



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

“ LOMBALGIA o LBP”

Candidato:

Stefano Brasetti

ANNO ACCADEMICO 2015 / 2016

fisiomedic
ACADEMY

INDICE

Introduzione

1. Diagnosi differenziale
 - 1.1 LBP localizzata-meccanica, senza irradiazione sotto il ginocchio
 - 1.2 LBP localizzata - meccanica con irradiazione sotto il ginocchio
 - 1.3 LBP localizzata - non meccanica
 - 1.4 LBP riferita
2. Gestione del paziente
 - 2.1 Modello biomeccanico
 - 2.1.1 Spondilosi o malattia degenerativa dei dischi intervertebrali e delle articolazioni vertebrali
 - 2.1.2 Sindrome del piriforme
 - 2.1.3 Dolore dell'articolazione sacro-iliaca
 - 2.1.4 Coccigodinia
 - 2.1.5 Sindrome dello psoas
 - 2.1.6 Sindrome della gamba corta
 - 2.2 Modello respiratorio/circolatorio
 - 2.3 Modello neurologico
 - 2.4 Modello comportamentale
3. Caso clinico
4. Tecniche manipolative utilizzate

Introduzione

L'approccio osteopatico al paziente con lombalgia implica l'accertamento e il trattamento degli aspetti biomeccanici, respiratori e circolatori, metabolico ed energetici, neurologici e comportamentali.

Bisogna valutare se il dolore è dovuto da una disfunzione somatica muscolo scheletrica spinale o pelvica, se è una manifestazione localizzata di un processo fisiopatologico sistemico, oppure se riferisce ad una patologia organica.

Le cause maggiori sono muscolo scheletriche e gestibili con un trattamento manipolativo osteopatico.

Può essere acuta o cronica, se dura più di 3 mesi la potremo definire cronica.

Per ogni caso che si presenta è importante differenziare la lombalgia in localizzata o riferita.

La prima può essere classificata come meccanica, nella maggior parte dei casi oppure non meccanica.

Cause meccaniche possono provocare dolore nella regione lombare oppure un dolore irradiante agli arti inferiori, quindi una radicolopatia e in questo caso significa che ci sarà una compressione delle radici nervose. Le persone che avvertono sintomi radicolari riportano un dolore lancinante che scende fino alla coscia e al ginocchio.

Per quanto riguarda la lombalgia meccanica non radicolare il paziente lamenterà un fastidio, pulsante, che si potrebbe irradiare nella regione glutea o della coscia superiore. Per quanto riguarda le cause non meccaniche, si fa riferimento a infezioni, infiammazioni e cancro.

La lombalgia può essere anche un dolore riferito da un'altra sede, che può essere viscerale o retroperitoneale. Questo caso è molto raro ma identificarlo è molto importante perché può rivelare un processo patologico come una patologia gastrointestinale o renale, oppure un'aneurisma all'aorta addominale.

1. Diagnosi differenziale



1.1. LBP localizzata-meccanica, senza irradiazione sotto al ginocchio

Non specifica - lesione a carico di muscoli e legamenti:

- localizzata nelle regioni lombare e glutea.
- Migliora quando il paziente si sdraia o cambia posizione.
- Peggiora con l'attività.
- È ciclica e la funzione neurologica è intatta.

Disfunzione somatica:

- asimmetria strutturale
- alterazione dell'ampiezza di movimento.
- Anomalie della struttura tissutale

- Dolorabilità
- risolvibile con trattamento osteopatico

Discopatia degenerativa:

- localizzata nelle regioni lombare e glutea
- migliora quando il paziente si sdraia
- peggiora in posizione seduta o eretta prolungata
- cronica > acuta
- esami di accertamento sarebbero utili, radiografie lombari o RM

Malattia articolare degenerativa:

- localizzata nelle regioni lombare e glutea
- migliora in posizione sdraiata
- peggiora con l'estensione del rachide
- cronica > acuta
- sarebbero utili accertamenti con radiografie o RM

Frattura vertebrale, spondilolisi:

- frattura da compressione – osteoporosi o trauma
- acuta > cronica
- utili accertamenti come radiografia lombare o TC

1.2 LBP localizzata- meccanica con irradiazione sotto il ginocchio

Radicolopatia :

- dolore di un arto inferiore sotto al ginocchio
- dolore con distribuzione dermatomerica
- possibile compromissione della funzione neurologica
- debolezza di un'estremità inferiore

- riflessi ridotti
- utile una RM

Stenosi spinale :

- dolore bilaterale degli arti inferiori
- claudicatio neurogenica
- possibile compromissione della funzione neurologica con debolezza delle estremità inferiore e riflessi ridotti
- utile una RM

Sindrome della cauda equina :

- compromissione della funzione neurologica
- anestesia a sella
- debolezza estremità inferiori
- riflessi ridotti
- ritenzione urinaria
- utile una RM

1.3 LBP localizzata – non meccanica

Infezione : osteomielite, discite

- dolore a riposo, notturno
- febbre
- recente infezione cutanea
- utile RM, emocultura

Neoplasia : primaria - osteosarcoma, osteoma osteoide ; metastatica – prostata, mammella, polmone, rene, mieloma multiplo

- dolore a riposo, notturno

- calo ponderale
- utile RM, fosfatasi alcalina

Inflammatione : spondiloartropatia, artrite reumatoide

- importante rigidità mattutina
- dolore sacroiliaco
- uretrite
- dolore e gonfiore articolare
- utile una radiografia lombare e del bacino

1.4 LBP Riferita

Malattia gastrointestinale – pancreatite, diverticolite, malattia intestinale infiammatoria :

- dolore
- distensione addominale
- utile radiografia addominale, eco addome

Malattia renale :

- dolore addominale

Ginecologica :

- dolore pelvico
- ciclico

vascolare :

- dolore addominale
- massa addominale pulsante

Psicologica :

- dolore sproporzionato

2. Gestione del paziente

2.1. *Modello biomeccanico*

Come già detto, la maggior parte delle LBP ha origine meccanica.

