

OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

***“OMT: UN APPROCCIO GLOBALE PER LA GLOBALITÀ DI
INTERVENTO NELL'INDIVIDUO CON LOMBALGIA”***

**CANDIDATO:
ARMANDO DE TATA**

ANNO ACCADEMICO 2015 / 2016

INDICE

Introduzione	pag 3
1. I cinque modelli osteopatici	pag 4
1.1 Modello biomeccanico	pag 6
1.2 Modello respiratorio-circolatorio	pag 6
1.3 Modello neurologico	pag 7
1.4 Modello metabolico-energetico.....	pag 7
1.5 Modello comportamentale	pag 8
2. La lombalgia “LBP.....	pag 9
2.1 Correlazione anatomica somato-viscere.....	pag 12
2.1.1 Addome	pag 12
2.1.2 Visceri	pag 12
2.1.3 Diaframma	pag 16
2.2 Componente neurologica: plesso lombare	pag 18
3. Caso clinico	pag 23
3.1 Valutazione osteopatica.....	pag 23
3.2 Trattamento osteopatico	pag 27
3.3 Valutazione finale post-trattamento	pag 29
4. Considerazioni finali	pag 30
Bibliografia.....	pag 31

INTRODUZIONE

Obiettivo di questa tesi, è di evidenziare un approccio di intervento verso quei pazienti che manifestano una sintomatologia algica, apparentemente connessa ad una problematica strutturale, e di analizzare il caso in una globalità di visione e di trattamento, valutando le eventuali correlazioni viscerali. Prenderemo in considerazione una lombalgia riferita dal paziente, in assenza di particolari patologie organiche, neurologiche e strutturali; per cui andremo a valutare ed analizzare i diversi fattori che potrebbero essere causa di tale episodio.

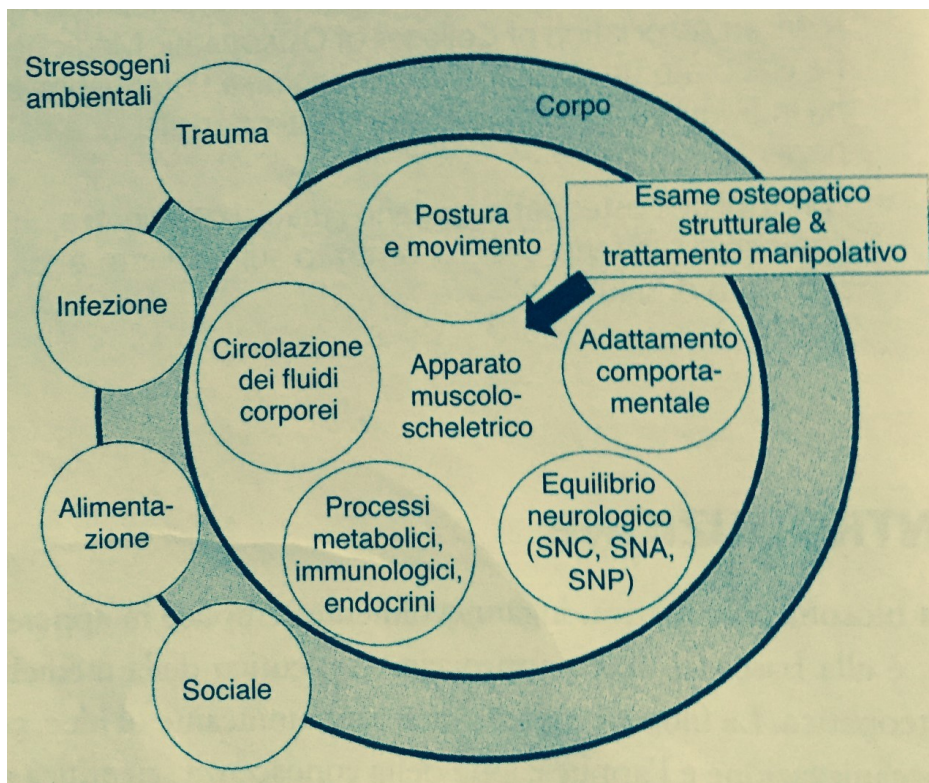
1. CINQUE MODELLI OSTEOPATICI NELLA VALUTAZIONE E NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE

La filosofia osteopatica è alla base del tipico approccio della medesima medicina; agisce come una serie unificante di idee per l'organizzazione e l'applicazione della conoscenza scientifica per la cura del paziente.

I punti di vista e gli atteggiamenti derivanti dai principi osteopatici, offrono un'importante modello per la risoluzione dei problemi clinici, il recupero, il mantenimento dello stato di salute e l'educazione del paziente.

Quando si segue una prospettiva orientata a uno stato di salute, è fondamentale evitare di concentrarsi su ciò che è disfunzionale, ma prendere atto dello schema fisiologico adattivo di risposta che può essere agevolato per migliorare la capacità del paziente di preservare o ripristinare una funzionalità, e uno stato di salute ottimale.

Sono stati quindi enunciati cinque modelli osteopatici, nati tra l'integrazione delle funzionalità corporee di base considerate in un contesto di sano adattamento alla vita e alle sue circostanze.



1.1 Modello biomeccanico

Il modello biomeccanico vede il paziente dal punto di vista strutturale o meccanico. Alterazioni nei meccanismi posturali, di movimento e nella compliance del tessuto connettivo, spesso ostacolano la funzionalità vascolare, linfatica e neurologica. Poichè l'integrità strutturale e le funzionalità del sistema muscolo-scheletrico sono interattive con le altre funzionalità, questo modello ritiene che un impedimento strutturale che provochi, o sia provocato da, una disfunzionalità muscolare, articolare e/o del tessuto connettivo, possa compromettere le strutture vascolari o neurologiche e influenzare i relativi processi metabolici.

