in opposizione alla gravità, sia la stazione eretta sia l'equilibrio, tra forza e resistenze, necessario per la locomozione e per ogni altra forma di funzione cinetica.

Anatomicamente é costituita da:

- un tratto cervicale costituito da 7 vertebre (da C1 a C7)
- un tratto toracico (o dorsale) costituito da 12 vertebre (da T1 a T12)

- un tratto lombare costituito da 5 vertebre (da L1 a L5)
- Sacro costituito dalla fusione di 5 vertebre a formare un'unica struttura (da S1 a S5) che fa da sostegno ai segmenti vertebrali sovrastanti permettendo loro i movimenti nello spazio.

I due requisiti meccanici fondamentali del rachide sono, per l'appunto, la **rigidità**, necessaria per l'efficienza statica e per la protezione degli importanti organi che si trovano al suo interno (midollo e nervi), e la **flessibilità**. Alla funzione statica di sostegno contribuisce il pilastro anteriore, formato dalla sovrapposizione dei corpi vertebrali connessi tra loro dal disco intervertebrale, mentre il pilastro posteriore, formato dalla sovrapposizione degli archi e delle articolazioni posteriori, ha il ruolo di guida del movimento delle vertebre adiacenti. Ciascun processo spinoso e trasverso rappresenta la sede di origine e di inserzione dei muscoli che li uniscono ai processi sopra e sottostanti e questo spiega la flessibilità tipica della colonna lombare. In virtù dell'andamento delle superfici articolari queste giunzioni impediscono o minimizzano ogni movimento che tende a impegnare piani direzionali opposti o comunque differenti. Infatti, poiché le faccette posteriori lombari contrapposte sono piane ed orientate verticalmente secondo il piano sagittale è evidente che la mobilità della colonna lombare è limitata alla flessione-estensione e che ogni altro movimento (laterale, obliquo, rotatorio) è quasi impossibile o, quanto meno, di ampiezza irrilevante. La sovrapposizione dei peduncoli vertebrali costituisce il pavimento e la volta del canale di coniugazione. Il disco intervertebrale coperto dall'espansione laterale del legamento longitudinale posteriore, costituisce gran parte della parete anteriore, mentre la capsula delle faccette articolari ed il legamento giallo costituiscono la parete posteriore del canale. E' intuitiva l'importanza di tale struttura relativamente ristretta entro cui sono contenuti nella parte superiore i nervi spinali ed il nervo seno-vertebrale e nella parte inferiore arterie e vene immerse in connettivo

lasso e grasso in modo da favorire piccoli spostamenti di queste strutture.



1.2 Componente legamentosa

Il compito dei legamenti è quello di limitare la mobilità del rachide sviluppando tensione passiva in grado di opporsi, insieme all'azione muscolare, ai momenti esterni prodotti da forze come la gravità o l'inerzia. I legamenti come altri tessuti biologici quando sono sottoposti a carichi di trazione manifestano un comportamento meccanico di tipo visco-elastico. Se lo stiramento è rapido, determinato ad esempio da un movimento veloce, si comportano come molle sviluppando una tensione direttamente proporzionale all'allungamento subito. Se lo stiramento è lento si verificano fenomeni, legati alla viscosità, di creep e stress relaxation in cui si viene a perdere la proporzionalità fra allungamento e tensione sviluppata.

Il sistema delle connessioni legamentose della colonna lombare è costituito da:

- Legamento longitudinale anteriore, lungo nastro che si estende sulla faccia anteriore del rachide e del disco intervertebrale dall'apofisi basilare occipitale (tubercolo faringeo dell'occipite) al sacro. E' formato da fibre lunghe che vanno da un capo all'altro del legamento e da fibre corte arciformi tese da una vertebra all'altra. Aderisce maggiormente ai corpi meno saldamente ai dischi. Tale legamento *limita l'estensione* della colonna

e rinforza la porzione anteriore dell'anello fibroso. E' innervato dal nervo sino vertebrale.

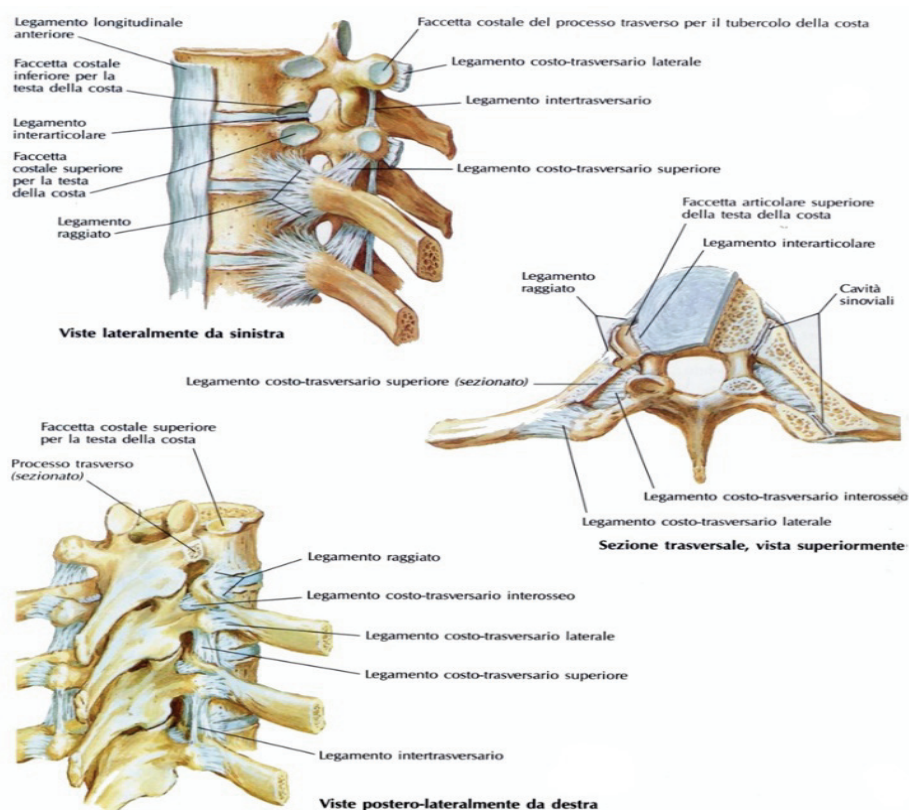
- Legamento longitudinale posteriore: si estende posteriormente dall'apofisi basilare fino al canale sacrale. Presenta la particolarità di essere festonato poiché a livello di ogni disco intervertebrale le fibre arciformi si inseriscono molto lontano lateralmente. La faccia anteriore del legamento aderisce quindi a corpi e dischi, mentre quella posteriore entra in contatto con la dura madre. Inoltre non è inserito nella parte posteriore del corpo vertebrale. Tale legamento *limita la flessione* della colonna e rinforza la porzione posteriore dell'anello fibroso. E' innervato dal nervo sino vertebrale.

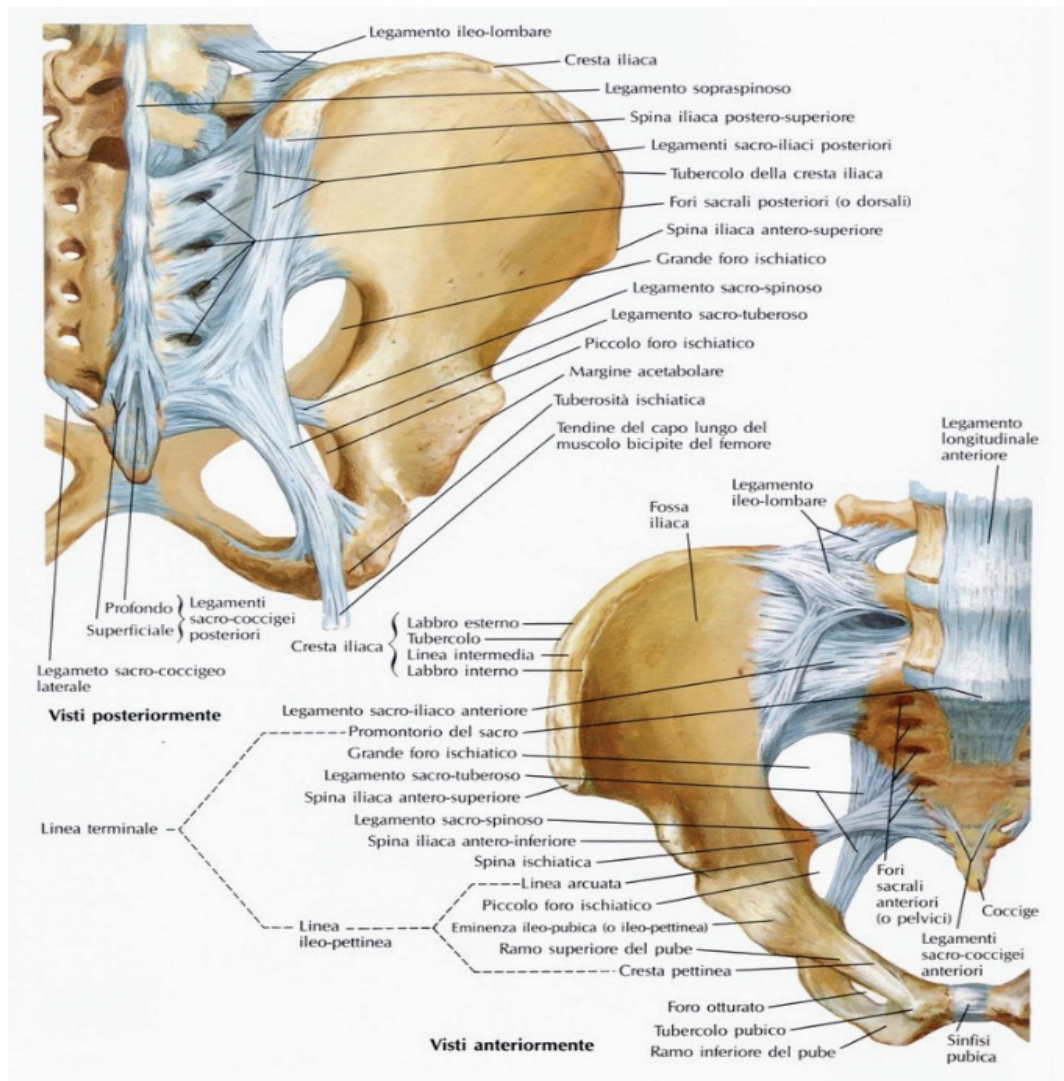
- Legamenti gialli: sono fasci spessi e resistenti che si dipartono dalla lamina vertebrale sottostante e terminano sulla faccia interna della lamina soprastante. La loro faccia anteriore entra in contatto con la dura madre quella posteriore con le lamine e quindi con i muscoli spinali. Si uniscono con il controlaterale e chiudono posteriormente il canale vertebrale. Ricoprono inoltre la capsula delle articolazioni interapofisarie. Sono i legamenti con la maggior percentuale di elastina di tutto il corpo. Il bordo anteriore e esterno dei legamenti costituisce il contorno posteriore del forame di coniugazione. Tali legamenti *limitano la flessione* della colonna soprattutto nella regione lombare. Sono innervati dal nervo sino vertebrale e sono gli unici legamenti veramente elastici della colonna vertebrale.

- Legamento interspinoso: dal bordo superiore di un processo spinoso al bordo inferiore del soprastante per tutta la lunghezza del processo. Tali legamenti *limitano la flessione* della colonna. Sono innervati dalla branca posteriore del nervo rachideo.

- Legamento sopraspinoso: rappresenta la prosecuzione del precedente, e costituito da un cordone fibroso che unisce i vari processi spinosi. Mentre a livello cervicale è bene distinguibile e prende il nome di legamento nucale a livello lombare è scarsamente distinguibile a causa delle inserzioni dei muscoli dorso lombari. Tali legamenti *limitano la flessione* della colonna. Sono innervati dalla branca posteriore del nervo rachideo.

- Legamenti intertrasversari: particolarmente sviluppati a livello lombare, sono tesi fra i tubercoli accessori dei processi trasversi. Tali legamenti *limitano la flessione* laterale della colonna. Secondo alcuni Autori (Bogduk) che li paragona ad una membrana, formano un setto che separa la muscolatura anteriore da quella posteriore del rachide.
- Legamenti ileo-lombari: sono due legamenti uno superiore ed uno inferiore; sono gli unici legamenti estrinseci della colonna lombare, originano dai processi costiformi delle ultime vertebre lombari fino alla cresta iliaca. Più precisamente il fascio superiore (ileo-trasversario lombare superiore) origina dal processo della 4° lombare e si porta in basso in fuori e indietro inserendosi sulla cresta iliaca; il fascio inferiore (ileo-trasversario lombare inferiore) dal bordo inferiore del processo costiforme della 5° lombare e si inserisce sulla cresta iliaca davanti al precedente. Questi legamenti, molto potenti, limitano i movimenti della cerniera lombosacrale. Nella inclinazione laterale della colonna si tendono da lato della convessità, nella flessione si tende il superiore e si detende l'inferiore, nell'estensione si tende l'inferiore e si detende il superiore.





1.3 Il disco Intervertebrale

Il disco intervertebrale è costituito da fibrocartilagine che si riscontra anche in altre zone come la sinfisi pubica, la sincondrosi fra prima costa e sterno, così come nei menischi articolari. La fibrocartilagine che costituisce il disco intervertebrale viene denominata *anello fibroso*, essa si continua con la cartilagine ialina delle vertebre adiacenti nonché dei legamenti spinali. E' costituito da una connessione di fasci fibrosi concentrici con un decorso obliquo e incrociato rispetto a quelli adiacenti. Il decorso di tali fibre cambia da verticali in periferia del disco a orizzontali al centro. L'anello fibroso sta all'esterno del disco mentre al suo interno si trova una

massa gelatinosa ellissoidale, costituita da tessuto cordoide detta *nucleo polposi*.

