



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL SCUOLA DI OSTEOPATIA

Corso di Diploma in OSTEOPATIA

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

EFFICACIA DEL TRATTAMENTO OSTEOPATICO IN PAZIENTE CON SINDROME DA “IBS” (CASO CLINICO)

Direttore:

Dott. Luca Bonadonna

Relatore:

Dott. Stefano Jori

Candidato:

Alessandro Trombatore

fisiomedic
ACADEMY

Anno accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE

1. EZIOPATOGENESI SINDROME IBS

1.1. SINTOMATOLOGIA

1.2. CLASSIFICAZIONE SCALA BRISTOL

1.3. DIAGNOSI

2. CENNI ANATOMICI E FUNZIONALI DELL'APPARATO DIGERENTE

3. CASO CLINICO

3.1. DATI PERSONALI

3.2. ANAMNESI E DATI CLINICI

3.3. VALUTAZIONE OSTEOPATICA GLOBALE

3.4. TRATTAMENTO OSTEOPATICO

CONCLUSIONI

RINGRAZIAMENTI

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

Il padre dell' osteopatia Andrew Taylor Still scriveva così : “Quando tutte le parti del corpo umano sono armoniche abbiamo una salute perfetta. Quando non lo sono l'effetto è la malattia. Quando le parti vengono risistemate la malattia cede il posto alla salute”.

Durante questi tre anni passati nella scuola di osteopatia ho potuto apprendere quando questa citazione di Still sia fondamentale per approcciare in maniera globale ed efficiente il ripristino delle funzionalità corporee dei miei pazienti, ovvero, non focalizzandomi solo nella valutazione del singolo sintomo ma analizzando se la causa di quest'ultimo abbia origini da un altro distretto corporeo.

Questa interpretazione del binomio “salute-malattia” mi è apparso molto più chiaro grazie a quest'ultimo anno di scuola, dove ho appreso le tecniche di manipolazione viscerale; queste tecniche permettono di correggere un'ampia gamma di disfunzioni, dove per disfunzione viscerale si intende uno squilibrio o alterata mobilità o motilità del viscere nei confronti del sistema fasciale, neurologico, vascolare, scheletrico e linfatico.

Nel seguente elaborato descriverò l'importanza del trattamento viscerale e globale della mia paziente presentatasi nel mio studio con problematiche riconducibili alla sindrome dell'IBS con stipsi cronica, con un'analisi della patologia con le principali sintomatologie per poi passare alla valutazione osteopatica globale della paziente, trattandola dal punto di vista strutturale e viscerale per cercare di risolvere la sua condizione di disagio.

1. EZIOPATOGENESI SINDROME IBS

La **sindrome del colon irritabile (IBS)** è un disturbo della funzione gastrointestinale caratterizzato dalla presenza di fastidio o dolore addominale (che migliora dopo l'evacuazione), gonfiore o distensione dell'addome, cambiamento del numero di evacuazioni e/o della consistenza delle feci. Tale sindrome non ha apparentemente cause organiche, ma si verifica in concomitanza di eventi stressanti di tipo fisico o psicologico. Una dieta caratterizzata da un elevato apporto di grassi e zuccheri può peggiorare i sintomi. La diagnosi si effettua mediante l'anamnesi e l'esame obiettivo volto al riscontro dei sintomi, ma possono essere effettuati anche degli esami diagnostici per escludere altre malattie. La cura è orientata alla risoluzione dei sintomi e può comprendere farmaci anti-diarroici in caso di diarrea o lassativi in caso di stipsi, antidolorifici, una dieta bilanciata e la psicoterapia. La **sindrome del colon irritabile** - chiamata anche sindrome dell'intestino irritabile - è una condizione molto comune e interessa circa il 10-20% della popolazione. Colpisce prevalentemente il sesso femminile, soprattutto dai 20 ai 50 anni (in alcuni casi però si presenta già durante l'infanzia o l'adolescenza). La malattia ha carattere cronico e le riacutizzazioni in genere coincidono con eventi stressanti di tipo psicologico (disturbi d'ansia, lutti, separazioni, ecc.) o fisico (infezioni, interventi chirurgici ecc.).

