



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

**OSTEOPATIA: infortunio nello sport agonistico,
diagnosi e trattamento**

Candidato:

Alessandro Derossi

ANNO ACCADEMICO 2017 / 2018

fisiomedic
ACADEMY

Indice

INTRODUZIONE.....	5
1. INFORTUNI TRAUMATICI.....	6
1.1. Lesioni muscolari.....	6
1.2. Traumi Distorsivi.....	9
1.3. Fratture.....	12
2. PREVENZIONI TRAUMI.....	13
3. INFORTUNI DA SOVRACCARICO.....	15
3.1. Infortuni più frequenti del pattinaggio artistico.....	15
3.2. Distretti muscolari maggiormente coinvolti.....	18
4. OSTEOPATIA.....	30
4.1. Cenni Storici.....	30
4.2. Principi dell'Osteopatia.....	32
4.3. Tecniche Osteopatiche.....	32
5. ANALISI OSTEOPATICA.....	34
5.1. Valutazione iniziale.....	34
5.2. Test Osteopatici.....	35
5.3. Caso Clinico.....	39
6. CONCLUSIONI.....	41
RINGRAZIAMENTI.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	43

INTRODUZIONE

La seguente tesi viene redatta in base alle esperienze maturate sul campo, in particolare nel settore dello sport nel quale lavoro da qualche anno a questa parte.

Prenderemo in esame le due diverse tipologie di infortunio, quello traumatico e quello da sovraccarico andando ad analizzare le differenze e le tipologie di intervento ed infine andremo a visionare un caso clinico che ho avuto modo di seguire e, grazie all'osteopatia, di aiutare ed accelerare il processo di guarigione, fino alla completa cura della lesione e ripresa della normale sessione di allenamento.

Il mio lavoro consiste nel dirigere e gestire, insieme al mio team, un palazzetto del ghiaccio all'interno di un centro sportivo con annessi campi di calcetto, bar e ristorazione mentre nel tempo libero ho la possibilità di seguire il team degli atleti agonisti di pattinaggio artistico su ghiaccio, formato da circa 30 ragazzi e ragazze di un età compresa tra i 12 ed i 20 anni.

Mi sembra quindi doveroso stilare una tesi dedicata all'infortunio dello sportivo, su come riconoscere una lesione, intervenire prontamente, trattare la lesione, ed impostare un recupero funzionale efficace.

CAPITOLO 1 - INFORTUNI TRAUMATICI

L'insorgenza degli infortuni traumatici è sempre in stretta correlazione con un evento acuto e/o violento.

I principali infortuni si suddividono in tre categorie:

- Lesioni Muscolari
- Traumi Distorsivi
- Fratture

1.1 - LESIONI MUSCOLARI

I termini "distrazione, stiramento e strappo muscolare", usati comunemente, ma non correttamente, rappresentano gradi diversi di un'unica lesione caratterizzata dalla rottura di un numero variabile di fibre muscolari.

Le lesioni muscolari vengono classificate, dal punto di vista medico, proprio dall'entità del danno anatomico.

L'abbondante vascolarizzazione del muscolo scheletrico determina, in occasione di una lesione, la fuoriuscita di una certa quantità di sangue: nei casi lievi il sangue rimane localizzato all'interno del ventre muscolare, mentre nei casi più gravi si superficializza, distendendo la fascia muscolare e costituendo veri e propri ematomi.

Le fibre interrotte hanno scarso potere di rigenerazione, il processo di riparazione avviene quindi con formazione di tessuto cicatriziale, le cui proprietà elastiche risultano ovviamente inferiori a quelle del tessuto muscolare.

Da queste considerazioni derivano alcuni consigli terapeutici validi per tutti i gradi delle lesioni muscolari acute:

1. È opportuno l'applicazione di ghiaccio;
2. È assolutamente da evitare qualsiasi forma di massaggio e di manipolazione;
3. È opportuno ridurre la muscolatura mediante esercizi di allungamento;
4. Non si devono accelerare i tempi di recupero.

1. È opportuna l'applicazione di ghiaccio sulla lesione per diminuire l'eventuale fuoriuscita di sangue e l'edema reattivo ed ottenere quindi tempi di guarigione più brevi; la crioterapia non deve avere durata eccessiva (non oltre le 24/48 ore in base alla gravità del trauma), per evitare il pericolo di "organizzazione" dell'ematoma cioè l'aumento della consistenza del deposito di Sali di calcio, da cui deriva allungamento dei tempi di recupero e talvolta residui calcifici nell'ambito del ventre muscolare interessato dal trauma;
2. È assolutamente da evitare qualunque forma di massaggio o di manipolazione, nonché qualunque forma di calore, interventi controindicati in quanto determinano l'evoluzione dell'ematoma verso l'ossificazione intramuscolare circoscritta; questo però non vieta a livello osteopatico un intervento di drenaggio e di sblocco delle articolazioni adiacenti che possono aiutare il processo di guarigione aumentando il deflusso di sangue dalla zona interessata alla lesione;
3. Dopo la cicatrizzazione della lesione (da verificare preferibilmente con esame ecografico), è opportuno ridurre la muscolatura mediante esercizi di allungamento (stretching) allo scopo di rielasticizzare, per quanto possibile, il tessuto di riparazione;

4. Non si devono mai accelerare i tempi di recupero, in quanto nonostante tutte le possibili precauzioni, la presenza di una cicatrice fibrosa, così diversa da funzionalmente dal tessuto muscolare (contrattilità, elasticità, resistenza meccanica inferiore), espone di per sé all'eventuale pericolo di recidive.

LESIONE MUSCOLARE DI 1°GRADO

In questo tipo di lesione sono danneggiate solo poche fibre muscolari ed il danno anatomico è modesto. Il dolore compare spesso alla fine dell'impegno sportivo e, a volte, perfino il giorno seguente.

La caratteristica del dolore, comunque localizzato al ventre muscolare, è quella di accentuarsi con la contrazione attiva e con lo stiramento passivo del muscolo stesso.

La terapia si basa sul riposo, generalmente dai 4-5 ai 12-14 giorni, sulla somministrazione di farmaci antinfiammatori e miorilassanti e sulla graduale ripresa dell'attività sportiva.

LESIONE MUSCOLARE DI 2°GRADO

È la forma di media gravità ed interessa un numero maggiore di fibre muscolari. Il dolore è molto più acuto e compare durante una violenta contrazione del muscolo, con una sensazione di "allungamento" del muscolo stesso; è accompagnata da una più o meno accentuata "impotenza funzionale". Spesso a "caldo" gli atleti riescono ugualmente a terminare la sessione di gara, mentre alla fine della stessa la sintomatologia peggiora.

La terapia prevede un periodo di riposo più lungo (dai 14 ai 30 giorni), ed un'accurata rieducazione funzionale prima della ripresa dell'attività sportiva specifica.

LESIONE MUSCOLARE DI 3°GRADO

L'alto numero di fibre muscolari lesionate in questo grado di lesione muscolare comporta la "soluzione di continuità" anatomica del muscolo, percepibile alla palpazione come uno scalino nel contesto del ventre muscolare. Il dolore violentissimo determina una completa impotenza funzionale e si rende sempre evidente un ematoma, dolente alla palpazione.

La terapia si basa essenzialmente su un lungo periodo di riposo (1-2 mesi) e talvolta si rende necessaria l'immobilizzazione in apparecchio gessato per 15-20 giorni.

La ripresa dell'attività atletica deve essere estremamente cauta, talvolta la voluminosa cicatrice presente può essere fonte di dolore per lungo tempo.

