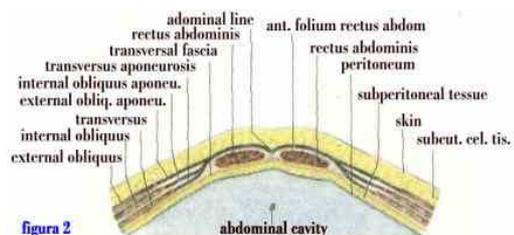
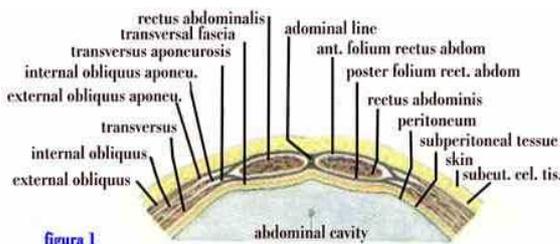


Influenze delle cicatrici nelle alterazioni delle dinamiche posturali (parte I)

di Nicola di Mattia D.O.

Molto spesso nel trattare pazienti lombalgici e con problematiche più complesse (vertigini, cefalee, dolori mestruali, e relativi disturbi) abbiamo osservato una ricomparsa della sintomatologia e l'assoluta inefficacia del trattamento. Ad un esame più accurato si riscontravano le stesse lesioni osteopatiche su cui precedentemente avevamo lavorato. Spesso questi pazienti avevano subito interventi chirurgici. Esaminando le cicatrici con un approccio di tipo fasciale constatavamo che le cicatrici non permettevano una piena libertà dei piani sottostanti, erano presenti aderenze che accumulavano tensioni applicate molto spesso anche a distanza. Dopo aver trattato le cicatrici ed aver ristabilito una mobilità dei vari distretti fasciali circostanti, il soggetto migliorava dal punto di vista osteopatico e sintomatologico, ma soprattutto riacquistava anche un equilibrio della propria postura in un regime di economia del lavoro muscolare per il controllo della postura stessa. Per capire che succede a livello fasciale bisogna necessariamente fare alcuni richiami anatomici senza i quali la comprensione della problematica osteopatica diventa difficoltosa.

Per fare ciò prenderemo ad esempio un distretto che statisticamente tra i più violati dal bisturi. Nella fig. 1 vediamo un taglio trasversale dei muscoli addominali e delle loro aponeurosi, con questo nome si designano le tre aponeurosi d'inserzione anteriore degli obliquo esterno, obliquo interno e trasverso. Queste tre lamine sono sovrapposte dall'avanti all'indietro, come i muscoli da cui derivano e di cui sono la continuazione. Nella fig. 2 possiamo vedere l'aponeurosi posteriore del trasverso dell'addome. L'aponeurosi posteriore di questo muscolo unisce alla colonna vertebrale i fasci medi di questo muscolo. Semplice ed unica alla sua origine dal muscolo, si divide, raggiungendo il margine laterale del muscolo quadrato dei lombi, in due lamine, una delle quali passa davanti a questo muscolo, l'altra posteriormente. Quest'ultima lamina, a sua volta, giunge, al margine laterale dei muscoli spinali, manda un foglietto dietro di essi. L'aponeurosi posteriore del trasverso si divide in complesso, in tre foglietti distinti, secondo la posizione, in anteriore, medio e posteriore. Il foglietto anteriore della fascia del muscolo quadrato dei lombi si estende in senso latero-mediale sulla fascia anteriore di detto muscolo e viene a fissarsi, medialmente, sulla base dei processi trasversi delle vertebre lombari.



E' rinforzato nella sua parte superiore, da un sistema di fibre dirette trasversalmente ed estese all'apice della XII costa alla faccia anteriore ed al margine superiore del processo trasverso della seconda lombare. L'insieme di queste fibre trasversali, fuso così con le fibre della fascia del muscolo quadrato dei lombi, costituisce una specie di arcata, concava in basso, chiamata arcata del quadrato dei lombi o ligamento del diaframma, in quanto sulla sua convessità vengono ad inserirsi i fasci corrispondenti del muscolo diaframma. Il foglietto medio, il più importante dei tre, costituisce la parte principale dell'aponeurosi d'inserzione posteriore del muscolo trasverso. Fa seguito ai fasci carnosi di questo muscolo e termina sull'apice dei processi trasversi e costiformi delle vertebre lombari. Questo foglietto occupa in altezza tutto lo spazio compreso tra la XII costa e la cresta iliaca.

