



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

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

Direttore: Dott. Luca Bonadonna

Candidato: Mascia
Gianfranco

ANNO ACCADEMICO 2016 / 2017

INTRODUZIONE

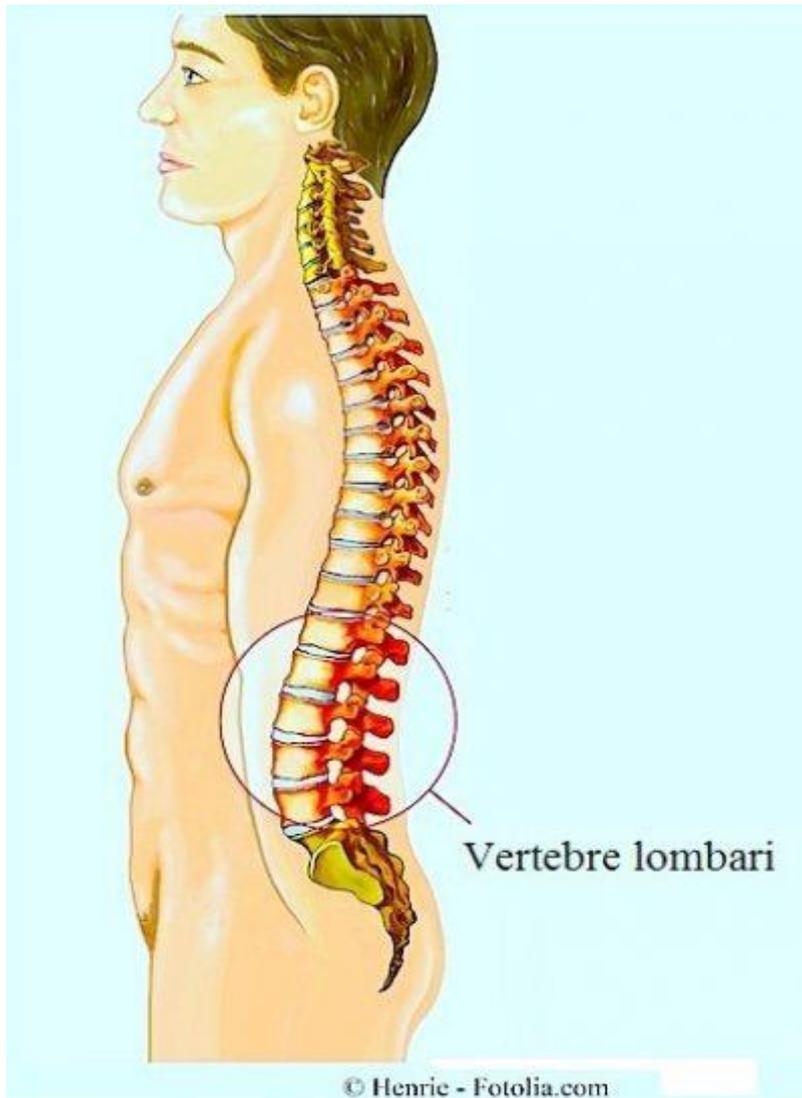
Il corpo vibra, respira, si muove. E' impregnato di vita, ne è inondato attraverso un flusso d'energia vitale intrinseca ed estrinseca, invisibile, sottile. La cosa più affascinante per noi osteopati, e per tutti coloro che interagiscono, terapeuticamente o no, con un organismo, è sentire, percepire questa forza vitale , nei tessuti, nei liquidi, nel vuoto tra gli stessi, e permettere di esprimersi in tutta la sua potenza. La salute significa vibrare all'unisono o risuonare armonicamente, nel corpo e nella mente e l'osteopata permette alle forze terapeutiche intrinseche di esprimersi, restituendo equilibrio e risonanza ad un organismo che momentaneamente non ne trova.

Indice

1. La lombalgia	4
1.1.1. Epidemiologia	5
1.1.2. Classificazione	6
1.1.3. Fattori di rischio	8
1.2. Lombalgia cronica	10
1.2.1. Terapie	13
2.Caso Clinico	16
2.1. Dati personali	16
2.1.1. Diagnosi clinica	16
2.1.2. Anamnesi	16
2.1.3. Esame obiettivo	17
2.1.4. Esame obiettivo specialistico	18
2.2. Valutazione osteopatica	19
2.2.1. Valutazione osteopatica	23
2.2.2. Trattamento osteopatica	24
2.2.3. Risultati trattamento	32
2.3.Conclusioni	32
3. Ringraziamenti	33
4. Bibliografia	34

1.LA LOMBALGIA

Comunemente chiamata mal di schiena, origina dal margine inferiore dell'arcata costale sino alle pieghe inferiori dei glutei, con possibile irradiazione agli arti inferiori. E' un dolore che origina da strutture algogene della regione lombosacrale tra L1 e S1, questa zona forma la curva lordotica lombare, la più vulnerabile dal punto di vista biomeccanico soprattutto a livello della cerniera L4-L5.