1.2 Modello respiratorio-circolatorio

Accostarsi al paziente dal punto di vista del modello respiratorio-circolatorio, implica concentrarsi sui processi centrali e periferici coinvolti nell'interazione dinamica tra questi due sistemi, ovvero il flusso cerebrospinale, l'irrorazione arteriosa, il drenaggio venoso e linfatico e la funzionalità polmonare e vascolare. L'approccio di questo modello è mirato a massimizzare la capacità e l'efficienza delle medesime funzionalità al fine di raggiungere un potenziale omeostatico del paziente.

1.3 Modello neurologico

Questo modello valuta le compromissioni neurologiche causate, o che causano, risposte fisiopatologiche nelle funzioni strutturali, respiratorie-circolatorie, nei processi metabolici ed a livello comportamentale. Particolare importanza ha l'integrazione somato-viscerale. La finalità del trattamento in questo modello è il ripristino della normale attività neurologica. Anche in questo caso si punterà all'ottimizzazione omeostatica del paziente.

1.4 Modello metabolico-energetico

Il modello di energia metabolica riconosce che l'organismo cerca di mantenere un equilibrio tra produzione, distribuzione e dispendio di energia. Ciò include una valutazione e un trattamento tissutale e d'organo, correlati al fabbisogno energetico ed ai fattori stressogeni, oltre che all'integrazione neurologica, strutturale e posturale , respiratoria e circolatoria. Una disfunzione metabolica comporterebbe di gran lunga uno squilibrio omeostatico del paziente.

1.5 Modello comportamentale

Il modello comportamentale comprende maggiormente l'analisi di uno stato emotivo, legato a fattori esterni e stressogeni che rispecchiano le alterazioni nel paziente sui diversi sistemi fisiologici. Si ha quindi una concezione intera della persona; corpo mente e spirito.

Modello	Correlati anatomici	Funzioni fisiologiche
Biomeccanico	Muscoli posturali, colonna vertebrale ed estremità	Postura e movimento
Respiratorio-circolatorio	Ingresso toracico, diaframmi toracico e pelvico, tentorio del cervelletto, gabbia toracica	Respiro, circolazione, sistema venoso e drenaggio linfatico
Metabolico-energia	Organi interni, ghiandole endocrine	Processi metabolici, omeostasi, bilancio energetico, processi regolatori; attività immunologiche e infiammazione e riparazione; digestione, assorbimento dei nutrienti, eliminazione delle scorie; riproduzione
Neurologico	Capo (organi di senso speciali), cervello, midollo spinale, sistema nervoso autonomo, nervi periferici	Controllo, coordinamento e integrazione delle funzioni dell'organismo; meccanismi protettivi; sensazioni
Comportamentale	Cervello	Attività psicologiche e sociali, per esempio ansia, stress, lavoro, famiglia, abitudini come sonno, abuso di sostanze, attività sessuale, esercizio fisico, valori, atteggiamenti, convinzioni

2. LA LOMBALGIA “LBP”

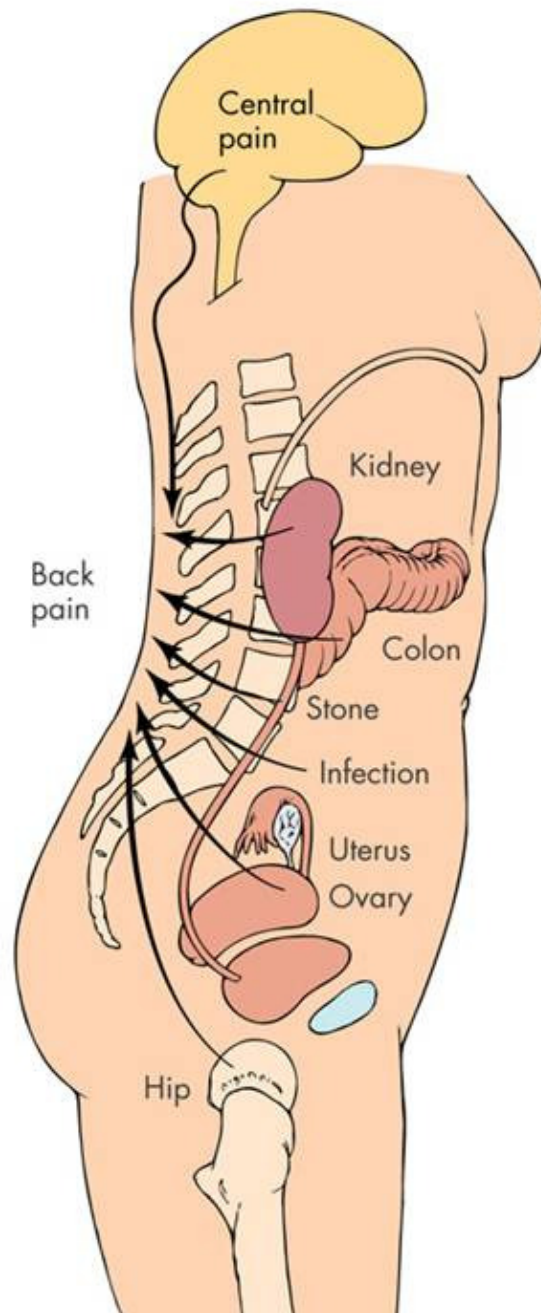
Le problematiche legate alla colonna vertebrale sono abbastanza comuni e frequenti. Il tratto lombare deve sopportare grossi compensi essendo posto tra due regioni poco mobili, la regione dorsale, con coste e cingolo scapolare, e il bacino. Grazie alla sua maggiore mobilità e adattabilità, ha proprio la funzione di compensare le rigidità delle zone vicine. Dal punto di vista osteopatico le disfunzioni nelle curve “mobili”, come appunto quella lombare, sono spesso adattamenti dovuti a compensi. La lombalgia non è un’entità clinica ma sintomo di affezioni diverse che hanno in comune la manifestazione dolorosa in sede lombare. Non è una sola, o meglio, non ha un’origine standard. Sotto il termine di lombalgia si raggruppano tutta una serie di mal di schiena che vanno dal “colpo della strega”, che è il tipico dolore acuto che insorge all’improvviso, spesso scatenato da uno sforzo come il sollevamento di un carico, alla lombalgia cronicizzata con dolore ben localizzato, trasversale nella parte lombo-sacrale, che talvolta si presenta con irritazione del nervo sciatico (lombosciatalgia) e che si acutizza in situazioni particolari come lo stare in piedi a lungo oppure con lo stare seduti in macchina per molto tempo, oppure con posture particolari. L’80% della popolazione almeno una volta nella vita è stata interessata da questo disturbo. Le cause sono