In genere questa si attenua col riposo e si aggrava con l'attività.

In una situazione in cui la causa non è definita, si ritiene che la lesione delle strutture muscolari e legamentosa svolga un ruolo importante. La muscolatura del rachide lombare si classifica in anteriore e posteriore. La prima comprende i muscoli addominali e ileopsoas.

Gli addominali comprendono il retto dell'addome, l'obliquo esterno, interno e trasverso dell'addome. Sono molto importanti per la stabilità del busto, si occupano della flessione del rachide ed è improbabile che siano causa di LBP anzi, il rinforzo di questa muscolatura ha un effetto benefico.

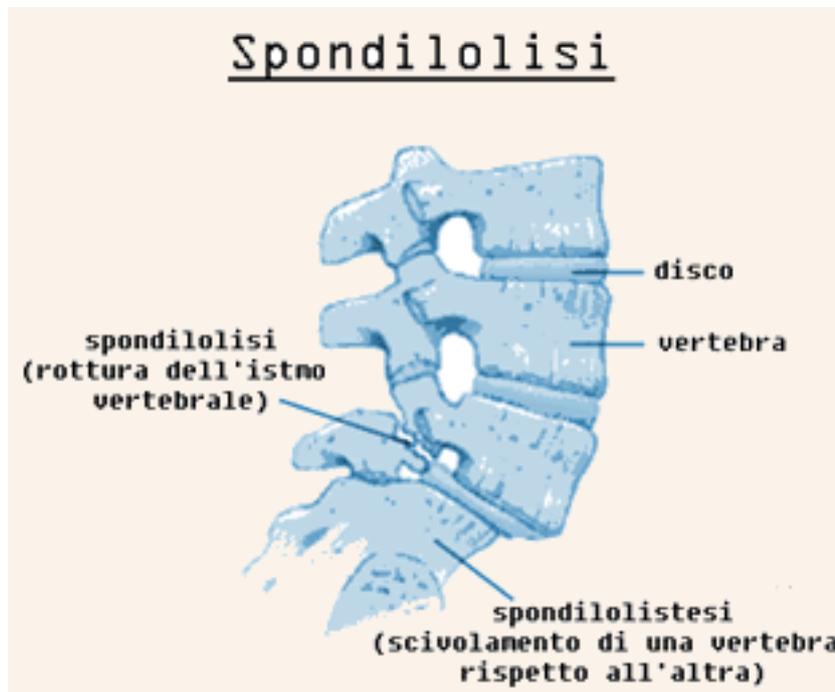
Il muscolo ileopsoas, localizzato in profondità nell'addome e nella pelvi, origina dalle vertebre lombari, e si inserisce sul piccolo trocantere del femore. È il principale flessore dell'anca, e può fungere da flessore lombare quando le anche sono fisse. Essendo un muscolo posturale, in assenza di attività è soggetto ad accorciamento. Questo comporta una ridotta estensione dell'anca, un aumento della lordosi lombare e l'inclinazione anteriore del bacino, che possono predisporre allo sviluppo di una disfunzione somatica lombare pelvica e alla LBP. La muscolatura posteriore si divide negli strati superficiale, intermedio e profondo.

Quello superficiale è costituito dalla fascia lombo dorsale, che da stabilità alle regioni toracolombari e pelvica e stabilisce una continuità con l'arto superiore tramite il grande dorsale.

Lo strato intermedio raggruppa i muscoli ileocostale, lunghissimo e spinale; questi sono erettori spinali e agiscono bilateralmente per produrre l'estensione e unilateralmente per l'inclinazione laterale del rachide lombare. Lo strato profondo comprende i muscoli intertrasversari, rotatori e multifido e sono responsabili del movimento lombare localizzato come la flessione laterale con rotazione controlaterale. Comprende anche il quadrato dei lombi che collega il bacino al rachide e che, contraendosi bilateralmente produce l'estensione lombare. Un utilizzo eccessivo di questi può causare LBP.

Non solo muscoli ma anche legamenti possono essere causa di lombalgia creando un dolore sordo e penetrante. Quelli più importanti sono il longitudinale anteriore e posteriore che danno stabilità al rachide e ne impediscono l'iperestensione e l'iperflessione. Il legamento longitudinale posteriore che può essere fonte di lombalgia è anche soggetto a vari processi patologici come l'ossificazione, che possono causare altre patologie del rachide tra cui la stenosi spinale. Come il posteriore anche quello giallo che collega le lamine delle vertebre adiacenti è soggetto a ossificazione ma non avendo tanti nocicettori non è considerato un generatore di dolore. In assenza di una patologia spinale definita e in presenza di reperti indicativi di disfunzione somatica come il cambiamento dei tessuti, asimmetria o restrizione dei movimenti e dolorabilità, se il trattamento allevia poi il dolore ripristinando la normale funzione, allora verrà classificata proprio come disfunzione somatica. Bisogna valutare oltre a quanto appena detto, anche l'andatura, la postura e la funzionalità neurologica degli arti inferiori. Data la continuità esistente tra arti inferiori, bacino e rachide lombare l'andatura ci può dare informazioni utili sulla causa della lombalgia. Nella regione lombosacrale pelvica troviamo 3 principali sedi di disfunzioni somatiche che possono causare LBP e quando le trattiamo, andremo anche a trattare i tessuti molli adiacenti come gli ischiocrurali, il piriforme, l'ileoasoas e i glutei per quanto riguarda le estremità inferiori, il diaframma pelvico, multifido, rotatori, intertrasversari e quadrato dei lombi per lo strato profondo, la fascia lombodorsale per lo strato superficiale e gli erettori spinali per lo strato intermedio. Dal punto di vista della biomeccanica, il trattamento della lombalgia cerca di affrontare la disfunzione somatica e di ristabilire la postura e l'equilibrio per consentire al sistema muscolo scheletrico di funzionare in modo più efficiente e meno doloroso. Le tecniche dei tessuti molli e miofasciali, quali la pressione sulla regione lombare con trazione del bacino in direzione opposta, con paziente prono, e la decompressione lombosacrale, sono utilizzabili per trattare l'aumentata tensione della muscolatura paraspinale lombare. Le tecniche articolari eseguite sul paziente in decubito laterale o le tecniche HVLA sono utili per trattare la disfunzione segmentaria a L5. Per quanto riguarda la disfunzione della regione pelvica, è possibile usare tecniche ad energia muscolare per trattare le torsioni sacrali e tecniche di counterstrain per le disfunzioni somatiche del muscolo piriforme. Per quanto riguarda le disfunzioni somatiche fuori dalla regione lombare e pelvica, il trattamento all'arto inferiore può essere tramite tecnica di controstrain come ad esempio su una caviglia o ginocchio.

