



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL  
SCUOLA DI OSTEOPATIA

---

**TESI PER IL DIPLOMA DI OSTEOPATIA (D.O.)**

**Efficacia del trattamento  
osteopatico nel dolore acuto  
della A.T.M.**

(articolazione temporo mandibolare)

**Seconda Parte**

**Rivalutazione Caso Clinico**

Direttore

**Dott. Luca Bonadonna**

Candidato

**Alberto Fontana**

---

fisiomedic  
ACADEMY

ANNO ACCADEMICO 2017 / 2018



<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>5</b>
<b>2. CONCETTI BASE</b>	<b>6</b>
<b>2.1. "BODY IS A UNIT"</b>	<b>6</b>
<b>2.2. LA FASCIA</b>	<b>6</b>
2.2.1. Anatomia della fascia:	7
2.2.2. Tipologia, distribuzione e funzione della fascia	10
A) Fascia Superficialis	
B ) Il Peritoneo	
C ) L'Aponeurosi superficiale	
<b>2.3. I MOVIMENTI VISCERALI</b>	<b>15</b>
2.3.1. MOTILITA' VISCERALE	16
o movimento attivo intrinseco	
2.3.2. MOBILITA' VISCERALE	17
o movimento passivo indotto	
<b>2.4. LA DISFUNZIONE PRIMARIA</b>	<b>19</b>
2.4.1. LINEE GUIDA PRINCIPALI	19
2.4.2. PRESSIONE VISCERALE	21
2.4.3. METODOLOGIA DI APPROCCIO	22
<b>3. Caso Clinico:</b>	<b>24</b>
<b>3.1. Dati personali</b>	<b>24</b>
<b>3.2. Introduzione</b>	<b>24</b>
<b>3.3. Diagnosi clinica</b>	<b>25</b>
<b>3.4. Anamnesi</b>	<b>25</b>
<b>3.5. Esame obiettivo</b>	<b>27</b>
<b>3.6. Valutazione Osteopatica e         Tecniche conseguenti</b>	<b>28</b>
3.6.1. Prima seduta	
(07 Dicembre 2017)	28

3.6.2. Seconda seduta	
(08 Gennaio 2018)	30
3.6.3. Terza Seduta	
(12 Febbraio 2018)	34
3.6.4 Quarta Seduta	
( 19 febbraio 2018)	37
<b>3.7. Conclusioni</b>	<b>41</b>
<b>3.8. Ringraziamenti</b>	<b>42</b>
<b>3.9. Bibliografia</b>	<b>43</b>

# 1. INTRODUZIONE

Alla luce delle ulteriori nozioni acquisite nel prosieguo degli studi frequentando il terzo anno, ed in considerazione della riproposizione della sintomatologia dolorosa nel medesimo soggetto, si ritiene necessario riproporre il caso clinico precedentemente trattato come argomento della "tesina" scritta al termine del 2° anno, a completamento della parte strutturale, che ha come titolo " Efficacia del trattamento Osteopatico nel dolore acuto della A.T.M. ( articolazione temporo-mandibolare )".

Le motivazioni sono varie; innanzitutto la problematica del dolore sulla ATM ripresentatasi nuovamente nello stesso soggetto anche se in forma meno acuta, che ha riproposto la necessità di un'approccio olistico con un più ampio raggio di intervento.

Secondariamente, ma non per importanza, il reperimento di altre disfunzioni in vari distretti che ci costringono ad una valutazione differenziale e che aprono ad una serie di interrogativi necessari per determinare quali possano essere le cause che generano la sintomatologia riferita dal paziente.

Per cominciare si ritiene opportuno ricordare alcune nozioni di base che hanno costituito l'ossatura sulla quale si è sviluppato il ragionamento che ha guidato il trattamento osteopatico messo in atto sul paziente.



## **2. CONCETTI BASE**

### **2.1. "BODY IS A UNIT"**

Il concetto base espresso da A. T. Still, "Body is a unit", nonostante siano passati molti anni da quando fu formulato, è tutt'ora attualissimo; anzi direi che mai quanto oggi sia da ritenersi fondamentale per approcciare in maniera corretta qualsiasi disfunzione o malattia il nostro organismo presenti.

Ogni medico dovrebbe tenere a mente questo assunto non per un utilizzo superficiale semplicistico, ma per poter affinare la diagnosi.

I mezzi tecnologici oggi a disposizione della diagnostica strumentale, la possibilità di indagare nel piccolo o piccolissimo rischiano di portare il medico a vedere solo il singolo problema e a ricondurre una manifestazione esplicita ed evidente dell'organismo come l'espressione di una singola causa anzichè la reazione dell'organismo in toto ad un disequilibrio che impedisce allo stesso di raggiungere l'omeostasi dalla quale discende lo "stare bene" e "l'essere in salute".

L'osteopata deve sicuramente utilizzare i mezzi diagnostici messi a disposizione ma a maggior ragione deve sempre avere presente il corpo nella sua interezza .

### **2.2. LA FASCIA**

Da un punto di vista anatomico il termine fascia indica una membrana di tessuto connettivo fibroso di protezione:

di un organo (fascia peri-esofagea, fascia peri ed intra faringea);

di un insieme organico (fascia endocardica, fascia parietalis).

Indica inoltre una membrana di tessuto con funzione di nutrimento (fascia superficialis, fascia propria).

La fascia quindi, per la sua enorme estensione, rappresenta un insieme fibroso nel quale tutto è collegato, tutto è in continuità.

La globalità degli elementi anatomici ( ossa, articolazioni, muscoli, organi, vasi, tessuti stessi) devono essere considerati come meccanicamente solidali gli uni a gli altri.

## 2.2.1 Anatomia della fascia:

Come tutti i tessuti, il connettivo è formato da cellule: i blasti. Vi sono osteoblasti nell'osso, condroblasti nella cartilagine, fibroblasti nel tessuto fibroso. Queste cellule a stella comunicano tutte attraverso i loro prolungamenti protoplasmatici. Non hanno alcuna attività metabolica. La loro fisiologia consiste unicamente nella secrezione di due proteine di costituzione: il collagene e l'elastina:

a) Come tutte le proteine, il collagene e l'elastina si rinnovano entrambe, ma l'elastina, proteina di lunga durata, è una formazione stabile, mentre il collagene, di breve durata, si trasforma costantemente tutta la vita. E' in questo ambito che si colloca, a mio avviso, la maggior parte delle patologie del connettivo.

b) All'interno del tessuto, le due proteine formano delle fibre:

le fibre di collagene si uniscono in **fasci**: i fasci connettivi. Sono "cementate" tra loro da una sostanza mucoide di congiunzione, la mucina. E' proprio questa mucina idrofila che ha la proprietà di fissare le sostanze derivate dall'ambiente interno. Queste sostanze creano tutta la diversificazione dei tessuti connettivi.

Le fibre di Elastina si costituiscono invece in una **rete** dalle maglie più o meno larghe attraverso il tessuto.

c) Per ciò che ne sappiamo, non si conosce ancora l'elemento che stimola la secrezione dell'elastina.

Al contrario, l'elemento che stimola la secrezione del collagene è conosciuto da molto tempo. È la tensione del tessuto. Tuttavia, e questo



è importante per comprendere la patologia, a seconda della forma della tensione, la secrezione è diversa.

- Se la tensione sopportata dal tessuto è continua e prolungata, le molecole di collagene si installano in serie, le fibre di collagene ed i fasci connettivi si allungano e si realizza perciò il fenomeno della crescita.
- Se invece il tessuto sopporta delle tensioni brevi ma ripetute, le molecole di collagene si installano in parallelo. Le fibre di collagene ed i fasci connettivi si moltiplicano. In questo caso si realizza un "addensamento del tessuto", il che significa che diviene più compatto e più resistente, ma perde progressivamente la sua elasticità.

Lo spazio libero tra una cellula connettiva e l'altra è occupato da ciò che l'anatomia chiama: "La Sostanza Fondamentale".

E' composta da tre elementi: i fasci connettivi di collagene, la rete di elastina, il liquido lacunare.

a) I fasci connettivi di COLLAGENE. Costituiscono l'elemento solido del tessuto: la sua trama proteica. Sono praticamente inestensibili. Solo le loro sinuosità, a seconda della loro maggiore o minore grandezza, permettono una piccola elasticità.

La rete elastica di Elastina è praticamente stabile. E' facile comprendere che più il tessuto racchiude delle fibre di collagene, meno è elastico e viceversa.

