

# OSTEOPATIA FASCIALE

Diego Merlo  
Osteopata

Dott Diego Merlo Osteopata - INT. OSTEOPATHIC ACADEMY



INTERNATIONAL  
OSTEOPATHIC  
ACADEMY

# LA FASCIA

Il sistema fasciale è una rete tridimensionale di tessuto **visco-elastico** diffusa ubiquitariamente in tutto il corpo e parte integrante del sistema muscolo-scheletrico



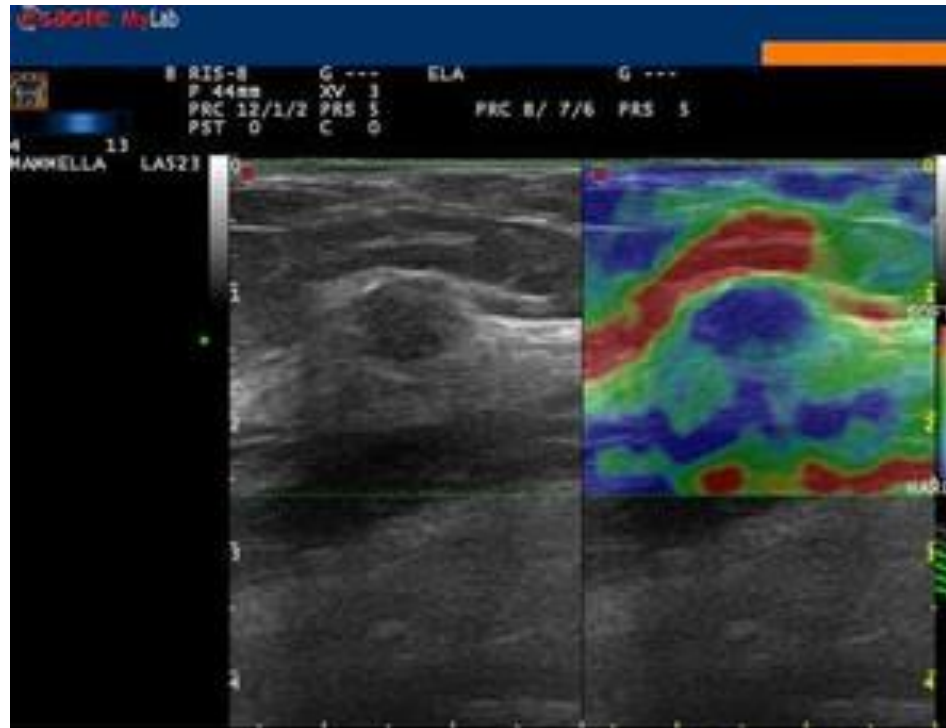
# Sistema Fasciale

- **Fibre collagene:** è la chiave strutturale che conferisce la capacità di resistere alle tensioni.
- **Fibre reticolari:** formano trame e reti sottili e sono coinvolte nella costituzione dell'impalcatura del tessuto connettivo lasso delle pareti dei vasi e della muscolatura liscia
- **Elastina:** è un'importante proteina organizzata in fibre e fogli che conferisce proprietà di allungamento e ritorno elastico ai tessuti. Forma le fibre elastiche che hanno la capacità di sopportare torsioni e tensioni notevoli, deformandosi per poi ritornare allo stato di distensione originario.

# Studi

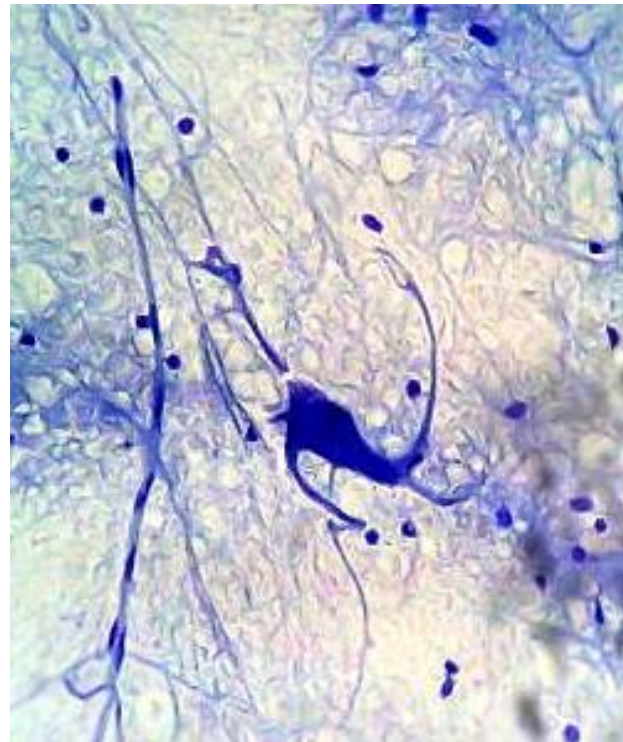
Un interessante studio condotto con l'elastosonografia ha dimostrato come una fascia eccessivamente stressata sia più **spessa** e meno **elastica**.