1.1.1 EPIDEMIOLOGIA

E' un dolore nella regione lombare, che dura almeno 1 giorno, e che limita l'attività ed è un disturbo molto comune. A livello mondiale, circa il 40 % delle persone accusano almeno 1 episodio di lombalgia ad un certo punto

della loro vita, con stime che arrivano all'80 % in coloro che appartengono al mondo sviluppato.

Tra il 9% e il 12% delle persone al mondo (632 milioni) accusano dolore lombare in un dato istante e quasi un quarto di essi (23.2 %) dichiara di averne sofferto per circa 1 mese.

Tale condizione inizia sostanzialmente tra i 20 e i 40 anni di età ed è più comune tra gli individui tra i 40 anni e gli 80 anni.

Si stima che il numero complessivo di persone colpite dovrebbe aumentare in conseguenza con l'invecchiamento della popolazione.

Secondo uno studio recente, l'80-90 % dei pazienti con un dolore acuto lombare si riprende entro 12 settimane a prescindere dal trattamento somministrato. Tuttavia quando il dolore viene preso come unità di misura i risultati appaiono diversi : meno del 50 % dei pazienti non ha più dolore dopo 1 mese, dopo 3 mesi più del 40 % ha ancora disagio, il 60 % ha una ricaduta dopo 1 anno.

Questo potrebbe cambiare il nostro punto di vista sul dolore lombare, potrebbe essere considerato non semplicemente come un disagio acuto, ma (spesso) come una malattia ricorrente che ha periodi asintomatici inframezzati da frequenti inasprimenti.

1.1.2. CLASSIFICAZIONE

- PATOLOGICA MECCANICA VERTEBRALE (97%)
- PATOLOGICA NON MECCANICA (1%)
- PATOLOGICA EXTRA-SPINALE, VISCERALE (2%)

CAUSA MECCANICA **97%**

PREVALENZA

- Tensione/contrattura lombare 70 %
- Processi degenerativi discali e delle faccette 10 %
- Ernia discale 4 %
- Fratture osteoporotiche 4 %
- Stenosi spinale 3 %
- Spondilo listesi 2 %
- Fratture vertebrali traumatiche <1 %
- Patologie congenite (scogliosi, mal formazioni) <1 %
- Spondilolisi, presunta instabilità 2 %

CAUSA NON MECCANICA **1%**

PREVALENZA

- **NEOPLASIA :**
linfoma, mieloma multiplo, leucemia,
carcinoma metastatico, tumori midollari,
retroperitoneali e vertebrali primitivi 2 %
- **INFEZIONE:**
osteomielite, spondilodiscite,
ascesso paraspinale, infezione erpetica 0.01 %
- **ARTRITE**
Spondilite anchilosante, altre artriti 0.3 %
- **OSTEOCONDROSI**
- **MORBO DI PAGET**

MALATTIE VISCERALI
PREVALENZA

2%

- **PATOLOGIA PELVICA**
prostatite , endometriosi, patologia pelvica cronica
- **PATOLOGIA RENALE**
pielonefrite , nefrolitiasi
- **MALATTIE GASTROENTERICHE**
pancreatite, colelitiasi, ulcera duodenale

1.1.3. FATTORI DI RISCHIO

SESSO: uno studio del 2012 ha riportato un tasso del 9.6 % tra gli uomini e del 8.7 % tra le donne ; un altro studio ha riportato un tasso più alto tra le donne rispetto agli uomini, attribuito ad una maggiore frequenza di dolori causati dall'osteoporosi, dalle mestruazioni, dalla gravidanza o ad una maggiore predisposizione delle donne nel reperire il dolore rispetto agli uomini. Si stima che il 70 % delle donne soffre di mal di schiena in gravidanza.

ETA': già presente in adolescenza (12 %- 50 %), la lombalgia raggiunge la sua massima incidenza tra i 25 e i 55 anni. I dolori lombari diminuiscono gradatamente dopo i 65 anni.

STRUTTURA FISICA: rischio maggiore nelle persone alte e nelle persone con scarsa condizione fisica o condizione fisica insufficiente. In generale la lombalgia colpisce meno frequentemente persone che svolgono attività fisica regolare.

FUMO: si è visto che c'è un'incidenza maggiore nei fumatori ed ex fumatori. I fumatori, in particolar modo quelli che iniziano da adolescenti hanno maggior probabilità di avere mal di schiena rispetto agli ex fumatori. Questi ultimi hanno maggior probabilità rispetto a quelli che non hanno mai fumato.

FATTORI DI RISCHIO OCCUPAZIONALI : attività occupazionali con postura eretta protratta nel tempo, movimentazioni di carichi e frequenti sollevamenti pesi, vibrazioni.

FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALI : il dolore lombare può essere influenzato da specifiche variabili, come il grado di istruzione, classe sociale, stress ecc. Si è visto che persone con grado d'istruzione basso appartenenti a classi sociali basse e con alto grado di stress, vanno incontro maggiormente a episodi di lombalgia.



