



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

**“Lombalgia in presenza di cisti ossea aneurismatica vertebrale:
analisi della correlazione con la retto colite ulcerosa.”**

Candidato:

Roberto Landucci

ANNO ACCADEMICO 2016 / 2017

fisiomedic
ACADEMY

INDICE

Introduzione

1. Lombalgia

- 1.1 Definizione di lombalgia
- 1.2 Anatomia funzionale
- 1.3 Epidemiologia
- 1.4 Segni e sintomi
- 1.5 Eziologia
- 1.6 Dolore
- 1.7 Terapie

2. Cisti ossea aneurismatica

- 2.1 Definizione di cisti ossea aneurismatica
- 2.2 Sintomatologia
- 2.3 Trattamento

3. Colite Ulcerosa

- 3.1 Definizione di colite ulcerosa
- 3.2 Classificazione
- 3.3 Frequenza della malattia

4. Analisi del caso clinico

- 4.1 Valutazione osteopatica
- 4.2 Trattamento
- 4.3 Considerazioni

5. Ipotesi di correlazione fra la colite ulcerosa e la cisti aneurismatica ossea

- 5.1 Ipotesi di correlazione fra le due patologie
- 5.2 Correlazioni anatomiche
- 5.3 Conclusioni

6. Ringraziamenti

7. Bibliografia

Introduzione

La finalita' di questa tesi e' quella di portare alla luce eventuali correlazioni fra patologie a carico di strutture anatomiche non direttamente connesse fra loro. La scelta di questo argomento credo che sia merito del percorso formativo che ho svolto nel corso di Osteopatia alla Fisiomedic di Seregno.

Professionalmente nasco con una visione fisioterapica ed infatti nel mio intervento terapeutico l'apparato scheletrico e muscolare la facevano da padrone, assorbendo il 90% della mia attivita' sul paziente.

Inizialmente di fronte a un caso del genere avrei trattato le singole patologie come eventi disconnessi fra loro tanto da indurmi a concentrarmi solo sull'evidenza fisica superficiale.

Questi studi mi hanno aperto gli occhi sulla rete di connessioni esistenti fra le strutture superficiali e quelle sottostanti partendo dalla fascia fino ad arrivare agli organi interni.

1. Lombalgia

1.1. Definizione di lombalgia

La lombalgia, più comunemente detta mal di schiena, è un disturbo comune che coinvolge i muscoli e le ossa della schiena. Essa colpisce, ad un certo punto della loro vita, circa il 40% delle persone. La lombalgia può essere classificata per durata, come acuta (dolore di durata inferiore alle 6 settimane), sub-cronica (da 6 a 12 settimane) o cronica (più di 12 settimane); la lombalgia acuta è anche nota popolarmente come colpo della strega.

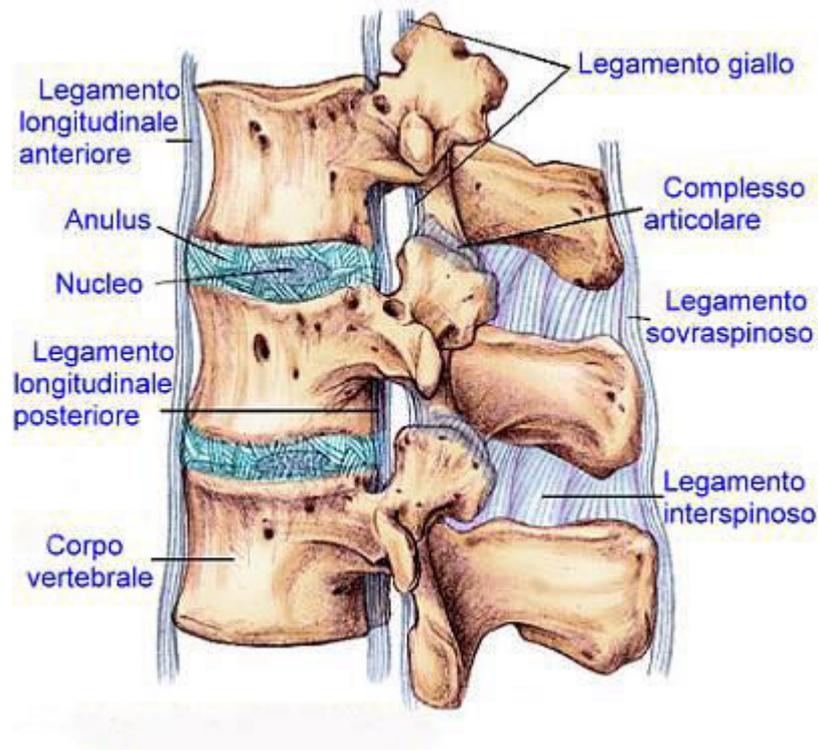
Negli anni l'approccio alla lombalgia si è molto modificato.

L'avvento di Tecnologie emergenti, come i raggi X, ha fornito ai medici nuovi strumenti diagnostici, attribuendo per alcuni casi la responsabilità al disco intervertebrale come fonte del mal di schiena. Nel 1938, il chirurgo ortopedico Joseph S. Barr dimostrò che la sciatica correlata a patologie a carico del disco migliorava o scompariva in seguito all'intervento chirurgico. Come risultato di questo lavoro, negli anni successivi, la correlazione tra patologie del disco e mal di schiena divenne sempre più accettata dalla comunità medica. Tale convinzione perdurò fino agli anni 1980 quando l'avvento di nuove tecnologie di imaging biomedico, come la tomografia computerizzata e la risonanza magnetica dimostrarono che i problemi al disco erano raramente responsabili della lombalgia.

Da allora ci si è resi conto che non è sempre possibile determinare con precisione la vera causa del dolore lombare, anche se in realtà non è nemmeno un requisito necessario, poiché nella maggior parte dei casi i sintomi regrediscono tra le 6 e le 12 settimane, indipendentemente dal trattamento.

1.2. Anatomia Funzionale

La colonna vertebrale, detta anche rachide, é costituita da una serie coordinata di segmenti, le vertebre, separati dai dischi intervertebrali.

