

OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

**TRATTAMENTO OSTEOPATICO DELLA CEFALEA DI TIPO
TENSIVO**

Candidato: Riccardo Picchianti

ANNO ACCADEMICO 2016 / 2017

fisiomedic
ACADEMY

Indice

Introduzione

1. La cefalea

1.1 Descrizione

1.2 Classificazione

2. La cefalea di tipo tensivo

2.1 Sintomi

2.2 Eziologia

2.3 Classificazione

2.4 Cura e trattamento

3. Cenni di anatomia del rachide cervicale

3.1 Rachide cervicale superiore: atlante ed epistrofeo

3.2 Rachide cervicale inferiore

3.3 Muscoli del collo

3.4 Principali vasi sanguigni della testa e del collo

4. Lo stress

4.1 Influenza sul sistema nervoso

4.2 Conseguenze sull'organismo

4.3 Influenza sui visceri

4.4 influenza sul diaframma

5. Caso clinico

5.1 Raccolta anamnestica

5.2 Valutazione osteopatica

5.3 Considerazioni prima del trattamento

5.4 Trattamento osteopatico

5.5 Conclusioni

Bibliografia

Introduzione

Il mal di testa (o cefalea, in termini medici) è una delle patologie più frequenti del genere umano ma nonostante ciò è spesso misconosciuta dal paziente, mal diagnosticata dal medico e, conseguentemente, non debitamente curata. Spesso la cefalea genera nel paziente timori di gravi malattie. Tuttavia, anche se può essere sintomo di una ampia serie di patologie (si pensi ad esempio alle sindromi influenzali), la cefalea nella maggior parte dei casi è di tipo benigno, cioè senza una causa organica riconoscibile e viene pertanto definita cefalea primaria.

Purtroppo, nonostante la relativa semplicità della diagnosi, capita spesso di incontrare pazienti che abbiano svolto per proprio conto vari esami (ad esempio risonanza magnetica nucleare, tomografia computerizzata, elettroencefalogramma, radiografie del cranio) il più delle volte inutili e costosi, alla ricerca di una causa della propria cefalea che, in quanto primaria, non ha per definizione alcuna causa dimostrabile con le metodiche attualmente a disposizione.

Molto importante in casi di cefalea è il trattamento manipolativo osteopatico. Questo tipo di terapia non presenta particolari effetti collaterali ed è generalmente gradevole per il paziente.

Può essere indicata specialmente per chi voglia evitare gli effetti collaterali dei farmaci sintomatici (es. danno alla mucosa dello stomaco) e dei farmaci profilattici (sonnolenza, aumento dell'appetito e del peso).

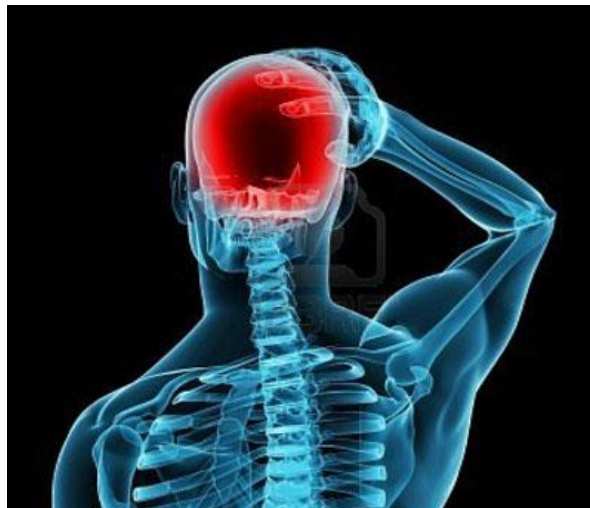
L'approccio dell'Osteopata al paziente con cefalea è olistico, cioè tiene conto di tutto il corpo e non solo della testa, perché la causa o concausa

può risiedere altrove; tale approccio è necessariamente individuale, mirato sulle problematiche della persona stessa in quel momento.

1. La cefalea

1.1 Descrizione

Si definisce cefalea qualsiasi dolore localizzato al cranio. Dal punto di vista epidemiologico, è il disturbo neurologico più frequente nella popolazione generale. Probabilmente, esistono poche persone fortunate che non hanno mai sperimentato una cefalea durante la loro vita. Si valuta che almeno il 40% degli individui nel mondo, una volta l'anno, soffre di una grave cefalea invalidante. Le cefalee possono essere causate da qualsiasi fattore, dallo stress psico – emotivo fino al tumore. Tuttavia, sebbene molti soggetti che soffrono di episodi gravi siano inclini a temere il peggio, la maggior parte di questi disturbi ha un'origine benigna.



È stato stimato che solo il 5% dei pazienti che si presentano al pronto soccorso degli ospedali è risultato poi, affetto da una grave malattia neurologica.

La sua insorgenza è associata alla stimolazione delle terminazioni nervose dolorifiche del cranio, che sono situate in corrispondenza dei tessuti molli extracranici (cute, muscoli, arterie, occhio, orecchio e cavità nasali) ed in strutture intracraniche (seni venosi e loro vene tributarie, osso, arterie cerebrali, nervi trigemino, vago e glossofaringeo).

Il tessuto cerebrale, invece, essendone sprovvisto è insensibile al dolore. Eventi meccanici, come una dilatazione dei vasi arteriosi o come un'inflammazione che interessa nervi o muscoli, possono avere una forte influenza sull'attivazione di questi recettori. Il dolore causato da questo disturbo può comparire in varie forme (senso di pesantezza, cerchio che stringe la testa o come pesantezza agli occhi.) e può presentarsi con attacchi isolati ricorrenti o con dolore cronico continuo.



1.2 *Classificazione*

L'International Headache Society (IHS) utilizza un sistema di classificazione che suddivide la cefalea in 13 categorie diverse:

- emicrania
- cefalea di tipo tensivo
- cefalea a grappolo
- cefalea di tipo misto non associata a lesioni strutturali
- cefalea associata a trauma cranico
- cefalea associata a disturbi vascolari
- cefalea associata a disturbo intracranico non – vascolare
- cefalea associata a sostanze o astinenza da esse
- cefalea associata ad infezione non – cefalica
- cefalea associata a disturbo metabolico
- cefalea o dolore facciale associata a disturbo delle strutture facciali o craniali
- nevralgia cranica, dolore del tronco nervoso e dolore da deafferentazione
- cefalea non classificabile

Uno studio effettuato utilizzando il sistema di classificazione IHS ha scoperto che molti pazienti, necessitavano di due, tre, a volte quattro diverse classificazioni per la stessa cefalea. Sebbene sia stato scoperto che l'emicrania è, di fatto, il tipo di cefalea più diffuso, solo il 25% dei soggetti presenta un'emicrania come diagnosi esclusiva, mentre il restante 75% dei soggetti con diagnosi di emicrania rivela anche una cefalea di tipo tensivo cronico, o una cefalea indotta da farmaci associata alla prima, o a entrambe.



2.La cefalea di tipo tensivo

La cefalea muscolo tensiva (in inglese TTH, tension type headache), è la forma di cefalea più comune. Rappresenta quasi il 90% delle cefalee, e colpisce una larga fetta di persone.

Pur non essendo considerato un problema “grave”, la cefalea muscolo tensiva può limitare seriamente la qualità di vita della persona, in quanto una delle manifestazioni più tipiche è la difficoltà a concentrarsi o la mancanza di lucidità. Sicuramente una pessima compagna se fai lavori d’ufficio o comunque nei quali è richiesto un alto grado di concentrazione.

Il disturbo tipicamente localizzato a livello nucale o sub-occipitale, è spesso dovuto all’irritazione delle terminazioni nervose che fuoriescono dalla colonna vertebrale a livello della parte superiore del collo, subito sotto il cranio, od alla base del cranio stesso. Disfunzioni della colonna o, ancora più spesso, tensioni dei muscoli sub-occipitali possono causare una irritazione dei nervi che a loro volta provocano una ulteriore tensione muscolare, innescando un circolo vizioso che spesso facilita l’irritazione dei segmenti nervosi associati, con conseguente dolore che cresce in maniera esponenziale.

Stress, paure, traumi o tensioni emotive, oltre che gli squilibri strutturali, sono le principali cause; spesso anche problemi di malocclusione dentale o situazioni infiammatorie o di squilibrio della bocca possono essere responsabili della tensione muscolare. Non bisogna sottovalutare l’importanza dell’area sub-occipitale, in quanto è grazie a questa area che possiamo compiere i fini movimenti di rotazione, flessione ed estensione della testa. Bruschi movimenti o scosse vengono assorbiti da questa area, provocando spesso micro-lesioni a livello delle fasce muscolari o dei legamenti. Anche piccoli “colpi di frusta” possono essere responsabili, in soggetti predisposti, a significativi problemi sia locali che organici. Le strutture muscolari, stirate, possono andare incontro a fenomeni di spasmo od irritazione causando da un lato irritazione e dall’altro fenomeni di compressione sulle strutture presenti alla base del cranio, quali ad esempio la vena giugulare, responsabile del drenaggio della testa, il ganglio cervicale superiore, responsabile della innervazione ortosimpatica della testa.

