

Educazione Continua in Medicina "La lombalgia catameniale"

Conferenza ECM - Bologna 11 Febbraio 2006 - SOLÈRE R., JOLLY A., VACCARO R., CASALI D.

Le sindromi dolorose viscerali di origine non organica sono molto spesso plurifattoriali. Ciò induce i pazienti che soffrono di questo tipo di disturbi a consultare differenti medici, di cui parecchi specialisti, sovente senza il risultato auspicato in conseguenza di questa plurifattorialità. Questo fatto è stato osservato da numerosi pazienti, per esempio coloro che soffrono, durante le mestruazioni, di una lombalgia detta "catameniale." In questa esposizione tratteremo le argomentazioni che permetteranno di giustificare, in un caso del genere, l'intervento terapeutico in ambito osteopatico. Il nostro proposito è di presentare, nel concetto dell'osteopatia ed in virtù della nostra esperienza in questo campo, gli elementi che determinano i fenomeni meccanici alla base dei quadri clinici di questo tipo. Dal momento che è possibile considerare alcune soluzioni non farmacologiche, in quest'esposizione potremo descrivere le caratteristiche di un trattamento effettuato con il Metodo di Rééquilibration fonctionnelle®.

Indipendentemente dal fatto che vengano chiamate SPID (sindrome polialgica idiopatica diffusa), TMS (turbe muscolo scheletriche), DAC (dolori addominali cronici), SII (sindrome degli intestini irritabili) o SPM (sindrome premestruale), tutte le sindromi in questione sono accomunate dalle difficoltà che si incontrano nell'effettuare il trattamento. Per tutte le suddette sindromi la letteratura medica è abbondante, pur non proponendo molte soluzioni. Tuttavia nei casi in cui sia possibile rilevare delle disfunzioni di tipo "osteopatico", diviene possibile comprendere gli effetti delle disfunzioni rilevate nei sistemi d'organizzazione viscerale e parietale. Un ragionamento coerente di questo tipo potrà indicare, in alcuni di questi casi, delle tecniche di normalizzazione in grado di dare sollievo alle sofferenze viscerali e alle loro molteplici manifestazioni generate da problemi funzionali. Nella relazione tra la colonna vertebrale lombare e le masse viscerali, la meccanica della postura visceroparietale non dovrà essere trascurata, in quanto necessita di un adattamento costante. Questo tipo di fenomeno posturale impone uno schema compensatorio a livello del segmento vertebrale lombare.

Su uno schema di questo tipo, la fisiologia del movimento lombare può avere un difettoso funzionamento ed installare per questo, una restrizione lombare di tipo osteopatico e di genere specifico: l' NSR. La disfunzione meccanica vertebrale genera, nel "gioco articolare" del segmento lombare in posizione Neutra, una prevalenza con inclinazione laterale (Side) e Rotazione opposta. È possibile verificare dapprima l'esistenza, poi la scomparsa di questa

disfunzione meccanica, precedentemente e successivamente ad una manipolazione. La normalizzazione del blocco lombare in NSR permetterà il ripristino della giusta dinamica circolatoria sotto-diaframmatica, che consentirà un miglioramento considerevole nel funzionamento del sistema viscerale.

È possibile sviluppare i fondamenti di un metodo, il cui scopo è la normalizzazione di questo genere di problemi, utilizzando come unico mezzo terapeutico sia determinate manipolazioni articolari lombari che alcune manovre viscerali. Questo metodo di applicazione dell'osteopatia permette di dare alla fisioterapia un'alternativa di cure nel contesto delle molteplici sindromi dolorose meccaniche di origine non organica. Parlare di «metodo» vuol dire che i mezzi di applicazione delle tecniche utilizzate si basano su supporti strutturati e metodologici sia per la teoria che per la pratica. Il metodo, basato fondamentalmente sull'osteopatia, mette a disposizione del Fisioterapista 155 modelli di Rééquilibration fonctionnelle®.

Venticinque di questi modelli terapeutici non farmacologici riguardano le sindromi dolorose meccaniche (che chiameremo SDM). Ogni volta che si sarà in presenza di una SDM di origine non organica, il quadro clinico riporterà le medesime componenti di una stessa successione meccanica. Queste componenti hanno molteplici e differenti modi di manifestarsi nei soggetti colpiti, per esempio una lombalgia potrà manifestarsi sotto forma di lombalgia catameniale.

