

Sintesi del corso di Alain Bernard Stefano Marra e Dario Molinari (2do anno di formazione)

RADICOLITI

- Osteopatiche: dolore con disfunzioni di tipo meccanico (sindrome faccettale, sindrome del piriforme etc.). Molto spesso una radicolite di tipo osteopatico se non curata si trasforma in un'implicazione discale.
- Discale: alla base del dolore c'è una degenerazione del disco intervertebrale con cause di tipo cronico o traumatico.

In tutti i casi il conflitto osteopatico, protrusione o problema discale deve essere iscritto nella globalità, sia a livello di diagnosi che di trattamento; solo in questo caso si potrà trattare ad es. un'ernia discale, che è espressione di una rigidità superiore e inferiore (il trattamento quindi non sarà sull'ernia).

NEURALGIA DISCALE	NEURALGIA OSTEOPATICA
<ul style="list-style-type: none">○ RIFLESSI ABOLITI O DIMINUITI In questo caso si può fare la prova del rinforzo, es. stringere il pugno, se il riflesso aumenta o ricompare non siamo nel caso discale.○ LASEGUE POSITIVO C'è sicuramente nelle radicoliti discali ma può essere presente anche in sindromi faccettali con implicazione del nervo di Von Luscka.○ LASEGUE INVERTITO POSITIVO○ TERRITORIO TOTALE di compromissione della radice.○ STORIA ANZIANA Il paziente riferisce più casi di blocco con diminuzione del tempo tra un blocco e l'altro.○ ATTITUDINE ANTALGICA DIRETTA 9 casi su 10 se c'è sciatica a Ds c'è attitudine diretta a Ds.○ DENERVAZIONE Rilevabile con un'EMG.○ DOLORE Durante i colpi di tosse, la defecazione o nella flessione della testa.○ RECOL POSITIVO Il paziente seduto se nell'atto di distensione dell'arto inferiore interessato non riesce a perdere la sua lordosi lombare siamo nel caso di un'ernia.	<ul style="list-style-type: none">○ RIFLESSI PRESENTI○ LASEGUE NEGATIVO○ LASEGUE INVERTITO NEGATIVO○ TERRITORIO PARZIALE○ Non c'è una storia di traumi precedenti ma è di solito il caso di traumi sportivi.○ L'attitudine è di tipo crociato.○ Non sono presenti segni di denervazione.○ Non è presente dolore durante questi atti.○ RECOL NEGATIVO Il paziente seduto se nell'atto di distensione dell'arto inferiore interessato riesce a perdere la sua lordosi lombare andando in cifosi allora è una radicolite di tipo osteopatico.

Elementi di diagnosi:

- 1) Deviazione antalgica
- 2) Rigidità lombare e spasmo muscolare
- 3) Lasegue positivo
- 4) Riflesso abolito o diminuito
- 5) Disturbi motori frequenti con amiotrofia muscolare

Se la sintomatologia è atipica possiamo essere nel caso di:

- METASTASI utero, retto e prostata
- SPONDILODISCITE con VES aumentata e rigidità muscolare
- PELVISPOLNDILITI
- ERPES
- NEOPLASIE del piccolo bacino

IL PAZIENTE VA TRATTATO SOLO IN CONCORDANZA DI SEGNI

SPONDILODISCITE

Se dopo un mese dall'intervento di ernia discale riuscito bene si manifestasse un violento dolore lombare con rigidità terribile (patologia drammatica) siamo nel caso di un'infezione di tipo batterico o virale presa durante l'intervento.

Il trattamento è farmacologico con antibiotici molto potenti, busto e lasciare cicatrizzare, se no si può fratturare e si può avere paraplegia.

Nel caso di una discopatia su una risonanza magnetica comparirà un disco nero per problemi di disidratazione.

Uno spasmo muscolare mantenuto nel tempo impedisce la nutrizione del disco ed inizia la fissurazione dell'anulus e la frammentazione del nucleo con la sua eventuale migrazione

Se il nucleo polposo, nella sua integrità anatomica migra posteriormente si parlerà di disco bulging, nella risonanza magnetica questo termine ci indicherà non una protrusione discale ma una sporgenza massiva del materiale discale dovuta ad uno squilibrio meccanico del treppiedi articolare.

Nel fenomeno della protrusione discale, si assiste ad una disgregazione anatomica del nucleo polposo, dando così inizio al vero problema discale. Inizialmente si avrà una lombalgia dovuta dalla compressione che la protrusione esercita sul legamento longitudinale posteriore, determinando delle attitudini antalgiche che implicheranno una o più faccette articolari e coinvolgendo il nervo di Luscka.

Nel tempo la protrusione discale determinerà un danno anatomico a carico del legamento longitudinale posteriore, in questo caso si parlerà non più di protrusione ma di ernia discale.

Nella nevralgia discale la problematica è data sempre dalle anteriorità che riducono il lume del canale di coniugazione.

Nella sindrome faccettale il dolore è spesso riferito dal lato delle posteriorità.

ERNIA MEDIANA

La più rognosa:

- **Senza la presenza di una radicolite** (ci inganna perché in questo caso non si pensa ad un'ernia).
- **Rigidità antalgica in flessione** (bisogna distinguerla da un sacro posteriore).
- **Dolore alla defecazione e alla tosse.**
- **Non bisogna manipolare ma si richiede una RMN.**

ERNIA INTRAFORAMINALE

E' la più violenta come nevralgia e la più precisa al dito. Molto difficile da curare, è spesso piccola ma collocata molto male aderendo al colletto del foro intervertebrale e non può sfuggire, col tempo l'ernia sarà invasa da tessuto cicatriziale che si sclerotizzerà (generalmente si allargherà chirurgicamente il foro).

