

LOMBALGIA

&

Hilterapia®

Si è presentato presso il Servizio di Rieducazione Funzionale del nostro ambulatorio il Sig. G.A.(infermiere) in data 31/08/2010.

Il paziente presenta una lunga storia di lombalgia:

- 1986, compare il primo episodio di lombosciatalgia che determina impotenza funzionale completa, con rachide bloccato in flessione. La TAC evidenzia una iniziale protrusione del disco L5-S1 sx. Nessun trattamento programmato nel tempo.
- 1991: secondo episodio di lombosciatalgia acuta con impotenza funzionale completa e rachide bloccato in flessione. La TAC evidenzia ernia discale paramediana L5-S1 sx.. Sottoposto ad intervento di emilaminectomia L5-S1 sx, permane iposensibilità IV-V dito piede sx.
- 1999: terzo episodio di lombosciatalgia acuta con impotenza funzionale completa e rachide bloccato in flessione. RMN: bulging discale in L4-L5 senza evidenti immagini di ernia; L5-S1 presenza di importante edema dei tessuti cicatriziali.
- 2004: quarto episodio di lombosciatalgia acuta con impotenza funzionale completa, rachide bloccato in flessione. TAC: tessuto fibroso cicatriziale edematoso in L5-S1, ernia mediana e paramediana sx parzialmente espulsa in L4-L5. Il Neurochirurgo consiglia nuoto e ginnastica. Permane iposensibilità IV-V dito piede sx.
- 2010: quinto episodio di lombosciatalgia acuta con impotenza funzionale completa con impossibilità a deambulare e mantenere la stazione eretta. RMN: piccola ernia mediana L3-L4, assottigliamento del disco L4-L5 con ernia mediana-paramediana sx con voluminoso frammento discale all'interno del forame, osteofita in L5-S1. Controllo clinico neurochirurgico: marcato deficit sensitivo e motorio dello SPE sx. Consiglio: elettrostimolazione del m.quadricepite femorale, dei muscoli peronei e tibiale anteriore. Ricoverato per un secondo intervento chirurgico in data 26/07/2010. All'ingresso presentava: deficit completo della dorsiflessione del piede sx con impossibilità a deambulare sui talloni. Ipoestesia della faccia laterale della gamba sx e del dorso del piede sx. Veniva operato in data 29/07/2010 per ernia discale espulsa L4-L5 sinistra.

Descrizione intervento:

“Paziente in posizione prona. Incisione cutanea lineare mirata allo spazio L4-L5 previo reperimento radioscopico. Incisione della fascia ed esposizione delle lamine L4 ed L5. Flavectomia e parziale laminectomia di L4 ed L5 con esposizione del sacco durale e della radice L5 sin che appare fissa e non dislocabile. Si individua voluminoso frammento espulso che viene asportato. Accurata microdissectomia. Foraminotomia L5 sin. Al termine della procedura radice libera e dislocabile. Emostasi. Chiusura a strati come di norma.”

