OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

EFFICACIA DEL TRATTAMENTO OSTEOPATICO NELLA DORSALGIA CRONICA

Candidato: Brevi Andrea Angelo

ANNO ACCADEMICO 2016/2017

fisiomedic
ACADEMY

INDICE

1-LA DORSALGIA

1.1- Cos'è?

1.2-Possibili cause

1.3-Il rachide dorsale

1.4-Il rachide "viscerale"

1.5-La gabbia toracica

1.6-Articolazioni del torace

2-CASO CLINICO

3-CONSIDERAZIONI FINALI

4-BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

1.1 Cos'è?

La dorsalgia è una patologia della colonna vertebrale che si manifesta attraverso un dolore nel tratto centrale della schiena (dalla vertebra D1 e la vertebra D12) e può originare dalle strutture muscolo-scheletriche (vertebre, costole, muscoli, tendini) o da patologie che colpiscono gli organi interni (cuore, polmoni, fegato.).

Spesso viene associata ad altre due patologie: la lombalgia, che è un disturbo diffuso che coinvolge i muscoli e le ossa della schiena, e la cervicalgia che è un dolore nella zona cervicale che si protrae per un periodo di tempo e che può variare da oche settimane fino ad anni.

Il dolore causato dalla dorsalgia può essere acuto o cronico e molto spesso è associato a disfunzioni delle zone adiacenti.

Il dolore è percepito tra le scapole, sia in un punto preciso paravertebrale (riferito di solito come sensazione di "chiodo"), sia in maniera più diffusa (talvolta anche intratoracica). L'inizio di questo dolore è spesso insidioso e può comparire in seguito al mantenimento di cattive posizioni durante l'attività lavorativa (tipico delle segretarie che devono tenere il collo in flessione per scrivere) o, per esempio, durante il sonno ma anche in seguito ad un trauma.

Oltre al dolore, il dorso si irrigidisce e i muscoli vicini alla colonna vertebrale sono contratti e dolenti; inoltre attraverso le radiografie si possono intravedere una curva dorsale non ideale ed evidenti segni di artrosi.

Il dolore è in primis un sintomo e non bisogna confonderlo, per una data patologia, con l'insieme della patologia. Bisogna quindi sempre tenere sempre a mente il posto del dolore nella gerarchia dei diversi segni clinici.

In alcune patologie il dolore può essere assente o inversamente, costituire l ' unico sintomo. Quando gli esami clinici e para clinici sono negativi, di fronte al sintomo "dolore" il paziente è spesso catalogato come "funzionale

o psicosomatico" e la terapia si traduce alla ricetta o al trattamento ansiolitico.

Il dovere del terapeuta è dare sollievo con tutti i mezzi. Tra questi mezzi la medicina funzionale osteopatica è uno dei trattamenti più benefici per le algie somatiche e viscerali, quando l'eziologia è soprattutto meccanica.

1.2 Possibili Cause

Le cause scatenanti dolori nella zona dorsale sono molteplici:

-posture scorrette:

. postura seduta fissa, mantenuta cioè per alcune ore durante la giornata e in modo particolare quella assunta da impiegati, segretarie, camionisti ecc.…

. posture eretta fissa, soprattutto se viene richiesto di flettersi avanti

. movimentazione manuale dei carichi con sollevamenti, rotazione o trasferimenti

-rigidità o scarso tono della muscolatura inserita sulla colonna vertebrale. La prima può essere dovuta anche allo stress psichico che fa assumere atteggiamenti contratti a varie regioni del corpo.

La seconda dipende essenzialmente dal sedentarismo e, quindi, dalla perdita di forza muscolare

-lo stress: ansia, disagi, tensioni psichiche, le quali si traducono in dolori a carico dei muscoli della schiena

-fratture

-alterazioni posturali sul piano sagittale (ipercifosi dorsale con compenso cervicale e lombare) con sovraccarico funzionale delle faccette articolari e delle strutture muscolo-tendinee

-osteoporosi grave con cedimenti vertebrali o fratture del corpo vertebrale

-artrosi: rare ma possono comparire alterazioni sclerotiche. Tali alterazioni possono essere precoci e in relazioni allo sviluppo di una malattia di Scheuermann in età giovanile.

-infezioni ossee (es. morbo di Pott o spondilite tubercolare)

-malattie reumatologhe (es. spondilite anchilosante).

-malattia di Forestier: è una particolare forma di artrosi, a genesi sconosciuta, seppure nel 50% dei casi sia presente in questi pazienti un'intolleranza ai carboidrati, e frequentemente una iperucemia (aumento dell'acido urico), un'iperglicemia (diabete) e dislipidemie (come aumento dei trigliceridi, del colesterolo).

-manifestazioni riflesse di malattie viscerali.

-malattia di Scheuermann: è una malattia che causa alterazioni di tipo necrotico-degenerativo di alcuni corpi vertebrali (solitamente tre o più vertebre dorsali) ad eziologia incerta: probabilmente causata da minore apporto emetico od occlusione vasale.

1.3 Il rachide dorsale

La colonna vertebrale presenta 3 curve fisiologiche: due lordosi (cervicale e lombare) e una cifosi (dorsale). La sua resistenza è influenzata dal numero di curve e si esprime a livello matematico con questa formula: R= n2+ 1 (dove "n" sta per numero di curve) di conseguenza più curve si hanno e più resistente è la nostra colonna. Pensiamo solo ad una rettilinizzazione del tratto cervicale, alla mancata suddivisione fisiologica del carico tra i vari dischi delle vertebre cervicali, per ipotizzare che "peso" arriverebbe a livello dorsale e di conseguenza alle strutture vicine e inferiori. Saranno soggette ad un carico aumentato rispetto alla normalità, e questo, a lungo andare, creerà eventi a cascata che andranno a togliere mobilità della zona e creare altre disfunzioni.

Le zone cerniera C7-D1 e D12-L1 sono importantissime perché se in disfunzione condizionano in maniera ascendente o discendente tutta la zona.

Le vertebre che costituiscono il rachide dorsale sono dodici e sono note per la loro cifosi posteriore. La vertebra toracica tipica presenta un corpo con diametro trasverso e anteroposteriore abbastanza simile.

I corpi vertebrali presentano emifaccette, situate posterolateralmente in corrispondenza dei margini superiori ed inferiori del corpo, che si articolano con la testa della costa. Tali emifaccette sono delle vere e proprie articolazioni artrodiali, dotate di una capsula e di una cartilagine articolare.

Nel tratto dorsale della colonna vertebrale ci sono delle cosiddette vertebre "atipiche", sono quelle di transizione tra il rachide cervicale e toracico e tra quello toracico e lombare.

T1 o D1, passaggio tra tratto cervicale e toracico, può presentare caratteristiche tipiche del tratto cervicale. Questa rappresenta inoltre l'articolazione in cui si ha il cambiamento di curva anteroposteriore tra i due tratti sopra citati.

Un'altra vertebra di passaggio è T12 o D12, si trova tra il tratto toracico o dorsale e quello lombare. Questa è il punto in cui c'è il cambiamento della curva anteroposteriore della cifosi toracica alla lordosi lombare, ovvero una sede di variazione della mobilità delle due zone della colonna e un punto in cui insorgono frequenti disfunzioni. Questa, insieme a D11, corrispondono ai pilastri del diaframma.

