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

EFFICACIA DEL TRATTAMENTO OSTEOPATICO NELLA LOMBALGIA CRONICA

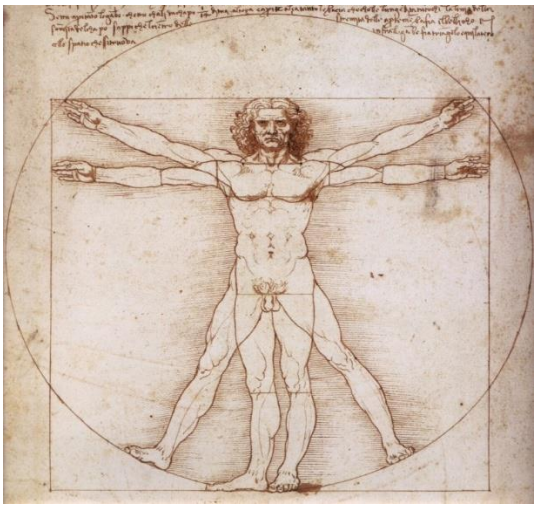
DISFUNZIONE LOMBOSACRALE

(L4-L5, L5-S1)

Direttore:
Dott. Luca Bonadonna

Candidato:
Domenico Schiano

ANNO ACCADEMICO 2016/2017



INDICE

Introduzione

I – LA LOMBALGIA

1.1.1 Lombalgia Acuta
1.1.2 Lombalgia cronica
1.2.0 Epidemiologia
1.3.0 Cause
1.4.0 Sintomi
1.5.0 Diagnosi
1.6.0 Terapie
1.7.0 Il trattamento osteopatico
1.8.0 Prevenzione

II – CASO CLINICO

2.1 Dati personali
2.1.1 Diagnosi clinica
2.1.2 Anamnesi
2.1.3 Esame obiettivo
2.1.4 Esame obiettivo specialistico
2.2 Valutazione osteopatica
2.2.1 Diagnosi osteopatica
2.2.2 Trattamento osteopatico
2.2.3 Risultati trattamento
2.3. Conclusioni

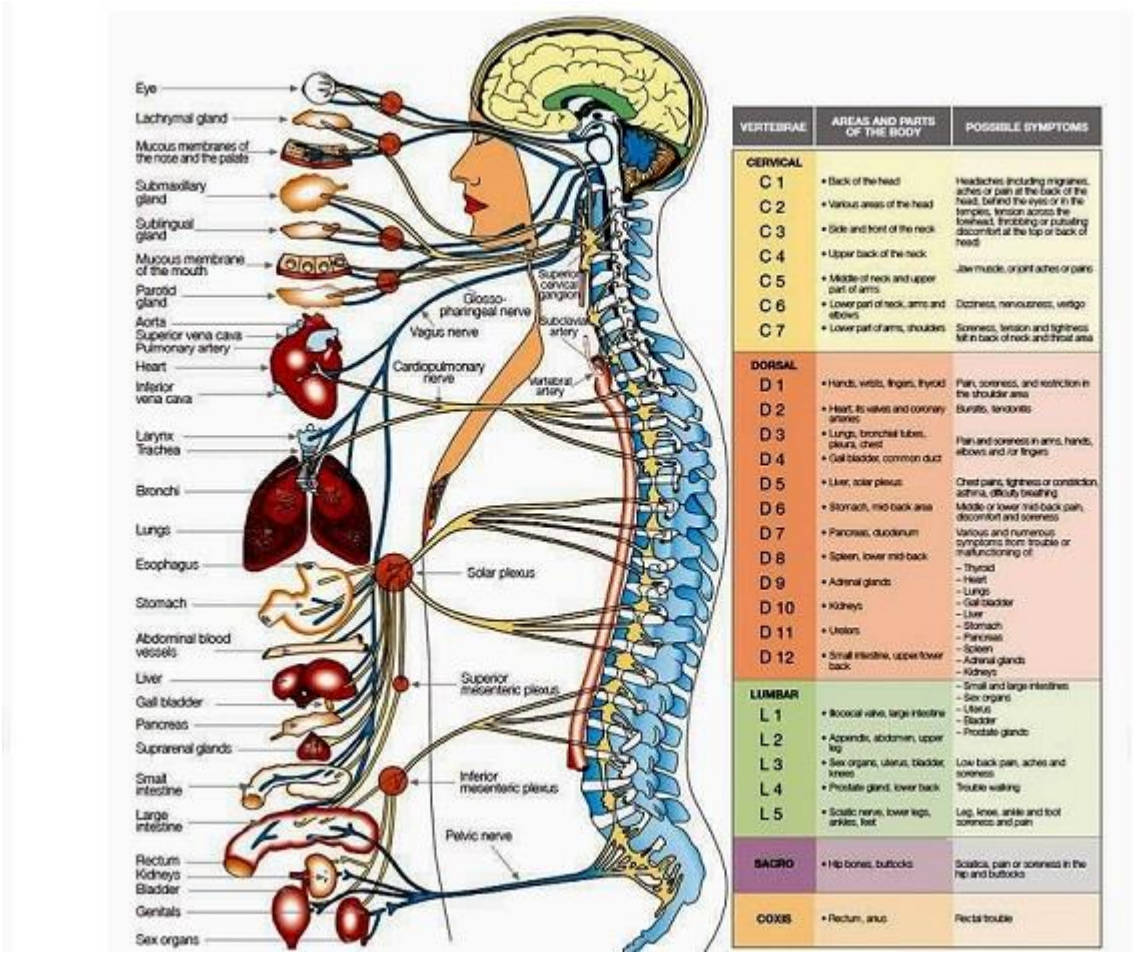
INTRODUZIONE:

L’aspetto essenziale per garantire una buona condizione di salute è, senza dubbio, la libertà di movimento di ogni struttura del nostro corpo.

Sempre più spesso conviviamo con dolori fissi, subdoli che non danno tregua, dolori non eccessivi ma costanti che non migliorano col passare del tempo.

Generalmente sono localizzati a livello della colonna, dalla parte lombare fino ad arrivare alla zona cervicale.

Il Sistema Muscolo Scheletrico, insieme agli organi interni, sono avvolti dalla “fascia”, un particolare tessuto connettivo, che collega direttamente l’insieme dei visceri alla colonna stessa e a tutto il sistema scheletrico.



