



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO OSTEOPATICO

NELLA CERVICO – DORSALGIA

IN PAZIENTE CON ESITI DI ILEOSTOMIA

(CASO CLINICO)

Candidato: ALESSANDRO VITALE

ANNO ACCADEMICO 2017 / 2018

fisiomedic
ACADEMY

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 6
1. CERVICALGIA : DEFINIZIONE E POSSIBILI CAUSE	pag. 7
1.1 DEFINIZIONE	pag. 7
1.2 EPIDEMIOLOGIA	pag. 7
1.3 CLASSIFICAZIONE	pag. 8
1.4 POSSIBILI CAUSE	pag. 9
2. DORSALGIA: DEFINIZIONE E POSSIBILI CAUSE	pag. 11
2.1 DEFINIZIONE	pag. 11
2.2 POSSIBILI CAUSE	pag. 11
3. TERAPIE NEL DOLORE MUSCOLO – SCHELETRICO	pag. 13
4. ILEOSTOMIA: DEFINIZIONE E POSSIBILI CAUSE	pag. 19
4.1 DEFINIZIONE	pag. 19
4.2 CAUSE	pag. 19
4.3 CONSEGUENZE	pag. 20
5. LA RELAZIONE VISCERO SOMATICA	pag. 21

6.	CASO CLINICO	pag. 23
6.1	DATI PERSONALI ED ANAMNESI	pag. 23
6.2	ESAME OBIETTIVO	pag. 24
6.3	TEST OSTEOPATICI	pag. 25
6.4	RAGIONAMENTO OSTEOPATICO	pag. 37
6.5	TRATTAMENTO OSTEOPATICO	pag. 38
6.6	RIVALUTAZIONE	pag. 44
7.	CONCLUSIONI E CONSIGLI	pag. 46
8.	RINGRAZIAMENTI	pag. 48
9.	BIBLIOGRAFIA	pag.49

INTRODUZIONE

Questo lavoro si pone come obiettivo quello di dimostrare l'efficacia del trattamento osteopatico in pazienti che hanno subito importanti interventi a livello viscerale.

Nel caso specifico mi preme sottolineare quanto sia importante abbinare, in questi casi soprattutto, al trattamento strutturale anche quello viscerale data la stretta relazione che c'è tra viscere e soma.

L'efficacia di un trattamento osteopatico non dipende mai dalla mera esecuzione di una singola tecnica ma dalla corretta lettura che l'osteopata dovrebbe essere in grado di dare al problema esposto dal suo paziente.

1. CERVICALGIA : DEFINIZIONE E POSSIBILI CAUSE

1.1 DEFINIZIONE

La cervicalgia viene definita in letteratura come un dolore localizzato nella regione anatomica del collo, posteriormente tra la linea nucale superiore e il margine superiore delle scapole, lateralmente tra il margine clavicolare superiore e l'osso mastoideo, anteriormente tra l'incavo soprasternale e il mento (Guzman J. Et al., 2008).

1.2 EPIDEMIOLOGIA

La cervicalgia, dopo la lombalgia, è la causa più frequente di richiesta di prestazioni di medicina generale in tutto il mondo per quanto riguarda il dolore muscolo scheletrico. La diffusione della cervicalgia cronica (chronic neck pain) nella popolazione generale sta progressivamente aumentando: si stima che circa il 70% della popolazione soffra di male al collo almeno una volta nella vita.

Può colpire ogni fascia di età, inclusi bambini e adolescenti. La prevalenza mensile varia dal 15.4% al 45.3% in età adulta e dal 4.5% all' 8.5% in età evolutiva. La prevalenza annuale varia dall'12.1 al 71.5 % nella popolazione generale e dal 27.1% al 47.8% tra i lavoratori. La cervicalgia persistente ad alta disabilità presenta una prevalenza che varia dall'1.7% all'11.5% nella popolazione generale (Haldeman S. et al., 2008).

1.3 CLASSIFICAZIONE

La Neck Pain Task Force (Guzman J. Et al., 2008) ha definito un nuovo modello concettuale della cervicalgia classificandola in base alla gravità (quattro gradi), alla durata (transitoria, di breve durata e di lunga durata) e alla struttura (episodio singolo, ricorrente, persistente).

Un'altra classificazione che suddivide i pazienti in acuti (durata entro un mese), subacuti (durata fino a tre mesi) e cronici (durata oltre tre mesi) riveste una significativa importanza nell'inquadramento prognostico, nell'impostazione terapeutica e quindi nella scelta del protocollo rieducativo (Monticone et al., 2011).

Un' ulteriore classificazione della cervicalgia può essere effettuata in base alle cause.

1.4 POSSIBILI CAUSE



La cervicalgia è una patologia multifattoriale dipendente da fattori non modificabili quali:

- Età
- Sesso
- Familiarità
- Eventi traumatici

e da fattori modificabili quali:

- postura
- professione
- condizioni psico-sociali

Nella maggioranza dei casi, infatti, un fattore eziologico univoco non è evidenziabile e si tende a definire la cervicalgia aspecifica, coesistendo componenti infiammatorie, muscolari, meccaniche, posturali e neurologiche (Monticone et al., 2011).

Altre volte si è in presenza di una cervicalgia specifica causata da frattura, scoliosi, spondilolistesi, stenosi del canale o ernia discale con un elevato rischio di dolore persistente e di disabilità.

Per fortuna la maggior parte delle cervicalgie rientra nel quadro delle cervicalgie aspecifiche di origine disfunzionale.

Esse hanno una prognosi prevalentemente benigna con episodi dolorosi caratterizzati inizialmente da risoluzione spontanea, ma con un elevato rischio di ricorrenza e di persistenza delle algie col passare del tempo.

2. LA DORSALGIA: DEFINIZIONE E POSSIBILI CAUSE

2.1 DEFINIZIONE

La dorsalgia viene definita come un dolore che si manifesta nel tratto dorsale della schiena (da D1 a D12) e può originare o dalle strutture muscolo-scheletriche (vertebre, coste, muscoli, tendini) o da patologie che colpiscono gli organi interni (cuore, polmoni, fegato, diaframma....).

Nella letteratura scientifica non ci sono molte pubblicazioni in merito alla dorsalgia ed alla sua epidemiologia perché è un dolore che si manifesta raramente in maniera isolato in quanto spesso è associato alla lombalgia o alla cervicalgia.