NEURALGIA CRURALE

Territorio: faccia antero-interna della coscia. Il riflesso rotuleo è abolito o diminuito.

E' presente dolore notturno (a volte la sciatalgia da pause del dolore durante la notte, la cruralgia no!) legato soprattutto alla teoria vascolare che chiama in causa la contrattura dello psoas.

Bisogna stare molto attenti alla diagnosi differenziale, si sbaglia molto spesso, di solito è collegata a problemi viscerali (es. il rene, prostata con metastasi di L4, disfunzioni ginecologiche, problemi dell'aorta addominale).

Può essere confusa con:

- **Nevralgia dell'OTTURATORE.**
- **COXARTROSI** (verificarne la mobilità).
- **PUBALGIA** (molto frequentemente nella cruralgia c'è dolore al testicolo per compromissione del nervo genito femorale).
- **OSTEONECROSI DELLA TESTA FEMORALE** (l'anca è libera meccanicamente ma è presente zoppia e dolori inguinali).

SINDROME DEL CANALE STRETTO

Di solito si ha quando il diametro del canale raggiunge meno di 15 mm, generalmente di L3/L4.

Si manifesta con **DOLORE BILATERALE** ma non è una radicolite è una parestesia, da crampi, gambe pesanti; spesso il paziente viene alla visita con un doppler (ha pensato a dei problemi vascolari).

Impone la **CLAUDICATIO INTERMITTENTIS** di tipo pseudovascolare; di solito il paziente è costretto a fermarsi per crampi ai polpacci, si mette seduto fa una iperflessione del busto riparte e non ha più niente (decomprime).

Al limite si possono avere disturbi allo sfintere.

I fattori che possono provocare il canale stretto possono essere molteplici (es. legamenti gialli ipertrofici, osteofitosi, protrusioni etc.); nel trattamento si cercherà di agire su uno di questi

parametri ma non si saprà mai se era quello il parametro responsabile, di solito questo problema è congenito.

I pazienti hanno un'età di circa 60/70 anni, patologia sempre più presente in questi ultimi anni per l'uso esagerato della posizione seduta nella vita quotidiana.

Il segreto del **trattamento** del canale stretto è l'**ANCA** ridandole mobilità con manovre di mobilizzazione, si chiederà ai pazienti di camminare con **PASSO VELOCE** (per non sovraccaricare il sacro) poi si tratterà **D12**.

RADICOLITI VISCERALI

Di solito la problematica viscerale si sovrappone ad un problema di tipo meccanico; se non ci sono problemi di tipo meccanico difficilmente un viscere scatenerà una radicolite; il viscere si aggiunge ad una situazione più globale, l'analisi che andrà fatta sarà globale.

Esempio: lesione di D5/D6 in ipo con lesione secondaria di C5/C6 in iper e riflesso somato-viscerale e viscerosomatico sullo stomaco (Vedere corso).

NEVRITI DI PASSAGGIO

Sono date dalla somma di un fenomeno di origine vertebrale e di un fenomeno dato da un passaggio delicato.

Esempio: protrusione di L5/S1 non molto espressa; il nervo passa vicino alla testa del perone, per problemi deambulatori la testa peroneale va in disfunzione permanente, questo porterà ad una condizione di tensione miofasciale della zona suddetta determinando un restringimento del passaggio del nervo che si sommerà al problema discale determinando una nevrite. Altri esempi sono il piriforme, la zampa d'oca, etc.

In questo caso il trattamento sarà manipolativo per risolvere il problema vertebrale e di tipo posturale per ridare uno schema che riduca la tensione sul sistema miofasciale.

Esempio: sindrome falsa del mediano → trust cervicale e trattamento posturale sulla retrazione dei muscoli dell'avambraccio e della catena anteriore.

LASEGUE ATTIVO

La messa in tensione delle catene artromiofasciali insieme all'organizzazione delle curve vertebrali determina l'elevazione dell'arto inferiore.

Se durante la prova comparisse dolore il grado dell'elevazione dell'arto inferiore ci indicherà il livello vertebrale da indagare.

- **0° ® OCCIPITE**
- **10° ® D1-D2-D3**
- **30° ® OCCIPITE-C1-C2 (l'OAE)**
- **45° ® D8-D9**
- **60°/80° ® D11-D12**
- **80° ® C7-D1**
- **90° ® L5-S**

Il primo trattamento di una fase acuta è trovare la lesione primaria a distanza tramite il Lasegue attivo e trattarla, se cambia il Lasegue attivo si sarà trovato un migliore posizionamento della linea A/P.

○ **1° caso D12 posteriore (tipo posteriore)**

1° tempo → ESTENSIONE DI ANCA
LASEGUE ATTIVO E TRATTAMENTO DELLA PRIMARIA

2° tempo → TRATTAMENTO DELLA LESIONE LOMBARE

○ **2° caso D12 anteriore (tipo anteriore)**

1° tempo → INTRAROTAZIONE DELL'ANCA
LASEGUE ATTIVO – se è interessata D12 lavorare su D7-D8-D9 per liberarla da sopra
TRATTAMENTO DEL DIAFRAMMA

2° tempo → a) Se il sacro è primario x la sua anteriorità che coincide con il lato della radicolite bisogna fare un
ILIACA POSTERIORE RELATIVA sperando che il sacro segue la manovra.

b) Se la radicolite è dal lato dell'anteriorità di L5 si tratterà la posteriorità di L5 dall'altro lato.