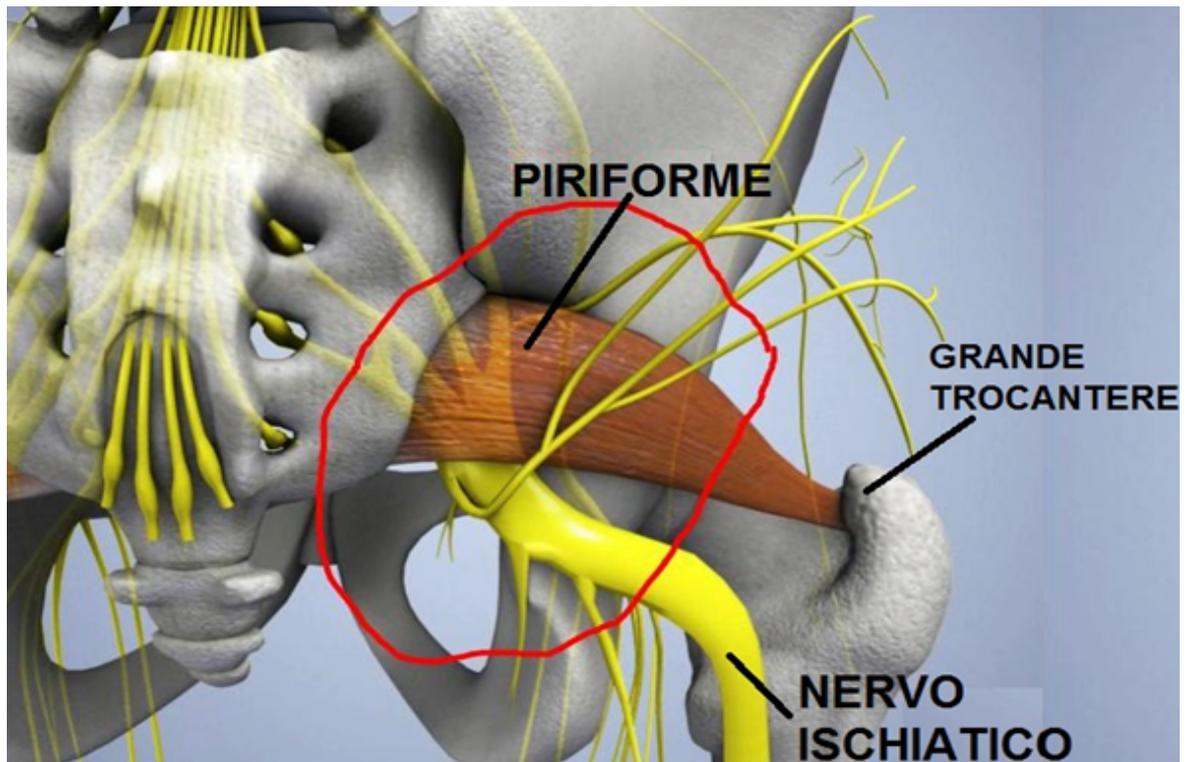
2.1.1 Spondilosi o malattia degenerativa dei dischi intervertebrali e delle articolazioni vertebrali



Il termine spondilosi si riferisce a cambiamenti degenerativi del rachide e interessa soprattutto il rachide lombare. Ognuna delle cinque vertebre lombari è separata dalle altre da un disco intervertebrale. Ogni vertebra consiste di un corpo e di un arco vertebrale. L'arco a sua volta è composto da una coppia di peduncoli e da una coppia di lamine e sostiene altre strutture, quali i processi articolari inferiori e superiori, i processi trasversi e i processi spinosi. L'arco delimita il forame intervertebrale, da cui escono i nervi spinali, e contribuisce a proteggere il midollo spinale formando parte del canale spinale. Le vertebre si articolano reciprocamente tramite un disco intervertebrale fibrocartilagineo e tramite articolazioni sinoviali, dette faccette articolari, localizzate sui processi articolari inferiori e superiori. Il disco, costituito da un anello fibroso, fibrocartilagineo esterno, e da una massa gelatinosa interna, il nucleo polposo, funge da ammortizzatore della forza trasmessa

lungo il rachide e consente il movimento reciproco delle vertebre. Una lesione a carico di una di queste strutture può portare ad instabilità del rachide lombare e a lombalgia. Mentre lesioni come fratture di corpo o dell'arco vertebrale, tendono a produrre una LBP acuta, la spondilosi è tendenzialmente associata a LBP cronica. In genere la spondilosi rientra naturalmente nel processo di invecchiamento. Come la LBP acuta dovuta a lesione dei muscoli e dei legamenti, la dorsalgia dovuta a cambiamenti degenerativi è di difficile localizzazione e si presenta con sintomi e segni che tendono a essere non specifici.

