

OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

Cervicalgia e Reflusso gastroesofageo

Direttore:

Dott. Luca Bonadonna

Candidato:

Matteo Melziade

ANNO ACCADEMICO 2017/2018

fisiomedic
ACADEMY

Indice

Introduzione	pag.1
1. Anatomia	pag.2
1.1 Anatomia rachide cervicale	pag. 2-7
1.2 Anatomia diaframma	pag.8-9
1.3 Anatomia esofago	pag.10-11
1.4 Anatomia stomaco.....	pag.12-15
2. Possibile correlazione tra cervicalgia e RGE	pag.16
2.1 Cervicalgia	pag.16
2.2 Nervo Vago	pag.17
2.3 Reflusso Gastro-Esofageo	pag.18-20
3. Disfunzione viscerosomatica	pag.21
4. Caso clinico	pag.22
4.1 Anamnesi	pag.22
4.2 Esame obiettivo	pag.23
4.3 Test di valutazione	pag.24
4.4 Trattamento	pag.25-37
4.5 Esercizi	pag.38
4.6 Consigli alimentari e posturali	pag.38
5. Conclusioni	pag.39
6. Ringraziamenti	pag.40
7. Bibliografia	pag.41

INTRODUZIONE

L'OSTEOPATIA:



L'Osteopatia è una terapia manuale, complementare alla medicina classica, si basa sul contatto manuale per la valutazione, la diagnosi ed il trattamento di diverse patologie. Si tratta di una forma di assistenza incentrata sulla salute del paziente piuttosto che sulla malattia; spesso infatti la causa del dolore trova la sua locazione lontano dalla zona dolorosa, ricercando le alterazioni funzionali del corpo che portano al manifestarsi di segni e sintomi che possono poi sfociare in dolori di vario genere.

L'osteopatia è indicata per persone di tutte le età, dal neonato all'anziano, dallo sportivo alla donna in gravidanza e si rivela efficace nel risolvere diversi disturbi che spesso affliggono l'individuo impedendogli di condurre una vita serena.

L'approccio si avvale di alcuni principi cardine:

L'essere umano è un'unità dinamica di funzioni il cui stato di salute è determinato da corpo mente e spirito

Il corpo possiede dei meccanismi di autoregolazione e autoguarigione

La struttura e la funzione sono reciprocamente inter-correlate.

