



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL  
SCUOLA DI OSTEOPATIA

---

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

**“TRATTAMENTO DI UNA PARESTESIA  
DELL'ARTO INFERIORE SINISTRO CON  
POSSIBILE RELAZIONE VISCERALE”**

Candidato:  
Daniele Nardocci

ANNO ACCADEMICO 2018 / 2019

---

fisiomedic  
ACADEMY

# INDICE

## 1 Storia dell'osteopatia

### 1.1 Genesi dell'osteopatia

## 2 La fascia

### 2.1 La struttura

### 2.2 Fascia viscerale

## 3 I visceri

### 3.1 Patologia viscerale

#### 3.1.1. Fissazione articolare

#### 3.1.2. Fissazione ligamentosa o ptosi

#### 3.1.3. Fissazione muscolare

### 3.2 Manipolazione ed effetti

## 4 Caso clinico

### 4.1 Dati anagrafici

### 4.2 Anamnesi patologica prossima

### 4.3 Anamnesi patologica remota

### 4.4 Scala del dolore

### 4.5 Valutazione osteopatica

### 4.6 Diagnosi osteopatica

### 4.7 Trattamento osteopatico

### 4.8 Conclusione

## Bibliografia

## 1. STORIA DELL'OSTEOPATIA

Negli ultimi decenni dell'800 il dott.re Andrew Taylor Still, come tantissime altre persone in quel tempo negli USA, era stufo e disamorato dell'approccio medico che si usava nelle varie patologie di quegli'anni decise di proporre un nuovo metodo di approccio.

La nuova forma di medicina che lui proponeva era basata su una filosofia olistica unita a trattamenti manipolativi manuali, che mettevano al centro del trattamento la persona e non la malattia. Dopo aver passato del tempo sul campo di guerra come soldato/medico e dopo aver anche intrapreso il percorso di studi come medico, Still si convinse sempre più dell'importanza del libero fluire del sangue arterioso per la conservazione della salute.

I suoi trattamenti iniziavano ad ottenere innumerevoli successi riscuotendo l'interesse generale della popolazione, prima solo nella piccola cittadina in cui viveva e poi in tutti gli Stati Uniti. Molte persone colpite da questa nuova medicina vollero saperne di più e apprendere i segreti che essa nascondeva, così Still decise nel 1882 di aprire una scuola a Kirksville.



Qui, a Kirksville, uno dei luoghi fulcro della sua vita dove, oltre che insegnare egli esercitava pure, gli venne affibbiato l'appellativo di “Bone Doctor” ossia il “dottore delle ossa” per via delle numerose manipolazioni che effettuava. Sull'onda di questo nome decise di farsi pubblicità in giro per il Missouri vendendosi come “l'aggiusta ossa fulmineo”, ed è in questo momento storico che durante una conversazione sul suo metodo terapeutico con un professore, venuto apposta dalla Baker University per farsi curare da Still, accennò alle parole greche osteon (osso) e pathine (sofferanza). Secondo molti autori è da questa conversazione che nasce l'idea di Still di coniare il termine Osteopatia.

In alcune lettere, ritrovate in seguito alla sua morte, Still spiega il motivo di questa sua scelta usando le seguenti parole:

“...ho creato il termine Osteopatia ancora negli anni Ottanta... il corpo umano non presenta mai una condizione ossea normale quando è malato...conclusi che avrei iniziato prendendo il termine os (osso) e il termine patologia, e li avrei pressati insieme in un'unica parola: “osteopatia”...”

Nel 1982 ottenne l'autorizzazione alla sua scuola l'American School of Osteopathy, dove la frequenza ai corsi era aperta anche al sesso femminile, un'eccezione che la contraddistingueva dalle scuole ortodosse di medicina di quell'epoca. Al termine del triennio di studi veniva rilasciato il diploma di osteopata: il D.O.

Un piccola parentesi sulla sigla D.O. Per tutti è l'abbreviazione di *diplomate osteopathy* o *doctor osteopathy*, mentre Still era molto

orgoglioso di questo gioco di lettere, perchè lui sosteneva che il vero significato era nascosto nella traduzione *Dig On*, e cioè continua a scavare, spronando i suoi ragazzi a difendere l'osteopatia.

Da questo momento in poi Still diventa un osteopata conosciuto e molto apprezzato, i suoi seguaci aumentano ad ogni passa parola, le sue manipolazioni diventano famose e le persone che vogliono apprendere le sue tecniche iniziano ad essere numerose.

Inizia così la tramandazione della medicina osteopatica e delle sue tecniche, che nel corso di anni e secoli subisce varie influenze da ogni angolo del mondo.

### ***1.1 La genesi dell'osteopatia***

La genesi dell'osteopatia e delle sue tecniche possiamo dividerla in 4 periodi storici:

-PRIMO PERIODO: va dal 1874 al 1900/1910. Siamo all'inizio e gli studenti apprendono a pieno le parole di Still. Il *modus operandi* era di intervenire su ogni singola articolazione del corpo, in modo da essere sicuri di aver centrato il bersaglio. La tecnica chiave di questo periodo è il THRUST, un repentina forza terapeutica di breve durata applicata su una piccola distanza, è la principale tecnica che si insegna nelle scuole di osteopatia fino al 1970.

Per preparare i tessuti e riconoscere la barriera restrittiva si usavano tecniche articolatorie, che prevedevano un molleggio ritmico ripetuto o una stimolazione concentrica ripetuta a bassa velocità e grande ampiezza.

Un'altra tecnica usata in questo periodo è conosciuta appunto come tecnica Still, una tecnica che prevede un approccio indiretto in una prima fase e una manovra diretta in un secondo momento. Un metodo molto complesso ma incredibilmente efficace.

Una menzione merita anche la tecnica di Still-Laughlin, che si ipotizza venne sviluppata da Still negli ultimi anni di vita. Si tratta di un metodo complesso ma molto efficace, basato sulla tecnica di Still ma molto più preciso nell'individuare la regione di massima restrizione.

La tecnica prevede lo srotolamento sequenziale di ciascuna disfunzione, dopo aver trovato la sua posizione di maggior agio.

-SECONDO PERIODO: siamo tra il 1910/ e il 1950/1960 definito come periodo MECCANICO-STRUTTURALE. In questo periodo viene posta maggior enfasi su un approccio oggettivo e razionale ed emerge il concetto di lesione osteopatica. Gli osteopati iniziano ad avere anche un approccio linfatico al sistema e non più solo strutturale, avendo come obiettivo quello di eliminare liquidi e proteine che si accumulano nei tessuti interstiziali, come conseguenza di: metabolismo, infiammazione, infezione, traumi, disfunzione sistemica. In questo secondo periodo Miller sviluppa la tecnica di pompaggio toracico. Millard raccomandò, riflettendo sulle terapie linfatiche, di procedere al drenaggio partendo sempre dalle parti terminali in direzione dei centri di raccolta, così da evitare conseguenze gravi per il



paziente. Galbreath coscì che qualsiasi condizione patologica crea un disturbo linfatico, sviluppò una tecnica mandibolare per facilitare l'apertura e la chiusura della tromba di Eustacchio, permettendo così il drenaggio dei liquidi accumulati nell'orecchio.