2.2 POSSIBILI CAUSE

La dorsalgia è una patologia che può scatenarsi per diversi motivi raggruppabili in due macro-aree:

A. Cause derivanti dalle strutture muscolo-scheletriche

- Alterazioni posturali mantenute per lunghi periodi di tempo (es: ipercifosi da postura scorretta)
- Microtraumi ripetuti in ambito lavorativo o sportivo
- Cervicalgia o lombalgia associata
- Presenza di scoliosi, artrosi, grave osteoporosi
- Infezioni ossee (es: malattia di Pott o spondilite tubercolare)
- Malattie reumatologiche (es: spondilite anchilosante)

B. Cause derivanti dalle patologie legate agli organi interni

- Contratture del diaframma (causate ad esempio da stress)
- Stati di sofferenza dell'apparato digerente (es: gastrite).

3. TERAPIE NEL DOLORE MUSCOLO - SCHELETRICO

In riferimento ai disordini muscolo scheletrici/viscerali causati da una cervico – dorsalgia e al dolore ad essa correlata si hanno a disposizione diverse terapie utili a contrastare o prevenire il dolore stesso.

TERAPIA FARMACOLOGICA:

I farmaci antinfiammatori sono una categoria di farmaci che agiscono riducendo l'entità di un processo infiammatorio localizzato in una determinata zona dell'organismo. Il processo infiammatorio (infiammazione) è un processo fisiopatologico che si instaura nei tessuti nel momento in cui questi ultimi entrano in contatto con agenti lesivi di vario tipo. Oltre all'azione antiflogistica, i farmaci antinfiammatori possono avere anche azione antalgica e antipiretica.

Esistono due grandi categorie di farmaci antinfiammatori:

- farmaci antinfiammatori steroidei
- farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)

Il secondo (FANS) sono i farmaci più utilizzati in assoluto; il più noto di essi è sicuramente l'acido acetilsalicilico (aspirina).

Essi agiscono bloccando la produzione di prostaglandine (sostanze ormonosimili che agiscono quali mediatori dell'infiammazione) attraverso l'inibizione dell'enzima ciclossigenasi.

KINESITERAPIA:

Letteralmente è la terapia del movimento (Kinesis in greco vuol dire movimento).

La Kinesiterapia può essere passiva, attiva o attiva assistita.

Kinesiterapia passiva: il terapeuta esercita sul paziente, che resterà passivo, tecniche particolari al fine di gestire in modo appropriato il movimento della parte del corpo da trattare.

Kinesiterapia attiva: in questo caso, invece, è lo stesso paziente che agisce in modo attivo sotto la direzione e la supervisione del terapeuta che gli farà eseguire gli esercizi più idonei.

Kinesiterapia attiva assistita: vi è una partecipazione sia del paziente che del terapeuta il quale “guida/assiste” i movimenti del paziente.

MASSOTERAPIA:

Pratica fondata sul massaggio cui vengono sottoposte alcune regioni del corpo, allo scopo di migliorarne le attività biologiche.

TERAPIA STRUMENTALE:

Con il termine “strumentale” intendiamo una branca della Medicina Riabilitativa che sfrutta a scopo terapeutico gli elementi fisici, come campi elettromagnetici, correnti a bassa, media e alta frequenza, effetti termici del calore o ultrasuoni. L’impatto delle energie suddette genera reazioni biologiche che si traducono in un’azione

antidolorifica, stimolante o desensibilizzante di un segmento corporeo o di tutto il corpo.

Esempi di terapia strumentale sono: laserterapia, ultrasuonoterapia, tecarterapia, magnetoterapia, elettroterapia antalgica.

TECNICHE RIABILITATIVE:

Essendo questo un campo davvero ampio, al fine di evitare dilungazioni in merito citerò solo alcune delle più conosciute:

metodo McKenzie, metodo Maitland, metodo Cyriax, metodo Mézières, chiropratica.

OSTEOPATIA (da A.T. Still 1874):

L'osteopatia è un sistema affermato e riconosciuto di prevenzione sanitaria che si basa sul contatto manuale per la diagnosi e per il trattamento.

Rispetta la relazione tra il corpo, la mente e lo spirito sia in salute che nella malattia:

pone l'attenzione sull'integrità strutturale e funzionale del corpo e sulla tendenza

intrinseca del corpo ad auto-curarsi. Il trattamento osteopatico viene visto come

facilitazione al processo di auto-regolazione.

I dolori accusati dai pazienti risultano da una relazione reciproca tra i componenti muscolo-scheletrici e quelli viscerali di una malattia o di uno sforzo.

(World Osteopathic Health Organization)

"Ho pensato che l'osso, osteon, fosse il punto da cui dovevo partire per accertare la causa delle condizioni patologiche e così ho messo insieme "osteo" con "patia" e ho ottenuto Osteopatia".

(Still, A.T. Autobiografia, 1897, p.98)

"L'osteopatia è la regola del movimento, della materia e dello spirito, dove la materia e lo spirito non possono manifestarsi senza il movimento; pertanto noi osteopati affermiamo che il movimento è l'espressione stessa della vita".

(Still, A.T., 1892)

TECNICHE OSTEOPATICHE:

Il trattamento osteopatico può avvalersi di numerosi metodi e tecniche di trattamento.

Una classificazione possibile è quella che fa riferimento a queste tre grandi famiglie:

1. Tecniche strutturali (THRUST O HVLA e T.E.M)

Le tecniche strutturali sono definite tali poiché ristabiliscono la mobilità della struttura ossea.

La specificità e la rapidità delle manipolazioni consente il recupero della mobilità articolare.

Hanno una forte influenza neurologica, oltre che puramente meccanica, in quanto favoriscono l'emissione di corretti impulsi dalle e alle terminazioni della parte trattata. Oltre al thrust fanno parte di questa famiglia anche le T.E.M o tecniche ad energia muscolare che prevedono la partecipazione del paziente secondo le direttive suggerite dall'osteopata.

2. Tecniche cranio-sacrali

Le tecniche craniali agiscono sul movimento di congruenza fra le ossa del cranio e il sacro, ristabilendone il normale "meccanismo respiratorio primario", ossia quella combinazione di parti ossee, legamentose, muscolari, e fasciali che consentono il riequilibrio e l'armonia delle funzioni craniosacrali. Con queste tecniche si agisce in particolare sulla vitalità dell'organismo, qualità

fondamentale che permette agli esseri viventi di reagire con efficacia agli eventi di disturbo provenienti dall'ambiente esterno e da quello interno.

