

Trattamento Manipolativo Osteopatico: diagnosi, trattamento e risultati

Autori: M.Sickesz e E.B.Bongartz

Introduzione

Il dolore segmentalmente trasmesso tramite un dermatomo è di origine radicolare.

Gli osteopati si trovano spesso di fronte a pazienti in cui rilevano un'alterazione dei riflessi unita a perdita di sensibilità e/o di forza quando il dolore si irradia agli arti.

E' per questa ragione che la conoscenza dell'innervazione segmentaria è importante, così come l'identificazione della zona in cui si è manifestata la lesione neurogenica. Parecchie volte, tuttavia, i disturbi lamentati dai pazienti non possono essere inseriti in questo tipo di patologia poiché attualmente non è ancora stato codificato un esame che registri scientificamente il gradiente di perdita di sensibilità e/o forza. In assenza di altre cause, come quelle di origine capsulare o tendineo-miogeniche, questa alterazione generale dei riflessi viene diagnosticata come dolore pseudo-articolare, il che indica come non esista un sistema diagnostico unanimemente riconosciuto per l'identificazione del dolore nell'apparato locomotore. Dal punto di vista terapeutico si continua quindi ad utilizzare l'approccio tradizionale che prevede riposo, fisioterapia, assunzione di medicine in abbinamento a farmaci e metodi empirici non convenzionali e integrativi come l'Osteopatia.

Lo scopo di questo articolo è quello di descrivere e analizzare la metodica operativa osteopatica, che utilizza la palpazione e i test statico-dinamici per individuare anomale posizioni delle ossa (*talvolta associate a disfunzioni meccaniche*) che costituiscono l'apparato locomotore, al fine di ristabilire la naturale fisiologia e biomeccanica mediante l'applicazione di vari gradi di pressione localizzata. Altra finalità di questo articolo è la divulgazione del beneficio che possono trarre posizioni anomale dello scheletro e disturbi pseudo-radicolari grazie alla manipolazione osteopatica.

Diagnostica

Nella diagnosi l'osteopata, esaminando palpatariamente la regione interessata, stabilisce le reciproche posizioni vertebrali. Per fare questo traccia una linea immaginaria che parte dalle sue dita (*posizionate in uno specifico distretto del corpo del paziente*) per raggiungere determinati punti localizzati sulla colonna vertebrale, come ad esempio vicino all'apofisi trasversa o all'apofisi spinosa.

Bisogna considerare che, poichè le superfici in comune tra le varie vertebre della colonna sono differenti per forma e dimensioni, la loro posizione rispetto al sistema di coordinazione sarà sempre diversa. La conoscenza dell'anatomia topografica risulta dunque essenziale.

Quali altri movimenti può mostrare una vertebra nel sistema di coordinate, rispetto alla posizione comunemente standardizzata, relativamente al segmento limitrofo caudalmente localizzato?
(l'abbreviazione usata in Osteopatia è indicata tra parentesi)

1. Una vertebra può ruotare intorno ad un asse anteriore-posteriore (asse AP). Supponiamo che questa rotazione (*di una vertebra cervicale, dorsale o lombare*) si "blocchi", ad esempio, per un sovraccarico: la vertebra si inclinerà in una posizione di latero-flessione (LFP)
2. Quando una vertebra (*cervicale dorsale e lombare*) effettua un movimento all'indietro (*verso il dorso*) sia unilateralmente che bilateralmente e, per via della forma delle superfici comuni, ruota leggermente verso gli altri 2 assi del corpo, si dice essere in posizione dorsale (DP)

3. Una vertebra (*cervicale, dorsale e lombare*) può effettuare uno spostamento in senso laterale (LP) per via della forma delle reciproche superfici congiunte. La vertebra lombare presenta differenze nella palpazione rispetto alle vertebre cervicale e dorsale.
4. Una vertebra che effettua uno spostamento in direzione avanti-alto (*ventrale e craniale*), sia unilateralmente che bilateralmente, accompagnato (*solo nel senso unilaterale*) da una rotazione intorno agli assi longitudinale e antero-posteriore, si dice essere in posizione ventrale (VP). Spostamenti bilaterali sono visibili dopo traumi come il colpo di frusta.
5. Una vertebra che effettua un movimento intorno ad un asse longitudinale si dice essere in posizione di rotazione (RP). Quando l'asse passa attraverso il corpo vertebrale (*ovvero la parte dorsale della vertebra*), in particolare attraverso l'apofisi spinosa, viene spostato rispetto alla linea mediana.