Vengono sviluppate anche tecniche come la BTL e LAS che hanno lo scopo di bilanciare le tensioni nei legamenti contrapposti e due tecniche che si contrappongono esattamente: la GOT ( general osteopathic treatment) e la SAT ( specific adjustment technique)

-TERZO PERIODO: compreso tra il 1960 e il 1975 definito come FASE CRANIALE-FUNZIONALE. Siamo nel periodo in cui Sutherland studia a Kirksville da Still e si rende conto che il cranio non era formato da suture immobili ma erano presenti innumerevoli meccanismi di movimento che facevano muovere le ossa. Sutherland sosteneva che durante il passaggio nel canale del parto, le ossa del cranio si comprimevano per poi aprirsi come petali; se tuttavia il meccanismo si inceppava l'osteopatia poteva essere d'aiuto. I suoi studi dopo la sua morte vennero portati avanti e crearono diversi modelli di trattamenti sulla base delle sue ricerche, i più famosi sono: il modello biodinamico di Jealous, e la terapia cranio-sacrale di Upledger. Attualmente l'osteopatia craniale è una forma di trattamento che agisce sull'intera persona attraverso la sola manipolazione del cranio.

Sempre in questo periodo viene sviluppata da Mitchell la tecnica ad energia muscolare, una tecnica che prevede la diretta partecipazione del paziente. È importante in queste tecniche indirizzare correttamente la forza, molto più che aumentare l'intensità. Questo tipo di tecnica è particolarmente utile in quei soggetti fragili o gravemente malati.

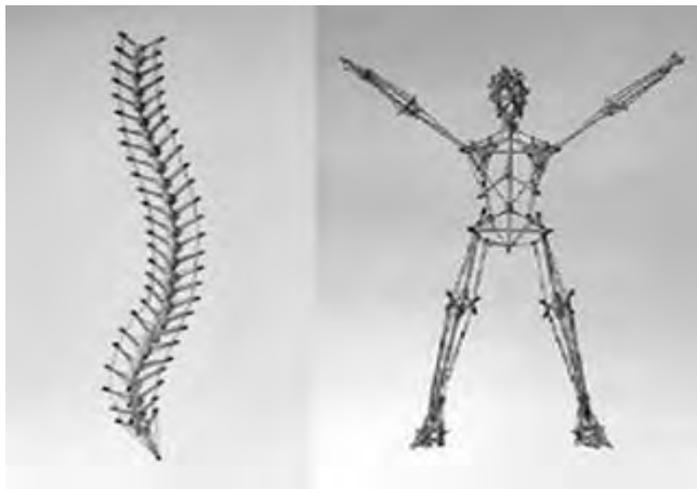
Contemporaneamente allo sviluppo di queste tecniche, sempre nel terzo

periodo, si sviluppa la tecnica strain e counterstrain, che consiste in un trattamento indiretto dove la disfunzione somatica del paziente viene trattata in posizione passiva, ottenendo il rilasciamento spontaneo del tessuto con una riduzione almeno del 70% del dolore.

Si è dimostrato l'effettivo beneficio di questa tecnica ma tutt'oggi la scienza non riesce a spiegarsi il motivo reale del perché ci sia un miglioramento dei punti dolenti.

In questo periodo aumenta la tecnologia e aumentano le possibilità di studiare più approfonditamente il corpo umano, nasce così il concetto di "fascia" permettendo la strutturazione di tecniche deputate al rilasciamento miofasciale, al rilasciamento neuromuscoloscheletrico, al rilasciamento legamentoso e al rilasciamento fasciale bioelettrico.

Prende piede il termine TENSEGRITA' con il quale l'architetto Fuller affermava che " la stabilità non deriva tanto dai materiali che compongono la struttura, quanto dal modo in cui sono



distribuiti e da come reagiscono alle tensioni meccaniche nelle tre dimensioni". A sostegno di questa definizione la scienza ha constatato che le cellule si organizzano spazialmente proprio in base al concetto di tensegrità.

Nel terzo periodo si'inizia a guardare al corpo non più in maniera segmentaria e sezionata, ma nella sua unità, ed il concetto di tensegrità

viene fuso con il concetto della fascia, facendo nascere così dei trattamenti appositi per le fasce muscolari e le sue catene. Ci sono importanti autori che studiano e perfezionano la facilitazione neuromuscolare, per fare alcuni dei nomi più illustri sono: Kabat, Mezieres, Denys, Myers, Busquet.

-PERIODO ATTUALE: dal 1975 ad oggi dove si osserva un ritorno ad un approccio più olistico verso le fonti.

Viene perfezionata la tecnica di rilasciamento miofasciale indiretto aggiungendo non solo più il posizionamento facilitato ma anche una forza facilitante in compressione o torsione. Il vantaggio di questa tecnica rispetto alle precedenti sorelle, è la facilità di applicazione e la rapidità di risposta del tessuto.

D.J. Dowing mette appunto un sistema diagnostico denominato PINS, dove l'operatore individua due punti ed applica una pressione inibitoria lungo una sequenza di altri punti che collegano i primi due.

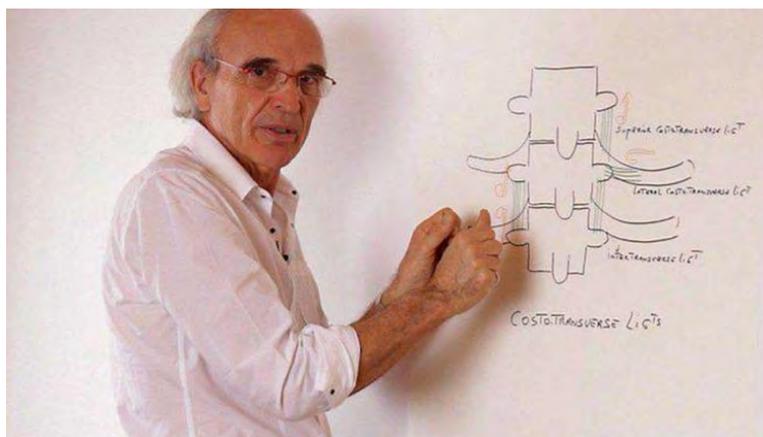
Nel periodo attuale storico, grazie a Barral, prende importanza la manipolazione

viscerale degli  
organi interni in  
ambito  
osteopatico.

Barral usa le  
tecniche di  
mobilizzazione

fasciale per

fornire agli organi sottoposti alla palpazione dei feedback positivi per recuperare eventuali disfunzioni.



