



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

**“IL TRATTAMENTO OSTEOPATICO IN UN PAZIENTE
AFFETTO DA SPONDILITE ANCHILOSANTE”**

Candidato:

Luigi Trezza

ANNO ACCADEMICO 2017 / 2018

fisiomedic
ACADEMY

Indice

Introduzione.....	5
1. La spondilite anchilosante.....	7
1.1. Che cos'è la spondilite anchilosante	7
1.2. Cause e fattori di rischio	8
1.3. Sintomi.....	8
1.4. Diagnosi	10
1.5. Terapia.....	11
2. Il trattamento Osteopatico	13
2.1. Generalità e anamnesi del paziente	13
2.2. Primo trattamento	18
2.3. Secondo trattamento	28
2.4. Terzo trattamento	34
2.5. Conclusioni	36
3. Ringraziamenti	37
4. Bibliografia	39

Introduzione

Conosco l'osteopatia da circa vent'anni, sia da paziente che da osservatore esterno ed è una pratica che mi ha fin da subito affascinato. Durante gli anni di tirocinio per la scuola di massofisioterapia, ho avuto la fortuna di essere seguito da un tutor che stava frequentando una scuola di osteopatia. E' stato proprio in quel periodo che ho cominciato ad approfondire la mia conoscenza dell'osteopatia e ad apprezzare quella che è la sua principale caratteristica: trattare la persona nella sua totalità.

L'osteopatia, infatti, considera il corpo come un tutt'uno, in cui la struttura e la funzione di tutti i segmenti corporei sono fortemente correlate e possono condizionarsi a vicenda.

Queste sono le premesse che mi hanno spinto a trattare, per questa tesi, una patologia di pertinenza non prettamente osteopatica, ma che ha delle forti influenze sui sistemi strutturale e viscerale, ambiti in cui l'osteopatia si colloca in posizione prediletta.

1. La spondilite anchilosante

1.1. Che cos'è la spondilite anchilosante

La spondilite anchilosante (SA) è una malattia infiammatoria cronica sistemica che colpisce primariamente lo scheletro assiale (colonna cervicale, dorsale, lombare e articolazioni sacro-iliache), ma anche le articolazioni periferiche (per esempio l'anca e la spalla), conducendo alla fibrosi progressiva e ossificazione (anchilosi) delle strutture coinvolte.

La spondilite anchilosante rientra nella categoria delle spondiloartriti, di cui rappresenta la forma più frequente e paradigmatica. La prevalenza della malattia è molto variabile a seconda delle zone geografiche: nella popolazione bianca sembra essere di circa 0.25-1% con picchi fino al 2% nei paesi scandinavi e nell'America del Nord (Stati Uniti e Canada), mentre la malattia è rara nella popolazione nera e nei Giapponesi.

La malattia è più rappresentata nel sesso maschile (rapporto maschi/femmine 2:1). Età di esordio è compresa tra i 16 e i 40 anni con un picco di esordio intorno ai 26 anni. Oltre a comportare dolore, il processo infiammatorio è responsabile della rigidità e della limitazione funzionale. In un terzo circa dei casi le alterazioni possono essere altamente invalidanti fino al quadro di anchilosi completa del rachide (colonna "a canna di bambù"), da qui la definizione di "anchilosante".

1.2. Cause e fattori di rischio

Le cause della spondiloartrite anchilosante non sono note. Si sa, però, che la spondilite anchilosante presenta una significativa aggregazione familiare ed una stretta associazione con l'antigene di istocompatibilità HLA B27 (associazione presente nel 90-95% dei casi). Ci sarebbe, quindi, un terreno genetico predisponente sul quale agirebbe un fattore ambientale (probabilmente infettivo) responsabile dell'innesco del processo infiammatorio.

1.3. Sintomi

Il più precoce e tipico sintomo è la lombalgia infiammatoria (prima manifestazione nel 75% dei casi). Si tratta di un dolore in sede lombosacrale ad esordio insidioso, presente da più di tre mesi, che può estendersi successivamente ad altri segmenti (rachide dorsale e cervicale). Il dolore si associa a rigidità mattutina di almeno trenta minuti, tende a migliorare con l'esercizio fisico, ma non con il riposo.