VERTEBRAE	AREAS AND PARTS OF THE BODY	POSSIBLE SYMPTOMS
CERVICAL		
C 1	• Back of the head	Headaches (including migraines, aches or pain at the back of the head, behind the eyes or in the temples, tension across the forehead, throbbing or pulsating discomfort at the top or back of head)
C 2	• Various areas of the head	
C 3	• Side and front of the neck	
C 4	• Upper back of the neck	Jaw muscle, or joint aches or pains
C 5	• Middle of neck and upper part of arms	
C 6	• Lower part of neck, arms and elbows	Dizziness, nervousness, vertigo
C 7	• Lower part of arms, shoulders	Soreness, tension and tightness felt in back of neck and throat area
DORSAL		
D 1	• Hands, wrists, fingers, thyroid	Pain, soreness, and restriction in the shoulder area
D 2	• Heart, its valves and coronary arteries	Bursitis, tendonitis
D 3	• Lungs, bronchial tubes, pleura, chest	Pain and soreness in arms, hands, elbows and /or fingers
D 4	• Gall bladder, common duct	
D 5	• Liver, solar plexus	Chest pains, tightness or constriction, asthma, difficulty breathing
D 6	• Stomach, mid-back area	Middle or lower mid-back pain, discomfort and soreness
D 7	• Pancreas, duodenum	Various and numerous symptoms from trouble or malfunctioning of:
D 8	• Spleen, lower mid-back	– Thyroid – Heart – Lungs – Gall bladder – Liver – Stomach – Pancreas – Spleen – Adrenal glands – Kidneys
D 9	• Adrenal glands	
D 10	• Kidneys	
D 11	• Ureters	
D 12	• Small intestine, upper/lower back	
LUMBAR		– Small and large intestines – Sex organs – Uterus – Bladder – Prostate glands
L 1	• Ileocecal valve, large intestine	
L 2	• Appendix, abdomen, upper leg	
L 3	• Sex organs, uterus, bladder, knees	Low back pain, aches and soreness
L 4	• Prostate gland, lower back	Trouble walking
L 5	• Sciatic nerve, lower legs, ankles, feet	Leg, knee, ankle and foot soreness and pain
SACRO	• Hip bones, buttocks	Sciatica, pain or soreness in the hip and buttocks
COXIS	• Rectum, anus	Rectal trouble

Il dolore che si avverte però non è sempre la conseguenza di un problema articolare o muscolare ma, a volte, può dipendere da un problema allo stomaco, del fegato oppure del colon e degli altri organi interni in generale.

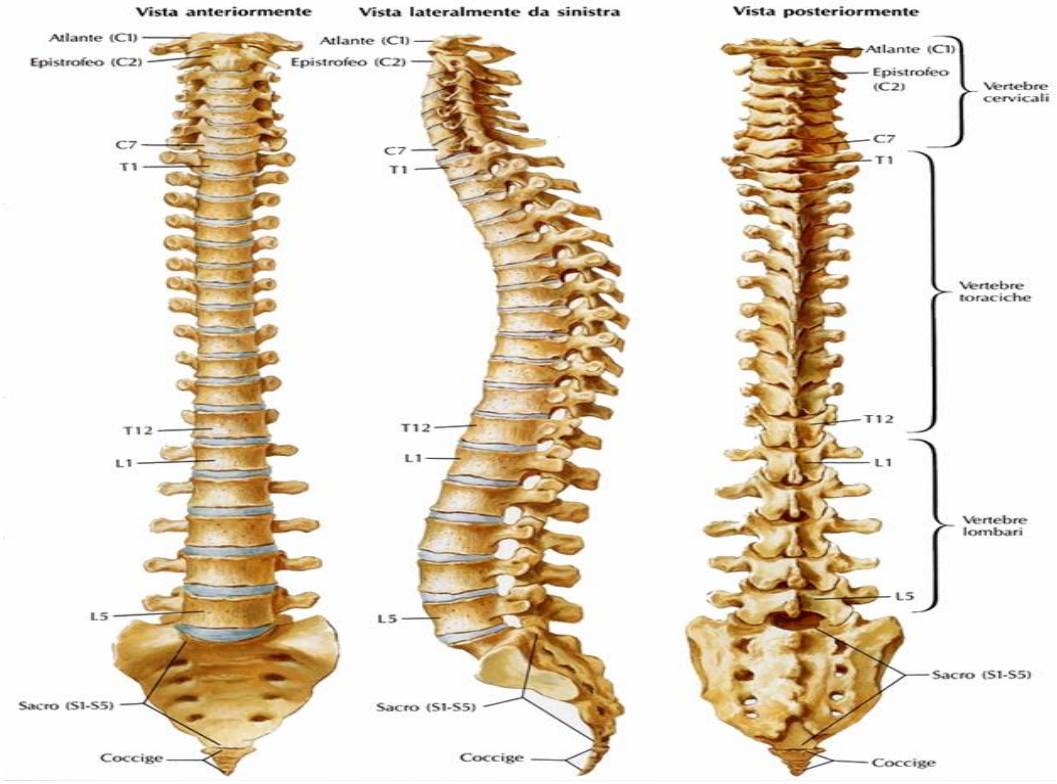
Abbiamo notato che una condizione di sofferenza degli organi interni può determinare la modificazione morfologica della colonna fino a ridurne la mobilità e spesso ne consegue uno spostamento del baricentro.

Le ragioni per cui un dolore viscerale si trasmette sul Sistema Scheletrico possono essere molteplici, la più intuitiva è di origine meccanica in quanto i visceri sono ancorati su diverse zone della colonna vertebrale.

Il persistere della disfunzione trasmette una sensazione di rigidità alla colonna per tutto il giorno, il quale diventa stabile indipendentemente dal movimento e dalla posizione assunta; ecco quindi che quel dolore fastidioso che avvertiamo alle spalle può non dipendere dalle articolazioni, ma è la conseguenza di una forte trazione a cui queste zone sono sottoposte a causa dell'infiammazione costante, per esempio, del colon.

La conoscenza e la consapevolezza di queste dinamiche è di fondamentale importanza, in quanto cambia la cura in funzione della causa primaria.

1.0 LOMBALGIA



Si definisce lombalgia un dolore o fastidio localizzato nella parte distale del dorso e della colonna, con o senza irradiazione agli arti inferiori. La lombalgia è un sintomo che può avere diverse cause. A seconda della gravità e della durata, può interferire pesantemente con le capacità lavorative e con la qualità della vita del paziente. È un disturbo estremamente frequente in età adulta, con massima incidenza in soggetti di 40-50 anni di entrambi i sessi. Circa l'80% della popolazione ne è colpito almeno una volta durante la vita. Può presentarsi in forma **acuta**, **subacuta** e **cronica**, con diversi gradi di disabilità.