L'inserzione delle coste, attraverso le articolazioni costosomatiche e costotrasversarie, diminuisce la mobilità di questo tratto. Le vertebre toraciche presentano un movimento di flesso-estensione, cosi come movimenti associati di lateroflessione e rotazione dallo stesso lato e dal lato opposto.

Come regola generale se si introduce per prima la lateroflessione con la colonna toracica in cifosi neutra, la rotazione si verificherà dal lato

opposto, dopo un movimento vertebrale neutro di tipo 1(1°legge di Fryette). Se invece viene introdotta per prima la rotazione, in presenza di normale cifosi toracica, la lateroflessione e la rotazione avvengono dallo stesso lato seguendo la regola della meccanica vertebrale non neutra di tipo 2 (2° legge di Fryette).

Il rachide dorsale quindi può essere coinvolto in una disfunzione di duplice natura: una disfunzione mono segmentaria non neutra (tipo 2) e una disfunzione di gruppo neutra (tipo 1).

Oltre alle strutture sopra illustrate dobbiamo pensare a tutti i muscoli che si inseriscono sulle vertebra o parte di essa (corpo, apofisi spinosa e apofisi trasversa).

a livello del corpo: il lungo del collo da D1 a D3

lo psoas su D12

sull' apofisi spinosa: il trapezio da D1 a D11

il gran dorsale da D7 a D12

lo splenio da D1 a D5

il p. dentato postero-superiore da D1 a D3

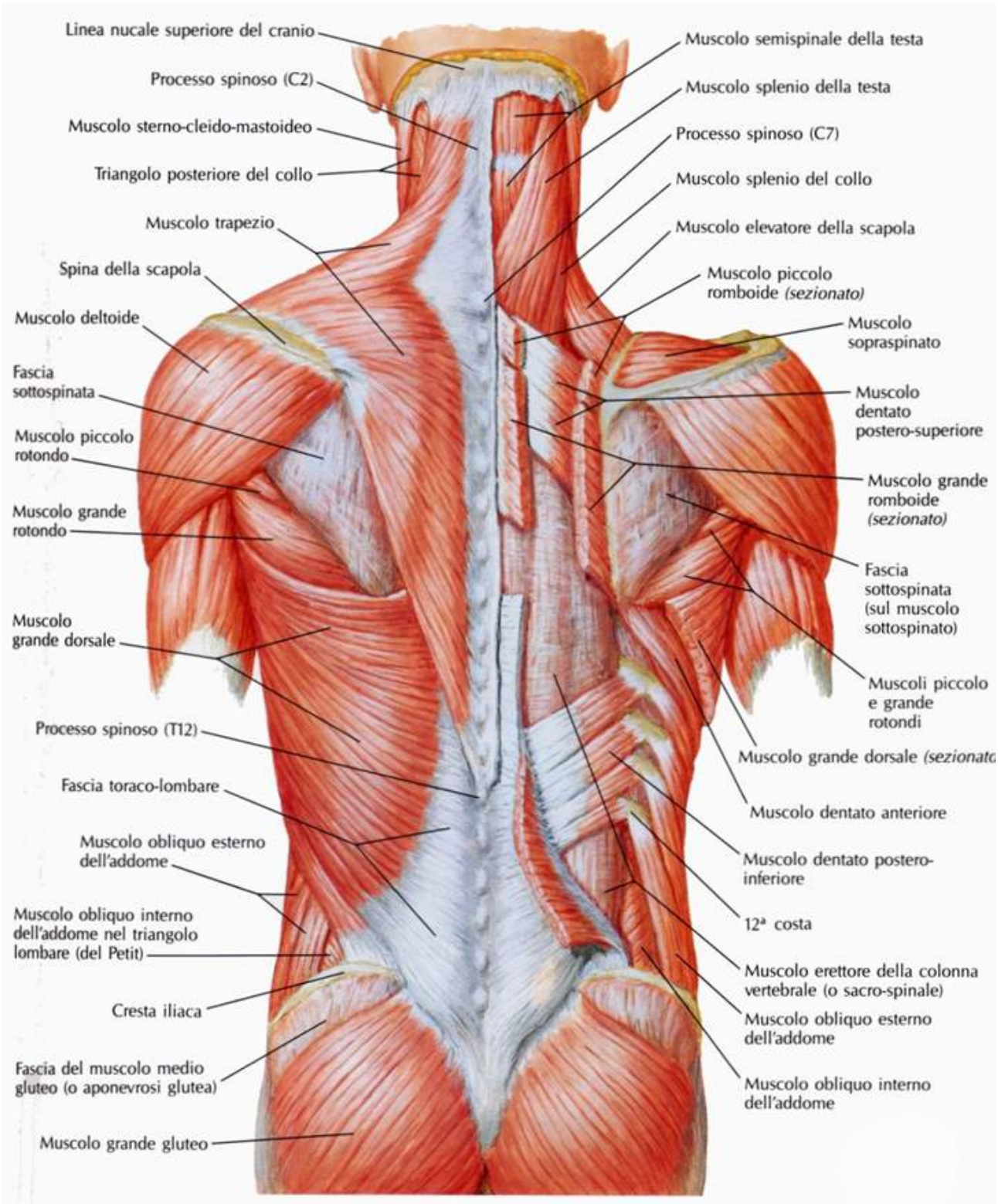
il romboide da D1 a D5

il p. dentato postero-inferiore da D11 a D12

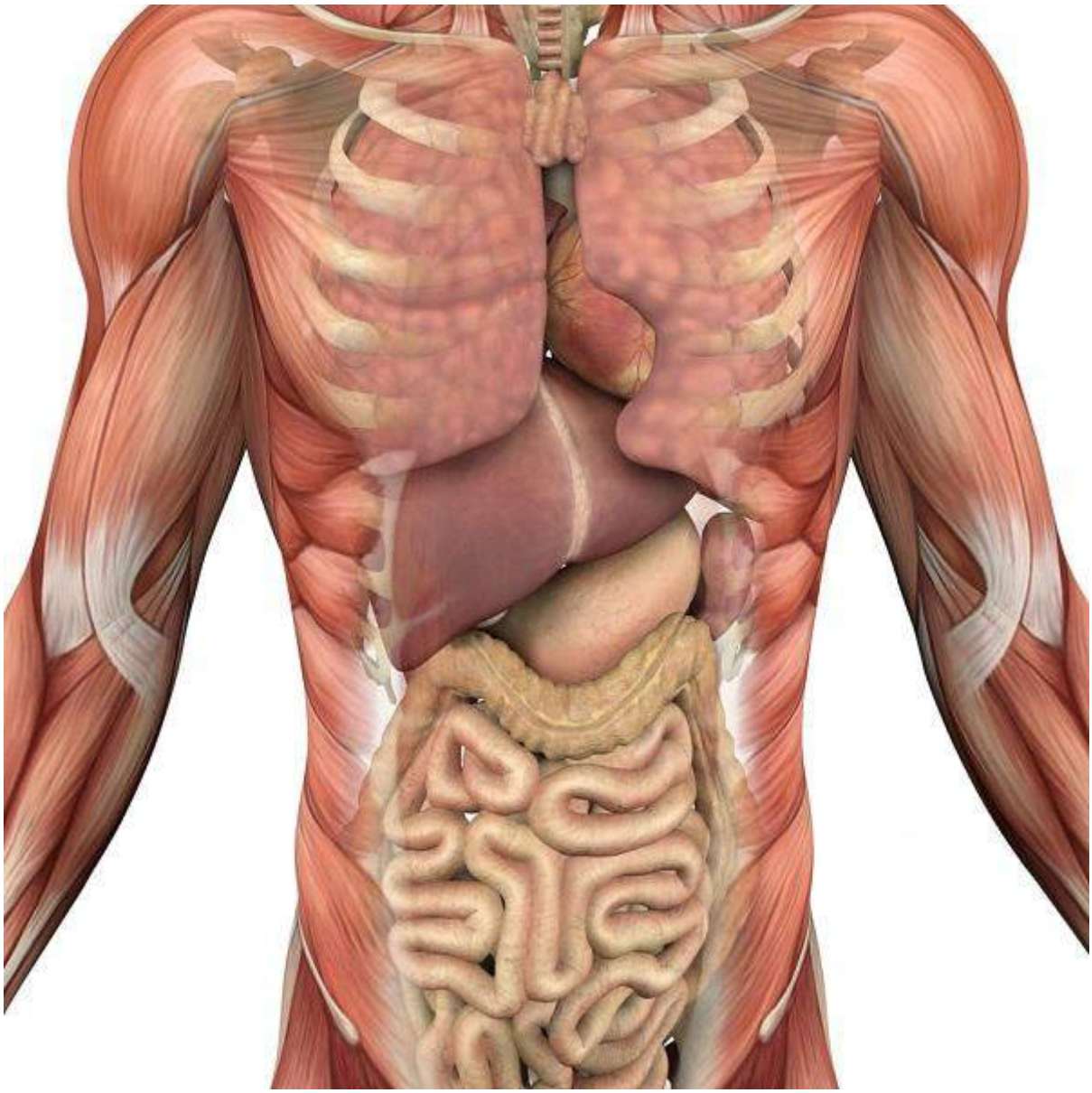
sull' apofisi trasversa: il trasverso del collo da D1 a D11

