

La scoliosi Lombare Sinistro Convessa. Trattamento osteopatico e omotossicologico.

Riassunto: in questo lavoro l'autore prospetta una nuova ipotesi eziopatogenetica e biomeccanica della Scoliosi Lombare Sinistro Convessa (SLSC) e propone un trattamento di medicina manuale osteopatica abbinato ad un trattamento mesoterapico - omotossicologico.

La colonna lombare, l'appoggio podalico, la dismetria degli arti inferiori, la torsione di bacino, l'asimmetria della parete addominale anteriore vengono analizzati e valutati alla luce delle più innovative tecniche diagnostiche e alle più consolidate interpretazioni biomeccaniche.

L'autore propone una nuova interpretazione e valutazione della scoliosi lombare sinistro convessa più globale e attenta alla prevenzione, il trattamento prevede una serie di interventi mirati che vanno dalle tecniche miotensive e rieducative classiche, all'uso di ortesi plantare e infine alla mesoterapia con prodotti omotossicologici a livello della zona ombelicale e del legamento rotondo del fegato.

Parole chiave: Scoliosi lombare atipica, legamento rotondo, apertura e chiusura iliaca, dismetria degli arti inferiori, difetto di appoggio podalico, medicina osteopatica, chiropratica, mesoterapia omotossicologica

Generalità e inquadramento nosologico.

La Scoliosi idiopatica rappresenta una patologia molto importante della colonna vertebrale si tratta di una deformità del rachide che coinvolge i tre piani dello spazio, si evidenzia sul piano frontale con delle curve più o meno accentuate e per la presenza del gibbo. (Fig. 1)

Da un punto di vista eziopatogenetico la scoliosi è considerata una sindrome complessa ad eziologia multifattoriale, legata a fattori ereditari, difetti del metabolismo, su cui agiscono agenti biochimici e neuromuscolari, difetti del tessuto connettivo, ritardo di maturazione del sistema stato acustico e dell'equilibrio ed altro ancora.

La scoliosi idiopatica viene classificata in base alla presenza di una sola "curva primaria" nel 70 % dei casi, o per due curve primarie, il restante 30%.

La localizzazione della deformità a livello del rachide dorsale, lombare o dorso lombare, ne caratterizza la nomenclatura.

Le scoliosi toraciche, circa il 25%, sono di solito destro convesse (fig. 1-1), la curva di compenso lombare tende a strutturarsi con la maturazione ossea.

Le scoliosi toraco-lombari, circa il 19%, generalmente destro convesse con due emicurve di compenso (fig. 2-2)

le scoliosi lombari, circa il 25% abitualmente **sinistro-convesse** (fig. 3-3), la curva di compenso toracica tende a strutturarsi nel corso dell'aggravamento.

Tra le scoliosi con doppia curva primaria, toracica e lombare, le più frequenti (23%) sono quelle con convessità toracica destra e convessità lombare sinistra (fig.4-4).

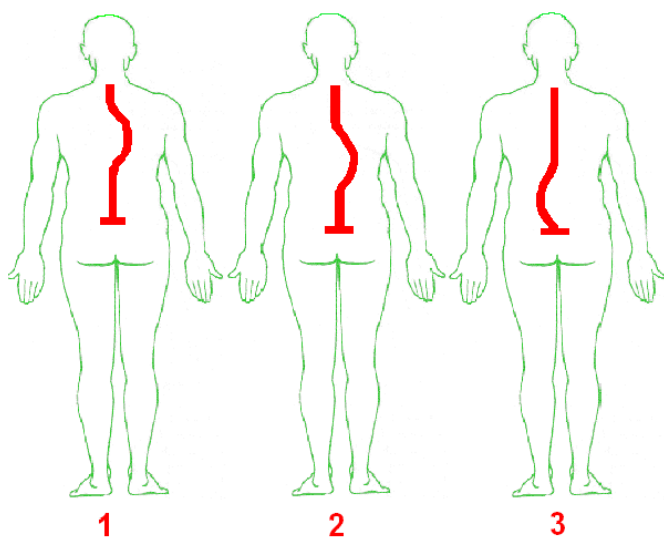


Fig. 1

Più esposto il sesso femminile, statisticamente si calcola che il 3-4 % della popolazione tra gli otto i quattordici anni viene colpito dalla patologia.

La scoliosi con più attitudine all'aggravamento è la scoliosi dorsale a doppia curva (Fig. 2), molto invalidante perché la gibbosità toracica oltre ad essere esteticamente molto evidente risulta molto invalidante riguardo alla funzione respiratoria e cardiaca (Foto 1).

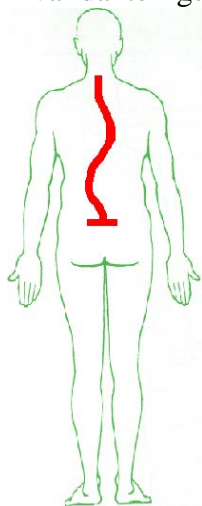


Fig. 2



(Foto 1)

Premesse.

Data la vastità dell'argomento, in questo studio, ci siamo limitati all'osservazione e all'analisi di una serie di elementi caratterizzanti la **Scoliosi Lombare Sinistro Convessa (SLSC)** in età pre e post puberale.

La curva da noi esaminata ha di solito una vertebra apicale tra L-1 e L-3, non ha una grande rotazione specifica e soprattutto nelle fasi iniziali presenta una modesta curva di compenso non strutturata.

Lo scopo del nostro lavoro è dimostrare la validità di un approccio multidisciplinare osteopatico - biomeccanico oltre che posturale ed omotossicologico.

Per fare ciò abbiamo studiato il comportamento di questa scoliosi su un numero limitato di pazienti mettendo in risalto caratteristiche ed analogie che avessero un senso logico.