Purtroppo, lo abbiamo ricordato, il sistema del **collagene** non è stabile. Durante tutta la vita, sotto l'influenza delle tensioni che il tessuto sopporta, può modificarsi:

- Può allungarsi; è il fenomeno della crescita in lunghezza del connettivo, cioè prima di tutto dell'insieme aponevrotico, tendineo e legamentoso. Le ossa si allungano ineluttabilmente attraverso l'attività delle loro cartilagini di coniugazione. Mettono in tensione il connettivo fibroso periferico che si allunga in maniera proporzionale all'intensità di questa tensione. È una fisiologia importantissima per noi. Essendo la tensione minore nelle concavità scoliotiche che nelle convessità, le deformazioni si fissano attraverso una differenza di lunghezza dei tessuti. Poiché il tessuto muscolare possiede lo stesso meccanismo di

crescita, in patologia chiameremo questo fenomeno "accorciamento muscolo- aponevrotico".

- Può addensarsi; è un meccanismo di difesa del tessuto. Se diventa più solido, perde la sua elasticità e non adempie più perfettamente alla sua funzione meccanica. È un circolo vizioso: il tessuto perde la sua elasticità, ancor di più sopporta delle costrizioni di tensione, diventa più denso e perde ulteriore elasticità. L'invecchiamento dell'uomo è un addensamento progressivo del suo connettivo.

Questo addensamento giunge spesso fino ad una ossificazione. Si tratta del fenomeno dell'artrosi.

D'altra parte, attraverso la produzione di nuove fibre di collagene, l'addensamento riduce il volume degli spazi lacunari, la circolazione dei fluidi e perciò la circolazione vitale.

b) La rete di ELASTINA è certamente l'elemento elastico. È doppiamente elastica: l'Elastina lo è nella sua struttura generale, come tutte le reti, e nelle sue maglie che si deformano sotto l'effetto della tensione. È una rete stabile. L'elasticità del tessuto connettivo dipende unicamente dal suo grande addensamento.

c) Il terzo elemento della sostanza fondamentale è il LIQUIDO LACUNARE. Esso occupa tutti gli spazi lasciati liberi tra le cellule connettive, i fasci di collagene e la rete di elastina. Ancora una volta il volume di questi spazi è funzione del maggiore o minore addensamento del tessuto. Questo liquido è la "linfa interstiziale", così denominata poiché è nel suo seno che tutti i capillari linfatici prelevano gli elementi che si trasformeranno in linfa. Si tratta di plasma sanguigno. È un liquido vitale. La linfa interstiziale è sede di un'immensa attività metabolica in questo senso; racchiude un gran numero di cellule nutritive ed un numero ancora maggiore di cellule macrofaghe, e ciò la colloca in un posto di primo piano nella funzione di nutrimento cellulare e di eliminazione metabolica.

## **2.2.2. Tipologia, distribuzione e funzione delle fascia**

### **A) Fascia Superficialis**

È un immenso connettivo lasso che doppia la pelle praticamente su tutta la sua superficie. Sparisce in alcuni punti: la base del cranio e la regione della nuca, la zona sterno-costale, la zona sacrale e glutea, le rotule, i gomiti. Ad ogni arto, si arresta nel legamento anulare, e ciò fa sì che le estremità, mani e piedi, non siano ricoperte da esso.

Una delle prime funzioni della fascia superficialis è di nutrire l'epitelio cutaneo. Questo spiega il fatto che tutte le zone che abbiamo appena visto sprovviste di questo connettivo sono le zone elettive delle piaghe da decubito.

Accanto a questa funzione di nutrimento, la fascia superficialis è il punto di partenza della maggior parte dei capillari linfatici. Si trova anche in primo piano nella sudorazione. È attraverso la fascia superficialis che il massaggio o la stimolazione meccanica passiva in generale, di qualsiasi tipo, trova la sua efficacia.

### **B ) Il Peritoneo**

Il peritoneo ha una doppia funzione connettiva.

È un tessuto di sostegno e di protezione; è anche un tessuto di nutrizione e di eliminazione. Infatti è una grande membrana fibro-sierosa che collega tutti i visceri e permette lo scivolamento gli uni sugli altri mantenendoli in relazione tra loro attraverso stretti legami.

Come tutte le membrane di guaina sierosa, il peritoneo parietale tappezza la parete interna delle cavità addominale e pelvica. È foderato da una fascia lassa: la fascia propria, fascia-laboratorio paragonabile alla fascia superficialis.

Il peritoneo viscerale è la sierosa che ricopre gli organi. I suoi ripiegamenti formano gli elementi di unione e prendono un nome diverso a seconda della loro collocazione anatomica:

- i meso uniscono i segmenti del tubo digerente alla parete;
- i legamenti uniscono gli altri organi alla parete;
- gli epiploon uniscono i visceri tra di loro.

### **C ) L'Aponeurosi superficiale**

La comprensione di ciò che la fisiologia chiama "aponeurosi superficiale" è molto importante. È la base della globalità, il punto di partenza della nozione delle catene muscolari.

La conoscenza dei due sistemi crociati permette di dire che in effetti non vi è una catena separata, vi sono delle continuità funzionali, delle catene di coordinamento motorio, ma tutto il sistema aponeuro-muscolare partecipa al minimo gesto.

È prima di tutto "la globalità". **Il sistema aponevrotico è l'agente meccanico del coordinamento motorio.**

I nostri studi di anatomia dell'apparato locomotore sono sempre composti di tre capitoli: le ossa, le articolazioni, i muscoli. È un modo di procedere molto ancorato all'insegnamento medico, che può fuorviare e non rendere chiaro il concetto di fisiologia del movimento per chi opera con la terapia manuale.

Fisiologicamente, dobbiamo considerare due scheletri:

C.1) uno scheletro osseo, l'elemento passivo della locomozione che ha le articolazioni a sua disposizione,

C.2) uno scheletro fibroso, elemento attivo che comprende i muscoli.

L'aponeurosi superficiale è lo scheletro fibroso.

Tesa sullo scheletro osseo, dona al corpo la sua morfologia, poiché la pelle non è altro che una guaina elastica che la ricopre.

L'aponeurosi superficiale è molto più di ciò che abbiamo appena affermato. Di superficiale ha solo il nome; comprende tutte le aponeurosi.

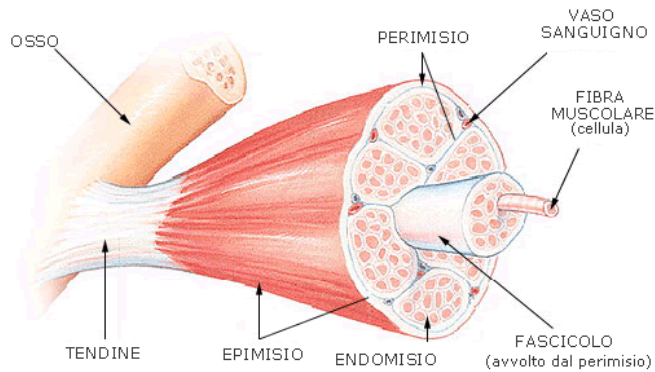


fig.1

Di spessore variabile, si sdoppia un gran numero di volte per "frazionare" il sistema muscolare e per avvolgere i vari muscoli ( fig 1 ). Come tutte le aponeurosi, l'aponeurosi superficiale può essere considerata come composta da strati di tessuto connettivo fibroso sovrapposto. Tutte le aponeurosi presentano dei fasci di collagene in diversi orientamenti; è la definizione stessa della aponeurosi. Essa ha anche la possibilità di sdoppiarsi un certo numero di volte. I suoi sdoppiamenti "ripartiscono" il sistema contrattile secondo una divisione funzionale dell'insieme. È qui che si colloca la globalità del sistema aponeuro-muscolare.

I primi sdoppiamenti sono i setti intermuscolari. Dividono l'insieme contrattile in logge funzionali. Nella coscia, ad esempio, un setto intermuscolare esterno ed un setto intermuscolare interno separano la loggia anteriore degli estensori dalla loggia posteriore dei flessori. All'interno delle logge, altri sdoppiamenti, sia dell'aponeurosi superficiale, sia dei setti intermuscolari, dividono l'insieme contrattile in muscoli. All'interno del muscolo, nuovi sdoppiamenti separano le unità motorie, essendo ognuna di esse affidate ad un preciso motoneurone alfa: fasico o tonico. Potremmo andare oltre in questa ripartizione connettiva con il sarcolemma, il perimysio, l'endomysio, ecc.

Il sistema aponeuro-muscolare offre bene la visione di un insieme funzionale coerente, di un tutto nel quale ogni parte è coinvolta dalla tensione delle altre. Permette di comprendere che una grande parte

della coordinazione motoria è fatta di tensioni e di riflessi miotatici. Non vi è azione muscolare isolata. Non può esserci una mancanza isolata.