Ne consegue che questa sia meno disposta ad accettare stimoli meccanici e a deformarsi potendo causare sintomi locali e/o a distanza.



# Studi

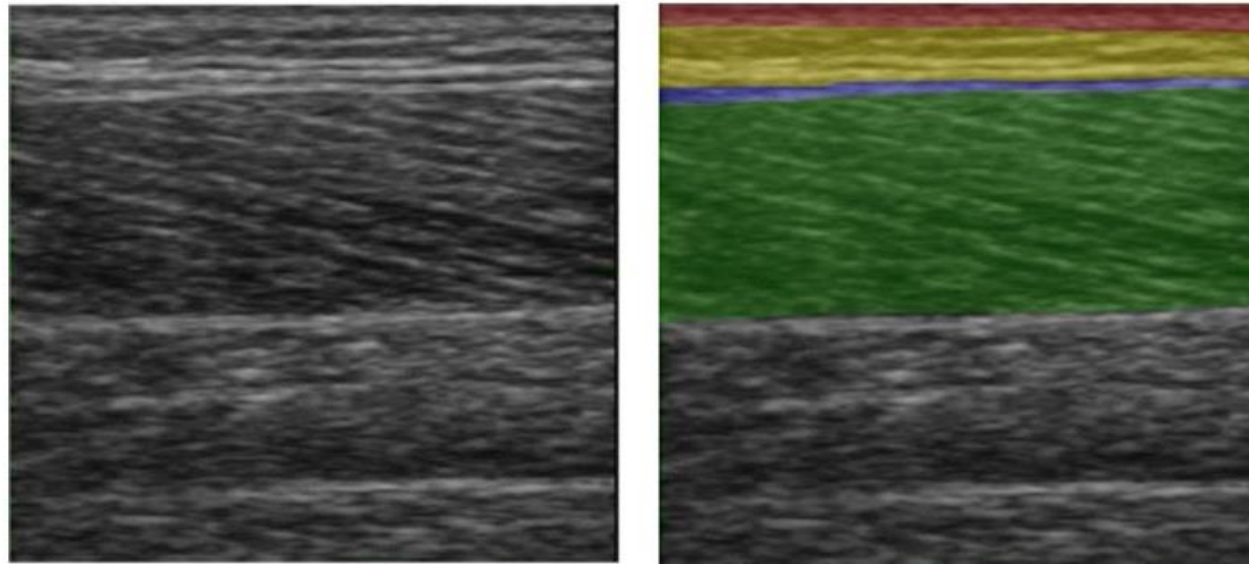
E' importante evidenziare che la fascia è popolata da **fibre nervose sensoriali**. Questo suggerisce come tale struttura possa contribuire alla propriocezione e alla nocicezione poiché sensibile alla pressione.



# Studi

Attraverso lo studio ecografico sono state evidenziate alterazioni strutturali nei tessuti connettivi nelle regioni dei dolori riferiti (*non irradiati!!!*).

Questo ci permette di ipotizzare, sulla base del **significato nocicettivo delle fasce**, che collegamenti aponeurotici tra compartimenti muscolari diversi possano fornire una spiegazione alternativa alle distribuzioni di dolore che spesso non sono conformi né con la topografia del muscolo specifico né con la distribuzione neurologica .





# Studi

L'**invecchiamento** contribuisce al processo di retrazione fasciale giustificando l'aumento delle sintomatologie dell'apparato muscolo-scheletrico in relazione all'età.

A tale proposito è stato condotto uno studio sul tratto ileo-tibiale di cadaveri ed è stato dimostrato, applicando una forza a tale livello, che l'elasticità della struttura aponeurotica tende significativamente a diminuire durante il tempo di vita.