In base alle nostre osservazioni abbiamo impostato un protocollo terapeutico sicuramente non definitivo ed esaustivo ma, speriamo, utile ad un inquadramento più chiaro della patologia.

Materiali e metodo

Prima di iniziare il nostro studio abbiamo avuto modo di osservare il comportamento della SLSC, nel bambino, nell'adolescente e nell'adulto.

Alcuni parametri di questa patologia sono straordinariamente costanti e ricorrenti.

La prima osservazione è la Scoliosi stessa! ci siamo chiesti: perchè la scoliosi lombare è quasi esclusivamente sinistro convessa?

Ed inoltre: perchè questa patologia è sempre collegata ad una torsione molto accentuata del bacino?

Dopo aver riscontrato una serie di analogie, pensando non si trattasse di semplici coincidenze, abbiamo cercato di capire meglio se ci fossero delle relazioni causa – effetto.

Abbiamo analizzato alcuni parametri standard in 15 pazienti con età media 12 anni circa, di cui 12 soggetti di sesso femminile e 3 di sesso maschile.

I parametri esaminati scaturiscono dalla valutazione di pazienti venuti alla nostra osservazione per un periodo medio di circa nove mesi e la maggior parte dei pazienti è ancora in trattamento.

Abbiamo messo a confronto i seguenti parametri.

- 1) La Rx in ortostatismo (ove possibile).
- 2) Lo scompenso dell'equilibrio (esame stabilometrico)
- 3) L'appoggio podalico (esame baropodometrico)
- 4) La dismetria degli arti inferiori.
- 5) La asimmetria in torsione delle ali iliache.
- 6) La parete addominale anteriore

1) Il ruolo della radiografia.

Per quanto riguarda l'esame radiografico (punto 1) ci siamo limitati a controllare la Rx di coloro che ne erano già in possesso, non ne abbiamo chieste immediatamente di ulteriori, la casistica mondiale ha già ampiamente documentato il comportamento di questa patologia dal punto di vista radiografico.

Tutte le Rx da noi esaminate presentavano una curva a convessità sx non molto strutturata e quindi abbastanza mobile tranne che nei 4 soggetti di età superiore ai 14 anni.

Nella manovra di correzione della curva in bending anteriore e laterale (flessione del busto con gli arti inferiori tesi), la maggior parte dei soggetti riusciva a correggere la curva, nella manovra di aggravamento si favoriva la comparsa del gibbo lombare (Fig. 3).

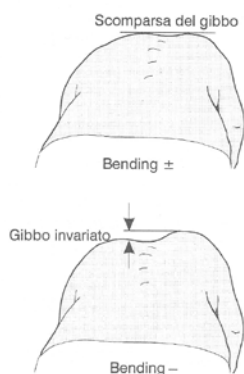


Fig. 3. Bending anteriore e laterale per verificare il grado di rigidità della curva scoliotica.

In tutti i soggetti partecipanti al nostro studio la curva di compenso era quasi assente. (Foto 2)



Foto 2. Radiogramma in ortostatismo, si noti la torsione di bacino, la curva lombare e l'assenza della curva di compenso.

2) Lo scompenso dell'equilibrio.

Che la scoliosi sia legata a problemi dell'equilibrio è un dato di fatto, per questo motivo abbiamo deciso di valutare meglio questo parametro inserendolo sia nelle valutazioni iniziali che nella fase rieducativo - terapeutica.

Con l'uso della pedana stabilometrica e baropodometrica (1) abbiamo valutato lo scompenso iniziale e quindi monitorato nel tempo la capacità di risposta di questo parametro fondamentale.

Tutti i soggetti da noi esaminati presentavano uno scompenso dell'equilibrio bipodalico in ortostatismo e dopo una serie di prove (acquisizioni di 1 minuto ad occhi aperti e ad occhi chiusi), non è stato difficile constatare, in tutti i soggetti, uno squilibrio con sovraccarico pressorio a livello dell'arto inferiore sx.

Forse è utile ricordare che questa caratteristica è riscontrabile anche in soggetti adulti con questo tipo di scoliosi. Fig. 4

Nel soggetto destrimane è normale trovare un sovraccarico a sx (da lateralizzazione !) ma nei soggetti, anche adulti, con SLSC spesso questo scompenso supera di gran lunga l'adattamento para-fisiologico 52% - 48% .

Per ovviare a questa grave carenza dell'equilibrio e quindi della reazione antigravitaria posturale, tutti i partecipanti a questo studio sono stati muniti di un piano di appoggio basculante in legno con il quale svolgere alcuni esercizi posturali di reazione antigravitaria e di equilibrio (Foto 3).



Foto 3. Pedana basculante in legno per esercizi posturali antigravitari e di equilibrio.

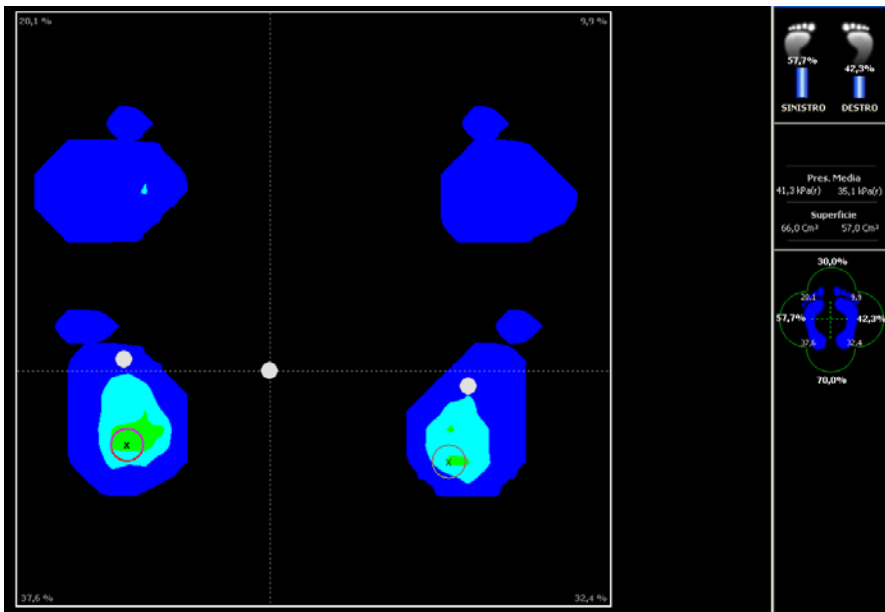


Fig. 4. Sovraccarico

pressorio nell'adulto con SLSC. A sx 57,7 % del carico a dx solo il 42,3 %.

