

OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

**“PUBALGIA NELLO SPORTIVO: VALUTAZIONE E
TRATTAMENTO”**

CANDIDATO: SALVETTI NICOLA

**ANNO ACCADEMICO
2016/2017**

fisiomedic
ACADEMY

*“Nella malattia Dio lascia l’uomo
in un mondo di
ipotesi? Ho deciso che Dio non è un
Dio delle ipotesi,
ma un Dio delle
verità. Le sue opere
spirituali e materiali
sono armoniose.*

*Un Dio così accorto ha certamente posto
il rimedio
nella casa che ospita lo spirito”*

A. T. Still, D.O.

DEFINIZIONE

Il termine “*pubalgia*”, purtroppo così frequente nel mondo dello sport, è l’espressione dei sintomi localizzati a livello della regione del pube, con irradiazioni dolorose, secondo la gravità, verso gli adduttori o gli addominali.



Nonostante una definizione alquanto imprecisa e generica, la pubalgia è una condizione molto invalidante per lo sportivo, tanto da costringere l'atleta a lunghe assenze dagli allenamenti e dalle competizioni.

I calciatori, i tennisti e i rugbisti sono le vittime favorite di questa affezione, poiché i gesti tecnici sport specifici che costantemente effettuano e gli intensi carichi di lavoro procurano forti squilibri a livello del bacino con successive alterazioni funzionali.

La diagnosi di pubalgia è spesso solo una constatazione clinica. Ritengo che sia indispensabile e necessario, di fronte ad un atleta “pubalgico”, ricercare e individuare le cause per impostare un trattamento riabilitativo corretto.

La sindrome pubalgica si manifesta con sintomi dolorosi nella regione inguinale e adduttoria o sovrapubica, in corrispondenza delle inserzioni tendinee dei muscoli adduttori (prevalentemente del lungo e breve e del gracile) e della parete addominale, con possibili irradiazioni alle coste,

ginocchio e coccige. Può essere aggravata da sintomi a livello del tratto urinario, organi genitali, stomaco, retto e prostata. Nella maggior parte dei casi, il paziente riferisce un dolore nella regione sottopubica e monolaterale; una percentuale inferiore presenta un dolore sovrapubico o bilaterale.

Il dolore si manifesta generalmente nelle fasi iniziali dell'allenamento e dell'attività sportiva. La sintomatologia regredisce nel corso della prestazione, per ripresentarsi nelle ore successive o al risveglio il giorno seguente. Il riposo è sufficiente per eliminare il dolore, anche se frequente è il ricorso a terapia farmacologica. Nei casi più gravi, il dolore si manifesta anche a riposo, tale da impedire la normale esecuzione delle attività quotidiane e costringere l'atleta a lunghi periodi di interruzione degli allenamenti e delle gare.

La valutazione strutturale e la gestione terapeutica del cingolo pelvico nel soggetto pubalgico sono fondamentali per il modello strutturale posturale. Non rientra negli obiettivi del presente lavoro passare in rassegna tutte le possibili cause della pubalgia ma di presentare come io affronto il problema "PUBALGIA" seguendo le mie competenze dando quindi una valutazione strutturale e viscerale.

Nella mia pratica distinguo due categorie:

- ⇒ **le pubalgie traumatiche;**
- ⇒ **le pubalgie croniche.**

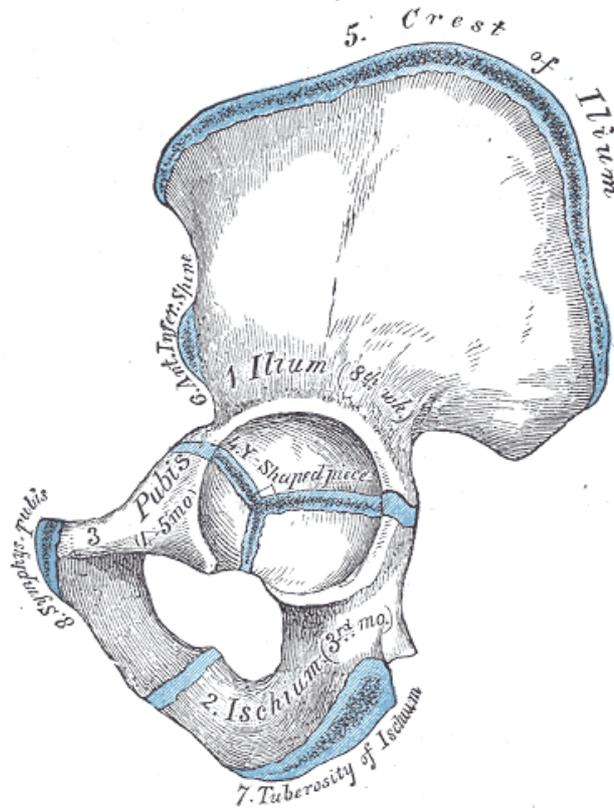
ANATOMIA

Il *bacino* o *pelvi* è la struttura ossea situata all'estremità caudale della colonna vertebrale e è lo snodo tra tronco e arti inferiori. È formata da quattro ossa: le due ossa iliache (o ossa dell'anca), riunite ventralmente mediante la sinfisi pubica e separate dorsalmente per l'interposizione del sacro, col quale si articolano, e il coccige.



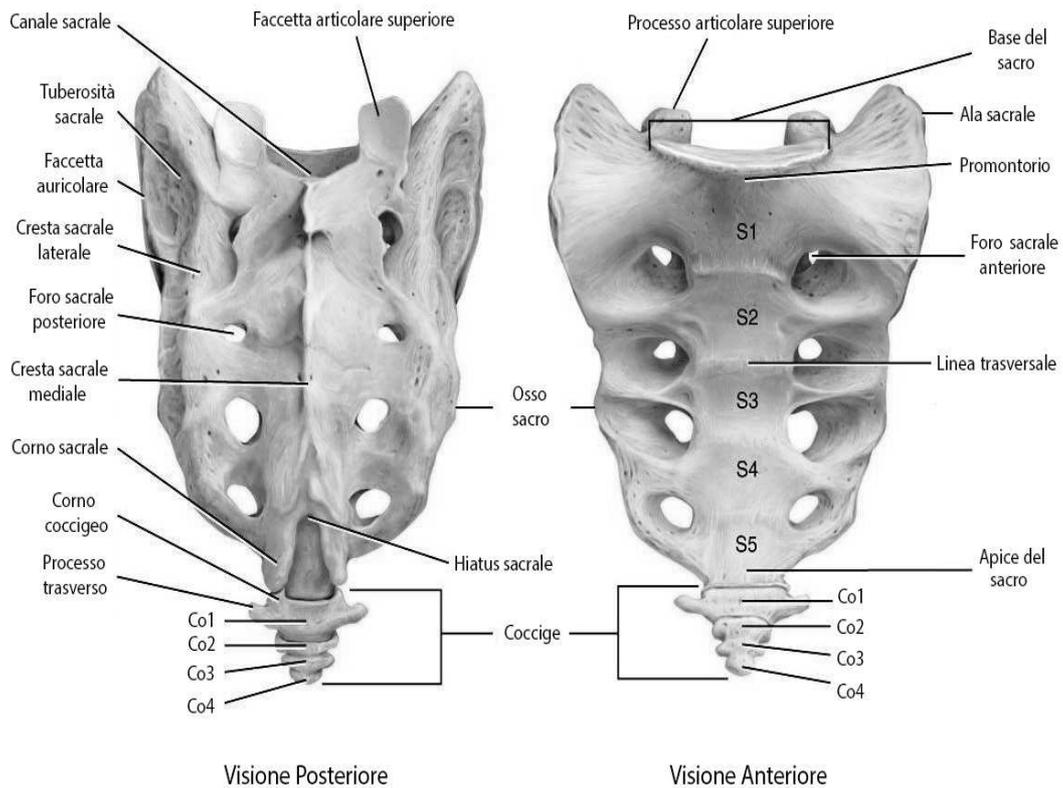
L'osso iliaco, noto anche come osso dell'anca o osso coxale è un osso pari e simmetrico che costituisce lo scheletro del bacino insieme al sacro e al coccige. L'osso iliaco risulta composto nell'infanzia da tre ossa distinte, l'ilio, il pube e l'ischio. Le tre ossa si articolano tra loro, per interposta cartilagine articolare, al centro dell'acetabolo, cavità articolare dell'osso dell'anca per la testa del femore. La completa ossificazione endocranale delle cartilagini articolari dell'acetabolo ed ischio-pubica forma l'osso dell'anca adulto.