# Sistema Fasciale

- Posture viziate, traumi, micro traumi, ripetuti eventi flogistici acuti, possono portare una disfunzione fasciale
- La fascia è popolata da numerose fibre sensoriali e contribuisce quindi alla propriocezione e alla nocicezione in quanto sensibile alla pressione
- Stretta relazione tra il sistema nervoso simpatico e la fisiopatologia dei disturbi fasciali (secondo numerosi autori); spiegazione dolore lombare in aumento se stress psicologico
- La fascia ha l'importante compito di favorire il ritorno venoso e linfatico



# DISFUNZIONE FASCIALE

Qualsiasi processo che porta una parziale o completa perdita delle capacità elastiche del tessuto fasciale e della sua mobilità, rispetto a tutte le strutture adiacenti

Una disfunzione può determinare adattamenti e compensi

Una conseguente postura alterata e compromessa, è traducibile in schema disfunzionale e sintomi che riguardano la zona colpita dalla restrizione fasciale

Le disfunzioni possono essere suddivise in ***retrazioni, cicatrici, aderenze***

## DISFUNZIONE FASCIALE

- **Schema disfunzionale** (esplicazione a distanza e in tutte le direzioni di una disfunzione; es epicondilite)
- **Compensi** (strategia utilizzata da organismo per far fronte a difficoltà di un distretto corporeo)
- **Adattamenti** (vera e propria strategia; es retrazione monolaterale a livello di un arto inferiore, porta a flessione ginocchio)

# Disfunzione Fasciale

- **Retrazioni** (diminuzione della deformabilità della fascia)
- **Cicatrici** (risultato del tentativo di riparazione in seguito ad una lesione del tessuto)
- **Aderenze** (errore di guarigione), portano a problemi posturali più delle cicatrici

# Anatomia delle Fasce



**FASCIA SUPERFICIALE:** comprende la lamina basale dell'epidermide, la trama connettivale del derma, il tessuto cellulare sottocutaneo

**FASCIA MEDIA:** comprende le **aponeurosi (superficiali/medie/profonde)**, l'**epimisio** dei muscoli (*fascia muscolare che riveste l'intero muscolo*), **tendini e legamenti viscerali**, **guaine esterne dei visceri**, **guaine esterne dei vasi**, **capsule esterne dei gangli linfatici**

**FASCIA PROFONDA:** **meningi** (dura madre, aracnoide, pia madre), **perimisio** (*guaina che riveste i fasci di fibre muscolari*), **endomisio** (*guaina che riveste le singole cellule o fibre muscolari*), **nevrilemma** (\*epinevrio, \*perinevrio, \*endonevrio) e **guaine dei gangli nervosi**, **guaine sottosierose e sottomucose**, **periostio**, **capsule e sinovie articolari**

\*epinevrio: rivestimento di tessuto connettivo più esterno di un nervo periferico

\*perinevrio: rivestimento intermedio di tessuto connettivo, di un nervo periferico

\*endonevrio: sottile strato di tessuto connettivo che racchiude la fibra nervosa

# APONEUROSIS

- Rivestimento generale della struttura muscolo-scheletrica
- Può determinare limiti di movimenti pluri-articolari e governare le restrizioni
- La comprensione dell'anatomia e della meccanica delle fasce, è importante nella gestione di numerosi sintomi e alterazioni posturali
- Le aponeurosi sono in continuità tra loro
- Tra le varie aponeurosi, parleremo di quella riguardante torace, addome-pelvi, toraco-lombare

# Aponeurosi

- L'aponeurosi è un rivestimento generale della struttura muscolo-scheletrica , questa struttura può determinare i limiti pluri-articolari e governarne le restrizioni (es. toccarsi le punte, ove si ha tensione catena posteriore e dolore scaturito da attivazione nocicettori delle fasce)
- I collegamenti aponeurotici tra comparti muscolari diversi possono favorire una spiegazione alle distribuzioni di dolore che spesso non sono conformi alla topografia del muscolo specifico né con la distribuzione neurologica