3) L'appoggio podalico

Con lo squilibrio è il sovraccarico pressorio a sx era lecito aspettarsi un comportamento altrettanto asimmetrico dell'appoggio podalico.

Nel valutare con esame baropodometrico i partecipanti allo studio abbiamo riscontrato che la maggior parte dei soggetti presentavano a **sinistra** un piede normale o cavo ma con un retro piede sicuramente pronato; a **destra** un piede normale o cavo ma sicuramente con un retro piede meno pronato. (Foto 4 e Fig 5)



Foto 4

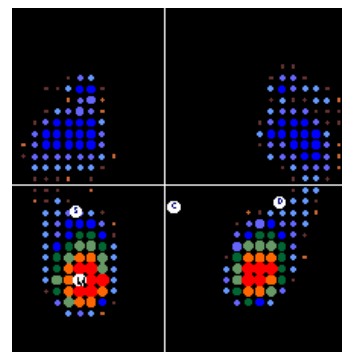


Fig. 5

La pronazione del retro piede (valgismo del piede), in alcuni casi molto spiccata a sx, ha dapprima creato in noi curiosità poi ci ha indotto alla riflessione visto che la quasi totalità dei partecipanti al nostro studio presentava in maniera molto evidente questo paramorfismo.

Chi in maniera molto accentuata chi meno, tutti i portatori di SLSC da noi esaminati presentavano una tendenza alla pronazione del retro piede a sx.

Come se l'eccesso di carico inducesse un crollo del retro piede a sx !

Semplici coincidenze o c'era un legame tra la curva, la torsione del bacino, il difetto dell'equilibrio... ma le analogie non finiscono qui...

4) La dismetria degli arti inferiori.

Tutte le scoliosi da noi osservate presentavano una tendenza alla dismetria degli arti inferiori con l'arto destro tendenzialmente più lungo.

Sia nella valutazione degli arti inferiori in decubito supino (Foto 5 e 6), che nella stazione eretta (Foto 7 e 8) si riscontrava una tendenza alla dismetria degli arti inferiori, a dx l'arto è più lungo anche nella SLSC dell'adulto.

Mentre la dismetria nella stazione eretta sembra essere in sintonia con la curva sinistro convessa della colonna lombare (Foto 7 e 8) quello che non sembra essere affatto in sequenza logica è il sovraccarico a sx.



Foto 5



Foto 6

Soggetti con SLSC in decubito supino dopo aver simmetricamente orientato il bacino per evitare falsi positivi.



(Foto 7)



(Foto 8). *Soggetto in ortostatismo con*

evidente tendenza dismetrica dell'arto inferiore.

Perchè l'arto con più sovraccarico ponderale è l'arto più corto? (l'arto sinistro).

La prima più ovvia considerazione in grado di giustificare questo paradosso era il fatto che gli arti non fossero realmente dismetrici ma che lo fossero solo in apparenza.

Ad un esame più approfondito la dismetria in realtà è il frutto di un adattamento in torsione del bacino ed è quindi, molto probabilmente la scoliosi che determina la dismetria degli arti inferiori.

5) La asimmetria in torsione delle ali iliache.

Tutti i nostri pazienti con SLSC presentavano una evidente asimmetria del bacino (Foto 9) e delle ali iliache.

Questo sembrava ovvio ! vi erano nessi fra la torsione del bacino, la scoliosi e la dismetria?



Foto 9

Questa costante ci ha immediatamente riportato alla memoria gli studi del Busquet (cfr. L. Busquet ed. Marrapese le catene muscolari IV vol. pag. 38-49) che ha lungamente studiato gli adattamenti del bacino e le sue conseguenze sugli arti inferiori.

Un squilibrio del bacino e delle ali iliache in grado di determinare una dismetria degli arti inferiori è l'adattamento, definito dal Busquet, in "apertura" e in "chiusura" iliaca.

L'autore transalpino mette in evidenza che questa lesione avviene intorno ad un asse passante tra la sinfisi pubica e la articolazione sacro iliaca (fig. 4)

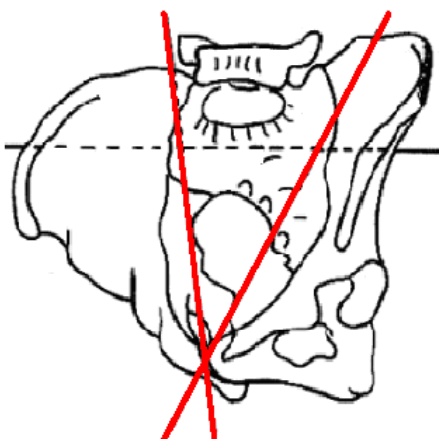


Fig. 4 Assi "apertura" e "chiusura" delle iliache.

La chiusura e l'apertura iliaca e la conseguente torsione del bacino sono l'unico scompenso in grado di determinare una dismetria degli arti inferiori.

Ciò avviene per la dislocazione della cavità cotiloidea.