1.1. LOMBALGIA CRONICA

Quando il dolore alla schiena si mantiene e dura per un periodo di almeno 3-6 mesi senza interruzione, si configura il quadro della LOMBALGIA CRONICA vera e propria. Tale evento si verifica nel 5 % dei casi di pazienti affetti da LOMBALGIA ACUTA e colpisce il 4 % dell'intera popolazione. In quei casi non si è più di fronte ad un semplice mal di schiena : a una lesione iniziale (dei muscoli, delle vertebre e delle articolazioni) si possono essere aggiunte numerose altre complicazioni con un importante impatto sulla sfera lavorativa , su quella sociale e su quella psicologica.

In fase cronica si riscontra spesso una diminuita capacità stabilizzante globale e locale , una perdita di controllo neuromuscolare, rigidità articolare e anomalie posturali.

CONTROLLO MOTORIO DEL RACHIDE :

Da un punto di vista funzionale è possibile definire il tronco come un complesso apparato deputato alla trasmissione di carichi tra la parte superiore ed inferiore del corpo in grado di fornire un supporto stabile , ma allo stesso tempo flessibile, ai diversi segmenti corporei impegnati nel movimento. Tale funzione è espletata grazie alla particolare conformazione dell'apparato osteo legamentoso del rachide, alla contrazione coordinata dei gruppi muscolari che vi si inseriscono ed al controllo da parte dei centri nervosi superiori. Un'organizzazione funzionale così strutturata permette di modulare la postura del rachide, preservandone la stabilità e controllando gli spostamenti del centro di massa corporea dovuti al movimento o a perturbazioni esterne. Il sistema feedforward (anticipatorio) è il principale meccanismo utilizzato per il controllo motorio del rachide. A differenza dei movimenti distali degli arti, gli aggiustamenti posturali assiali necessitano di essere iniziati in tempi brevissimi. Nella maggioranza dei casi il reclutamento dei muscoli del tronco precede il movimento degli arti allo scopo di preparare il rachide ad affrontare le perturbazioni dovute al movimento e mantenendone così la stabilità.

I pattern di attuazione muscolare con controllo a feedback (posticipatorio) vengono invece, attivati in caso di perturbazioni inaspettate in grado di destabilizzare il tronco. Questo tipo di risposta motoria (più lenta rispetto alle risposte feedforward) è rappresentato da una complessa strategia che coinvolge diversi livelli di integrazione neurale, essendo dipendente non solo dal contesto in cui avvengono le perturbazioni ma anche dall'input sensitivo proveniente da diversi segmenti corporei.

E' stato osservato come la muscolatura para spinale si attivi precocemente durante i movimenti di flessione del braccio e più tardivamente durante i movimenti di estensione dello stesso. Altri studi hanno riportato come i muscoli addominali si attivino con un pattern esattamente opposto a quello descritto in precedenza e come le fibre profonde dei muscoli para vertebrali lombari si contraggano più precocemente di quelle superficiali durante i movimenti volontari degli arti.

Nei soggetti con lombalgia cronica è stato dimostrato come i pattern fisiologici di attivazione muscolare siano sovvertiti. Attraverso un aumento della variabilità dei tempi di reazione è stato osservato come vi sia una perdita della contrazione coordinata della muscolatura superficiale e profonda del tronco con una conseguente alterazione della capacità di modulazione centrale dei pattern di movimento. Tale deficit è stato dimostrato essere associato ad una riorganizzazione della rappresentazione corticale della muscolatura profonda del tronco con una conseguente alterazione dei meccanismi a feedforward che stanno alla base del controllo posturale.

ASPETTI PSICOSOCIALI:

Molto spesso nei pazienti colpiti da lombalgia cronica una comprensibile ansietà accompagna le cause e le conseguenze del dolore e in molti casi l'inabilità e la "sensazione di essere malati " diventano via via più importanti che non il motivo fisico iniziale che ha causato la stessa lombalgia.

1.1.1. TERAPIE

STRUMENTI PER FARE DIAGNOSI : RX , RNM, TAC, EMG, MOC, ESAMI EMATOCHIMICI, MIELOGRAFIA, SCINTIGRAFIA OSSEA ECC.

PREVENZIONE: la prevenzione svolge un ruolo fondamentale nelle patologie del rachide lombare. Al paziente va sempre consigliato di fare attività fisica in base alle sue caratteristiche, in maniera regolare e costante.

TERAPIA FARMACOLOGICA: gli anti infiammatori non steroidei (fans) sono i farmaci di elezione sia nelle forme acute che croniche.

TERAPIA MEDICA: peridurali, fascette articolari etc

TERAPIA MANUALE: massoterapia per risolvere contratture muscolari sempre presenti nelle lombalgie. Chinesiterapia : nelle forme croniche, no nelle forme acute.

TECNICHE RIABILITATIVE: metodo Mckenzie si basa nel far assumere al paziente posizioni posturali corrette. Metodo Mezieres si basa sull'allungamento delle catene muscolari.

