



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

“RITORNO AL CANTO DI UNA PAZIENTE CORISTA, AFFETTA
DA MRGE ED ERNIA IATALE GRAZIE ALLA MANIPOLAZIONE
OSTEOPATICA”

Candidato: LUIGI d’ALBA

ANNO ACCADEMICO 2017 / 2018

Indice

Introduzione	Pag. 5
Primo Capitolo - ANATOMIA e FISIOLOGIA	Pag. 7
Sottocapitolo 1.1 - Il Diaframma	Pag. 7
Sottocapitolo 1.2 - Anatomia del diaframma	Pag. 9
Sottocapitolo 1.3 - Fisiologia del diaframma	Pag. 12
Sottocapitolo 1.4 - Anatomia distretto gastroesofageo	Pag. 15
Sottocapitolo 1.5 - Fisiologia del giunto esofago-gastrico	Pag. 20
Sottocapitolo 1.6 - Fisiopatologia della MRGE	Pag. 21
Secondo Capitolo - PATOGENESI DELLA MRGE	Pag. 23
Sottocapitolo 2.1- Sintomi tipici	Pag. 23
Sottocapitolo 2.2- Sintomi atipici	Pag. 24
Sottocapitolo 2.3 - Sintomi extra-esofagei	Pag. 25
Terzo Capitolo - MANIPOLAZIONE OSTEOPATICA	Pag. 27
Sottocapitolo 3.1 - Caso clinico	Pag. 29
Sottocapitolo 3.2 - Trattamento osteopatico	Pag. 30
Risultati e Conclusioni	Pag. 41
Ringraziamenti	Pag. 42
Bibliografia	Pag. 43

Introduzione

La malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) è una condizione cronica che colpisce un numero crescente di soggetti ed è una delle malattie più diffuse in pratica clinica. Si stima che la popolazione affetta da questo disturbo si collochi tra il 14% e il 20% degli adulti, sulla base di sintomi auto-riportati. Con un costo per la comunità molto elevato.

Il bruciore di stomaco è il sintomo esofageo predominante del MRGE, mentre il bronco spasmo, la tosse cronica sono i sintomi extra-esofagei più comuni.

La malattia da reflusso gastroesofageo compromette la qualità della vita del paziente richiedendo un cambiamento nelle abitudini alimentari nonché cambiamenti nelle modalità del sonno e i suoi sintomi, ricorrenti o duraturi, a lungo termine possono limitare le attività quotidiane.

Inoltre, la sua natura multifattoriale impedisce la completa descrizione dei fattori meccanici, chimici, fisiopatologici e funzionali che predispongono i pazienti alla malattia.

Una disfunzione collaterale o conseguente della MRGE è senza dubbio l'Ernia Iatale (E.I.).

Nel presente lavoro, si descrivono le caratteristiche anatomiche e fisiologiche di MRGE accompagnata da accertata E.I., si prende in considerazione il fatto che molto raramente MRGE/EI sono disgiunte da una disfunzione diaframmatica; si rivede appena la storia della terapia manipolativa osteopatica (TMO) in relazione a MRGE, e presento il mio studio esplicativo di TOM per una paziente con E.I.

1 ANATOMIA e FISIOLOGIA

1.1 IL DIAFRAMMA

Il diaframma è conosciuto per la sua elevata posizione gerarchica nel sistema respiratorio, infatti è conosciuto come il muscolo primario della respirazione.

Il diaframma in realtà non è così monovalente, anzi le sue azioni sono ben più particolari e articolate; infatti, già dando un'occhiata alla sua topografia, si può immaginare che funzioni potrebbe avere.

Il diaframma è studiato da molte correnti di pensiero; infatti, questo muscolo è avvolto quasi da un alone di mistero dal momento in cui racchiude delle verità scientifiche e delle “verità” date più che altro dalle esperienze.

Un diaframma che lavora bene, in maniera fisiologica, dà benefici sorprendenti. Le sfere di interesse sono:

- ⇒ Benefici digestivi
- ⇒ Massaggio viscerale
- ⇒ Scarico delle tossine
- ⇒ Nutrimento tessutale
- ⇒ Irrorazione sanguigna
- ⇒ Elasticità costo-vertebrale
- ⇒ Mobilità cardiaca e polmonare
- ⇒ Drenaggio profondo addominale e cranico
- ⇒ Riequilibrio neurovegetativo e qualità del sonno

Ma le capacità del diaframma non si fermano qui; come dice in modo particolare la medicina cinese, i sentimenti risiedono nei visceri.

Il diaframma, infatti, data la sua posizione e le sue connessioni anatomiche, risente delle nostre emozioni; ad esempio, se pensiamo ad un forte spavento, il diaframma si blocca e di conseguenza si blocca il respiro. Quindi le sensazioni che viviamo si ripercuotono inesorabilmente sul diaframma.

Il diaframma è localizzato pressoché al centro del tronco; la sua superficie ricopre tutta la cavità toracica dividendola così dalla cavità addominale.

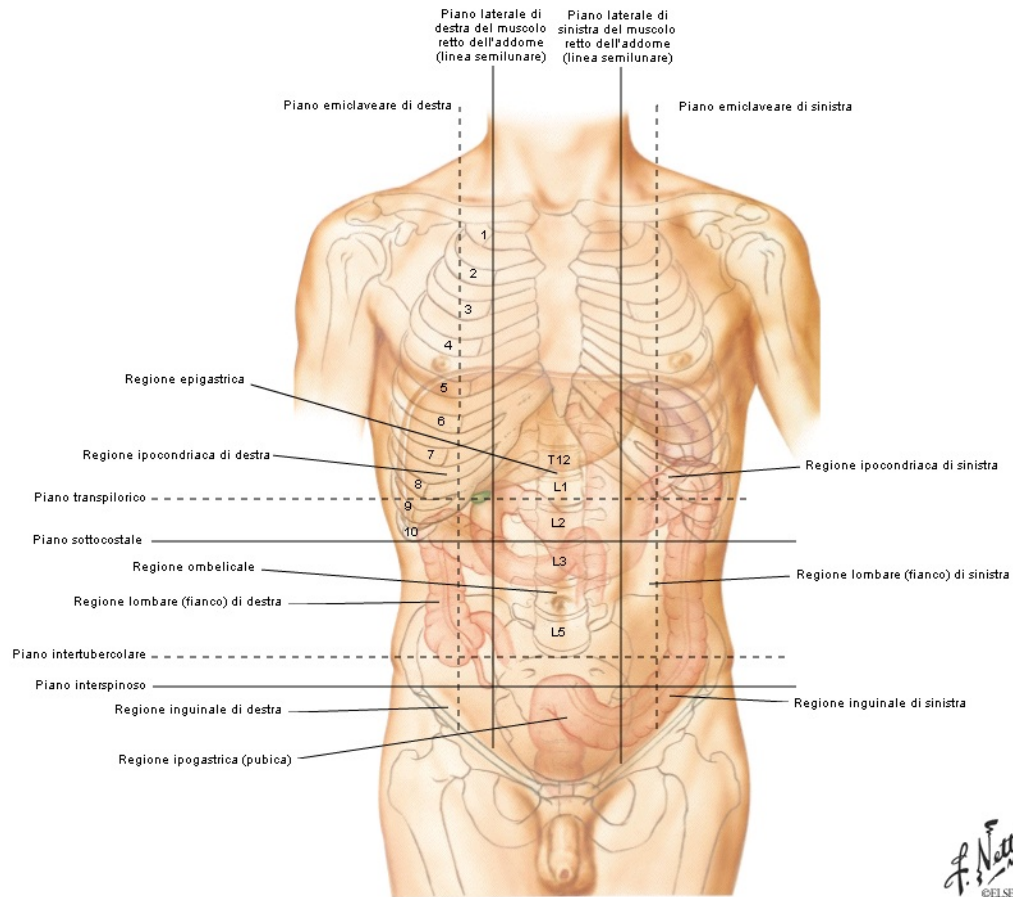
Topografia toracica e diaframmatica:

la cupola diaframmatica è a livello della 5^a costa

l'emicupola di destra leggermente più alta rispetto alla sinistra per la presenza del fegato; sotto il diaframma abbiamo tutto il contenuto dell'addome, quindi fegato, intestino, stomaco, milza e gli altri organi. Quindi sono influenzati dagli atti respiratori gli organi che sono attaccati sotto il diaframma e si muovono insieme con esso.

