



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL  
SCUOLA DI OSTEOPATIA

---

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

**“RUOLO DELLE TECNICHE DI IMAGING TRADIZIONALE  
NELLA VALUTAZIONE OSTEOPATICA”**

Candidato:

Antonella Pelagalli

ANNO ACCADEMICO 2015 / 2016

---

fisiomedic  
ACADEMY



## **Indice**

### **Introduzione**

### **Primo Capitolo**

Un aiuto dalla Radiologia

1. Quando valutare le immagini
2. Concetti basilari
3. Regole di Raskin

### **Secondo Capitolo**

Tecniche di Imaging in Radiologia tradizionale

Casi Clinici con Immagini

### **Discussione**

### **Conclusione**



## Introduzione

Il presente lavoro ha come oggetto lo studio del ruolo delle Tecniche di Imaging all'interno della Valutazione Osteopatica.

Le controversie circa l'uso delle indagini iconografiche del Paziente all'interno della Valutazione Osteopatica tra gli stessi Professionisti Osteopati evidenzia come il problema sia presente, rilevante ma soprattutto discutibile.

Spesso molti Osteopati negano l'utilità dell'uso di tali tecniche di Imaging semplicemente perchè non hanno dimestichezza con la materia o con le immagini stesse. Questa tesi non ha la pretesa di essere un mini manuale per Osteopati ma vuole essere uno spunto di riflessione per permettere agli operatori ancora scettici di avvicinarsi allo studio dell'Imaging diagnostico per comprenderne le potenzialità: non per servirsene a livello medico ma *osteopatico*.

Eseguire un trattamento osteopatico dopo aver visto una radiografia o comunque delle indagini diagnostiche del Paziente permette di agire in sicurezza, certi di non arrecare danno. Inoltre essere un Osteopata professionista, a mio avviso, vuol dire non solo essere competente nella propria materia ma essere in grado di lavorare in collaborazione con altre figure professionali, guadagnarne il rispetto e la considerazione alla luce delle proprie competenze. Ampliare gli orizzonti della propria professionalità deve essere un matra per l'Osteopata di oggi. E ciò vuol dire che deve conoscere l'Imaging , sapersene servire, ma soprattutto essere in grado di richiedere al Medico di base esami specifici qualora possano essere utili per il proprio lavoro (all'interno della Valutazione) nel rispetto delle proprie competenze o al contrario essere in grado di riconoscere ed agire nelle proprie aree di competenza qualora ciò di cui necessita il Paziente non sia una seduta di Osteopatia ma un consulto specialistico. Capire quando far intervenire un Medico Specialista rientra a mio avviso nell'Etica e nella Competenza professionale.

Nelle pagine a seguire , servendomi dell'aiuto di molte immagini diagnostiche desidero iniziare il lettore Osteopata al mondo della Radiologia ed alle molteplici tecniche annesse di cui dispone.

In questa tesi cercherò di far comprendere quali sono gli esami di Imaging che possono essere utili alla Valutazione Osteopatica e in che modo queste tecniche possono aiutare l'Osteopata. Attraverso dei casi clinici, evidenzierò gli aspetti principali di un esame diagnostico che possono interessare l'Osteopata; indicherò, dove utile, per ciascun esame, le modalità di esecuzione (nel rispetto di ciascuna figura professionale) per comprendere come estrapolare informazioni dagli esami. Fondamentale per me sarà cercare di far apprendere l'importanza del leggere le immagini e non i referti.

Le problematiche risolvibili con la Medicina Osteopatica sono diverse dai problemi che può risolvere la Medicina Convenzionale per cui guardare una radiografia non vuol dire refertarla come un Medico Radiologo ma *valutarla come un Osteopata* servendosi di una chiave di lettura differente.

Servirsi degli esami già eseguiti dal paziente ed integrarli nella Valutazione Osteopatica non significa sostituire il nostro strumento principale ovvero *le mani* con le immagini. Assolutamente no. La finalità di questa tesi è proprio quella di dimostrare che l'uso dell'Imaging deve essere percepito idealmente come un attrezzo in più nella nostra borsa da Osteopati.

## **Primo Capitolo**

### Un aiuto dalla Radiologia

L'Osteopata si serve principalmente della Raccolta Anamnestica e della Valutazione Osteopatica per stabilire la presenza (o l'assenza) di una disfunzione osteopatica e la sua rilevanza clinica prima di iniziare un trattamento di Medicina Manuale. Solitamente l'Osteopata attraverso un questionario verbale raccoglie informazioni sul Paziente relative a tutti gli aspetti che lo riguardano: il motivo del consulto in primis. Poi sicuramente chiederà informazioni circa l'età, professione, pratica sportiva, allergie, terapie in atto degne di nota, incidenti o interventi chirurgici, domande relative allo stile di vita ed alle abitudini. L'Osteopata osserverà comportamento, postura, tono di voce, comportamento non verbale etc..

“Il trattamento comincia già dalla soglia dello studio”

Insomma l'Anamnesi riveste un ruolo importante nella Valutazione Osteopatica, fondamentale per la buona riuscita dell'atto terapeutico. Ebbene..in Medicina durante una raccolta anamnestica il Medico per definizione sa perfettamente che “il paziente mente”. Quando ad un paziente si chiede il numero di bicchieri di vino consumati quotidianamente egli tenderà a diminuire il numero di qualche unità, così come nell'indicare il numero di sigarette fumate. Psicologicamente, pur sapendo che qualsiasi informazione può essere utile al Medico, il Paziente tenderà a non dire tutta la verità, temendo un giudizio negativo. In più tenderà a raccontare gli aspetti della sua vita o gli eventi passati che ritiene maggiormente rilevanti, attuando una sorta di autocensura. In altre parole il paziente utilizzerà un filtro, senza volerlo consciamente, nel raccontare la sua storia. Si tratta di un normale processo psicologico di difesa e protezione che tutti noi attuiamo. Solo che nella Valutazione Osteopatica (o comunque nella raccolta anamnestica) tutto è importante anzi. Spesso ciò che

per il paziente non è rilevante per il terapeuta lo è.

Accade quindi che il paziente "dimentichi" di dirci che ha subito un brutto incidente alla caviglia che ha richiesto un intervento chirurgico di osteosintesi con placca e viti semplicemente perchè viene alla nostra attenzione per un brutto torcicollo.

Qualcuno potrà dire che nella valutazione del paziente ci si accorgerebbe in ogni caso della cicatrice a livello della caviglia. Ebbene molto spesso, vuoi perchè l'ortopedico è stato bravo, vuoi perchè il paziente è anziano e la cicatrice non è più visibile come un tempo, può non essere così.

Oppure in seguito alla nostra Valutazione Osteopatica un Paziente non risponda al trattamento come sperato per cui continua nonostante il nostro impegno ad avere reflusso gastroesofageo piuttosto che disfagia. Sarà automatico per un bravo Osteopata consigliare al suo Paziente un esame diagnostico più approfondito e specifico richiedendo al Medico di base un RX Prime vie alla luce della propria Valutazione Osteopatica. Il Medico non potrà rifiutare, sicuramente riconoscerà l'umiltà della richiesta e la competenza nell'esprimerla e il Paziente ve ne sarà riconoscente.

*Infatti spesso le procedure diagnostiche coadiuvanti si rilevano utili per determinare la presenza o l'assenza di una patologia organica a carico del sistema muscoloscheletrico, oltre alla disfunzione. E' d'aiuto sapere se la sintomatologia è da attribuire ad una patologia organica , a una disfunzione o ad una combinazione di entrambe. Nella maggior parte dei casi, si tratta di una combinazione di entrambe, e il terapeuta deve considerare tutte la componenti del disturbo presentato dal paziente. (Philip E.Greenman, Lisa Destefano. Principi di Medicina Manuale, Ed. Futura. III Edizione 2012, cap.21 pag.619)*

## Quando valutare le immagini

Una delle domande che ci si può porre, a ragione, è la seguente . Nella Valutazione Osteopatica, quando valutare le immagini? Prima dell'anamnesi? Prima di trattare il paziente? Oppure integrare la visualizzazione dell'Imaging all'interno della Valutazione Osteopatica? Al primo incontro con il Paziente è fondamentale instaurare un rapporto di fiducia , far sì che il paziente si fidi di noi, riconosca la nostra competenza e perciò racconti tutto ciò che vogliamo sapere. Padroneggiare l'Imaging vuol dire anche consultarlo al momento giusto. Nascondersi subito dietro una radiografia piuttosto che una risonanza magnetica può denotare insicurezza o al peggio saccenza. Inoltre guardare le immagini prima di aver effettuato l'anamnesi può essere fuorviante nell'elaborazione del trattamento. Le immagini andrebbero a costituire una sorta di anticipazione di ciò che il paziente poi verrà a dirci. Come sappiamo non è solo la localizzazione del problema importante per una corretta valutazione ma anche la descrizione di esso, la percezione del dolore, l'irradiazione ed il disagio ad esso correlato. Sapere in anticipo dove il paziente ha o ha avuto male crea nella mente del terapeuta una schema mentale, un preconcetto. L'Osteopata rischia così di concentrarsi troppo solo su un aspetto del problema, perdendo la visione d'insieme.

Lo svolgimento della valutazione osteopatica non deve subire mutamenti da parte di "elementi esterni" come le indagini strumentali o le analisi del sangue. Queste vanno inserite in un secondo momento. L'ideale sarebbe seguire il principio "Global-Local-Focal" , individuare il fulcro del problema e solo successivamente introdurre gli elementi esterni. Il modello "Global-Local-Focal" risulta essere un metodo efficace per individuare la causa del problema in maniera analitica.

