



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL  
SCUOLA DI OSTEOPATIA

---

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

**“LA PUBALGIA”**

Candidato: Tosetto Marco Lorenzo

ANNO ACCADEMICO 2016 / 2017

---

fisiomedic  
ACADEMY



# Indice

Presentazione del caso clinico.....	9
Introduzione.....	11
1. Primo capitolo.....	13
1.1 Anatomia.....	13
1.2 Le formazioni muscolari.....	15
2. Secondo capitolo.....	17
2.1 Epidemiologia e cause.....	17
3. Terzo capitolo.....	19
3.1 Sintomi della pubalgia.....	19
3.2 Consigli per alleviare i dolori da pubalgia.....	21
4. Quarto capitolo.....	23
4.1 Strategie di prevenzione per le sindromi retto - adduttorie.....	23
5. Quinto capitolo.....	25
5.1 Diagnostica clinica e strumentale.....	25
5.2 Trattamento della pubalgia.....	25
5.3 Valutazione osteopatica.....	27
5.4 Valutazione e trattamento caso clinico.....	28
6. Conclusioni.....	33
7. Bibliografia .....	35



## **Presentazione del caso clinico**

Il caso da me trattato, riguarda un ragazzo di circa 27 anni, che chiamerò G., giocatore di calcio di un team dilettantistico. G. soffriva da circa 2 mesi di un dolore costante sull'interno coscia sx che si irradiava alla regione addominale sx. A causa di tale dolore era in difficoltà ad eseguire anche i più semplici movimenti con la gamba e a sdraiarsi sul lettino.

Presentava rigidità e contrattura dei muscoli adduttori. Il soggetto denotava inoltre, uno stato ansioso in conseguenza del lavoro e del distacco dalla compagna che aveva dovuto trasferirsi per il lavoro in una località molto distante. Da alcuni giorni soffriva di insonnia. Tranne alcuni antinfiammatori (Airtal bustine, Artrosilene), prescrittigli dal suo medico curante, non aveva effettuato nessun'altra terapia.



# INTRODUZIONE

Se si parla di pubalgia in senso ampio, cioè di una sindrome dolorosa generica che interessa la regione addominale, inguinale fino alla zona interna delle cosce, le cause possono essere molto diverse e spaziano da patologie tendinee o muscolari, ossee o articolari fino a quelle di tipo infettivo, tumorale, ecc.

Per pubalgia, in senso stretto, però si intende generalmente una sindrome dolorosa della griglia pelvica, che rientra tra le “patologie da sovraccarico”, cioè la cui origine si fa risalire a una serie di microtraumi ripetuti nel tempo.

In sostanza la pubalgia è un dolore muscolare (miotensite) che riguarda diversi gradi di lesione dei muscoli della zona frontale e bassa dell'addome e della sinfisi pubica.



# CAPITOLO 1

## **1.1 Anatomia**

La cintura pelvica forma la base del tronco.

Essa costituisce l'impalcatura dell'addome e realizza l'unione tra gli arti inferiori ed il rachide.

E' un anello osteo-articolare chiuso composto da tre formazioni ossee e tre articolazioni.

Le tre formazioni ossee sono:

- le due ossa iliache;
- il sacro, blocco vertebrale formato dalla sutura di cinque vertebre sacrali.