Rispetto ad un bacino normo - conformato che si presenta con un asse cotiloideo che guarda in fuori, in basso e dietro (30°-40°) (Fig. 5) ed un collo femorale anti - orientato rispetto al piano

frontale (angolo di declinazione del collo femorale) 24° circa (Fig. 6), nella “apertura” e nella “chiusura” delle ali iliache questi parametri sono decisamente stravolti

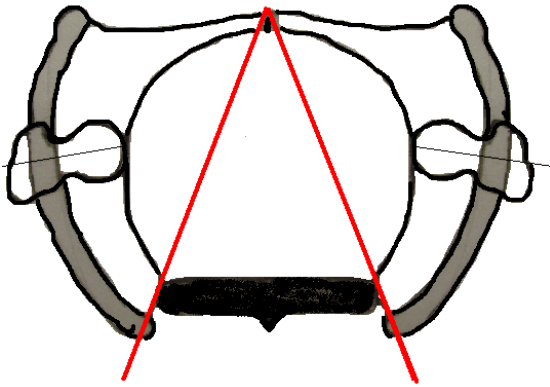
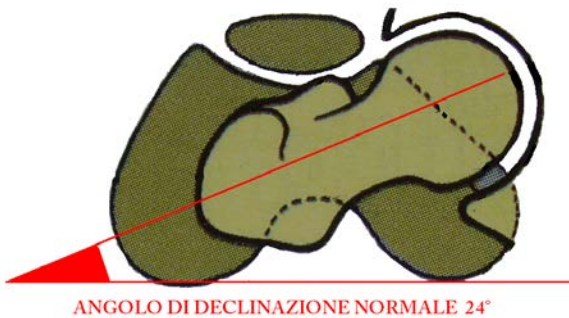


Fig. 5. Assi di “ apertura” e “chiusura” visti dall’alto.



ANGOLO DI DECLINAZIONE NORMALE 24°

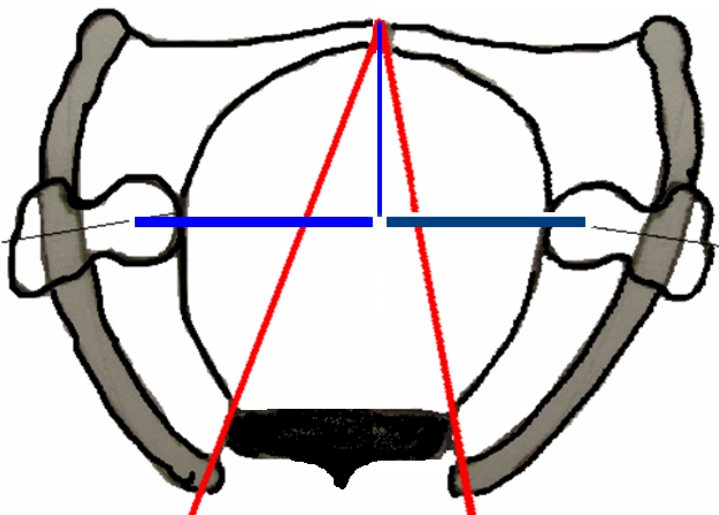
Fig. 6. Angolo di declinazione del femore configurato

tra l’asse del collo femorale e l’asse bicondiloideo.

Secondo il Busquet l’apertura iliaca determina un abbassamento dell’acetabolo e un diverso orientamento della cavità cotiloidea.

Nell’adattamento in “apertura” la cavità del cotile ruota verso l’esterno con un aumento dell’angolo dell’asse cotiloideo e con un sostanziale avvicinamento della cavità stessa alla linea mediana del corpo.

L’avvicinamento del cotile alla linea mediana (Fig 7) determina un diverso orientamento della diafisi femorale con tendenza alla diminuzione del valgismo fisiologico



avvicinamento alla linea mediana del cotileDx.

Fig. 7. Apertura iliaca a Dx con

Precisamente l'**apertura iliaca** abbassa l'acetabolo, diminuisce il valgismo a livello della diafisi femorale, extraruota il ginocchio e diminuisce il valgismo del retro piede, risultato: un **arto più lungo**.

Una **chiusura iliaca** innalza leggermente l'acetabolo allontana l'acetabolo dalla linea mediana, aumenta i valgismi, risultato: un **arto più corto**.

(Fig. 8)

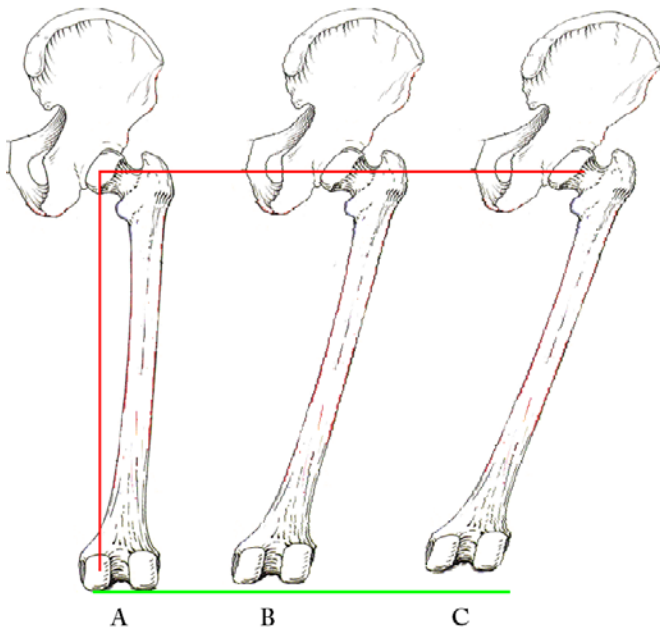


Fig. 8. In B valgismo fisiologico; in A e C

rispettivamente diminuzione e aumento del valgismo.

La “apertura iliaca” con la diminuzione dei valgismi può “allungare” un arto di circa 1 cm.