Il dolore è spesso così forte da costringere il paziente al risveglio nella seconda metà della notte. Può essere presente anche un dolore gluteo alternante (tra il lato destro e quello sinistro), ad irradiazione posteriore alla coscia, tipo sciatica, che non scende però sotto il ginocchio (sciatica mozza). Il coinvolgimento del rachide è spesso "ascendente", colpisce cioè prima i distretti inferiori per poi diffondersi verso l'alto al tratto dorsale e cervicale.

Il dolore e la rigidità sono dovuti, in fase iniziale, all'infiammazione delle articolazioni sacro-iliache (sacro-ileite) ed all'infiammazione delle

strutture legamentose delle ossa del bacino, delle entesi vertebrali e articolazioni interapofisarie, discovertebrali e costo vertebrali (spondilite). In questa prima fase la limitazione funzionale e le alterazioni posturali possono essere, almeno in parte recuperabili. Nelle fasi più avanzate la rigidità è dovuta all'anchilosi ossea vertebrale irreversibile. Progressivamente se non adeguatamente trattata, l'intera colonna diviene rigida ed il paziente perde la normale postura assumendo il tipico incurvamento della colonna, caratteristico della spondilite anchilosante.

Nelle fasi più avanzate, tali alterazioni conducono ad una posizione flessa che limita il campo visivo (i pazienti non possono guardare il cielo). Nelle fasi tardive, inoltre, il dolore e la rigidità mattutina legate all'infiammazione tendono a ridursi mentre persiste la limitazione funzionale e la rigidità legate all'anchilosi. Tra le altre manifestazioni della malattia, l'interessamento delle inserzioni tendinee e legamentose dell'osso (entesiti) anche in distretti extrarachidei. Tra le sedi più colpite l'inserzione del tendine d'Achille, della fascia plantare al calcagno, le giunzioni costo-sternali, le creste iliache.

In un terzo dei pazienti può verificarsi dolore e gonfiore (artrite) delle articolazioni periferiche (anca, spalla, caviglia, ginocchio). La spondilite anchilosante si manifesta anche con alcuni sintomi extrarticolari: malattie infiammatorie intestinali, uveiti anteriori, sindrome della cauda equina (si ha la perdita della funzione del plesso lombare conseguente alla lesione delle radici dei nervi spinali). Il coinvolgimento dell'apparato cardiovascolare nella malattia è relativamente raro (aortite scendente, dilatazione dell'anello aortico, insufficienza aortica, anomalie nella

conduzione cardiaca, disfunzione miocardica e pericardite). Ancor più raro è il coinvolgimento polmonare (fibrosi dei lobi superiori).

La riduzione dell'espansibilità toracica può condurre ad insufficienza respiratoria restrittiva. Sintomi sistemici come febbre, stanchezza, riduzione dell'appetito e perdita di peso rappresentano altre manifestazioni della spondiloartrite anchilosante, presenti nelle fasi precoci di malattia. Spesso la stanchezza è un sintomo dominante ed è correlato all'attività di malattia.

1.4. Diagnosi

La diagnosi di spondilite anchilosante si basa su un attento esame clinico e sull'esame fisico del paziente. Non esistono indagini bioumorali specifiche per la diagnosi e il monitoraggio della SA. Nel 75% dei pazienti è presente aumento degli indici di infiammazione (VES e PCR).

La tipizzazione tessutale per la dimostrazione dell'HLA-B27 è molto utile quando c'è il sospetto di una spondiloartrite sieronegativa ma la sua positività non è sinonimo di malattia, così come la sua assenza non la esclude del tutto. In presenza di una lombalgia infiammatoria cronica, la radiografia tradizionale del bacino e della colonna rimane l'esame di primo livello da eseguire, nonostante le alterazioni spondiliche diventino radiologicamente visibili solo dopo mesi o anni dall'esordio clinico e questo può rendere tardiva la diagnosi. Per una diagnosi precoce, è sicuramente più utile la risonanza magnetica nucleare (Rmn), poiché è in grado di evidenziare l'infiammazione a carico delle

articolazioni sacroiliache (edema osseo) e della colonna nelle fasi iniziali della malattia.

