



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

**TRATTAMENTO VISCERO - SOMATICO
AUTOGUARIGIONE E RIDUZIONE DELLO STRESS**

Candidato:

GIULIA MAZZOLA

ANNO ACCADEMICO 2017 / 2018

fisiomedic
ACADEMY

Indice

Che cos'è l'osteopatia

Introduzione.....	pag. 5
1. Anatomia.....	pag. 6
1.1 Anatomia diaframma.....	pag. 6
1.2 Anatomia esofago.....	pag. 8
1.3 Anatomia stomaco ed ernia iatale.....	pag. 12
2. Tendine centrale.....	pag. 16
3. Autoguarigione.....	pag. 18
4. Stress.....	pag. 19
5. Disfunzione somatica e tecniche osteopatiche.....	pag. 22
6. Caso clinico.....	pag. 24
6.1 Anamnesi.....	pag. 24-25
6.2 Referti medici.....	pag. 26
6.3 Esame obiettivo.....	pag. 27
6.3.1 Test attivi.....	pag. 30
6.4 Test di valutazione.....	pag. 31
6.5 Primo trattamento.....	pag. 36
6.5.1 Trattamenti successivi.....	pag. 42-46
6.6 Valutazione al termine dei tre trattamenti.....	pag. 51
7. Conclusioni.....	pag. 52
8. Bibliografia.....	pag. 53

Che cos'è l'osteopatia

L'osteopatia è un sistema di diagnosi e trattamento che si basa su scienze fondamentali, come l'anatomia, la fisiologia etc. L'osteopatia attraverso manovre e manipolazioni specifiche si dimostra efficace per la prevenzione, per la valutazione e il trattamento di disturbi che interessano non solo l'apparato muscolo – scheletrico, ma anche cranio – sacrale e viscerale, permettendo al paziente di ridurre l'assunzione di farmaci. Inoltre a differenza della medicina tradizionale, l'osteopatia mira alla ricerca della causa che ha provocato una determinata sintomatologia riferita in un'altra zona dermatomica e va ad agire su di essa per ridurre l'effetto.

Introduzione

Il Dottor Still, fondatore dell'Osteopatia, formulò tre principi cardine:

LA LEGGE DELL'ARTERIA (L'ARTERIA E' SUPREMA): secondo tale principio, all'origine di un disturbo vi è sempre un'alterazione della microcircolazione, la quale instaura lentamente una sofferenza funzionale della struttura o dell'organo (non evidenziabile clinicamente), responsabile a sua volta di adattamenti dell'architettura tessutale, fino a determinare nel tempo l'insorgenza di una patologia.

LA RECIPROCA RELAZIONE TRA STRUTTURA E FUNZIONE: la funzione di qualsiasi organo è garantita dalla morfologia della struttura in cui è accolta e dal controllo esercitato dal sistema nervoso centrale attraverso l'innervazione periferica. In base a tal principio, una disfunzione di mobilità di un segmento vertebrale potrà comportare una trasmissione di impulsi non corretti ai distretti innervati, determinandone la sofferenza.

IL PRINCIPIO DI AUTOREGOLAZIONE: l'organismo è costituito da sistemi ed apparati in equilibrio tra loro e possiede la capacità di autoregolarsi grazie alla produzione di sostanze endogene, con potere antinfiammatorio, antidolorifico e immunitario. Allorquando si verifici una perturbazione a carico di un sistema, essa è in grado di apportare uno squilibrio funzionale all'interno dell'organismo, creando i presupposti per lo sviluppo della patologia.

1. ANATOMIA

1.1 ANATOMIA DIAFRAMMA

Il diaframma forma il tetto della cavità addominale e il pavimento della cavità toracica, esso è costituito da una parte centrale tendinea e da una parte periferica muscolare divisa in tre porzioni.

Porzione sternale : origina dalla faccia posteriore del processo xifoideo e si dirige verso il centro frenico.

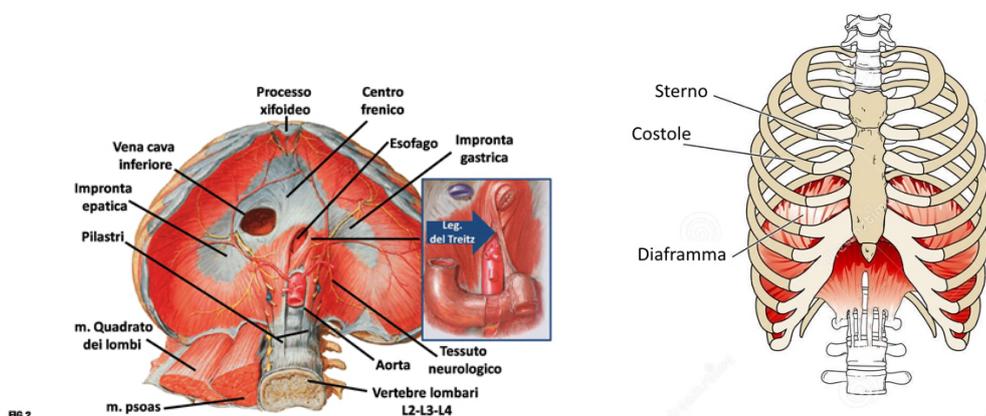
Porzione costale : nasce dalla faccia mediana delle ultime sei cartilagini costali e delle quattro ultime coste e si dirige verso il centro frenico. Queste digitazioni d'inserzione sono intrecciate con quelle del muscolo trasverso del torace. Esiste bilateralmente tra le inserzioni costali e sternali una breccia triangolare a base anteriore che permette il passaggio ai vasi epigastrici superiori e ad alcuni vasi linfatici. Il triangolo sterno-costale può essere sede di ernie diaframmatiche. La porzione muscolare costale forma la cupola destra e sinistra.

Porzione vertebrale o lombare : ciascuna porzione lombare proviene da sue arcate fibrose, i legamenti arcuati mediale (arcata del muscolo psoas) e laterale (arcata del muscolo quadrato dei lombi) e dei corpi vertebrali lombari e forma i pilastri del diaframma. Le fibre muscolari della porzione vertebrale terminano al livello del centro frenico. Esiste frequentemente una breccia tra la porzione costale che esce dalla 11° e 12° costa e la porzione lombare che forma lo iato costo – lombare. E' occupata da tessuto connettivo lasso che separa la pleura sovrastante dalla ghiandola surrenale e dal rene. Il legamento arcuato mediale, che è un inspessimento della porzione superiore della fascia del muscolo grande psoas, è teso dal corpo di L1 o L2 al processo trasverso della vertebra da cui origina. Il legamento arcuato laterale, che è un inspessimento della porzione superiore della fascia del muscolo quadrato dei lombi, è teso dal processo trasverso della vertebra lombare sulla quale termina il legamento arcuato mediale alla 11° o 12° costa. La porzione lombare forma due pilastri muscolari che risalgono verso il centro frenico.

Pilastri diaframmatici : il pilastro destro origina da L1-L2-L3-L4. Si divide intorno all'esofago per formare lo iato esofageo. Una parte di questo pilastro continua con il legamento sospensore del duodeno.

Il pilastro sinistro origina da L1-L2-L3. Risale a sinistra rispetto all'esofago e partecipa a volte alla formazione dello iato esofageo nel quale decorrono i nervi vaghi. Questi due pilastri sono collegati tra loro a livello di T12, davanti all'aorta, grazie al legamento arcuato mediano che delimita l'orifizio aortico nel quale decorrono l'aorta e il dotto toracico.

Tutti gli orifizi possono essere sede di ernie diaframmatiche. L'ernia diaframmatica consiste in uno spostamento di una struttura o di un organo della cavità addominale verso la cavità toracica. La più frequente è l'ernia iatale a livello dell'orifizio esofageo. L'orifizio della vena cava inferiore è posizionato nella metà destra del centro frenico e permette il passaggio anche del nervo frenico di destra e dei vasi linfatici provenienti dal fegato. Il diaframma, è innervato dai nervi frenici usciti a livello di C3 – C4. Il nervo frenico destro innerva l'emi-diaframma di destra, quello di sinistra l'emi-diaframma di sinistra, ma la metà sinistra del pilastro di destra è innervata dal nervo frenico di sinistra. In periferia, il diaframma è innervato in misura uguale da fibre sensitive e vasomotorie dei nervi toraco-addominali.



1.2 ANATOMIA ESOFAGO

L'esofago costituisce il condotto che congiunge l'ipofaringe allo stomaco e rappresenta pertanto il primo organo esclusivo del canale alimentare. La sua estensione consente di suddividere l'organo in tre segmenti: cervicale, toracico e addominale, per una lunghezza totale di 25 cm.

L'esofago parte dallo ioide sulla linea mediana ed a livello del collo si sposta di 1-2 cm a sinistra verso la trachea. A livello di D4-D5 devia verso destra per la presenza del bronco di sinistra e nell'arco dell'aorta. Scendendo ritorna poi a sinistra, entrando nel foro esofageo della cupola sinistra del diaframma. Crea quindi una concavità superiore verso destra e una inferiore verso sinistra.

L'esofago presenta tre restringimenti:

- Il restringimento cricofaringeo a livello di C6
- Il restringimento aortico, a livello di D4-D5
- Il restringimento iatale a livello di D11-D12

Possiamo così distinguere tre porzioni:

- ◆ Esofago cervicale, tra ioide e C6
- ◆ Esofago toracico, tra C6-C7 e D9
- ◆ Esofago addominale, tra D9-d10 e il cardias

Esofago cervicale

Si trova davanti ai corpi delle vertebre cervicali e in quella che è definita la loggia viscerale del collo, si sviluppa dall'osso ioide a C6. L'esofago a questo livello è in relazione con le vertebre tramite lo spazio retroviscerale di Hencke, e con le cartilagini tiroidee e cricoidee. A tale livello l'esofago ha relazioni dirette e indirette con la lingua, il piano fasciale medio e profondo si allunga

verso la base del cranio ed il mediastino, ed è in contatto con la faringe, la laringe, la trachea e la tiroide.