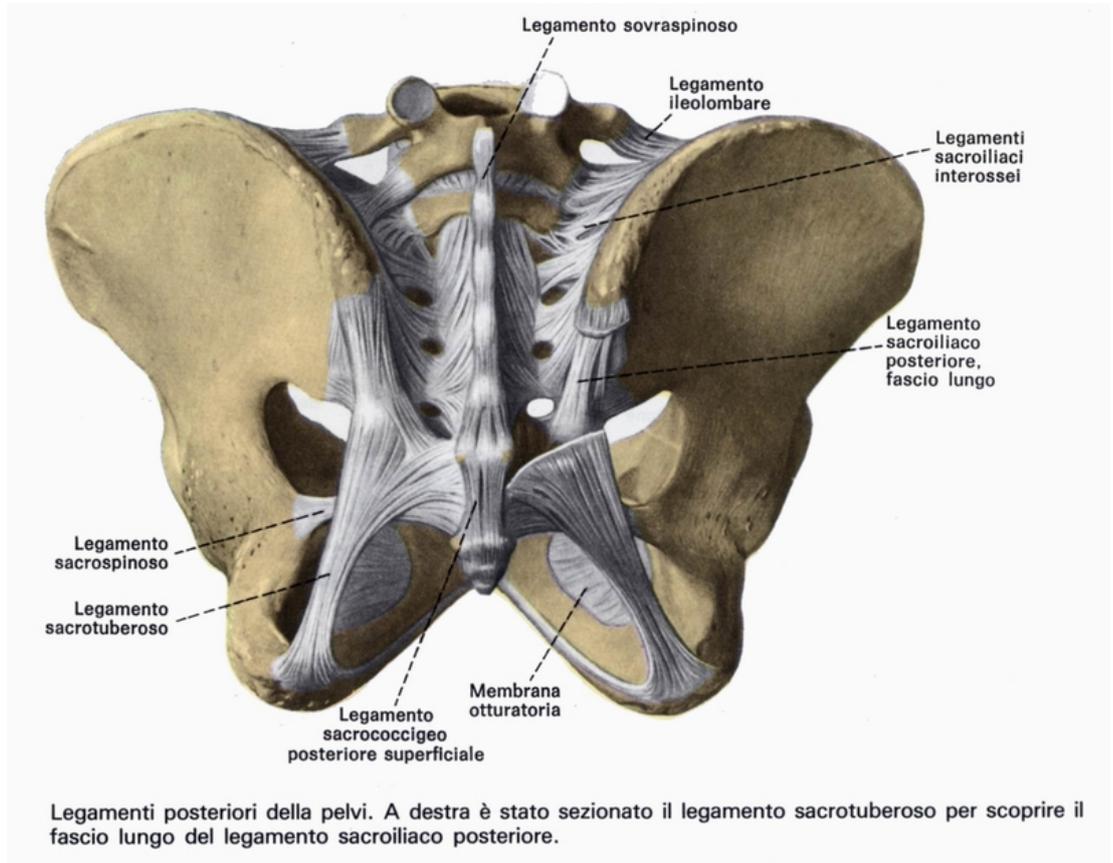
2.1.2 *Sindrome del piriforme*



La diagnosi differenziale deve prendere in considerazione il muscolo piriforme perché il dolore associato alla sua disfunzione può essere interpretato come un dolore di origine lombare. Di solito questa sindrome è caratterizzata da un fastidioso dolore alla regione glutea. I pazienti accusano un aumento del dolore dopo essere stati seduti per più di 15 minuti. Essendo molto vicino al nervo sciatico alcuni pazienti possono riportare parestesie che irradiano lungo la regione posteriore della coscia. Il muscolo piriforme origina dalla faccia pelvica dell'osso sacro e passa attraverso la grande incisura ischiatica prima di inserirsi sulla regione superiore del grande trocantere del femore. È innervato dal I e dal II nervo sacrale e agisce principalmente da rotatore esterno dell'articolazione dell'anca. Con l'anca flessa a 90°, agisce da abductore dell'anca. Questo muscolo è molto importante perché tutte le strutture