Nell'ambito Fisioterapico, per aumentare la rigenerazione dei tessuti ed abbreviare (anche se di pochi giorni) i tempi di recupero, ci si può avvalere degli strumenti elettromedicali, le così dette terapie fisiche come ad esempio Laser terapia e Diatermia capacitiva resistiva (Tecarterapia).

È mia cura invitare i miei atleti a rivolgersi a figure specializzate del settore (quali fisioterapisti) per poi seguirli personalmente nel recupero funzionale post-traumatico.

1.2 - TRAUMI DISTORSIVI

I traumi distorsivi vengono classificati in base alla loro gravità:

1° GRADO

In cui le strutture capsulo-legamentose non subiscono danni ma solo una eccessiva distensione;

2° GRADO

In cui le strutture anatomiche capsulo-legamentose presentano lesioni parziali;

3° GRADO

In cui sono evidenziabili rotture complete delle strutture capsulo-legamentose, spesso con instabilità articolare di grado elevato.

Di seguito analizziamo i traumi distorsivi più frequenti delle articolazioni dello sportivo, ovvero il ginocchio e la caviglia.

TRAUMI DISTORSIVI DEL GINOCCHIO

Il ginocchio è l'articolazione più soggetta a traumi nella pratica di quegli sport in cui l'atleta deve eseguire con gli arti inferiori gesti tecnici ad elevata velocità (spostamenti laterali ed antero-posteriori) con arresti bruschi del movimento o quando l'atleta effettua salti ripetuti.

Dopo un trauma distorsivo è importante la ricostruzione dell'accaduto con l'atleta, per intervenire nel modo più corretto:

le modalità con cui è avvenuto l'incidente, la percezione da parte dell'atleta di rumori tipo "crack" all'interno dell'articolazione e la sensazione di instabilità articolare sono segni di una probabile distorsione grave.

Generalmente una distorsione grave non consente la prosecuzione della prestazione sportiva e spesso impedisce la deambulazione o il semplice carico sull'articolazione stessa: di conseguenza essere in grado di proseguire l'attività sportiva è quasi sempre segno di un trauma distorsivo di grado lieve.

TRAUMA DISTORSIVO DELLA CAVIGLIA

È determinato da un trauma indiretto che sollecita l'articolazione tibio-tarsica, provocando il momentaneo allontanamento dei capi articolari con distorsione dell'apparato capsulo-legamentoso.

Il meccanismo più frequente è quello in varismo, supinazione ed adduzione del piede e le strutture più colpite sono quelle capsulo-legamentose esterne.

Anche in questa articolazione si possono distinguere tre livelli di gravità:

1° grado - il trauma produce solo una distensione o una piccola lacerazione capsulo-legamentosa; l'atleta avverte modesto dolore e può continuare la prestazione sportiva.

La terapia si basa su una settimana di riposo, applicazione di ghiaccio e bendaggio contenitivo.

2° grado - il trauma causa estesa lacerazione capsulo-legamentosa, l'atleta avverte subito vivo dolore, ben localizzato, zoppia, e non può continuare la prestazione sportiva. Compare edema immediato che può essere limitato con applicazione di ghiaccio,; in seguito compare anche ecchimosi più o meno vasta.

3° grado - il trauma produce gravi lesioni capsulo-legamentose, talvolta associate a lesioni ossee. Il carico sul piede è impossibile, il dolore è diffuso ed immediato, edema ed ecchimosi precoci e molto diffusi.

Nel recupero funzionale dei traumi distorsivi in generale, assume molta importanza cercare di ripristinare la funzionalità dell'articolazione: è quindi necessario eseguire esercizi di mobilità articolare passivi ed attivi, rinforzo e tonificazione delle strutture muscolari di sostegno, ginnastica propriocettiva necessaria per recuperare la sensibilità articolare, e tecniche osteopatiche fasciali ed

energetiche muscolari (TEM) per il recupero dal ROM articolare e l'elasticità legamentosa e dell'articolazione in generale.

1.3 - LE FRATTURE

La frattura è l'interruzione parziale o totale della continuità di un osso. Può trattarsi di una semplice fessura ossea senza spostamento, fino ad una frattura molto comminuta (frattura a numerosi frammenti). Una frattura può essere aperta o chiusa. Allorché la pelle sia aperta, il focolaio di frattura comunica con l'esterno, deve essere quindi prevenuta una possibile sovra infezione. Una frattura aperta è anzitutto molto più grave rispetto alla stessa frattura chiusa e le indicazioni terapeutiche sono differenti. Finché la pelle è intatta non c'è alcun rischio di complicanza infettiva della frattura. Allorché la pelle sia aperta c'è un rischio molto più alto infezione che può ritardare o impedire il consolidamento.

Le fratture traumatiche possono essere causate da un trauma diretto, cioè un urto esterno violento diretto come ad esempio una caduta al suolo, o un impatto violento durante un incidente stradale.

Oppure da trauma indiretto, il quale può verificarsi in torsione, in trazione, in varo o valgo, in compressione, come ad esempio la frattura del ginocchio dello sciatore (torsione) oppure la frattura delle vertebre per sovraccarico (compressione).

Infine voglio evidenziare la frattura da stress, questo tipo di trauma viene prodotto in seguito ad una moltitudine di sforzi a carico di un osso. Si verificano spesso negli sportivi in seguito ad un sovrallenamento (es. fratture delle danzatrici e dei corridori). Queste fratture sono spesso parziali e difficili da individuare anche con la radiografia.

CAPITOLO 2 - PREVENZIONE DEI TRAUMI

Gli atleti agonisti devono necessariamente effettuare allenamenti specifici, con determinati carichi di lavoro, ed eseguire ripetutamente i movimenti dello sport praticato, potenzialmente lesivi per le strutture anatomiche;

pertanto l'unico modo per diminuire il rischio di patologia è curare con la massima attenzione le fasi di preparazione iniziale all'allenamento ed alla gara, effettuando esercizi di mobilità e di allungamento (stretching) e curando il riscaldamento muscolare sia generale che specifico.

È altresì importante un'adeguata preparazione di base, la corretta somministrazione dei carichi di lavoro ed un tempo di recupero idoneo al ripristino delle condizioni basali: un recupero insufficiente, infatti, può favorire l'insorgenza delle patologie da sovraccarico funzionale e la fatica, alterando le capacità coordinative e la sensibilità propriocettiva, rendendo più elevato il rischio di traumi acuti.

Per prevenire l'insorgenza di patologie infiammatorie, specie se l'atleta ha già sofferto di questo tipo di affezioni, è opportuno eseguire dopo allenamenti e gare l'applicazione di ghiaccio sulle strutture anatomiche maggiormente a rischio (ginocchio, tendine d'Achille, spalla) e curare in modo particolare lo stretching dei gruppi muscolari agonisti ed antagonisti.

Per quanto riguarda la colonna vertebrale è fondamentale mantenere la mobilità e l'elasticità del rachide per favorire la sua funzionalità, non dimenticando di eseguire un lavoro specifico di tonificazione della muscolatura stabilizzatrice della colonna (mm addominali, mm lombo-sacrali..ecc..).

Cicli di sedute osteopatiche sono molto utili per mantenere l'equilibrio delle strutture anatomiche e viscerosomatiche, generalmente eseguo

trattamenti ai miei atleti ogni 10-15 giorni o minimo 1 volta al mese, in base all'età ed all'entità del carico di lavoro dell'atleta.

Il pattinaggio su ghiaccio non è uno sport di squadra, di conseguenza pur essendoci allenamenti di gruppo, ogni atleta ha la propria scheda di preparazione atletica in base ai risultati che deve ottenere ed alle gare che deve affrontare; di conseguenza, accordandomi con l'allenatore ed il preparatore atletico, ognuno di loro esegue un ciclo di sedute scadenzato ad hoc.