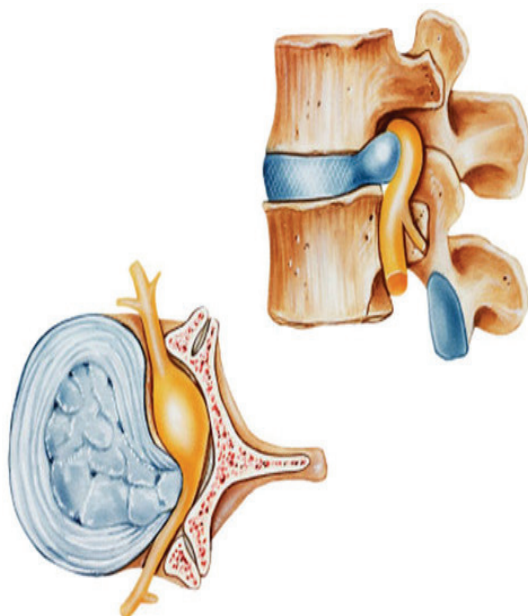
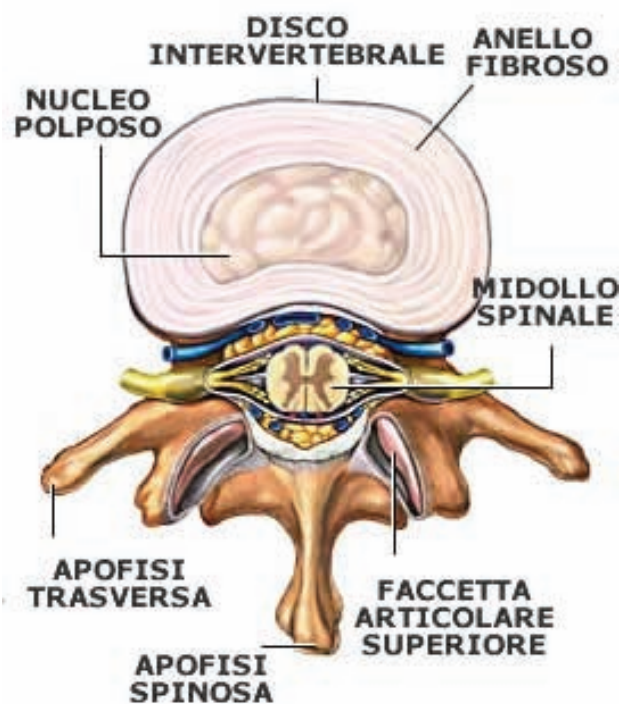
E' un gel trasparente costituito dall'88% d'acqua ricco in acido ialuronico e fortemente idrofilo la cui funzione è quella di legare grandi quantità di acqua e limitarne l'uscita quando il disco è posto sotto pressione(5). La sua nutrizione avviene per processi di diffusione e osmosi, attraverso le cartilagini limitanti vertebrali, e grazie ad un meccanismo di pompa per il quale la diminuzione della pressione facilita l'ingresso di sostanze nutritive e rallenta l'espulsione di cataboliti mentre l'incremento causa la condizione inversa.(7)

La condizione ottimale è quindi determinata dal continuo alternarsi di posture di carico e scarico attorno ad un valore soglia di 80 Kg di pressione intradiscale. Al contrario situazioni di sovraccarico o sottocarico che si verificano ad esempio nel mantenimento delle posizioni fisse ostacolano il ricambio nutrizionale e possono favorire fenomeni di degenerazione discale.(8)

Con l'età l'idrofilia del disco diminuisce e decresce la sua attitudine ad essere un buon ammortizzatore. Solitamente questo gioca un ruolo nella diminuzione di statura dei soggetti anziani, anche se in maniera minore del cedimento dei corpi vertebrali e dell'aumento delle curve.(9) Il nucleo polposi non si trova al centro del disco; è collocato in avanti nel segmento cervicale e posteriormente nei segmenti toracico e lombare. Il nucleo, paragonabile ad una sfera, si trova quindi fra due piani (i piatti vertebrali) imprigionato nell'alloggio inestensibile formato dalle forti fibre dell'anulus.

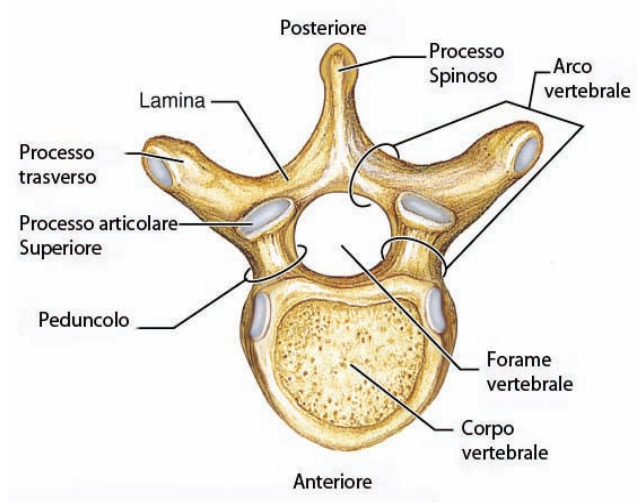
Permette movimenti di *scivolamento anteroposteriore* e laterale (taglio) di un piano sull'altro e di *rotazione ds e sn* su un piano orizzontale, di *inclinazione ds e sn* su un piano frontale e di *flesso-estensione* (inclinazione antero/posteriore) su un piano sagittale. In tutto permette movimenti di piccola ampiezza, ma in 6 direzioni (6 gradi di libertà) che sommati insieme spiegano la grande mobilità della colonna. I dischi intervertebrali rappresentano circa 1/3 della lunghezza totale della

colonna, e il loro spessore varia e raggiunge il massimo a livello della colonna lombare, 9mm, mentre è minimo a livello cervicale 3mm.





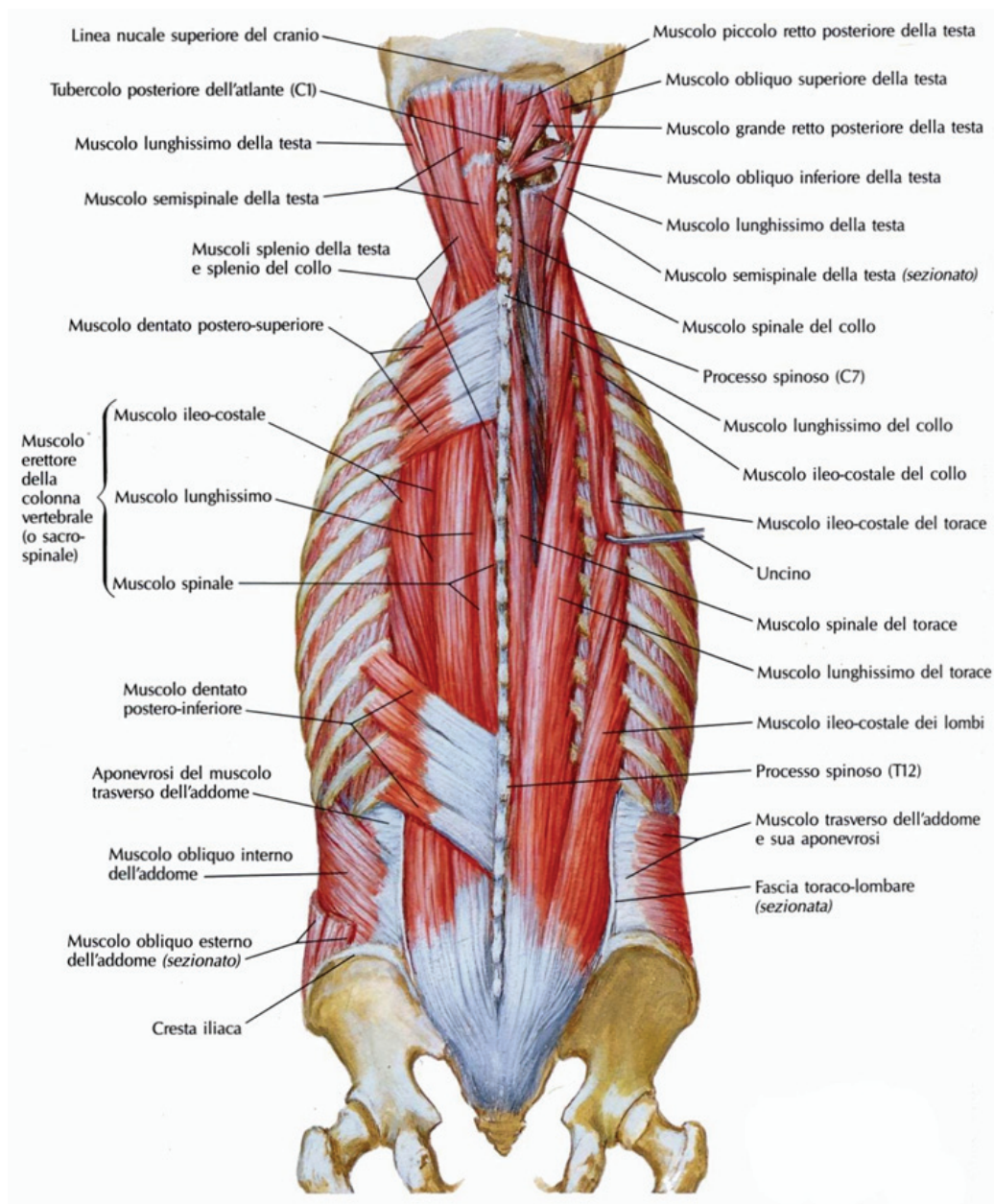
RX Lombosacrale



Vertebra lumba

1.4 Componente muscolare

Sulla colonna vertebrale s'inseriscono numerosi gruppi muscolari. In base alla loro funzione e posizione anatomica, i muscoli del rachide sono suddivisi in uno strato superficiale ed uno strato profondo.

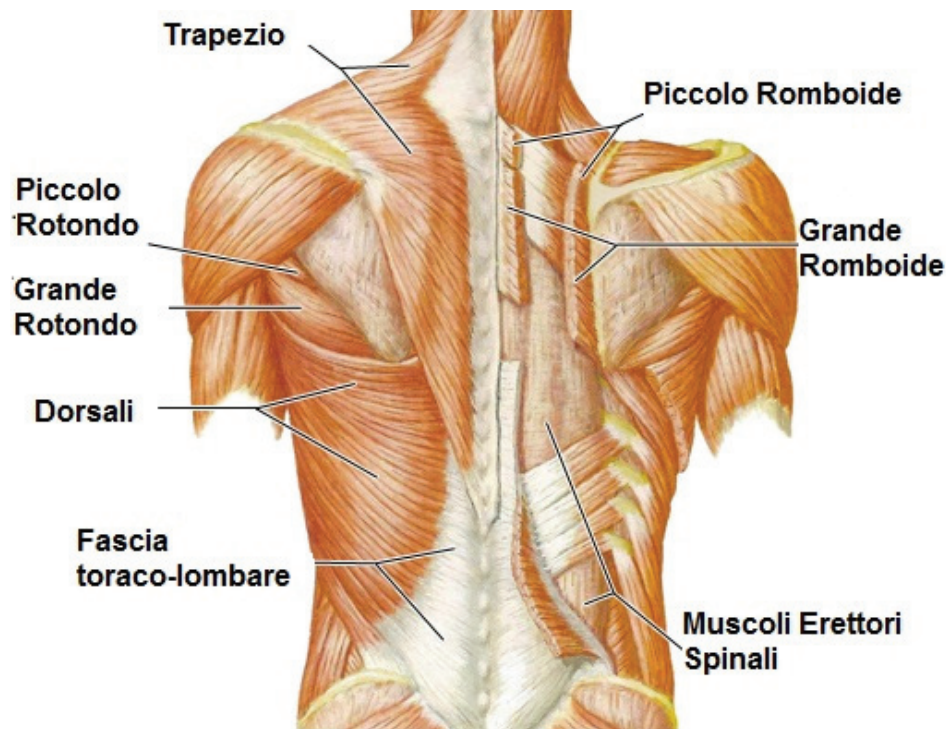


Muscolatura profonda.

I muscoli dello strato superficiale sono:

- il gran dorsale
- il trapezio
- i romboidi, maggiore e minore
- elevatore della scapola

Questi muscoli sono spesso riferiti come spino appendicolari, in quanto partono dai processi spinosi delle vertebre e s'inseriscono su scapola ed omero . L'azione della muscolatura superficiale è quindi mirata sia alla colonna vertebrale, che al movimento di spalle e braccia.

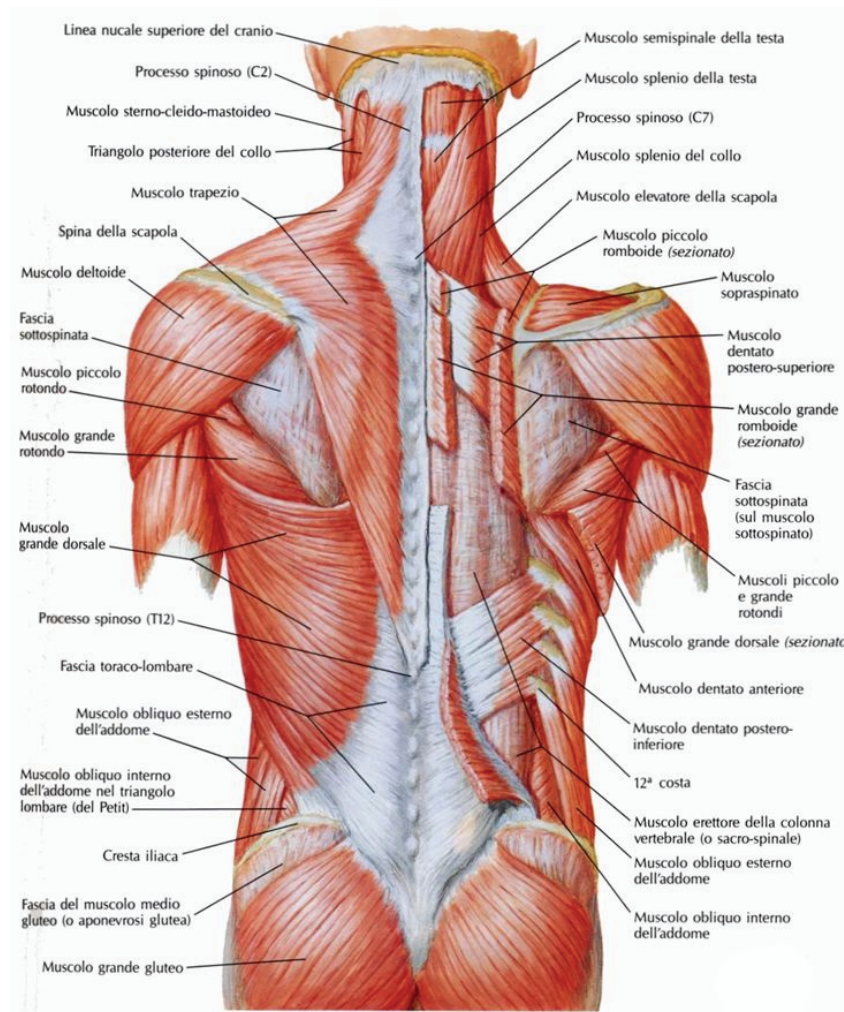


muscolatura superficiale.