*Ognuno ha un modello di comportamento primario che indurrà uno stress ed una tensione irregolare nel corpo: questo probabilmente*

*causerà l'impostazione di un "modello globale" errato per esempio il paziente che assume una posizione errata durante l'attività lavorativa quotidiana → Valutazione del Global. Se questo "modello globale" non viene individuato e trattato nessun altro problema può essere affrontato. Se la causa di questo "modello globale" è un problema è abituale, è importante considerare che cosa, se non altro, può essere fatto per modificare il comportamento errato. Solo in seguito alla correzione di tale problema è possibile fare in modo che i tessuti colpiti, nervi, vascolarizzazione e sistemi possano di conseguenza iniziare ad autoregolarsi verso un comportamento non deleterio. Quando il "modello globale" viene neutralizzato si può valutare il/i modello/i locale/i e focale/i poichè spesso essi iniziano a svelarsi solo quando lo stress e le tensioni non sono più presenti. (<https://classicalosteopathyontario.wordpress.com/2014/03/31/why-global-local-focal-matters>)*

Estendendo ed applicando questo concetto al momento della raccolta anamnestica possiamo quindi affermare che bisognerebbe concentrare la propria attenzione sul problema del paziente in maniera progressiva dalla condizione generale del Paziente (Global) ponendo domande riguardo per esempio la sua condizione digestiva, il sonno, la regolarità intestinale, la posizione assunta a lavoro per poi concentrarsi sulla ragione della visita, il motivo per cui è venuto a richiedere il nostro aiuto (Local). A questo punto sono doverose domande relative alla causa del malessere o del problema, sul dolore ad esso correlato, alla sua insorgenza, se viene esacerbato da particolari condizioni o se viceversa aumenta in alcuni casi, se è insorto dopo un trauma o ad un intervento chirurgico e se si irradia ad altre strutture del corpo. Tutto ciò per arrivare al fulcro del problema (Focal) in seguito all'esecuzione dei test necessari e specifici ed aver quindi individuato la vera causa del problema.

Sappiamo benissimo che non sempre questo modello fornisce subito la risposta al quesito. Alle volte sono necessarie diverse sedute per individuare il Focal. In ogni caso avere un modello guida può essere

utile per raggiungere il vero obiettivo dell'Osteopata: far stare bene il Paziente.

Valutare le radiografie prima di trattare potrebbe essere la soluzione migliore. In effetti in seguito all'anamnesi è doveroso dare uno sguardo agli esami strumentali. Nella realtà è necessario guardare le immagini prima di impostare il trattamento, prendendosi tutto il tempo necessario alla valutazione delle stesse. L' Imaging richiede tempo ed attenzione . Non basta uno sguardo veloce. Né tantomeno basta leggere il referto. Treat the patient, not the x-ray (cit.Raskin). Sappiamo bene che la Medicina tradizionale concentra la propria attenzione su altri aspetti del corpo umano e della patologia. Il terapeuta ha il dovere di valutare l'Imaging dal punto di vista osteopatico non medico.

Risulta pertanto utile integrare la visualizzazione dell'Imaging alla raccolta anamnestica. Evitando di rendere le immagini il punto focale della valutazione ma anche di non relegarle ad un ruolo marginale poiché alle volte possono prevenire situazioni davvero spiacevoli. Le immagini vanno guardate attentamente ma bisogna rimandarne lo studio in un secondo momento , chiedendo al paziente la possibilità di tenerle. Ciò verrà percepito come grande segno di attenzione e professionalità. Il trattamento in prima seduta prevederà quindi tecniche di preparazione, tecniche ad energia muscolare, tecniche miofasciali, linfo drenaggio, tape elastico e via scorrendo senza ricorrere a manovre HVLA che potrebbero danneggiare il paziente. Solo in seconda battuta o comunque solo dopo la visualizzazione delle immagini integrare se necessario tecniche più incisive come i Thrust.

## Concetti basilari

Generalmente tutte le radiografie vengono eseguite in due proiezioni (così da avere due rappresentazioni da angolature differenti dello stesso distretto corporeo in esame).

*Le proiezioni assumono una sorta di "etichettatura" in funzione della direzione in cui il fascio di raggi x attraversa l'oggetto da esaminare (il corpo del paziente) in funzione dei piani della spazio noti. Avremo dunque:*

Una PA posteroanteriore quando il fascio attraversa il corpo del paziente posteriormente per "fuoriuscire" anteriormente. Un es. la proiezione PA dell'RX Torace.

In una AP anteroposteriore viceversa il fascio attraverserà il corpo del paziente frontalmente, un esempio: rx della Colonna Cervicale, Dorsale o Lombare.

Le LL sono le laterolaterali: il fascio attraversa il corpo del paziente lateralmente ed è la seconda proiezione che viene eseguita nello studio di qualsiasi distretto.

Nella visualizzazione di una radiografia la destra del paziente è a sinistra di chi osserva la Radiografia.

## Regole di Raskin

Come guardare una pellicola:

*Abbassare le luci.*

*Non avvicinarsi troppo.*

*Controllare nome, sesso, età, e la data.*

*Guardate l'intero distretto esaminato.*

*Prendere in considerazione tutte le proiezioni.*

*L'Anatomia e la Fisica possono spiegare tutto (ma non è competenza dell'Osteopata ndr).*

*Trattare il paziente, non l' Rx.*

*([http://webanatomy.com/RA/raskin\\_rules.asp](http://webanatomy.com/RA/raskin_rules.asp))*

Nel caso in cui si abbia a disposizione un cd i primi due punti sono da considerare alla stesso modo, considerando però di essere di fronte ad un elemento digitale sul quale è possibile effettuare misurazioni, visualizzare il distretto in negativo, ingrandire o rimpicciolire regioni di particolare interesse, conferire alle immagini contrasto e luminosità desiderati in funzione di ciò che si sta visualizzando, la possibilità di vedere non solo il tessuto osseo ma anche il tessuto muscolare, il grasso e la cute del paziente sempre attraverso le funzioni messe a disposizione dal programma sul cd.

## **Secondo Capitolo**

### Tecniche di Imaging in Radiologia tradizionale

La Radiologia tradizionale è la metodica di Imaging che più delle altre può essere d'aiuto al lavoro dell'Osteopata. Le radiografie forniscono informazioni utili ed accessorie preziose per la Valutazione Osteopatica. Prima di tutto è da considerarsi un tipo di indagine cui quasi tutti i Pazienti vengono sottoposti quando evidenziano un problema. Secondariamente sono di facile consultazione e possono essere considerate una miniera di notizie.

Questo paragrafo sarà suddiviso in sezioni, ognuna dedicata allo studio radiografico di un diverso distretto corporeo. Ogni sezione sarà correlata da una radiografia in due o più proiezioni .

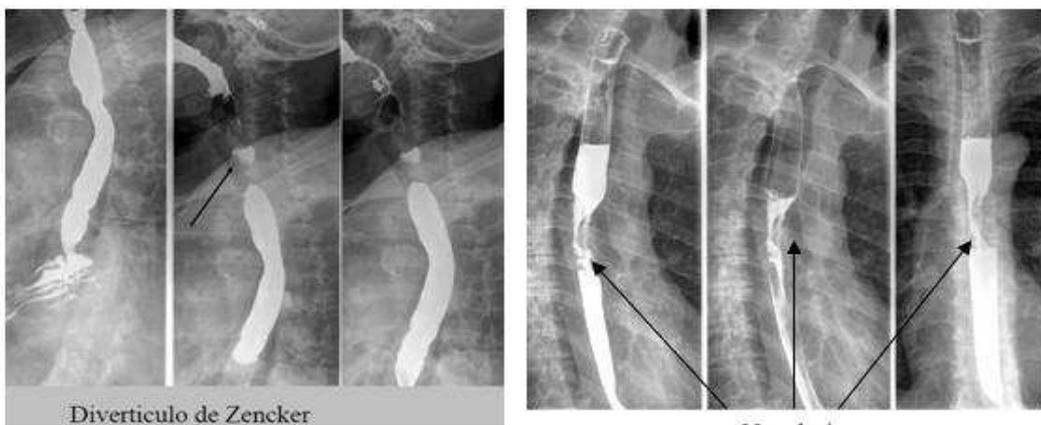
Tralascierò volontariamente la descrizione dell'anatomia topografica delle stesse poiché si assume che il lettore ne sia già a conoscenza.

Ogni rx rappresenta un caso clinico a sé. Gli elementi descritti tuttavia potrebbero essere di facile riscontro anche in altri pazienti. Ogni radiografia conterrà la descrizione del caso, le informazioni che possiamo estrapolare a livello osteopatico, gli eventuali campanelli d'allarme che possono evidenziarsi, le cose che un Osteopata può fare o che non deve assolutamente fare.

#### Rx Prime vie- Studio della deglutizione

Spesso molti Pazienti giungono in ospedale con una richiesta di studio radiografico delle prime vie e della deglutizione. Sono pazienti che non riescono a deglutire, oppure dopo aver mandato giù il bolo alimentare hanno la necessità di rigettarlo. L'esame radiografico viene richiesto essenzialmente per escludere una patologia organica che possa fisicamente ostruire il passaggio del bolo alimentare o comunque renderlo difficoltoso. Esso è in grado di rilevare neoformazioni o diverticoli a livello dell'esofago o alterazioni a livello

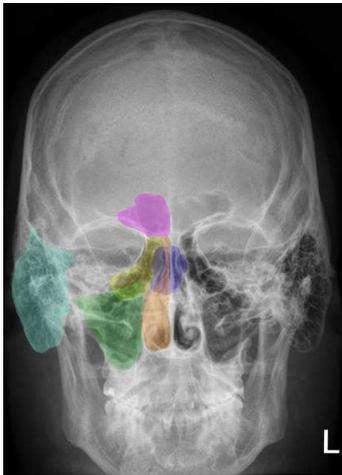
della mucosa gastrica. Quando un Paziente risulta negativo all'esame radiografico come farà a risolvere il suo problema? Esclusa una patologia organica il problema e il disagio restano. Ecco che l'Osteopata, qualora il Paziente venga in studio per disfagia o patologie correlate alla deglutizione, prima di effettuare manovre sull'esofago o sullo stomaco, chiederà l'esecuzione di una rx Prime vie, studio della deglutizione. In questo specifico caso se il Paziente ha già eseguito questo esame, l'Osteopata potrà proseguire tranquillamente nella sua valutazione e nel suo trattamento, certo di non essere di fronte ad una patologia grave. Qualora invece il Paziente non l'abbia ancora effettuata l'Osteopata potrà certamente iniziare la sua valutazione e qualora non riscontri anomalie procedere al trattamento. Se invece durante la valutazione evidenzi qualcosa che non rientra nella normalità potrà suggerire al paziente di effettuare questo esame specifico. Non è utopia, in ospedale sempre più spesso giungono pazienti ad effettuare esami di questo tipo in seguito ad una Valutazione Osteopatica. In collaborazione con il Medico di base spesso l'Osteopata anticipa di molto la diagnosi di patologie che altrimenti resterebbero silenti per anni.