Ricapitoliamo le adeguate misure preventive da rispettare al fine di evitare, o almeno rendere meno probabili, le patologie muscolo-tendinee ed articolari di maggiore incidenza:

1. Adeguato riscaldamento prima dello sforzo specifico (allenamenti e gare);
2. Stretching prima e dopo lo sforzo fisico;
3. Rispetto dei tempi di recupero;
4. Correzione degli errori posturali ed esecuzione dei gesti specifici;
5. Adattamento degli attrezzi eventualmente utilizzati;
6. Potenziamento sia della muscolatura agonista che di quella antagonista dei distretti interessati allo sforzo;
7. Cicli di trattamenti osteopatici e massoterapici al fine di mantenere equilibrio delle strutture anatomiche e viscerosomatiche.

CAPITOLO 3 - INFORTUNIO DA SOVRACCARICO

La ripetizione di gesti sportivi, o comunque di movimenti specifici, per tempi lunghi e ad intensità elevata, può determinare un'azione meccanico-traumatica sulle strutture interessate; ciò può venire facilitato da difetti di assialità articolare o da postumi di un trauma acuto: questa situazione si definisce di "sovraccarico funzionale"

3.1 INFORTUNI PIU' FREQUENTI NEL PATTINAGGIO ARTISTICO

Ginocchio del saltatore:

si tratta di una gonalgia altamente invalidante per l'atleta, che interessa l'apparato estensore del ginocchio, e cioè la rotula ed il tendine rotuleo.

Possono essere colpite dalla flogosi il tendine rotuleo e/o le sue inserzioni distali e prossimali. L'affezione è frequente in tutti gli sport in cui sia presente il salto, gesto che causa una notevole sollecitazione dell'apparato estensore del ginocchio.

La lesione si evidenzia attraverso una sintomatologia dolorosa del ginocchio che insorge quando gli arti inferiori sono atteggiati in estensione incompleta. Tipica è la sintomatologia che compare dopo che il soggetto è rimasto a lungo seduto con il ginocchio flesso: in questa posizione insorge un'algia che obbliga il soggetto ad alzarsi e camminare o estendere il ginocchio, per ottenere la scomparsa.

L'unica possibilità di prevenzione consiste nel curare la perfetta efficienza dell'apparato muscolo-scheletrico e correggere eventuali anomalie di appoggio (piede piatto o cavo, ginocchio valgo o varo).

Tendinopatia dell'achilleo:

il tendine d'Achille è sede di sindromi dolorose che possono andare da una sofferenza occasionale e transitoria, fino ad un dolore continuo che può insorgere improvvisamente o gradualmente nel corso dell'attività sportiva; quasi tutti gli atleti possono esserne colpiti. Il dolore insorge solitamente dopo un periodo di allenamenti effettuati su terreni duri oppure se l'atleta ha svolto l'allenamento variando spesso il tipo di terreno. Durante tali allenamenti un cambiamento di ritmo può essere la causa ultima che determina la comparsa del dolore, in genere unilaterale, localizzato sulla porzione media del tendine o sulla sua inserzione calcaneare.

Sindrome retto pubo adduttoria:

detta comunemente *Pubalgia*, è intesa come sindrome dolorosa in sede inguinale e/o pubica e/o sulla faccia interna delle cosce. La sua eziologia è vastissima, attualmente la si classifica in 3 categorie diverse:

tendinopatia inserzionale di natura infiammatoria, è causata da microtraumi ripetuti a carico dei muscoli adduttori della coscia e dei muscoli addominali. Il punto critico di queste inserzioni muscolari è la sinfisi pubica che rappresenta la zona in cui le forze ascendenti e discendenti dei muscoli coinvolti si scaricano;

sindrome sifisaria, causata da microtraumi indotti dai muscoli adduttori che agendo in allungamento e in modo non bilanciato fra i due arti creano una sorta di cedimento a livello della sinfisi. Questa situazione porta ad uno squilibrio della stabilità e dell'equilibrio del bacino;

sindrome della guaina del retto addominale o del nervo perforante del nervo del calciatore, la pubalgia è causata dal gesto del calciatore durante il quale si ha una forte tensione a livello della muscolatura addominale. Questa tensione a volte crea una fissurazione della fascia

superiore con conseguente stiramento e compressione a carico del nervo perforante che da vita poi alla sindrome algica.

La pubalgia nel pattinaggio ha una peculiarità: si manifesta sempre sull'arto inferiore sinistro. La lateralità si inverte solo su pattinatori mancini che invertono il loro senso di rotazione.

Questa caratteristica così singolare porta a determinate riflessioni:

- perché l'arto inferiore meno coinvolto dal punto di vista meccanico sia in fase di spinta che in quella di atterraggio si ritrova ad essere quello soggetto a dolore?

- La velocità di rotazione durante la fase di volo è determinata dalla rapidità di raccolta dell'arto inferiore sinistro davanti al destro immediatamente dopo il distacco di quest'ultimo dal ghiaccio.

Da queste riflessioni si ipotizza che la causa del dolore fosse uno scorretto equilibrio dell'arto inferiore sia a livello tonico-muscolare che fisico-dinamico. Infatti da alcuni studi eseguiti risulta una situazione di difficile interpretazione: un netto piattismo del piede sinistro (89%) e rotazione posteriore del muscolo iliaco omolaterale (54%), quando il piede avrebbe dovuto rispondere in modo neurologicamente corretto cavizzandosi, per adattare la gamba corta ipsi laterale.

Infiammazione del Periostio e dei muscoli Peronieri

Le lesioni infiammatorie ai tendini peroneali e della loro guaina protettiva sono comuni negli atleti, che per compenso, sovraccaricano questa muscolatura. Quindi i tendini dei peronieri compiono un eccessivo lavoro per fornire stabilità. Rispetto alla tendinite del peroniero lungo, la tendinite del peroniero breve è più influenzata dalla resistenza all'eversione del calcagno e alla flessione plantare della caviglia.

3.2 DISTRETTI MUSCOLARI MAGGIORMENTE COINVOLTI



Come nella maggior parte degli sport, durante la prestazione viene utilizzato tutto il corpo per eseguire i movimenti corretti, così nel pattinaggio il lavoro dell'atleta non viene concentrato esclusivamente su un gruppo muscolare ma viene distribuito su tutta la catena muscolare.

In particolare intervengono alcuni settori specifici e, durante il movimento, si classificano in muscoli propulsivi e di potenza e muscoli stabilizzatori e di equilibrio.

Gli arti inferiori vengono utilizzati maggiormente, perché sono il motore di movimento del pattinatore che deve affrontare salti, trottole e tutti i componenti riguardanti il balletto e la coreografia, quindi tutti i muscoli di riferimento dell'arto inferiore si possono definire (in questo sport) muscoli di potenza e propulsione.

Per quanto riguarda il settore della middleline o core, quindi tutta la zona addominale, lombare e diaframmatica, esegue il suo lavoro più importante sulla stabilità del corpo nelle varie fasi della prestazione sportiva.

La parte superiore del corpo, quindi zona dorsale, spalle e braccia, aiutano la stabilizzazione ma soprattutto l'equilibrio posturale dell'atleta, il quale deve eseguire una serie di movimenti su un terreno instabile e scivoloso.

Di seguito andremo ad analizzare l'anatomia funzionale dell'arto inferiore, nel quale troviamo i muscoli maggiormente sollecitati e sottoposti spesso ad una incidenza maggiore di traumi e lesioni.