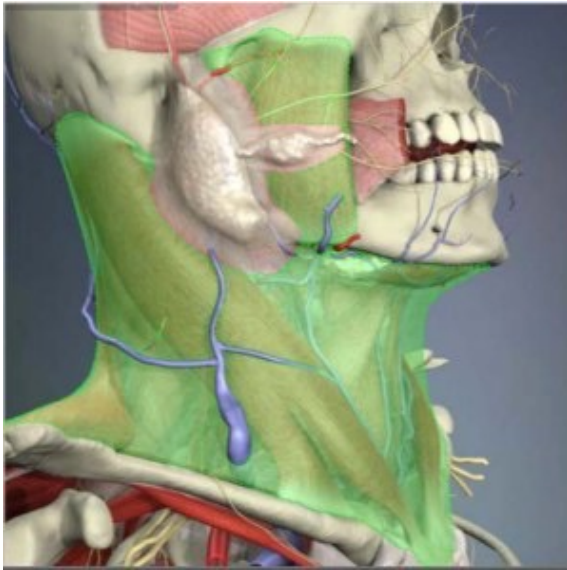
Le aponeurosi sono l'agente meccanico della coordinazione motoria. Dai tempi lontani dei nostri studi, siamo sempre stati scettici verso la teoria dello schema corporeo che regola tutti i movimenti. Fortunatamente la fisiologia moderna ha ricondotto questo centro ad un'area corticale di raggruppamento delle informazioni sensitive tattili, della vista, dell'udito. È collocata all'incrocio dell'estremità posteriore della scissura laterale e del primo solco temporale.

L'organo centrale trasmette alla periferia solo un minimo di ordini precisi, su qualche muscolo che inizia il movimento. Tutte le altre contrazioni muscolari non devono nulla alla corteccia. Sono riflesse. Sono le aponeurosi che trasmettono ai muscoli le tensioni che provocano le loro contrazioni. Nella coordinazione dei movimenti, lo scheletro aponevrotico è la rete di comandi a distanza degli impulsi motori. La contrazione di un muscolo provoca quella dell'altro e così via. Le aponeurosi sono costituite da strati fibrillari sovrapposti ed incrociati. Una stessa aponeurosi può far parte di diverse catene. Ad ogni livello, le fibre connettive sono orientate nel senso delle costrizioni della catena alla quale esse appartengono. Si comprende anche che una stessa aponeurosi, con i suoi successivi sdoppiamenti, possa inguainare tutta una serie di muscoli congiunti di funzioni diverse. Vista in questo modo, l'aponeurosi superficiale prende una dimensione considerevole. Diventa l'elemento dominante del sistema locomotore.

Nasce in alla base del cranio. Probabilmente, parte anche dal rachide dove essa si inserisce su tutte le spinose (legamento sopraspinoso).

In alto si fissa solidamente sulla parte anteriore dello sterno dove si confonde con il periostio. In basso, si attacca anche solidamente alla massa fibrosa pubica. Tra le due, costituisce un rafe solido ma deformabile: la linea alba.

Tenuto conto dell'estensione di questa aponeurosi, le altre inserzioni ossee del tronco sono relativamente rare. In avanti, si fissa sul bordo anteriore della faccia superiore della clavicola e soprattutto, cosa che è



di grande importanza nei movimenti del capo, sull'osso ioide. Posteriormente si fissa sulla spina della scapola. In basso, si attacca alla cresta iliaca con la sua faccia profonda, aderisce in avanti alla massa fibrosa pubica ed all'arcata inguinale che forma in parte con le sue fibre profonde.



Volendo usare una metafora efficace si può dire che l'aponeurosi superficiale è tesa sullo scheletro osseo come la tela di una tenda sulla struttura metallica che la sostiene. Alcune ossa sono fissate: rachide, sterno, pube. Altre sono mobili e dirigono i movimenti: clavicola, tibia, perone. Altre ancora sono ossa sesamoidi: rotula, scapola, sacro. Visto sotto questo aspetto, è piuttosto facile ammettere che in questo sistema tutto sia collegato, che il minimo movimento, il minimo spostamento di un elemento si ripercuota sugli altri.

La fisiologia dell'insieme aponevrotico è trasmettere le tensioni, tutte le tensioni, che siano attive o passive.

Esiste anche un sistema che è segmentario e localmente reagisce agli stimoli provenienti dalla parte meccanica che a sua volta è comandata dagli stimoli forniti dal sistema nervoso siano essi autonomi o volontari.

Tutto il tessuto connettivo, ma soprattutto il tessuto connettivo fibroso, è un immenso recettore sensitivo. Racchiude milioni di tenso-recettori che reagiscono alla minima tensione. Costituiscono uno degli elementi di questa grande funzione sensitiva che è la propriocettività.

Come tutti i recettori sensitivi, un'attività permanente o una tensione prolungata, li rende rapidamente dolorosi. Il 90% dei nostri dolori sono causati dalla tensione. L'organismo si difende dalla tensione generando una seconda tensione che sopravviene rapidamente per neutralizzare la tensione iniziale (Legge delle compensazioni). Questa seconda tensione si compensa con una terza ecc. Solo l'ultima tensione che non può compensarsi rimane dolorosa.

Può collocarsi molto lontano dalla tensione primaria ed è considerabile come un dolore riferito in altra sede che è comunque collegabile alla prima attraverso una catena di tipo strutturale-nervoso



## **2.3. I MOVIMENTI VISCERALI**

Tutti gli organi o i visceri possiedono un movimento fisiologico che può essere attivo o passivo.

Quando parliamo di movimento attivo ci riferiamo alla cosiddetta motilità viscerale, mentre se parliamo di movimento passivo ci riferiamo alla mobilità viscerale

### **2.3.1. MOTILITA' VISCERALE o movimento attivo intrinseco**

Secondo J.P.Barral gli organi si muovono indipendentemente, con un moto lento e quasi impercettibile al tatto. Tale movimento viene definito come " l'espressione cinetica dei tessuti in movimento".

Secondo la teoria embriologica della motilità viscerale, i medesimi tessuti conserverebbero una specie di memoria riguardo agli assi e alle direzioni, acquisita durante la fase embrionale che verrebbe riportata negli organi sviluppati.

La motilità viscerale segue un ciclo bifasico durante il quale gli organi si muovono avvicinandosi ed allontanandosi dall'asse mediana del corpo. Queste fasi sono chiamate ESPIRO ed INSPIRO rispettivamente.

In condizioni normali gli organi si muovono in sincronia, sono cioè soggetti all'inspiro o all'espиро contemporaneamente, inoltre non esiste una correlazione particolare tra le fasi di motilità viscerale (espиро ed inspiro) e mobilità viscerale indotta ad esempio dalla respirazione. A conferma di quanto detto basta riferirsi al fegato il quale durante la fase inspiratoria polmonare ha un movimento di rotazione simile al suo moto in espиро mentre i reni sempre in inspirazione polmonare hanno un moto simile al loro moto in inspiro.

Sempre il J.P.Barral ritiene che ci sia una correlazione tra motilità viscerale e ritmo Cranio-Sacrale anche se della motilità viscerale non

abbiamo prove che esista al contrario del ritmo Cranio-Sacrale che invece è stato dimostrato esistere.

Tuttavia il termine ESPIRO (avvicinamento all'asse mediano del corpo) è definito coincidente con la FLESSIONE Cranio-Sacrale mentre il termine INSPIRO (allontanamento dall'asse mediano del corpo) è definito con l'ESTENSIONE cranio-Sacrale. Occorre tenere presente che tali movimenti dei visceri possono essere totalmente diversi dai movimenti che si verificano durante la respirazione polmonare.

Infatti durante la respirazione polmonare i movimenti indotti agli organi dal diaframma sono PASSIVI e fanno muovere gli stessi secondo direzioni diverse rispetto alla motilità propria dei visceri.

Ad esempio il fegato durante l'inspirazione polmonare ruota in modo Antero-inferiormente, mentre nella sua fase di inspiro ruota sul medesimo asse in direzione postero-superiore.

A livello cerebrale è interessante notare come oltre al ritmo cranio-sacrale sia possibile, avendo una buona sensibilità ed esperienza in merito, percepire la motilità viscerale del cervello.

Si tratta di un movimento rotativo di inclinazione in avanti (espiro) e indietro (inspiro) insieme ad una componente espansionistica o rotazionale esterno/interno.

## **2.3.2. MOBILITA' VISCERALE o movimento passivo indotto**

Quando parliamo di movimento passivo indotto ci riferiamo soprattutto al movimento che i visceri o gli organi attuano in seguito all'influenza del "pistone" forse più potente che il nostro organismo possiede: il diaframma.