La neoplasia de esófago hace que disminuya la luz del esófago.

## Rx Cranio

Esame eseguito solitamente in 3 proiezioni:



AP



PA per seni paranasali



LL

Queste Rx mostrano essenzialmente solo la morfologia del cranio del Paziente. La Proiezione AP (o PA) mostra la conformazione delle ossa craniche, i turbinati, la forma della mandibola. La proiezione successiva è specifica per lo studio dei seni paranasali nel caso in cui il paziente soffra di sinusite. Qualora abbia eseguito queste rx vuol dire che è un paziente che soffre di congestioni nasali e sinusiti ricorrenti. Nella proiezione in laterale è possibile osservare il tipo di occlusione del Paziente (in questa immagine una occlusione inversa), se c'è sofferenza a livello dell'articolazione temporomandibolare, la forma del cranio lateralmente, la conformazione della sella turcica.

Fortemente consigliato il trattamento cranio sacrale, con *applicazioni terapeutiche manuali che, mobilizzando masse liquide, favoriscono l'apporto metabolico ed anche la mobilizzazione / rimozione di questi agenti (infettivi ndr) dalla sede in cui si sono installati. (...)*

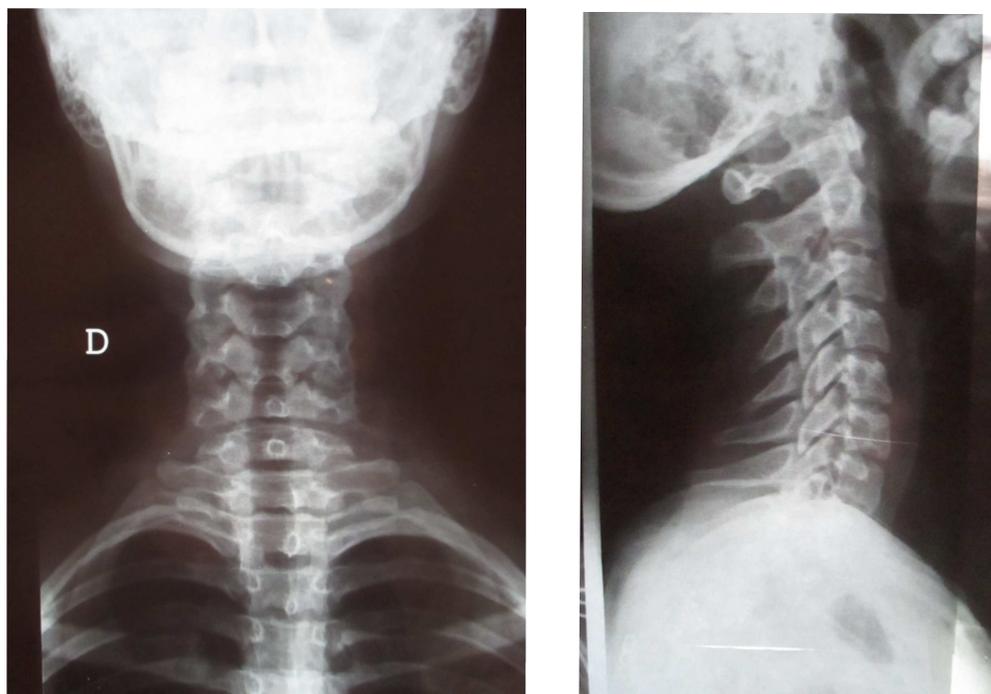
*Il portatore di sinusite, per via delle difficoltà respiratorie, non potrà garantire ai suoi tessuti un ricambio gassoso ottimale.*

*(E. Mossi, F. Marelli. Elementi di Osteopatia organica, viscerale e tecniche di trattamento. Ed. Marrapese-Roma-2002. Cap.4 pag.94)*

Risulta pertanto doveroso applicare tecniche di Pompage linfatico e

manovre di riequilibrio sul diaframma toracico e diaframma propriamente detto.

### Rx Cervicale



AP

LL

Proiezione AP e LL di una Donna di 50 anni. Presenta dolore cervicale di ndd (non definita diagnosi). Nell'immagine è possibile vedere come siano presenti piccoli becchi artrosici a livello dei corpi vertebrali, una leggera rettilineizzazione della fisiologica curva e una riduzione degli spazi vertebrali.

Dopo aver eseguito tutti i test del caso, l'Osteopata dovrebbe preparare i tessuti della paziente con tecniche miofasciali dolci, tecniche di rilassamento. Non vi sono controindicazioni all'esecuzione di tecniche HVLA.

### Studio dinamico

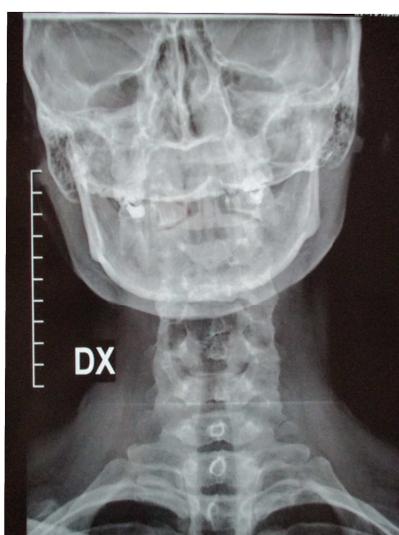
Lo studio dinamico di un determinato segmento del rachide consiste nella esecuzione di due radiogrammi in proiezione laterale dopo aver chiesto al Paziente di assumere l'atteggiamento in massima flessione e in massima estensione. Lo studio della colonna vertebrale, nei segmenti cervicale e lombare, mediante proiezioni funzionali o

dinamiche, consente la valutazione di disallineamenti metamERICI (antero e retrolistesi) eventualmente già identificate nei radiogrammi standard.



Tali proiezioni consentono inoltre di valutare la stabilità delle listesi, potendo esse regredire o accentuarsi nei movimenti di flessione o di estensione.

Nei casi in cui, come nella rx in massima flessione, i corpi vertebrali alterino la loro posizione sarebbe da evitare il thrust. L'instabilità del tratto cervicale non necessita di trattamenti drastici, piuttosto di tecniche ad energia muscolare. Mai come in questo caso è da ricercare la via della guarigione "naturale" specialmente se il problema non è particolarmente grave.



Questa donna di 45 anni lamenta dolori a livello cervicale con irradiazione al braccio sinistro ed alla spalla sinistra.

Fatta la raccolta anamnestica non si riscontrano problemi gravi, è una donna giovane. I test sulle arterie vertebrali negative. Nega parestesie e formicolii alle braccia, solo dolore. Sulla fiducia andremmo a trattare la Paziente tranquillamente. In realtà guardando la radiografia della signora in LL si evidenzia non solo una forte rettilineizzazione delle curva fisiologica cervicale ma anche e soprattutto una fusione dei corpi vertebrali di c4 e c5 e potenzialmente anche tra C1 e C2. Trattare questa paziente con tecniche HVLA potrebbe essere fatale.

Da osservare come nella rx AP le masse laterali di tutte le vertebre risultano "schiacciate" e gli spazi tra di esse ridotti.



AP



LL

Paziente di 70 anni. Lo stato delle ossa di questo paziente (volendo da confrontare con le immagini della paziente precedente) mostra un forte stato artrosico. Le vertebre hanno perso massa ossea, sono porose e i raggi le attraversano più facilmente impressionando maggiormente la pellicola (preponderanza del nero). L'artrosi sta danneggiando le masse vertebrali laterali (vedi AP). Si evidenzia una

forte inversione della naturale curva fisiologica cervicale, verosimilmente da atteggiamento errato. Tale inversione a livello osteopatico provocherà lo sviluppo di dolore a valle dell'inversione quindi nella parte bassa della cervicale e a livello delle spalle. Tecniche di allungamento e distensione della colonna cervicale potrebbero essere d'aiuto per lo meno nel trattamento della sintomatologia dolorosa. Così come una mobilizzazione dolce delle articolazioni gleno omerali. Un paziente 70enne artrosico trarrà giovamento da tale trattamento poiché indurrà le articolazioni a produrre maggior liquido sinoviale, rafforzando al contempo la muscolatura annessa.