I muscoli profondi rappresentano gli erettori della colonna vertebrale, e sono spesso definiti come muscoli intrinseci. La muscolatura profonda è preposta al mantenimento della postura, alla stabilità vertebrale ed al movimento del rachide e della testa.

Gli erettori della colonna sono divisi a loro volta in tre strati: superficiale, intermedio e profondo.

Nello strato superficiale abbiamo i muscoli spleni, che supportano la testa ed estendono il collo. Lo strato intermedio è composto da gruppi muscolari che corrono lungo tutto il rachide. I muscoli di questa fascia sono suddivisi in tre "colonne" verticali: mediale, intermedia e laterale. La colonna mediale dello strato intermedio è composta dal gruppo degli Spinali, quella intermedia dai Longissimi e quella laterale dagli Iliocostali. Lo strato più profondo della muscolatura intrinseca, è rappresentato da piccoli muscoli intimamente connessi alle vertebre. Queste fibre muscolari uniscono tra loro i processi trasversi, le apofisi spinose e le lamine vertebrali. Di questo ultimo gruppo fanno parte i semispinali, i rotatori, i multifidi ed il gruppo dei suboccipitali. I multifidi sono stati oggetto di notevole studio in quanto, soprattutto nel tratto lombare hanno un ruolo fondamentale nella stabilizzazione vertebrale. Un disuso prolungato con atrofia dei multifidi lombari è stato infatti correlato alla lombalgia cronica. La stabilità vertebrale è indispensabile per prevenire danni neurologici ed eventuali traumi spinali. I muscoli preposti all'integrità strutturale del rachide includono anche gruppi muscolari extra spinali come il quadrato dei lombi ed i muscoli dell'addome, in particolare gli obliqui interni ed i trasversi. Questi muscoli costituiscono una vera e propria cintura lombare, che così come un busto ortopedico, protegge e guida in maniera corretta i movimenti vertebrali.



muscolatura superficiale

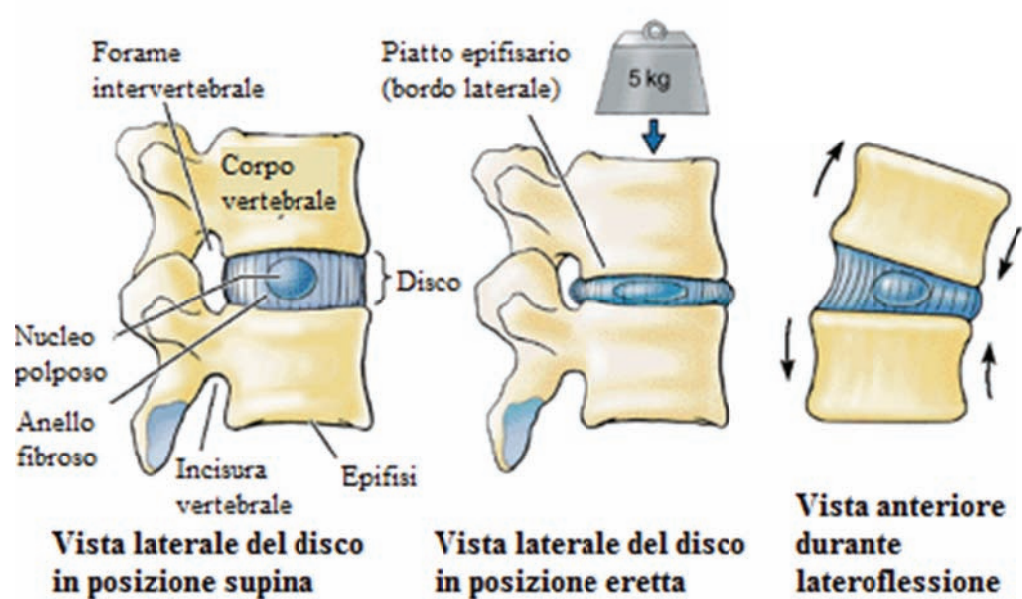
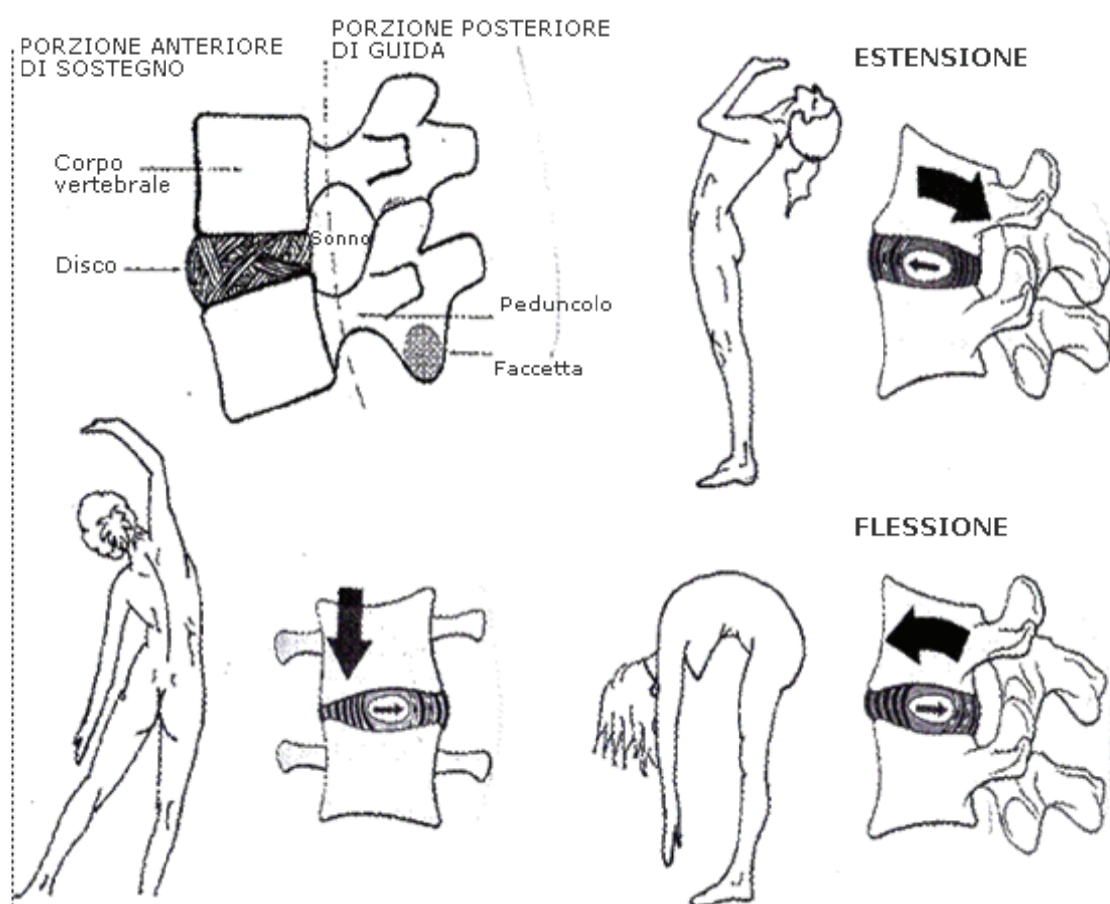
1.5 Movimento-Biomeccanica

Nelle attività quotidiane la colonna viene sottoposta a movimenti che creano compressione assorbite sulla porzione anteriore della colonna movimenti che agiscono sulle articolazioni posteriori, movimenti di latero flessione e di flesso-estensione.

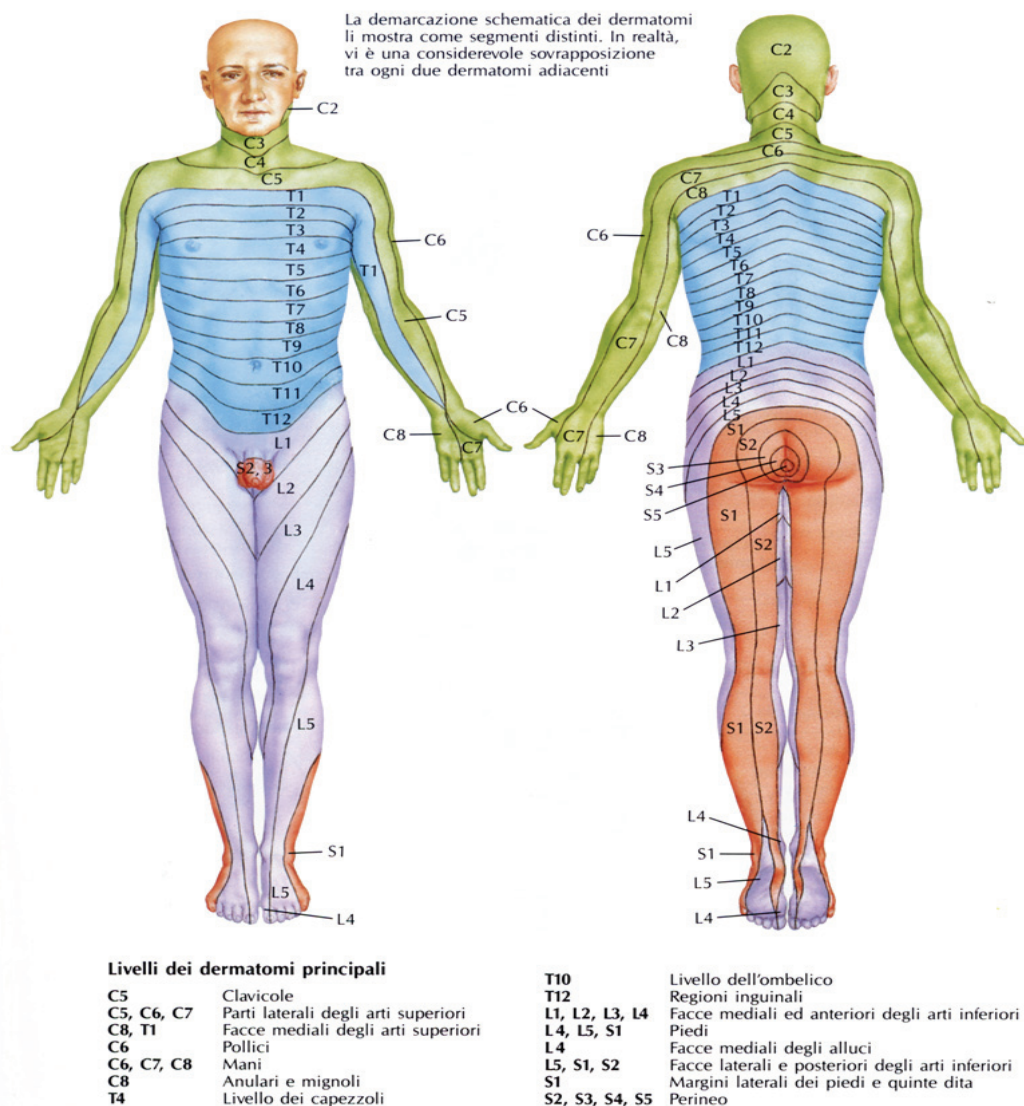
Flesso-estensione

movimento sul piano sagittale totale del movimento è di circa 140°, di cui 40° a carico del tratto cervicale, 40° del tratto toracico e 60° del tratto lombare compiuto al 70% dalle vertebre L5-S1 al 20% L4-L5 (Valori riportati da I.A. Kapandji 1999). L'inclinazione laterale non è mai un movimento puro, i limiti all'inclinazione laterale sono dati dalla rotazione dei corpi vertebrali dovuta a tensione dei legamenti, tensione delle capsule articolari posteriori contro laterali

al movimento, tensione del legamento lombosacrale (limitamente al distretto lombosacrale), ingombro del materiale discale e tensione dell'anulus fibroso contro laterale al movimento. (V.Pirola 1998). Il valore totale è di 80°, di cui 40° cervicali, 25° dorsali e 15° lombari. Rotazione è il movimento che si realizza attorno all'asse Longitudinale; si definisce rotazione il movimento rotatorio di un segmento vertebrale rispetto al segmento sottostante ed i movimenti arto cinematici sono sempre di rotazione accoppiata a inclinazione laterale, questo rapporto fra i segmenti è detto coupling ed è, secondo la maggior parte degli autori, sempre contro latere, tuttavia il concetto ad oggi è oggetto di dibattito e nella pratica clinica si riscontra una importante soggettività. Alla luce di tutto ciò, si potrebbe affermare che non esista una vera e propria rotazione della colonna, ma che si realizzi un movimento nel quale i segmenti coinvolti presentano orientamenti diversi, cioè che si compia in realtà una mera rotazione; i limiti alla rotazione sono dati dall'insieme delle componenti legamentose, muscolari articolari ed osse che si oppongono al movimento, quindi dal particolare comportamento del disco vertebrale. La rotazione complessiva della colonna è di 90°, di cui 50° a carico del distretto cervicale, 35° del distretto toracico e 5° di quello lombare. L'effetto della rotazione aumenta considerevolmente la pressione intradiscale quindi è un aspetto molto importante nella valutazione e nella terapia meccanica.



1.6 Innervazioni



Nervi spinali e radici del distretto lombosacrale

Il nervo spinale è costituito da una radice anteriore (motoria) con fibre efferenti motorie che provengono dalle corna anteriori del midollo spinale, e da fibre simpatiche dei segmenti lombari che innervano l'insieme di vasi ghiandole e dei muscoli striati di questa zona, e una posteriore sensitiva che raccoglie fibre afferenti (prolungamento centrale di neuroni pseudo unipolari a T) sensitive il cui corpo cellulare si trova a livello dei gangli paravertebrali. Questi formano un rigonfiamento fusiforme della radice all'interno del canale di coniugazione eccetto per i gangli sacrali localizzati nel canale sacrale. I prolungamenti

periferici (dendriti) di tali cellule gangliari raccolgono informazioni sensitive viscerali e somatiche ed i loro prolungamenti centrali (assoni) li trasportano al Sistema nervoso centrale grazie all'intermediazione delle radici posteriori prima e delle vie ascendenti del midollo poi. Le radici anteriori e posteriori di ciascun lato si uniscono nel forame di coniugazione perforano il sacco durale a livello del colletto radicolare che rappresenta un punto di passaggio fisso. Una volta uscito da tale forame il nervo si biforca in un ramo anteriore che andrà poi ad unirsi agli altri formando il plesso lombare e sacrale ed uno posteriore che da sensibilità superficiale e profonda del dorso e motilità alla muscolatura intrinseca del dorso.