numerose, a volte non localizzate nella colonna lombare; in alcuni casi possono scatenare fenomeni di degenerazione discale che vengono spesso confusi con la causa della lombalgia.

La visione osteopatica, all'interno di una medesima valutazione approfondita, prevede di non fermarsi alla soppressione del sintomo, ma di fare una attenta valutazione e ricerca di quelle che potrebbero essere le cause. Tra le cause più diffuse della lombalgia nella pratica osteopatica troviamo: restrizioni di mobilità a livello del bacino, dell'anca, del ginocchio o della caviglia (catena ascendente); disfunzioni delle curve vertebrali come rettilinizzazione, l'iperlordosi, l'ipercifosi; discopatie; origini viscerali come la congestione pelvica o una problematica renale; origini muscolari come tensioni particolari di diaframma o psoas; aderenze dovute a cicatrici come nel cesareo. Tutto questo va contestualizzato nella quotidianità del paziente quindi col suo lavoro, con la sua alimentazione, col suo carico emotivo.

A fronte di una lombalgia ci possono essere anche cause (come artrite, spondilosi, patologie renali, condizioni reumatiche, tumori) che richiedono di essere riconosciute e indirizzate al giusto specialista.

In questi casi, il trattamento osteopatico può essere utile per far diminuire il dolore o lo stress che queste patologie comportano.



2.1. Correlazione anatomica somatica-viscerale

2.1.1 Addome

I circa 8 metri dell'intestino tenue sono sostenuti da una membrana chiamata *mesentere*. Se gli intestini tenui fossero rimossi con il mesentere attaccato, e l'intestino fosse messo in una linea, il mesentere si presenterebbe come una tendina lunga 15 cm, sospesa ad un bordo dell'intestino. Nel corpo, il bordo del mesentere, che non è attaccato all'intestino, è collegato e attaccato lungo una linea lunga 15 cm che corre dalla congiunzione *duodeno-digiunale* nel quadrante sinistro superiore dell'addome, fino alla *valvola ilio-cecale* nel quadrante destro inferiore. Tra questi due punti finali, i mesenterici si uniscono alla parete anteriore dell'addome attraversando il tratto lombare nella diagonale e anche la porzione superiore dell'articolazione sacro-iliaca destra unendosi a sacro e ilio. La linea diagonale di unione dei mesenterici alla parete anteriore dell'addome è chiamata *Radici dei Mesenterici*.

2.1.2 Visceri

Per visceri si fa riferimento agli organi addominali e toracici, e alle membrane connettivali che li avvolgono. Essi sono ancorati direttamente o indirettamente allo scheletro del tronco mediante il tessuto connettivo (legamenti e fasce); quando questo si muove insieme alla colonna vertebrale, i visceri lo seguono, vincolati come sono ad esso, e ne permettono i corretti movimenti. Quando invece si presenta una restrizione di mobilità, l'organo mette in tensione la propria struttura connettivale che lo inserisce allo scheletro,

impedendo un corretto movimento della colonna vertebrale. Gli organi altresì, sono costantemente messi in movimento dalla dinamica diaframmatica ad ogni atto respiratorio e quindi ne influenzano il meccanismo, e a loro volta ne vengono influenzati.

Gli organi sono dotati mobilità: sotto la spinta meccanica del diaframma gli organi addominali e toracici subiscono delle compressioni, una sorta di “effetto pompa”, che sono notevolmente benefiche per la salute degli organi stessi. Il diaframma infatti, ad ogni atto inspiratorio ed espiratorio spinge gli organi addominali, direttamente e indirettamente collegati ad esso, in basso, e li “ritira” verso l’alto durante ogni fase espiratoria.

D’ altro canto, ogni organo è dotato di una propria mobilità intrinseca, detta motilità, generata dalla memoria del movimento cellulare embriologico. In pratica questo movimento continua a ripetersi incessantemente durante tutta la vita in modo ritmico e, se armonico, è sinonimo di una buona vitalità dell’organo considerato.

In osteopatia si dice: il corpo aderisce alla lesione. Questo vuol dire che se, ad esempio, ho una tensione in qualche area dell’addome, tenderò a piegarmi su quell’area in una posizione di protezione, che viene detta appunto postura antalgica. Il corpo si avvolge intorno all’area tesa. Se questa postura permane nel tempo oltre un certo periodo, le strutture miofasciali si adattano a questa nuova situazione, creando una “restrizione” di mobilità che porta a delle limitazioni nei movimenti opposti. Diverse sono le motivazioni per l’assunzione di posture antalgiche