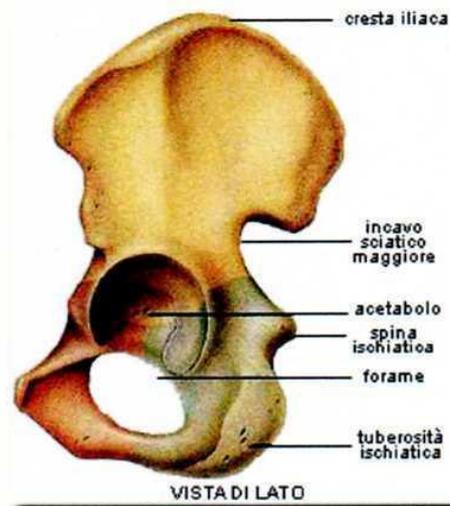
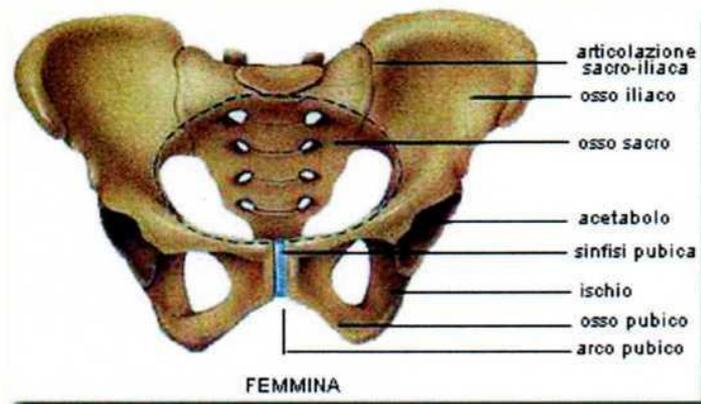
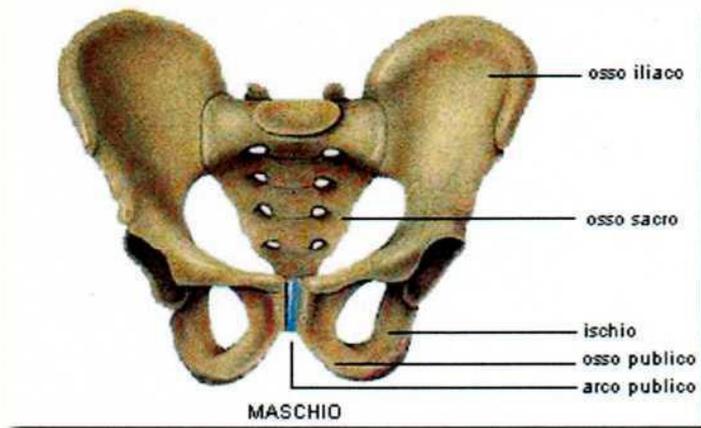
Le tre articolazioni, poco mobili, sono:

- le due articolazioni sacro iliache, uniscono il sacro a ciascun osso iliaco;
- la sinfisi pubica, che unisce in avanti le due ossa iliache.

Il bacino maschile è diverso da quello femminile; quando li si confronta, si nota che quello femminile è molto più ampio, più largo, e meno alto rispetto a quello maschile.

Questa differenza morfologica della cintura pelvica è legata alla funzione della gestazione e soprattutto del parto.

Le articolazioni della cintura pelvica giocano dunque un ruolo importante non solo nella statica del tronco in posizione eretta, ma anche un ruolo importante nel meccanismo del parto.



## **1.2 Le formazioni muscolari**

La pubalgia colpisce i punti di inserzione sull'osso pubico di diversi muscoli: adduttori, pettineo, gracile, retti addominali, obliqui addominali, trasversi addominali.

Grande adduttore: si inserisce superiormente alla tuberosità ischiatica; inferiormente alla linea aspra ed al tubercolo degli adduttori del femore; adduce ed estende l'anca.

Adduttore lungo: si inserisce superiormente, alla sinfisi pubica; inferiormente, al terzo medio del margine mediale della linea aspra; adduce l'anca.

Adduttore breve: si inserisce superiormente, al ramo inferiore del pube; inferiormente, al terzo superiore del margine mediale della linea aspra; adduce l'anca.