2.1 Sintomi

La cefalea tensiva si presenta con un dolore costrittivo a fascia o a casco, spesso bilaterale, di intensità lieve-moderata, non aggravato da attività fisiche routinarie, senza nausea e vomito. Spesso è associata a contratture dei muscoli del collo e delle spalle. L'attacco doloroso può durare da qualche ora a qualche giorno, fino ad un dolore quotidiano, cronico. Nella cronicizzazione del dolore si instaura nel cervello un meccanismo di sensibilizzazione, che mantiene la percezione dolorosa anche in assenza di contratture muscolari, creando così un circolo vizioso. Le categorie più colpite sono le persone costrette al mantenimento prolungato di una determinata posizione durante una attività fisica o mentale (studenti, impiegati, insegnanti, operai addetti alle catene di montaggio), oppure soggetti sottoposti a ritmi di vita stressanti o con problemi psichici di vario grado e natura (soprattutto ansia e depressione).



Tra i sintomi della cefalea tensiva troviamo:

- un dolore sordo ed intenso;
- una sensazione di pressione sulla fronte, sui lati e sul retro della testa;
- aumento della dolorabilità in corrispondenza del cuoio capelluto, del collo e dei muscoli delle spalle;
- talvolta perdita d'appetito, ma difficilmente causa nausea o vomito.

Spesso il paziente che ne soffre sente il bisogno di massaggiare cuoio capelluto, tempie o collo, poco sotto la nuca. Un attacco di cefalea tensiva può durare mezz'ora come una settimana; può capitare solo qualche volta o con regolarità.

La cefalea tensiva è spesso difficile distinguerla dall'emicrania: a differenza di questa, tuttavia, la cefalea tensiva di solito non è accompagnata da disturbi visivi, nausea, vomito, dolori addominali, intorpidimento o debolezza in un lato del corpo o difficoltà del linguaggio. L'attività fisica di solito, fa aumentare l'emicrania, mentre spesso non ha nessun effetto sulla cefalea tensiva. L'aumento della sensibilità alla luce può verificarsi, ma non è così frequente.

2.2 Eziologia

La causa, o le cause, della cefalea tensiva non sono note con esattezza. Il nome deriva dall'ipotesi passata, e ormai smentita, che la causa fosse da ricercare nella contrazione dei muscoli del collo, mentre ad oggi si ritiene che non ci sia un'unica spiegazione per tutti i pazienti che ne soffrono, ma che al contrario siano numerosi e diversi i fattori e/o le condizioni in grado di scatenare un attacco, andando a causare squilibri e alterazioni a livello cerebrale. Detto ciò è innegabile che in tutti i pazienti con cefalea muscolo tensiva è riscontrabile rigidità (più o meno dolorosa) della muscolatura cervicale.

Si pensa che possano essere fattori scatenanti:

- problemi cervicali
- stress
- depressione e ansia
- postura scorretta
- lavorare in posizioni strane
- malocclusioni dentarie e bruxismo
- disturbi visivi
- stanchezza e riduzione delle ore di sonno
- disturbi metabolici
- carenza di attività fisica
- rumori

Molte di queste cause o fattori, possono essere riscontrate nello stesso individuo che soffre di cefalea tensiva, in quanto sono collegati e conseguenza l'uno dell'altro, ad esempio: se il metabolismo lavora male, significa spesso che l'organismo ha accumulato un eccesso di stress, che può essere legato a molti fattori (alimentazione, stile di vita). Lo stato di stress cronico si porta dietro sintomi quali stanchezza persistente, difficoltà digestive, disturbi del tono dell'umore, oltre che ad un forte aumento della tensione muscolare (responsabile della cefalea).

2.3 Classificazione

L'ICHD-II suddivide la cefalea tensiva (*tension type headache = TTH*) in quattro sub-categorie diagnostiche:

- 1 – Cefalea di tipo tensivo episodica sporadica** (meno di un mal di testa al mese)
- 2 – Cefalea di tipo tensivo episodica frequente** (tra 12 e 180 giorni con mal di testa)
- 3 – Cefalea di tipo tensivo cronica** (più di 180 giorni all'anno con mal di testa)
- 4 – Probabile cefalea di tipo tensivo**

Tutte le tipologie di cefalea tensiva su elencate sono caratterizzate da un dolore alla testa che tipicamente si manifesta con le seguenti caratteristiche:

- localizzazione bilaterale (mal di testa localizzato sia nella parte destra che sinistra del cranio)
- qualità gravativo-costrittiva (mal di testa continuo e non di tipo pulsante)
- intensità lieve o media
- non è aggravata dall'attività fisica di routine, come il camminare o il salire le scale

Le principali differenze tra le tipologie di cefalea tensiva su elencate risiedono sostanzialmente nella frequenza degli episodi cefalgici.

2.4 Cura e trattamento

- terapia farmacologica:

la cefalea di tipo tensivo episodica può essere trattata con *analgesici*, in particolare l'*ibuprofene* si è dimostrato più efficace del *paracetamolo* in studi controllati. Tuttavia il ricorso frequente ai FANS, al paracetamolo o ad altri tipi di analgesici può determinare un aumento della frequenza e della gravità degli episodi cefalgici e favorire una cronicizzazione della patologia.

- terapia non farmacologica:

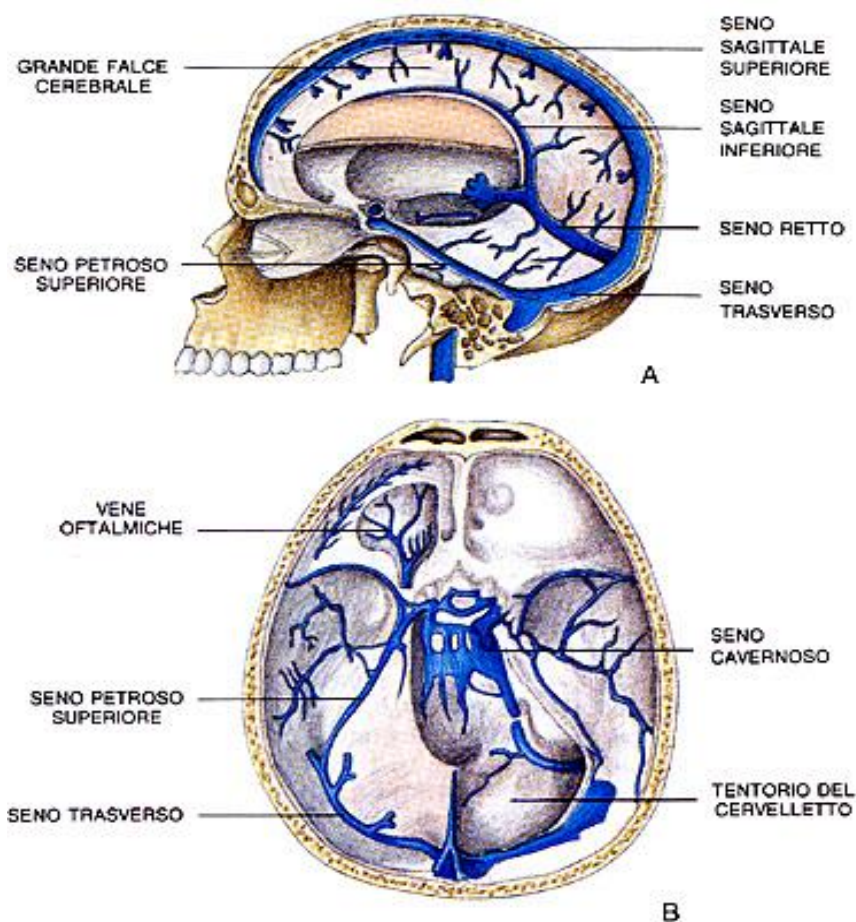
la cefalea di tipo tensivo cronica può essere trattata con una terapia di fondo farmacologica e non farmacologica come il *biofeedback*, la *TENS*, le tecniche di rilassamento, l'osteopatia, la fisioterapia, talvolta la *psicoterapia* e, qualora dipendesse da una condizione di malocclusione. Se l'eziologia è appunto di tipo occlusale è opportuno adottare dei dispositivi mobili (es: bite) così da correggere la malocclusione. Ottimale può essere l'uso di un ortotico, la cui posizione viene determinata dopo un accurato esame della masticazione, chiamato esame kinesio-elettromiografico.

Comunemente trascurato è il ruolo del dentista, in particolar modo dello gnatologo, che è spesso in grado di risolvere questa patologia senza l'utilizzo di farmaci, riportando la muscolatura ad una posizione di rilassamento e resolvendo il problema in poche settimane, a volte mesi.

2.5 Trattamento osteopatico

La figura dell'osteopata può essere utile nella risoluzione di tale patologia, in quanto è in grado di ridurre buona parte degli stimoli irritativi, responsabili della sensazione di dolore. Nello specifico si ha la possibilità di:

- liberare le suture craniali, soprattutto quelle tra osso occipitale e osso temporale, riducendo le tensioni intracraniche, e riuscendo così a dare maggior agio alle strutture vascolo-nervose;



- effettuare un lavoro di riequilibrio tra i diaframmi del corpo: pelvico, toracico inferiore e superiore, buccale e il tentorio cerebellare (intracranico), che rappresentano strutture essenziali e cardine nella distribuzione delle pressioni all'interno delle cavità corporee;
- migliorare la libertà di movimento delle articolazioni sacro-iliache, che rappresentano una delle principali cause di rallentamento della motilità craniale, soprattutto dell'osso occipitale, strettamente connesso al sacro tramite la meninge più esterna chiamata "dura madre" o migliorare la circolazione venosa intracranica e in tal modo normalizzare ancora una volta le pressioni che possono agire negativamente sulla sintomatologia;
- ridurre le tensioni muscolari a livello cervicale, attuando un allungamento dei tessuti molli.

