

Rola osteopatii w leczeniu coccygodynii

The role of osteopathic technique in treating coccygodynia

Sutherland Medical Center, Warszawa

KEY WORDS

coccygodynia, osteopathy, pelvic floor, pelvic pain, manual treatment

SUMMARY

This article is about therapeutic problem with coccygodynia. Chronic pelvic pain affects a lot of people. Most commonly it affects women for example after natural childbirth. Another reason of coccygodynia is cause by an accident - fall in the sitting position. Sport like snowboarding or cycling (prolonged sitting position) can also cause chronic pelvic pain. No satisfactory therapy has yet been found to relive pain in coccygodynia. The most common is rest, taking a medicament, physical therapy, manual therapy or operative treatment like coccygectomy. Lots of patients is suffer for very long time because of pelvic pain. In the article the author is presenting osteopathy and osteopathic technique to relive chronic pelvic pain. The osteopath looks at the body as a whole organism. It is not only coccyx bone where the main problem locates. Osteopathic therapy treat the pelvic floor but the osteo-myo-fascial connection and the visceral connection are both extremely important and worth remembering.

WSTĘP

Coccygodynia jest częstym problemem u osób dorosłych. Występuje u obu płci, lecz większy odsetek osób borykających się z bólem w okolicy kości guzicznej stanowią kobiety. Często dolegliwość ta pojawia się po porodzie siłami natury. Innymi przyczynami coccygodynii mogą być upadki na kość guziczną (snowboard) oraz długa jazda samochodem czy na rowerze. Pojawienie się bólu w okolicy kości ogonowej bez uchwytniej przyczyny może mieć charakter psychosomatyczny. Wiele pacjentek skarży się też wówczas na bolesne współżycie, związane z napięciem występującym w dnie miednicy (1). Zdarzają się pacjenci po resekcji kości guzicznej, u których zabieg nie przyniósł oczekiwanego rezultatu przeciwbólowego. Terapia osteopatyczna proponuje zastosowanie technik manualnych w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych i poprawy funkcjonowania pacjenta. Ponieważ jest to metoda holistyczna, nie opiera się jedynie na działaniu w obrębie kości guzicznej. W terapii z pacjentem najważniejszy jest główny problem, z jakim dana osoba się zgłasza, ale też nie można bagatelizować innych objawów towarzyszących powstałych na skutek próby kompensacji organizmu.

RYS HISTORYCZNY

Osteopatia jest gałęzią medycyny bazującą na anatomii i fizjologii. Twórcą osteopatii był amerykański lekarz Andrew Taylor Still urodzony w 1828 roku. Pochodził z metodystycznej rodziny, jego ojciec był pastorem, ale również

lekarzem. Andrew postanowił pójść w ślady ojca, od którego pobierał pierwsze nauki. W trakcie wojny pracował jako lekarz pierwszego kontaktu oraz chirurg. W 1864 roku Still przeszedł kryzys wiary w ówczesną medycynę. W czasie epidemii zapalenia opon mózgowych zmarli jego żona i trójka dzieci. Leczenie środkami typu opium, arsenik i whisky nie dały pozytywnych rezultatów. Na bazie nauki i swoich doświadczeń Still zaczął praktykować terapię manualną. Jego leczenie przynosiło dużą ulgę pacjentom. Zachęcony sukcesami stworzył własny system leczenia bazujący na następujących zasadach:

- a) ciało jest całością,
- b) struktura i funkcja są ze sobą wzajemnie powiązane,
- c) ciało ma tendencję do samonaprawy.

Miał holistyczne poglądy. Medycyna manualna, jaką stosował, nie bazowała wyłącznie na układzie kostnym. W dniu 22 czerwca 1874 roku Andrew Still ogłosił swoje tezy, nazywając tę gałąź medycyny „osteopatią”. Niestety spotkał się z dużym oporem środowiska lekarskiego. Nie poddał się jednak i w 1892 roku otworzył pierwszą szkołę osteopatii – American School of Osteopathy w Kirksville. Szkoła ta wykształciła wielu osteopatów, między innymi W. G. Sutherlanda – twórcę terapii czaszkowej. Jej uczniem był również Martin Littlejohn, który po konflikcie ze Stilliem natury semantycznej opuścił szkołę i przyniósł się do Chicago, gdzie w 1900 roku założył Chicago College of Osteopathy. Po kilkunastu latach przeniósł się do Anglii i tam w 1917 roku założył pierwszą europejską szkołę osteopatii – British School of Osteopathy. Poza nurtem brytyjskim niedługo