La “chiusura iliaca” con l’aumento dei valgismi può accorciare l’arto controlaterale di 1 cm.

Risultato una dismetria di 2 cm. (Fig. 9)

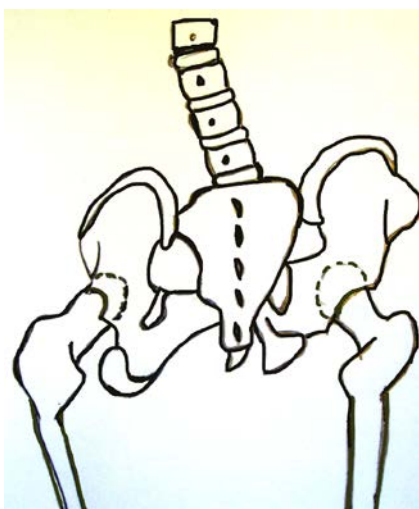


Fig. 9. Adattamento in apertura iliaca a dx e chiusura iliaca a sx (da Busquet modificata).

Secondo il Busquet le strutture in grado di indurre una tale torsione sono i muscoli perineali (elevatore dell'ano e muscolo ischio coccigeo) e il sartorio per l'apertura, gli adduttori e il piccolo obliquo nella chiusura dell'iliaco.

Volendo azzardare un'analisi più globale del bacino e degli arti inferiori oltre che della colonna lombo sacrale, quali elementi possono indurre una torsione del bacino ?

La nostra attenzione è subito andata alla parete addominale anteriore per cercare di capire quali spinte asimmetriche oltre le attivazioni muscolari siano corresponsabili della apertura e della chiusura iliaca.

6) La parete addominale anteriore.

La parete addominale anteriore del paziente con SLSC presenta una notevole asimmetria (Foto 10) che coinvolge le zone dell'ipogastrio dx e sx e dell'epigastrio, oltre che l'ombelico e le fosse iliache.

In medicina osteopatica una asimmetria a livello delle SIAS (dx e sx) rispetto all'ombelico viene definita una lesione di "in - flare" e "out - flare".

La torsione del bacino risulta particolarmente evidente soprattutto prendendo in esame i punti che vanno 2- 3 cm lateralmente all'appendice xifoidea sternale, l'ombelico e le spine iliache antero superiori (Fig.10)

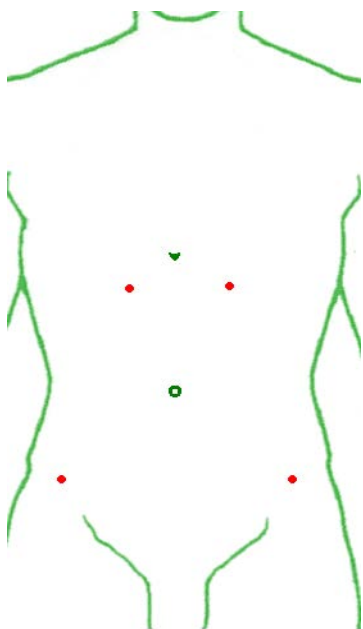


Fig. 10. Verifica dei punti SIAS – ombelico, e 3cm lateralmente all'appendice xifoidea sternale – ombelico.

La chiusura iliaca a sx e l'apertura a dx sono quasi sempre accompagnate da una asimmetria della distanza tra i punti sotto costali e l'ombelico.

Abbiamo costantemente trovato una tensione del legamento rotondo del fegato con presenza di un tender point molto sensibile.

In medicina osteopatica questa situazione rappresenta una "lesione" (in osteopatia lesione significa restrizione di movimento) del **legamento rotondo del fegato** (Fig. 11)

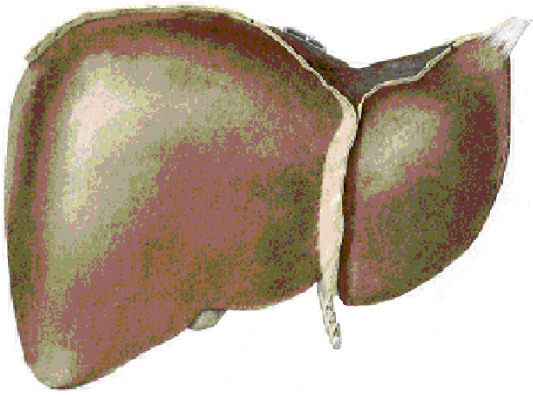


Fig 11. *Fegato nella sua proiezione anteriore e i suoi mezzi di fissità, si noti il leg. Triangolare sx e il leg. Rotondo.*

Questo legamento residuo della vena ombelicale fetale sembra esercitare, in alcuni casi, una forte tensione a livello della parete addominale anteriore.

In tutti i pazienti affetti da SLSC abbiamo riscontrato un legamento Rotondo retratto e dolente alla palpazione profonda.



(Foto 10). *Esempio di asimmetria della parete addominale anteriore in paziente con SLSC.*

Tattamento della SLSC

Dopo aver preso in esame tutte le componenti abbiamo messo a punto un trattamento che affrontasse in modo globale tutti i parametri trovati in “lesione”.

Abbiamo considerato prioritaria la torsione del bacino e la scoliosi sacro - lombare, solo una conseguenza la dismetria degli arti e il difetto dell'appoggio podalico.

Il nostro approccio alla SLSC inizia dalla parete addominale anteriore, precisamente, dalla lesione del **legamento rotondo del fegato**.

Dopo aver rilevato la presenza di una asimmetria e una tensione dolente (tender point) a questo livello (Foto 12) si imposta un trattamento medico osteopatico che parte dalla rieducazione respiratoria a livello dell'emidiaframma destro e il trattamento di tutte le strutture sospensorie dell'organo (Foto11).

Tra il diaframma e la parete addominale posteriore si valutano e trattano tutti i legamenti che sostengono il fegato e che influenzano la simmetria tra l'ipogastrio Dx e il bacino.