I rami anteriori dei primi 4 nervi lombari costituiscono il plesso lombare. I suoi rami terminali sono:

- il **nervo femorale** (L2-L3-L4), non palpabile, le sue fibre si uniscono mentre attraversano il muscolo grande psoas, poi il nervo decorre sotto al legamento inguinale affiancato all'arteria e vena femorale, che innerva i muscoli anteriori della coscia; una sua paralisi determina difficoltà in flessione dell'anca ed estensione del ginocchio; anestesia della regione del ginocchio e mediale della gamba.

- il **nervo otturatorio** (L2-L3-L4) le sue fibre si uniscono all'interno del grande psoas scende verticalmente davanti alla sacro iliaca e si impegna nel canale otturatorio insieme all'arteria omonima. Si divide in due rami anteriore e posteriore. L'otturatorio innerva gli adduttori (lungo breve grande) il gracile il pettineo e l'otturatore esterno; una sua paralisi determina paralisi dei muscoli adduttori con difficoltà a spostare medialmente la coscia e difficoltà deambulatore. Tra le cause di lesione di tale nervo vi sono le fratture che interessano la branca ischio pubica.

Il tronco lombosacrale (un ramo del 4° lombare più il ramo anteriore del 5°) più i primi 3 rami anteriori dei nervi sacrali costituiscono il plesso sacrale. Il suo unico e voluminoso ramo terminale, spesso coinvolto nella patologia lombosacrale è:

- il **nervo ischiatico** (Fig. 5) (L4-L5-S1-S2) è il nervo più grosso e lungo del corpo fuoriesce dal bacino dal grande forame ischiatico davanti al muscolo

piriforme, decorre nel punto intermedio fra tuberosità ischiatica e gran trocantere ed è palpabile in decubito laterale con anca flessa. Questo nervo si divide più volte lungo l'arto inferiore innervandolo quasi completamente. Una sua paralisi comporta deficit motori dei muscoli posteriori di coscia e di tutti quelli della gamba. Tra le cause di lesione vi sono le fratture dell'acetabolo con lussazione posteriore della testa del femore.(12)

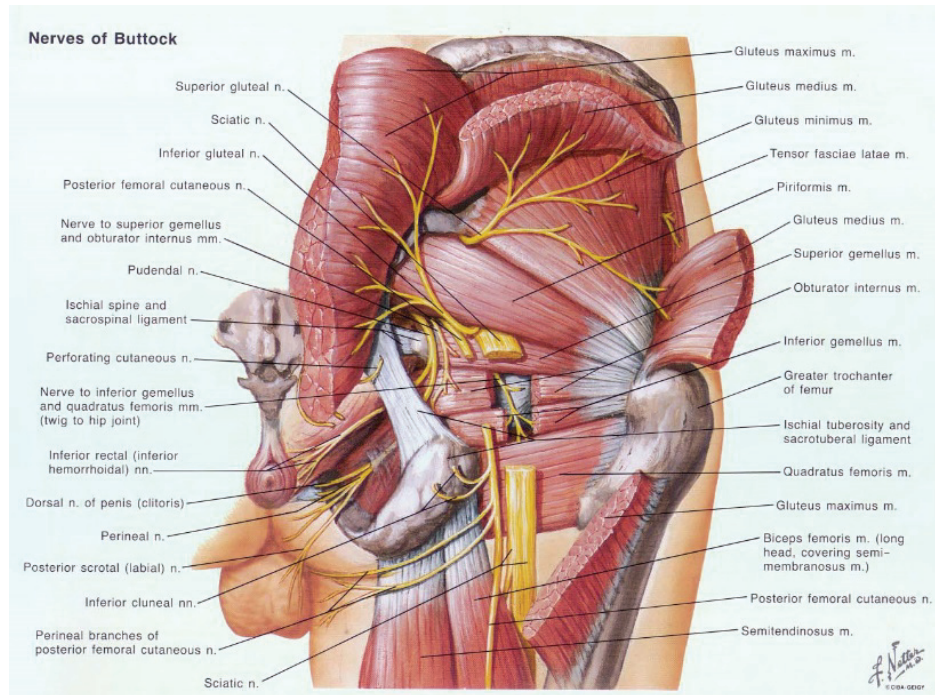


Fig. 5

I nervi hanno elevata rigidezza e resistenza alla trazione (15) determinata dalla guaina connettivale che li ricopre: il perinevrio mentre le radici essendone sprovviste (anche dell'epinevrio) hanno una resistenza in trazione assai minore. Quando sono sottoposti a carichi compressivi sopra soglia entrambi vanno incontro a sofferenza ischemica che si manifesta con formicolii e debolezza muscolare. Alcuni autori hanno dimostrato che una forza compressiva di 30 mmHg di durata di 4 ore causa delle modificazioni anatomopatologiche quali edema intraneuronale mentre con carichi di 300 mmHg si verificano danni assonali irreversibili anche se applicati per poco tempo.(16) Durante i movimenti le radici nervose scorrono liberamente lungo il canale di

coniugazione Ad esempio quando si solleva l'arto inferiore con il ginocchio esteso si spostano addirittura al di fuori con uno spostamento che può raggiungere i 12 mm a livello della 5° lombare.(17) Quando si solleva l'arto inferiore a ginocchio esteso lo sciatico è obbligato a percorrere un tragitto più lungo ed è sottoposto a tensione crescente che nel soggetto normale non causa sintomatologia; ma quando una radice nervosa è bloccata nel canale di coniugazione, per fenomeni di stenosi, oppure deve percorrere un tragitto più lungo sulla convessità di un'ernia del disco, la tensione diventa dolorosa e determina il segno del Lasegue, segno utile al fisioterapista ed al medico per valutare una compressione radicolare a questo livello.

Un altro esempio è dato dal Segno di Wassermann – Boschi, che si considera positivo quando al paziente sdraiato sul letto in posizione prona, si flette lentamente la gamba sulla coscia e tale manovra causa evocazione ed accentuazione del dolore radicolare (lombare od irradiato). Tale segno è chiamato “segno della L3” perché è quasi sempre positivo in caso di irritazione di L3 ed L4.

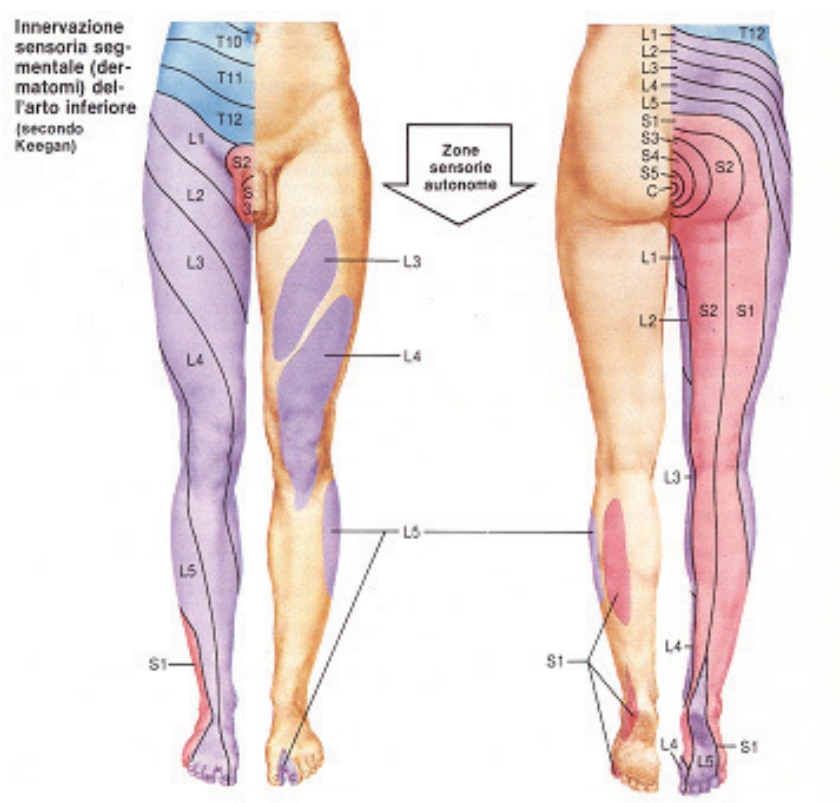
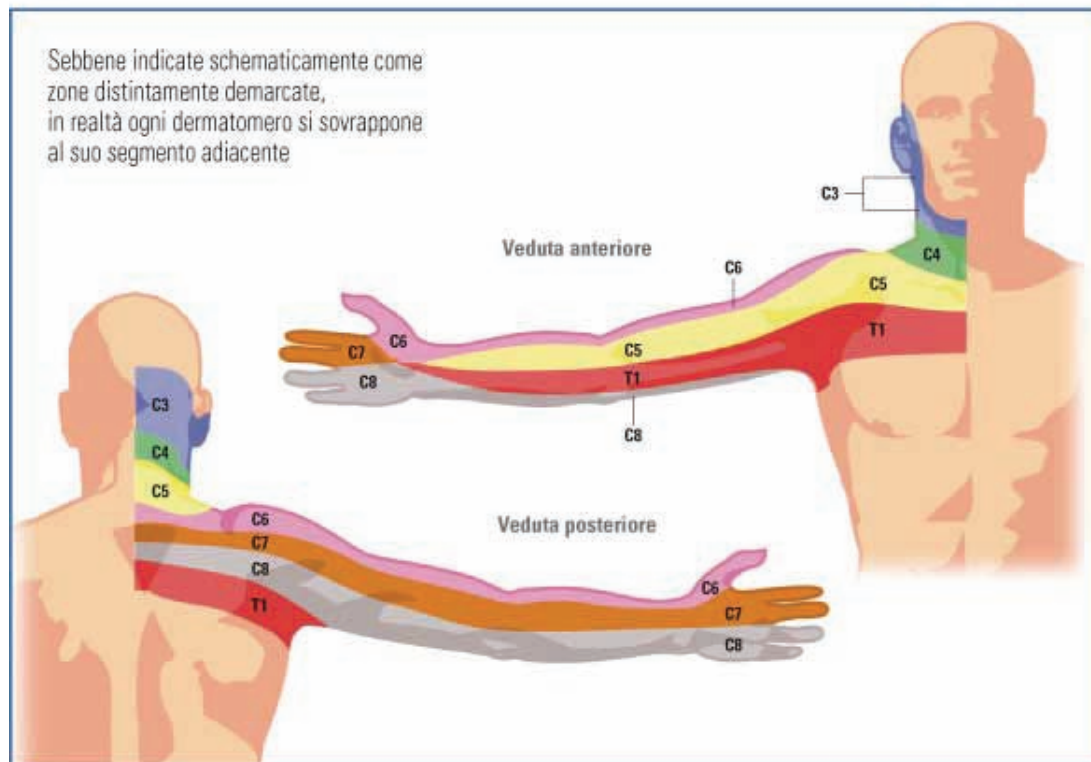


Figura 5 - Innervazione degli arti superiori



2° CAPITOLO: IL DOLORE

2.0 Cos'è il dolore?

Con il termine dolore solitamente ci riferiamo ad un'esperienza prettamente sensoriale, relativa al nostro corpo. In realtà questa è una definizione parziale di dolore. Il dolore è, invece, da riferire sia alla percezione sensoriale che alle alterazioni emotive e cognitive, entrambe provocate da un danno (o potenziale danno) a livello organico. L'Associazione Internazionale per lo studio del dolore, infatti, definisce il dolore "un'esperienza sensoriale ed emotiva associata a danno tissutale, in atto o potenziale, descritto in termini di tale danno".

Classificazione CLINICA



Ministero della Salute

Acuto	• Durata limitata, si accompagna a notevole reazione di stress • Importante funzione biologica di campanello d'allarme • Di solito proporzionale al grado di danno tissutale, scompare con la risoluzione del danno • Spesso associato a riflessi di protezione e a risposte neurovegetative • Cause: traumi, interventi chirurgici, procedure mediche, stati acuti di malattia
Cronico	• Durata > a 3 mesi • Perpetuato da fattori non collegati alla causa scatenante • Poco associato a iperattività neurovegetativa • Accompagnato da importante componente emotiva (irritabilità, isolamento, depressione) ed alterazione del ritmo circadiano • Cause: patologie croniche (oncologiche, reumatiche, dolori intercorrenti, fibromialgia, neuropatia)
Procedurale	• Causato da procedure invasive diagnostiche e terapeutiche • È prevenibile e quindi può essere profilassato • Si accompagna a notevole impatto emotivo (ansia, paura, stress)
Terminale	• Si accompagna alla terminalità • È il dolore globale, con notevole componente di sofferenza



2.1 - Classificazione

Esistono poi classificazioni basate sulla eziopatogenesi dei sintomi, che tendono a distinguere il dolore in base alle cause e ai meccanismi fisiopatologici che determinano la sintomatologia algica. Si parla così di dolore nocicettivo (somatico e viscerale) e di dolore neuropatico. Il dolore nocicettivo è determinato dall'attivazione di recettori (nocicettori) che si trovano sia a livello delle strutture somatiche che viscerali. Ha caratteristiche di rappresentazione e di localizzazione ben precise nella sua localizzazione somatica, mentre risulta meno definito in quella viscerale. E' dovuto ad una lesione tissutale spesso evidente. Il dolore neuropatico è tipicamente causato da una modificazione o da

una alterazione nella trasmissione dell'impulso lungo le afferenze somatosensoriali. E' indicativo di un danno che si è verificato a carico dei sistemi di conduzione o delle stazioni di integrazione e trasmissione del sistema nervoso centrale o periferico. Si tratta di un dolore spesso non accompagnato da una lesione tissutale, ma dovuto piuttosto a disturbi di conduzione e trasmissione a carico del sistema nervoso periferico o centrale. Questo termine comprende sia il dolore dovuto a alterazioni della percezione sensitiva in conseguenza di un precedente danno ad un nervo (dolore da deafferentazione), ma anche quello dovuto ad una modificazione del tono simpatico (sistema nervoso autonomo), a nevralgia o neuropatia periferica. Viene descritto come lancinante o urente (che brucia) con parossismi a tipo scossa elettrica o puntura trafittiva e può essere accompagnato ad alterazione della percezione sensitiva. Si incontrano notevoli problemi a definire con precisione i confini della sua localizzazione topografica. Esso presenta una difficoltà di grado elevato nella definizione diagnostica delle differenti componenti che concorrono al suo determinismo. Altrettanto difficoltosa risulta la sua cura e la sua gestione che richiede spesso terapie complesse e tra loro embricate in modo variamente assortito. Esistono infine situazioni in cui il quadro doloroso è frutto dell'intreccio di due o più meccanismi differenti, alcuni a prevalente componente nocicettiva, altri invece a genesi neuropatica prevalente definiti dolori a tipo misto. Anch'essi pongono a dura prova la capacità diagnostica dell'esaminatore e rendono difficoltoso individuare, stabilire e prescrivere il regime terapeutico più efficace. Così come è importante distinguere tra dolore acuto e cronico, altre grandi categorie di inquadramento sono rappresentate dal dolore nocicettivo (somatico e viscerale), da quello neuropatico e dal dolore oncologico, ciascuna di esse presenta caratteristiche peculiari.