1.1. SINTOMATOLOGIA

La sindrome del colon irritabile si presenta con:

- Dolore o fastidio addominale: in genere è localizzato nella parte inferiore dell'addome; può essere di tipo continuo o crampiforme e di solito migliora dopo l'evacuazione;
- Alterazioni nella frequenza delle evacuazioni: aumentano in caso di diarrea (più di 3 al giorno) e diminuiscono in caso di stipsi;
- Alterazioni nella consistenza delle feci: possono verificarsi stipsi o diarrea, in alcuni casi può esserci una tipologia mista con alternanza tra stipsi e diarrea;

- Difficoltà nelle evacuazioni: si avvertono urgenza o sforzo nella defecazione o sensazione di evacuazione incompleta;
- Gonfiore e/o distensione addominale;
- Flatulenza;
- Presenza di muco nelle feci: non sempre è presente;

Possono essere presenti anche:

- Nausea;
- Debolezza e affaticamento;
- Problemi a urinare: stimolo frequente o sensazione di svuotamento incompleto della vescica;
- Incontinenza fecale;
- Mal di schiena;
- Perdita di appetito;
- Emicrania;
- Dolori all'ATM(articolazione temporo-mandibolare);
- Ansia o depressione;
- Insonnia;
- Dolore pelvico;
- Cistite;
- Vertigini;
- Fibromialgia;

I sintomi possono variare da lievi a gravi e durare per alcuni giorni, settimane o anche mesi. Si presentano a fasi alterne con alcuni periodi di miglioramento (o anche di scomparsa) e altri che vedono una riacutizzazione, spesso in concomitanza di eventi

stressanti o ingestione di particolari cibi e bevande. Nelle donne la riacutizzazione dei sintomi può verificarsi durante il ciclo mestruale.

Si deve pensare ad altre possibili cause organiche se invece ci sono anche i seguenti sintomi:

- Perdita di peso;
- Sanguinamento rettale;
- Febbre;
- Diarrea persistente;
- Nausea o vomito ricorrente;
- Dolore addominale non alleviato dalle evacuazioni;
- Anemia;

1.2. CLASSIFICAZIONE SCALA BRISTOL



La **scala di Bristol** è una scala utilizzata per classificare **forma e consistenza delle feci**. È stata sviluppata e convalidata da due medici inglesi, Ken Heaton e Stephen Lewis dell'University Department of Medicine, Bristol Royal Infirmary nel 1997 - individua sette livelli per **valutare la consistenza delle feci**, che vanno dalla forma solida alla diarrea acquosa nei pazienti adulti. La forma e la consistenza delle feci dipende dal tempo che trascorre nel colon. Il **tipo 1 e 2** indicano un grado più o meno grave di

stitichezza, dovuta all'eccessiva permanenza nell'intestino ed alla difficoltà nell'espulsione. Il **tipo 3** si avvicina ad una condizione ideale, evidenziando però la necessità - per l'organismo - di una maggiore assunzione di fibre o idratazione; il **tipo 4** indica le feci ideali, espulse facilmente e seguite dalla sensazione di svuotamento dell'intestino. Anche il **tipo 5** è considerato accettabile, purché evacuato con facilità; il **tipo 6** è invece compatibile con un quadro tendente alla diarrea, pienamente riscontrabile nel **tipo 7**. Questa scala è stata sviluppata nell'ambito delle patologie del tratto gastrointestinale (es. **colon irritabile**).

1.3. DIAGNOSI

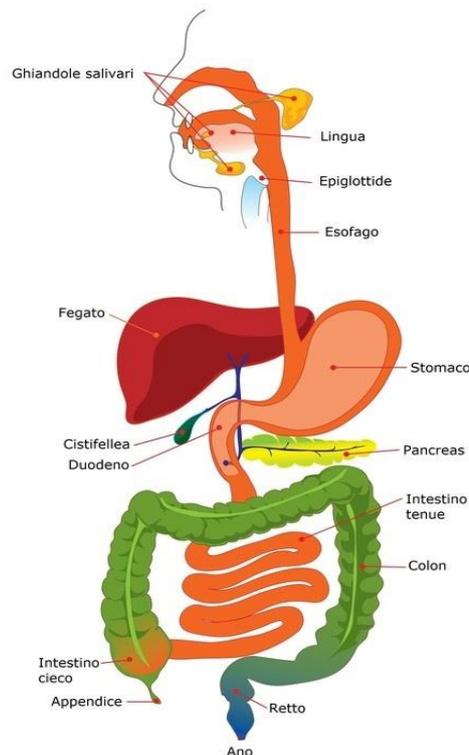
La **diagnosi della sindrome del colon irritabile** viene effettuata mediante l'anamnesi (utile a raccogliere informazioni su dieta ed eventuali fattori psico-sociali) e sull'esame obiettivo, durante il quale si verifica la presenza dei sintomi caratteristici.