Oltre il trattamento osteopatico classico abbiamo ritenuto utile intervenire e con una terapia riflessa tipo massaggio connettivale mirante all'allungamento e alla distensione del legamento stesso.



Foto 11. *Trattamento dei leg. Sospensori del Fegato.*

Tutti i soggetti, quindi, sono stati trattati settimanalmente con una mesoterapia a livello periombelicale e lungo il tragitto del legamento rotondo fino all'arcata sotto costale a dx come in Foto 12.

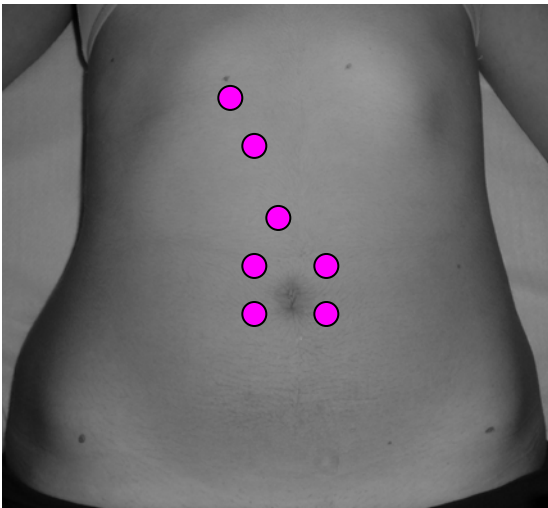


Foto11. *Rappresentazione cutanea del leg. Rotondo e delle zone periombelicali per il trattamento mesoterapico e l'automassaggio domiciliare.*

Abbiamo utilizzato i seguenti prodotti omeopatici: Graphites Homaccord injel (Heel) e Galium injel (Hell) mono ago 30G per 4mm una volta alla settimana per 2-4 settimane.

Per quanto concerne questo tratto tutti i pazienti sono stati adeguatamente preparati dal terapeuta della riabilitazione ad effettuare un auto - massaggio sulla zona interessata 2 volte al di con Arnica compositum pomata (Heel) oltre che ripetere gli esercizi previsti che vedremo in seguito.

Trattamento a livello del piede.

A livello del piede il nostro protocollo prevede l'uso di un plantare in materiale semirigido sostenente la volta longitudinale, con un cuneo a leggera azione pronante il retropiede a dx (arto lungo) e un cuneo supinante il retropiede a sx (arto corto) (Foto 12).

Tutto questo naturalmente dopo aver completato un ciclo di sedute di rieducazione propriocettiva del piede e dell'appoggio podalico.

Esercizi con pallina da tennis, esercizi con pedana in legno basculante (vedi Foto 3) oltre che una serie di esercizi di allungamento della catena muscolare posteriore, di reazione antigravitaria e di equilibrio.

Trattamento di riprogrammazione posturale globale

La riprogrammazione posturale globale ha come obiettivo il miglioramento della propriocettività dell'appoggio podalico, un'adeguata percezione dell'equilibrio e l'auto allungamento del rachide lombosacrale.

Tutto ciò senza dimenticare un'adeguata detorsione del bacino e la simmetria morfo - funzionale degli arti inferiori.

Dopo un iniziale lavoro di presa di coscienza attraverso l'uso dello specchio quadrettato, di attrezzi propriocettivi (palline da tennis) si passa ad esercizi più impegnativi con un energico impegno muscolare posturale.

Si cerca di personalizzare esercizi di equilibrio con piano basculante (vedi foto 3), posture di auto allungamento con molta attenzione a livello della detorsione del bacino e degli arti inferiori.

Particolarmente importante, a nostro avviso, è il controllo posturale in allungamento forzato dei muscoli obliqui dell'addome e del quadrato dei lombi a dx.

Foto trattamento



Foto 12. *Ortesi plantare con cuneo varizzante e valgizzante rispettivamente il retropiede a sx e dx.*

Trattamento a livello del bacino

Il bacino è un importante crocevia di forze ascendenti e discendenti, lungi dall'aver risolto il problema delle innumerevoli componenti che partecipano alla eziopatogenesi di questa patologia con il nostro approccio abbiamo cercato di correggere la torsione del bacino agendo sulle strutture muscolari e legamentose capaci, a nostro avviso, di mantenere e/o aggravare l'apertura e chiusura iliaca.

È stato chiesto al terapeuta della Riabilitazione di intervenire con dei trattamenti di inibizione P.N.F. (facilitazione propriocettiva neuromuscolare) dei muscoli contratti con movimenti attivi, passivi e assistiti ed infine con la mobilizzazione articolare.

Lo scopo è quello di agire sulla coppia di forze in **apertura** ovvero il piano perineale, il muscolo ischio coccigeo, gli extraruotatori dell'anca, il quadricipite, l'ileo - psoas e il quadrato dei lombi a **dx**.

A **sx** per la **chiusura** abbiamo posto la nostra attenzione a livello degli adduttori e della parete addominale anteriore il piccolo obliquo e la catena crociata da sx a dx oltre che naturalmente al legamento rotondo del fegato.

La personalizzazione della terapia domiciliare

Una componente importante del nostro intervento è quella che prevede l'esecuzione di una serie di esercizi domiciliari.

Il Terapista della riabilitazione, in presenza dei genitori del paziente, personalizza una serie di esercizi posturali che vanno dal massaggio e mobilizzazione del legamento rotondo del fegato, agli esercizi di equilibrio e di reazione antigravitaria.

Un particolare importante è l'ottimizzazione del lavoro a casa che non deve mai superare i dieci minuti al giorno.

Risultati

Dopo circa sei mesi di trattamento (non abbiamo iniziato contemporaneamente tutti i casi) possiamo stilare un primo bilancio sull'impostazione del nostro protocollo di trattamento che prevede un iniziale visita e successivi controlli mensili dopo una serie di incontri (da 6 a 15 trattamenti) con il Terapista della Riabilitazione che imposta il lavoro domiciliare.