Anatomia e Biomeccanica

Il *bacino* o *pelvi* è la struttura ossea situata all'estremità caudale della colonna vertebrale ed è lo snodo tra tronco e arti inferiori. È formata da quattro ossa: le due ossa iliache (o ossa dell'anca), riunite ventralmente mediante la sinfisi pubica e separate dorsalmente per l'interposizione del sacro, col quale si articolano, e il coccige.

L'osso iliaco, noto anche come osso dell'anca o osso coxale è un osso pari e simmetrico che costituisce lo scheletro del bacino insieme al sacro e al coccige.

L'osso iliaco risulta composto nell'infanzia da tre ossa distinte, l'ilio, il pube e l'ischio. La completa ossificazione endondrale delle cartilagini articolari dell'acetabolo ed ischio-pubica forma l'osso dell'anca adulto.

Il sacro è un grande osso a forma triangolare concavo anteriormente, il suo apice è inferiore e la base rivolta in alto; è formato dalla fusione delle cinque vertebre sacrali. Si inserisce fra le due ossa innominate ricoprendo la superficie posterosuperiore della cavità pelvica.

La superficie superiore del sacro, base sacrale si articola con la quinta vertebra lombare creando, con il disco intervertebrale di L5, l'articolazione lombosacrale o cerniera lombosacrale .

Il coccige è l'ultimo segmento della colonna vertebrale ed è formato da 4-6 segmenti fusi tra di loro, che però non presentano le normali caratteristiche delle vertebre. Nell'insieme ha una forma triangolare con una base superiore, un vertice inferiore, una faccia anteriore, una posteriore e due facce laterali. La base si articola con l'apice del sacro formando l'articolazione sacro-coccigea.

Le articolazioni di questo complesso sono: sacroiliaca, sacro-coccigea e la sinfisi pubica.

L'articolazione sacro-iliaca si instaura tra la faccetta articolare sacrale dell'osso iliaco e la faccetta articolare dell'osso sacro.

Questa articolazione è rinforzata da legamenti intrinseci e estrinseci. I primi sono legamento sacroiliaco anteriore, legamento sacroiliaco posteriore e legamento sacroiliaco interosseo.

Quelli estrinseci sono: legamento ileo lombare, legamento sacro spinoso, legamento sacro tuberoso.

L'articolazione della sinfisi pubica e tra le due ossa pubiche.

Le superfici articolari che contribuiscono alla costituzione della sinfisi pubica sono le due facce mediali delle ossa pubiche. Tra le due superfici articolari è presente un disco di fibro-cartilagine. I legamenti di questa articolazione sono: legamento pubico anteriore, legamento pubico superiore e legamento arcuato.

La pelvi oltre ad essere stabilizzata da questi grossi e forti legamenti è anche soggetta all'azione di numerosi muscoli.

Tra cui ricordiamo: retto addominale, piramidale, retto del quadricipite, ileopsoas, grande adduttore e grande gluteo.

RETTO ADDOMINALE

ORIGINE

Cresta pubica, sinfisi pubica

INSERZIONE

Cartilagine 5-6-7 costa

AZIONE

Flette la colonna vertebrale

INNERVAZIONE

Nervi intercostali

ILEO-PSOAS

ORIGINE

Corpi e dischi intervertebrali di T12-L4, processi costiformi di L1-L4 e labbro interno della cresta iliaca; spina iliaca anteriore, 2/3 superiori

della fossa iliaca, legamento ileo lombare, ala del sacro;

INSERZIONE

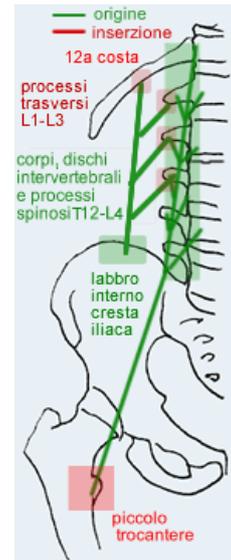
Piccolo trocantere del femore

AZIONE

Flette e ruota esternamente la coscia; flette e inclina lateralmente il tronco;

INNERVAZIONE

Nervo femorale e rami del plesso lombare (L1-L4)



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. Favorisce dunque l'antiversione del bacino, e un suo ipertono può causare fastidiose lumbalgie.

MEDIO GLUTEO

ORIGINE

Tra le linee glutee anteriore e posteriore dell'anca, labbro esterno della cresta iliaca, spina iliaca anteriore superiore

INSERZIONE

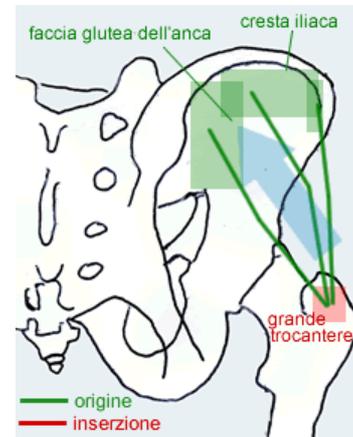
Faccia esterna del grande trocantere

AZIONE

Abduce la coscia. Le fibre anteriori flettono e ruotano internamente la coscia; le fibre posteriori estendono ed extraruotano la coscia.

INNERVAZIONE

Nervo gluteo superiore (L4,L5,S1).



Mantiene l'equilibrio trasversale del bacino in caso di appoggio unilaterale ed ha quindi un ruolo importante nella deambulazione.

GRANDE GLUTEO

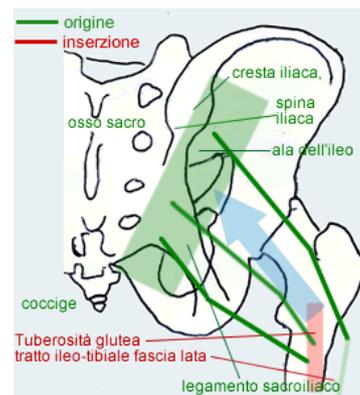
ORIGINE

Parte superficiale: dal Labbro esterno della cresta iliaca, dalla spina iliaca posteriore superiore, dalla fascia toracolombare (o lombodorsale), dalla faccia posteriore dell'osso sacro e dal coccige.

Parte profonda: dall'ala dell'ileo, dietro la linea glutea posteriore, dal legamento sacrotuberoso (o sacroiliaco) e dalla fascia del muscolo medio gluteo.

INSERZIONE

Tuberosità glutea (parte prossimale) e tratto ileo-tibiale fascia lata (parte distale).



AZIONE

Estende, adduce e ruota esternamente la coscia.

Con i suoi fasci superiori abduce.

INNERVAZIONE

Nervo gluteo inferiore del plesso sacrale (L5, S2)

Il grande gluteo è il muscolo più potente del corpo (34Kgm per un accorciamento di 15 cm), il più grosso e naturalmente il più forte (238 Kg/n). E' costituito prevalentemente (50%) da fibre di tipo I (a contrazione lenta), per il 20 % da fibre di tipo IIa (a velocità di contrazione intermedia) e per il 30% da fibre di tipo IIb (a contrazione veloce).

PIRIFORME

ORIGINE

Faccia anteriore dell'osso sacro e margine della grande incisura ischiatica

INSERZIONE

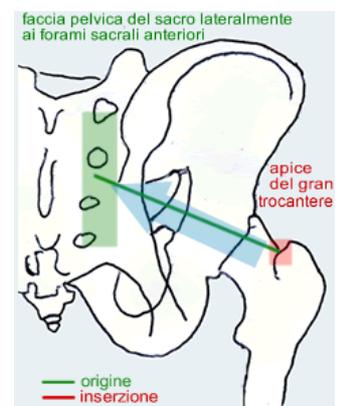
Parte interna dell'apice del grande trocantere

AZIONE

Abduce e ruota esternamente la coscia (femore),
partecipa alla retroversione del bacino

INNERVAZIONE

Plesso sacrale (L5-S2)



il piriforme prende sempre e comunque contatto con il nervo sciatico, il nervo più grande del corpo umano che innerva i principali muscoli della coscia, dell'anca e del ginocchio.