By eight centers { Three primary (Ilium, Ischium, and Pubis)
 { Five secondary



Il sacro è un grande osso a forma triangolare concavo anteriormente, il suo apice è inferiore e la base rivolta in alto; è formato dalla fusione delle cinque vertebre sacrali. Si inserisce fra le due ossa innominate ricoprendo la superficie posterosuperiore della cavità pelvica.

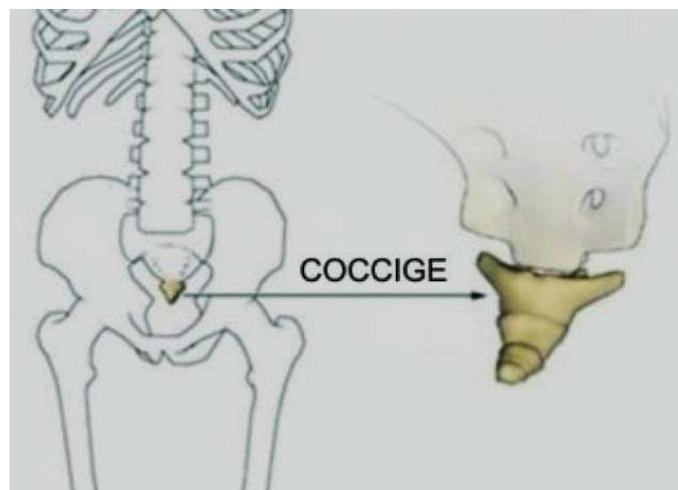
La superficie superiore del sacro, base sacrale si articola con la quinta vertebra lombare creando, con il disco intervertebrale di L5, l'articolazione lombosacrale o cerniera lombosacrale .



Il coccige è l'ultimo segmento della colonna vertebrale ed è formato da 4-6 segmenti fusi tra di loro, che però non presentano le normali caratteristiche delle vertebre.

Nell'insieme ha una forma triangolare con una base superiore, un vertice inferiore, una faccia anteriore, una posteriore e due faccie laterali.

La base si articola con l'apice del sacro formando l'articolazione sacro cocchigea.

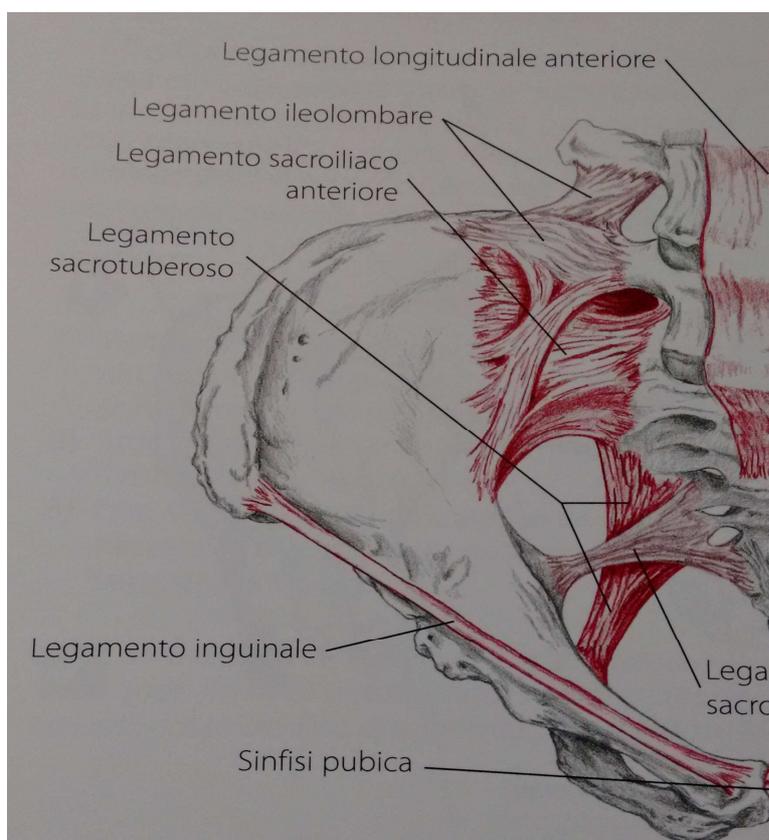


Le articolazioni di questo complesso sono: sacroiliaca, sacro-coccigea e la sinfisi pubica.

L'articolazione sacro-iliaca si instaura tra la faccetta articolare sacrale dell'osso iliaco e la faccetta articolare dell'osso sacro. Ciascuna delle due faccette è rivestita da un sottile strato di cartilagine ialina.

Questa articolazione è rinforzata da legamenti intrinseci e estrinseci. I primi sono legamento sacroiliaco anteriore, legamento sacroiliaco posteriore e legamento sacroiliaco interosseo.

Quelli estrinseci sono: legamento ileo lombare, legamento sacro spinoso, legamento sacro tuberoso.



L'articolazione sacro-coccigea congiunge l'apice del sacro alla base del coccige.

Questa articolazione è rafforzata dai legamenti: sacro-coccigeo anteriore, sacro-coccigeoposteriore, sacro-coccigeo laterale.

L'articolazione della sinfisi pubica e tra le due ossa pubiche.

Le superfici articolari che contribuiscono alla costituzione della sinfisi pubica sono le due facce mediali delle ossa pubiche. Sono superfici ovalari ruvide, con piccole creste o papille e altrettanti recessi ricoperte da uno strato di cartilagine fibrosa. Tra le due superfici articolari è presente inoltre un disco di fibro-cartilagine. I legamenti di questa articolazione sono: legamento pubico anteriore, legamento pubico superiore e legamento arcuato.

Se la pelvi viene stabilizzata da questi grossi e forti legamenti è però anche soggetta all'azione di numerosi muscoli.

Tra cui ricordiamo: retto addominale, piramidale, retto del quadricipite, ileopsoas, grande adduttore e grande gluteo.

