

INSTABILITA' LOMBARE: AGO D'ORO VS CRIONEUROAURICOLOTERPIA

PREFAZIONE

Un ringraziamento ai miei colleghi ed amici dr. Cosimo Pellicano, dr. Luciano Bassani e dr. Carlo Ripa per avermi convinto, dopo molti tentativi, a frequentare una lezione del dr. David Alimi.

Non volevo più frequentare altri corsi, avevo già un metodo di lavoro imparato dal prof. Renè Bourdiol che funzionava e non volevo perdere tempo e denaro con altri corsi; ma dopo aver ascoltato le magistrali lezioni del dr. Alimi, capito la sua immensa conoscenza medica ma soprattutto il suo metodo di cura che si avvicinava molto a quello del prof. Renè Bourdiol e ne sono stato affascinato.

Il prof. Alimi trattava le patologie dei pazienti stimolando i tre foglietti embrionali dell'endoderma, ectoderma e mesoderma attraverso punti auricolari: gli OMEGA. Avevo trovato un altro maestro...

INTRODUZIONE

Da più di 15 anni una delle tecniche più efficaci sul trattamento dell'instabilità lombare è il Metodo Neuro Cerebellare Bourdiol ideata dal prof. Renè Bourdiol che prevede il trattamento di tutti e tre i foglietti embrionali coniugando tecniche di medicina manuale, l'uso di frequenze, l'omeopatia e l'organoterapia e la rieducazione propriocettiva muscolare.

Il Metodo Neuro Cerebellare Bourdiol è stato successivamente ampliato dal suo grande discepolo e successore dr. Giuseppe Bortolin e oggi viene definito Concetto neuro anatomico Bourdiol-Bortolin .

L'essere umano deriva da tre tessuti embrionali aventi ciascuno una propria morfogenesi e una fisiopatologia controllata da un sistema nervoso specifico:

-L'**ENDODERMA** dà origine al **sistema viscerale** ed **endoteliale**.

Ha una *circolazione linfatica* ed il sistema centrale che lo coordina è il **parasimpatico controllato dall'ipotalamo anteriore**

L'endoderma risponde al trattamento medicamentoso che può essere allopatico,omeopatico o organo terapeutico

-**MESODERMA** dà origine alle *ossa,muscoli ,e sistema vascolare*,è regolato dall'**ortosimpatico che è controllato dall'ipotalamo posteriore**

Il mesoderma risponde alla riflesso terapia,all'atto manipolativo ed al recupero propriocettivo dei recettori neuromuscolari e neuro tendinei tramite il sistema gamma .

-**ECTODERMA** dà origine al **sistema cutaneo** ed al **sistema nervoso centrale** che coordina tutto

L'ectoderma risponde alla frequenza terapia (correnti, elettromagnetismo,ioni negativi,colori o onde di forma ecc ecc).

Il Concetto Neuro Anatomico Bortolin Bourdiol prevede:

- **la stimolazione del mesoderma tramite le tecniche di medicina manuale , il recupero propriocettivo dei recettori dei fusi neuromuscolari,degli organi tendinei di Golgi e dei recettori kinesteteci delle articolazioni e la riflesso terapia con l'agopuntura.**

- **la stimolazione dell'endoderma mediante l'uso di farmaci (allopatici , omeopatici , fitoterapici)**

- **la stimolazione dell'ectoderma mediante la stimolazione elettrica degli aghi con le frequenze del prof.R.Bourdiol.**

Le patologie del rachide sono molteplici quelle che prenderemo in considerazione sono le discopatie e in particolar modo una delle sue varianti: **l'instabilità lombare.**

INSTABILITA' LOMBARE

Quando si tratta una qualsiasi patologia del rachide vertebrale una delle tappe più importanti è la diagnosi che viene definita solo dopo a) un'anamnesi dettagliata, prestando particolare attenzione sul tipo di dolore, il tempo di insorgenza e l'andamento quotidiano di quest'ultimo; b) una valutazione attenta delle immagini radiografiche e c) una visita posturale neurologica.

a) ANAMNESI

La sintomatologia è caratterizzata da:

-Blocchi lombari acuti ed improvvisi.

Colpiscono il paziente in modo inaspettato e **senza** una **causa** apparentemente **scatenante** (*il semplice allacciarsi una scarpa, una flessione o un allungamento banale, a letto dopo essersi stiracchiati o mentre scendono dall'auto ecc.ecc.*)

Il paziente avverte un **dolore acutissimo alla schiena che lo immobilizza**, e qualsiasi movimento gli crea dolore, spesso insopportabile, tanto da dover essere portati al pronto soccorso dell'ospedale più vicino.

Il dolore è di tipo durale = peggiora con la tosse, starnuti o con la defecazione per aumento della pressione del liquido cefalo rachidiano

Dopo assunzione di farmaci cortisonici, antinfiammatori, miorilassanti ed a volte anche morfiniti, la sintomatologia algica si attenua, sino a scomparire.

La durata del blocco va da **pochi** giorni sino ad alcune **settimane**.