1.5. Terapia

Il trattamento della spondilite anchilosante dovrebbe essere impostato in ciascun paziente sulla base delle manifestazioni della malattia, sul grado di attività e di infiammazione nonché sulla tendenza evolutiva. Il trattamento ottimale richiede una combinazione di presidi farmacologici e non farmacologici da attuare il più precocemente possibile, prima che si instaurino le deformità e le invalidità permanenti. Il trattamento farmacologico si basa sull'uso di farmaci che riducano l'infiammazione e alleviano i sintomi. Il primo approccio avviene con i farmaci antinfiammatori non steroidei (Fans) tradizionali o COX2 selettivi. I corticosteroidi vengono usati per via infiltrativa locale nelle sedi infiammate in caso di entesiti e/o artriti periferiche. Un apporto fondamentale alla terapia della spondilite anchilosante nell'ultimo decennio è giunto dall'uso dei farmaci biotecnologici. Questi farmaci sono molto efficaci nel controllo dei sintomi spinali e periferici, dell'infiammazione e nel bloccare o rallentare l'evoluzione del danno strutturale. Accanto al trattamento farmacologico, un presidio fondamentale è rappresentato dal trattamento fisioterapico e riabilitativo che ha come obiettivi la riduzione del dolore e della rigidità ed il recupero della capacità motoria. Nel lungo termine l'obiettivo è il mantenimento della postura e la motilità, incluse l'espansibilità toracica (mediante ginnastica respiratoria) e il movimento articolare periferico. La terapia riabilitativa deve inoltre prevenire e trattare l'ipotrofia

muscolare. Le deformazioni del rachide già instaurate possono essere contrastate con la rieducazione posturale globale. La chirurgia del rachide e la protesizzazione delle articolazioni periferiche (per esempio protesi d'anca) viene riservata ai casi con alterazioni posturali particolarmente marcate ed in caso di disabilità e danneggiamento strutturale articolare.

2. Il trattamento osteopatico

2.1. Generalità e anamnesi del paziente

Il paziente in questione, M.G., libero professionista di 43 anni, di sesso maschile, è affetto da spondilite anchilosante dall'età di 18 anni.

Tale patologia è stata diagnosticata in seguito ad accertamenti clinici (esami del sangue e radiografie), effettuati a causa di persistenti dolori all'anca destra, che si presentavano in particolar modo durante l'attività calcistica.

Il paziente soffre anche di lieve prostatite e gastrite croniche.

Nel 2013 ha subito un intervento di protesi all'anca bilaterale.

E' attualmente inserito in un protocollo di cure sperimentali per la spondilite, presso l'ospedale Sacco di Milano, che prevede la somministrazione, ogni due mesi, di un farmaco biologico, l'INFLIXIMAB, il cui principio attivo è il REMICADE.

Tale cura permette al paziente di superare il lasso di tempo tra ogni somministrazione, sopportando in maniera adeguata il dolore causato dalla sua patologia.

Nelle giornate in cui il dolore si presenta particolarmente acuto, il paziente utilizza un farmaco antinfiammatorio non steroideo(FANS), di nome INDOXEN, il cui principio attivo è l'INDOMETACINA.

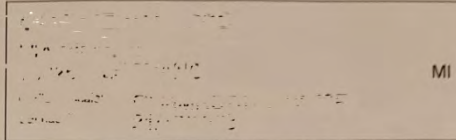
Il motivo che ha spinto il signor M.G. a chiedere un consulto è la presenza di un'insistente cervicalgia e di lombalgia.



STUDIO RADIOLOGICO
"Città di Parabiago"

C.so Sempione, 80/a - 20015 Parabiago (MI) - Tel. 0331.552401

ven 15/03/2013
88941H RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM)
MUSCOLOSCHLETRICA



N.R. 20233 data 15/03/2013 Pag. 1

RM DEL BACINO

Esame condotto mediante assunzione di sequenze multiparametriche multiplanari, in condizioni basali.

Modica ovalizzazione della testa dei femori.

Artrosi coxofemorale bilaterale, in presenza di geodi acetabolari, più evidenti a sinistra.