Il diaframma è contenuto nell'ipocondrio di destra, nell'epigastrio e nell'ipocondrio di sinistra.

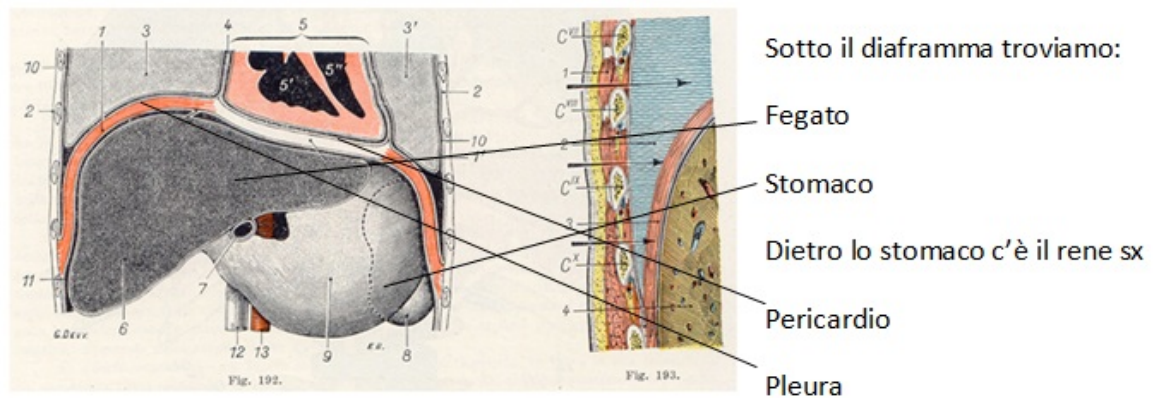
Regioni e piani dell'addome



1.2 ANATOMIA DEL DIAFRAMMA

1.2.1 RAPPORTI ANATOMICI DEL DIAFRAMMA

Il diaframma contrae rapporti diretti, nella sua parte cefalica, sia con i polmoni che con il cuore, infatti sul diaframma si possono distinguere le impronte dei foglietti pleurici e del foglietto pericardico. Nella parte inferiore invece i rapporti anatomici che ha sono con il fegato, con lo stomaco e con il rene sinistro.



1.2.2 ANATOMIA DEL DIAFRAMMA

Inserzioni vertebrali:

Il diaframma presenta dei pilastri fibrosi che fungono un po' da fondamenta di questa struttura.

Le inserzioni dei pilastri del diaframma sono sulla parte antero-laterale dei corpi vertebrali di L1 L2 L3.

Il pilastro di destra è più lungo del pilastro di sinistra; infatti, quello di sinistra si ferma tra L2 e L3 e quello di destra tra L3 e L4.

Inserzioni costali:

Abbiamo una porzione costale che si inserisce sulla faccia interna delle ultime 6 coste. Significa che, se a livello dei capezzoli sono a livello della 5^a costa, dalla 6^a costa in giù, si attacca il diaframma. La porzione sternale si attacca a livello del processo xifoideo.

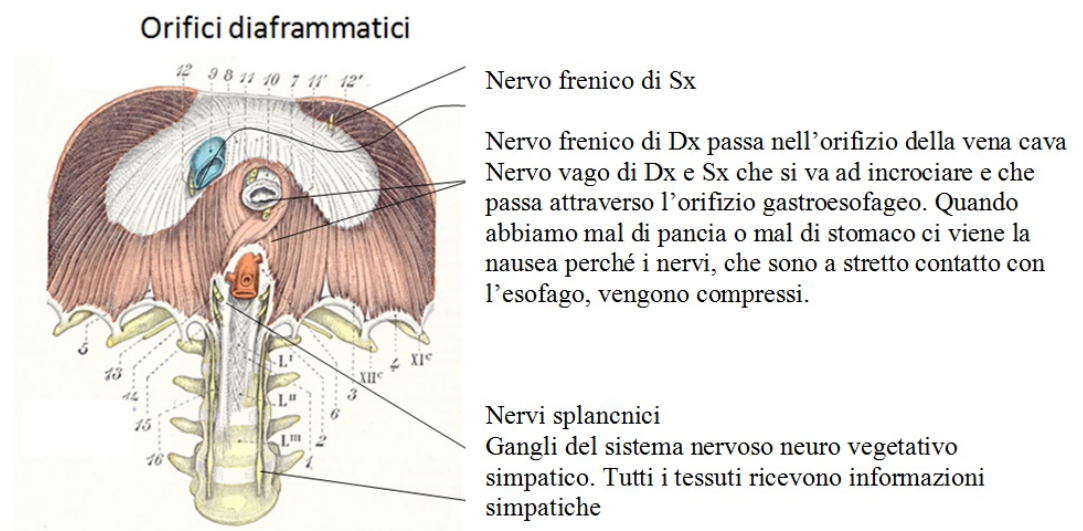
Arcate tendinee:

Le arcate tendinee collegano l'11^a e la 12^a costa (fluttuanti) e collegano anche le apofisi trasverse di L1. Vanno poi a costituire l'orifizio aortico tendineo; si incrociano e vanno a costituire muscolarmente l'orifizio esofageo e continuando ad incrociarsi con il foglietto anteriore e laterali, inoltre vanno a costituire il foro della vena cava.

1.2.3 ORIFIZI DIAFRAMMATICI

Il diaframma toracico separa la cavità toracica da quella addominopelvica; questo presenta sia una parte muscolare che una parte tendinea ovvero il centro frenico del diaframma. Il muscolo diaframma è attraversato da altre parti anatomiche, il passaggio di questi avviene grazie a degli orifizi che si trovano sia nella parte contrattile sia in quella aponeurotica:

- Vena cava (+ nervo frenico di dx)
- Esofago (+ nervo Vago dx e sx)
- Aorta (+ dotto toracico e vena azygos)
- Frenico sx (cupola)
- Forami per i nervi splancnici maior e minor dai pilastri
- Forami del Morgagni (rami epigastrici sup. + arteria toracica interna + vasi linfatici provenienti da addome anteriore e fegato)



Questo nervo vago esce dal foro lacero-posteriore costituito dall'osso temporale, l'occipite e lo sfenoide. Innerva quasi tutto l'apparato gastro-enterico, quindi collega il cranio con tutto il sistema digerente.

La parte bianca mediale è il CENTRO FRENICO, cioè la parte aponeurotica tendinea quindi quella non contrattile.

La vena cava e l'aorta sono protette dalle contrazioni muscolari dal momento in cui la vena cava passa totalmente nel centro frenico, mentre l'aorta è protetta da delle arcate tendinee.

L'orifizio gastro-esofageo è invece nella parte muscolare, altro motivo per il quale un diaframma che non si muove correttamente può portare a una costrizione dell'esofago e quindi a dei problemi della digestione o a dei reflussi gastroesofagei.