## 2. LA FASCIA

Nel terzo periodo storico dell'osteopatia viene introdotto il termine fascia e tensegrità, ora spieghiamo cosa si intende con questi due termini.

La fascia si delinea fin dall'inizio dello sviluppo dell'organismo in fase embrionale. Il tessuto connettivo si sviluppa infatti come una doppia pellicola di protezione e sostegno che attorno ai visceri diventa il peritoneo parietale e viscerale, mentre nel caso del sistema muscolo scheletrico diventa il periostio e il complesso tendini-epimisio. Questa fascia globale, durante la gravidanza, è soggetta a tensioni meccaniche derivanti sia dal feto in crescita sia dalle pressioni dell'utero materno. L'interazioni di tali forze comporta l'assunzione da parte del feto di posizioni particolari che determinano la tensione e l'orientamento spaziale del sistema miofasciale e scheletrico, assetto che verrà mantenuto anche da adulto.

Con il termine “fascia” si possono considerare tutti quei tessuti collagene fibrosi che sono parte di un ampio sistema di trasmissione di forze tensionali del corpo. La fascia appare quindi come un network tensionale interconnesso costituito dal tessuto connettivo denso e lasso, da quello superficiale e da quello profondo, formato da uno o più strati.



## ***2.1 La struttura***

La specifica forma del tessuto fasciale è data dal rapporto tra i carichi di compressione e di tensione a cui essa stessa viene sottoposta. Ecco perchè la forma della fascia può modificarsi nel corso della vita in base alle forze esercitate su una determinata parte del corpo. Ad esempio se le tensioni locali sono principalmente unidirezionali e di alta intensità, la rete fasciale si esprimerà formando tendini o legamenti. In altri casi, invece, lo stimolo meccanico potrà generare tessuti lassi.

Il corpo fasciale rappresenta a tutti gli effetti un vasto organo con funzioni di network strutturale e funzionale costituito da moltissime “borse”, centinaia di “corde” date da densificazioni locali, migliaia di cavità all'interno di altre cavità, tutte interconnesse da setti robusti o lassi.

Dal punto di vista strutturale le fasce avvolgono tutte le componenti somatiche del corpo per proteggerle e forniscono dei condotti per il passaggio dei nervi, dei vasi sanguigni e linfatici in modo che si possano diffondere nell'organismo senza il rischio di lesionarsi. Una variazione di densità del tessuto, dovuta per esempio a un trauma, una cicatrice o un infiammazione locale, può alterare le funzioni dei nervi e la circolazione dei liquidi, con conseguente compressione degli scambi metabolici cellulari.

Nel 2007 Frank Willard, docente di Anatomia presso l'università del New England College of Osteopathic Medicine propose una classificazione delle fasce corporee in 4 strati primari di tessuto connettivo irregolare che,

seguendo l'embriogenesi, si presentano come tubi concentrici uno all'interno dell'altro.

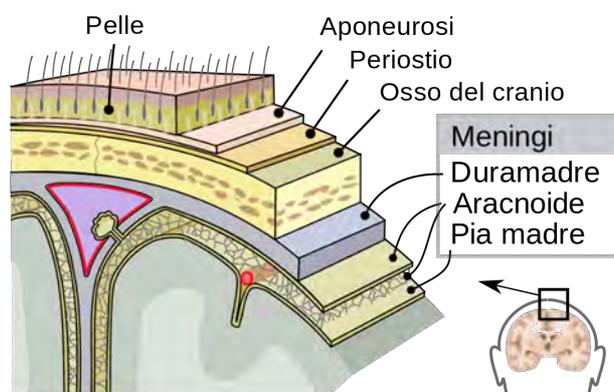
- 1) Fascia Pannicolare, è il più esterno e continua lungo gli arti
- 2) Fascia Assiale, corrisponde all'epimisio dei muscoli del tronco, al periodonto, al periostio e alle fasce che ricoprono i tendini e legamenti
- 3) Fascia Meningea, circonda le strutture neurali
- 4) Fascia Viscerale, che circonda tutte le cavità del tronco

Le aree fasciali degne di approfondimento sono moltissime, ma quella che nel corso del tempo e degli studi osteopatici ha sempre destato maggior interesse da parte dei ricercatori è il diaframma toracico.

Il dottor Andrew Taylor Still, padre dell'osteopatia, scrisse: “ Tutte le parti del corpo sono in relazione diretta o indiretta con il diaframma”. Le relazioni infatti fisiologiche, psicologiche e anatomiche con questa struttura sono tantissime, è infatti considerato un muscolo straordinario. È sensibile a qualsiasi influenza sia negativa, come un'alterata respirazione, ma anche ad influenze positive, come può essere un trattamento manipolativo, risponde in maniera

direttamente  
proporzionato allo  
stimolo ricevuto.

Il diaframma nella sua  
particolarità ha anche il  
tipo di innervazione,  
infatti esso è un



muscolo di tipo misto, sia volontario che involontario. Fa da ponte tra un stato più consapevole e un funzionamento di tipo autonomo, vegetativo.

## ***2.2 La fascia viscerale***

La fascia viscerale origina dalla base del cranio, attraversa la regione cervicale, entra in quella toracica formando il mediastino, attraversa il diaframma passando tramite l'aorta e l'esofago per penetrare nell'addome e formare il pavimento pelvico. La fascia viscerale è un tessuto connettivo lasso e irregolare costituito da fibre collagene ed elastiche con al proprio interno cellule adipose: si tratta indubbiamente dello strato anatomicamente più complesso.

Anche se chiamate con nomi diversi, la pleura, il peritoneo, la guaina ecc. sono tutti rivestimenti che fanno parte della fascia viscerale.

Nell'embrione la fascia viscerale si sviluppa sulla parte anteriore della notocorda, deriva dal tessuto splancnico ed è al suo interno che si gonfiano come palloncini le cavità del corpo. Da questa espansione, la fascia viscerale si comprime esternamente contro la parete data dal muro somatico, mentre internamente tende ad ammassarsi lungo la linea mediana.

È chiaro come la fascia viscerale sia intimamente collegata a tutte le altre fasce del corpo e quindi una problematica in qualsiasi punto di essa, come per esempio una problematica gastrica, può trasmettersi lungo tutto il suo decorso ma può trasmettersi anche alle altre fasce adiacenti.

### 3. I VISCERI

I visceri quando sono in buona salute hanno un loro movimento fisiologico, interdipendete a causa della fascia viscerale che avvolge tutti gli organi, la fascia, i legamenti e gli altri tessuti vivi che li connettono alle diverse e circostanti parti dell'organismo. Questo movimento viscerale si può suddividere in componenti:

- 1) la mobilità viscerale
- 2) la motilità viscerale

Il moto viscerale è influenzato da diversi apparati:

- SNS
- SNA
- ritmo craniosacrale
- motilità viscerale

La mobilità viscerale, se considerata anche passiva, esiste ed è molto importante specie se si considera la quantità di movimenti che avvengono sotto l'influenza del diaframma che si muove circa 20,000 volte al giorno. Le variazioni di pressione possono quindi portare facilmente, in uno stato patologico, al deterioramento delle strutture messe in movimento dal diaframma.