Tutti i pazienti tranne due sono ancora in trattamento.

Possiamo definire i risultati parziali non definitivi ma sostanzialmente incoraggianti.

(in tabella 1 sono riportati i miglioramenti dei pazienti a livello dei parametri esaminati.)

1) **Rx in ortostatismo:** non abbiamo richiesto rx per il controllo, da una parte la pericolosità delle radiazioni in pazienti in età evolutiva, dall'altro perché non riteniamo questo parametro importante per valutare l'utilità del nostro approccio alla SLSC.

2) **lo scompenso dell'equilibrio:** tutti i soggetti hanno dimostrato un miglioramento dell'equilibrio all'esame stabilometrico.

Il miglioramento è stato superiore nei pazienti più giovani, nei pazienti con oltre quattordici anni (due) il miglioramento è stato meno evidente.

La media degli squilibri rilevati era all'inizio del 57,5% sul piede sx (max 61% min 54%) dopo i trattamenti il 54% sull'arto sx (max 56% min 52%)

3) **L'appoggio podalico:** l'uso del plantare cavizzante a sx e valgizzante a dx ha prodotto risultati a prima vista contrastanti a sx vi è stato un sostanziale miglioramento della tenuta della volta longitudinale del piede e un miglioramento della pronazione del retropiede, a dx vi è stato un evidente peggioramento dell'equilibrio del piede che era spinto verso una valgizzazione.

Questo ha inizialmente preoccupato i genitori ma era evidentemente il prezzo da pagare per agire sugli arti inferiori.

un miglioramento della elasticità e della dolorabilità del legamento rotondo del fegato.

Tutti i soggetti hanno migliorato i parametri stabilometrici dell'equilibrio tra l'arto dx e sx .

Non tutti i soggetti hanno migliorato la conformazione baropodometria dell'appoggio plantare

Un paziente ha continuato la terapia nonostante

Tutti i pazienti hanno un controllo posturale del bacino e della colonna lombare.

Risultati

Sicuramente non definitivi ma incoraggianti, in tabella 1 sono riportati i miglioramenti dei pazienti a livello dei parametri esaminati.

La Rx in ortostatismo (ove possibile).

2) Lo scompenso dell'equilibrio (esame stabilometrico)

3) L'appoggio podalico (esame baropodometrico)

4) La dismetria degli arti inferiori.

5) La asimmetria in torsione delle ali iliache.

6) La parete addominale anteriore

I soggetti sono tuttora sotto controllo ci preme però riferire che la rigidità e la tensione del legamento rotondo è nettamente migliorata in tutti i soggetti grazie anche agli esercizi domiciliari che sono stati impostati nei soggetti chiedendo la collaborazione fattiva dei genitori.

Considerazioni finali.

La Scoliosis Research Society ha fissato una soglia di 10° Cobb per parlare di “malattia scoliotica” alla luce di questo parametro possiamo definire la SLSC una patologia “trascurata”.

La curva scoliotica lombare crea con la rotazione specifica delle vertebre una gibbosità molto meno evidente rispetto alla curva dorsale, genitori, e purtroppo anche gli addetti ai lavori spesso non riconoscono la tendenza scoliotica e quindi si tende a minimizzarne l'entità.

Se vogliamo applicare a questa patologia dei parametri di prevenzione dobbiamo intervenire molto prima di prendere in carico una curva di 10° Cobb.

Se, già nella prima infanzia esiste una spinta in rotazione della colonna lombare, della parete addominale anteriore e quindi del bacino, dove esistesse, in ultima analisi, una pur debole “lesione” osteopatica si deve intervenire per cercare di normalizzarla.

La medicina osteopatica è una medicina preventiva e non si può accettare l'idea che solo dopo una soglia numerica si debba affrontare un scoliosi.

Anche la più piccola spinta in torsione del bacino va a nostro avviso riequilibrata se ciò è utile a prevenire una patologia osteo articolare

Quanto incide una pur debole scoliosi con torsione del bacino sull'annoso problema della lombalgia cronica ?

Abbiamo cercato di metter in luce tutte le spinte torsionali che caratterizzano la scoliosi lombare sinistro convessa; lo scompenso dell'equilibrio, il difetto dell'appoggio podalico, la tensione asimmetrica del legamento rotondo del fegato, la dismetria degli arti inferiori.

Non crediamo che un elemento sia più importante degli altri.

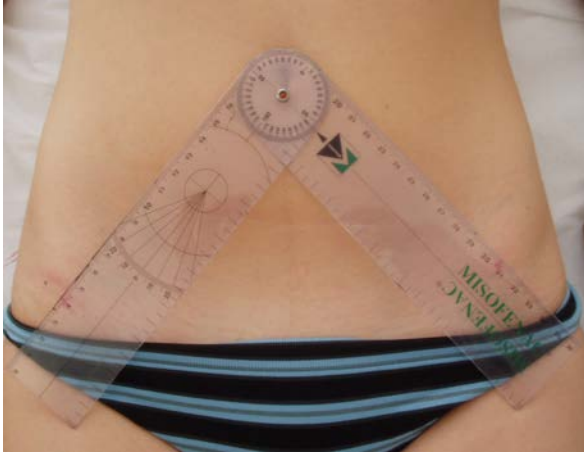
Forse esiste una sequenzialità temporale di insorgenza, il legamento Rotondo nella prima fanciullezza, la dismetria nel periodo pre - puberale, ma secondo noi tutti i parametri vanno analizzati e combattuti con lo stessa determinazione.