Lo studio e la conoscenza dell'anatomia e della fisiopatologia, e l'utilizzo di metodologie manuali di diagnosi e terapia, offrono inoltre all'osteopata la capacità di poter relazionare la cefalea ad alcune problematiche di tipo viscerale. La particolare anatomia del bacino femminile e la meccanica del pavimento pelvico e dei visceri in esso contenuti, nonché l'asse ormonale esistente tra ipotalamo-ipofisi-utero-ovaio è un esempio significativo di questa interrelazione tra sistema muscolo-scheletrico e viscerale. Un lavoro sull'osso craniale che "ospita" l'ipotalamo e l'ipofisi: lo sfenoide, e sul sacro, potrebbero per esempio migliorare la biomeccanica, lo stato neurovegetativo e quindi anche ormonale, della zona prima citata.

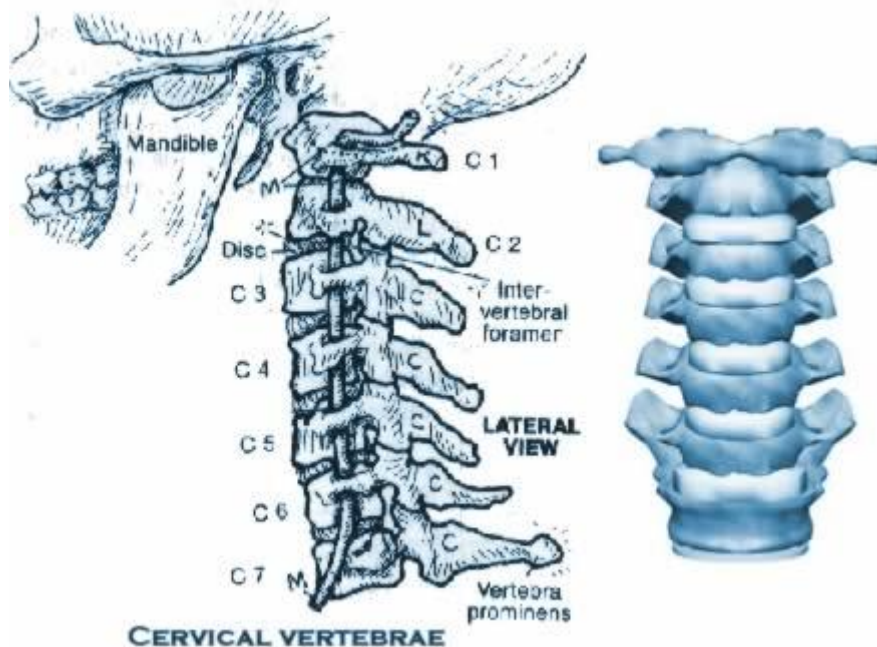
A dimostrazione dell'efficacia dell'osteopatia sulla cefalea è stato svolto uno studio sperimentale (la cui attendibilità è confermata dal dato statistico $p < 0,001$), il quale aveva come oggetto di studio un gruppo di 70 pazienti donne, con mestruazioni ancora presenti e una concreta positività alla scala di valutazione HIT-6. Una parte delle pazienti sono state sottoposte solo a trattamento osteopatico, uno alla settimana, per 3 settimane, mentre all'altra parte di soggetti si è fatto finta di somministrare il trattamento, per valutarne l'effetto placebo. I risultati hanno evidenziato la reale efficacia del trattamento con un'importante riduzione del numero di attacchi, dell'intensità del sintomo e un aumento di tempo trascorso tra due attacchi nelle pazienti realmente trattate, mentre i miglioramenti sono risultati molto inferiori nel gruppo placebo.

3. Cenni di anatomia del rachide cervicale

Il tratto cervicale è la parte più mobile della colonna vertebrale e per certi aspetti anche la più delicata. Oltre a sostenere, stabilizzare e rendere mobile il cranio, infatti, protegge le strutture che passano attraverso di esso, come il midollo spinale, le radici nervose e l'arteria vertebrale. Basti pensare che serie lesioni di questo tratto comportano tetraplegia (paralisi dei quattro arti) e, se la lesione avviene a livello di C1-C2, la morte dell'individuo.

La colonna cervicale presenta una curvatura di circa 36° a convessità anteriore - detta lordosi - che varia in relazione alle modificazioni delle altre curve rachidee ed in genere si fa più marcata nelle persone anziane.

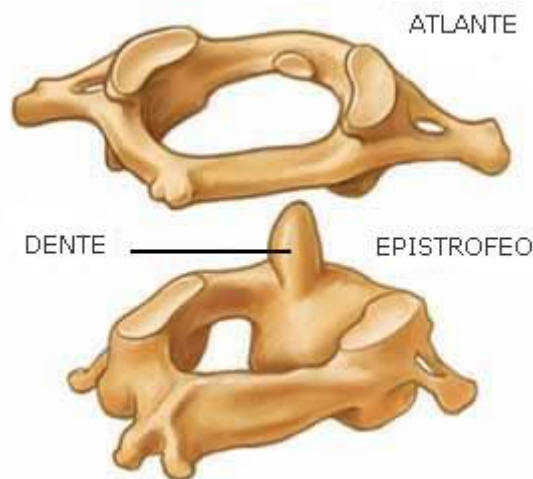
Il rachide cervicale è costituito da sette vertebre, distinguibili - sulla base di alcune peculiarità anatomiche - in una regione superiore (C1-C2) ed in una inferiore (C3-C7); per questo motivo il primo tratto della colonna vertebrale viene didatticamente suddiviso in rachide cervicale superiore e rachide cervicale inferiore.



3.1 Rachide cervicale superiore: atlante ed epistrofeo

Le prime due vertebre cervicali, l'atlante e l'epistrofeo, sono molto diverse dalle altre vertebre della colonna. L'atlante è un anello osseo consistente di un arco anteriore, di un arco posteriore e di due masse laterali (è privo di corpo vertebrale e di processo spinoso). Ciascuno di questi due massicci ossei presenta una faccetta articolare superiore ed una inferiore, che si articolano rispettivamente con i condili occipitali e con l'epistrofeo. Quest'ultimo è costituito da un corpo vertebrale e da un processo spinoso bifido come le vertebre sottostanti, dalle quali si differenzia per la grossa apofisi ossea che si diparte dalla parte anteriore del suo corpo vertebrale (odontoide, processo odontoideo o dente dell'epistrofeo); questo segmento osseo, che altro non è che il residuo del corpo dell'atlante, si articola con l'arco anteriore dell'atlante stesso, costituendo l'asse attorno al quale C1 può girare nei movimenti di rotazione della testa.

L'articolazione atlanto occipitale consente moderati movimenti di flessione laterale, 10 gradi di flessione e 25 di estensione; pochi gradi nelle stesse direzioni sono consentiti anche dai rapporti articolari tra C1 e C2. D'altra parte, però, atlante ed epistrofeo forniscono il principale apporto alla rotazione della colonna cervicale, che sostengono per 45° in entrambe le direzioni.



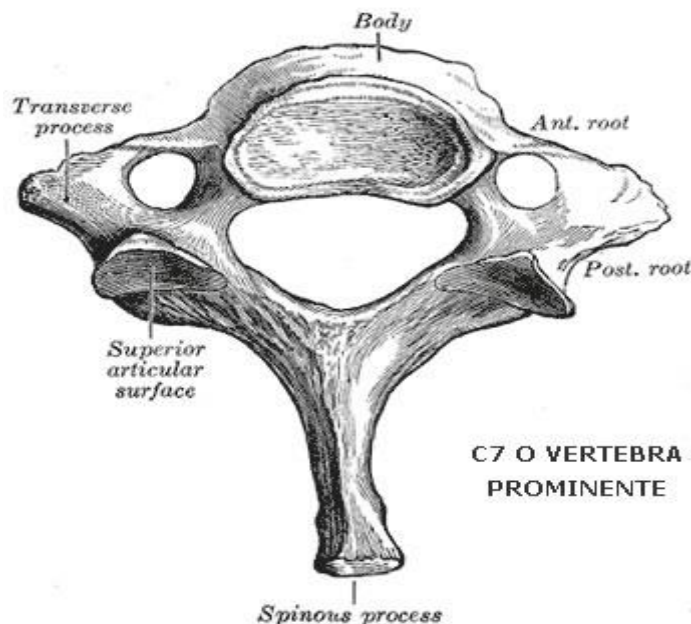
Tra C1 e C2 non è interposto il disco intervertebrale e l'eccessivo movimento è limitato dai legamenti e dalla capsula articolare.

La mobilità della colonna cervicale superiore è fondamentale per mantenere il corretto allineamento degli organi di senso situati nella testa.

3.2 Rachide cervicale inferiore

Il rachide cervicale inferiore è costituito dalle rimanenti 5 vertebre (C3-C7), che presentano un maggior grado di similitudine per forma e funzioni. Le peculiarità anatomiche che le caratterizzano:

- corpo vertebrale di dimensioni ridotte rispetto alle vertebre sottostanti;
- processi spinosi bifidi (biforcuti) da C3 a C6;
- presenza in C7 (*vertebra prominente*) di un processo spinoso particolarmente lungo, facilmente palpabile all'esame clinico in molti individui.
- presenza di apofisi unciniformi, site nella parte laterale superiore ed inferiore dei corpi vertebrali, che si articolano tra loro a formare le articolazioni unco-vertebrali (o di Luschka) mediante due faccette cartilaginee. Rispetto al tratto cervicale superiore, questa regione della colonna è specializzata non più nella rotazione, ma nella flessione anteriore, posteriore (estensione) e laterale. Quest'ultima è affidata soprattutto al tratto superiore (C3-C4 e C4-C5), mentre la flessione - pari a circa 10 gradi per segmento - è massima a livello di C4-C5 e C5-C6.