Esofago toracico

Rappresentato dalla porzione che va da C6-C7 a D9. Presenta rapporti viscerali con la trachea, i bronchi, la pleura, il pericardio e la faccia posteriore del cuore. Ha rapporti vascolari con l'arco aortico e l'aorta il dotto toracico e le vene azygos: neurologici con, il nervo vago, il nervo frenico e il nervo ricorrente laringeo.

Esofago addominale

La porzione addominale va da D9-10 al cardias.

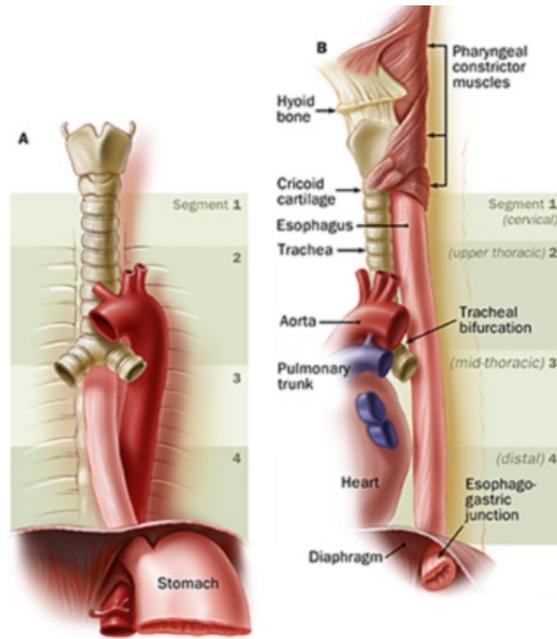
L'esofago addominale attraversa il pilastro di destra del diaframma a livello di T10 attraverso lo iato esofageo per sboccare nello stomaco a livello del cardias. I nervi vaghi anteriore e posteriore accompagnano l'esofago nel passaggio nello iato esofageo.

Lo iatus esofageo diaframmatico ha forma ovalare, largo 3 cm e con uno spessore di 2 cm, situato sulla proiezione di D9-D10. E' formato dall'incrocio dei pilastri destro e sinistro del diaframma.

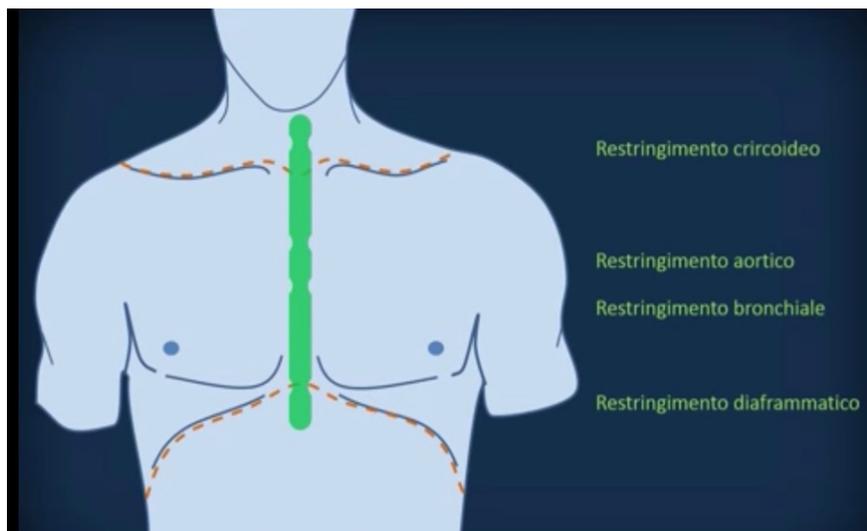
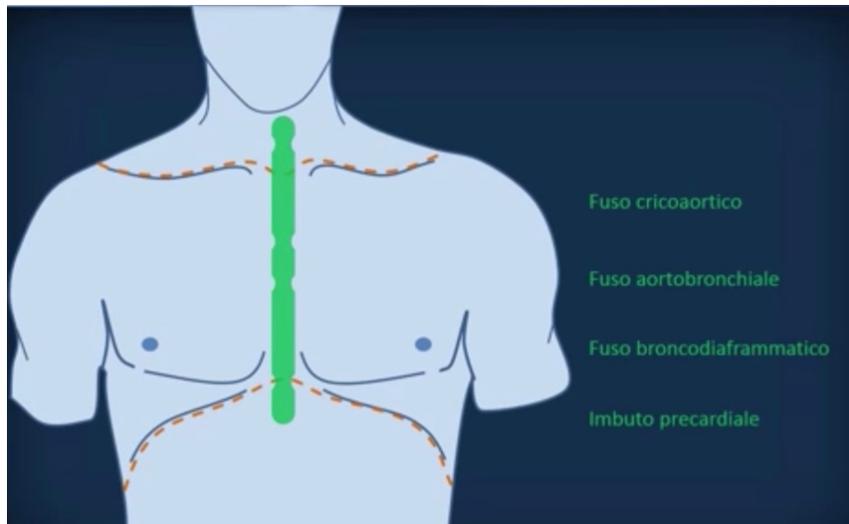
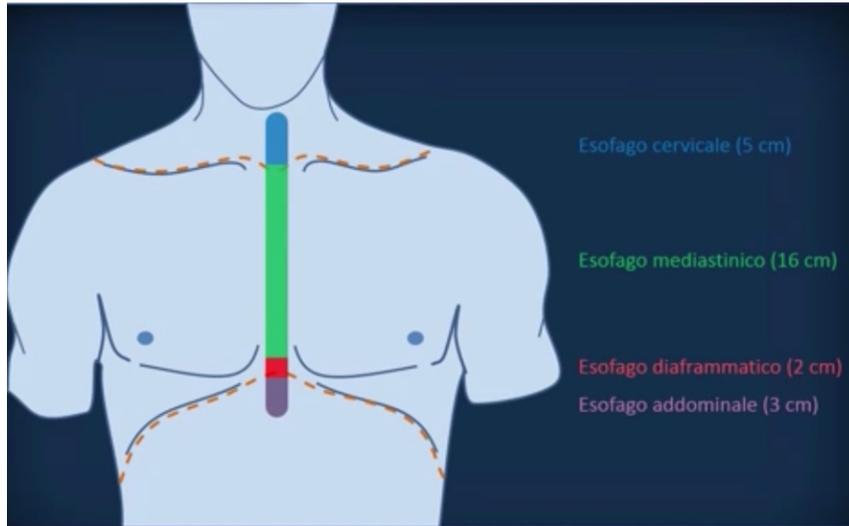
L'esofago presenta due sfinteri importanti :

Lo sfintere esofageo superiore (UES)

Lo sfintere esofageo inferiore (LES)



Lo sfintere esofageo superiore è comunemente abbreviato **UES**. Si indica con questo termine l'apparato sfinteriale situato tra esofago cervicale e ipofaringe che si oppone al passaggio di aria dalle vie aeree superiori in direzione dell'esofago, ed al reflusso del contenuto esofageo in faringe e nelle vie aeree. A differenza del **LES** (apparato sfinteriale che si trova tra esofago terminale e stomaco che si oppone al passaggio in esofago del succo gastrico acido), che è considerato uno sfintere puramente funzionale, lo sfintere esofageo superiore presenta una componente strutturale vera e propria, data dal muscolo cricofaringeo, ed è perciò uno sfintere anatomico.



1.3 ANATOMIA STOMACO ED ERNIA IATALE

Lo stomaco costituisce la parte più ampia del canale alimentare: è situato tra l'esofago e l'intestino tenue. L'organo è posto sotto il diaframma ed è coperto dalla piccola ala del fegato, occupa l'epigastrio e parte dell'ipocondrio di sinistra. L'organo presenta un orifizio d'ingresso: il cardias, all'altezza del corpo della 11° vertebra toracica e uno d'uscita, il piloro ricoperto anteriormente dalla faccia anteriore del fegato. Lo stomaco è appiattito in senso dorsoventrale e presenta una faccia anteriore ed una posteriore, un margine superiore, detto piccola curvatura a concavità superiore, uno inferiore, la grande curvatura. L'organo è suddiviso in tre parti: **fondo, corpo e regione pilorica**.

Il **fondo** è posto in alto sotto il diaframma, è la porzione che segue al cardias, è sospeso al diaframma dal legamento gastro-frenico; dal suo margine sinistro corrispondente alla grande curvatura origina il legamento gastro-splenico. È solitamente occupato da una bolla d'aria (bolla gastrica).

Al fondo fa seguito il **corpo**, la parte centrale dell'organo. Tale porzione è delimitata in alto dalla piccola curvatura che descrivendo una concavità destra raggiunge il piloro; lungo tale margine, completamente coperto dal lobo sinistro del fegato, decorre l'arteria gastrica di sinistra. Stomaco e fegato sono uniti dal legamento epatogastrico.

