



---

Corso di Diploma in OSTEOPATIA

**EFFICACIA DEL TRATTAMENTO  
OSTEOPATICO  
NELLA LOMBALGIA CRONICA  
DISFUNZIONE LOMBOSACRALE  
(L4-L5, L5-S1)**

Direttore:  
Dott. Luca Bonadonna

Candidato:  
Pintore Raffaele

---

Anno accademico 2016/2017

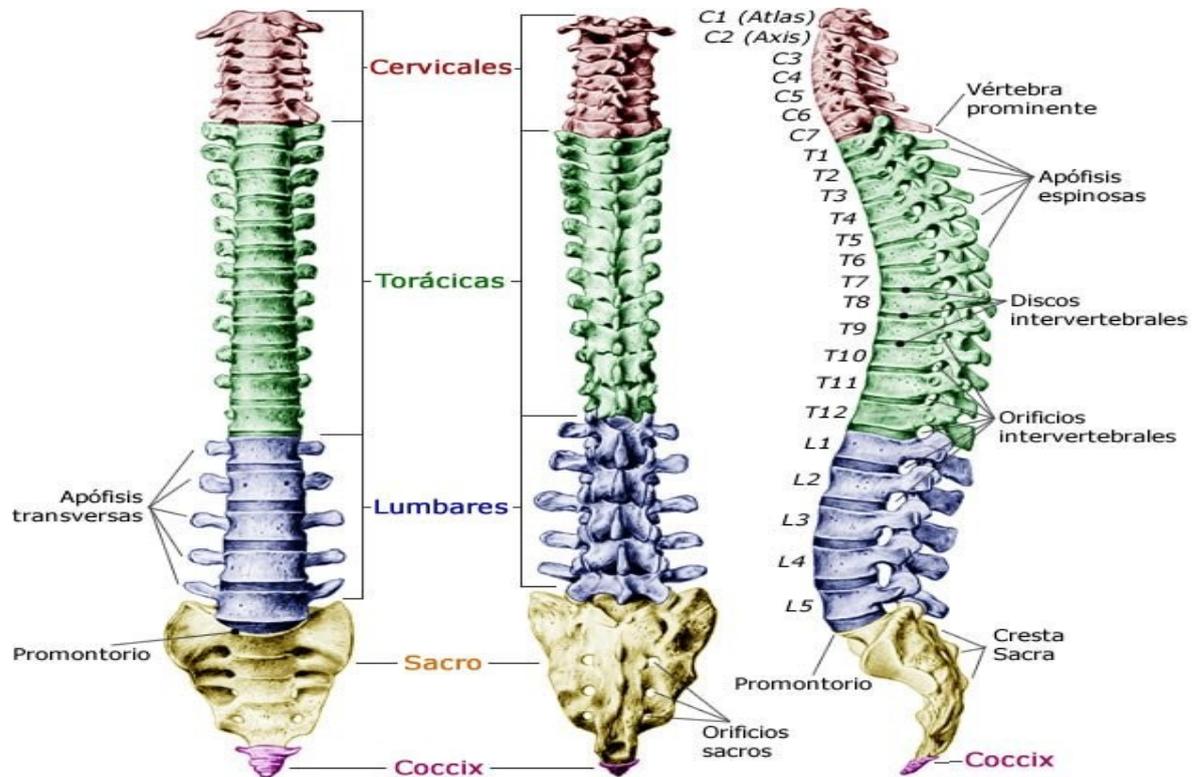
*Porsi un obiettivo è la più forte forza umana di automotivazione*  
*(Paul J. Meyer)*

# INDICE

CAPITOLO 1 LOMBALGIA .....	1
1.1 Lombalgia acuta.....	3
1.2 Lombalgia cronica.....	4
1.3 Epidemiologia .....	5
1.4 Cause.....	6
1.5 Sintomi .....	13
1.6 Diagnosi.....	15
1.7 Terapie.....	17
1.8 Trattamento osteopatico .....	19
CAPITOLO 2 CASO CLINICO.....	23
2.1 Dati personali.....	23
2.1.1 Diagnosi Clinica .....	23
2.1.2 Anamnesi.....	24
2.1.3 Esame Obiettivo.....	24
2.1.4 Esame obiettivo specialistico.....	25
2.2 Valutazione osteopatica .....	26
2.2.1 Diagnosi osteopatica .....	29
2.2.2 Trattamento osteopatico effettuato.....	29
2.2.3 Risultati trattamento.....	33
2.3 CONCLUSIONI .....	34

## CAPITOLO 1

# LOMBALGIA



La lumbalgia (cioè il dolore alla colonna vertebrale, il complesso funzionale che fa da pilastro all'organismo umano) non è una malattia ma un sintomo di diverse patologie, aventi in comune la diffusione del dolore in regione lombare.