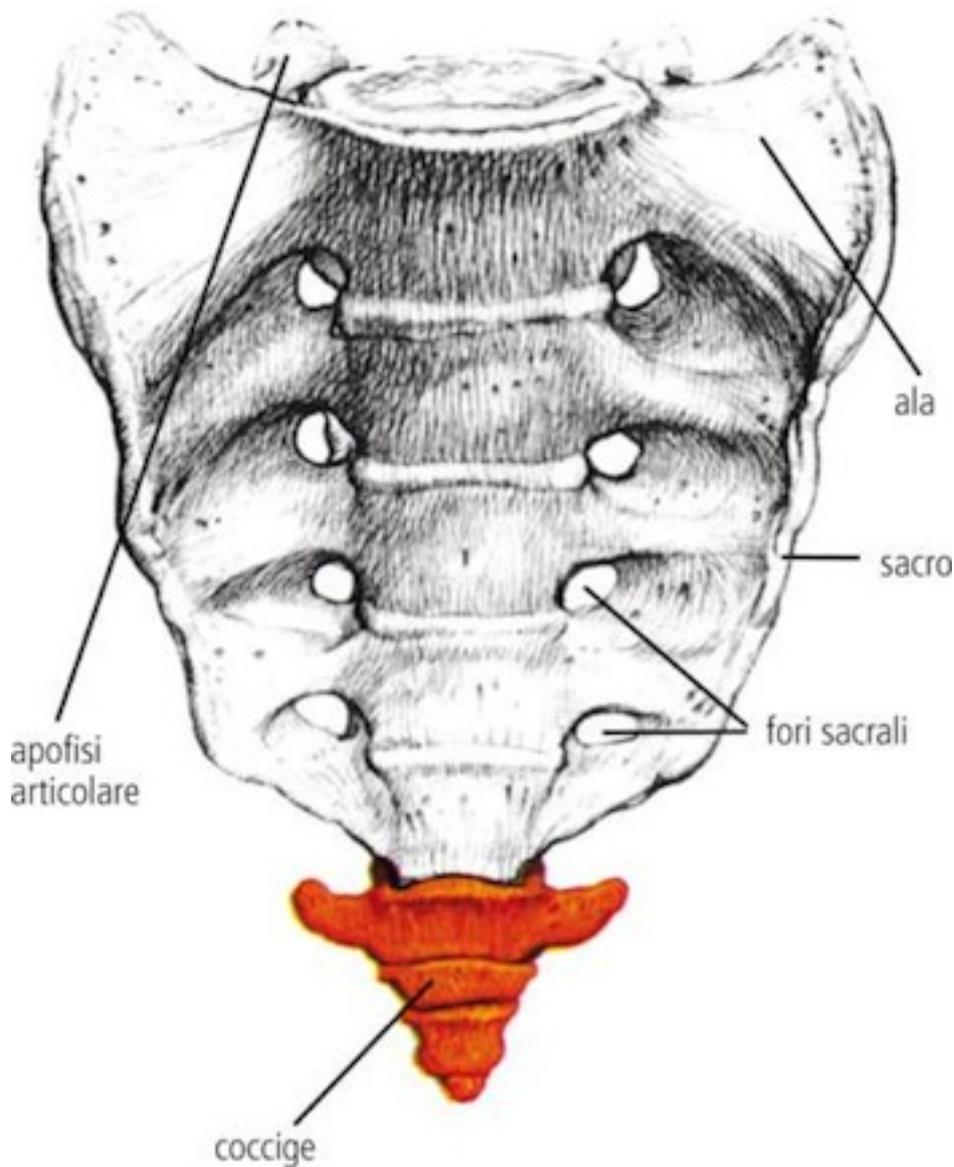
neurovascolari che escono dal bacino attraverso la grande incisura ischiatica come il nervo gluteo, l'arteria pudenda, i nervi sciatici, passano sotto o sopra questo muscolo. Non si sa con precisione quale sia il meccanismo della sciatalgia, si ritiene che in seguito ad un trauma, come una caduta sulle natiche o un uso eccessivo, che provoca infiammazione dei tessuti adiacenti e spasmo del muscolo piriforme, il nervo sciatico entri in conflitto con questo muscolo o ne venga compresso. A prescindere dalla causa, la sindrome del piriforme è di solito caratterizzata da dolorabilità della regione del grande forame ischiatico.

2.1.3 Dolore dell'articolazione sacroiliaca



Il sacro è un osso triangolare formato dalla fusione delle cinque vertebre sacrali, si articola con la quinta vertebra lombare tramite l'ultimo disco intervertebrale e le faccette articolari e con le ossa iliache alle articolazioni sacroiliache. La lesione, l'infiammazione, la degenerazione e la disfunzione somatica delle articolazioni sacroiliache possono causare LBP. Come la LBP meccanica, il dolore sacroiliaco può essere non specifico e riferire a vari distretti, quali la regione lombare e glutea, l'inguine e le estremità inferiori.

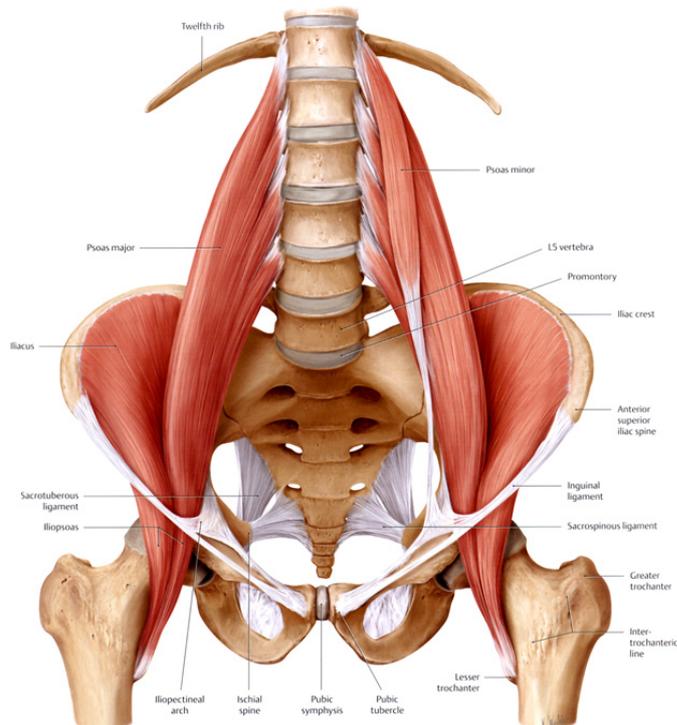
2.1.4 Coccigodinia



La coccigodinia è il dolore del coccige. Il coccige si trova al termine della colonna spinale, attaccato al sacro distale, è costituito da 3/5 segmenti, che possono essere saldati tra loro. Il dolore, raro, in questa regione può essere provocato da un trauma sacrale (caduta sulle natiche, parto o grave lesione da colpo di frusta). Il dolore peggiora in posizione seduta o quando la regione sacrale è sottoposta a pressione e si attenua

con la stazione eretta e con la riduzione della pressione. I trattamenti usati: strain – controstrain, tecniche di ribilanciamento legamentoso o l'applicazione di una pressione diretta ai legamenti sacrococcigei, per ridurre gli stiramenti eventualmente presenti. Altre tecniche utilizzate sono impacchi caldi, ultrasuoni, agopuntura o iniezioni antalgiche. Strategie alternative per alleviare il dolore possono essere l'utilizzo di cuscini che riducano il più possibile la pressione sul coccige.