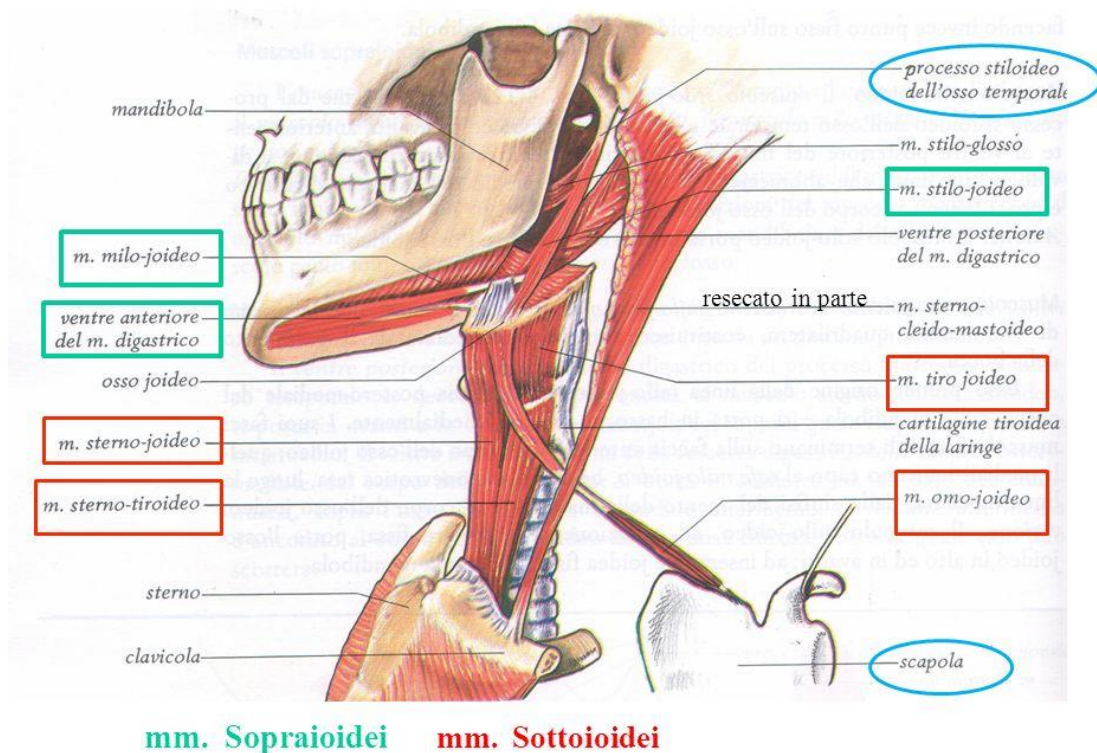


3.3 Muscoli del collo

Questi si dividono in classi. Si trovano i **muscoli posteriori** che sono presenti in uno strato profondo ed uno superficiale, di cui i primi sono i muscoli intrinseci del rachide mentre quelli superficiali appartengono ai muscoli del torace. I **muscoli anteriori** del collo invece si suddividono in **muscoli sopraioidei**, muscoli **sottoioidei** e muscoli **lateral**i.

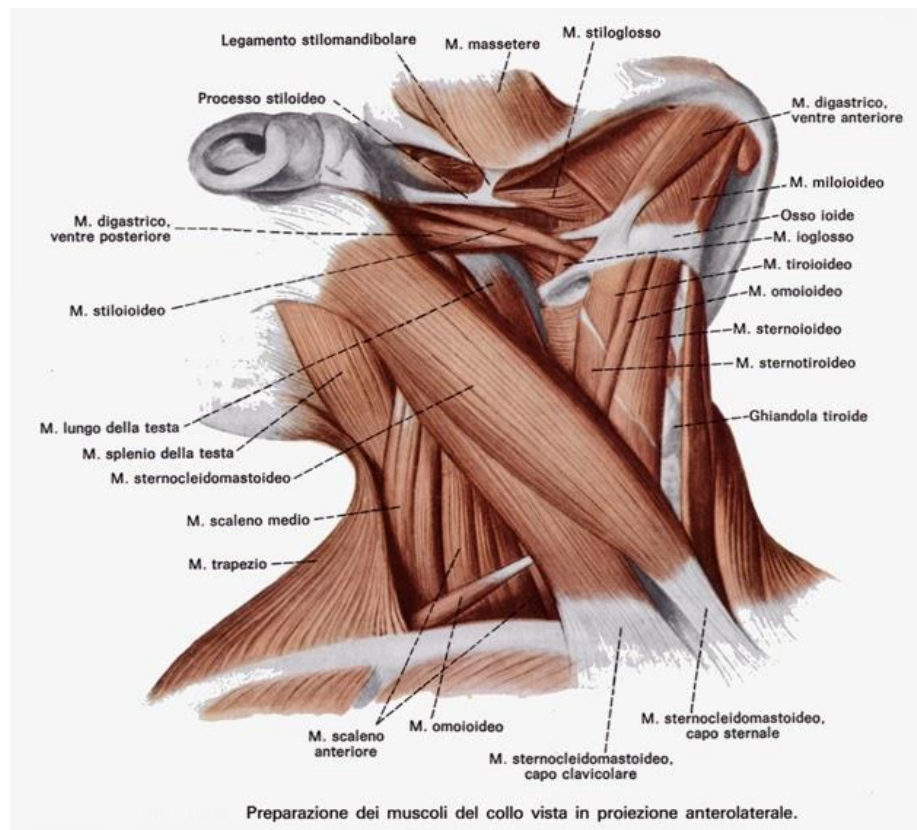
Tra i **muscoli sopraioidei** troviamo:

1. il **muscolo digastrico** che è fondamentale per innalzare l'osso ioide, abbassare la mandibola ed estendere la testa;
2. il **muscolo stiloioideo** che è fondamentale anche esso per innalzare l'osso ioide;
3. i **muscoli miloioidei** che sono grosse lamine che prendono parte alla composizione del pavimento orale, innalzano e portano in avanti l'osso ioide, collaborano al processo di deglutizione sollevando la lingua;
4. il **muscolo genioioideo** che innalza e porta avanti l'osso ioide, abbassa la mandibola.



Tra i **muscoli sottoioidei** troviamo:

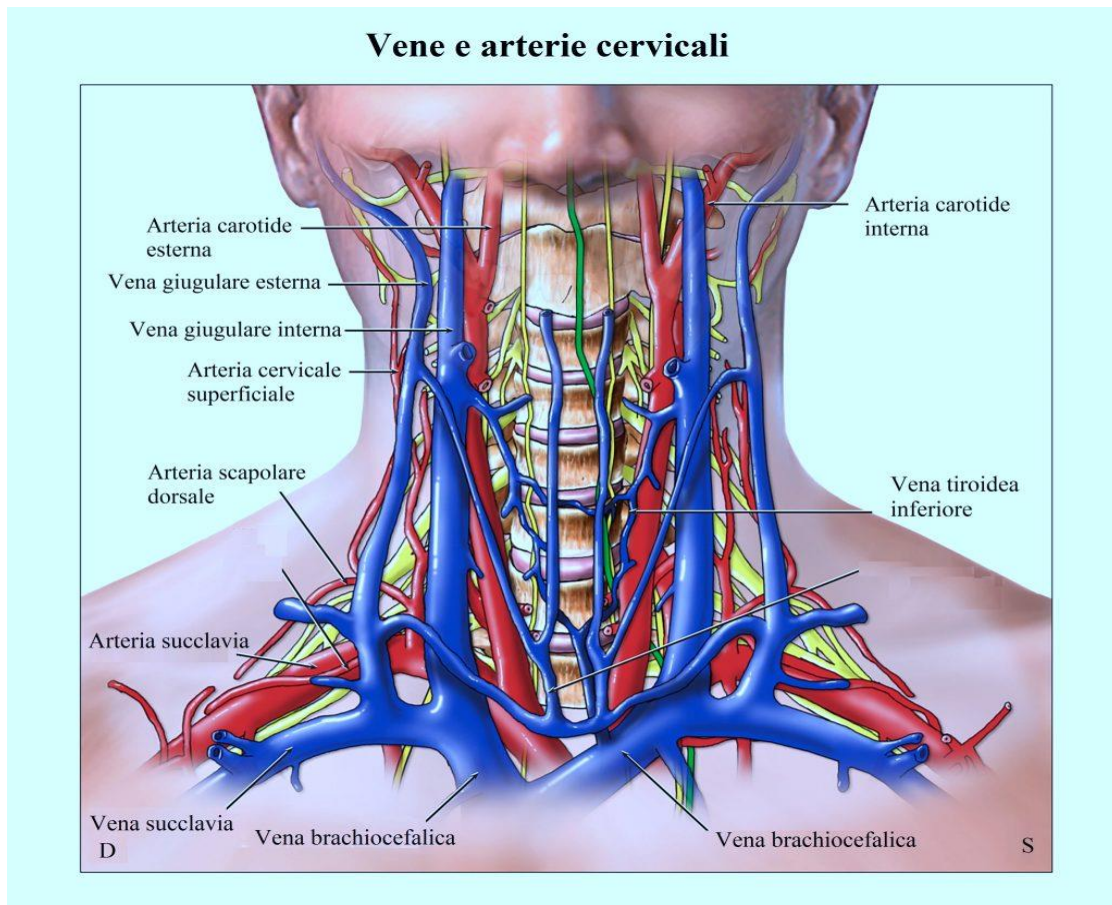
1. il **muscolo sternoioideo** che con la sua azione abbassa l'osso ioide;
2. il **muscolo omoioideo** che svolge sempre la funzione di abbassare l'osso ioide;
3. il **muscolo sternotiroideo** che abbassa la cartilagine tiroidea e quindi tutta la laringe;
4. il **muscolo tiroioideo** che innalza la laringe o abbassa l'osso ioide.