Normalmente nell'anamnesi di questi pazienti i primi episodi di blocco lombare durano pochi giorni (2-3gg) ed avvengono a distanza di vari mesi uno dall'altro.

Successivamente i blocchi lombari si fanno più ravvicinati, durano più giorni e sono più intensi come dolore e resistenza ai farmaci.

La frequenza dei blocchi è **variabile** (in media da 1 a 6 o più all'anno)

-nell'anamnesi nel 70-80% dei casi i pazienti lamentano uno stato di stress psichico o fisico che precede il blocco.

I pazienti sono angosciati in quanto questi blocchi compaiono all'improvviso, senza avvisaglie, in pieno benessere e senza cause scatenanti conosciute, obbligandolo ad interrompere la sua attività per vari giorni e con forti dolori.

Dopo la fase acuta possiamo avere:

- **completo benessere** senza nessun disturbo lombare residuo
- **o una lombalgia persistente con dolore di tipo legamentario**, che può essere saltuaria, ricorrente o quotidiana, **con dolore sordo**, intermittente ed una sensazione di zona lombare debole, che si stanca facilmente, e la sensazione di un imminente blocco.

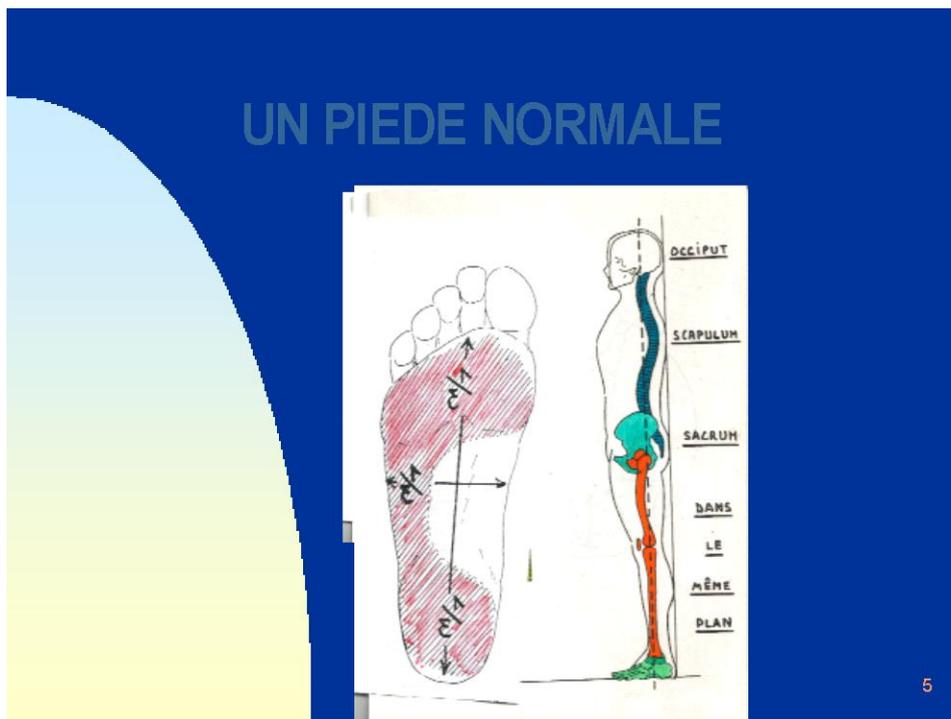
Un blocco vertebrale acuto è dovuto a varie cause che comportano quasi sempre un'alterazione del tono muscolare.

Il tono muscolare viene controllato, corretto od alterato dalla **Sostanza reticolare** che è una delle parti più antiche del sist. nervoso centrale.

la Sostanza Reticolare è formata da una colonna di piccole cellule con numerosi e corti dendriti disposti in reticoli complessi e fra loro intrecciati che assomigliano ad una rete da pesca (da cui il nome) , dendriti privi di sinapsi (e quindi di neurotrasmettitori) disposti sia longitudinalmente sia trasversalmente che formano **il FASCICOLO LONGITUDINALE MEDIALE** questo è costituito da:

- **fibre ascendenti** che portano stimoli del sistema nervoso **trigeminali, visivo, uditivo e olfattivo** alla sostanza reticolare; qui le informazioni vengono smistate, filtrate e trasmesse *al talamo* ed alla *corteccia cerebrale*.
- **fibre discendenti** che tramite il sistema neurovegetativo dell'ortosimpatico e del parasimpatico regolano il nostro pendolo nictemeriale ,regolando il nostro "tono muscolare"(=la forza con la quale il muscolo resiste all'allungamento) e "tono generale" (= perfetto equilibrio del sistema neurovegetativo tra ortosimpatico e parasimpatico).

Tutte le vie neurologiche attraversano la Sostanza Reticolare (fascicolo longitudinale mediale) così se l'individuo è in equilibrio sia con il "tono generale " che "tono muscolare" avrà una postura " NORMALE" caratterizzata da occipite, scapulum, sacro posti sullo stesso piano verticale.