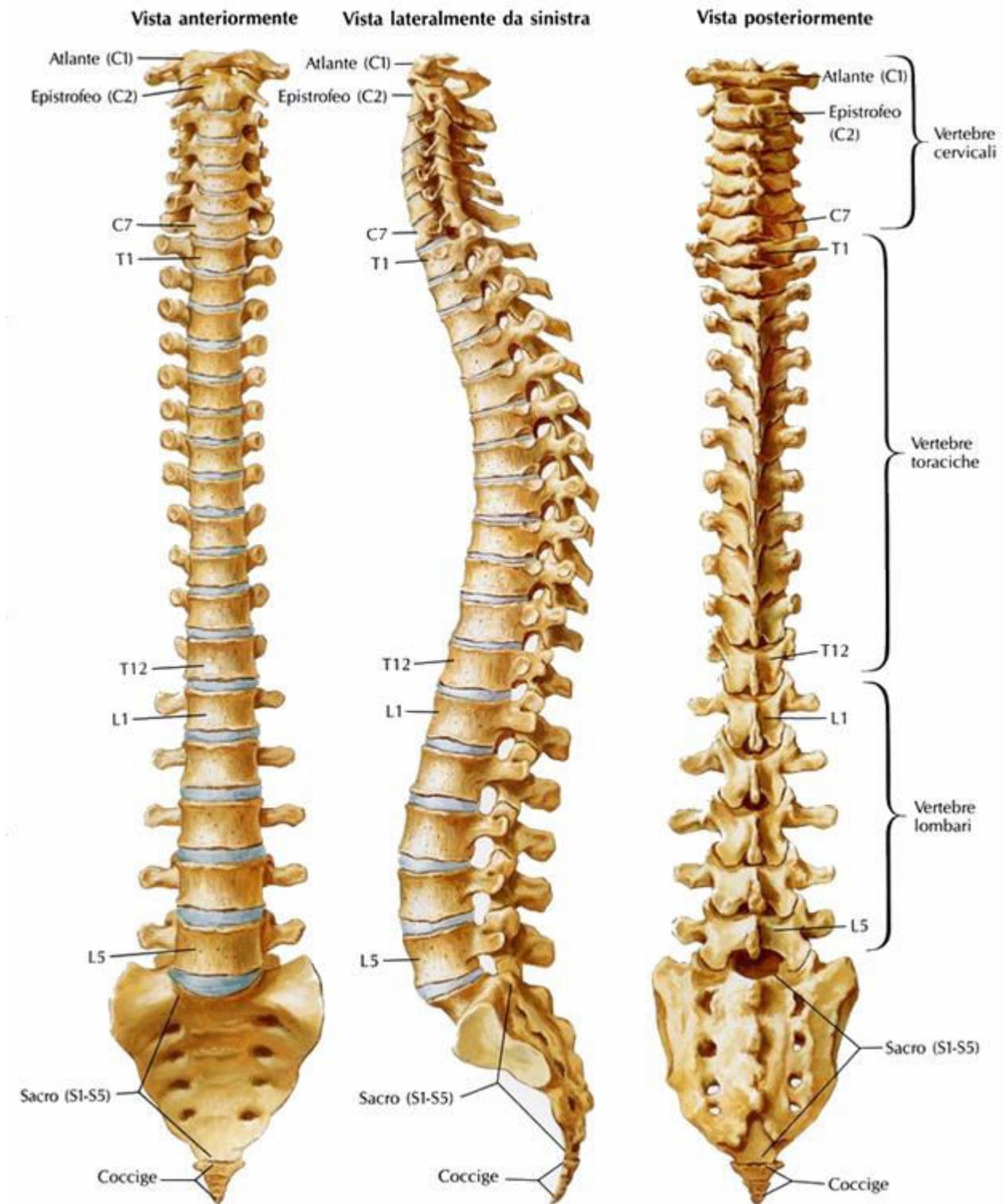


Funzionalmente costituiscono un'unica struttura in grado di assicurare, in opposizione alla gravità, sia la stazione eretta sia l'equilibrio, tra forza e resistenze, necessario per la locomozione e per ogni altra forma di funzione cinetica.

Anatomicamente è costituita da;

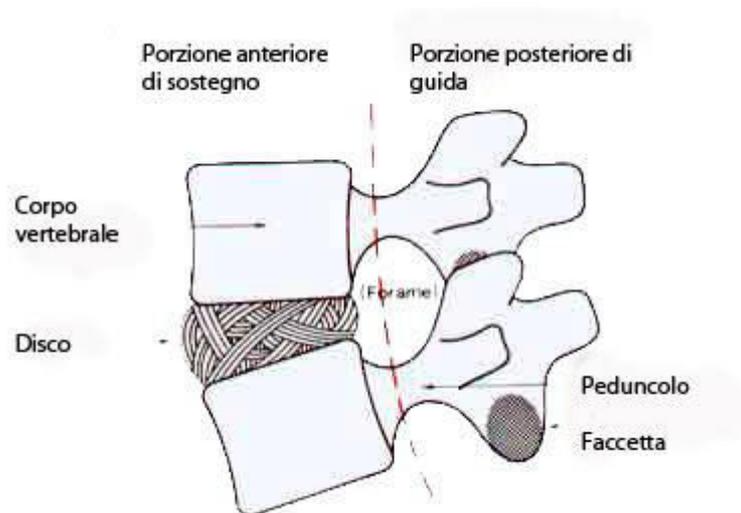
- un tratto cervicale costituito da 7 vertebre (da C1 a C7)
- un tratto toracico (o dorsale) costituito da 12 vertebre (da T1 a T12)
- un tratto lombare costituito da 5 vertebre (da L1 a L5)

- Sacro costituito dalla fusione di 5 vertebre a formare un'unica struttura (da S1 a S5) che fa da sostegno ai segmenti vertebrali sovrastanti permettendo loro i movimenti nello spazio.

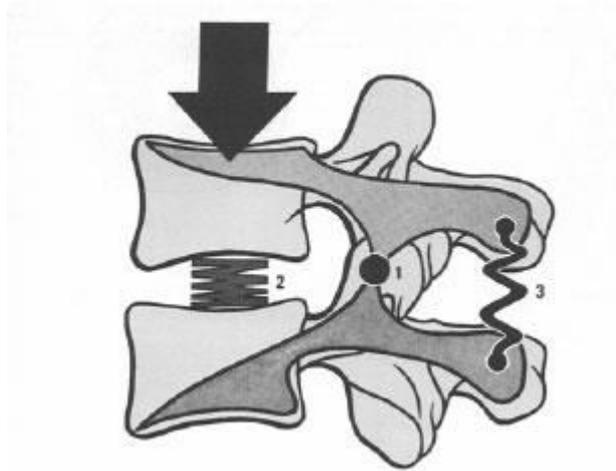


I due requisiti meccanici fondamentali del rachide sono, per l'appunto, la rigidità, necessaria per l'efficienza statica e per la protezione degli importanti organi che si trovano al suo interno (midollo e nervi), e la flessibilità.

Alla funzione statica di sostegno contribuisce il pilastro anteriore, formato dalla sovrapposizione dei corpi vertebrali connessi tra loro dal disco intervertebrale, mentre il pilastro posteriore, formato dalla sovrapposizione degli archi e delle articolazioni posteriori, ha il ruolo di guida del movimento delle vertebre adiacenti.

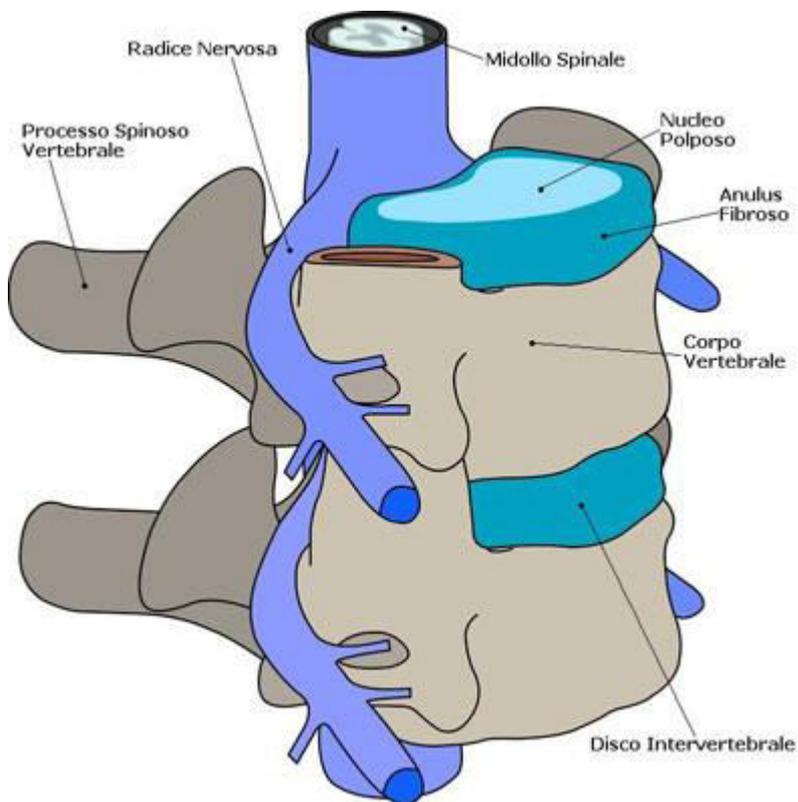


Il disco intervertebrale e le faccette articolari posteriori costituiscono un tripode articolare del segmento mobile che ha funzione di una leva del primo tipo, in cui le molle ammortizzanti sono rappresentate sia dal sistema articolare posteriore con i suoi legamenti sia dal sistema elastico del disco.