1.3 FISIOLOGIA DEL DIAFRAMMA

1.3.1 Inspirazione ed espirazione

Il diaframma, durante la cinetica respiratoria, compie un movimento su un piano frontale; questo aumenta il diametro verticale durante l'inspirazione e diminuisce il diametro durante l'espirazione, inoltre muove le coste, espandendole durante l'inspirazione e rilasciandole con l'espirazione.

Si può considerare dunque il diaframma come il muscolo essenziale nella meccanica respiratoria in quanto da solo riesce ad aumentare i tre diametri del volume toracico:

- Aumento del diametro verticale;
- Aumento del diametro trasversale per l'innalzarsi delle coste inferiori;
- Aumento del diametro antero-posteriore per l'innalzarsi delle coste superiori mediato dallo sterno.

In INSPIRAZIONE il diaframma compie due movimenti differenti: all'inizio dell'inspirazione il centro frenico si abbassa ed incontra la tensione delle strutture soprastanti, ma abbassandosi incontra anche la resistenza delle strutture sottostanti come il fegato e lo stomaco, diventando così un punto fisso. Le fibre muscolari laterali si contraggono su questo punto fisso.

Quando il centro frenico scende, aumenta il diametro longitudinale, le coste superiori si alzano, aumenta il diametro antero-posteriore; il centro frenico fa punto fisso, le fibre laterali si accorciano, e alzano le ultime coste. Quindi aumenta il diametro trasversale. In ESPIRAZIONE il diaframma, passivamente, si rilassa e risale. Il diaframma è un muscolo volontario o involontario? E' involontario, ma posso modificare il movimento del diaframma non contraendo la muscolatura respiratoria accessoria, ma cercando di respirare con l'addome.

1.3.2 Movimento dei muscoli dell'addome

Da questa immagine (Fig. AB-2) possiamo vedere come si muove il diaframma su un piano sagittale e frontale con il suo andamento in inspirazione/espiazione. I muscoli accessori espiratori più potenti sono gli addominali: questi, oltre a lavorare sinergicamente con il diaframma toracico, hanno il compito di far fare una espiazione forzata. Possiamo dunque capire che l'azione del diaframma senza la presenza degli addominali sarebbe molto minore.

Durante l'inspirazione: la contrazione del diaframma abbassa il centro frenico ma presto interviene la resistenza dei visceri addominali che vengono posti in tensione in modo particolare dalla cintura addominale; senza di essi il contenuto dell'addome scivolerebbe in avanti e verso il basso, impedendo così al centro frenico di avere un appoggio solido, impedendo a sua volta al diaframma di sollevare le coste inferiori. Durante l'espiazione: il diaframma si rilassa e la contrazione dei muscoli addominali abbassa così la parte inferiore del torace, diminuendo i diametri antero-posteriore e trasverso della gabbia toracica. Inoltre, aumentando la pressione addominale, spingono la massa dei visceri verso l'alto, facendo così risalire il centro frenico, con la conseguente diminuzione del diametro toracico verticale.

Il ruolo del diaframma e dei muscoli addominali esprime quello che è definito come antagonismo sinergico dal momento in cui, quando il diaframma è in ispirazione il tono dei muscoli addominali diminuisce, mentre quando il tono dei muscoli addominali aumenta, cioè in espirazione, il tono diaframmatico diminuisce progressivamente.

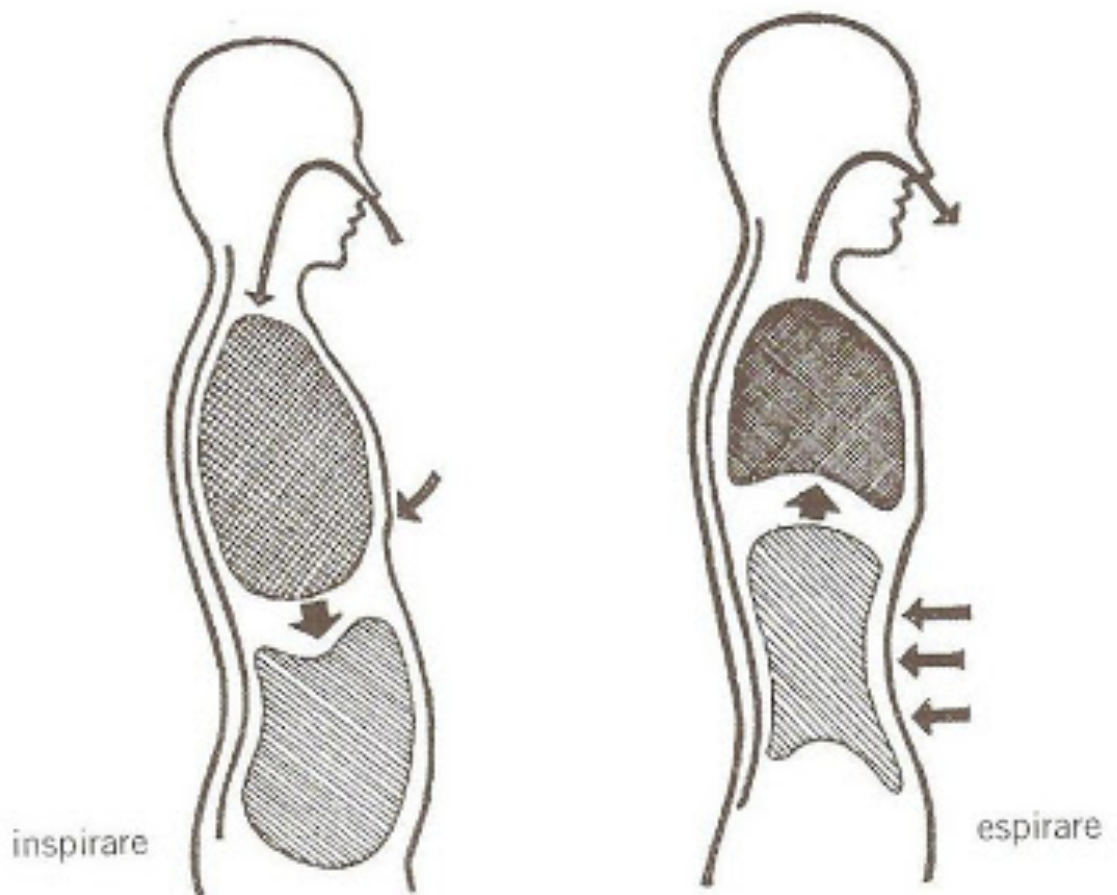


Fig. Ab-2 Atti respiratori: Inspirazione e Espirazione

1.4 ANATOMIA DISTRETTO GASTRO-ESOFAGEO

1.4.1 GIUNTO ESOFAGO-GASTRICO

La giunzione esofago-gastrica risulta essere una zona anatomica di particolare importanza per la patogenesi della Malattia da Reflusso Gastro Esofageo.



In foto => Cardias e Giunzione Esofago-Gastrica: LINEA Z (quadro endoscopico normale).

I confini anatomici e fisiologici tra esofago e stomaco non sono sovrapponibili, in quanto il passaggio dalla mucosa squamo-cellulare a quella gastrica, facilmente riconoscibile e individuabile nella Linea Z posta ad un centimetro circa al di sopra del cardias, non coincide con quello funzionale posto nello Sfintere Esofageo Inferiore.

In ogni caso, le diverse componenti anatomiche- funzionali contribuiscono in modo unitario al regolare transito del cibo in senso oro-distale, alla prevenzione del reflusso di materiale gastrico in esofago, a permettere l'eruttazione e, quando necessario, il vomito.