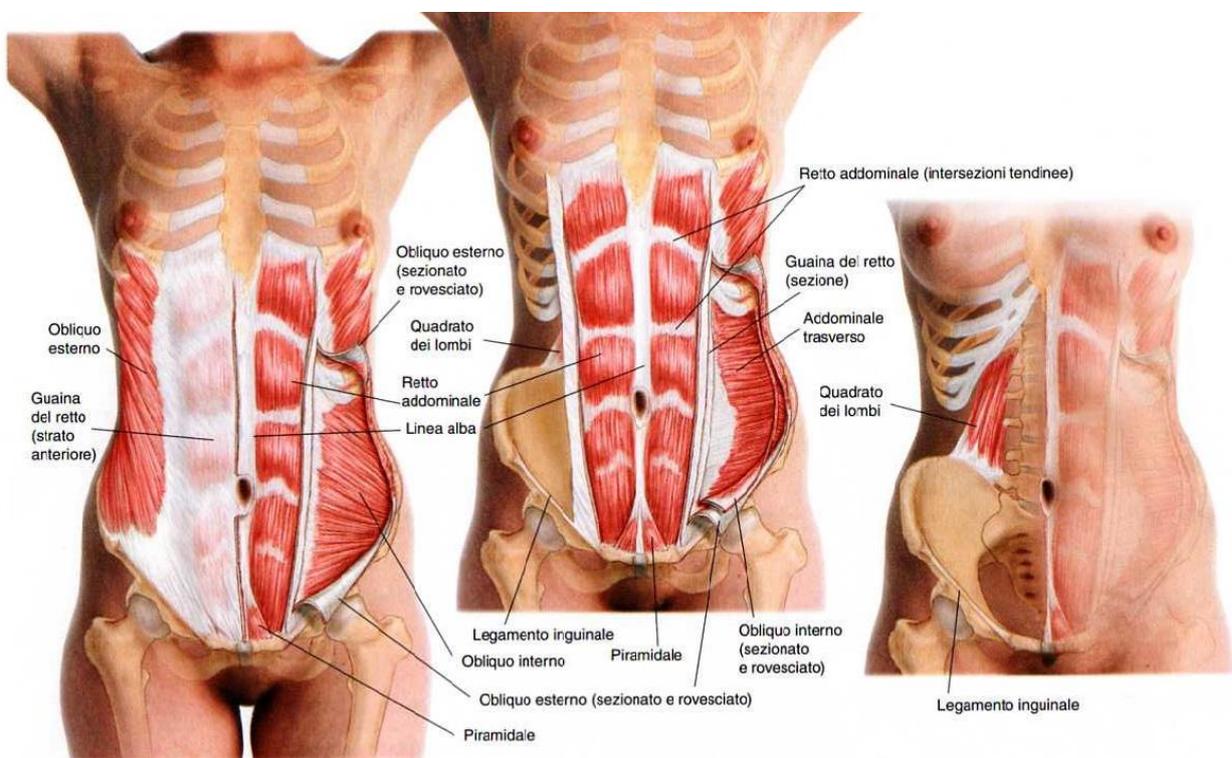
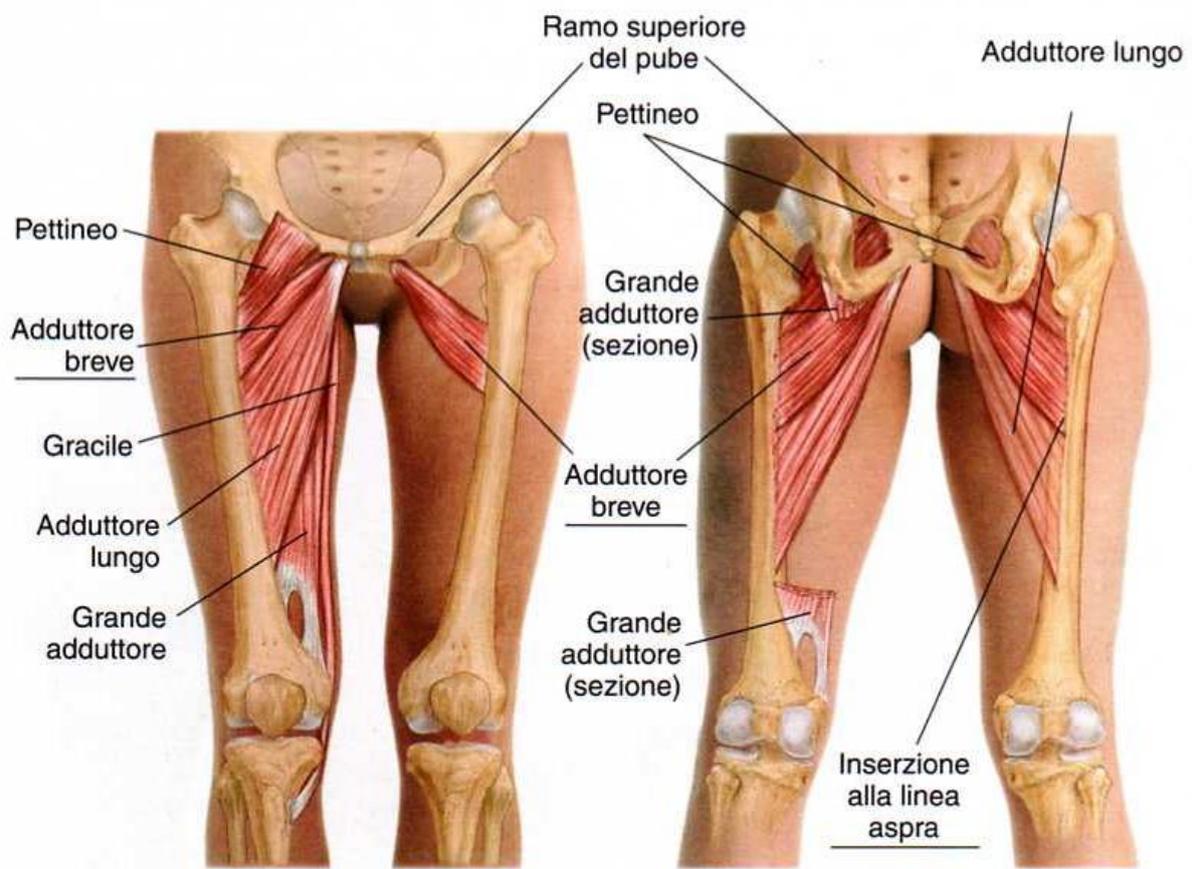
Pettineo: si inserisce superiormente, alla cresta del pube; inferiormente, tra il piccolo trocantere e la linea aspra; adduce l'anca e la assiste in flessione.