TERAPIA STRUMENTALE: laser terapia, tecar, ionoforesi, radarterapia, ultra suoni terapia, magnoterapia,, tens terapia.

CHIROPRACTICA: attraverso la diagnostica radiologica corregge eventuali spostamenti vertebrali.

OSTEOPATIA: l'osteopatia pone al centro l'individuo nella sua globalità:

- Il corpo è un' unità
- La struttura e la funzione sono reciprocamente inter-connesse
- Il corpo possiede dei meccanismi di autoregolazione e autoguarigione (omeostasi)
- Quando la normale adattabilità è interrotta o quando dei cambiamenti ambientali superano la capacità del corpo di ripararsi da sé, può risultarne la malattia.
- Il movimento dei fluidi corporei è essenziale al mantenimento della salute.
- Il sistema nervoso autonomo gioca una parte cruciale nel controllare i fluidi del corpo.
- Ci sono componenti somatiche della malattia che sono non solo manifestazioni della malattia, ma anche fattori che contribuiscono al mantenimento dello stato di malattia.

TECNICHE OSTEOPATICHE

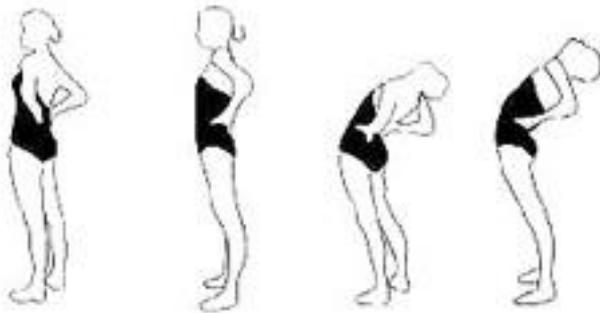
-Tecnica fasciale: serve per ripristinare la mobilità dei tessuti attraverso il favorire lo scorrimento degli stati fasciali. Riduce il dolore e migliora la postura.

-Tecnica ad energia muscolare di Mitchell e tecniche Strain-Counter di Jones per alterazioni muscolo scheletriche.

-Manipolazioni o manovre articolari ad alta velocità e bassa ampiezza, HVLA, o a leve corte, che provocano fenomeni di cavitazione tra le faccette articolari, modulando l'azione dei riflessi miotatici.

-Tecniche cranio-sacrali: sfruttano l'impulso ritmico cranico e la mobilità delle ossa del cranio per approcciare problemi muscolo-scheletrici.

-Tecniche viscerali: con le quali si può giungere ad una relazione riflessa viscerosomatica per giustificare ed approcciare una sintomatologia muscolo-scheletrica riconducibile all'organo in disfunzione, attraverso tecniche manuali indirizzate al tessuto connettivale contiguo al viscere.



2. IL CASO CLINICO

2.1. DATI PERSONALI

Sesso: maschile

Età : 50

Professione : muratore

Altre attività : tennis corsa

2.1.1. DIAGNOSI CLINICA

Lombalgia da circa 2 anni, con irradiazione A.I. SN, da rettilineizzazione del rachide lombare con accenni di artrosi diffusa, riduzione dello spazio Ls-S1 con segni di discopatia.

2.1.2. ANAMNESI

Da circa 2 anni lamenta mal di schiena e fastidio e intorpidimento alla coscia sinistra, nonostante cure ed anti infiammatori, massofisioterapista e riposo, dopo un periodo di relativo benessere il dolore si ripresenta soprattutto nelle prime ore del mattino per poi attenuarsi durante la giornata. E' un dolore sordo e fastidioso che lo limita nei movimenti e quindi nell'attività lavorativa. Dice di avere problemi all'intestino con periodi di stipsi alternati a periodi di diarrea. Soffre di meteorismo. Nessun trauma diretto alla regione lombare. Tonsilectomia a 14 anni, fumatore e

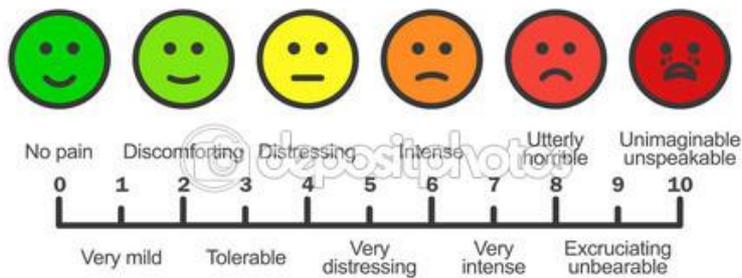
bevitore moderato ai pasti, sposato senza figli, nessun tipo di allergia e non assume nessun farmaco tranne antidolorifici al bisogno.

2.1.3. ESAME OBIETTIVO

Paziente valutato in posizione prona, supina ed eretta. La testa sembra essere anteriore con aumentata lordosi cervicale. La spalla sinistra sembra essere più alta, diminuzione della cifosi dorsale, lordosi lombare ridotta, scapola più alta a sinistra e riduzione dei movimenti attivi del tronco, soprattutto nella flessione anteriore e laterale. L'addome si presenta più gonfio a destra con aree più calde e con colore della cute più rossastre, blumberg negativo.