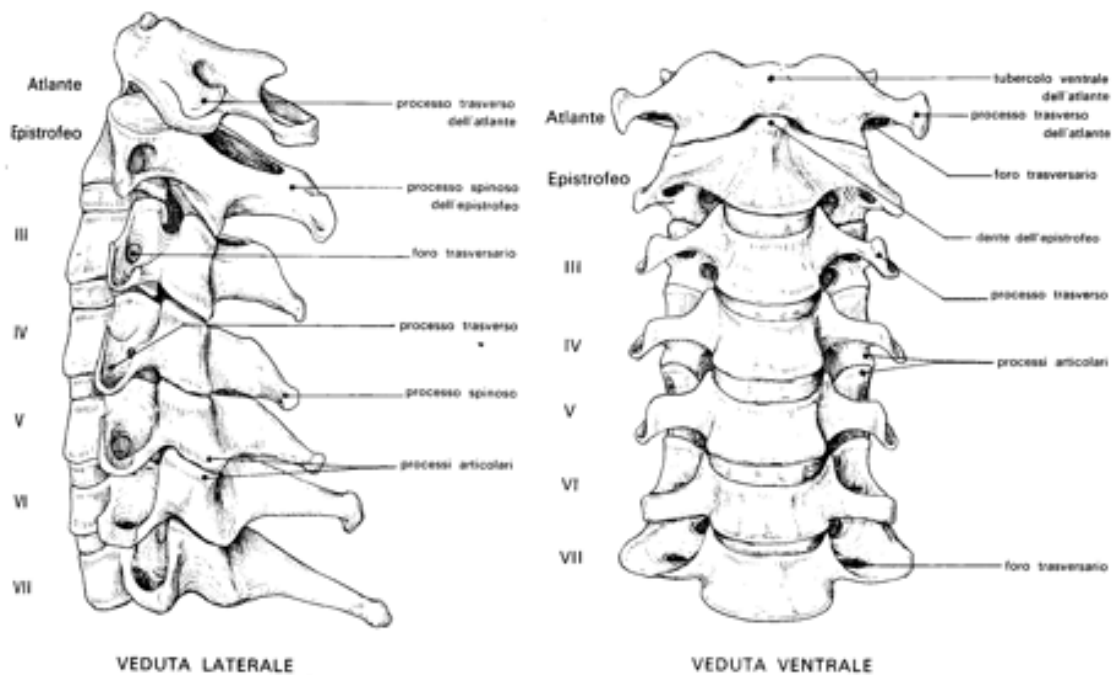
1. ANATOMIA

1.1 Rachide cervicale

Lo dividiamo in due porzioni:

- Superiore: Occipitale , Atlante , Epistrofeo (OAE)
- Inferiore: dalla vertebra C3 alla vertebra C7
- Questi due segmenti si completano nella realizzazione di movimenti di flesso-estensione, rotazione, inclinazione .

La prima, la seconda e la settima vertebra cervicale hanno inoltre caratteristiche peculiari che le distinguono dalle altre.



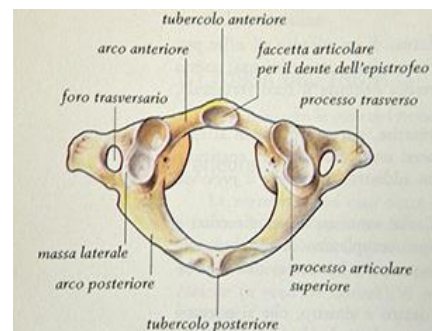
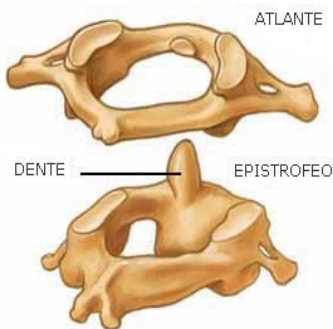
Atlante:

E' la prima vertebra cervicale , sostiene il cranio articolandosi con l'osso occipitale.

La caratteristica principale dell'atlante è la mancanza del corpo che si è fuso con la seconda vertebra , formandone il dente; esso è perciò formato da due archi, uno anteriore e uno posteriore che si riuniscono nelle masse laterali.

Lateralmente si trovano i processi trasversi con il foro trasversario (per passaggio dell'arteria e vene vertebrale).

L'arco anteriore presenta nella sua faccia interna la faccetta articolare per il dente dell'epistrofeo , mentre sulla faccia posteriore dell'arco posteriore è presente il processo spinoso.

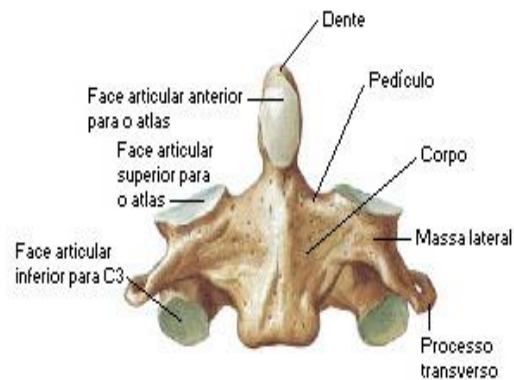
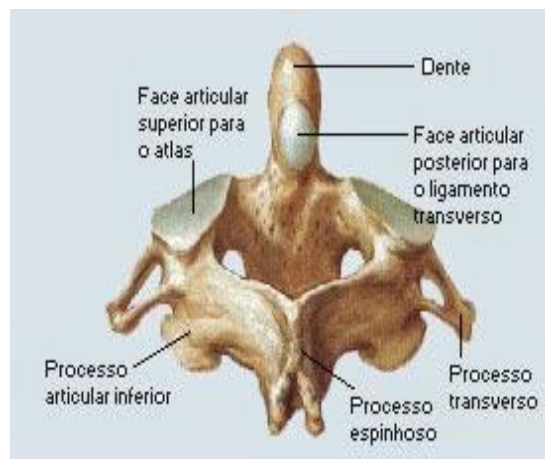


Epistrofeo:

La seconda vertebra cervicale è caratterizzata dal dente , che si articola con la faccetta dell'arco anteriore dell' atlante.