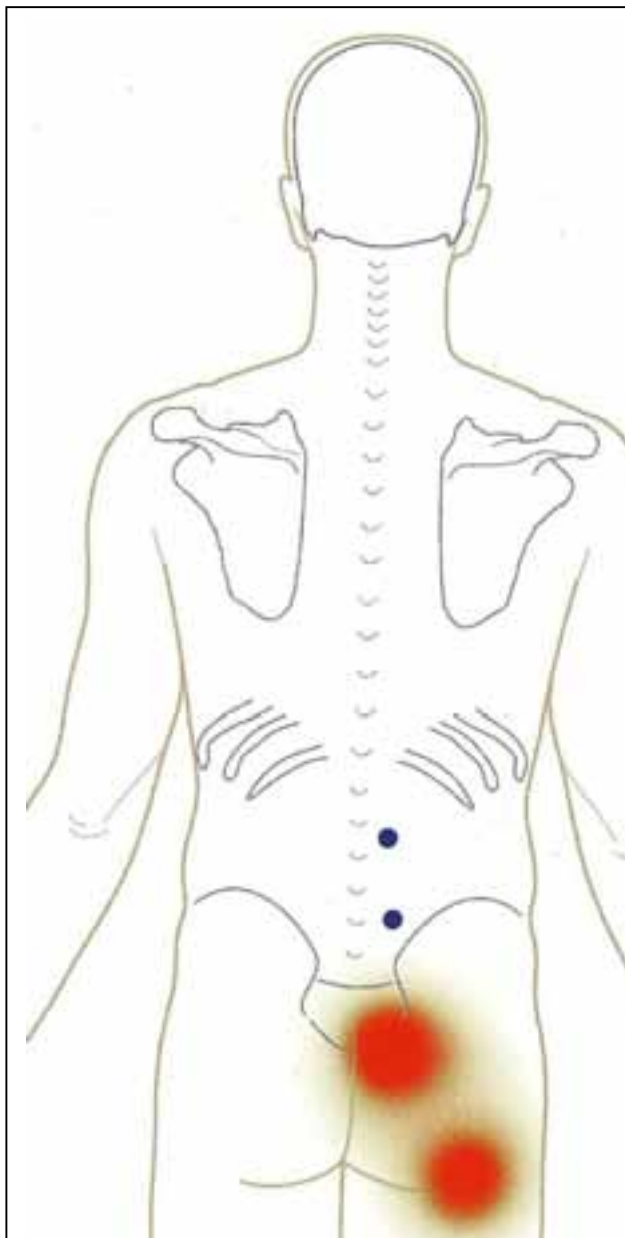
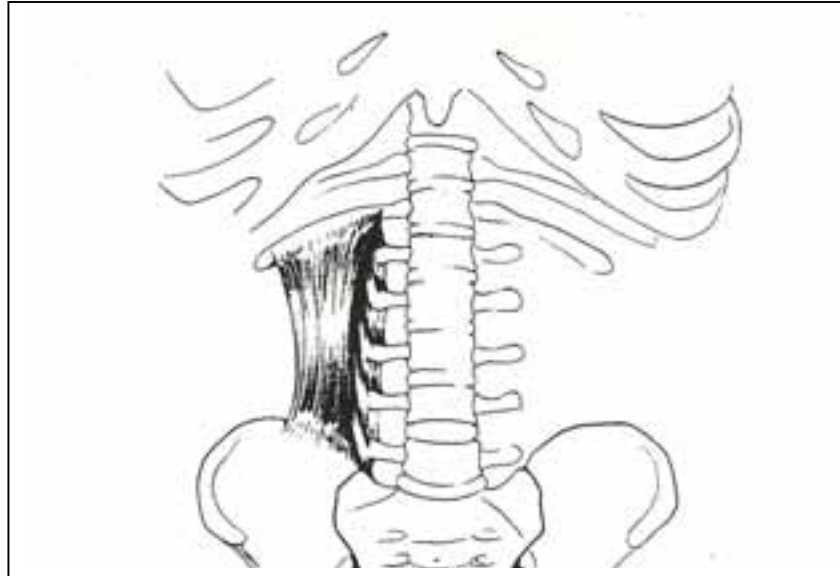
30/7/2010: il paziente veniva dimesso. Consiglio: elettrostimolazioni di quadricepite femorale, muscoli peronei e tibiale anteriore.

30/7/2010: visita fisiatrica. VAS dolore: 7. Permane ipotrofia e ipostenia peronei e tibiale anteriore con parestesie. Viene avviato un programma di chinesiterapia.

Ottobre 2010, comparsa di importante dolore al rachide con difficoltà nei movimenti. Dolore più vivo al risveglio. Viene consigliata HILTERAPIA: VAS dolore prima di iniziare le sedute =10.