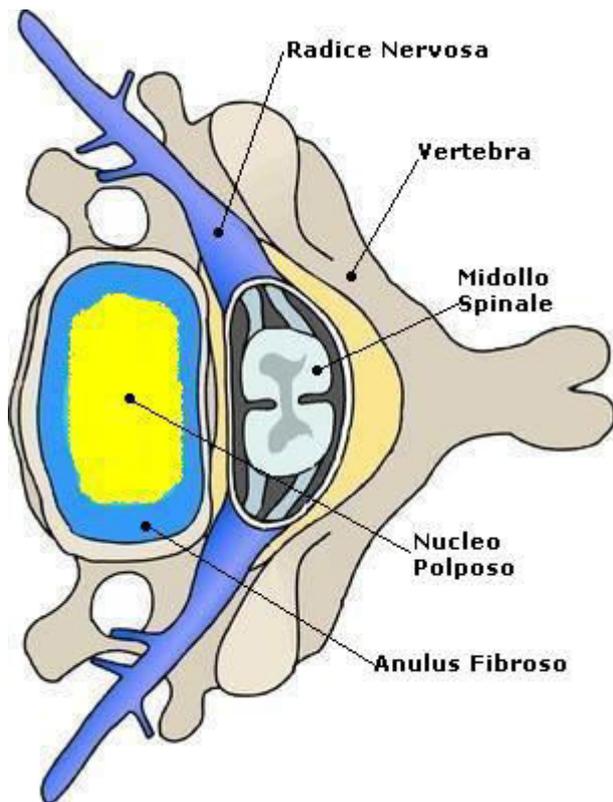
Analizziamo ora i principali elementi anatomici costituenti il segmento mobile.

Il disco intervertebrale é composto da una parte centrale il "Nucleo Polposio" ed una porzione periferica l'"Anello Fibroso".

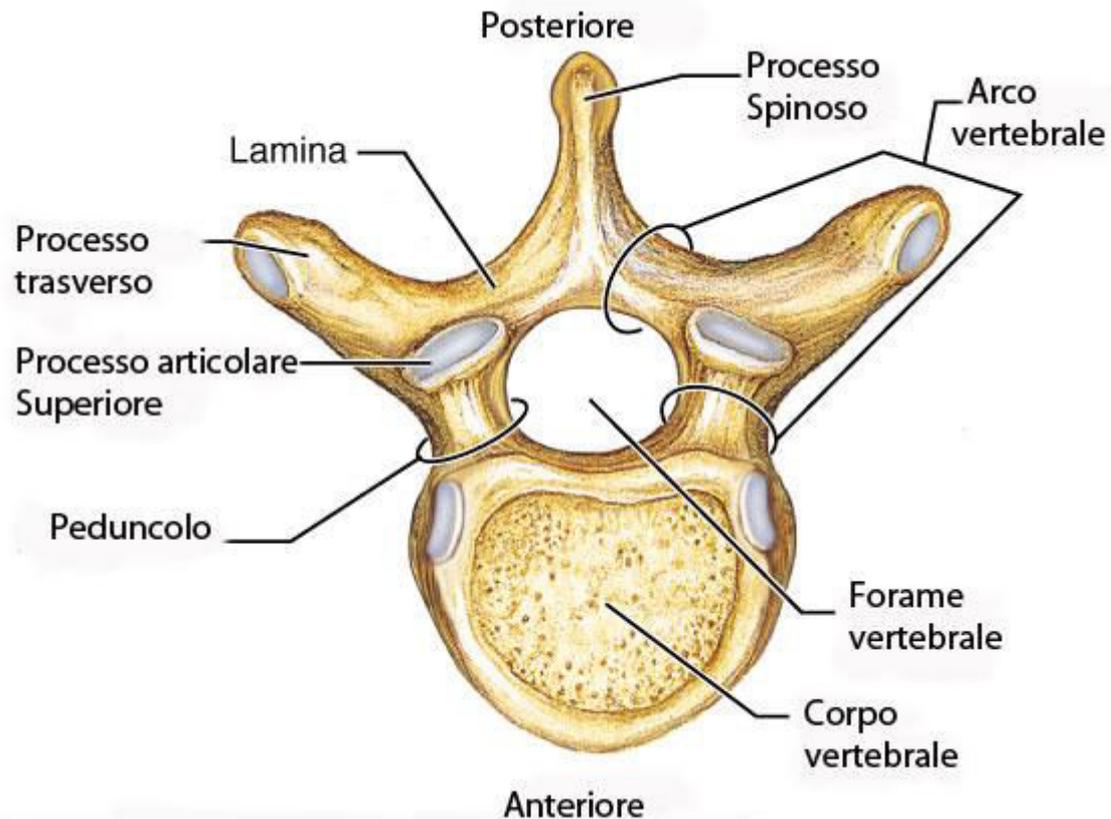


Il **nucleo polposso** é un gel deformabile ma incompressibile costituito da mucopolisaccaridi, in grado di mantenere in equilibrio un proprio bilancio idrico mediante l'assunzione diretta di liquidi dall'esterno. Le proprietà idrofile dei proteoglicani dipendono, oltre che dalla quantità soprattutto dalla loro capacità di scambio idrico, caratteristica alterata nella degenerazione discale. L'idrofilia del nucleo determina uno stato di continua "precompressione" vertebrale che aumenta la resistenza alle sollecitazioni meccaniche.

L'**anello fibrocartilagineo** é costituito da fibre anulari raccolte in lamine concentriche disposte in strati successivi con diverse inclinazioni. Sono presenti anche fibre elastiche che diminuiscono progressivamente con l'età insieme al contenuto d'acqua: ciò rende spiegazione dell'aumento della rigidità vertebrale con l'avanzare dell'età.



La sezione posteriore dell'unità funzionale è costituita dagli archi (peduncoli e lamine), dai processi trasversi e spinosi, nonché dalla coppia di articolazioni posteriori che pone in reciproca connessione due vertebre adiacenti.



Ciascun processo spinoso e trasverso rappresenta la sede di origine e di inserzione dei muscoli che li uniscono ai processi sopra e sottostanti e questo spiega la flessibilità tipica della colonna lombare.

In virtù dell'andamento delle superfici articolari queste giunzioni impediscono o minimizzano ogni movimento che tende a impegnare piani direzionali opposti o comunque differenti.

Infatti, poiché le faccette posteriori lombari contrapposte sono piane ed orientate verticalmente secondo il piano sagittale è evidente che la mobilità della colonna lombare è limitata alla flessione-estensione e che ogni altro movimento (laterale, obliquo, rotatorio) è quasi impossibile o, quanto meno, di ampiezza irrilevante. La sovrapposizione dei peduncoli vertebrali costituisce il pavimento e la volta del canale di coniugazione.

Il disco intervertebrale coperto dall'espansione laterale del legamento longitudinale posteriore, costituisce gran parte della parete anteriore, mentre la capsula delle faccette articolari ed il legamento giallo costituiscono la parete posteriore del canale.

E' intuitiva l'importanza di tale struttura relativamente ristretta entro cui sono contenuti nella parte superiore i nervi spinali ed il nervo seno-vertebrale e nella parte inferiore arterie e vene immerse in connettivo lasso e grasso in modo da favorire piccoli spostamenti di queste strutture.

1.3. Epidemiologia

Un dolore nella regione lombare della schiena, che dura almeno un giorno e che limiti l'attività è un disturbo molto comune. A livello mondiale, circa il 40% delle persone accusano almeno un episodio di lombalgia ad un certo punto della propria vita, con stime che arrivano all'80% in coloro che appartengono al mondo sviluppato. Tra circa il 9% e il 12% delle persone al mondo (632 milioni) accusano dolore lombare in un dato istante e quasi un quarto di essi (23,2%) dichiara di averne sofferto per circa un mese. Tale condizione inizia solitamente tra i 20 e i 40 anni di età ed è più comune tra gli individui tra i 40 e gli 80 anni. Si stima che il numero complessivo di persone colpite dovrebbe aumentare in conseguenza con l'invecchiamento della popolazione.

Non è chiaro se vi siano differenze dell'incidenza della lombalgia tra il sesso femminile e quello maschile. Una review effettuata nel 2012 ha riportato un tasso del 9,6% tra gli uomini e dell'8,7% tra le donne. Un altro studio coevo ha dimostrato un più alto tasso nelle donne rispetto agli uomini, che secondo gli autori poteva essere attribuito ad una maggiore frequenza di dolori causati da osteoporosi, dalle mestruazioni, dalla gravidanza o ad una maggior predisposizione delle donne nel

riferire il dolore rispetto agli uomini. Si stima che circa il 70% delle donne soffra di dolore alla schiena durante la gravidanza. I fumatori, ed in particolare quelli che iniziano da adolescenti, hanno maggior probabilità di avere il mal di schiena rispetto agli ex fumatori. Questi ultimi hanno a loro volta più probabilità rispetto a quelli che non hanno mai fumato.