Nel primo gruppo metto quelli che hanno inserzione nel pube:

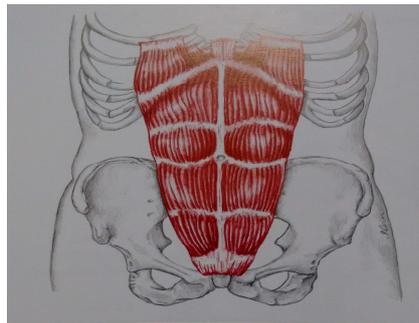
RETTO ADDOMINALE

azione: flette la colonna vertebrale

origine: cresta pubica, sinfisi pubica

inserzione: cartilagine 5-6-7 costa

innervazione: nervi intercostali



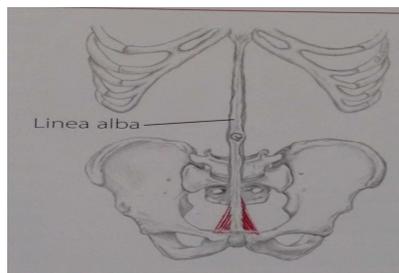
PIRAMIDALE

azione: tende linea alba

origine: sinfisi pubica

inserzione: linea alba

innervazione: 12 nervo toracico



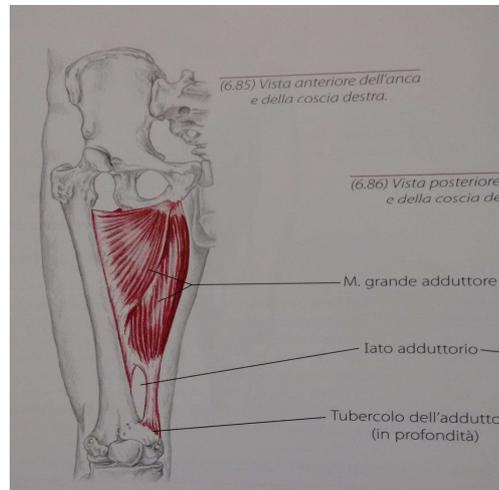
ADDUTTORE GRANDE

Azione: adduzione dell'anca con rotazione interna e partecipa flessione anca

Origine: ramo inf pube e ramo ischio

Inserzione: labbro mediale linea aspra

Innervazione: otturatore e tibiale



ADDUTTORE BREVE

Azione: adduzione e flessione anca e leggera rotazione interna

Origine: ramo inferiore del pube

Inserzione: linea pettinea e labbro mediale linea aspra

Innervazione: nervo otturatore

PETTINEO

Azione: adduzione e flessione anca e leggera intrarotazione

Origine: ramo superiore del pube

Inserzione: linea pettinea del femore

Innervazione: nervo femorale e otturatore

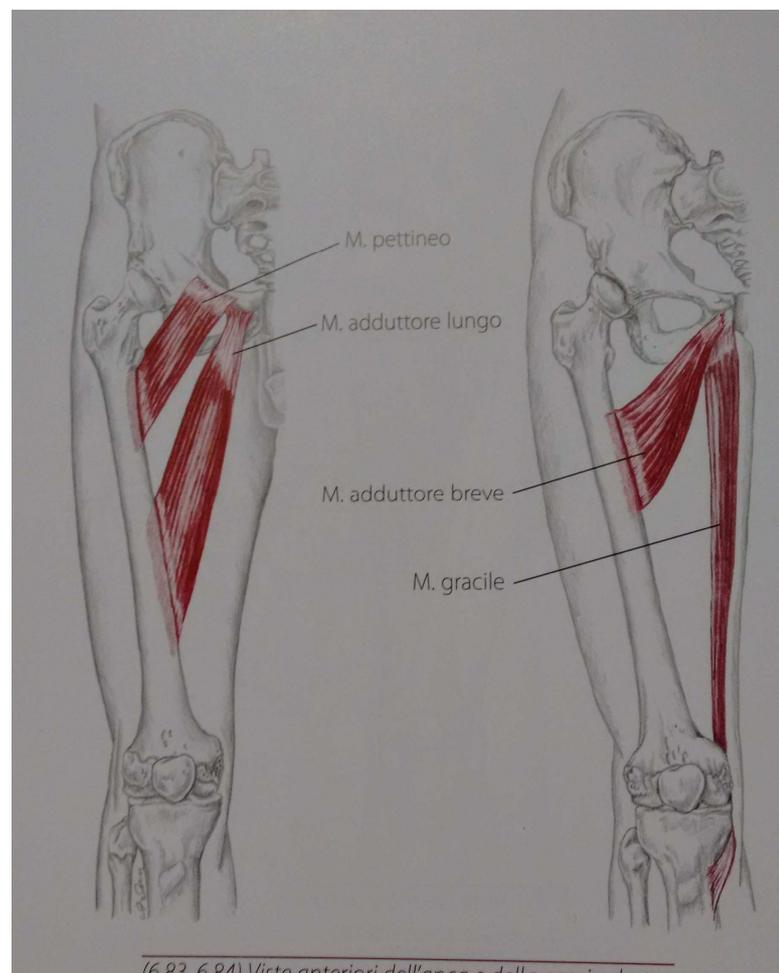
GRACILE

Azione: adduce anca, flette e intraruota il ginocchio

Origine: ramo inferiore pube

Inserzione: zampa d'oca

Innervazione: nervo otturatore



Questo secondo gruppo invece sollecitano in modo importante il bacino:

ILEOPSOAS

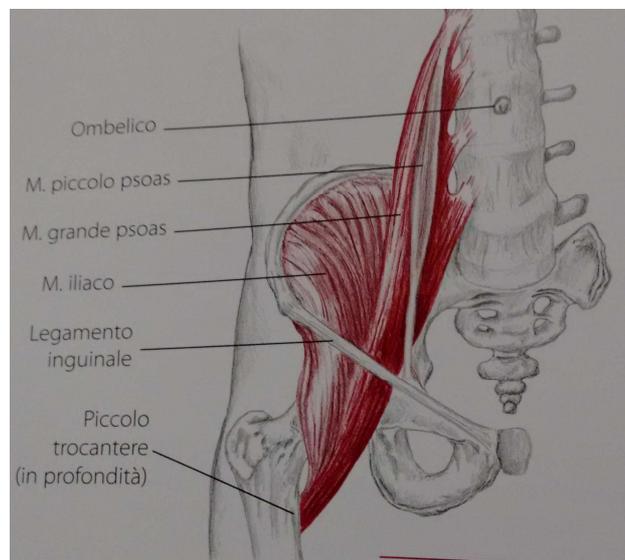
Azione: flette e adduce l'anca

Origine: grande psoas: corpi e processi trasversi prime 4 vertebre lombari

Iliaco : fossa iliaca

Inserzione: piccolo trocantere

Innervazione: plesso lombare



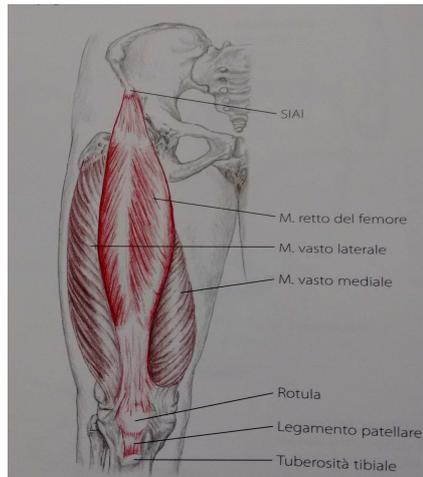
RETTO FEMORALE:

Azione: flette coscia su tronco

origine: spina iliaca anteriore superiore

inserzione: tuberosita tibiale

innervazione: nervo femorale



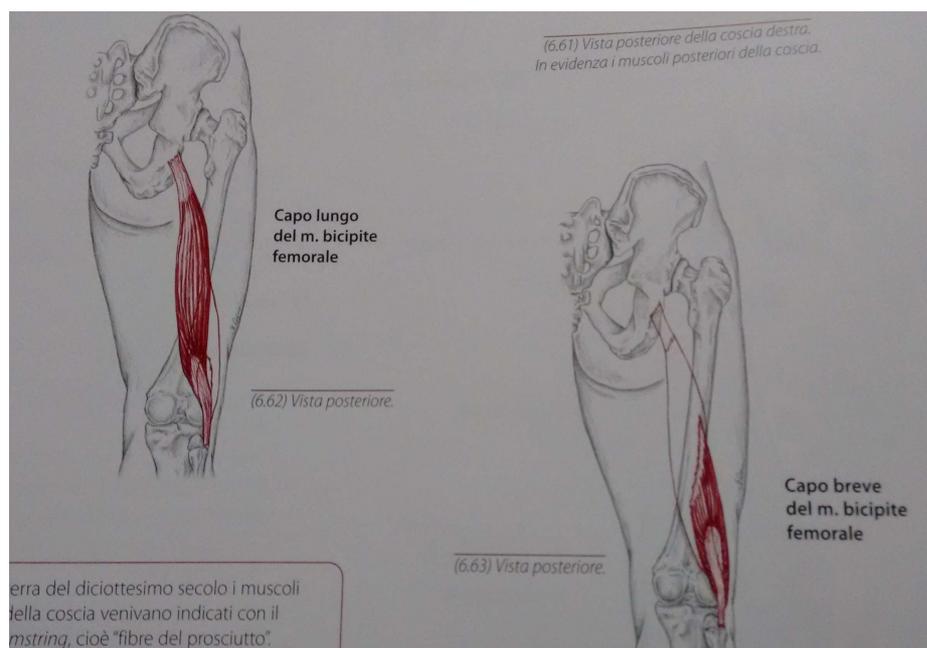
BICIPITE FEMORALE

Azione: flette gamba su coscia e estende femore sul tronco

origine: c.l. Tuberosità ischiatica e c.c. Labbro laterale linea aspra

inserzione: testa perone

innervazione: nervo tibiale e peroniero



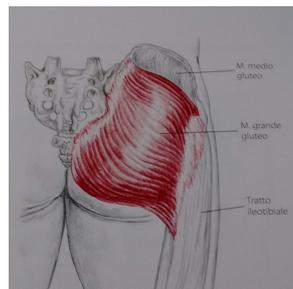
GRANDE GLUTEO

Azione: adduce e estende anca e la ruota lateralmente

origine: da ileoa al cocige

inserzione: tuberosita glutea

innervazione: nervo gluteo inferiore.



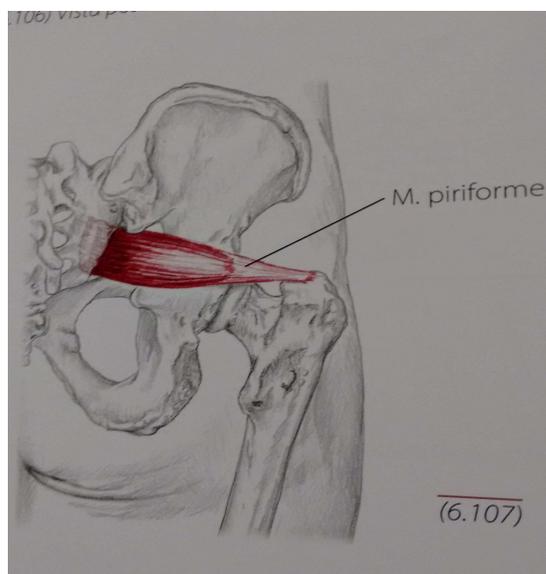
PIRIFORME

azione: ruota lateralmente l'anca e la abduce

origine: superficie anteriore osso sacro

inserzione: grande trocantere

innervazione: ramo del plesso sacrale



PUBALGIA TRAUMATICA

La pubalgia traumatica è la conseguenza di traumi diretti o indiretti della sinfisi pubica. Fortunatamente il trauma diretto è molto raro.



Per quello che riguarda I traumi indiretti si riscontrano in genere due possibilità:

1) nella ricaduta successiva ad un salto, soprattutto se il gesto tecnico è effettuato in condizioni di instabilità, le forze di reazione del suolo possono essere asimmetriche . Ne consegue una sollecitazione di taglio a livello della sinfisi pubica che può determinare un innalzamento di una branca pubica. Tale movimento del pube può essere associato ad una disfunzione pubica in superiorità;



2) un allungamento passivo per una forte distrazione degli adduttori, oppure una contrazione improvvisa e rapida a partenza da una condizione di completo rilassamento, frequenti negli sport di contatto, possono determinare una trazione della branca pubica verso il basso, associata o meno ad una disfunzione pubica in inferiorità.

Entrambe le situazioni descritte possono essere aggravate da stiramenti o lesioni delle strutture legamentose e da deterioramento delle inserzioni tendinee. Se non trattate correttamente possono essere causa di alterazioni della fisiologica meccanica del cingolo pelvico e progredire in una cronicizzazione del fenomeno, con gravi limitazioni alla pratica sportiva.

PUBALGIA CRONICA

Se il pube e le strutture direttamente ad esso connesse sono le cause della pubalgia traumatica, la pubalgia cronica è caratterizzata da un pube “vittima” di uno schema funzionale patologico. Può rappresentare l’evoluzione di una pubalgia traumatica non trattata correttamente o la manifestazione dolorosa di alterazioni della fisiologica meccanica del bacino conseguente a sovraccarichi funzionali e squilibri muscolari.

Nella maggior parte dei casi, il pube non è assolutamente la causa primaria della pubalgia. Tutti i trattamenti perciò effettuati esclusivamente a questo livello saranno effimeri ed illusori, con eventuali benefici solamente temporanei.

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO

Il trattamento che andrò ad effettuare naturalmente cambia a secondo se mi trovo di fronte a una patologia traumatica e quindi acuta o cronica. Stabilisco questo dopo aver fatto l'anamnesi con il paziente e aver capito quando e come è insorto il dolore.

Nel caso di dolore pubico in seguito a traumi indiretti preferisco in un primo momento fare terapia ghiaccio, utilizzo kinesio e consiglio riposo per poi in un secondo momento iniziare a massaggiare, utilizzo la tecar e valutare strutturalmente che non ci siano create restrizioni.

Quando invece sono di fronte a un paziente che soffre di pubalgia cronica vado a valutare il bacino in cerca di disfunzioni sia strutturali che viscerali.

Nella diagnosi strutturale del cingolo pelvico è fondamentale considerare gli elementi diagnostici chiave rappresentati da asimmetria delle componenti ossee (valutazione della posizione spaziale di coppie di punti di repere anatomici all'interno del cingolo pelvico e degli arti inferiori), alterazione e asimmetria del range di movimento (esecuzione di test specifici) e anomalia della consistenza tissutale, principalmente in termini di tensione e dolorabilità dei legamenti e delle strutture miofasciali. Il processo diagnostico delle disfunzioni inizia dalla stazione eretta TFE, prevede poi che il paziente sia seduto TFS, quindi in decubito supino e decubito prono ha lo scopo di individuare le disfunzioni che possono essere collegate al dolore del pube.