La regione pilorica si suddivide in antro e canale pilorico. L'antro mantiene le proprietà strutturali dello stomaco. Il canale pilorico o piloro costituisce una regione di transizione dallo stomaco alla prima porzione del duodeno. Il margine inferiore del corpo è costituito dalla grande curvatura: lungo tale bordo origina una piega mobile di peritoneo, il grande epiploon, che si prolunga sino al bacino ricoprendo le anse intestinali. Lo stomaco è in rapporto con il corpo del pancreas, il surrene e il rene sinistro posteriormente, la milza lateralmente, il mesocolon trasverso e la fessura colica di sinistra anteriormente. Lo stomaco è vascolarizzato da rami provenienti dal tronco celiaco: l'arteria gastrica di destra e sinistra si anastomizzano lungo la piccola curvatura; lungo il fondo e la grande curvatura arrivano le arterie gastriche brevi e le gastroepiploiche

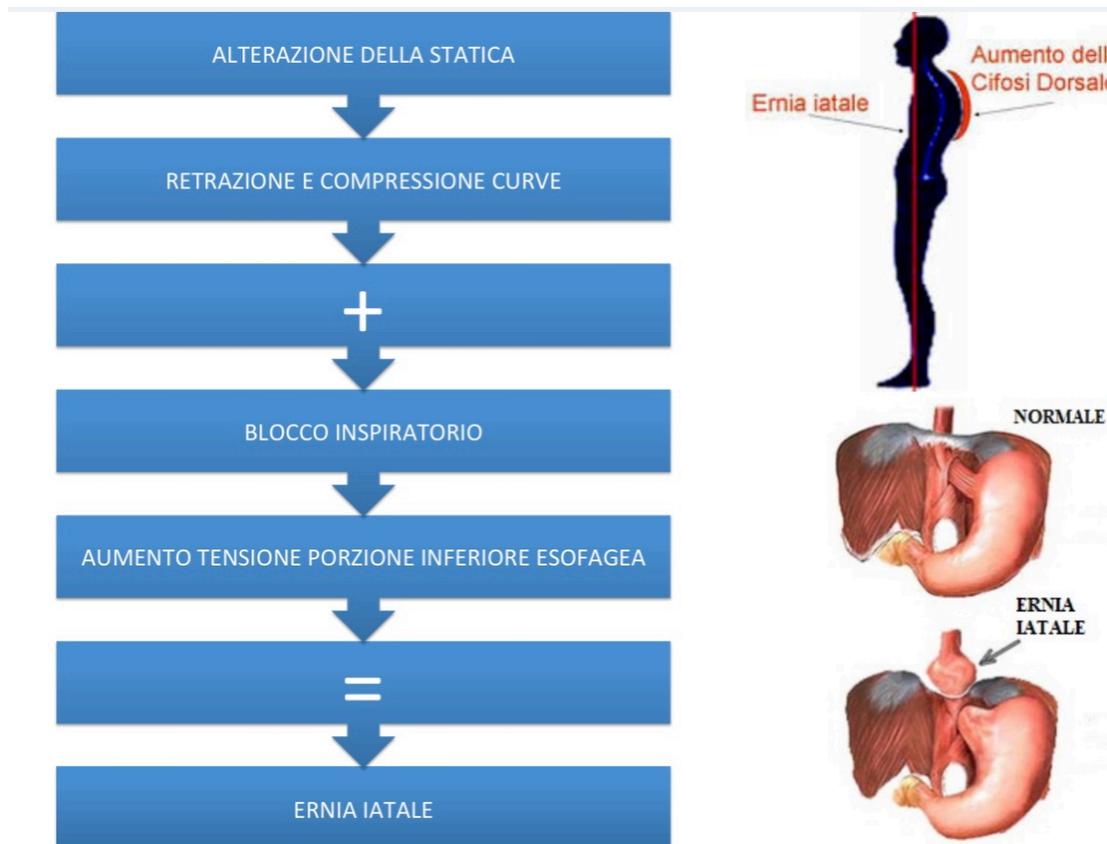
destra e sinistra. Le vene corrispondenti drenano alla vena porta direttamente o attraverso la vena mesenterica superiore e lienale. Lungo le due curvature sono localizzati anche i linfonodi che drenano la linfa dello stomaco. L'innervazione dello stomaco, tranne una componente vasomotoria e sensitiva di pertinenza dell'ortosimpatico, è soprattutto di origine vagale: i nervi vaghi entrano nella cavità addominale con l'esofago, e danno origine a un tronco posteriore e uno anteriore.

La parete dell'organo rispecchia la struttura generale precedentemente descritta con alcune peculiarità. La tonaca muscolare oltre agli strati circolare e longitudinale presenta uno strato di muscolatura ad andamento obliquo situato profondamente. La mucosa si solleva in pliche evidenti macroscopicamente ad andamento longitudinale e appare ulteriormente divisa in aree di forma poligonale, le areole gastriche. L'epitelio è semplice di tipo muciparo. Il ruolo del muco nel proteggere la mucosa è fondamentale, considerata l'elevata acidità del succo gastrico. Le ghiandole del fondo e del corpo sono tubulari semplici. Le cellule parietali sono voluminose, e caratterizzate dalla presenza di canali intracellulari che si continuano con i canali extracellulari sistemati tra i corpi delle cellule principali per raggiungere il lume delle ghiandole. Queste cellule sono responsabili della secrezione dell'acido cloridrico e del fattore intrinseco di Castle, che si lega alla vitamina B12 favorendone l'assorbimento intestinale. Sul fondo delle ghiandole gastriche si rileva la presenza di elementi endocrini. Tali elementi fanno parte di quell'ampio sistema diffuso in tutti gli apparati e classificato come sistema endocrino diffuso.

ERNIA IATALE

L'ernia iatale è causata dal passaggio di una porzione dello stomaco dall'addome al torace, attraverso un foro del diaframma. Questo foro è chiamato iato diaframmatico esofageo, proprio perché in condizioni normali consente il passaggio dell'esofago attraverso il diaframma. In caso di ernia iatale una parte più o meno consistente dello stomaco risale attraverso

questa apertura, causando i sintomi tipici della malattia.



CAUSE: alcune persone vengono colpite da ernia iatale dopo aver subito un forte trauma addominale, altre per motivi congeniti legati alla debolezza o all'eccessiva apertura dello iato esofageo.

L'aumento della pressione addominale, come abbiamo visto, favorisce l'insorgenza della patologia. Sono quindi più a rischio i pazienti affetti da tosse cronica, le donne durante la gravidanza e le persone in sovrappeso.

Anche il fumo, l'abitudine di indossare vestiti stretti e l'età avanzata predispongono l'individuo alla comparsa dell'ernia iatale.

SINTOMI: Il quadro clinico dell'ernia iatale è piuttosto variabile e mentre per alcune persone la malattia è del tutto asintomatica per altre può essere causa

di disturbi più o meno gravi. Spesso un paziente scopre occasionalmente di avere un'ernia iatale durante una visita legata ad altre patologie esofagee. Se l'ernia iatale è piuttosto grande può causare un reflusso del chimo gastrico nel tratto terminale dell'esofago.

Tra l'esofago e lo stomaco esiste una speciale valvola che in condizioni normali si apre e si chiude per consentire il passaggio del bolo alimentare in un'unica direzione. Il diaframma, con la sua pressione, favorisce il funzionamento di questo meccanismo, comprimendo e mantenendo chiuso lo sfintere. Quando si sviluppa un'ernia iatale la parte di stomaco che fuoriesce dalla sua sede naturale spinge lo sfintere al di sopra del diaframma alterando il normale meccanismo di apertura e chiusura. Questo lembo di tessuto muscolare può così aprirsi anche nei momenti meno opportuni causando la risalita del contenuto gastrico (pH acido 0.9 -3.5). Questa condizione è chiamata "sindrome da **reflusso gastro-esofageo**".

A causa dell'estrema acidità del contenuto gastrico le pareti esofagee possono lesionarsi causando i sintomi tipici della malattia:

- forte dolore al torace e senso di bruciore allo sterno
- rigurgiti acidi
- senso di amaro in bocca
- salivazione intensa
- raucedine

Tutti questi sintomi tendono a comparire o a peggiorare in occasione di sforzi severi o durante la gravidanza, a causa del temporaneo aumento della pressione intraddominale. La posizione orizzontale o "a testa in giù" (come quando ci si allaccia una scarpa) aggrava ancor di più i sintomi tipici dell'ernia iatale.

2. TENDINE CENTRALE

E' un insieme muscolo-aponeurotico e membranoso che forma una catena interna e realizza un collegamento con i 4 diaframmi:

- Tentorio del cervelletto
- Opercolo o stretto toracico
- Diaframma
- Perineo

Il tessuto muscolare è indissociabile dalla sua fascia che gli fornisce il rivestimento e rappresenta un punto d'appoggio e d'inserzione del muscolo. Il tendine centrale è in collegamento con il legamento longitudinale anteriore è rafforzato dal legamento longitudinale posteriore.

Tutte le tensioni indesiderate sul tendine centrale si ripercuoteranno a livello delle masse spinali cervicali e lombari generando cervicalgie e lombalgie.

Si forma quindi una catena interna e il suo decorso è dalla testa ai piedi, all'interno di questa catena possiamo trovare punti chiave come la base del cranio, il diaframma e il muscolo psoas che sono importanti punti di contatto fasciali.

I muscoli rappresentano il motore della postura, essi intervengono sul piano dinamico. Dal punto di vista statico, il coinvolgimento delle fasce sembra più rilevante e ciò rientra in un'ottica di economia energetica. Le catene fasciali avranno un ruolo di:

- Trasmissione delle informazioni
- Coordinazione e armonizzazione
- Ammortizzamento

La trasmissione si effettua grazie al sistema fascia/muscolo. Per trasmettere le informazioni in modo efficace e coordinato, sono necessari dei punti di appoggio a livello delle articolazioni.

Coordinazione e armonizzazione perché un movimento sia efficace, l'energia che lo determina deve essere ben indirizzata, l'azione dei diversi muscoli deve

essere ben coordinata affinché le forze muscolari possano agire efficacemente. Questo è realizzato grazie alle fasce.