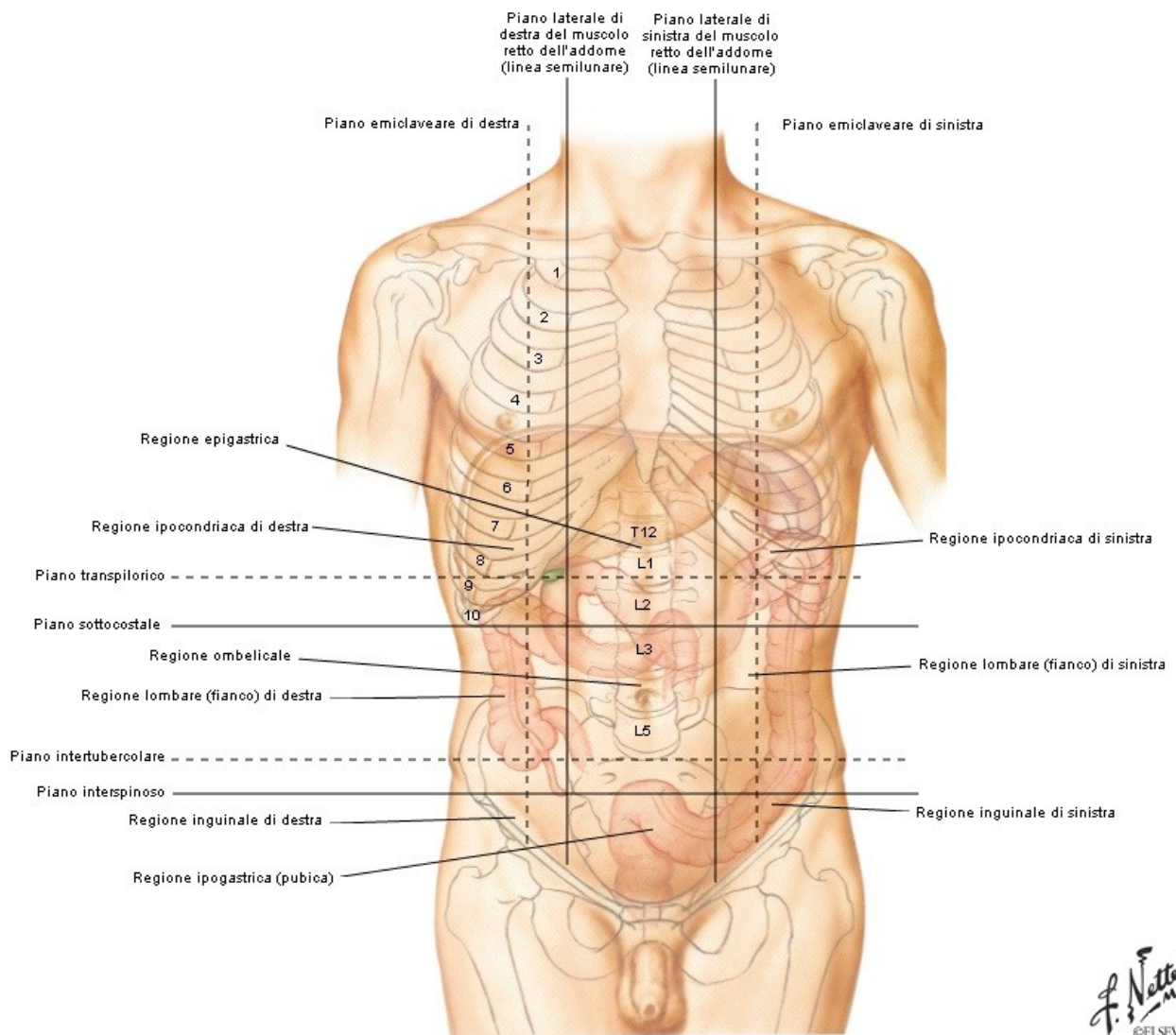
-pazienti affetti da esofagite, da reflusso o ernia iatale, che presentano una postura in chiusura anteriore con, associato, un incurvamento in avanti delle spalle: ciò comporta una impossibilità nel mantenere una posizione eretta ed a un sovraccarico dell'area dorsale con presenza di dolore;

-esiti di interventi chirurgici; può accadere che le cicatrici non guariscano in modo ottimale, portando alla presenza di aderenze anche profonde, che spesso non vengono notate, infatti nel punto dove viene fatta un'incisione non è solo la pelle ad essere tagliata, più tessuti in profondità vengono coinvolti (il corpo è costituito di strati di tessuti sovrapposti: la pelle, il grasso, la fascia connettivale, i muscoli, gli organi), e spesso accade che su un altro strato si vengano a creare delle aree di tensione importanti, spesso sottovalutate;

-infezioni da batteri o virus, possono danneggiare gli organi che vanno a coinvolgere, in particolare, la loro membrana di rivestimento; lo si può notare quando durante il trattamento viscerale la persona riprova le stesse sensazioni che ha avuto durante la malattia, ma ricevendone in seguito notevole sollievo;

-nei colpi di frusta, per esempio, gli organi detti "pieni" come il fegato o i reni, subiscono delle forze di pressione tali da creare delle restrizioni o, peggio, fissazioni, che come detto possono creare disturbi nell'organo nella sua fisiologia, e che si ripercuotono sui normali movimenti globali del corpo.

Regioni e piani dell'addome



2.1.3. Diaframma

“tutte le parti del corpo sono in relazione diretta o indiretta con il diaframma” A. Still

Il diaframma è conosciuto per la sua elevata posizione gerarchica nel sistema respiratorio, infatti è conosciuto come il muscolo primario della respirazione.

In realtà non è così monovalente, anzi, le sue azioni sono ben più particolari e articolate, infatti già dando un'occhiata alla sua topografia si può immaginare che funzioni potrebbe avere.

Il diaframma è studiato da molte correnti di pensiero, infatti questo muscolo è avvolto quasi da un alone di mistero dal momento in cui racchiude delle verità scientifiche e delle “verità” date più che altro dalle esperienze.