Un'ipertrofia del muscolo piriforme e/o una sua infiammazione dovuta a sovraccarichi ripetuti o improvvisi causa in molti casi una compressione del nervo sciatico. Questa compressione causa la

comparsa della cosiddetta sindrome del piriforme, che può scatenare forti dolori e parestesie (formicolii) alla regione glutea, alla coscia e alla gamba. In questi casi è possibile trarre sollievo da esercizi di allungamento muscolare che prevedano la flessione, l'adduzione e la contemporanea rotazione interna dell'anca.

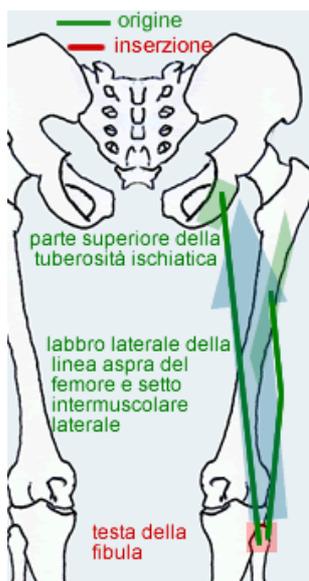
BICIPITE FEMORALE

ORIGINE

Capo lungo: parte superiore della tuberosità ischiatica

Capo breve: labbro laterale della linea aspra del femore e dal setto intermuscolare laterale

INSERZIONE



Con un tendine comune sul processo stiloideo della testa della fibula, sul condilo laterale della tibia e sulle parti contigue della faccia della gamba

AZIONE

Flette e ruota esternamente la gamba, estende la coscia

INNERVAZIONE

Nervo tibiale (capo lungo) e nervo peroniero comune (capo breve) (L4-S1)

E' l'unico rotatore esterno dell'articolazione del ginocchio ed è antagonista di tutti i rotatori interni. Come tutti gli altri flessori della gamba contrasta l'elevazione dell'arto inferiore a gamba tesa e la flessione del busto in avanti (sempre a gamba tesa).

GRANDE ADDUTTORE

ORIGINE

Faccia anteriore della branca ischiopubica e dal ramo dell'ischio fino alla tuberosità ischiatica

INSERZIONE

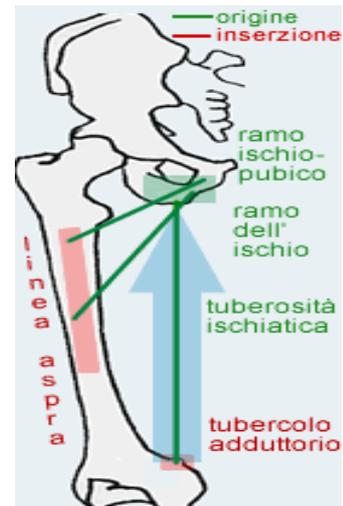
Labbro mediale della linea aspra fino all'altezza del tubercolo del grande adduttore dell'epicondilo mediale

AZIONE

Adduce e ruota all'interno la coscia

INNERVAZIONE

Nervo otturatore e nervo tibiale dell'ischiatico L2-S1.



SARTORIO

ORIGINE

Spina iliaca anteriore superiore

INSERZIONE

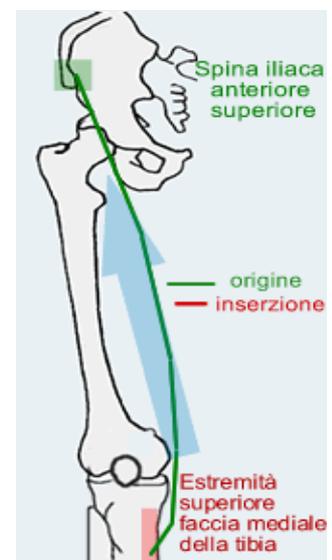
Estremità superiore della faccia mediale della tibia

AZIONE

Flette la gamba e la coscia; abduce e ruota esternamente la coscia; ruota internamente la gamba (a ginocchio flesso)

INNERVAZIONE

NERVO FEMORALE (L1-L3)



Questo muscolo partecipa in modo decisivo all'accavallamento degli arti inferiori ed il nome sartorio deriva proprio dalla sua capacità di far raggiungere la posizione seduta "a gambe accavallate" tipica dei sarti.

Il sartorio, il muscolo più lungo del corpo umano.

TENSORE DELLA FASCIA ALATA (TFL)

ORIGINE

Estremità anteriore della cresta iliaca, spina iliaca anteriore superiore, faccia superficiale del muscolo medio gluteo, fascia glutea profonda

INSERZIONE

Al condilo laterale della tibia con un tendine che nel tragitto si fonde con la fascia femorale formando il tratto ileotibiale

AZIONE

Tende la fascia lata; flette, abduce e ruota internamente la coscia; estende (debolmente) la gamba sulla coscia

INNERVAZIONE

Nervo gluteo superiore del plesso sacrale (L4, L5, S1)



Con la sua azione tende la fascia lata e abduce la coscia. Essendo un muscolo biarticolare ha anche una debole azione estensoria della gamba sulla coscia. Contribuisce a mantenere il valgismo fisiologico del ginocchio e una sua lesione o debolezza può comportare la comparsa di varismo.

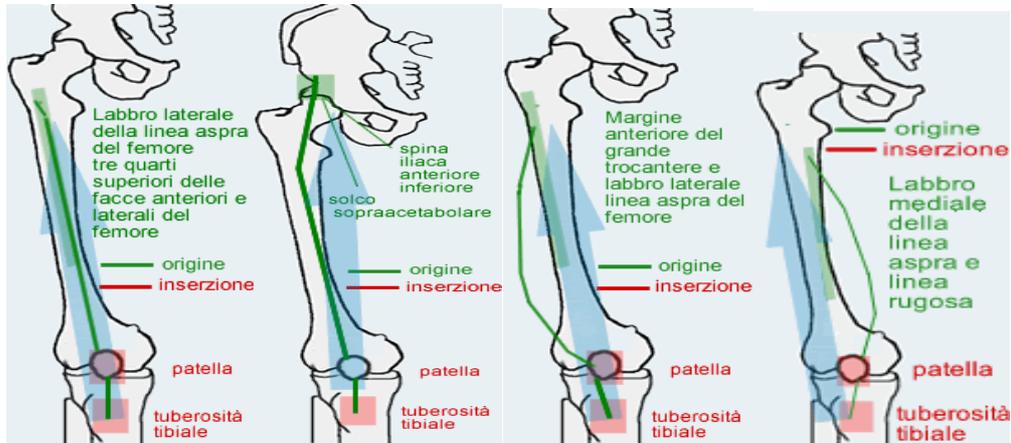
QUADRICIPITE FEMORALE

E' il muscolo più voluminoso della regione anteriore e, come il suo nome può far dedurre, è composto da quattro capi:

- tre di questi muscoli sono *monoarticolari*: vasto mediale (o interno), vasto laterale (o esterno) e vasto intermedio;
- un solo muscolo è *biarticolare*: retto femorale (o anteriore).

Con le sue fibre forma una specie di manicotto attorno alla diafisi del femore. I quattro capi convergono in basso e a livello del ginocchio si

raccogliono in un tendine apparentemente comune, ma formato dalla sovrapposizione di tre lamine.