2.1.5 Sindrome dello psoas



Uno spasmo cronico del muscolo psoas può creare uno strain persistente attraverso la giunzione lombosacrale e impedire la risoluzione della disfunzione somatica lombosacrale. Un trattamento che allevia la disfunzione somatica della giunzione toracolombare e della regione lombare superiore e l'allungamento del muscolo psoas ipertonico facilita

la risoluzione di una disfunzione somatica lombosacrale di vecchia data. Di solito L1 o L2 è flessa e ruotata dalla parte del muscolo psoas ipertonico e accorciato.

2.1.6 Sindrome della gamba corta



I pazienti con sindrome della gamba corta anatomica spesso hanno uno slivellamento della base sacrale e disfunzione e dolore delle articolazioni sacroiliaca e lombosacrale. Spesso, in questi pazienti, il trattamento osteopatico combinato con l'uso di una talloniera allevia la lombalgia.

2.2 Modello respiratorio/circolatorio

Dal punto di vista della respirazione e della circolazione, favorire l'ossigenazione e la cessione di sostanze nutritive nei pazienti con lombalgia facilita la guarigione dei tessuti lesionati o compromessi. Dunque il trattamento del diaframma toracico, del diaframma pelvico e della gabbia toracica possono essere utili. Il diaframma toracico si inserisce sui corpi vertebrali del rachide lombare superiore e ha la massima efficienza quando, stando seduti o eretti, il rachide lombare mantiene la lordosi naturale. Un obiettivo importante del nostro trattamento è ripristinare la lordosi lombare per ottimizzare la funzione diaframmatica. Lo stesso discorso vale per la corretta meccanica lombosacrale, cruciale per la corretta funzione del diaframma pelvico. Una disfunzione somatica lombosacrale compromette i movimenti del meccanismo respiratorio primario a livello di sacro e occipite. Oltre al trattamento manipolativo il paziente può trarre beneficio da un regolare esercizio cardiovascolare.

2.3 Modello neurologico

La LBP neurogenica è molto meno comune di quella meccanica ed è caratterizzata da un interessamento delle radici nervose, della cauda equina o del midollo spinale. I sintomi sono irradiazione del dolore o parestesie distali al ginocchio oppure debolezza muscolare. In quelle della cauda equina può esserci una perdita del controllo degli sfinteri i pazienti descrivono il dolore radicolare come un bruciore o come un dolore lancinante che scende nella gamba fino al piede. Poiché è comune trovare anomalie come protrusioni o ernie discali in pazienti asintomatici, è importante avvalersi di esami specifici.

2.4 Modello metabolico/energetico

L'utilizzo di farmaci anti infiammatori può facilitare la guarigione riducendo l'infiammazione permettendo così al paziente di restare attivo e continuare a svolgere le normali attività quotidiane. Il riposo a letto per più di 3 giorni non è consigliato ai pazienti di LBP acuta perché i muscoli iniziano ad atrofizzarsi e si indeboliscono, impedendo la guarigione e il recupero della normale funzione.

2.5 Modello comportamentale

Il modello comportamentale valuta lo stato psicologico del paziente e l'influenza dello stress, dei fattori ambientali e socio economici sullo stato di salute e sono aspetti molto importanti nei pazienti di LBP. La presenza di fattori di rischio psicologici e occupazionali in pazienti con LBP acuta può predisporre allo sviluppo di LBP cronica. Incoraggiare il paziente a non abusare di tabacco e alcolici, a fare regolare attività fisica e mantenere il peso corporeo nella norma, contribuirà a ristabilire la normale funzione neuro-muscolo-scheletrica della regione lombare.

3. Caso clinico

Sintomo principale: lombalgia.

Storia del sintomo principale: uomo di 52 anni si presenta in studio accusando una LBP persistente da 3 settimane. Il dolore è cominciato qualche giorno dopo un infortunio al ginocchio sinistro subito dopo una partita di tennis. Il dolore al ginocchio è diminuito e non zoppica. Avverte dolore sordo, fastidioso e costante nella regione lombare destra. Questo aumenta quando sta seduto e quando solleva un peso superiore ai 10 kg e si calma quando sta a riposo o sdraiato. Fatica a trovare una posizione comoda e preferisce mettersi sul fianco con le ginocchia piegate. A volte il dolore si irradia alla coscia destra posteriore senza superare il ginocchio. In passato ha sofferto di una LBP che si irradiava alla porzione laterale del piede destro causando una sensazione di intorpidimento che si è risolta dopo una settimana di stop dall'attività fisica e con esercizi di allungamento. Negli anni ha sofferto anche di un dolore dorsale sordo e fastidioso che si risolveva nel giro di un paio di giorni. È un soggetto attivo che pratica golf e tennis ma da 3 settimane non riesce a praticare sport. Dice di non avere disturbi intestinali e urinari.

Anamnesi medica: ipercolesterolemia, allergie stagionali, frattura da stress alla tibia sinistra, tendinite cuffia dei rotatori destra. Esami della prostata sono a posto. Nessun trauma diretto alla regione lombare o incidenti d'auto.