3. Le tecniche viscerali

I visceri si muovono in modo specifico sotto l'influenza della pressione diaframmatica. Questa dinamica viscerale può essere modificata (restrizione di mobilità) o scomparire. Applicando una tecnica specifica, l'osteopatia permette di correggere la restrizione di mobilità dell'organo affinché possa trovare la sua fisiologia naturale.

Inoltre, esiste da un punto di vista anatomico e funzionale una relazione tra i visceri e la struttura muscolo-scheletrica; una cattiva funzione della struttura (ad es. colonna vertebrale), può influenzare uno o più visceri e viceversa.

4. ILEOSTOMIA: DEFINIZIONE, CAUSE E CONSEGUENZE

4.1 DEFINIZIONE

L'ileostomia è una delicata procedura chirurgica che prevede la deviazione dell'intestino tenue, generalmente dell'ileo, verso un'apertura praticata sull'addome.

Tale apertura, definita col nome di stoma, serve alla fuoriuscita anticipata delle feci, cioè senza il loro normale transito attraverso l'intestino crasso e l'ano. L'ileostomia può essere una modifica al normale transito delle feci sia temporanea (ileostomia reversibile) che permanente (ileostomia definitiva). I medici praticano un'ileostomia quando l'intestino crasso, in particolare il colon, è danneggiato, infiammato o non funziona in maniera adeguata.

4.2 CAUSE

A provocare questa serie di alterazioni sono alcune particolari patologie/condizioni intestinali, tra cui:

- **Il cancro del colon-retto** (o cancro coloretale)

Il cancro del colon-retto è la più comune neoplasia maligna dell'apparato gastrointestinale e rappresenta una delle principali cause di morte per cancro, sia nell'uomo che nella donna. Dal punto di vista terapeutico, il principale trattamento è l'intervento di colectomia, durante il quale il chirurgo operante asporta la sezione malata d'intestino. La scelta di ricorrere anche all'ileostomia dipende dalle dimensioni e dalla posizione della sezione rimossa. L'esecuzione dell'apertura può essere temporanea o permanente, a seconda che sussistano o meno le condizioni per un recupero della funzionalità del tratto coloretale rimasto.

- **Il morbo di Crohn**

È una patologia autoimmune, appartenente alla categoria delle cosiddette malattie infiammatorie intestinali. I sintomi che la caratterizzano sono diarrea, dolore addominale e senso di stanchezza ricorrente. L'ileostomia non è il trattamento di prima scelta del morbo di Crohn. Tuttavia, può diventarlo in tutti quei casi in cui, secondo i medici, l'isolamento temporaneo dalle feci dell'intestino infiammato è di beneficio a quest'ultimo.

- **La colite ulcerosa**

È un'altra malattia infiammatoria intestinale, di tipo cronico, che colpisce specificatamente l'intestino crasso (in primis, il retto e, poi, il colon). I suoi sintomi tipici sono diarrea mista a sangue, dolore addominale e perdite mucose. Il trattamento previsto è solitamente di tipo farmacologico. Infatti, i medici ricorrono all'ileostomia esclusivamente quando i medicinali non sortiscono i risultati sperati.

L'ileostomia può essere temporanea o permanente, a seconda della gravità dell'infiammazione e delle possibilità più o meno concrete di una riduzione dello stato infiammatorio.

4.3 CONSEQUENZE

Ogni intervento chirurgico al torace o all'addome, per esempio, richiede l'apertura di queste cavità; l'aria che penetra favorisce l'inaridimento delle membrane sierose, il che tende a favorire le fissazioni o le aderenze.

Le fissazioni o le aderenze sono quindi conseguenze di processi di guarigione naturali o chirurgici che comportano la distruzione delle fibre tissutali sane e la loro sostituzione con tessuti relativamente poco elastici.

Le fissazioni viscerali hanno come conseguenza la perdita della mobilità e della motilità a causa dell'insufficiente scorrimento dell'organo sulle strutture contigue.

5. LA RELAZIONE VISCERO SOMATICA

Il sistema nervoso autonomo o neurovegetativo è quella parte del sistema nervoso svincolata dal controllo volontario che assolve a funzioni involontarie e necessarie per la nostra sopravvivenza (respirazione, peristalsi, regolazione della frequenza cardiaca ecc.) ed è diviso in due componenti: il sistema nervoso simpatico ed il sistema nervoso parasimpatico.