Osteofitosi pericapitata femorale bilaterale.


Chiazze di edema osseo intraspongioso si riconoscono in regione sottocapitata e del collo del femore di destra.

L'ampiezza della rima articolare coxofemorale è bilateralmente ridotta.

Non si riconoscono immagini da riferire a manifestazioni di osteonecrosi asettica delle teste dei femori.

Assenza di versamento articolare.

Specialista in Radiologia
Dr. Luigi Cozzi

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

Referto sottoscritto con firma digitale ai sensi del D.Lgs. n. 82 del 7 marzo 1985 e successive modifiche da:
dott. Cozzi Luigi A.

Il medico specialista radiologo è contattabile telefonicamente dal lunedì al venerdì dalle ore 14:30 alle ore 15:30 (tel. 0331.552.401)

Studio Radiologico "Città di Parabiago" di C.A.S.F.E.L. s.r.l. - Sede Legale: V.le Lunigiana, 46 - Milano - Part. I.V.A. 10975500157 - Reg. Imp. MI 146-336994 - R.E.A. 1423918



STUDIO RADIOLOGICO
"Città di Parabiago"

C.so Sempione, 80/a - 20015 Parabiago (MI) - Tel. 0331.552401

lun - 06/06/2011

8893	RMN COLONNA
88941	RMN MUSCOLO

Parabiago, 7 giugno 2011

RM RACHIDE CERVICALE, DORSALE E LOMBO-SACRALE E ARTICOLAZIONI SACRO-ILIACHE

Esame eseguito con sezioni sagittali e assiali di 3 e 4 mm di spessore, senza contrasto.
Immagini dipendenti da T1 e T2, ottenute con tecnica FSE e TFE.

L'esame del rachide cervicale dimostra canale vertebrale di dimensioni normali.

La fisiologica lordosi cervicale è conservata.

Non si osservano compressioni né alterazioni di segnale a carico del midollo cervicale.

Il segnale dei dischi intersomatici presenta riduzione di tipo degenerativo.

Si osserva modesta retro-listesi di C3 su C4. Allo stesso livello sono evidenti osteofiti somatici posteriori e ispessimento dei legamenti gialli con impronte anteriori e posteriori sul sacco durale.

L'esame del rachide dorsale dimostra canale vertebrale di dimensioni normali.

La fisiologica cifosi dorsale è conservata.

Non si osservano compressioni né alterazioni di segnale a carico del midollo dorsale.

Il segnale dei dischi intersomatici presenta riduzione di tipo degenerativo.

Sono evidenti note artrosiche somatiche anteriori e posteriori al tratto dorsale medio caratterizzate da riduzione di spessore dei dischi intersomatici e da modesti osteofiti somatici posteriori con lievi impronte sul sacco durale.

L'esame del rachide lombo-sacrale dimostra canale vertebrale di dimensioni normali.

La fisiologica lordosi lombare è ridotta.


Non si osservano compressioni né alterazioni di segnale a carico del cono midollare. Il segnale dei dischi intersomatici è regolare.

Non si osservano immagini riferibili a ernie o protrusioni discali né significative alterazioni artrosiche.

Regolari i forami sacrali.

inizia riduzione di ampiezza delle rime articolari sacro-iliaca che compatibile con iniziale anchilosi ossea.

Il neuroradiologo
Dr. Mario Farabola

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

GALIMBERTI MARCO - Pagina 1 di 1

Il medico specialista radiologo è contattabile telefonicamente dal lunedì al venerdì dalle ore 14:30 alle ore 15:30 (tel. 0331.552.401)

Studio Radiologico "Città di Parabiago" di C.A.S.F.E.L. s.r.l. - Sede legale: V.le Lunigiana, 46 - Milano - Part. I.V.A. 10975500157 - Reg. Imp. MI 146-336994 - R.E.A. 1423918



Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate
Ospedali di: Carate Brianza, Desio, Giussano, Seregno, Vimercate



SERVIZIO DI RISONANZA MAGNETICA
P.O. di VIMERCATE
Tel: 039/6654760-1

Tessera:
Sesso: M

Cognome e Nome: ...
Data nascita: ...
Codice Fiscale: ...
Data Completamento: 21/07/2015

