



Salvatore Costantino  
*Osteopata*  
*Dottore in fisioterapia*

## **ERNIE E PROTRUSIONI DISCALI**

In osteopatia, quando ci troviamo dinanzi ad un'ernia o ad una protrusione, pensiamo che esse siano la manifestazione di un disagio che si trova al di sopra e/o al di sotto della discopatia. Questa convinzione si basa sul fatto che, quando c'è una perdita di mobilità a questi livelli, la zona dove poi si manifesterà il problema discale dovrà cercare di sopperire con una ipermobilità. Ma questa maggiore richiesta di mobilità non sempre può essere soddisfatta, arrivando così ad una rottura meccanica. A livello lombare, le strutture responsabili della perdita di mobilità sono soprattutto muscolari (la colonna lombare, come quella cervicale, è un tratto rachideo sottoposto a grosse sollecitazioni muscolari: muscoli a leva lunga come lo psoas, il diaframma con i suoi pilastri, il quadrato dei lombi, il gran dorsale, la massa comune e, indirettamente, il piramidale). Una grossa influenza è data dai pilastri del diaframma (che hanno inserzione da D12 a L4 e, leggermente, su L5) e dalle inserzioni lombari dello psoas (che vanno verso la fossa iliaca, passando anche per L4 e, appena, su L5). Questo significa che qualsiasi struttura (o motivo), che possa irrigidire il diaframma e/o i suoi pilastri (per esempio, anche l'aspetto emozionale è fondamentale) e lo psoas e/o le sue inserzioni, può avere un'azione diretta d'irrigidimento sulla colonna lombare. Questo provocherà una perdita di mobilità che, a questo livello, dovrà essere compensata da L5 (poiché è più libera, non avendo molte inserzioni muscolari). Considerando, però, che L5 ha solo 1° di rotazione ed 1° d'inclinazione, non è possibile recuperare mobilità più di tanto. Inoltre, il disco ha una forma particolare (molto ampio avanti, molto stretto dietro), per cui è sottoposto a sollecitazioni enormi, non solo di carico verticale, ma anche da sollecitazioni che vengono dall'osso sacro (ad esempio, un sacro in torsione posteriore lascia ancora meno spazio per permettere ad L5 di adattarsi). Ecco perché le ernie e le protrusioni le ritroviamo molto più facilmente a livello di L4-L5 e L5-S1. Una discopatia può anche essere silente e non dare fastidio, a patto che l'organismo riesca ad adattarsi. Se, però, ci sono altre lesioni osteopatiche, allora diventa molto difficile compensare ed ecco che insorge il dolore e la limitazione funzionale. L'osteopata ha i mezzi per trattare con efficacia le ernie e le protrusioni. Sfatiamo subito un falso mito: le ernie non si possono far rientrare! Quando

ad un'immagine clinica l'ernia sembra più piccola o scomparsa, è perché si è disidratata. Un'ernia comporta una lacerazione definitiva del disco, con conseguente fuoriuscita di liquidi e, talvolta, del nucleo polposo, che possono andare a comprimere elementi vasculo-nervosi. L'osteopata, con il suo trattamento, agirà in maniera tale da far disidratare l'ernia, restituendo all'organismo le condizioni migliori di drenaggio, economia e comfort, lavorando soprattutto sulle zone che hanno causato la discopatia (poiché l'ernia è solo la punta di un iceberg). Nel caso di ernie espulse e migrate che creano danni neurologici, l'unica soluzione è l'intervento chirurgico. Se, però, un'ernia viene affrontata chirurgicamente, ma prima non si è fatto un lavoro osteopatico per riequilibrare l'organismo, quasi sicuramente la persona ne trarrà solo un beneficio limitato nel tempo, poiché ritornerà in uno stato di dolore e funzionalità limitata. Il motivo è che non si è provveduto ad eliminare le vere cause che hanno fatto insorgere l'ernia (che può essere considerata come una "vittima" di un sistema non in armonia). Inoltre, andrà trattata anche la cicatrice che, altrimenti, potrà provocare più problemi dell'ernia stessa. Quindi, se ad un intervento chirurgico non sarà affiancato un lavoro osteopatico (sia prima che dopo), si potrà avere un'ernia recidiva.