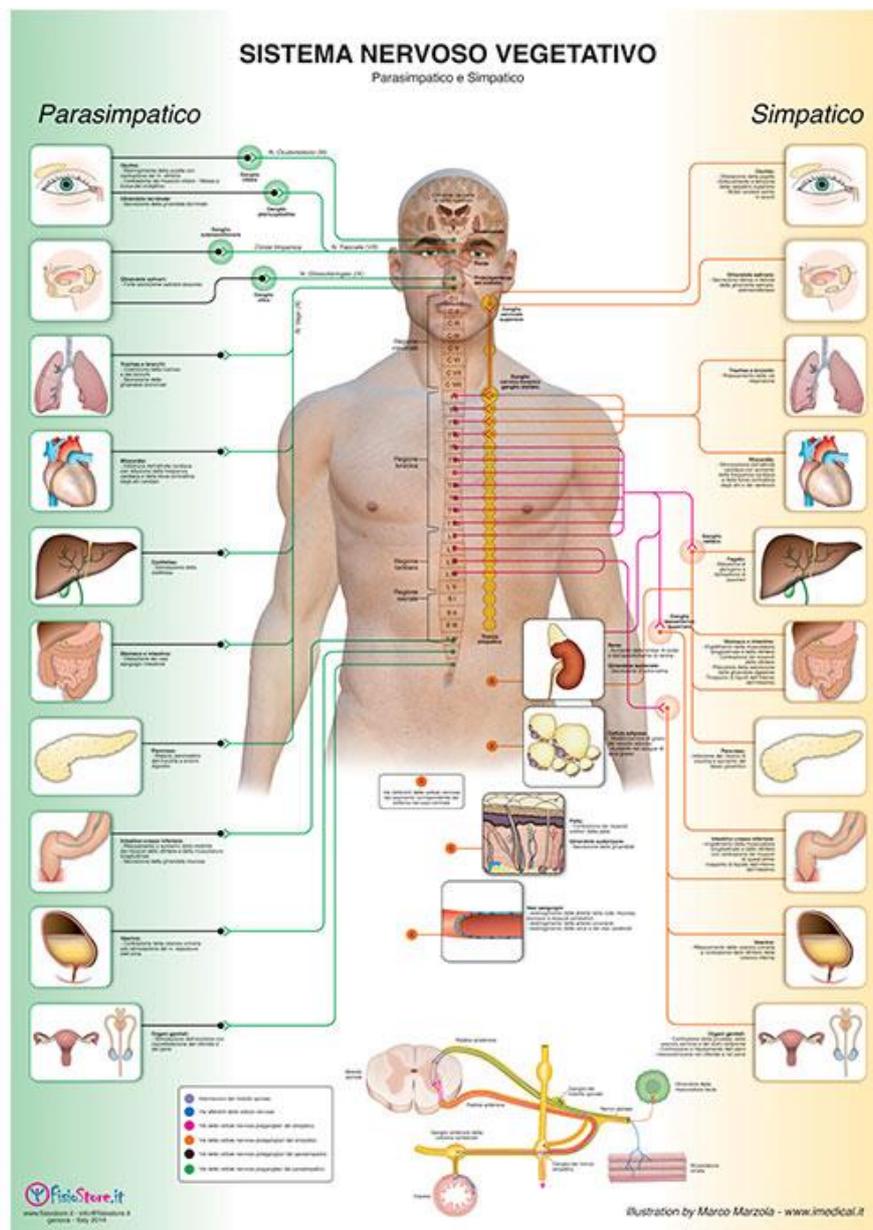
L'integrità e la protezione di questi due delicatissimi sistemi di controllo è fondamentale per la vita ed è per questo che il "Grande Ingegnere" ha pensato bene di proteggerli, in primis avvolgendoli all'interno di un triplo strato di meningi (pia madre, aracnoide e dura madre) ed in seconda istanza inserendoli all'interno di una sorta di corazza protettiva: le ossa craniche e la colonna vertebrale. Mediante appositi forami intervertebrali il sistema nervoso fuoriesce dalla colonna vertebrale andando a costituire i nervi spinali, i quali raggiungono tutti gli organi ed i visceri del corpo mettendo così ogni organo/viscere in stretta relazione con un segmento vertebrale (metamero). Ad esempio il fegato è collegato alla settima, ottava, nona e decima vertebra dorsale; il rene alla decima, undicesima e dodicesima vertebra dorsale ed alla prima vertebra lombare; il colon ha una grossa rappresentazione vertebrale che va dalla sesta alla dodicesima vertebra dorsale e così via per ogni organo del corpo umano.

Detto ciò risulta facilmente intuibile come il sistema nervoso, il sistema muscolo-scheletrico ed il sistema viscerorganico siano in strettissima relazione tra loro.

Dunque quando un organo/viscere va in disfunzione si genera un riflesso viscerosomatico che fa sì che al livello midollare spinale corrispondente all'organo/viscere in disfunzione pervengano informazioni provenienti dallo stesso; tali informazioni dopo aver superato il ganglio della catena laterovertebrale giungono al corno posteriore del midollo (sede di elaborazione degli stimoli sensitivi) dove vengono attivati i neuroni delle corna midollari anteriori (sede di elaborazione degli stimoli

motori) i quali trasferiscono l'informazione a livello metamerico causando l'insorgenza di una disfunzione somatica.

In altre parole non è raro che una manifestazione dolorosa riferita dal paziente al livello muscolo scheletrico abbia reale origine nella sfera viscer-organoica, e che la manifestazione algica in corrispondenza della struttura muscolare non sia altro che una "proiezione nervosa riflessa" di quanto sta accadendo in un altro distretto (viscere/organo).



6. CASO CLINICO

6.1 DATI PERSONALI E ANAMNESI

Nome e Cognome: CARMELA PELLEGRINI

Sesso: F

Età: 61

Professione: Casalinga

Data di nascita: 10/12/1957

Patologie: Rettocolite ulcerosa (fino all'intervento di ileostomia), morbo di Crohn, osteoporosi, anemia emolitica autoimmune.

Interventi chirurgici: Ileostomia (1998); discectomia (2004); sintesi frattura capitello radiale sx; sintesi frattura sottocapitata femore sx. (2008)

Eventi traumatici: trauma da incidente stradale nel 2008

Farmaci assunti attualmente: D-base

Sport praticati: Ginnastica dolce

Motivo del consulto: CERVICALGIA E DORSALGIA RICORRENTE

La paziente riferisce, da diversi anni, principalmente dolore diffuso nella regione infrascapolare apparentemente sine causa; il dolore tende a volte ad irradiarsi alla muscolatura dei trapezi con limitazione nei movimenti di rotazione del capo.

Non ricorda una postura che possa alleviare il dolore; in fase acuta ricorre ad iniezioni di FANS.

6.2 ESAME OBIETTIVO:

Piano frontale:

Spalla destra leggermente più bassa della controlaterale; triangolo della taglia di destra leggermente più piccolo; SIAS simmetriche.

Piano sagittale:

Modesta riduzione della cifosi dorsale e della lordosi lombare.

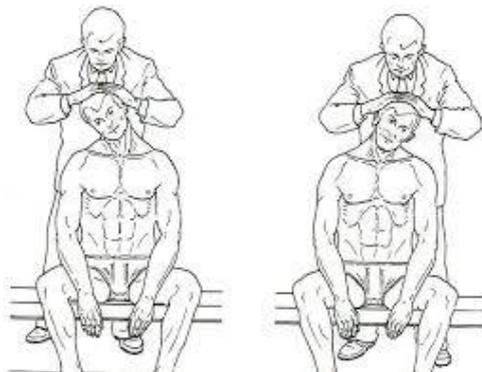
Piano orizzontale:

Non vi sono evidenti rotazioni.

Durante i movimenti attivi (flessione, estensione, rotazione ed inclinazione laterale) del tronco emerge una limitazione nella flessione anteriore della colonna, soprattutto a carico del tratto lombare e dorsale, ed una limitazione nell'inclinazione laterale verso DX. Nella flessione di colonna non compare gibbo.

