Integrazione tra Agopuntura ed Osteopatia nella terapia delle gonalgie

Umberto Mazzanti*

L’autore espone la propria esperienza di medico sportivo e fisiatra nell’affrontare quella gonalgia localizzata al comparto latero-posteriore che insorge più o meno lentamente, spesso senza l’evidenza di una causa traumatica specifica, ma in genere a seguito di posture incongrue o microtraumatismi ripetuti relativi all’attività sportiva praticata. A volte questa stessa sintomatologia può manifestarsi a seguito di interventi di ricostruzione del legamento crociato anteriore e/o di meniscectomia selettiva non necessariamente del menisco laterale. Questa localizzazione latero-posteriore del dolore al ginocchio ha in genere una diagnostica che va dalla sofferenza del menisco esterno alla tendinopatia del bicipite femorale o del legamento collaterale laterale.

I sintomi lamentati dal pz. possono essere la difficoltà all’estensione del ginocchio contro resistenza, la flessione del ginocchio passiva o sotto carico fino al dolore al cammino o alla corsa che impediscono la ripresa della propria pratica sportiva o una veloce fase riabilitativa post chirurgica. In questo caso specifico si aggiunge un non sottovalutabile aspetto ansioso depressivo che induce il paziente a ritenere che l’intervento non sia andato bene con visite ripetute al proprio chirurgo ortopedico che, nel sostenere la correttezza del suo operato, consiglierà di insistere nella riabilitazione da continuare con maggiore perseveranza anche a domicilio fino alla prescrizione di terapie fisiche strumentali (elettroterapia, tecar o laser) o infiltrazioni (acido ialuronico o corticosteroidi).

Nella mia esperienza la sintomatologia è sì dovuta ad una sofferenza del menisco esterno e/o alla tendinopatia del bicipite femorale o del legamento collaterale, ma queste sono determinate da una disfunzione articolare tibio-peroneale prossimale con un'alterazione della sua mobilità antero-posteriore e una ripercussione sulle rotazioni interne/esterne passive della tibia sul femore (che permettono lo svincolo dei menischi nei movimenti di flesso estensione del ginocchio) con una conseguente reazione infiammatoria sulle delicate strutture molli dovute alle tensioni incongrue che così si determinano.

Queste disfunzioni, non dimostrabili con i consueti esami strumentali (ecografia muscolare o RMN), sono invece apprezzabili con semplici manovre diagnostiche per la ricerca della fine mobilità del perone prossimale sulla tibia e delle rotazioni passive della tibia sul femore a ginocchio flesso a pz. supino. Il perché queste disfunzioni si possano determinare risiede nell'uso ripetuto del ginocchio (per es. le posizioni dello skate board o dello sci o della leg extension o del leg curling in palestra) con sempre la stessa modalità di tensione articolare (verso e direzione) ovvero con il mantenimento di abituali posizioni incongrue (per es. seduti con il ginocchio flesso sotto i glutei). Naturalmente queste stesse disfunzioni possono essere la conseguenza di traumatismi più o meno importanti di cui il pz. normalmente porta il ricordo nell'anamnesi o come un esito di un intervento chirurgico sul ginocchio.

Il trattamento proposto si basa sull'approccio integrato fra osteopatia e agopuntura.

Da un lato con l'osteopatia si ripristina la corretta articolarità disfunzionale eliminando così la causa delle tensioni sul menisco piuttosto che sul tendine bicipitale o collaterale che ne determinano lo stato infiammatorio. Con l'agopuntura, in questo caso utilizzata a scopo sintomatico, si ottiene un'azione analgesica, antinfiammatoria e di

detensionamento mio-fasciale rompendo così quel circolo vizioso che da un lato diminuisce l'efficacia del trattamento osteopatico e dall'altro ritarda i tempi di recupero in quanto le tensioni dovute all'irritazione infiammatoria dei muscoli coinvolti nei fini movimenti favoriscono il ripresentarsi della disfunzione articolare di cui il corpo mantiene una certa "memoria".

Questa "memoria" a mio modo di vedere risiede in gran parte nell'alterata dinamica articolare e muscolare che determina anche un adattamento posturale che perdurando diventa esso stesso causa del mantenimento della disfunzione originale; bisogna perciò dare un po' di tempo al corpo perché possa riprogrammarsi autonomamente, in questo facilitato dal nostro intervento.

Nel corso dell'ultimo anno si sono trattati 16 pz. con tecniche osteopatiche ad energia muscolare per perone ant/inf. o post/sup e tibia intra o extra ruotata e agopuntura con i punti 33 e 34 GB, 7 LR, 4 LI, 3 LR e 7 HT una volta la settimana. I risultati ottenuti sono stati: 6 pz. hanno risolto la sintomatologia in una sola seduta, 7 pz. in 2 sedute, 2 in 3 sedute, un solo pz. ha avuto una parziale remissione della sintomatologia e solo dopo due infiltrazioni di corticosteroidi.

Nella rubrica "terapia manuale e massaggio" del sito Olos e Logos www.oloselogos.it è riportato lo stesso articolo corredato dal pdf della comunicazione