

APPROCCIO OSTEOPATICO ALLA SCOLIOSI

Fornire un elenco prescrittivo di aree da trattare di fronte a un paziente affetto da scoliosi è fare un'ingiustizia sia all'osteopatia che alla scoliosi. Dopotutto, una scoliosi è un termine generale per indicare una curvatura laterale della colonna vertebrale, ma esiste una grande varietà di scoliosi, ognuna delle quali ha caratteristiche uniche che sono necessarie all'osteopata per valutare quando valutare, diagnosticare e trattare.

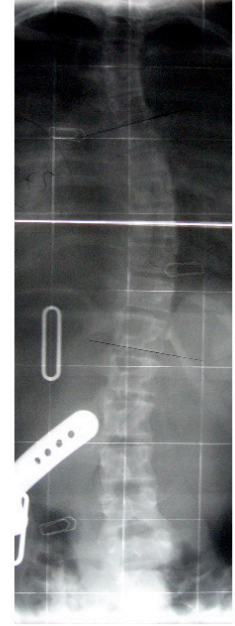
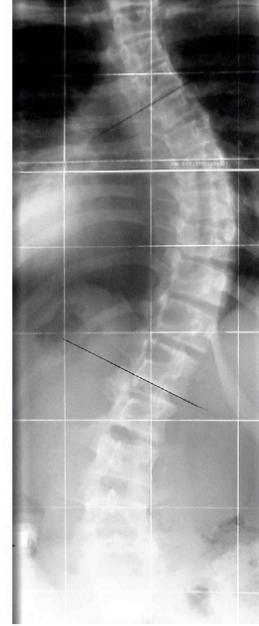
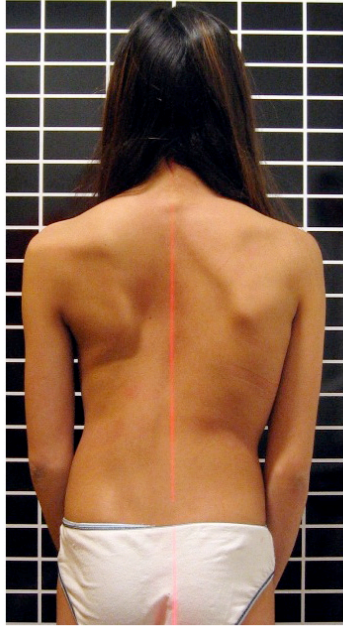
La scoliosi idiopatica è una scoliosi che non ha una causa patologica conosciuta. Di tutte le scoliosi è la più preoccupante a causa della sua potenziale compressione delle viscere, i polmoni e il pericardio. La scoliosi inizia normalmente durante l'infanzia o l'adolescenza e si arresta quando cessa la crescita spinale.

La scoliosi può essere toracica, toracico-lombare o lombare. Normalmente è toracico ed è identificato dal coinvolgimento delle costole che producono un cosiddetto "high-side", un fenomeno in cui le costole vengono spinte all'indietro sul lato della convessità.

La scoliosi compensativa è quella in cui non c'è nulla di intrinsecamente sbagliato nella spina dorsale in sé, ma forze esterne che influenzano la colonna vertebrale, come un bacino inclinato dall'adduttore accorciato o muscoli abduttori, una differenza di lunghezza delle gambe o una deformità abduzione o adduzione fissa dell'anca. Di solito, una volta rimossa la causa, la scoliosi scompare a meno che la scoliosi non sia stata trattata per molti anni e abbia provocato un accorciamento dei tessuti attorno alla colonna vertebrale.

La scoliosi secondaria è normalmente secondaria a una patologia di base come la poliomielite o la paralisi cerebrale in cui la contrattura muscolare ineguale a seguito della patologia si traduce in un'angolazione estrema della colonna vertebrale.

La scoliosi sciatica è una forma temporanea di scoliosi che è normalmente il tentativo di una persona di proteggersi riducendo la pressione su un nervo irritato. Una volta terminata la fase acuta, la scoliosi normalmente scompare.



Guida per l'esame per l'osteopata:

L'esame osteopatico dovrebbe concentrarsi sulla valutazione del movimento dello scheletro assiale. L'osteopata dovrebbe cercare di determinare in che misura lo scheletro assiale, cioè il sacro, la colonna vertebrale, le costole, lo sterno e il cranio vengano trascinati lontano dalla linea mediana.