È tra le più frequenti cause di assenza dal lavoro ed ha perciò un'elevata incidenza socio-economica.

Si distingue in due grandi gruppi, a seconda che derivi o meno dai segmenti ossei sovrapposti (le vertebre) che la compongono:

- di origine **vertebrale**
- di origine **extravertebrale**

Appartengono al primo gruppo le forme da patologie congenite, tra cui:

- sacralizzazione dell'ultima vertebra lombare, la quinta(L5), che in questo caso risulta fusa con la prima vertebra sacrale (S1).

- spondilolisi, ovvero la mancata fusione di parte dell'arco posteriore di una vertebra
- spondilolistesi, quando avviene lo scivolamento in avanti di un corpo vertebrale
- sinostosi, deformità congenita dovuta alla fusione di due o più vertebre;

e le forme, molto più frequenti, da patologie acquisite:

- processi degenerativi, tra cui discopatie, stenosi del canale etc
- malattie reumatiche
- infezioni
- neoplasie
- traumi
- turbe metaboliche e del turnover osseo

Nel gruppo delle lombalgie extravertebrali figurano quelle da cause neuromeningee, viscerali (gastrointestinali, urologiche e ginecologiche) e vascolari (aneurisma dell'aorta addominale).

Lombalgie particolari sono quelle da cause generali, quali stati febbrili, influenza, raffreddamento (lombalgia "a frigore"). Più cause di lombalgia possono coesistere nello stesso soggetto.

1.1.1 Lombalgia acuta. Si instaura improvvisamente, spesso senza causa apparente. I meccanismi che la provocano possono essere discogeni (dovuti alla distensione acuta dell'*anulus* spesso conseguente a fenomeni di senescenza), o legati alla distorsione delle articolazioni interapofisarie. Nella distensione acuta dell'*anulus* il dolore è determinato dalle irritazioni delle terminazioni sensitive (dell'*anulus* stesso e del legamento longitudinale posteriore), stirate dalla spinta esercitata dal nucleo polposo in occasione di uno sforzo. Il riposo riduce la pressione esercitata sul nucleo, che così riacquista la primitiva morfologia. Nella distorsione delle articolazioni interapofisarie il dolore è generato dalla lacerazione della capsula che riveste le articolazioni, in seguito a movimenti di rotazione del tronco (con conseguente sublussazione dell'articolazione). Il

dolore lombare e la contrattura muscolare sono molto intensi e vengono esacerbati anche da minimi movimenti, come quelli della tosse. La sintomatologia regredisce nell'arco di pochi giorni con il riposo e la terapia medica. Quando ciò non accade, può evolvere nel quadro clinico della lombosciatalgia, oppure sfuma nella forma cronica.

1.1.2 Lombalgia cronica. Può esordire come tale oppure rappresentare la cronicizzazione di un quadro acuto, intervallato da periodi più o meno lunghi di benessere. Più frequenti delle forme acute, divengono spesso esasperanti per il loro protrarsi nel tempo. Si distinguono forme artrogene, da instabilità vertebrale (dovute a senescenza del disco), tumorali, infiammatorie, infettive ed infine idiopatiche. La forma idiopatica è tipica dei soggetti giovani. Data l'efficacia della ginnastica posturale, si pensa che il dolore sia dovuto a difetti posturali assunti durante l'attività lavorativa oppure a scarsa mobilizzazione del rachide o a sforzi fisici effettuati scorrettamente. In molti casi è identificabile una componente psicogena.

1.2-EPIDEMOLOGIA

Le cause del dolore lombare sono numerose. Alcuni studi hanno evidenziato che solo il 20% delle lombalgie è provocato da un problema specifico della colonna vertebrale (patologie rachidee); il restante 80% è provocato da cause non specifiche quali posture e movimenti scorretti, stress psicologici, forma fisica scadente ed eccesso di peso corporeo.

1.3.CAUSE

Una delle cause più comune di lombalgia (oltre il 90% dei casi) è la **degenerazione dei dischi intervertebrali**, specie tra quarta e quinta

vertebra lombare (L4-L5) e tra quinta vertebra lombare e prima sacrale (L5-S1).

Discopatia degenerativa e artrosi

Con il termine **discopatia degenerativa** si indica l'insieme dei processi regressivi a cui spesso va incontro il tessuto discale nel corso della vita e che porta ad un progressivo decadimento delle sue proprietà morfostrutturali e funzionali.

In particolare si assiste alla degradazione degli amino zuccheri (mucopolisaccaridi), con riduzione del contenuto idrico, alterazione del collagene e diminuzione dell'altezza, resistenza ed elasticità dei dischi, da cui consegue, con il passare del tempo, un'instabilità segmentaria di vario grado, tale da alterare i rapporti intersomatici vertebrali (cosiddetta pseudo spondilolistesi). Non di rado si formano fissurazioni radiali dell'anello fibroso, con possibile sviluppo di ernie discali.

Nello sviluppo della comune discopatia degenerativa e dell'artrosi che ne consegue il fattore di base più importante è certamente l'**invecchiamento**, oggi prolungato dall'aumento della durata media della vita ma già presente in età adulta. I confini tra invecchiamento tissutale fisiologico e patologico (artrosi) sono mal definiti, poichè in entrambi si riscontrano alterazioni metaboliche e strutturali simili.
In alcuni soggetti, per cause genetiche, tali processi possono manifestarsi prima: vere e proprie ernie dei dischi lombari possono manifestarsi in anticipo, sia pure eccezionalmente, nell'infanzia e nell'adolescenza, per un probabile difetto genetico del tessuto connettivo. È nota infatti da tempo una certa familiarità sia per l'artrosi che per l'ernia del disco.

I **fattori meccanici**, sia statici che dinamici, concorrono al processo di degenerazione discale, accentuandone le conseguenze.