ORIGINE

Retto Femorale

Spina iliaca antero-inferiore e doccia sopra l'acetabolo

Vasto Mediale

Linea intertrocanterica, linea aspra, linea sopracondiloidea mediale, tendini adduttori lungo e grande

Vasto Laterale

Linea intertrocanterica, grande trocantere, tuberosità glutea e linea aspra

Vasto Intermedio

Faccia anteriore e laterale del femore, superiormente alla linea aspra

INSERZIONE

Rotula e mediante il legamento rotuleo alla tuberosità tibiale

AZIONE

Retto Femorale:

Estensione ginocchio e flessione anca

Vasto mediale, laterale, intermedio:

Ext ginocchio

INNERVAZIONE

Femorale L2-L3-L4

TRICIPITE DELLA SURA

ORIGINE

Gemello laterale:

epicondilo laterale del femore, piano popliteo e porzione posteriore della capsula articolare del ginocchio

Gemello mediale:

epicondilo mediale del femore, piano popliteo e porzione corrispondente della capsula articolare del ginocchio

Soleo:

Superficie posteriore del terzo prossimale del perone, linea del soleo, terzo medio del margine mediale della tibia

INSERZIONE

Nel tendine calcaneare (o d'Achille) sul terzo medio della faccia posteriore del calcagno

AZIONE

Soleo:

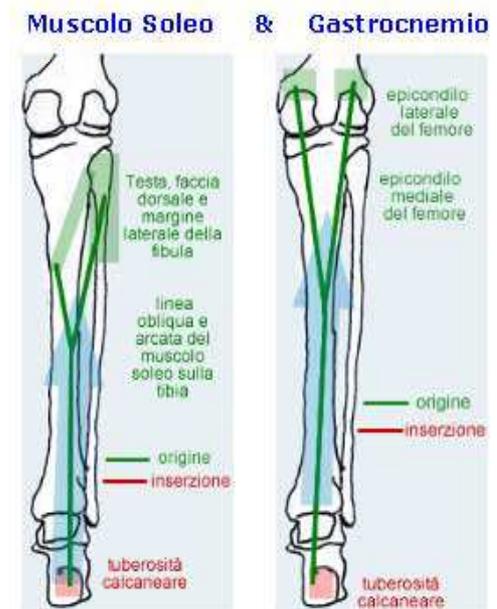
Flessione plantare caviglia

Gemelli:

Estende il piede (lo flette plantarmente) e lo ruota internamente, contribuisce alla flessione della gamba

INNERVAZIONE

NERVO TIBIALE (L4-S1-S2)



Questi muscoli convergono in un unico tendine, detto calcaneare o d'Achille, che si inserisce nel terzo medio della faccia posteriore del calcagno. Nel corpo umano, rappresenta uno dei pochi esempi di leva del secondo grado (vantaggiosa), ed è per questo in grado di sviluppare forze particolarmente elevate.

PERONEI

<u>MUSCOLO</u>	<u>ORIGINE</u>	<u>INSERZIONE</u>	<u>AZIONE</u>	<u>INNERVAZIONE</u>
Peroneo lungo	Condilo laterale della tibia e superficie laterale del perone, prossimalmente	Base del 1° metatarsale, lateralmente, e cuneiforme mediale	Prona il piede e flette plantarmente la caviglia	Peroneo superficiale L4-L5-S1
Peroneo breve	Superficie laterale del perone distalmente, setti intermuscolari e fascia profonda	Base del 5° metatarsale, lateralmente		
Peroneo anteriore	Faccia anteriore del perone, distalmente alla membrana interossea	Base del 5° metatarsale, dorsalmente	Prona ed estende il piede (flessione dorsale)	Peroneo profondo L4-L5-S1

In caso di Deficit dei muscoli peronei, diminuisce la capacità di flettere e pronare il piede, difficoltà nell'alzarsi in punta di piedi, tendenze al varismo e diminuita stabilità laterale dell'articolazione tibiotarsica.

CAPITOLO 4 – OSTEOPATIA

4.1 CENNI STORICI

La medicina osteopatica fu fondata negli Stati Uniti dal dottor Andrew Taylor Still (1828-1917) nello stato della Virginia.

La “data di nascita” dell’osteopatia è il 22 giugno del 1874, quando Still dichiara di sventolare la bandiera dell’osteopatia e ne enuncia i principi proclamando: “La regola dell’arteria è assoluta, universale; essa non deve essere ostruita, altrimenti sorge la malattia”.



Decide di chiamare **Osteopatia** questo suo metodo terapeutico. Spiega lui stesso il perché:

“Ho ragionato così: le ossa sono il punto di partenza che ritengo sia la causa delle condizioni patologiche. Ho combinato ostèon (osso) con pathos (sofferenza) ed ho ottenuto come risultato osteopatia.”

Il Dottor Still visse il periodo della guerra civile americana alla quale partecipò come medico nell’esercito degli Stati Uniti, guerra che lo segnò molto per le numerose morti e per la successiva perdita di moglie e diversi bambini colpiti da malattie infettive. Questo lo allontanò profondamente dalla medicina tradizionale (che sembrava non sapesse affrontare le malattie con efficacia), soprattutto sull’uso dei farmaci e della chirurgia considerandoli necessari solo nei casi di urgenza. Egli sosteneva che tutto ciò che era necessario per sostenere la vita fosse già presente all’interno del corpo umano, per cui cercò di trovare vie non medicinali e non-chirurgiche per migliorare la capacità innata del corpo di guarire se stesso. Focalizzò

l'attenzione sulla rimozione meccanica di ostacoli alla libera circolazione dei fluidi e gli elementi portati all'interno di tali fluidi.

Questo libero flusso era la chiave per i processi di autoregolazione e autoguarigione del corpo. L'applicazione di questa filosofia e metodologia poteva avere successo nel trattamento di problemi muscolo-scheletrici, come pure per le malattie più importanti della sua epoca, come la tubercolosi, polmonite, dissenteria e tifo.

Anche se il suo lavoro è stato trasmesso attraverso la scrittura, che fu principalmente filosofica in natura, ha sviluppato principalmente due tipi di tecniche:

una incentrata sul "ripristinamento" delle ossa in rapporto tra loro;

l'altra ripristinando il "posto" degli organi in relazione ai principali vasi e centri neurali delle cavità del corpo.

Questi due sistemi sono ora conosciuti come

regolazioni osteo-articolari e la **normalizzazione viscerale**.

Aprì la prima scuola di osteopatia nel Missouri nel 1892 cui ne susseguirono molte altre. Da allora molti dei suoi studenti originali hanno migliorato la professione attraverso l'introduzione di altri sistemi manuali di tecniche come la terapia cranio-sacrale e il rilascio fasciale.

Il "Vecchio Dottore", come lo chiamano affettuosamente i suoi allievi, muore il 12 dicembre 1917, all'età di 89 anni.

La tradizione riferisce che le sue ultime parole siano state: *"Mantenetela pura, ragazzi. Mantenetela pura"*.

Non sappiamo se sia vero, ma il suo amore verso la sua creatura ci porta a credere che lo abbia almeno pensato.

Dal 1930 la professione osteopatica americana adottò un modello medico di formazione osteopatica che incorporava tutte le pratiche diagnostiche e terapeutiche convenzionali della medicina

farmacologica, chirurgica e ostetrica, ragion per cui tutti i laureati all'Università di Osteopatia negli Stati Uniti sono medici con licenza e sono riconosciuti a livello internazionale come medici osteopatici.

4.2 I PRINCIPI DELL'OSTEOPATIA

Unità del corpo:

Come metodologia olistica (dal greco olos=tutto) l'osteopatia considera l'individuo nella sua globalità: ogni parte costituente la persona (psiche inclusa) è dipendente dalle altre e il corretto funzionamento di ognuna assicura quello dell'intera struttura, dunque, l'equilibrio psicofisico e il benessere.