DESCRIZIONE DEL TRATTAMENTO CON HILITERAPIA:

1. Nelle prime due sedute ho trattato il paziente in decubito prono, con cuscino sotto l'addome. Totale potenza erogata circa 1500J, senza cambiare i parametri. Ho insistito sui muscoli paravertebrali e sulla zona lombosacrale. Ho trattato i trigger points del quadrato dei lombi che risultavano attivi e molto dolenti



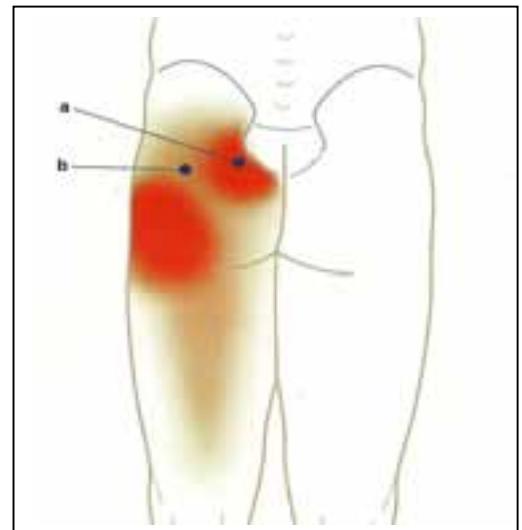
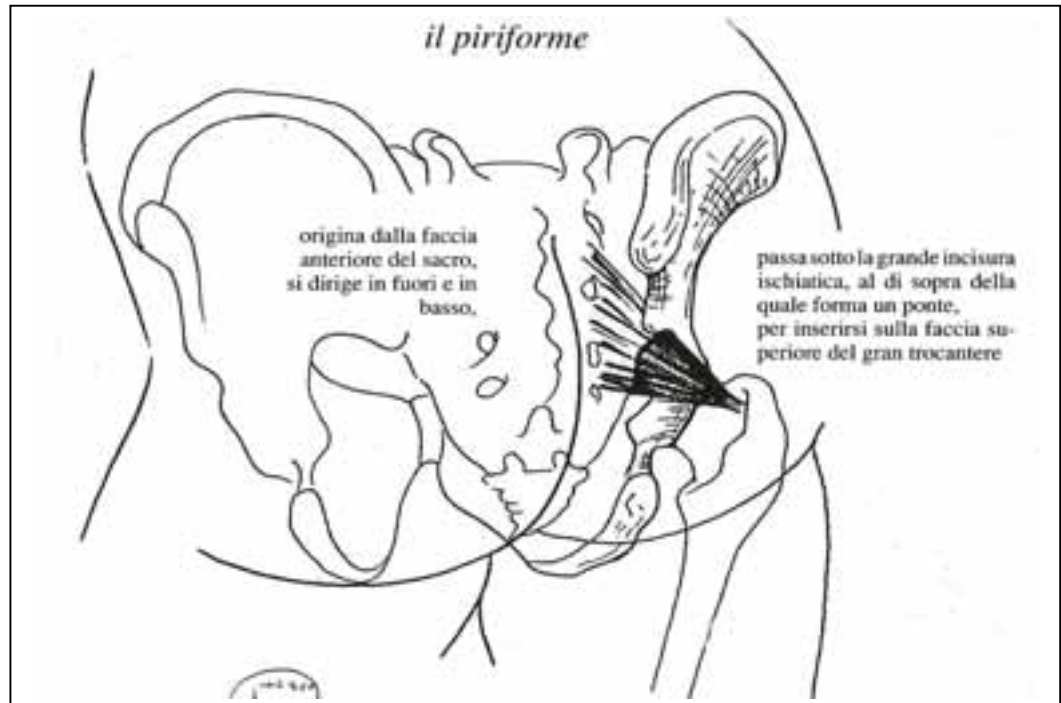
QUADRATO DEI LOMBI:

ORIGINE: parte posteriore della cresta iliaca
INSERZIONE: parte mediale del margine inferiore della dodicesima costa. Sulle cinque vertebre lombari a livello dei processi trasversi.

AZIONE:

Se viene mantenuto fisso il bacino:
porta verso il basso la dodicesima costa, determina l'inclinazione delle vertebre dal lato della contrazione, è un muscolo espiratorio.
Se le coste sono mantenute fisse:
solleva l'emibacino dal lato della contrazione.

2. Durante la terza e quarta seduta ho aumentato il lavoro a circa 2000J, insistendo sui paravertebrali, sulla zona lombare, sulla zona sacrale e sul muscolo piriforme sx che si presentava molto contratto e con tutti e due i trigger points attivi.