#### Rx Dorsale



AP



LL

Dei tre maggiori distretti, la colonna dorsale è quella che viene studiata di meno. Vengono eseguite maggiormente rx cervicali o lombari. Solitamente il Paziente-tipo è anziano, con forte accentuazione della cifosi dorsale, conseguente a crollo dei corpi

vertebrali e comparsa del dolore. Spesso l'esame di questo distretto è accompagnato dall'ulteriore studio del distretto sopra o sottostante. Oppure se l'origine del dolore è traumatica, si eseguirà in associazione allo studio dell'emicostato (o torace per coste) e spalle. Dalla rappresentazione della colonna dorsale è possibile reperire diverse informazioni, oltre la morfologia della colonna stessa. È possibile infatti osservare parte della colonna cervicale del Paziente, lo stretto toracico, parte delle coste ed il loro numero, la dimensione del cuore, il passaggio dorso lombare, la forma degli emidiaframmi, parte della colonna lombare, la condizione di parte dell'intestino e una porzione del fegato. E questo solamente guardando la sola proiezione AP. Nella LL è possibile osservare la forma della curva dorsale, la forma delle coste posteriormente, la morfologia dei somi vertebrali, la dimensione degli spazi intervertebrali, la dimensione del cuore posteriormente, la presenza o meno di calcificazioni a livello dell'arco aortico e dell'aorta toracica oltre che gli organi viscerali sopra citati in laterale.

#### Rx Lombare e studio dinamico



AP



LL DX



LL SN

Le radiografie della colonna lombare vengono acquisite in due

proiezioni, frequentemente viene eseguita contestualmente alle prime due anche una controlaterale . I radiogrammi sono stati eseguiti verosimilmente in posizione supina, per cui i somi vertebrali non risentono del peso del corpo. Dal radiogramma a sinistra è possibile osservare che la morfologia delle vertebre lombari, la loro lieve rotazione e l'andamento della colonna tutto sommato privo di convessità. È possibile osservare la porzione superiore delle vertebre dorsali, il passaggio dorso lombare, le ultime coste , il sacro, le articolazioni sacroiliache ma soprattutto parte degli organi interni. L'ombra del fegato, parte dello stomaco, materiale fecale nell'intestino, la quasi totale assenza di aria. I muscoli Psoas (in questo caso il sn più corposo del destro). Questo paziente a parte la valutazione ed i test per la colonna lombare , necessiterà di una valutazione dell'intestino e di una apertura degli sfinteri. Nelle LL si osservano corpi vertebrali ben allineati e spazi vertebrali conservati per cui la sintomatologia dolorosa è ricollegabile a qualche vertebra ruotata, visibile anche nell'AP. La lordosi è quasi totalmente assente ma questo dato è falsato dalla posizione assunta sul lettino radiologico. Non è presente alcuna listesi tra L5 ed S1. Su questo paziente è sicuro effettuare manovre HVLA.

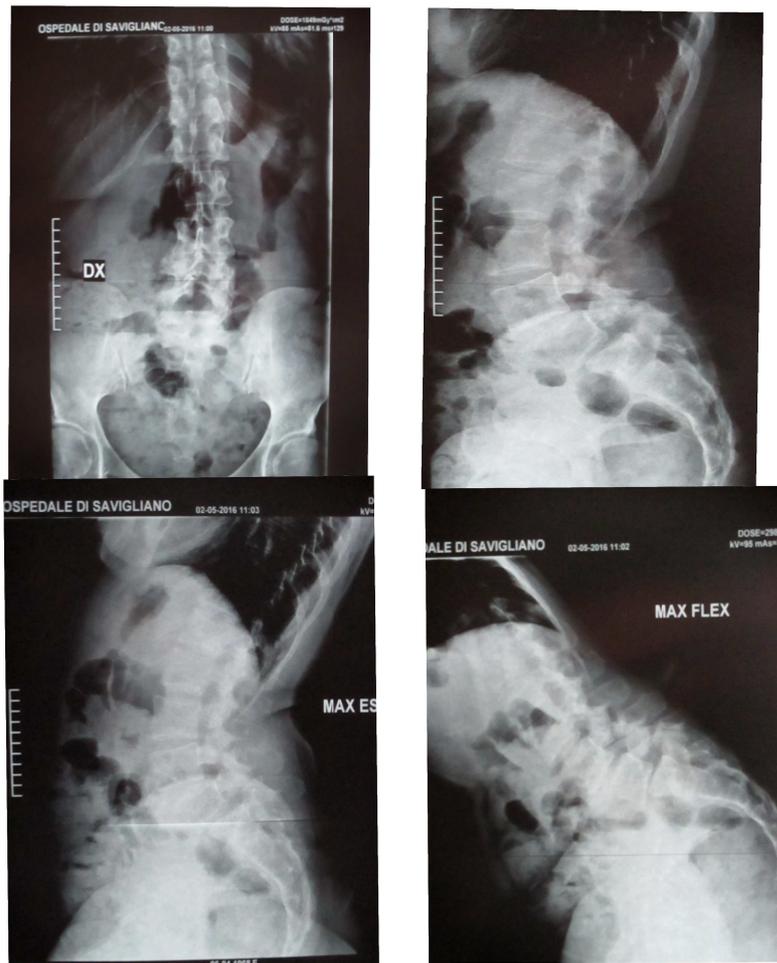


Come nel caso precedente anche in questo è possibile osservare gli stessi distretti anatomici con la differenza che questo paziente presenta in AP una rotazione più evidente delle vertebre lombari . Nella LL è evidente una forte rettilineizzazione della fisiologia curva e una riduzione degli spazi intersomatici specialmente tra L5-L6 e tra L6-S1... No non è un errore di battitura. Questo paziente presenta una variante anatomica: presenta 6 vertebre lombari invece che 5. Avere la possibilità di vedere la morfologia del paziente può essere utile soprattutto se si decida di trattare una vertebra nello specifico evitando..di "contare" male.



Su questo paziente sono state eseguite le due proiezioni standard AP e LL. In più è stato eseguito lo studio dinamico in massima estensione e massima flessione. Tale studio permette la valutazione di disallineamenti metamERICI (antero e retrolistesi) eventualmente già identificate nei radiogrammi standard. Difatti ad una minima rotazione dei corpi vertebrali in AP e ad una leggera curva destroconvessa si associa una listesi della L3 ed una riduzione degli spazi intersomatici. Tale listesi si accentua notevolmente nella massima flessione. Qui si osserva anche una rigidità generale della colonna lombare, probabilmente causata dall'insorgenza del dolore. In più lo spazio intersomatico L2-L3 si riduce fortemente anteriormente. La massima estensione non è completa, anzi, è quasi del tutto simile alla stazione eretta. Ciò a conferma della rigidità generale del

Paziente. Non sapendo se a tale listesi si associa anche un'eventuale ernia è consigliabile non effettuare manovre HVLA ma adottare come strategia terapeutica un rinforzo generale della muscolatura annessa, superficiale e profonda, lavorando sulle tensioni muscolari createsi con l'inevitabile atteggiamento antalgico assunto dal Paziente. Si potrebbe consigliare l'esecuzione di una risonanza magnetica lombare per escludere la presenza appunto di ernie o protrusioni.



Anche questa Paziente ha eseguito una studio dinamico in associazione a quello tradizionale. Qui risulta subito evidente un forte scivolamento di L5 su S1 che si mantiene inalterato in massima estensione ma che si accentua notevolmente in massima flessione. In AP si evidenzia una curva sinistro convessa cui non si associano rotazioni vertebrali. Ciò che salta subito all'occhio è la quantità notevole di aria e materiale fecale all'interno dell'intestino. Sicuramente la listesi non potrà essere corretta così facilmente ma

l'Osteopata potrà agire a livello degli sfinteri, liberandoli. Sono evidenti inoltre piccoli livelli idroaerei (bolle di aria a forma di D rovesciata ) segno non tanto di una vera e propria occlusione intestinale ma piuttosto di una evidente stasi associata ad ipocinesia. Anche il fegato appare ingrossato. Per cui per questa paziente sarà opportuno lavorare a livello viscerale.

Rx rachide in toto per scoliosi



LL

AP (questa rx è capovolta)

La radiografia della colonna in toto sotto carico viene eseguita in due proiezioni: una antero-posteriore ed una laterale. È un esame non invasivo spesso viene richiesto dal pediatra, dall'ortopedico e dal fisiatra per monitorare la crescita strutturale dei giovani, in particolare in età adolescenziale o persone della terza età affette da artrosi, con protesti all'anca oppure al ginocchio, sempre per valutare la presenza di dismetrie o errori posturali.

L'esame radiografico della colonna vertebrale consente di ottenere immagini del tratto cervicale, dorsale e lombo-sacrale compreso il bacino. Si ha un'unica immagine che dal rachide cervicale arriva al bacino, fino a studiare la colonna vertebrale al livello posturale.

Una radiografia della colonna vertebrale in toto sotto carico è

necessaria per identificare alterazioni congenite (scoliosi), acquisite, processi degenerativi o post-traumatici, cifosi, lordosi, deviazione laterale del bacino, dismetrie, atteggiamenti scoliotici.

Il concetto del sotto carico: in molti, erroneamente, credono che sotto carico voglia dire sotto sforzi particolari, oppure adoperando pesi. Nulla di più sbagliato. Sotto carico significa semplicemente eseguire l'esame in piedi, facendo subire alla articolazioni il peso del proprio corpo, per avere una visione totale della colonna vertebrale in stazione eretta.

A livello osteopatico può servire per osservare e valutare l'aspetto e la condizione degli organi interni che non sono propriamente in esame ma che tuttavia sono rappresentati. Infatti guardando l'immagine sovrastante la cosa che salta subito agli occhi è che il cuore del paziente è a destra dell'immagine.. niente paura.. è solo capovolta la radiografia.

Importante da sapere. L'oggetto radiopaco che si vede a livello del bacino è una piccola lastrina in piombo usata per proteggere le gonadi dei ragazzi che fanno questo esame, soprattutto perchè qualora soffrano di scoliosi verranno frequentemente a fare controlli radiografici. Solo la prima rx colonna in toto sotto carico viene fatta senza la protezione (per non coprire eventuali dismetrie o patologie). Tutte le altre verranno fatte con la protezione.