5

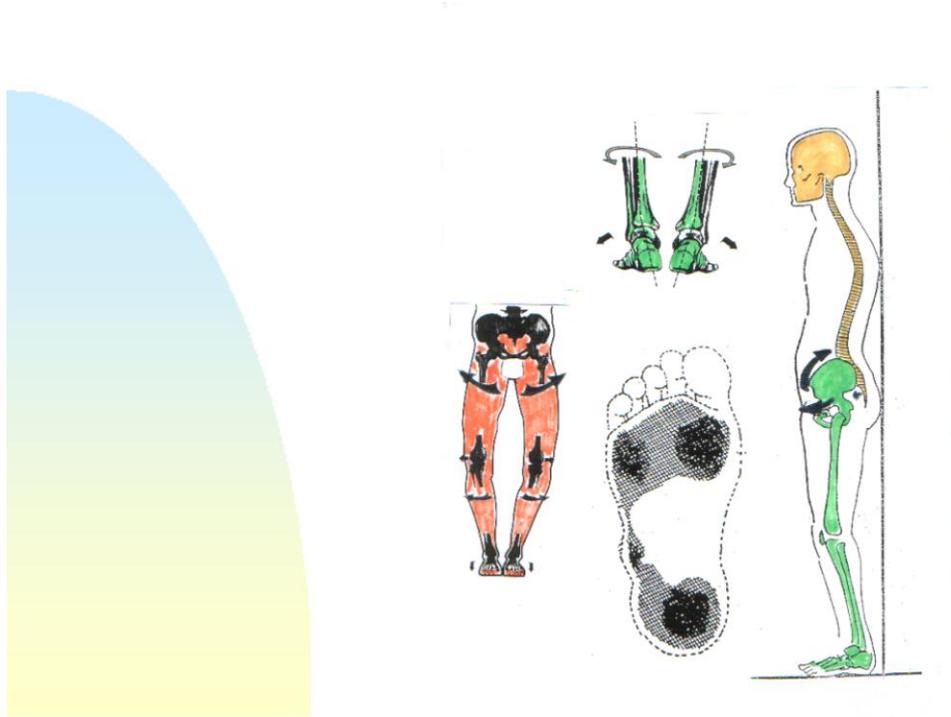
Una diminuzione del “ tono della reticolare” ,dovuto a qualsiasi causa (malattia, stress, depressione, affaticamento fisico ec ecc) porta ad una **SINDROME INVOLUTIVA** con rilassamento muscolare generalizzato, un atteggiamento “astenico”, cattiva tenuta mandibolare, una divergenza degli assi oculari “ EXOFORIA” e una postura definita **SCAPOLUM POSTERIORE**



8

-E ‘ una sindrome che accompagna tutte le perdite energetiche. L’apparato intrafusale è sregolato ed i muscoli posturali perdono l’autoaggiustamento del loro tono. .Avremo una sindrome algica con dolore di *tipo legamentario* .

Al contrario una stimolazione troppo forte della sostanza reticolare determina una **SINDROME REATTOGENA** con contrattura del tono muscolare generalizzata, con assi visivi che tendono a convergere "ESOFORIA", tendenza all'artrosi e con dolori di *tipo meccanico*.



Da questo possiamo capire l'importanza dell'equilibrio della sostanza reticolare la cui alterazione rappresenta una delle cause dell' **'INSTABILITA' LOMBARE**

Tutte queste variazioni della postura vengono evidenziate con la misurazione delle frecce della lordosi cervicale e lombare .

b) **IMMAGINI RADIOGRAFICHE**

La radiologia è importante per la diagnosi;
Essa ci permette di vedere le zone patologiche interessate del rachide, il grado di gravità dell'instabilità e che terapia scegliere

Sono necessari:

- 1) **una rx rachide lombo sacrale standard + dinamiche in flessione ed estensione del rachide** permette di escludere alterazioni morfologiche vertebrali e di osservare le probabili sedi dell'instabilità.