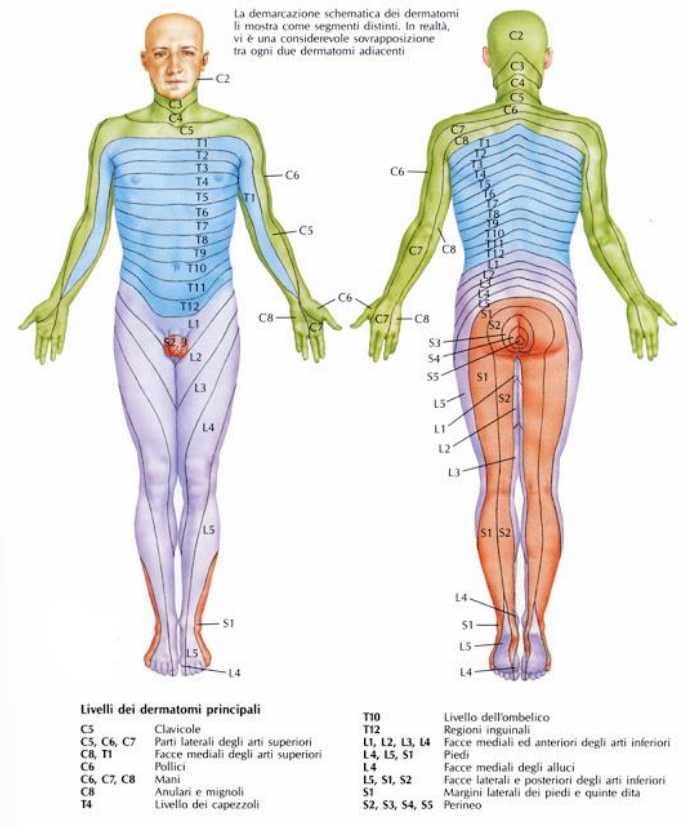
I fattori dinamici (legati al movimento) sembrano avere un'importanza nettamente prevalente rispetto a quelli statici (legati alla forza di gravità). Di ciò si ha conferma nel fatto che la lombalgia è comune anche in soggetti magri e che patologie vertebrali del tutto simili a quelli dell'uomo (artrosi deformante, ernia del disco) si riscontrano negli animali

quadrupedi, nei quali la colonna ha una disposizione orizzontale. Non è pertanto sostenibile che la lombalgia sia il prezzo che la specie umana deve pagare per aver assunto la posizione eretta.

La spiegazione del **dolore lombare** viene fornita dalle conoscenze di neuroanatomia. Per effetto delle fissurazioni radiali, irradiate posteriormente alla superficie dei dischi, sporgenti e rigonfi per la loro riduzione in altezza, o anche per la presenza di una loro protrusione, le diramazioni sensitive del nervo seno-vertebrale di Luschka vengono irritate o stirate.

Il dolore prodotto dalla stimolazione meccanica nervosa e dalla conseguente flogosi locale è causa di spasmo muscolare riflesso, per impulsi che giungono ai muscoli paravertebrali attraverso la branca laterale dei rami spinali posteriori.

Livelli di dermatomi principali

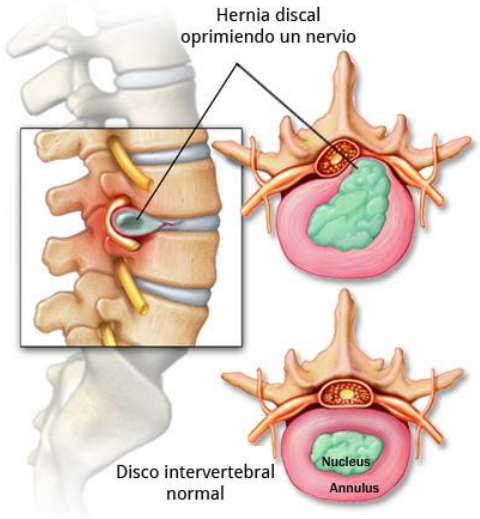


1.4 SINTOMI

Il sintomo principale della lombalgia acuta riguarda la **comparsa di un dolore intenso e improvviso** a seguito di un movimento brusco o di uno sforzo consistente che ha interessato la schiena. Tra i sintomi principali della lombalgia acuta viene annoverato il classico **colpo della strega** in cui una **contrattura muscolare improvvisa** impedisce al soggetto colpito di riprendere la posizione eretta in breve tempo, come invece dovrebbe normalmente accadere.

Un episodio di lombalgia acuta è accompagnato dalla comparsa improvvisa e spontanea, non necessariamente dopo un grande sforzo ma anche a seguito di un movimento banale, di un dolore violento nella regione lombare. Il dolore può sembrare così intenso da dare la **sensazione di essere stati trafitti alla schiena**.

Il dolore tipico della lombalgia acuta può non limitarsi alla zona lombare, ma irradiarsi verso i fianchi e i glutei. Il dolore **può bloccare completamente la schiena** e impedire i movimenti.



1.5 DIAGNOSI

Per la valutazione dell'origine della lombalgia è molto importante la raccolta da parte del medico di un'accurata **anamnesi** (storia clinica), diretta in particolare ad escludere malattie degli apparati digerente ed urogenitale.

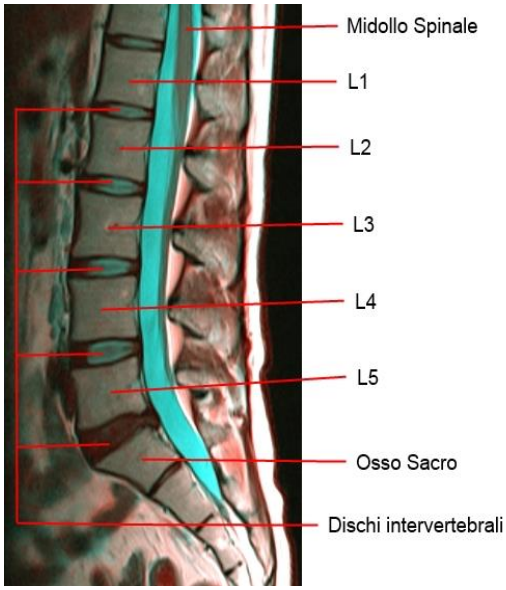
Si dovranno valutare sia la sede e le caratteristiche del **dolore**, sia le modalità d'insorgenza: nelle comuni forme vertebrali è tipico rilevare un'accentuazione del dolore in stazione eretta, nei movimenti del tronco e nel trasporto di pesi, e si assiste ad una sua esacerbazione con i colpi di tosse e di starnuto.

Nelle lombalgie "da sforzo", allo sforzo va assegnato il ruolo di elemento rivelatore di preesistenti alterazioni vertebrali, per lo più di tipo degenerativo o rachiartrosico.

Indagini strumentali, quali esame radiografico, Risonanza magnetica nucleare e Tomografia assiale computerizzata, trovano indicazione soltanto nei casi di lombalgia più grave o di dubbia natura, nelle recidive e nei pazienti con associata irradiazione del dolore agli arti inferiori.

Nella valutazione di queste indagini si deve sempre tener conto del fatto che immagini indicative di degenerazione discale, artrosi intersomatica ed apofisaria, conseguenza di instabilità segmentaria vertebrale e/o di sovraccarico meccanico, sono molto comuni anche in pazienti asintomatici.