I processi trasversi sono brevi e presentano il foro trasversario per l'arteria vertebrale; le lamine, spesse, presentano nel terzo anteriore l'incisura per il passaggio del grande nervo occipitale di Arnold.

Lateralmente al dente, si trovano le due faccette articolari superiori che sono rivolte in alto e lateralmente.



C3-C6:

Il corpo ha forma quadrangolare con il diametro trasversale maggiore di quello antero-posteriore, la faccia intervertebrale superiore è concava trasversalmente ed è delimitata lateralmente dai processi uncinati (o uncini).

La faccia intervertebrale inferiore è convessa trasversalmente e, in corrispondenza degli uncini della vertebra sottostante, presenta due depressioni.

I peduncoli sono diretti indietro e in fuori e hanno le incisure vertebrali superiori più profonde di quelle inferiori.

Le lamine vertebrali sono larghe e sottili, **I processi trasversi** sono formati da due lamine ossee che, insieme al peduncolo, delimitano il foro trasversario che dà passaggio ai vasi vertebrali.

La lamina anteriore è connessa al corpo, quella posteriore ai processi articolari; le due lamine terminano alle loro estremità con i tubercoli anteriore e posteriore.

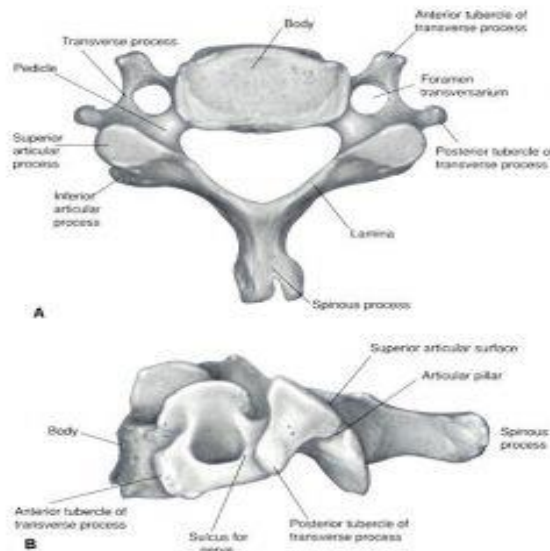
Nella sesta vertebra cervicale, il tubercolo anteriore è particolarmente sviluppato ed è detto tubercolo carotideo perché, palpabile alla base del collo, rappresenta un punto di repere per l'arteria carotide comune.

I processi articolari sono posti dietro ai processi trasversi e hanno faccette articolari superiori piane inclinate indietro e in alto, le faccette articolari inferiori sono rivolte in avanti ed in basso.

Il processo spinoso è corto e quasi orizzontale e, da C2 a C6, è bifido.

Il foro vertebrale è più ampio rispetto agli altri segmenti e ha forma triangolare.

Attraverso la sovrapposizione delle vertebre si forma un canale per via dei 'fori vertebrali', questo canale contiene il midollo spinale che è parte del sistema nervoso centrale. Il midollo spinale dà origine, con i nervi spinali, al sistema nervoso periferico.

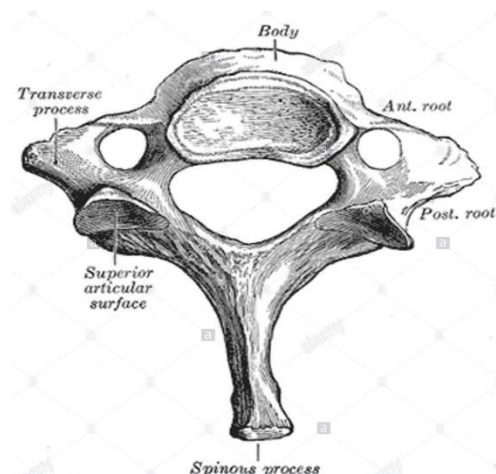


Settima vertebra cervicale:

La settima vertebra cervicale è detta prominente perché il suo processo spinoso, che non è sdoppiato, è particolarmente lungo e sporgente dorsalmente e può essere facilmente palpato alla base del collo.

