

OSTEOPATIA E CHINESIOLOGIA INTEGRATE

CASO CLINICO: UNA SCOLIOSI RIDOTTA DA 36° A 28° Cobb

di Marcello Luca Marasco
parte chinesiológica a cura di Marcello Di Vincenzo

Presentiamo un caso clinico che incoraggia molto certi metodi di approccio alla patologia della scoliosi idiopatica.

La scoliosi viene definita dalla parola greca “skoliosis” che significa incurvatura (1). In effetti con scoliosi si fa riferimento a quella curvatura sul piano frontale della colonna.

Abbiamo trovato altre definizioni: “la s. è caratterizzata dalla comparsa, in modo persistente e non modificabile, di una curvatura laterale della colonna” (2); questo tipo di identificazione nasce dall'ottica ortopedica e dalla datazione del testo. Non avendo riscontrato una definizione secondo la logica osteopatica proporrei: “la scoliosi idiopatica è quell'atteggiamento tridimensionale che assume la colonna, deviando rispetto ai parametri fisiologici, teso a mantenere orizzontale il piano dei condili occipitali e la linea bipupillare”.

Quindi la scoliosi è spesso un compenso che si gioca tra il sacro e l'occipite.

Sposiamo in pieno le concezioni del Bienfait che indica i presidi ortopedici e la chirurgia come riparazioni e fissazioni di uno stato patologico (3) (anche se non per tutte le scoliosi), devono avere quindi il peso di “ultime spiagge” e non di primo intervento. E questo anche se le esperienze del Dott. Sibilla su corsetti precoci allo “start” di determinate scoliosi sono dimostrati come efficaci (4).

Nel caso che andiamo ad illustrare il principio terapeutico è stato questo: il trattamento osteopatico “remava” nel senso del maggior equilibrio miofasciale tra cranio e sacro, il trattamento chinesiológico parallelamente ha stimolato la propriocezione neurologica del soggetto e la correzione attiva delle curve con l'autoallungamento.

Abbiamo valutato il paziente (pz) per la prima volta il 06/07/01: scoliosi lombodorsale dx convessa, età anni 14, sesso F, menarca il 17/04/98, altezza 154 cm, altezza da seduto 82 cm, simmetria degli aa.ii. (80 cm), bending test neg. per entrambi i gibbi, rot max 12° dx su D12 (scoliometro Bunnel), lo strapiombo è 1 cm a sx, le frecce sono: 3 cm su C7, 4 su D12 e L3. Da questi dati abbiamo consigliato al pz di effettuare una radiografia in tardo pomeriggio (momento di massimo peggioramento della scoliosi) (3) in due proiezioni in ortostatismo ed in effetti l'rx del 29/06/01, ore 18:30 mostrava una scoliosi di 36° Cobb tra le limitanti D5 e L1 con vertebra apicale D10 (su questa vertebra la rotazione misurata con torsionometro Perdriolle era di 15°). Si è così deciso di impostare il trattamento osteopatico e chinesiológico rieducativo in quanto la pz mostrava un'ottima elasticità, le curve non apparivano strutturate e rigide e inoltre il cranio palpatoriamente mostrava una torsione sx (disfunzione osteopatica della base cranica) che dava un'impressione di tensione membranosa ridicibile. Il trattamento osteopatico ha previsto quindi tecniche di rilascio fasciale: delle membrane a tensione reciproca del cranio (falce cerebrale, tentorio, ecc), delle tensioni durali tra sacro e occipite, della gabbia toracica con modellaggio della stessa verso la forma fisiologica utilizzando la respirazione leggermente amplificata nella profondità (sappiamo come la respirazione sia autodeformante specie se profonda). Contemporaneamente è stato avviato il trattamento chinesiológico e rieducativo che aveva come obiettivi la percezione delle deformità della schiena, la Pagina 8 Newsletter n° 1 - 2003 relativa derotazione al fine di ottenere la simmetria degli appoggi, una stimolazione propriocettiva del cammino (5).

Della seduta chinesiológica abbiamo riportato una descrizione più particolareggiata al termine dell'articolo in questa stessa pagina. Si è decisa una frequenza di trattamenti di una seduta osteopatica ogni 15 gg e una chinesiológica ogni settimana, una seconda seduta settimanale veniva effettuata con ginnastica generica.

Dopo circa sei mesi è stato ritenuto opportuno consigliare al pz una seconda rx di controllo che ci ha sorpreso vista l'entità della riduzione della scoliosi (non possiamo escludere errori di posizionamento radiologico e prendere per assoluta verità ciò che misuriamo). Comunque la seconda rx è datata 17/01/02, ore 18:00, l'angolo Cobb è di 28° con vertebra apicale in D12 (rotazione Perdriolle 10°) e limitanti D6 e L2. La curva appare migrata caudalmente (le limitanti sono discese di un livello vertebrale), è scesa anche l'apicale (di due livelli da D10 a D12) e si è ridotta la rotazione della stessa di 5° secondo le misurazioni di Perdriolle (che non sono quasi mai chiare da rilevare e anche questo caso non fa eccezione).