Nello specifico su questo bambino sarà possibile iniziare un lavoro posturale e rieducativo, magari andando a valutare eventuali dismetrie anche a carico degli arti inferiori oppure alterazioni della volta plantare. Da notare come il bacino sia simmetrico (aiutandoci con la griglia radiopaca impressa sulla radiografia). La curva scoliotica sul piano frontale seppur lieve ha origine dalla colonna lombare. Le spalle pure sono simmetriche. Per cui da Osteopata andrei a valutare innanzitutto che tipo di postura adotta nella attività quotidiane o a scuola. E in seconda battuta andrei a valutare coste, gabbia toracica e colonna cervicale. Farei per scrupolo fare una visita oculistica previa analisi del cranio e valutazione della volta palatina. Ciò che salta

subito agli occhi è l'accentuazione notevole delle curve cifotiche e lordotiche sul piano sagittale, visibili sulla rx in LL. Per queste curve andrei a lavorare sulle tensioni muscolari, fasciali ma soprattutto sul rinforzo della muscolatura anteriore e (in seguito) posteriore del Paziente. Prima di impostare tale trattamento risolverei la grossa stasi intestinale di questo bambino(vista la grossa quantità di aria e feci nell'intestino) , consigliando ai genitori di adottare una dieta ricca di fibre.

#### Rx rachide in toto per algie

Qualora il quesito sia il dolore il rachide andrà studiato nella sua interezza ma eseguendo radiografie mirate e separate: rx colonna cervicale, dorsale e lombre. Questo perchè ciò che serve sapere e studiare non è la morfologia della colonna del paziente nella sua interezza bensì se vi sono patologie a carico di uno o più distretti.

#### Rx rachide in toto per controllo ortopedico

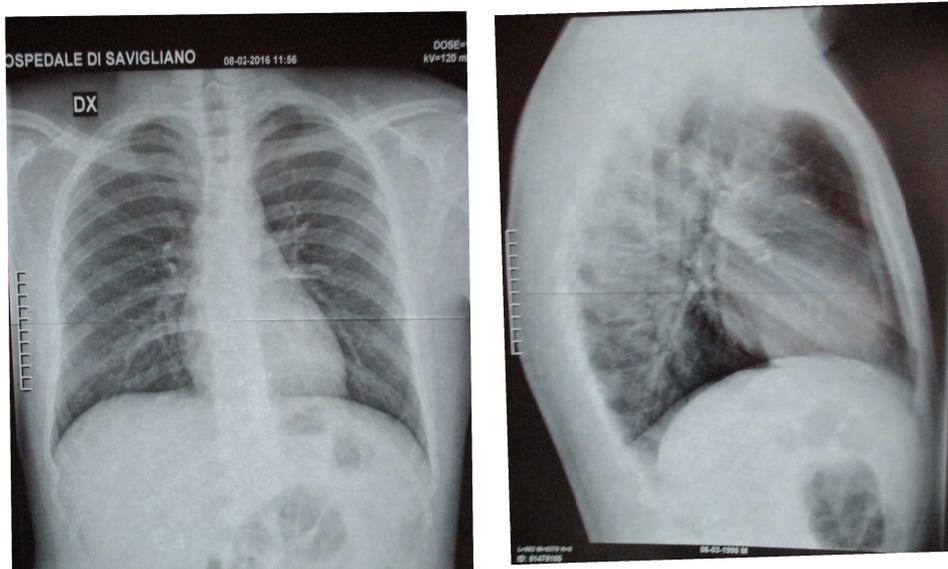


Gli Ortopedici richiedono controlli periodici dei pazienti che operano alla colonna vertebrale. Essi vanno a stabilizzare attraverso tali operazioni l'intera colonna vertebrale o solo alcuni tratti. É ovvio che per questi pazienti non è prevista alcuna manovra HVLA. Tuttavia, come nel caso della signora rappresentata in questa radiografia, la

cicatrice in questi pazienti è la chiave di tutto. Questa paziente ha una cicatrice che corre lungo tutta la colonna vertebrale: in casi come questo la fascia a subito un trauma notevole, bisognerà lavorare molto e a lungo su di essa. Bisognerà lavorare per curare e prevenire la formazione di cheloidi senza dimenticare la stasi linfatica. Sono pazienti che non hanno più grossa mobilità, per cui in nostro compito sarà quello di aiutare la cinesi dei fluidi. Si potrà lavorare bene e con grossi risultati a livello craniale ma associare il lavoro con il sacrale non darà i frutti sperati: la mobilità e la motilità del fluido è condizionata dalla stabilizzazione chirurgica.

### Rx Torace

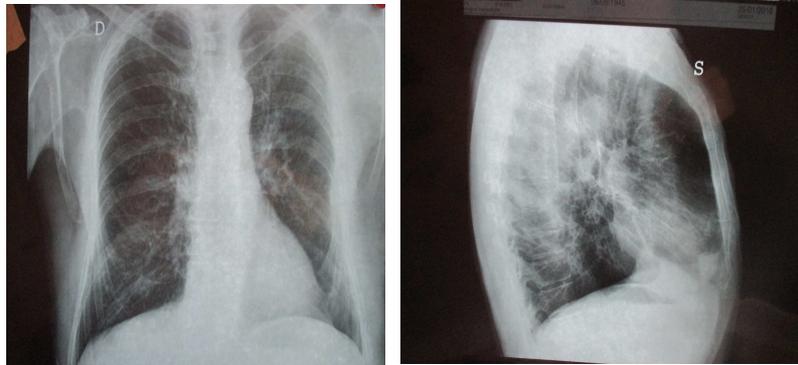
L' RX del Torace è l'esame più eseguito nei centri di Radiologia di tutto il mondo ed è d'altro canto quello di più difficile interpretazione. Fortunatamente le informazioni che un Osteopata può trarre non sono impossibili da individuare.



Ciò che abbiamo appreso fino ad ora è che non importa quale distretto sia rappresentato, l'importante è valutare le immagini nella loro interezza. Il torace del Paziente qui sopra rappresentato è un torace di una persona in buona salute. A livello osteopatico cosa ci mostra una rx del Torace?

*Gabbia toracica e colonna vertebrale vanno radiologicamente*

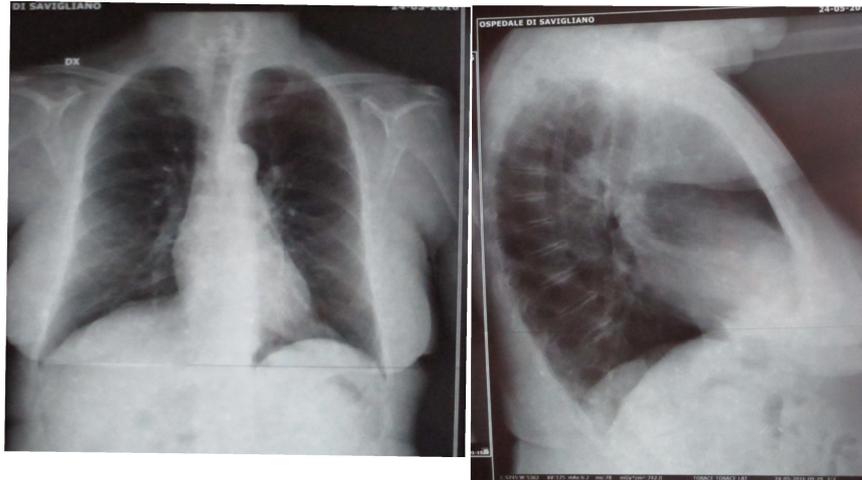
*osservate per cogliere non tanto soluzioni della continuità ossea(fratture) quanto deformazioni che potrebbero implicare l'aspetto funzionale della struttura.(...)*



*-Forma del torace tipica di un soggetto che soffre di allergie. La parte superiore del suo torace è bloccata per cui per espandersi i polmoni si fanno spazio inferiormente andando a modificare nel tempo perfino la forma delle coste. Nella LL i polmoni sono stati costretti a cercare spazio verso l'alto andando a sollevare lo sterno, creando una sorta di torace rettangolare-*

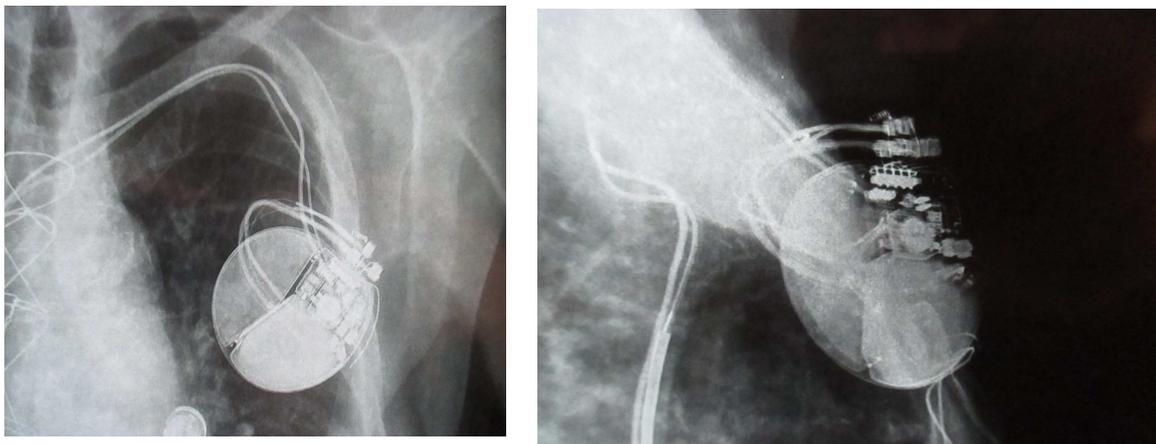
*Un accentuato grado di inclinazione ed incurvamento costale con riduzione dello spazio intercostale indica diminuito volume e possibilità espansiva del parenchima polmonare di quel lato , o bilateralmente, esito di una pregressa o recente affezione retraente. Qualora invece il torace fosse iperespanso , come nei casi di enfisema, asma e versamenti pleurici di vaste proporzioni , le coste evidenzerebbero un decorso più orizzontalizzato. (Philip E.Greenman, Lisa Destefano. Principi di Medicina Manuale, Ed. Futura. III Edizione 2012, cap.18 pag.549)*

Ciò che può essere inoltre osservato in una rx del torace è sicuramente l'ombra cardiaca (valutazione delle dimensioni del cuore o delle anomalie del suo contorno) e la forma e le altezze degli emidiaframmi. Come nelle rx qui sotto:



- In una paziente con tale dismetria a livello degli emidiaframmi andrei non solo a valutare le coste e la gabbia toracica ma soprattutto la condizione dei suoi organi interni, del fegato in particolare che risulterà sicuramente ingrossato e dolente tanto da sollevare un emidiaframma-

#### Paziente portatore di Pace Maker



Il Pace maker è un dispositivo progettato per il trattamento del battito cardiaco lento. Quando si parla di pacemaker, si fa in realtà riferimento a un sistema composto da un pacemaker (generatore di impulsi) e di uno o più elettrocatereteri che trasporta gli impulsi al cuore. Il pacemaker è un piccolo involucro di metallo contenente un

circuito elettronico e una batteria. (E' quello visibile nell'immagini). Alloggia solitamente in una tasca sottocutanea a livello dell'emitorace sinistro, sotto la clavicola, vicino la spalla. E' palpabile.