Durante i movimenti attivi del capo è evidente una riduzione di mobilità nella rotazione sia verso dx che verso sx.

Con pz. seduta sul lettino è stata valutata anche un'eventuale compressione foraminale cervicale mediante test dedicato (compressione assiale con testa in posizione neutra ed in rotazione o Spurling Test) che è risultato negativo.



6.3 TEST OSTEOPATICI

Pz. prona

Spring test colonna: evidenzia una maggior rigidità a livello del tratto lombare e dorsale (D4-D9).

Pz. supina

Ascolto craniale a cinque dita:

- si percepisce una condizione di “cranio compresso” ed una trazione fasciale extra cranica che va in direzione della fossa iliaca di dx.

Cervicale:

- maggior densità condilo di dx
- maggior densità a sx in proiezione delle spinose di C3, C4 e C5
- C3 e C4 in ERS sx

Spring test innominati: + a dx

Spring test arti inferiori: maggior densità sull'arto inferiore di sx

Ascolto fasciale viscerale: si percepisce una trazione verso la linea mediana in corrispondenza della cicatrice

Data la condizione a livello viscerale della pz. decido di iniziare a testare i quadranti a livello dell'addome per evidenziare aree di maggior densità; proseguirò con i test organo-specifici (densità, mobilità, test sui legamenti) e quelli di inibizione o aggravamento per valutare la presenza di una concatenazione viscerosomatica o

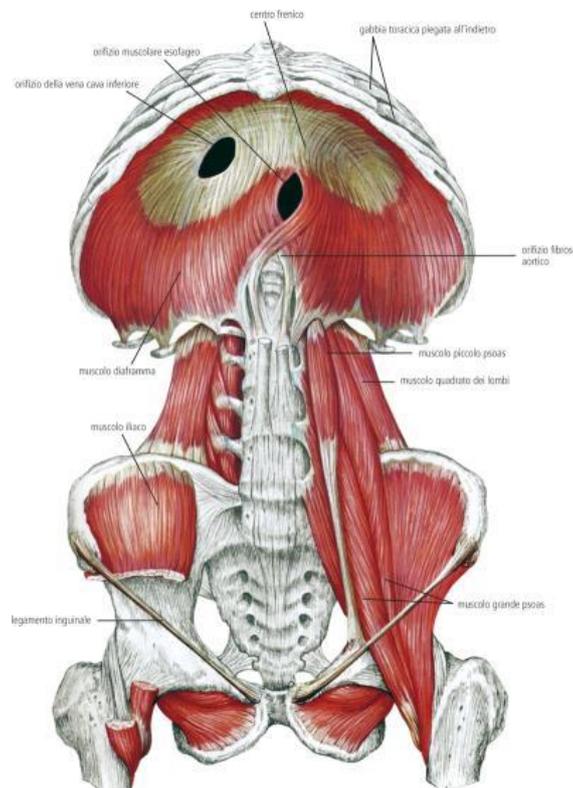
somato-viscerale tra due disfunzioni a distanza o una disfunzione e una determinata sintomatologia.

Test densità dei quadranti: positivo per quanto riguarda l'ipocondrio sx (++), epigastrio (+), ipocondrio dx (+) e fossa iliaca dx (+).

DIAFRAMMA

Il diaframma o diaframma toracico è un muscolo impari, cupoliforme e laminare che separa la cavità toracica da quella addominale. Il diaframma è il più importante muscolo respiratorio. La sua contrazione, che ha l'effetto di abbassare la cupola diaframmatica, determina, assieme all'elevazione del torace operata dai muscoli inspiratori, l'espansione della cavità toracica e dei polmoni necessaria al richiamo d'aria nelle vie aeree durante l'inspirazione.

Innervazione: Nervo frenico (C3-C5)



Test di densità: positivo (+) per l'emicupola di sx

STOMACO

Lo stomaco è un organo cavo che si trova a livello dell'ipocondrio di sx, dell'epigastrio di sx e del fianco sx.

Si divide in:

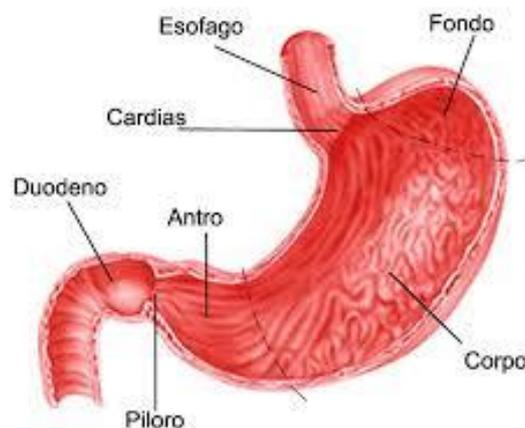
- Grossa tuberosità (o fondo)
- Piccola tuberosità
- Grande curva
- Piccola curva

Presenta due orifizi: il cardias ed il piloro

I reperi in condizioni fisiologiche sono k5 e k10; ha funzione di deposito dei materiali ingeriti, demolizione dei materiali residui e rottura dei legamenti chimici.

Innervazione Ortosimpatica: nervo grande splancnico (D4-D8)

Innervazione parasimpatica: nervo vago di dx (posteriormente) e nervo vago di sx (anteriormente)



Test di densità: positivo (++)

Test di mobilità: limitato il movimento di discesa mentre è molto ampio quello di risalita; siamo quindi in presenza di una disfunzione in ESPIRAZIONE.

Test sui legamenti:

1. GASTROFRENICO (positivo ++)



2. GASTROCOLICO (negativo)



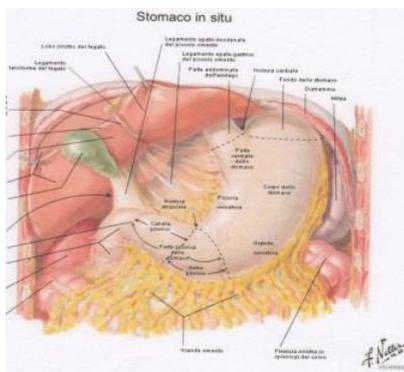
3. GASTROSPLENICO (negativo)



4. EPATOGASTRICO (positivo +)



5. CISTICO DUODENALE (negativo)



Si valuta la risposta tissutale, ovvero se c'è una capacità elastica.

