

# OSTEOPATIA FASCIALE LOMBARE

**Diego Merlo**  
**Osteopata**



**INTERNATIONAL  
OSTEOPATHIC  
ACADEMY**

# Cause MUSCOLARI DEL DOLORE

- DOLORE ACUTO NO IRRADIAZIONE
- DOLORE LEGATO AL MOVIMENTO (allungamento e accorciamento)
- DOLORE ALLA PALPAZIONE
- PEGGIORA A FINE GIORNATA
- MIGLIORA CON IL RIPOSO
- MIGLIORA CON IL CALORE (tranne se strappo, stiramento, forte infiammazione perché vasodilatazione quindi maggior edema)
- MIGLIORA CON FREDDO (se stiramento, strappo, forte infiammazione)
- MIGLIORA CON FANS

# Cause MUSCOLARI (lesione) DEL DOLORE

- Improvviso, di breve durata, descritto in termini di contrazione, riferito come trafittivo e/o lacerante.
- Insorge ad intervallo di tempo variabile a seconda della lesione (intenso, costante e più diffuso nelle lesioni di III grado)
- Aumenta con la contrazione attiva e con l'allungamento
- Nelle lesioni di II e III grado è associato a impotenza funzionale, tumefazione, atteggiamento antalgico, avvallamento

## **Cause MECCANICO - DEGENERATIVE DEL DOLORE**

- Insorge con l'attività motoria o in determinate posizioni
- Si attenua con il riposo e peggiora in carico
- Peggiora al risveglio, associato ad impaccio articolare, per poi attenuarsi gradualmente (15-30 min circa)
- Aumenta nella giornata, in particolare se viene sollecitata l'articolazione

## **Cause FACETTARIE DEL DOLORE**

- DOLORE ACUTO/URENTE NON IRRADIATO
- DOLORE LEGATO AL MOVIMENTO
- DOLORE PEGGIORA IN FLEX- EXT, INCLINAZIONE, ROTAZIONE
- APPLICAZIONE DEL CALORE
- MIGLIORAMENTO IN ALLONTANAMENTO DELLE FACETTE O DECOATTAZIONE CAPSULARE
- UTILIZZO FREDDO E FANS

## **Cause DISCO INTERVERTEBRALE**

- DOLORE LEGATO A IDRATAZIONE DISCO (meglio al mattino, peggio la sera)
- DOLORE PEGGIORA IN FLEX- EXT, INCLINAZIONE, ROTAZIONE, CARICO COSTANTE (es seduti a lungo)
- MIGLIORAMENTO IN SCARICO DISCALE
- RIPOSO

## **Cause PROLASSO DISCALE**

- DOLORE ACUTO, FORTE, IRRADIATO
- AUMENTA IN STAZIONE ERETTA, MOVIMENTO, STARNUTI E COLPI DI TOSSE
- MIGLIORA CON FARMACI SPECIFICI

## **Cause SCIVOLAMENTI VERTEBRALI**

- DOLORE FORTE, ACUTO, IRRADIATO (a volte anche bilaterale)
- DOLORE PEGGIORA IN EXT (favorisce scivolamento vertebrale)
- MIGLIORAMENTO IN FLEX

## **Causa SACRO-ILIACA**

- DOLORE ACUTO, NO IRRADIAZIONE
- MOVIMENTO IN TORSIONE (es salita e discesa scale) e COMPRESSIONE  
ARTICOLAZIONE (es dormire sul fianco dolente)
- MIGLIORA CON RIPOSO (no lato lesione)

## **Cause LEGAMENTOSE**

- ACUTO, MAI IRRADIATO
- DOLORE DATO DA ELONGAZIONE
- ALLEVIA CON RIPOSO, FARMACI SPECIFICI, FREDDO

## **Causa ARTROSI**

- DOLORE ACUTO O RIGIDO
- DOLORE AL MATTINO
- DOLORE AL MOVIMENTO ATTIVO
- MIGLIORA CON MOVIMENTO PASSIVO, APPLICAZIONE FREDDO

# Cause **NEUROLOGICHE** DEL DOLORE

ALTERAZIONE SENSIBILITA', ROT (riflesso osteo-tendineo) E FORZA

DOLORE DERMATOMERICO

PUO' ESSERE LEGATO A MOVIMENTI DELLA COLONNA e alla compressione del disco  
(quando acuto, diminuisce se si cambia posizione alterata)