Il suo compito è quello di monitorare costantemente il cuore e inviare un impulso elettrico per stimolare il muscolo cardiaco qualora il ritmo cardiaco risultasse rallentato, irregolare o troppo lento. L'elettrocatteter è un filo isolato che conduce l'impulso elettrico dal pacemaker al cuore per regolare la frequenza cardiaca.

E' fondamentale non trattare i pazienti con il pacemaker con tecniche HVLA, o applicare su di essi manovre brusche o compressive per evitare che il dispositivo o gli elettrocatteteri alterino la loro posizione. Tale condizione potrebbe causare perfino la morte del Paziente.

Rx diretto dell'addome



Livelli idroaerei in addome

Una valutazione su 300 soggetti normali ha dimostrato l'abituale presenza di almeno un livello idroaereo (lunette di aria a forma di D rovesciata).

In media si è documentata la presenza di 4 livelli per persona. Il rilievo di più di due livelli e di anse dilatate può essere indicativo della presenza di occlusione intestinale.

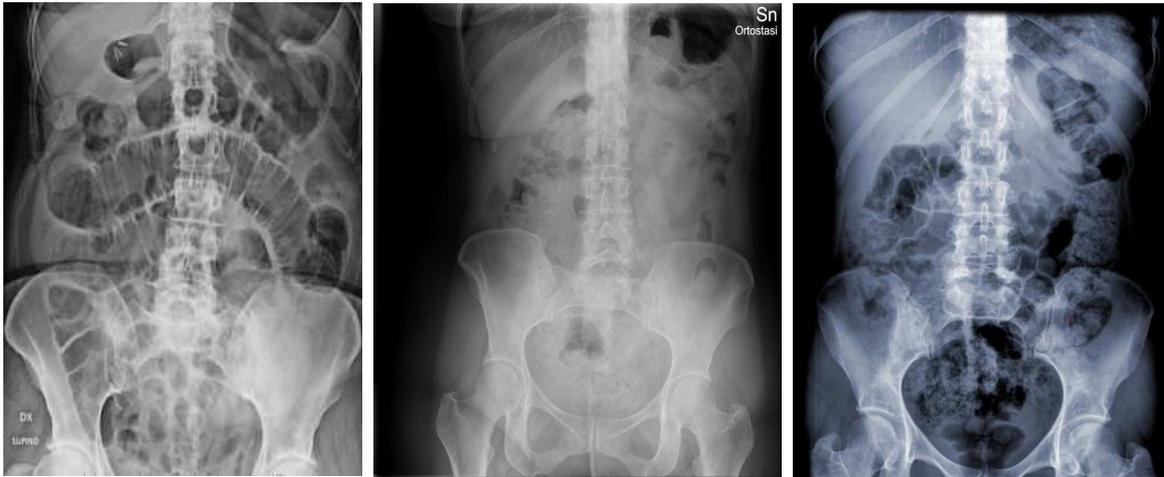


immagine 1

immagine 2

immagine 3

La radiografia dell'addome viene eseguita generalmente nel sospetto di una patologia occlusiva a livello dell'intestino, all'interno di un quadro di addome acuto (dolente). Da essa è possibile trarre notevoli informazioni circa la condizione degli organi addominali interni poiché ritrae il corpo del Paziente dal diaframma alla sinfisi pubica.

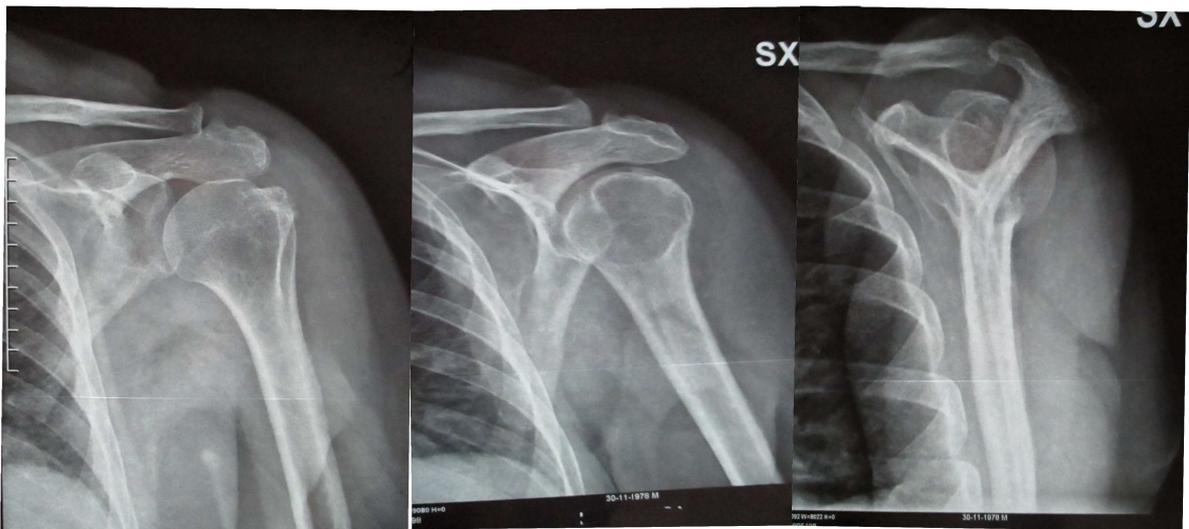
La radiografia dell'addome numero 1 evidenzia la fortissima presenza di aria all'interno dell'intestino del Paziente, prevalente rispetto alle feci. Un Paziente con tale quantità d'aria solitamente non viene lasciato andare a casa, ma viene sottoposto ad indagini più approfondite.

La radiografia dell'addome numero 2 evidenzia quasi totale assenza di aria, indice di ipomobilità intestinale. In alto a sn si osserva bolla gastrica, del tutto normale. Si osserva chiaramente il fegato (a sn nell'immagine) e l'ombra dell'intestino. I muscoli Psoas "trazionano" diversamente, il tutto accompagnato da una forte dismetria del bacino (questa volta reale poiché l'esame rx diretto dell'addome si esegue in ortostasi). A livello osteopatico la Paziente riferirà in anamnesi una condizione di stipsi, magari difficoltà digestive. All'esame palpatorio il fegato (come riscontrato dalle immagini) risulterà ingrossato, dolente. Il diaframma destro fortemente risalito e

disequilibrato rispetto al movimento del diaframma toracico e del diaframma pelvico. L'Osteopata potrà già prevedere da una sola immagine ben tre manovre terapeutiche: sui diaframmi, sul fegato e sull'apertura degli sfinteri. Avendo escluso la presenza di calcificazioni (litiassi biliare, renale, pancreatite o patologia vascolare). Solo nel caso dell'esame rx addome diretto è consigliabile leggere il referto.

La radiografia numero 3 evidenzia aria nell'intestino, presenta di feci a livello dell'intestino crasso, segno che la motilità permette l'avanzamento dei materiali di scarto. E' consigliata l'apertura degli sfinteri e la palpazione dell'addome per favorire l'evacuazione. Al Paziente verrà consigliato di consumare più fibre ed acqua per evitare la stasi .

### Rx Spalla



AP intrarotazione

AP extrarotazione

Y

La radiografia della spalla mostra prevalentemente i rapporti articolari che vi sono all'interno della stessa. Evidenzia calcificazioni ,lesioni da lussazione, artrosi, cisti, lesioni ossee. Una volta escluse patologie a carico dell'articolazione è possibile procedere tranquillamente a qualsiasi tipo di trattamento utile per il paziente.

## Rx clavicola



Ciò che una rx alla clavicola evidenzia sarà la presenza di calcificazioni, lesioni ossee, cisti o alterazioni della morfologia. O come in questo caso una placca in titanio per stabilizzare una frattura. Solitamente lo studio della clavicola si esegue in seguito ad un trauma. Fatta eccezione per le donne. Infatti sono spesso le donne a richiedere al medico di fare una rx alla clavicola, per dolore. Ciò che si evidenzierà nella maggior parte dei casi è una piccola alterazione nel rapporto dei capi articolari in corrispondenza della posizione abituale della borsetta. Il peso della borsetta e l'abitudine di portarla sempre dallo stesso lato crea una disfunzione. I tessuti si infiammano e diventano dolenti. La spalla e la cervicale ne risentono così come la postura viziata che si va ad assumere.

A questo punto l'Osteopata non può far altro che agire sugli scompensi e sull'infiammazione cercando ridurre le restrizioni di mobilità e restituire alla Paziente una postura corretta.

