

PROTRUSIONI ED ERNIE DEL DISCO COME FENOMENI DI ORIGINE COMPRESSIVA: NUOVO APPROCCIO CON L'ALLUNGAMENTO MUSCOLARE GLOBALE DECOMPENSATO

E' facile intuire come una protrusione o un'ernia del disco possano essere legate a fenomeni compressivi, di schiacciamento, siano essi di origine traumatica diretta, quali ad es. un capitombolo sul sacro o una caduta da cavallo, che indiretta, quali ad es. sollevare pesi eccessivi in modo scorretto, praticare sport violenti, subire microtraumi ripetuti o assumere abitualmente cattive posture. Tutti i fattori appena indicati possono risultare responsabili di tali patologie.

Esaminiamo ora la relazione fra le corrette curve di una colonna sana ed una colonna con le curve non fisiologiche.

La colonna vertebrale, come tutti ben sappiamo, è costruita in modo ingegneristica; le curve, se regolari e nel rispetto della fisiologia articolare, hanno lo scopo di fungere da ammortizzatore e permettere i giusti movimenti. L'indice di Delmas (vedi Kapandji) esprime molto chiaramente come la resistenza meccanica alla compressione, sia in relazione al numero delle curve (n° delle curve al quadrato più uno). Dunque una colonna con curve ridotte, rettificata o addirittura con inversioni delle stesse, perderà inevitabilmente parte delle sue caratteristiche di resistenza, di flessibilità e di adattabilità alle circostanze cui è soggetta.

Non è infatti pensabile che una colonna con curve scorrette possa godere della stessa salute di una con curve fisiologiche; sarebbe come pretendere da un'automobile che abbia subito un incidente e sia quindi andata fuori assetto (dima), che possa avere la stessa stabilità in curva rispetto ad un'auto in "forma", corretta.

E' un dato di fatto che in presenza di alterazioni delle curve (ipercifosi, iperlordosi, scoliosi, ipolordosi, ipocifosi, inversione delle curve), si verificano i maggiori problemi. Ad esempio a causa delle curve scorrette, può venire a mancare persino la stabilità delle faccette articolari (il cui scopo è quello di "articolare" la vertebra sottostante con quella sovrastante), poiché queste perdono in parte la loro possibilità di agire in modo corretto e dinamico e si ritrovano quindi soggette ad una classica algia, la "sindrome delle faccette articolari".

Anche le costole, che si articolano a livello dei processi costo-vertebrali, trovando curve incongruenti (ipercifosi dorsale, ipocifosi dorsale o addirittura l'inversione dorsale infrascapolare), perdono la possibilità di svolgere i corretti movimenti necessari ad un'adeguata respirazione.

Se il punto di inserzione costale si è alterato nel tempo, necessariamente anche il torace a sua volta non potrà più mantenere dei movimenti corretti.

Per quanto concerne la protrusione o l'ernia, i tratti più preoccupanti sono quelli relativi alle lordosi, ossia a livello cervicale e lombare. Rare sono le ernie che avvengono a livello dorsale, sia perché il movimento di tale tratto è ridotto (a causa delle articolazioni costo-vertebrali che limitano il movimento di flessione), sia perché lì i corpi vertebrali sono adeguatamente conformati per agire principalmente in cifosi.

Molto frequenti risultano invece le ernie a livello delle lordosi, dal momento che tali tratti sono passibili di movimenti ampi in flessione an-

teriore, i quali causano inevitabilmente un aumento dello spazio infradiscale posteriormente (in gergo si dice che le vertebre "sbadigliano posteriormente"), favorendo così la proiezione del nucleo polposo verso l'esterno posteriore.

Ecco che risulta facilmente comprensibile come fra i due tipi di alterazioni morfologiche (iperlordosi e ipolordosi/rettificazioni/inversioni), sia peggiore la riduzione delle curve/rettificazione e l'inversione delle stesse, proprio perché dal punto di vista fisiologico queste alterazioni vanno nella direzione contraria a quella per cui sono state predisposte. Se l'iperlordosi può indurre a processi artrosici, le riduzioni o inversioni di curve lordotiche invece predispongono facilmente alle protrusioni o alle ernie discali.