Test di inibizione o aggravamento: con la mano caudale e con una compressione caudo craniale porto in densità i tessuti in proiezione dello stomaco mentre con la mano craniale posta sotto i muscoli sub occipitali ascolto se c'è variazione di densità. Il test è positivo.

FEGATO

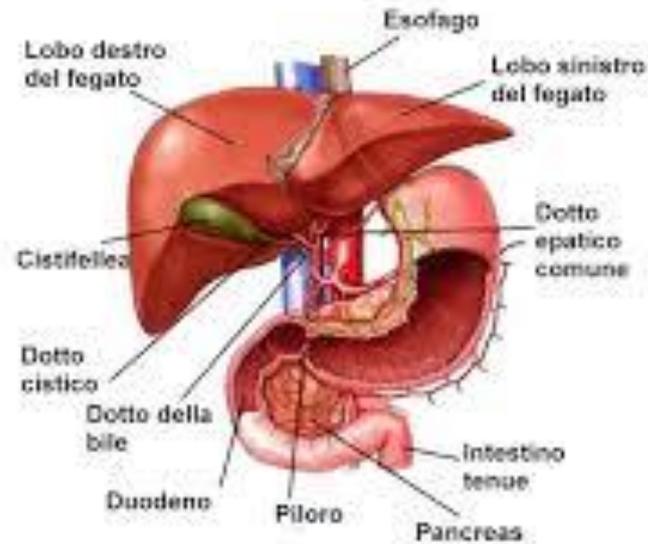
E' l'organo più voluminoso e pesante nell'adulto; occupa la parte più alta della cavità addominale localizzandosi a livello dell'ipocondrio di dx, gran parte dell'epigastrio e la porzione più alta dell'ipocondrio di sx.

La sua funzione principale è quella di produzione della bile utile a sua volta all'emulsione dei grassi; altre funzioni importanti riguardano il metabolismo glucidico, il deposito di ferro e di vitamine.

In condizioni fisiologiche reperiamo il margine superiore del fegato percuotendo la gabbia toracica da destra a livello di K5, a sinistra, a livello della linea emiclaveare (k6-k7).

Innervazione ortosimpatica: nervo grande splancnico (D4-D8)

Innervazione parasimpatica: nervo vago di dx e sx; nervo frenico (capsula di Glisson)



Test di densità: con la mano craniale porto in densità i tessuti a livello della griglia costale mentre con quella caudale metto densità in proiezione del fegato.

Il test è positivo.

Test di mobilità: si valutano i movimenti del fegato durante l'inspirazione e l'espirazione; in fisiologia osteopatica il fegato durante l'inspirazione va in avanti, inclina e ruota verso destra.

Il test è positivo.



Test sui legamenti

1. LEGAMENTO CORONALE DA SEDUTO positivo (+ sale ma non torna)



2. TRIANGOLARE DI DX DA SEDUTO negativo (-)



3. TRIANGOLARE DI SX DA SEDUTO negativo (-)



Test di inibizione o aggravamento: in questo test si fa risalire il fegato verso la cupola diaframmatica con la mano caudale mentre con quella craniale si apprezza l'eventuale modificazione dei tessuti a livello sub-occipitale (componente inerente il nervo vago) o a livello di C3-C5 (componente inerente il nervo frenico).

Il test è positivo per la componente parasimpatica del nervo frenico (+).

INTESTINO TENUE

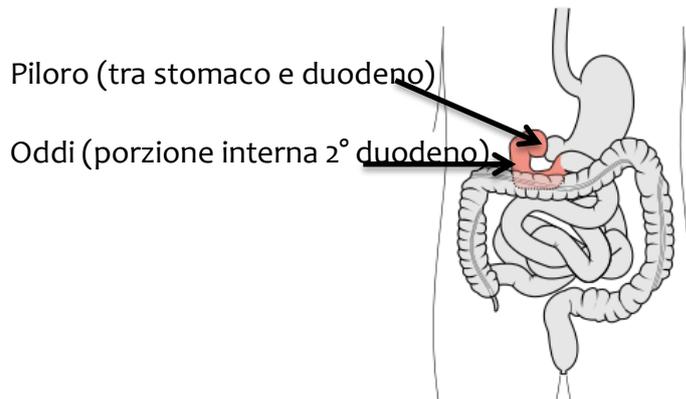
L'intestino tenue o piccolo intestino è la prima parte dell'intestino dove il chimo si trasforma in chilo. È l'organo più lungo di tutto l'apparato digerente. L'intestino tenue è lungo più di 7 m e del diametro di 2,5 cm, ripiegato su se stesso. Esso viene distinto in tre porzioni: duodeno, digiuno e ileo. In esso si completa la scomposizione chimica degli alimenti e avviene l'assorbimento di quasi tutte le sostanze nutritive.

DUODENO

È la parte intestinale più profonda, più fissa; a questo livello avviene la vera scissione da macromolecole in micromolecole.

Ha una forma di C aperta in alto e presenta quattro porzioni.

E' innervato dal nervo vago per la componente parasimpatica e dal grande e piccolo splancnico (D6-D9 e D9-D12) per la componente ortosimpatica.



In fisiologia osteopatica il duodeno durante l'inspirazione scende, si superficializza e ruota in senso antiorario.

Test di densità: identifico come punto fisso il piloro e con la mano craniale a C cirondo l'ombelico portando in densità i tessuti in proiezione del duodeno.

Il test è positivo (+)

Test di mobilità: valuto i movimenti descritti in precedenza durante l'inspirazione.

Il test è positivo (scende poco e sale in maniera più importante).

Test di inibizione o aggravamento: con la mano caudale porto in densità i tessuti in proiezione del duodeno mentre con la mano craniale posta a livello dei sub occipitali ascolto se vi è variazione a livello dei tessuti. Testo in questo modo un'eventuale correlazione viscerò – somatica.

Il test è negativo (non cambia in maniera significativa il tessuto) per la componente di innervazione parasimpatica.

Decido di testare la correlazione viscerosomatica per quanto riguarda la componente ortosimpatica;

la mano caudale porta in densità i tessuti a livello del duodeno mentre quella craniale si posiziona a lato delle spinose da D6 a D12.

Il test è positivo (++) poiché si apprezza un netto cedimento dei tessuti.