Test di flessione in stazione eretta.

Il paziente è in piedi con il peso corporeo equamente distribuito su entrambi i piedi, tenuti a distanza acetabolare. L'operatore segue con i pollici l'escursione di ciascuna spina iliaca posterosuperiore (SIPS) mentre il paziente si flette in maniera uniforme senza piegare le ginocchia. Il TFE è

positivo dal lato in cui la SIPS si muove e viene trascinata. Il test è negativo se il movimento delle SIPS è armonioso e simmetrico.

Nel caso di positività si avrà un blocco ileo sacrale dal lato in cui la sips si è mossa e è chiamata disfunzione ascendente.

TFE e TFS sono due test che se pur testano la stessa articolazione che è la sacroiliaca mi daranno risultati diversi e mi diranno se ho una disfunzione ascendente o discendente.



Test di flessione in posizione seduta

L'esecuzione del test di flessione in posizione seduta (TFS) è simile al TFE. L'operatore valuta il movimento delle SIPS mentre il paziente effettua una flessione del tronco da seduto.

Una risposta positiva consiste in un movimento anticipato di una sips rispetto all'altra. Il TFS + mi dice che c'è una disfunzione discendente.



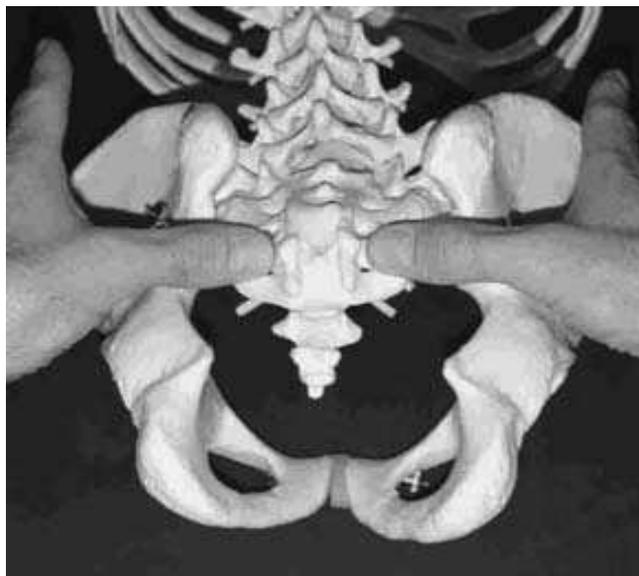
Valutazione del paziente in decubito supino

Se ho un TFE positivo o comunque più positivi del TFS faccio accomodare il paziente in posizione supina e valuto la linea tra le spine iliache anterosuperiori (SIAS), la lunghezza degli arti inferiori a livello dei malleoli mediali e la consistenza tissutale e la dolorabilità dei legamenti inguinali.



Valutazione del paziente prono.

Se invece TFS è positivo o più rispetto a TFE accomodato il paziente in posizione prona e valuto i solchi sacrali e gli angoli infero laterali del sacro (AIL) per una possibile disfunzione in torsione mentre per valutare il movimento su asse tarsverso (flessione-estensione) metto la mano sul sacro e valuto durante la respirazione che le due fasi abbiano la stessa ampiezza.



Dopo avere fatto questi test ho tutto per potere definire se ho trovato delle disfunzioni che possono essere:

Disfunzioni sacroiliache

Per avere una disfunzione sacroiliaca ho avuto un TFS positivo e queste possono essere a secondo degli assi di rotazione:

Sacro in flessione o estensione (asse trasverso), sacro rotazione anteriore o posteriore (asse obliquo).

La valutazione dei solchi e degli AIL permette di definire la posizione spaziale del sacro. Nelle disfunzioni in torsione (dx/dx, sn/sn, dx/sn e sn/dx), la prima sigla indica dove è rivolta la base sacrale, la seconda l'asse attorno al quale avviene il movimento.

Ex dx/dx = rotazione a dx su asse dx. . Avrò solco sacrale sx più ventrale rispetto al contro laterale e ail dx più dorsale.

Disfunzioni ileosacrali

Si avrà avuto un TFE positivo . Le disfunzioni in anteriorità e in posteriorità sono molto comuni, derivano da uno squilibrio muscolare e si notano confrontando i malleoli o le sias. Si potranno inoltre avere disfunzioni in-flair e out-flair misurando distanza sias e ombelico.

Disfunzione sinifisi pubica

Ho avuto un TFE+ , controllo malleoli e sono bene allineati, ho una distanza uguale tra le sias e ombelico allora vado a controllare la sinifisi pubica.

Per fare questo devo prima trovare i tubercoli pubici Con paziente supino metto le mani linea ombelico e scendo distalmente sino a quando trovo la cresta pubica.

Quindi vado verso zona mediana e mi trovo sulla sinfisi e sento i due tubercoli. Per meglio sentirli faccio ruotare in modo alternato i piedi al paziente..

CORREZIONE DELLE DISFUNZIONI

Il trattamento del cingolo pelvico deve sempre essere accompagnato dalla valutazione e dal trattamento delle strutture muscolari, per migliorare l'efficacia terapeutica e prevenire recidive.

Le più importanti e comuni sono:

1)Correzione di una disfunzione sacro in torsione anteriore.

Si esegue una tecnica di energia muscolare utilizzata per la correzione delle disfunzioni in torsione dx/dx o sn/sn.

Il paziente è in posizione prona con le ginocchia flesse a 90°. L'operatore solleva gli arti inferiori e posiziona il paziente nella postura di Sims stesso lato asse..



L'operatore, controllando le ginocchia del paziente, posiziona la mano caudale sui piedi del paziente e la mano craniale a livello dei solchi

sacroiliaci. L'operatore spinge i piedi del paziente verso il pavimento fino a percepire, a livello del solco, un movimento verso la posteriorità dell'emibase sacrale. A questo punto, oppone resistenza ad una minima spinta del paziente nel tentativo di sollevare entrambi i piedi verso il soffitto per 6 secondi. La manovra è ripetuta per 3-5 volte.

2)Correzione di una disfunzione sacroiliaca in torsione posteriore

Per la correzione di una disfunzione in torsione sn/dx o dx/sn è utilizzata la tecnica di energia muscolare.

Il paziente è disteso sul fianco dell'asse. L'operatore ricerca una tensione a livello di L5-S1 mediante una rotazione e leggera estensione del tronco. La tensione è mantenuta con l'aiuto del braccio craniale che stabilizza la spalla. L'arto inferiore in esame è accompagnato al di fuori del lettino, mentre l'arto controlaterale è portato in estensione. L'operatore spinge verso il pavimento l'arto inferiore, fino a percepire a livello del solco un movimento verso l'anteriorità dell'emibase sacrale. A questo punto, oppone resistenza ad una minima spinta del paziente nel tentativo di sollevare il ginocchio verso il soffitto per 6 secondi. La manovra è ripetuta per 3-5 volte e poi ritesto.