Gracile: si inserisce superiormente, al ramo inferiore del pube; inferiormente, alla faccia mediale della tibia; adduce l'anca, flette il ginocchio e lo intraruota quando è flesso.

Retti addominali: due bande lungo la faccia anteriore dell'addome; flettono il tratto lombare della colonna vertebrale, trascinano il torace in basso verso il pube.

Obliqui addominali: si estendono dalla cresta iliaca alle coste; assistono la flessione laterale e la rotazione della colonna.

Trasversi addominali: formano il piano più profondo dei muscoli della parete addominale; comprimono l'addome.



## CAPITOLO 2

### ***Epidemiologia e cause***

La pubalgia è una sindrome dolorosa la cui epidemiologia resta poco chiara, soprattutto in ragione della complessità di tipo anatomico della regione pubica e del frequente sovrapporsi, al quadro clinico, di altri tipi di patologia.

Questa sindrome dolorosa interessa soprattutto gli sportivi, in particolare i professionisti, cioè coloro che svolgono attività continuative e ad alto livello, come ad esempio i giocatori di calcio, e le donne in gravidanza.

Ma non solo.

Non è infrequente che tale problema emerga anche in atleti che svolgono altre attività sportive come il tennis, la scherma, la pallamano, l'atletica, la danza, l'equitazione, discipline nelle quali è richiesta l'intensa sollecitazione degli arti inferiori.

A parte il tipo di sport praticato, non bisogna dimenticare che la pubalgia può sopraggiungere anche a seguito di un cambiamento del tipo di allenamento (incremento quantitativo o qualitativo troppo rapido dei carichi di allenamento) o, anche, del terreno sul quale lo si svolge (troppo cedevole o eccessivamente irregolare, ad esempio), del tipo di scarpe utilizzato, di infortuni precedenti non ben recuperati, oppure in relazione alle caratteristiche strutturali dell'atleta, come un'accentuata curvatura lombare, sovrappeso, una dismetria degli arti inferiori, scarso equilibrio fra la muscolatura degli arti inferiori e quella addominale (condizione possibile in chi

corre), maggior debolezza dei muscoli adduttori rispetto agli altri muscoli della coscia e del bacino,

patologie congenite dell'anca o problemi posturali che creano asimmetria del bacino.

Problemi all'articolazione sacroiliaca possono influenzare l'inguine a causa di una asimmetria degli ilei, una torsione sacrale etc., e creare dolore localizzato.



## CAPITOLO 3

### **3. 1 Sintomi della pubalgia**

Il principale sintomo della pubalgia è naturalmente il dolore, che parte dall'osso pubico, si dirama in tutta la regione e si localizza nell'inguine fino a interessare, in certi casi, la faccia interna della coscia.

Nelle forme lievi, compare al risveglio e si manifesta all'inizio degli esercizi fisici, tendendo poi a scomparire una volta effettuato il riscaldamento.

Nelle fasi più gravi della sindrome dolorosa, al contrario, il dolore può apparire anche in modo improvviso, durante lo svolgimento dell'attività sportiva, tanto da impedirne la continuazione o, addirittura, rendere difficile la semplice deambulazione.

