



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

**“EFFICACIA DEL TRATTAMENTO OSTEOPATICO NEL PAZIENTE
LOMBALGICO(LBP)”**

Candidato:

Volpi Loris

ANNO ACCADEMICO 2015 / 2016

fisiomedic
ACADEMY

INDICE

1. INTRODUZIONE ALLA VISIONE OSTEOPATICA	Pag.4
- Visione e analisi osteopatica del paziente	
- Anatomia e Concetto di fascia	
- Patologia colonna lombare	
2. INTRODUZIONE ED ANAMNESI PAZIENTE	Pag.20
- Osservazione in Ortostasi	
3. PRIMO TRATTAMENTO	Pag.25
- Valutazione rachide in toto	
- Approfondimento valutazione dorsale	
- Approfondimento valutazione costale	
- Approfondimento valutazione diaframmatica	
- Approfondimento valutazione cervicale	
- Approfondimento valutazione ATM	
- Approfondimento valutazione clavicola	
- Approfondimento valutazione spalla	
- Trattamento Osteopatico: Pube, Sacrale, iliaco, Dorsale, Costale	
4. SECONDO TRATTAMENTO	Pag.27
- Trattamento cicatrice; Test V.A.S	
- Ascolto viscerale e Manipolazione	
- Trattamento Diaframma, Lombare	
5. TERZO TRATTAMENTO	Pag.32
- Trattamento Cervicale	

6. QUARTO TRATTAMENTO	Pag.34
- Trattamento Cranio/Sacrale: Ascolto del MRP, Tecnica del 4° Ventricolo,	
- Trattamento Pterigoideo	
7. CONCLUSIONI	Pag.36
8. RINGRAZIAMENTI	Pag.37
9. BIBLIOGRAFIA	Pag.38

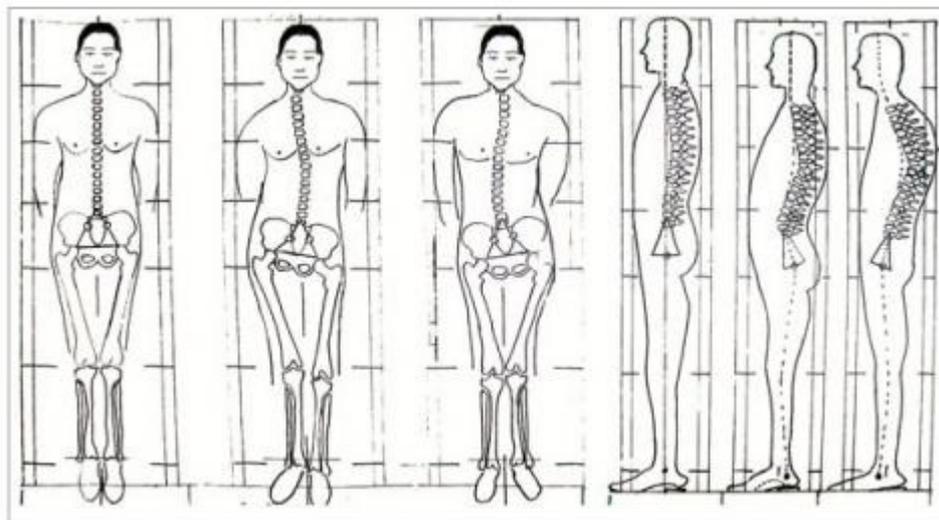
Il dolore che si avverte non è sempre la conseguenza di un problema articolare o muscolare ma, a volte, può dipendere da un problema a carico dello stomaco, del fegato oppure del colon e in generale di tutti gli organi interni.

L'insieme degli organi interni in condizioni di sofferenza può determinare la modificazione della morfologia della colonna vertebrale, può diminuirne la mobilità, e spesso ne consegue lo spostamento dell'equilibrio (baricentro).

Ad esempio la testa può essere atteggiata in avanti per la difesa da dolori cervicali.

Questi dolori cervicali possono essere dipendenti da una costante tensione delle vertebre per effetto della sofferenza costante del colon.

Lo squilibrio anteriore della testa sposta il peso del corpo in avanti, modificando l'appoggio sotto la pianta dei piedi determinando dei possibili dolori alla base delle dita (metatarsalgie).



Le ragioni per cui il dolore di un viscere si trasmette sul sistema scheletrico possono essere molte, ma la più intuitiva ha una origine meccanica.

I visceri sono ancorati su diverse zone della colonna vertebrale.

Tra queste troviamo la colonna cervicale alta (occipite), la zona tra colonna cervicale bassa e prime vertebre dorsali (praticamente all'altezza delle spalle), come anche il passaggio tra le ultime vertebre dorsali e le prime lombari (più o meno a livello dei reni).

Nel momento in cui queste zone di inserzione subiscono le tensioni dipendenti da un problema legato a uno o più organi interni, si instaura una condizione di eccessivo carico funzionale.

Al persistere della disfunzione, si trasmette alla colonna una sensazione di rigidità costante in tutto l'arco della giornata ed anche un dolore stabile indipendente dal movimento.

Ed ecco, quindi, che quel terribile dolore alle spalle che si avverte o del dorso non dipende esclusivamente dalle articolazioni, ma è il risultato della forte trazione a cui queste zone sono sottoposte a causa dell'infiammazione costante, ad esempio, del colon.

Perciò il sistema muscolo scheletrico non si adatta soltanto a dolori muscolari o radicolari, ma anche ai dolori viscerali.

Si può soffrire di patologie che trasmettono una sensazione di dolore, come l'ulcera gastrica o la colite (Sindrome del colon irritabile), oppure affezioni epatiche che evidentemente ci costringono ad una posizione di compenso.

Ci si piega in avanti per chiudersi sull'addome per non sentire dolore e per cercare una posizione che dia sollievo.

Normalmente non ci rendiamo conto dell'adattamento del nostro corpo, in quanto è molto lento e progressivo fino al momento in cui si cominciano a sentire dolori lungo la colonna senza una reale causa apparente.

La colonna vertebrale comincia a cambiare aspetto spostando la testa in avanti, aumentando o appiattendendo la curva dorsale, e spesso rettificando la colonna lombare. Questi adattamenti sono in realtà il tentativo, fin quando possibile, da parte del nostro corpo di trovare una posizione confortevole senza percepire le tensioni interne indotte dalla disfunzione degli organi, come il colon, lo stomaco oppure il fegato. Il costante stress meccanico, di cui le diverse zone della colonna sono sottoposte, instaura una patologia da sovraccarico funzionale.