3)Correzione di una rotazione iliaca posteriore (avrò malleolo lato disfunzionale piu craniale rispetto al contro laterale)

Per correggere una rotazione iliaca posteriore si sfrutta muscolo quadricipite e soprattutto retto femorale.

Paziente sul lettino supino con arto lato disfunzione fuori dal lettino e osteopata lato del pz stesso lato. Osteopata con una mano controlla sias controlaterale e con altra controlla ginocchio arto lato disfunzione.

Si chiede al paziente di spingere il ginocchio verso alto e ostopata fa resistenza producendo contrazione isometrica. Questo per 3-4 secondi per 3-4- tentativi . Negli intervalli ostopata guadagna abbassando il ginocchio. Alla fine si ritesta.



4)Correzione di una rotazione iliaca anteriore (malleolo lato disfunzionale più caudale rispetto a contro laterale).

Sempre usando tecnica energia muscolare sfrutto questa volta I muscoli posteriori della coscia.

Metto il pz sul lettino prono con arto lato disfunzione fuori dal lettino.

Operatore lato disf con una mano controlla articolazione e con altra sostiene ginocchio fuori dal lettino e con piede appoggiato a coscia operatore.

Si chiede al pz di spingere il piede verso gamba operatore che fa resistenza.

Questo sempre per 4-5 secondi per 4-5 volte....dopo si ritesta.



5) correzione sinfisi pubica

Si esegue tecnica definita “shotgun” che è una tecnica risolutiva per tutti i possibili disallineamenti della sinfisi pubica. Il paziente si stende prono con ginocchia flesse e piedi appoggiati. Osteopata mette le sue mani interno ginocchia e le abduce. chiede di chiudere in adduzione contro resistenza osteopata per 2-3 secondi e poi rilasciare. Al secondo o terzo tentativo di chiudere operatore esegue trust in abduzione.



6) correzione iliaco in inflair (sias lato disfunzione più vicina a ombelico)

Tramite energia muscolare. Paziente supino e operatore a lato lettino opposto a ileo in disfunzione. con un mano flette gamba lato difunzionale massima flessione. Con una mano stabilizzo il lato non in disfunzione e con l'altra abduco la coscia portandola verso la

restrizione. Osteopata chiede una adduzione contro resistenza . Tra le contrazioni si guadagna in abduzione.



6) iliaco in outflair (sias lato difunzione piu lontano da ombelico)

Tramite energia muscolare paziente supino osteopata lato del lettino arto in disfunzione. Si fa flettere arto in disfunzione al paziente. Osteopata mette una mano sulla sacroiliaca in lesione e con l'altra porta la coscia in adduzione e quindi verso restrizione sino a sentire il movimento con la mano monitor. Si chiede al paziente di abdurre contro resistenza dell'osteopata per due tre secondi . Nella pausa tra una contrazione e l'altra si guadagna in abduzione.



7) disfunzione sacro in flessione o estensione.

Per correggere questa disfunzione posso usare tecniche energia muscolare e usare la respirazione in aiuto. Infatti nella fase di inspirazione il sacro va in estensione e nella espirazione va in flessione.

Nel caso di sacro in flessione osteopata mette le mani sul sacro e nella fase di inspirazione lo accompagna verso estensione (restrizione) mentre nella fase di espirazione lo tiene bloccato . Questo per 4-5 cicli respiratori e poi si ritesta . Per sacro bloccato in estensione il contrario : guadagno in flessione nella fase espiratoria e blocco in fase inspiratoria.

Posso correggere questo tipo di disfunzione anche con un trust.

Per sacro in flessione paziente prono arti inferiori leggermente abdotti e intraruotati per aprire le articolazioni sacroiliaca. Osteopata si posizione fondo lettino, poggia pisiformi su ail e alla fine fase inspiratoria effettua trust in direzione ventrale.

Se sacro bloccato in estensione paziente nella stesa posizione e osteopata poggia pisiformi base sacro e a fine della fase espiratoria effettua leggero trust sempre in direzione ventrale e craniale.



TRATTAMENTO VISCERALE

La manipolazione viscerale è stata ripresa e sviluppata dall'osteopata Jean Pierre Barral.

Secondo l'osteopatia viscerale il principio cardine è che gli organi hanno un loro movimento fisiologico e un rapporto armonioso con le strutture adiacenti. Se questo non succede l'organo va incontro a fissazione e può incorrere in patologie dello stesso organo e genera problemi anche alle strutture legate. Quindi con la manipolazione viscerale si cerca di ridare movimento agli organi.

Se mi trovo di fronte a una pubalgia di tipo cronico e durante la palpazione delle varie strutture trovo uno psoas molto contratto e dolente, cosa che posso vedere anche con il test di Thomas, devo prendere in considerazione che ci possa essere anche una componente di tipo viscerale.

Questo muscolo infatti viene considerato, visto il suo rapporto con i visceri addominali soprattutto con i reni e con il intestino crasso, il “muscolo spazzino” in quanto assorbe le tensioni e le infiammazioni .

E' chiaro che lo psoas può essere anche sofferente per problemi meccanici come nel caso delle persone che stanno molto sedute per lavoro o per studio perche tendono ad un innaturale accorciamento.

Anche in questo caso la differenza la fa l'anamnesi che abbiamo precedentemente fatto.

E quindi domande legate alla digestione, al reflusso, meteorismo, problemi di stitichezza, quanta acqua beve, che lavoro fa, etc etc mi permettono di centrare meglio il problema e indirizzare il trattamento.

Se opto per un approccio viscerale Inizio con un primo contatto sul diaframma addominale. Questo anche nei casi in cui mi trovo di fronte a persone molto ansiose che tendendo ad avere una respirazione più toracica ehanno solitamente un diaframma retratto.

Paziente supino, osteopata mette le mani sotto arcate costali e chiede al paziente di fare dei respiri usando il diaframma.

Nella fase inspiratoria il diaframma si abbassa e l'osteopata lo trattiene e nella espirazione guadagna cranialmente.

Questa è sia una manipolazione che un test di valutazione perché usando le due mani contemporaneamente su tutto il diaframma mi permette anche di paragonare il lato sx e il lato dx del diaframma e quindi presupporre se c'è una omogeneità o se una parte è più tesa dell'altra.



Se troverò per esempio una rigidità più a dx andrò ad indagare anche il fegato rene di dx colon ascendente e se a sx lo stomaco rene di sx e colon discendente.

In caso di un ptosi vera del rene si ha una infiammazione dei nervi ilio-ipogastrici e ilio-inguinali con un dolore fastidioso dai fianchi verso la regione genitale.