później powstały szkoły w Belgii, Niemczech, Norwegii, Austrii, Szwecji, Finlandii i Włoszech. W roku 1997 powstała Europejska Federacja Osteopatii (2, 3). W Polsce pierwszą szkołą realizującą program osteopatii belgijskiej był Sutherland College of Osteopathic Medicine założony w 2003 roku. Studia na tej uczelni trwają 5 lat i kończą się egzaminem klinicznym i obroną pracy, dającymi tytuł DO czyli dyplomowany osteopata.

COCYGYDYNIA W KONTEKŚCIE OSTEOPATII

Dno miednicy jest całością, a uraz kości guzicznej prowadzi do szeregu dysfunkcji całego ciała. Uraz tkanki kostnej niejednokrotnie wywołuje szereg napięć w tkankach miękkich dna miednicy. Mięśnie budujące ten region stanowią nierozłączną całość, tworząc przeponę mięśniową. Dno miednicy dzieli się na trzy warstwy. Warstwa powierzchniowa składająca się z: mięśnia kulszowo-jamistego (*m. ischiocavernosus*) – u kobiet słabo rozwinięty, leży na odnodze łechtaczki i działa na jej ciało jamiste, mięśnia opuszkowo-gąbczastego (*m. bulbospongiosus*) – związany jest ze zwieraczem zewnętrznym odbytu (*m. sphincter ani externus*), jest to mięsień poprzecznie prążkowany zależny od woli, w fazie spoczynku jest napięty, w skurczu dociska ściany odbytnicy, oraz mięśnia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej (*m. sphincter urethrae externus*) – stanowi wzmocnienie zwieracza wewnętrznego. Warstwa środkowa składa się z mięśnia poprzecznego powierzchownego kroczka (*m. transversus peronei superficialis*) – napina środek ścięgny krocza, oraz mięśnia poprzecznego głębokiego kroczka (*m. transversus peronei profundus*) – stabilizuje cewkę moczową (4). Warstwa głęboka składa się z mięśnia guzicznego (*m. coccygeus*), mięśnia zasłaniacza wewnętrznego (*m. obturatorius internus*), mięśnia dźwigacza odbytu (*m. levator ani*), który utworzony jest przez trzy mięśnie: mięsień łonowo-odbytniczy, łonowo-guziczny i mięsień biodrowo-guziczny (5). Poszczególne warstwy tworzą przeponę mięśniową rozpiętą między kością guziczną a spojeniem łonowym. Tak więc podczas urazu kości ogonowej dochodzi do szeregu kompensacyjnych napięć obronnych w dnie miednicy. Niejednokrotnie nie dochodzi do zwichnięcia bądź złamania kości guzicznej, a pacjent mimo to odczuwa dolegliwości bólowe w tym rejonie. Wynika to ze wspomnianej wcześniej obrony mięśniowej. W terapii coccygodyni nie wystarczą więc działania w obrębie tylko kości guzicznej. Należy na problem spojrzeć szerzej. Podczas pracy z pacjentami zawsze proponuję najpierw techniki zewnętrzne, które niejednokrotnie dają stuprocentową poprawę dolegliwości bólowych.