2.1.4. ESAME OBIETTIVO SPECIALISTICO

- Test di Lasegue positivo a sinistra (test per ernie e/o protrusioni a livello L3-L4-, L4-L5, L5-S1)
- “slump” test negativo (test per lesione discale e stiramento durale)
- Segno di Wasserman (femoral stretch test) negativo (test significativo per ernie discali o protrusioni discali che comprimano le radici nervose comprese tra L1-L2, L2-L3, L3-L4)



2.2. VALUTAZIONE OSTEOPATICA

TFE : (test flessione da posizione eretta per disfunzioni ileo-sacrali)
positivo SN

TFS: (test flessione da seduto per disfunzioni sacro iliache) Negativo





Malleolo mediale sn più caudale rispetto al dx

La sias di sn più caudale rispetto al dx

Tubercolo pubico di sn più caudale rispetto al dx

La sips di sn più craniale rispetto alla dx

La tuberosità ischiatica di sn più grande rispetto alla dx.

TEST DI DONDOLAMENTO INNOMINATI : restrizione di movimento
maggiore a sn



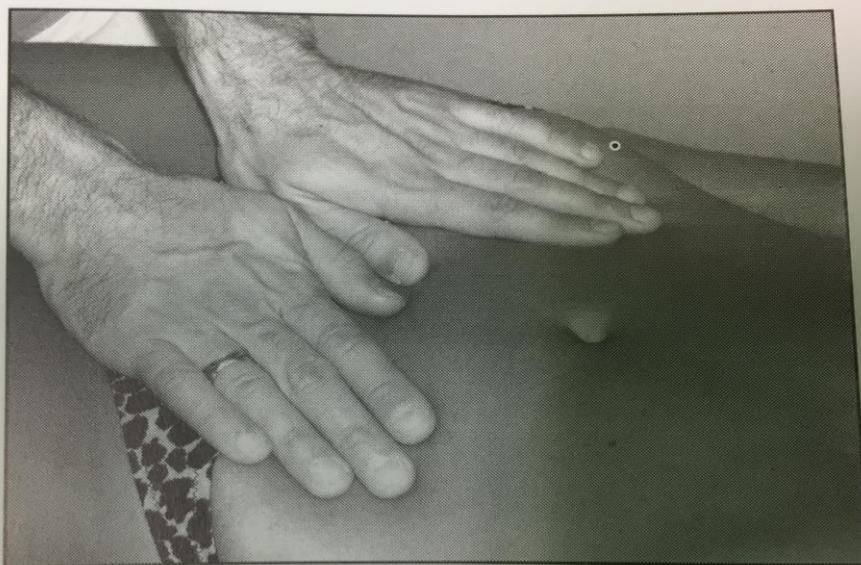
TEST DI DOWNING: una volta identificato il lato “in lesione “ questo test si effettua per definire il tipo di lesione iliaca (anteriore o posteriore) sfruttando la tensione dei legamenti dell’anca attraverso la valutazione dell’allungamento/accorciamento dell’arto esaminato.

TEST DI DOWNING-ALLUNGAMENTO : (arto inferiore sn add + re) il malleolo sinistro esaminato si anteriorizza ulteriormente