1.4. Segni e sintomi

Nella presentazione comune della lombalgia acuta, il dolore si sviluppa dopo movimenti che comprendono il sollevamento, la torsione o la flessione anteriore del tronco. I sintomi possono iniziare subito dopo tali movimenti o al risveglio della mattina seguente. La descrizione dei sintomi può variare da un dolore in un particolare punto ad uno più diffuso. Esso può o non può peggiorare con certi movimenti, come sollevare una gamba o assumendo particolari posizioni, come sedersi o stare in piedi. Un dolore irradiato lungo le gambe (noto come sciatica) può essere presente. La prima esperienza di lombalgia acuta avviene solitamente tra i 20 e i 40 anni. Questo evento è spesso il primo motivo che spinge una persona adulta a consultare un medico. Episodi ricorrenti si verificano in più della metà delle persone e gli episodi successivi si caratterizzano per essere generalmente più dolorosi rispetto al primo.

Insieme alla lombalgia possono verificarsi altri disturbi. La lombalgia cronica è associata a problemi di sonno, tra cui un tempo maggiore necessario per addormentarsi, disturbi durante il sonno, una minore durata di esso e meno riposo. Inoltre, la maggior parte degli individui con lombalgia cronica mostra sintomi di depressione o di ansia.

1.5. Eziologia

La lombalgia non è una malattia specifica, ma piuttosto una manifestazione che può essere causata da un gran numero di problemi di fondo con vari livelli di gravità. La maggior parte dei casi di lombalgia, tuttavia, non ha una causa chiara, ma si ritiene che possa essere il risultato di problemi muscolo-scheletrici non gravi, come distorsioni o stiramenti muscolari. L'obesità, il fumo, l'aumento di peso durante la gravidanza, lo stress, cattive condizioni fisiche generali, una scorretta postura e il sonno non sufficiente, possono essere fattori che contribuiscono alla mal di schiena. L'elenco completo delle possibili cause includono molte condizioni meno comuni. Cause fisiche possono includere l'osteoartrite, l'artrite reumatoide, la degenerazione dei dischi intervertebrali o l'erniazione del disco, la rottura di una vertebra (spesso come conseguenza dell'osteoporosi) o, raramente, da una infezione o da un tumore della colonna vertebrale.

Le donne possono accusare lombalgia acuta per patologie che interessano l'apparato riproduttivo, tra cui l'endometriosi, cisti ovariche, carcinoma dell'ovaio o fibromiomi uterini. Quasi la metà di tutte le donne in stato di gravidanza lamenta dolori nella zona lombare o sacrale per via dei cambiamenti nella loro postura e del baricentro che portano a tensioni dei muscoli e dei legamenti.

1.6. Dolore

Il dolore è generalmente una sensazione sgradevole in risposta a un evento o a danni che possono potenzialmente danneggiare i tessuti del corpo. Nel processo del dolore vi sono quattro fasi principali: trasduzione, trasmissione, percezione e modulazione. Le cellule nervose che rilevano il dolore hanno corpi cellulari situati nei gangli dorsali e fibre che trasmettono questi segnali al midollo spinale. Il

processo della sensazione di dolore inizia quando l'evento che causa dolore innesca le terminazioni delle cellule nervose sensoriali appropriate. Queste cellule trasducono l'evento in un segnale elettrico. Diversi tipi di fibre nervose trasmettono questo segnale dalla cellula di trasduzione del corno posteriore del midollo spinale al tronco cerebrale e poi dal tronco cerebrale alle varie parti del cervello, come il talamo e il sistema limbico. Giunti nel cervello, i segnali di dolore vengono elaborati e contestualizzati grazie al processo di percezione del dolore. Attraverso la modulazione, il cervello può modificare l'invio di ulteriori impulsi nervosi diminuendo o aumentando il rilascio di neurotrasmettitori.

Alcune parti della sensazione e del sistema di elaborazione del dolore potrebbero non funzionare correttamente, creando una sensazione di dolore quando nessuna causa esterna esiste, segnalando troppo dolore rispetto alla causa o segnalandolo per un evento normalmente non doloroso. Inoltre, anche i meccanismi di modulazione del dolore potrebbero non funzionare correttamente. Questi fenomeni sono coinvolti nei casi di dolore cronico.

1.7. Terapie

La medicina attuale oggi prima di formulare una diagnosi precisa si avvale di varie strumentazioni quali: RX, RMN, TAC, EMG, MOC, Esami ematochimici, Mielografie e Scintigrafia Ossea ecc..

- Prevenzione ; la maniera più efficace di curare patologie al rachide lombare e al disco intervertebrale è quella di prevenirle. Per far ciò il consiglio migliore che può essere dato al paziente è innanzitutto quello di praticare un'attività fisica in maniera regolare e costante. Le attività che meglio si prestano a questa funzione sono l'esercizio aerobico e gli esercizi specifici di rafforzamento e allungamento.

- Terapia farmacologica; farmaci di elezione nella cura delle patologie lombari sia nelle forme acute che in quelle croniche sono gli antinfiammatori non steroidei (FANS).

- Massoterapia; si può utilizzarla al fine di risolvere le contratture muscolari sempre presenti nelle lombalgie.

- Tecniche riabilitative come; metodo Mézières, si basa sull'osservazione anche prolungata delle posture alterate assunte dal paziente e, dopo attenta analisi, attraverso l'uso dell'allungamento delle catene muscolari cura le problematiche posturali che affliggono l'individuo. Metodo McKenzie si basa sul raggiungimento e mantenimento di posture corrette. Secondo McKenzie, nel caso si sviluppi dolore non causato da trauma improvviso, questo è da attribuire alle errate posizioni che ogni individuo assume giornalmente, costringendo quasi sempre la colonna vertebrale, soprattutto nei suoi tratti di cerniera cervicodorsali e lombosacrali, in posizioni innaturali.

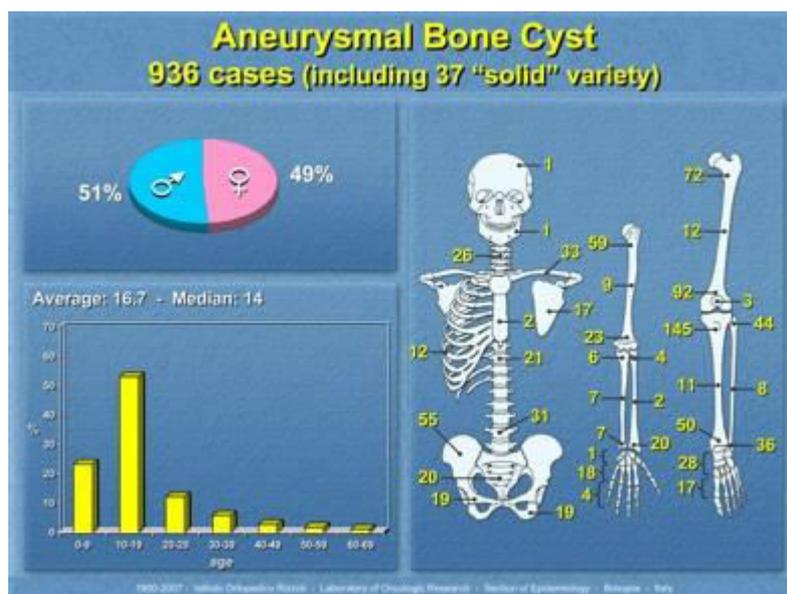
- Terapie strumentali; Tens Terapia, Elettroterapia faradica, Ionoforesi, Radarterapia, Ultrasuoni, Magnetoterapia, Laserterapia, Tecarterapia.