i sopracostali

il lunghissimo del corpo.



1.4 Il torace “viscerale”



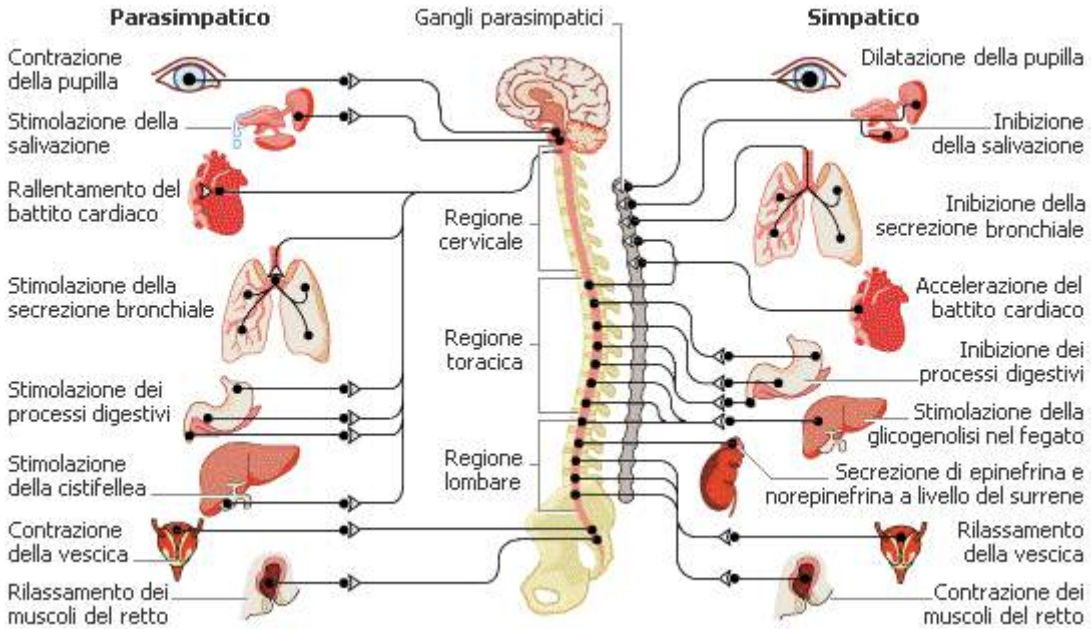
Ora verrà approfondito lo studio torace, rivedendo anche i concetti di perdita di mobilità delle strutture e l’interferenza che tali perdite hanno sulle funzioni inerenti al torace in particolar modo alla funzione respiratoria e cardiaca.

Il torace essendo una cifosi costituisce un contenente di strutture che stanno all'interno, e pertanto i suoi adattamenti possono essere dovuti a delle tensioni interne e/o esterne dello stesso.

Il torace può influenzare il sistema circolatorio, linfatico, venoso, proprio per i rapporti che ha con queste ultime (aorta, vene e arterie polmonari, vene cave, azigos), le tensioni mediastiniche, polmonari, pericardio, endocrine (timo) possono influenzare l'attività toracica.

Il sistema nervoso può essere alterato dal torace mediante il sistema simpatico, catena latero-vertebrale che in relazione fasciale con la testa delle coste, il ganglio stellato, può ricevere delle perturbazioni delle meccanica toracica; a livello parasimpatico il percorso del nervo vago, del frenico, ghiandole surrenali a livello della 11°-12° costa, funzione sia respiratoria e anche quella digestiva.

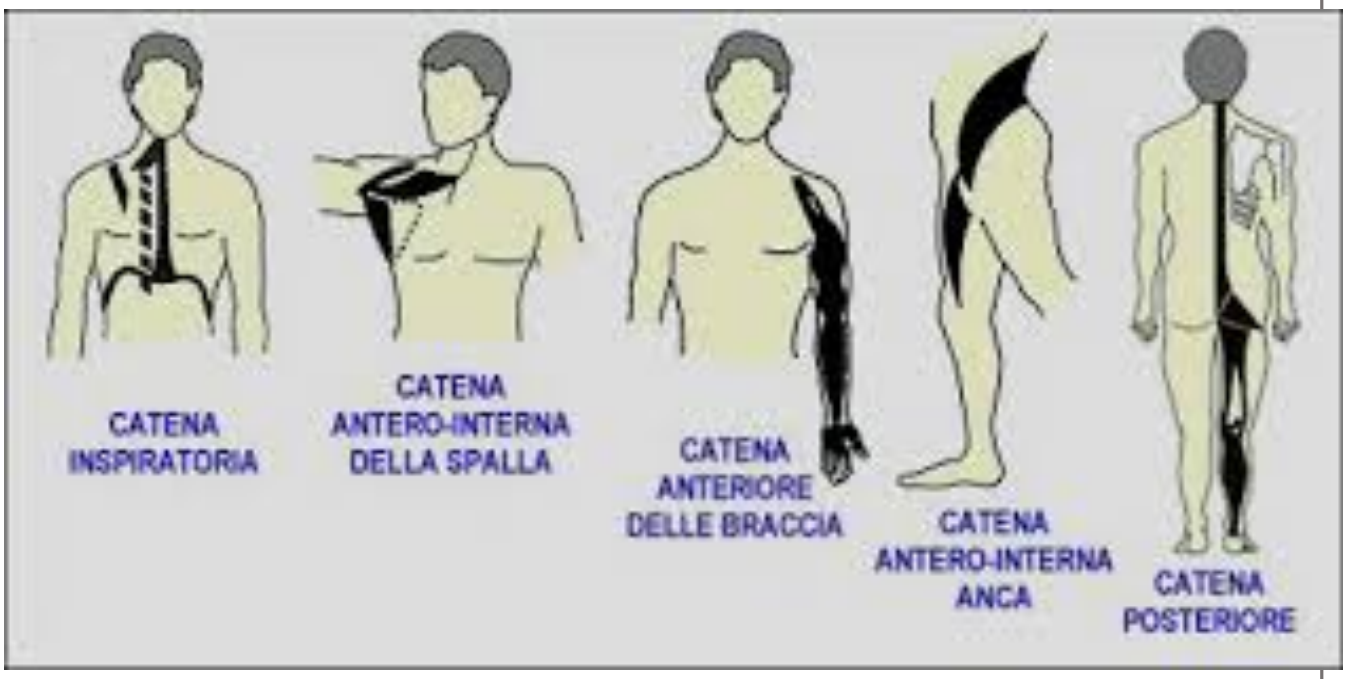
La sfera toracica quindi ha una grossa importanza sul funzionamento di tutto il nostro corpo.