Anamnesi chirurgica: appendicectomia a 16 anni.

Anamnesi sociale: impiegato, non fuma, occasionalmente beve un bicchiere di vino, sposato con 2 figli sani.

Allergie: penicillina che provoca orticaria.

Generale: no febbre o calo ponderale, no trauma cranica o cambiamenti alla vista/gusto/olfatto/udito, no problemi di deglutizione.

Cardiovascolare: nessun dolore toracico sotto sforzo o a riposo, no palpitazioni.

Respiratorio: no tosse, affanno. Ha sofferto di asma indotta da esercizio fisico ma ora non ha più problemi.

Gastrointestinale: niente nausea o vomito, inappetenza o dolore addominale, no diarrea, feci non ematiche, no stipsi, no epatite, ulcera.

Genitourinario: nessun problema, unica nota il getto urinario ultimamente è meno forte del solito, no ernia e da 3 settimane i rapporti sessuali sono diminuiti causa LBP.

Muscolo scheletrico: dolore leggero al ginocchio sinistro, LBP destra con dolore penetrante, storia di LBP intermittente con dolore fastidioso e sordo, dolore alla spalla destra che aumenta se gioca a tennis.

Neurologico: nessuna nevralgia sciatica, no debolezza muscolare, no crampi o spasmi muscolari, no perdita di sensibilità. Soffre a volte di cefalee caratterizzata da una sensazione di compressione che si placano col riposo.

Psichiatrico: no storia di depressione, ansia, mania o allucinazioni.

Esame obiettivo: altezza 177 per 77 kg, il paziente è vigile e sofferente causa LBP. Ha un buon aspetto curato. Non riesce a stare seduto sul lettino. Andatura lievemente antalgica con ridotto carico sull'arto inferiore sinistro. Aumentata tensione dei muscoli paravertebrali lombari del lato destro, moderata dolorabilità lateralmente al processo spinoso di L5, ridotta flessione del rachide lombare, ridotta estensione del rachide lombare; moderato dolore con estensione e inclinazione laterale sinistra,;

limitata ampiezza nello squat test; dolore alla palpazione della rima articolare mediale del ginocchio sinistro; lieve dolore al test meniscale di Mc Murray; bicipite destro dolente alla palpazione ma test di Yergason negativo; test di Thomas per la tensione del tendine dell'ileopsoas positivo a destra.

Esame strutturale osteopatico:

Paziente valutato in posizione prona, supina, eretta o seduta.

A livello craniale il movimento è asimmetrico, restrizione della sutura occipitomastoidea destra.

A livello cervicale presenta una lordosi aumentata con testa anteriore alla linea gravitazionale. Articolazione atlanto-occipitale estesa, inclinata a destra, ruotata a sinistra, C2 ruotata a destra.

A livello toracico presenta una cifosi toracica ridotta, T1 estesa e ruotata a destra, inclinata lateralmente a destra, a livello di T4 e T5 si avverte alla palpazione una tensione dei muscoli paraspinali profondi.

A livello costale restrizione in espirazione della I costa destra, restrizione in inspirazione della XII costa destra e del diaframma toracico destro.

A livello lombare, lordosi lombare ridotta, L5 flessa e ruotata a destra, dolore alla palpazione di L5, piriforme dolente.

A livello di bacino test positivo a sinistra, SIAS, SIPS e tubercoli pubici in linea.

A livello di sacro, test positivo a sinistra, spring test positivo.

Quadro riassuntivo: LBP, disfunzioni somatiche a livello craniale, cervicale e toracica correlata all'asma, lombare, sacrale. Lesione menisco mediale sinistro. Ipercolesterolemia. Rinite allergica. Asma. Tendinite bicipitale destra.

Trattamento:

I metodi utilizzabili per trattare le disfunzioni somatiche del paziente sono le tecniche dei tessuti molli, le tecniche articolari, a energia muscolare, di strain-counterstrain, HVLA, osteopatia cranica e di rilascio miofasciale. Esercizi intesi ad aumentare l'ampiezza di movimento del rachide lombare ed esercizi di rafforzamento come flettere le ginocchia sul torace e di elevazione del bacino associati ad esercizi di stabilizzazione dei muscoli addominali, lombari e pelvici. Il trattamento si è concentrato sul ripristino di un equilibrio posturale tramite la correzione delle disfunzioni somatiche toracica, lombare e sacrale. Sono stati trattati la torsione sacrale e l'ipertono del muscolo piriforme. La fisioterapia mirata a ristabilire la flessibilità e forza dello psoas e dei muscoli erettori della colonna e dei muscoli addominali, ha favorito il ripristino della lordosi lombare. Abbiamo lavorato poi sul diaframma toracico, sulla XII costa e sulle strutture adiacenti che collegano la gabbia toracica al bacino compreso il quadrato dei lombi, andando così a migliorare il dolore avvertito nella zona lombare. Questo ha anche contribuito ad ottimizzare le funzioni respiratoria e circolatoria, favorendo così la cessione locale di ossigeno e di sostanze nutritive e la rimozione dei prodotti di scarto del metabolismo.

Esito del paziente: attenuazione della LBP, in grado di camminare e sedersi senza problemi, non ha più bisogno di farmaci anti infiammatori per alleviare il dolore e ha potuto riprendere a dormire in posizione comoda.