Ammortizzamento perché la fascia coordina e distribuisce le forze su una superficie più estesa in modo da non raggiungere il punto di rottura. La fascia fornisce un punto di appoggio solido ai muscoli e grazie alle sue proprietà viscoso ed elastica assorbirà una parte dell'energia. La fascia può quindi essere definita come una guida e un corridoio di trasmissione delle forze.

Il tendine centrale è collegato al legamento longitudinale anteriore il quale è in stretta connessione con il legamento longitudinale posteriore, queste due strutture formano le due fasce del corridoio di trasmissione della sfera cranio-sacrale. Esse si riuniscono superiormente e inferiormente intorno alle due pulegge: SSB e osso sacro. Le fasce che costituiscono il tendine centrale e le loro interazioni con le fasce periferiche sono tutte dei corridoi di trasmissione che prendono rapporti sulle pulegge di riflessione formate dalle articolazioni o da visceri.

Il movimento dell'asse cranio-sacrale è trasmesso in modo armonico e fornisce un'omeostasi ideale. Una semplice restrizione altererà questa trasmissione armoniosa e determinerà segni di sofferenza sia sul piano strutturale sia su quello organico.

Durante l'inspirazione, l'osso sacro diventa verticale, le curvature della colonna vertebrale svaniscono, la SSB e la duramadre sono attratte verso l'alto. Questa trazione sulla fascia posteriore del corridoio è trasmessa alla fascia anteriore rappresentata dal tendine centrale: il tentorio del cervelletto va verso il basso, il diaframma va verso il basso, il perineo va verso il basso; di contro l'opercolo s'innalza per garantire una buona meccanica ventilatoria aumentando i tre diametri toracici. Questa meccanica permette di comprendere la pressione negativa endotoracica in opposizione con la pressione positiva endoaddominale che assicura una buona omeostasi.

3. AUTOGUARIGIONE

In Osteopatia non è il terapeuta che guarisce. Il suo ruolo è quello di eliminare gli “ostacoli” alle vie di comunicazione del corpo al fine di permettere all’organismo, sfruttando i propri fenomeni di autoregolazione, di raggiungere la guarigione. L’Osteopatia mira a ristabilire l’armonia della struttura scheletrica di sostegno in modo tale da permettere all’organismo di poter trovare un proprio equilibrio ed un proprio benessere.

4. STRESS

La società attuale impone al nostro organismo di sostenere ritmi elevati e frenetici per poter far fronte ai numerosi impegni quotidiani: lavoro, sport, distanze da colmare, orari da rispettare, alimentazione squilibrata...

Nel corso degli anni, però, mantenere alto il livello di produttività di questo complesso meccanismo, vuol dire sottoporre il nostro sistema ad un intenso carico di stress cronico da tollerare, non solo dal punto di vista fisico ma anche sotto il profilo psicologico.

L'adattamento omeostatico/allostatico è l'elemento principale della risposta allo stress. E' un meccanismo biologico che serve per ripristinare l'equilibrio e minimizzare gli effetti interni dello stress. Da tempo è nota la stretta correlazione esistente tra sistema immunitario e sistema nervoso. Molti studiosi definirono lo stress come la risposta aspecifica dell'organismo a ogni richiesta effettuata nei suoi confronti. Lo stress è considerato una reazione normale, con una funzione di tipo adattativo rispetto alle sollecitazioni provenienti dall'ambiente. Nella fase di allarme, sono mobilitati i meccanismi difensivi corporei e mentali volti a fronteggiare lo stress, attraverso una risposta "combatti o fuggi" e un aumento dello stato di allerta e delle energie mentali disponibili. Se lo stress non viene risolto, si passerà alla fase di resistenza, dove la persona tende ad adattarsi allo stressor attraverso la modifica dei sistemi omeostatici (frequenza cardiaca, livelli ormonali, pressione arteriosa ecc.) al fine di riparare al danno corporeo. Se la persona non riesce ad adattarsi, il corpo entrerà nello stadio di esaurimento, dove le risposte fisiologiche si intensificano, ma i livelli energetici si deterioreranno con la riduzione dei livelli di adattabilità e delle regolazioni fisiologiche, che col tempo potrebbero portare alla malattia. In alcuni casi, quindi, lo stress può divenire patologico, quando le richieste ambientali superano le capacità adattative dell'individuo.

Quando l'ipotalamo percepisce qualcosa come stressante, esso attiva una cascata ormonale che viene definita come risposta ormonale allo stress.

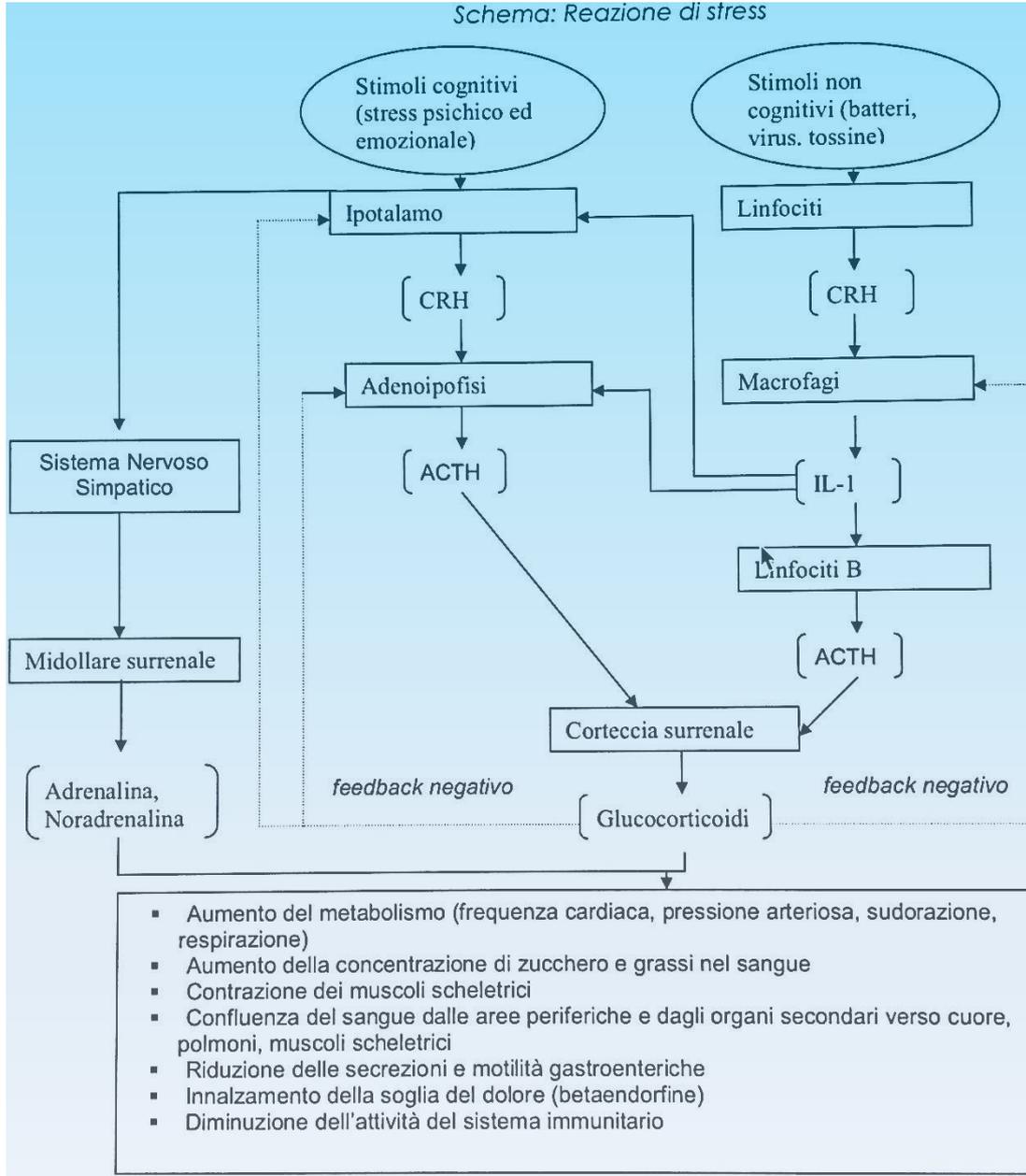
I sistemi dello stress producono vari cambiamenti fisiologici in risposta all'influenza degli stressor o fattori stressanti, i quali inducono il corpo ad adattarsi e a lottare per ristabilire l'equilibrio fisiologico. Per far fronte alle sfide, la risposta allo stress aumenta la frequenza cardiaca e respiratoria, le riserve di energia e ormoni come glucocorticoidi, mentre funzioni di priorità inferiori, come quelle gastrointestinali e riproduttive, sono diminuite. Il sistema immunitario viene stimolato nel breve termine, ma può essere soppresso da stress prolungati e gravi. Il trattamento osteopatico è finalizzato a valutare, incoraggiare, mantenere, ripristinare la capacità di adattamento della persona.

Le sindromi di adattamento sono di due tipi:

- **Sindrome di adattamento locale:** l'azione di specifici stressor provoca l'effetto localizzato solo in alcune parti del corpo.
- **Sindrome di adattamento generale:** è prodotta da agenti che hanno un effetto generale su parti estese del corpo, creando un maggior dispendio energetico.

Uno stress generale può influenzare reazioni locali e d'altro canto uno stress locale può (se sufficientemente forte) stimolare o aggravare una reazione generale.

Schema: Reazione di stress



5. DISFUNZIONE SOMATICA E TECNICHE OSTEOPATICHE

La disfunzione somatica è il criterio diagnostico per cui è indicata la manipolazione osteopatica. I criteri associati alla disfunzione somatica sono relativi ad anomalie della struttura del tessuto, asimmetria, limitazione del movimento e tenderness o ipersensibilità (acronimo: TART). Il glossario della terminologia osteopatica afferma che ai fini della diagnosi devono essere presenti tutti i criteri elencati.