Le forze che agiscono sui visceri sono estremamente complesse perchè non si tratta di superfici piane che scorrono l'una sull'altra, ma piuttosto di forze ascendenti, discendenti, oblique e circolari.

### ***3.1 Patologia viscerale***

I cambiamenti nel movimento viscerale possono risultare da una variazione dell'asse o dall'ampiezza, e possono influenzare la motilità dell'organo stesso o la mobilità determinata dalle strutture dell'articolazione viscerale.

Tali cambiamenti daranno luogo a uno o più dei seguenti esiti:

- definita patologia locale, con sintomi
- inizio di una patologia locale, asintomatico
- postumi locali di una vecchia patologia ai quali il soggetto si è ben adattato
- patologia a distanza in un organo che ha relazioni “articolari” con esso
- patologia in una struttura che ha relazioni vascolari, nervose o fasciali

A causa delle relazioni di organi e sistemi all'interno del corpo osserviamo a volte vere e proprie lesioni a catena. Queste catene possono essere costituite da ogni combinazione possibile tra i legami di organi, muscoli, fascia e ossa.

Quando è presente una diminuzione di movimento in osteopatia si usa il termine “fissazione” viscerale, che può riferirsi alla totale perdita o parziale del movimento dell'organo.

Le fissazioni possono essere classificate in 3 categorie:

- 1) articolare
- 2) ligamentosa
- 3) muscolare

### ***3.1.1 Fissazione Articolare***

Le fissazioni viscerali hanno come conseguenza una perdita di mobilità e motilità dell'organo a causa dell'insufficiente scorrimento sulla struttura contigua. Quando si perde solo la motilità la fissazione prende il nome di “aderenza”, quando invece è coinvolta anche la mobilità si parla di “restrizione”.

Le fissazioni possono essere causate da ogni tipo d'infezione, che causa aderenze ai tessuti contigui nel processo di guarigione. Anche un intervento chirurgico al torace o all'addome fa penetrare aria che inaridisce la membrana sierosa favorendo le fissazioni. Questo avviene perchè il tessuto riparato viene sostituito con tessuti granulari poco elastici.

Una cicatrice crea uno stato perenne di irritazione e fissazione forzando i tessuti a sfregarsi l'uno contro l'altro, diventando con il tempo un punto di diminuzione patologica del movimento. Ciò creerà un adattamento del sistema intorno a questa cicatrice che modificherà gli assi di mobilità e motilità degli organi. Gli organi e i tessuti attaccati vedranno modificato il loro asse, il che causerà uno stiramento a livello del sistema meccanocettore e si produrranno spasmi sia localizzati che generalizzati attraverso una via di riflesso. La circolazione sanguigna e linfatica negli organi diminuirà, provocando una stasi. Gli organi quindi diverranno preda di molti pericoli: attacchi da parte di microrganismi, varicosità, processi autoimmuni, stasi di liquidi escretori o secretori e forse anche patologie maligne.

### ***3.1.2 Fissazione ligamentosa o ptosi***

Con fissazioni ligamentose si intendono tutti quei disturbi dei visceri causati da grave lassità dei mezzi di unione, che porta ad una ptosi dell'organo, questo perchè i ligamenti mesentere e omento normalmente non contengono fibre muscolari contrattili.

Le ptosi viscerali sono state riscontrate con maggior frequenza nei soggetti longilinei astenici, infatti l'ipotonia comporta una rilassatezza delle strutture di supporto che diminuisce le costrizioni sui visceri. Un altro fattore che favorisce la ptosi viserale è la depressione, che causa diminuzione generalizzata del tono muscolare e perdita di peso.

Altro fattore che ne favorisce il rilassamento verso il basso è l'invecchiamento, dove i tessuti perdono elasticità e vengono vinti dalla forza di gravità.

Sono a rischio anche le donne che partoriscono con il forcipe o con l'aspirazione, nei casi in cui il feto sia girato al contrario, indipendentemente dalle contrazioni, hanno il perineo tirato verso il basso nel momento in cui i tessuti, sotto l'influenza ormonale, sono rilassati e allungabili. Se l'ostetrico ha una mano un po' pesante, alcuni tessuti non ritorneranno più al loro posto e alla precedente elasticità.

Aggiungete questo ai tessuti cicatriziali associati e troverete le condizioni necessarie per un buon numero di ptosi e disfunzioni pelviche.

### ***3.1.3 Fissazione muscolare***

Questo tipo di fissazioni interessano solo gli organi cavi, perchè costituiti da una doppia muscolatura con fibre longitudinali e trasversali, che si alternano nella contrazione. L'irritazione di un gruppo di fibre può indurre uno spasmo che porta ad una stasi di transito che può essere significativa.

L'organo quindi non riesce più a svolgere adeguatamente le sue funzioni. Si tratta di un fenomeno locale che colpisce solo una parte dell'organo.

Il viscerospasmo ha conseguenze immediate sulla motilità, mentre la mobilità viene compromessa quando vengono interessate le inserzioni dell'organo.

Il viscerospasmo può derivare da fattori multipli, si presenta di solito al primo stadio della malattia.

Più è ristretto il lume dell'organo colpito, maggiori saranno le conseguenze causate dallo spasmo ( es. i canali secretori del condotto biliare).

### ***3.2 Manipolazione ed effetti***

L'attenzione osteopatica alla sfera viscerale è stata introdotta come detto in precedenza da Barral che metteva in correlazione la fascia viscerale con tutto il resto del corpo e cercava di riequilibrare il sistema “corpo” usando manipolazioni sui visceri.

Barral per manipolazione viscerale intendeva un sistema per ripristinare la mobilità o la motilità di un organo utilizzando in modo dolce forze

specifiche. In altre parole, forniamo uno stimolo al quale il corpo risponde. Non c'è quindi un tempo prestabilito per la durata della tecnica, ma emerge in queste manipolazioni l'essenza dell'osteopata e l'attenzione che esso stesso ha per il paziente, facendo terminare lo stimolo nel momento in cui il corpo è in grado di assumere l'autocorrezione del problema, non imponendo al corpo una correzione.

Gli osteopati nelle manipolazioni viscerali hanno sempre in mente una legge importante: “primun non nocere”. Una manipolazione viscerale non deve mai causare altre problematiche ad altri organi per risolvere il problema locale, e quindi in presenza di un organo infetto la manipolazione viscerale potrebbe portare il rischio di propagare l'infezione altrove, in questi casi meglio non correre rischi lì dove ce ne possono essere.