# Cause **SISTEMICHE** DEL DOLORE

FEBBRE, DEBOLEZZA, INAPPETENZA, CALO PONDERALE, DOLORI MIGRANTI,

TUMEFAZIONE ARTICOLARE

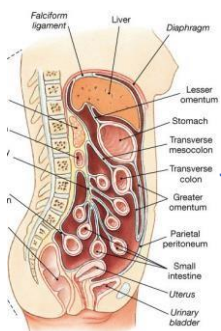
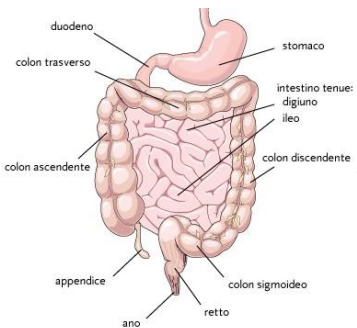
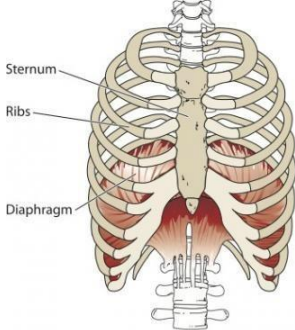
DOLORE NON MODIFICABILE

DOLORE NOTTURNO



# INTEGRAZIONE NEURO-FASCIALE

## Interferenze sulla dorso-lombare



Dott. Diego Merlo, Osteopata - INT. OSTEOPATHIC ACADEMY

Pilastri

Riflesso viscerico-somatico

Radice del mesentere

Compensi biomeccanici

Traumi sacrali



- La colonna, nelle forze ortostatiche, ha un punto di massima dissipazione energetica in dorso-lombare
- Influenza diaframmatica (fasce pericardiche che si attaccano sul diaframma)
- La radice del mesentere, un legamento che porta vasi e nervi al mesentere e all'intestino tenue si attacca sulla dorso-lombare (D12-L3) e quindi tipicamente la flette
- L'innervazione ortosimpatica dell'intestino tenue e crasso deriva dai tratti ortosimpatici paravertebrale dorso-lombare (D12-L2) quindi se ho un'irritazione degli organi interni le afferenze oltre che andare a livello talamico si ripercuotono per via riflesse sulle informazioni efferenti motorie per sovrapposizione nelle lamine 1/2/5/7/10
- la dorso-lombare è un punto di confluenza strategica neuro-fasciale e quindi è un punto strategico

## INTEGRAZIONE AL TRATTAMENTO STOMACO ED ESOFAGO

- quadrato dei lombi
- L2 – L4 per innervazione M. ILEOPSOAS

## INTEGRAZIONE AL TRATTAMENTO DEL DUODENO

- L2-L4 innervazione del muscolo psoas
- *diaframma e fascia trasversale* dell' addome, per correlazione anatomica con duodeno
- quadrato dei lombi e fascia toracolombare, per correlazione anatomica con duodeno

## INTEGRAZIONE AL TRATTAMENTO DEL FEGATO

- *diaframma e fascia trasversale* dell' addome per correlazione anatomica
- quadrato dei lombi e fascia toracolombare per correlazione anatomica con fascia trasversale

## INTEGRAZIONE AL TRATTAMENTO DEL PANCREAS

- L1, L2, L3

## INTEGRAZIONE AL TRATTAMENTO DEL DIGIUNO ILEO

- L2 – L4 per innervazione m. ileopsoas
- *diaframma e fascia trasversale* dell' addome, per correlazione anatomica con radice mesenterica
- quadrato dei lombi e fascia toracolombare, per correlazione anatomica radice del mesenterico e fascia trasversale e diaframmatica

## INTEGRAZIONE AL TRATTAMENTO INTESTINO CRASSO

- Fascia toracolombare e quadrato dei lombi (possibile spasmo) per posizione del crasso
- T11 – L2 per innervazione ortosimpatico
- S2 – S4 mobilizzazione sacrali per innervazione parasimpatico

# Regione Dorso- Lombare disfunzionale



Se limitata in flessione determina:

- un **sovraccarico della regione lombo-sacrale** che, mantenuto nel tempo, costringe ad un sovrautilizzo e ad una conseguente degenerazione

Se associata a:

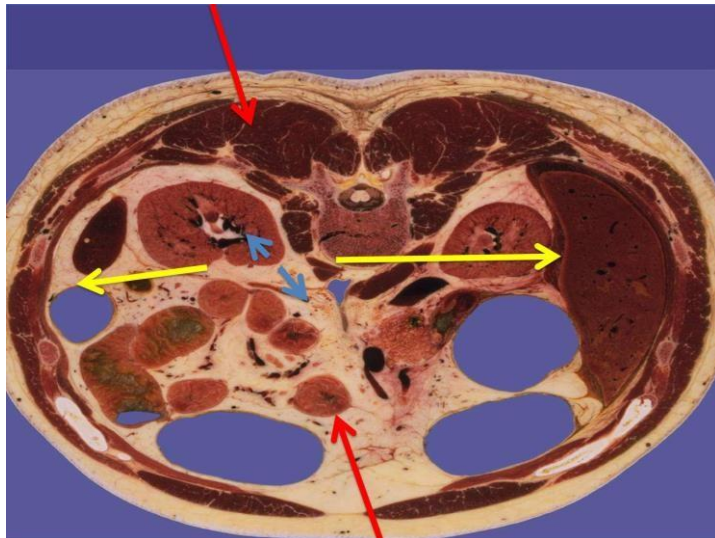
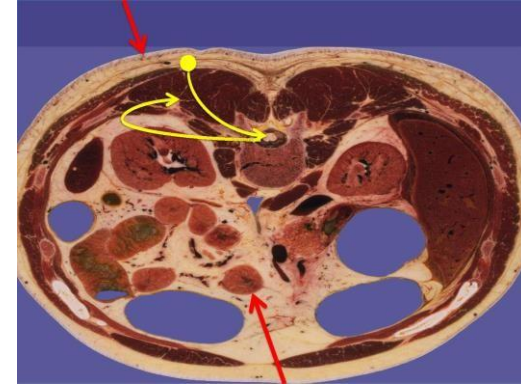
- frequente postura seduta
- concomitante sensibilità alimentare ai latticini e a lieviti che determina tensione nella regione compresa tra D11 e L2