Vuol dire che queste zone devono sopportare carichi maggiori in posizioni in cui le articolazioni non si muovono liberamente.

Si può quindi andare incontro a discopatie, dolori articolari e radicoliti, come ad esempio, la cervicobrachialgia, ossia il dolore cervicale che si estende ad un braccio con la sensazione di formicolio alle dita della mano.



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

Affidarsi soltanto alla terapia manuale (fisioterapia) sulla colonna vertebrale per trovare sollievo a volte non è sufficiente perché si rischierebbe di trattare la conseguenza ma non risalire alla causa.

Si deve intervenire in primis sulla cura degli organi sofferenti facendo riferimento ai vari medici specialisti.

Soltanto dopo si può trovare una risposta positiva e benefica ai dolori del rachide. In tal senso, un aiuto efficace può essere offerto anche dall'osteopatia che prevede il trattamento delle zone degli organi sofferenti, con l'obiettivo di diminuire la tensione fasciale che grava sulla colonna.

Questi trattamenti, inoltre, migliorano la vascolarizzazione locale e determinano anche un effetto indiretto per il miglioramento della funzionalità degli organi stessi.

A causa di queste correlazioni reciproche tra corpo e visceri è possibile migliorare le dinamiche degli organi interni, influenzando disfunzioni locali come la difficoltà digestiva (dispepsia), il meteorismo e la costipazione, e determinando contemporaneamente la mobilità della colonna vertebrale.

Esiste poi un altro tipo di dolore espressivo della patologia di ogni organo che però ha utilità soltanto diagnostica.

Le vie sensitive del dolore degli organi interni sono le stesse di alcuni muscoli del nostro corpo.

Quando un organo s'infiamma o soffre comunque di una patologia, il dolore viene percepito su alcune zone specifiche del nostro corpo.

Ad ogni organo corrisponde un'area di dolore specifica.

Il dolore del colon si sente a fascia a livello della colonna lombare.

Il dolore della colica renale si percepisce leggermente più in alto.

Il dolore che parte dal fegato lo si percepisce sulle costole o sulla spalla destra.

Il dolore cardiaco si avverte sulla spalla e sul braccio di sinistra.

Queste sono chiamate "zone di Head" ed esiste una mappa topografica che identifica sul nostro corpo le diverse zone su cui i vari organi inviano impulsi dolorosi.

Quanto detto mette in relazione i diversi sistemi del corpo umano, evidenziando in modo sempre più chiaro l'unicità della sua fisiologia contro la frammentazione con cui siamo sempre abituati a confrontarci.

Quindi, avere cura degli organi interni determina degli effetti positivi immediati su tutto il corpo. La prima attenzione deve essere mirata ad una corretta e sana alimentazione.

L'attività fisica, compreso il camminare, aiuta molto la fisiologia intestinale oltre che a mantenere una buona mobilità delle articolazioni.

Può essere d'aiuto iniziare la giornata effettuando dei massaggi molto leggeri sull'addome. La progressione deve essere molto lenta ed in senso orario.

In questo modo si stimola la mobilità intestinale (peristalsi) e si migliora la circolazione arteriosa e venosa di tutto l'intestino.

Si avrà inoltre anche un effetto benefico sulla tensione del sistema fasciale a favore della libertà dei movimenti del sistema muscolo scheletrico.

CONTINUITA' FASCIALE



Il corpo umano è unito e riceve una forma dal tessuto connettivo.

Tutti i tessuti connettivi del corpo umano sono continui e si sviluppano presto, già nel feto in crescita.

Circa 20% del peso del corpo umano è costituito da tessuto connettivo.

Questa matrice di tessuto connettivo è l'organo di sostegno.

Come integratori strutturali, Le tecniche osteopatiche lavorano con l'organo di sostegno per aiutare i pazienti ad avere un miglior rapporto tra sistema di gravità e vita.

Esperienze con cadaveri non-conservati ci hanno mostrato che le tecniche manipolative sono efficaci nelle proprietà fisiche della matrice del tessuto connettivo anche dopo la morte.

L'organo di sostegno contiene anche una vasta rete di lavoro, sia per innervazioni periferiche che autonome.

Il trattamento osteopatico viene incontro nel migliorare le condizioni attuando una "conversazione" con il sistema nervoso, specialmente con la innervazione gamma dinamica ed il sistema nervoso autonomo.

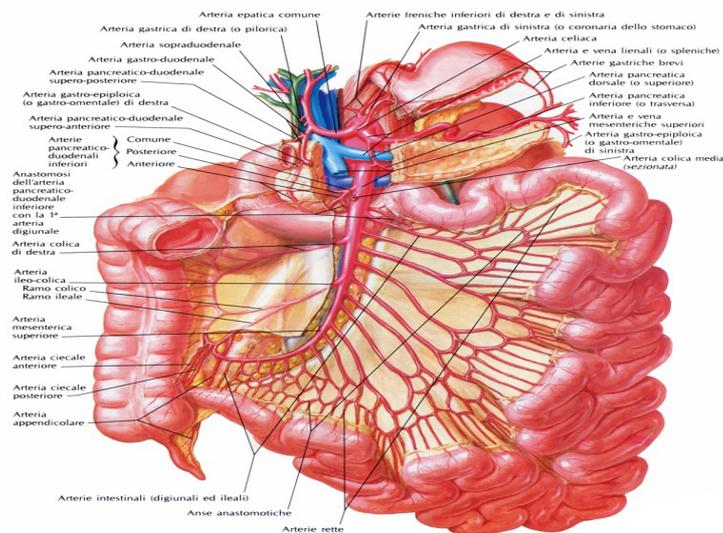
Le membrane che sostengono gli organi interni hanno collegamenti multipli e estesi con il resto dell'organo di sostegno, Jean-Pierre Barral ha dimostrato che la manipolazione del sistema di sostegno viscerale ha effetti profondi e permanenti nell'organizzazione del resto del corpo. Lasciare il sistema di sostegno viscerale fuori dell'integrazione strutturale è ignorare una parte ampia e letteralmente centrale dell'organo di sostegno.

Le membrane di sostegno viscerali hanno innervazioni autonome maggiori (il numero di neuroni nel sistema di sostegno viscerale eccede il numero di neuroni nel midollo spinale e nel tronco encefalico).