L'esofago è un condotto muscolo-membranoso che si estende dalla faringe allo stomaco per una lunghezza di circa 24 cm, scorrendo nella loggia mediastinica sino al diaframma. Esso si trova interposto nella sua parte terminale tra due cavità, di cui una a pressione negativa (quella toracica), e l'altra positiva (quella addominale). L'esofago giunge in addome insieme ai nervi vaghi, attraversando il diaframma in corrispondenza dello iato esofageo, il quale, il più delle volte, è costituito da uno sdoppiamento del solo pilastro diaframmatico mediale destro, le cui fibre partono dalla II, III e IV vertebra lombare, formando una sorta di fionda. Questa zona è situata radiologicamente a livello della X-XI vertebra toracica.

L'esofago si estende per altri 4-5 cm, per poi unirsi allo stomaco, appena inferiore al fondo gastrico, col quale viene a formare un angolo acuto, detto Angolo di His.

La giunzione esofago-gastrica, vista all'interno dello stomaco, viene ad assumere un aspetto a becco di flauto, il cui margine superiore costituisce una vera valvola mucosa, la Valvola di Von Gubaroff, la cui struttura è rinforzata dalle fibre arciformi della muscolatura gastrica che si dispongono tutto intorno alla regione cardiaca (collare di Helvetius).

L'angolo di His viene costantemente mantenuto acuto dal gioco delle contrazioni del pilastro destro diaframmatico, detto anche Laccio di Allison, che circonda l'esofago terminale. È, dunque, proprio in corrispondenza della giunzione esofago-gastrica, che esiste un insieme di strutture anatomiche e funzionali costituenti la cosiddetta barriera anti-reflusso. La continenza è sicuramente legata all'esistenza dello Sfintere Esofageo Inferiore (SEI).

Le strutture che costituiscono le barriere anti-reflusso sono:

1.4.2 Sfintere Esofageo Inferiore (SEI):

separa la pressione negativa intra-esofagea, da quella positiva intragastrica. E' anatomicamente costituito da fibre muscolari lisce del tratto terminale del corpo esofageo che continuano senza interruzione nella muscolatura dello stomaco. Sebbene a questo livello non sia stata mai individuata una vera e propria struttura anatomica sfinteriale, studi manometrici hanno evidenziato una zona ad alta pressione, situata all'estremo distale dell'esofago. Ricerche evidenziano che non esiste una pressione dello sfintere, ma un intero *range* ad alta pressione, distribuito in senso radiale e in senso assiale e che riguarda una zona di lunghezza di circa 3-4 cm, situata nella parte terminale dell'esofago al di sopra della giunzione Squamo-Colonnare.

1.4.3 Esofago Addominale:

L'esistenza di un esofago addominale sottomesso alle variazioni di pressioni esistenti in addome è indispensabile; la mancanza di questo segmento esofageo (mal posizione cardio-tuberositaria, ernia iatale da scivolamento), rappresenta un elemento anatomico che potrebbe determinare la genesi del Reflusso Gastro-Esofageo. La lunghezza di questo segmento è in media di 4-5 cm e comprende: una porzione sovra diaframmatica con una terminazione un po' dilatata a fuso dell'esofago

toracico, una porzione diaframmatica ristretta di 2 cm ed una porzione sotto-diaframmatica addominale di 3 cm circa.

1.4.4 Angolo di His:

Il cardias, giunzione esofago-gastrica, è posto in un piano obliquo diretto verso il basso e verso destra a formare un angolo di 30° - 45° sul piano orizzontale; il margine destro dell'esofago prosegue con la piccola curva gastrica, mentre il margine sinistro risulta addossato alla grande tuberosità, formando con essa un angolo (l'angolo di His). L'ampiezza di tale angolo varia al variare del riempimento gastrico: angolo acuto quando lo stomaco è pieno, angolo retto quando lo stomaco è vuoto. Questa incisura esterna solleva una piega mucosa all'interno dello stomaco, detta Valvola di Von Gubaroff, frutto dell'addossamento delle mucose che tappezzano esofago e stomaco. L'assenza o la scomparsa dell'angolo di His viene osservata in occasione di mal posizioni cardio-tuberositarie e di ernie iatali da scivolamento; essa può favorire la comparsa di un reflusso gastro-esofageo.

1.4.5 Bretella di Laimer:

È un foglietto di fibre provenienti dallo stomaco che avvolgono l'esofago distale. Contribuisce a mantenere acuto l'angolo di His.

1.4.6 Diaframma:

di cui abbiamo già parlato in precedenza, qui specificheremo semplicemente che i pilastri del diaframma rappresentano la muscolatura estrinseca dello iato; non rappresentano un mezzo di ancoraggio dell'esofago, ma intervengono in occasione di movimenti respiratori. L'allontanamento dei pilastri permette la formazione di un'ernia iatale da scivolamento.

1.4.7 Membrana freno-esofagea:

E' una lamina elastico-connettivale, costituita dalla fusione della fascia diaframmatica endo-toracica con quella endo-addominale, con qualche

fibrocellula muscolare a provenienza dal diaframma, si presenta con l'aspetto di due tronchi di cono, uniti alle basi, uno superiore ed uno inferiore. Questa, penetrando nella parete della porzione intrainatale esofagea fino alla tonaca muscolare, costituisce un'altra importante struttura di fissazione del viscere e fa sì che l'esofago distale (gli ultimi 3 cm), sia in sede endoaddominale, rappresentando uno dei meccanismi anti-reflusso.

1.4.8 Meso-esofago:

Il meso-esofago è un tessuto cellulo-fibroso denso che trova posto nello spazio di divaricazione tra i due foglietti peritoneali che collegano il viscere alla parete posteriore. Occupa tutta la larghezza dell'esofago e connette in tal modo le sue facce posteriori e laterali all'aorta e ai pilastri del diaframma, garantendo in tal modo la permanenza del viscere in addome; la sua sezione o dissezione permette, infatti, l'ascensione intra-toracica dell'esofago. Il legamento gastro-frenico, altro elemento cellulo-fibroso denso, prolunga verso sinistra il meso-esofago ed ancora la grande tuberosità gastrica al diaframma.

1.4.9 Muscolatura del corpo dell'esofago:

Le normali contrazioni della parete dell'esofago sono necessarie per il completo e normale svuotamento del viscere. La parete muscolare dell'esofago comprende uno strato di fibre superficiali longitudinali ed uno strato di fibre circolari profonde. Queste fibre circolari circondano l'angolo di His, intrecciate con le fibre oblique dello stomaco e scendono sui due versanti della piccola curva (cravatta di Helvetius).

1.5 FISIOLOGIA DEL GIUNTO ESOFAGO-GASTRICO

A livello della giunzione esofago-gastrica, una zona funzionalmente di grande importanza è lo sfintere esofageo inferiore, costituito da fibre lisce e contratte tonicamente, volte a creare una zona ad alta pressione. Una serie di fattori condiziona il tono dello sfintere, con il compito precipuo di consentirne il rilasciamento, dopo l'inizio della deglutizione, e la contrazione post-deglutitoria per prevenirne il reflusso. Il nervo vago è principalmente coinvolto nel controllo riflesso della contrazione o del rilasciamento del SEI. I neuroni pregangliari iniziano nel nucleo motore dorsale del vago e arrivano al SEI. I rilasciamenti possono essere anche transitori e indipendenti dalla deglutizione e durano generalmente più a lungo dei rilasciamenti post- deglutitori. I rilasciamenti transitori facilitano il passaggio retrogrado dell'aria intragastrica e quindi l'eruttazione e sono causati soprattutto dalla distensione del fondo gastrico. La pressione del SEI è altresì influenzata da fattori diversi. Difatti essa aumenta considerevolmente in risposta ad un pasto proteico, da vari ormoni (gastrina, motilina, Sostanza P), da alcuni farmaci (metoclopramide, domperidone), mentre è diminuita da un pasto prettamente lipidico, dalla cioccolata, dall'alcol, da ormoni (colecistochinina, glucagone, progesterone), da diversi farmaci (diazepam, morfina, calcio antagonisti, nitrati).