I posizionamenti vertebrali descritti possono tuttavia verificarsi singolarmente o in combinazione tra essi, vale a dire che in una singola vertebra si potrebbero ritrovare simultaneamente tutte e cinque i movimenti.

In che modo l'osteopata rileva queste anomalie rispetto alla posizione abituale, nelle differenti sezioni della colonna?

Nel caso della vertebra cervicale, le apofisi spinosa e trasversa sono facilmente palpabili e questo consente una buona valutazione del collo, effettuata con paziente seduto a capo chino.

Nel caso della vertebra dorsale sono le coste a fornire un'immagine ingrandita della posizione della vertebra. La valutazione palpatoria bilaterale della muscolatura adiacente all'apofisi spinosa avverrà perciò con paziente seduto ben eretto, mentre eventuali discordanze posizionali rispetto alla condizione neutra verranno valutate con il paziente in decubito prono.

Anche la diagnosi per una vertebra lombare si effettua con il paziente in decubito prono. Si esamina dapprima la posizione reciproca delle apofisi spinose con uno dei pollici che preme sul muscolo paravertebrale corrispondente, dopodiché, con il paziente in decubito laterale sinistro o destro e un cuscino poggiato sul bacino, si procede con la valutazione palpatoria al fine di determinare il posizionamento reciproco delle vertebre.

In genere, ad un corretto funzionamento vertebrale verso la posteriorità corrisponde una certa curvatura della lordosi; questo è un parametro importante per determinare se si è in presenza di anomali posizionamenti disfunzionali.

Nel bacino, elemento determinante per la diagnosi delle deviazioni dalla posizione abituale della colonna vertebrale, si possono verificare tre condizioni disfunzionali:

- a) sacro inclinato rispetto ad una linea verticale
- b) distorsione del bacino senza fissazione delle articolazioni sacroiliache (SI)
- c) distorsione del bacino con consolidamento di una o entrambe le articolazioni sacroiliache (SI).

- a) E' possibile valutare l'inclinazione del sacro con il paziente in decubito prono (eventualmente con un cuscino sotto l'addome qualora non riuscisse a rilassarsi sufficientemente).

L'osteopata si colloca alla testa del paziente e posiziona gli indici alla sinistra e alla destra della base sacrale, lateralmente al processo articolare, premendo e spingendo le dita in direzione caudale.

Nel momento in cui percepisce, per mezzo dell'induzione di spinta, che un dito rispetto all'altro ha più facilità di spostamento verso la direzione caudale, ne deduce che il sacro è inclinato/lateralizzato e "bloccato" nel bacino. In molti casi questa particolare posizione del sacro tra le iliache risalta anche quando il paziente è in posizione seduta.

Questa inclinazione/lateralizzazione sacrale potrebbe essere stata causata da una forza verticale asimmetrica, come ad esempio

- una caduta sui glutei
- una caduta da una scalinata, scivolando con i glutei sui gradini
- una manovra non calibrata degli operatori durante l'assistenza nelle fasi di travaglio e parto.

- b) Si classifica una condizione come distorsione osteopatica del bacino senza fissazione delle articolazioni S.I. quando, in posizione di riposo, le creste delle ossa iliache vengono reperite più cranialmente rispetto ai range standardizzati, oppure quando una cresta viene reperita più cranialmente rispetto all'altra (fissità o "blocco" delle articolazioni S.I.)

Questo tipo di distorsione è tuttavia diagnosticabile anche mediante l'osservazione e il posizionamento bilaterale e simultaneo delle dita dell'osteopata sulle creste iliache del paziente seduto.