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.

La lombalgia è distinta 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 LOMBALGIA ACUTA.**

Detta pop. “colpo della strega”, 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.

## **1.2 LOMBALGIA CRONICA.**

Questa l. 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.

### 1.3 EPIDEMOLOGIA

Le cause del dolore vertebrale 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.

I segmenti che compongono la colonna vertebrale sono separati da articolazioni semimobili dette **dischi intervertebrali**, specie di cuscini dalla struttura fibrocartilaginea in grado di ammortizzare le sollecitazioni statico-dinamiche della colonna.

Più in dettaglio i dischi, privi di cavità articolare e di vasi sanguigni, sono ricchi in mucopolisaccaridi idrofili e sono dotati di innervazione sensitiva soltanto alla periferia dell'anello fibroso.

Il loro nucleo centrale molle rappresenta il residuo della notocorda, la struttura anatomica attorno alla quale si organizza la colonna vertebrale nell'embrione.

Il tessuto fibrocartilagineo discale resiste bene alle pressioni assiali simmetriche mentre mal sopporta le pressioni asimmetriche prolungate ed ancor più i movimenti di torsione esagerati.

La pressione intradiscale lombare è minima in posizione orizzontale, massima

in posizione seduta, intermedia in posizione eretta.

#### **1.4 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 fessurazioni 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.

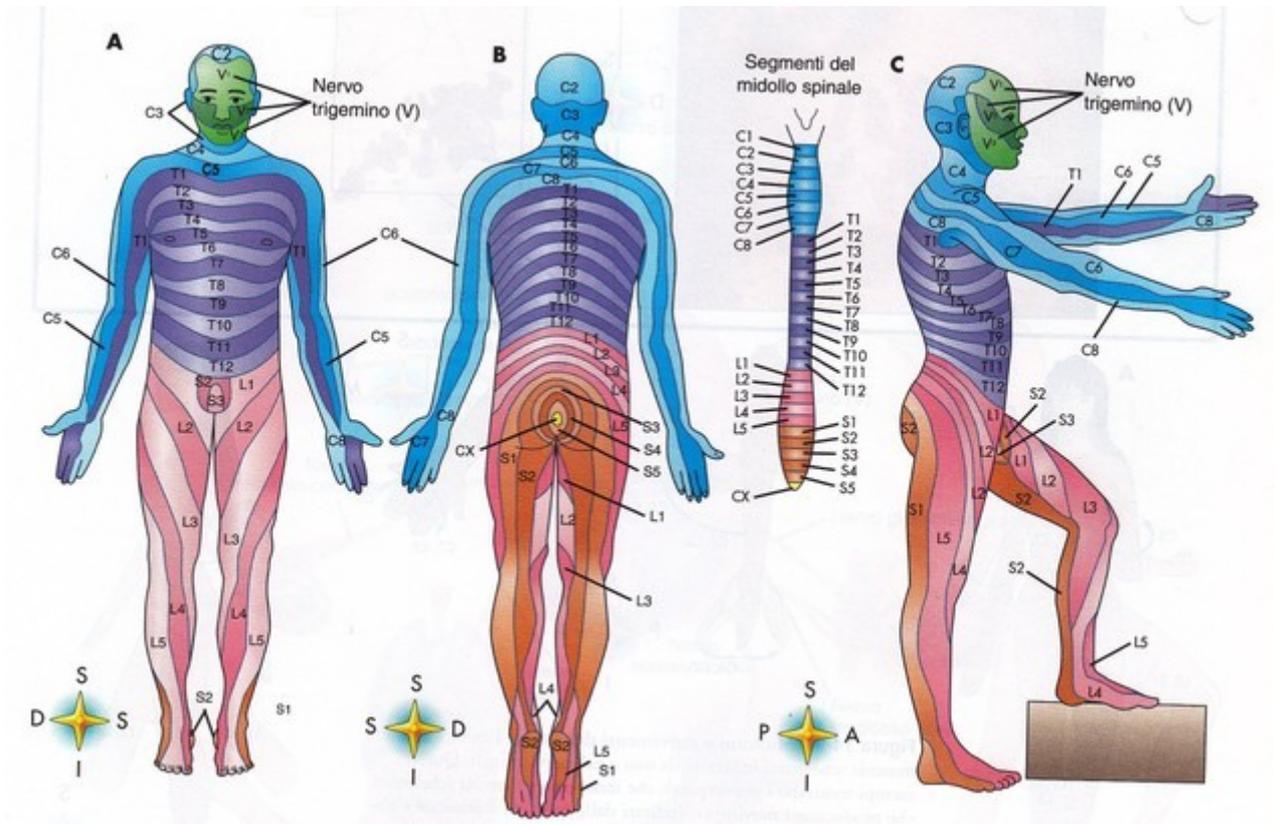
La spiegazione del **dolore lombare** viene fornita dalle conoscenze di neuroanatomia.