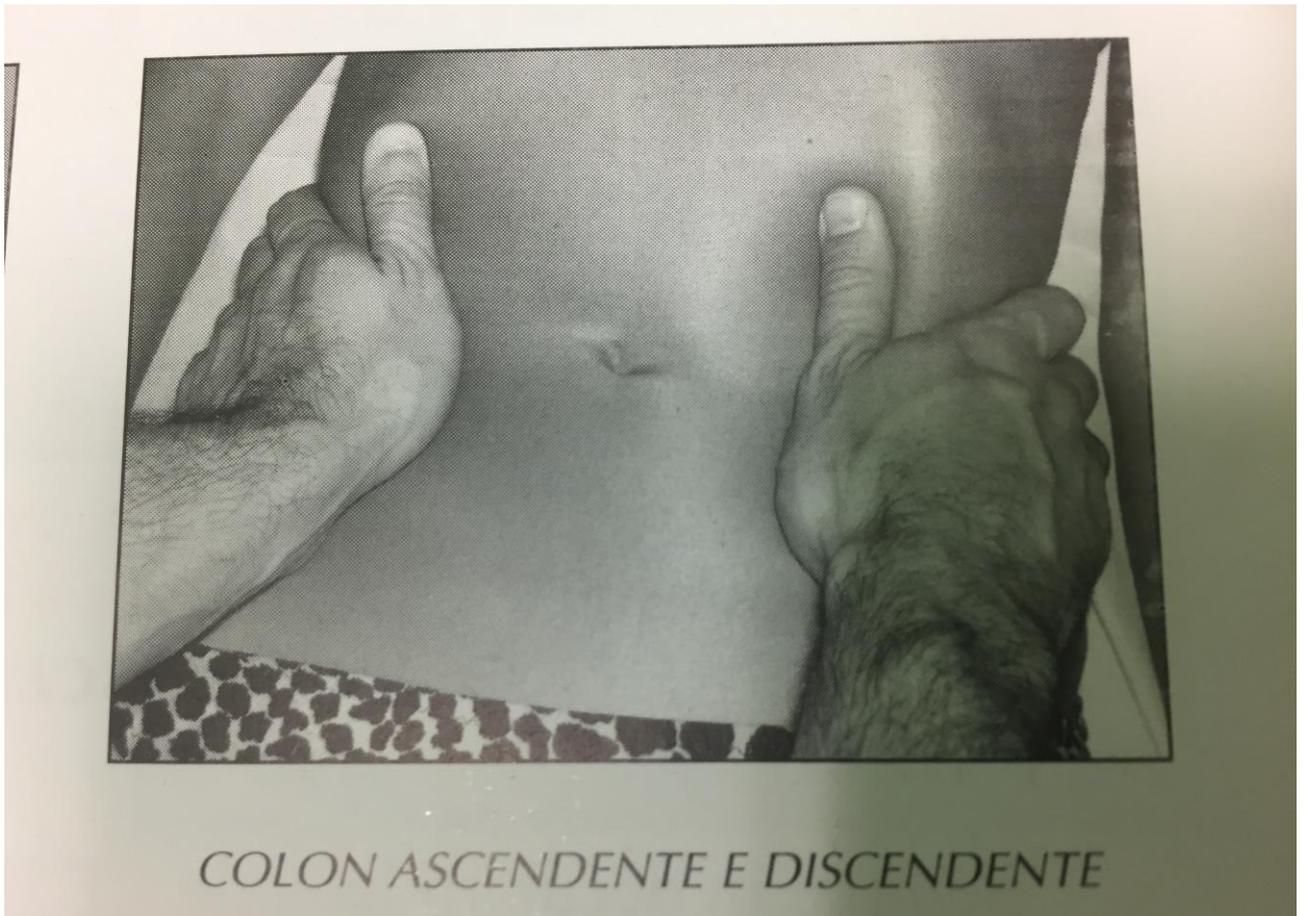
TEST DI DOWNING-ACCORCIAMENTO (arto inferiore sinistro abd + re) Il malleolo sn resiste e conserva la posizione relativa di allungamento.

VALUTAZIONE DELLA MOBILITA’ SPECIFICA DELLE SINGOLE PORZIONI COLICHE: la valutazione della mobilità delle singole porzioni del colon è eseguita con un semplice ascolto durante le differenti fasi

respiratorie diaframmatiche oppure con un movimento indotto dall'osteopata.



CECO E SIGMA



2.2.1. VALUTAZIONE OSTEOPATICA

ILIACO SINISTRO IN ANTERIORITA': l'arto inferiore sinistro si allunga ulteriormente e resiste, restrizione fasciale lombosacrale e tender points lombari attivi, colon irritabile.

2.2.2. TRATTAMENTO OSTEOPATICO EFFETTUATO

-TECNICA : a energia muscolare (Mitchell) di riduzione di rotazione iliaco in anteriorità.



-TECNICA (paziente prono)

1. P.P.Z. : prono con la l'anca e il ginocchio del trattamento fuori dal tavolo.
2. P.O.S. : in piedi dal lato della disfunzione, sostiene il ginocchio flesso del paziente, ne pone la pianta del piede contro la propria gamba estesa.
3. P.M. : una mano contatta l'area sacroiliaca in disfunzione e stabilizza il sacro; l'altra afferra e sostiene il ginocchio flesso del paziente che appoggia il piede sulla coscia dell' os.
 - a) l'os flette l'anca e la gamba del paziente dal lato della disfunzione fino alla percezione del movimento a livello dell'area sacroiliaca, mantenendo tale posizione.
 - b) Il paziente tenta di raddrizzare la gamba flessa, spingendo la pianta del piede verso la gamba estesa dell'os usando una forza di circa 2-4 kg.
 - c) L'os oppone resistenza provocando una contrazione statica
 - d) Dopo 3-5 secondi , durante l'espiazione, il paziente smette e si rilassa mentre l'os sostiene l'arto inferiore coinvolto.
 - e) Una volta che l'os percepisce il rilassamento dei tessuti sotto il dito controllore, ricerca la nuova barriera motrice flettendo sia l'anca che il ginocchio dal lato della disfunzione fino alla percezione del movimento dell'articolazione sacroiliaca.
 - f) Ripetere i passi da d) ad e) ancora due volte.
 - g) L'os pone l'arto inferiore in disfunzione in posizione neutra, riesamina il lato della disfunzione; se indicato il trattamento può essere ripetuto.

-TECNICHE MIOFASCIALI: hanno lo scopo di ridurre le tensioni miofasciali a livello lombare.