Proprio grazie alle peculiarità di questo setto muscolare-connettivale, si generano movimenti importanti sia in cavità toracica che addominale poiché esso mantiene in equilibrio le pressioni intra-toraciche ed intra-

addominali, ma anche intra-craniche ed intra-pelviche che risultano strettamente correlate.

Già nella fase respiratoria polmonare, durante l'inspirazione, il diaframma scende, si appoggia sui visceri facendo punto fisso su di essi e permette alla gabbia toracica di espandersi e di aumentare il proprio volume. In questa fase in cavità toracica aumenta la pressione negativa, fondamentale per l'ingresso dell'ossigeno negli alveoli, ed i polmoni, il cuore si muovono seguendo le direzioni permesse dai loro legamenti attorno ai rispettivi assi.

Allo stesso tempo in cavità addominale, dove la pressione è maggiore rispetto al torace, gli organi si spingono l'un l'altro per trovare spazio sotto la spinta del diaframma che è sceso ed ha ridotto lo spazio in senso supero-inferiore. Pur muovendosi nelle direzioni permesse dal proprio sistema ligamentoso, quindi secondo le rotazioni intorno ai propri assi di movimento, i visceri trovano maggiore libertà ad aumentare il diametro antero-posteriore in senso anteriore. Il motivo lo si intuisce facilmente dal momento che anteriormente la contenzione viene attuata da fibre muscolari deformabili e non da strutture osee come la colonna vertebrale che si trova nella porzione posteriore dell'addome.

Per poter espletare questo movimento postero-anteriore alla ricerca di spazio, i visceri necessitano di libertà sulle direttrici di scorrimento determinate dai propri assi in concordanza con i limiti imposti dai legamenti.

Se consideriamo il numero di movimenti che il diaframma effettua in un giorno, che è circa di 20.000, è evidente come sia indispensabile che non ci siano punti di fissità che possano ostacolare la completa espressione di movimento di ciascun organo o sistema di organi, pena la nascita di importanti problemi di funzionalità all'organo stesso e di conseguenza a tutto il sistema ad esso collegato.

Ecco che la ricerca dei punti di disfunzione di un organo da parte dell'Osteopata genera un duplice effetto: da un lato rimuovendo la riduzione del ROM del viscere avremo una risoluzione rapida della sintomatologia dolorosa, dall'altro la ritrovata integrità più o meno completa del movimento, ove sia possibile, avrà una funzione "riabilitativa" dal momento che tutto l'organismo verrà influenzato in

modo positivo e si manifesterà con un miglioramento di ciò che è definibile come lo stato di SALUTE.

## **2.4. LA DISFUNZIONE PRIMARIA**

### **2.4.1. LINEE GUIDA PRINCIPALI**

Un altro principio cardine che ha guidato la ricerca di salute del paziente oggetto dei trattamenti è il concetto di disfunzione primaria. Ritengo che sia compito dell'Osteopata individuare la disfunzione primaria, ovvero la disfunzione principale che mantiene in disfunzione tutte le altre.

Nella fase iniziale dell'approccio con il corpo del paziente, dopo aver ascoltato quanto egli ha riferito verbalmente durante l'anamnesi circa la motivazione del consulto ed il racconto di tutte le vicende inerenti la sua salute, inizia l'osservazione del corpo su tutti gli assi e l'esecuzione di test atti a verificare l'effettiva funzionalità o non funzionalità dei vari sistemi dell'organismo siano essi viscerali o strutturali.

Durante questa fase l'osteopata registra delle informazioni che gli vengono date dall'ascolto dei tessuti, dal controllo del ROM sia esso viscerale o strutturale, dalla vista di evidenti densità, colori, odori, disequilibri e conseguenti adattamenti. La somma delle registrazioni disegnerà un quadro di varie disfunzioni ed è questo il momento che occorre decidere quale è quella o quelle che determinano tutte le altre oppure che è importante rimuovere per prima, quella in una parola che è PRIMARIA.

Fondamentale risulta essere l'ascolto del tessuto sia esso superficiale o più profondo. Questa fase, che viene effettuata attraverso la palpazione, è il passaggio fondamentale che ci permette di capire, ammesso che ne siamo in grado, qual'è realmente lo stato di un tessuto, di un organo di cui fa parte o di una struttura ad esso correlata. Prima di effettuare la palpazione occorre "dimenticare" temporaneamente quanto riferito dal paziente in fase di anamnesi per concentrarsi esclusivamente su ciò che sentiamo sotto le mani. Qualsiasi collegamento preconcorso effettuato in fase di spiegazione della sintomatologia da parte del paziente vuole sottoposto a verifica con ciò che riusciamo a percepire alla palpazione che è il nostro mezzo principale di ricerca delle disfunzioni e di verifica successiva ad un eventuale trattamento. L'osteopata occorre che riesca a distinguere ciò che il corpo vuole dire sia attraverso un ascolto generale sia locale e a tradurlo in chiave medico-osteopatica, deve cioè interpretare la lettura dei sintomi come espressione della somma di disfunzioni di tutto il sistema.



La presenza di un tessuto lesionato o di una fissazione esercita un effetto negativo sulle aree circostanti che influenzano l'asse del movimento degli organi. Un tessuto leso non rimane isolato. A causa di un disequilibrio delle tensioni meccaniche che lo circondano, l'organo o la struttura del quale fa parte il tessuto stesso presenta delle fissazioni o o delle lesioni che ne compromettono la distensibilità ed il movimento.

Si tratta di una perdita di elasticità che genera un problema meccanico con conseguente disturbo dell'equilibrio sia locale che generale di tutto il sistema.

Il sistema descritto può derivare da traumi diretti o indiretti oppure da uno stato infiammatorio che altera la fisiologia del tessuto. Ad esempio J.P. Barral attribuisce all'infiammazione conseguente ad una epatite virale, la perdita di elasticità della capsula glissoniana e del legamento sospensorio del fegato.

In ogni caso si modificano la pressione, la mobilità e la motilità trasmesse al sistema membranoso prima locale poi generale. Le articolazioni viscerali e quindi somatiche, siano esse contigue alla lesione o lontane da essa ma collegate a mezzo del sistema nervoso, risultano alterate con conseguente disfunzione all'organo interno interessato o della struttura collegata.

## **2.4.2. PRESSIONE VISCERALE**

Abbiamo parlato di Pressione degli organi e mi concedo una piccola digressione per spiegare meglio questo concetto.

Le pressioni all'interno ed in superficie del corpo sono differenti, per zone e distretti, e sono armonizzate tra di loro da strutture orientate trasversalmente come diaframma, pavimento pelvico, canale toracico, tentorio del cervelletto, e strutture orientate longitudinalmente come i legamenti che collegano diaframma, fegato, stomaco, intestino o la falce sagittale cerebrale. La funzione dei diaframmi è di trasmettere la forza esercitata dalla pressione e di ammortizzarne l'effetto soprattutto quando questa cresce al di fuori dei valori fisiologici. Per assolvere al proprio compito devono possedere un'adeguata elasticità e distensibilità, pertanto una fibrosi o una sclerosi di queste strutture si traduce con una riduzione, aumento o deviazione di direzione delle pressioni che ha come risultato la rottura della coesione viscerale e dei rapporti reciproci.

E' possibile dire perciò che si arriva alla perdita dell'UNICUM che è alla base dello stare bene.

Infatti il mantenimento del delta pressorio tra distretto e distretto ( torace - addome) e tra zone diverse dello stesso distretto ( addome superiore - addome inferiore ) permette agli organi di espletare la propria attività escretoria, circolatoria o addirittura, come ad esempio nel caso dei polmoni, funzionale. Infatti la comparsa di un pneumo torace, che consiste nell'ingresso di aria per vari motivi tra pleura e gabbia toracica, si traduce con la riduzione o l'annullamento della pressione negativa all'interno della gabbia toracica fino al raggiungimento della pressione che l'ossigeno ha al di fuori del sistema respiratorio. Questa situazione compromette la funzionalità stessa del polmone che non riuscendosi ad espandere collassa e non permette gli scambi ossigeno-anidride carbonica con il sangue.

In un contesto quale quello citato, è perciò di fondamentale importanza mettere in relazione i diaframmi e legamenti nelle varie zone per capire se essi sono in armonia tra la loro. Intendo dire che su ognuno di essi non devono esserci rigidità intrinseche forti oppure, rapportando gli stessi diaframmi tra di loro, non devo avere troppa differenza di densità tra l'uno e l'altro.