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 **nervo seno-vertebrale di Luschka** è un piccolo nervo che, distaccandosi bilateralmente da ciascun nervo spinale subito fuori del foro di coniugazione, penetra in esso e si distribuisce alle strutture del canale vertebrale, tra cui in particolare il legamento longitudinale posteriore, la superficie del disco e la capsula delle articolazioni apofisarie.

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



### *APPROCCIO VISCERALE*

Nell'approccio Osteopatico per il dolore del rachide, è necessario valutare ed eventualmente trattare alcune zone del corpo che non hanno una relazione esclusivamente alle cause ai sintomi sopraelencati utilizzando le tecniche specifiche di **Osteopatia Viscerale**.

Qualunque sia la condizione di salute che porta la persona dal Osteopata potrebbe avere anche una componente viscerale. Talvolta è necessario trattare

alcune zone del corpo che non hanno una relazione ovvia ai sintomi che la persona avverte.

L'Osteopata opera affinché le informazioni neurologiche e la vascolarizzazione diretta all'organo, non subiscano perturbazioni da parte del sistema muscolo-scheletrico, determinando irritazioni ed alterazioni del tono muscolare e del suo trofismo (capacità di nutrizione dell'organo) con conseguenti ripercussioni sulla colonna lombare come struttura di sostegno del quadro intestinale.

Dove necessario si utilizzeranno dolci tecniche locali, con lo scopo di riequilibrare l'attività delle anse intestinali agendo sulle zone che risultano più dense e gonfie o più dure e contratte.

Inoltre l'intestino, come lo stomaco e gli altri visceri, ha una propria mobilità durante la respirazione, che determina un movimento globale dell'organo; è importante mantenerla o riportarla nella giusta fisiologia nel caso in cui fosse alterata.

Per Visceri ci si riferisce agli organi e alle loro membrane soffici.