Il processo trasverso presenta una lamina posteriore molto sviluppata e sporgente lateralmente che, a volte, può formare la cosiddetta “costa cervicale”.

Il foro trasversario è piccolo e dà passaggio alla sola vena vertebrale. È una vertebra di transizione con caratteri misti C/D, ha il corpo più grande di tutte le vertebre cervicali, ma uncini meno alti e meno sviluppati.



Numerosi sono i legamenti che permettono la stabilità del tratto cervicale, tra i quali i più importanti sono:

-Legamento longitudinale posteriore (è situato all'interno del canale vertebrale, e si estende dal corpo della seconda vertebra cervicale fino all'osso sacro) e anteriore (decorre verso il basso lungo la superficie anteriore della spina dorsale).

-Legamento nucale (si estende dalla protuberanza occipitale esterna fino al processo spinoso della settima vertebra cervicale).

Oltre ai legamenti, i muscoli svolgono un ruolo fondamentale per il sostegno delle strutture osteoarticolari.

1.2 ANATOMIA DIAFRAMMA

Il diaframma è un muscolo impari e asimmetrico, separa la cavità toracica da quella addominale. È il principale muscolo legato alla respirazione. Ha una forma a cupola, muscolo-aponeurotica a concavità inferiore.

Il m. diaframma è formata da una parte centrale tendinea detta centro frenico, e da una parte muscolare vertebrale, costale e sternale.

È innervato dal nervo frenico, il più importante del plesso cervicale che origina dai nervi spinali C3, C4 e C5.

Il m. diaframma origina dal centro tendineo e s'inserisce su 3 diverse zone:

zona costale: superficie interna delle ultime 6 coste

zona lombare: le prime 3 vertebre lombari

zona sternale: parte interna del processo xifoideo e si dirige verso il centro frenico.

Svolge diverse funzioni: funzione respiratoria, tira verso il basso il centro tendineo aumentando il volume della cavità toracica, funzione digestiva, circolatoria e statica.

La porzione tendinea centrale è situata nella parte medio - inferiore dello sterno.

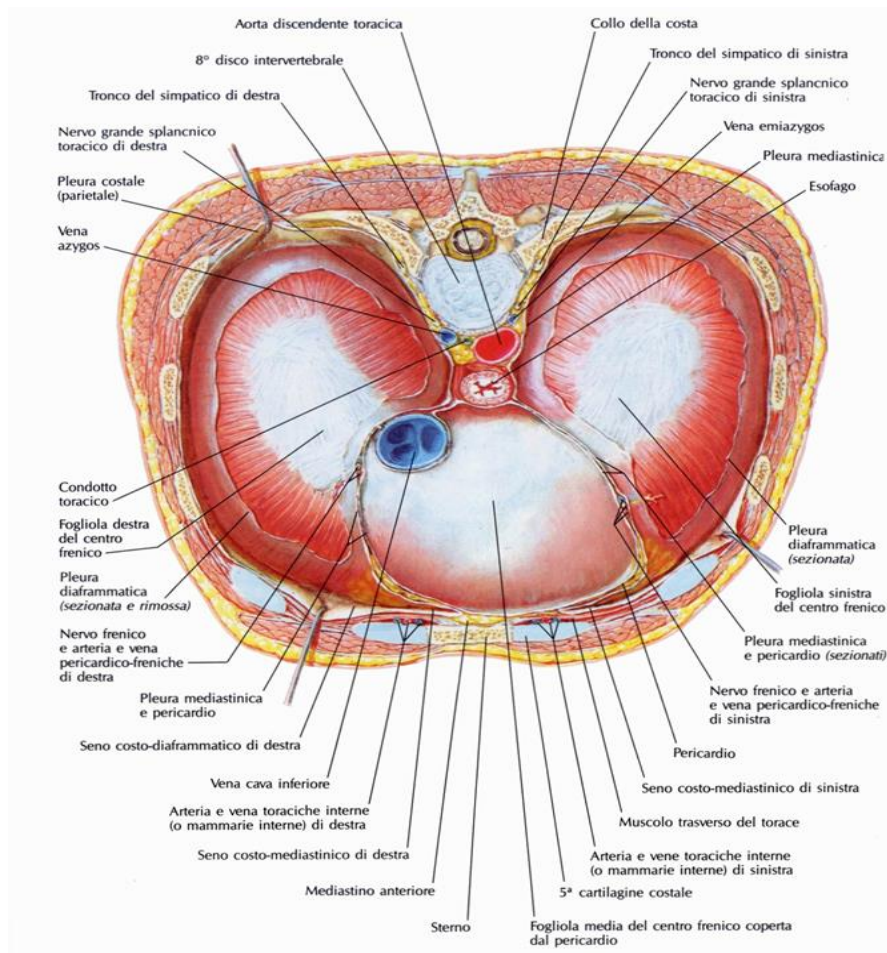
La porzione muscolare periferica, è costituita dalla sovrapposizione di sottili muscoli digastrici, i cui tendini mediali s'intrecciano a formare il centro frenico, ed è suddivisa a sua volta nei suoi 3 siti d'inserzione.