- Osteopatia; è un sistema affermato e riconosciuto di prevenzione sanitaria che si basa sul contatto manuale per la diagnosi e per il trattamento. Rispetta la relazione tra il corpo, la mente e lo spirito sia in salute che nella malattia: pone l'enfasi sull'integrità strutturale e funzionale del corpo e sulla tendenza intrinseca del corpo ad auto-guarirsi. Il trattamento osteopatico viene visto come influenza facilitante per incoraggiare questo processo di auto-regolazione. I dolori accusati dai pazienti risultano da una relazione reciproca tra i componenti muscolo-scheletrici e quelli viscerali di una malattia o di uno sforzo

2. Cisti ossea aneurismatica

2.1. Definizione

La cisti ossea aneurismatica (aneurysmal bone cyst, ABC) è una lesione ossea benigna rara caratterizzata da lacune ematiche separate da setti di tessuto mesenchimale ricco di istiofibroblasti, sottili capillari e cellule giganti multinucleate sparse, con occasionali trabecole ossee. Si sviluppa preferenzialmente entro i 20 anni di età e si manifesta con dolore e gonfiore. Le ipotesi patogenetiche affermano che la ABC possa avere una origine vascolare, post-traumatica o, recentemente, genetica, essendo stato dimostrato un riarrangiamento del braccio corto del cromosoma 17 (17p11-13) in un terzo dei casi. Radiograficamente appare come un'area osteolitica eccentrica ben definita, radiolucida, in regione metaepifisaria delle ossa lunghe; localizzazioni comuni sono anche le vertebre e il bacino.



In questo schema viene visualizzata la distribuzione per età, sesso e sede delle cisti aneurismatiche. (per gentile concessione del centro tumori dell'istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna)

L'erosione corticale è sottoperiosteale con sollevamento e scarsa reazione del periostio, con un'immagine di soffiatura dell'osso. La TC e la RM evidenziano i limiti e mostrano talvolta i livelli liquidi. L'arteriografia mostra talvolta i peduncoli vascolari e permette una eventuale embolizzazione in sedi altrimenti difficilmente aggredibili chirurgicamente se non con importanti rischi. La diagnosi differenziale deve essere posta non solo con la cisti ossea giovanile, ma anche con la displasia fibrosa, il fibroma condromixoide, il condroblastoma, il tumore a cellule giganti e l'osteoblastoma, lesioni da cui inoltre può svilupparsi essendo nel 30% dei casi secondaria. La biopsia è indispensabile per porre la diagnosi. Il trattamento dipende dall'età del paziente, dalla localizzazione, dalla vascolarizzazione della lesione, dalla grandezza della lesione e come si è estesa. Le lesioni inattive possono essere monitorizzate nel tempo e possono guarire spontaneamente. Le lesioni attive o aggressive sono a rischio di recidiva e sono trattate con curettage e trattamento delle pareti con adiuvanti, senza o con innesti ossei; la resezione in blocco è indicata nelle lesioni eccentriche o in ossa sacrificabili; l'embolizzazione può essere utilizzata nelle localizzazioni vertebrali e nelle lesioni abbondantemente vascolarizzate in associazione al curettage. Sembra promettente l'utilizzo di matrice ossea demineralizzata. La sede della ABC condiziona il tipo di trattamento: non è sempre facile se la lesione si localizza nelle ossa lunghe, se comprende la cartilagine di accrescimento, in alcune zone della pelvi e nella colonna vertebrale.

2.2. Sintomatologia

Il sintomo principale è la comparsa di una tumefazione scarsamente dolente a lento (o rapido nelle forme aggressive) accrescimento. La tumefazione è dura, poco mobile sui piani profondi con invece i piani superficiali mobili su di essa.

Raramente è presente una frattura patologica.

Non ci sono documentazioni di trasformazione maligna di una Cisti Ossea Aneurismatica; talvolta però la diagnosi differenziale tra una Cisti Ossea Aneurismatica aggressiva e un osteosarcoma emorragico non è facile.

2.3. *Trattamento*

- La biopsia e' indispensabile per fare la diagnosi.
- La semplice sorveglianza-astensione basata sulla rara regressione spontanea della Cisti aneurismatica non e' giustificata.
- Raschiamento + riempimento al livello delle ossa lunghe e delle vertebre, con osteosintesi in caso di fragilita'.
- Resezione per le ossa accessorie (coste, perone,, spinose etc..). Si utilizza la resezione anche per i casi in cui il semplice raschiamento e' insufficiente.
- L'embolizzazione permette di preparare la chirurgia nelle localizzazioni difficili da raggiungere.

1. Colite ulcerosa

3.1. *Definizione*

La colite ulcerosa (CU) è una Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale (MICI) che coinvolge selettivamente la mucosa dell'intestino crasso (colon).

La colite ulcerosa colpisce primariamente la mucosa del retto e può estendersi a parte o tutto il colon in modo continuo. E' una malattia caratterizzata da un'inflammazione cronica che causa lesioni ulcerose, il suo andamento è caratterizzato dall'alternarsi di episodi acuti seguiti da periodi di remissione clinica.

Si tratta di una patologia immunomediata la cui natura è sconosciuta ma potrebbe essere influenzata da svariati fattori: genetici, ambientali, infettivi.

3.2. *Classificazione*

La colite ulcerosa è classificata a seconda della GRAVITA' delle lesioni della mucosa (lieve, moderata e grave) e dell'ESTENSIONE (proctite, colite sinistra, pancolite). Le persone che sviluppano la colite ulcerosa in età più giovane hanno più probabilità di avere sintomi più gravi.

3.3. *Frequenza della malattia*

La frequenza della CU varia da una nazione all'altra; il massimo tasso di incidenza si riscontra nei paesi industrializzati. In Italia il numero di nuovi casi all'anno è compreso tra 6 e 8 su 100.000 abitanti. Si può calcolare che in Italia ci siano tra i 60 e i 100.000 casi di CU, con una distribuzione sostanzialmente equilibrata tra i sessi. La malattia può insorgere a tutte le età ma di solito si manifesta nel giovane adulto.

4. Analisi del caso clinico

Nome	Elisa del Prete
Data di nascita	12.02.1993
Motivo del consulto	dolore in sede glutea dx, fossa iliaca dx in prossimita' di appendice e irradiazione coscia dx
Professione	Studentessa universitaria facolta' di medicina
Patologie note	Colite ulcerosa dall'età di 3 anni
Interventi chirurgici	
Eventi traumatici	Distorsione ginocchio sinistro 3 anni fa Distorsione caviglia sinistra 5 anni fa giocando a tennis
Condizioni attuali e motivo del consulto	<p>Da qualche tempo presenta un dolore lombare che si acuisce soprattutto quando si sdraia sul divano. Il dolore diminuisce nettamente in posizione eretta, si irradia dalla fossa iliaca dx fino alla zona dell'appendice e alla coscia dx.</p> <p>Utilizza un bustino da motociclista per sentire meno dolore.</p>
Impressioni personali del soggetto	<p>Paziente in sovrappeso kg 82</p> <p>Riferisce la tendenza a sviluppare stati ansiosi collegati alla sua situazione fisica. La colite ulcerosa una costante nella sua vita che ha condizionato molte sfere della sua esistenza, sul piano alimentare e nell'attività fisica. La ragazza comunque mantiene un atteggiamento fiducioso, il che favorisce un bell'approccio osteopatico senza troppe tensioni o imbarazzo</p>
Farmacie terapie in atto	
Attività sportiva	Tennis 2/3 volte la settimana a livello amatoriale

4.1. Valutazione Osteopatica

In posizione ortostatica si nota:

- arto inferiore sinistro si presenta con il ginocchio in iperestensione
- i piedi sono in pronazione e piatti ma di grado moderato -Il tratto lombare mantiene la sua naturale lordosi,
- il tratto dorsale presenta una rettilineizzazione
- il tratto cervicale si presenta con una perdita della naturale lordosi
- la spalla sinistra superiore e nella respirazione da l'idea di non avere escursioni (1° costa in superiorita')
- il capo tende a stare in lateroflessione sinistra (rigidita' scaleni)

Paziente posizionata sul lettino in posizione prona:

Si rende subito evidente un forte stato di tensione fasciale nel primo tratto lombare e si evidenzia un vivo dolore effettuando semplici manovre fasciali anche di lieve pressione nell'ultimo tratto dorsale e prima parte lombare, indicativamente da D12 a L2.