Si valuta quindi la presenza di dolore/fastidio all'addome che deve essere presente da almeno 3-6 mesi per almeno 3-4 giorni al mese, alterazioni della frequenza e della consistenza delle feci. Sulla base della storia clinica possono rendersi necessari degli **esami di approfondimento** per escludere altre cause organiche:

- **Colonscopia:** consente di esaminare il colon ed evidenziare eventuali polipi, escrescenze, infiammazione, ulcere o sanguinamento e se necessario, permette di eseguire piccoli prelievi di mucosa (biopsia);
- **Esofagogastroduodenoscopia:** permette di visualizzare le pareti interne di esofago e stomaco;
- **Tomografia computerizzata (TC) o Radiografia:** riproducono immagini degli organi interni e sono utili, specie in presenza di dolore addominale, per escludere altre cause;
- **Esame delle feci:** per la ricerca di batteri, parassiti, **sangue occulto**;
- **Esami del sangue:** emocromo, profilo biochimico, test per la celiachia;
- **Esame delle urine:** evidenzia eventuali infezioni del tratto urinario.

2. CENNI ANATOMICI E FUNZIONALI SULL'APPARATO DIGERENTE

L'**apparato digerente** è costituito da una serie di organi cavi che, interconnessi tra di loro, formano il **canale digerente**, ai quali sono annessi organi accessori. Cavità orale, istmo delle fauci, faringe, esofago, stomaco, intestino tenue e intestino crasso costituiscono il canale alimentare. Gli organi accessori includono i denti, la lingua e varie ghiandole, come le ghiandole salivari, il fegato e il pancreas. Le principali funzioni sono: assunzione di alimenti, digestione o demolizione degli stessi in molecole assorbibili, assorbimento nella circolazione sanguigna e linfatica ed eliminazione dei materiali residui.



Funzioni del sistema digestivo: Le funzioni dell'apparato digerente garantiscono a tutte le cellule dell'organismo le sostanze nutritive di cui necessitano; queste derivano dagli alimenti che contengono proteine, grassi, carboidrati, vitamine, sali minerali, fibre e altre sostanze vegetali, alcune delle quali prive di valore nutritivo.

Masticazione e deglutizione: Il processo digestivo inizia con la masticazione, durante la quale il cibo è ridotto in molecole per poi essere digerito dagli enzimi e trasformato in bolo, che prosegue lungo il canale passando per l'epiglottide (chiude le vie respiratorie) e attraverso la peristalsi dell'esofago esso giunge nello stomaco. In seguito, avviene la chiusura dello sfintere (cardias) per impedire il reflusso esofageo.

Funzione gastrica: Il bolo, nello stomaco, stimola le ghiandole gastriche a produrre un secreto detto succo gastrico, costituito da acido cloridrico ed enzimi gastrici per la digestione delle proteine. Le contrazioni peristaltiche dello stomaco e dello sfintere pilorico favoriscono il successivo rimescolamento degli alimenti costituendo il chimo, che viene immesso nel duodeno.

Funzioni dell'intestino tenue: Il duodeno riceve il chimo dallo stomaco. Nel duodeno confluiscono, per mezzo del dotto comune, il dotto pancreatico e biliare. Il secreto del pancreas contiene enzimi digestivi tra cui tripsina, amilasi e lipasi, che permettono rispettivamente la digestione delle proteine, dei carboidrati e dei lipidi.

La bile secreta dal fegato e contenuta nella colecisti, aiuta l'emulsione dei grassi digeriti rendendoli più assorbibili. Il contenuto intestinale prosegue attraverso il digiuno e l'ileo.

Funzione del colon: La peristalsi intestinale spinge il materiale di scarto residuo, detto chilo, nell'ileo terminale e quindi lentamente nel segmento prossimale del colon, attraverso la valvola ileo-cecale.

Le funzioni principali del **crasso** sono:

- Produzione di vitamine e scissione di materiali altrimenti indigeribili, grazie alla flora batterica residente
- Riassorbimento progressivo dell'acqua e formazione di feci consistenti
- Accumulo di feci prima della defecazione (retto).

3. CASO CLINICO

3.1. DATI PERSONALI

Nome: Flavia F.

Sesso: Femminile.

Età: 30.

Professione: Riflessologa/Chinesiologa.

Altre attività: in passato ha praticato pallavolo e sala attrezzi in palestra. Attualmente non pratica nessuna attività sportiva.