AZIONE:

Se viene mantenuto fisso il sacro: porta il femore in rotazione esterna, in abduzione e in flessione.

Se il femore viene mantenuto fisso e si contrae da ambo i lati: porta il sacro e il bacino in avanti, è una retroversione.

Se il femore viene mantenuto fisso e si contrae da un solo lato: ruota internamente il bacino.

Ho inoltre lavorato sul piccolo gluteo i cui punti trigger risultavano sempre attivi e dolenti e provocavano dolore irradiato lungo tutto l'arto inferiore.



PICCOLO GLUTEO

ORIGINE: fossa iliaca esterna

INSERZIONE: faccia anteriore del grande trocantere

AZIONE

Se il bacino viene mantenuto fisso: porta il femore in flessione, abduzione e rotazione interna.

Se il femore viene mantenuto fisso: e se si contrae da ambo i lati, porta il bacino in antiversione. Se si contrae da un solo lato determina una inclinazione laterale esterna e una rotazione esterna.

I trigger del quadrato dei lombi risultavano meno dolenti già dopo la prima seduta. Dopo le prime due sedute ho lavorato senza porre il cuscino sotto l'addome nel tentativo di ricreare la posizione in cui il paziente si addormentava durante la notte. Ho cambiato la fluenza aumentando tutti i parametri di uno step e ho lasciato invariato invece il livello sia nella fase iniziale sia in quella finale.

	Livello	Dose
Step 1	10	610 mJ/cm ²
Step 2	9	710 mJ/cm ²
Step 3	8	810 mJ/cm ²

3. Nella quinta, sesta e settima seduta ho lavorato con il paziente in decubito laterale.



In questo modo sono riuscito a trattare lo SPE per tutto il suo decorso lavorando sui punti di Valleix. Ad ogni seduta ho comunque ripetuto il trattamento dei trigger points del quadrato dei lombi, del piriforme e del piccolo gluteo che risultavano sempre meno attivi e meno dolenti. Lavoro totale circa 3000J. Ho aumentato la fluenza di due step diminuendo di uno step l'intensità sia nella fase iniziale sia in quella finale.

	Livello	Dose
Step 1	9	710 mJ/cm2
Step 2	8	810 mJ/cm2
Step 3	7	970 mJ/cm2



4. Nelle ultime tre sedute ho trattato il paziente sempre in decubito laterale, insistendo sempre sulla zona lombo/sacrale, sui punti di Valleix e sul decorso dello SPE, erogando una potenza di circa 3500J. I parametri risultavano così impostati sia nella fase iniziale sia nella fase finale:

	Livello	Dose
Step 1	9	710 mJ/cm2
Step 2	8	810 mJ/cm2
Step 3	7	1070 mJ/cm2

I trigger points dei muscoli quadrato dei lombi, piriforme e piccolo gluteo non risultavano più dolenti e attivi.

CONCLUSIONI:

Considerando la storia clinica del paziente, lunga più di 10 anni e segnata da numerosi episodi di lombosciatalgia e da due interventi chirurgici, si può decisamente affermare che le sedute di HILTERAPIA hanno permesso di ottenere un grande risultato terapeutico per il paziente. Tale risultato è stato ottenuto anche grazie al trattamento dei trigger points che prima della terapia erano causa di forti dolori irradiati. Già dalle ultime sedute il paziente non avvertiva praticamente più nè dolore nè limitazione funzionale, provava invece un senso di benessere associato ad una maggior flessibilità e mobilità del tratto lombare.

Vas dolore iniziale: 10; Vas dolore finale: 2

Alla valutazione programmata dopo 30gg dalla fine del trattamento il paziente riferisce scomparsa del dolore a livello lombare.

Ringrazio il Dr. Alberto Zaghetto e ASA per la continua disponibilità e gentilezza con cui tempestivamente intervengono nel rispondere ai vari quesiti e nel risolvere i dubbi che talvolta compaiono in itinere.



Dott. Salvatore Germano
Massofisioterapista – Chinesiologo
Polimedica San Lanfranco
Pavia

www.polimedisanlanfranco.it