# LE TECNICHE

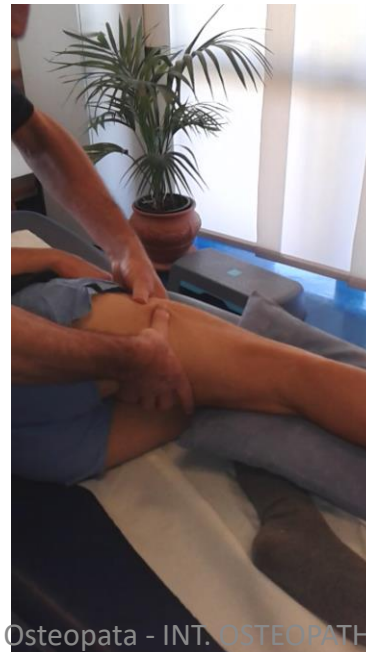
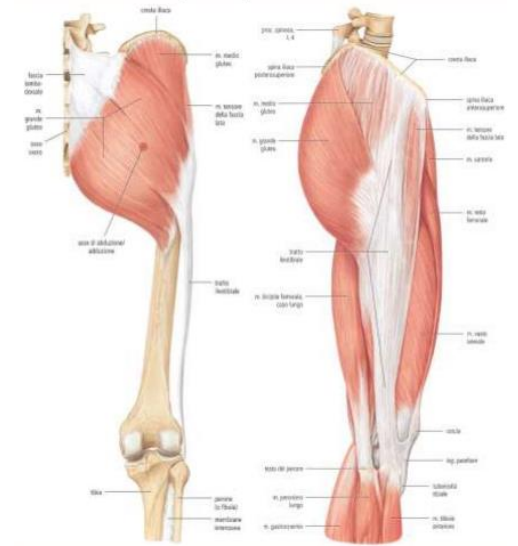
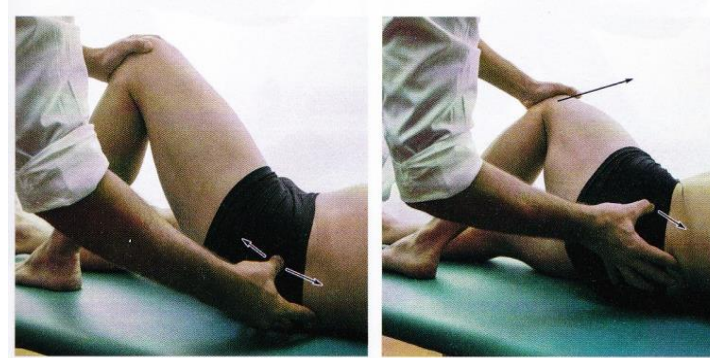
- mirano a recuperare la viscoelasticità dei tessuti aponeurotici
- sono dirette e quindi si compiono manipolando il tessuto aponeurotico in direzione della restrizione
- sviluppando calore, ripristinano il corretto scorrimento fra i diversi piani fasciali
- si effettuano sulla causa del problema e non sul sintomo
- rivalutare subito il paziente post trattamento

# LE TECNICHE

- E' possibile lavorare con due pollici o con le dita delle due mani in direzione opposta
- E' possibile lavorare semplicemente in compressione sulle aponeurosi più profonde (es pelviche) dove è impossibile usare vettori di trazione
- Ripetere le manovre 3 o 4 volte aumentando la profondità, fino a ottenere la mobilità tissutale desiderata
- Cadenza sedute 1 vv settimana per le prime 3 sedute, quindi a distanza di un mese (possibile che il tessuto tenda a regredire coi gg nella sua condizione abituale, in base all'età e allo stile di vita del pz)
- Se il pz torna e presenta sempre lo stesso problema, significa che non si è lavorato sulla causa primaria
- Controindicazioni sono relativa allo stato cutaneo della pelle, e alla salute del pz (es neoplasie, varici, tromboflebiti, trombosi venosa linfatica, flebiti, dermatiti)

# TENSORE FASCIA LATA- BANDELETTA ILEOTIBIALE- ISCHIO

- da SIAS a tubercolo del Gerdy
- **Azione:** flessione – abduzione- intrarotazione coscia, estensione gamba, extrarotazione a gamba flessa
- **Indicazioni:** incapacità di sedere a gambe incrociate; valgismo di gn quando pz in carico; problematiche al rl
- Intolleranze al glutine portano bacino in retroversione e quindi tensione bandeletta
- La retrazione della fascia lata e del TFL è espressione funzionale della lateralizzazione del carico rispetto a sofferenze LS



# PIRIFORME

- da S2 a gran trocantere
- **Azione:** abduzione- extrarotazione coscia
- **Indicazione:** limitazione in intrarotazione anca; patologie discali; retrazione catena posteriore; tendenza ad assumere valgismo di gn (si ha quando gli extrarotatori d'anca sono deboli; piriforme, otturatore interno ed esterno, gemelli superiore ed inferiore, quadrato del femore)