Provenienza: RAD RMN CEIMA PRL>12A



0053554335

CodEsame	Esame	Accession n°	Data Ora Completamento:
V_8893C	RMN della COLONNA CERVICALE base	0053554335	21/07 /2015 1724
V_8893D	RMN della COLONNA DORSALE base	0053554335	21/07 /2015 1724
V_8893L	RMN della COLONNA LOMBARE base	0053554335	21/07 /2015 1724
V_88941	RMN muscolo sch base bacino	0053554335	21/07 /2015 1724

Referto:

RMN muscolo sch base bacino

Studio effettuato con acquisizioni sui piani coronale ed assiale dello spazio in varie pesature, anche con tecnica di soppressione del segnale del tessuto adiposo.

Non sono disponibili per confronto esami precedenti.

Normale rappresentazione delle sincondrosi sacro-iliache. In particolare non vi sono segni RM di patologia sacro-ileitica. Regolare pervietà dei forami sacrali con normale aspetto RM dei tratti intraforaminali delle radici nervose ivi decorrenti.

Sono presenti ampie distorsioni di segnale in esiti di sostituzione artroprotesica d'anca bilaterale. Per quanto valutabile negli spazi periarticolari non vi sono raccolte liquide anomali. Si rileva flogosi dei piani muscolari e tendinei che interessa in particolare la regione peritrocanterica e sovratrocanterica di destra. La borsa peritrocanterica omolaterale è inoltre distesa sul versante più caudale da una componente liquida con morfologia allungata caratterizzata da una massima estensione di circa 33 mm.

Presenza di linfonodi reattivi nei canali inguinali. Non grossolane anomale masse pelviche.

Dr.R.Berri

Il completamento con studio del rachide in toto documenta a livello cervicale minima antero spondilosi di C4 rispetto a C3 dove è presente pseudo protrusione concentrica con stenosi dei forami di coniugazione su base osteoartrosica.

Non altre discopatie.

Lo studio sul tratto dorsale evidenzia regolare allineamento metameroico senza fratture o scivolamenti, all'altezza di T8-T9 calcificazione del legamento giallo senza effetti massa.

Non alterazioni endomidollari.

Il completamento sul tratto lombosacrale evidenzia rettilineizzazione del rachide senza fratture o scivolamenti, dischi normotrofici in assenza di discopatie.



STUDIO RADIOLOGICO "Città di Parabiago"

C.so Sempione, 80/a - 20015 Parabiago (MI) - Tel. 0331.552401

gio 09/10/2014
8729 RX COLONNA TOTO

MI

Codice Fiscale:
Dat nascita

N.R. 70341 data 09/10/2014 Pag. 1

RX COMPLETA DELLA COLONNA E BACINO IN CARICO

Motivo della richiesta: spondiloartrite

Non a disposizione indagini precedentemente effettuate dal paziente al momento della refertazione.

RX RACHIDE CERVICALE: conservato l'allineamento sui piani ortogonali.

In proiezione laterale rettilineizzazione del rachide.

Artrosi intervertebrale.

Calcificazione del legamento longitudinale anteriore con fusione in sede anteriore a livello di C4, C5-C6.

Conservato l'allineamento dei muri vertebrali posteriori.

Spazi intersomatici di ampiezza conservata.

RX RACHIDE DORSALE: accenno a deviazione destro convessa al tratto prossimale.

In proiezione laterale un poco accentuata la cifosi.

Spondilosi marginale con becchi e ponti osteofitosici agli spigoli laterali dei somi.

Conservato l'allineamento dei muri vertebre posteriori.

RX RACHIDE LOMBO-SACRALE: accenno a deviazione sinistro-convessa del rachide.

In proiezione laterale conservata la lordosi.

Artrosi intervertebrale.

Conservato l'allineamento dei muri vertebrali posteriori.

Spazi intersomatici ampiezza conservata.

RX BACINO: iniziale sclerosi delle sincondrosi sacroiliache.

Esiti di artroprotesi d'anca bilaterale con protesi in situ.