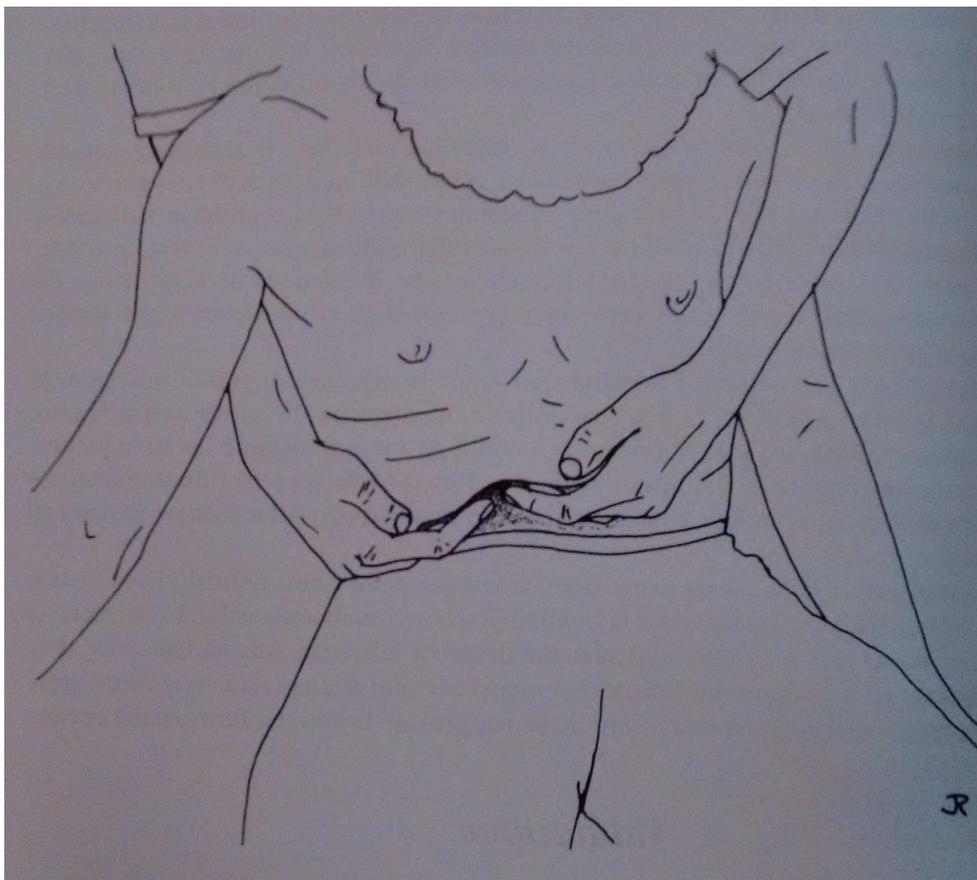
Se importante si possono irritare il nervo genito-crurale provocando dolore che si irradia dalla cresta iliaca verso articolazione mediale del ginocchio.

La vescica è un altro organo che per la sua posizione può irritare la sinfisi pubica. Infatti a vescica vuota si trova dietro alla sinfisi e piena si alza leggermente.

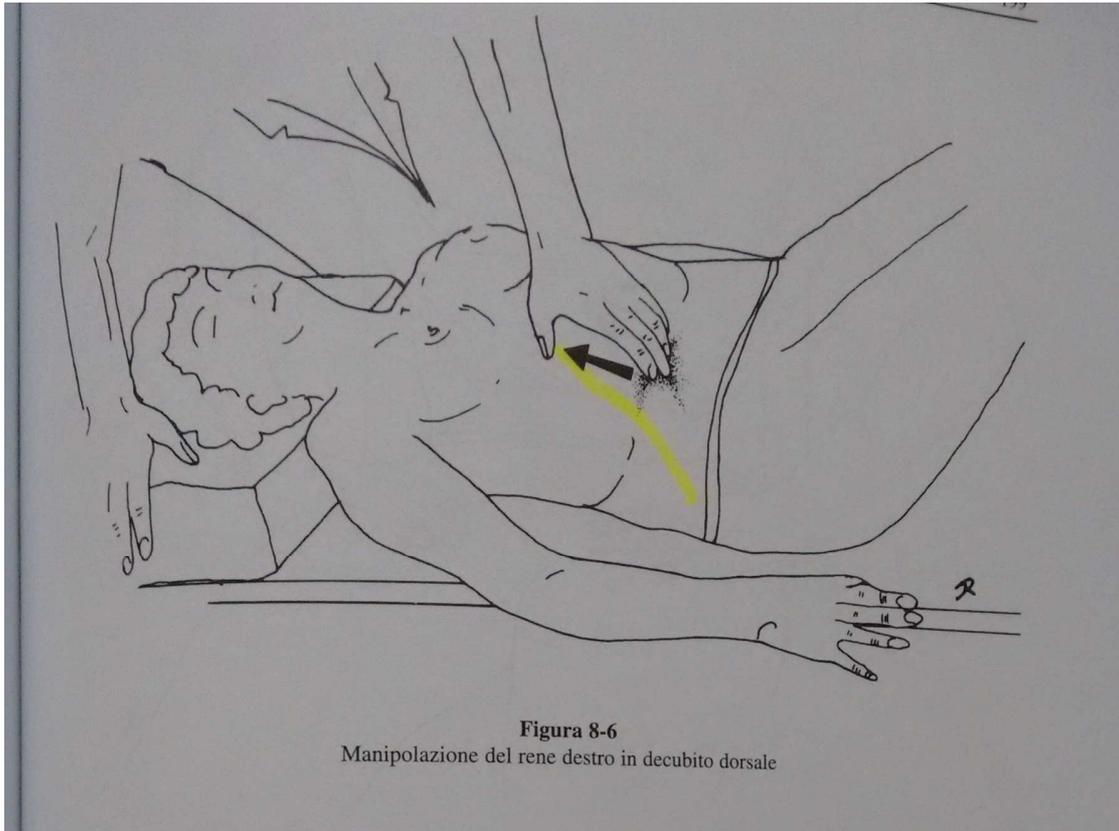
In questo caso si può manipolare indirettamente sfruttando le connessioni con il sacro articolando lo stesso.



Pompaggio fegato



Manipolazione fegato



Manipolazione rene

1°CASO CLINICO

Nome e cognome: Riccardo Mazzola

Data di nascita: 11-05-90

Motivo del consulto: problema zona inguine dx dopo uno scatto in lateralità durante una partita di calcio il giorno precedente al consulto.

Lavoro o attività svolte: impiegato, alterna lavoro scrivania a lavoro in stazione eretta.

Patologie conosciute o interventi: nessuna

Valutazione osteopatica:

1°seduta 10-10-2016

Dopo avere parlato con il paziente e avere testato i muscoli adduttori di entrambe le gambe capisco che mi trovo di fronte ad un evento traumatico.

Molto probabilmente c'è stato uno stiramento muscoli adduttori inserzione nel pube. Decido di esigire un leggerissimo massaggio stando lontano dalla zona della lesione per decongestionare la zona mediale della coscia e rilassare il muscolo che per difesa si è contratto.

Applico il kinesio e consiglio il pz di lasciarlo per più giorni possibile e di mettere ghiaccio zona dolore per 10 minuti più volte al giorno per i due giorni a seguire. Consiglio di sospendere allenamenti con la squadra e se non fa male di fare leggera camminata e corsetta senza cambi di direzione.

2°seduta 15-10-2016

Il dolore è diminuito e ha una deambulazione corretta

Rifaccio massaggio questa volta avvicinandomi più alla lesione. 10 minuti di tecar. Faccio dei test controresistenze non sente dolore come alla seduta. Rimetto il kinesio e consiglio di iniziare a correre con la squadra.

3° seduta 25-10-2016

Il dolore è passato ma rimane un piccolo fastidio e qui avendo valutato che la lesione si è risolta valuto il bacino e la sinfisi pubica.

TFS negativo e TFS positivo a sx = blocco ileosacrale a sx

Metto il paziente supino e controllo I malleoli il sx è più caudale rispetto il dx = osso iliaco dx bloccato in rotazione anteriore.