- Trazione prona incrociata

-Stiramento bilaterale con pollici

-Tecnica scissor (forbice)

Stiramento laterale a due mani

-Tecnica stiramento inverso

-Pressione paravertebrale.

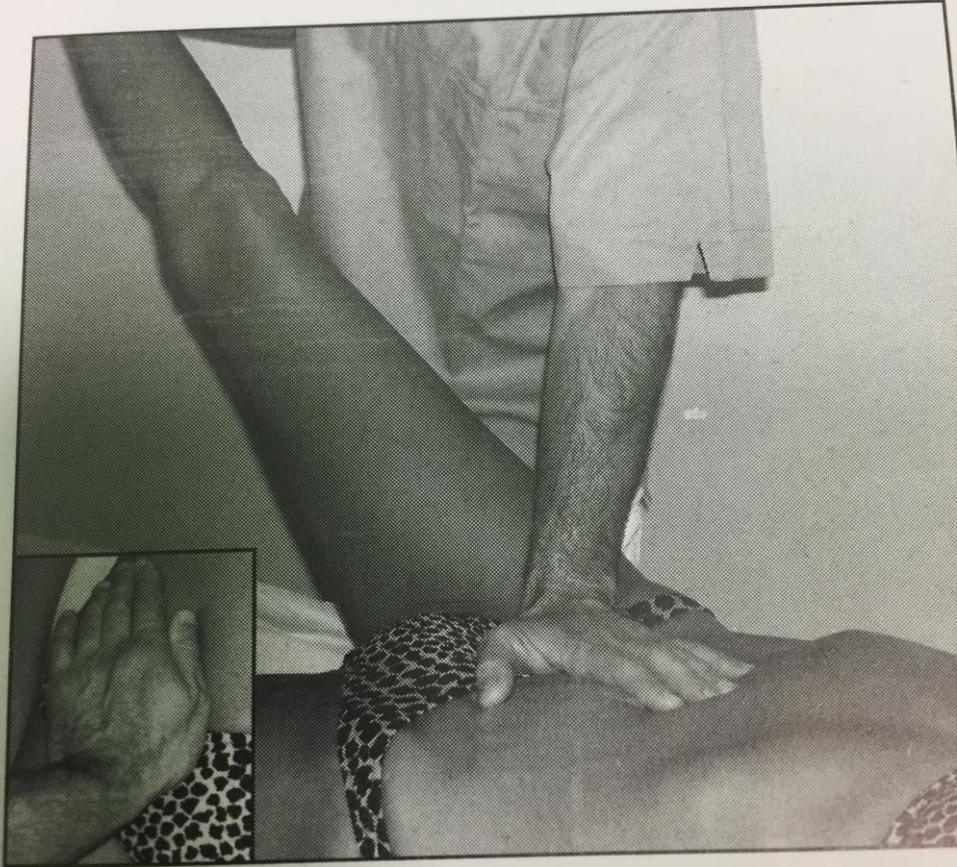




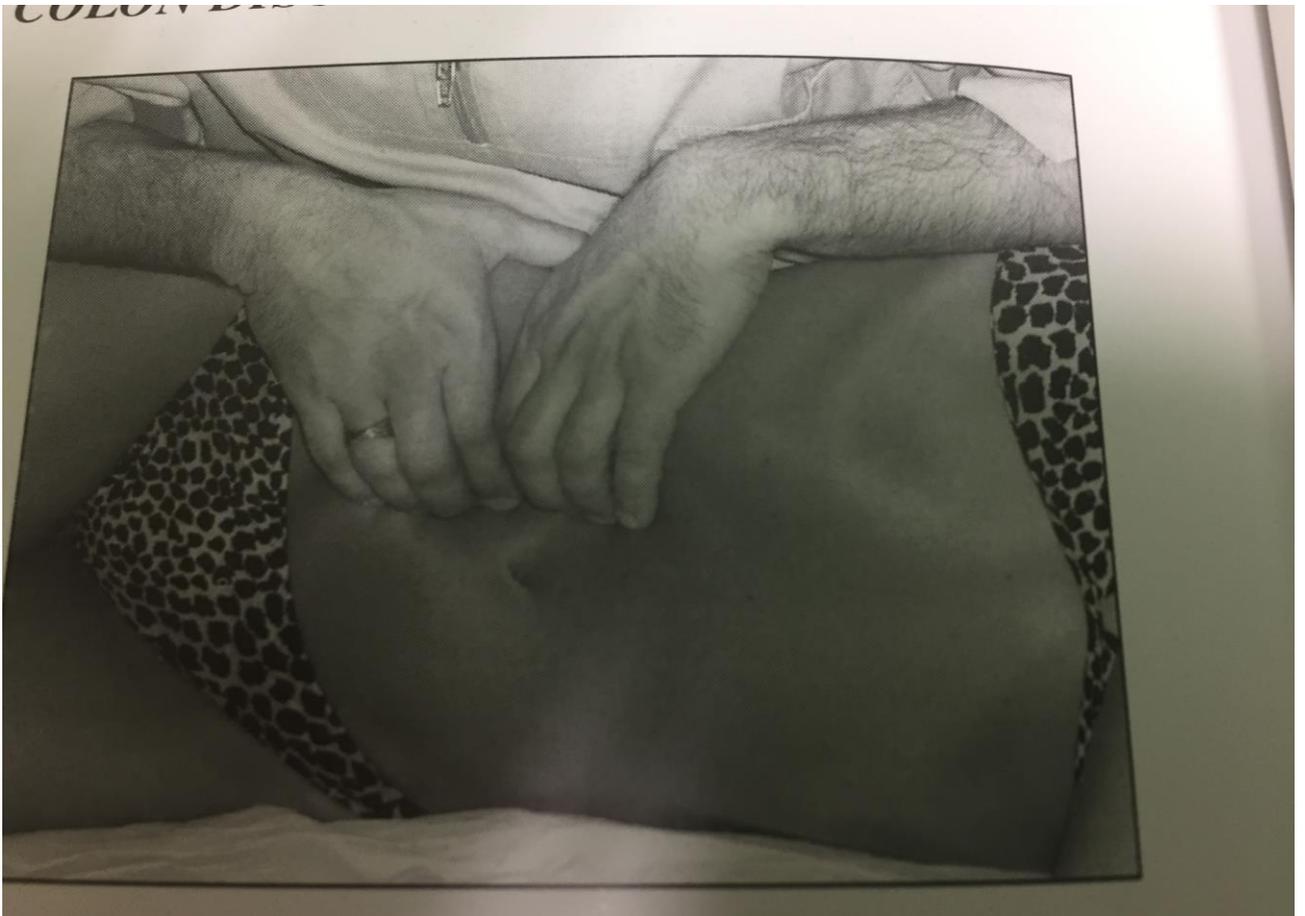
-TECNICA DI INIBIZIONE DIAFRAMMATICA : paziente supino