In seguito alla valutazione del paziente si possono utilizzare diverse tecniche e adattare ad esso:

TECNICHE AD ENERGIA MUSCOLARE: rappresentano una modalità di trattamento manuale, che comporta la contrazione volontaria di alcuni muscoli del paziente in una direzione ben precisa, con diversi livelli d'intensità, effettuata verso una controforza esercitata appositamente dall'operatore. Queste tecniche vengono classificate come tecniche attive, in cui il paziente introduce la forza di contrazione. Si utilizzano per allungare un muscolo retratto, per diminuire un edema localizzato e ridurre la congestione (i muscoli rappresentano le strutture preposte al pompaggio dei sistemi venoso e linfatico) e per mobilizzare un'articolazione.

TECNICHE DI RILASCIO MIOFASCIALE: questa tecnica prevede: trazioni, mobilizzazioni compressioni contro barriera restrittiva oppure verso la barriera fisiologica; si ricerca il bilanciamento delle tensioni fasciali seguendo il movimento inerente del tessuto. Questa tecnica ha l'obiettivo di migliorare le afferenze provenienti da meccanocettori oltre a ristabilire l'aspetto circolatorio.

TECNICA ARTICOLATORIA: sono tecniche a forza estrinseca in cui l'azione di un operatore determina la correzione. Questa tipologia di procedura è in pratica una estensione del test di mobilità a scopo diagnostico, si prefigge il recupero della fisiologica funzione articolare, la simmetria di movimento e il sollievo del paziente. Può anche essere usata in preparazione ad una tecnica ad alta velocità-bassa ampiezza.

TECNICA THRUST (HVLA): tecnica ad alta velocità e ridotta ampiezza. Viene descritta come tecnica diretta. La forza di mobilizzazione utilizzata per correggere la disfunzione somatica è diretta contro la barriera restrittiva. Nel portare a termine tale correzione, l'operatore dovrebbe cercare di muovere il meno possibile il segmento verso questa barriera. Nella disfunzione somatica, incluse anomalie articolari, la disfunzione viene descritta per mezzo della libertà di movimento. Quindi, la barriera restrittiva che si incontra con la tecnica diretta è opposta alla libertà da cui la disfunzione prende nome.

6. CASO CLINICO

6.1 ANAMNESI

NOME	Roberto
COGNOME	Guglielmo
DATA DI NASCITA	15/1/1984
OCCUPAZIONE LAVORATIVA	Imprenditore
MOTIVO DEL CONSULTO	Dolore ipocondrio sinistro, dolore retrosternale, dolore dorsale ed emicrania
COM'E' INSORTO QUESTO DOLORE	Improvvisamente facendo un combattimento arti marziali
DA QUANTO TEMPO	Da 7 anni
DOLORE SUPERFICIALE PROFONDO TRAFITTIVO O A MORSA	Dolore profondo
IN PRECEDENZA HA MAI SOFFERTO DI QUESTO PROBLEMA	Solo di emicrania
ESAMI STRUMENTALI	Si ernia cervicale tra C4-C5(referto non disponibile), ernia iatale (con referto)
ALTRI SINTOMI ASSOCIATI AL DOLORE	A volte spalla sinistra
QUANDO AUMENTA IL DOLORE DORSALE O CERVICALE INIZI AD AVERE MAL DI TESTA O VICEVERSA	Non è collegato
DOLORI IN QUALCHE ALTRA PARTE DEL CORPO	no
C'E' IRRADIAZIONE	A volte braccio sinistro
IL DOLORE SI SPOSTATO E' FISSO DURANTE LA GIORNATA (ritmo durante la giornata)	fisso
IL DOLORE SI E' EVOLUTO	È peggiorato col tempo
FATTORI AGGRAVANTI	Il lavoro pesante
FATTORI ALLEVIANTI	Stare in estensione con il tronco
HA GIA' SUBITO TRATTAMENTI	no
SVOLGE ATTIVITA' FISICA SE SI QUANTE VOLTE	Corsa e palestra 5 volte settimana. Prima facevo karate a livello agonistico
HOBBY	Corsa e palestra
TRAUMI (es cadute sul sacro, testa)	Testa con cicatrice a 4 anni, polso, medio e mano destra rotta mandibola lato destro. Caduta in moto cicatrice fianco sinistro
INTERVENTI (anche odontoiatrici)	No. Ha portato l'apparecchio
STRESS	10 e più
SONNO	5 ore a notte

FARMACI	no
PORTI OCCHIALI	no
FUMO	no
ALCOOL	no
ALIMENTAZIONE	Regolare e bilanciata dovuta all'ernia iatale
DIGESTIONE	Con alimentazione regolare buona, a volte lamenta pesantezza post prandiale
APPARATO RESPIRATORIO (asma, bronchiti)	Asma in cura
APPARATO CIRCOLATORIO (pressione)	regolare
APPARATO GENITO URINARIO (coliche, minzione)	regolare
SISTEMA CUTANEO	regolare
SISTEMA NEUROLOGICO	regolare
SISTEMA PSICOLOGICO (lutti, problemi familiari)	Regolare a parte lo stress elevato

6.2 REFERTI MEDICI

REFERTO

ESOFAGO: Regolare per canalizzazione e decorso.

CARDIAS: Ernia jatale.

STOMACO: Camera gastrica ampia. Pareti elastiche.
Fondo, in retroversione, segno del batocchio.
Pliche e mucosa nei limiti.

PILORO: Centrale.

DUODENO: Bulbo e seconda porzione indenni.

BIOPSIE: N° POLIPI ASPORTATI

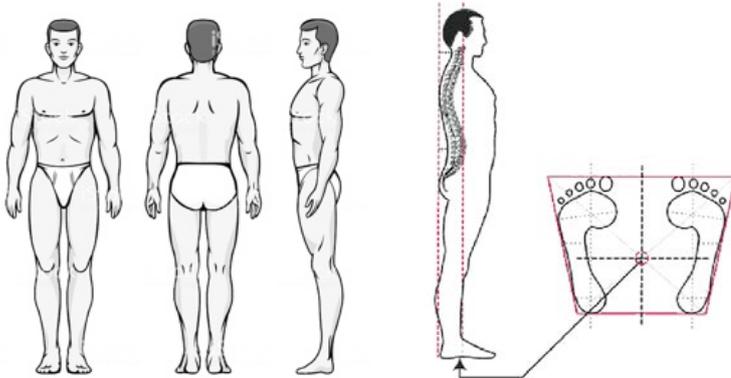
ANESTESIA:

DIAGNOSI FINALE: **ERNIA JATALE**

PROSSIMO ESAME:

Referto Firmato Digitalmente

6.3 ESAME OBIETTIVO



PIANO FRONTALE ANTERIORE

- Occhio sinistro più basso
- Orecchio sinistro più basso
- Capezzolo sinistro più basso
- Spalla destra anteposta rispetto alla sinistra
- Triangolo della taglia di sinistra meno ampio
- Bacino ruotato a destra
- Valgismo plantare

PIANO FRONTALE POSTERIORE

- Condilo occipitale sinistro più alto
- Spalla sinistra più alta
- Scapola sinistra abdotta e più alta
- Triangolo della taglia di sinistra meno ampio
- Maggior tono muscolare a destra zona lombare
- Bacino ruotato a destra
- Valgismo plantare

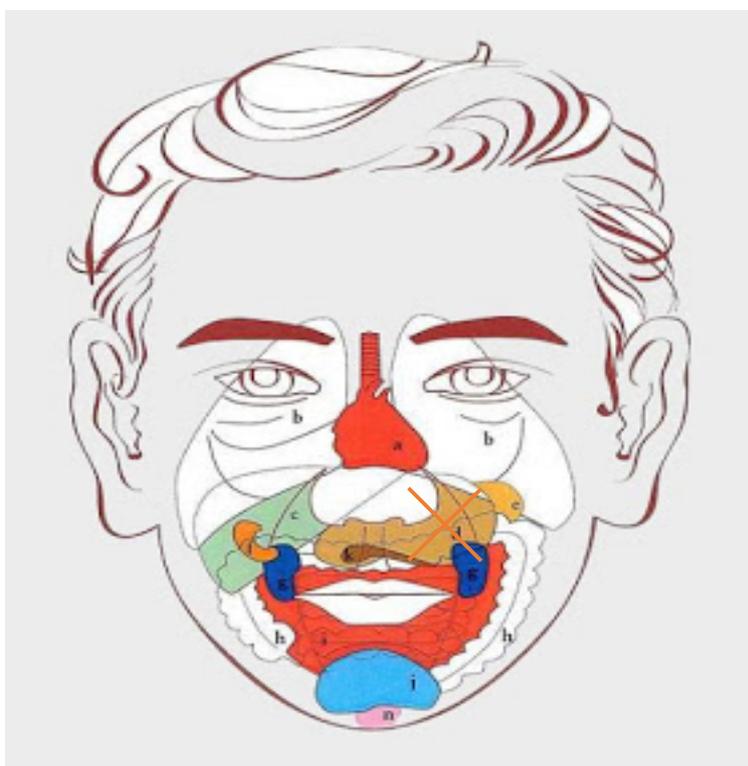
PIANO SAGITTALE

- Capo anteposto
- Spalla destra anteposta rispetto alla sinistra
- Bacino ruotato a destra
- Recurvatum

ALLA PALPAZIONE CONDILO SINISTRO PIU' ALTO TRAPEZIO SINISTRO
PIU' TONICO

VALUTAZIONE DELLA PROIEZIONE DEGLI ORGANI SUL VOLTO

Vediamo, nella figura a lato, una mappa in cui sono rappresentati gli organi interni ed i loro punti riflessi sul volto.



