

CASO STUDIO: INSTABILITÀ VERTEBRALE

La Sig. Ginevra pensionata di anni 68, viene da noi nell'Aprile del 2009 mediante prescrizione del suo medico curante lamentando l'assoluta incapacità nello svolgere le normali attività quotidiane a causa di un forte e costante dolore a barra nella zona lombare che si irradia all'arto inferiore sinistro, l'algia si irradia anche sulla parte superiore del dorso fino alla zona cervicale.

Emotivamente scoraggiata dall'esito delle precedenti cure (FANS - Ionofresi - Ultrasuoni etc.) decide di provare un ciclo di FKT (2 sedute settimanali) e Manipolazioni dolci dei tessuti molli (1 volta ogni 10 gg) presso il nostro Centro.

Durante la valutazione posturale in ortostatismo emerge chiaramente un forte blocco muscolo legamentoso antalgico di difesa della zona pelvica e lombare associato a ipomobilità delle articolazioni ivi comprese con compromissione della deambulazione, lo spostamento antalgico del carico sull'arto inferiore sinistro è dell'71,1% rispetto al contro laterale del 28,9% misurato mediante pedana stabilometrica a sensori (fig.1), è evidente anche un blocco del diaframma in ispirazione con riduzione del volume corrente.

Dagli esami RX come riportato anche dal referto del radiologo è chiaramente visibile (fig.2):

1. Degenerazione artrosica vertebrale che spiega l'importante squilibrio posturale sopramenzionato
2. Una curva destra convessa con la formazione di un grosso osteofita che lascia intuire come l'organismo stia cercando di proteggere una situazione di estremo pericolo vertebrale mediante la formazione di un ponte osseo per contenere lo scivolamento laterale di L1 su L2 di una colonna fortemente instabile sul piano coronale.
3. Importante riduzione dello spazio L5-S1 con chiusura dell'angolo lombosacrale sul piano sagittale

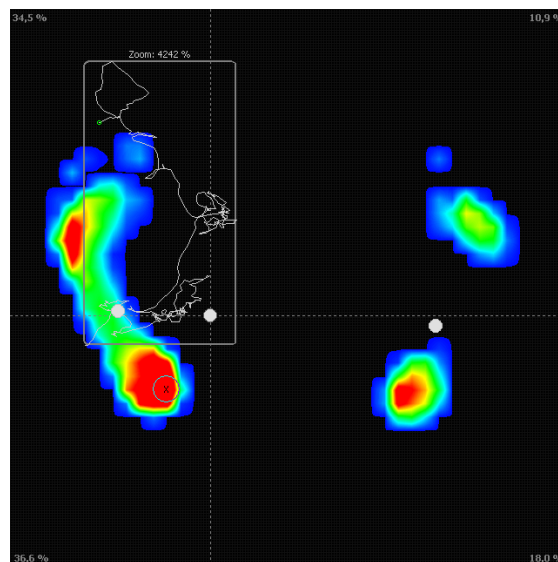


Fig.1- Pedana stabilometrica a sensori

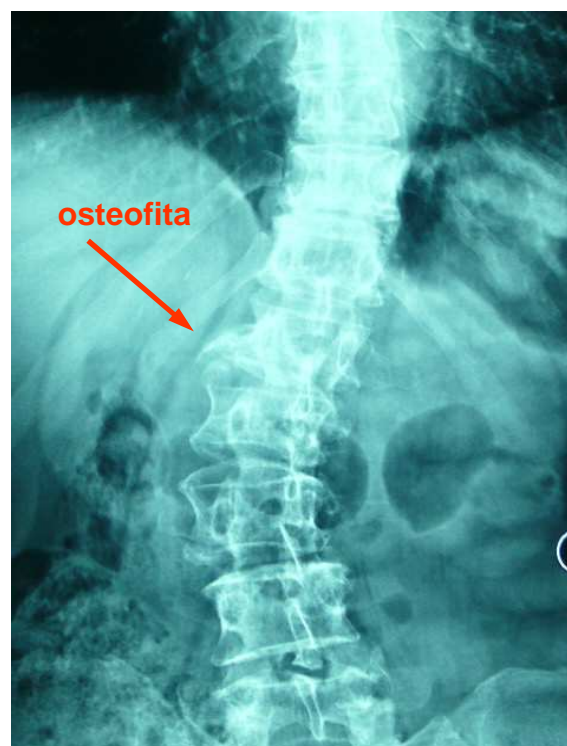


Fig.2 - RX colonna vertebrale in evidenza grosso becco osteofitico.

Riassunto del lavoro svolto nelle diverse fasi:

1. Mobilizzazione fine di S1 su L5 con soggetto supino rigorosamente in scarico (prime 2 settimane)
2. Allungamento/rilasciamento dello Psoas destro in PNF
3. Allungamento più digitopressione compartimento abduattorio destro per riportare il carico a destra
4. Lavoro propriocettivo arto inferiore destro (l'arto destro era diventato insufficiente sia di forza che propriocettivamente)
5. Auto postura base con aiuto operatore per rilasciamento diaframma e contemporanea mobilizzazione coste
6. Allungamento Scaleni in massima espirazione
7. Mobilizzazione di D11-D12 in estensione / rotazione sinistra
8. Scarico in posizione antalgica

Sensazioni della paziente dopo la 6a - 10a - 14a - 20a seduta:

Sedute	Sensazione della paziente in base alle sedute
6a	riduzione del dolore 50%, riesce a deambulare diritta
10a	riduzione del dolore 70% si alza da posizione seduta senza appoggi accessori
14a	eseguito un controllo posturale con pedana a sensori che dimostra un riequilibrio del carico 58% sinistra - 42% destra - dorme tutta la notte senza svegliarsi per il dolore
20a	il carico è pressoché identico 52% sinistra - 48% destra - deambula bene - riesce a svolgere bene e senza dolore le sue quotidiane attività.

Ad oggi la Signora Ginevra mantiene il risultato raggiunto facendo una seduta di ginnastica posturale una volta ogni 15 giorni.

Nuccio Panella

Massofisioterapista - Specializzato in postura