In un sistema complessivo , come quello che l'Osteopata deve valutare, le pressioni all'interno degli organi e dei distretti devono essere equilibrate; a volte se un paziente presenta di base una rigidità strutturale intrinseca per cui al tatto tutti i diaframmi citati risultano molto densi tranne uno che è meno denso, più morbido ed accondiscendente, probabilmente è proprio quest'ultimo che deve essere trattato perchè è fuori dall'armonia generale. Riuscendo a riportare in equilibrio i distretti tra di loro, è probabile che molte disfunzioni si risolvano grazie al principio di autoregolazione e autoguarigione dell'organismo umano.

### **2.4.3. METODOLOGIA DI APPROCCIO**

Ritornando alla metodologia di intervento che ho adottato nel caso clinico che segue, ho iniziato con l'anamnesi indagando sulla motivazione del consulto, sulla tipologia del dolore, su eventuali altri disturbi correlati e non. A questa prima fase è seguita l'osservazione del paziente sui piani coronale anteriore, posteriore, sagittale destro e

sinistro. E' seguito l'approccio osteopatico tipo Barral con una mano sul capo nella regione parietale posteriore ed un'altra sul dorso per percepire eventuali trazioni nelle varie direzioni. Il passaggio successivo è stato quello di ascoltare con due mani il cranio in senso anteroposteriore tra frontale ed occipitale, così pure il mediastino anteriormente e rispettiva colonna vertebrale posteriormente all'altezza della dorsale alta, il diaframma anteriormente e rispettiva colonna dorsale bassa ed infine la zona viscerale bassa anteriormente e colonna lombare posteriormente.

La metodologia prosegue con l'invito al paziente a sdraiarsi supino sul lettino al quale segue uno spring-test sulla pelvi, sul diaframma, sul mediastino e sull'osso frontale del cranio abbracciandolo con la mano aperta tra pollice ed indice cercando di confrontare tra di loro le varie sezioni. Segue un ascolto cranio-sacrale ed in seguito una palpazione ai piedi con movimentazione nei vari piani, alle gambe con ascolto del tessuto muscolari, delle articolazioni del ginocchio e dell'anca.

Successivamente il paziente viene invitato a mettersi prono e si eseguono ascolti, spring-test e test di valutazione.

Naturalmente la metodologia utilizzata e sopra descritta è fortemente riassuntiva dal momento che durante la palpazione e l'ascolto tissutale si aprono nuove necessità che richiedono ulteriori approfondimenti legati al singolo caso che di volta in volta ci porta ad intraprendere vie differenti di ricerca.



# 3. Caso Clinico:

## 3.1. Dati personali

- Sesso: Femminile
- Eta' : 16 anni
- Professione: Studente
- Altre attività: Ginnastica artistica, Pianoforte

## 3.2. Introduzione

Il caso clinico trattato è, come già preannunciato, una rielaborazione della tesi espressa alla fine del 2° anno. Innanzitutto è stato rivalutato poichè si è ripresentata la medesima problematica. In secondo luogo non era possibile non tenere conto degli accertamenti diagnostici e delle nuove evidenze conseguenti ad essi, ma soprattutto l'ultimo motivo che mi ha indotto al "ri-trattamento" è dato dal nuovo approccio al paziente del quale ho preso personalmente consapevolezza nel corso dell'ultimo anno di scuola.

Infatti durante questo ultimo periodo, la visione dei disturbi lamentati dal paziente è drasticamente cambiata da parte mia; le informazioni acquisite durante l'anamnesi, le eventuali disfunzioni riconosciute all'osservazione e soprattutto alla palpazione dei tessuti, vengono collegate e portano ad una visione molto più ampia e complessiva. Non ci sarà più la ricerca della disfunzione fine a se stessa e il conseguente interesse puro alla risoluzione di quello specifico disturbo. Al contrario andremo a trattare la fissazione, la mancanza di movimento, il blocco del flusso e dello scorrimento della circolazione nel distretto di cui fa parte la fissazione stessa senza perdere d'occhio l'armonia generale

nella quale il distretto che abbiamo in esame deve essere inserito a pieno titolo. Solo riuscendo ad agire in questo modo è possibile porre di nuovo le condizioni per l'organismo di attuare i meccanismi, che esso conosce benissimo, di auto-regolazione e auto-guarigione al fine di recuperare il più possibile la Salute in maniera duratura nel tempo. In questo caso clinico sono state effettuate quattro sedute.

### **3.3. Diagnosi clinica**

Dolore ripresentatosi a livello dell'A.T.M. durante l'apertura della bocca con limitazione del movimento di apertura.

### **3.4. Anamnesi**

L'anamnesi completa è stata effettuata all'inizio del ciclo di sedute, mentre un'anamnesi più breve viene effettuata ogni seduta con l'aggiornamento della situazione al momento del consulto.

Il paziente riferisce che si è ripresentato da circa una settimana un dolore a volte acuto durante la masticazione che non si è modificato e non è aumentato rispetto al momento dell'esordio, con la presenza di un "click" in apertura e chiusura della bocca e con una modesta riduzione dell'ampiezza dell'orifizio buccale. Riferisce che dopo il trattamento effettuato circa un anno fa, non aveva avuto alcun tipo di dolore nè limitazione in apertura della bocca.

Riferisce inoltre di avere una alimentazione varia non eccessivamente ricca di carboidrati e di non avere altri disturbi se non qualche irregolarità mestruale collegata in particolare a periodi di stress dovuti alla scuola dal momento che frequenta la 5° ginnasio in un liceo classico ed è molto impegnativo.

Non ha problemi all'alvo, non stitichezza, non diarrea.

Spesso riporta dolore posteriormente nella parte alta della colonna dorsale.

Rispetto alla volta precedente la paziente riporta la diagnosi di lieve atteggiamento scoliotico che è stata evidenziata da una radiografia richiesta per un dolore abbastanza importante al coccige. Di seguito riporto l'elenco delle indagini diagnostiche effettuate.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Nuovo Ospedale Civile "S. Agostino - Estense"  
Unità Operativa di Medicina riabilitativa

MODULO REFERTO PER PAZIENTI AMBULATORIALI

Tessera sanitaria: 41781501 Codice fiscale: FNTMLD02E47B819E  
Cognome e nome: Sesso: F  
Data di nascita: 07/05/2002 Comune di nascita: CARPI  
Indirizzo: VIALE SAGITTARIO TRAVERS, 21/02  
Comune: MODENA. Prov. MO

Modalità erogazione: NE- non esente Modalità d'accesso:  
Provenienza: Ba medicina riabilitativa

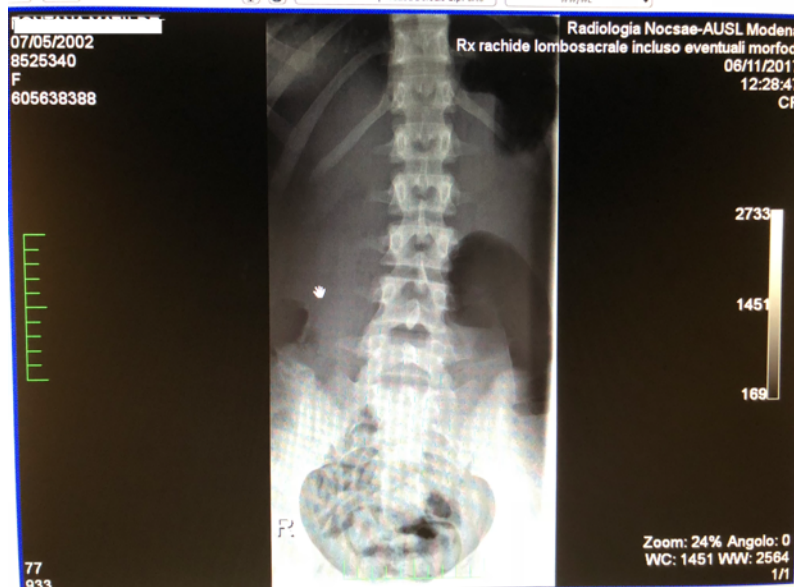
Esame eseguito in data 14/12/2017:  
V fisiatica - FI00001

Lieve atteggiamento scoliotico lombare sin convesso.  
Rachide clinicamente ben allineato, non asimmetrie dei triangoli della taglia, buon tono muscolare del tronco.  
Non si ritiene indicato alcun provvedimento terapeutico.  
Prosegua regolare programma di attività motoria.