# TIBIALE ANTERIORE

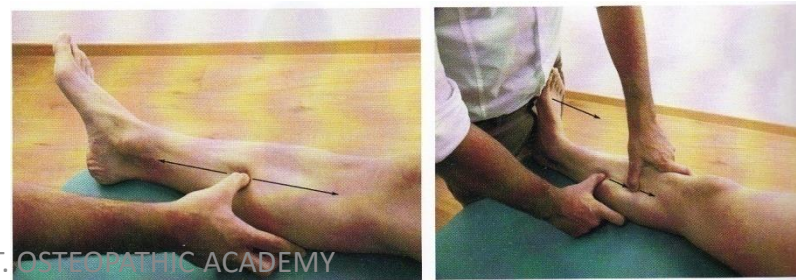
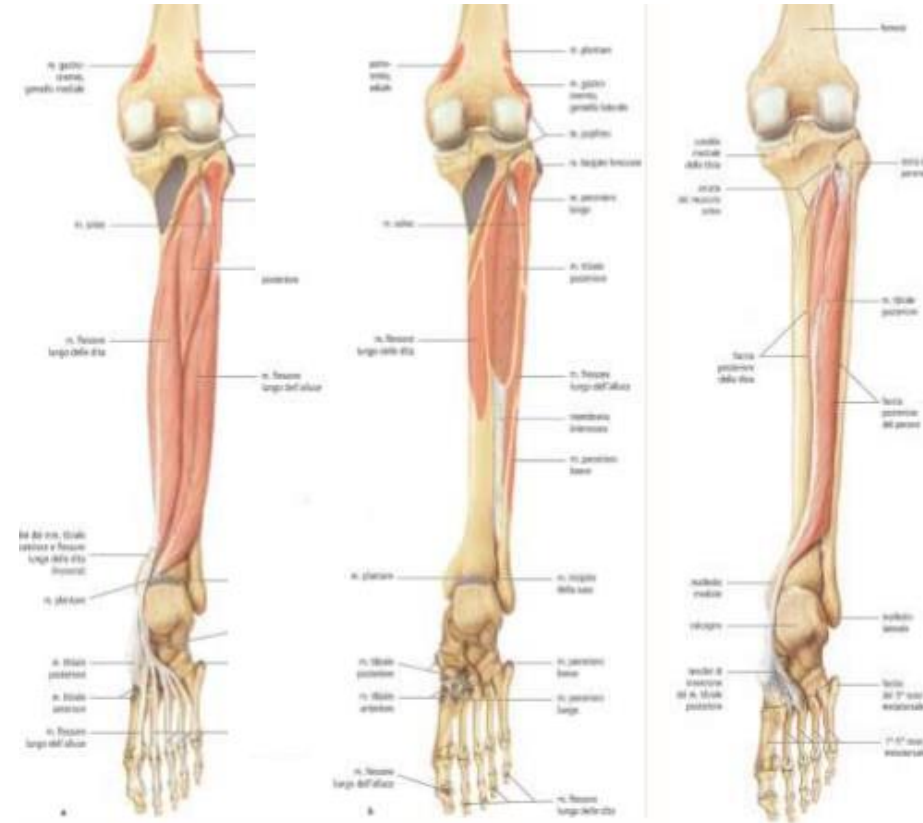
- dal condilo laterale tibia a 1°cuneiforme e base primo metatarso
- **Azione:** dorsiflessione piede e supinazione
- **Indicazioni:** limitazioni in flex plantare





# TIBIALE POSTERIORE

- dalla superficie laterale della tibia – faccia mediale perone – membrana interossea si inserisce su base 2°-3°-4° metatarso e 3 cuneiformi e sul cuboide
- **Azione:** supinazione e plantoflessione
- Trattamento con arto inferiore con max flex dorsale piede ed extrarotazione arto inferiore
- **Indicazioni:** riduzione capacità di sollevarsi su punte piedi; limitazioni caviglia flessione dorsale (permette recupero nei blocchi di caviglia); periostiti (spesso false)





# TECNICHE BASI FASCIA PLANTARE



# TECNICHE BASI TENDINE D'ACHILLE



# Buono studio!

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



INTERNATIONAL  
OSTEOPATHIC  
ACADEMY