Osteopathic Center di Nicola Di Mattia D.O.

62012 Civitanova Marche (MC) - Centro Commerciale Aurora
Via Einaudi 108 - 2° Piano - Interno 23 - Telefono e Fax 0733-829611

Il foglietto posteriore si distacca, come si è detto sopra, in corrispondenza del margine laterale dei muscoli spinali. Si porta all'indietro e medialmente confondendosi con l'aponeurosi del muscolo grande dorsale; contribuisce così a formare, con alcune altre aponeurosi, specialmente con quelle del muscolo obliquo interno e del dentato posteriore inferiore, l'aponeurosi lombo-dorsale. Allontanando l'uno dall'altro i tre foglietti ora descritti dell'aponeurosi posteriore del muscolo trasverso, restano circoscritte, assieme alle parti corrispondenti della vertebrale, due logge osteofibrose importanti: una loggia anteriore (5) posta tra il foglietto anteriore e il foglietto medio; una loggia posteriore (6) compresa tra il foglietto medio ed il foglietto posteriore. La prima di queste logge è occupata dal muscolo quadrato dei lombi; nella seconda risiedono i muscoli delle docce vertebrali. Il foglietto della fascia trasversa precedentemente descritto contrae rapporti con il legamento longitudinale anteriore e l'anello fibroso dei dischi. Non bisogna poi dimenticare che la dura madre che ricopre la radice nervosa (esempio L1-L2) solidarizza con la fascia prevertebrale fig. 3. A questo punto dobbiamo pensare all'anatomia ed alle relazioni descritte come a strutture in movimento. Il movimento proviene dall'induzione del sistema nervoso centrale chiamato M.R.P. (movimento di respirazione primaria) da non confondere con la respirazione polmonare (anch'essa influente). L'M.R.P. viene descritto in forma esauriente dal collega Dott. Cozzolino in un suo articolo presente nella rivista "I.A.P.N.O.R.". L'M.R.P. influenza le fasce periferiche imprimendo loro un movimento spiriodale in senso orario ed antiorario. Questo movimento sulle fasce superficiali (fascia obliqua esterna e retto dell'addome) viene avvertito con una certa velocità. Più in profondità (ad esempio nella fascia trasversa e nel foglietto esterno peritoneale) il movimento è più rallentato. Quindi fra questi involucri che formano una struttura di tipo coassiale esiste una differente velocità. Questa è la ragione per cui si può affermare che esiste un relativo movimento di scivolamento fra differenti strutture e che questo movimento garantisce la circolazione linfatica come se fosse una pellicola interposta a garanzia di una omeostasi generale. Ma che cosa succede se per una qualsiasi ragione dopo un intervento chirurgico che mette in comunicazione (attraverso aderenze) la fascia trasversa con il peritoneo, oppure la fascia trasversa con il foglietto dell'obliquo esterno? La struttura più interna sarà costretta a muoversi all'unisono con quella più esterna ottenendo così due effetti. Il primo che verrà inficiato il drenaggio (movimento linfatico) prodotto dallo scivolamento di una struttura sull'altra. Il secondo è che si creerà una tensione fasciale (saturazione energetica) che a seconda dove si applicherà potrà ottenere effetti più o meno importanti. Ad esempio nel caso di una aderenza tra il peritoneo e la fascia trasversa potremmo avere una tensione applicata al funicolo nervoso fig. 4 e come risposta da parte dell'innervazione un'alterata soglia tonica, conseguente ipertonicità nelle strutture innervate fino a problemi più gravi come un'ischemia del nervo stesso. Ma la tensione potrebbe anche sfogare sull'anulus fibroso del disco. Noi sappiamo bene che la maggior parte delle protrusioni disco - anulari sono frutto di piccole tensioni fasciali, applicate nel tempo che ottengono come risposta organica il cedimento delle fibre dell'anulus e successivamente anche protrusioni a carattere erniario. Da ciò si evince che nei casi sopra descritti l'ernia discale risulta sicuramente come un sintomo.