Vi sono:

- Distensione del colon e del tenue= interazioni pressorie dirette sull'aponeurosi trasversale e sulla radice del mesentere = ulteriore sovraccarico a livello lombare per trazione diretta
- abitudini quotidiane e a alterazioni del tono dell'umore = ulteriore restrizione a livello dorso-lombare per interazione diretta attraverso l'inserzione dei pilastri diaframmatici

# SOFT TISSUE

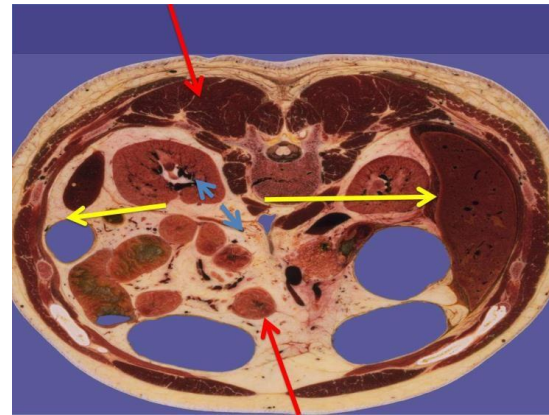
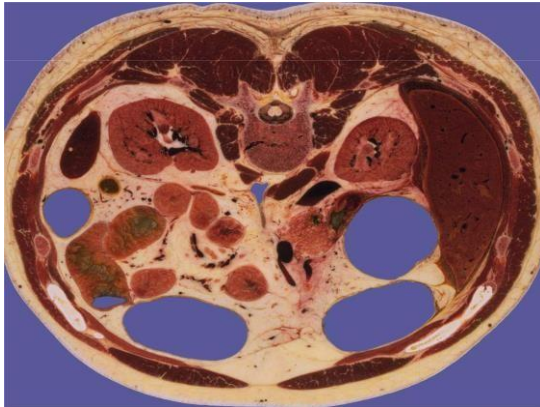
- Tecnica osteopatica Diretta
- Ricerca della funzionalità
- Rilascio neurologico – muscolare
- Diminuzione tensione tessuti molli



# SOFT TISSUE

- Andamento a termostato, l'idea è quella di comprendere le informazioni che il sistema in toto ci invia e accoglierlo per interagirci al meglio (guadagnare-lasciare).

Tali influenze derivano da interazioni neurologiche, meccaniche e pressorie



# SOFT TISSUE

- Mobilizzazione di fluidi
- Rilascio/distrazione trasversale del connettivo inter e intramuscolare
- Risposta degli organi muscolotendinei del Golgi (riflesso di rilassamento)

## 1. Presa ad una mano



## 2. Presa con una mano che rinforza





# SOFT TISSUE

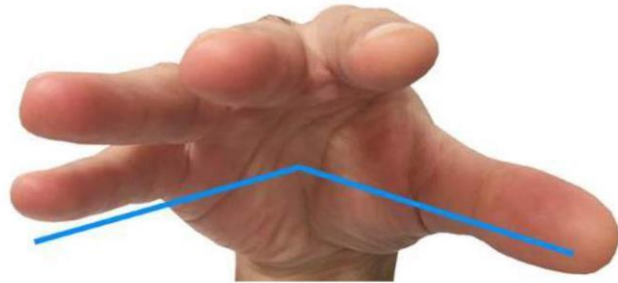
## 3. Presa in avvicinamento dei tessuti



## 4. Approccio manipolativo dei tessuti molli con interferenza articolatoria lombare e DL

# SOFT TISSUE (integrazione trattamento RL)

Approccio manipolativo dei tessuti molli con interferenza articolatoria dorsale e CD



# SOFT TISSUE (integrazione trattamento RL)

Approccio manipolativo dei tessuti molli con interferenza articolatoria dorsale e CD