Il Medico  
Dott. Francesco Fabbri

Modena, 14/12/2017

Avviso: per le prestazioni aggiuntive ricordarsi di pagare il ticket se dovuto



In seguito si è ritenuto di far valutare la paziente ad un medico fisiatra per escludere la necessità di dover effettuare un intervento chirurgico, ed in effetti come si evidenzia nel referto allegato, non ci sono le

condizioni non solo per intervenire ma anche per effettuare provvedimenti terapeutici

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Nuovo Ospedale Civile "S. Agostino - Estense"  
Unità Operativa di Medicina riabilitativa

**MODULO REFERTO PER PAZIENTI AMBULATORIALI**

Tessera sanitaria: **41781501** Codice fiscale: **FNTMLD02E47B819E**  
Cognome e nome: \_\_\_\_\_ Sesso: **F**  
Data di nascita: **07/05/2002** Comune di nascita: **CARPI**  
Indirizzo: **VIALE SAGITTARIO TRAVERS, 21/02**  
Comune: **MODENA** Prov: **MO**

Modalità erogazione: **NE- non esente** Modalità d'accesso: \_\_\_\_\_  
Provenienza: **Ba medicina riabilitativa**

Esame eseguito in data **14/12/2017** :  
V fisiatica - F100001  
Lieve atteggiamento scoliotico lombare sin convesso.  
Rachide clinicamente ben allineato, non asimmetrie dei triangoli della taglia, buon tono muscolare del tronco.  
Non si ritiene indicato alcun provvedimento terapeutico.  
Prosegua regolare programma di attività motoria.

Modena, 14/12/2017

Il Medico  
Dott. *Francesca Fabbrì*

Avviso: per le prestazioni aggiuntive ricordarsi di pagare il ticket se dovuto  
Il trattamento dei dati personali è previsto nel regolamento

Una volta raccolti tutti i dati anamnestici, alla luce anche della nuova situazione creatasi con la scoperta dell'atteggiamento scoliotico riconosciuto e diagnosticato da più medici decido di passare a:

### 3.5. Esame obiettivo

Osservando il paziente sul piano frontale anteriormente non si rilevano asimmetrie a livello della linea degli occhi e delle orecchie. Solo una lieve flessione laterale del capo a sx.

La linea delle spalle è perfettamente orizzontale, il triangolo della taglia risulta più "aperto" a sx rispetto a dx. Le ginocchia appaiono ben posizionate alla stessa altezza. Non si rileva anteriormente ne valgismo ne varismo a livello del piede con l'arco plantare ben posizionato.

All'esame sempre del piano coronale ma dal lato posteriore si conferma la diversità del triangolo della taglia di sx e si evidenzia come medialmente la spina scapolare di dx sia più vicina alla colonna

vertebrale rispetto alla omologa di sx. Si evidenzia un ispessimento in loco che lascia presupporre un irrigidimento muscolare.

Sul piano sagittale l'esame obiettivo della linea immaginaria tra orecchio-spalla- trocanteri- malleolo laterale presenta una tendenza verso l'avanti del capo mentre le curve fisiologiche sono armoniche con una lieve rettilineizzazione della cifosi dorsale che rende le scapole alate. Durante i movimenti di flesso estensione e di flessione laterale da entrambi i lati si evidenziano le seguenti osservazioni:

in flessione abbiamo un innalzamento costale a dx a livello dorsale alto e in lateralità abbiamo una rettilineizzazione a dx sempre nel medesimo segmento dorsale mentre a sx la curva lombare risulta rettilinea fino a L1 e più correttamente curvata sopra tale vertebra.

## **3.6. Valutazione Osteopatica e Tecniche conseguenti**

### **3.6.1. Prima seduta (07 Dicembre 2017)**

Eseguo per cominciare una analisi del paziente supino partendo dai piedi, e trovo restrizione al dondolamento degli innominati verso dx; la rotazione a livello delle anche risulta senza "ruvidità" o restrizioni (occorre considerare che siamo di fronte ad un'atleta agonista di ginnastica artistica che presenta un'ottima mobilità a livello delle anche). Successivamente in posizione prona effettuo spring-test sulla colonna a vari livelli e riscontro alla palpazione L5 in ERSdx e sacro in contronutazione con dolorabilità alla pressione sia sulla BASE che sugli AIL. Decido allora di trattare L5 facendo prima un lavoro di ammorbidimento dei tessuti circostanti e di allentamento delle pressioni

sulla articolazione sacro-iliaca con "presa a Cigno" sulle SIAS e mano caudale su sacro.



Trovo doloranti anche i legamenti lombo-sacrali. Eseguo una TEM su L5 cercando di portarla in flessione e di liberare le faccette bloccate: ritesto e la vertebra appare migliorata e non più ruotata, oltre ai legamenti lombo-sacrali che hanno ridotto la dolorabilità da 7/10 a 2/10. Decido di palpare anche i legamenti sacro-tuberosi che sono doloranti soprattutto a sx e la cui contrazione cerco di alleggerire inibendoli. Sempre nell'ottica di riduzione delle tensioni sul Sacro, riscontro anche il m.piriforme di sx contratto, lo inibisco con tecnica tipo Tender-point e lo ritesto con esito positivo di dolorabilità ridotta.

Riprendo in mano il Sacro con presa a cigno sulle sias ascolto e trovo molto più movimento rispetto a prima anche se ancora non completamente libero.

Con la paziente supina mi pongo al capo del lettino ed eseguo un ascolto craniale: l'esito è quello di un cranio un po' compresso con poco movimento a dx e poco di più a sx non troppo sincroni con una componente extra cranica a livello dello stomaco dove registro una densità maggiore rispetto al fegato.

La sensazione resta comunque di avere molta tensione sul rachide in toto dal cranio al sacro.

Per ridurre il dolore ed il click a livello della ATM cerco di effettuare una tecnica sul temporale in facilitazione, significa che con estrema delicatezza cerco di seguire dove vuole andare e lo facilito, ma l'esito di questo trattamento è modesto: evidentemente esistono altre disfunzioni che non mi permettono di liberare l'osso temporale. Non sono riuscito a trovare la disfunzione primaria.

Dal momento che la seduta è durata abbastanza, circa 1 ora, e che la paziente inizia ad essere stanca, decido, prima di congedarla di effettuare un drenaggio del IV ventricolo per qualche minuto e di rimandare alla seduta successiva i trattamenti che non sono riuscito ad effettuare nella prima.

### **3.6.2. Seconda seduta (08 Gennaio 2018)**

Inizio la seduta con una breve anamnesi durante la quale la paziente riferisce un miglioramento della dolorabilità all'ATM dopo circa 2 giorni dal trattamento effettuato il 07/12/17 anche se non completamente sparito, nel frattempo, dopo un'allenamento particolarmente intenso, riferisce di aver avuto un aumento del dolore al coccige e l'idea di un blocco a livello dorsale alto. All'osservazione in piedi sul piano frontale la paziente appare con le linee orizzontali non modificate rispetto alla volta precedente, in particolare la linea delle orecchie appare più bassa a sinistra così come quella degli occhi, il triangolo della taglia è abbastanza simmetrico. Sul piano sagittale la linea orecchio-trocantere-malleolo manifesta sempre il capo che tende all'avanti. Facendo eseguire alla paziente una flessione in avanti fino a toccare i piedi con le mani si evidenzia, scorrendo con le dita il decorso della colonna, una grande differenza tra gli spazi intervertebrali di D4 e D5 con ampio spazio tra loro ed invece uno spazio ridotto tra D5 e D6. Alla palpazione il dolore è acuto nello spazio esaminato.

Prima di trattare la vertebra vorrei valutare la situazione del bacino dal momento che all'osservazione appare ruotato a sx. Metto allora i pollici sulle SIPS e noto che quella di sx è più bassa rispetto alla dx. Eseguo il TFE che è ++ a sx mentre TFS è + a sx. Stork -test positivo a sx. Paziente sul lettino in posizione supina eseguo il dondolio degli innominati, osservo le SIAS e trovo ileo di sx in posteriorità. Al momento non lo tratto ma vado a valutare il sacro ed il coccige che risulta marcatamente dolorante. Il sacro è in disfunzione sx-dx, è cioè contronutato a sx. Dal momento che la paziente è già in posizione prona ruoto il bacino in modo da portare la posteriorità sul lettino per eseguire la tecnica T.E.M. da SIMS-POSITION attraverso l'utilizzo della leva delle gambe facendo ruotare i femori.