Un diaframma che lavora fisiologicamente dà benefici sorprendenti, le cui sfere di interesse sono:

- Benefici digestivi
- Massaggio viscerale
- Scarico delle tossine
- Nutrimento tissutale
- Irrorazione sanguigna
- Elasticità costo-vertebrale
- Mobilità cardiaca e polmonare
- Drenaggio profondo addominale e cranico
- Riequilibrio neurovegetativo e qualità del sonno

Ma le capacità del diaframma non si fermano qui, infatti data la sua posizione e le sue connessioni anatomiche risente delle nostre emozioni, ad esempio se pensiamo ad un forte spavento il diaframma si blocca e di conseguenza si blocca il respiro. Quindi le sensazioni che viviamo si ripercuotono inesorabilmente sul diaframma.

Il diaframma topograficamente lo troviamo pressoché al centro del tronco, la sua superficie ricopre tutta la cavità toracica dividendola così dalla cavità addominale.

Il diaframma è contenuto nell'ipocondrio di destra, nell'epigastrio e nell'ipocondrio di sinistra; la cupola diaframmatica è a livello della V costa, mentre l'emicupola di destra leggermente più alta rispetto alla sinistra per la presenza del fegato; sotto il diaframma abbiamo tutto il contenuto dell'addome, quindi fegato, intestino, stomaco, milza e altre componenti viscerali che si muovono insieme con esso, influenzati quindi dagli atti respiratori.



2.2. Componente neurologica: plesso lombare

La colonna è il sistema di protezione del midollo spinale. Fa parte del sistema nervoso centrale, ed ha inizio a livello della decussazione delle piramidi (*bulbo*) e termina rostralmente con il filum terminale o *cauda equina* (I-II lombare).

Accanto al midollo troviamo dei gangli (noduli che contengono i corpi cellulari di tipo nervoso sensoriale). Alcuni di essi rimangono vicino alla colonna centralmente o dorsalmente e sono i gangli ortosimpatici. Altri invece occupano una posizioni più vicina all'organo che innervano, e sono i gangli parasimpatici. I primi si ritrovano nella zona del cranio e il tratto cervicale, mentre i secondi li ritroviamo nel tratto dorsale e lombare.

I nervi spinali si formano dall'unione delle radici anteriori formate da fibre radicolari anteriori provenienti dalla testa del corno anteriore (che trasportano impulsi motori), e da radici posteriori formate dalle fibre centrali dei neuroni a T1, siti nel ganglio spinale (che trasportano impulsi sensitivi, viscerali e somatici provenienti dalla periferia). Il nervo spinale, una volta formatosi, si ridivide in due rami una volta uscito dal canale vertebrale. I rami anteriori si anastomizzano formando dei plessi (eccetto quelli toracici che decorrono isolatamente e non si intrecciano) e provvedono all'innervazione motoria e sensitiva della cute (sensibilità tattile epicritica, protopatica e dolorifica), dei muscoli e articolazioni (sensibilità propriocettiva) della regione anterolaterale del corpo. Tale sensibilità può essere cosciente o incosciente. Nel secondo

caso non arriva alla corteccia cerebrale e dà origine ad un'azione riflessa. I riflessi sono il primo livello dell'organizzazione motoria, tra questi ricordiamo il riflesso da stiramento.

Nel primo caso l'impulso arriva ai centri superiori dando origine alla sensibilità tattile e cinestetica (senso di posizione) e alla regolazione cosciente dei movimenti (aree motorie cerebrali e cervelletto), funzione importante nel mantenimento della postura.

Il plesso lombare fornisce l'innervazione sensitiva e motoria del basso addome e arto inferiore, dall'inguine al malleolo mediale.

Le radici anteriori dei primi quattro nervi lombari, con un ramo anastomotico del XII nervo toracico, formano il plesso lombare. Nello specifico:

-T12 L1

n ipogastrico

n inguinale

-L2

n cutaneo laterale del femore

n genitofemorale

radice superiore del n. otturatorio

radice superiore del n. femorale

-L3

radice media n. otturatorio

radice media n femorale

-L4

radice inferiore n. femorale

radice inferiore n. otturatorio

Il *nervo ileoipogastrico* si dirige in basso davanti al muscolo quadrato dei lombi e al muscolo trasverso dell'addome per poi dividersi in un ramo genitale (diretto ai genitali esterni) e un ramo cutaneo inferiore (diretto alla regione ipogastrica). Dal punto di vista motorio innerva i muscoli obliquo esterno, interno, trasverso, retto addominale e piramidale.

Il *nervo ileoinguinale* viaggia sotto al nervo ipogastrico percorrendo lo stesso tragitto. Giunto nei pressi della *SIAS* si divide in due rami per la cute della regione inguinale e dei genitali