4. Tecniche manipolative

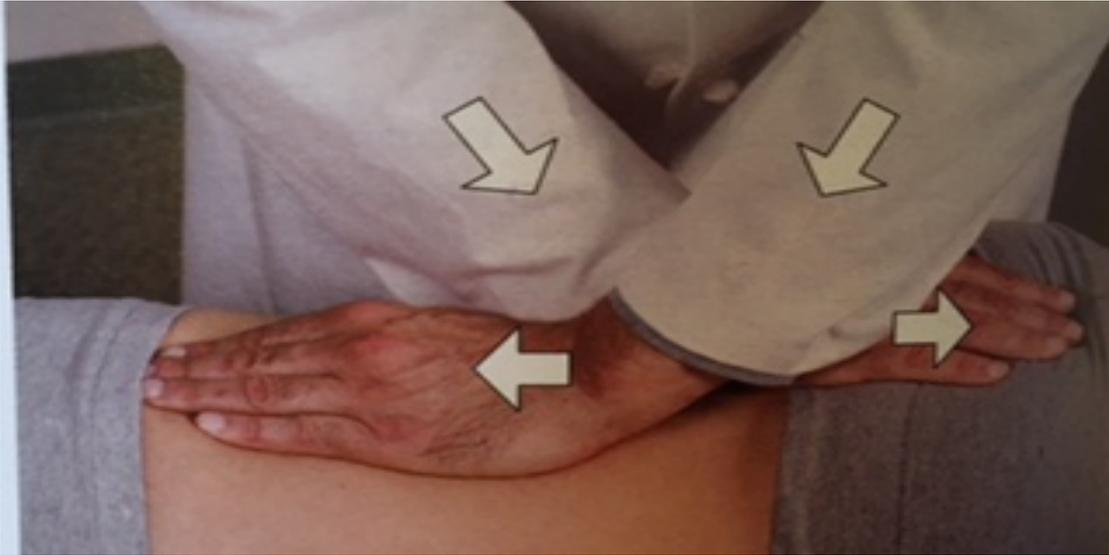
1. Pressione da prono:

- operatore in piedi di fianco al lettino dalla parte opposta da trattare.
- eminenza thenar di una mano sulla parte mediale della muscolatura paravertebrale lombare che copre i processi trasversi del lato da trattare.
- con l'altra mano esercito in contemporanea una pressione in direzione ventrale impilando i tessuti molli e allunghiamo lateralmente.



2. Trazione da prono:

- mani dell'operatore posizionate in direzione cranio caudale, che esercitano una pressione in direzione ventrale e nelle direzioni verso cui sono orientate le dita.



3. Pressione bilaterale con i pollici:

- i pollici esercitano una leggera forza in direzione ventrale e lateralmente, fino a quando non si raggiunge la barriera.
- allungo e mantengo per qualche secondo e senza sfregare rilascio lentamente.



4. Tecnica di counterstrain nella regione lombare posteriore:

- l'operatore estende coscia e anca del paziente
- adduce l'arto inferiore e lo ruota leggermente all'esterno
- l'operatore va a creare dei piccoli archi di movimento di accomodazione



5. tecnica su piriforme ad energia muscolare:

- l'operatore palpa il piriforme in disfunzione con la mano cefalica, afferra la caviglia del paziente con quella caudale e flette il ginocchio a 90 gradi
- il paziente allontana dalla linea mediana la caviglia contro la mano caudale dell'operatore che oppone resistenza.



6. tecnica ad energia muscolare per torsione sacrale:

- paziente prono e gambe fuori dal lettino piegate con l'operatore seduto a fianco
- chiediamo di alzare entrambi i piedi verso il soffitto mentre manteniamo la forza applicata
- una volta che il paziente, dopo 3/5 secondi, si sarà rilassato, l'operatore andrà ad abbassare verso il soffitto le gambe fino al limite della nuova barriera restrittiva.



7. trattamento del diaframma:

- l'operatore posiziona i pollici o le eminenza thenar inferiormente al profilo costale inferiore e al processo xifoideo con i pollici in direzione cefalica
- si chiede al paziente di espirare e l'operatore porta i pollici ulteriormente verso dietro e cefalicamente
- il paziente inspira mentre l'operatore mantiene la pressione e durante l'espirazione cerca di accentuare il movimento in direzione cefalica.



Ringraziamenti

Il ringraziamento principale non va ad una persona sola ma va alle esperienze e ai fatti che mi hanno fatto avvicinare a questa materia. Credo che ogni osteopata, come tutti i medici, debbano essere persone con una sorta di vocazione finalizzata al benessere degli altri.

Solo coloro che realmente hanno il desiderio di fare del bene possono diventare dei veri e grandi osteopati.

Ringrazio i docenti che con le loro spiegazioni e la loro passione mi hanno fatto rendere conto di quello che voglio diventare.

Li ringrazio perché il “passare” tutte le loro conoscenze acquisite col tempo non è da tutti.

Ringrazio il direttore per la sua disponibilità perchè là dove ho avuto bisogno, mi è venuto incontro.

Ringrazio gli osteopati che mi hanno dato la possibilità di assistere alle loro visite, perché è sul campo che si impara realmente il mestiere.

Ringrazio la mia famiglia per essermi stata fonte di spinta nel portare a termine un qualsiasi percorso intrapreso.

Ringrazio la mia voglia di arrivare che mi ha portato anche a questo traguardo nonostante le difficoltà, perchè da qui partirà un nuovo percorso.

Il grazie più grande va a tutti coloro che si sono affidati, si affidano e si affideranno quotidianamente alla mia persona, alle mie competenze e al mio modo di essere e lavorare.

Bibliografia

Alexander S. Nicholas, Evan A. Nicholas – Atlante di tecniche osteopatiche

Anthony G. Chila – professor, department of family medicine, college of osteopathic medicine, Ohio university, Athens, Ohio. Fondamenti di medicina osteopatica.

Christy Cael – Anatomia funzionale, anatomia muscoloscheletrica, chiesiologia e palpazione per terapisti manuali