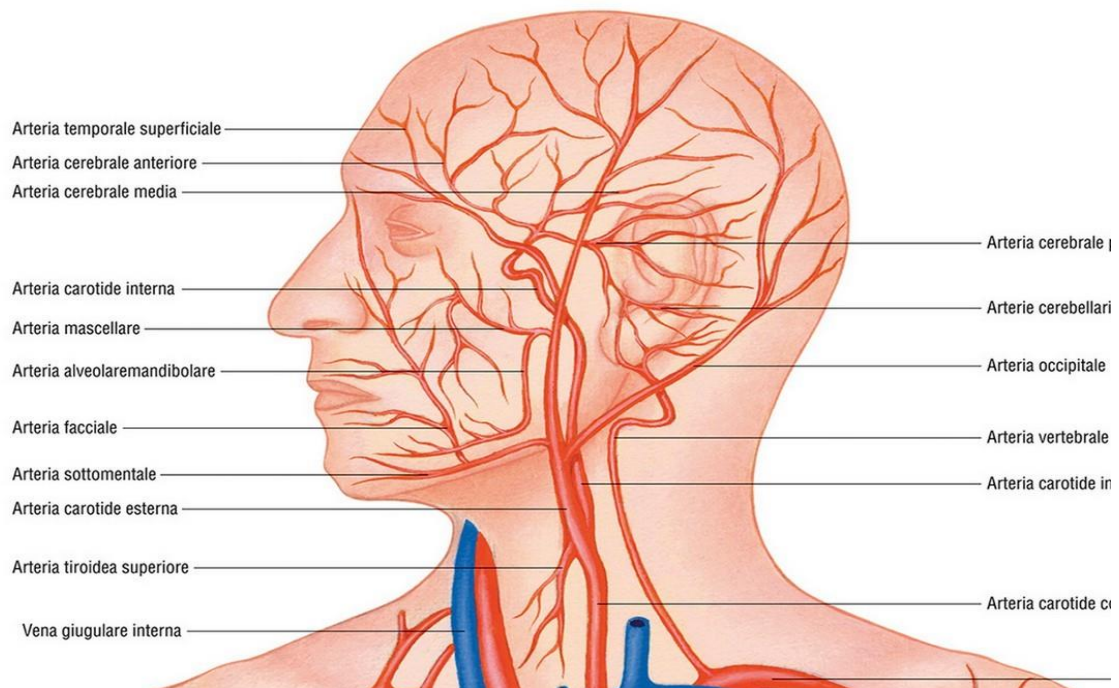
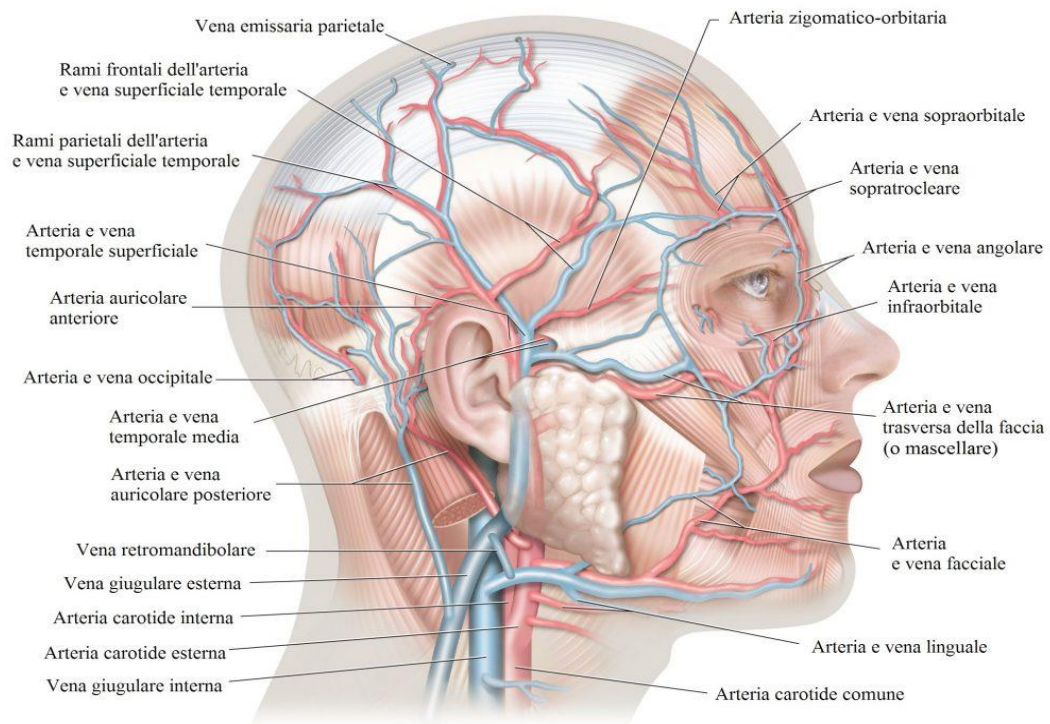
Infine esiste il gruppo dei **muscoli laterali**, che sono disposti su tre strati. Il più superficiale prende il nome di **platisma** e con la sua azione abbassa la mandibola e contrae la cute della guancia. Può quindi essere considerato un **muscolo mimico**. Il muscolo in posizione intermedia si chiama **sternocleidomastoideo**, ha dimensioni importanti e svolge il compito di flettere ed inclinare la testa. I muscoli più profondi si chiamano **muscoli scaleni** (anteriore, medio e posteriore), hanno inserzioni differenti ma contraendosi insieme svolgono la funzione di inclinare la colonna cervicale o di innalzare il torace, funzionando quindi come muscoli respiratori accessori.

Lo scaleno anteriore e lo scaleno medio formano uno spazio all'interno del quale passano l'arteria succlavia, la vena succlavia e il plesso brachiale.

3.4 Principali vasi sanguigni della testa e del collo



Arterie e vene superficiali della testa



4.Lo Stress

Lo stress è una condizione del sistema nervoso centrale determinata da una serie di fattori ambientali più o meno avversi, interni o esterni all'organismo, che hanno la tendenza a turbarne l'equilibrio perfetto (omeostasi) e questa condizione produce una serie di attivazioni comportamentali e fisiologiche allo scopo di ripristinare lo stato di teorico equilibrio. Ma lo stress non ha una accezione sempre negativa, anzi è una risposta adattativa per la sopravvivenza, estremamente funzionale ed efficace. Queste risposte sono rapide ed efficaci (combattimento) e sono consentite da due categorie di ormoni: le catecolamine (adrenalina e noradrenalina) e i glucocorticoidi (cortisolo). In particolare adrenalina e cortisolo sono gli attori principali di questa risposta rapida ed efficace di stress. I due ormoni vengono da due assi neuroendocrini che sono l'asse ipotalamo-ipofisocorticosurrene che produce cortisolo e l'asse simpatico-midollare del surrene che produce adrenalina e noradrenalina.

4.1 Influenza sul sistema nervoso

Il sistema nervoso autonomo è quella parte di sistema nervoso che predispone gli organi ad un corretto funzionamento del metabolismo, in risposta alle esigenze del momento. E' diviso in due parti: la componente cosiddetta parasimpatica (il nervo vago), e la componente ortosimpatica.

La componente parasimpatica si attiva in stato di riposo: favorisce la contrattilità dello stomaco per la digestione, abbassa il tono dei muscoli, riduce la frequenza cardiaca... Non solo, il nervo vago, principale componente del parasimpatico, è anche la più grande fonte di anti-infiammatori naturali prodotti dall'organismo, una sorta di sistema di difesa generale. La componente ortosimpatica entra in gioco in stato di attività: aumenta la frequenza cardiaca, blocca il sistema gastro enterico, aumenta la forza muscolare....

E' un sistema che rilascia catecolamine, in particolare adrenalina.

Il sistema nervoso autonomo non è controllato volontariamente, ma è influenzato dalle situazioni che viviamo. Una persona con stato di stress e agitazione costante, ad esempio, avrà una iper-attività del sistema ortosimpatico. Negli ultimi anni la ricerca ha posto molta attenzione sul collegamento tra psiche e sistema nervoso autonomo, evidenziando come lo stress emotivo, gli stati emozionali negativi ed il rimuginare costante sugli stessi problemi portino ad uno sbilanciamento cronico nel sistema nervoso autonomo.

4.2 Conseguenze sull'organismo

Quali conseguenze porta il malfunzionamento del sistema nervoso autonomo? Una persona con una cronica iper-attività dell' ortosimpatico è sempre estremamente vigile, ma avrà disturbi del sonno, difficoltà digestive (gonfiori), e la pressione sui valori alti. Questo stato di iper attività non compensata è anche causa di una lenta ma costante diminuzione della massa muscolare, utilizzata come carburante di pronta disponibilità.