Ritesto il sacro che risulta non più contronutato. Pinzo il coccige e valuto il movimento su tutti i piani. In particolare risulta molto difficoltoso sul piano sagittale in direzione antero-posteriore per l'impossibilità di agganciare il coccige dal basso non utilizzando la tecnica dall'interno dell'ano. Verso sx trovo una forte barriera disfunzionale ed il movimento in questa direzione è quasi nullo oltre a



provocare un dolore molto forte. Cerco di detendere i legamenti sacro-coccigeo e sacro-tuberoso che danno molto dolore a sx. Verificata l'impossibilità di andare contro barriera per l'eccessivo dolore che provoca, decido allora di applicare una Tecnica Funzionale con la ricerca del punto neutro e rimango in attesa della risposta effettoria da parte del sistema nervoso autonomo che cerca di riposizionare il coccige correttamente. Dopo qualche minuto durante il quale il coccige si sposta prima da un lato poi dall'altro, una volta raggiunto un equilibrio sia di ritmo che di ampiezza da ambedue i lati, decido di lasciarlo. Nel momento del test di controllo il dolore è drasticamente calato e la barriera verso sx quasi scomparsa.

A questo punto riprendo in esame gli spazi tra D4, D5, D6 ed eseguo il test sulla vertebra D5 a paziente seduto chiedendo di effettuare una estensione mantenendo i pollici sulle trasverse della vertebra; si evidenzia che man mano che la schiena si estende, la posteriorità scompare, le due trasverse si mettono sullo stesso piano.



Deduco allora che la vertebra D5 è in ERsxSsx.

Procedo allora ad effettuare una TEM con la paziente seduta posizionandola in FRdxSdx chiedendole di riportarsi in Side sx mentre mantengo durante la contrazione e guadagno ancora verso dx. Ripeto altre 3 volte e ritesto. La rotazione verso sx e la estensione sono

migliorate e quasi normalizzate, permane però una zona dolorante più bassa nello spazio tra D5 e D6 che è ristretto.

Per sbloccare decido allora, dopo aver fatto un lavoro preparatorio di rilascio muscolare nella zona da trattare attraverso la distensione della fascia, di effettuare una tecnica DOG, che sortisce un effetto positivo con la derotazione della vertebra e la normalizzazione degli spazi intervertebrali.

A livello del trocantere di sx trovo densità associata a dolore. Eseguo tecnica su trigger-point per 90 secondi con accorciamento del fuso neuro-muscolare fino a rilasciamento locale.

La paziente lamenta che di tanto in tanto si acuisce un dolore che parte dalla scapola ed arriva fino alla base della nuca; deduco che si tratti del m. elevatore della scapola con la compiacenza del sovrastante trapezio. Infatti come tocco l'elevatore della scapola la paziente mi indica subito quella come zona dolorante. Cerco di allungare tale muscolo a paziente prono fino a quando non molla. Analizzando poi la zona cervicale riscontro una disfunzione su C3, cerco allora di detendere tutta la struttura attraverso un massaggio su scom e scaleni posizionandomi lateralmente alla testa del paziente con la mano craniale aperta sui pilastri del frontale e la caudale che trazona la zona cervicale.



Inizialmente il massaggio avviene come già detto abbastanza superficiale a livello della muscolatura, successivamente si approfonda fino ad arrivare alla colonna vertebrale.

In seguito a questo massaggio cerco di valutare la risposta del temporale in relazione alla ATM che rispetto alla volta scorsa risulta meglio articolata con una deviazione laterale meno marcata.

Fermo la seduta per impegni della paziente con l'idea di rivederla a breve.

### **3.6.3. Terza Seduta (12 Febbraio 2018)**

Ancora una volta la paziente riferisce di non avere quasi più dolore all'ATM e non altri fastidi se non quelli già conosciuti a livello di D4 D5 con buoni periodi di tregua asintomatici già dopo poco tempo dalla seduta. Riferisce di soffrire di mal di testa (emicrania) con insorgenza rapida verso la fine della mattinata a scuola. Decido allora di utilizzare questa seduta per concentrarmi sul CRANIO e sulla ATM per cercare di sistemare definitivamente, se possibile, questa disfunzione che è si molto migliorata ma non ancora del tutto normalizzata. All'ascolto del Cranio si evidenzia una disfunzione ossea del temporale di dx che non va in rotazione esterna ma rimane bloccato in espirazione. Valuto se migliora attraverso l'inibizione contemporanea del fegato mentre effettuo la presa a farfalla sul temporale ma non ho miglioramenti significativi sulla rotazione esterna.

Rimanendo nella stessa posizione sia il Pz. sia Os., chiedo di aprire lentamente la bocca ed osservo che la mandibola tende ad andare verso destra e non ha un'escursione totale in apertura. Decido allora di applicare una tecnica di rilasciamento della componente masseterica ancorando con la mano destra l'inserzione prossimale sull'arco zigomatico e con le eminenze della sinistra sul bordo inferiore della mandibola. Distraggo, tengo fino a quando non molla.

Valuto il m. Pterigoideo interno dal pavimento della bocca per interposizione del m. milo-ioideo e lo trovo contratto.

Eseguo trattamento mio-fasciale esterno sia sul massetere (Foto 6) che sul temporale. (Foto 7)



foto 6

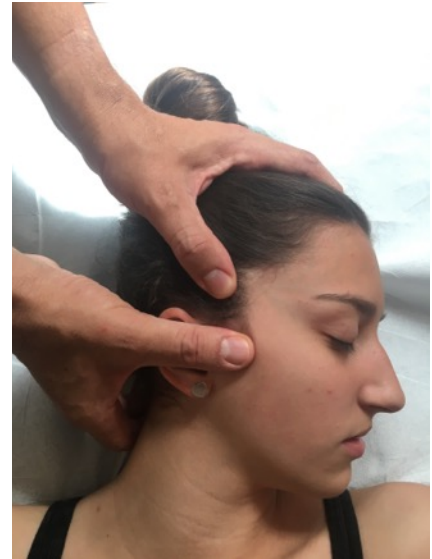
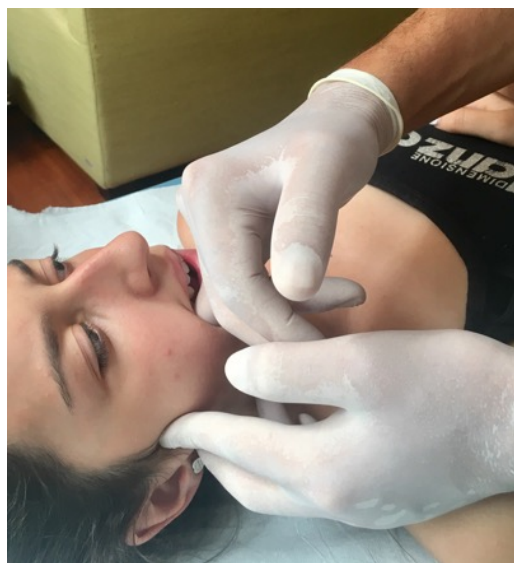


foto 7

In seguito introduco in bocca il mignolo seguendo l'arcata dentaria superiore di destra fino al termine, poi proseguo verso l'alto ed in fuori per poter sentire il muscolo Pterigoideo laterale che risulta molto dolorante.

Con mano leggera cerco di ridurre la contrazione ed dopo poco tempo



sento il muscolo che cede. (foto 8)

Rivaluto la mandibola e già risulta meno dolorante di prima nel movimento di apertura. Non solo ma anche l'apertura stessa risulta maggiore.

Applico allora una nuova tecnica imparata quest'anno che solitamente risulta molto efficace nel riequilibrare i rapporti tra mandibola e resto del cranio.

La paziente seduta si appoggia a me che mi sono posizionato di fronte a lei; pongo i pollici sull'arcata dentale inferiore all'interno della bocca ed effettuo una trazione della mandibola delicatamente verso tutte le direzioni, alto, basso, laterale dx e sx fino a quando non trovo un punto neutro o comunque verso la facilitazione. Rimango in attesa fino a quando percepisco il movimento fisiologico di RE e di Ri della mandibola.



Dopo aver effettuato questa tecnica attendo qualche minuto mentre ascolto il Cranio in attesa che il reset neurologico diventi definitivo, ed infine ritesto. L'ATM questa volta risulta essere priva di rumori e di

tensioni muscolari che ne deviano l'apertura da un lato o dall'altro. Non è presente alcun dolore.

Termina la seduta con la promessa di rivedere la paziente entro 1 settimana per intervenire su Coste e Cranio dove ho riscontrato diverse disfunzioni che non sono state trattate in questa seduta per mancanza di tempo.

### **3.6.4 Quarta Seduta ( 19 febbraio 2018)**

Come richiesto una settimana fa, rivedo la paziente per terminare il lavoro iniziato e verificare se nel frattempo vi siano stati dei miglioramenti o variazioni alla situazione della A.T.M. La paziente mi riferisce dice di avere ancora una ottima mobilità sull'A.T.M. di non sentire nè dolore nè "click". All'osservazione in piedi non trovo difformità rispetto alla situazione della precedente seduta. Posteriormente durante l'abduzione delle braccia fino a 90° non presenta difformità tra destra e sinistra, ma aumentando l'angolo dell'abduzione a sx la compartecipazione della scapola è più difficoltosa e richiede l'utilizzo dell'inspirazione.