L'osteopata deve esaminare queste aree sia passivamente che attivamente per valutare quali di queste aree mostrano la maggior parte della restrizione della mobilità. Spesso accade che l'area toraco-lombare e la giunzione cervico-occipitale mostrino la maggior parte delle limitazioni.

Una volta che l'osteopata ha osservato lo scheletro assiale, devono essere osservate le aree periferiche. Per esempio, osservazione delle arcate del piede, delle ginocchia, dei fianchi, delle guaine pettorali.

L'esame osteopatico dovrebbe comportare il confronto tra le spalle e le guaine pelviche, valutando la disuguaglianza. L'osteopata dovrebbe essere a conoscenza del **test di Adamo**, un test che comporta la flessione della colonna vertebrale in avanti come se toccasse le dita dei piedi. Questo test esagera il lato alto e mostra l'estensione della scoliosi.

Fattori da considerare:

Il bacino - Gli osteopati devono osservare il bacino per l'inclinazione. Una pelvi inclinata si tradurrà in una curvatura laterale della colonna lombare. Pertanto l'osteopata deve decidere quale causa lo squilibrio nella pelvi e, se necessario, trattare i muscoli che si collegano alla pelvi come gli adduttori dell'anca e gli abduttori. Allo stesso modo l'osteopata dovrebbe verificare una differenza di lunghezza della gamba.

Cinghie pelviche e scapolari - L'osteopata può sviluppare una buona comprensione di come il corpo si sta adattando alla scoliosi osservando i cingoli pelvici e scapolari. Qualsiasi spalla sollevata potrebbe provenire da una curvatura laterale della colonna vertebrale. Così anche una spina iliaca superiore posteriore sollevata potrebbe causare uno squilibrio nella colonna vertebrale e nelle spalle.

Protuberanza occipitale - La protuberanza occipitale deve essere direttamente sopra la piega glutea. Qualsiasi deviazione dalla linea indica una curva laterale nella colonna vertebrale.

Il diaframma - Il diaframma deve essere osservato sia passivamente che attivamente mentre il paziente respira. L'osteopata deve controllare le 6 costole inferiori e la colonna vertebrale del tronco superiore dove si attacca la crura del diaframma. Una curvatura laterale della colonna vertebrale che coinvolge la rotazione attraverso la colonna vertebrale toracica influenzerà inevitabilmente le costole e il diaframma.

Da una visione dell'osteopatia cranica si pone molta enfasi su alcune aree:

La sinfisi sfeno-basilare - il tentativo del corpo di superare i cambiamenti scoliotici nella spina dorsale porta allo spostamento del cranio per mantenere equilibrati i sensi vestibolare e ottico. Ciò potrebbe significare che il cranio è leggermente inclinato, causando un'alterazione nella posizione naturale dei condili occipitali. Questo si rifletterà nel movimento della sinfisi sfeno-basilare. L'osteopata deve valutare individualmente ciascuna persona per verificare in che misura e in che direzione si sono adattati i condili occipitali e, quindi, quale tipo di sforzo si riflette nella sinfisi sfeno-basilare.

I muscoli addominali sono una chiave per palpare le viscere. Così spesso la curvatura laterale della scoliosi si traduce in compressione e compensazione del contenuto viscerale. In particolare, utilizzando le tecniche osteopatiche craniali e viscerali, i

muscoli addominali forniscono un buon indicatore dei cambiamenti interni che si verificano a seguito del cambiamento di carico.

Guida al trattamento:

L'osteopata dovrebbe concentrarsi principalmente sulla disfunzione somatica che si verifica a seguito della scoliosi, prestando particolare attenzione al decompensamento posturale che si verifica.

Il trattamento dovrebbe quindi mirare a concentrarsi il più possibile sul ripristino dei cambiamenti biomeccanici e aiutarli a compensare.

L'osteopata dovrebbe cercare di invertire il decompensamento posturale e cercare di rafforzare qualsiasi area che contribuirà a rafforzare la curva e impedire che collassi. Allo stesso modo, l'osteopata farà bene a prestare attenzione al bilanciamento del sacro e del bacino e il più possibile ripristinando la simmetria.

Infine, l'osteopata dovrebbe includere il lavoro intorno al collo e al cranio per rimuovere qualsiasi possibile disfunzione nelle unità propriocettive all'interno del cranio.

OSTEOPATIA SORA
D.O. GIACOMO PAONE