Foto con colonna RM e RX



1.6 TERAPIE

T. FARMACOLOGICO- Nella **l**ombalgia acuta è utile la somministrazione di **farmaci** per via generale (analgesici tipo paracetamolo, antiinfiammatori non steroidei - Fans, miorilassanti).
I Fans possono agire anche per via transcutanea (ionoforesi, cerotti medicati).

T. FISIOTERAPICO- Nelle lombalgie croniche svolge un ruolo importante la **terapia fisica o fisioterapia** (Tecar, Laserterapia ,TENS, ecc.).

T.OSTEOPATIACO- il trattamento osteopatico prevede una presa globale della persona e trattata nella sua totalità per poi arrivare al centro del problema.(vedi 7.0)

T. MASSOTERAPICO- Un rilassamento muscolare antalgico può essere ottenuto con il massaggio manuale o mediante bagni in piscina termale, in associazione o meno a fangature. Le mobilizzazioni del rachide richiedono estrema cautela, per il pericolo di ernia discale. Efficaci, anche se poco attuate, le trazioni vertebrali.

T. INIETTIVO - Forme particolari di trattamento, in caso di inefficacia dei comuni mezzi medicamentosi e fisici, sono quelle mediante agopuntura e mediante iniezioni di corticosteroidi in sede epidurale o interapofisaria articolare. La cura con iniezioni intramuscolari paravertebrali di una miscela di ossigeno ed ozono non ha basi scientifiche e la loro efficacia non è supportata in letteratura da studi controllati.

T. POSTURALE- La ginnastica vertebrale è finalizzata al potenziamento dei muscoli deputati alla stabilità rachidea (sacrospinali, addominali e glutei) e contribuisce a vincere la paura del movimento.

Nelle lombalgie secondarie a patologie vertebrali ben definite, quali ernia del disco, scoliosi e spondilolistesi, possono rendersi necessari interventi chirurgici ortopedici (erniectomia, correzione e stabilizzazione strumentata delle deformità).

Nelle forme di discopatia degenerativa cronica altamente invalidante sono stati recentemente introdotti vari modelli di protesi discale, che però non sono esenti da insuccessi e complicazioni anche gravi.

Per il trattamento delle lombalgie di origine extravertebrale, da patologie neuromeningee, vascolari e degli apparati digestivo ed urogenitale, si richiede l'intervento specialistico.

1.7 TRATTAMENTO OSTEOPATICO

La Medicina manuale Osteopatica è definita come una pratica esclusivamente manuale che mira ad identificare e trattare un'alterata mobilità articolare o tissutale all'interno di un concetto di globalità corporea, ovvero si occupa di un disturbo benigno, meccanico e/o riflesso di un'articolazione della colonna vertebrale, degli arti, dei visceri e/o dei tessuti molli cercando di abolire o ridurre una sintomatologia locale e/o a distanza provocata da tali disfunzioni. A partire da questa definizione, è possibile evidenziare alcune delle caratteristiche cliniche che caratterizzano il TO, tenendo conto che la terapia osteopatica prevede sempre un approccio personalizzato ed una scelta di tecniche più indicate per il disturbo del paziente al momento della osservazione. Tali tecniche non sono mai avulse da un concetto di trattamento generale e sempre tengono conto della diagnosi clinica medica.

- Manipolazioni, ovvero manovre articolari ad alta velocità e bassa ampiezza o a leve corte, che provocano fenomeni di cavitazione tra le faccette articolari, modulando l'azione dei riflessi miotatici (Vautravers P, Garcia JL. Lecocq J, Maigne JY; Ed. Springer 2001)

- Tecniche ad energia muscolare di Mitchell e tecniche Strain-Counter di Jones applicabili in caso di alterazioni muscolo scheletriche e con buoni risultati in caso di lombalgia cronica (Bonneau D, Ed. Sauramps; 2005)

- Tecniche cranio-sacrali, che sfruttano l'impulso ritmico cranico e la mobilità delle ossa del cranio per approcciare problemi muscolo scheletrici, nevralgie e disturbi digestivi. Sebbene esistano alcuni articoli dedicati allo studio dell'impulso ritmico cranico che dovrebbe essere indipendente

1.8 PREVENZIONE

La comune lombalgia degenerativa, anche detta aspecifica, risulta per sua natura difficile da prevenire.
Una prevenzione indiretta può essere fatta attraverso la correzione di eventuali alterazioni croniche della statica vertebrale (scoliosi, iperlordosi lombare, spondilolistesi), la correzione di difetti posturali e di dismetrie degli arti inferiori (fattori di rischio).

Si deve raccomandare di **evitare il sollevamento di pesi** ad arti inferiori estesi, incoraggiando invece il piegamento sulle ginocchia qualora si debba sollevare un peso. Allo steso modo è da evitare l'esecuzione di ripetuti movimenti torsionali del tronco.

Non vi è alcuna evidenza pro o contro l'uso di tipi specifici di sedie o materassi (per questi ultimi meglio comunque una durezza media).

1.1.1.1 La prevenzione in età scolare

A scuola è raccomandabile che l'altezza del banco sia tale da non obbligare il bambino o l'adolescente a sedere con la colonna atteggiata in cifosi a largo raggio. Lo stesso per quanto riguarda, a casa, l'altezza della scrivania.

Zainetti e cartelle vanno portati in modo da evitare pesi eccessivi e soprattutto un carico rachideo asimmetrico.
Se usato correttamente e se non è troppo pesante, lo zaino non fa male: è bene stringere le cinghie in modo che aderisca al dorso e non rimanga staccato nella parte alta. Se lo zaino ne è provvisto, è utile anche la cinghia lombare: ben regolata, consente di scaricare circa un terzo del peso dello zaino direttamente sul bacino. Se i libri e i materiali da portare sono però eccessivamente pesanti, è preferibile l'uso di una cartella-trolley.

1.1.1.2 La prevenzione in età lavorativa

La **postazione di lavoro** deve essere adattata all'altezza del soggetto ed alle sue mansioni specifiche. Nella posizione seduta protratta si deve favorire il mantenimento della fisiologica lordosi lombare, magari con il supporto di un cuscino tra cute e schienale, avendo cura di cambiare spesso attivamente la posizione (autocontrollo). I sedili delle automobili

sono da tempo conformati in maniera tale da favorire una corretta postura.