1.6 FISIOPATOLOGIA DELLA MRGE

La giunzione esofagogastrica (EGJ) è una complessa struttura valvolare che previene il reflusso, è composta dallo sfintere esofageo inferiore (SEI) intrinseco, è situata all'interno dello iato diaframmatico ed è circondata dal diaframma crurale (CD), che fornisce compressione sfinteriale. È la principale barriera contro il reflusso gastroesofageo e la sua funzione è stata attribuita alla pressione intrinseca SEI, alla compressione estrinseca del SEI dal CD, alla posizione intra-addominale del SEI, all'integrità del legamento freno-esofageo e al mantenimento dell'angolo acuto tra l'esofago e lo stomaco, promuovendo una funzione "valvola a lembo". L'associazione delle sue parti costitutive e la loro capacità di mantenere una zona ad alta pressione o un segmento luminale chiuso nella regione che separa lo stomaco dall'esofago, gioca un ruolo importante nella funzione complessiva dell'EGJ.

La muscolatura liscia SEI è innervata da efferenti vagali pre-gangliari, che forniscono innervamento sia eccitatorio che inibitorio al SEI. Gli effetti simpatici hanno origine nei segmenti spinali da T6 a T10 e non possono esercitare un importante effetto diretto sulla contrazione o rilassamento SEI. Probabilmente sono principalmente nocicettivi e potrebbero potenzialmente costituire un modulatore del rilassamento di SEI indotto dal nervo vago. Quindi, il nervo vago è il primo mediatore dei riflessi SEI. Il CD circonda l'esofago con una forma ad anello muscolo, che forma uno sfintere estrinseco attorno all'esofago: l'imbragatura crurale.

Ricercatori come Brasseur, ed altri, nei loro studi hanno osservato che lo sfintere esofageo inferiore è composto da 2 componenti, 1 prossimale e 1 distale. Hanno separato e quantificato questi componenti e identificato 2 picchi di pressione: 1 picco superiore sovrapposto e spostato ri-

gidamente con l'imbracatura crurale, e 1 picco inferiore che probabilmente riflette la fionda di gas o le fibre muscolari di chiusura all'EGJ. Inoltre, Shafik ha osservato che l'imbragatura crurale sembra influenzare l'occlusione esofagea non solo mediante compressione diretta, ma anche attraverso un atteggiamento in rotazione dell'esofago.

Pandolfino ha suggerito che la funzione compromessa del CD, indicata da un diminuito aumento inspiratorio della pressione dell'EGJ riscontrata sui risultati della manometria ad alta risoluzione, è un predittore indipendente di MRGE. Hanno anche affermato che le dimensioni radiali o la distensibilità del canale iatale o lo spessore e l'elasticità del CD stesso possono essere fattori importanti per il mantenimento della funzione CD. I lavori di Kwiatek hanno mostrato che il componente inspessivo della pressione di EGJ è la firma di pressione del CD e che le oscillazioni di pressione nella zona di alta pressione dell'EGJ sono proporzionali alla forza della contrazione diaframmatica, sia volontaria che involontaria. Questo risultato corrobora le relazioni di Pandolfino, Brasseur e Shafik.

2 PATOGENESI DELLA MRGE

1) Forma idiopatica

2) Forme secondarie:

- ❖ Obesità
- ❖ Malattie endocrino-metaboliche (Diabete-Mellito;Ipotiroidismo)
- ❖ Collagenopatie (Sclerodermia; LES)
- ❖ Neuropatie Viscerali
- ❖ Neuropatie Sistemiche
- ❖ Malattie dell'Apparato Respiratorio (Asma)
- ❖ Stati Ipersecretivi (Sindrome di Zollinger-Ellison)
- ❖ Interventi chirurgici
- ❖ Farmaci
- ❖ Gravidanza

2.1 SINTOMI TIPICI

2.1.1 PIROSI

E' indubbiamente il sintomo più frequente in presenza di malattia da reflusso, ma solo il 50% dei pazienti ne riferisce la presenza. Inoltre, è un sintomo comune nella popolazione generale e pertanto la sua specificità è bassa. Viene descritto come sensazione di bruciore, spesso dolorosa, a volte intollerabile, che si irradia in genere in sede retro sternale propagandosi, dalla sua porzione xifoidea, verso l'alto, verso il giugulo; a volte raggiunge la gola e la bocca ed in questi casi è frequente l'associazione con un rigurgito di materiale liquido, acidulo o amarognolo. In genere, si presenta in fase postprandiale, a volte soltanto in seguito a pasti copiosi, verosimilmente per una eccessiva distensione gastrica, ma più spesso dopo i pasti regolari. Può comparire anche in conseguenza

di movimenti che aumentino la pressione intra-addominale (colpi di tosse, Manovra di Valsalva, flessione anteriore del busto).

2.1.2 RIGURGITO

Il termine rigurgito indica la percezione di flusso spontaneo o provocato del contenuto gastrico all'esofago e all'orofaringe, che si produce in assenza dei fenomeni muscolari estrinseci del vomito. Frequentemente compare in clinostatismo e durante l'antiflessione del corpo. Non è di regola accompagnato da nausea, conati, né contrazioni addominali.

2.2 SINTOMI ATIPICI

2.2.1 DISFAGIA

E' un sintomo molto frequente fra i pazienti con malattia da reflusso e consiste nella sensazione di un rallentamento o di un completo arresto del cibo durante il transito verso lo stomaco. Alla sua genesi possono contribuire sia disordini funzionali che danni anatomici. Questi ultimi sono rappresentati da stenosi peptiche, anelli della porzione inferiore dell'esofago e dai carcinomi.

2.2.2 ODINOFAGIA

In corso di malattia da reflusso il dolore alla deglutizione non è particolarmente frequente; la sua comparsa deve essere però considerata con molta attenzione dato che essa può essere dovuta ad una disfunzione motoria, ma anche ad una complicanza severa, quale una neoplasia.

2.2.3 DOLORE TORACICO

Circa il 20-30% di pazienti con dolore anginoso più o meno tipico hanno una coronarografia normale e per loro viene posta diagnosi di dolore toracico da causa non precisata. In realtà si tratta verosimilmente di reflusso (causa più frequente di dolore toracico nei soggetti con coronarografia negativa). Bisogna, inoltre, tenere sempre presente che la malattia da reflusso può coesistere con quella coronarica.

Altri sintomi minori, con i quali a volte esordisce il quadro clinico, sono la scialorrea e la raucedine. I soggetti con reflusso gastro esofageo hanno un elevato rischio di andare incontro a manifestazioni cliniche coinvolgenti altri organi od apparati, con un livello di gravità molto variabile, ma che in alcuni casi può essere tale da condurre all'exitus. Le manifestazioni più comuni sono: l'asma, la polmonite ab ingestis, la laringite cronica, la raucedine, la tosse cronica.

2.3 SINTOMI EXTRA-ESOFAGEI

2.3.1 SERIOUS SLEEP DISTURBANCES

Pazienti con MRGE riferiscono risvegli frequenti durante il riposo notturno o presentano difficoltà nell'addormentamento a causa della loro sintomatologia. I sintomi peggiorano in decubito supino.