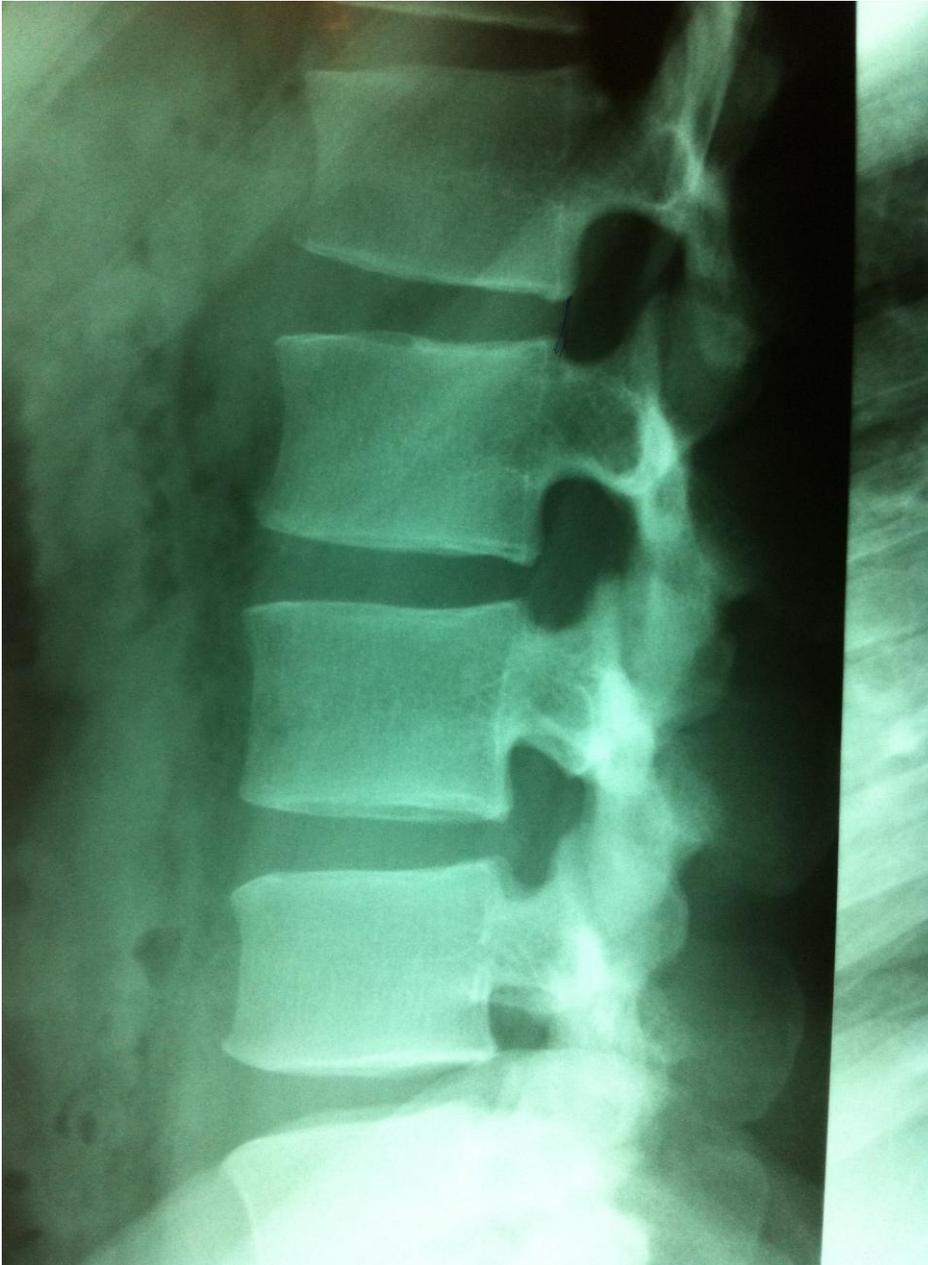
Queste radiografie mostreranno :

a)-**rettificazione** della lordosi lombare

7

b)-**Perdita del muro posteriore** (per lassità del legamento posteriore) con piccoli scalini tra due vertebre come piccole listesi –**pseudolistesi**

c)-**immagini “ad onda “ dei piatti vertebrali** , rappresentati da concavità/convessità dei piatti vertebrali



a) Rettificazione della lordosi



b) Perdita del muro posteriore con pseudolistesi con immagini ad onda



a-b-c) Rettificazione della lordosi con perdita del muro posteriore ed immagini ad onda dei piatti vertebrali

Vorrei ricordare che la stabilità della colonna vertebrale è data:

-dalla Vertebra

-dal Segmento mobile di Junghans o sistema disco legamentoso

-dai Muscoli posturali

La vertebra è un elemento statico che va incontro ad un continuo rimodellamento ... **è il molle che modifica il duro...** legato alle forze di compressione, distrazione, rotazione, e di inclinazione laterale indotte dai muscoli e dal sistema legamentoso. I fenomeni di torsione comportano l'erosione delle superfici articolari e spiegano le **immagini "ad Onda" dei piatti vertebrali che troviamo nelle radiografie in questa patologia**.

Il sistema disco-legamentoso o segmento mobile di Junghas assicura la coesione tra le vertebre .

Quando diventa deficitaria si può avere lo scivolamento di una vertebra sull'altra ed ecco le immagini **della perdita del muro posteriore con le immagini a scalini tra 2 vertebre –pseudolistesi** che troviamo nelle radiografie .

Questo sistema disco legamentoso è innervato dal nervo del seno vertebrale o **nervo di Luschka**: questo nervo nasce dal ramo anteriore del nervo rachideo ed è di natura simpatica e trasporta gli impulsi autonomi delle formazioni ipotalamiche e questo spiega la partecipazione rinencefalica e diencefalica e dal ramo comunicante proveniente dal ganglio simpatico sottostante . Esso **gestisce le reazioni vasomotorie a livello del forame di coniugazione**

I **muscoli posturali** estendono, flettono ,ruotano la colonna e modellano la vertebra sempre per il concetto che **e' il molle che modella il duro e mai viceversa** .