I diversi plessi nervosi del sistema di sostegno viscerale sono letteralmente un altro cervello, chiamato cervello enterico (intestinale), che, funziona come un punto d'ingresso cruciale per entrare in "conversazione" con il sistema nervoso.

Ecco due esempi di come il sistema di sostegno viscerale affetta la struttura: una nell'addome, l'altra nel torace.

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.

La tensione nei mesenterici, e in specie quella nelle Radici dei Mesenterici, farà ruotare il tratto lombare e fissare l'articolazione sacro-iliaca destra.

Detto ciò, si può fare un esempio manipolazione viscerale osteopatica.

Per primo sistemare il tratto lombare e la posizione del sacro e la loro mobilità, poi liberare i mesenterici. Test successivi delle articolazione lombare e sacro-iliaca mostrano che veramente in pochi minuti una leggera Manipolazione Viscerale crea un profondo cambiamento nel tratto Lombo-sacrale e nella sua mobilità.

PATOLOGIE COLONNA LOMBARE

PROTRUSIONE DISCALE



La protrusione discale è una discopatia che consiste nello schiacciamento del disco intervertebrale e colpisce soprattutto il tratto lombare e il tratto cervicale della colonna vertebrale; lo schiacciamento riduce la funzione di ammortizzamento del disco e riduce lo spazio fra un disco e l'altro.

Quando il disco intervertebrale inizia a deformarsi, assume una dimensione ed uno spessore anomalo e ciò crea una protrusione che invade altri spazi non dovuti e nei casi peggiori arriva a comprimere le radici nervose e la guaina che riveste il midollo spinale. Spesso dalla protrusione discale si arriva all'ernia del disco.

La patologia in alcuni casi può essere asintomatica ma tendenzialmente si manifesta attraverso un dolore localizzato. Può manifestarsi durante l'adolescenza a causa di traumi sportivi oppure durante in età più adulta quando ci sono evidenti disturbi della postura.

CAUSE

La protrusione discale può manifestarsi per diverse cause che tendono a comprimere il disco intervertebrale e provocare del dolore:

- movimenti scorretti;
- assenza di esercizio fisico o, al contrario, eccessiva attività fisica;
- sport violenti, oppure caratterizzati da salti e balzi ripetuti o dal sollevamento pesi;

- postura scorretta;
- traumi o cadute violente;
- vita sedentaria;
- colpo di frusta cervicale;
- malattie autoimmuni;
- malattie metaboliche;
- tensione e rigidità muscolare;

SINTOMI

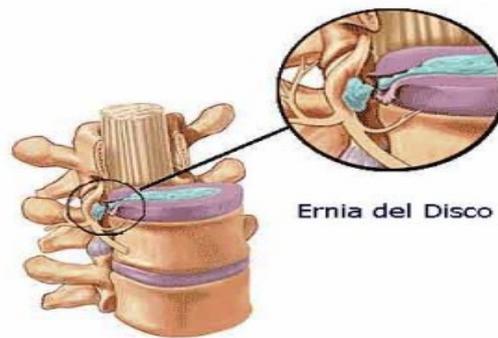
La protrusione discale nei casi in cui non comprime le radici nervose è asintomatica, ma nella maggior parte delle casistiche si manifesta attraverso dei forti dolori localizzati o diffusi.

Solitamente l'infiammazione acuta dura circa 2 o 3 giorni, ma se il dolore persiste bisogna rivolgersi al medico per valutare l'approccio più adatto. Se i sintomi permangono dai 3 ai sei mesi lo specialista può valutare la possibilità di intervenire chirurgicamente.

Segue una lista dei sintomi e delle patologie correlate alla protrusione discale:

- dolore localizzato o diffuso (si estende sia al plesso brachiale che al nervo sciatico);
- formicolio;
- compressione del sacco durale;
- cervicalgia (indica un generico dolore al collo che si protrae nel tempo e che varia da poche settimane fino ad anni);
- cervico brachialgia;
- lombalgia (più comunemente detta anche mal di schiena, è un disturbo diffuso che coinvolge i muscoli e le ossa della schiena);
- lombo-sciatalgia (è caratterizzata da un dolore del nervo sciatico che colpisce la zona lombare e si estende fino negli arti inferiori fino ai piedi)

ERNIA DISCALE



Il termine ernia del disco (o ernia discale) indica la fuoriuscita di materiale del nucleo polposo del disco intervertebrale, causata dalla rottura delle fibre dell'anello fibroso che formano la parete del disco.

I tessuti presenti tra le ossa della colonna vertebrale sono chiamati "dischi intervertebrali" e sono composti da una porzione centrale a consistenza più molle e gelatinosa, il nucleo polposo, e da un rivestimento esterno, l'anello fibroso.

Il disco intervertebrale forma un'articolazione tra le ossa presenti nella colonna vertebrale, consentendone il movimento. Quando il rivestimento esterno del disco si rompe, il nucleo polposo può fuoriuscire dalla propria sede causando così un'erniazione del disco.

SINTOMI

Tra i sintomi dell'ernia del disco troviamo: cervicale, cervicobrachialgia, spalla dolorosa, dorsalgia, lombalgia, lombosciatalgia, ulteriore alterazione posturale di carattere difensivo, ecc...

Se l'ernia entra in contatto con componenti nervose può provocare da semplici disagi (parestesie) a dolori violenti e invalidanti, fino al blocco totale del movimento. L'ernia discale può estendere il suo effetto invalidante lungo tutto il ramo della radice nervosa interessata: ad esempio, le sciatalgie possono arrivare a bloccare il movimento fino alle dita del piede.

Esiste anche un'ernia del disco asintomatica che non entra in contatto con recettori o fibre nervose, quindi non crea dolore, disagi, sintomi di alcun genere.

CAUSE

Le possibili cause dell'ernia discale sono associabili ad esempio a traumi violenti, a microtraumi ripetuti, ma anche a posture professionali scorrette, mantenute nel tempo.