Stati di iper attività del parasimpatico (nervo vago) sono più unici che rari. Molto più frequente assistere ad una ridotta funzionalità del nervo stesso. Si è visto che la funzionalità del nervo vago può essere ridotta dallo stress emotivo, in particolare dalle emozioni negative e dal rimuginio/preoccupazione costante. Cosa accade quando il nervo vago non funziona bene? Oltre a mancare il "contrasto" all' ortosimpatico, abbiamo già visto come il nervo vago sia un potente sistema anti infiammatorio, per la sua produzione di acetilcolina. Quando il vago non funziona la persona avverte dolori diffusi (non è in grado di compensare i comuni problemi posturali), si sente spesso stanca (non recupera adeguatamente), si ammala di frequente (più spesso raffreddori) , ed ha frequenti infiammazioni. Le disfunzioni del sistema nervoso autonomo sono oggi messe in diretta correlazione con la longevità e lo stato di salute in generale: un corretto funzionamento di questa parte del sistema nervoso è quindi garanzia di benessere.

Al contrario, quando vari meccanismi di stress ne riducono la funzionalità, si hanno una serie di disturbi, senza che venga mai diagnosticata una patologia vera e propria, perchè è la “regia” a non funzionare. I sintomi più comuni, come abbiamo già visto, sono disturbi del sonno, malfunzionamenti gastro enterici, problemi di memoria a breve termine, disturbi del tono dell’umore, infiammazioni e malanni ricorrenti.

4.3 Influenza sui visceri

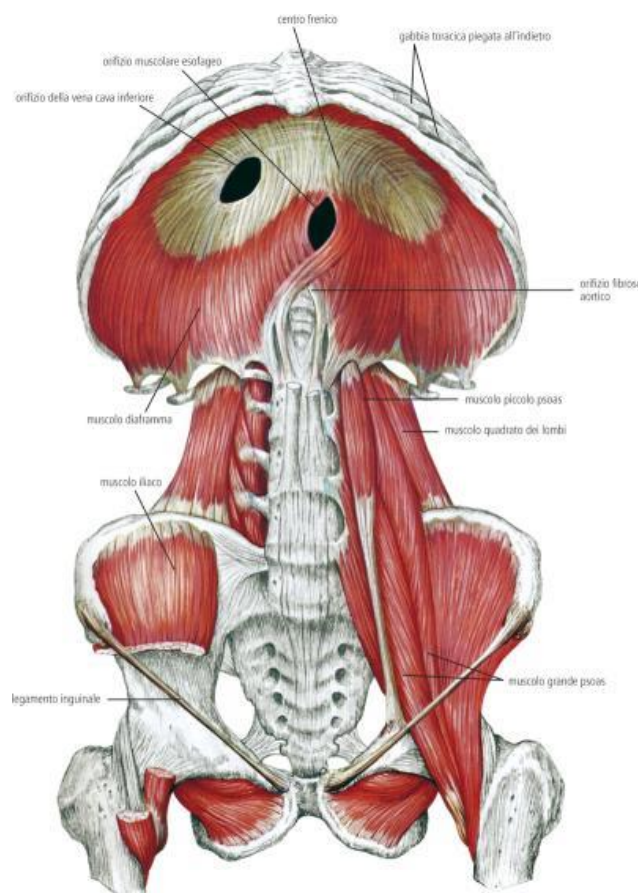
Ovviamente i muscoli non sono da intendersi solamente quelli scheletrici. L’intestino, ad esempio, e qui capiremo maggiormente perché lo stress lo influenza, è mosso da muscoli, come lo stomaco, il colon... Nella situazione *scappa e fuggi* (stress) ciò che viene attivato è un sistema di protezione o attivazione.

Alla base di questo sta il principio che l’uomo deve attaccare o fuggire, quindi tutte le funzioni digestive, escretorie, sensazioni di fame, sete vengono sospese.

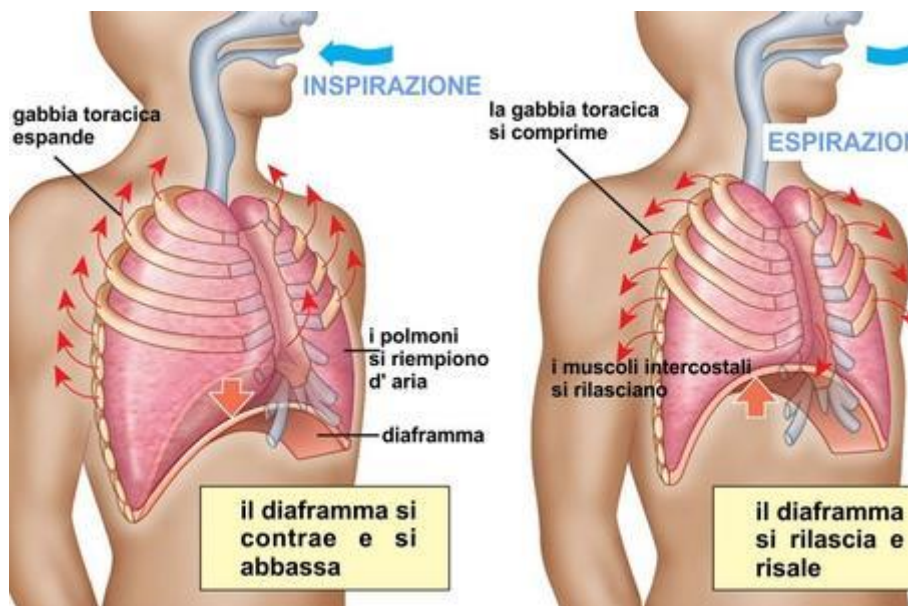
La persona deve mettersi in stato di allerta, il sangue e l’energia deve convogliare negli arti, cuore, cervello. Quindi aumenta il tono dei muscoli viscerali, in modo da destinare tutte le energie per affrontare lo stato di stress, così il transito del cibo diventa difficoltoso (tanto non è il momento per digerire e mangiare..) e questo porta a gonfiori, irritazioni del colon. Infine arrivano i problemi del sonno. Tutte le patologie colpiscono infatti tre aspetti della vita: respiro, sonno e digestione. Aspetti di un sonno disturbato dallo stress sono: troppa sonnolenza, sonno non ristoratore, risvegli frequenti (anche andare in bagno), mandibola stanca al risveglio (indice di bruxismo), attacchi di panico, tachicardia.

4.4 Influenza sul diaframma

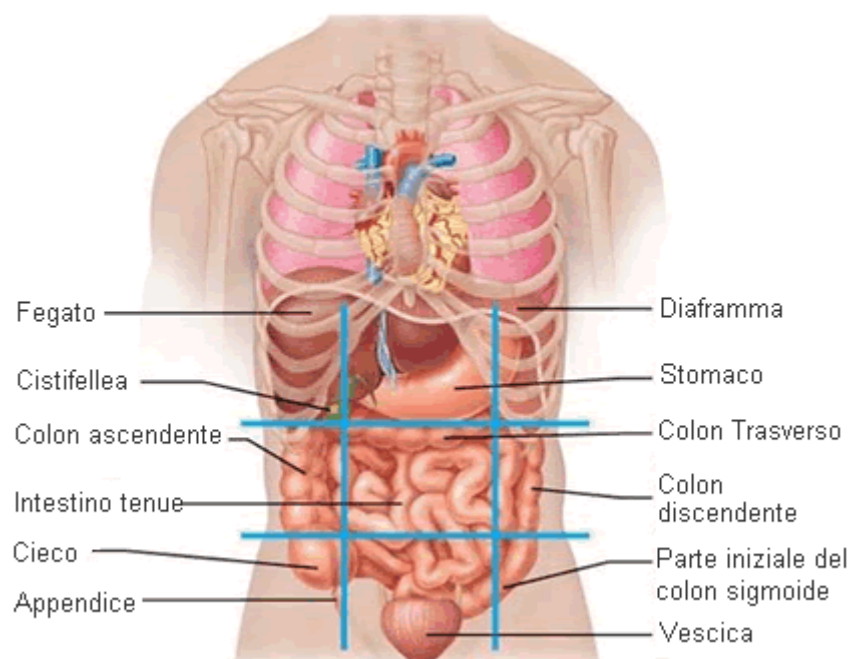
Le situazioni di stress possono portare ad un aumento del fabbisogno metabolico con conseguente iperventilazione. Una maggiore ventilazione, normalmente, prepara il corpo all'azione. Quando la minaccia è interna assistiamo alla perturbazione dell'omeostasi (la naturale tendenza al raggiungimento di una relativa stabilità, sia delle proprietà chimico-fisiche interne che comportamentali). L'aumento della ventilazione avviene soprattutto nei momenti di stress acuto, mentre nello stress cronico accade l'opposto. Nello stress cronico, infatti, il muscolo diaframma risulta contratto e non permette un giusto equilibrio tra gli atti di inspirazione e espirazione. La respirazione in questo caso sarà corta. Un possibile cambiamento, dovuto al mal funzionamento diaframmatico coinvolgerà l'utilizzo di altri muscoli per compiere l'atto respiratorio. Verrà quindi indotta una respirazione toracica.