Nel caso presentato fondamentale è considerare il tipo di trauma avuto, in che modo ha inficiato o inficia il movimento, il rapporto con la prima costa e le strutture vicinarie.

## Rx polso e Rx mano



Le radiografie del polso e della mano permettono la visualizzazione delle articolazioni normali o patologiche, evidenziano cisti, calcificazioni, neoplasie, fratture, alterazioni morfologiche o artrosiche.



Questa ragazza è arrivata in studio senza indagini radiologiche. Lamentava dolore a livello del mignolo della mano sinistra. Al tatto una lieve tumefazione. La Radiografia ha evidenziato un'alterazione della struttura ossea come un rigonfiamento osseo cavo. Tale

patologia (verosimilmente cancerocena) non è di competenza dell'Osteopata.

Di seguito un caso grave di artrite reumatoide



La radiografia evidenzia uno stato avanzatissimo di artrite reumatoide con alterazione della morfologia di tutti i piccoli segmenti scheletrici delle mani e dei polsi.

#### Rx Bacino sotto carico

E' una radiografia del bacino eseguita in ortostatismo. Ad essa viene applicata una griglia grazie alla quale risulta più facile valutare dismetrie a carico delle ossa del bacino. Più frequentemente il bacino sotto carico per dismetrie viene studiato richiedendo una rx arti inferiori sotto carico, la cui descrizione è presente più avanti.

#### Rx Bacino , Rx Anca

Tale proiezione solitamente vengono eseguite in clinostasi ,con i piedi in intrarotazione cosi da rendere valutabili e visibili il grande trocantere del femore, permettendo inoltre una migliore visualizzazione anche del collo femorale.



La proiezione permette la valutazione della morfologia del bacino: non è proprio attendibile la misura di eventuali dismetrie poiché come già detto in precedenza viene eseguito in clinostatismo, quindi senza l'applicazione della forza di gravità data dal peso del Paziente. Si rendono visibili calcificazioni, fratture, stati infiammatori, reumatici, artrosici, articolazioni sacroiliache, la sinfisi pubica e la morfologia sul piano frontale del sacro e del coccige. A livello viscerale si potrà valutare la presenza di aria, materiale di scarto, calcificazioni.

Contestualmente al bacino vengono visualizzate le anche (o solo l'anca dolorante) in proiezione Obliqua per permettere la visualizzazione migliore della rima articolare.

Qualora si riscontri un quadro artrosico ecco che l'Osteopata può cercare di ritardare il ricorso alla chirurgia ed alla protesi d'anca lavorando sulla mobilità dell'articolazione, sulla mobilizzazione dolce, sul rinforzo della muscolatura e sulla gestione del peso corporeo del Paziente consigliando una dieta adeguata. E' dimostrato infatti che *il calo di peso è una priorità nei pazienti sovrappeso od obesi (con artrosi, ndr). Occorre evitare le posizioni viziate e i carichi eccessivi e ripetuti. Fondamentale un programma di esercizi fisici specifici per rafforzare i muscoli e mantenere una certa mobilità dell'anca. Persino in caso di artrosi conclamata, un'attività fisica mirata, in cui l'articolazione non si trova cioè costretta a sopportare tutto il peso corporeo, è in grado di alleviare il dolore e di migliorare la mobilità dell'articolazione. La sedentarietà, al contrario, l'aggrava. Gli esercizi utili alla prevenzione sono essenzialmente di due tipi: di rinforzo e di allungamento muscolare.* (Estratto dal Convegno svoltosi all'Humanitas di Milano sulla Chirurgia dell'anca e Chirurgia protesica)

Rinforzare la muscolatura ritarda la protesi d'anca.

In caso di lieve dismetria a livello della sinfisi sarà necessario alla manovra di decoaptazione dell'articolazione.

Ovviamente a seconda del livello cui il paziente riferisce dolore, l'Osteopata andrà a modificare il trattamento e valutare nelle immagini la zona interessata.

## Rx Ginocchio



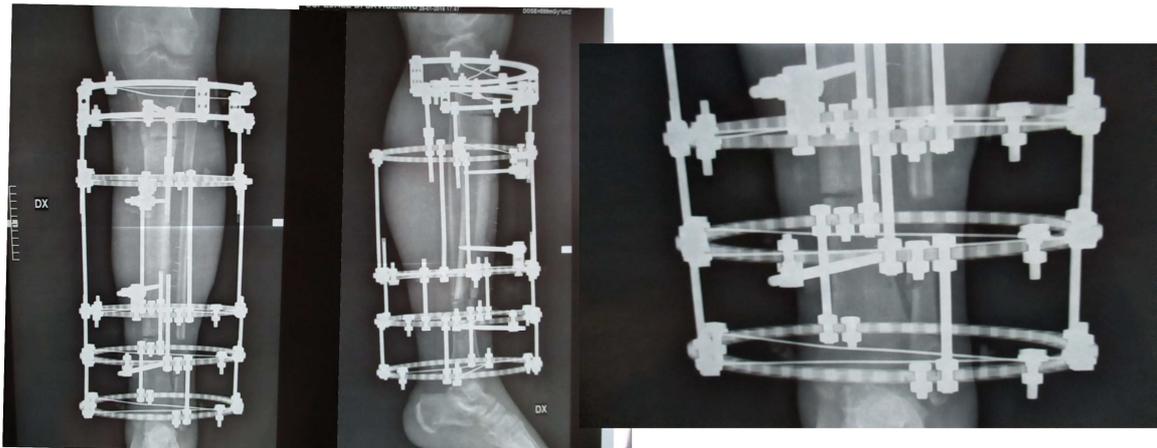
La radiografia del ginocchio solitamente viene eseguita in clinostatismo e in due proiezioni. Qualora si voglia osservare il comportamento dell'articolazione sotto il peso del corpo verrà eseguita una rx ginocchio sotto carico in ortostatismo. Da questa rx è possibile osservare la morfologia del ginocchio, la condizione muscolare e cutanea in trasparenza, la posizione dei capi articolari, della rotula, eventuali stati artrosici e degenerativi fratture e calcificazioni. Nel sotto carico anche eventuali dismetrie. Nella rx soprastante il paziente è giovane e non presenta grossi problemi di usura ovviamente. Ma nella AP è possibile osservare come la testa del perone si anteposta. Sarebbe corretto andare a testare e valutare questa zona per verificare che non sia solo una posizione assunta durante l'esecuzione dell'rx.

L'importanza della rotula e della sua posizione nell'articolazione del ginocchio è nota. Ovviamente palpatariamente è possibile valutarla. Ecco i raggi permettono di vederla in rapporto alla posizione degli altri capi articolari . Si osservi la posizione medializzata della rotula nella rx sottostante di un Paziente con evidente quadro artrosico.



La posizione di questa rotula deve indurre l'Osteopata a pensare in che modo tale posizione può inficiare la deambulazione della Paziente e quali conseguenze può portare a livello delle articolazioni viciniori o distanti.

Rx gamba



Una paziente con una struttura esterna del genere non verrà mai in trattamento da un Osteopata, tuttavia potrebbe presentarci una immagine del genere dopo aver intrapreso già un percorso di guarigione. In ogni caso studiare le sue immagini potrebbe aiutarci ad

impostare un piano terapeutico efficace poiché ci aiuta a comprendere il trauma subito dal Paziente e gli adattamenti che il corpo ha dovuto subire per risolvere i problemi correlati. Le immagini mostrano gli esiti di fratture multiple causate da un brutto incidente che ha causato non solo la pluriframmentazione dell'osso ma anche una perdita dello stesso (guardare il perone distale) in seguito verosimilmente ad intervento chirurgico. Il corpo di questo ragazzo dovrà produrre un callo osseo tale da recuperare il tessuto perso. La corporatura non propriamente esile del ragazzo non faciliterà affatto la guarigione poiché il peso del corpo graverà sul callo osseo per cui il paziente subirà nonostante gli sforzi un crollo dello stesso per cui si presenterà nel nostro studio con una forte dismetria degli arti inferiori del bacino che a sua volta provocherà disallineamenti a livello della colonna vertebrale. Lavorare su una perdita d'osso tale è impossibile. Ma lavorare sulle tensioni che essa ha causato si può, se non altro per ridurre il dolore che le tensioni causeranno. Si potrà solo impostare un piano basato sul trattamento della sintomatologia via via presentata dal Paziente.

#### Rx Caviglia



Ad un occhio inesperto questa rx della caviglia destra potrebbe mostrare una frattura della porzione distale della tibia e del perone.

In realtà mostra semplicemente la caviglia di un bambino, per cui sono chiaramente visibili i nuclei di ossificazione. Quando crescerà tali distacchi non saranno più visibili.

Rx Piede , Rx Piede Sotto Carico



L'importanza di non eseguire manovre senza prima aver visto una radiografia è la chiave di lettura di queste immagini. Paziente con dolore al piede localizzato a livello del 5 metatarso. Non riferisce traumi, per lo meno non ricorda. Deambulante. Piede rigido nei movimenti ma non presenta né lividi né gonfiore. Presentato così si potrebbe tranquillamente passare alla palpazione e al tentativo di sbloccare qualche movimento. Il paziente in realtà presenta una frattura del 5 mt scomposta.



Come nel caso precedente della rx caviglia anche in questo caso il paziente non ha una frattura del calcagno. Semplicemente è un bambino. Unica raccomandazione..trattare con cautela.

Anche per lo studio dei piedi è possibile eseguire radiografie osservando come il peso del corpo possa agire sulle articolazioni. Tale studio ci permette di evidenziare anomalie nello sviluppo osseo, dismetrie date da stati artrosici importanti o da alluce valgo. Queste condizioni sono visibili nelle AP sotto carico. Le LL invece sono preziose per riscontrare piattismo, sia negli adulti che nei bambini. Il primo studio riportato è appunto di un bambino che presenta piattismo sia nel piede destro che sinistro. Verosimilmente l'Ortopedico studierà appositi plantari.