I muscoli propriocettivi posturali sono sotto il **controllo sottocorticale** , ma in patologia questi muscoli passano **sotto il controllo corticale** ecco perché ogni movimento diventa doloroso e cerchiamo di controllarlo .

Il nostro compito è di far **tornare questi muscoli dal controllo corticale patologico al controllo sottocorticale** .

2)- **una RMN rachide dorso-lombare**: permette di vedere lo stadio dell'instabilità

Potremmo trovare :

a) **quadro normale** con dischi idratati ed in sede

-b) la presenza di **Bulging , protrusioni discali**

c) **vere e proprie ernie discali** .



b) Instabilità 2° = L2-L3 piccola protrusione mediana, L4-L5 protrusione del disco, L5-S1 bulging del disco



c) Instabilità 3° grado = con ernie discali L4-L5 ,L5-S1 e protrusioni multiple

In base alla clinica e alle immagini radiografiche l'instabilità può essere classificata in 3 stadi:

Stadio radiologico	Clinica	NOTE
STADIO 1 = nessun segno radiologico o rettificazione della lordosi lombare	1-2 blocchi all'anno di breve durata (3-5-gg) con assenza di dolore lombare residuo	Da notare per alcuni pazienti la peridicità del blocco (primavera – autunno, feste natalizie ,primi giorni di vacanza)
STADIO 2 = rettificazione della lordosi lombare, perdita dell'allineamento del muro posteriore ed iniziale sovraccarico dei corpi vertebrali con bulging o protrusioni discali	Più blocchi all'anno, durata più di 3-5 giorni con dolore di tipo durale in fase acuta e poi dolore di tipo legamentario residua una lombalgia ricorrente	70-80% presenza di stress psico-fisico .i muscoli intervertebrali iniziano a perdere la loro tonicità ed i legamenti sono insufficienti per la stabilità del rachide
STADIO 3 = pseudolistesi degenerativa di uno o più spazi vertebrali e presenza di una o più ernie discali .	I blocchi durano più di 7-9 gg con spesso scoliosi antalgica, ,radicolalgie ,dolore di tipo durale e residua una lombalgia quotidiana con dolore di tipo muscolare e/o durale	Perdita della tonicità muscolare e lassità legamentaria
STADIO 4 = stenosi dei recessi laterali e del canale vertebrale, protrusioni ed ernie discali	Non più blocchi ma lombalgie, radicolalgie ricorrenti, ,claudicatio spinale	Suggerito trattamento chirurgico.

Un dolore può essere definito:

- **Dolore legamentario**= Dolore sordo, talora con sensazione di bruciore che il paziente accusa quando si gira sul letto ; quando si alza ha una sensazione di impaccio e di anchilosi nei primi movimenti, oppure quando sta seduto a lungo nella stessa posizione o in auto o alla scrivania e **paradossalmente il dolore migliora e/o scompare con il movimento .**
- E' a tutti nota la funzione della muscolatura nella genesi dei movimenti articolari, mentre è poco noto il ruolo di "legamento attivo" che i muscoli hanno nella stabilizzazione di un'articolazione quando è sotto controllo sottocorticale .
- I legamenti si comportano come una "banda di arresto" che limita il gioco fisiologico articolare grazie all'azione inibitrice dei recettori neuro tendinei specifici di cui sono ricchi.
- Quando un'articolazione lesa viene sollecitata compare un dolore urente ,ansioso, ad ogni movimento. Man mano che ci si muove i muscoli peri

articolari ritrovano il loro tono fisiologico e quindi il loro ruolo di “legamento attivo”.

La riconquista della stabilità articolare attraverso i muscoli divenuti più tonici, grazie al movimento, riduce la sollecitazione del sistema legamentario ed il dolore si attenua sino a scomparire.

Nella colonna vertebrale i legamenti sono molto importanti.

La colonna vertebrale può essere paragonata ad una pila di mattoni tenuta insieme dai legamenti che collegano una vertebra a quella vicina creando una struttura robusta ma mobile e flessibile.

Queste strutture possono venir lesionate:

-o per un evento traumatico che determina un brusco ed inaspettato allontanamento di due capi ossei e distorsione delle strutture capsulo-legamentose, “tipico” il colpo di frusta”

- o un’alterazioni dell’ortostatismo per una difettosa regolazione recettoriale periferica come:

-un appoggio scorretto dei piedi (varismo o valgismo o forme miste)

-disturbi dell’apparato visivo, masticatorio, vestibolare.

Una volta lesionati questi legamenti non mantengono più la vertebra in perfetto allineamento e questa può subire delle rotazioni o spostamenti rispetto alla loro posizione fisiologica. Inizialmente il chiropratico o l’osteopata o il medico con la medicina manuale riesce a “riposizionare” le vertebre o il sacro ma in alcuni casi non si riesce per la comparsa di una lassità legamentosa.