Relazione tra struttura e funzione:

Un corretto equilibrio tra struttura e funzione regala al nostro corpo una sensazione di benessere. Qualora tale equilibrio venga alterato (a causa di un trauma per esempio) si parla di disfunzione osteopatica, ossia di una restrizione di mobilità e perdita di movimento in una parte del nostro corpo (ossa, muscoli, organi, etc..).

Autoguarigione

In osteopatia non è il terapeuta che guarisce, ma il suo ruolo è quello di favorire la capacità innata del corpo ad auto curarsi.

4.2 TECNICHE OSTEOPATICHE

Il trattamento osteopatico può avvalersi di numerosi metodi e tecniche di trattamento. Gli osteopati le utilizzano indifferentemente in funzione delle necessità terapeutiche.

Una classificazione possibile è quella che fa riferimento a queste **tre grandi famiglie:**

Tecniche strutturali

Le tecniche strutturali sono definite tali poiché ristabiliscono la mobilità della struttura ossea. La specificità e la rapidità delle manipolazioni consente il recupero della mobilità articolare. Hanno una forte influenza neurologica, oltre che puramente meccanica, in quanto favoriscono l'emissione di corretti impulsi dalle e alle terminazioni della parte trattata.

Tecniche cranio-sacrali

Le tecniche craniali agiscono sul movimento di congruenza fra le ossa del cranio e il sacro, ristabilendone il normale "meccanismo respiratorio primario", ossia quella combinazione di parti ossee, legamentose, muscolari, e fasciali che consentono il riequilibrio e l'armonia delle funzioni cranio-sacrali. Con queste tecniche si agisce in particolare sulla vitalità dell'organismo, qualità fondamentale che permette agli esseri viventi di reagire con efficacia agli eventi di disturbo provenienti dall'ambiente esterno e da quello interno.

Le tecniche viscerali

I visceri si muovono in modo specifico sotto l'influenza della pressione diaframmatica. Questa dinamica viscerale può essere modificata (restrizione di mobilità) o scomparire. Applicando una tecnica specifica, l'osteopatia permette all'organo di trovare la sua fisiologia naturale ed i disordini legati alla restrizione di mobilità saranno così corretti. Inoltre esiste da un punto di vista anatomico e funzionale una relazione tra i visceri e la struttura muscolo-scheletrica; una cattiva funzione della struttura (colonna vertebrale), può influenzare uno o più visceri e viceversa. Si possono trovare, in persone che soffrono di mal di schiena, problemi di mobilità del fegato, del colon, del rene o dell'utero. Il trattamento osteopatico mira, attraverso l'addome ed il diaframma, a ristabilire una buona mobilità viscerale.

CAPITOLO 5 - CASO CLINICO

5.1 - VALUTAZIONE INIZIALE

Durante la prima seduta tutti i casi clinici sono stati sottoposti ad una valutazione osteopatica iniziale per comprendere meglio la causa del loro dolore ed evitare di trattare semplicemente il sintomo.

Prima di tutto per comprendere l'origine del problema che affligge il paziente è necessario eseguire un'indagine minuziosa tramite un'accurata anamnesi. L'osteopata tramite una serie di domande accurate raccoglierà le informazioni necessarie per formulare un'ipotesi sulla possibile causa del problema, tale ipotesi sarà ulteriormente indagata attraverso la valutazione dei riferimenti medico-diagnostici in possesso del paziente.

Terminata l'anamnesi si passa all'esame obiettivo osteopatico: il paziente verrà dapprima valutato in ortostatismo per valutare la postura in statica focalizzando l'attenzione sulle forme, le curve fisiologiche del rachide, l'appoggio plantare, l'atteggiamento del cranio e l'allineamento dei principali punti di riferimento.

In seguito si passerà all'esame obiettivo dinamico con l'esecuzione di una serie di test di mobilità passiva e attiva guidati dall'osteopata, che permetteranno di valutare dinamicamente il comportamento del rachide e delle strutture annesse. A questo punto il paziente viene fatto sdraiare sul lettino al fine di consentire all'osteopata di effettuare la parte più fine e specifica della propria valutazione: la palpazione osteopatica.

5.2 - TEST OSTEOPATICI E VALUTAZIONE

La valutazione osteopatica è lo step principale da eseguire per il giusto inquadramento a livello globale del soggetto; infatti l'obiettivo della valutazione non è soltanto vedere come reagisce il corpo al movimento che si chiede di eseguire al soggetto, benché anche a sentire a livello tattile come il tessuto che si trova al di sotto delle mani o delle dita si muove e/o scorre più da un lato che dall'altro; La valutazione, la quale si avvale di test osteopatici specifici a seconda del distretto da valutare, è fondamentale al fine di collocare la disfunzione nel suo eventuale ruolo di primarietà o secondarietà, vale a dire, se la disfunzione oggetto di studio è la causa del problema o essa è un compenso che il corpo mette in atto per ritrovare l'equilibrio.

Di seguito i test utilizzati generalmente sui pattinatori:

TFE Test flessori da posizione eretta

(disf. Ileosacrali o Ascendenti)

Il PZ si piega in avanti con il busto iniziando la flessione del rachide a livello cervicale, dorsale, lombare fino a toccare le punte dei piedi con le mani senza toccare le ginocchia.

L'OS pone i pollici sotto le SIPS e ne confronta le altezze.

TFS Test flessori da seduto

(disf. Sacroiliache o Discendenti)

Il PZ seduto, si piega in avanti verso il pavimento, iniziando la flessione del rachide a livello cervicale, dorsale, lombare.

L'OS esamina il movimento delle SIPS ed annota il lato di maggior movimento del sacro sull'ileo, che farà sollevare cranialmente la SIPS sul omolaterale.

DONDOLAMENTO INNOMINATI

(restrizione SI)

PZ supino, OS a lato del lettino, mettendo le mani sulle SIAS, si spingono monolateralmente in senso perpendicolare al lettino e si valuta la spinta ed il ritorno in relazione al movimento.

MALLEOLI MEDIALI

(discrepanza lunghezza arti inferiori)

PZ supino si va a valutare la lunghezza degli arti

Valutazione anche con PZ prono, se c'è differenza si ipotizza problematica da ricercare nella zona pubica.

SPRING TEST

(risposta elastica del sacro)

PZ prono si mettono le eminenze ipotenar nel margine del sacro e si attuano delle compressioni; si valuta anche il ritorno.

ESTENSIONE SACRALE

(respirazione)

Il PZ prono, si posizionano le mani sul sacro, e si assecondano i movimenti inizialmente; in seguito se c'è restrizione si cerca di guadagnare verso il lato della restrizione.

TEST POSTERIZZAZIONE DELL'ILEO

Il PZ prono, eseguire una extrarotazione, una abduzione ed una flessione della coscia dx del paziente fino a sentire il movimento dell'ileo.

Valutata la zona della pelvi, si passa alla zona del rachide, partendo dalla lombare salendo alla dorsale ed infine al tratto cervicale.

Valutazione zona lombare:

- posizione ortostatica cercando posteriorità delle trasverse;
- posizione seduta cercando posteriorità delle trasverse in flessione, estensione e lateroflessione attiva;
- decubito prona cerco posteriorità delle trasverse e posizione delle spinose con il test della sfinge (in flessione) e genopettorale (in estensione)

Valutazione zona dorsale:

- valuto la mobilità delle vertebre con relativi movimenti di flessione, estensione, sidebending e compressione;
- da D1 a D6 valuto le spinose flesso/estensione del capo
- da D7 a D12 valuto le spinose con flesso/estensione de l tronco

Fatto ciò identifico la disfunzione dorsale, salgo ancora sulla cerniera cervico /dorsale C7-D1 ed arrivo alla valutazione del tratto cervicale.