3.2. ANAMNESI E DATI CLINICI

La paziente ha avuto due parti naturali pre-termine: il primo alla 35esima settimana+2 ed il secondo alla 37esima settimana+2.

Ha sofferto in passato di attacchi d'ansia, dermatite simil-psoriasi e dolori a carico dell'atm.

Riferisce di soffrire da anni di stitichezza che le porta gonfiore e difficoltà nell'evacuazione delle feci (consistenza a pallini e svuotamento ogni $\frac{3}{4}$ giorni) e dolori in zona lombo-sacrale quando ha gonfiore nella zona addominale.

A seguito della seconda gravidanza riferisce di avere difficoltà nello svuotamento completo della vescica. Soffre ultimamente di crampi notturni ai polpacci.

3.3. ESAME OBIETTIVO

In base alle informazioni raccolte in fase di anamnesi, per la problematica di IBS, ho voluto far compilare alla paziente un questionario, sviluppato dall'Organizzazione Mondiale di Gastroenterologia, con delle domande a cui viene dato un punteggio per inquadrare meglio la sua condizione di salute ed identificare se la paziente soffre effettivamente della sindrome da colon irritabile.

Il questionario è formato da 21 domande che indagano sulla condizione gastrointestinale del paziente negli ultimi 3 mesi; le risposte date dal paziente verranno sommate a fine questionario per inserirlo all'interno di uno dei tre gruppi

riguardante la sindrome da colon irritabile, per pianificare la strategia terapeutica giusta per la sua condizione attuale.

Il punteggio ottenuto dalla mia paziente è stato di **22 punti**; tale risultato la colloca in quei pazienti con sospetta sindrome da IBS, come riportato a fine questionario, ma ci potrebbero essere altre condizioni deficitarie da indagare con esami diagnostici.

Tale questionario verrà ripresentato anche alla fine del mio trattamento osteopatico che dividerò in tre sedute a cadenza mensile, per vedere se la mia paziente ha ricevuto beneficio dal trattamento.

<p>1. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto fastidio o dolore nella zona addominale? R= a (1)</p> <p>Se la risposta è MAI per favore andare alla domanda 10</p>	<p>a. sempre 1</p> <p>b. Spesso 2</p> <p>c. A volte 1</p> <p>d. Mai 0</p>
<p>2. Ha avuto questo fastidio/dolore per più di 6 mesi? R= Si(2)</p>	<p>Se no: 0</p> <p>Se si: almeno sei mesi: 1</p> <p>Più di 6 mesi: 2</p>
<p>3. Solo per le donne: questo fastidio/dolore è avvenuto solo durante il sanguinamento mestruale o in altre occasioni?</p>	<p>R= si, ma anche in altre occasioni;</p>
<p>Le faremo adesso delle domande su questi episodi di fastidio/dolore.</p>	
<p>4. Quanto spesso questo fastidio/dolore migliora o si ferma dopo che ha avuto un movimento intestinale? R= a(2)</p> <p>5. Quando questo fastidio/dolore è iniziato, aveva movimenti intestinali più frequenti? R=b(1)</p> <p>6. Quando questo fastidio/dolore è iniziato, aveva movimenti intestinali meno frequenti? R= a(2)</p> <p>7. Quando questo fastidio/dolore è iniziato, le feci erano più molli? R=a(2)</p> <p>8. Quando questo fastidio/dolore è iniziato, quanto spesso le sue feci erano più dure? R=a(2)</p>	<p>a. Sempre/La maggior parte del tempo 2</p> <p>b. A volte 1</p> <p>d. Mai 0</p>
<p>9. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto feci dure o grumose? R=a(2)</p> <p>10. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto feci molli, morbide o acquose? R=d(0)</p>	<p>a. Sempre/La maggior parte del tempo 2</p>

<p>11. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto difficoltà nell'evacuazione (sforzo, sensazione di non aver finito)? R=a(2)</p> <p>12. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto la sensazione di dover correre in bagno non appena avvertiva movimenti intestinali? R= b(1)</p> <p>13. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso si è sentito gonfio? R= a(2)</p> <p>14. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto la sensazione che il suo ventre/addome fosse disteso? R= d(0)</p> <p>15. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto la sensazione di avere troppo gas? R=b(1)</p>	<p>b. A volte 1</p> <p>d. Mai 0</p>
16. Qual è la sua età? R=2(2)	<p>1. sotto i 15 1</p> <p>2. tra 15 e 50 anni 2</p> <p>3. oltre i 50 0</p>
17. All'interno della sua famiglia, ci sono alcune delle seguenti malattie? (per favore, fornire dettagli) R=No	<p>Cancro al colon si/no</p> <p>Celiachia si/no</p> <p>Malattie infiammatorie dell'intestino (colite, morbo di Crohn) si /no</p>
18. Ha assunto antibiotici ultimamente? R=No	Si / No
19. Ha perso peso involontariamente? R= Si	Si / No
20. Ha avuto sangue nelle feci? R= Si(a volte)	Si / No
21. E' stato svegliato dai suoi sintomi durante la notte? R= Si	Si / No