La distorsione osteopatica del bacino senza fissità articolare si diagnostica (*in relazione all'articolazione S.I. sinistra*) con l'osteopata seduto dietro al paziente in ortostasi, che posiziona il pollice destro sul sacro, in prossimità della spina iliaca posteriore-superiore sinistra, e traccia una linea immaginaria, che parte dal grande trocantere sinistro, su cui posiziona il pollice, a una distanza di circa 2cm dall'altro. Dopodiché chiede al paziente di flettere la gamba sinistra verso l'addome, eventualmente aiutandosi con le mani. Durante l'ultima parte di questa gestualità, il pollice sinistro dovrebbe effettuare un movimento semicircolare che lo porta a posizionarsi sopra l'altro. Se questo accade, il test è stato eseguito correttamente.

Naturalmente, in riferimento all' articolazione destra, verrà invertito il posizionamento delle mani.

La distorsione osteopatica del bacino senza fissità articolare potrebbe inoltre derivare da un differente posizionamento delle ultime vertebre della colonna lombare e/o da una disfunzione dell'anca.

Anche la sinfisi pubica, che come sindesmosi conserva un certo grado di mobilità, potrebbe essere causa di una distorsione osteopatica del bacino senza fissità articolare.

- c) Si è in presenza di una distorsione osteopatica del bacino con consolidamento di una o entrambe le articolazioni S.I. quando non si avverte alcun movimento in corrispondenza delle suddette articolazioni e, durante l'esame funzionale, si riscontra un'apprezzabile differenza nella lunghezza di un arto inferiore rispetto all'altro.

L'esame per determinare l'altezza delle due creste viene ripetuto in posizione eretta. Qualora, in posizione di riposo, come risultato del test si riscontrasse nuovamente un'inclinazione del bacino, si potrebbe ipotizzare una "apparente" dismetria degli arti inferiori.

Una distorsione osteopatica del bacino con fissità bilaterale delle articolazioni S.I. può verificarsi anche a causa di un "blocco" dell'ileo verso l'anteriorità, che provoca lo spostamento caudale del cotile nell'acetabolo. L'altro osso iliaco si fissa quindi in posteriorità, costringendo il cotile a muoversi in direzione craniale. Nel momento in cui l'osteopata riesce ad allentare queste fissità articolari, si assiste alla risoluzione delle distorsioni.

Nel caso in cui l'osteopata, dopo aver posizionato le dita sulle creste iliache del paziente seduto, bilateralmente ai muscoli paravertebrali, si ritrovi con una delle dita che è più in alto rispetto alle altre, potrà ipotizzare una inclinazione del bacino tale per cui un osso iliaco è più craniale o caudale rispetto all'altro.

I disturbi a cui potrebbe andare incontro nel tempo un bacino inclinato vengono limitati dalla flessibilità di cui gode la colonna fino a livello di C₅ e dalla possibilità delle vertebre di ruotare attorno ad un asse longitudinale, alternando posteriormente il lato sinistro al lato destro.

Queste torsioni costituiscono uno schema fisso con punti di rotazione chiamati modelli o pattern. E' possibile creare la simulazione di uno schema/modello chiedendo per esempio ad una persona, con una schiena visivamente che non presenta anomalie dal punto di vista anatomico, di stare in piedi avendo cura di porre uno spessore di circa due centimetri sotto la pianta di uno dei piedi e avendo cura di tenere le gambe ben tese. Con questa simulazione viene riprodotta una delle quattro modalità che permettono di comprendere l'assetto del bacino quando è inclinato. Naturalmente, una volta rimosso lo spessore, sia il bacino che la schiena del soggetto tornerà nelle sue condizioni di normalità.

Le torsioni delle vertebre sono pertanto adattamenti fisiologici che possono trasformarsi in deviazioni, qualora si costituissero in uno schema fisso, capaci di rendere il bacino permanentemente inclinato. Anche dopo la normalizzazione di un bacino inclinato i punti di rotazione delle vertebre permangono se non vengono trattati costantemente. E' per questa ragione che la manipolazione osteopatica, se eseguita con una sequenza di lavoro sistematica, può dare risultati risolutivi dopo cinque trattamenti.