Tra le cause dell'ernia del disco quindi troviamo:

- alterazioni posturali
- traumi (colpo di frusta, fratture, lussazioni, distorsioni in ogni parte del corpo che, attraverso le catene muscolari potrà riflettersi sulla colonna)
- cicatrici
- stress tensivi prolungati
- interventi chirurgici
- osteoporosi
- età avanzata
- scorrette modalità sollevamento pesi
- vizi posturali professionali (molte ore seduto alla scrivania, poltrone, aerei, treni ecc.)
- problemi respiratori, occlusali, visivi, uditivi, digestivi
- anche problematiche connesse all'ansia possono, nel tempo ed indirettamente, essere corresponsabili di un'ernia del disco

I responsabili delle ernie del disco sono i muscoli che gestiscono la struttura anatomica e determinano lo stato di tensione delle articolazioni. Più sono tesi, maggiore è la compressione e dunque maggiori sono le possibilità di ernie.

Diversi fattori rendono le persone più suscettibili a un'ernia discale:

- Età: le ernie del disco sono più comuni nella mezza età, soprattutto tra i 35 e i 45 anni, a causa della degenerazione legata all'invecchiamento dei dischi.
- Fumo: fumare tabacco aumenta il rischio di ernia del disco, perché diminuisce i livelli di ossigeno nel sangue, privando i tessuti del corpo di nutrienti vitali.
- Peso: il peso corporeo in eccesso è causa di stress ulteriore sui dischi nella regione lombare.
- Altezza: essere molto alti aumenta il rischio di ernia del disco. Gli uomini più alti di 180 centimetri e le donne più alte di 170 centimetri sembrano avere un rischio maggiore di soffrire di un'ernia discale.
- Attività lavorative che implicano: sollevare, tirare, spingere, flettere lateralmente e ruotare ripetutamente la schiena

Sono tutti fattori che possono aumentare il rischio di ernia discale.

SPONDILOLISTESI

La spondilolistesi è una patologia che colpisce la colonna vertebrale e si manifesta attraverso lo scivolamento di una vertebra sull'altra che può avvenire in 3 modalità:

- anteriormente (in questo caso si parla più propriamente di anterolistesi);
- posteriormente (in questo caso si parla di retrolistesi);
- lateralmente (invece in questo caso si parla di laterolistesi).

La patologia colpisce soprattutto la quarta e la quinta vertebra lombare e nella maggior parte dei casi si manifesta assieme alla spondilolisi (patologia della colonna vertebrale che consiste nella rottura dell'istmo vertebrale).

Le cause possono essere di natura congenita oppure possono derivare da traumi o da continue sollecitazioni sulla colonna vertebrale; è una patologia che colpisce di sovente gli sportivi che praticano esercizi ripetuti a carico della schiena.

CAUSE

Come già anticipato, le cause principali che possono far manifestare la spondilolistesi possono essere:

- di natura congenita: il paziente nasce con un difetto articolare della vertebra e solitamente riguarda l'ultima vertebra lombare (L5) che scivola davanti al Sacro;
- frattura: la frattura delle vertebre lombari è chiamata Spondilosi e, se la vertebra scivola avanti perché non è sorretta appropriatamente nella sua posizione corretta, prende il nome di spondilolistesi. Colpisce soprattutto gli sportivi che praticano tuffi, ginnastica artistica, golf e sollevamento pesi;
- spondilosi: solitamente è sempre accompagnata dalla spondilolistesi;
- degenerazione a causa dell'invecchiamento: con gli anni le parti della colonna vertebrale tendono a deteriorarsi e molto spesso si manifesta la patologia della spondilolistesi soprattutto nelle donne con più di 50 anni; artrite reumatoide;
- tumori delle ossa: spesso possono causare la patologia;
- post-chirurgia: a volte la patologia può manifestarsi a seguito di un'intervento chirurgico che può provocare uno spostamento in avanti di una vertebra.



LOMBOSCIATALGIA



La lombosciatalgia è una patologia della colonna vertebrale che è il principale sostegno del corpo umano, è formata da 33 o 34 vertebre e, oltre alla funzione di sostegno, svolge un'importante funzione protettiva e motoria. Altre patologie che frequentemente colpiscono questa parte dell'organismo, sono:

- la scoliosi (deriva dal greco skolíosis che significa “incurvamento” ed è una patologia che attualmente colpisce il 3% della popolazione);
- la dorsalgia (si manifesta attraverso un dolore nel tratto centrale della schiena);
- la lombalgia
- l'artrite reumatoide (è una malattia infiammatoria cronica di origine autoimmune, cioè scatenata da una anomala reazione del sistema immunitario che “attacca” le articolazioni del corpo anziché “difenderle”);
- il colpo di frustra cervicale (indica un trauma della colonna vertebrale che si sviluppa a seguito di un movimento brusco del collo in una o più direzioni).

La lombosciatalgia è un dolore del nervosciatico che colpisce la zona lombare e si estende fino negli arti inferiori fino ai piedi. La patologia si differenzia dalla lombalgia perché quest'ultima si manifesta con un dolore localizzato esclusivamente nella zona lombare.

La malattia riguarda il 40% della popolazione e si manifesta soprattutto fra coloro che svolgono una vita sedentaria (chi lavora in ufficio oppure chi studia o chi è costretto a viaggiare in macchina molte ore al giorno), coloro che svolgono poca attività fisica e tutti coloro che durante la giornata tendono ad assumere una postura scorretta.

CAUSE

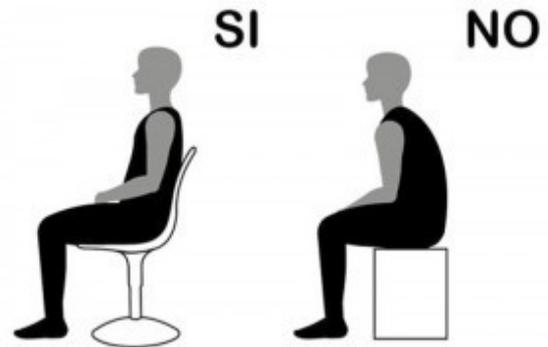
La lombosciatalgia, come già anticipato, si può manifestare nelle persone che svolgono una vita sedentaria, che non praticano attività fisica e che assumono spesso una cattiva postura.

Altri fattori di rischio che possono predisporre un individuo alla malattia, sono:

- gli strappi muscolari;
- le contratture muscolari;
- lo schiacciamento del disco intervertebrale;
- ernia discale del 4° o del 5° disco intervertebrale;

- l'osteoporosi;
- i tumori;

– le spondiliti (processi infiammatori a carico delle vertebre, che compaiono frequentemente nei soggetti immunodepressi, diabetici o anziani).