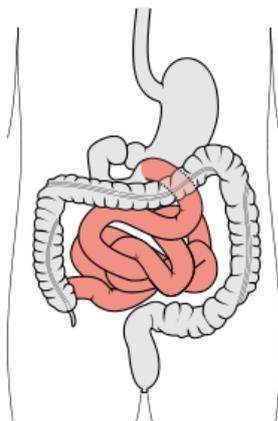
DIGIUNO ED ILEO

Il digiuno e l'ileo sono le porzioni intestinali che seguono il duodeno; il tratto è lungo circa 6,5 metri ed è sospeso e stabilizzato dal mesentere che lo circonda che a sua volta s'inserisce sul peritoneo per mezzo di uno sdoppiamento fasciale chiamato *radice del mesentere (dall'angolo duodeno - digiunale alla valvola ileo - cecale)*.

Ha funzioni digestive, assimilatorie ed immunitarie.

Innervazione ortosimpatica: nervo piccolo splanchnico

Innervazione parasimpatica: nervo vago di sx



In fisiologia osteopatica durante l'inspirazione scende, avanza e le sue anse fanno una rotazione esterna.

Test globale del pacchetto intestinale: per la presenza della placca di stomia e per una densità globale dell'intestino tenue scelgo di valutare globalmente il pacchetto intestinale.

Ponendomi cranialmente rispetto la pz. con entrambe le mani cerco afferrare tutto il pacchetto intestinale cercando di allontanarlo dalla zona ombelicale per ricercare zone di maggior densità.

Il test è positivo (+).



6.4 RAGIONAMENTO OSTEOPATICO

Riassumendo ciò che è emerso durante i test mi trovo di fronte ad una paziente la cui “condizione osteopatica” generale vede essere presenti delle tensioni mediamente importanti a livello addominale.

Nello specifico è emersa la positività nei test di densità e mobilità sul diaframma, sullo stomaco, sul fegato e sull'intestino tenue.

Positività è stata riscontrata anche sui test diretti sui legamenti di stomaco e fegato e sui test di inibizione – aggravamento sia per la componente parasimpatica (stomaco e fegato) sia per quella ortosimpatica (duodeno).

Alla luce di quanto sopra, il ragionamento osteopatico mi porta a supporre che la disfunzione in espirazione dello stomaco e del duodeno possano essere le primarietà da trattare.

A seguire prenderò in considerazione un lavoro di release della muscolatura sub – occipitale e diaframmatica. Infine la paziente verrà rivalutata.

6.5 TRATTAMENTO OSTEOPATICO

Nel test di mobilità ho percepito che lo stomaco durante la fase di inspirazione scendeva poco e risaliva in maniera più importante; mi trovo di fronte ad uno stomaco in disfunzione in espirazione.

TECNICA DIRETTA SUL LEGAMENTO GASTRO – FRENICO

La mano caudale viene posizionata sullo stomaco mentre quella craniale sulla proiezione del diaframma (v spazio intercostale).

La mano craniale fa punto fisso una volta portati in densità i tessuti mentre quella caudale porta in trazione lo stomaco verso il basso e verso dx; mantengo la posizione fino a sentire che il tessuto cede a livello diaframmatico e viene quindi ripristinata la risposta elastica.



TECNICA DIRETTA SUL LEGAMENTO EPATOGASTRICO

In realtà sono presenti due gruppi di fibre.

Le fibre verticali (a dx) si possono denominare come legamento cistico – duodenale mentre quelle più esterne (a sx) come legamento epato – colico.

Entrambi i fasci stabilizzano la piccola curva dello stomaco.

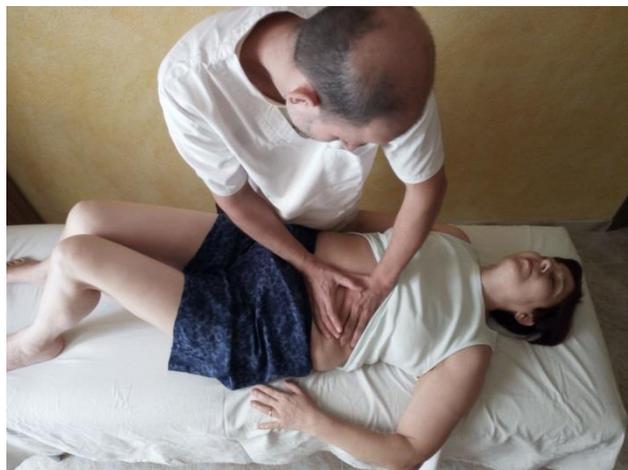
Si pone la mano di dx sulla piccola curva dello stomaco e quella di sx in proiezione dell'ilo del fegato; la mano di dx porta lo stomaco verso sx e mantengo la tensione fino a percepire un ripristino della risposta elastica da parte dei tessuti.



TECNICA DI BILANCIAMENTO SULLO STOMACO (TECNICA FUNZIONALE)

La mano caudale a livello della grande curva dello stomaco mentre quella craniale in proiezione del cardias; metto in densità i tessuti in proiezione della zona gastrica e ascolto il movimento dello stomaco sincronizzandomi con la respirazione della paziente.

La tecnica si considera finita quando lo stomaco riprende il suo movimento fisiologico.



TRATTAMENTO GLOBALE DEL DUODENO

La mano caudale si pone in proiezione del duodeno portando in densità i tessuti mentre quella craniale si pone speculare a livello del tratto dorsale basso.

La tecnica si considera finita nel momento in cui si annullano le tensioni sulla zona duodenale (punto neutro) e si sente ripartire il movimento fisiologico.



RELEASE SUBOCCIPITALE E TECNICA SUL TENDINE CENTRALE

Con i polpastrelli posti sulla rima occipitale si esercita una pressione progressiva e si “ascolta” il tessuto e le sue variazioni di densità fino a che non si sente il tessuto che “cede”.

Durante la tecnica sul tendine centrale, invece, la mano craniale rimane sempre a contatto dei muscoli sub – occipitali, mentre quella caudale si pone a livello del manubrio dello sterno; l’osteopata si pone in accordo con la respirazione del paziente favorendo, con una pressione sullo sterno progressiva, un’espirazione forzata.

Al termine dell'espiazione l'osteopata può utilizzare dei piccoli rebound effettuati sempre con la mano caudale.