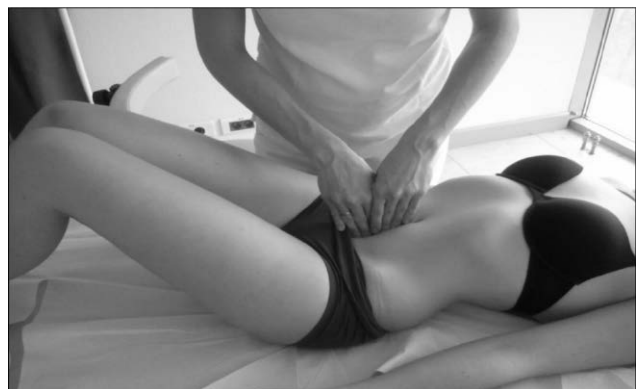
Trauma tkanek miękkich utrzymująca się przez dłuższy czas wywołuje szereg dysfunkcji całego ciała. Przepona jako główny mięsień oddechowy podczas oddychania obniża się i unosi, pozwalając na wdech i wydech. Jest to struktura poprzecznie rozmieszczona, działająca jak tłok (6). W takim samym ruchu pracować będzie dno miednicy i struktury górnego otworu klatki piersiowej. Jeżeli więc pacjent ma zwiększone napięcie w dnie miednicy (zwykle po traumie kości guzicznej większe po jednej ze stron), ruchy podczas faz oddechowych będą zaburzone. Po stronie większego napięcia „przepona” miednicy nie będzie wystarczająco obniżała się na wdechu i podnosiła na wydechu. W konsekwencji



Ryc. 1. Praca z dnem miednicy w kierunku ułatwionym-spontaniczne rozluźnienie tkanki. Pozycja na plecach.



Ryc. 2. Praca z dnem miednicy w kierunku ułatwionym. Praca na boku.



Ryc. 3. Normalizacja powięzi przedkrzyżowej i więzadła pępkowego.



Ryc. 4. Normalizacja kości krzyżowej.



Ryc. 5. Odnogi i łuki przepony.



Ryc. 6. Normalizacja napięć górnego otworu klatki piersiowej.

obręcz miednicy ustawi się w charakterystyczny sposób. Po stronie zwiększonego napięcia kość biodrowy przedni górny ustawi się ku dołowi – co zwiększa jego odległość od pępka, a kość krzyżowa będzie w dysfunkcji rotacyjnej na swojej osi skośnej.

Nieprawidłowa praca struktur poprzecznych będzie wywoływała dysfunkcje narządów jamy brzusznej. Przepona oddechowa obniżając się i podnosząc, wywołuje swoisty drenaż i masaż trzewi, pobudza krążenie, co jest podstawą ich funkcjonowania. Dzięki temu ruchowi tkanki miękkie swobodnie przesuwają się między sobą. Związane jest to oczywiście z innymi czynnikami takimi jak elastyczność powięziowa czy płyn tkankowy ułatwiający ruchomość. Przy założeniu, że dno miednicy nie pracuje w odpowiedni sposób wdechowo/wydechowo po jednej ze stron, można przypuszczać, że przepona również będzie miała zaburzoną ruchomość. Trzewia po tej stronie są więc mniej dokrwione, a brak ruchomości między nimi będzie powodował zaburzenia ślizgu powięziowego. W takim przypadku po stronie prawej należy skupić się na napięciach prawego dołu biodrowego (zastawka krętniczno-kątnicza, część wstępująca okrężnicy, jajnik prawy), okrężnica wstępująca – powięź Toldta, wątroba i jej więzadła, zagięcie wątrobowe okrężnicy i jego więzadła, jelito cienkie, zwieracz Oddiego, pęcherzyk żółciowy. Kiedy pojawia się dysfunkcja pracy „przepon” po stronie lewej, należy zadbać o żołądek i jego więzadła, zagięcie śledzionowe okrężnicy, część zstępującą okrężnicy (struktura położona głęboko i przykryta w dużej mierze przez jelito cienkie), kreskę esicy i samą esicę, jajnik lewy (5). Bardzo ważną strukturą często powodującą dysfunkcje jest mięsień biodrowo-lędźwiowy. W związku z tym, iż jest on w stałym kontakcie z trzewiami (przez swoje wewnątrzbrzuszne położenie), on także w konsekwencji braku ruchomości i drenażowej pracy „przepon” będzie podlegał dysfunkcji. Zwiększone napięcie struktur jamy brzusznej będzie wpływało na zwiększone napięcie mięśnia biodrowo-lędźwiowego.

Biorąc pod uwagę połączenia powięziowe, należy zadbać również o uwolnienie powięzi przedkrzyżowej, która łączy się za pomocą więzadła łonowego (biegnącego wzdłuż kości łonowej) z więzadłem pachwinowym. Idąc tym tropem, pracujemy ze środkiem ścięgnistym przepony.