SINTOMI

Si può presentare monolaterale o bilaterale con sintomatologia di:

- dolore che parte dalla zona dei reni, arriva al gluteo, scende lungo la coscia e arriva al piede;
- bruciore;
- formicolii;
- intorpidimento degli arti;
- fitte volente simili a delle scosse elettriche;
- difficoltà a deambulare

COCCIGODINIA



La coccigodinia è una patologia molto dolorosa del bacino ed in particolare colpisce il coccige e l'area ad esso circostante.

Solitamente si manifesta a causa di un'anomalia nella mobilità del coccige oppure per il sovrappeso, a seguito di un trauma, può presentarsi dopo il parto, può manifestarsi a seguito di uno sforzo sportivo.

Quindi l'approccio terapeutico tende a variare in base alla causa scatenante.

I sintomi principali sono un'inflammatione cronica unita ad dolore continuo che si avverte al bacino.

La patologia tende a colpire maggiormente le donne con più di 40 anni anche se può interessare soggetti di ogni età e sesso.

La patologia colpisce soprattutto le donne con più di 40 anni e tra le cause principali, ricordiamo:

- anomalia nella mobilità del coccige;
- sovrappeso;
- trauma del coccige (spesso legato a sport come l'equitazione, il pattinaggio e sport);
- problematiche dopo il parto;
- lesioni da sforzo ripetuto (ciò avviene in sport come il ciclismo e il canottaggio);
- disturbi posturali;
- età avanzata.

SINTOMI

Il sintomo principale della coccigodinia è il dolore acuto che si avverte nella zona del coccige e aumenta quando ci si alza dalla sedia e quando si comprime il bacino.

Altri sintomi importanti sono:

- mal di schiena;
- ematomi (quando la patologia è dovuta ad un trauma violento);
- dolore durante i rapporti sessuali;
- aumento del dolore durante le mestruazioni;
- difficoltà a compiere alcuni movimenti.
- dolore alle gambe;

TRATTAMENTO OSTEOPATICO

Il presente elaborato descrive l'approccio osteopatico ad un caso clinico che ha per oggetto la sintomatologia accusata dalla signora D.Francesca

La signora D.Francesca ha 69 anni e svolge l'attività di insegnante di acconciature da 5 anni. Afferma di passare molto tempo in piedi durante la sua attività lavorativa e, a fine giornata, di avere dolori riferiti alla zona lombare con difficoltà nell'alzarsi dopo essersi seduta.

Riferisce, inoltre, di essere già stata in precedenza da altri fisioterapisti e massaggiatori, ma con risultati moderati; infatti i dolori continuano a ripresentarsi a breve distanza dai trattamenti.

In seguito all'anamnesi effettuata durante la prima valutazione e ai vari test eseguiti, sono state riscontrate diverse disfunzioni riguardanti il sistema strutturale con un'impronta meno significativa sul sistema viscerale/fasciale.

La valutazione della paziente è stata effettuata considerando la globalità del corpo, prendendo in maggiore considerazione i distretti sacrali, iliaci, lombari e costali.

Durante i trattamenti, i test hanno rilevato un quadro specifico e dettagliato della sig.ra e hanno evidenziato un blocco in posteriorità dell'iliaco Dx, un sacro in torsione con una conseguente accomodazione e un blocco delle faccette vertebrali lombari. Tale situazione ha portato in Over-used tutto il STP (sistema tonico posturale).

Nelle pagine a seguire sarà descritto il percorso di trattamenti effettuato per il sopra citato caso clinico, dall'anamnesi alle tecniche utilizzate per giungere alla risoluzione del problema.

ANAMNESI

Nome: D.Francesca **Eta:** 68 **Professione:** Insegnante parrucchiera

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

Da quanto soffre: Circa 1 anno

Accentuazione freddo/caldo: Con il freddo, quando sta in piedi per molto tempo(fine Giornata)

Tipo di dolore: Barra nella zona lombare

Irradiazione: Nessuna, persistente nella zona

Grado di dolorabilità: 9 (scala 1 a 10; 1= nessun dolore 10= dolore intenso)

Altre zone del corpo con dolorabilità: Collo dopo un po che sta in ortostasi

Patologie Note: Nessuna segnalazione

Interventi chirurgici: Intervento di stabilizzazione della spalla Sx, tonsillectomia, appendicectomia

Incidenti: colpo di frusta nel anno 2000

Eventi traumatici: Incidente Stradale c/a 10 anni fa con colpo di frusta

Terapie in atto: Tachipirina 1000 all'occorrenza, Transact cerotti

Allergie note: Nessuna segnalazione

Allergia a farmaci: Anestetici

Sport/Hobbies: Nessuno

Problemi uro/genitali: qualche episodio di cistite negli ultimi 8 anni

Problemi cardio/circolatori: Nessuno

Problemi gastro/intestinali: Nessuno **intolleranze agli alimenti:** Nessuno

Visus: 10/10 con correzione di lenti **Udito:** Ottimo

Qualità del sonno: Buona (8 ore c/a)

OSSERVAZIONE IN ORTOSTASI:



Ortostasi Anteriore:

- Piedi con presenza di valgismo dell'alluce.
- Caviglia Dx valga, piede Dx in extra rotazione.
- Recurvatum del ginocchio Sx.
- Iperono del quadricipite Dx.
- Iliaco Sx elevato.
- Triangolo della taglia Sx maggiormente ampio.
- Spalla Dx elevata con braccio intraruotato.



Ortostasi Laterale Sx:

- Iperono del tricipite surale Dx.
- Evidente anteposizione del corpo.
- Arto superiore in rotazione interna.
- Rettilineizzazione del tratto lombare.
- Iperlordosi cervicale con accomodamento del tratto dorsale alto in ipercifosi.
- Cranio anteposto rispetto al corpo.



Ortostasi Posteriore:

- Piede Dx in extrarotazione.
- Recurvatum del ginocchio Sx.
- Appiattimento della forma glutea con relativa rettilineizzazione del tratto lombare.
- Pliche cutanee maggiormente evidenti nella zona lombare.
- ipertono della muscolatura dorsale a Dx.
- Processo infiammatorio evidente in zona dorso-cervicale (Gibbo del bisonte)
- Cranio inclinato lateralmente a Sx

PRIMO TRATTAMENTO:

Durante la valutazione osteopatica sono stati eseguiti tests specifici che evidenziano la positività di disfunzioni principalmente strutturali con possibili influenze viscerali.