2.2 - Sintomalogia

Dolore Nocicettivo

In determinate circostanza il dolore è una risposta fisiologica appropriata che si prova quando i nocicettori delle unità sensoriali (meccaniche, termiche e chimiche) vengono attivate a trasmettere impulsi afferenti ad un livello conscio. Un dolore che si determina in questo modo prende il nome di dolore nocicettivo:

Dolore Somatico-Viscerale

Origina dalla stimolazione nocicettiva e si riscontra nella maggioranza dei dolori (traumatici, infettivi, degenerativi) dove la compressione, l'infiammazione, la stimolazione meccanica e la distensione sono responsabili della partenza degli impulsi periferici. Da un punto di vista sintomatologico la descrizione che viene esposta (colico, gravativo etc) e le caratteristiche associate (sintomi neurovegetativi) permettono di orientare la provenienza. Da un punto di vista terapeutico si interviene rimuovendone quando possibile la causa, limitando gli effetti eccitatori con farmaci ad azione periferica e centrale, o cercando di interrompere la trasmissione dei messaggi dolorosi ai vari livelli della catena di trasporto (blocchi anestetici).

Dolore Neuropatico

E' un dolore iniziato da una lesione primitiva o da una disfunzione nel sistema nervoso centrale o periferico. Viene di solito espresso dal paziente come: "qualcosa che brucia, che punge... una scossa elettrica". Può essere continuo o subcontinuo o presentarsi con esacerbazioni parossistiche. Questo dolore esprime un'alterazione dell'informazione nervosa di tipo algico lungo le vie di trasmissione. Ha di solito un andamento che tende frequentemente a cronicizzare ed è di difficile gestione. Le disfunzioni e le alterazioni del sistema nervoso possono produrre sia sintomi che potremmo definire di tipo negativo (cioè una riduzione della risposta paragonata a quello che viene definito lo standard normale es: ipoestesia, ipoalgesia) oppure di tipo positivo (cioè una

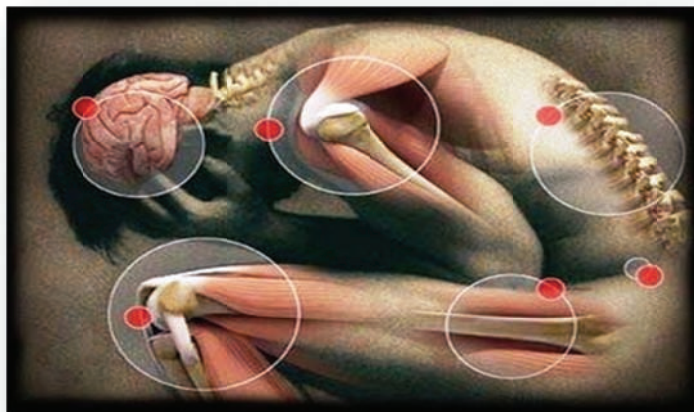
risposta esagerata paragonata sempre allo standard normale es: disestesia, allodinia). Di seguito alcune definizioni di segni patognomonic del dolore neuropatico.

Iperalgi

Nel corso di dolori cronici la “soglia” algica può diminuire a causa di diversi fattori che ne facilitano l'abbassamento. Essi producono una diminuzione della inibizione midollare o un facilitazione della progressione dello stimolo che ha come risultato l'aumento del dolore . In genere si determina quindi una risposta algica acuta a stimoli già di per sé normalmente dolorosi (è una risposta eccessiva ad uno stimolo doloroso).

Dolore Oncologico

Il dolore generato dalla presenza di una neoplasia assume connotazioni del tutto particolari non solo per la componente psicologica che influisce in modo determinante sulla soglia algica e che lo configura come una malattia nella malattia: “Dolore totale”, ma anche per i meccanismi da cui origina. Il dolore che può iniziare come SOMATICO, tende molto spesso a coinvolgere poi organi interni e quindi a diventare VISCERALE e con la progressione della malattia a interessare le strutture nervose connotandosi così anche come NEUROGENO. Molto importante a questo punto diventa non solo la stadiazione del dolore (origine, distribuzione, caratteristiche, localizzazione, durata ...), ma anche la valutazione della persona e della sua capacità di autonomia e di relazione attraverso l'analisi del suo Performances Status, della sua aspettativa di vita, del contesto ambientale sociale e familiare in cui la malattia si manifesta e progredisce.



2.3 - CAUSE



Cause del mal di schiena al mattino

Cattiva postura quando si dorme

Nel caso in cui il materasso o il letto su cui la persona dorme non sostengono adeguatamente la parte posteriore, può essere faticoso per i muscoli della schiena e può causare mal di schiena al mattino.

Artrite

Il mal di schiena ricorrente che peggiora al mattino potrebbe essere causato dall'artrite.

L'artrite spinale provoca la distruzione della cartilagine che causa l'infiammazione delle articolazioni.

Il dolore alla schiena da artrite si sente frequentemente, generalmente è forte al mattino.

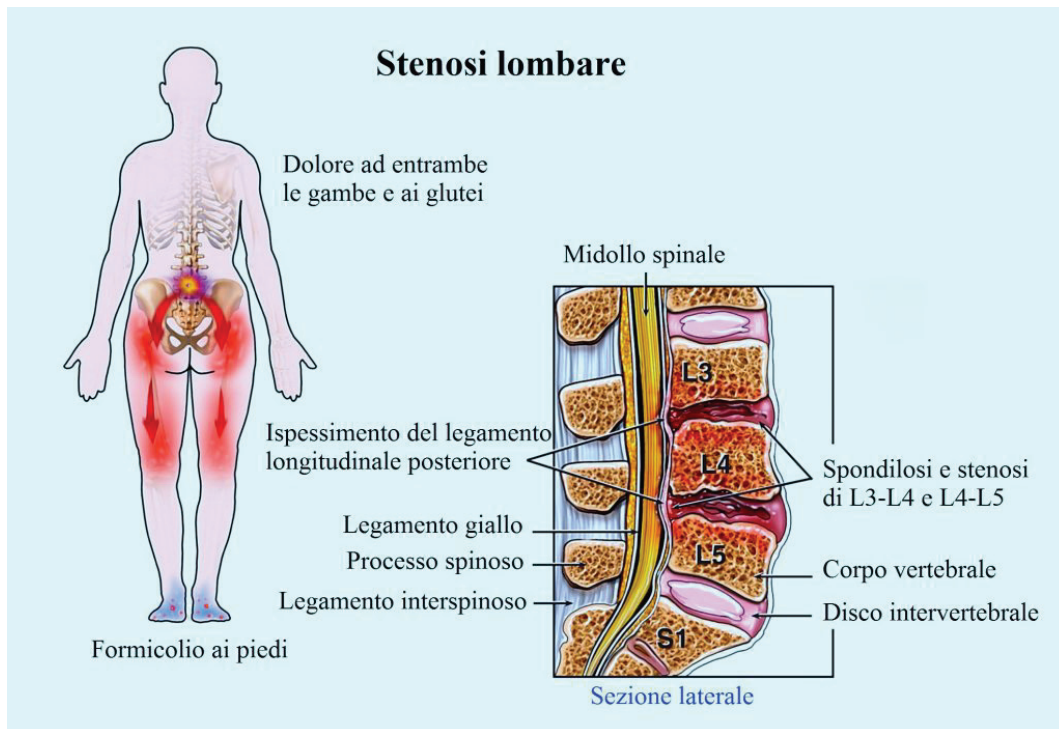
La **spondilosi** o artrosi della colonna vertebrale si verifica con l'età perché i dischi intervertebrali si disidratano e il volume diminuisce. L'altezza del disco cala e le vertebre si avvicinano l'una all'altra. In queste circostanze anche un trauma lieve può causare un'infiammazione e lo schiacciamento della radice del nervo.

Questa situazione può provocare la classica sciatica senza la rottura del disco. Se l'artrosi si verifica a livello delle articolazioni posteriori delle vertebre può causare la sindrome delle faccette articolari che provoca dolore al gluteo e all'inguine.

Stenosi spinale

Lo spazio tra il midollo spinale e le vertebre che lo proteggono, è detto canale spinale. La stenosi lombare si verifica quando l'ampiezza del canale spinale a livello della schiena si riduce notevolmente, la conseguenza è la compressione del nervo che si infiamma.

La degenerazione del disco intervertebrale insieme all'artrosi delle articolazioni vertebrali può causare il restringimento del canale spinale: la stenosi spinale. Questi cambiamenti nel disco e nelle articolazioni causano gravi sintomi e possono essere visti con una radiografia. Una persona con stenosi spinale può avere un dolore che si irradia agli arti inferiori mentre sta fermo in piedi per molto tempo, al mattino oppure camminando per almeno 10/15 minuti.



Infiammazione del nervo sciatico

Il nervo sciatico origina dalla zona lombo-sacrale (sopra la zona del gluteo) ed è il nervo più lungo del corpo umano. Lo sciatico attraversa la zona dell'anca, scende dietro entrambe le gambe e termina a livello dei piedi.

Sintomi

La compressione sul nervo sciatico provoca dolore lombare che si estende alle gambe.

In base alla gravità della pressione sulle radici del nervo sciatico, l'intensità del dolore può essere lieve o fortissima. La persona che soffre di sciatalgia da ernia del disco nota un peggioramento quando tossisce o starnutisce perché aumenta la pressione addominale e quindi sul disco intervertebrale.

Il paziente sente un forte dolore quando si piega in avanti, inoltre il movimento è limitato.

Il nervo provoca dolore durante uno stiramento o a causa della compressione. Al mattino il corpo è più alto di 1/2 cm perché i dischi intervertebrali assorbono il liquido in posizione sdraiata.

Il dolore si aggrava al risveglio (quando il paziente si alza da letto) perché il disco ha un volume maggiore e quindi preme di più sul nervo, inoltre la colonna vertebrale è più lunga, quindi il nervo (di lunghezza fissa) è stirato.

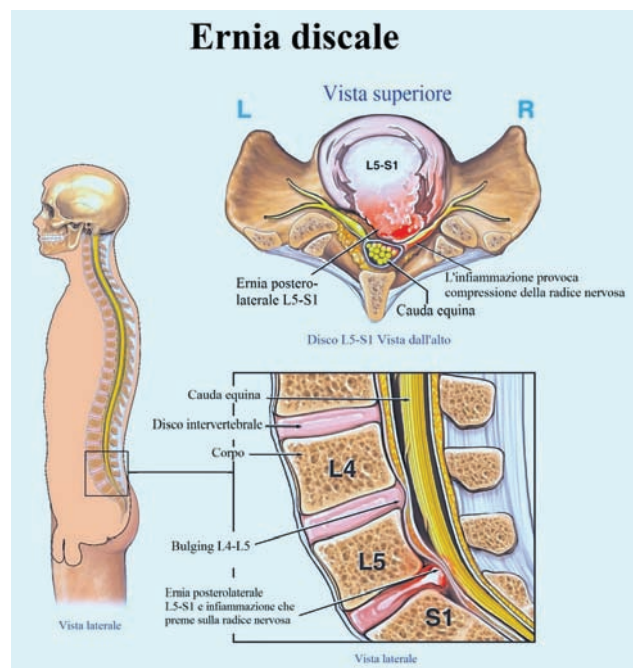
L'ernia cervicale che preme sul midollo spinale e provoca dolore dal collo alla schiena e si irradia alle gambe e alle braccia è rarissima. In questo caso il dolore alla schiena e alle gambe si sente quando il paziente piega il collo in avanti.

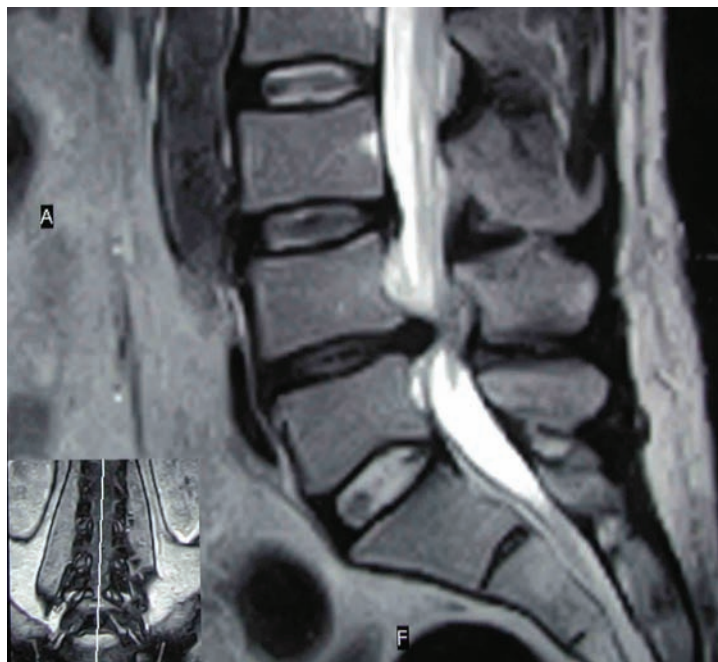
Cause:

L'infiammazione dello sciatico si può verificare a causa di una protrusione discale o ernia.

La protrusione è lo spostamento di tutto il disco, mentre l'ernia è la conseguenza della lesione dell'anello esterno del disco.

Se l'anello esterno si rompe, la parte interna (nucleo) esce dalla sua sede anatomica e si sposta fino a toccare i nervi spinali.





