

CASO CLINICO IN OSTEOPATIA: LOMBALGIA E INFERTILITA' FEMMINILE

- di Marcello Luca Marasco -
- Osteopata, Fisioterapista, Chinesiologo, Presidente ABE -

IL CASO

Il caso clinico proposto non sorprenderà gli osteopati che ben sanno quanto il sistema riproduttivo femminile abbia legami con le problematiche algiche del rachide lombare, farà storcere la bocca invece a tutti quei professionisti che sono, in qualche modo, specialisti o specializzati in trattamenti del distretto lombare del rachide.

Ben vengano le sorprese e i dubbi quando sollevano quesiti e chiarimenti: sale indispensabile della crescita del sapere nel mondo delle scienze. Fatta la debita premessa passiamo ad illustrare il caso.

Si tratta di un soggetto pervenuto alla valutazione nell'ottobre del 2000, ovviamente di sesso femminile, 40 anni di età. Il motivo della consultazione era una lombalgia presente da circa 10 anni, piuttosto capricciosa nella manifestazione: non acuta né trafittiva, tendente ad essere sorda.

Il territorio algico veniva riferito sostanzialmente a barra orizzontale sulla regione lombosacrale con iniziale irradiazione verso un gluteo (il sinistro) ma anche, alternativamente seppur in misura minore, verso l'altro; la paziente comunque non fu in grado di definirlo nei confini, anzi gli stessi

presentano variabilità marcate.

La signora inoltre non fu in grado di differenziare tra una localizzazione profonda o superficiale; la lombalgia non era continua né con manifestazioni quotidiane, aveva un link importante con l'avvento del ciclo mestruale, negativi invece i link con tasso di umidità dell'ambiente, sforzi fisici, attività professionali, posture.

Non c'era un momento tipico d'insorgenza nel corso della giornata ore.

In anamnesi traumatologica remota veniva rilevato un tamponamento dritto da dietro con discreta cinetica subito nell'estate (quindi circa tre mesi prima) mentre si trovava alla guida dotata di cinture di sicurezza, trauma a cui la paziente non era preparata per l'impatto; gli esiti furono un colpo di frusta non particolarmente violento ma che lascia ancora delle disfunzioni di gruppo in lieve flessione delle vertebre cervicali.

Il Romberg e gli altri test vestibolari risultarono lievemente positivi. Nell'anamnesi remota chirurgica venne riferita una ricostruzione di utero malformato congenito (didelfo).

Restando nell'ambito ginecologico venne inoltre riferita una sterilità relativa causata da insufficienza ormonale che provocava un ciclo di soli 15 giorni (praticamente un ovulo immaturo e non fecondabile) e l'assenza di quelle lievi perdite bianche e filamentose tipiche del periodo fecondo (il termine "perdite" non è propriamente corretto: si tratta in realtà di una secrezione particolare delle mucose).

A questo proposito la paziente era stata sottoposta qualche anno prima ad una terapia farmacologica (verosimilmente di natura ormonale) che aveva riportato la durata del ciclo a 28 giorni ma, purtroppo, per soli 2/3 cicli. Associati all'inizio della suddetta cura si erano manifestati per circa 4 giorni dei sintomi altamente invalidanti per la paziente quali importante astenia, senso di vuoto mentale, dolori ai visceri addominali, altri malesseri meno specificati.

Ritorniamo più avanti su queste manifestazioni. I test osteopatici rilevarono un'assenza del ritmo di respirazione primaria cranica (C.R.I.: cranial rythmic impulse): il cosiddetto cranio compresso; sostanzialmente indenne da disfunzioni tanto il bacino come il rachide lombare, rilevati positivi, anche se non in maniera conclamata, gli spasmi degli sfinteri viscerali (valvola ileocecale, piloro, sfintere di Oddi e pseudosfintere del Traitz), da tenere presente che sotto l'aspetto



Schema di utero didelfo

psicocaratteriale la paziente poteva essere identificata come soggetto molto ansioso. I test per la determinazione delle priorità portavano a indicare la regione della piccola pelvi come importante zona di attrazione fasciale dell'intero organismo, soprattutto il legamento sacrouterino di sinistra appariva più in tensione rispetto al controlaterale (anch'esso comunque poco allungabile), inoltre la motilità uterina appariva alquanto depressa.