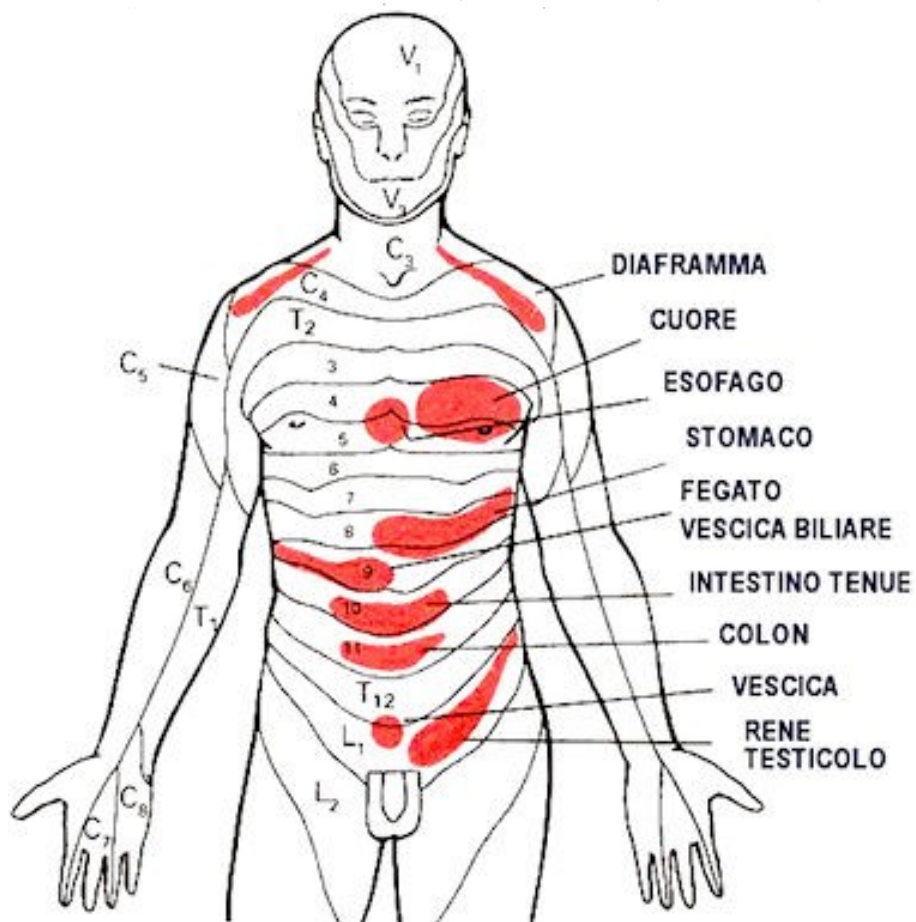
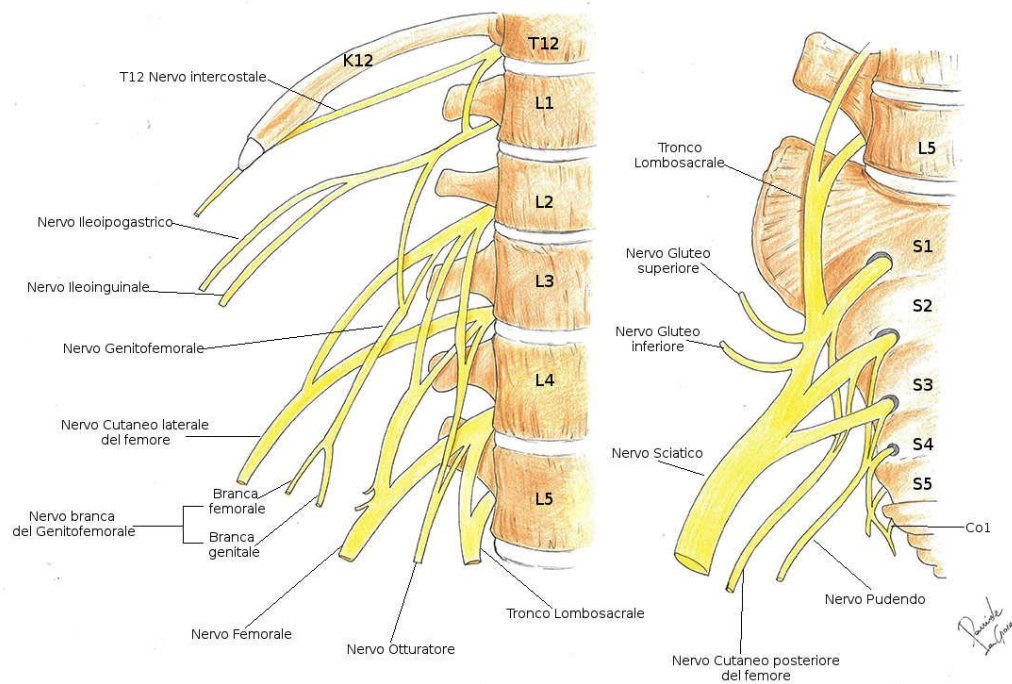
Il *nervo genitofemorale* passa attraverso il muscolo psoas e va verso il canale inguinale dove si divide in un ramo genitale per la cute dei genitali e nel ramo femorale che innerva la cute della regione antero-superiore della coscia.

Il *nervo cutaneo laterale del femore* è esclusivamente sensitivo, passa attraverso lo psoas, passa nella fossa iliaca e abbandona la pelvi al di sotto della *SIAS*. Qui si divide nel ramo gluteo che innerva la cute della natica, e nel nervo femorale che innerva la fascia anterolaterale della coscia

Il *nervo otturatorio* è un ramo terminale, le sue radici anteriori si riuniscono a livello dello *psoas*, il nervo passa sopra l'articolazione *sacroiliaca*, incrocia i vasi iliaci e raggiunge il canale otturatorio.

Termina poco dopo con i suoi rami muscolari per i muscoli adduttori e i rami cutanei per la faccia mediale della coscia e per il ginocchio. Alcuni rami vanno anche all'articolazione dell'anca e del ginocchio.

Il *nervo femorale* è anch'esso un ramo terminale, le radici anteriori da cui si forma si riuniscono a livello della V lombare. Scende accanto al muscolo *ileopsoas* fino al legamento inguinale passando accanto all'*arteria iliaca*: poi si divide nei suoi rami terminali: il *nervo muscolocutaneo laterale e mediale*, *nervo per il muscolo quadricipite* e il *nervo safeno*. I primi due innervano la faccia antero-mediale della coscia e sono nervi misti. Il secondo è solamente motorio e innerva il muscolo vasto mediale, laterale, intermedio e retto anteriore. Una paralisi di questo nervo (a questo livello o più in alto) provoca mancato funzionamento del muscolo quadricipite per cui la funzione del ginocchio è compromessa. Il terzo (safeno) è solo sensitivo e innerva la cute della faccia mediale della coscia e della gamba fino alla caviglia. È il nervo più cospicuo del plesso.