Podążając w kierunku górnego otworu klatki piersiowej, należy zwrócić uwagę na „ścięgno centralne”. Jest to połączenie powięziowe między przeponą a podstawą czaszki. Przepona połączona jest z osierdziem więzadłem przeponowo-osierdziowym. Kolejne połączenie to więzadła mostkowo-osierdziowe i osierdziowo-kręgowo, powięź przedkręgowo, powięź przedtchawicza, chrząstka pierścieniowata, błona tarczowo-gnykowa, przelyk, mostek, chrząstka tarczowata, kość gnykowa, podstawa czaszki (7). Skrócenie tego traktu powoduje dysfunkcje mostka, protrakcję głowy i szyi, a co za tym idzie nadmierne napięcie prostownika odcinka szyjnego i dysfunkcję przejścia potyliczno-szyjnego (COC1) oraz zwiększenie kifozy piersiowej. Praca osteopatyczna będzie polegała na rozluźnieniu napięcia traktu powięziowego między środkiem ścięgnistym a podstawą czaszki oraz na normalizacji napięć w obrębie górnego otworu klatki piersiowej (ang. *thoracic outlet syndrome*).

Wybrane techniki osteopatyczne:

1. Praca z dnem miednicy w kierunku ułatwionym – spontaniczne rozluźnienie tkanki. Pozycja na plecach (ryc. 1).
2. Praca z dnem miednicy w kierunku ułatwionym. Praca na boku (ryc. 2).
3. Normalizacja powięzi przedkrzyżowej i więzadła pępkowego (ryc. 3).
4. Normalizacja kości krzyżowej (ryc. 4).
5. Odnogi i łuki przepony (ryc. 5).
6. Normalizacja napięć górnego otworu klatki piersiowej (ryc. 6).

PODSUMOWANIE

Osteopatia proponuje szereg technik manualnych zewnętrznych, dzięki którym pacjenci czują się lepiej. Terapeuta „uwalnia tkanki”, czekając na ich spontaniczne rozluźnienie. Praca z ciałem wymaga skupienia uwagi nie tylko na bolesnym miejscu, co przedstawione zostało w artykule. Jeżeli dane techniki nie dają poprawy dolegliwości bólowych, należy zastanowić się nad techniką wewnętrzną *per rectum*. Z doświadczenia wynika, że w większości przypadków pacjentów cierpiących z powodu coccygodyni praca technikami zewnętrznymi daje zadowalający efekt przeciwbólowy.

Adres do korespondencji:

Ewelina Tyszko-Bury
Sutherland Medical Center
Aleja Stanów Zjednoczonych 32
lokal 14, 04-036 Warszawa
tel. +48 509-652-657
ewelinatyszko@wp.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Melicien A, Tettambel DO: An osteopathic Approach to Treating Woman With Chronic Pelvic Pain. *J Am Osteopath Assoc* 2005 Sept 1; 105 (suppl. 4): S20-S22.
2. Still A: *Osteopathy Research and Practice*. Kirksville MO: The author 1910; 7-31 (dostęp za: <https://archive.org/details/osteopathyresearostiliala>).
3. Godek P: Andrew Taylor Still – lekarz, buntownik, wizjoner. Artykuł dostępny na stronie: http://orto-forum.pl/arttykul/36/andrew_taylor_still_lekarz_buntownik_wizjoner.
4. Schunke M, Schulte E, Schumacher U et al.: *Prometeusz. Atlas anatomii człowieka. Tom I. Anatomia ogólna i układ mięśniowo-powięziowy*. MedPharm, Wrocław 2009 (dodruk 2013): 136-137, 156-159, 498-499.
5. Bochenek A, Reicher M: *Anatomia człowieka. Tom III. PZWL, Warszawa 1954: 172-188*.
6. Barral J-P, Mercier P: *Visceral Manipulation*. Eastland Press Inc., Seattle 2005; 4-5.
7. Paoletti S: *The Fasciae: Anatomy, Dysfunction and Treatment*. Eastland Press Inc., Seattle 2006: 53-61, 74-83.

nadesłano: 21.05.2014
zaakceptowano do druku: 23.06.2014