

CASO STUDIO: LA COXOFEMORALE

PREMESSA

Antonio* è un rappresentante libero professionista di anni 58 che da tempo soffre di un dolore continuo al pube e all'anca destra, a cui si associano bruciori durante la minzione (urinare).

Il dolore aumenta progressivamente di intensità quando il soggetto, costretto dal suo lavoro, passa molto tempo seduto in auto senza avere occasione di fermarsi a sgranchire le gambe.

Questa situazione che perdura oramai da 2 anni, gli ha condizionato la vita impedendogli inoltre la pratica di tutte le sue attività fisiche preferite.

PERCORSO DIAGNOSTICO

Al consulto con il proprio medico curante, come di consuetudine, gli vengono prescritti degli antinfiammatori (FANS), delle radiografie all'anca ed una visita ortopedica dallo specialista dalla cui diagnosi emerge :

- Nessuna frattura né degenerazioni artrosiche di rilievo
- Spazio articolare nella norma e quindi cartilagine ben conservata
- Evidente contrattura del compartimento adduttore, da risolvere con farmaci antinfiammatori e ciclo di sedute in terapia strumentale (Tecar terapia)

RISULTATI TRANSITORI

Effettuato il ciclo di FANS e di sedute con la Tecar terapia Antonio sembra percepire una progressiva, anche se non completa, riduzione della sintomatologia dolorosa.

Tuttavia dopo qualche giorno praticando il suo sport preferito (tennis) accusa un'improvvisa fitta all'inguine ed una riacutizzazione del dolore, che perdurerà poi in maniera costante nel periodo a seguire.

Il suo medico curante a questo punto, mediante richiesta cartacea, lo invita a recarsi in un centro specializzato per effettuare un ciclo di massaggi e sedute di FKT (fisiokinesiterapia)



INTERVENTO DEL TERAPISTA

Consigliato da un mio cliente, decide per un appuntamento con me, e in osservazione posturale riscontro:

- Un atteggiamento antalgico di difesa ed alterazione dell'equilibrio posturale per traslazione pelvica a sinistra
- Un maggior appoggio a sinistra per proteggere l'anca dolorante
- una rotazione esterna dell'arto inferiore destra ed una serie di squilibri di compenso dei segmenti superiori (volutamente non specificati poiché non attinenti al senso dell'articolo).

Effettuando i test di mobilità articolare con paziente supino sul lettino sono emersi evidenti limiti di range articolare :

- limite in abduzione (test di F.A.B.E.R.E.)
- limite in rotazione interna ad anca sia flessa che estesa
- una tensione miofasciale degli adduttori e dei muscoli extrarotatori ed annesso interessamento del pavimento pelvico e della zona lombosacrale di destra.



OSSERVAZIONI FONDAMENTALI PER DEFINIRE LA CAUSA PRIMARIA

Elemento discriminante, che mi ha permesso di capire l'origine del problema, è una caduta violenta sul coccige che lui riferisce di aver subito nei mesi precedenti al manifestarsi dei primi sintomi all'anca; difatti durante la valutazione palpatoria, Antonio avvertiva un'acutizzazione del dolore al sacro con irradiazione fino al pube, quando questo veniva sollecitato in digi-topressione.

Voglio ricordare la stretta relazione articolare, fasciale e muscolare tra sacro, coccige, vescica, pavimento pelvico, articolazione coxofemorale e numerose altre strutture tessutali, intimamente collegate tra loro per intermediazione di tessuto connettivo e muscolare che spiegano il motivo dei disturbi durante la minzione.

MODUS OPERANDUM IN KINELIFE

Il cliente in prima istanza è stato trattato dalla mia collega Osteopata che, in poche sedute, mediante opportune tecniche, si è preoccupata di ristabilire l'equilibrio tessutale del bacino, vertebre ed organi viscerali annessi (vescica ed intestino in primis).

Subito dopo Antonio ha proseguito il lavoro mediante un ciclo di sedute di esercizi specifici di ginnastica posturale che hanno portato alla completa regressione della sintomatologia dolorosa e la piena autonomia di movimento durante la sua quotidianità lavorativa, il camminare, il correre e fare sport liberamente.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Le più innovative ed efficaci metodologie olistiche oggi considerano il corpo come un'entità unica e indissociabile in tutti i suoi aspetti (somatico – psicologico ed emozionale), spiegando finalmente il motivo per cui le cure applicate direttamente sulla zona interessata raramente funzionano.

Frequentemente un punto doloroso è l'effetto terminale di una causa che solitamente è situata lontana ed altrove nell'organismo e spesso presente da molto tempo prima.

Esempio semplificato: un dolore al tallone sinistro, per uno sperone calcaneare, può essere dovuto ad uno spostamento del peso corporeo in misura maggiore da questo lato, compenso che l'organismo adotta automaticamente per scaricare e di conseguenza proteggere un ginocchio controlaterale infortunato anni prima.

Per cui capire la concatenazione dei meccanismi che hanno portato al sintomo è essenziale se si vuole avere ragione della problematica in essere.

Trattare una sintomatologia dolorosa di tipo posturale o biomeccanico, senza considerare la complessità dell'organismo umano, è un insulto alla sua intelligenza e spiega indiscutibilmente l'insuccesso degli approcci terapeutici che trattano direttamente il punto doloroso (ionoforesi – ultrasuoni – laser terapia e FANS in primis).

Queste tipologie di cure possono anche avere un senso in fase iniziale, ma se non sono seguite da un lavoro di rieducazione posturale mirato, non potranno che condurre a risultati del tutto momentanei.

Si potrebbero aggiungere le terapie alla moda: ognuna di queste può forse dare qualcosa ma solo il trattamento delle alterazioni posturali permetterà di risolvere definitivamente la sintomatologia dolorosa.

Detto questo, libero arbitrio sulla scelta di una metodologia terapeutica in alternativa ad un'altra, purché consapevoli dei meccanismi e delle leggi che regolano l'omeostasi corporea.

Nuccio Panella

Massofisioterapista specializzato in Postura

** Nel rispetto della privacy del cliente il nome è di fantasia*