Le manipolazioni viscerali influiscono su:

- mobilità e motilità
- circolazione dei fluidi
- spasmi dello sfintere e muscolari
- produzione biochimica e ormonale
- immunità
- psiche



## 4. CASO CLINICO

### ***4.1 Dati anagrafici***

Sesso: Femmina

Età: 28 anni

Occupazione: commessa

Sport: sala pesi

Traumi precedenti: nessuno

Interventi chirurgici: nessuno

Parto: nessuno

Alimentazione: sana ed equilibrata

### ***4.2 Anamnesi patologica prossima***

-Motivazione del consulto: la ragazza lamenta un fastidio interno all'inguine sx nell'eseguire alcuni esercizi in palestra come il crunch inverso, squat etc... e formicolio interno fino al ginocchio sx dopo essersi allenata. Ha atteso un po di tempo per farsi guardare perchè già in passato in maniera minore questo tipo di fastidio si era presentato.

-Esordio: il fastidio all'inguine lo avverte da quasi 6 mesi , ma ultimamente è iniziato anche il formicolio da circa 1 mese. Il formicolio come sintomo le è nuovo ed è questo che l'ha spinto al trattamento.

-Localizzazione e tipologia del dolore: il dolore si presenta all'inguine sx come una fitta, mentre verso il ginocchio come formicolio che parte dall'inguine e segue l'interno coscia. La sensazione è come se la gamba perdesse di tonicità in alcuni istanti e fosse perennemente stanca.

-Evoluzione del dolore: è stato un gradua aumentato nel tempo, con andamento altalenante e non costante. Già in passato si era presentato ma senza il formicolio. In passato dopo un periodo di riposo il dolore all'ingiune spariva.

-Ritmo durante la giornata: è silente, e si accentua durante e post attività fisica.

-Fattori aggravanti: l'allenamento fa aumentare la tensione inguinale. Mentre durante la defecazione il formicolio aumenta prendendo tutta la coscia nella sua faccia interna.

-Fattori allevianti: il sedersi riduce notevolmente la pesantezza all'inguine. E il semplice stare seduta non fa partire la parestesia.

### ***4.3 Anamnesi patologica remota***

-Ultima volta dal medico: 2 settimane fa per controllare delle analisi del sangue post mononucleosi

-Sistema cardiovascolare: soffre di pressione bassa e di tachicardia

-Sistema respiratorio: respiro corto anche la sera da sdraiata

-Sistema digestivo: da un paio di mesi ha maggior difficoltà ad andare al bagno, mentre prima era regolare (2-3 volte al giorno)

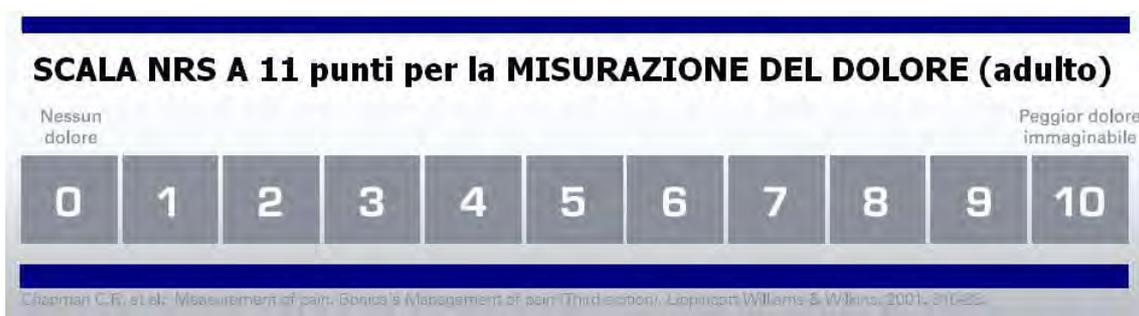
-Sistema genitourinario: nulla da segnalare

-Sistema neurologico: nulla da segnalare

#### ***4.4 Scala del dolore***

Viene chiesto alla paziente di individuare su una scala che va dallo 0 a 10, dove 0 è assenza di dolore e 10 è il peggior dolore immaginabile, il dolore percepito al momento nella zona inguinale.

Il valore che riferisce la ragazza è di 7



#### ***4.5 Valutazione osteopatica***

Viene osservata la paziente su i piani: frontale, laterale, sagittale e posteriore (foto 1). Attraverso una prima valutazione globale della paziente ad impatto si nota subito dalla visione frontale l'atteggiamento di quest'ultima nell'avvicinare le ultime coste di sx all'ileo di sx, andando quindi a creare una curvatura lombare con convessità dx. Si nota anche una rotazione interna dell'ileo di sx e della coscia in relazione alla tibia.

Il quadrante lombare sx e addome sx risulta più caldo rispetto al resto del torace. La muscolatura paravertebrale di sx risulta anche in prima istanza

maggiormente attiva rispetto a dx.

Viene fatto anche un ascolto fasciale dei tessuti dove si evince una preferenza verso sx dei tessuti sotto ombelicali.

Vengono effettuati dei rapidi test ortopedici inerenti alla compressione nervosa delle radici lombari:

-LASEGUE TEST: un test che valuta la presenza di una compressione discale sulle radici nervose di L4/L5/S1

-WASSERMAN TEST: un test che valuta la presenza di una compressione discale delle radici nervose di L1/L2/L3

Entrambi i test offrono un risultato negativo, viene esclusa quindi un patologia di natura ortopedica.

In ordine come descritti vengono effettuati i seguenti test per una valutazione completa osteopatica:

-TFE: positivo (foto 2). Test che va a valutare la presenza di una disfunzione a carica della catena ascendente.

-TFS: negativo (foto 3). Test che valuta la presenza di una disfunzione a carico della catena discendente.

-STORK: positivo a sx (foto 4). Test che discrimina in presenza di una disfunzione della catena ascendente, il lato della disfunzione.

-ASCOLTO CRANIALE A 5 DITA: un R.A.F. poco deciso e poco fluido con una preferenza all'estensione (Foto 5).

-VALUTAZIONE DELL'OCCIPITE: nulla di rilevante (Foto 6). Oltre a valutare la densità tissutale dei muscoli sub-occipitali, si indaga attraverso questa valutazione il foro lacero posteriore.

-VALUTAZIONE DELLE FASCE DEL COLLO E DELLE COSTE: nulla di rilevante

-VALUTAZIONE DEL DIAFRAMMA: il diaframma della paziente si presenta positivo al test di densità nella zona xifoidea e sx. e in inspirazione bassa a sx (Foto 7)

-VALUTAZIONE DELLA ZONA ADDOMINALE: la paziente risulta positiva al test di densità nella fossa iliaca di sx e fianco sx, e in maniera minore nella zona ipogastrica. (Foto 8) Il test prevede una compressione di 9 quadranti che suddividono l'addome. Si applica una pressione in senso antero-posteriore e si valuta la risposta dei tessuti ai vari livelli di profondità

-VALUTAZIONE DEGLI INNOMINATI: presenta un ileo sx in anteriorità (foto 9). Il test prevede la valutazione dei punti di repere del bacino (SIPS,SIAS,SINFISI PUBICA), poi si esegue uno spring test su un ileo mentre si blocca l'altro e si valuta la capacità dell'ileo mosso di posteriorizzarsi attraverso la spinta.

-VALUTAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO: il pavimento pelvico di sx si trova in disfunzione in inspirazione e risulta molto fastidioso alla palpazione.

-VALUTAZIONE MUSCOLATURA DELLA COSCIA: L'ileopsoas sx risulta positivo al test di thomas. In oltre si nota una retrazione fasciale dalla muscolatura adduttoria rispetto alla controlaterale.

-SPRING TEST SULLA COLONNA: nulla di rilevabile

-SPRING TEST SUL SACRO: il sacro si trova in disfunzione con un posizionamento in nutazione. Nello spring test l'osso sacro accettava la compressione in senso anter-posteriore, ma tardava nella risalita.

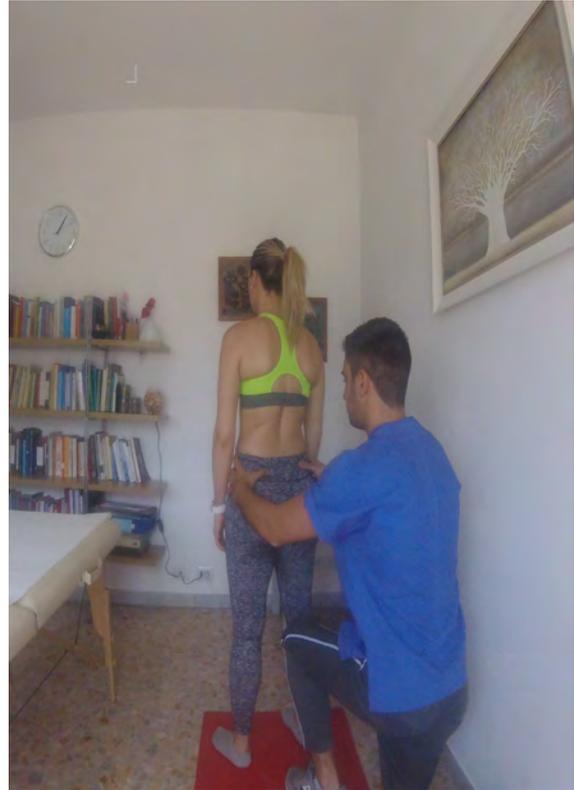
-VALUTAZIONE PIU' SPECIFICA DEI VISCERI: Visto che in precedenza avevamo trovato una positività nella valutaizone dell'addome, approfondiamo l'indagine nei quadranti interessati. La paziente presenta un angolo colico si sx non elastico. Il legamento parieto-sigmoideo molto denso e una densità nel primo solco sovrapubico, utero-rettale.

-TEST D'INIBIZIONE: Viene chiesto alla paziente di effettuare una flessione di coscia contro resistenza. Questo test ricrea il formicolio alla coscia. Viene anche fatta una pressione inibitoria sul tratto sigmoideo, ma ciò non influisce sulla sensibilità della paziente.

Possiamo definire quindi una disfunzione somato-viscerale della muscolatura flessoria della coscia in relazione al sigma.