Con il passar del tempo, per l’instaurarsi dell’instabilità vertebrale e le continue sollecitazioni della articolazioni vertebrali posteriori, il dolore si complica e da legamentario passa a dolore meccanico e successivamente dolore di tipo durale e radicolare per la sopraggiunta erniazione del disco.

**** dolore meccanico è un dolore” logico** “è un dolore che si aggrava con il movimento e migliora con il riposo

- **** dolore durale** = tipico dell’ernia discale .risulta dalla compressione di una struttura nervosa nel suo rivestimento meningeo .E’ dato da un aumento della pressione del liquido cefalo rachidiano .Si aggrava con la tosse, gli starnuti ,la defecazione .
- **** dolore causalgico** = (chiamato da alcuni autori “simpatalgia”) è una dolore di probabile origine efastica legata a lesione di nervi periferici .E’ un dolore persistente ,bruciante, con episodi di esacerbazione parossistica, spesso scatenato da stimoli tattili
- **** dolore neoplastico** = è dolore costante, fisso, ingravescente ,anarchico come distribuzione neurologica senza il minimo segno di remissione
- **** dolore vascolare**= dolore pulsante sincrono con il polso
-

b) VISITA POSTURALE NEUROLOGICA

Durante la visita posturale, oltre ad osservare le alterazioni posturali (piedi, ginocchia, bacino, rachide, spalle ecc ecc.) la cosa principale è **la misurazione delle curve rachidee** tramite la misurazione **delle FRECCE della lordosi cervicale e lombo sacrale** e **la diagnosi di livello** cioè evidenziare le vertebre che hanno perso il loro movimento fisiologico

MISURAZIONE DELLE FRECCE

La misurazione delle frecce della lordosi cervicale e lombo sacrale si ottiene con un filo a piombo ed un decimetro rigido.

Per “freccia” si intende la distanza tra il filo a piombo ed il centro della lordosi cervicale e lombare misurata con un decimetro rigido e sul soggetto in piedi, in posizione naturale, con lo sguardo rivolto all’infinito (piano di Francoforte orizzontale) e le braccia pendenti lungo il corpo.

Nel soggetto adulto normale il filo a piombo deve toccare :

- l’occipite (**OCCIPITE**)
- il punto più posteriore del rachide dorsale a livello D5-D6 (**SCAPULUM**)
- la parte più posteriore della piega interglutea che ricopre la cresta sacrale (**SACRO**).

In un soggetto normale **occipite-scapulum-sacro** si **devono trovare sullo stesso piano** verticale e le misure delle frecce devono essere di circa 6cm a livello cervicale e circa 4 cm a livello lombare.

Avremo delle :

- **FRECCE INIZIALI** o **PATOLOGICHE** che troviamo durante la prima visita quando il paziente ha dolore e quindi il rachide ha assunto una lordosi patologica e
- **FRECCE FINALI** o **di STABILIZZAZIONE** che troveremo dopo i vari trattamenti quando il dolore è scomparso.

Queste misure finali o di stabilizzazione dovranno essere mantenute nel tempo e saranno utili per controllare nel tempo il grado di benessere del rachide vertebrale.

La variazione delle frecce nelle patologie discali del rachide vertebrale è dovuta alla variazione del carico a livello di una o più vertebre che comporta la stimolazione patologica della muscolatura paravertebrale con conseguente modificazione della postura del paziente.



Decimetro e filo a piombo



Freccia cervicale



Freccia lombare

La misurazione delle frecce rachidee ci permette di:

- valutare le variazioni delle lordosi della colonna vertebrale dopo ogni nostro trattamento
- dimostrare anche al paziente queste variazioni e spiegare che tali modificazioni si devono mantenere nel tempo per non ricadere nella fase patologica
- constatare, quando la misurazione delle frecce rachidee non cambia, **l'inefficacia del trattamento**
- controllare, anche a distanza di anni, le modificazioni di una colonna vertebrale:
 - Nei vari controllo anche a distanza di anni se il paziente sta bene troveremo le misure delle frecce di stabilizzazione , mentre se il paziente ripresenta la stessa patologia si ritroveranno gli stessi valori delle frecce iniziali
- avere sempre un confronto con le visite precedenti

Inoltre in uno studio condotto su 108 ernie discali con controlli sino ad 8 anni (44% ernia L5-S1, 41% ernia L4-L5 ed 11% ernia L3-L4 con pazienti dai 14 anni 77 anni) si è visto che dopo trattamento si ha nel 95% una variazione dei valori delle frecce rachidee e nell'81% si ha una riduzione delle misure delle frecce cervicali ed un aumento delle frecce lombari con aumento della lordosi lombare.