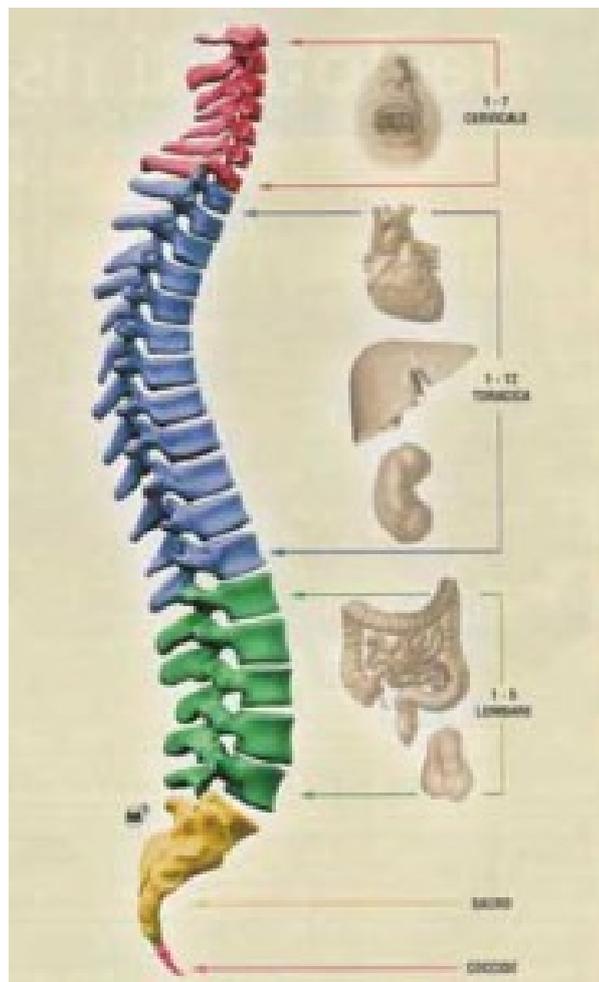
I Visceri hanno superfici scivolose e sono attaccate alle pareti delle cavità corporali e alla colonna vertebrale dai legamenti.

Ogni volta che il vostro rachide si muove gli organi ad esso attaccati devono per forza muoversi.

Gli organi interni devono permettere al tronco di inchinarsi e girarsi e al **diaframma** di muoversi durante la respirazione.

Detto ciò sarà importante la valutazione della **cupola diaframmatica**. Gli organi si muovono in certe maniere, determinati dai legamenti che gli sostengono. Le aderenze e le tensioni possono alterare o restringere questi movimenti e stressare gli organi e la loro funzionalità.

Se un Viscere non è capace di muoversi opportunamente questa condizione creerà rigidità o dolore in corrispondenza del rachide (foto 1).



**Foto 1**

## **RESTRIZIONI VISCERALI**

Si possono riscontrare restrizioni viscerali riflesse anche nella postura. Quando un organo non può più muoversi normalmente, crea punti anormali di tensione che il corpo ora deve spostare.

Quando si hanno tensioni nella parte anteriore del corpo questo farà piegare il soggetto in avanti. Quando la tensione è da un lato lo farà sentire girato verso quel lato.

C'è un detto in Osteopatia Viscerale che dice che **“il corpo aderisce alla lesione”**.

Questo significa che una persona sembrerà come se cercasse di avvolgersi intorno all'area tesa.

## **ADDOME**

I circa 8 metri dell'intestino tenue sono sostenuti da una membrana chiamata mesentere.

Il mesentere si presenta 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 ed 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.**

E' una dimostrazione di routine nelle classi di 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 articolazioni lombari e sacro-iliache mostrano che veramente in pochi minuti una leggera Manipolazione Viscerale crea un profondo cambiamento nel tratto Lombo-sacrale e nella sua mobilità.

## **1.5 SINTOMI**

Un episodio acuto di lombalgia è caratterizzato dall'improvvisa comparsa spontanea (o anche dopo un movimento banale, uno starnuto o uno sforzo fisico di varia entità) di un violento dolore trafittivo in regione lombare, talvolta così intenso da portare ad un brusco cedimento degli arti inferiori (cosiddetto **colpo della strega**).

Il dolore può irradiarsi ai fianchi o ai glutei, limita grandemente o blocca del tutto i movimenti della colonna lombare e può accompagnarsi ad atteggiamenti antalgici coatti in cifosi (per appiattamento o inversione della lordosi lombare fisiologica) o in scoliosi (per deviazione del rachide nel piano frontale, verso destra o verso sinistra).

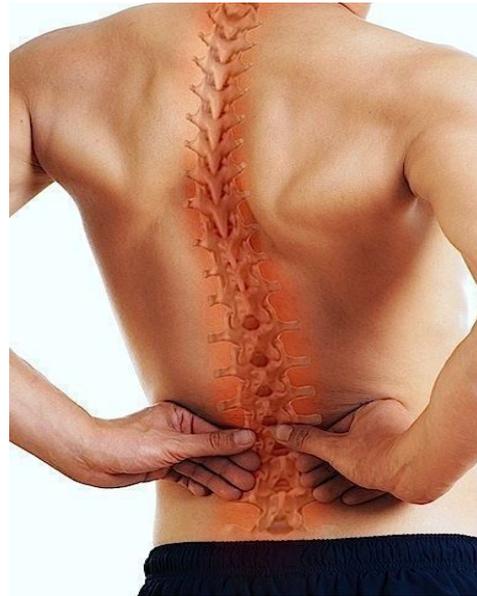
Esistono spesso punti dolorosi alla digitopressione loco-regionale e la muscolatura presenta una contrattura di vario grado.