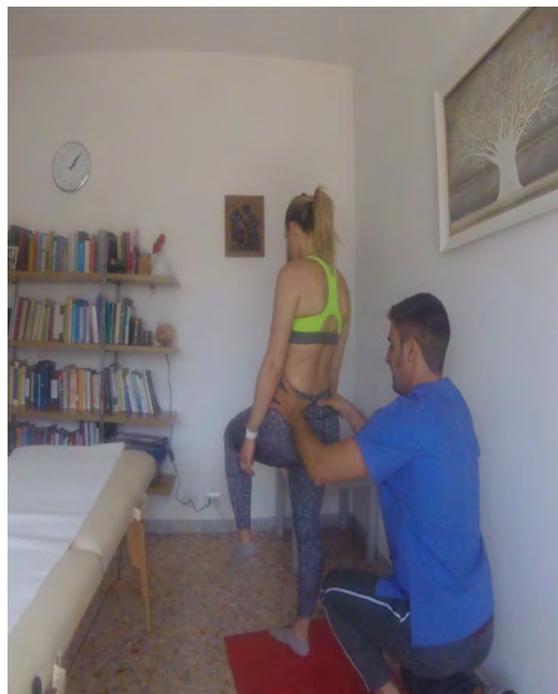
*Foto 1. Valutazione Globale*



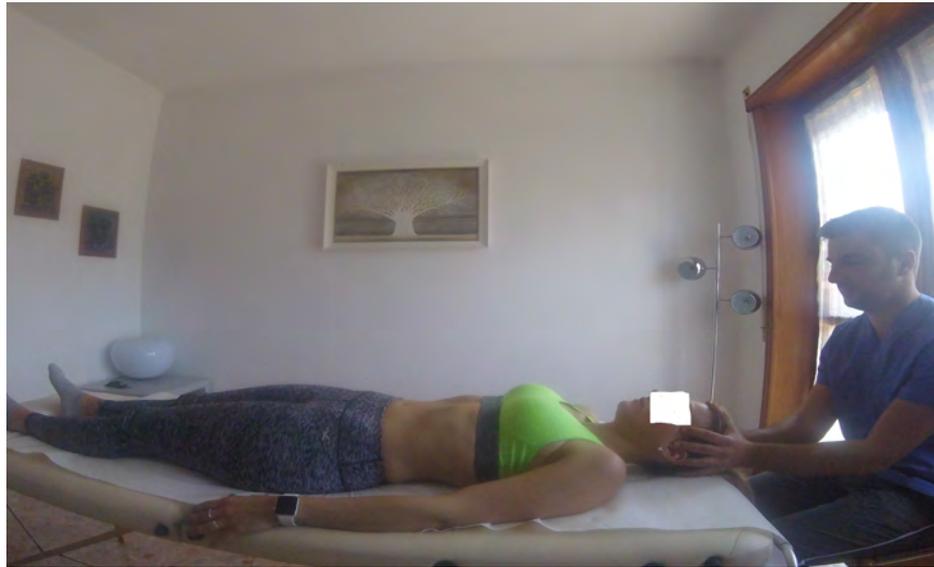
*Foto 2. TFE*



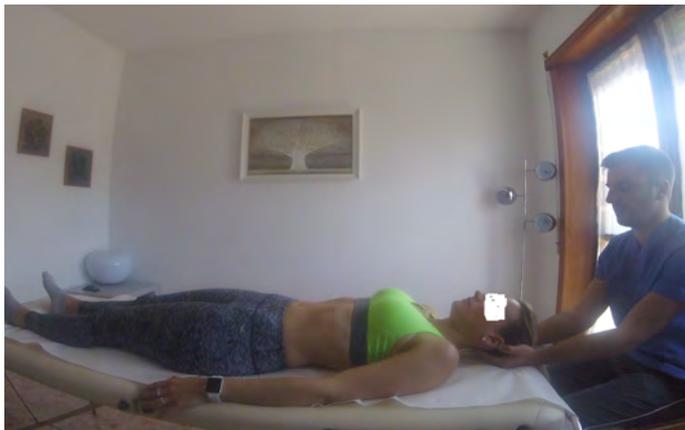
*Foto 3. TFS*



*Foto 4. Stork*



*Foto 5. Presa a 5 dita del cranio*



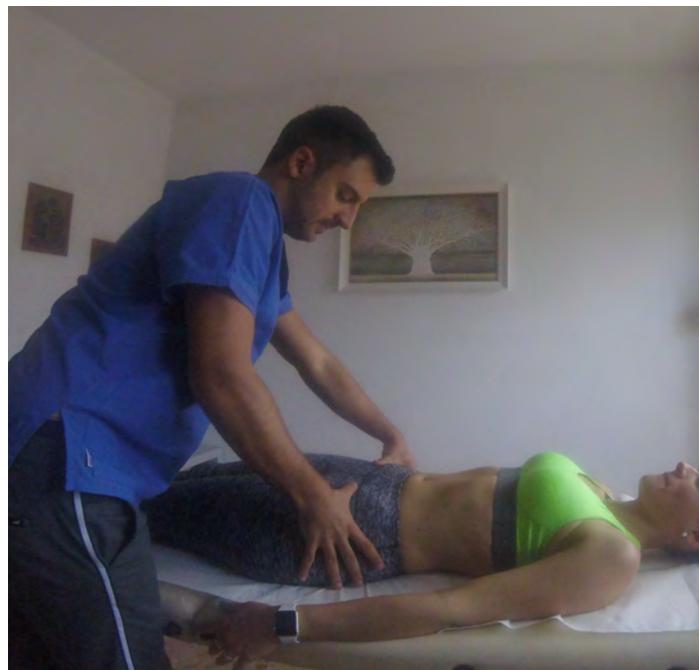
*Foto 6. Valutazione dell'occipite*



*Foto 7. Valutazione del diaframma*



*Foto 8. Test di densità fossa iliaca sx*



*Foto 9. Valutazione ileo*

#### ***4.6 Diagnosi osteopatica***

Attraverso l'anamnesi e i vari test effettuati possiamo ipotizzare la nostra diagnosi osteopatica in merito.

La paziente durante l'attività in palestra ( presumibilmente per movimenti scorretti) ha sovraccaricato l'arto inferiore sx, sforzando molto la muscolatura flessoria della coscia sull'anca creando una forte retrazione dello psoas sx. Questa retrazione ha portato l'ileo sx a muoversi preferibilmente in anteriorità. Questo atteggiamento ha di conseguenza ruotato il bacino verso dx avvicinando e comprimendo l'emilato sx. La tensione muscolare dello psoas sx e l'atteggiamento in rotazione del busto hanno portato a far lavorare male la cupola sx del diaframma in inspirazione bassa, che ha cascata ha compresso l'angolo colico di sx creando una stasi a livello del tratto sigmoideo e retto con ripercussione sul pavimento pelvico e la sua elasticità. L' aumento della stasi in queste zona ha creato una compressione del nervo otturatore che ha sua volta genera il formicolio all'interno coscia e così facendo crea una retrazione da spasmo della muscolatura adduttoria.

L'adattamento forzato della struttura alla funzione dell'attività sportiva eseguita in maniera scorretta ha portato il corpo in disfunzione come sopra descritto e ciò giustificherebbe anche l'inusuale stitichezza sopraggiunta.

#### ***4.7 Trattamento osteopatico***

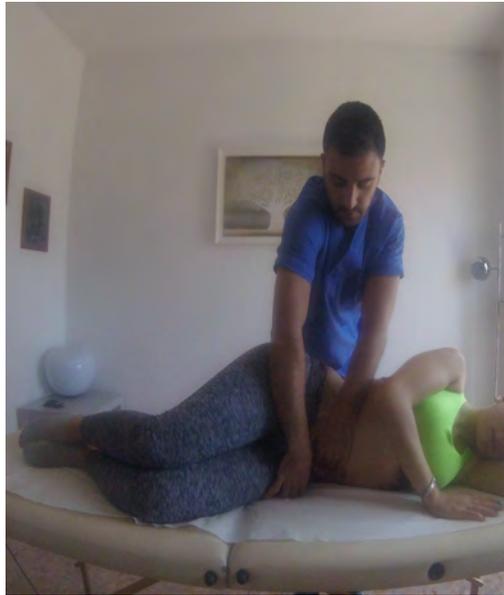
Sulla base della diagnosi osteopatica effettuata imposto il trattamento osteopatico, improntandolo con lo scopo di ridare la libertà di movimento in quei gesti che causano dolore e decongestionare il blocco creato nel tratto finale del colon a cause delle varie compensazioni.

Il primo passo è liberare la muscolatura adduttrice e flessoria della coscia e per farlo mi avvalgo di tecniche di rilascio mio fasciale. Sono tecniche che prevedono il posizionamento facilitato del tessuto in spasmo sui diversi piani di scorrimento, punto in cui il tessuto mostra caratteristiche di ammorbidimento. La tecnica può prevedere anche un favoreggiamento dello scorrimento tra le varie fasce di tessuto che inizialmente presentano un attrito nello scivolare tra di loro.



Una volta rilasciata la muscolatura della coscia inizio il lavoro sull'addome, partendo da un lavoro di scollamento tra il colon discendente e l'intestino tenue.

Posiziono la paziente in decubito laterale sx e con la mano caudale faccio punto fisso sul colon mentre con l'altra cerco di trazionare verso l'alto la massa intestinale, facendo attenzione a non applicare una forza eccessiva che rischierebbe di trazione non più solo l'intestino ma anche l'intero bacino.



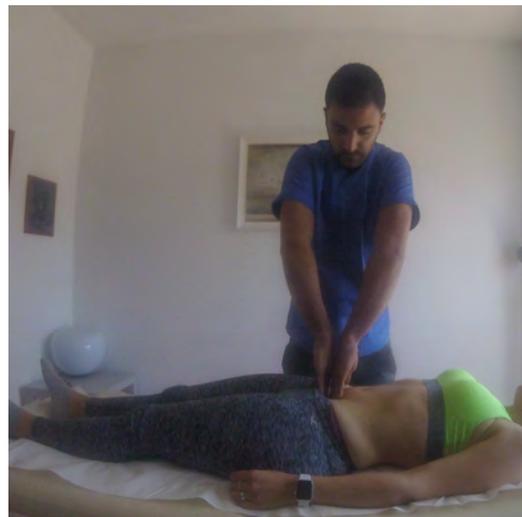
Proseguo il lavoro sul tratto digerente cercando di ridare elasticità all'angolo colico di sx schiacciato dalla compressione gastrica. Posiziono la paziente seduta, vado in proiezione con le mani dell'angolo colico di sx e cerco, usando il corpo della paziente, di allontanare il colon trasverso e il colon discendente. Ciò oltre che un input connettivale fornisce anche un feedback neurologico sfinteriale.