DIAGNOSI DI LIVELLO

Ci permette di localizzare le vertebre , partendo dalle lombari sino alle cervicali , che non hanno un movimento articolare fisiologico (metodo “ del dito che sale”) ,per poi controllarle dopo il trattamento e le sedute successive

PROTOCOLLO DELL' INSTABILITA' con tecnica dell' AGO D'ORO

Il trattamento dell'instabilità lombare comprende 3 fasi :

-1° fase = consiste in media di **3-5 sedute** che comprendono manovre di medicina manuale sec. Bourdiol-Bortolin + elettroagopuntura con frequenze di BOURDIOL ed eventuale mesoterapia, il tutto per riequilibrare e stabilizzare il rachide con modificazione delle frecce cervico lombari sino alla scomparsa del dolore lombare

2° fase = rieducazione propriocettiva muscolare e tonificazione della muscolatura posturale non portando mai il rachide lombare in iperlordosi

3° fase = dopo circa 20 gg dall'ultimo trattamento si usa la tecnica **dell'ago d'oro riscaldato** (tecnica Bourdiol= consiste nell'infissione di un ago d'oro nel punto di agopuntura della zona patologica interessata ,riscaldarlo con una fonte di calore ed estrarlo appena il paziente avverte il calore.)

Nel trattamento per l'instabilità lombare l'ago d'oro viene infisso negli avvallamenti o depressioni che troviamo con la palpazione digitale tra i processi spinosi di alcune vertebre del rachide dorsale .

Questa operazione viene eseguita 1 volta al mese per 3-4 mesi.



Ago d'oro



Infissione ago d'oro





Questa tecnica seppur dia buoni risultati presenta alcune problematiche:

- Dover far costruire un ago d'oro da un orafo per ogni paziente
- Sterilizzare l'ago con metodiche medico-legali (autoclave)
- L'infissione di un ago di grosse dimensioni in più punti del rachide dorsale, anche se non dolorosa ,spesso non è ben accettata dal paziente, specie in questi ultimi anni .

Si è voluto provare a confrontare i risultati della tecnica dell'ago d'oro con la crioneuroauricoloterapia che prevede l'applicazione di un gas (azoto liquido) a livello auricolare nei punti secondo la mappa del Prof.D.Alimi.

Si è mantenuto la fase 1 e 2 del trattamento e si è sostituita la fase 3 con la crioneuroauricoloterapia .

Sono stati scelti 3 punti :

-EPIFISI che mi regola tutti i ritmi e quindi anche quello muscolare

-CORPO CALLOSO che interconnette i 2 emisferi cerebrali quindi la muscolatura destra e sinistra ,con la sua azione miorilassante ed antinfiammatoria .

_D9 motore . punto molto dolente,che si trova ,con un cerca punti sulla parte posteriore dell'elice. E che varia da paziente a paziente .



Ricerca punto dolente D9m



Crioneuroauricoloterapia D9m



EPIFISI



CORPO CALLOSO

MATERIALI E METODI

Il campione preso in esame è composto da 23 pazienti affetti da un'instabilità di 2° grado.

Il campione è stato suddiviso in 3 gruppi:

- **Gruppo ago d'oro** composto da 10 pazienti trattati con tecnica dell'ago d'oro una volta al mese per 3 mesi poi 1 volta ogni 4 mesi per un totale di 5 sedute

-**Gruppo crio** composto da 10 pazienti trattati con la crioneuroauricolterapia una seduta al mese per 2 mesi poi 1 seduta ogni 2 mesi per un totale di 7 sedute in un anno

-**Gruppo dissidenti** composto da 3 pazienti sottoposti solo alla fase 1 del trattamento . Questi pazienti rifiutavano per vari motivi sia la fase 2 (rieducazione propriocettiva muscolare e di rinforzo della muscolatura posturale) e la fase 3 (tecnica dell'ago d'oro o della crioneuroauricolterapia sceglievano loro di venire a farsi trattare in base alle loro sensazioni .Venivano in media ogni 2 mesi per un totale di 6 sedute in un anno

Ad ogni controllo venivano controllate:

-le misure delle frecce delle lordosi cervico-lombare

-presenza di blocchi vertebrali con diagnosi di livello

Il controllo finale è stato fatto a distanza di 13mesi dall'inizio del trattamento .

E' stato preso in esame :

-numero dei blocchi e la durata della sintomatologia

-numero di Pseudoblocchi = lumbalgia di breve durata 1-2 gg ,che si risolve con uso di fans per 3 gg e scatenati da cause come sforzi fisici,ciclo mestruale ,freddo, episodio di stress .

-il benessere del rachide lombare come scioltezza e dolore mattutino

-Grado di accettazione del tipo di trattamento

Il controllo finale è stato fatto dopo 13 mesi dall'inizio del trattamento fase 3.