Alla palpazione dell'addome si possono riscontrare zone di maggior tensione e di diversa temperatura.

La **lombalgia** può rimanere isolata o essere il primo stadio di una sciatalgia o di una cruralgia, espressione dell'interessamento di una o più radici nervose spinali, per intervenuta ernia del disco o per aggravamento di altra patologia vertebrale, ad esempio spondilolistesi.

È ritenuta possibile l'esistenza di una ridotta sensibilità al dolore in alcuni soggetti.

L'episodio lombalgico ha varia durata, solitamente da 2 a 3 settimane. La remissione è spontanea, facilitata dalle cure. Nelle forme croniche il dolore è di tipo gravativo, talora continuo e causa di impedimento di comuni gesti della vita quotidiana, come infilarsi calze e scarpe.



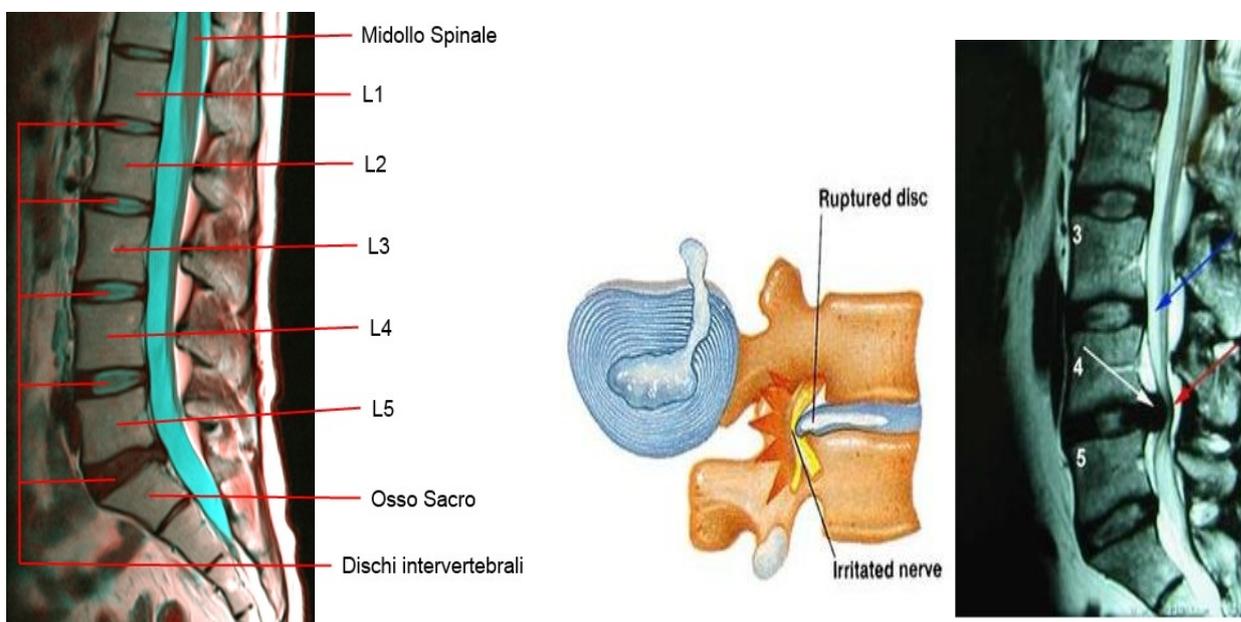
## 1.6 DIAGNOSI

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

**Indagini strumentali**, quali esame radiografico, ecografia organi interni, 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



## 1.7 TERAPIE

Il **trattamento** della lombalgia degenerativa è puramente sintomatico.