Prima di mettere le mani sulla cervicale, faccio effettuare al PZ il Test per l'arteria vertebrale:

PZ seduto, esegue estensione e rotazione del capo mantenendo la posizione per 20/30 secondi.

Il test risulta positivo se la compressione dell'arteria vertebrale, carotidea o basilare in caso di collasso, vertigini, annebbiamento visivo, nausea.

In tal caso si invita paziente a rivolgersi allo specialista.

Escluse problematiche del genere si passa alla valutazione del tratto cervicale:

- movimenti attivi di rotazione e flesso estensione del capo
- movimenti passivi di rotazione e flesso estensione del capo
- test di inclinazione
- valutazione singole vertebre
- valutazione da supino delle vertebre da C3 a C7 in flesso estensione

Terminata la valutazione della regione cervicale si passa alla valutazione viscerale.

La manipolazione viscerale è stata ripresa e sviluppata dall'osteopata Jean Pierre Barral.

Secondo l'osteopatia viscerale, il principio cardine è che gli organi hanno un loro movimento fisiologico e un rapporto armonioso con le strutture adiacenti. Se questo non succede l'organo va' incontro a fissazione e può incorrere in patologie dello stesso organo e genera problemi anche alle strutture legate. Quindi con la manipolazione viscerale si cerca di ridare movimento agli organi.

Passo quindi alla valutazione/palpazione del diaframma, ed in generale dei visceri addominali andando a testare le densità, la

mobilità, le aree più o meno arrossate e quelle più o meno calde tenendo sempre in considerazione la meccanica respiratoria costale ed andando ad individuare eventuali disfunzioni costali.

5.3 - CASO CLINICO

Lavorando con soggetti molto giovani e con parametri allenanti molto elevati, le mie esperienze prevalentemente si racchiudono in contratture, lesioni muscolari di primo grado, distorsioni e contusioni in seguito a cadute sul ghiaccio. Ho avuto modo di seguire pochi casi particolarmente interessanti, tra cui il caso di Federico, ex atleta d'élite della nazionale, attualmente pattinatore professionista, conduce spettacoli sul ghiaccio e allena un gruppo serale di adulti amatori.

ANAMNESI

Nome e cognome: Federico U.

Data di nascita: 27.09.1986

Motivo del consulto: dolore inguine dopo attività fisica. Passa con il riposo ma ritorna dopo il primo allenamento.

Lavoro o attività svolte: architetto, pattinatore professionista

Attività Fisica: 1 allenamento di 2 ore serale a settimana + 2 ore di insegnamento serale a settimana

Patologie conosciute o interventi: pubalgia arto sx nel 2010, ha determinato il termine della carriera agonistica. Non soffreva più da diversi anni.

Terapie Farmacologiche: FANS dopo attività fisica

Altri Dati: Fuma, digestione normale, attività intestinale regolare

Primo Trattamento

Dopo un'accurata anamnesi il paziente mi riferisce che il dolore non è iniziato con un evento preciso ma è stato un crescendo negli ultimi 2 mesi fino all'attuale fase acuta.

Ipotizzo quindi un'infiammazione della zona pubica ed adduttorica.

Valuto il paziente in piedi facendogli eseguire i test di rito:

TFE +++

TFS -

Ne risulta un test positivo sull'ileosacrale sx, quindi con disfunzione ascendente.

Valuto le curve fisiologiche e reputo tutto nella norma ad eccezione di una leggera iperlordosi lombare (non particolarmente accentuata), inoltre noto un ipertono di tutta la muscolatura adduttorica ed ischiocrurale sx.

Faccio sdraiare il paziente supino ed eseguo test degli innominati che mi dà positività a sx con un blocco in discesa, verifico sui malleoli che il lato sx è effettivamente più caudale rispetto al dx.

Eseguo quindi con la tecnica Chicago lo sblocco della struttura ileosacrale di sx.

Eseguo verifica con test sopraindicati che risultano negativi e sembrerebbe normalizzata la struttura.

Eseguo spring test sul sacro che risulta in leggera estensione, il che spiegherebbe la lordosi accentuata della curva lombare, controllando le vertebre noto anche L3 in rotazione sx.

Eseguo quindi una tecnica HVLA sul sacro per normalizzarlo e prima di passare alla vertebra L3 faccio girare il paziente supino eseguo un massaggio fasciale su tutta la gamba sinistra, partendo dalla pianta del piede salendo su tibiale, gastrocnemio, coscia e adduttori.

Mi concentro sulla zona adduttorica eseguendo delle tecniche di energia muscolare lavorando in extrarotazione ed andando ad allungare la muscolatura.

Con le ginocchia flesse vado a trattare Ileopsoas sx, dove il paziente riferirà dolore, inibendo le inserzioni fino al rilascio muscolare.

Seguo poi con un indagine viscerale della zona addominale nella quale risulta ipertono del diaframma che andrò a trattare con una tecnica diretta inibitoria, concludendo il trattamento con un reset diaframmatico.

Rivaluto la vertebra L3 che è stata normalizzata senza l'uso di una tecnica diretta.

Infine consiglio al paziente riposo dall'attività fisica per almeno 8-10 giorni.

Conclusione della Terapia

Ho visto Federico per altre 3 sedute nell'arco dei 2 mesi successivi, già dalla seconda visita il paziente riferiva un sollievo maggiore seppur un continuo fastidio all'inserzione pubica, mentre nell'ultima visita il fastidio era completamente sparito e si era normalizzata la situazione.

CONCLUSIONI

Concludo questa tesi facendo una ultima riflessione sull'osteopatia che ho vissuto in questi tre anni di corso.

Grazie alla filosofia osteopatica ho aperto i miei orizzonti e se prima trattavo i pazienti esclusivamente utilizzando un protocollo molto localizzato, ora ho una visione del corpo umano come un insieme, una macchina perfetta che lavora come un'unica unità.

Anche se questa nuova visione mi ha creato inizialmente qualche criticità, soprattutto con l'inserimento di nozioni viscerali a me completamente sconosciute, ora inizio a familiarizzare con questa filosofia che risulta positiva.

RINGRAZIAMENTI

I ringraziamenti più sentiti vanno ai miei compagni di corso: Cucciolo, La Magi, Il Rosso ed il Don che mi hanno aiutato, supportato e spronato anche nei momenti più bui e difficili di questo percorso.

Alla mia ragazza Giulia ed al mio cane Jackie, le quali sono sempre sottoposte volentieri a manipolazioni e test osteopatici.

Il mio capo che, nonostante tutte le ore che ho dedicato alla scuola ed ai tirocini, non mi ha ancora licenziato.

Ed infine un sentito ringraziamento alla scuola ed al corpo docenti per aver dedicato tempo e pazienza alla nostra istruzione professionale.

BIBLIOGRAFIA

- *"Pattinaggio artistico e danza su ghiaccio"* di Pizzocari – ed. Sperling & Kupfer
- *"Tecniche complementari sportive"* di Bergamaschi, Del Prete, Ginelli, Terlli – ed. Ambrosiana
- *"Riabilitazione nella traumatologia dello sport"* di Adrews, Harrelson, Wilk – ed. Verduci
- *"Massaggio sportivo e tecniche complementari"* di Zimaglia – ed. Edi-Ermes
- *"Anatomia umana"* – ed. Edi-Ermes
- *"A.D.A.M. atlante di anatomia umana"* di Todd R.Olson – ed. Masson
- *"Principi di Medicina"* di Greenman – ed. Futura Publishing Society
- *"La Riabilitazione in Ortopedia"* di Brotzman – ed. Excerpta Medica