2.3.2 Sintomi dell'Apparato Respiratorio (Tosse cronica, Asma)

La patogenesi delle manifestazioni respiratorie è complessa. Due ipotesi sono state chiamate in causa per spiegare l'insorgenza di sintomi respiratori nei pazienti con MRGE:

- ⇒ Microaspirazione di contenuto gastrico che, refluito nella laringe, passa all'interno dei bronchi dove causa un danno alle mucose per effetto dell'azione lesiva dell'acido o degli enzimi;
- ⇒ Broncospasmo mediato da un riflesso neuronale attivato dall'esposizione della mucosa esofagea all'acido.

Va anche tenuto presente che nel paziente asmatico, l'asma stessa, in virtù del gioco delle variazioni delle pressioni endo-toraciche, endo-addominali e dell'attività diaframmatica, può per sé scatenare un episodio di reflusso che a sua volta contribuisce al broncospasmo. Un'origine prettamente esofagea dell'asma va sospettata nel paziente con sintomatologia prettamente notturna. La tosse cronica, definita come tosse persistente da oltre 8 settimane, è causata da MRGE nel 20% dei casi.

Criteri per associare la Tosse cronica alla MRGE:

- Tosse cronica >8 settimane
- Pz non sottoposto a terapia con ACE-Inibitori
- Pz non fumatore nè esposto a antigeni ambientali irritativi
- Rx torace negativa
- Esclusione (in seguito di appropriati accertamenti diagnostici),
di: Asma Allergica, Bronchite Eosinofila, Rinite Allergica

Altre manifestazioni polmonari associate a MRGE (di riscontro occasionale):

- Fibrosi Polmonare Idiopatica
- Bronchite Cronica
- Polmonite ab ingestis
- Ascesso Polmonare
- Bronchiectasie

2.3.3 Sintomi Otorinolaringoiatrici (Otalgia, Disfonia, Raucedine)

I sintomi orofaringei risultano essere più frequenti di quanto si ritenga comunemente, tanto che circa il 25% dei pazienti con MRGE riferisce soltanto questo tipo di sintomatologia.

Manifestazioni laringee della MRGE

Laringite cronica; Ulcere e granulomi delle corde vocali;

Bisogno frequente di “schiarirsi la voce”

Manifestazioni orofaringee della MRGE

Raucedine; Scialorrea; Dolenzia Cervicale; Globo Faringeo;

Lesioni Dentarie; Otite Media; Odinodinia

3 MANIPOLAZIONE OSTEOPATICA

Quando le terapie medico-farmacologiche standard o chirurgiche non producono il risultato desiderato o producono effetti avversi, i pazienti possono passare a trattamenti complementari o alternativi. Il Trattamento Osteopatico Manipolativo (TOM), considerato da alcuni come una medicina complementare o alternativa, è basato su concetti e approcci unici che consentono il processo di auto-guarigione e autoregolazione all'interno del corpo.

Secondo Lossing, i visceri sono collegati al sistema muscolo-scheletrico dal tessuto connettivo formando catene funzionali che collegano tutti gli elementi anatomici dalla testa ai piedi. Poiché il componente funzionale non può essere riconosciuto con test di laboratorio o radiologici, l'unico modo per riconoscerlo è trattarlo. Generalmente, da 1 a 3 sessioni di trattamento rivelerà se un approccio osteopatico è utile ed economico.

Se le tecniche strutturali di terapia manuale come le manovre ad alta velocità, a bassa ampiezza e le mobilitazioni spinali hanno ricevuto molta attenzione in letteratura. Lo stesso non si può dire per la manipolazione viscerale, perché c'è una mancanza di ricerca pubblicata sull'argomento e perché l'attuale modello di manipolazione viscerale è per lo più tratto da libri di testo e dall'esperienza clinica.

Sfortunatamente, come affermato da Steele, diverse questioni compromettono l'efficacia degli studi riguardanti TOM, come il reclutamento e la conservazione dei soggetti. Anche l'uso di protocolli standardizzati è soggetto a variazioni tra i professionisti. Inoltre, l'applicazione di

TOM non può sempre essere quantificata, specialmente quando si trattano le disfunzioni viscerali.

È stata condotta una revisione della letteratura e è stato rilevato che TOM può avere influenza positiva sulle malattie gastrointestinali. Per esempio, Branyon e Mirocha e Parker, hanno riportato, rispettivamente, un caso di successo nella gestione di MRGE e un caso di successo nella gestione di una dispepsia funzionale, utilizzando TOM.

Lo studio di Smilowicz su TOM applicata a una gastrite associata a resistenza agli antibiotici per *Helicobacter pylori* e lo studio da Silva hanno riportato un aumento della pressione SEI dopo intervento del diaframma. Tuttavia, non si trovano studi che indaghino gli effetti di “tecniche particolari” per il diaframma ed esofago in MRGE. Il protocollo di manipolazione osteopatica descritto nel presente caso, qui di seguito, era così focalizzato sul diaframma e sull'esofago per verificare i risultati di un approccio diretto.

Lo stesso Jean Pierre Barral riporta di molti casi di notevoli benefici conseguiti da pazienti affetti da EI a seguito di trattamenti manipolativi osteopatici, applicando i principi della manipolazione viscerale.

3.1 CASO CLINICO

Il soggetto preso in analisi, ORNELLA B. donna, 58 anni; statura 169 cm; peso: 89 kg; titolare di una attività di parrucchiere per signora ed istituto estetico, appassionata di montagna e più di ogni altra cosa, appassionata cantante in un coro della chiesa locale, lamenta dei dolori lombari insistenti. Molto spesso abbinati a fastidiose e intermittenti cervicalgie.

Tuttavia il problema più grande, mi informa, risiede nel fatto che le sia stata diagnosticata una ernia iatale quale conseguenza degenerativa di una acclarata condizione di reflusso gastroesofageo. La sintomatologia è quella classica della MRGE avente come evento dominante la continua eruttazione, al di là di altri sintomi tipici della malattia. Questo costringe la signora a rinunciare al canto, sua grande passione nonché a vivere la socialità con grande disagio, con evidenti ripercussioni, ovviamente, anche sulla sfera psico-emotiva; trattandosi tra l'altro di una persona di per sé estremamente sensibile.

I medici (di famiglia e lo specialista) le prescrivono un ciclo di terapie strumentali antalgiche quali: laser, ionoforesi; ed un ciclo di massaggi decontratturanti, per la parte dei dolori lombari e cervicali, nonché terapia farmacologica, a base di inibitori di pompa protonica, per la parte gastrica della sua sofferenza.

La paziente, tuttavia, prima di sottoporsi tutte le terapie strumentali prescritte, e abbastanza perplessa circa la prospettiva di assumere farmaci per lunghissimo tempo, o forse per sempre, decide autonomamente di chiedere un secondo parere all'autore della presente tesi.

3.2 TRATTAMENTO OSTEOPATICO

3.2.1 Colloquio con la paziente e fase anamnestica

Dal bilancio analitico che consta di 3 fasi:

1. Fase verbale: colloquio, che rivela una particolare predisposizione all'ansia e all'emotività; domande su abitudini di vita, alimentazione, sonno, regolarità/irregolarità delle funzioni corporee di base; nonché esame dell'eventuale documentazione medico/diagnostica pregressa.
2. Fase visiva: osservazione della paziente, con particolare riferimento a eventuali disfunzioni posturali. La paziente rivela un atteggiamento ipercifotico a livello dorsale.
3. Fase manuale: test osteopatici/ortopedici (Es.: Lasegue; Thomas, etc.); test della respirazione con osservazione della dinamica del diaframma toracico; ascolto viscerale; palpazione.