a) dalla radice del naso alla sua base: cuore – arteria polmonare

b) dalle sopracciglia agli zigomi: polmoni

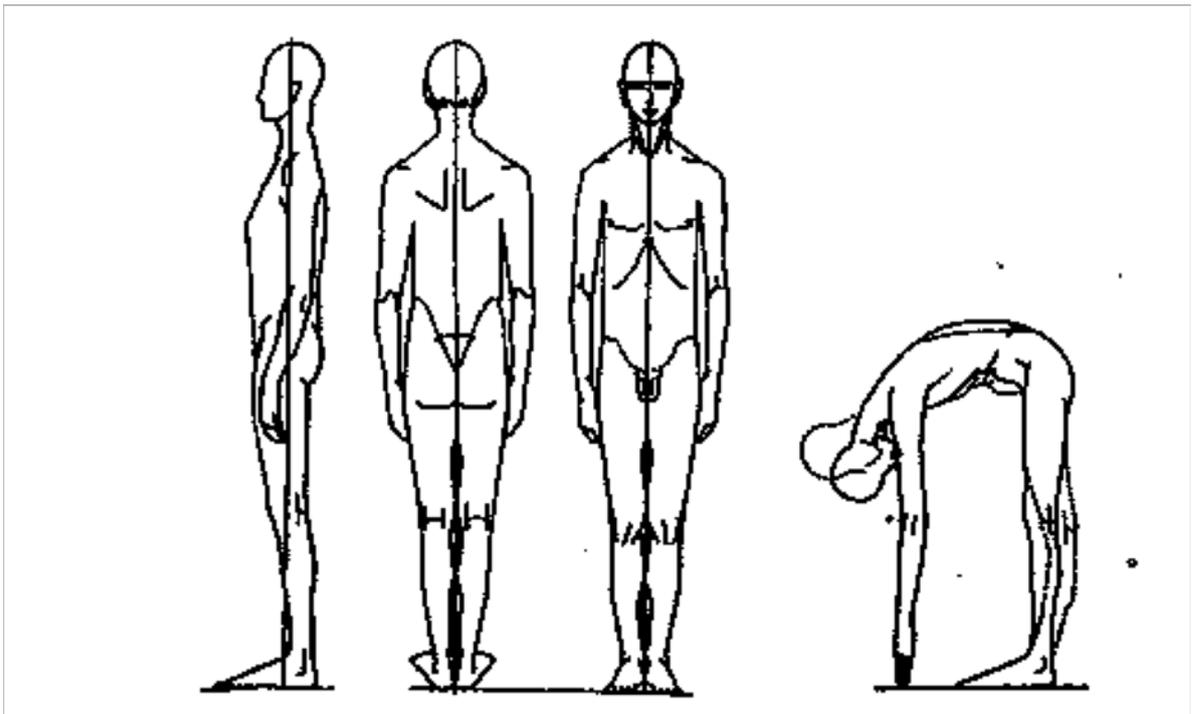
- c)** alla base dello zigomo a destra: fegato
- d)** alla base dello zigomo a sinistra e sotto il naso:
stomaco
- e)** a sinistra della narice: fegato
- f)** a destra verso la base: cistifellea
- g)** su entrambi i lati della bocca: reni – ghiandole surrenali
- h)** dal lato destro del mento e sotto il labbro inferiore: parte il colon, sale a livello del labbo superiore e naso, poi ridiscende a sinistra verso la punta del mento: colon
- k)** a metà tra la base del naso e il labbo superiore: pancreas
- i)** dalla parte superiore del mento al bordo inferiore: utero – ovaie
- n)** sul bordo inferiore del mento: vescica – retto

6.3.1 TEST ATTIVI

FLESSIONE AVANTI DEL TRONCO: maggior tono lato destro zona dorso lombare, tensione e retrazione muscolare degli ischio-crurali.

SIDE BANDING: maggior rigidità a destra soprattutto nella parte dorsale compensa accentuando la rotazione del bacino verso destra eseguendo il side banding sinistro.

ROTAZIONE TESTA E TRONCO: limitata a sinistra.

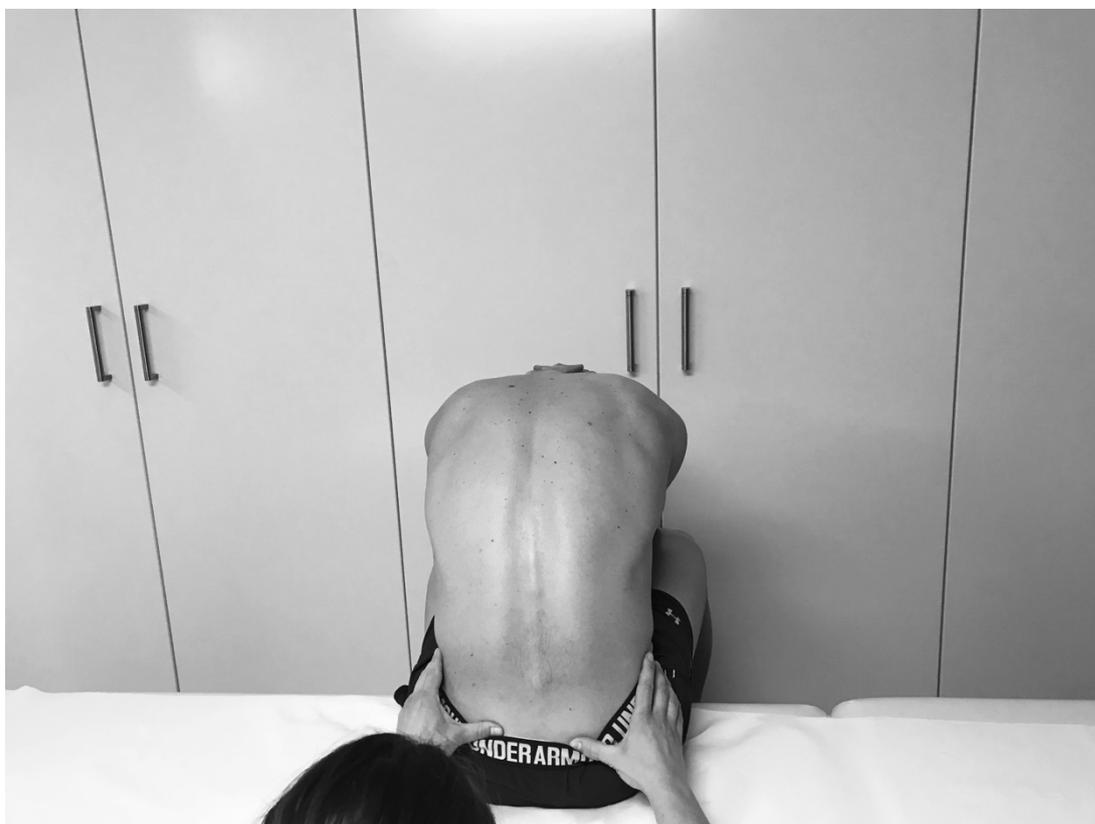


6.4 TEST DI VALUTAZIONE

TFE: test di flessione da eretti. Dalla stazione eretta si fa eseguire una flessione del capo e del tronco avanti, mentre l'osteopata mantiene i pollici sui reperi SIPS. Viene presa in considerazione la sips che si muove prima. La flessione del rachide lombare porta la base del sacro a spostarsi, inizialmente all'indietro e solo quando tutte le vertebre hanno completato l'escursione e i legamenti risultano tesi, la base si muove in avanti introducendo il movimento nelle articolazioni sacro-iliache. La restrizione da un lato fa bloccare, prima della completa escursione, l'articolazione ileo-sacrale, facendo salire la sips prima da questo lato. Questo test permette di rilevare una disfunzione ileo-sacrale (disfunzione ascendente).



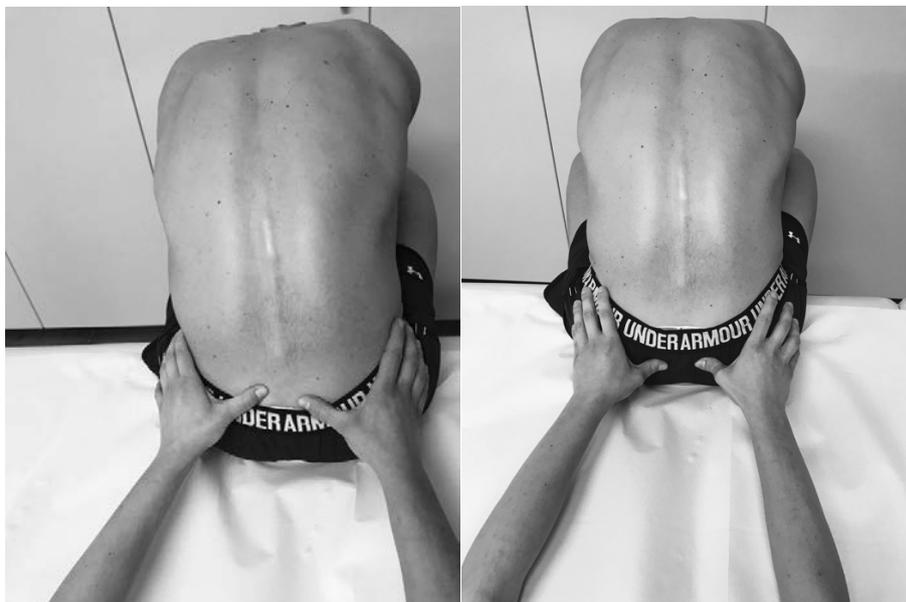
TFS: test di flessione da seduti. In posizione seduta si fa eseguire una flessione del capo e del tronco avanti, l'osteopata mantiene le mani sui reperi SIPS. In posizione seduta l'innominato è inizialmente bloccato sul posto dalla grande tuberosità ischiatica, l'articolazione sacro-iliaca viene coinvolta quando il sacro impegna l'ilio che ruota anteriormente insieme alla flessione sacrale, sollevando bilateralmente le sips. La restrizione da un lato blocca l'articolazione sacro-iliaca, quindi ilio e sips iniziano l'escursione prima della controlaterale. Questo test permette di rilevare una disfunzione sacro-iliaca (disfunzione discendente).