Inoltre se osserviamo le catene muscolari vediamo che vi è una relazione miofasciale tra le catene che partono dal cranio e scendono verso il basso passando per il torace. Di conseguenza possono influenzare L'MRP o essere a sua volta vittima di un problema cranico che andrà inficiare l'attività respiratoria del torace.

Un piccolo esempio di questa relazione potrebbe essere quella tra osso ioide, la scapola e il cranio, mediante l'intervento del muscolo omoioideo che collega la scapola allo ioide, lo stiloioideo che collega l'osso ioide al temporale opposto con uno schema di tipo incrociato.

Quindi un temporale che non funziona bene può andare ad interagire con la scapola opposta e di conseguenza alterare con delle tensioni scapolari l'attività del torace.

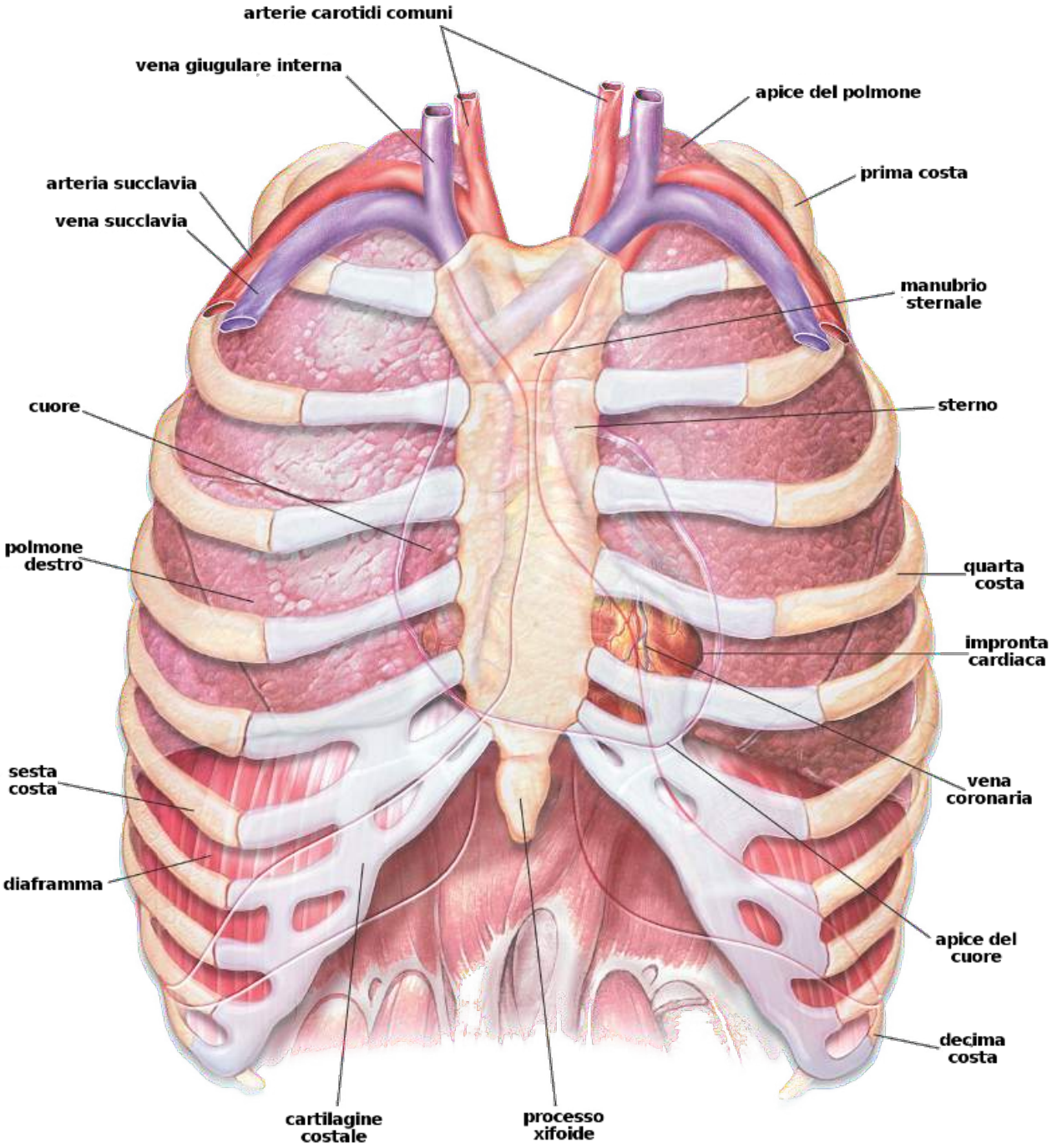


Quindi non possiamo prendere in considerazione solo la colonna vertebrale come elemento a sé, ma pensarla incastonata all'interno di un sistema più ampio formato dalla gabbia toracica e con tutte le sue componenti viscerali.