Il lavoro consiste, oltre a tener conto delle indicazioni del medico, o dei medici che hanno preceduto la visita, anche e soprattutto nell'eseguire una corretta intervista anamnestica e, successivamente, procedere ai test e all'ascolto del sistema corporeo alla ricerca di conferme, o eventuali smentite, rispetto a quanto esposto dalla paziente in fase anamnestica.

Prendo altresì accuratamente nota delle abitudini alimentari della paziente e dello stile di vita.

Poiché la paziente ha deciso di rivolgersi all'osteopata per un secondo parere, prendo innanzi tutto seriamente in considerazione, quale possibile causa di lombalgia oltre che degli episodi di cervicalgia, una even-

tuale disfunzione a carico del diaframma toraco-addominale, con coinvolgimento della muscolatura addomino-lombo-pelvica, superficiale e profonda.

I test osteopatici/ortopedici mi confermano questa ipotesi.

Programmo pertanto un protocollo di 4 sedute iniziali:

Prima e seconda seduta a distanza di una settimana l'una dall'altra; le altre due verranno intervallate invece da una distanza di quindici giorni l'una dall'altra.

Il colloquio anamnestico riguarderà solo la prima seduta, per le prime due sedute, il protocollo terapeutico sarà il seguente:

A. Rilascio del diaframma pelvico in decubito supino:

- ⇒ Il paziente sul lettino, con anche e ginocchia flesse
- ⇒ L'operatore sta in piedi o seduto di lato rispetto al paziente rivolto verso la testa
- ⇒ Le dita dell'operatore prendono contatto con la parte mediale della tuberosità ischiatiche a destra che scorrono in direzione cefalica fino a incontrare il diaframma pelvico in corrispondenza della parte superiore della fossa ischiorettale (Figura 1)
- ⇒ Durante l'inspirazione del paziente il diaframma si avvicina alle dita dell'operatore premendo contro di esse, per poi risalire allontanandosi durante l'espiazione
- ⇒ La disfunzione più frequente consiste nell'incapacità di compiere una risalita completa. Il trattamento consiste nel mantenimento della pressione encefalica sul diaframma durante l'inspirazione del paziente. Nel corso dell'espiazione, l'operatore segue per quanto possibile

il diaframma in direzione cefalica replicando l'azione respiratoria.

⇒ Questa procedura può essere associata ad una ulteriore manovra, mediante la quale l'altra mano dell'operatore prende contatto con la parte inferiore della gabbia toracica per monitorare il diaframma toracico addominale, assicurandosi in tal modo che i due diaframmi lavorino in modo sincronizzato.

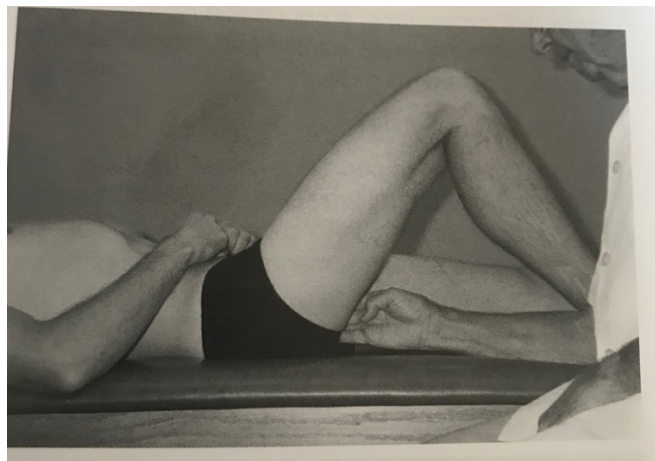


Fig. 1

B. Rilascio del diaframma toraco-addominale in decubito supino

⇒ Il paziente in decubito supino sul lettino con l'operatore in piedi di lato.

⇒ L'operatore contatta con le punte delle dita la superficie inferiore del diaframma, al di sotto dell'arco costale, da ciascun lato. L'altra mano dell'operatore stabilizza la parte inferiore della gabbia toracica anteriore. (Figura 2)

⇒ L'operatore mantiene la compressione cefalica Sulla superficie inferiore del diaframma. Viene opposta resi-

stenza all'azione inspiratoria, mentre viene incoraggiata l'azione espiratoria. La compressione esercitata dalla punta delle dita va mantenuta fino al rilasciamento del diaframma.

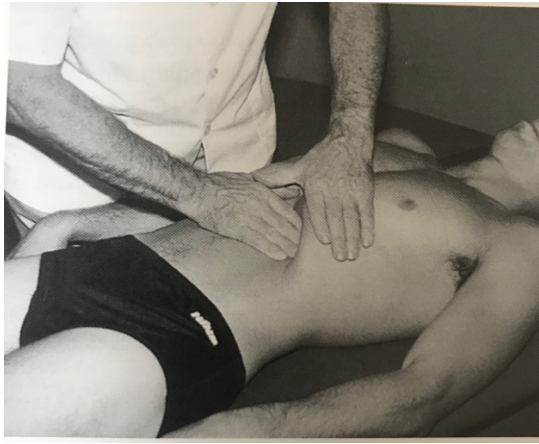


Fig. 2

C. Rilascio delle Fasce Cervicali attraverso:

- ❖ Mediastino: mani sullo sterno, quindi si seguono le tensioni, ascolto/induzione, fino al rilascio.(Fig. 3)



Fig. 3

❖ Stretto Toracico Superiore – Ioide:

- ⇒ Mano caudale: primo dito della sulla clavicola, indice e medio a cavallo della clavicola controlaterale.
- ⇒ Mano craniale: presa sull'osso ioide. (Fig. 4)
- ⇒ Ascolto e Induzione: comparsa di movimenti fasciali da seguire fino al rilascio.



Fig. 4

❖ Cartilagine Cricoidea – Cartilagine Tiroidea:

- ⇒ Presa primo e secondo dito della mano caudale su cartilagine cricoidea.
- ⇒ Secondo e terzo dito della mano craniale: su cartilagine tiroidea. (fig. 5)
- ⇒ Ascolto e Induzione fino al rilascio



Fig. 5

❖ Normalizzazione Ioide:

- ⇒ Presa con 1° e 2° dito dell'osso ioide. (Fig. 6)
- ⇒ Ascolto delle tensioni fasciali e induzione fino al rilascio delle stesse.



Fig. 6

D. Trattamento sub-occipitali

- ⇒ Pressione profonda sulla muscolatura sub-occipitale.
- ⇒ Il paziente è in decubito supino; l'operatore è seduto alla testa del lettino.
- ⇒ L'operatore contatta, con la punta delle dita di entrambe le mani, l'inserzione ossea della muscolatura cervicale profonda in corrispondenza della regione sud occipitale.
- ⇒ Flettendo le articolazioni interfalangee distali, l'operatore esercita una pressione profonda e prolungata sull'inserzione occipitale dei muscoli.
(Fig. 7)
- ⇒ La pressione viene applicata da ogni lato per ottenere un riequilibrio di tensione e tono.
- ⇒ La pressione viene rilasciata nel momento in cui si verifica un rilassamento bilaterale.