Questo caso è molto incoraggiante nell'affrontare il trattamento senza presidio ortopedico per quelle scoliosi in pazienti che presentino però una buona elasticità dei tessuti, e soprattutto su bending test che sia decisamente negativo; da aggiungere che il pz in questione presentava disfunzioni craniali con caratteri che

in osteopatia danno aspettative per una riuscita positiva del trattamento. Su questo punto torneremo affinché l'ortopedico possa avere uno strumento di valutazione in più prima di prescrivere un corsetto o parallelamente a questo.

Non ci stancheremo mai di dire che molte patologie necessitano di un lavoro di equipe (soprattutto quelle che colpiscono la colonna) ma nel nostro paese questa capacità di lavorare in staff, almeno su queste problematiche, deve ancora crescere e lo farà quando comincerà a crescere il confronto tra i diversi operatori.



La radiografia del paziente del giugno 2001
(36° Cobb)



La radiografia di controllo del gennaio 2002
(l'angolo Cobb è ridotto a 28°)

SEDUTA DI CHINESIOLOGIA NEL TRATTAMENTO DI UNA SCOLIOSI

La seduta di chinesioterapia inizia con un esame obiettivo dell'atteggiamento posturale in toto del pz. Il lavoro è svolto indossando una maglietta con porzione scoperta posteriormente dal rachide cervicale alla base sacrale, senza calzature.

Attrezzi utilizzati: bacchetta di legno, pennarello, pallone tipo Bobhat, tappetino, appoggio Baumann.

La durata della seduta settimanale è di 40 minuti circa.

Il pz inizia la seduta in posizione supina, gambe distese a terra; i riferimenti principali considerati sono il bacino e il dorso all'altezza delle spalle. Il concetto è quello di modificare in riequilibrio le pressioni dei segmenti corporei descritti (bacino e dorso) per ottenere una derotazione volontaria della curva scoliotica.

Dopo aver trovato "l'equilibrio", si invita il pz ad eseguire l'autoallungamento mantenendo invariate le pressioni a terra. Per percepire meglio il movimento di "autoallungamento", viene dato un appoggio sul vertex cranico mentre si chiede la spinta. L'esercizio è ripetuto con la spinta in fase di espirazione, ad occhi aperti e chiusi, con le gambe piegate e distese. La durata è di 10 minuti circa.

Si passa in seguito al lavoro da seduta a terra con gambe incrociate e bacchetta di legno. Il pz è rilassato con la bacchetta di fronte appoggiata verticalmente a terra sostenuta dalle mani, si segna con il pennarello sulla bacchetta l'altezza del naso come riferimento. Il pz viene invitato all'autoallungamento senza resistenza o pressione sulla testa, e si misura visivamente segnando sulla bacchetta la nuova altezza. L'esercizio è ripetuto ponendo sulla testa del pz la mano del chinesiologo come riferimento; viene associata all'esercizio la respirazione, una variazione è on gli occhi chiusi. La durata è di 10 minuti circa.

Si passa poi ad un esercizio di autoallungamento con input correttivo sulla schiena. Questo esercizio è eseguito da seduto su una sedia, con piedi appoggiati a terra. Una variante è quella di sedersi su un pallone tipo Bobath. L'esercizio di autoallungamento prevede che il pz compia diverse volte il movimento ad

occhi aperti e chiusi eseguendo una correzione in derotazione. Inizialmente si cerca di far percepire la colonna vertebrale toccando in successione i processi spinosi dalla cervicale fino alla quinta lombare; si invita in seguito all'autoallungamento in correzione. In quest'ultima posizione, sempre attraverso i processi spinosi, viene chiesto al pz se la sua percezione della colonna vertebrale cambia e in quale modo. L'esercizio è riproposto con una mano in appoggio percettivo sulla testa, con input correttivi sulla colonna dopo l'allungamento e senza nessun "aiuto".

BIBLIOGRAFIA

- 1) Dizionario medico Dorland, Ed. Stampa Medica
- 2) V. Pietrogrande: "Lezioni di clinica ortopedica" Ed. Cortina
- 3) M. Bienfait: "Scoliosi e terapia manuale" Ed. Marrapese
- 4) P. Sibilla, S. Negrini: "La valutazione del paziente scoliotico" Monografia GSS 1998
- 5) M. Marasco. "Back school...". Ed. Amaltea
- 6) P. Stagnara, ...: "Rieducazione delle scoliosi", Ghedini ed.