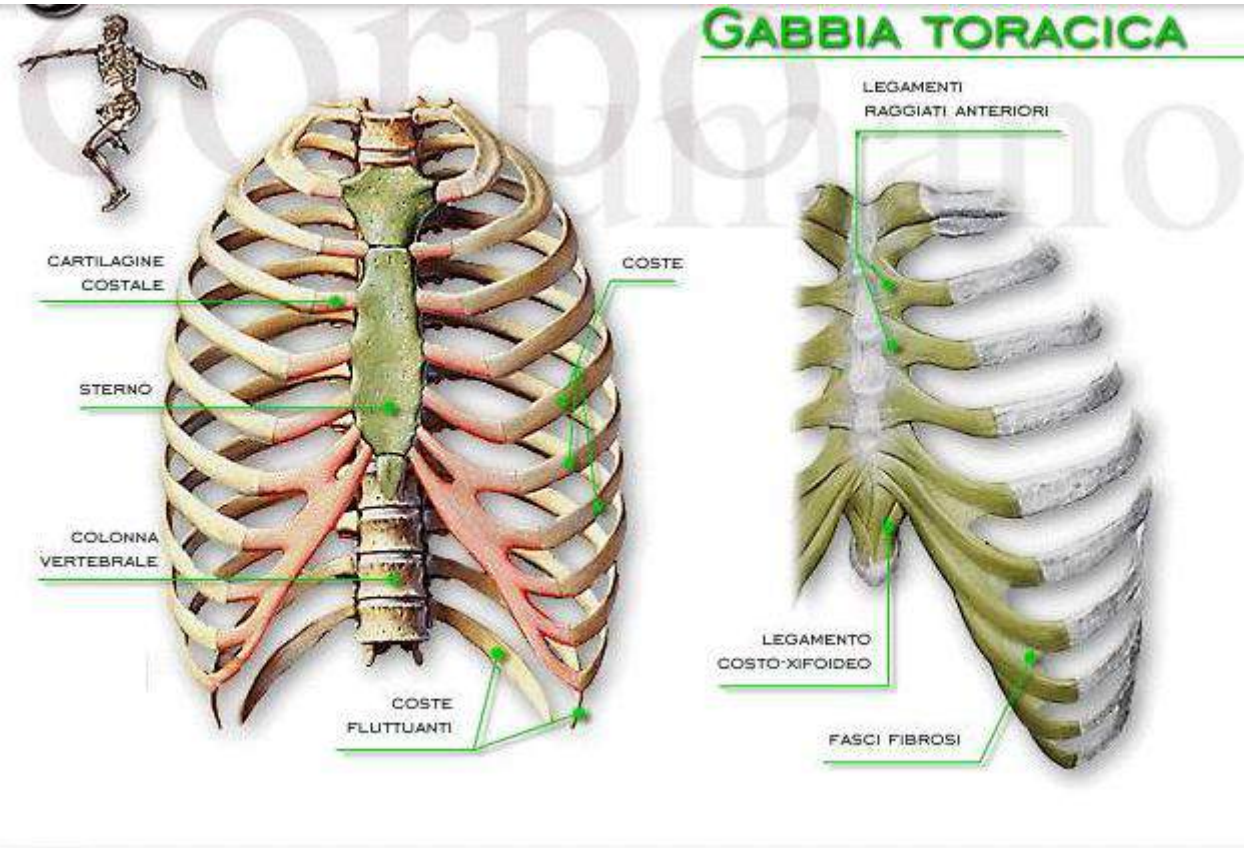
È possibile schematizzare l'anello toracico "tipo" come una unità funzionale costituita da una vertebra dorsale, due archi costali e le cartilagini costali che rilegano quest'ultime con lo sterno.

Quando una vertebra toracica o un arco costale sono in disfunzione, non è solo il segmento ad essere in lesione ma lo è l'insieme dell'anello, quasi come fosse un vero e proprio sistema autobloccante.

ORGANI E VISCERI TORACICI



1.5 La gabbia toracica



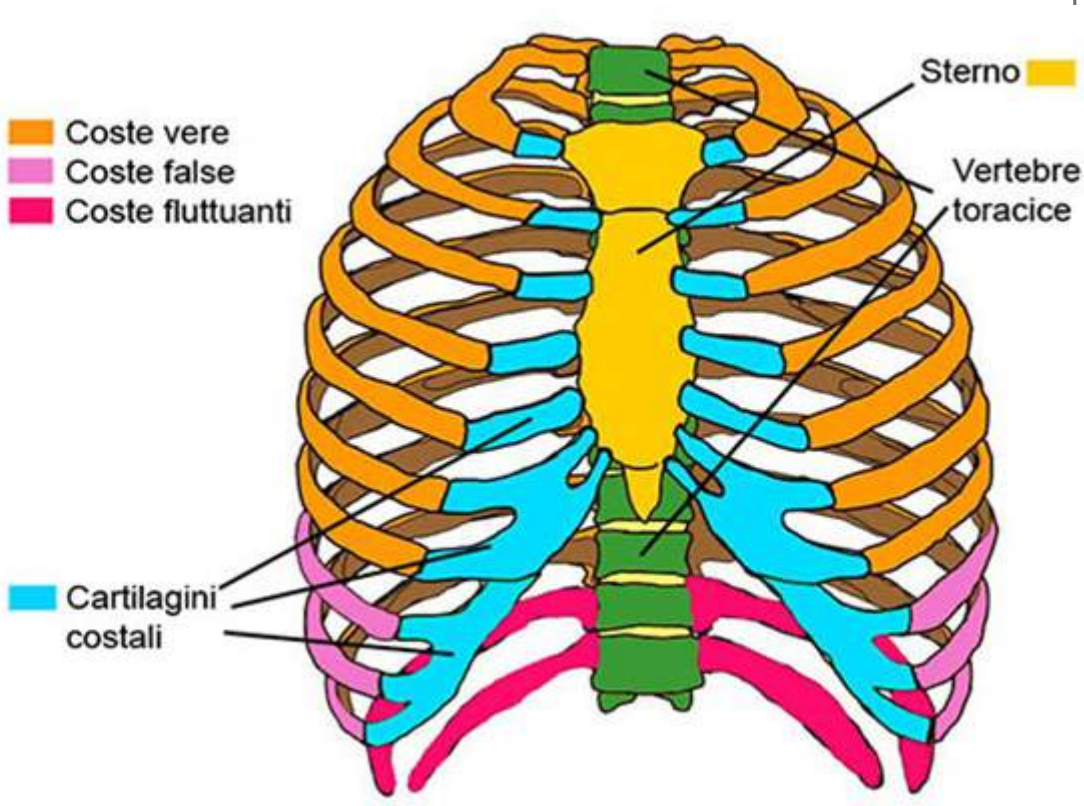
La gabbia toracica si caratterizza per comprendere lo sterno, ben dodici coste e le dodici vertebre toraciche. Dal punto di vista prettamente anatomico, le dodici coste anteriori si sviluppano a livello posteriore con le dodici vertebre dorsali e a livello anteriore con lo sterno, con cui sono correlati grazie alla cartilagine. Le prime sette coste vengono ribattezzate "coste vere", mentre le tre che seguono vengono denominate "coste false", mentre le successive due coste vengono chiamate "coste fluttuanti". La gabbia toracica ha diversi compiti davvero molto importanti per il nostro organismo: infatti, garantisce un'adeguata protezione degli organi più interni e anche più delicati, come i polmoni e il cuore, ma al suo interno si trovano anche altri organi che hanno un'importanza notevole, come ad

esempio la trachea, l'aorta e l'esofago, senza dimenticare come riesca a contribuire ai movimenti della respirazione.

Gabbia toracica malattie:

La gabbia toracica si caratterizza per subire piuttosto di frequente delle patologie di natura infiammatoria o anche delle malattie degenerative che devono essere curate con grande attenzione. In un gran numero di cause queste patologie vanno a colpire in modo particolare coloro che praticano delle attività sportive e, nello specifico, pallavolo, calcio, tennis e sci. Le malattie che possono colpire questa parte del corpo umano con la maggiore frequenza troviamo dolore al torace, nevralgia intercostale, dolori intercostali, petto escavato o petto carenato, sindrome di Poland, schisi dello sterno e coste soprannumerarie.