In questo caso, il dolore diventa persistente, continuo e tende ad aggravarsi con l'attività mentre soltanto il riposo lo attenua.

Il dolore causato dalla pubalgia è bilaterale nel 12% dei casi, interessa per il 40% dei casi la regione adduttoria e solamente nel 6% dei casi la zona perineale.

I 2/3 dei pazienti riferiscono un'insorgenza della sintomatologia dolorosa di tipo progressivo, mentre solamente 1/3 denuncia un'insorgenza brutale.

La pubalgia è caratterizzata da una sintomatologia molto soggettiva e a volte, può consentire comunque la prosecuzione dell'attività; è questo l'errore più grave che si può commettere.

E' necessario invece un periodo di stop che serve (oltre a identificare la causa del problema e predisporre a

eliminarla alla ripresa) a risolvere i casi meno gravi e a evitare il degenerare della sindrome dolorosa verso quadri dove si rischia di avere problemi anche a camminare.

Qui riassunti i sintomi principali della pubalgia:

- dolore pubico,

- dolenzia al tatto del pube,
- dolore alla bassa schiena, specialmente nell'area sacro-iliaca,
- difficolt  a girarsi nel letto,
- difficolt  a salire e scendere le scale, salire e scendere dall'automobile.
- schiocco del bacino quando si cammina, dovuto al tendine non all'articolazione,
- andatura ondeggiante,
- difficolt  a prendere il passo, specialmente dopo il riposo,
- problemi alla vescica (incontinenza temporanea),
- alterazioni somatiche della sinfisi pubica percepibili al tatto di un esperto Osteopata.

### **3. 2 Consigli per alleviare i dolori da pubalgia**

- Usate un cuscino in mezzo alle gambe quando riposate a letto,
- durante la gravidanza usate un cuscino anche sotto il sedere,
- cercate di mantenere le gambe parallele e simmetriche il piu' possibile quando vi muovete a letto,
- praticate del nuoto, aiuta ad alleggerire le tensioni sulle articolazioni,
- fate della ginnastica aerobica in acqua,
- quando siete in posizione eretta e fermi , cercate di distribuire il peso del corpo in maniera uguale su entrambe le gambe,
- vestitevi da seduti specialmente quando indossate pantaloni o biancheria,
- evitate di mettervi seduti a "cavalcioni",
- quando salite o scendete dalla macchina muovete le gambe insieme e non separatamente,
- applicate nella zona borse di ghiaccio,
- fate movimenti delicati, evitate assolutamente movimenti bruschi,
- evitate di sollevare pesi da terra,
- evitate attivita' sportive che comportino abduzione degli arti inferiori.
- consultatevi con un Osteopata; L'Osteopatia con le sue tecniche e' il rimedio elettivo nel caso di pubalgia.



## CAPITOLO 4

### ***Strategie di prevenzione per le sindromi retto-adduttorie***

In base alle conoscenze attuali è difficile stabilire una linea di prevenzione che possa essere efficace per tutti, viste le diverse cause che possono dare origine alla pubalgia. Lo sportivo deve essere l'attore principale della prevenzione di questo infortunio; deve avere il coraggio e il buon senso di fermarsi nel momento in cui insorgono i primi fastidi cercando di limitarsi a quelle attività che non evocano dolore o fastidio. Se il fastidio persiste è necessario rivolgersi a personale competente prima che la situazione diventi grave e vengano compromessi mesi di allenamento.

Altre linee guida che possono, in alcuni casi, aiutare nella prevenzione della pubalgia sono:

- Effettuare periodicamente (almeno due volte a settimana) un efficace potenziamento della muscolatura addominale; una volta a settimana andrebbero potenziati anche gli ischio-crurali.
- Svolgere un continuo programma di allungamento della base posteriore del tronco (la zona lombare) e degli ischio-crurali.
- Prestare particolare attenzione al riscaldamento prima di ogni seduta di allenamento e di ogni partita; questo deve comprendere diverse andature (dopo almeno 8-10' di corsa lenta) come skip (corsa a ginocchia alte), corsa calciata dietro, adduzioni/abduzioni delle gambe, scivolamenti laterali, corsa laterale a gambe incrociate, galoppi laterali.
- Esercizi di propriocettività con pedane instabili (possibilmente a base larga) e in posizioni diverse; questi migliorano la sensibilità e il reclutamento dei muscoli stabilizzatori.