- Mobilizzazione in ext



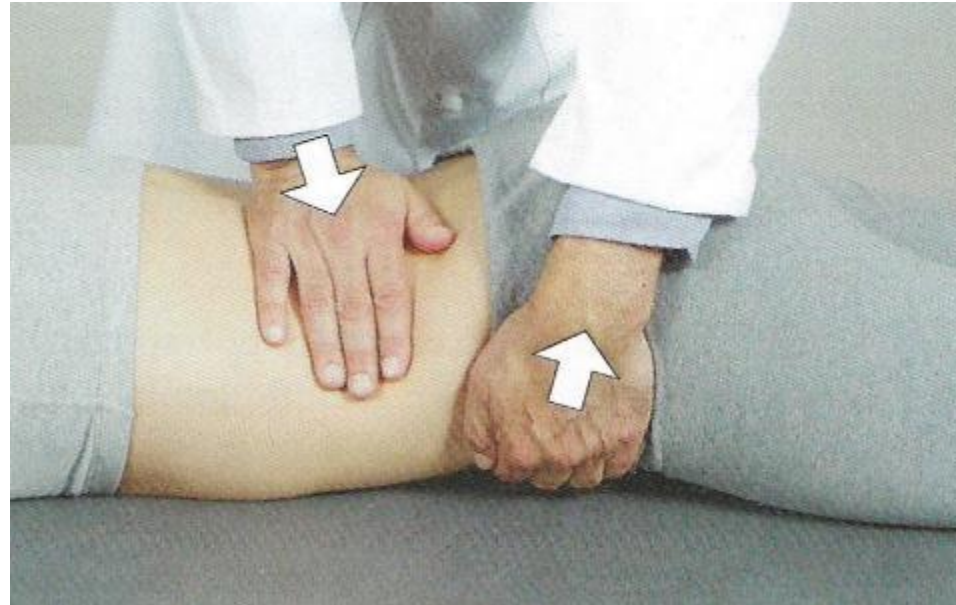
Trazione e Mobilizzazione laterale



# TESSUTI MIOFASCIALI

Pressione con leva iliaca

Tecnica statica o ritmica



# TESSUTI MIOFASCIALI

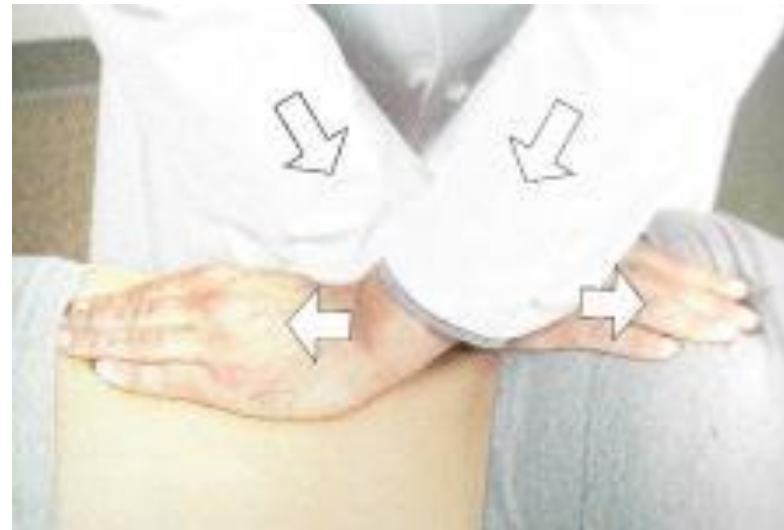
Trazione Lombo sacrale

Mano caudale su processi spinosi lombari (tenar e ipotenar su tessuti molli paravertebrali)

Mano cefalica su base del sacro

Pressione ventrale e trazione

Tecnica statica o ritmica



# RELEASE MIOFASCIALE

Stirare e rilassare in maniera riflessa, le restrizioni delle articolazioni e dei tessuti molli

Diretto o indiretto

Release differente da tecniche su tessuti molli perché:

Pressione esercitata fino alla fascia superficiale

Pressione costante

Forza in senso favorevole o contrario alle barriere

Miglioramento circolazione sanguigna e drenaggio linfatico

Detensionamento fasciale e articolare

Paziente prono o in decubito laterale



# Trattamento tessuti molli

## •Tecnica a "C"

Agganciare cute, esercitare una spinta + apertura

Trattenere da 10'' a 15'' per ciascun punto di trattamento



## Tecnica pollice

Pressione fino a dolore paziente

Mantenimento fino a inibizione dolore e successiva pressione più profonda (modalità inibitoria)

Pressione 8'' - relax 8''  
30'' - 2' di trattamento (modalità circolatoria)





# Trattamento tessuti molli

- **Tecnica di stiramento**

Stretch con pollici su punto di maggior densità (mantenere 10'')



# TRIGGER BAND

E' rappresentato da una **fascia, linea o banda**

**Fibre fasciali contorte** che causano un dolore

Al tatto si percepisce del tessuto contorto, dei nodi, delle onde o dei **granelli di sabbia o sale grosso**.