Utilizzo una tecnica energia muscolare e poi ritesto. Lavoro in adduzione e abduzione sulla sinfisi e faccio piccolo trust in abduzione .

Applico ancora il kinesiologia e gli consiglio di rientrare in modo graduale con la squadra.

2°CASO CLINICO

Nome e cognome: Andrea Gatti

Data di nascita: 18-04-97

Motivo del consulto: dolore inguine soprattutto dopo attività fisica. Passa con il riposo ma ai primi allenamenti ritorna. Non ricorda eventi acuti nella zona. Dolore da circa 2 anni ad intermittenza.

Lavoro o attività svolte: studente

Patologie conosciute o interventi: lesione collaterale 1 anno prima e una distorsione caviglia 4 anni prima

Valutazione osteopatica:

Prima seduta

Essendo che il paziente non ricorda un evento particolare in cui ha sentito male in questa zona, ma è stato un crescendo, da una piccola fastidio sino al dolore che lo faceva zoppiare valutando che sono di fronte a un ragazzo che soffre di pubalgia cronica. Molto probabilmente c'è una disfunzione che ha creato delle tensioni che quando il ragazzo fa sport e quindi mette sotto sforzo il corpo esce il dolore.

Eseguo esame TFE e TFS con esito TFE+++DX E TFS+DX quindi decido di iniziare con quello più positivo.

Essendo TFE = blocco della ileosacrale=problema ascendente.

Controllo malleoli e quello dx è caudale rispetto il controlaterale=blocco ileosacrale dx con ileo in anteriorità.

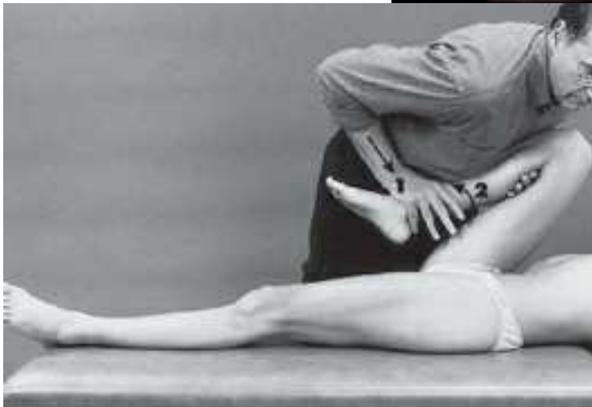
Eseguo tecnica Chicago per riportare ileo in posteriorità. Ricontrollo i malleoli e sono allineati.

Avendomi parlato di avere avuto anche una distorsione piede dx vado a controllare la testa perone e la trovo bloccata in post.

Con un trust la sblocco.

Scendo e confrontando la dorsoflessione del piede sx e dx valuto che la dx ha pochissimo movimento =astragalo bloccato in anteriorità.

Con una presa a braccialeto eseguo trust per liberare astragalo.



Seconda seduta

Dopo una settimana rivaluto tfe e tfs solo tfs + a dx

Paziente prono controllo solchi e ail . Usando asse sx (contrario disfunzione) Solco dx+ ventrale e ail sx piu dorsale=

Torsione anteriore verso sx su asse sx.

Tramite tecnica energia muscolare riesco a correggere difunzione.



FIGURE 17.82



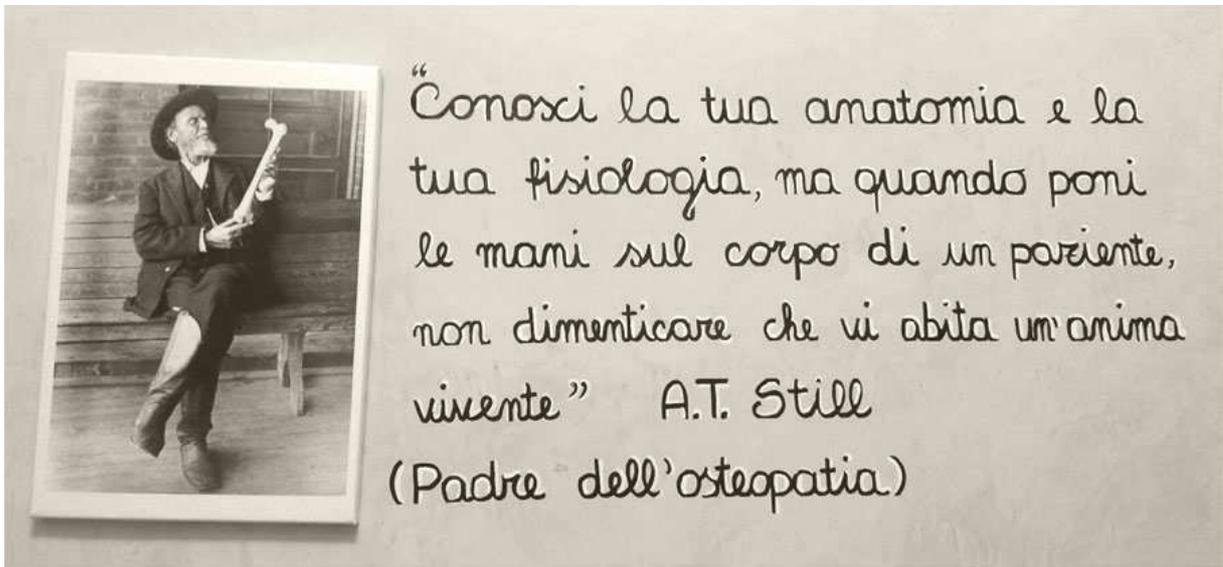
FIGURE 17.85

CONCLUSIONI

Concludo questa tesi facendo una ultima riflessione sull'osteopatia che ho vissuto in questi tre anni di corso.

Quando ho iniziato questo percorso trattavo le varie patologie muscolo scheletriche che mi si ponevano di fronte con un protocollo molto localizzato. Ora invece ho capito che un corpo umano è una unità unica e che un dolore in una determinata parte anatomica può essere una espressione di un disequilibrio o di una disfunzione nata in un'altra parte del corpo. Ho preso familiarità con il concetto di lesione primaria e lesioni secondarie. Questo all'inizio mi ha messo molto in crisi perché ti accorgi che non ci sono protocolli stabili, ti accorgi che con gli stessi sintomi ci possono essere problematiche diverse, ti accorgi che ogni paziente è diverso da quello precedente pur avendo magari gli stessi dolori. Nell'ultimo anno poi si è aggiunto anche la componente viscerale che ti dà delle altre letture e addirittura siamo arrivati anche a porci domande sul bilanciamento sistema neurovegetativo. Spero che in questa piccola tesi di avere reso questo.

Quindi ora forse più che mai posso iniziare a capire:



RINGRAZIAMENTI

Voglio ringraziare il direttore Luca Bonadonna che ha organizzato questo corso e mi ha permesso di potermi avvicinare all'osteopatia. Ricorderò sempre con gratitudine gli insegnanti che con pazienza e competenza ci hanno seguito: Danilo Bonometti, Marco Gaudenzi, Salvatore Bruno, Roberto Palmisano, Enrico Beretta, Rudy Santambrogio e Alessandro Brunati.

Un grazie a mia moglie Francesca e ai miei piccoli Lorenzo e Davide che mi hanno supportato in questa avventura.