Punteggio

Aggiungi il tuo punteggio per le domande fatte dalla 1 alla 16:

- punteggio 25-30: è probabile che il tuo paziente soffra di IBS;
- punteggio 15-24: il tuo paziente potrebbe soffrire di IBS ma altre problematiche sono anche possibili;
- punteggio <15: I sintomi del tuo paziente potrebbero non essere dovuti a IBS e altre condizioni dovrebbero essere prese in considerazione.

Punteggio domande 17-21: Se il paziente risponde di si a una di queste domande bisogna discuterne con lui.

3.4. VALUTAZIONE OSTEOPATICA GLOBALE

Come già esposto in introduzione ho visto come in osteopatia sia importante osservare globalmente il paziente, indipendentemente dal focus del dolore da lui riferito.

Ho iniziato la mia valutazione osservando la paziente da in piedi:

- TFE + SIPS DX;
- TFS + SIPS DX;
- La sua camminata è tendente sulla gamba sx;
- Presenta un appoggio podalico maggiore sulle arcate laterali;
- Presenza di curve scoliotiche;
- Asimmetria clavicolare con tendenza sul lato sx;
- Baricentro del tronco leggermente tendente in avanti con atteggiamento in cifosi.

Per quanto concerne, invece, la problematica relativa ai disturbi da "IBS" la mia paziente si è presentata nel mio studio con la seguente sintomatologia:

- Cervicalgia e mal di testa che si irradia in zona orbitale;
- Gonfiori addominali con stipsi, condizione cronica che la paziente riferisce di soffrirne da molti anni;
- Consistenza delle feci dure, molto spesso a pallini;
- Dolori lombo-sacrali in concomitanza con il gonfiore addominale e quando cerca di svuotarsi in bagno;
- Sensazione di un non completo svuotamento intestinale;
- Cambiamento nella routine di minzione dopo il secondo parto, ovvero la paziente riferisce di non avere la sensazione di completo svuotamento vescicale, che la porta ad andare nuovamente in bagno pochi minuti dopo la prima volta senza però la fuoriuscita di urina;

Proseguo con una valutazione viscerale partendo sempre da in piedi e osservo:

- Flesso/estensione del capo (restrizione in estensione);
- Rotazione/inclinazione del capo (restrizione nella rotazione);
- Movimenti articolari degli art. superiori (trovo maggior restrizione nella scapolo omerale sx);
- Valuto i 5 diaframmi (sento cranio in tendenzialmente compresso con difficoltà nell'espansione, stretto toracico sup. mi da la sensazione di non lasciarsi comprimere allo spring test anteriore, diaframma prevalentemente buono, diaframma pelvico non si lascia comprimere allo spring test anteriore);

Valuto la paziente da supina:

- Test dondolamento innominati sento restrizione più su lato dx;
- Valuto l'OAE che trovo rigido nella flessione e nella rotazione sul lato sx;
- Valuto la parete addominale poggiando una mano per saggiare i visceri e noto subito una forte densità in zona basso ventre, in particolare nell'angolo colico e sulla radice del mesentere; valuto pure la zona dello stomaco che trovo dolente e il fegato, valutando con test di Murphy l'eventuale presenza di calcoli biliari, quest'ultimo mi risulta negativo però trovo il fegato bloccato nella fase inspiratoria, non sento la sua discesa fisiologica.

Infine valuto la paziente da prona:

- Effettuo spring in zona sacrale e trovo una restrizione in nutazione;
- Effettuo spring su tutta la colonna e sulla muscolatura paravertebrale che appare dolente, specialmente in zona toracica e lombare.