Essendo la zona lombare maggiormente soggetta a carichi rispetto al tratto cervicale, viene maggiormente colpita da tale patologia (infatti su di essa si scaricano una somma di pesi: quello di tutto il tronco e della testa e quelli sorretti dalle braccia, mentre la zona cervicale supporta soltanto il peso della testa).

La zona lombare è quella che, data la sua mobilità, ci consente di fletterci facilmente in avanti. Proprio per questa ragione spesso se ne abusa in ogni modo ed a sproposito.

Dovremmo infatti ricordarci che il compito delle anche è piegare e flettere il busto sulle cosce, permettere la flessione in avanti, mentre la zona lombare deve sì flettersi, ma soprattutto rappresenta un ammortizzatore ed un coadiuvante dei movimenti dell'anca.

Vediamo ora di capire per quale ragione si manifestano gli eccessi o le riduzioni di curve.

Anche se sembra un contro senso, entrambe le aberrazioni sono legate ad un eccesso di tensione muscolare; tali tensioni anomale, agendo sulla colonna, creano curve di adattamento che possono svilupparsi in iper o in ipo, in ogni caso il risultato è sempre una coattazione articolare.

Ricordiamoci che l'eccesso di tensione, di stress e le forti tensioni muscolari in breve tempo si strutturano -per una legge di economia corporea - trasformandosi in "*retrazioni muscolari permanenti*". Questo avviene perché i sarcomeri vengono "*fissati*", "*cementati*" dal tessuto connettivo e dalle guaine in posizione più corta della norma, determinando un tessuto muscolare più corto rispetto all'originale. Tale retrazione, che non è passibile di reversibilità spontanea se non attraverso particolari artifici, diviene la responsabile delle compressioni articolari, dunque delle protrusioni, delle ernie, delle tendiniti, borsiti, capsuliti, e dei processi artrosici.

Soltanto attraverso metodiche di "***Allungamento Muscolare Globale Decompensato***" si riesce a modificare il tessuto muscolare retratto ed a ridare libertà alle articolazioni.

La spiegazione sta nel fatto che ogni qual volta si cerca di creare un allungamento muscolare in un distretto muscolare o anche su un solo muscolo (stretching classico), il corpo mette inevitabilmente in atto meccanismi di difesa detti "*meccanismi di compenso antalgici*" o più semplicemente *compensi*. Ossia il corpo, pur di non soffrire e modificare una situazione di fatto, escogita dei sistemi per cui sposta le tensioni/retrazioni in altri distret-

ti (compensi), dando l'illusione di aver ottenuto un reale allungamento nella zona in cui stava operando... Ma il giorno dopo ritroviamo tutto come prima!

Detti compensi, ossia adattamenti momentanei o permanenti, avvengono attraverso le catene muscolari (una serie di muscoli che interagiscono inevitabilmente fra di loro dalla testa ai piedi), le quali possono "spostare" un problema da un estremo all'altro del corpo.

Ecco quindi come possiamo ritrovare quello stesso problema che era accaduto ad un piede, "migrato" in zona lombare sotto forma di ernia, o addirittura a livello cervicale. E viceversa, perché non solo il corpo mette in atto in modo autonomo i meccanismi antalgici, ma anche terapie locali possono mettere in essere tali patologie migranti, qualora non tengano nel dovuto conto i meccanismi sopra citati.

Per tali ragioni è dunque imperativo avere una visione globale del problema ed è altrettanto doveroso conoscere i principi dei meccanismi antalgici del corpo.

E' altresì necessario conoscere perfettamente i parametri di valutazione posturale e funzionale del corpo, così che il terapeuta possa "leggere" una postura e dunque agire non nel punto in cui si manifesta l'effetto, ma sul punto causa, cioè quello che è rimasto nascosto nell'ombra, per non destabilizzare lo "status quo" messo a punto dai meccanismi antalgici del corpo.