Non evidenti alterazioni morfo-strutturali a carattere patologico, radiologicamente rilevabili, a carico dei segmenti ossei in esame.

Il Medico Radiologo

Dr. Marco Sopransi

Sistema Sanitario



Regione
Lombardia

Referto sottoscritto con firma digitale ai sensi del
D.Lgs. n. 82 del 7 marzo 1985 e successive
modifiche da:
dott. Sopransi Marco

Il medico specialista radiologo è contattabile telefonicamente dal lunedì al venerdì dalle ore 14:30 alle ore 15:30 (tel. 0331.552.401)

Studio Radiologico "Città di Parabiago" di C.A.S.F.E.L. s.r.l. - Sede Legale: V.le Lunigiana, 46 - Milano - Part. I.V.A. 10975500157 - Reg. Imp. 146-336994 - R.E.A. 1423918

2.2. *Primo trattamento*

VALUTAZIONE OSTEOPATICA.

Sul piano frontale, ad un'analisi visiva, si può notare una tendenza del paziente ad essere piantato a terra (PARASIMPATICO) e anche, paradossalmente, una tendenza ad essere traziionato verso l'alto (ORTOSIMPATICO) : da ciò deduco che a livello viscerale possa esserci da lavorare.

Sul piano sagittale noto un certo appiattimento delle curve fisiologiche del rachide, con un' accentuata anteposizione del capo.

Mettendomi lateralmente al paziente, con le mani in opposizione, ascolto i 4 diaframmi, sia a livello superficiale che mettendo più densità, e noto una resistenza anomala a livello del diaframma addominale.

Passo al test del TFE : da fermo parto con la S.I.P.S. di sinistra più alta rispetto alla destra. Svolgendo il test la situazione si ribalta completamente, con un risultato finale +++ DX.

Faccio mettere il paziente supino e, partendo dai piedi, comincio a mettere le mani sul corpo facendo le mie valutazioni con test di mobilità e con gli spring test, fino ad arrivare a livello cervicale.

Trovo l'iliaco di destra in anteriorità, una forte resistenza a livello addominale più superficiale che profonda e la zona mediastinica sinistra ipomobile.

Testo la mobilità cervicale, rilevando una discreta rigidità e trovando C4 in F, R, S SX.



Passo poi ad una auscultazione cranio-sacrale, percependo una forte trazione caudale a sinistra ed un sacro relativamente leggero.





Faccio girare il paziente prono e con degli spring-test controllo sacro, lombare e dorsale, rilevando un'ipomobilità di tutta la colonna ed in particolare del tratto dorsale alto.









IL TRATTAMENTO.

Essendosi il paziente presentato principalmente per una forte cervicalgia, utilizzo come chiave d'entrata proprio la zona cervicale e comincio il trattamento con una presa sub-occipitale, finchè non avverto un cambiamento tissutale.



Passo all'utilizzo di tecniche soft-tissue sempre sulla muscolatura cervicale.



Mi concentro su di una tecnica fasciale cranio in estensione - messa in densità sterno–esofago per la fascia cervicale profonda.

2.3. Secondo trattamento

VALUTAZIONE OSTEOPATICA.

Tenendo per buone le varie caratteristiche del paziente rilevate in prima seduta, comincio con il TFE, che mi dà in partenza le due S.I.P.S. pari e, a fine test, un risultato positivo a destra (+ DX).

Con il paziente supino inizio a fare degli spring test dai piedi, rilevando densità tissutale a livello della caviglia, del ginocchio sinistro e dell'iliaco destro (anteriore).

Alla palpazione viscerale rilevo ipomobilità dell'intestino e un diaframma addominale sinistro in espirazione.

La colonna cervicale è più mobile rispetto alla prima seduta, mentre la colonna dorsale risulta essere ancora piuttosto rigida.

Il R.A.F. è più armonico rispetto alla settimana precedente (R.A.F. 1-1-1).

IL TRATTAMENTO.

Parto da un ascolto craniale, per passare ad una tecnica soft-tissue cervicale, in seguito alla quale applico un thrust su C4 in F, R S sx.



Proseguo con una tecnica fasciale sterno–cervicale per la fascia profonda, fino ad avvertire un cambiamento tissutale.