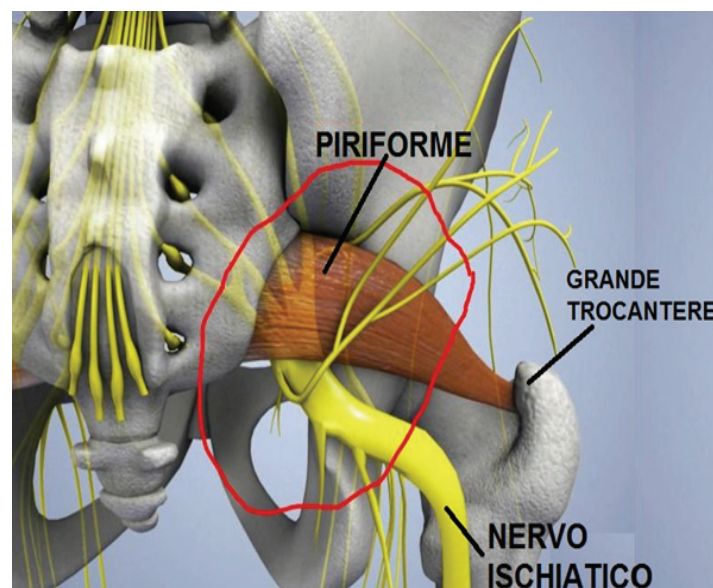
La reazione del corpo è un'infiammazione che causa gonfiore nella zona e quindi aumenta la pressione sullo sciatico.

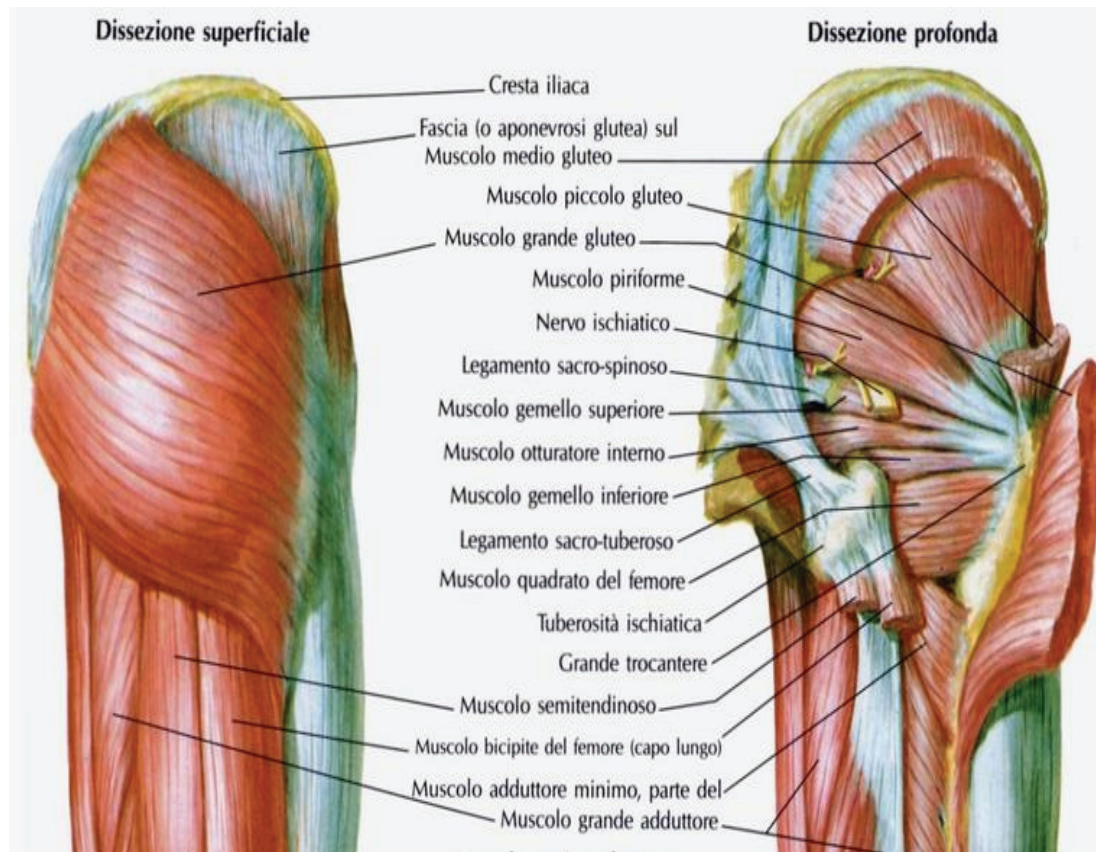
Generalmente l'ernia si verifica a causa della cattiva postura o dell'instabilità della colonna vertebrale provocata dalla debolezza muscolare. Si consiglia di evitare la posizione seduta prolungata, la bicicletta è permessa, ma solo in pianura.

Il dolore può peggiorare dopo la corsa.

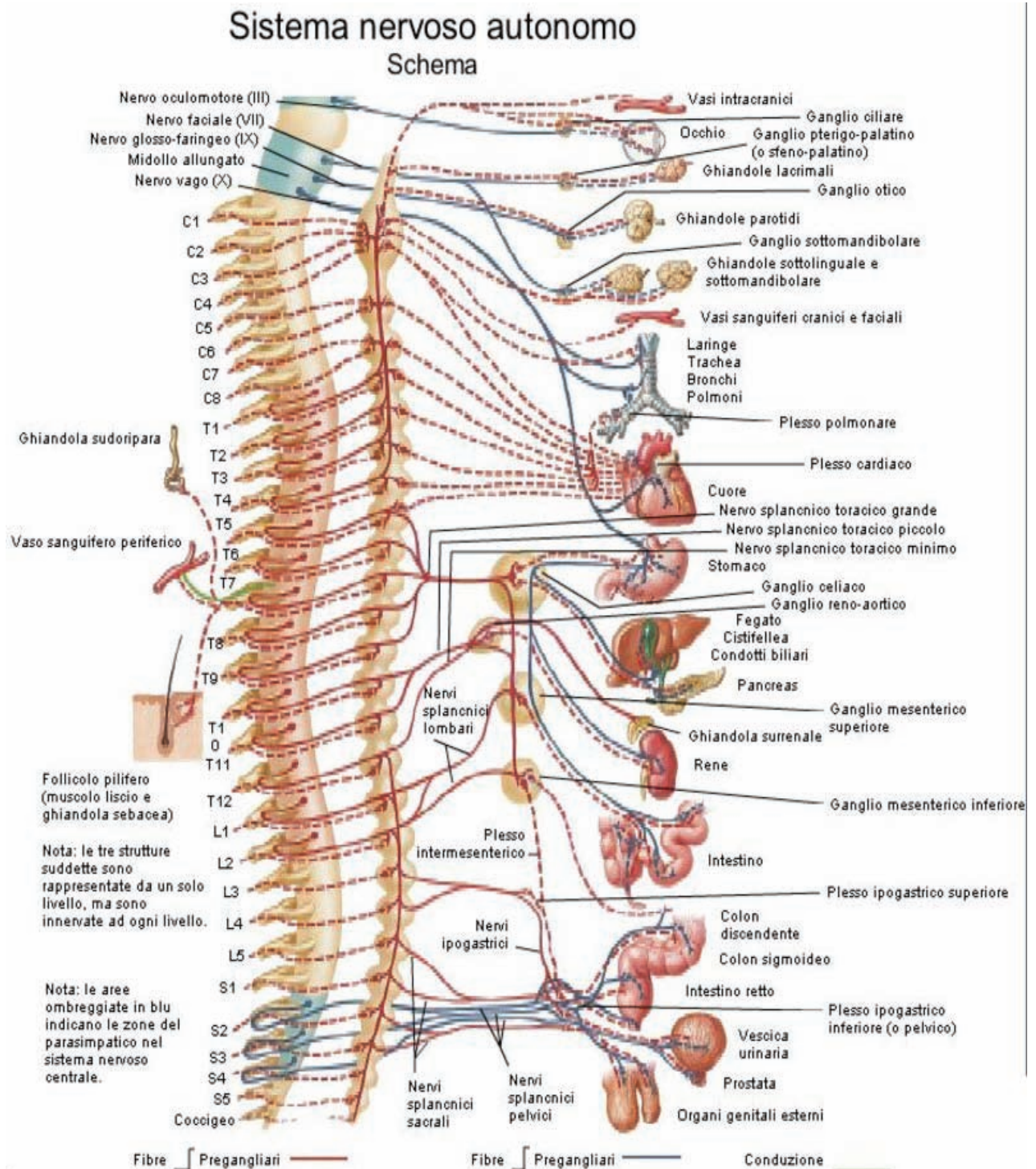
2.4 - Sindrome del piriforme

La sindrome del piriforme è un disturbo neuromuscolare che insorge quando il muscolo piriforme, situato nella regione del gluteo, comprime od irrita il nervo sciatico (o ischiatico che dir si voglia). I sintomi sono simili a quelli generati da altre condizioni che evolvono in sciatalgia, come l'ernia al disco; tuttavia, la sindrome del piriforme NON si riferisce a problemi alle radici dei nervi spinali e/o alla compressione di un disco intervertebrale. Il coinvolgimento del nervo sciatico, infatti, avviene un po' più lontano dalla sua origine, precisamente a livello del gluteo, dove rimane intrappolato a causa di alterazioni del muscolo piriforme; ciò può causare un dolore spesso percepito come un formicolio od una sensazione di intorpidimento che coinvolge la parte inferiore del corpo e percorre la gamba, irradiandosi dal gluteo fino al piede. Il dolore può peggiorare durante lo svolgimento di attività quotidiane come salire le scale, camminare, correre oppure dopo aver mantenuto una posizione seduta per lunghi periodi di tempo. La sindrome del piriforme è spesso confusa con un problema del disco lombare, in quanto i sintomi sono simili ad un'irritazione della radice del nervo sciatico.





2.5 - DOLORE VISCERALE (Addominale e mal di schiena)



Pancreatite

La pancreatite è l'infiammazione del pancreas (una ghiandola che si trova dietro lo stomaco) causato da: alcol, infezione virale o trauma.

Il dolore addominale superiore e alla schiena è il sintomo iniziale. È seguita da altri sintomi come nausea e vomito. I sintomi della pancreatite peggiorano dopo mangiato.

Calcoli biliari

I calcoli biliari sono sostanze cristalline che si formano nella cistifellea e poi vanno nel dotto biliare.

Una dieta pessima e l'obesità sono le principali cause dei calcoli biliari. I sintomi dei calcoli biliari sono mal di pancia, lombalgia, vomito e pancia gonfia.

Calcoli renali

I calcoli renali sono cristalli nei reni dovuti a diversi motivi, come l'accumulo di acido urico o di calcio nei reni.

Il dolore addominale in basso a sinistra e il mal di schiena sono i sintomi dei calcoli al rene sinistro.

Altri sintomi di calcoli renali sono sangue nelle urine, bruciore durante la minzione, perdita di appetito e perdita di peso.

Crampi mestruali

Molte donne hanno i crampi addominali nei giorni che precedono il ciclo mestruale.

I dolori al basso ventre e il mal di schiena sono i sintomi più frequenti del periodo mestruale.

Anche se questo è un problema non grave, bisogna consultare il medico se il paziente sente nausea, vomito, ecc.

Sindrome del colon irritabile

La sindrome del colon irritabile è un disturbo dell'intestino crasso. È caratterizzata da sintomi come disturbi dell'intestino, diarrea, costipazione, nausea, gonfiore, ecc.

A volte, tra i sintomi ci sono anche dolore addominale, mal di schiena e crampi.

Malattie dell'utero

Nelle femmine, dato che l'utero si trova nella zona addominale inferiore, questi disturbi possono causare anche mal di pancia e mal di schiena in basso. Tra le malattie ginecologiche che provocano dolore addominale e lombalgia ci sono: dismenorrea, fibroma uterino, cisti ovariche.

2.6 – Dolore nella Gravidanza

Le donne sono predisposte all'infiammazione del nervo sciatico in gravidanza. Questo si verifica perché negli ultimi mesi di gravidanza, l'utero ha delle dimensioni grandi e preme sullo sciatico.

Il mal di schiena non è un sintomo della gravidanza, in caso di ritardo del ciclo non bisogna preoccuparsi, infatti si verifica anche nei giorni che precedono le mestruazioni.

Il mal di schiena gravidanza si manifesta generalmente tra il bacino e la colonna vertebrale, a livello dell'articolazione sacroiliaca.

Aumento di peso. Durante una gravidanza sana, la donna in genere guadagna tra i 10 e 15 kg. La colonna vertebrale deve sostenere quindi un maggior peso e questo può sovraccaricare la colonna. Il peso del bambino che cresce nell'utero incrementa la pressione sui vasi sanguigni e sui nervi del bacino e della schiena.

Cambiamenti di postura. In gravidanza il centro di gravità del corpo si sposta. Questo rende necessaria una modifica della postura e può alterare l'esecuzione dei movimenti durante le attività quotidiane. Utilizzando maggiormente alcuni gruppi muscolari, si possono formare contratture che provocano mal di schiena.

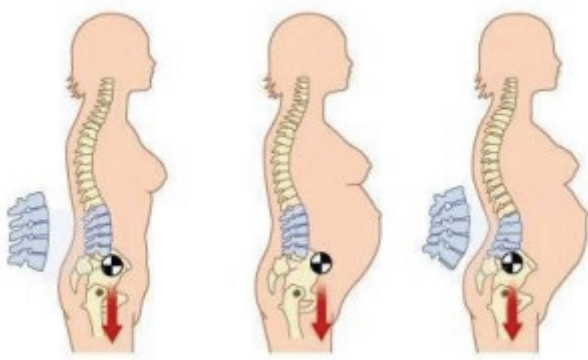
Cambiamenti ormonali. Durante la gravidanza, il corpo della donna produce un ormone chiamato relaxina, che permette ai legamenti presenti nella zona pelvica di rilassarsi e rende più lasse le articolazioni, in preparazione al parto. Lo stesso ormone può aumentare la flessibilità dei legamenti che sostengono la colonna vertebrale, e questo porta a instabilità e dolore.

Separazione delle fasce muscolari.

A seguito dell'espansione dell'utero, le due fasce parallele di muscoli (il muscolo retto dell'addome), che decorrono dalla gabbia toracica all'osso pubico, si possono separare lungo la linea alba (una fascia fibrosa che si trova al centro dell'addome). Questa separazione può peggiorare la sintomatologia dolorosa.

Stress. Lo stress emotivo può causare contratture, che provocano dolore alla schiena e possono essere percepite come contrazioni. Si può verificare anche un aumento del dolore alla schiena, presente per altre cause, durante i periodi stressanti della gravidanza.