**Gesto:** il pz mostra una linea con più dita (percepisce una serie di punti)

## **DOLORE:**

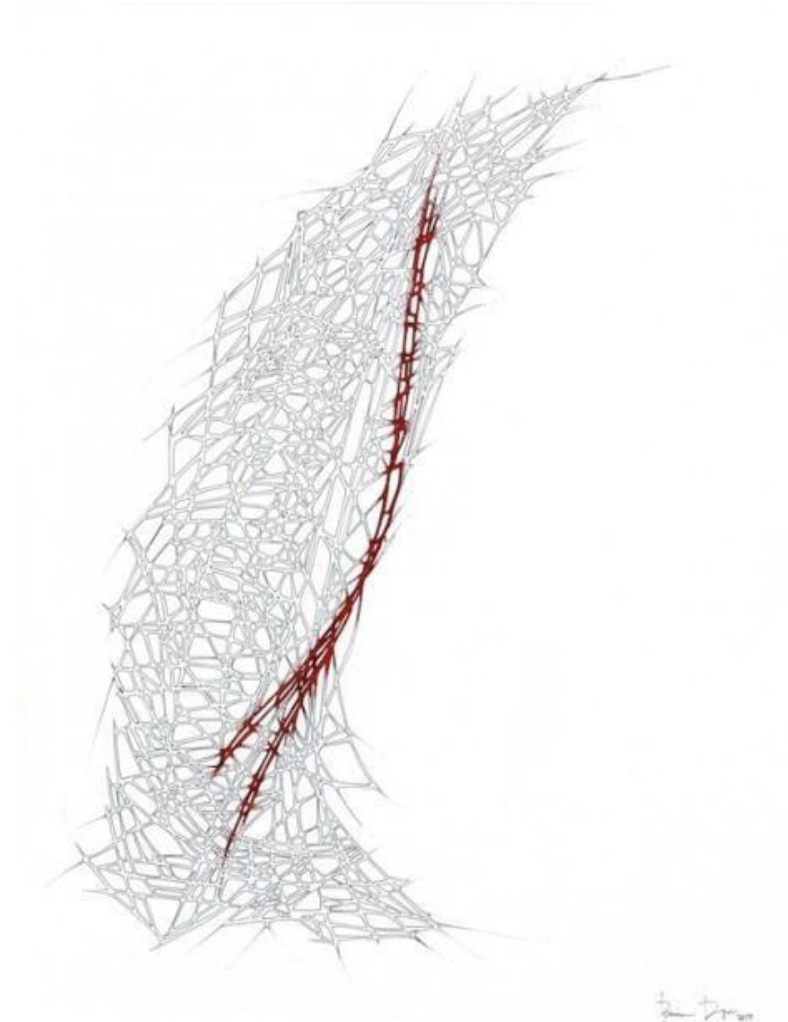
tagliante, che brucia o tira

iniziale - all'atto del movimento sempre acuto, in particolare il mattino

peggiora con il calore

non reagisce ai fans

peggiora durante la notte



# TRIGGER BAND

## **CARATTERISTICA:**

Limitazione del movimento

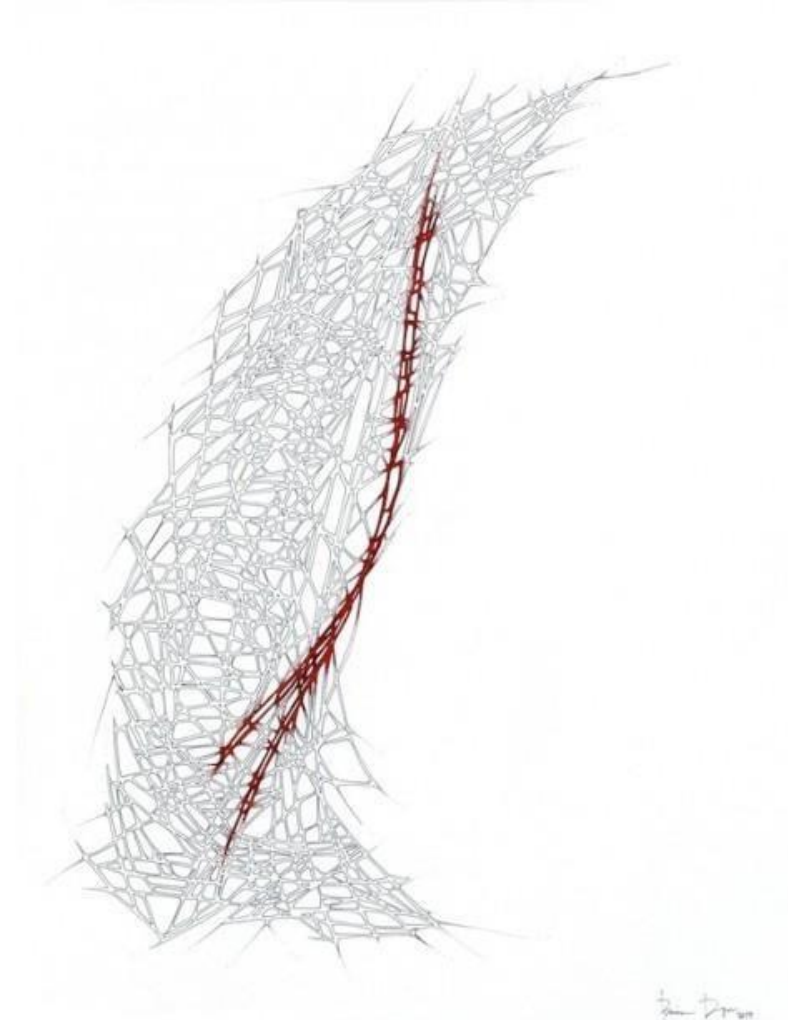
Dolore al tatto

Gonfiore, debolezza, disturbo della funzionalità

Può migliorare o guarire spontaneamente con il movimento

## **TRATTAMENTO**

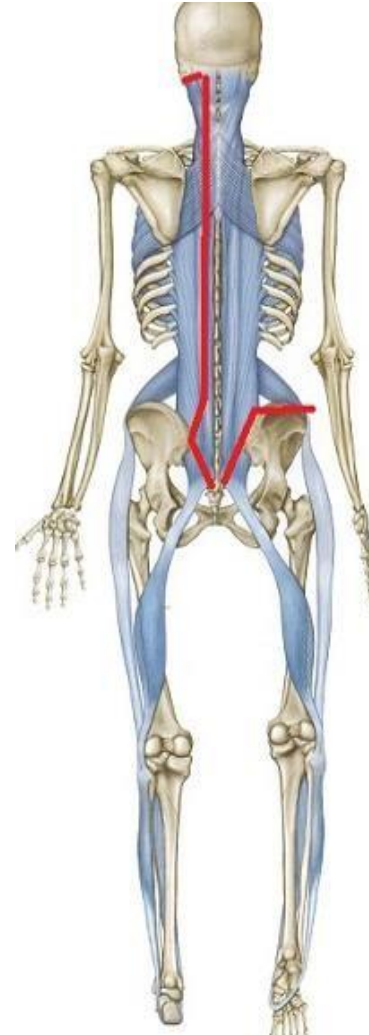
Tecnica con il pollice, dall'inizio alla fine della striscia dolorosa, non interrompere mai



# TRIGGER BAND PIU' COMUNI

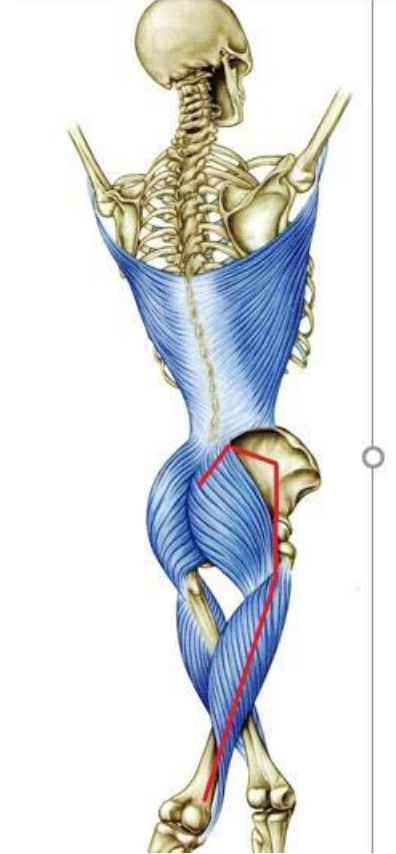
TB sacro – cresta iliaca

TB sacro, trapezio, romboide,  
splenio, semispinale, mastoide



# TRIGGER BAND PIU' COMUNI

- TB sacro, grande gluteo, medio gluteo, piriforme, gemelli, bicipite femorale
- Gastrocnemio laterale, soleo, malleolo esterno, estensori brevi, 5 dito



# TRIGGER POINTS Erniati

Protrusione anomala (ernie) del tessuto attraverso il piano fasciale, raramente si trovano alle estremità

Presente nelle fasce piatte e nei tessuti molli (zona lombare, zona inguinale e glutea)

La protrusione del tessuto è palpabile

**GESTO:** Il paziente spinge nell'area con **due o tre dita** (tentativo subconscio alla riduzione dell'ernia)

Il paziente riferisce di un **dolore sordo**

## **CARATTERISTICA:**

Dolore che aumenta alla pressione, tensione, con riduzione della funzionalità delle articolazioni vicine

Non guarisce spontaneamente, ma reagisce bene al calore

Non crea dolore di notte se si è in posizione comoda, ma lo si percepisce alla pressione