Altra causa di inclinazione/lateralizzazione del bacino potrebbe essere l'eccessiva pressione dell'osso sacro su uno degli acetaboli, che si verifica ad esempio quando si solleva un carico oppure si cade su una delle ossa ischiatiche provocando una tensione biomeccanica laterale della struttura.

Anche in questo caso è possibile creare delle simulazioni che facciano meglio comprendere le possibili deviazioni delle vertebre (dalla posizione abituale), deviazioni che non possono essere valutate separatamente e necessitano di manipolazione osteopatica con risultati risolutivi dopo almeno tre trattamenti.

Sintomi e disturbi

Le posizioni anomale che una vertebra può assumere rispetto allo standard, spesso associate a disfunzioni, sono frequentemente causa di disturbi che si localizzano a livello di dermatoma, viscerotoma, o miotoma.

E' per questa ragione che, ad esempio, quando gli esami fisici effettuati su pazienti che lamentano dolore alle gambe non evidenziano la presenza di una compressione radicolare sintomatica, la palpazione osteopatica riconduce tale disturbo ad una "deviazione dall'asse del sistema di coordinate" delle ultime vertebre della colonna lombare.

Questa modalità diagnostica osteopatica vale, naturalmente, anche nei casi di cervico-brachialgia, vertigini e mal di testa di eziologia ignota.

Relativamente ai disturbi localizzati a livello di viscerotoma, invece, sono state spesso riscontrate connessioni tra problemi cardiaci e "deviazioni dall'asse del sistema di coordinate" di alcune vertebre della colonna dorsale, così come tra non meglio specificati disturbi addominali e alcune vertebre della colonna lombare.

Si può quindi affermare che l'approccio terapeutico nei confronti di problemi che vedono coinvolto il sistema neurovegetativo, e che attualmente non sono ancora diagnosticabili strumentalmente, risente positivamente del trattamento manipolativo osteopatico sulla colonna vertebrale.

Terapia

Generalmente il trattamento consiste in una leggera pressione che induce la vertebra a ritornare nella sua consueta posizione nel sistema di coordinate. Solitamente, prima di arrivare all'azione diretta sulla vertebra, l'osteopata applica tecniche che prevedono manualità differenti, dette preparatorie.

La colonna vertebrale, da un punto di vista biomeccanico, funziona nel rispetto di leggi le quali prevedono che:

- ogni vertebra debba essere trattata singolarmente
- ciascun movimento di una vertebra, che si discosti dalla posizione comunemente standardizzata, debba essere trattato singolarmente
- venga utilizzato un protocollo specifico nel trattamento dei movimenti vertebrali che differiscono dalla posizione abituale.

Prima di procedere con la pressione localizzata sull'apofisi spinosa o trasversa, è fondamentale l'utilizzo di tecniche preparatorie sui tessuti adiacenti alla colonna, i quali potrebbero trovarsi in stato di ipotonia o eventualmente di fissazione in torsione. Nel corso del trattamento possono essere utilizzati cuscini di differenti altezze.

(Traduzione a cura di Marco Guarnera)

Gli autori ringraziano il collega E. Keijzer M.D., Doctor of Osteopathy, per i suoi preziosi consigli.

Riferimenti

Cyriax F. *Textbook of orthopaedic medicine. Vol. I. II.* London: Baillière Tindall, 1980.

Lewit K. *Manuale terapie. Part 1 and 2.* Lochem: De Tijdstroom, 1979.

Niboyet JEN. *La pratique de la médecine manuelle.* Saint-Ruffine: Miasonneuve, 1968.

Williams PC. *The lumbosacral spine.* New York: McGraw-Hill, 1965.

Sickesz M. *Orthomanipulatie.* Alphen a.d. Rijn: Stafleu, 1981.

Biesinger E. *Diagnosis and therapy of vertebrogenic vertigo.* Laryngol Rhinol Otol (Stuttg) 1987; 66: 32-6.

Kunert W. *Wirbelsäule, vegetatives Nervensystem und innere Medizin.* Stuttgart: Enke Verlag, 1978.