RELEASE PARAVERTEBRALE

Una tecnica efficace di soft tissue che prevede che l'osteopata si disponga dal lato opposto del trattamento; la mano craniale sulla fronte mentre quella caudale sui muscoli paravertebrali del lato opposto; l'osteopata ruota il capo mentre stira i muscoli paravertebrali in direzione opposta.



TECNICA T.E.M PER CORREZIONE C₃ – C₅ in ERS sx

Ruoto il capo della paziente verso destra fino ad arrivare in barriera; chiedo poi una contro rotazione verso sinistra del capo di 4 – 5 “ mentre con la mano sinistra le impedisco il movimento.

Chiedo alla paziente di smettere di ruotare e passati un paio di secondi (tempo di latenza) guadagno in rotazione verso destra fino alla nuova barriera.

Ripeto 4 – 5 volte. Disfunzione non più presente.

TECNICA DI BILANCIAMENTO GLOBALE

Come ultima tecnica di questo primo trattamento osteopatico decido di effettuare un bilanciamento globale della zona viscerale.

Mettendo la mano craniale a contatto dell'addome e quella caudale speculare a livello delle vertebre lombari mi metto in accordo con la respirazione della paziente ed ascolto il movimento fasciale e le sue trazioni; decido di seguire la direzione delle trazioni che vanno dalla cicatrice verso la stomia per quanto riguarda la mano craniale, mentre la mano caudale segue le trazioni posteriori che hanno una direzione opposta (verso il fianco sinistro).

La tecnica di bilanciamento globale termina quando la direzione delle fasce riprende il suo percorso fisiologico ovvero sotto le mani sentirò uno scorrimento opposto tra parte anteriore e posteriore in direzione cranio – caudale.



6.6 RIVALUTAZIONE

Al termine di ogni trattamento osteopatico segue la rivalutazione della paziente per verificare se vi sono state delle modificazioni rispetto alla condizione di partenza.

Nell'ascolto del cranio a cinque dita il RAF è lievemente migliorato; sono invece diminuite notevolmente le tensioni a livello della zona intestinale in generale, con particolare riferimento alla zona gastrica – duodenale.

Anche a livello diaframmatico non è più presente la disfunzione riscontrata inizialmente nel test.

Personalmente rivedrei la paziente per un secondo trattamento a distanza di una settimana e già a partire dalla seconda seduta rivolgerei la mia attenzione al miglioramento del RAF cranico con delle tecniche specifiche (es. frontal lift).

7. CONCLUSIONI E CONSIGLI

La paziente a distanza di una settimana non ha avuto episodi di cervico – dorsalgia e nel complesso si è sentita meglio, ovvero è riuscita ad avere una qualità del sonno migliore per i primi giorni post trattamento e di conseguenza si è sentita più vitale ed energica durante le giornate.

Ha percepito una miglior mobilità della colonna, soprattutto nel tratto dorsale e lombare, durante gli esercizi di stretching che esegue al corso di ginnastica dolce.

Posso dunque affermare che il trattamento osteopatico si è rivelato efficace nel trattamento della sintomatologia riferita dalla paziente.

Fino ad oggi la paziente aveva ottenuto scarsissimi risultati con l'impiego dei FANS sia a causa dei numerosi effetti collaterali che questi avevano su di lei, che, a mio giudizio, perché non agivano direttamente sulla causa ma solo sui sintomi.

Alla paziente ho consigliato di continuare con le sedute bisettimanali di ginnastica dolce aggiungendo a domicilio degli esercizi di mobilità specifica per il tratto cervico dorsale (esempio “il gatto”) al fine di migliorare e mantenere la mobilità del rachide ed esercizi di respirazione al fine di migliorare la presa di coscienza sulla respirazione corretta (alla paziente supina con una mano in appoggio sull'addome e l'altra sul torace le si dice che durante l'inspirazione deve sentire la mano sull'addome sollevarsi mentre quella sul torace deve rimanere ferma).

In ultimo, riflettendo sull'etimologia della parola *educare* (*dal latino educere "tirar fuori, condurre"*) mi viene naturale pensare che il trattamento osteopatico possa esser paragonato ad una *rieducazione* del nostro corpo a ritrovare la strada dell'equilibrio e del benessere che in un dato momento è venuta a mancare per innumerevoli ragioni (trauma, stress fisico ed emotivo ad esempio).

L'osteopata, quindi, attraverso la sua capacità percettiva e le tecniche apprese favorisce il ripristino dell'omeostasi, della stabilità.

*"Ci hanno concesso una sola vita ed un solo corpo,
tira fuori il massimo da quello che hai"*

(Anonimo)

8. RINGRAZIAMENTI

Il mio primo grazie va a **Sofia**, mia figlia, perché con i suoi poco più di due anni e mezzo, la sua vivacità e i suoi leciti capricci **mi sta insegnando** giorno dopo giorno a non reagire d'istinto ma **ad ascoltare**.

Mi riferisco a quell'ascolto che va oltre il semplice sentire; a quell'ascolto più profondo che ci consente di "sintonizzarci" sulla lunghezza d'onda dell'altra persona per comprenderne meglio bisogni e necessità.

Essere osteopata vuol dire anche questo... saper *Ascoltare*.

Ringrazio poi **Andrea**, mia moglie ed i miei genitori **Carmen ed Alfredo**, che come una triade perfetta **hanno sempre collaborato** insieme per sostenermi ed incoraggiarmi in qualsiasi momento; hanno saputo ascoltare, appunto, i miei silenzi ed i miei sfoghi **supportandomi** come nessun altro avrebbe potuto fare.

Consapevole di esser solo all'inizio di un lungo percorso ringrazio i miei Professori che seminario dopo seminario hanno saputo instillare gocce di curiosità che piano piano approfondirò.

9. BIBLIOGRAFIA

Fiocca, Netter, *Fondamenti di anatomia e fisiologia umana*, Sorbona Milano, 1999.

Barral e Mercier, *Manipolazione viscerale 1*, Castello editore, 1998.

S. Nicholas ed A. Nicholas, *Atlante di tecniche osteopatiche*, Piccin, 2011.

Morlacchi – Mancini, *Clinica ortopedica*, Piccin, 2003.

AA.VV, *Dispense scolastiche Fisiomedic Academy*, 2016-2018.

Treccani, *Dizionario on line della lingua Italiana*, 2018.