- Ipotonia Gluteo DX
- Ipotonia Bicipite Femorale

Test di valutazione:

- Test differenziale: Viscerale
- Tfe Dx+++
- Tfs Dx+
- Test Innominati : lato dx piu' rigido
- Valutazione SIAS: Dx craniale
- Valutazione malleoli: dx craniale
- Test Lasegue: negativo
- Test Wasserman: Dx positivo
- Valutazione tratto lombare: lato dx piu' contratto, molto dolente nel tratto da L1 a L3, specialmente testando L1 i sintomi di irradiazione al gluteo e coscia si acquiscono
- Valutazione tratto dorsale: rettilineizzazione da D9 a D12

4.2. Trattamento

La paziente essendo in una fase sub acuta opto per un approccio soft e effettuo manovre fasciali, miorilassanti sul tratto lombare e mi concentro sul piriforme che si presenta notevolmente contratto.

Dai test di valutazione ipotizzo che mi possa trovare di fronte a un ileo dx in posteriorita', cosi' effettuo una tecnica a energia muscolare con PZ supino:

- paziente supino con gamba dal lato della disfunzione che cade fuori dal lettino.
- mi pongo a fianco dalla stesso lato pone una mano su Sias controlaterale ed una su una coscia subito sopra al ginocchio

- paziente deve inspirare e spingere contro resistenza Os la coscia verso l'alto
- al termine di ogni contrazione l'OS guadagna range di movimento inducendo l'ileo in avanti.

La paziente e' in lista per effettuare la RMN alla colonna, indagine diagnostica che avrei consigliato anche io di fare quanto prima poiche' la positivita' del test di Wassermann indicherebbe una possibile lesione erniaria o protusione nel tratto lombare L1 L2.

Notando un forte stato di stress della ragazza opto per un trattamento anche alla zona addominale e effettuo un release del diaframma, dato che la sua funzionalita' e' pressoché assente, bloccato in inspirazione.

Alla fine del trattamento la paziente sente una maggiore possibilita' di movimento del tratto lombare ma permane quella sensazione di notevole fastidio nella zona glutea e coscia Dx.

Molto soddisfatta del trattamento del diaframma

perche' non si rendeva conto di quanto la sua respirazione fosse toracica.

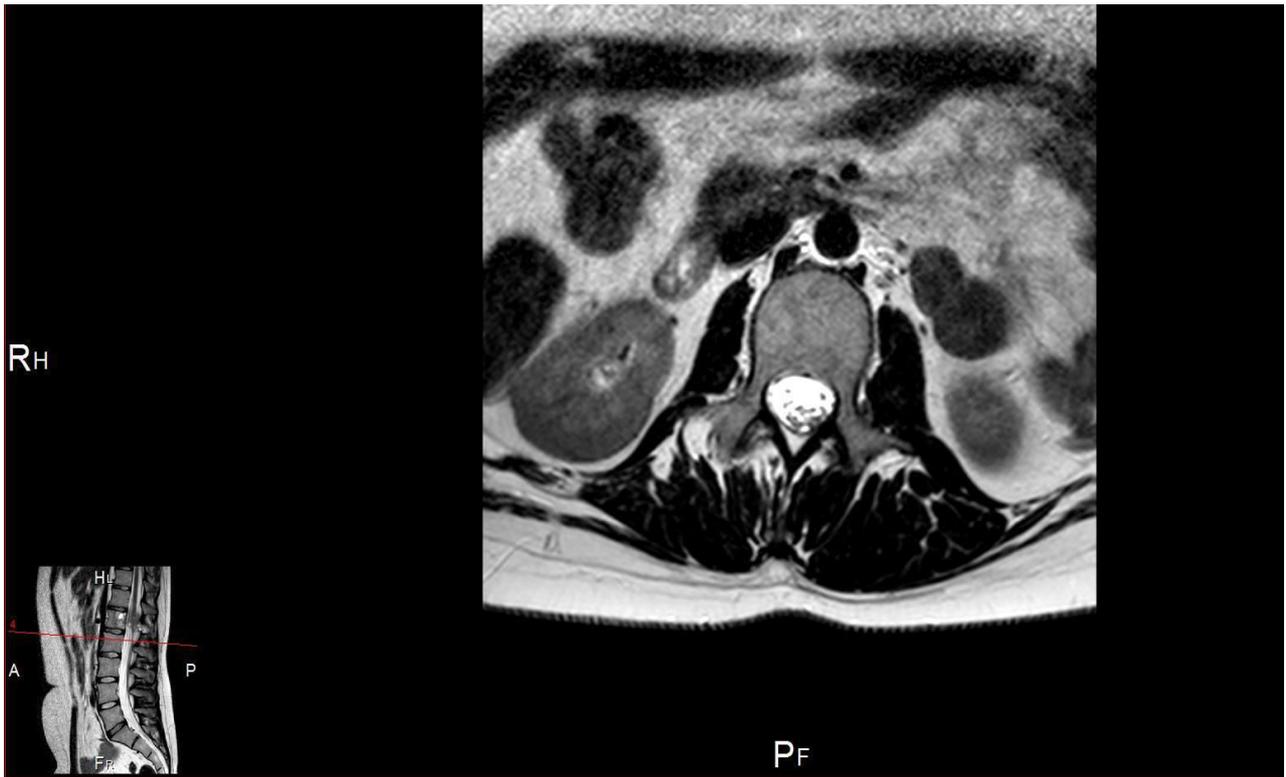
Le consiglio alcuni esercizi respiratori da effettuare al mattino prima di alzarsi cosi' da riprendere un maggior controllo del diaframma, fiducioso del fatto che potrebbe portare sollievo anche al tratto lombare.

Chiedo alla paziente se gentilmente dopo aver effettuato la Rmn mi possa aggiornare riguardo i risultati.

Di seguito i risultati della RMN



L2



L1





Istituto
Radiologico
Toscano

Sede Operativa: Via G.B. Vico, 2 - 51100 Pistoia
Tel. (+39) 0573.98.48.01 - Fax: (+39) 0573.38.26.61
irt@alliancemedical.it - www.irt.alliancemedical.it

Nata [redacted] genere : F

Codice Fiscale [redacted]

Data Esame : [redacted]

Provenienza : PAZIENTE PRIVATO



0000063251

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) RACHIDE LOMBO-SACRALE, SENZA E CON CONTRASTO

Quesito diagnostico: lesione di L1.

Si conferma la presenza di una lesione ossea con caratteri espansivi che determina notevole "rigonfiamento" del peduncolo, dell'apofisi trasversa, della lamina e di parte del corpo vertebrale di L1 caratterizzata dalla presenza di molteplici piccole componenti cistiche a segnale liquido iperproteico e margini molto ben definiti che permettono di evidenziare la lesione anche nel versante che sporge nel canale spinale determinando compressione sul sacco meningeo.

Come già indicato il sacco meningeo è compresso ma non sembra infiltrato.

Nelle immagini ottenute dopo infusione di mezzo di contrasto paramagnetico l' incremento di segnale è particolarmente intenso pur permanendo relativamente disomogeneo per le componenti cistiche.

Nel versante mediale la lesione sembra a mantenersi extra durale.

Da considerare, nell'ambito della diagnosi differenziale la possibilità di un osteoblastoma o uno cordoma o anche di una variante di cisti ossea aneurismatica

Utile ai fini diagnostici una definizione con TC per la struttura ossea.

Il Medico Radiologo
Dott. Nello Quilici


DOTT. NELLO QUILICI

4.3. Considerazioni

La paziente ha sospeso i trattamenti osteopatici per risolvere questa patologia.

La tecnica per l'ileo in posteriorita' non ha sortito l'effetto sperato come la normalizzazione del test dei malleoli poiche' ho riscontrato notevoli difficolta' nell'eseguirlo per il dolore percepito dalla paziente.

Sono comunque molto felice e soddisfatto del trattamento generale effettuato poiche' ho contribuito a favorire un benessere anche se sicuramente momentaneo lasciando la paziente con una notevole fiducia nell'osteopatia e desiderosa di riprendere i trattamenti non appena sara' guarita.

Successivamente sono state effettuate altre due RMN dato che esisteva la possibilita' che si potesse trattare di un osteosarcoma o cordoma, dubbio dissipato con l'ultima RMN con contrasto e successiva biopsia che dettero conferma che si trattasse di una variante di cisti ossea aneurismatica, ABC (aneurysmal bone cyst).