⇒



Fig. 7

❖ Fascia ascellare

- ⇒ Anteriormente il primo dito della mano anteriore si ancora in posizione sotto-ascellare mentre le altre dita si appoggiano, fissandosi, sulla clavicola.
- ⇒ Posteriormente il primo dito dell'altra mano si ancora specularmente a quello dell'altra mano mentre le altre dita si fissano sull'apice superiore della scapola.
- ⇒ Si eseguono movimenti fasciali alla ricerca di tensioni e ove ve ne fossero si induce il rilascio di tali tensioni. (Fig. 8)



Fig. 8

E. Riduzione dell'Ernia Iatale

- ⇒ (Fig. A-2) l'operatore pone la punta delle dita di entrambe le mani nella zona epigastrica, rivolte verso l'alto e verso sinistra.
- ⇒ (Fig. B-2) Quando il paziente espira, il professionista esercita una forza verso la fossa iliaca sinistra dei tessuti sotto le dita e chiede al paziente di raddrizzare la schiena e tenere la testa flessa, mentre il praticante aumenta la spinta del suo sterno contro la schiena del paziente. Durante l'inspirazione del paziente, il professionista rilassa leggermente la pressione e riprende la manovra nella espirazione successiva.



Fig. A-2



Fig. B-2

F. Detensionamento Giunzione Gastroesofagea

- ⇒ La testa del paziente dovrà essere posizionata in asse longitudinale con il resto del corpo e poggerà sul ventre dell'operatore; le gambe della paziente sono flesse; l'operatore modula una ulteriore flessione del capo del paziente per trazionare l'esofago cranialmente.
- ⇒ I pollici a livello della piccola curvatura guidano in inferiorità lo stomaco.
- ⇒ Progressivamente, e simultaneamente si induce graduale flessione del capo del paziente e allontanamento in direzione caudale inferiormente alla piccola curvatura.

G. Ascolto Craniale

- ⇒ Concludo la seduta con un semplice ascolto craniale per individuare eventuali fissazioni e liberarle.

H. Consigli per la paziente

- ⇒ Non andare a letto subito dopo il pasto.
- ⇒ Non indossare cinture o indumenti stretti.
- ⇒ Dormire su un cuscino piuttosto alto.
- ⇒ Evitare di rimanere piegato in avanti o nella posizione decliva
- ⇒ Non tenere le braccia in alto e la testa inclinata indietro per lungo tempo.
- ⇒ Nel fare eventuali sforzi, cercare di trattenere la parte inferiore delle coste con le mani.

- ⇒ Evitare la stipsi mangiando fibre e introducendo molti liquidi, non alcolici/non zuccherati/non gasati, nel corso della giornata.
- ⇒ Attenzione al consumo di arance, cioccolato, caffè, tè, alcol, grassi, senape, aceto.

Questi cibi, tuttavia, possono essere ben tollerati a seconda dell'ora di ingestione. Per esempio, le arance si sopportano meglio all'inizio di un pasto. Cioccolato e alcol dovrebbero essere evitati specialmente la sera prima di andare a letto. Le donne dovrebbero evitare tutti questi cibi appena prima del ciclo mestruale a causa degli effetti ormonali che la produzione gastroesofagea può subire.

Nota:

Una integrazione a questo protocollo può essere rappresentata dalla verifica dello stato degli psoas, bilateralmente, con relativo trattamento in caso di eventuale accorciamento degli stessi; oltre al trattamento dei pilastri del diaframma in fase iniziale.

Risultati

Nel caso della paziente presa in esame il protocollo ha compreso lo svolgimento di tutte le manovre passaggi da A. a G. sopra descritti per le prime due sedute. Successivamente per altre due sedute si sono svolti i soli passaggi:

A- B-D-E-F-G

La paziente si è anche molto impegnata a riprendere l'attività fisica, ma soprattutto a seguire i consigli sull'alimentazione e sugli esercizi respiratori da me forniteli. Già dopo le prime due sedute c'è stato un netto miglioramento delle sue condizioni con la quasi totale sparizione dei fenomeni eruttivi, consentendo alla paziente di tornare alla sua attività ricreativa preferita e cioè cantare in un Coro.

Le successive sedute hanno consolidato il risultato migliorando ulteriormente la condizione della paziente. Ciò ha consentito altresì di migliorare notevolmente lo stato umorale quotidiano della paziente restituendole pressochè un'ottima condizione emotiva che aveva smarrito prima del percorso riabilitativo osteopatico. Tuttora la paziente frequenta regolarmente il mio Studio per il mantenimento dello stato di benessere raggiunto.

Conclusioni

Il caso clinico oggetto della presente Tesi ha dimostrato la grande validità dell'Osteopatia in generale, e della manipolazione viscerale in particolare; specialmente per quei pazienti che presentino situazioni lesionali e/o disfunzionale tali per cui la farmacologia e/o la chirurgia non riescono a proporre oppure sortire sollievo. Ma altresì per i pazienti per i quali è molto importante, anche a livello psicologico, riuscire a trovare soluzioni alternative alla chimica o al bisturi, laddove sia possibile, ovviamente.

Ringraziamenti

Mi sento di ringraziare innanzi tutto la Scuola FISIOMEDIC ACADEMY, nella persona del direttore Luca Bonadonna, di tutto il corpo docente, e lo staff di Segreteria. Sono loro che, con la loro professionalità e dedizione, mi hanno concesso la possibilità, e il privilegio, di acquisire le conoscenze e le competenze senza le quali non avrei potuto realizzare il mio sogno di vivere la mia “seconda vita” professionale come Osteopata e Terapista Manuale. Queste conoscenze mi consentono di impegnarmi ogni giorno affinché il benessere psico-fisico possa entrare sempre più a far parte della vita di tutti i giorni di quei pazienti che, con fiducia, si affidano alle mie cure. E anche, soprattutto a loro vanno i miei ringraziamenti sinceri e sentiti. Ho scoperto, e coltivo, una vera e propria devozione per questa materia.

E un ringraziamento assolutamente particolare, e dovuto, va a mia moglie Jessica: senza di lei, senza il suo supporto e il suo spirito di sacrificio e presenza di fida alleata, questo sogno non avrei mai potuto realizzarlo.

Bibliografia:

- “Fisiologia articolare” Kapandji
- “Anatomia umana” Testut
- “Atlante di Anatomia” Netter
- “Atlante di Anatomia” Prometheus
- “Anatomia Umana” ERMES Edizioni
- “I muscoli funzioni e test” – Kendall
- J.P. Barral “Maniplorazione Viscerale 2”;
- P. Greenman, L. Destefano “Principi di Medicina Manuale” ;
- “Qualitative Evaluation of Osteopathic Manipulative Therapy in a Patient With Gastroesophageal Reflux Disease: A Brief Report”
Leonardo Rios Diniz, DO (Brazil); Jacson Nesi, DO (Brazil); Ana Christina Curi, DO (Brazil); and Wagner Martins, OMS V (Brazil), PhD – The Journal of American Osteopathic Association;
- Harrison “Principi di Medicina Interna” Kasper, Braunwald, Fauci, Longo, Jameson Casa Editrice Mc Graw Hill 2008;
- “Manuale di Gastroenterologia” Coordinamento Nazionale dei Docenti Universitari di Gastroenterologia Edizione 2007-2009 Editrice Gastroenterologica Italiana
- Guyton – Hall “Fisiologia Medica” EdiSES Edizioni;
- Robbins “Le Basi Anatomopatologiche delle Malattie” Cotran, Kumar, Collins VII Edizione, Piccin Editore;
- J.P. Galmiche, F. Zerbib, S. Bruley des Varannes - “Review article: respiratory manifestations of gastro-oesophageal reflux disease” 2008 Journal compilation a 2008 Blackwell Publishing Ltd;
- M.Nocon, Labenz, Jaspersen, Leodolter, K. Richter, M. Vieth, T. Lind, Malfertheiner, N. Willich – “Clinical course of laryngo-respiratory symptoms in gastroesophageal reflux”;
- E.Landi “Fisiopatologia del Giunto Esofago-Gastrico” Editoriale, Ann.Italiani Chirurgia;

Appunti personali delle lezioni seguite e dalle dispense di F.A.