Per illustrare questo proposito prendiamo l'esempio di una paziente di 36 anni, madre di due bambini, senza antecedenti medici o chirurgici, che ha sofferto di una lombalgia scatenatasi al momento delle mestruazioni, accompagnata da stipsi, spasmi intestinali e da dolore al gluteo destro. Già dal secondo episodio, il medico di famiglia della paziente aveva prescritto delle radiografie, in seguito alle quali il radiologo aveva segnalato una struttura conforme, senza malformazioni o atipie. In occasione del terzo episodio doloroso, consultò il proprio ginecologo di fiducia. Dopo questa visita furono effettuati degli esami complementari che scartarono l'eventualità di un qualsivoglia problema organico. Il problema tuttavia rimase lo stesso e un reumatologo prescrisse 15 sedute di rieducazione per « lombalgia comune recidivante ». L'assenza di risultato ha portato l'interessata, nella sua continua richiesta di cura, a ricorrere all'osteopatia. Ella esporrà il suo problema precisando di soffrirne da 6 mesi. Segue il resoconto del trattamento effettuato.



Obiettivi del trattamento e loro effetti

Il giorno della consultazione, la Signora MX soffriva di un dolore nella fossa iliaca destra. Temeva l'arrivo delle mestruazioni seguenti che, di regola, scatenavano i dolori al fondo schiena. La signora precisò: «Mi fa piacere sapere che non ho nulla alle ovaie ed alla schiena, ma non ci capisco più niente ... Ho mal di schiena, sono spesso stitica ed ho sempre più spasmi intestinali, ho dovuto interrompere anche la kinesiterapia in quanto non potevo assolutamente svolgere gli esercizi di rinforzo muscolare richiesti».

Sin dal primo incontro furono effettuati alcuni test, rilevando un quadro clinico di **Sindrome Dolorosa Meccanica (SDM)**.

Fu quindi proposto alla signora di effettuare 3 sedute di trattamento per eliminare il fenomeno di « lombalgia catameniale » assicurandole che sarebbe stato possibile ottenere un netto miglioramento, già dopo prima seduta, se fossero state trattate le componenti meccaniche del problema circolatorio.

La prima seduta procurò gli effetti attesi (in caso contrario, le sarebbe stato consigliato di continuare con ulteriori investigazioni presso medici specialisti).

Vennero programmate altre 2 sedute.

La valutazione, effettuata all'inizio della terza seduta evidenziò la scomparsa quasi totale dei segni di SDM. Dopo la terza seduta, la signora non fu più infastidita dalla sindrome.

Nota : Due anni dopo, ella accompagnò la propria figlia, sofferente di una sindrome premenstruale esagerata. "Siamo appena stati dal ginecologo" disse "il quale avrebbe piacere che Lei intervenisse. Ha apprezzato le cure che mi sono state somministrate; da quelle « manipolazioni » il mio problema non si è più manifestato ».

Alcune riflessioni a questo proposito

Come vedremo nella prosecuzione dell'esposizione, avere un metodo di applicazione per l'Osteopatia ha la massima importanza in quanto permette di comprendere le componenti del problema. La Sig.ra MX, pur non avendo nulla di organico, non era una malata immaginaria che non aveva niente...! L'assenza di lesioni organiche non significa affatto che le cause delle sofferenze non esistano ... La paziente non era "non collaborante", non cercava di tenersi i propri problemi, non evitava di fare gli esercizi di rinforzo muscolare che le erano consigliati... **Questa signora non aveva avuto la risposta giusta per il suo vero problema.**

Per rispetto alla persona, dobbiamo sempre considerare l'esistenza di altre possibilità di disfunzione, in particolare quelle per le quali abbiamo una perfetta padronanza e per le quali sappiamo riconoscere sin dall'inizio le indicazioni. **L'osteopatia non è una moda, ma un modo di curare!**

Inoltre, lo stato psicologico non rappresenta sempre il sedicente freno al recupero. Nel caso citato in esempio, **nessuno psicologo o psichiatra sarebbero stati in grado di risolvere il problema evocato in così poche sedute.**

A fronte di tali evidenze, i disturbi funzionali dovrebbero essere tenuti nella **giusta considerazione** da tutti gli operatori del Sistema Sanitario, in modo da poter indicare la soluzione terapeutica adeguata. Le sofferenze nei meccanismi di organizzazione dei sistemi funzionali sono, **per la maggior parte dei casi, reversibili, con trattamenti semplici e non iatrogeni**, necessitando l'intervento di un terapeuta in grado di assicurarne la **presa in carico**.