Si raccomandata di praticare una regolare quotidiana **attività fisica** mediante passeggiate, esercizi, bicicletta, sport, al fine di mantenere l'efficienza della muscolatura vertebrale, addominale e glutea e ridurre le recidive della lombalgia

2.0 CASO CLINICO

Nome : Marinella

Cognome: Rosoni

Età: 56

Professione: Operaia

Diagnosi: Lombalgia Cronica, Colon irritabile.

2.1.1 Diagnosi Clinica

Lombalgia Cronica
PRESCRIONE MEDICA: Ciclo di fisioterapia, Muscoril-Voltaren al bisogno.

2.1.2 Anamnesi

Motivo della consultazione*:* Lombalgia con difficoltà ad alzarsi dalla sedia e a flettersi per raccogliere oggetti da terra

Da quanto ne soffre: Da circa dieci anni a fasi alterne

Accentuazione caldo/freddo: aumenta col freddo e in posizione eretta

Tipo di dolore: Circoscritto a livello lombare

Irradiazione: Nessuna

Grado di dolore: 8 (da 1 a 10)

Patologie note: Nessuna

Interventi chirurgici: Nessuno

Eventi traumatici: Nessuno

Terapie in atto: Voltaren e Muscoril al bisogno

Allergie note: Nessuna

Sport praticati: Nessuno

Problemi gastro/intestinali: Colon irritabile

Qualità del sonno: Soddisfacente

2.1.3 Esame Obiettivo

La paziente, con evidente sovrappeso, non evidenza sul piano frontale deviazioni o asimmetrie. Le spalle sono alla stessa altezza, i triangoli della taglia sono uguali, la S.I.A.S. di sinistra è leggermente più alta rispetto la controlaterale. Sul piano sagittale vi è una diminuzione della lordosi lombare. Sul piano orizzontale non ci sono rotazioni e le spalle sono simmetriche. Durante i movimenti attivi del tronco nei tre piani di movimento risulta una limitazione nella flessione anteriore colonna lombo-sacrale. Durante i movimenti attivi di rotazione e flessione laterale del tronco la paziente riferisce delle tensioni ai muscoli lombari piu accentuati a dx.

2.1.4 Esame obiettivo specialistico

TEST DI LASEGUE: Negativo sx e dx (test per ernie o protrusioni a livello di L3-L4, L4-L5,L5-S1)

SEGNO DI WASSERMANN: Negativo (test significativo solo per ernie discali o protrusioni discali che comprimono le radici nervose tra L1-L2, L2-L3, L3-L4)

Come da prescrizione il paziente ha effettuato, prima di giungere presso lo studio, diversi trattamenti fisioterapici alla colonna lombare per un periodo di tre mesi circa: Massoterapia, Ultrasuoni, Tecarterapia, Tens, diversi cicli di rieducazione posturale metodo Mezieres ; i benefici sono stati parziali e hanno attenuato il dolore per qualche settimana.

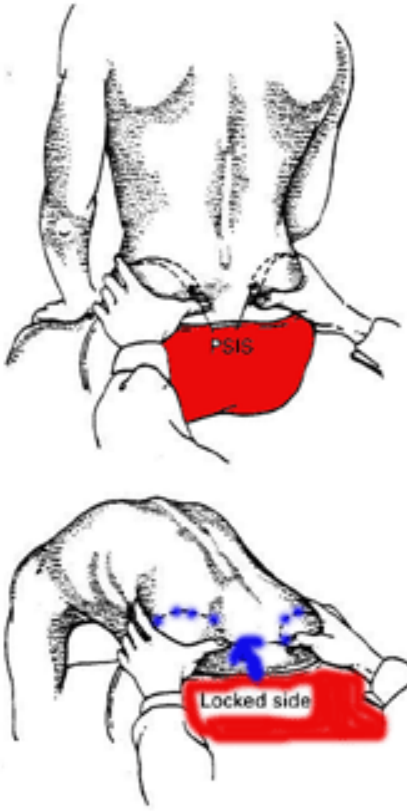
2.2 VALUTAZIONE OSTEOPATICA

TFE:Test Flessione da posizione eretta (disfunzione ileosacrali) *non eseguibile in quanto molto algica*.(foto1)

(foto1)

TFS: Test Flessione da seduta (disfunzione sacroiliache) *non eseguibile in quanto molto algica.*(foto 2-foto3)

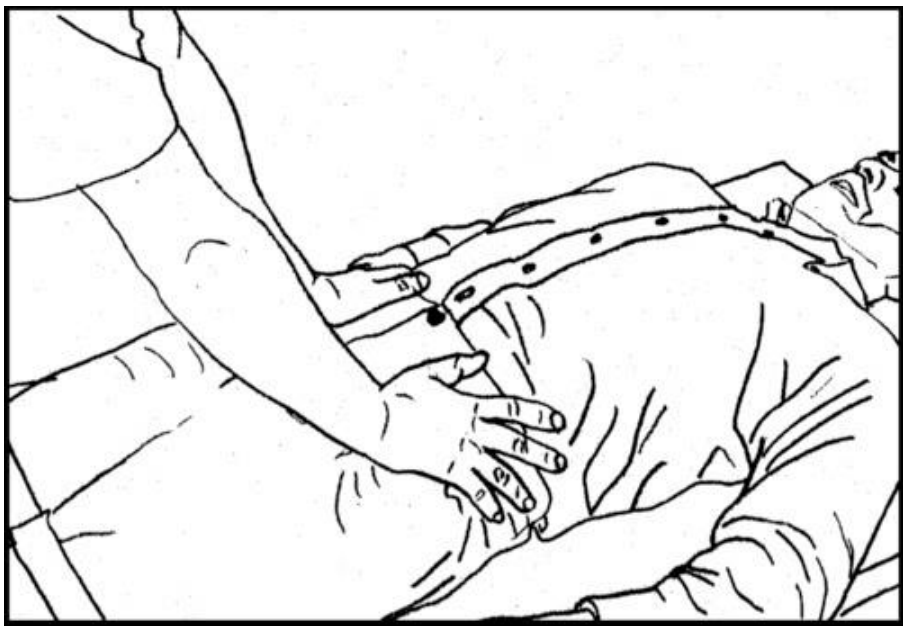
(foto 2)



Seated flexion test (Piedallu or lock sign). As one bends forward, the sacrum is locked versus the ilium and is thus brought upward, whereas the free or unlocked side stays down.