I tests effettuati sono stati i seguenti:

TEST	ESITO
TFE	+++ Dx
TFS	+
Colonna lombare	Ers Sx L5
Pattern fasciali	Positivo Dx
Test Lasegue	+ Sx (nervo sciatico)
Test Wassermann	Negativo (nervo femorale)
Thermal Diagnosis	Tessuto lombare, zona glutea e bicipite femorale freddi. Tessuto cervicale iperemico e fibrotico
Facilitazione metamERICA	L5
Rocking	Non valutabile per difficoltà nella posizione prona
Sfinge	Non valutabile per difficoltà nella posizione prona
Spring test	Resistente
Dondolamento degli Innominati	Maggiore densità Sx

Dopo i tests è risultato che la disfunzione, come si evidenzia dal TFE, è di origine ileosacrale.

Di seguito ai test iniziali è stato necessario effettuare valutazioni approfondite; i risultati ottenuti sono:

VALUTAZIONE DORSALE

TEST	ESITO
Spring test D4 a D8	Resistente
Test in rotazione	Restrizione a Sx
Test inclinazione laterale	Non inclina a Dx

VALUTAZIONE COSTALE

TEST	ESITO
K1 a K3	Nessuna restrizione
K4 a K6	Restrizione +++
K7 a K10	Restrizione ++
K11 a K12	Nessuna restrizione

VALUTAZIONE DIAFRAMMATICA

TEST	ESITO
Diaframma	Emicupole rigide bilaterali

VALUTAZIONE CERVICALE

TEST	ESITO
Valutazione muscolare	Zona dorso-cervicale con importante ispessimento connettivale di difficile valutazione articolare
Test di compressione	negativo
Test di distrazione	negativo
Test di rotazione	+++Dx
Test di inclinazione	+++Dx
C1	Lateralità Sx
C4	Ers Sx
C6	Ers Sx

VALUTAZIONE ATM

TEST	ESITO
Test di valutazione dell'occlusione	Deviazione mandibolare nell'apertura a Dx con click articolare

VALUTAZIONE CLAVICOLA

TEST	ESITO
Valutazione palpatoria	Anteriorità clavicola Dx

VALUTAZIONE SPALLA

TEST	ESITO
Valutazione palpatoria	Restrizione movimento a Dx

VALUTAZIONE MOBILITA' VISCERALE

TEST	ESITO
Valutazione palpatoria	Addome non dolente alla palpazione

VALUTAZIONE PERTURBAZIONE CICATRIZIALE

TEST	ESITO
Valutazione palpatoria	Cicatrice da appendicectomia ipomobile con Vas Positivo

Analizzando i tests effettuati è emerso che la paziente presenta disfunzioni primarie e secondarie: seguendo il metodo GOT (Global Osteopathic Treatment) verrà sviluppata una procedura di trattamento in più STEP che in primis accentrerà l'obiettivo sulla globalità della persona, poi arriverà a focalizzarsi sulla problematica evidenziata dalla paziente.

TRATTAMENTO OSTEOPATICO:

TRATTAMENTO DEL PUBE

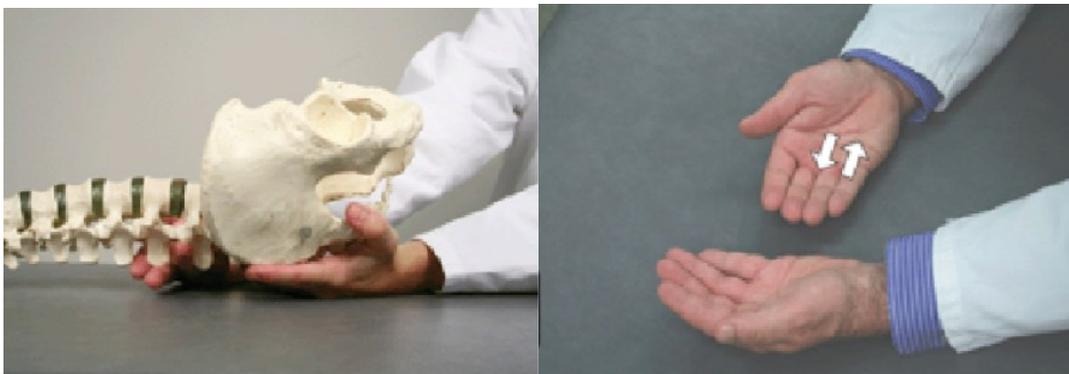
Per avere una normalizzazione più efficace si è preferito utilizzare la tecnica thrust “shotgun”:



Paziente supino con ginocchia ed anche in flessione: piedi ben appoggiati al lettino. Vengono posizionate le mani all'interno delle ginocchia della signora, portandole leggermente in ABD. Viene chiesto alla signora di chiudere le gambe (ADD forzata) cercando di creare una contro resistenza nei confronti delle mani. Dopo 5 secondi di contrazione viene eseguito un thrust a bassa ampiezza portando le ginocchia della signora in ABD.

Trattamento del sacro:

Dopo la valutazione eseguita sul sacro si è riscontrata una restrizione in nutazione , quindi si è scelta la tecnica BLT (Balanced Ligamentous Tension) in quanto la signora dalla sintomatologia riscontrata presenta difficoltà nell'assunzione della posizione prona.



Paziente supino. Si chiede alla signora di piegare le ginocchia e di sollevare il bacino per favorire il posizionamento della mano sotto al sacro; dopo aver chiesto di stendere le gambe sul lettino, viene posizionata la seconda mano sotto la zona lombare, trasversalmente alla colonna. Vengono valutati i movimenti di restrizione durante la respirazione "cranio-sacrale" fino a quando non si raggiunge una normalizzazione nei movimenti di flesso-estensione (nutazione – contronutazione).

Per ottenere un successivo miglioramento nella mobilità sacrale si è deciso di utilizzare una TEM (Tecnica Energia Muscolare).



Paziente seduto sul lettino con i piedi uniti e le ginocchia separate; viene posizionata una mano sul sacro con le dita in direzione del coccige; la seconda mano controlla il busto della signora; si chiede un inarcamento della schiena con relativa spinta dell'addome in avanti espirando; contemporaneamente si cerca di creare una pressione ventrale sulla base del sacro e di resistere alla flessione del busto.