Optarono per eseguire il trattamento della cisti ossea presso il Sant'Orsola dato che la paziente era gia' in cura a Bologna per la colite ulcerosa

Il trattamento scelto e' l'embolizzazione guidata tramite Tac angiografica.

Il rischio in questo caso specifico e' dato dal fatto che si interviene su vasi che irrorano il midollo spinale, e la condizione ideale per praticare l'embolizzazione si e' presentata al 4° tentativo.

La regressione della cisti avviene tramite la chiusura dell'arteria interessata.

Nell'arco di un anno e mezzo la struttura ossea si riforma e la tumefazione formatasi regredisce fino alla scomparsa.

5. Ipotesi di correlazione fra la colite ulcerosa e la cisti ossea aneurismatica.

5.1. Ipotesi di correlazione fra le due patologie

Questa ipotesi nasce dal fatto che la sintomatologia dolorosa piu' evidente, cioe' il dolore nella fossa iliaca destra, cosi' intenso da venir scambiato per un dolore viscerale simil appendicite o alla colite ulcerosa anche se venne constatato che quest'ultima in quel periodo fosse in remissione, si e' attenuato fino a scomparire dopo aver risolto e annullato la cisti ossea aneurismatica.

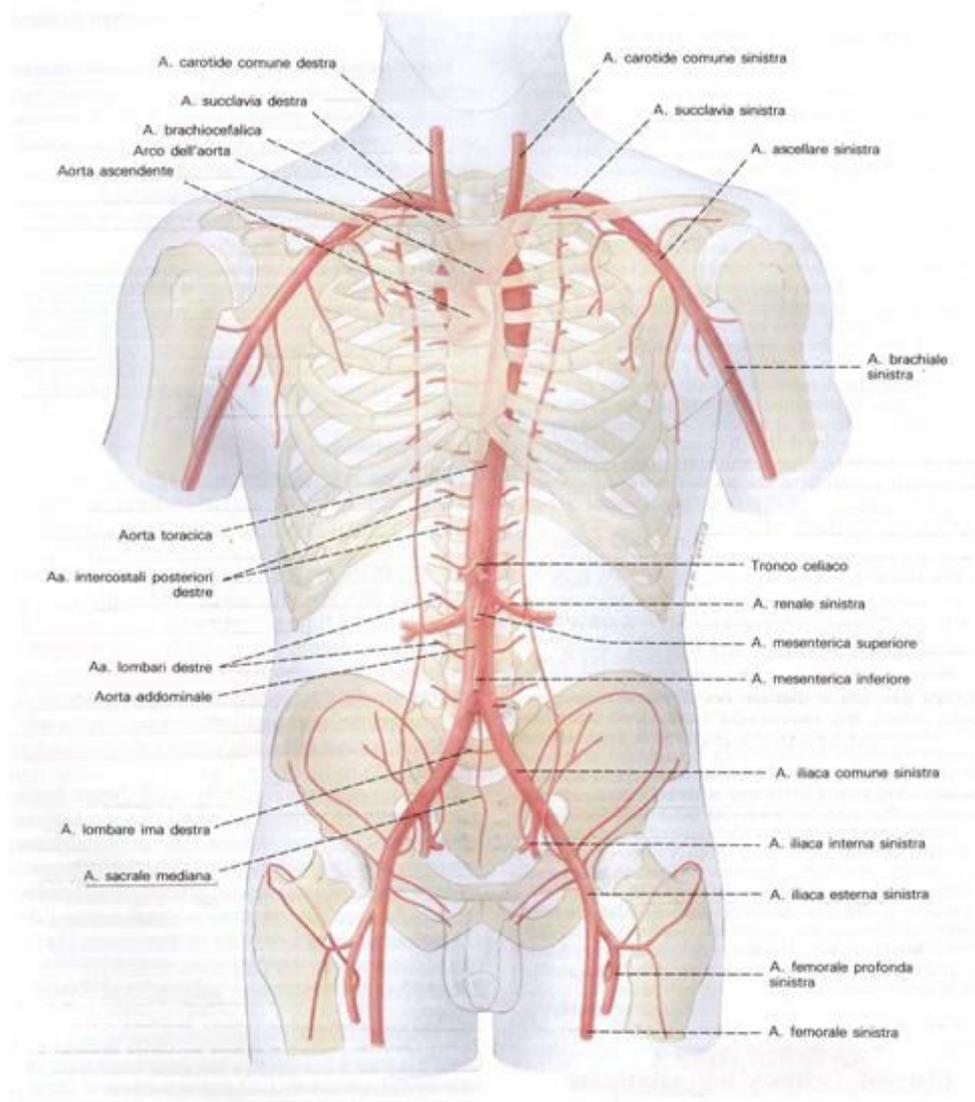
Questo fa supporre che la compromissione e lo schiacciamento del nervo mesenterico che origina dalla 1° vertebra lombare sede della cisti ossea che interessava il corpo vertebrale, i processi spinosi e quindi il canale dove decorre il nervo, generasse la sintomatologia dolorosa.

Esisteva forse la possibilita' che una malattia infiammatoria cronica decennale come la colite ulcerosa avesse potuto concorrere nel causare la cisti ossea sulla suddetta vertebra?

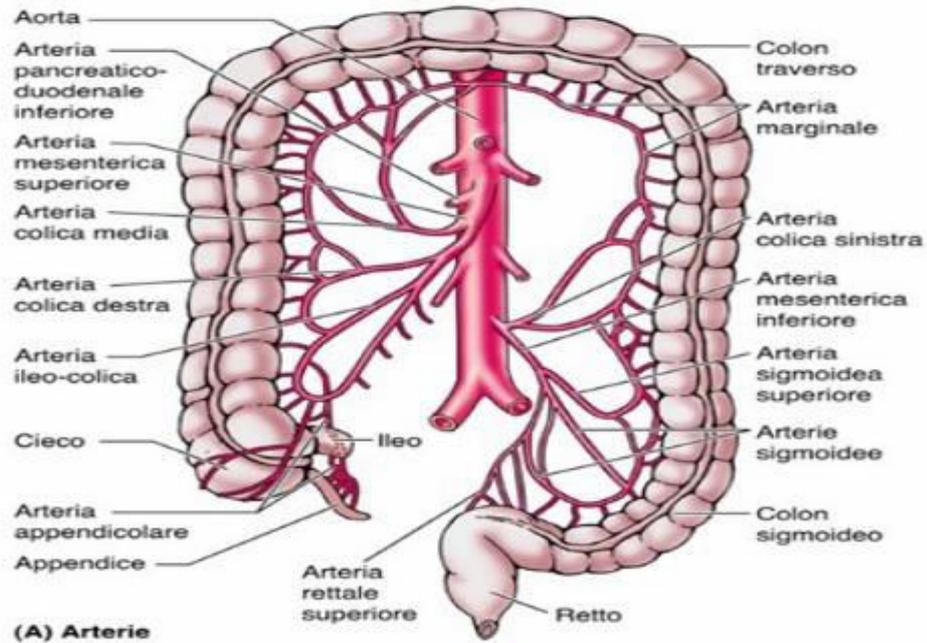
Vorrei evidenziare le correlazioni anatomiche esistenti tra l'intestino crasso e la vertebra sede della cisti aneurismatica, cioe' la 1° vertebra lombare.