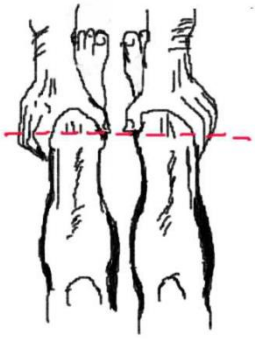
(foto 3)

DONDOLAMENTO_INNOMINATI: Restrizione di movimento **maggiore a sx** (foto 4)



(foto 4)

MALLEOLI_MEDIALI: Risulta leggermente più caudale il malleolo dx rispetto al controlaterale. (foto 5)



(foto 5)

TEST_DI_DOWNING Una volta identificato il lato in "lesione" questo test si effettua per definire il tipo di lesione iliaca (anteriore o posteriore) sfruttando la messa in tensione dei legamenti dell'anca attraverso la valutazione dell'allungamento/accorciamento dell'arto esaminato.

TEST di DOWNING – ACCORCIAMENTO arto inferiore sx (ABD + RI) il malleolo sx esaminato diventa craniale, l'arto inferiore sx si accorcia. (normale fisiologia del movimento dell'ilio) (Foto 6)

TEST di DOWNING – ALLUNGAMENTO arto inferiore sx (ADD + RE) il malleolo sx esaminato non diventa caudale, l'arto inferiore sx non si allunga (foto 7)

(foto 6)

(foto 7)

Durante la palpazione addominale (foto 8), in corrispondenza del colon, del cieco e della valvola ileo-cecale si riscontra che una zona è più fredda, di densità e tensione maggiore.

(foto 8)

2.2.1 Diagnosi Osteopatica

ILIACO SINISTRO IN POSTERIORITA', L'arto inferiore sx si accorcia ma non si allunga, restrizione fasciale lombosacrale, Tender points lombari attivi.

2.2.2 Trattamento Osteopatico Effettuato

TECNICA A ENERGIA MUSCOLARE DI RIDUZIONE DI UNA DISFUNZINE DI ILIACO POSTERIORE SINISTRO

Indicazioni: rotazione dell'osso innominato posteriore o slittamento pubico superiore associato a lombalgia, dolore pelvico, dolore dell'anca, sindrome della gamba corta.

Tecnica (paziente supino)

1. Osteopata dal lato interessato afferra la SIAS controlaterale.

2. La gamba interessata (SX) si lascia cadere fuori dal lettino per portare l'anca in estensione verso la sua barriera restrittiva.

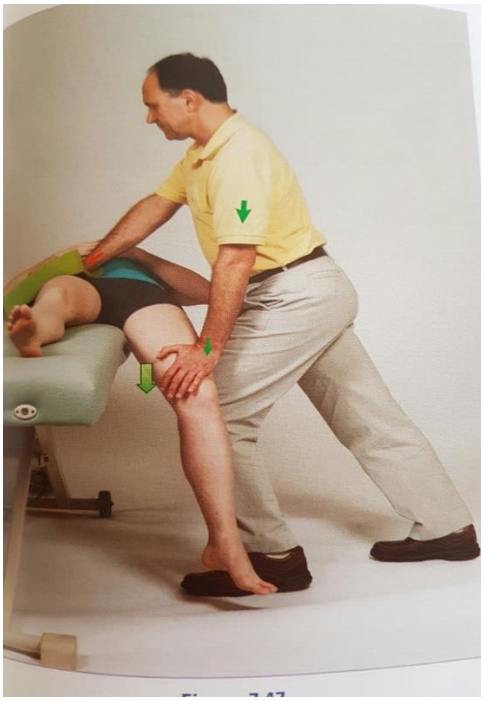
3. L'Osteopata chiede al paziente di spingere la coscia verso l'alto per 3-5 secondi contro resistenza.

4. Si estende l'anca verso una nuova barriera restrittiva

5. Ripetere per 3-5 volte fino al ripristino della mobilità del bacino

COUNTERSTRAIN DELL'ILEOPSOAS

*Indicazioni***:** tender point dell'iliaco o dello psoas associato a dolore lombare (foto 9)



(foto 9)

INIBIZIONE DIAFRAMMATICA PAZIENTE SUPINO (foto 10)

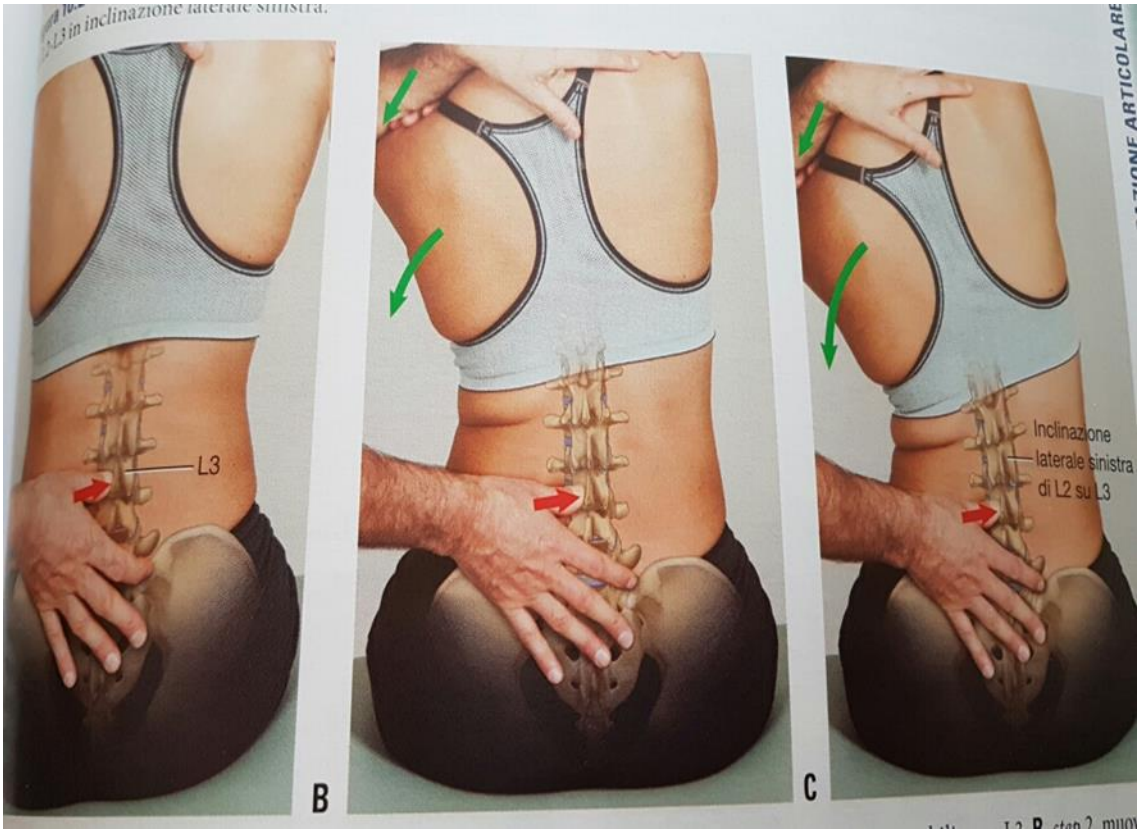
(foto 10)