TRATTAMENTO DELL'ILEO

Considerando le limitazioni della signora, si è deciso di utilizzare una tecnica indiretta per ileo in posteriorità Dx (Leg Thug).



Paziente supino; dalla base del lettino viene afferrata la gamba Dx con impugnatura sovramalleolare; l'arto incriminato viene sollevato, abdotto, extraruotato leggermente; dopo aver chiesto un ancoraggio al lettino e una respirazione, si effettua un leggero thrust in direzione caudale.

TRATTAMENTO DORSALE



Il paziente supino, a destra del lettino, piega le gambe mantenendo i piedi uniti in appoggio; viene chiesto di incrociare gli arti superiori al petto; si solleva il paziente mettendo la mano nei pressi della zona incriminata (tenendo conto della direzione delle spinose); dopo aver fatto scendere il paziente sulla mano. Viene richiesta una flessione del capo e una successiva respirazione, per poi effettuare un thrust in direzione appena sopra del fulcro con la finalità di muovere il segmento disfunzionale nella barriera.

2° TRATTAMENTO:

La signora riferisce un miglioramento globale, anche se la sintomatologia a livello lombare non è del tutto sparita.

Sono stati valutati i tests effettuati in prima seduta e ne sono stati eseguiti di nuovi; è emerso quanto segue:

TEST	ESITO
TFE	+
TFS	+
Spring test	Negativo con dolorabilità
Rocking	Negativo
Test della Sfinge	Ers sx L5
Test del Diaframma	Emicupole rigide bilaterali
Dondolamento degli Innominati	Maggiore densità Sx

Analizzando i tests si è deciso di intervenire focalizzando l'attenzione sulla zona lombare, utilizzando tecniche sia miofasciali e di thrust; prendendo anche in considerazione la valutazione viscerale e il trattamento della cicatrice.

TRATTAMENTO CICCATRICE



Paziente supino; vengono poste le mani in direzione della cicatrice; si valuta inizialmente la restrizione tissutale e se la stessa può creare perturbazione con il test di V.A.S; si appoggiano le dita sui bordi della stessa e si rimane in ascolto dei tessuti cercando di allungarli e scollarli ove si senta maggiore restrizione.

TEST V.A.S (segnale vascolare autonomo neurovegetativo)



Paziente supino; si appoggia delicatamente due polpastrelli delle dita sulla zona cicatriziale da valutare; con le altre dita dell'altra mano ci sincronizza sul polso radiale della pz; si valuta se la frequenza apprezzabile sulla cicatrice è la medesima o ci sono delle variazioni di ritmo.(pz con variazione di ritmo)

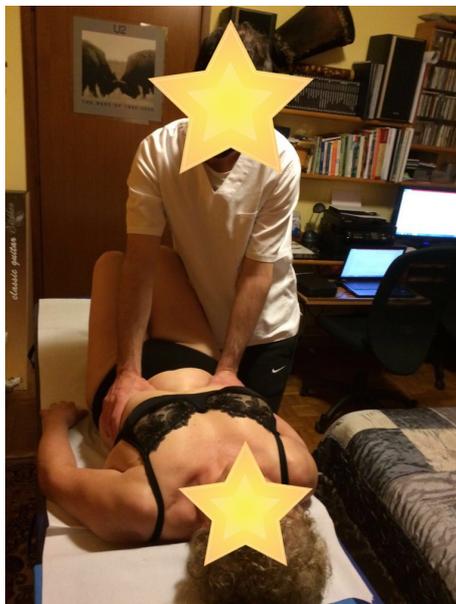
ASCOLTO VISCERALE E MANIPOLAZIONE (Preso a 5 dita in proiezione)



Paziente supino; si appoggia la mano sull'addome dello stesso direzionando le dita nei punti cardinali(colon ascendente, angolo epatocolico, frenocolico, angolo splenocolico; colon discendente); si impilano i tessuti e si rimane in ascolto della motilità e movimento viscerale; dopo la valutazione nella zona ipomobile si utilizzano tecniche di stiramento e di rilascio fasciale

TRATTAMENTO DEL DIAFRAMMA

Paziente supino con le ginocchia piegate e i piedi in appoggio; vengono poste le mani sotto l'arcata costale con i pollici in proiezione del processo xifoideo; viene chiesta una respirazione e nella fase espiratoria si esegue un release diaframmatico lavorando sulle due emicupole. La manovra viene eseguita più volte fino a quando non si ottiene il release completo.

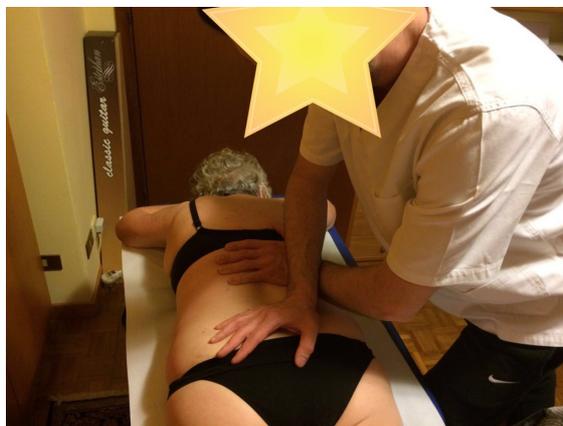


TRATTAMENTO LOMBARE MIOFASCIALE (MTP)



Paziente in posizione prona e ben allineato; vengono sovrapposte le mani in modo tale che la prima in appoggio sul tratto lombare faccia da guida, e la seconda serve ad aumentare la pressione sui tessuti. Si esegue uno stiramento progressivo in direzione trasversa dalla colonna lombare, spostandosi distalmente verso l'iliaco.

Release fasciale:



Paziente in posizione prona; con le braccia incrociate e i pisiformi in appoggio tra la spinosa e le trasverse viene eseguita una trazione combinata allontanando le mani l'una dall'altra, coadiuvata con la respirazione del paziente; ciò favorisce l'apertura dei segmenti vertebrali e il release della fascia a livello lombare.