Per dovere di cronaca è opportuno citare un'affermazione del dottor Nackemson, stimato come uno dei maggiori esperti mondiali nell'ambito delle patologie discali, secondo il quale il 50% di coloro che si sottopongono ad intervento chirurgico di ernia del disco, ripresentano in

seguito le stesse manifestazioni dolorose precedenti all'intervento.

Quando ciò si verifica, significa che la vera causa primaria dei dolori vissuti dal paziente non stava certo in un'ernia, ma nell'effetto di fenomeni di origine compressiva provocati da muscoli, i quali, come "anelli" di catene muscolari, continuano ancora a comprimere ed a disturbare le radici nervose.

Ecco perché tutti coloro che si sottopongono ad un intervento chirurgico, senza aver prima riallungato i muscoli responsabili di tali manifestazioni compressive, si ritrovano poi con gli stessi sintomi o addirittura con una nuova ernia discale, che stavolta comparirà nello spazio intervertebrale soprastante o sottostante quello già colpito da ernia o appena operato.

Quando si presentano tali condizioni, diventa quindi imperativo osservare il problema con un'ottica molto ampia: la manifestazione patologica risulta il frutto di una serie di interazioni muscolari, tali da rendere inutile o persino dannosa un'azione a livello locale.

Cosa può dunque fare il massofisioterapista e come può intervenire in modo semplice, con la tranquillità di andare nella direzione giusta, ossia nella direzione che mira a ridare maggiore spazio e libertà endoarticolare?

In risposta Vi mostro concretamente come funziona l'*Allungamento Muscolare Globale Decompensato*" per mezzo di alcune immagini, corredate da un mio breve commento, che raffigurano esercizi dallo stile di approccio decisamente nuovo per il massofisioterapista. Egli potrà ricavarne moltissime soddisfazioni, grazie ai risultati che riuscirà ad ottenere con i propri pazienti.



Questo esercizio (che viene svolto su "Pancafit", piccolo ma efficace attrezzo per la postura e per tutte le patologie muscolo-articolari), ha la prerogativa di agire su tutta la catena muscolare posteriore, principale responsabile di protrusioni o ernie.

E' sufficiente mantenersi in assetto corretto secondo i principi stabiliti, sbloccare la respirazione attraverso particolari espirazioni ed attuare un'azione di auto allungamento del collo per avvertire una tensione, decisamente nuova e mai provata, lungo tutta la catena muscolare posteriore, dalla testa ai piedi. La posizione deve essere mantenuta almeno per qualche minuto, senza avvertire tensioni che creino atteggiamenti di difesa.



Il secondo esercizio è meno intenso del primo e permette alla colonna di adagiarsi grazie alla gravità. Dunque in questo caso sarà il diaframma a subire il lavoro maggiore e a trasmetterne poi gli effetti alla zona lombare attraverso il rilascio dei pilastri dello stesso.

Nel caso in cui gli angoli di lavoro risultassero troppo intensi per il soggetto in postura, sarà imperativo aprirli. Infatti sono graduabili per ogni esigenza, fino a 180°.

Nei prossimi numeri vedremo insieme numerosi esercizi mirati per diverse patologie, che spaziano dalla lombalgia in fase acuta a quella cronica, dai problemi cervicali alle artrosi dell'anca, etc.

Prof. Daniele Raggi
Prof.ssa Gloria Majocchi

Prof. Daniele Raggi, Dott. in Scienze Motorie, Posturologo, Massofisioterapista, Docente c/o la I^a Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, Università La Sapienza di Roma

Prof.ssa Gloria Majocchi, ISEF, Posturologo, Massofisioterapista.

Per informazioni sul Metodo Raggi – Pancafit rivolgersi a Studio Sport 2000, telefono 02.39257427, info@studiosport.it, www.studiosport.it