Un utilizzo esponenziale della respirazione toracica, cioè quella respirazione che è data dai muscoli accessori della respirazione, va a produrre una tensione cronica in alcuni muscoli, in modo particolare va ad affaticare il trapezio che ha un ruolo importante nella respirazione toracica. Sollecitato più di diecimila volte al giorno, il trapezio sviluppa una dolorosa contrattura, che nel tempo può produrre dolore, rigidità ed anche cefalea. Il caso contrario si sviluppa nel diaframma il quale è troppo poco sollecitato, divenendo così meno elastico, incidendo negativamente sul tratto lombare della colonna vertebrale per via dei pilastri diaframmatici, alterandone così i suoi equilibri posturali. Quindi da una parte i pilastri del diaframma condizionano il tratto lombare, dall'altra i muscoli respiratori accessori (scaleni, trapezio ecc) incidono sul tratto cervicale, immaginiamo dunque che importanti problematiche può dare il diaframma sulla nostra colonna. La respirazione con la parte superiore del torace molto spesso porta ad un grado di iperventilazione. Quando si verifica ciò, viene espirata troppa anidride carbonica (CO₂) portando a cambiamenti biochimici nel sangue. Una delle prime reazioni a questo è una costrizione dei vasi sanguigni e la riduzione del flusso di sangue al cervello. Un risultato di questo è un diminuito controllo delle capacità motorie, una maggiore agitazione e una soglia più bassa per il dolore – le persone spesso sperimentano intorpidimento e formicolio, che confondono per qualcosa di più serio.



Una funzione accessoria del diaframma è senza dubbio la capacità di questo muscolo di influenzare gli organi della cavità addominale, che sotto di questo si spremono durante l'inspirazione, oppure l'azione che il diaframma gioca nella postura del soggetto. Il diaframma ogni giorno compie migliaia di movimenti ed esegue questi vivendo in estrema armonia con il diaframma pelvico, questo equilibrio serve per creare il giusto livello di pressione sia nella cavità addominale che in quella toracica. Un malfunzionamento del diaframma dunque va indiscutibilmente a condizionare i visceri quindi questo va a modificare il movimento intrinseco del viscere.



Una lenta respirazione volontaria profonda resetta funzionalmente il sistema nervoso autonomo. Il 'reset' attiva il parasimpatico (inibitorio) e diminuisce l'attività simpatica, rallentando così alcuni processi fisiologici, diminuendo gli effetti dello stress – migliorando salute fisica e mentale.

5. Caso clinico

5.1 Raccolta anamnestica

Sesso: uomo

Età: 34 anni

Peso: 120 kg

Altezza: 176 cm

Occupazione: ispettore doganale portuale

Il paziente riferisce da circa 3 mesi un mal di testa pressoché costante durante la giornata, che peggiora dopo una giornata di lavoro e che da dietro l'occipite si irradia anteriormente, fino ad arrivare all'altezza degli occhi. Associata alla cefalea il paziente riferisce dolore e senso di pesantezza sui muscoli delle spalle, sul petto, dietro le scapole e a volte un senso di irradimento sulle braccia.

Spesso gli attacchi si presentano anche durante la notte, interrompendo il sonno e creando agitazione e tachicardia, preso dal panico si era recato più volte al pronto soccorso per accertamenti.

Parlando con il paziente sono emerse abitudini alimentari non corrette, uno stato emotivo di ansia e stress molto avanzato causato anche dal tipo di lavoro frenetico.

Il paziente riferisce di aver approfondito con esami del sangue, gastroscopia, visita cardiologica la sua situazione generale, ma che dagli accertamenti effettuati non si rileva nessuna anomalia. Tale situazione gli ha generato da un lato un senso di tranquillità e da un lato un aumento dello stato ansioso in quanto "non riesce a capire cosa ha".

5.2 Valutazione osteopatica

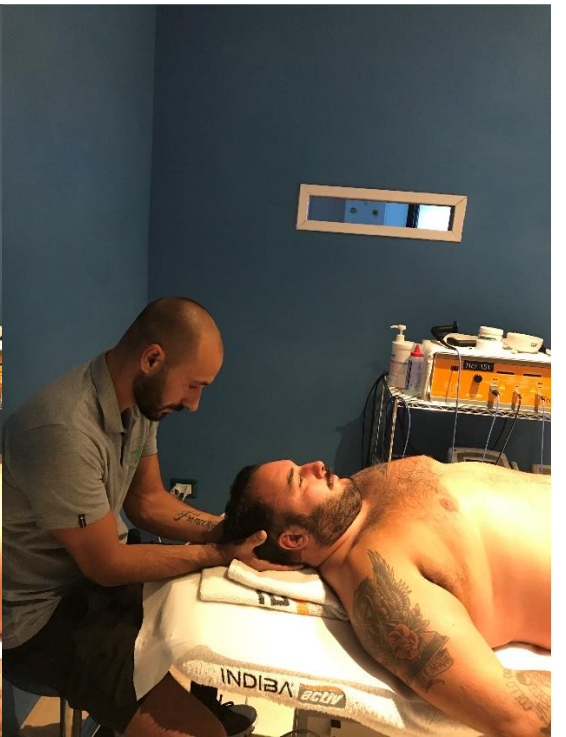
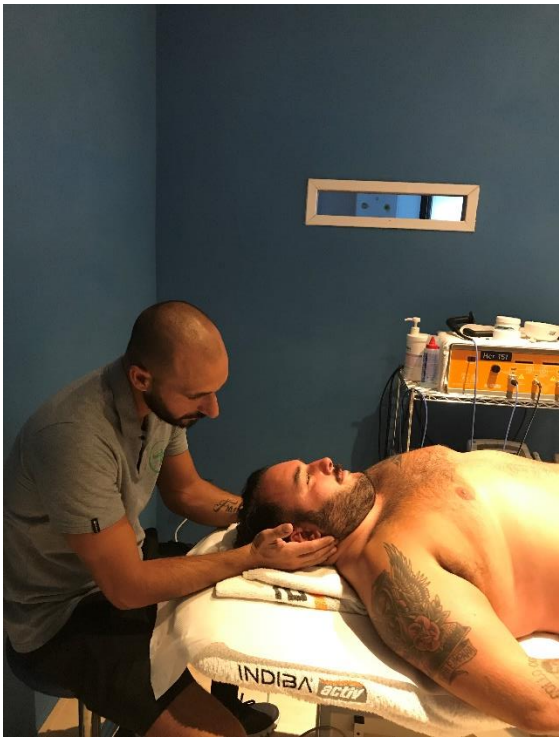
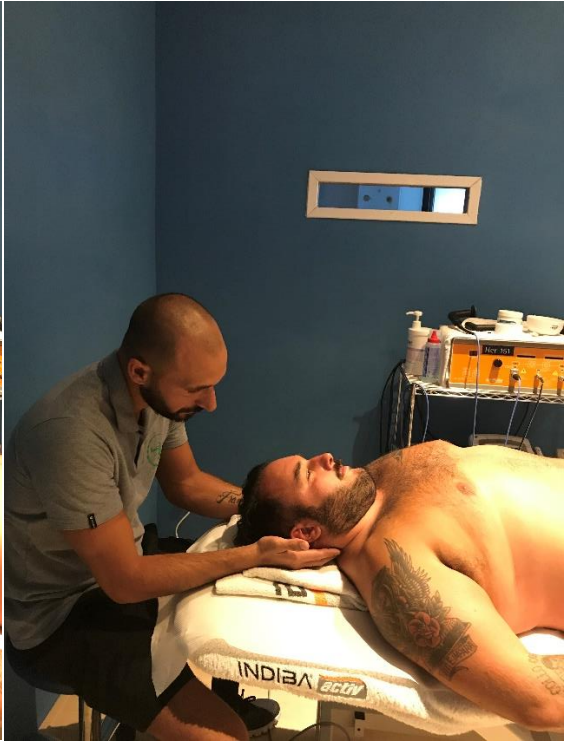
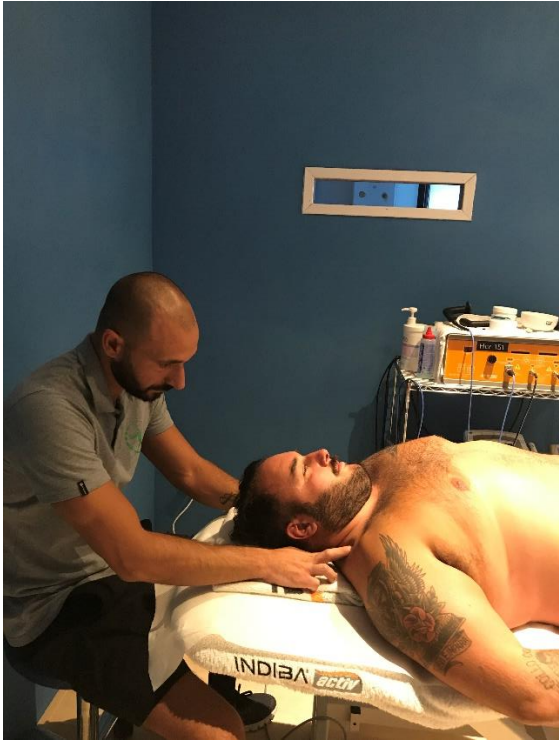
- osservazione: frontale, laterale, posteriore, seduto



Da un'attenta osservazione ho potuto rilevare una grossa rigidità sui muscoli delle spalle e del collo, una riduzione della lordosi cervicale, una leggera scoliosi dorso-lombare, una discreta cifosi dorsale ed un valgismo delle ginocchia.

- palpazione







La palpazione dei tessuti muscolari riscontra una tensione importante dei muscoli sub – occipitali, sternocleidomastoideo, trapezio, scaleni, piccolo pettorale e muscoli masseteri e temporali.

- valutazione diaframma e respirazione



Il diaframma risulta molto bloccato e la respirazione appare prevalentemente toracica; infatti il torace si presenta molto alto con una riduzione dello spazio tra le spalle e il collo.

- Ascolto cranio – sacrale (respirazione primaria)



Ritmo cranio – sacrale poco fluidico, poco movimento sia delle ossa del cranio che del sacro; sintomo di un soggetto con forte stress psico – fisico e con un sistema nervoso simpatico molto attivo.