Gabbia toracica sporgente



Questo disturbo è stato ribattezzato anche come **petto carenato o pectus carinatum** e si caratterizza per essere una vera e propria deformazione che va a colpire la gabbia del torace e che insorge per colpa di una protrusione anteriore dello sterno, che emerge con grande evidenza e si può notare

anche senza microscopi proprio nella parte centrale del torace. Ci sono ben quattro tipi di petto carenato: quella maggiormente diffusa è la *condro-gladiolare simmetrica*, poi c'è quella *condro-gladiolare asimmetrica*, quella mista petto escavato-carenato, che non è altro che una somma di due anomalie che possono colpire la gabbia del torace e, infine, il *condro-manubriale*, che presenta in alcuni casi delle connessioni con altre patologie di natura congenita. In confronto a tante altre malattie simili, il *petto carenato* si caratterizza per insorgere con molta meno frequenza, anche se al momento le statistiche parlano di una persona colpita ogni 400. Il petto carenato si caratterizza per essere una patologia genetica che spesso può insorgere nei bambini in età adolescenziale e molto più raramente già alla nascita. Secondo gli scienziati una possibile causa potrebbe essere rappresentata da una connessione con la sindrome di Marfan. In altri paziente il petto carenato può insorgere per colpa di altri tipi di malattie, come ad esempio il rachitismo, il petto escavato e la scoliosi.

La forma della gabbia toracica varia a seconda degli atti respiratori. Nell'inspirazione, per il sollevamento delle coste, diminuisce il diametro craniocaudale e aumenta quello dorsoventrale; nell'espirazione accade l'opposto.

L'apertura inferiore è chiusa dal muscolo diaframma che separa la cavità toracica da quella addominale. Sulla cupola diaframmatica sono presenti alcuni fori che permettono il passaggio di organi da una cavità all'altra. La cupola diaframmatica raggiunge, con la sua convessità, un piano trasversale che si trova all'altezza della giunzione xifosternale; per questa ragione alcuni organi addominali occupano la gabbia toracica.

La parte mediana della gabbia toracica è occupata dal Mediastino che è delimitato lateralmente dalle Logge pleuropolmonari.

In campo osteopatico alla gabbia toracica si unisce anche la clavicola, che anatomicamente è associata unicamente all'arto superiore. In osteopatia oltre ad essere collegata all'arto superiore è inglobata anche nella gabbia toracica definita come K0.

Lo spazio tra una costa e l'altra è maggiore anteriormente rispetto al posteriore. Anche maggiore andando dall'alto verso il basso.

La linea immaginaria compresa tra la gabbia toracica anteriore a livello dell'articolazione manubrio-sternale (2 costa) è posteriore a livello della 4-5 vertebra dorsale, divide il mediastino in mediastino superiore e inferiore.

Sono costituite da tessuto osseo trabecolare rivestito da tessuto osseo compatto, molto vascolarizzate. Hanno capacità emopoietica.

Da un punto di vista osteopatico la suddivisione delle coste è differente rispetto all'anatomia.
Si suddivide in 4 blocchi:
1 e 2 costa;
3 4 5;
6 7 8 9 10;
11 12.

Le coste sono ossa piatte formate da una lamina esterna di tessuto compatto che racchiude osso spugnoso. Ogni costa presenta:
testa;
collo;
corpo.
La testa della costa è l'estremità posteriore che, ingrossata, presenta una faccia articolare divisa in due faccette da una cresta ossea. Le due faccette si articolano con le faccette del corpo di due vertebre contigue. Alla testa segue il collo che si presenta ristretto ed è percorso superiormente da una cresta; tra corpo e collo è presente un rilievo tozzo chiamato Tubercolo costale che presenta la faccia articolare per il processo trasverso della vertebra.

Il corpo si presenta appiattito con una faccia esterna convessa ed una faccia interna concava. Le facce sono separate da un margine superiore smusso ed un margine inferiore affilato.

Le coste si dirigono prima in senso medio-laterale, ma a livello dell'angolo costale deviano in senso antero-mediale seguendo una torsione per cui la faccia esterna si rivolge verso l'alto. L'estremità anteriore si prolunga nella cartilagine costale.
Lo sterno è convesso anteriormente e concavo posteriormente.

Il processo xifoideo è localizzato nell'epigastrio, può presentarsi ampio o sottile, cartilagineo nei giovani e ossificato negli anziani.

1.6 Articolazioni del torace

Costo-somatiche (2 artrodie che corrispondono alla testa della costa);
Costo-trasversarie (1 artrodia tra processo trasverso e tubercolo costale);
Condro-costali;
Intercondrali;
Condro-sternali;
Sterno-sternali;
(Sterno-clavicolare);

Le articolazioni della testa costale sono 2 divise da una cresta trasversale. Sono presenti anche dei legamenti che aumentano la stabilità di tali articolazioni.

A livello della cresta si inserisce il legamento interosseo che si collega anche al disco intervertebrale;
Il legamento raggiato si trova tra la testa della costa, le 2 vertebre contigue e il disco interposto. Presenta una porzione superiore, una intermedia e una inferiore;
Legamenti costo-trasversario superiore congiunge il margine superiore del collo della costa al margine inferiore del processo trasverso della vertebra soprastante;

Legamento costo-trasversario laterale congiunge il margine superiore del collo della costa alla base del processo trasverso e della parte inferiore della lamina della vertebra soprastante;
Legamento costo clavicolare si presenta a forma di un cono rovesciato ed è formato da due fasci uno anteriore e uno posteriore.

Entrambi si estendono tra un'impronta presente sul margine inferiore dell'estremità sternale della clavicola alla prima cartilagine costale, il fascio anteriore si dirige andando dall'alto in basso medialmente quello posteriore lateralmente;
Legamenti interclavicolari collegano le estremità sternali delle due clavicole agganciandosi anche all'incisura giugulare del manubrio sternale.

L’articolazione condro-costale si presenta come un articolazione conica molto ellissoidale che impedisce la possibilità di rotazione lungo l’asse principale.

L’articolazione invece condro-sternale possono avere un certo margine di scivolamento antero posteriore ma per niente un movimento rotatorio.

L’articolazione costo-somatica e costo-trasversaria sono delle artrodie. Nei diversi distretti toracici le articolazioni citate sono su un asse differente. Le superiori hanno un movimento supero inferiore, infatti l asse delle superiori è para frontale, mentre nelle articolazioni inferiori l’asse è maggiormente sul piano sagittale che crea un movimento laterale.
Quindi superiormente si ha movimento a braccio di pompa e inferiormente a manico di secchio.
Il passaggio di movimento e un passaggio graduale, nella porzione centrale si ha un movimento risultante a compasso. Nel manico di secchio si ha un aumento del diametro trasversale.

Nella inspirazione la parte cartilaginea subisce una deformazione in torsione, mentre in espirazione, la gabbia ha un ritorno elastico (non interviene nessun muscolo). Durante l’alzamento dello sterno in inspirazione, la parte posteriore delle coste, quella adesa alle vertebre, rimane molto fissa, di conseguenza è obbligatorio che ci sia una torsione delle porzioni cartilaginee che legano la costa allo sterno.

Nel caso delle scoliosi la gabbia toracica subisce delle deformazioni. Le scoliosi seguono la 1 legge di Fryette.
Se la vertebra ruota a destra, porta in dietro e infuori la costa a destra.
Quando si ha una modificazione del corpo vertebrale nelle scoliosi, ci fa pensare che la scoliosi è avvenuta durante il periodo accrescitivo.

1.7 I movimenti della gabbia toracica

Adattamenti gabbia toracica in relazione alla rotazione vertebrale. Se ruotiamo la vertebra a destra si crea una deformazione nella parte prossimale della costa aumentando la sua concavità, mentre anteriormente diminuisce la concavità proporzionalmente alla concavità della parte prossimale. Viceversa avviene a sinistra.