La specificità dell'osteopatia è di consentire la pratica di tecniche di normalizzazione su disfunzioni meccaniche che coinvolgono il funzionamento della struttura. Questa **etiologia, ancora sottostimata in medicina classica** (perché non integrata alla semiologia appresa nelle Facoltà di Medicina), può rendere perplesso e scettico chi si occupa della medicina organica da un punto di vista specialistico, probabilmente a causa dell'assenza, nella loro formazione, di spiegazioni razionali sull'argomento. Grazie al loro scibile possiamo tuttavia essere sicuri di poter agire con esattezza nel nostro campo di applicazione, il solo campo dove può essere garantita la non pericolosità dei nostri interventi. Sarebbe tempo che i programmi di valutazione si organizzassero, affinché la comunità medica possa trarre beneficio da osservazioni e risultati provenienti da un'esperienza differente ma in costante riferimento all'esigenza dei pazienti. L'attenta valutazione di questa particolare competenza di cura ed i benefici effetti che ne derivano, permettono di **comprovare che nella maggior parte delle sindromi legate ai disturbi funzionali esistono delle componenti oggettivabili e reversibili.**

Questo modo di curare deve essere applicato nel contesto appropriato, in presenza di un quadro clinico che metta in evidenza la SDM. Nella Sig.ra MX fu possibile osservare l'esistenza di componenti di SDM di origine non organica. Questo è infatti il genere di caso nel quale è possibile attuare delle normalizzazioni articolari e delle normalizzazioni viscerali per poter apportare, con i mezzi adeguati, una soluzione rapida ed efficace a questo genere di sofferenze.

Le cinque componenti della successione meccanica di una SDM

- 1. La **disfunzione osteopatica**:
Questo tipo di perdita di mobilità nelle lombari può essere organizzata in tre modi, differenziabili con dei test effettuati in dinamica:
 - NSR “alta” T12-L1-L2 (dieci osservazioni permettono questa deduzione)
 - NSR “bassa” L3-L4-L5 (dieci osservazioni permettono questa deduzione)
 - NSR “totale” T12 a L5 (undici osservazioni permettono questa deduzione)
- 2. La disfunzione del massaggio degli **organi del piano sotto diaframmatico**:
Questa disfunzione può essere rivelata da manovre di mobilizzazione o di stiramento che serviranno da test per apprezzare la morbidezza dei tessuti (il dolore indotto alla mobilizzazione o allo stiramento contrassegna la perdita di mobilità legata a questa disfunzione)
 - il MPSH “mobilizzazione piloro-sotto-epatica” (zona fredda e dolorosa = positivo)
 - l' EFPR “stiramento della fascia peri-renale” (dolore a fine di corsa = positivo)
- 3. La perturbazione della **dinamica circolatoria dei muscoli striati**:
Parecchi segni possono rivelare questo problema:
 - i piedi freddi
 - sensibilità alla palpazione retro-trocanterica (inserzione dei muscoli piramidali)
 - dolori nel basso ventre (muscoli otturatori interni)
 - dolori lombari (muscoli paravertebrali).
- 4. La **stasi di sangue addominale e pelvica**:
Questa stasi mette in difficoltà l'azione dei muscoli lisci su tutto o parte del sistema viscerale. La perturbazione delle funzioni meccaniche che ne risulta genera episodi dolorosi, conseguenti a spasmi e discinesie che si esprimono nella **sintomatologia della sindrome**:
 - disfunzione o irregolarità del transito
 - disfunzione o irregolarità dei cicli
 - varici, emorroidi
 - sofferenza perineale
- 5. La sofferenza dei visceri: (organi cavi dotati di muscolatura liscia, non contenenti sangue)
E' il luogo della manifestazione, ovvero la **risultante di componenti della sindrome viscerale**. Può trattarsi di uno o più visceri la cui sofferenza meccanica si esprime nella **sintomatologia della sindrome**:
 - Intestino tenue, Intestino Crasso, Vescica, Stomaco, Cistifellea.