Uteroretroverso: Il peso del bambino spinge l'utero in avanti e causa la rottura delle aderenze che tenevano l'utero retroverso. La conseguenza è il mal di schiena.



Contratture muscolare

Le persone che hanno una contrattura dei muscoli lombari soffrono di rigidità e dolore al mattino che migliora un po' durante il giorno.

Questo è il tipo di mal di schiena più frequente nei bambini e nell'uomo. L'aria condizionata o un colpo di freddo può causare questo disturbo, ma anche uno sforzo eccessivo che provoca il “colpo della strega”. Se la persona ha la schiena bloccata in avanti dopo uno sforzo, significa che ci sono alcuni muscoli troppo contratti. Di solito la gente pensa che il problema è nei muscoli lombari, ma un blocco in avanti è provocato dai flessori dell'anca, soprattutto l'ileopsoas.

Cause mal di schiena durante la notte

Tra le cause del mal di schiena notturno ci sono:

1. Postura del corpo scorretta durante il sonno
2. Troppi cuscini o nessuno
3. Stress
4. Mancanza di esercizio fisico
5. Obesità
6. Calcoli renali
7. Incidenti, infortuni, ecc.
8. Allenamento eccessivo
9. Uso prolungato di scarpe col tacco alto
10. Sforzi muscolari
11. Mal di schiena legato alla gravidanza
12. Sollevamento di pesi troppo pesanti e in maniera non corretta

Dolore continuo o persistente

Le sindromi da dolore muscolo-scheletrico che producono il mal di schiena sono la fibromialgia e le sindromi da dolore miofasciale. La fibromialgia provoca dolore diffuso e rigidità in tutto il corpo. I sintomi riportati sono la rigidità generalizzata, l'affaticamento e i dolori muscolari.

La sindrome miofasciale è caratterizzata da fastidio e rigidità su determinate aree del corpo (punti trigger), perdita dell'ampiezza di movimento dei gruppi

muscolari colpiti e dolore che si irradia con una distribuzione specifica, ma rimane limitato ad un nervo periferico. Generalmente, il dolore si allevia quando si allunga il gruppo muscolare colpito. Il dolore miofasciale è accompagnato spesso da contratture muscolari. Le cicatrici possono provocare dolore alla schiena perché causano la formazione di un tessuto fibroso che è come una toppa nei vestiti, per esempio quella che si forma dopo un parto cesareo.

Le infezioni delle ossa (osteomielite) della colonna vertebrale sono una causa rara di dolore acuto lombare.

L'artrite della colonna vertebrale: la spondilite anchilosante può causare dolore e rigidità nella colonna vertebrale che peggiora al mattino. In genere, la spondilite anchilosante ha il suo esordio negli adolescenti e nei giovani.



L'infiammazione acuta dei nervi della colonna vertebrale può essere causata dall'infezione dei nervi ad opera dell'herpes zoster virus. Questa patologia può verificarsi nella zona toracica e provoca dolore nella parte superiore del dorso oppure avviene nella zona lombare e causa dolore nella regione inferiore della schiena.

Dolore alla schiena nel lato destro o sinistro

Ernia del disco: La protrusione discale o l'ernia del disco è un disturbo che provoca un aumento di pressione sui nervi spinali. La conseguenza è l'infiammazione a livello della colonna vertebrale e il dolore che si estende sul fianco destro o sinistro della schiena.

Postura: La pessima postura è una causa molto frequente di dolore lombare. Le sedie rigide in ufficio possono provocare dolore alla schiena sul lato destro. Anche la postura scorretta mentre si dorme, si cammina (per esempio a causa di una distorsione di caviglia) o durante un rapporto sessuale può causare dolore sul lato destro della schiena.

Sindrome dell'intestino irritabile: La sindrome del colon irritabile è un disturbo intestinale che causa problemi nel colon (intestino crasso).

Oltre alle cause discusse sopra, ci sono poche altre possibili cause di mal di schiena sul lato destro.

- Infezione del tratto urinario (UTI)
- Calcoli renali o nefrite
- Obesità.
- Malattia del pancreas come la pancreatite può dare dolore alla schiena a sinistra
- Un disturbo del fegato provoca mal di schiena a destra.

Altre cause

La sindrome della Cauda equina è un'emergenza sanitaria che consiste nello schiacciamento dei fasci di nervi che si trovano sotto al midollo spinale (a livello delle ultime vertebre della schiena, dell'osso sacro e del coccige). Il materiale discale si espande nel canale spinale e comprime i nervi. Chi è colpito può sentire delle fitte dolorose, possibile perdita di sensibilità, disfunzione intestinale e incontinenza urinaria. Si può verificare anche l'incapacità di controllare la minzione che causa l'incontinenza o l'impossibilità ad iniziare la minzione.

2.7 - Sindrome dell'ileopsoas

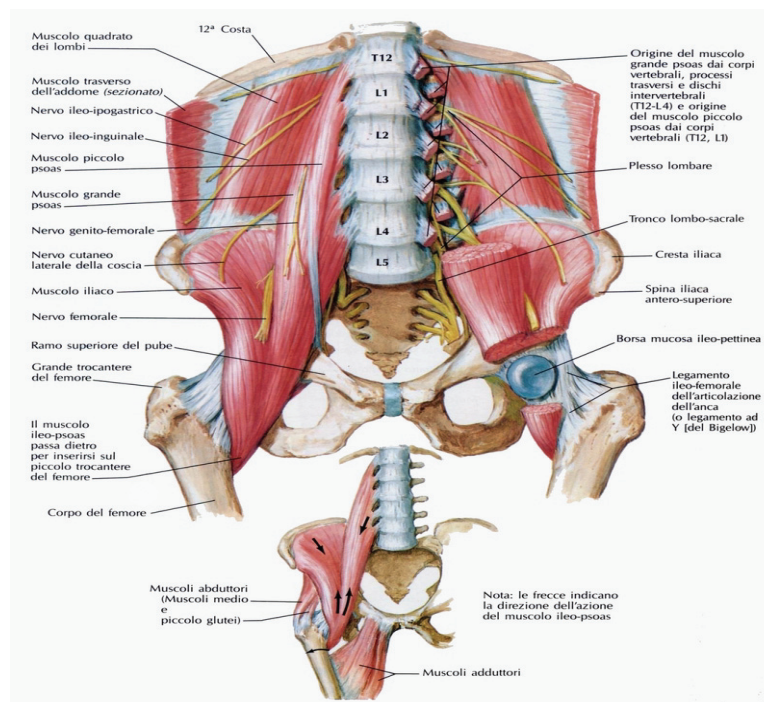
Il muscolo ileopsoas viene spesso considerato come un unico muscolo biarticolare, situato nella regione lomboiliaca e nella regione anteriore della coscia. In realtà esso è formato da due porzioni distinte: il muscolo grande psoas, e il muscolo iliaco .

Origina dalle facce laterali dei corpi dell'ultima vertebra toracica, dalle prime quattro vertebre lombari e dai dischi interposti, e dalla base dei processi trasversi delle prime quattro vertebre lombari. Il corpo muscolare si porta obliquamente in basso e in fuori; passa sotto al legamento inguinale e, giunto nella coscia termina sull'apice del piccolo trocantere. Tra il muscolo iliaco ed il grande psoas decorre il nervo femorale.

Con la sua azione flette e ruota esternamente la coscia; flette e inclina lateralmente il tronco. Essendo il più potente flessore della coscia ha un ruolo molto importante nella deambulazione.

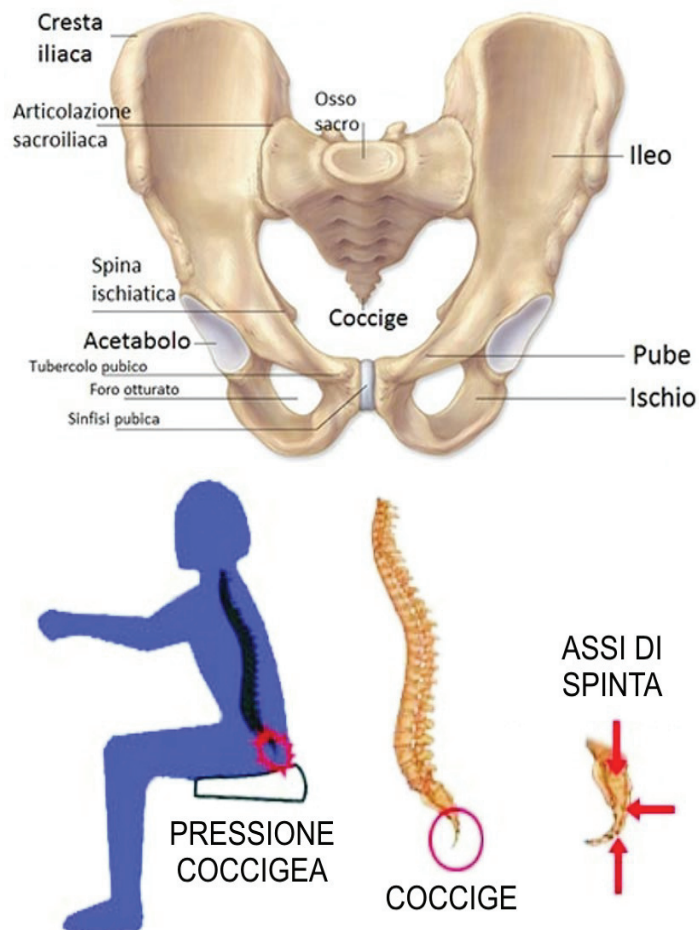
Partecipa al mantenimento dell'equilibrio fisiologico del bacino, aumentando, con la sua contrazione, la lordosi lombare. (effetto lordosizzante. Favorisce dunque l'antiversione del bacino, e un suo ipertono può causare fastidiose lomalgie.

E' innervato dal nervo femorale e dai rami del plesso lombare (L1-L4).



2.8 – COCCIGODINIA

La coccigodinia è una sindrome dolorosa che interessa il bacino, in particolare il coccige o l'area circostante. Le cause della coccigodinia possono essere diverse, di conseguenza anche l'approccio terapeutico è variabile. La maggior parte dei casi è correlata ad un'anomala mobilità del coccige, che innesci un processo infiammatorio cronico responsabile di dolore e degenerazione dei tessuti limitrofi. Anche se la coccigodinia può colpire individui di tutte le età e di entrambi i sessi, si verifica più frequentemente nelle donne e l'età media di insorgenza è di 40 anni.



Il coccige

Il coccige rappresenta il tratto terminale della colonna vertebrale, situato appena sopra la fessura nelle natiche. La sua struttura è composta dall'insieme di 3-5 unità vertebrali che, con l'eccezione del primo segmento, sono tipicamente fuse insieme. L'apice terminale è leggermente curvato in avanti, in modo che il vertice dell'osso sia orientato verso la parte anteriore del corpo. La superficie dorsale del coccige serve come sito di attacco per il grande gluteo, il muscolo pubococcigeo ed il legamento anococcigeo, mentre verso l'apice si inserisce lo sfintere dell'ano.

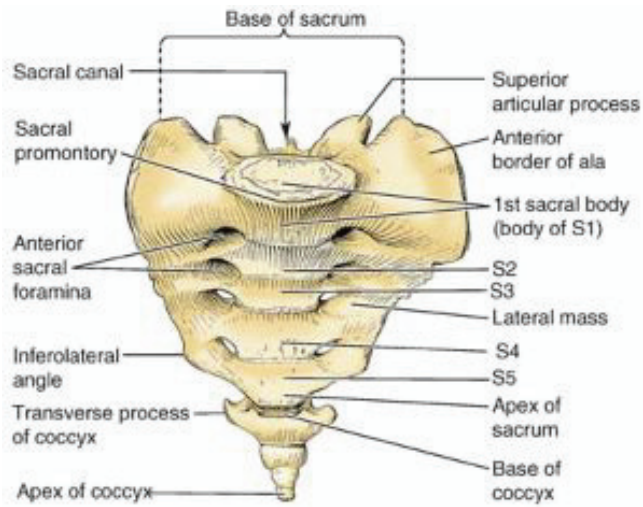
Il sintomo principale del disturbo è il dolore localizzato alla base della colonna vertebrale, dove si trova il coccige.

Il dolore al coccige può essere talmente intenso da rendere difficile lo svolgimento delle normali attività quotidiane, come guidare, chinarsi o sedersi; ad ogni modo, la sua intensità varia da persona a persona, e può peggiorare col passare del tempo.

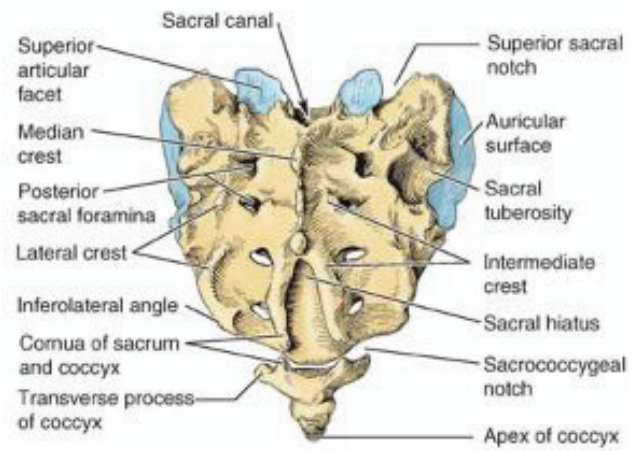
Altri sintomi della coccigodinia possono includere:

- Mal di schiena persistente;
- Dolori a gambe, glutei e fianchi;
- Dolore prima o durante l'evacuazione (la coccigodinia spesso peggiora con la costipazione e può essere alleviata con la defecazione);
- Dolore durante un rapporto sessuale (raro);
- Se la lesione è traumatica, può essere presente un livido;
- Nelle donne: aumento del dolore durante le mestruazioni.