3.5. TRATTAMENTO OSTEOPATICO

1° TRATTAMENTO (5/08/2022)

Sulla base di quanto raccolto in esame obiettivo e nella mia valutazione globale decido di trattare la mia paziente partendo dalla restrizione di movimento a carico dell'OAE, trovando rigidità sugli SCOM e sui paravertebrali, decido dunque di effettuare delle tecniche MET per facilitarne il movimento (presa a coppa sotto occipite e stiro le fasce muscolari verso di me fin quando il tessuto non inizia a cedere, poi pinzo gli SCOM ed effettuo uno scarico muscolare). Poi avendo trovato una restrizione in flessione con rotazione bloccata sulla sx decido di effettuare una tecnica HVLA in rotazione per correggerlo, dunque mi posiziono al capo della paziente supina, afferro con la mano sx l'arcata posteriore dell'atlante e la mano dx sul lato opposto, porto in flessione il capo con rotazione dx, ingaggiati tutti i parametri vado in barriera ed effettuo il thrust. In questo modo non faccio altro che agire sul foro lacero posteriore, sede di passaggio dei nervi IX(glosso-faringeo), X(nervo vago) e XI(nervo accessorio) in modo da migliorare l'attività simpatica e parasimpatica nei confronti dei visceri addominali. In seguito pongo la paziente prona e tratto la zona sacrale per la problematica di restrizione in nutazione (Disfunzione in contro-nutazione) del suo sacro, dunque mi metto a lato del paziente e con la mano craniale mi appoggio sulla base del sacro e con la mano caudale comprimo tutto l'osso, faccio effettuare delle respirazioni e durante la fase inspiratoria spingo il sacro in avanti e nella fase di espirazione lo mantengo in posizione; in seguito rivaluto i suoi movimenti e mi risulta più mobile e con una sensazione di sollievo riferita dalla paziente.

Valuto poi la correlazione tra diaframma addominale e pelvico, la paziente è supina con gambe flesse, io mi metto a lato e con la mano craniale vado su zona costale diaframmatica e con mano caudale scivolo all'interno dell'adduttore fin quando non sento la prima porzione ossea, cerco di ascoltare nella fase di ispirazione la discesa degli organi in cavità addominale, dovuta alla pressione esercitata dal diaframma(lo effettuo bilateralmente). Sento una loro iniziale discesa ma non perfettamente libera, anche a causa dell'eccessivo gonfiore al basso ventre della mia paziente.

Dunque, ristabilita una certa mobilità sull'asse occipito-sacrale e valutato diaframma addominale con quello pelvico, decido di continuare con il trattamento viscerale tenendo conto delle problematiche di stipsi, tratto la zona addominale con la paziente supina, mano in ascolto sui visceri addominali, in particolar modo su intestino tenue, valuto e tratto in inibizione la valvola ileo-cecale (2/3 ombelico, 1/3 SIAS DX), test di pressione per valutare la risposta del tessuto (nel basso ventre noto una difficoltà alla compressione con dolorabilità), poi lo tratto con mobilizzazione globale rotatorio compattando il viscere e inibendo i punti di densità (anche con gambe in flessione); continuo con il trattamento dell'intestino crasso essendo quest'ultimo fondamentale per la risoluzione della sua problematica di stipsi, inizio mettendo la paziente sul fianco sx e valuto e tratto il colon ascendente pinzandolo con entrambe le mani e con l'aiuto degli avambracci stiro e mobilizzo avanti e indietro, il colon trasverso è di difficile valutazione poiché non ha una posizione di facile reperimento perciò lo tratto stirando la zona del piccolo epiplon oppure con paziente seduto, mi metto dietro e con entrambe le mani valuto gli angoli dx/sx del colon trasverso (vado in profondità con le dita, durante la fase di inspirazione della paziente appena sento movimento sotto le dita sono sul punto giusto); per il colon discendente valuto e tratto come per l'ascendente; per il sigma mi sposto sul fianco dx della paziente, posizionata supina e vado con entrambe le mani in fossa iliaca compatto con le mani e trazione verso di me; per il retto mi metto sul fianco della paziente (supina) mi siedo per essere più comodo e fletto le gambe della paziente, poi pinzo il retto sopra zona pubica e lavoro di mobilità sul punto neutro.

Rivaluto la paziente con palpazione su zona addominale e noto sin da subito una maggior risposta ai visceri addominali al mio spring test con ridotta dolorabilità al basso ventre.

Decido dunque di congedare la paziente e di rivederla tra un mese.

2° TRATTAMENTO OSTEOPATICO (10/09/2022)

Durante la seconda visita la paziente mi riferisce che fin da subito ha trovato giovamento a livello intestinale nei giorni successivi al primo trattamento, riuscendo ad andare con più frequenza in bagno, passando da feci del tipo 1/2 a tipo 3/4 (riferimento scala Bristol sulla consistenza delle feci); mi riferisce che per 2 giorni successivi al trattamento è andata in bagno 2/3 volte al giorno, fino a quando non ha sentito l'intestino completamente svuotato; nei giorni restanti del mese riferisce di essere più regolare nell'andare in bagno con ridotta sintomatologia al basso ventre; nel frattempo ha iniziato a praticare sport e a variare regime alimentare.