Resoconto di cura Alcune normalizzazioni articolari e viscerali programmate in diverse sedute (tre in totale) potevano corrispondere ad un modello terapeutico perfettamente giustificato. Descriviamo la prima seduta che, da sola, può comportare una percentuale di miglioramento superiore al 50%.

- ☒ 1. Evidenze della **disfunzione osteopatica lombare**
 - A - Un primo test ha rivelato una distorsione funzionale di L3 in uno schema in NSR lombare totale. Questo genere di disfunzione perturba la totalità del segmento lombare. La disfunzione di questo settore ha un'incidenza sull'inserzione dei pilastri del diaframma “*crus diaphragmatis*” destro e sinistro, le cui inserzioni sui corpi vertebrali lombari e sui dischi vanno da L2 a L4.
 - In seguito al test (*foto 1*), abbiamo effettuato una Normalizzazione articolare di L3 in distorsione funzionale i cui parametri erano N.Ss.Rd., ovvero “side sinistro” e rotazione destra (*foto 2*)
 - B - Un secondo test ha permesso di localizzare l'NSR alta (T12-L1-L2)
 - In seguito al test (*foto 3*), abbiamo effettuato una *Normalizzazione articolare di T12-L1-L2* in N.Ss.Rd. (*foto 4*).
- ☒ 2. Evidenze della **disfunzione sotto diaframmatica**, che viene precisata dal test della manovra piloro-sotto-epatico (MPSH) (*foto 5*). Questa MPSH detta “positiva” vista la sua sensibilità, confermava l'utilità di esercitare sul fegato e sulla milza, sullo stomaco e sugli angoli epatico e splenico del colon, delle tecniche di massaggio per mezzo di pressioni e succussioni.
 - Scopo: regolare il punto di appoggio del centro frenico sulla massa sotto diaframmatica.
 - (*foto 6*) : Mobilizzazione della zona PSH (piloro sotto epatica)
 - (*foto 7*): Pompaggio toracico epatico (massaggio con pressione e succussioni sul fegato)
 - (*foto 8*): Pompaggio toracico splenico (massaggio con pressione e succussioni sulla milza)
 - (*foto 9*) : Vibrazioni sullo sfintere di Oddi
 - (*foto 10*): Succussione a livello dell'angolo epatico del colon
 - (*foto 11*): Succussione a livello dell'angolo splenico del colon
 - (*foto 12*):_Succussioni sul piloro

☒ 3. L'esistenza di questa disfunzione in NSR provocava una **perturbazione della dinamica circolatoria nei muscoli striati**. Ne abbiamo constatato i segni rivelatori: i piedi freddi (problema del momento e non ereditario) con, in più, dolori retro-trocanterici (inserzione dei muscoli piramidali, da differenziarsi dalla sofferenza del nervo sciatico), dolori nel basso ventre (muscoli otturatori interni, da differenziarsi dal dolore ovarico), dolori lombari (contrattura muscoli paravertebrali, da differenziarsi dal dolore di un ipotetico conflitto discale).

○ Scopo: decongestionare

- Massaggio con effetto arterioso, venoso e linfatico
- Pompaggio muscolare, effettuando un esercizio capace di sollecitare i muscoli piramidali, gli otturatori interni e i piramidali (contrazioni statiche alternate a fasi di riposo solleciteranno il decongestionamento esercizio descritto da Thure Brandt

Nota: La paziente dovrà fare questo esercizio, seguendo i consigli dati, fino alla seduta seguente.

(foto 13): Manovra viscerale generale (ad effetto generale sulla circolazione pelvica)

(foto 14 e 15): Esercizio muscolare di decongestionamento circolatorio endo pelvico

☒ 4. Conformemente a questa disfunzione meccanica circolatoria, una stasi di sangue nel piccolo bacino può spiegare l'ipercongestione, in rapporto alla congestione genitale fisiologica. Questa sofferenza vascolare è rievocata dalla sintomatologia della paziente (dolori lombo-pelvici al momento dei mestruai).

☒ 5. Siamo allora in grado di comprendere che questa stasi mette in difetto l'azione dei muscoli lisci su tutto o parte del sistema viscerale. Questa modalità di analisi su un problema lombare associato a dolori viscerali, principalmente gli intestini (ileo e colon ascendente) e soprattutto al momento della fase più congestiva di un ciclo, è in grado di chiarire ciò che potrebbe sembrare un mistero.