-TECNICA SUL COLON CECALE: per il trattamento del ceco si utilizza una tecnica d'induzione diretta o funzionale. Nella tecnica d'induzione è estremamente utile abbinare uno srotolamento fasciale dell'arto inferiore omolaterale al fine di includere nel trattamento le fasce del bacino e dell'anca che sono il naturale proseguimento delle fasce addominali.

OSTEOPTIC



-TRATTAMENTO COLON ASCENDENTE : per il suo trattamento si possono fare dei recoil in allungamento che interessano prevalentemente le fibre muscolari del colon ed il peritoneo di sostegno. Per defibrotizzare e lavorare sulla fascia di toldt è interessante lavorare con il paziente in decubito laterale cercando ,con un'induzione fasciale, di far scivolare il colon, rispetto al peritoneo parietale posteriore.



-TRATTAMENTO TRA COLON ASCENDENTE, DUODENO E ANSE INTESTINALI: sempre in decubito laterale è importante trattare le aderenze tra colon ascendente con la seconda porzione duodenale o le anse intestinali. Le manovre adottate sono dirette in apertura/allungamento sulle aderenze trovate.



-TECNICA SU ANGOLO CONICO DESTRO: l'osteopata si trova dietro il paziente, colloca le due mani sotto l'angolo colico stesso, tra colon ascendente e trasverso, ed effettua un'induzione fasciale, dirigendosi verso K10-K11, aprendo contemporaneamente l'angolo.



-TECNICA COUNTER STRAIN DELL' ILEO PSOAS
tender point dell'iliaco o dello psoas associato a dolore lombare

2.2.3. RISULTATI DEL TRATTAMENTO

A distanza di 5-7 giorni dal trattamento, la sintomatologia dolorosa è diminuita, ed è migliorata la mobilità lombosacrale.

2.3. CONCLUSIONI

I risultati del trattamento osteopatico in questo caso dimostrano l'efficacia dell'approccio osteopatico effettuato. Si consiglia al paziente uno stile di vita adeguato.

RINGRAZIAMENTI

Desidero ringraziare ed esprimere la mia riconoscenza al direttore della scuola Dott. Luca Bonadonna che mi ha sostenuto e incoraggiato a proseguire la scuola durante un mio momento di debolezza e volontà di ritirarmi. Ringrazio la scuola Fisiomedic, dalla segretaria ai professori , agli assistenti che sono stati sempre disponibili educati e professionali. Ringrazio il mio amico Alberto per l'aiuto e sostegno informatico.

Ringrazio mia moglie Monica per il sostegno e l'aiuto in questi anni e soprattutto per avermi reso padre di due figli stupendi in questi tre anni di osteopatia.

BIBLIOGRAFIA

-Osteopatia in campo viscerale “l’addome”, Marrapese editore , Roberto Pagliaro

-Dispense “scuola osteopatia fisiomedic”

-Terapia manuale; mal di schiena, C Santoro, Cavinato editore international

-Osteopatia: Modello di diagnosi trattamento e pratica , editrice Marrapese.