AGO d'ORO	blocchi	Pseudo blocchi*	Anchilosi**
1	0	0	-5
2	0	2	5
3	0	1	5
4	0	2	5
5	0	1	+5
6	0	0	+5
7	0	1	5
8	0	1	-5
9	0	2	+5

10	0	1	+5
	0	11	+10
Crio-neuro-auricolare	blocchi	Pseudo blocchi*	Anchilosi**
1	0	0	+5
2	1	0	+5
3	0	2	+5
4	0	1	5
5	1	1	+5
6		1	5
7	0	0	-5
8	0	1	5
9	0	1	+5
10	0	1	+5
	2	8	+25

Dissidenti	blocchi	pseudoblocchi	Anchilosi
1	2	5	5
2	3	6	5
3	1	6	5
	6	15	5

Pseudoblocchi = episodio di lombalgia di breve durata 1-2 gg risolti con fans per 3 gg e scatenato da più cause (sforzi, freddo ,ciclo mestruale ,stress)

Anchilosi=senso di scioltezza e benessere con il rachide lombare - ho dato:

- +5 per una buona sensazione
- 5 sensazione a giorni ,
- - 5 per cattiva sensazione (difficile da valutare per le molteplici varianti)

Dai dati emersi in questo studio si può osservare che:

-**gruppo dissidenti** = risultati scadenti con il trattamento manuale e di agopuntura

-**Gruppi ago d'oro e crioauricolare** , confrontando le due metodiche,osserviamo _

Mentre confrontando le 2 metodiche vediamo che :

- ambedue le tecniche presentano buoni risultati per la risoluzione a breve e lungo termine dei blocchi vertebrali .

- la tecnica dell'ago d'oro risulta essere quasi uguale per la prevenzione della comparsa di pseudo blocchi vertebrali rispetto alla tecnica della crioneuroauricoloterapia

- i pazienti hanno percepito una sensazione di anchilosi migliore dopo trattamento con la tecnica della crioauricolo rispetto alla tecnica dell'ago d'oro e avvertono un miglioramento generale delle condizioni muscolari .

- Ottimo grado di accettazione della tecnica della crioneuroauricoloterapia da parte dei pazienti rispetto alla tecnica dell'ago d'oro.

Da questo studio si può per tanto prendere in considerazione l'ipotesi di abbandonare l'uso della tecnica dell'ago d'oro e di continuare l'uso della tecnica della crioneuroauricoloterapia in quanto i risultati sono i medesimi per quanto riguarda il blocco lombare, è migliore la sensazione di benessere muscolare ed il grado di accettazione da parte del paziente come tecnica che è priva di complicanze dal punto di vista gestionale .

CONCLUSIONI

L'instabilità vertebrale lombare è una patologia diffusa ed ancora molto sottovalutata. La diagnosi di instabilità è sempre clinica anche se le immagini radiologiche danno un valido supporto .

E' una patologia che se presa in tempo può essere risolta e/o controllata in modo da limitare l'assunzione di farmaci ed evitare spesso interventi chirurgici.

BIBLIOGRAFIA

- 1 -Basmajian J.V (1971) l'elettromiografia nell'analisi dinamica delle funzioni muscolari,Piccin editore-Padova
- 2 -Bergamark A.(1989) Stability of the lumbar spine .A study in mechanical engineering. Acta Orthopeda Scandinavia ,60 (suppl 230)
- 3 -Bortolin G,Carniel R Treatment of lumbar spine Instability: ECSS 2000 Jyvaskyla
- 3 BORTOLIN G ,corsi di formazione in medicina manual e neurokinesiologia dal 2000 al 2012
- 4-Bourdiol R.(1980) Pied et static. Ed Maisonneuve
- 5- Bourdiol R. (1986) Podo-reflexo-cinesiologie .Ed Maisonnouve
- 6- Bourdiol R.-Bortolin G.(2000) Cefaleemicranie ed. Gemmer Italia
- 7-Bourdiol R.(1987) Neurotherapie Cephalique Rèflexe .Ed.maisonneuve
- 8- Bourdiol R (1992) Neurotherapie du Rachis Cervical Superieur,Atals-Axis .Ed. Simep

- 9- Carli R.(2002)Esame posturale e frecce –atti congress Nazionale gemmer Italia – Prevenzione delle turbe dell’ortostatismo e nelle scoliosis –Palermo 13-14 luglio 2002
- 10-Carli ,R (2002) Sindrome della reticolare bulbare –Atti eventi ECM Colpo di frusta cervicale 12-14 aprile 2002
- 11-Carli ,R Metodologia e variazioni delle frecce su 108 casi di ernie discali
- 12-Hides,J.A,Richardson,C.A.(1996) Multifidus recovery is not automatic following resolution of acute first episode low back pain. Spine ,21 : 2763-2769
- 13- Lazorthes G (1981) Le système nerveux pèripherique 3° ed Masson Paris
- 14-Lazorthes G (1983) Le systeme nerveux central 3° ed.Masson Paris
- 15-Mannion AF,Dumas GA et all. (1997) Muscle fibre size and type distribution thoracic and lumbar regions of erector spinae healthy subjects without low back pain: normal values and sex difference, J Anat 190: 503-513
- 16- Mannion AF, Weber BR (1997) Fibre type characteristics of the lumbar paraspinal muscles in normal healthy subjects and m patients with low back pain, J Orthop Res 15: 881-887
- 17-Panjabi,MM(1992) The stabilizing system of the spine.Neutral zone and instability hypothesis.Journal of spinal disorders ,5: 390-397
- 18-Richardson C.A (1995) Muscle control –pain What exercises would you prescribe? Manual Therapy