Decido quindi di proseguire il trattamento rivalutando e trattando intestino tenue e crasso per mantenere funzionali i visceri.

Per la sintomatologia relativa al mancato svuotamento vescicale tratto la vescica tramite allungamento del muscolo psoas con la paziente supina gambe flesse e mani che vanno in profondità sul muscolo cercando di allentare la sua tensione lungo il suo decorso.

Tratto poi il fegato che mi risultava disfunzionale in fase di inspirazione, per cui posiziono la paziente seduta, mi posiziono alle sue spalle e avvolgendola aggancio il legamento triangolare di sx in inibizione (legamento di maggior fissità dell'organo che permette i suoi movimenti di bascula fisiologico), lo lavoro fin quando non sento il tessuto cedere e poi rivaluto il fegato per valutarne la sua mobilità.

Libero la paziente per rivalutarla tra un mese.

3° TRATTAMENTO OSTEOPATICO (10/10/2022)

Ripropongo lo stesso trattamento viscerale effettuato il mese precedente; la paziente mi riferisce che in questo ultimo mese ha avuto un'ulteriore diminuzione della sintomatologia legata all'IBS; infatti durante la mia valutazione viscerale trovo la zona dell'intestino tenue e del basso ventre abbastanza distesa e con assenza di dolorabilità alla pressione e un buon ritorno elastico dei tessuti molli; nulla da riscontrare anche a carico del fegato e dello stomaco.

Infine decido di correggere anche le problematiche strutturali rimanenti come il blocco nella scapolo-omerale sx, mettendo la paziente supina, mi pongo sul suo fianco sx e aggancio il braccio in zona testa omerale ed effettuo una tecnica riarticolatoria con movimenti ad 8. Tratto l'ileo in anteriorità con tecnica MET, paziente prona, lascio cadere l'arto dx fuori dal lettino, con una mano aggancio la cresta iliaca e con l'altra mano porto in appoggio il piede della paziente sulla mia coscia, chiedo dunque di spingere sulla mia coscia e mentre mantengo punto fisso con la mano monitor, quando la paziente rilassa guadagno in barriera $\frac{3}{4}$ volte e rivaluto.

Alla fine dei tre mesi di trattamento ripropongo il questionario sulla sintomatologia da IBS per valutarne eventuali cambiamenti in merito:

1. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto fastidio o dolore nella zona addominale? R= d (0) Se la risposta è MAI per favore andare alla domanda 10	a. sempre 1 b. Spesso 2 c. A volte 1 d. Mai 0
2. Ha avuto questo fastidio/dolore per più di 6 mesi?	Se no: 0 Se si: almeno sei mesi: 1 Più di 6 mesi: 2
3. Solo per le donne: questo fastidio/dolore è avvenuto solo durante il sanguinamento mestruale o in altre occasioni?	
Le faremo adesso delle domande su questi episodi di fastidio/dolore.	

<p>4. Quanto spesso questo fastidio/dolore migliora o si ferma dopo che ha avuto un movimento intestinale?</p> <p>5. Quando questo fastidio/dolore è iniziato, aveva movimenti intestinali più frequenti?</p> <p>6. Quando questo fastidio/dolore è iniziato, aveva movimenti intestinali meno frequenti?</p> <p>7. Quando questo fastidio/dolore è iniziato, le feci erano più molli?</p> <p>8. Quando questo fastidio/dolore è iniziato, quanto spesso le sue feci erano più dure?</p> <p>9. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto feci dure o grumose?</p> <p>10. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto feci molli, morbide o acquose? R=b(1)</p> <p>11. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto difficoltà nell'evacuazione (sforzo, sensazione di non aver finito)? R=b(1)</p> <p>12. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto la sensazione di dover correre in bagno non appena avvertiva movimenti intestinali? R= b(1)</p> <p>13. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso si è sentito gonfio? R= b(1)</p> <p>14. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto la sensazione che il suo ventre/addome fosse disteso? R= a(2)</p> <p>15. Negli ultimi 3 mesi, quanto spesso ha avuto la sensazione di avere troppo gas? R=b(1)</p>	<p>a. Sempre/La maggior parte del tempo 2</p> <p>b. A volte 1</p> <p>d. Mai 0</p>
<p>16. Qual è la sua età? R=2(2)</p>	<p>1. sotto i 15 1</p> <p>2. tra 15 e 50 anni 2</p> <p>3. oltre i 50 0</p>
<p>17. All'interno della sua famiglia, ci sono alcune delle seguenti malattie? (per favore, fornire dettagli) R=No</p>	<p>Cancro al colon si/no</p> <p>Celiachia si/no</p> <p>Malattie infiammatorie dell'intestino (colite, morbo di Crohn) si /no</p>
<p>18. Ha assunto antibiotici ultimamente? R=No</p>	<p>Si / No</p>
<p>19. Ha perso peso involontariamente? R= No</p>	<p>Si / No</p>
<p>20. Ha avuto sangue nelle feci? R= No</p>	<p>Si / No</p>
<p>21. E' stato svegliato dai suoi sintomi durante la notte? R= No</p>	<p>Si / No</p>