Il riposo a letto va riservato alle sole fasi dolorose acute ed è possibilmente da evitarsi nelle forme subacute e croniche. Supporti lombari diurni (corpetti semirigidi o elastici) possono dare sollievo al dolore, ma è da sconsigliarne l'uso protratto per non incorrere in una dannosa ipotrofia della muscolatura vertebrale.

Eventuali dismetrie degli arti inferiori trovano soluzione in un rialzo nella scarpa dal lato affetto.

**T. FARMACOLOGICO-** Nella lombalgia 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. INFILTRATIVA** - 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 (discectomia, correzione e stabilizzazione strumentata delle deformità).

Nelle forme di di scopatia degenerativa cronica altamente invalidante sono stati recentemente introdotti vari modelli di protesi discali, 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.

## **1.8 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 T O, 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.

- **Trhust** : 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** : tipo 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** : 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.
- **Tecniche Viscerali** : l'osteopatia in ambito viscerale prevede l'applicazione dei principi osteopatici nelle regioni del corpo di pertinenza dei visceri addominali e toracici.

Attraverso la manipolazione di quelle aree si può valutare e trattare la mobilità dei visceri, che influenza la funzione del viscere stesso. Le tensioni di origine viscerale, sia per i riflessi viscerosomatici, può influenzare la

postura e la mobilità della struttura corporea, compresa **la colonna vertebrale**.

## **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 stesso 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).

### ***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 simmetrico.

### ***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 raccomanda 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.

**CAPITOLO 2**  
**CASO CLINICO**

**2.1 DATI PERSONALI**

Nome : Angelo

Cognome: Esposito

Età : 35

Professione: Impiegato

Altre Attività: ex calciatore - preparazione atletica con pesi.

Diagnosi: Piccola ernia L4-L5 e protusione L5-S1. Colon irritabile.

**2.1.1 DIAGNOSI CLINICA**

Lombalgia con piccola ernia L4-L5 e protrusione discale L5-S1

PRESCRIZIONE MEDICA: Ciclo di fisioterapia, Muscoril-Voltaren.

### 2.1.2 *ANAMNESI*

Da circa due anni il paziente ha dolore lombare ha effettuato cure farmacologiche e trattamenti fisioterapici con miglioramenti momentanei. Il paziente ritiene che i propri problemi all'apparato locomotore siano correlabili all'attività sportiva ( calcio e preparazione atletica con pesi ) svolta in passato.

Sostiene infatti di aver avuto diversi traumi distorsivi e cadute sul sacro durante il periodo di attività. Le algie sono percepite come dolori profondi d'intensità elevata (Face Scale). Dolore nel rialzarsi dal letto e dalla sedia, dolore da impedire lo svolgimento dell'attività lavorativa. Inoltre riferisce fastidio nella zona addominale, gonfiore, alterna periodi di stipsi con sensazione di non svuotamento completo, altri con episodi di diarrea.

### 2.1.3 *ESAME OBIETTIVO*

Il paziente con evidente sovrappeso non evidenzia 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 il paziente riferisce delle tensioni ai muscoli lombari più accentuati a dx.

#### 2.1.4 *ESAME OBIETTIVO SPECIALISTICO*

*TEST DI LASEGUE* : Positivo 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, Laserterapia, Tecarterapia, diversi cicli di rieducazione posturale metodo Mezieres (8 sedute in 2 mesi) i benefici sono stati parziali e hanno attenuato il dolore per qualche settimana.

## 2.2 VALUTAZIONE OSTEOPATICA

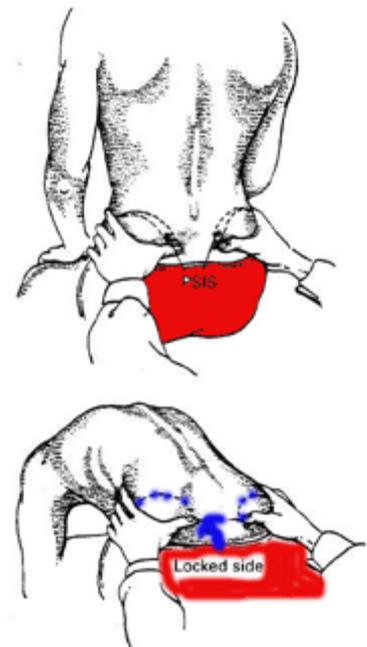
*TFE: Test Flessione da posizione eretta (disfunzione ileosacrali) non eseguibile in quanto molto algico. (foto1)*