Nella valutazione avevo trovato una fossa iliaca di sx molto densa e reattiva al test di densità, ora dopo aver lavorato il territorio limitrofo la zona è più accessibile e mi permetti di fare un lavoro sul legamento parieto-sigmoideo (tessuto connettivale che ancora il tratto sigmoideo alla fossa iliaca di sx). La tecnica prevede una mano ancorata internamente alla fossa iliaca di sx e con l'altra in proiezione del sigma che viene traziionato infero-superiormente e latero-medialmente.



Ammorbite i tessuti più superficiali, posso aumentare la mia profondità del lavoro andando sullo psoas e svolgendo una tecnica ad energia muscolare. La tecnica prevede una mano punto fisso sul ventre del muscolo ed un'altra mano che oppone una resistenza alla spinta della coscia sx in flessione per 3-4 atti ( nelle tecniche TEM ha molta più importanza per la buona riuscita la direzione di spinta più che la forza di spinta).



Nella valutazione osteopatica avevo notato una reattività tissutale nel tratto del retto e decido di inserirle nel mio

trattamento anche esso. Viene trattato il retto nel suo rapporto con l'utero cercando di restituire il giusto scorrimento tra i due piani applicando una pressione in direzione antero-posteriore del retto, mentre con l'altra mano faccio punto fisso sulla faccia superiore dell'utero.

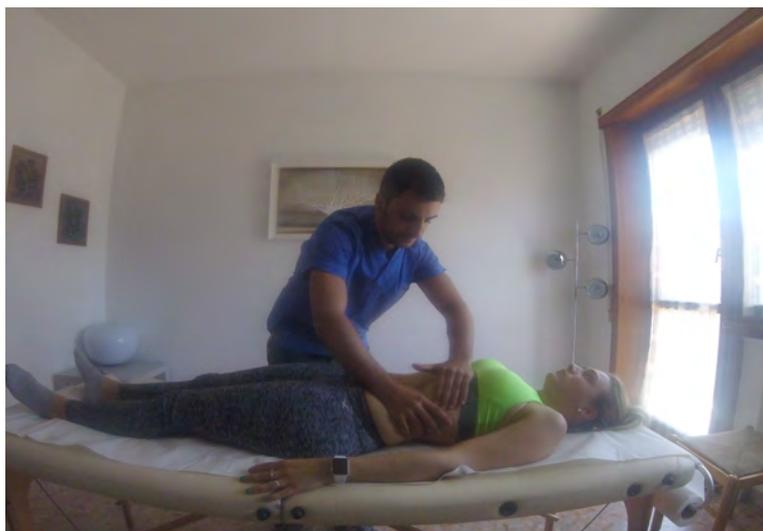
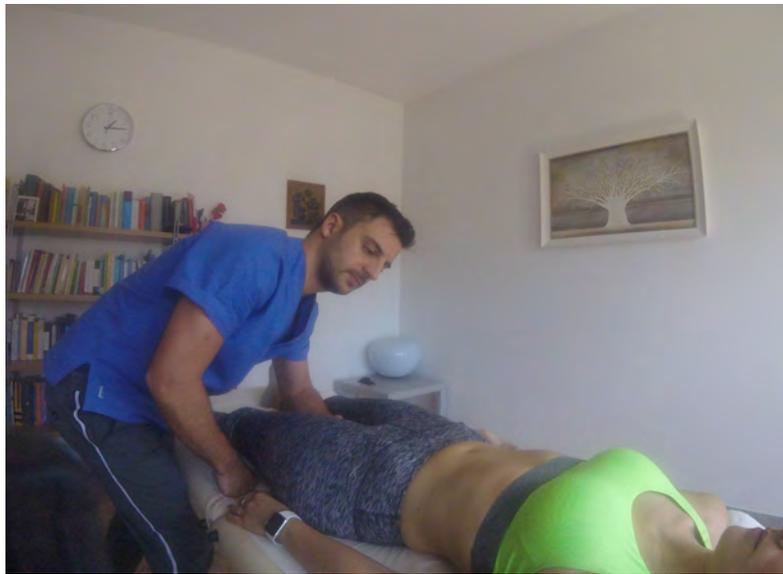
Proseguo il lavoro con una tecnica prettamente fasciale sulla massa intestinale cercando di annullare gli spasmi neurologici nelle anse che impedivano un ottimale funzionamento di quest'organo.

Mi posiziono con le mani sul pacchetto intestinale e seguo lo svolgimento fasciale, indirizzando il movimento nel verso facilitato e terminando la tecnica una volta riacquisito un movimento ciclico e fluido.



Come conclusione del trattamento cerco un riequilibrio dei due muscoli che impacchettano superiormente ed inferiormente i visceri addominali e cioè il diaframma pelvico e il diaframma addominale.

Per il diaframma pelvico e addominale opto per una tecnica che sfrutta l'effetto pistone della respirazione. Entrambi erano in disfunzione in inspirazione bassa, quindi nell'inspirazione impedisco ai tessuti di abbassarsi ancora di più, mentre nella fase espiratoria guadagno spingendo verso l'alto i tessuti.



#### ***4.8 Conclusioni***

Alla fine del trattamento viene rivalutato il test d'inibizione somato-viscerale che risulta ora negativo e viene chiesto alla paziente di effettuare uno squat. In precedenza evocava il dolore all'inguine questo movimento, mentre ora è libero e senza dolore.



Viene riproposta la scala di Vas e il risultato è una percezione del dolore pari ad 1.

Vengono corrette alcune esecuzioni in determinati esercizi, come il crunch inverso ed squat.

La paziente viene ricontatta a distanza di 1 settimana e racconta di non avere più alcun fastidio all'inguine e di aver regolarizzato la defecazione.

## BIBLIOGRAFIA

- Silvia Clara Tuscano “*Storia dell'osteopatia*”
- Marco Chiera, Nicola Barsotti, Diego Lanaro, Francesco Bottaccioli “*La PNEI e il sistema miofasciale: la struttura che connette*”
- Jean-Pierre Barral, Pierre Mercier “*Manipolazioni Viscerali I*”
- Jean-Claude Guimberteau “*Architettura della fascia umana in vivo*”
- Alexander S. Nicholas, Evan A. Nicholas, “*Altante di tecniche osteopatiche*” Edizione Carla Stecco