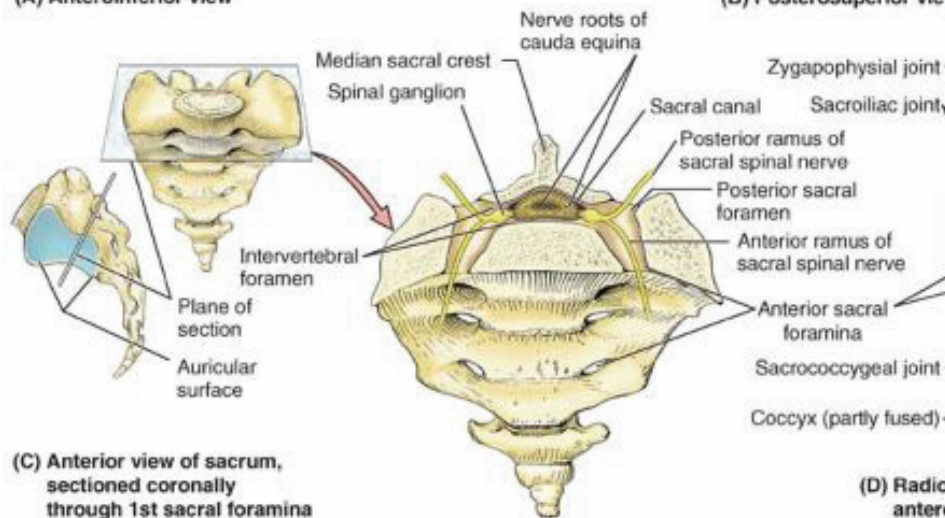
Il dolore al coccige può essere particolarmente intenso quando il paziente si alza dalla posizione seduta o quando la regione viene direttamente compressa.



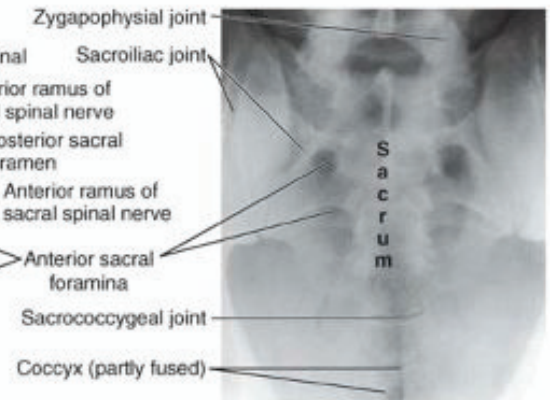
(A) Anteroinferior view



(B) Posterosuperior view



(C) Anterior view of sacrum, sectioned coronally through 1st sacral foramina



(D) Radiograph. Posteroanterior projection, anteroposterior view

3° CAPITOLO: Dolore Psicologico

3.0 LA PSICOLOGIA DEL DOLORE

La presenza di una componente psichica nel dolore risulta evidente già nella sua definizione come “una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale” fornita dall’Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) e in quella di Sherrington “quanto di psichico viene aggiunto a un riflesso protettivo prepotente”. Proprio perché il dolore è un’esperienza sia sensoriale sia emotiva in cui le due esperienze si rinforzano a vicenda costituendo un circolo vizioso, risulta talvolta difficile valutare quando e quanto possa essere attribuibile a una condizione fisica e

quando e quanto a una condizione psicologica.

Anche per questo risulta difficile differenziare gli aspetti psicologici causati dal dolore da quelli preesistenti nella personalità del paziente e non è stato stabilito se esiste una personalità tipo caratteristica di questo tipo di paziente. In numerosi studi è stata riscontrata una notevole correlazione tra dolore cronico e disturbi psichici dell’asse I del DSM (sindromi cliniche) e tra dolore cronico e disturbi di personalità, nonché una presenza di alterazioni psicopatologiche prima dell’insorgere del dolore in misura più elevata rispetto a quella della popolazione generale. In particolare, il dolore cronico è spesso associato a Disturbo Depressivo Maggiore,

Disturbi da Dipendenza o Abuso da Sostanze (analgesici, alcool, sedativi) e Disturbi d’Ansia, con una differenziazione tra uomini (in cui prevalgono Disturbi da Adattamento e Disturbi da Dipendenza o Abuso) e donne (Disturbi Depressivi e Disturbi Somatoformi); tra i disturbi di personalità risultano correlati col dolore l’Antisociale (soprattutto tra i maschi), il Borderline, l’Istrionico (soprattutto per le donne) e il Dipendente. La valutazione delle componenti psicologiche nel dolore

Per valutare la presenza e la rilevanza di fattori psicologici, nel colloquio psicologico occorre indagare i seguenti punti:

- Descrizione della sintomatologia e dell'intensità. Al di là delle valutazioni di carattere più prettamente medico circa le eventuali peculiarità nella localizzazione del dolore, nella sua intensità e risposta ai farmaci, occorre che lo psicologo ascolti le modalità con cui il paziente riferisce la propria esperienza dolorosa (ad es. enfatica).
- Storia precedente di dolore e anamnesi medica. Se il dolore è il risultato di una somatizzazione, è possibile che il soggetto presenti una storia di malattia (e anche di dolore in altri distretti corporei) piuttosto lunga e precoce e di solito la può raccontare volentieri.
- Comportamento di malattia. Chi ha un dolore di natura psicogena tende a porre sulle proprie malattie un'enfasi rilevabile non solo dal tono di voce o dalle espressioni usate ma più spesso dalla centralità dell'esperienza di malattia nella sua vita. In apparente contrasto può anche essere rilevato un comportamento di malattia basato inizialmente sulla negazione del problema e sulla trascuratezza: ma il contrasto può essere solo apparente perché proprio la mancata cura del disturbo può causarne il peggioramento fino a che non diventi evidente e credibile anche agli occhi degli altri e fino al punto per cui occorre un intervento o un ricovero o per cui il danno risulta permanente e invalidante.
- Rapporto con i medici e con le terapie. I soggetti con un dolore di natura psicogena spesso persistono a ricercare la terapia farmacologica che possa risolvere i loro problemi, pur non trovandola (e non potendola trovare, trattandosi di un bisogno psicologico), e mostrano un velato risentimento per i medici, descritti quindi come incapaci o incompetenti.
- Relazioni familiari e sociali. Come erano le relazioni prima e dopo la comparsa del dolore? Come hanno reagito familiari e amici al dolore del paziente? E che impatto ha avuto questa sul paziente? Ricorrente è l'esperienza di non sentirsi capiti e compresi, che si unisce al ricevere attenzioni (anche se non sempre positive, come "spinte" e incoraggiamenti a reagire, che fanno aumentare la percezione di non sentirsi capiti).
- Situazioni stressanti. Quando è comparso o si è aggravato il dolore, è accaduto

qualcosa di significativo nella vita della persona? In questo caso, occorre anche valutare come il soggetto ha espresso l'emozione relativa, poiché, laddove l'emozione non viene espressa, può incistarsi e trovare espressione nel corpo.

- Cambiamenti successivi alla comparsa del dolore. Come si è modificata la vita della persona? Quali attività ha interrotto? E che impatto emotivo ha avuto questo sulla sua vita? Spesso il dolore, associato a basse aspettative di controllo dello stesso, diventa la “giustificazione” per comportamenti passivi o evitanti rispetto alle attività, rispetto alla quale talvolta esistevano già difficoltà.
- Vantaggi secondari. Chi manifesta un dolore di natura psicogena può aver appreso nella sua storia evolutiva che il miglior modo per ricevere attenzioni o per evitare responsabilità era quello di essere malato e, alla luce di questo, può essersi ammalato più spesso o più a lungo, non simulando di essere ammalato ma somatizzando.
- Processi cognitivi e strategie di coping al di là di ciò che racconta il soggetto circa la sua storia e i suoi vantaggi secondari, è importante cogliere come lo racconta, cosa pensa del suo dolore (es. presenza di aspettative irrealistiche) e come lo affronta (es. sfiducia e senso di impotenza).

L'assessment psicologico del dolore prevede quindi una valutazione dell'influenza del dolore sulla vita del paziente e del ruolo che la componente emotiva gioca eventualmente nel rinforzare il dolore, mentre la presa in carico psicologica riguarda in particolare le valenze affettive e la sofferenza psicologica del paziente, che influiscono sulla patologia algologica o ne sono influenzati.



CAPITOLO 4: Caso Clinico

Sintomo principale: Lombalgia

Storia del sintomo: Signora di 47 anni si presenta in studio con dolore forte nella parte lombare iniziato dopo aver fatto lavori domestici in particolar modo dopo aver ricomposto i letti casa, il dolore è andato gradualmente aumentando fino ad arrivare ad un blocco e modifica dell'andamento posturale procurato dalla forte algia, causando irradiazione del dolore ad entrambe le cosce. Dopo aver chiamato il proprio medico di base il quale ha assegnato terapia farmacologica di 7 giorni con infiltrazioni intramuscolari di Muscoril-Voltaren e non vedendo risultati efficaci ha voluto provare la terapia osteopatica.

Anamnesi Medica: All'età 40 anni afflitta da carcinoma maligno mammario, inizio di tromboflebite braccio sx, dolore spalla sx saltuariamente.

Anamnesi chirurgica: Intervento per asportazione carcinoma maligno mammella dx

Anamnesi sociale: Casalinga sposata con due figli.

Cardiovascolare: nessuna problematica cardiaca.

Respiratorio: Nessun problema respiratorio

Gastrointestinale: nessuna problematica rilevante

Genitourinario: nessuna nota rilevante

Muscolo scheletrico: nessuna frattura nessun intervento trascorso

Neurologico: negativo

Esame obiettivo: braccio destro più voluminoso di circonferenza per insufficienza venoso linfatica.

Esame strutturale Osteopatico: La paziente aveva molta difficoltà a rimanere in posizione eretta e a rimanere seduta, contrariamente provava più sollievo in posizione prona, al tatto sulla zona sui muscoli lombari molto dolente e struttura rigida, glutei e piriforme dolente da entrambi i lati dx e sx.

Trattamento: La paziente è stata trattata con manipolazione fasciali su tutto il decorso della colonna rachide lombare, dorsale e cervicale. Con la medesima tecnica in maniera delicata e seguendo il ritmo respiratorio con energia muscolare sono stati trattati piriforme, ileo psoas e release del diaframma.

Esito del paziente: Il paziente a fine trattamento ha avuto una buona diminuzione del dolore, riuscendo a scendere dal lettino in maniera autonoma. Il benessere è durato per circa 8-10 ore e gradualmente si è ripresentato come lo stato iniziale, ho ripetuto la terapia nei giorni successivi per 3 volte, e in accordo con il proprio Medico di famiglia ho consigliato una RM lombosacrale. A mio dispiacere il Referto è stato Angioma Maligno su L5 e degenerazioni dischi vertebrali sul tratto lombare.



Anamnesi

5° CAPITOLO: Tecniche Manipolative

1- STIRAMENTO BILATERALE con pollici



- Pz prono Os a lato contaAa con i pollici processi trasversi da L5 in su
- Esercita pressione su mm paravertebrali bilateralmente
- Mantenere una pressione di stiramento in direzione craniale
- Dopo alcuni secondi si sposta su segmento successivo

2- Tecnica “SCISSOR”(Forbice)



- Pz prono

- Os dal lato opposto del trattamento
 - Mano craniale OS con thenar e ipotenar su Paravertebrali lato opposto
 - Mano caudale afferra coscia PZ subito sopra ginocchio
- Esecuzione: Os Traziona gamba pz sollevandola e adducendola(mov.Forbice) mentre “ingaggia” i tessuti paravertebrali con altra mano.
- aumenta trazione e la pressione per alcuni sec. Poi Cambia livello colonna
 - Può Eseguire il movimento ritmicamente

3- PRESSIONE PARAVERTEBRALE trasversa



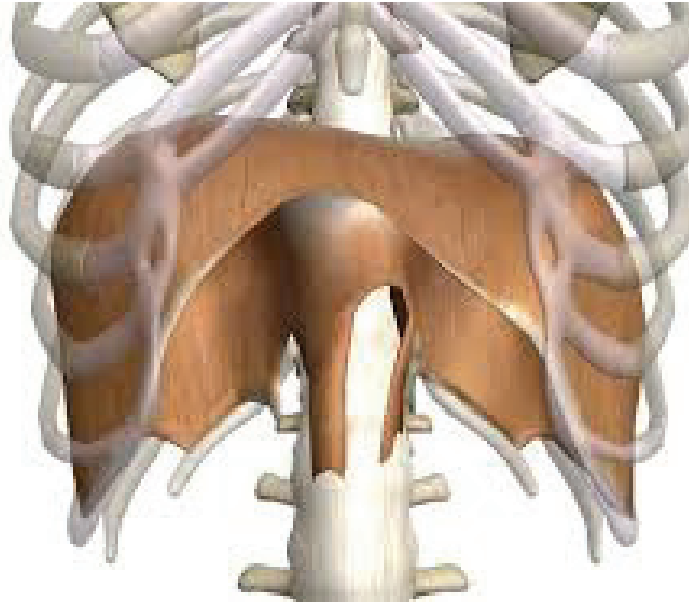
- Pz prono
 - Os di fianco
1. Pone pollice thenar e ipotenar su mm paravertebrali opposti
 2. Pone 2° mano sopra la prima per aumentare pressione
 3. Esegue uno stiramento progressivo nella direzione delle dita allontanandosi dalla colonna

4- TRAZIONE PRONA INCROCIATA



- PZ prono OS a lato
- “tallone” mano craniale in appoggio su base sacrale in direzione caudale e mano caudale all’opposto su lombare (p. spinosi)
- Os esegue una trazione combinata allontanando le mani mentre esercita pressione sufficiente ad ingaggiare i tessuti paravertebrali ed i segmenti ossei favorendone “l’apertura”

5- RELEASE mm DIAFRAMMA



due distinte inserzioni dette inserzioni vertebrali, si inseriscono sulla seconda vertebra lombare. In particolare delle due inserzioni una, l'inserzione vertebrale mediale, si inserisce sulla superficie laterale del corpo mentre l'altra, l'inserzione vertebrale laterale, si inserisce sulla superficie anteriore del processo trasverso della seconda vertebra lombare.



1. pz supino!
2. Os a lato opposto trattamento!
3. Os contatta con polpastrelli (o pollice) margine diaframma sottocostale, mentre con altra mano stabilizza la parte inferiore della gabbia toracica !
4. durante l'inspirazione Os mantiene una pressione costante in direzione craniale laterale con dita su bordo diaframma!
5. vengono eseguiti alcuni cicli respiratori guadagnando in direzione della barriera ad ogni espirazione poi si cambia lato.

"Io ho scoperto che la salute è
il risultato del flusso libero ed
ininterrotto di sangue attraverso
arterie e vene.

La malattia deriva dall'ostruzione
del libero flusso di sangue.

Una manipolazione osteopatica libera
le aderenze dei muscoli e delle giunture,
e consente il regolare flusso di sangue
nella zona malata, con conseguente
stato di benessere"...

Dott. A.T. Still
Fondatore dell'Osteopatia



Studio Osteopatia Lasso