3. CASO CLINICO

Il paziente preso in esame per il seguente caso clinico, è un uomo di 43 anni senza particolari patologie strutturali, viscerali e neurologiche, che riferisce un dolore in sede lombare da circa 30 giorni; di seguito è riportata la valutazione globale del paziente con successivo trattamento osteopatico eseguito in due sedute, intervallate di una settimana.

3.1. Valutazione osteopatica

Data 16/09/2016

Anamnesi

Nome: Alessandro

Data di nascita: 1973

Professione: Autista - Corriere

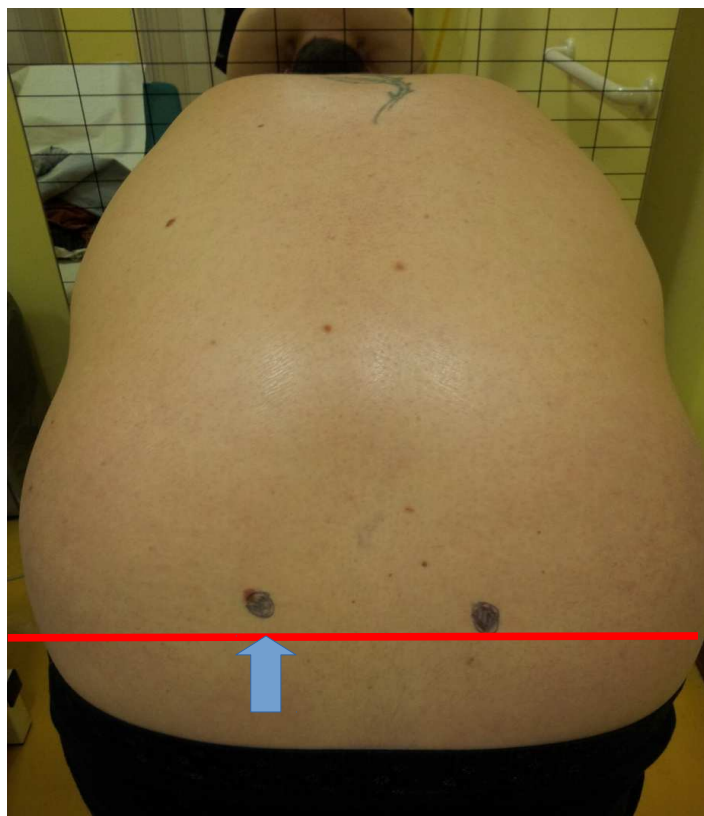
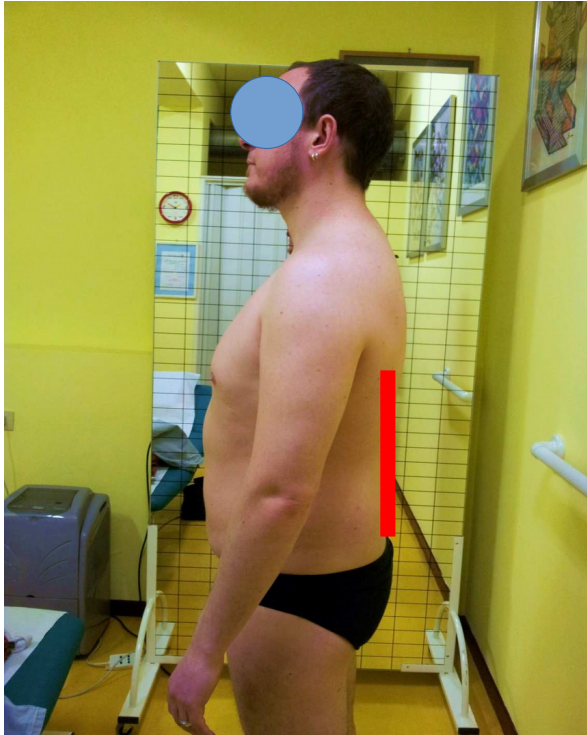
Motivo del consulto: il paziente riferisce di “sentire dolore nella zona lombare quando passa dalla posizione seduta a quella eretta, specialmente la mattina quando si sveglia”; riferisce dolore anche sul ginocchio sinistro. Durante la giornata questi dolori diminuiscono leggermente. E' da circa un mese che sono diventati cronici.

Dichiara:

- nessuna patologia nota
- nessun intervento chirurgico
- irregolarità intestinale (stipsi)
- assenza di diagnostica per immagini

Terapia in corso: Farmacoterapia (FANS)





Dalla valutazione in posizione ortostatica sono emerse diverse asimmetrie posturali con particolare rettilineizzazione del tratto lombare, e notevole asimmetria tra i due “*triangoli della taglia*”.

-**TFE:** positivo a sinistra

-**TFS:** negativo

Possiamo ipotizzare una **lesione osteopatica ilio-sacrale posteriore sx.**

Paziente supino:

valuto l'asimmetria dei malleoli e delle SIAS, la mobilità dei tubercoli pubici, e la differenza di peso tra le due gambe, percependo nella sinistra maggiore tensione muscolare. Emerge una tensione bilaterale del *muscolo iliopsoas*.

Valuto la mobilità articolare, in entrambe le gambe, della tibia e della testa peroneale: emerge una restrizione di movimento in posteriorità della testa peroneale sinistra.

Valuto le teste femorali ed emerge una restrizione di movimento in intrarotazione della testa femorale sinistra. Emerge una tensione bilaterale al *muscolo piriforme*.

Paziente prono:

valuto la mobilità sacrale che risulta nella norma; nella palpazione, emerge una forte tensione tissutale in sede lombare.