Alla luce della nostra esperienza è consigliabile che i bambini già in età pediatrica siano valutati circa la simmetria del bacino e della gabbia toracica misurando la linea che unisce la SIAS con l'ombelico e questo ultimo rispetto ad un punto tre cm a lato della punta xifoidea sternale a destra e sinistra.

Il legamento rotondo del fegato e in generale l'emidiaframma dx soprattutto nella zona sotto costale va trattato preventivamente con un delicato massaggio (Arnica compositum Heel) e dove ce ne sia la necessità si proceda pure con una mesoterapia periombelicale.

Consapevoli di avere a che fare con una patologia multifattoriale molto difficile da sconfiggere e di non poter considerare esaustivo il nostro lavoro auspichiamo che il nostro sforzo torni utile alla prevenzione e alla comprensione di questa malattia.

Fig.



1) Pedana Stabilo baropodometrica Doctor Foot

Bibliografia:

- A.A. Vari *Atlante di anatomia umana a colori* Ed. Piccin 1999**
A. Delmas, *Anatomie des centres nerveux*, Masson, 1985.
De Jearnette, *Sacro-occipital technic of spinal therapy*, Nebraska City, 1940.
G. Fratoni, *Compendio di Osteopatia strutturale e terapia manuale Biomeccanica e pratica osteopatica* Guna s.r.l. Milano 2001.
F. Tribastone *Compendio Di Ginnastica Correttiva* Società Stampa Sportiva 1984 Roma
I.A. Kapandji, *Physiologie articulaire du rachis*, Maloine, 1975.
L. Busquet *Le catene muscolari* Volume II e IV Ed. Marrapese Roma 1996
L. Busquet *Osteopatia cranio sacrale* Ed. Marrapese Roma 1998
Monografie di aggiornamento del gruppo di studio della scoliosi e delle patologie vertebrali. Volume 1 –2 GSS 2001
Petra Köps –Maier *Atlante anatomia umana Vol. I e Vol. II* Ed. Ermes 2000
René Perdriolle, *La scoliosi suo studio tridimensionale*, Già Ghedini Milano 1982
Roger W. Herbst “*Gonstead Chiropractic Science & art*” sci-chi publications USA 1980

Le immagini della figura n. 3 sono tratte dalla Monografia di aggiornamento del gruppo di studio della scoliosi e delle patologie vertebrali

Le immagini delle figure 5-7-9 sono modificate da L. Busquet *Le catene muscolari* Volume IV Ed. Marrapese Roma 1996

(1) "Lesione" in osteopatia è sinonimo di restrizione reversibile di movimento.

(2) Confronta F. Tribastone compendio di ginnastica correttiva società stampa sportiva pag. 334.

- BLOUNT W.P., SCHMIDT A., BIDWELL R.G. - *Making the Milwaukee brace*. J. Bone Jt. Surg., 40-A, pp. 526-528, 1958.
- BROTHWELL B.D., SANDISON A.T. - *Diseases in Antiquity*. C.C. Thomas, Springfield, 1967.
- CLARISSE P. - *Pronostic évolutif des scolioses idiopathiques mineures de 10° a 29° en période de croissance*. Thèse, Méd., Lyon, 1974.
- COTREL Y., DUBOUSSET J., QUENEAU P., SAUVEGRAIN J. - *Scolioses par malformations vertébrales chez l'enfant: étude clinique et radiologique, propositions thérapeutiques*. In *SO.F.C.O.T.: Conférences d'Enseignement, 1970*. Paris, Expansion Scientifique, pp. 79-112, 1971.
- DUVAL - BEAUPERE G., DUBOUSSET J., QUENEAU P., GROSSIORD A. - *Pour une théorie unique de l'évolution des scolioses*. Nouv. Presse Méd., 78, pp. 1141 - 1146, 1970.
- FRONTINO G. - *Scoliosi e cifosi*. Edizioni Pro Juventute, 1976.
- FUSTIER T. - *Evolution radiologique spontanée des scolioses idiopathiques de moins de 50° en période de croissance*. Thèse, Méd., Lyon, 1980.
- HIBBS R., RISSER J.C., FERGUSON A.B. - *Scoliosis Treated By the Fusion Operation*. J. Bone Jt. Surg., 13, pp. 91-104, 1931.
- KANE W.J. - *Scoliosis Prevalence: a Call For a Statement of Terms*. Clin. Orthop., pp. 43 - 46, 1977.
- MAC EWEN G.D., WINTER R., HARDY J. - *Evaluation of Kidney Anomalies in Congenital Scoliosis*. J. Bone Jt. Surg., 54-A, p. 1451, 1972.
- MEHTA M.H. - *The Natural History of Infantile Idiopathic Scoliosis*. In *5th Symposium, 1976*. London, Zorab, pp. 103 - 123, 1977.
- NACHEMSON A., SAHLSTRAND T. - *Etiologic Factors in Adolescent Idiopathic Scoliosis*. Spine, vol. 2, pp. 176 - 184, 1977.
- PARE' A. - *Opera Ambrosii Paré*. Apud Jacobum du Puys, Paris, 1582.
- PETREQUIN J.E. - *Chirurgie d'Hippocrate*. Vol. 2, Imprimerie Nationale, Paris, 1878.
- PONSETI I.V., FRIEDMAN B. - *Prognosis in Idiopathic Scoliosis*. J. Bone Jt. Surg., 36-A, p. 1081, 1954.
- ROBIN G.C. - *The Aetiology of Idiopathic Scoliosis*. CRC Press, Florida, 1990.
- SIBILLA P., DIVIETI L., CRIVELLINI M. - *Valutazioni elettromiografiche in soggetti scoliotici*. Arch. Ortop. Rheum., vol. 91, pp. 107, 1979.
- STAGNARA P. - *Les déformations du rachis*. Masson, Paris, 1985.
- STAGNARA P., MOLLON G., MAUROY J.C. De - *Rééducation des scolioses*. Exp. Scient. Française, 1990.