Con tecniche di massaggio appropriate, al livello degli intestini, sono state ottenute le normalizzazioni circolatorie viscerali della seconda e della terza seduta.

Conclusioni

Il problema della sofferenza viscerale (atonìa, spasmi, discinesie, dolori), quando non ha alcuna origine organica, sembrerebbe essere quello di una sofferenza tissulare circolatoria, legato principalmente alla perdita della dinamica lombare. Effettivamente un quadro clinico fornisce una certa obiettività a questa successione logica, con la conseguenza che questo genere di problema può essere risolto da un trattamento adeguato.

Un modello terapeutico privo di farmaci, basato su normalizzazioni articolari e normalizzazioni viscerali appropriate, ha un effetto benefico: evidentemente la manifestazione della sindrome dolorosa meccanica termina a causa della semplice correzione di tutte le componenti del problema.

Il campo di applicazione delle Normalizzazioni viscérales® è ampio. Questo tipo di riflessione sulle interrelazioni biodinamiche dei differenti sistemi orienta la scelta giudiziosa di un'azione basata su un ragionamento coerente e su tecniche adeguate, e può così essere integrato alla Reumatologia, alla Ginecologia, alla Gastro-enterologia, alla Flebologia, all'Urologia. Quando un apprendimento serio permette di contornare le indicazioni di queste sottili tecniche manuali, il fisioterapista diviene in grado di apportare la qualità di una vera Rééquilibration fonctionnelle® ad una moltitudine di pazienti che soffrono di disturbi funzionali reversibili.

Riterremo che il segmento lombare, la cui fisiologia articolare permette una mobilità in « N », è un « ammortizzatore » delle forze provenienti dal sistema viscerale. Se vi è sofferenza nel sistema funzionale viscerale, l'adattamento delle lombari imporrà delle informazioni multiple agli altri sistemi (sistema neurologico, articolare, muscolare, legamentoso). L'entità viscero-parietale si adatterà, chiedendo che la struttura faccia altrettanto. Se vi sono difficoltà ad assicurare questo adattamento, le sofferenze funzionali multifattoriali genereranno delle sindromi polialgiche diffuse. La biomeccanica delle lombari permette di comprendere che una disfunzione articolare su questa parte della colonna vertebrale disturba la ripartizione delle forze, perturba la tensione dei pilastri del diaframma e riduce l'appoggio del suo centro frenico, cosa che contribuisce a diminuire la dinamica diaframmatica della circolazione addominale. Per questa ragione l'intervento a livello vertebrale lombare è prioritario nella prima seduta di una serie di tre interventi che mirano a ristabilire la dinamica dei muscoli lisci dei visceri.

L'applicazione dell'osteopatia secondo il concetto della Rééquilibration fonctionnelle permette un impiego giudizioso di normalizzazioni articolari e viscerali, efficaci e prive di effetti iatrogeni.

Questa argomentazione può rivelarsi interessante per l'effettuazione di ricerche scientifiche in osteopatia e in fisioterapia.

Esempio di manipolazioni di una prima seduta (collezione H.Solère, Dr. in Osteopatia)