5.2. Correlazioni anatomiche

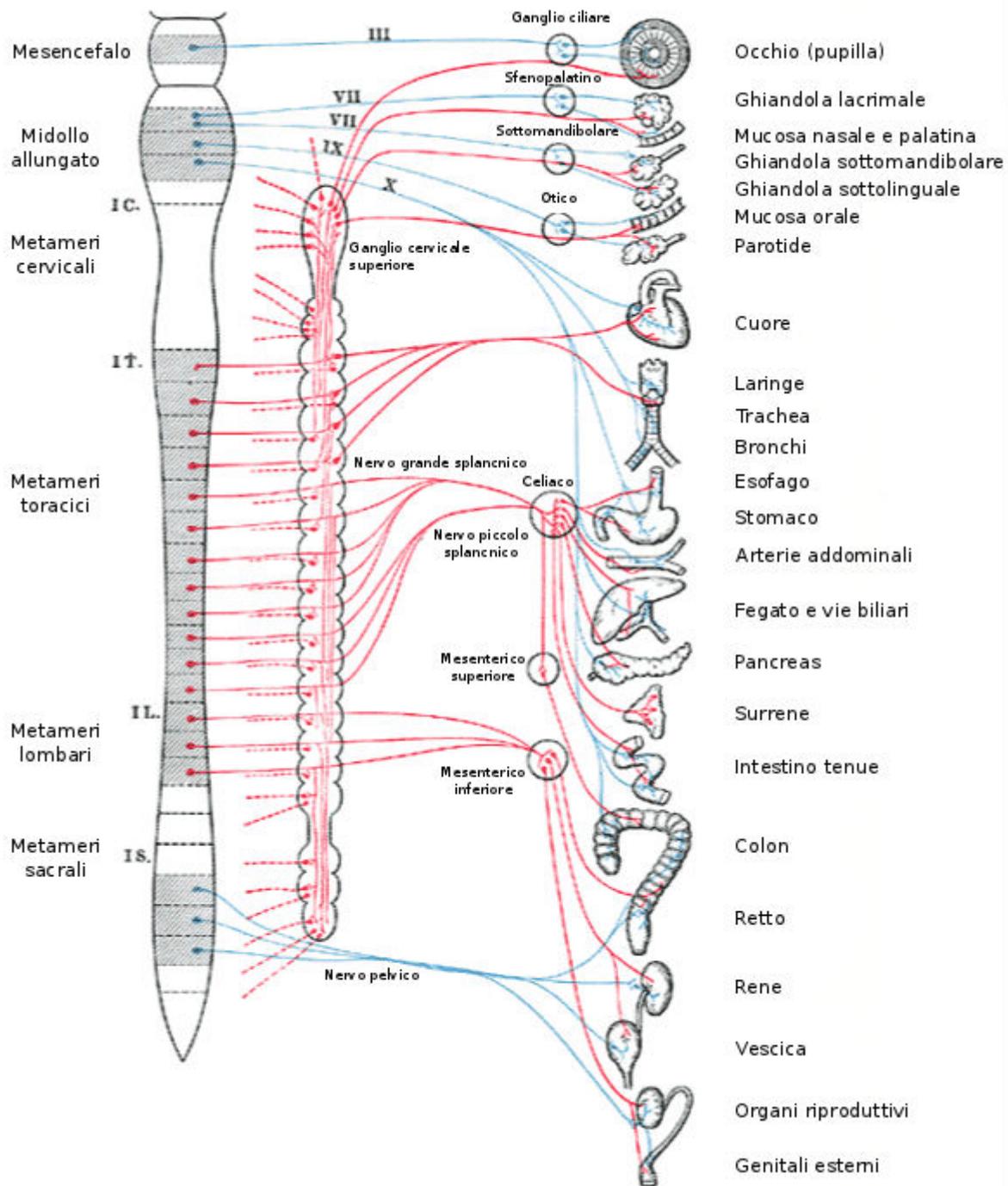
L'**arteria mesenterica superiore** è un grosso ramo arterioso che nasce dall'aorta a livello della I vertebra lombare subito al disotto del tronco celiaco. Serve ad assicurare l'irrorazione di gran parte dell'intestino, dall'ultima porzione del duodeno alla metà del colon trasverso



Arterie dell'intestino crasso



Ganglio mesenterico inferiore: formato da nervi che originano anche da L1 e innerva proprio l'area intestinale interessata dalla colite e la zona del dolore evidenziato nella fase acuta.



5.3. Conclusione

Considerando che nel nostro apparato circolatorio abbiamo:

- condotti elastici e non rigidi
- tratti (capillari) che consentono la fuoriuscita e l'ingresso di liquido
- una pompa con attività intermittente a ritmo variabile
- variazioni della pressione esterna ai condotti da distretto a distretto e da momento a momento, variazioni che, essendo i condotti elastici, modificano il calibro del condotto
- il sangue non è un fluido newtoniano, cioè è caratterizzato da una viscosità che varia al variare della velocità

Considerando che In un processo flogistico I fenomeni elementari, che costituiscono la risposta infiammatoria, comprendono vasodilatazione e aumento di permeabilità, che portano al passaggio di liquidi dal letto vascolare al tessuto lesa (edema) ed infiltrazione leucocitaria nell'area di lesione. L'infiammazione serve, dunque, a distruggere, diluire e confinare l'agente lesivo, ma allo stesso tempo mette in moto una serie di meccanismi che favoriscono la riparazione o la sostituzione del tessuto danneggiato.

Nel caso della paziente la colite ulcerosa con sede pancolica (tutto il colon e' interessato) , comporta un massivo aumento di flusso ematico nel colon protratto negli anni, e dato che l'arteria mesenterica superiore origina dall'aorta addominale all'altezza di L1 proprio in vicinanza delle arterie lombari da cui a sua volta origina il ramo spinale dove si era generata la cisti ossea aneurismatica, si puo' ipotizzare che un aumento di flusso nella mesenterica possa aver favorito lo sfiancamento della parete magari gia debole dell'arteria vicina contribuendo allo sviluppo della cisti ossea aneurismatica.

Questa ipotesi è possibile in quanto attualmente la cisti ossea aneurismatica non si tratta di un tumore ma di un amartoma e l'eziologia della Cisti Ossea Aneurismatica è sconosciuta.

Viene considerata una lesione reattiva conseguente ad uno stimolo ignoto.

Nel caso in esame questo stimolo potrebbe essere lo stimolo flogistico correlato alla Retto colite ulcerosa.

Ringraziamenti

L'idea di trovare una correlazione fra queste patologie mi ha entusiasmato e mi ha confermato la bontà del percorso osteopatico.

Sono stati tre anni di grande intensità e crescita non solo professionale ma anche sul piano personale.

Ho avuto la fortuna di poter riconsiderare dei dogmi che mi portavo dentro e mi limitavano, e tutto questo è stato possibile grazie al supporto di meravigliose persone!

Ringrazio la mia famiglia: mia moglie Marilena che mi ha supportato e sopportato in questi tre anni, i miei figli Valentino e Andrea che mi hanno sempre inondato della loro energia e amore.

Ringrazio mio padre che è sempre rimasto sul posto di lavoro permettendomi di frequentare serenamente i corsi sostituendomi egregiamente.

Ringrazio mia sorella Anna Maria che mi ha aiutato nella stesura di questa tesi con una eccellente supervisione formale.

Ringrazio il direttore della Fisiomedic Luca Bonadonna, un grande esempio di dedizione e entusiasmo nei confronti degli allievi e della sua amata azienda che fornisce le basi per intraprendere una professione ancora non riconosciuta ufficialmente in Italia, alla sua visione pionieristica, un esempio imprenditoriale.

Ringrazio Arianna per la sua professionalità e graditissima presenza nello svolgimento delle lezioni.

Ringrazio i professori Daniele Morfino e Rudy Santambrogio che sono riusciti a trasmettere l'amore che provano per la loro professione e hanno risvegliato in me la sete di conoscenza.

Gli allievi della scuola con i quali ho condiviso tanti momenti esaltanti e arricchenti.

Grazie

Ultima ma non ultima vorrei ringraziare Elisa che con estrema gentilezza ha reso possibile la creazione di questa tesi fornendo materiali inerenti le indagini diagnostiche e prestandosi attraverso incontri e valutazioni osteopatiche per riportare fedelmente i sintomi e i passaggi della sua vicenda così da rendere il più verosimile possibile quanto scritto.

Bibliografia

Netter. Atlante di anatomia umana

Frank H. Netter

Editore: Edra

Edizione: 5

Anno edizione: 2014

Robbins e Cotran. Le basi patologiche delle malattie. Patologia generale

Traduttore: A. Saibene

Editore: Elsevier

Edizione: 8

Anno edizione: 2010

La Rettocolite Ulcerosa

Approccio metodologico alla interpretazione della malattia e prospettive future

G. Tomasello, P. Damiani

Editore: Medical books

Data pubblicazione: 2013