- valutazione osteopatica viscerale





La valutazione viscerale (ascolto e palpazione) mi ha evidenziato una densità maggiore sulla zona dello stomaco.

5.3. Considerazioni prima del trattamento

Dopo aver effettuato una valutazione generale del paziente, ho riscontrato una situazione di tensione generale della muscolatura del collo e della parte superiore del torace, una dolorabilità sostenuta nella zona sub – occipitale ed una respirazione sostanzialmente toracica. Il paziente evidenzia i caratteri di un forte stress, e di uno squilibrio dell'attività del sistema nervoso autonomo, condizioni che sommandosi l'una alle altre, stanno causando la cefalea. Dal punto di vista viscerale il blocco riscontrato sul diaframma sicuramente ha portato ad uno stato di tensione a livello dello stomaco, situazione aggravata da un'alimentazione del tutto irregolare.

La mia idea era quella di procedere inizialmente con un lavoro cranio – sacrale per attivare il sistema nervoso parasimpatico, con l'obiettivo di rilassare il paziente e quindi agevolare il lavoro successivo.

5.4 Trattamento osteopatico

1. tecnica cranio – sacrale



2. Detenzione muscoli sub – occipitali



3. Detenzione trapezio superiore



4. Detenzione scaleni



5. Detenzione sternocleidomastoideo



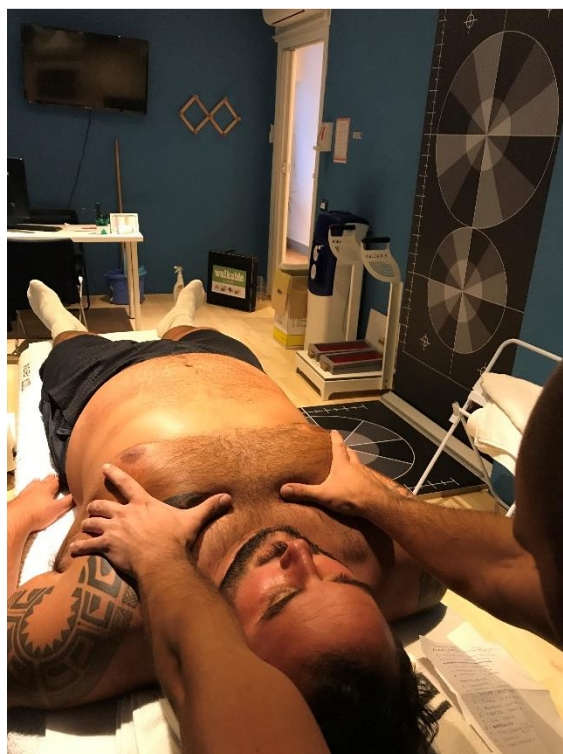
6. Detenzione piccolo pettorale



7. Tecnica sul tendine centrale



8. Pompaggio linfatico sul torace



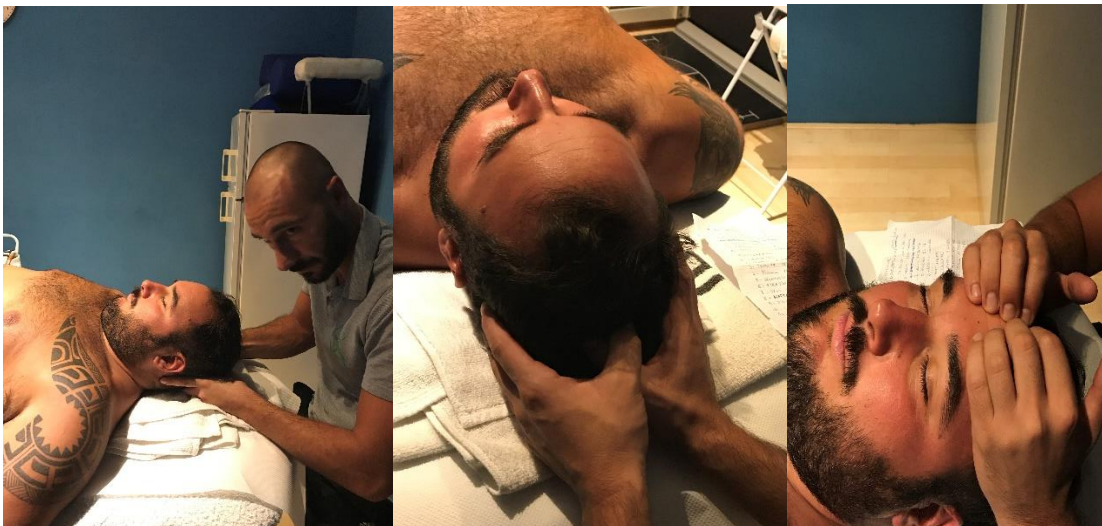
9. Detenzione masseteri



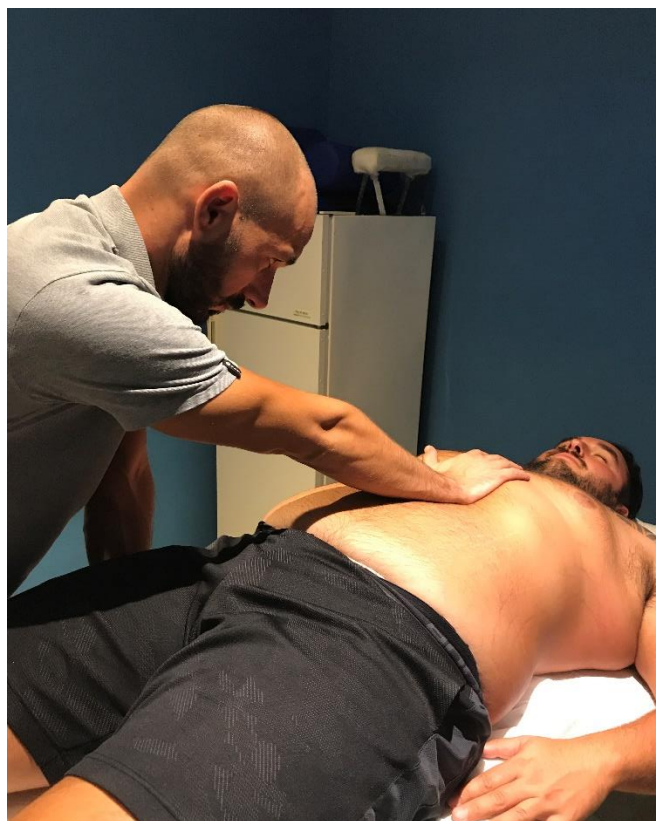
10. Apertura stretto toracico



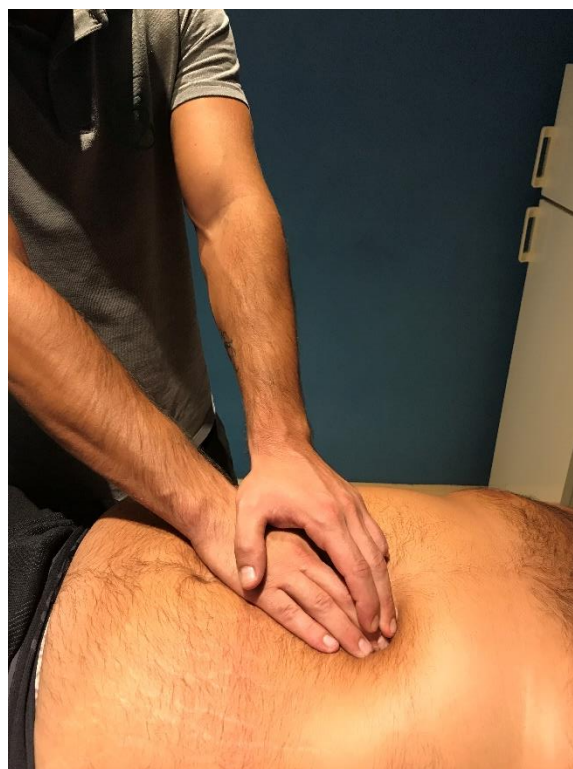
11. Drenaggio seni venosi



12. Tecnica di rilasciamento del diaframma



13. Inibizione piloro, sfintere di oddi, cardias



14. Tecnica sullo stomaco



6. Conclusioni

Il paziente già dalla prima seduta ha avvertito un buon miglioramento della cefalea, che si è riacutizzata dopo 4 giorni; per 3 settimane ho effettuato le sedute con una cadenza di due volte a settimana per poi passare ad una volta per altre 2 settimane. Dopo la quinta seduta abbiamo avuto un periodo di assenza di sintomi per circa 10 giorni consecutivi.

Ho consigliato al paziente di avvicinarsi alla pratica dello yoga, per apprendere bene la respirazione diaframmatica e per effettuare esercizi di stretching, fondamentali per il mantenimento della situazione attuale. Inoltre ho consigliato di contattare uno gnatologo per il problema del bruxismo notturno e un nutrizionista per programmare una dieta sana.

Con questa tesi ho voluto evidenziare quanto sia importante e risolutiva l'osteopatia in casi di questo tipo, dove è di vitale importanza effettuare un approccio globale del paziente e non soffermarsi solamente alla zona dove si manifesta il disturbo.

Bibliografia

- L. Bergamini B. Bergamasco R. Mutani *Manuale di Neurologia clinica* - Edizioni Libreria Cortina, Torino.
- F. Mongini *Il dolore craniofaciale. Fisiopatologia e terapia* - Utet, Torino, 1994.
- F. Mongini, *Le cefalee e il dolore faciale* - Utet, Torino, 1998.