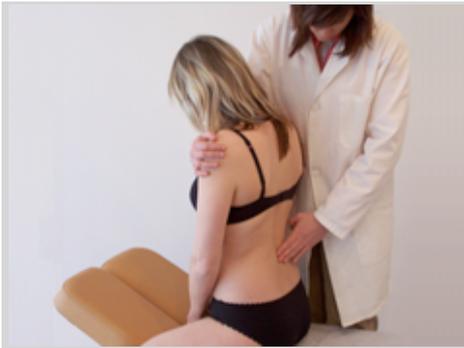


foto 1 Test NSR lombare totale



foto 2 Normalizzazione di L3 in N.Ss.Rd



foto 3 Test NSR lombare alta



foto 4 Normalizzazione N.Ss.Rd. alta



foto 5 Test di mobilità PSH



foto 6 manovra PSH



foto 7 Pompages toracico-epatico



foto 8 Pompages toracico splenico

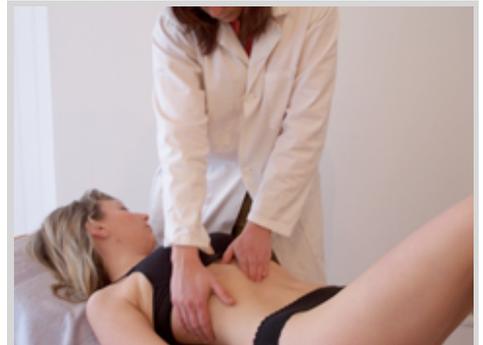


foto 9 Vibrazioni sullo sfintere di Oddi

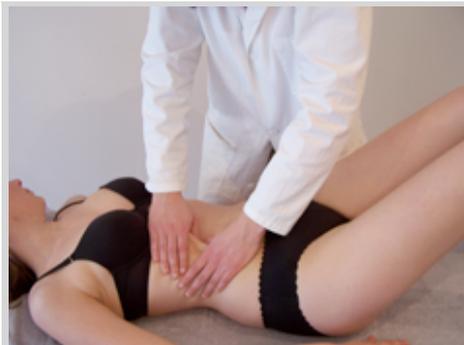


foto 10 Succussioni angolo epatico del colon



foto 11 Succussioni angolo splenico del colon



foto 12 Succussioni sul piloro



foto 13 Manovra viscerale generale



foto 14 Esercizio decongestionante (1° tempo)

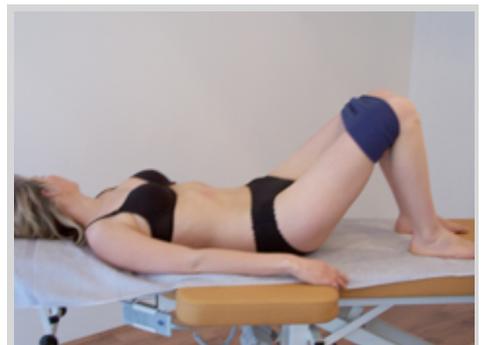


foto 15 Esercizio decongestionante (2° tempo)

	Segni della manifestazione	Etiologia	+ Conseguenze del S.D.M.
A	1 LOMBALGIA	COMPONENTI DELLA SINDROME DOLOROSA MECCANICA (NSR + DVP + DMC + DVS) E IN ASSENZA DI CAUSE ORGANICHE RELATIVE A QUESTA MANIFESTAZIONE	+ dolori nella zona lombare con considerevole restrizione della mobilità del settore
	2 SCIATALGIE CRURALGIE		+ dolori sul decorso dei nervi sciatico e/o crurale, ma con un percorso tronco e senza alterazione significativa dei ROT
	3 DOLORE TORACICO		+ dolori toracici manifestati particolarmente in avanti e lateralmente sul torace, sulla parte toracica riconducibile alla zona dorsale compresa fra T4 a T10
	4 COXALGIA		+ dolori su una o entrambe le articolazioni coxo-femorali, particolarmente risentito a livello delle inserzioni muscolari del grande trocantere
	5 GONALGIA		+ dolore principalmente su un ginocchio, costantemente scatenato in occasione di un leggero surmenage fisico implicante le articolazioni degli arti inferiori
B	6 NEURALGIE IPOGASTRICHE		+ dolori ipogastrici provocati dall'arrivo delle mestruazioni, dal cammino o da pressione all'addome, con irradiazione ai lombi o alla coscia
	7 Nel periodo della MENOPAUSA		+ vampate di calore che aumentano per frequenza e intensità coinvolgendo il viso, la zona più alta del petto e talvolta l'intero corpo
	8 SINDROME PREMESTRUALE		+ accentuazione dei segni evocatori del sintomo premenstruale
	9 AMENORREA DISMENORREA		+ assenza di mestruazioni o presenza di dolori più o meno importanti al momento della loro comparsa
	10 IPOFERTILITÀ		+ mestruazioni irregolari ed ovulazione di cattiva qualità che in una donna che desidera di un figlio non permettono la gravidanza
	11 CEFALEE CATAMENIALI		+ emicrania accompagnata da nausea che si scatena al momento delle mestruazioni
	12 LOMBALGIE CATAMENIALI		+ lombalgia che si scatena al momento delle mestruazioni e si accompagna ad un episodio di costipazione
C	13 COLITE SPASMODICA		+ dolori assai vivi, con sensazione di torsione, sia a livello del colon ascendente o del cieco, sia sul tragitto del colon discendente, talvolta a livello degli angoli del colon, soprattutto quello epatico
	14 GONFIORI INTESTINALI		+ gonfiori intestinali e dolori, principalmente a destra a livello dell'ileo
	15 DISFAGIA		+ dolori alla deglutizione sovente legati a dispepsie e reflusso gastro-esofageo
	16 DISPEPSIA		+ dolori alla digestione sovente legati a disfagie e reflusso gastro-esofageo
	17 CONFLITTO DELLA GIUNZIONE GASTROESOFAGEA		+ sensazione di bruciore retrosternale basso salente lungo l'esofago, dolori alla digestione, bisogno di eruttazione e occasionale reflusso gastro-esofageo
	18 COSTIPAZIONI - TURBE del TRANSITO INTESTINALE		+ rallentamento del transito intestinale con costipazione (disfunzione non dolorosa)
D	19 GAMBE PESANTI		+ sensazione di gambe pesanti in assenza di dolore specifico agli arti inferiori, edema e varici
	20 ESTREMITÀ FREDDI		+ sensazione di freddo alle estremità degli arti, ed in particolare ai piedi
	21 PERTURBAZIONI VASOMOTORIE		+ sensazione di pesantezza nel piccolo bacino, in particolare in posizione seduta
E	22 INCONTINENZE		+ incontinenza occasionata da sforzi fisici
	23 ENURESIS		+ enuresi notturna nei bambini
	24 CISTALGIE		+ dolori al livello della vescica, spesso al momento della minzione
	25 CONGESTIONE PROSTATICA		+ diminuzione della pressione durante la minzione
A = Reumatologia B = Ginecologia C = Gastroenterologia D = Flebologia E = Urologia modelli 1 a 5 modelli 6 a 12 modelli 13 a 18 modelli 19 a 21 modelli 22 a 25			
Il Referenziale della Rééquilibration fonctionnelle definisce ogni modello terapeutico			