SPRING SUGLI ILIACI: mantengo fermo un iliaco, si esegue una pressione antero-posteriore sull'altro iliaco, valutandone la restrizione.



TEST DEI POLLICI ASCENDENTI: con questo test l'osteopata trova l'asse di movimento del sacro, poi ponendo il paziente prono va a valutare la direzione in cui "guarda" il sacro.



TFE + sinistro

TFS +++ sinistro

TEST DEI POLLICI ASCENDENTI: SX/DX

SUPINO

- Ascolto del cranio: maggior espansione a destra.
- Spring sulle spalle: maggior restrizione lato sinistro.
- Valutazione gabbia toracica: disfunzione in espirazione lato sinistro, maggior densità a livello dei muscoli digastrici di sinistra.
- Test d'inibizione, inibendo lo stomaco migliora la densità e la rotazione del capo a sinistra.
- Test esofago: disfunzione esofago toracico e addominale.
- Test sulle scissure dei polmoni: negative.
- Spring sugli iliaci: maggior restrizione lato sinistro.

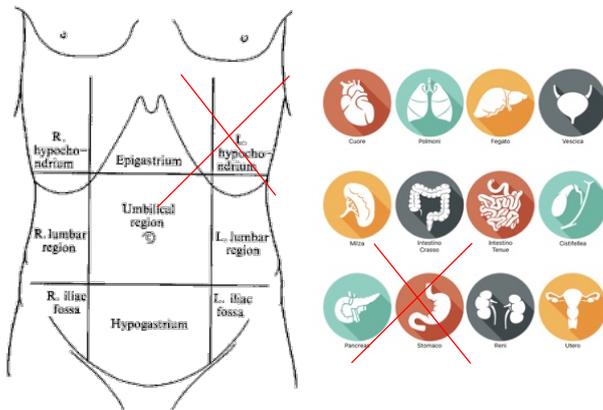
- Test anca: disfunzione anca destra in rotazione esterna.
- Test tibia: disfunzione in rotazione interna tibia destra.
- Test di Thomas: test positivo psoas destro.

PRONO

Spring sul sacro: sacro molto “duro” non si lascia comprimere.

Valutazione sacro: SX/DX

Spring sulla colonna vertebrale e valutazione: D7 in FRS SX L5 FRS DX



6.5 PRIMO TRATTAMENTO

TECNICA SACXOFONO: il paziente scarica il peso del proprio corpo sull'osteopata. Il quale pone le mani in corrispondenza dei processi trasversi e con movimenti di "andata e ritorno" cerca di mobilizzare il tratto dorsale.



TECNICHE MIOFASCIALI QUADRATO DEI LOMBI E PSOAS: l'osteopata segue la tensione della fascia e aspetta fino al rilasciamento dei tessuti.



TRATTAMENTO PILASTRI DIAFRAMMA: l'osteopata si posiziona con i pollici al di sopra l'ombelico a livello di L2-L3 eseguendo una pressione fino a percepire il battito (aorta). Si trazona verso l'esterno il pilastro sinistro del diaframma, mentre il paziente lascia cadere le gambe dal lato opposto. Si continua aumentando la trazione e lasciando cadere sempre di più le gambe del paziente dal lato opposto fino al completo rilasciamento.



TRATTAMENTO ESOFAGO TORACICO: l'osteopata pone la mano craniale a livello del manubrio sternale, l'ipothenar, o la mano caudale a piatto, sulla proiezione dello iatus esofageo (condrocostale di sinistra K7). La pressione delle due mani sarà diversa, quella craniale dovrà imprimere una pressione maggiore per raggiungere la struttura, mentre quella caudale rimarrà più superficiale, la maggiore e minor pressione delle mani dipende dalla posizione dell'esofago. Ci si trova a livello mediastinico, sull'organo da trattare si esegue una trazione che sarà mantenuta fino al rilascio della struttura.

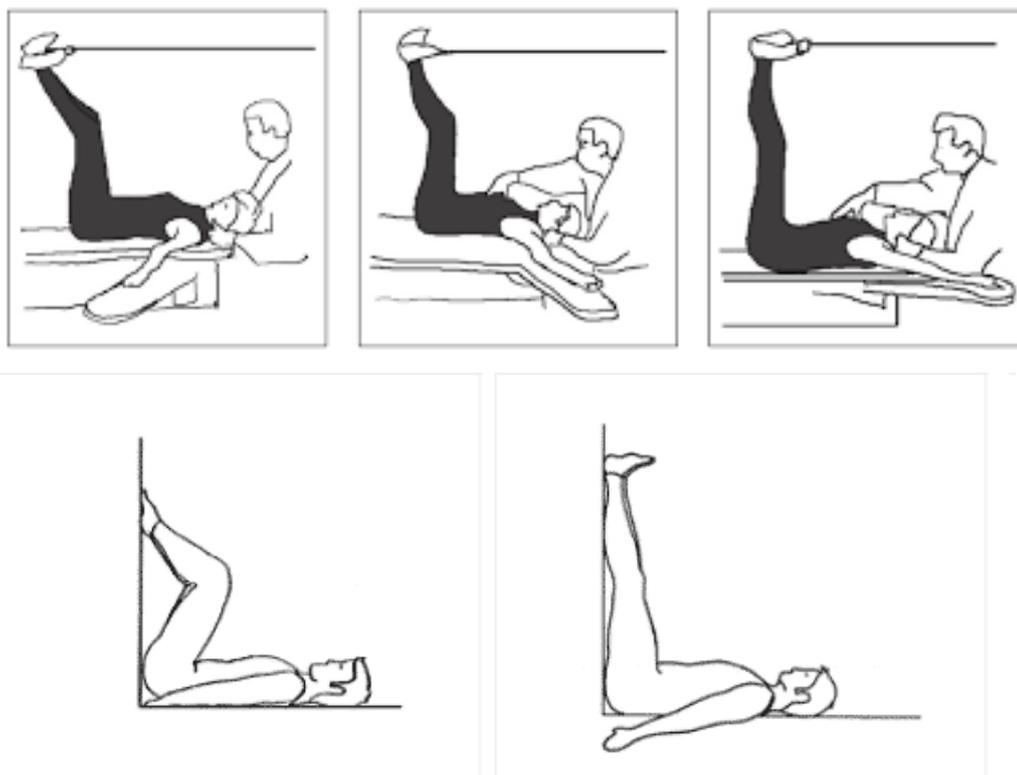


TRATTAMENTO ESOFAGO ADDOMINALE: l'osteopata entra con i due pollici adiacenti a contatto dell'angolo costo-xifoideo con una pressione verticale verso dietro. Bisogna arrivare alla densità tessutale. Si entra ancora in direzione della spalla sinistra del paziente, verso la proiezione del cardias. Con un pollice si fissa l'esofago, nel suo passaggio diaframmatico, e con l'altro ci si pone sulla giunzione tra esofago e cardias. Arrivati alla densità tessutale, si allontanano i due pollici tra loro per mettere in allungamento la porzione addominale dall'esofago.



Nel caso sopra illustrato, al termine del primo trattamento ho rivalutato la mobilità del cranio riscontrando un movimento omogeneo da destra verso sinistra e da sinistra verso destra.

Esercizi da svolgere a casa: ho consigliato al paziente di eseguire respirazioni diaframmatiche, mantenendo la postura Mézières lavorando anche sulla catena trasversa, il tutto per 5 minuti ogni sera fino al prossimo trattamento.



Lavoro sulla catena inspiratoria e antero-interna.

6.5.1 TRATTAMENTI SUCCESSIVI

SECONDO TRATTAMENTO

TFE: negativo

TFS:++

TEST POLLICI ASCENDENTI: DX/DX

C3 FRSDX

D7 FRSSX l'osteopata esegue il test d'inibizione tra queste due vertebre e inibendo D7 migliorava il TART di C3. Per questo motivo si decide di trattare D7.

Cupola diaframmatica sinistra in disfunzione espiratoria. Griglia costale di sinistra più chiusa.

TENDINE CENTRALE: l'osteopata pone una mano in zona occipitale bloccando i condili, l'altra mano a livello del manubrio sternale prestando attenzione a non comprimere le clavicole, si aumenta la pressione con la mano sullo sterno seguendo la respirazione del paziente. Una volta raggiunta la struttura si ricerca un allungamento della fascia con la mano caudale.



THRUST D7 FRsSx: l'osteopata utilizza una tecnica Dog posizionandosi con il pisiforme a livello della trasversa in posteriorità, con l'altra mano sorregge il capo e porta il tronco in flessione fino al raggiungimento della barriera. Le braccia del paziente sono incrociate in modo che non possa svincolarsi. Trovati i giusti parametri (ERSdx) si dà un impulso per ultimare la tecnica.