Gli esercizi per la propriocettività inoltre possono essere efficaci anche per la prevenzione delle lesioni al legamento crociato anteriore e delle distorsioni alla caviglia.

- Apprendere in maniera corretta le tecniche di stretching.

Se le recidive sono frequenti, malgrado un corretto programma di prevenzione è consigliabile:

- Rivolgersi al vostro Osteopata di fiducia.
- Attuare un programma di rafforzamento muscolare generale, con una particolare attenzione al potenziamento degli adduttori (affondi laterali, uso di elastici, ecc.).

Queste esercitazioni devono comunque essere effettuate sotto la supervisione di personale esperto e qualificato.

# CAPITOLO 5

## **5.1 Diagnostica clinica e strumentale**

La diagnosi si fonda sulla storia clinica, sui sintomi e sull'esame obiettivo.

Dopo aver verificato l'esposizione dei sintomi, l'esame obiettivo risconterà un forte dolore a livello inguinale alla pressopalpazione.

Anche alcuni movimenti specifici degli adduttori provocheranno dolore.

Il medico dovrà tenere conto del fatto che altre patologie possono presentare sintomi simili a quelli della pubalgia (ernie inguinali, patologie urologiche o ginecologiche, intrappolamenti nervosi) ed eventualmente valutare la possibilità di esami non ortopedici (erniografia).

Per arrivare a una corretta diagnosi, il paziente affetto da pubalgia potrà essere sottoposto a un Esame Ecografico, che mostrerà, soprattutto se la sindrome dolorosa è recente, i tendini alterati nella forma e più spessi.

Attraverso la Radiografia del bacino sarà possibile, invece, rilevare l'esistenza di eventuali lesioni a livello dell'osso pubico e di una pubalgia cronica in quanto, nei punti di maggiore infiammazione della sinfisi, si potrà notarne il contorno irregolare con eventuale sviluppo di calcificazioni specialmente nella parte inferiore.

Per ulteriori approfondimenti, e quando la diagnosi appare ancora incerta, non si escludono Scintigrafia, Tac e RMN (Risonanza Magnetica Nucleare), in grado quest'ultima di evidenziare

eventuali lesioni dei tessuti molli, dei legamenti e delle strutture nervose.

## **5.2 Trattamento della Pubalgia**

- Il riposo

E' necessario che vengano immediatamente sospese tutte le attività fisiche cui lo sportivo si dedicava, iniziando un periodo di riposo che potrà variare da qualche settimana a qualche mese.

– La terapia farmacologica

Di solito vengono somministrati antinfiammatori, miorilassanti e tranquillanti al fine di ridurre la sintomatologia dolorosa, di ottenere un effetto miorilassante e di sedare l'ansia che inevitabilmente accompagna il decorso della malattia.

Va fatto uso di farmaci soltanto nella fase acuta e, comunque, per brevi periodi di tempo in quanto provvisti di effetti collaterali non trascurabili se ne si eccede.

- Approccio Osteopatico

Prima di sottoporsi all'intervento chirurgico e' bene sempre rivolgersi al trattamento Osteopatico, che spesso si e' dimostrato risolutivo.

Gli obiettivi dell'Osteopata saranno:

- ridurre il dolore e l'infiammazione,
- migliorare la flessibilita' e la condizione dei muscoli,
- rafforzare i muscoli,
- distribuire in maniera corretta i carichi e le spinte,
- rendere biomeccanicamente piu' funzionale il rachide e la pelvi in toto,
- gradualmente riportare l'atleta in piena forma ed alla prestazione sportiva.

L'Osteopata dara' degli esercizi specifici e calibrati al paziente, in base alla situazione ed alla sua capacita', da svolgere a casa; esercizi comunque sempre ben tollerati.

Dello stretching dovrebbe essere fatto almeno due volte al giorno, ma senza esagerare.

Consigliamo esercizi di rafforzamento per tutti i muscoli, non appena la fase acuta sia passata.

Lo scopo dell'osteopatia e' quello di riportarvi al vostro sport o attivita' non appena possibile e in modo sicuro.

Se si torna troppo presto alle attivita' si puo' peggiorare la situazione, il che potrebbe portare a danni permanenti.