TRATTAMENTO DELLA ZONA LOMBARE



Paziente in decupito laterale Dx; vengono fatte flettere le gambe fino ad arrivare a sentire il movimento dello spazio intervertebrale tra L5 e S1 con la mano “monitor”; mantenendo i parametri appena fissati, si afferra il braccio del paziente e si trazione in modo tale da arrivare a sentire l’apertura dello spazio interdiscale tra L5 e S1, unendo oltre che alla flessione un parametro di rotazione; dopo aver regolato tutti i parametri nelle barriere di restrizione, viene richiesta una respirazione; alla fine della fase espiratoria si esegue un rapido thrust in direzione del lettino, usando il peso del corpo.

3° TRATTAMENTO

La paziente riferisce un ulteriore miglioramento rispetto alla situazione iniziale e si sente bene; considerando i tests iniziali e valutando nuovamente la signora, si decide di considerare nel trattamento la zona cranio-cervicale in relazione alla zona lombo-sacrale.

TEST	ESITO
Muscolare	zona dorso cervicale con importante ispessimento connettivale di difficile valutazione articolare
Test di compressione	negativo
Test di distrazione	negativo
Test rotazione	++dx
Test inclinazione	++dx
C1	Lateralita sx Ers sx
C4	Normalizzata
C6	Normalizzata

POMPAGE CERVICALE



Paziente supino, mani incrociate in prossimità della zona occipitale; viene creato un movimento ondulatorio ritmico al fine di rilassare tutti i tessuti e la fascia sottostante.

RELEASE DEI MUSCOLI SUBOCCIPITALI



Paziente supino; vengono posti i polpastrelli sotto la rima occipitale, esercitando una pressione progressiva. Viene ascoltato il rilassamento dei tessuti seguendo la densità riscontrata.

TEM DI C1



Paziente supino; viene indotta una rotazione nella barriera di restrizione di C1 – C2; si richiede di ruotare il capo a Dx mentre si resiste isometricamente al movimento; al momento del rilascio si guadagna nella barriera restrittiva; per enfatizzare maggiormente la tecnica utilizziamo anche il movimento oculare del paziente; al termine dei secondi il paziente si rilassa e si guadagna nelle barriere di restrizione.

TEM DI C4

Paziente supino; si pone l'articolazione metacarpofalangea sul processo trasverso di C4; vengono invertiti i parametri, portando il segmento da trattare in estensione, lateroflessione e rotazione nella barriera ristretta; si chiede al paziente di ruotare in direzione opposta per 3/4 secondi mentre si contrasta isometricamente la forza; al termine dei secondi il paziente si rilassa e si guadagna nelle barriere di restrizione.

4° TRATTAMENTO:

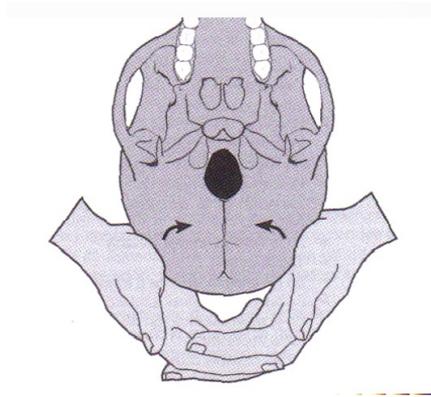
La paziente riferisce di stare bene; si decide di eseguire un trattamento cranio-sacrale per fissare la situazione di benessere ottenuta ed indurre un rilassamento globale.

ASCOLTO DEL MRP



Paziente supino; con i gomiti ben appoggiati sul lettino e un buon grounding si prende contatto con il cranio del paziente; il dito indice si posiziona sullo sfenoide, il dito medio sulla ATM, l'anulare sul processo mastoideo, il 5° dito sull'occipite; ci si sincronizza con il paziente e si ascolta il MRP(movimento respiratorio primario 8/12 Cicli), individuando eventuali restrizioni di movimento craniale.

TECNICA 4° VENTRICOLO



Paziente supino; si posizionano le mani a “bagger” con le due tenar sopra la parte laterale della squama occipitale; seguendo il movimento del MRP si spingono le tenar leggermente in dentro per poi bloccare l’occipite, impedendo che quest’ultimo vada in flessione; si mantiene fino a sentire una fase di rilascio della zona in considerazione.

TRATTAMENTO PTERIGOIDEO INTERNO



Paziente supino; si introduce nella bocca del paziente il dito indice, coperto da un guanto sterile, seguendo l’arcata dentaria inferiore fino a raggiungere l’ultimo molare; dal punto raggiunto, viene ruotato il dito verso l’esterno e con il polpastrello si prende contatto con lo pterigoideo interno alla guancia; viene mantenuta una pressione costante fino al rilascio dei tessuti.

CONCLUSIONI:

valutando la paziente e sentendo le sue considerazioni sul percorso di trattamenti eseguiti mi riferisce che ha riscontrato un notevole miglioramento nella sintomatologia riferita; la signora dichiara di sentirsi più “armonica” ed agile nei movimenti che svolge quotidianamente.

Oltre a dei consigli per la gestione del corpo nella vita quotidiana in modo da preservare e conservare lo stato di buona salute in cui si trova ora, le sono stati assegnati alcuni esercizi di allungamento muscolare da svolgere a casa ed è stata programmata una nova seduta di valutazione a 3 mesi dall’ultimo trattamento.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio tutte le persone che in questi anni hanno creduto in me, nella possibilità di portare a termine il percorso, un percorso di studi ma soprattutto di vita, come disse un mio caro amico...vedrai l'osteopatia ti cambia la vita...ed è stato proprio così.

Ringrazio il direttore della scuola e il suo staff che è sempre stato disponibile e gentile, ascoltando le esigenze di ogni uno di noi.

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

Un ringraziamento speciale ai miei genitori e a mia sorella che mi sono stati accanto e hanno creduto nelle mie capacità.

Il ringraziamento più importante in fine va a i miei pazienti, che ogni giorno si affidano a me e alle mie competenze, ascoltandomi e fidandosi nella professionalità e nella passione che metto per ogni uno di loro.

BIBLIOGRAFIA

Atlante di tecniche osteopatiche – Alexander S. Nicolas; Evan A. Nicolas

Atlante Di Netter

Trattamento Riabilitativo secondo il concetto del PNF – Susan S.Adler; Dominiek Beckers;
Mat Buck

Manipolazione viscerale - Jean-Pierre Barral

www.fisioterapiarubiera.com/anatomia/anatomia-della-colonna-vertebrale

www.cameraniosteopatia.com/osteopatia/osteopatia-viscerale

www.neoene-italia.com/spondilolistesi