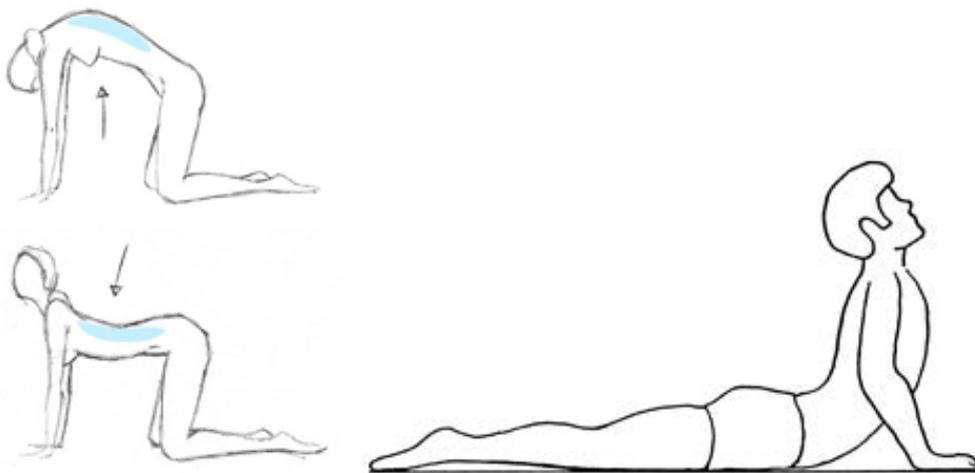


CUPOLA DIAFRAMMATICA SINISTRA: l'osteopata preferisce utilizzare una tecnica funzionale nella quale si chiude la gabbia toracica, limitandone l'apertura durante l'inspirazione e mantenendo la chiusura durante l'espiazione, seguendo i movimenti elicoidali del diaframma. Questa tecnica farà così lavorare il muscolo con le inserzioni costali ravvicinate, riducendo il lavoro ed il dispendio energetico, favorendo il rilassamento e deprogrammando il sistema sottocorticale che mantiene la contrattura. Solo a fine tecnica, quando si avverte il rilasciamento del muscolo, possiamo aprire la gabbia toracica, seguendo sempre i movimenti tissutali, ed enfatizzare l'apertura costale, chiedendo un'elevazione del braccio omolaterale.





Esercizi da svolgere a casa: oltre agli esercizi consigliati in precedenza è bene proseguire con altri esercizi di mobilità del tronco in flesso-estensione in quadrupedia e terminare con il mantenimento della postura “sfinge” in estensione del tronco abbinata alla respirazione addominale.



TERZO TRATTAMENTO

TFE: negativo

TFS:+

Ho riscontrato un miglioramento a livello dorsale, ho valutato milza (disfunzione in espirazione) e ho eseguito il test sull'ernia iatale (positivo), stomaco in disfunzione in espirazione, duodeno in disfunzione in inspirazione. In questo terzo trattamento ho eseguito test d'inibizione tra stomaco-milza, stomaco-duodeno, stomaco-fegato e viceversa. Inibendo lo stomaco ho ottenuto un miglioramento dei tessuti anche del TART a livello dorsale e occipitale. Ho potuto riscontrare che la disfunzione primaria era attribuita allo stomaco.

TRATTAMENTO LEGAMENTO GASTROFRENICO: l'osteopata mette la mano caudale sullo stomaco e la mano craniale sulla proiezione del diaframma V spazio intercostale. Si mantiene la mano craniale fissa trazionando la mano caudale verso il basso fino a sentire un rilascio della struttura.



TRATTAMENTO LEGAMENTO EPATOGASTRICO (PICCOLO EPIPLOON):

l'osteopata mette una mano sulla proiezione dell'ilo del fegato, l'altra mano a livello della piccola curva dello stomaco. Si mantiene fissa la mano a livello dell'ilo del fegato e si trazona con l'altra mano il legamento fino a sentire un rilascio della struttura.



TRATTAMENTO ERNIA IATALE: l'osteopata prende contatto con la mano caudale sulla faccia anteriore o sulla parte bassa dello stomaco, impugnando con la mano craniale la testa del paziente. In un primo tempo, durante un'inspirazione, s'induce la discesa dello stomaco stirando verso il basso l'insieme delle fasce sovragastriche. Il paziente è globalmente flesso verso il basso e avanti, in direzione della zona epigastrica. La testa del paziente viene portata verso la lesione aiutandosi con la respirazione. S'induce il detensionamento fasciale della zona esofago-cardio-tuberositaria

sopradiaframmatica, alleviando la pressione a livello dell'ernia, dando allo stesso tempo un'informazione propriocettiva allo stomaco sottostante. In un secondo tempo, durante un'inspirazione (blocco inspiratorio), si fa ritornare il paziente disteso nella posizione di partenza, allungando il rachide toracico e cervicale ruotando la testa verso destra. L'osteopata mantiene lo stomaco e l'esofago verso il basso mentre il diaframma risale stirando così le fasce periesofagee e reintegrando i tessuti erniari nello iatus diaframmatico, tonificando allo stesso tempo la muscolatura esofagea.





Dopo l'approccio specifico all'ernia iatale, ho rivalutato lo stomaco, la sua mobilità e motilità, al fine di reintegrarlo nella sua loggia fasciale e nel sistema propriocettivo informativo dell'organismo.

TRATTAMENTO STOMACO IN ESPIRAZIONE: l'osteopata mette la mano craniale a livello della componente del fondo dello stomaco mentre la mano caudale viene posizionata a livello della piccola tuberosità. Dopo aver riscontrato una disfunzione in espirazione, mantiene la posizione delle mani cercando il punto neutro. Questo punto neutro viene definito come un punto di equilibrio, in questo caso per lo stomaco, punto nel quale lo stomaco si trova in normotensione e ritornerà a svolgere il suo fisiologico movimento fasciale.



Ho consigliato al paziente, oltre agli esercizi da svolgere a casa, di seguire un'alimentazione corretta.

ALIMENTI E BEVANDE DA EVITARE	
ANTIPASTI	proibiti, salvo il prosciutto crudo e cotto, magro, la bresaola e i crostini al burro e/o formaggio
MINESTRE	brodo di carne e dado, tortelli, tortellini, cannoli, risotti piccanti
CARNE, PESCE, UOVA	carni in umido o salse piccanti, fritti, Tonno, anguilla, crostacei e molluschi, merluzzo. Uova fritte. Limitare pollame grasso e cacciagione
VEGETALI CONDIMENTI	peperoni, peperoncino rosso, aglio, cipolla, Fagioli, piselli, lenticchie, ceci, cavolo, pomodori acerbi, funghi crudi o poco cotti, tartufi, Salsa d'acclughe.
FRUTTA, DOLCI	limoni, arance, pompelmo, melograno. Frutta poco matura e secca (mandorle, arachidi, fichi, noci, etc...). Cioccolato, cacao, pasticceria in generale.
LATTE, FORMAGGI	yoghurt, formaggi fermentati (pecorino, gorgonzola, etc.)
BEVANDE	aperitivi, cocktails, acqua minerale gasata, coca cola, birra. Alcolici a media e forte gradazione (oltre 17'). Caffè tradizionale, <u>thè</u> normale.

ESEMPIO DI DIETA	
COLAZIONE Una tazza di latte o thè deieinato con biscotti. Macedonia di frutta, frutta sciropata.	MERENDA Frutta fresca, latte o thè deieinato con biscotti. Pane con formaggio o prosciutto crudo.
PRANZO Pasta o riso al pomodoro, sugo di carne. Carne o pesce arrosto. Verdura fresca o cotta, condita con olio crudo. Pane, grissini o fette biscottate. Un frutto maturo. Un bicchiere di vino. Acqua minerale naturale.	CENA Carne o pesce come il giorno ovvero prosciutto crudo, formaggi ovvero uova al tegame, in frittata, "à la coque". Contorno e pane come il giorno. Frutta matura o cotta. Acqua minerale naturale.

6.6 VALUTAZIONE AL TERMINE DEI TRE TRATTAMENTI

Foto all'inizio e fine trattamento

INIZIO TRATTAMENTO e FINE TRATTAMENTO



7. CONCLUSIONI

Al termine del terzo trattamento ho riscontrato un miglioramento per quanto riguarda la postura del mio paziente. Mi ha riferito una maggiore mobilità articolare, diminuzione del dolore cervico-dorsale minore frequenza di emicranee e una migliore gestione dello stress.

*L'individuo è vivente ed il movimento fasciale non può arrestarsi ma solo riarmonizzarsi nella manifestazione cinetica che continua ad esservi
("... il movimento è vita." Andrew Taylor Still).*

RINGRAZIAMENTI

Sentitamente ringrazio i docenti e il team Fisiomedic per questo splendido percorso formativo che mi ha dato l'opportunità di crescere professionalmente e umanamente. In particolar modo ringrazio il direttore Luca Bonadonna che ci ha fatto da guida lungo tutto il percorso di apprendimento di questi tre anni. Un grazie anche ai miei compagni di corso con cui ho lavorato con gioia e serenità.

8. Bibliografia

Alexander S. Nicolas Evan A. Nicholas “ Atlante di tecniche osteopatiche ed. Carla Stecco PICCIN.

Paolo Tozzi, Chistian Lunghi, Gianpiero Fusco “ I cinque modelli osteopatici” ed. EDRA.

Jon Parsons, Nicholas Marcer “Osteopatia di diagnosi, trattamento e pratica” Marrapese editore.

Philip E. Greenman “ Principi di medicina manuale”

Anthony G. Chila “ Fondamenti di medicina manuale” Casa editrice ambrosiana.

Christian Lunghi, Francesca Baroni, Mariantonietta Alò “ Il ragionamento clinico osteopatico ed. Edra.

Roberto Pagliaro “ Osteopatia in campo viscerale l’addome” Marrapese editore- Roma.

M. Bemtivoglio, G. Bertini, C.Cracco “ Anatomia umana e istologia” edizione minerva medica.

A. Chantepie, J.-F. Pérot “Anatomia & osteopatia basi anatomiche per osteopati” ed. PICCIN

Siti internet.