Al termine dell'anamnesi e dei test le conclusioni portavano a pensare che l'utero era divenuto poco elastico (di suo per gli esiti cicatriziali della ricostruzione chirurgica e per le tensioni sui legamenti sacrouterini).

Lo stesso utero quindi era in grado di vincolare in modo importante il sacro in primis, inoltre era molto probabile che le tensioni fasciali fossero così forti da influenzare la trasmissione nervosa delle fibre sensitive dei nervi del plesso sacrale.

Anatomicamente i fori anteriori sacrali sono in rapporto con la parte terminale del colon che si appoggia sul sacro, anteriormente al colon è presente l'utero che però è in rapporto diretto con il sacro attraverso i più volte citati legamenti sacrouterini.

L'apparato uterino del caso in esame inoltre non riceveva un flusso ormonale fisiologico, ed in questo si poteva anche ipotizzare che la compressione cranica causasse un coinvolgimento, in senso disfunzionale, dell'ipofisi. Questa affermazione può essere motivata dal fatto che il cranio compresso è un cranio non mobile anche perché sono "ferme" le membrane a tensione reciproca intracraniche (le quattro M.T.R.: falci cerebrale e cerebellare, tende cerebellare e ipofisaria).

Sappiamo come il sistema connettivale fasciale sia il primo veicolo per i flussi dei liquidi extracellulari, possiamo immaginare che tipo di ambiente con ridotta vitalità circonda un'ipofisi "intrappolata" dalla sua tenda, tesa oltre misura e immobile.

PRINCIPI DI TRATTAMENTO

Questo caso è tra quelli che mi hanno dato maggiori soddisfazioni professionali in quanto la paziente ha risolto in sole due sedute tanto il problema della lombalgia (che aveva un semplice ruolo di "spia" di disfunzioni più importanti) che quello della infertilità.

I principi di trattamento applicati appariranno troppo semplici per essere veri. Inizialmente si sono somministrate tecniche al cranio per decomprimerlo e restituirgli un C.R.I. più fisiologico possibile; successivamente l'obiettivo del trattamento è divenuta la motilità uterina: sono state inibite le tensioni legamentose sacrouterine oltre a stimolare con tecniche di mobilizzazione l'utero e i suoi annessi; come ultimo obiettivo si è proceduto a rilasciare le tensioni della tenda dell'ipofisi.

Fu piuttosto sorprendente rilevare come la paziente riferì che, nel pomeriggio stesso del giorno in cui venne somministrato il

trattamento, venne colpita da quei sintomi a cui si faceva riferimento poc'anzi (astenia, vuoto mentale, algie pseudocoliche viscerali, ecc.) e che gli stessi ebbero anche stavolta una durata di circa quattro giorni. Pur soffrendo, la paziente acquisì una fiducia cieca nel sottoscritto e nel ragionamento osteopatico: l'osteopatia aveva creato delle modifiche alla fisiologia di quell'organismo nello stesso modo in cui aveva fatto la chimica qualche anno prima, si trattava ora di monitorare il ciclo mestruale.

Anche qui liete sorprese (ma oggi, dopo aver trattato un numero consistente di pazienti, non riesco più a sorprendermi).

Il ciclo, progressivamente, sale in due manifestazioni a 21 giorni.

Al 22° giorno del terzo ciclo e senza le ben conosciute avvisaglie di avvento del mestruo, la signora subisce un forte trauma psicologico: rischia di perdere entrambi i genitori per un

incidente domestico legato al gas; in quel giorno stesso, poche ore dopo aver ricevuto la notizia, si manifestano le prime perdite mestruali.

La signora viene per una terza seduta (obiettivi terapeutici medesimi con più tecniche dedicate al cranio: venne riscontrata una compressione abbastanza serrata anche se di tipo fasciale e non meccanica, tipica degli stati angosciosi).

Dopo questa seduta il ciclo andrà a stabilizzarsi intorno ai 25 giorni con le manifestazioni di perdite tipiche del periodo fecondo. Ancora oggi, a quasi tre anni dall'aver preso in carico quella paziente, la stessa riferisce stabilità nella durata in giorni del ciclo mestruale. La signora ha deciso di non affrontare una gravidanza in quanto è già madre di un bambino adottato diversi anni fa e teme sia difficile crescere un figlio proprio ed uno in adozione insieme.