Approfondimento

- L'origine delle componenti della sindrome dolorosa meccanica (S.D.M) è molto spesso trascurata sul piano diagnostico. – La sintomatologia della S.D.M non ha **nessuno substrato organico lesionale causale**. Sono unicamente delle componenti meccaniche in disfunzione a causare questi differenti problemi « atipici » e « multifattoriali ».
- Un bilancio preciso permette di stabilire dei quadri clinici su dei dati obiettivi e verificabili. - Un tale approccio è elaborato a partire da test specifici. Il risultato di questo bilancio funzionale dà le giuste indicazioni per un trattamento affidabile ed ad alto rendimento che prende in conto la reversibilità della disfunzione lombare di tipo N.S.R e della disfunzione meccanica circolatoria che genera. – La proposta diviene coerente quando è possibile inquadrare i **quattro parametri della costrizione** : il suo **supporto**, il suo **vettore**, il suo **periodo** il suo **terreno del momento**. Nel caso citato in esempio avevamo determinato che lo squilibrio posturale visceroparietale costituiva il supporto, che il vettore era costituito dalla disfunzione in NSR e dalle sue successioni meccaniche, che il periodo era quello mestruale e che il terreno del momento era quello delle reazioni neuro-vegetative e riflesse, reazioni (e non disfunzioni) che trascinavano le manifestazioni secondarie a questa lombalgia. C'è coerenza tra ciò che ha espresso la paziente e ciò che è “impresso” sul suo corpo, c'è inoltre coerenza tra ciò che sappiamo e ciò che troviamo.
- Queste perturbazioni funzionali sono radicalmente differenti dalle patologie funzionali conosciute e trattate in medicina allopatica con altre tecniche e con altri mezzi terapeutici. – La Rééquilibration fonctionnelle è un Metodo che permette di agire sulle interrelazioni del sistema muscolo-scheletrico e viscerale nel complesso toraco-lombo-pelvico. Si tratta di riconoscere certe disfunzioni meccaniche per apportarvi la soluzione terapeutica, dato che costituiscono le componenti delle numerose conseguenze manifestate sotto le multipli forme.
- In questo contesto, dove normalmente non sono conosciuti trattamenti ad alta efficacia, la pratica dei modelli terapeutici codificati in Rééquilibration fonctionnelle® mostra che la maggior parte dei disturbi funzionali di origine meccanica possono risolversi. – Le Normalisations viscérales® sono particolarmente adeguate per eliminare le costrizioni meccaniche sull'entità viscerale. Questa originalità ha portato allo sviluppo di una metodologia e di un referenziale affinché il modello teorico possa essere compreso ed insegnato per applicare dei nuovi modelli terapeutici nel contesto delle perturbazioni funzionali viscerali.
- Questa forma di cura, in linea con le competenze professionali del Fisioterapista, rappresenta un'alternativa ai trattamenti abituali proposti per questo genere di perturbazioni funzionali nel quadro della reumatologia, ginecologia, gastrologia, flebologia, urologia. - Venticinque modelli terapeutici non farmacologici sono basati su tecniche adeguate alle abilità tecniche e professionali del Fisioterapista.
- La Rééquilibration fonctionnelle® e tutta la sua metodologia permettono un'applicazione razionale dell'osteopatia in determinati quadri della medicina, proponendo 155 modelli terapeutici non farmacologici. - Normalisations viscérales® : 25 modelli terapeutici; - Normalisations articulaires® : 54 modelli terapeutici; Normalisations énergétiques® : 76 modelli terapeutici; - Il suo campo di applicazione è di quindi molto ampio e riguarda le multiple manifestazioni delle problematiche funzionali, per le quali i terapeuti abilitati all'uso di questo Metodo si impegnano al rispetto del concetto moderno della medicina ed alla tutela dell'interesse dei pazienti.