Passo ad un lavoro di inibizione diaframmatica, per poi applicare una tecnica in facilitazione sull'intestino tenue, fino ad un cambiamento di tessuti.



Mi sposto sugli arti inferiori e applico una tecnica rocking sull'iliaco destro per correggere l'anteriorità.



Passo ad una tecnica articolatoria per correggere l'anteriorità della tibia sinistra e per correggere l'anteriorità dell'astragalo sinistro.





Chiudo la seduta con un ascolto craniale che mi sembra essere più intenso che ad inizio seduta.

2.4. Terzo trattamento

VALUTAZIONE OSTEOPATICA.

Parto dal test del TFE dove in partenza trovo le S.I.P.S. pari e a test concluso mi risulta un + SX.

Con il paziente supino rilevo una diminuita rigidità di caviglia e ginocchio sinistri, ma anche dell'iliaco destro.

Permane una certa densità dell'intestino tenue e una discreta ipermobilità del mediastino a sinistra.

Ad un ascolto craniale il R.A.F. è significativamente migliorato (R.A.F. 2-2-2).

IL TRATTAMENTO.

La mia chiave d'entrata è sempre la zona cervicale, da cui parto con una presa suboccipitale, per poi passare alla solita tecnica fasciale sterno-cervicale per la fascia profonda.

Applico poi con maggiore meticolosità una tecnica fasciale sul mediastino sinistro, fino a percepire un netto cambiamento nei tessuti.

Faccio girare il paziente in decubito laterale sinistro e mi cimento in un thrust C7 – D1.



Riposiziono il paziente supino per andare su di una tecnica in facilitazione sull'intestino mesenteriale.

Chiudo la seduta con un ascolto craniale.

2.5. Conclusioni

Le aspettative che avevo prima dei trattamenti non erano molto alte: sapevo che, essendo una malattia sistemica, dal punto di vista della sintomatologia molto sarebbe dipeso dall'azione della cura farmacologica che il paziente segue. Infatti, tra la prima e la seconda seduta, il paziente ha avvertito un grande miglioramento in termini di dolore, proprio perché, in quel lasso di tempo, si era sottoposto alla cura con INFLIXIMAB.

Dal punto di vista prettamente osteopatico però, ho sicuramente notato dei grandi cambiamenti, sia dal punto di vista dei test (vedi il TFE passato da un +++ DX ad un + DX e ad un + SX di minor rilevanza), che, soprattutto, dall'ascolto craniale: si è passati da una grande trazione caudale sinistra con poco movimento respiratorio, ad una situazione con movimento più armonico e via via sempre più intenso e regolare (RAF 2-2-2).

Per quanto riguarda il discorso viscerale, c'è sicuramente stato un allentamento delle tensioni addominali in senso generale, ed in particolare della zona trattata e cioè dell'intestino tenue.

In ultimo, il paziente ha avvertito un miglioramento della mobilità cervico-dorsale, frutto dei lavori fatti sulla zona mediastinica e su quella cervicale.

3. Ringraziamenti

Passiamo ora alla parte nella quale sono sicuramente meno bravo nell'esprimermi e cioè i ringraziamenti.

Ringrazio Michela, mia moglie e Marta, mia figlia, alle quali ho sacrificato del tempo, ma alle quali ho sempre pensato durante questo percorso durato 3 anni.

Ringrazio i miei compagni di corso per la disponibilità al confronto, per la simpatia, la cordialità e per avermi fatto rivivere le belle sensazioni degli anni delle scuole superiori e dell'università.

Ringrazio tutto lo staff della Fisiomedic Academy per aver creato delle condizioni di lavoro informali, ma sempre serie ed impegnate.

Ringrazio le mie datrici di lavoro, per avermi permesso di frequentare questo corso di studi, sacrificando dei giorni lavorativi e i miei colleghi per essersi prestati come "cavie" per le mie prove tecniche.

Infine ringrazio il mio carissimo amico G. M. per aver dedicato tempo come paziente per lo svolgimento di questa tesi.

4. Bibliografia

Maria Grazia Anelli, *<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/tools-della-salute/glossario-delle-malattie/spondilite-anchilosante>*