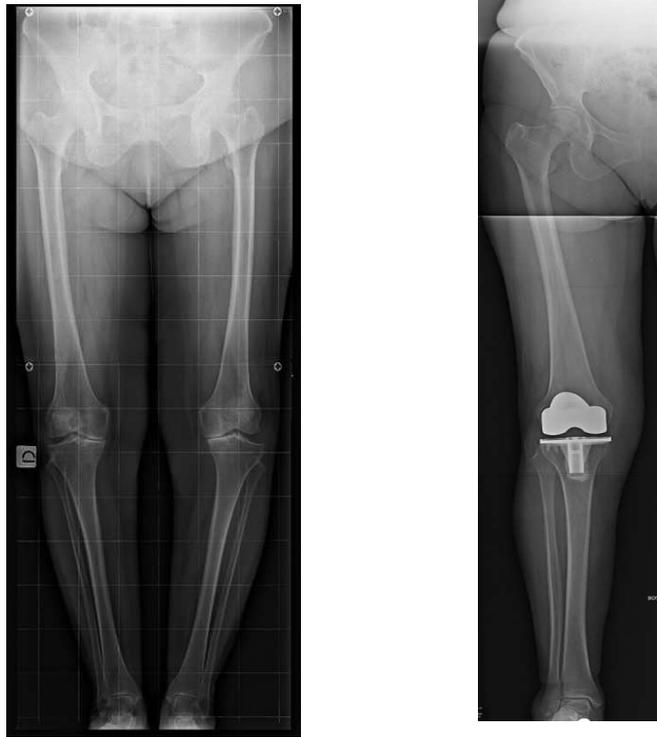


Nell'adulto ciò che maggiormente si evidenzia nelle LL sotto carico oltre al piattismo è la presenza della fastidiosa spina calcaneare, una piccola escrescenza ossea a livello del calcagno, molto dolorosa. Nei casi più gravi va rimossa chirurgicamente.



Ciò che rientra nel nostro interesse sono le conseguenze associate ad un piede piatto e valutare, agendo in parallelo con il trattamento ortopedico, come la situazione va via via migliorando o peggiorando in seguito all'uso di presidi specifici. Ciò su cui possiamo lavorare: alleviare i disturbi causati dalle fasciti plantari, stati infiammatori della fascia plantare.

## RX arti inferiori sotto carico



Abbiamo compreso finora come il sotto carico sia di fondamentale importanza nella valutazione delle dismetrie associate all'articolazione del distretto posto in esame. Risponde allo stesso criterio la radiografia in toto degli arti inferiori. Si esegue in AP o AP + LL a seconda della richiesta. Nel radiogramma deve essere visibile l'intero arto in esame dal bacino fino alla caviglia in un unico radiogramma. Ad esso viene applicata la consueta griglia che facilita le operazioni di misura e mostra a colpo d'occhio la dismetria associata. I radiogrammi sovrastanti mostrano a sinistra gli arti inferiori di una paziente prima dell'operazione e nell'altra dopo l'operazione di artroprotesi del ginocchio. Nella prima è evidente lo stato artrosico notevole delle ginocchia della signora, tanto che la rima articolare mediale sia del ginocchio destro che sinistro si appoggia quasi a quella della tibia sottostante. Tanto da rendersi necessario un intervento da parte del chirurgo. Da notare nella seconda immagine in che modo la protesi ha migliorato notevolmente la dismetria

dell'arto della signora. Probabilmente a breve subirà lo stesso intervento al ginocchio sinistro. Cosa possiamo fare noi per un Paziente con protesi di ginocchio? Agire sulla mobilità, trattare la rotula, fondamentale per la buona riuscita del movimento e trattare la cicatrice. Quando l'intervento riesce la cosa di cui si lamentano di più i pazienti è la cicatrice che "tira" e la stasi dei liquidi. Lavorare sui cheloidi , sullo scollamento della cicatrice , sulla mobilità del ginocchio e sul drenaggio linfatico è la priorità. Solo successivamente lavorare sui compensi a livello superiore poiché l'intervento migliorerà la deambulazione e la postura facendo sì che molti compensi precedenti trovino la via della guarigione da soli.

## Discussione

L'Osteopata da sempre, per stabilire la presenza di una disfunzione, per valutare ed ascoltare il corpo del Paziente, si serve della Valutazione Osteopatica e della Raccolta Anamnestica.

I motivi per cui oggi un Osteopata ricorre alla visualizzazione ed all'analisi delle immagini radiologiche e per cui dovrebbe saper estrapolare informazioni da esse sono molteplici:

- Trarre dei benefici per aiutare nel modo migliore il Paziente;
- Dimostrare competenza e professionalità;
- Accorciare il tempo dedicato all'anamnesi per dedicare più tempo al trattamento;
- Agire in sicurezza, certi di non arrecare danno ma solo beneficio. Il rischio zero non esiste ma l'Imaging permette di ridurlo drasticamente;
- Avere un quadro più ampio e generico della condizione di salute del Paziente;
- Sopperire ad eventuali dimenticanze da parte del Paziente;
- Vedere come il comportamento di alcune strutture si modifichino con la posizione (es. osservare la colonna del paziente in una rx in ortostasi);
- Escludere patologie organiche prima di cominciare qualsiasi tipo di trattamento;
- Osservare varianti anatomiche;
- Essere in grado di riconoscere alcune condizioni prima che diventino manifeste (es. riscontro positivo nella valutazione viscerale di qualche organo ) e quindi richiedere esami specifici più approfonditi al Medico di base

- che poi compilerà l'impegnativa;
- Essere in grado di richiedere esami mirati utili alla propria Valutazione;
  - Essere in grado di riconoscere i limiti del proprio lavoro e indirizzare il Paziente verso altra figura specialistica.

L'Operatore che ancora sostiene il "keep it pure" di Still non ha tutti i torti. Troppi aggettivi sono stati attribuiti all'Osteopatia, trasformandola in tutto e nel contrario di tutto. E' vero, ogni Operatore in base alle proprie abitudini, al proprio percorso di studi "modella" l'Osteopatia a propria immagine e somiglianza. Ciò non è necessariamente una cosa negativa se permette all'Operatore di selezionare le tecniche che ritiene maggiormente efficaci. Ecco l'Imaging non modifica, nel bene o nel male, nulla.

A chi sostiene che l'Imaging non serve o è qualcosa di estraneo all'Osteopatia provi a fare un thrust senza aver visto le rx della Paziente che ha una fusione dei corpi vertebrali di C4-C5 (Secondo Capitolo, paragrafo Rx Cervicale).

L'Imaging non fornisce tecniche di trattamento. Non rende l'Osteopatia diversa da ciò che è, né la modifica in base alle proprie esperienze. L'Imaging fornisce informazioni preziose, permette all'Operatore di agire in sicurezza, potenzia l'atto terapeutico perché permette di vedere dove gli occhi e le mani non arrivano. Aggiunge qualcosa alla Valutazione .

Non avere dimestichezza con le immagini non è una buona scusa per non servirse. Servirsene non vuol dire richiederne l'esecuzione.

L'Operatore che ha poca familiarità con la diagnostica per immagini può incominciare a studiare ed analizzare le immagini già eseguite dal Paziente. Confrontarle con i risultati dei test

effettuati sul Paziente e perchè no, leggere i referti...solo all'inizio però.

La Radiologia non deve essere considerata come Osteopatia di concetto, nel senso che una volta viste le immagini la Valutazione è fatta,il Paziente non si tocca. Assolutamente no. La Valutazione e la Raccolta anamnestica sono sempre le stesse, seguono lo stesso iter che però viene *coadiuvato* dall'Imaging. I test vanno effettuati anzi, vanno confrontati. L'Imaging è una miniera di informazioni da sfruttare ,a proprio vantaggio, per il bene del Paziente.

## Conclusione

Con il presente lavoro ho cercato di individuare il ruolo delle Tecniche di Imaging all'interno della Valutazione Osteopatica.

Ho cercato, attraverso le immagini, di fornire informazioni circa l'uso dell'Imaging, mostrando una chiave di lettura differente da quella medica. Spero di essere riuscita a spingere il collega Osteopata ancora scettico ad avvicinarsi allo studio dell'Imaging diagnostico per comprenderne le potenzialità ed il collega che invece cerca di farne uso, ad ampliare i suoi orizzonti, mostrandogli aspetti della metodica a lui sconosciuti.

Credo di essere riuscita a dimostrare che eseguire un trattamento osteopatico dopo aver visto una radiografia o comunque delle indagini diagnostiche del Paziente permette di agire in sicurezza, certi di non arrecare danno. E di aver dimostrato che un Operatore di medicina manuale competente nella propria materia può essere in grado di lavorare in collaborazione con altre figure professionali e che la Radiologia può essere inserita nella borsa degli attrezzi dell'Osteopata, pronta per essere tirata fuori all'occorrenza, sempre per il bene del Paziente.

## Bibliografia

Philip E.Greenman, Lisa Destefano. Principi di Medicina Manuale, Ed. Futura. III Edizione 2012, cap.21 pag.619

<http://classicalosteopathyontario.wordpress.com/2014703/31why-global-local-focal-matters>

[http://webanatomy.com/RA/raskin\\_rules.asp](http://webanatomy.com/RA/raskin_rules.asp)

E. Mossi, F. Marelli. Elementi di Osteopatia organica, viscerale e tecniche di trattamento. Ed. Marrapese-Roma-2002. Cap.4 pag.94

Philip E.Greenman, Lisa Destefano. Principi di Medicina Manuale, Ed. Futura. III Edizione 2012, cap.18 pag.549

Estratto dal Convegno svoltosi all'Humanitas di Milano sulla Chirurgia dell'anca e Chirurgia protesica