*TFS: Test Flessione da seduto (disfunzione sacroiliache) non eseguibile in quanto molto algico. (Foto 2-foto3)*



(foto2)

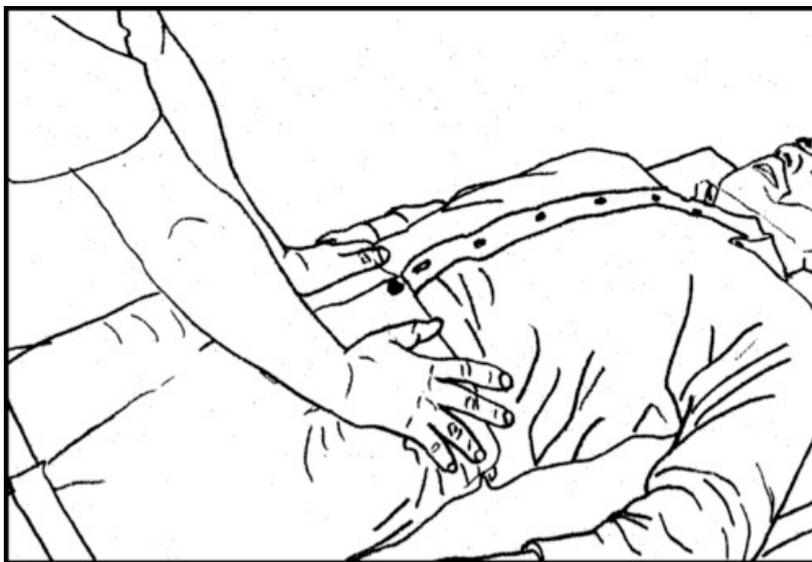


(foto 3)

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.

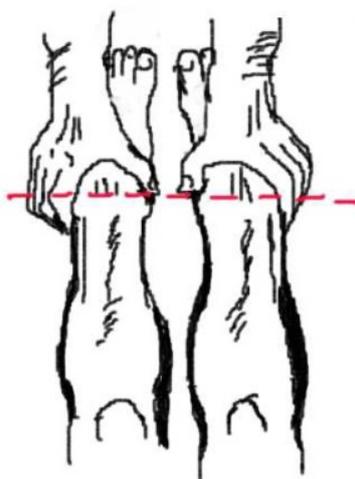
***DONDOLAMENTO\_INNOMINATI***: Restrizione di movimento **maggiore a sx**

(foto 4)



(foto4)