Paziente supina eseguo palpazione dei visceri dove non si riscontrano evidenti disfunzioni, fatta eccezione per la zona dello sfintere di Oddi



che presenta maggiore densità e dolorabilità. Porto in facilitazione mantenendo le gambe della paziente sulla mia fino a scomparsa della densità. Segue anche un riduzione significativa del dolore locale. Metto a confronto tutti i diaframmi e trovo maggiore rigidità sulla pelvi e sul mediastino.

Eseguo un controllo sulle coste che si presentano in inspirazione bassa a sx. Il mediastino risulta rigido in superficie allo spring-test e non permette di entrare; cerco di movimentarlo lavorando sulle coste con compressioni in fase inspiratoria trattenute durante l'espiazione per 2 o 3 cicli. Utilizzo, come già fatto in altre sedute i punti di Chapman presenti in coppie sulla cassa toracica a livello dei muscoli. Questi punti neuro-vascolari quando vengono stimolati meccanicamente sbloccano il muscolo "congelato" e contratto. Nel nostro caso, mantenendo la mano aperta tra pollice e indice con fermezza negli spazi intercostali che risultano bloccati durante l'inspirazione, si determina uno shock attraverso lo stiramento delle fibre che ristabilisce la contrattilità muscolare.

In questo modo ottengo subito un rilascio della cassa toracica che al tatto appare subito più equilibrata tra destra e sinistra ed ammorbidita con sblocco delle coste.

Mi sposto a livello cranico che all'ascolto si presenta assai compresso al contrario di altre sedute dove al massimo avevo poco movimento ma non era così rigido sul primo approccio.

Decido allora di lavorare su tre fattori: inizialmente eseguo la tecnica del grasping per sbloccare la SSB (sincondrosi sfeno-basilare) tra occipite e sfenoide poi intendo concentrarmi sui liquidi e sulle suture.

Tecnica Grasping: mano caudale con il guanto entra nell'orifizio buccale e si aggancia con due dita prima dell'ultimo molare, mano craniale aggancia con pollice ed indice i pilastri del frontale. Inizialmente avvicino le mani poi sollevo; attendo fino a quando sento l'occipite che scende sul lettino.



Successivamente alla tecnica grasping eseguo il drenaggio dei seni cerebrali iniziando dal sub-occipitale per liberare a valle (sigmoidei), intercondilare, inion (in corrispondenza del seno retto e del torchio di Erofilo), inion-vertex con compressione dei precedenti più bregma che inizia a trattare il seno sagittale superiore, curva occipitale superiore (seni trasversi), interparietale (diastasi della sutura con conseguente azione sul seno sagittale superiore) ed infine metopica (prosecuzione del precedente a livello frontale).

Mi concentro anche sulle suture cominciando da quelle coinvolte nel blocco del temporale. Questo tipo di trattamento deve avvenire tenendo presente i tavolati, perchè, prima di cercare di diastasare occorre ridurre la pressione del tavolato che è ricoperto (esterno) in modo da liberare prima di trazionare. Inizio perciò dalla sutura temporo-occipitale dove occorre tenere presente il punto pivot PCSM (pivot condilo squamoso mastoideo) nel quale avremo l'inversione del tavolato e temporo-parietale. Dal momento che la paziente prova dolore nella compressione delle suture a sx nella zona frontale e zigomatica deduco che ci siano delle densità dovute a catarro probabilmente in eccesso e fermatosi nei seni paranasali del frontale; decido allora di diastasare le



suture fronto-nasale e fronto-zigomatico, naso-mascellare, zigomatico-mascellare e zigomo-temporale sia a dx che a sx.



In seguito a questo lavoro di diastasi la paziente riferisce la scomparsa del dolore localmente e dell'emicrania.

In seguito torno all'ascolto craniale ed effettivamente il movimento è cresciuto la compressione craniale è scomparsa ed è quasi completamente sincro. Il movimento dell'A.T.M. è stato ripristinato ed è stato mantenuto nel tempo.

Congedo la paziente senza fissare un prossimo incontro salvo il caso in cui si presentino problematiche nuove oppure ritenga di voler mantenere lo stato di salute raggiunto con queste manipolazioni attraverso altre sedute.

### **3.7. Conclusioni**

Non resta che chiudere mettendo a confronto il nuovo approccio ed i risultati ottenuti rispetto al primo trattamento eseguito un anno fa sulla medesima paziente.

Pur considerando tutt'ora validi i trattamenti eseguiti sull'A.T.M. la prima volta che ho trattato la paziente, tanto è vero che alcune tecniche le ho ripetute ed i risultati ottenuti al tempo furono considerati più che soddisfacenti, occorre dire che il nuovo approccio acquisito nel corso dell'ultimo periodo mi ha dotato di strumenti di valutazione e risoluzione dei problemi decisamente più completi ed incisivi. Lo studio stesso più approfondito dell'anatomia in primis e della fisiologia del movimento governato dal sistema nervoso, hanno aperto nuovi scenari di indagine ed ascolto. La verifica del rapporto stretto tra struttura e funzione si è ampliata nella pratica ancor più di quello che significava in teoria.

La problematica all'A.T.M. dopo quest'ultimo intervento ritengo che sia stata risolta in maniera incisiva e duratura. Per giungere al riequilibrio anziché agire in maniera diretta andando contro barriera, si è ritenuto di agire attraverso metodi indiretti su alcune delle strutture che sono in rapporto con l'articolazione. Questo metodo mi ha permesso di mettere in relazione la parte con il tutto e di rigenerare gli equilibri, soprattutto nervosi, che regolano il corretto funzionamento della A.T.M.

Mi è stata trasmessa una visione dell'organismo umano e dei suoi meccanismi di controllo, difesa e di ripresa molto più ampia di quello che avrei mai potuto immaginare. Non credo che si possibile per me ritornare al passato con la visione concentrata sul sintomo e non sulla globalità. Globalità intesa non come visione superficiale e perciò di per

sè non incisiva per le scelte di intervento, ma come esplicitazione di relazioni, rapporti e conseguenze all'interno del nostro organismo.

Ritengo che una visione dell'Uomo e della sua Salute con gli occhi di un bravo osteopata possa dare molto alla formazione di un pensiero moderno basato sulle reali necessità dell'organismo, corretto dal punto di vista etico e rispettoso di quella natura che è insita in tutti noi e che se non viene messa da parte può dare a tutti la possibilità di una vita soddisfacente ed IN SALUTE.

## **3.8 Ringraziamenti**

Desidero ringraziare innanzitutto mia moglie ed i miei tre figli che non hanno mai messo in dubbio che non potessi riuscire a terminare il percorso iniziato, anzi mi hanno supportato anche se questo significava sacrificare tanti momenti insieme.

La scuola Fisiomedic Academy che, molto ben organizzata, mi ha predisposto un percorso completo e ricco di spunti e possibilità.

I miei compagni di corso, giovani e meno giovani, che mi hanno fatto sentire di essere parte di una squadra entusiasmante e incentivante sempre rivolta al conseguimento di nuove competenze.

I miei insegnanti che, nonostante i tempi brevi a loro disposizione, hanno inciso in maniera definitiva sulla visione del corpo umano e mi hanno fornito strumenti formidabili per cominciare ad espletare una professione resa ancor più affascinante dalla passione che qualcuno di essi è riuscito a trasmettermi.

### 3.9. Bibliografia

**Barral** J.P. *"Manipolazione Viscerale vol. 1 e vol. 2"*  
Castello Editore, terza edizione 2011

**Chila** Anthony *"Fondamenti di Medicina Osteopatica"* seconda edizione,  
Casa Editrice Ambrosiana 2015

**Dispense** dei seminari fornite da *"Fisiomedic Academy school"*  
2015-2018

**Greenman** Philip E. D.O. *"Principi di medicina Manuale"* seconda  
edizione Americana, prima edizione Italiana, F.A.A.O, by Futura  
publishing society

**Netter** Frank H. M.D. *"Atlante di Anatomia Umana"* , quinta edizione  
Edra spa 2015

**Tesi di diploma** *"Ascolto fluidico craniale associato a manipolazione  
della fascia superficialis con compressione del IV ventricolo, nel  
trattamento dei disturbi comportamentali e nelle disabilità  
neuromotorie: osservazione e risposte"* tesi di diploma del candidato  
Corrado Comunale, anno accademico 2015-2016