Quindi in rotazione destra aumenta il diametro obliquo sinistro anteriormente e destro posteriormente e diminuisce il diametro obliquo

destro anteriormente e sinistro posteriormente. Possiamo accomunare, paragonare il movimento di flesso estensione vertebrale al movimento di braccio di pompa della gabbia toracica.

Infatti in flessione si ha una chiusura della gabbia toracica e in estensione si ha un apertura della gabbia toracica.
Nel braccio di pompa la costa si alza in toto, la parte anteriore si alza di più dell'angolo costale, la parte posteriore si abbassa invece. Nel braccio di pompa aumenta il diametro antero-posteriore.

Questo movimento permette una maggiore ventilazione nella zona medio alta dei polmoni a livello delle prime 3 vertebre toraciche e in parte sul lobo medio del polmone destro.
Nel manico di secchio il movimento maggiore è lateralmente, esso fa sì che il movimento più ampio avvenga nella parte intermedia della costa, facendo sì che ci sia maggiore ventilazione nel lobo inferiore e medio dei polmone.
E' possibile associarlo alla lateroflessione vertebrale.

Se facciamo un side destro sul piano posturale le coste in inspirazione sono quelle di sinistra, mentre sul piano del movimento, le coste inspiratorie saranno quelle di destra, perché saranno quelle più mobili rispetto alle controlaterali aperte in modo massimale.

Quando i 2 movimenti si incontrano nelle coste intermedie il movimento risultante sarà a compasso.

Durante l'inspirazione l'inclinazione fisiologica delle coste diminuisce portandole in orizzontali, così facendo aumenta il diametro antero-posteriore e il latero-laterale. Ovviamente questa orizzontalizzazione è accompagnata da una estensione vertebrale.

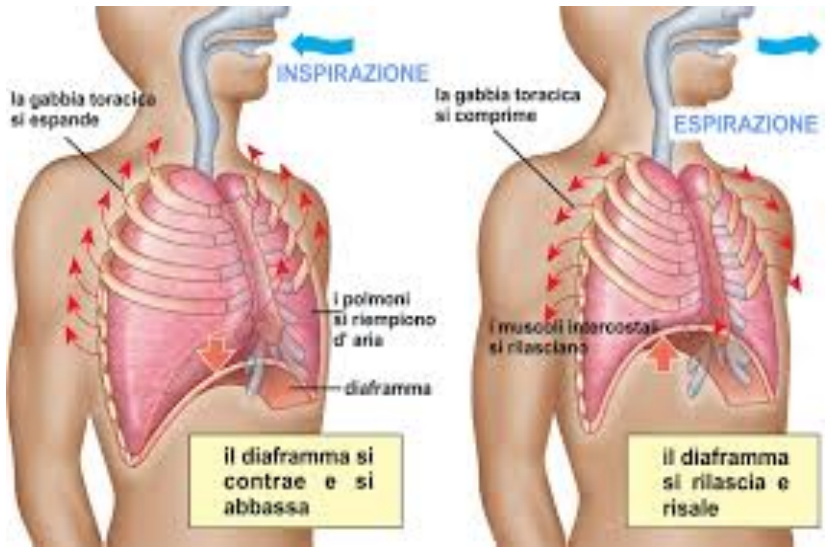
Si ha anche una risultante rotazione esterna di tutto l'arco costale, sarà più prominente anteriormente e meno posteriormente. Questo movimento risultante sarà più spiccante a livello di D4-D5-D6.

Durante l'espirazione avviene il discorso inverso.
Movimento a compasso puro: Si verifica sulle coste fluttuanti.
Spesso le coste vanno in disfunzione in gruppo. Abbiamo 2 disfunzioni:

- Ha facilità a salire in inspirazione e difficoltà a scendere in espirazione;

- Ha facilità a scendere in espirazione e difficoltà salire in inspirazione;

Andando in disfunzione in gruppo in genere in 3, si agisce sulla costa più alta nelle disfunzione in inspirazione, mentre agiamo su quella più bassa nelle disfunzioni in espirazione. Si ha un effetto domino. Sistemando una costa, le altre la seguono normalizzandosi.
Per avere una migliore normalizzazione delle coste sarà utile seguire le caratteristiche del livello costale corrispondente. Se vanno in disfunzione quelle che si muovono a braccio di pompa sarà più facile andare a lavorare anteriormente, su quelle che si muovono a manico di secchio sarà meglio andare ad agire a livello laterale delle coste poiché in questo caso esse si muoveranno maggiormente nella loro porzione laterale.



2. **Caso clinico**

Dati personali

- sesso: femminile

- età: 33

- professione: parrucchiera

- attività: 1 volta alla settimana ginnastica posturale e di tonificazione (da 3 anni)

Diagnosi clinica: dorsalgia con irradiazione zona cervicale

Per tale problematica viene consigliato dal medico un ciclo di massoterapia e manipolazione oltre che a prescrivere antinfiammatori ed antidolorifici.

Anamnesi

La cliente presenta un forte dolore a livello dorsale, con una sensazione di avere un "blocco" a livello delle vertebre D5-D9 ed una certa rigidità della muscolatura paravertebrale.

Questo dolore non è sempre costante, ma si ripresenta dopo altri episodi simili in passato, sorta al mattino al risveglio in forma lieve e, poi, aumentata significativamente durante la giornata. Altri due episodi sono rientrati dopo alcuni giorni di trattamento farmacologico, anche se non totalmente.

Nel frattempo ha fatto esami ecografici dove il medico curante non evidenzia nulla di patologico o di altre problematiche. Fa notare la perdita della curva fisiologica cervicale.

Su una scala di dolore da 1 a 10(scala Vas) può variare nel corso della settimana da 9 a 4. Di sicuro l'attività lavorativa della cliente non aiuta questa situazione.

Per quello che riguarda i dolori della zona cervicale potrebbero essere dovuti ad un incidente stradale (nel 2012), con conseguente ricovero ospedaliero e l'utilizzo di un collarino ortopedico (15 gg).

Il cliente non lamenta dolori addominali e ne problematiche intestinali. Ricorda però che ogni tanto soffre di dolori intercostali.

Questi si presentano a volte alla mattina e/o durante delle giornate intense, lavorativamente parlando, ha la sensazioni di far fatica a respirare.

Esame posturale

Sul piano frontale le spalle risultano sulla stessa linea e la testa è in asse.

L ’angolo della taglia di destra più grande rispetto al controlaterale, è come se il bacino fosse più spostato a destra. La scapola di destra è leggermente più abdotta e la SIAS di dx leggermente più alta. La gamba dx leggermente flessa e il piede dx è in pronazione.

Sul piano sagittale si nota che il tratto cervicale è rettilinizzato, il resto della colonna è pressoché armonico. Non ci sono particolari rotazioni a livello del bacino e delle spalle.

Test obiettivi:

- valutazione visiva e palpatoria: alla palpazione denota una zona abbastanza calda, presenta un tono muscolare maggiore della muscolatura paravertebrale di sinistra. Non ci sono cambiamenti di viscosità e presenta una zona circolare più gonfia a livello dell’angolo inferiore della scapola di destra.

Test differenziale iniziale: da eretta facendo chiudere gli occhi, evidenzia una problematica più STRUTTURALE in quanto tende a “cadere posteriormente”

T.F.E. (Test di flessione da eretti): positivo a destra

T.F.S (Test di flessione da seduta): negativo

Dondolamento innominati: restrizione di movimento maggiore a destra, in direzione posteriore.