***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)

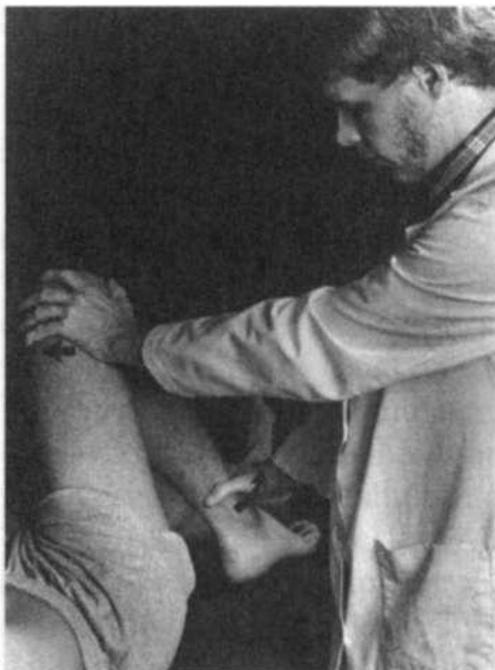


foto6

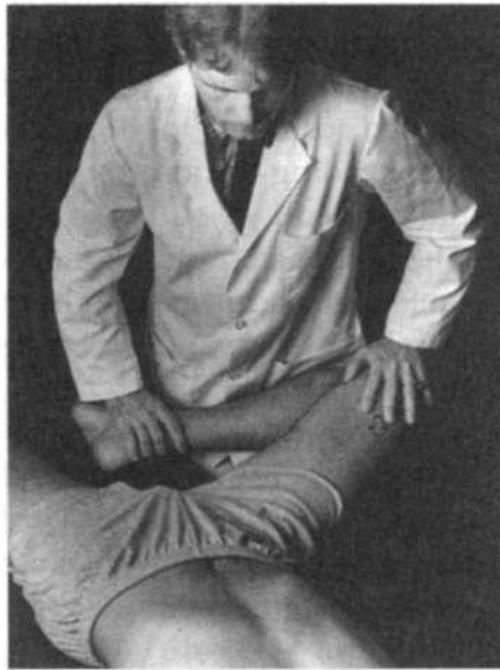


foto7

Durante la palpazione **dell'addome** (foto 8), in corrispondenza del colon in corrispondenza del cieco e della valvola ileo-cecale si riscontra che e una zona leggermente più fredda inoltre di densità e tensione maggiore.



foto 8

*Palpazione addome*

### *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. Colon irritabile nella pozione del cieco.

### *2.2.2 TRATTAMENTO OSTEOPATICO EFFETTUATO*

**TECNICA A ENERGIA MUSCOLARE DI RIDUZIONE DI UNA DISFUNZIONE 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.

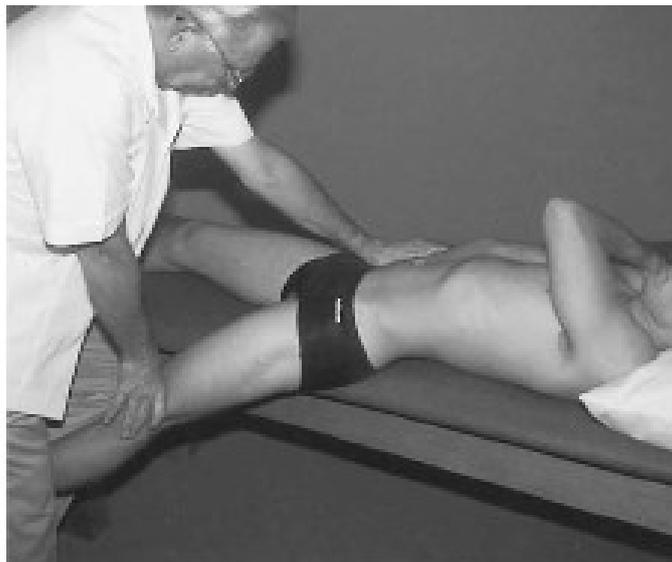
**Tecnica (paziente supino)**

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 8).



(foto 8)

*INIBIZIONE DIAFRAMMATICA PAZIENTE SUPINO (FOTO 9)*



(foto9)

*TECNICHE MIOFASCIALI* (Pressione paravertebrale trasversa, trazione incrociata, stiramento bilaterale con pollici, tecnica “scissor”, Core link da prono) (foto10)



*(Foto 10)*

*TECNICA A ENERGIA MUSCOLARE DI RIDUZIONE DI UNA DISFUNZIONE LOMBARE:*

- movimento ristretto:
- Paziente 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 (foto11).



(Foto11)



## TECNICA DI BARRAL PER DISTENSIONE DEL CIECO :

Tecnica Barral. P. decubito laterale dx, osteopata dietro, pone le dita sul cieco, si effettua una mobilizzazione dolce del cieco, con una leggera trazione (foto 12).



Foto 12

### 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 la zona addominale trattata appare meno tesa. Abbiamo ripetuto il trattamento per tre 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 del paziente per alcune settimane, senza risolverne la causa, infatti, sia la lombalgia che la veniva aggravata dalla condizione di posteriorità osteopatica dell'osso iliaco probabilmente mantenuta da diversi anni.

"Io ho scoperto che la salute è il risultato del flusso libero ed ininterrotto di sangue attraverso arterie e vene.

La malattia deriva dall'ostruzione del libero flusso di sangue.

Una manipolazione osteopatica libera le aderenze dei muscoli e delle giunture, e consente il regolare flusso di sangue nella zona malata, con conseguente stato di benessere"...