TECNICHE MIOFASCIALI (Pressione paravertebrale trasversa, trazione incrociata, stiramento bilaterale con pollici, tecnica “scissor”, Core link da prono) (foto 11)

(foto 11)

TECNICA A ENERGIA MUSCOLARE DI RIDUZIONE DI UNA DISFUNZINE LOMBARE:

• movimento ristretto:
• Pz SEDUTO
• OS dietro pz una mano passa sotto ascella e si aggancia su spalla controlaterale pz per stabilizzare tronco pz, una mano con pollice su apice convessità curva lombare.
OS induce una S(lateroflessione) a SN seguita da una Rotazione DX del tronco del Pz mentre spinge in direzione ANTEROMEDIALE a Dx l'apice della convessità con il pollice!
• Pz cerca di eseguire una S(lateroflessione) a DX contrastato per 3/5 sec dall'Os che mantiene la spinta con pollice su apice convessità!
• rivalutare la zona disfunzionale
Si ripete invertendo i parametri (foto12)



(foto12)

TECNICA DI BARRAL PERDISTENSIONE DEL CIECO :

Paziente in decubito laterale dx, osteopata dietro, pone le dita sul cieco ed effettua una mobilizzazione dolce del cieco stesso con una leggera trazione. (foto 13)

2.2.3 *Risultati Trattamento*

Dopo le manovre la sintomatologia dolorosa lombare è diminuita, migliorata la flessione e la rotazione del tronco, dopo una settimana dal trattamento è diminuita la sintomatologia e migliorata ancor di più flessione anteriore lombosacrale.
Alla palpazione addominale la zona appare più distesa e omogenea nella temperatura.
Abbiamo ripetuto il trattamento per quattro volte con cadenza settimanale

2.3 CONCLUSIONI

I risultati ottenuti dal trattamento osteopatico su questo caso clinico di lombalgia cronica confermano l'efficacia dell'approccio su questo tipo di patologie rispetto ad altre terapie che hanno alleviato parzialmente il dolore lombare della paziente per alcune settimane, senza risolverne la causa, infatti, la lombalgia, veniva aggravata dalla condizione di posteriorità osteopatica dell'osso iliaco probabilmente mantenuta da diversi anni.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio tutti coloro che in questi anni hanno creduto in me, che mi hanno incoraggiato e sostenuto.

Ringrazio il Direttore della scuola per la sua ampia disponibilità e di avermi messo nelle mani di docenti preparati e qualificati, senza i quali non sarebbe stato possibile apprendere il mondo osteopatico.

Ringrazio i docenti che con la loro passione nell'insegnamento e la perfetta conoscenza della materia ci hanno introdotto e fatto appassionare all'approccio osteopatico.

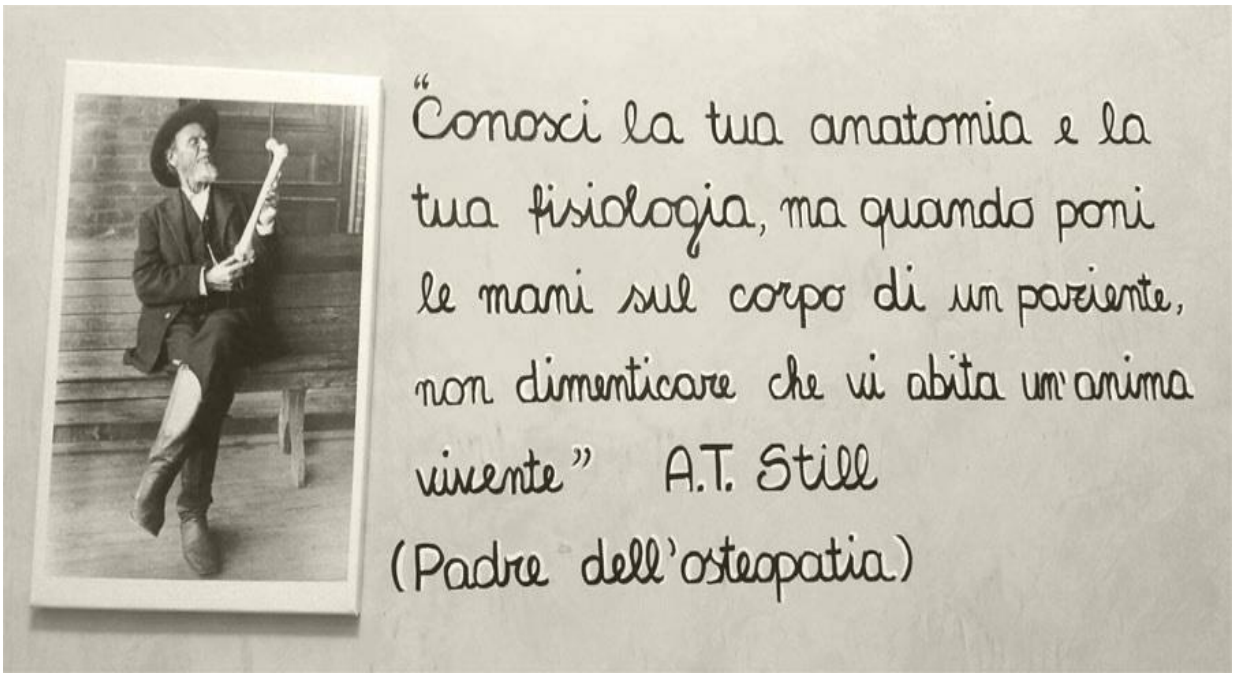
Un ringraziamento speciale va a mio Padre, vero motore e spronatore della mia vita, che ha sempre creduto in me.

A mia Madre che sarebbe stata felice ed orgogliosa di suo figlio.

A mio fratello che mi è stato accanto.

Ai miei figli, spero di essere d'esempio nella vita.

Alla mia compagna che mi ha sostenuto con amore.


"Conosci la tua anatomia e la tua fisiologia, ma quando poni le mani sul corpo di un paziente, non dimenticare che vi abita un'anima vivente" A.T. Still
(Padre dell'osteopatia)