L'osteopatia e' il sistema preferenziale per trattare al meglio la Pubalgia.

Rispettando tempi e modi del nostro organismo, si possono ottenere grandi benefici.

- Indossare una cintura di compressione per trattenere il calore e fornire supporto

- Trattamento chirurgico

L'intervento chirurgico per risolvere la pubalgia è consigliato nei casi più gravi e cronicizzati della sindrome dolorosa.

### **5.3 Valutazione Osteopatica**

Prima di tutto per comprendere l'origine del problema che affligge il paziente è necessario eseguire un'indagine minuziosa tramite un'accurata anamnesi. L'Osteopata tramite una serie di domande mirate raccoglierà gli elementi necessari per formulare un'ipotesi sulla possibile causa del problema, tale ipotesi sarà ulteriormente supportata attraverso la valutazione dei referti medico-diagnostici in possesso del paziente.

Terminata l'anamnesi si passa all'esame obiettivo osteopatico: il paziente verrà dapprima valutato in posizione eretta, per valutare la postura in statica, focalizzando l'attenzione sulle curve fisiologiche del rachide, l'appoggio plantare, l'atteggiamento del cranio, etc. Successivamente si passerà ad un esame obiettivo dinamico con l'esecuzione di una serie

di test di mobilità attiva guidati dall'osteopata, che permetteranno di valutare dinamicamente il comportamento del rachide e delle strutture annesse. Dopodiché, il paziente viene fatto sdraiare sul lettino al fine di consentire all'osteopata di effettuare la parte più fine e specifica della propria valutazione: la palpazione osteopatica, cercando di individuare la disfunzione somatica che probabilmente è all'origine del problema e che andrà successivamente corretta attraverso le opportune tecniche. Il trattamento osteopatico non prevede l'utilizzo di farmaci e nemmeno di apparecchiature elettromedicali, l'osteopatia infatti si basa su tecniche prettamente manuali di vario tipo, non dolorose e non invasive che rispettano l'armonia, la fisiologia del nostro organismo, al fine di far ritrovare la propria OMEOSTASI (equilibrio).

#### 5.4 Valutazione e trattamento caso clinico

Il ragazzo e' venuto nel mio studio con un certificato del Fisiatra con la seguente diagnosi: pubalgia bilaterale, piu' marcata a sinistra.

Presentava un'andatura ondeggiante, forte dolore al sollevamento della gamba nel togliersi i pantaloni, schiocco del bacino quando camminava.

In posizione eretta, piano frontale: testa inclinata leggermente verso destra, spalla destra piu' bassa rispetto all'altra.

Test flessione da eretti (TFE) +++ SN, Test flessione da seduti (TFS) neutro.

Paziente disteso sul lettino: dopo allineamento posturale; le anche sembravano non muoversi; forte dolore interno nella zona pelvica, durante la palpazione; adduttori molto dolenti, ischio crurali ipertonici.

Ho effettuato poi, una valutazione pubica: pube superiore sn, legamento inguinale sn teso e dolente.

TFE (test flessione da eretti)

Positivo nel caso suddetto

Il paziente e' in stazione eretta, con i piedi alla larghezza delle spalle; l'operatore e' dietro al paziente con gli occhi all'altezza delle sips e con i pollici posizionati sulla parte inferiore delle sips.

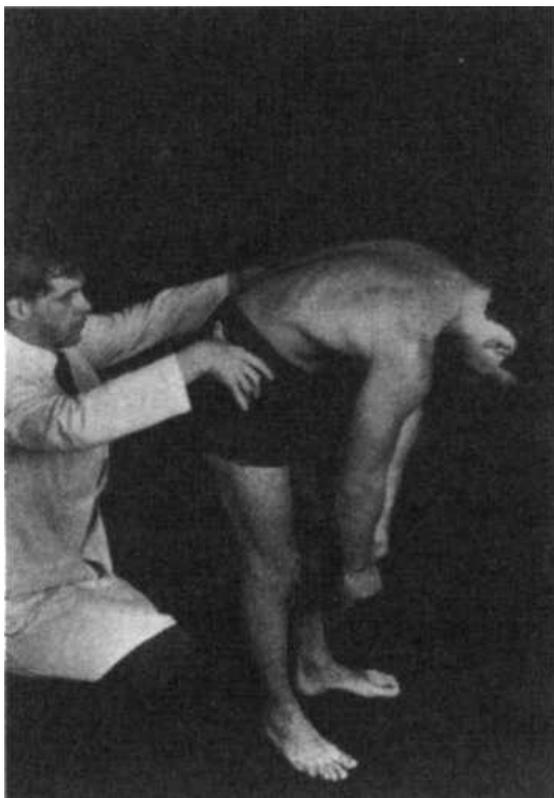
Mantenere una pressione decisa sulle sips, senza trascinare cute e fascia, per seguire il movimento del repere osseo.