# TRIGGER POINTS Erniati

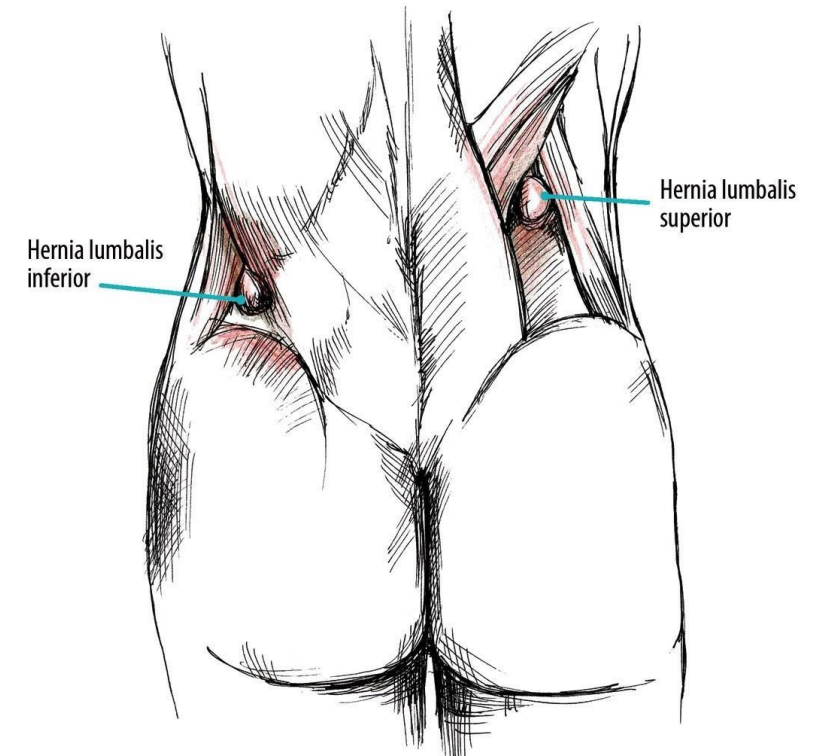
## TRATTAMENTO

Riposizionamento del tessuto attraverso una pressione del pollice

Meglio se verso il basso per sfruttare la forza di gravità

Ricerca la direzione

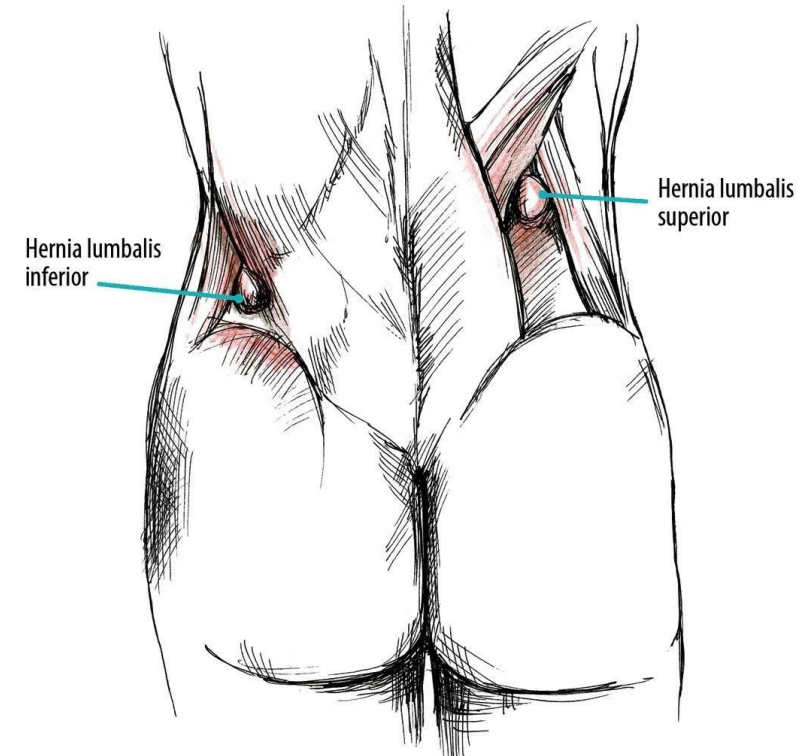
Release (chiusura delle fasce, mungitura)



# TRIGGER POINTS Erniati più comuni

Cresta iliaca, gran dorsale, obliquo dell'addome (Petit Belt)

Quadrato dei lombi, costa 12, obliquo e trasverso dell'addome (Grynfelt)





# Continuum Distorsion

Alterazione della zona di transizione tra legamenti, tendini o altre fasce e ossa

## GESTO

Il paziente indica con un **dito un punto specifico**

Si trova abitualmente in **prossimità di un articolazione** (ma non spinge su di esso o strofina la zona interessata)