Avendo risposto "Mai" alla prima domanda, come evidenziato dal test, passo direttamente alla domanda N.10.

In base ai risultati del secondo questionario noto come il trattamento da me effettuato nei tre mesi abbia dato degli ottimi risultati nella diminuzione, seppur non totale, della sintomatologia da IBS iniziale della mia paziente (precedente valutazione 22 punti; fine trattamento 9 punti).

Decido quindi, per scrupolo, di consigliare ulteriori esami diagnostici e di integrare una corretta alimentazione, rivolgendosi ad un nutrizionista.

CONCLUSIONI

In conclusione del mio elaborato posso dire che negli anni passati nella scuola di osteopatia ho potuto osservare come un approccio valutativo e manipolativo globale possa migliorare di molto la sintomatologia dei miei pazienti.

In particolare per il disturbo da colon irritabile (IBS) ho potuto constatare come il trattamento osteopatico viscerale in concomitanza con il trattamento strutturale, abbia fornito un grande contributo nella risoluzione della problematica iniziale con la quale la mia paziente si era presentata; questo tipo di approccio mi ha permesso di diminuire gli spasmi, i gonfiori al basso ventre e a ripristinare quasi totalmente la corretta funzionalità intestinale della paziente, la quale dovrà sottoporsi ad accertamenti gastroenterologici e ad un cambiamento radicale del suo stile di vita, introducendo alimenti che possano aiutarla nella sua condizione di malessere e soprattutto ricominciando a praticare attività sportiva.

RINGRAZIAMENTI

A conclusione del mio percorso alla Fisiomedic Academy, ci tenevo a ringraziare tutta la mia famiglia, mia moglie Flavia, che mi ha sopportato e supportato attivamente facendomi da cavia per i trattamenti osteopatici analizzati in questa tesi; mi ha dato fiducia e coraggio per non mollare in questi tre anni dove sono dovuto mancare a tratti da casa allontanandomi dai miei due splendidi figli Sofia e Davide.

Uno speciale ringraziamento lo rivolgo al mio docente di terzo anno Stefano Jori, per avermi dato i giusti consigli nell'elaborato da me descritto e a tutto lo staff Fisiomedic Academy per avermi permesso di apprendere nuove metodologie di lavoro che potrò, con il tempo perfezionare e applicare ai miei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

Anthony G. Chila, Fondamenti di Medicina Osteopatica, Seconda edizione, Noi edizioni, Casa editrice Ambrosiana, Milano, 2015;

Ambrosi Glauco, Anatomia dell'uomo, Seconda edizione, edi.ermes editore,2006;

Eric P.Widmaier, Hershel Raff, Kevin T.Strang, Fisiologia, Prima edizione, casa editrice Ambrosiana, Milano, 2011;

Manipolazione Viscerale, vol.1, Barral Jean-Pierre, Pier Marcier, 1998;

Principi di Medicina Manuale, Philippe E.Greeman, 2001;

Osteopatia ricerca e pratica, A.T. Still, Castello editore;

Atlante di tecniche osteopatiche, Alexandre S. Nicholas e Evan A. Nicholas, edizione italiana Piccin;

Il sistema fasciale in ambito osteopatico, A. Chila, P. Tozzi, T. Liem, Edra Edizioni, 2018;

[https://www.worldgastroenterology.org/\(test sindrome da IBS\);](https://www.worldgastroenterology.org/(test%20sindrome%20da%20IBS))

<https://www.nurse24.it/studenti/patologia/sindrome-colon-irritabile.html>;