Lunghezza dei malleoli: non si evidenzia nessuna differenza di lunghezza degli arti in posizione supina, mentre in posizione prona l’arto destro risulta più lungo.

Test di valutazione integrità della capsula dell’anca: la mobilità è molto buona, lamenta un fastidio a destra durante la mobilizzazione dell’anca in senso orario a livello del pube e degli adduttori.

Valutazione delle posteriorità delle trasversa della zona lombare: la parte destra della colonna risulta in posizione anteriore, quindi più profonda.

Valutazione osteopatica:

Problematica ascendente a destra con problematica alla sinfisi pubica, bacino in rotazione a sinistra, tratto lombare in SIDE destra e ROTAZIONE sinistra.

Trattamento osteopatico:

1° Seduta

Nella prima seduta l'obiettivo è quello di far diminuire il dolore a livello dorsale, visto la dolorabilità, e poi trattare la zona lombare e del bacino.

Ho cominciato con un lavoro a livello dorso-lombare ed in particolare:

-release miofasciale toracico da supina

-release fascia toraco-lombare (diaframma) da supino

-pressione paravertebrale trasversa da prona

-trazione incrociata da prona

-stiramento bilaterale con pollici da prona

Dopo tali tecniche la cliente evidenzia un miglioramento della sintomatologia dolorosa.

Mi sono poi dedicato alla normalizzazione dei parametri evidenziati dai test ed in particolare:

- Tecnica energia muscolare per una disfunzione di gruppo del tratto lombare in NSdxRsx in decupito laterale dx.
- Tecnica diretta "Shotgun" per una disfunzione pubica.

Per completare la prima seduta ho eseguito poi una tecnica di release sub-occipitale.

Dopo queste tecniche la cliente evidenziava un leggero miglioramento della sintomatologia dolorosa, il Test TFE risultava negativo.

2° seduta:

La cliente si ripresenta dopo una settimana, riporta che nei giorni successivi al trattamento ha sentito una sensazione di leggerezza, il dolore è diminuito ma non del tutto.

Avverte ancora un blocco a livello dorsale e lamenta una non completa mobilità del tratto cervicale.

Esame Obiettivo:

Sul piano frontale non è molto diversa da prima, si nota un miglioramento dell'appoggio dei piedi e gli arti inferiori distesi.

Le SIAS sono sulla stessa linea, la scapola dx ancora più abdotta rispetto a quella sinistra.

Sul piano sagittale si nota la solita zona cervicale rettilinizzata, per il resto tutto abbastanza armonico.

Test obiettivi:

Valutazione tratto dorsale e cervicale:

Durante i movimenti attivi del tronco nei tre piani di movimento, tutti eseguiti senza accusare dolore, risulta una buona mobilità generale in flessione e estensione del busto, un po' meno per il tratto lombare e dorsale (D5 –D8). Durante i movimenti attivi di rotazione c'è più facilità di movimento a sinistra, mentre per quelli riguardanti l'inclinazione laterale del busto la situazione si inverte. Questa facilità di movimento nell'inclinazione laterale del busto trova conferma con il test specifico del

side bending. In tutti e tre i casi, spinta su D12, D8, D4, la parte destra è sempre quella più mobile.

Valutazione visiva e palpatoria zona dorsale: la zona non presenta aree di diverso colore ma la zona compresa tra le scapole era più calda ed arrossata dopo aver “strisciato “le dita a fianco della colonna(rush).

Palpazione attiva: i processi spinosi sono ridotti tra D6 e D9.

Valutazione mobilità in rotazione: in questa valutazione ho riscontrato, in quasi tutto il tratto dorsale una maggiore contrattura dei paravertebrali di sinistra e i processi trasversi di destra “affondavano” di più.

La colonna risulta ben allineata, tranne D6, dove il processo spinoso è più a destra (in rotazione a sinistra) e durante un atto respiratorio di inspirazione ed espirazione si allineava durante quest’ultimo. Questa vertebra si trova in FRS sx. Un altro punto critico a livello di D11 dove la vertebra è in Flessione bilaterale su D12.

Ho voluto fare dei test per la cervicale per escludere complicazioni ed essere certo di poter trattare questa zona.

Valutazione attiva della mobilità cervicale: nella flessione del capo avverte tensione posteriore fino a livello delle prime vertebre dorsali, nell’estensione lamenta un leggero dolore degli scaleni e ioidei.

La rotazione e l’inclinazione sono più ristrette verso sinistra.

Test di Maigne: ok

Test della compressione foraminale: ok

Test della compressione foraminale più rotazione del capo: ok

Test della distrazione foraminale: ok

Dopo aver valutato la zona cervicale ho trovato:

C0-C1 in F Ssx Rdx

C2 in Rdx

Il tratto da C3 a C7 in FRSdx.

Trattamento Osteopatico:

Ho cominciato con delle tecniche miofasciali a livello dorso-lombare:

-release fascia toraco-lombare

-release miofasciale toracico da supino

-pressione paravertebrale trasversa da prona

-trazione incrociata da prona

-stiramento bilaterale con pollici da prona

-tecnica ad energia muscolare D6 in FRS sx da seduto

-Thrust diretto da prono su D6 in FRS sx

-Thrust da supino "dog" HLVA per D12 in flessione.

Prima di iniziare a trattare il tratto cervicale, effettuo delle tecniche di rilassamento muscolare.

-stiramento cervicale da supino

-stretching dei muscoli scaleni da supino

-release suboccipitale

-release paravertebrali

- tecnica energia muscolare C0-C1 in FSsxRdx

-tecnica energia muscolare C2 in Rdx

-tecnica energia muscolare da C3-C7 in FRS dx.

Per completare il lavoro e per cercare di migliorare la mobilità del tratto ho effettuato delle mobilizzazioni usando la tecnica delle mobilizzazioni costali.

Valutazione Viscerale: ad una palpazione la cliente non presentava zone contratte, non lamentava nessun dolore. Solo un leggero fastidio a livello del diaframma sia destra che sinistra. Il movimento delle coste è buono ma non ampio, soprattutto nell'espirazione.

Dopo questa valutazione ho effettuato delle tecniche per mobilizzare il diaframma e per cercare di togliere la tensione attraverso la tecnica inibitoria da seduto ed tecniche osteopatiche linfatiche.

Concludo la seduta con un ascolto craniale.

3-Considerazioni finali

La cliente si era presentata abbastanza dolorante ma apprezzare anche i piccoli miglioramenti dopo la prima seduta fa davvero percepire che la strada intrapresa è davvero giusta.

Il percorso è ancora lungo, ma l'inizio è davvero incoraggiante.

In questo caso clinico ho solo accennato alle infinite correlazioni viscerali e strutturali che il nostro corpo possiede.

La cliente dopo queste sedute stava davvero meglio, la sensazione di benessere la mantenuta per più tempo ed abbiamo migliorato la qualità degli esercizi posturali che già facevamo quasi quotidianamente.

4-Bibliografia

- Anatomia umana: apparato locomotore di Werner Platzer
- Manipolazione viscerale 1 di J.P Barral
- Manipolazione viscerale 2 di J.P Barral

- Manuale di Trattamento Manipolativo Osteopatico di David R. Essing-Beatty, Karen M. Steele, Zachary Comeaux, William W. Lamley
- Appunti e lezioni Corso di osteopatia Fisiomedic Accademy Anni 2014-2017