-**TEST DELLA SFINGE:** negativo

-**TEST GENOPIETTORALE:** positivo

Possiamo ipotizzare, una **lesione osteopatica L3 in ERS dx.**

3.2 Trattamento osteopatico

Il trattamento si sviluppa in maniera globale, andando inizialmente a ripristinare la mobilità articolare e le tensioni fasciali, per poi focalizzarmi sulle lesioni osteopatiche, utilizzando tecniche meno invasive (**MET, tecniche fasciali, tecniche articolatorie**), e, successivamente, tecniche dirette (**HVLA**).

-Partendo dalla posizione supina, inizio il trattamento dalla zona occipitale, in termini di ascolto *cranio-sacrale*, e di *release* dei *muscoli sub-occipitali*, con valutazione/trattamento della mobilità craniale.

-Successivamente mi concentro sul diaframma andando ad eseguire tecniche di detensionamento, per poi con tecnica fasciale, eseguire un approccio lombo-addominale, e focalizzare il trattamento sui quattro quadranti, nei quali emergono notevoli tensioni. Effettuo in successione tecniche fasciali e dirette sui seguenti segmenti: *sigma*, *angolo colico sx*, *angolo colico dx*, *valvola ileocecale*, *cieco*.

-Il trattamento prosegue con tecniche fasciali sul muscolo iliopsoas bilateralmente, e con tecniche articolatorie per ripristinare la mobilità nelle zone di maggior riferimento (sacro-iliaca, lombo-sacrale, coxo-femorale). Proseguo con trattamento fasciale della membrana interossea su entrambi gli arti inferiori e, successivamente, con decoaptazione ginocchio-caviglia, sempre bilateralmente.

-Utilizzo la tecnica diretta per ripristinare la mobilità della testa peroneale sinistra con restrizione in posteriorità, ed una tecnica **MET** per ripristinare la mobilità della testa femorale sinistra in extrarotazione.

-Ponendo il paziente in decubito laterale, eseguo inizialmente tecniche articolatorie di mobilizzazione dei processi trasversi e spinosi delle vertebre lombari, e, successivamente, tecniche fasciali.

-In posizione prona utilizzo tecniche fasciali su tutto il rachide. Successivamente eseguo la tecnica **MET** per ripristinare la mobilità dell'iliaco sinistro in posteriorità. Continuo il trattamento con tecnica *counterstrain* del muscolo piriforme (bilateralmente), e mobilizzazione della zona sacrale.

-Con il paziente posto di nuovo in decubito laterale, eseguo la tecnica **HVLA** per ripristinare la vertebra *L3* in restrizione di movimento. Dopo un accurato ripristino a livello globale, la tecnica diretta ha la sua efficacia solamente ponendo nei giusti parametri il paziente, senza applicare eccessiva forza.

-Riportando il paziente in posizione supina, effettuo la tecnica **DOG** sul segmento dorsale (*D5*); rivaluto tutti i parametri, e termino il trattamento con un ascolto *cranio-sacrale*.

3.3 Valutazione finale post-trattamento

Dopo due sedute di trattamento, a distanza di una settimana, la sintomatologia algica riferita inizialmente dal paziente è scomparsa.

Al termine del primo trattamento, dopo tre giorni, riferiva un miglioramento, ma ancora la presenza del dolore in sede lombare.

Nella seconda seduta di trattamento ho effettuato tecniche fasciali, focalizzandomi maggiormente in sede lombo-addominale, senza effettuare alcuna tecnica correttiva a livello strutturale, dal momento che tutti i parametri in disfunzione si erano ripristinati già dopo la prima seduta.

Dopo qualche giorno dal termine della seconda seduta, riferiva l' assenza completa del dolore. Oltre la scomparsa del sintomo, nota fondamentale, è stata la regolarizzazione dei processi biologici intestinali avuti nei giorni successivi ai trattamenti.

4. CONSIDERAZIONI FINALI

Il caso clinico in questione, rappresenta l'importanza della globalità di trattamento, e quindi di non soffermarsi alla sintomatologia localizzata e riferita dal paziente, ma di valutare le varie componenti che potrebbero essere correlate a “quel dolore”, in quella particolare zona del corpo.

Il caso clinico in questione ha evidenziato l'importanza di un ripristino delle funzioni biologiche rispetto alla problematica strutturale del dolore in sede lombare riferita dal paziente, e di come focalizzando il trattamento verso la parte viscerale, il dolore riferito inizialmente, sia scomparso dopo qualche seduta, ma non solo per aver corretto la lesione strutturale emersa in valutazione, ma in seguito ad un ripristino della funzione intestinale, che, probabilmente, influiva di gran peso sul quadro clinico che presentava.

L' utilizzo di un ragionamento osteopatico, in previsione di un medesimo trattamento, si avvale, appunto, dell'applicazione dei modelli osteopatici, affinché si raggiunga il più possibile uno stato di salute ottimale e di omeostasi: *non curare la persona, ma prendersi cura della persona.*

Bibliografia

-Fondamenti di medicina osteopatica

American Osteopathic Association, Casa editrice Ambrosiana 2015

a cura di Anthony G. Chila

-Anatomia Umana

Edizione “*Edises*” a cura di Prof. Luigi Cocco, Prof. Lucia Manzoli, Prof Giovanni Zummo

-Tecniche funzionali in osteopatia

Edizione “*Piccin*”, a cura di Ennio Ori

-I cinque modelli osteopatici

Edizione “*Masson-Edra*”, a cura di Tozzi P., Lunghi C., Fusco G.

-Manuale di TMO

Edizione “*Verduci*”, a cura di David R. Essig -Beatty, Karen M. Steele, William W. Lamley

Ringraziamenti

.....alla mia famiglia...

.....agli amici.....

...al Dott. Luca Bonadonna...