Si chiede al paziente di flettersi attivamente in avanti e di cercare di raggiungere le dita dei piedi rimanendo in un range indolore.

Il test e' positivo dal lato in cui il pollice si muove in direzione cefalica alla fine del movimento.

Il test positivo identifica il lato in cui l'articolazione sacroiliaca e' in disfunzione, ma non il tipo specifico di disfunzione.

Di solito questo test si compara con quello di flessione da seduto per la disfunzione sacroiliaca.



Sempre con il paziente supino, ho iniziato il trattamento; Ho cercato di allungare gli ischio-crurali, per rimetterli in fase (erano ipertonici e accorciati).

Ho effettuato poi degli esercizi di stretching e digitopressioni a livello degli adduttori.

In seguito per riequilibrare la zona pubica, ho effettuato la tecnica dello “shotgun”.

Tecnica diretta per assestare disfunzioni sia superiori che inferiori, in apertura e chiusura.

Agisce con impulso sugli adduttori, creando improvviso gapping che riequilibra la struttura.

Esecuzione tecnica “shotgun”

Il paziente e' supino, con le ginocchia ed anche in flessione, i piedi sono appoggiati; l'Osteopata pone le mani all'interno delle ginocchia del paziente e le porta in leggera abduzione; il paziente adduce contro resistenza; l'osteopata cede leggermente; dopo 4 secondi di contrazione l'Osteopata esegue rapido thrust in direzione di abduzione.



Dopo il trattamento ho effettuato di nuovo il tfe, con esito ancora leggermente positivo.

Ho seguito il paziente per un totale di 5 sedute.

Un netto miglioramento si e' verificato dopo la seconda seduta.

L'ho congedato dandogli alcuni consigli per prevenire ricadute (capitolo 4).



## CONCLUSIONI

Mai come in questo tipo di sindrome dolorosa ci si sente consigliare di tutto e il contrario di tutto.

C'è chi dice di avere ottenuto ottimi risultati potenziando gli addominali, chi invece asserisce che si ottengono benefici allungando gli addominali.

C'è chi ha risolto il problema andando dal dietologo, chi invece dall'urologo; c'è l'allenatore che consiglia di intensificare la preparazione fisica ed il preparatore atletico che invece consiglia il riposo assoluto.

Il tale fisioterapista consiglia di mettere il ghiaccio, il tal massaggiatore invece mette calore e assicura che con qualche massaggio agli adduttori tutto passerà.

Il tal giocatore è guarito facendo delle manipolazioni vertebrali, il tal campione invece trova giovamento facendo infiltrazioni con farmaci particolari.

L'errore fondamentale che si fa è pensare che la pubalgia sia un'entità unica e ben precisa quando invece è necessario indagare a fondo su quali sono le cause che hanno determinato l'insorgenza di dolore al pube.

L'altro errore è quello di pensare che, trovato il rimedio per un caso questo valga per tutti.



# Bibliografia

1. I.A. Kapandji - Fisiologia articolare - Volume terzo - Tronco e rachide - Edizione 2004.
2. I.A. Kapandji – Fisiologia articolare – Volume secondo – Arto inferiore – Edizione 2004.
3. Programma della scuola di Osteopatia – Fisiomedic Academy -
4. Benazzo F, Cuzzocrea F, Mosconi M, Zanon G. La pubalgia del calciatore.
5. Atlante di Tecniche Osteopatiche – Seconda edizione – Alexander S. Nichols / Evan A. Nicholas
6. Programma di Fisioterapia strumentale – Istituto Enrico Fermi di Perugia – Corso di formazione per Massaggiatori – Massofisioterapisti.
7. James H. Clay, David M. Pounds – Piccin – Fondamenti clinici della massoterapia – Edizione 2009.