# Continuum Distorsion



## CARATTERISTICA

Dolore pungente

Dolore prossimo ad articolazione o osso

Disturbo della propriocezione

Dolore improvviso o traumatico

Dolore solo in determinate posizioni

Può guarire da solo nel tempo

Migliora durante la notte

Non peggiora con il calore

# Continuum Distorsion



## TRATTAMENTO

Con il pollice, riduzione della disfunzione

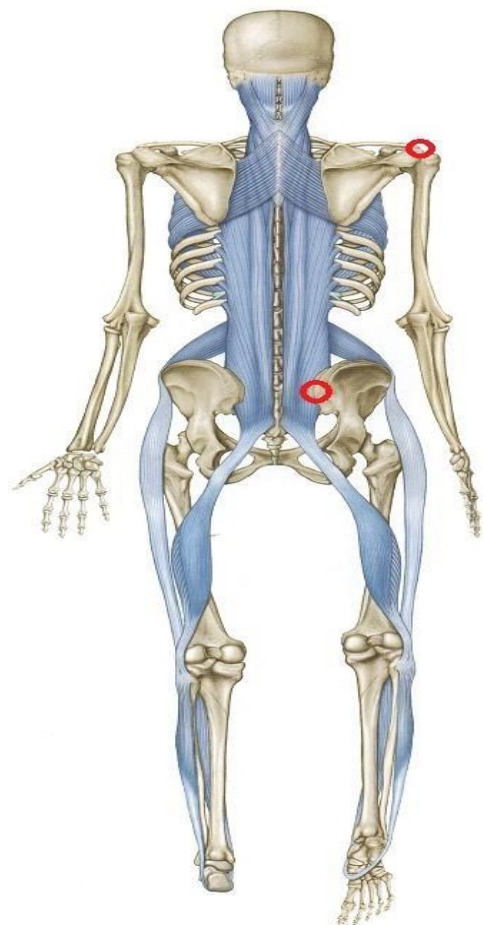
La pressione è corretta se dolorosa, modificare la direzione della pressione solo dopo aver interrogato il paziente

La pressione va mantenuta almeno per 2 minuti o fino a quando il dolore è scomparso

Ogni 10 secondi aumentare la pressione

Se non trattato sufficientemente, il dolore può tornare.

# Continuum Distorsion più comuni



Cresta iliaca



Processi spinosi

# TRATTAMENTO RD-RL

- Messa in tensione della catena del multifido (da lombare a dorsale) possibile anche con arto inferiore pz fuori per mettere maggior tensione a livello della fascia
- **Posizione simil side roll** (si mette in tensione il multifido con la tecnica della rotazione)
- **Posizione seduta**  
trattamento omolaterale a me  
flex- inclinazione omolaterale che permette di detendere gli strati superficiali e arrivare sulla catena del multifido  
rotazione controlaterale per favorire lo stress della catena del multifido  
si lavora caudalmente  
Possibile trattamento con flex tronco pz e arto inferiore su sedia
- **Posizione accovacciamento** (usare due pollici e recuperare cranialmente a ventaglio per migliorare lo spazio). Prima però devo aver liberato davanti e dietro
- **Indicazioni:** retrazioni catena posteriore, rigidità lombare, contratture muscolari, discopatie



# Quadrato Lombi

Pz di lato

Arto inferiore fuori dal lettino (stretch quadrato lombi)

Da laterale a mediale scollamento

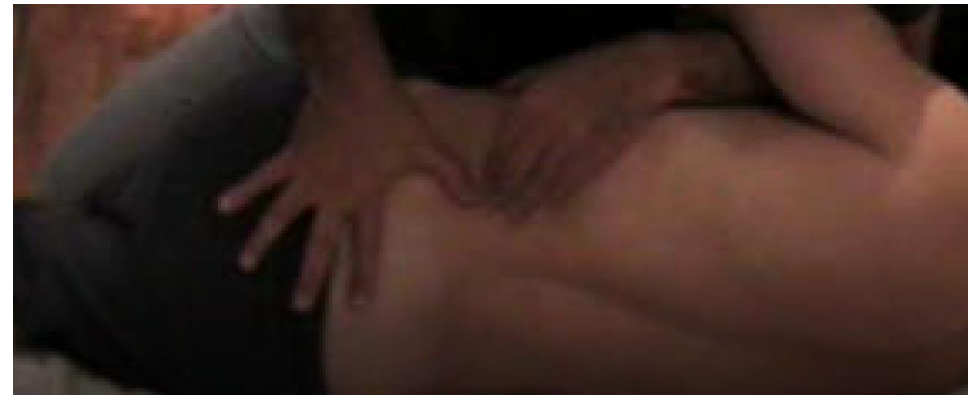
3-5 vv

Pz di lato

Allungare arto inferiore e arto superiore

Da distale a mediale e/o viceversa

3-5 vv



# FASCIA RENALE

- I reni si muovono liberamente seguendo il binario dello psoas e guidati dal movimento del diaframma
- Disfunzioni di mobilità portano a retrazione catena CTAP
- Cause possibili possono essere cicatrici post interventi, infiammazioni, infezioni
- Tecnica migliora la mobilità del rene ed elimina interferenze con catene fasciali (da farsi se in passato coliche o cistiti)
- Mani tra 12° costa e cresta iliaca- messa in tensione aponeurosi

**Indicazioni:** discopatie, limitazioni mobilità rachidea



# DECOMPRESSIONE SACRALE



- Liberazione fascia regione lombopelvica
- Pz supino gambe estese
- Una mano operatore sotto vertebre lombari (processi spinosi su spazio palmo mano terapeuta), altra mano su sacro
- Trazione con mano caudale (2' prima di rilassamento lombare)
- Tempo totale 5'



# Buono studio!

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



INTERNATIONAL  
OSTEOPATHIC  
ACADEMY