Indicazioni di alcuni articoli a proposito del Rééquilibration fonctionnelle®

- SOLERE R. Approche thérapeutique des pathologies fonctionnelles. Revue La vie naturelle 1987;19:18.
- SOLERE R. La naissance en médecine. Colloque international naissance et société, sous l'égide de l'O.M.S. Université de Perpignan, 1991.
- SOLERE R. Normalisations viscérales, puissante médecine douce. Revue Médecine Douce 1992;101:38-41,78.
- THEUNINCK Y. Physiothérapie-Ostéopathie. Revue Romande de Physiothérapie 1996;6:201-4.
- SOLERE R. De l'incidence du petit bassin sur les céphalées. 5ème Symposium du Musée Olympique. Lausanne 1998.
- TOURNE C-E. Le concept de rééquilibration fonctionnelle® dans une pratique gynécologique. Revue Romande de Physiothérapie 1998;5:167-71.
- DAHAN P. Kinésithérapie et Rééquilibration fonctionnelle® : Arthrose de hanche. Sud Médecine 1998;4-23.
- SOLERE R. Rééquilibration fonctionnelle® In Trattato di Flebologia e Linfologia. Mancini S, UTET 2001;2:767-72.
- SOLERE R. PEYTRAL P. Tendinite du tenseur du fascia lata. Point de vue de l'Ostéopathe. Fédération Française d'Athlétisme, communication / congrès Paris, 19/20 septembre 2002.
- SOLERE R. La méthode de rééquilibration fonctionnelle : une alternative peu connue. Revue Romande de Physiothérapie 2002;7:116-21.
- SOLERE R., SOYER-GOBILLARD M-O. Vers de nouveaux modèles théoriques et thérapeutiques non médicamenteux par l'élargissement du champ des connaissances des sciences motrices, de la réhabilitation et de la santé. Revue Internationale de Recherche en Kinésithérapie, ReK 2004;2:31,37.
- SOLERE R., SOYER-GOBILLARD M-O. La Recherche en Ostéopathie. Colloque Recherches en Kinésithérapie. Faculté des Sciences Humaines. Nice - Kiné-actualité, 2004;959:35.
- CASALI D. Rééquilibration fonctionnelle - Méthode Solère®: Un'alternativa terapeutica alla kinesiterapia per la crescita professionale del fisioterapista, AIFI Emilia Romagna Inchiostro blu, 2005;III-1:18-19.
- JOLLY A. Kinésithérapie / Ostéopathie : Rééquilibration fonctionnelle®. Revue de la société de Formation continue en Kinésithérapie, SoFCok Belgique 2005;2:2,4-6.
- SOLERE R., VACCARO R., CASALI D. “La pubalgia di origine capsulare coxo-femorale”. Conferenza ECM - Genova, 3 dicembre 2005 ; Bologna 10 dicembre 2005. ReF-Italia dicembre 2005.
- VACCARO R., CASALI D., “Normalisations viscérales”: aspetti valutativi e terapeutici della Rééquilibration fonctionnelle - Méthode Solère®, AIFI Emilia Romagna Inchiostro blu, 2006;IV-1:8-11