All'interno del diaframma si notano diverse aperture che offrono passaggio a varie formazioni, quali:

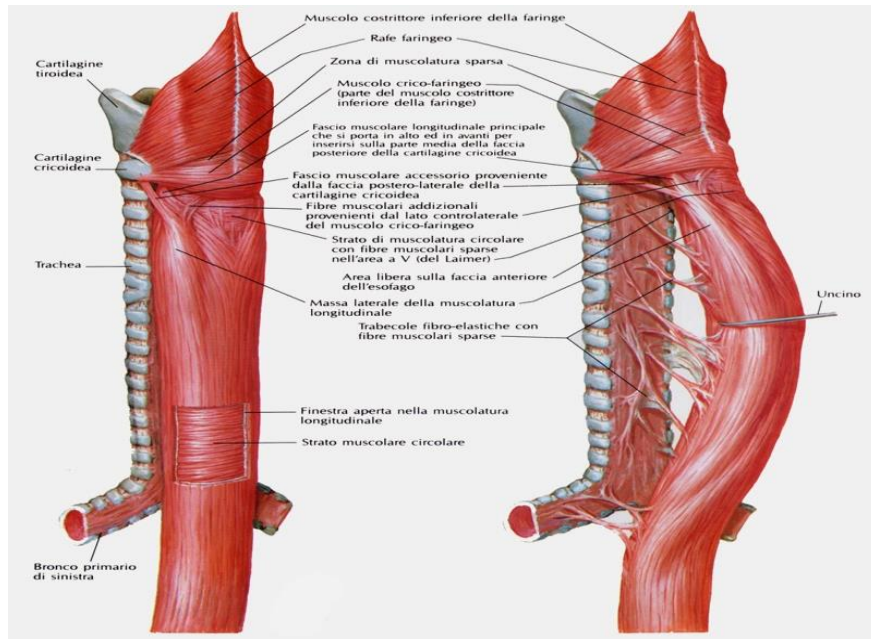
iato aortico, sede dell'aorta toracica, responsabile della distribuzione di sangue ricco d'ossigeno all'organismo, e del dotto toracico.

iato esofageo, frontale allo iato aortico, delimitato dal legamento arcuato mediano, alloggia l'esofago e il tronco vagale.

il forame della vena cava inferiore, situato nel centro frenico, sito della vena cava inf. che riporta ai polmoni sangue ricco d'anidride carbonica da espellere, ed e' anche sito di un ramo del nervo frenico destro. In altre fessure decorrono altri nervi, arterie, vene e sistema di circolazione linfatico.



1.3 ANATOMIA ESOFAGO



E' un canale di 25 cm che congiunge l'ipofaringe allo stomaco , e rappresenta il primo canale di transito alimentare.

Svolge diverse funzioni , tra cui trasporto del bolo dalla bocca allo stomaco, protegge le vie aeree superiori dai reflussi acidi dello stomaco e da eccessiva ingestione di aria.

L'ESOFAGO SI DIVIDE IN TRE PORZIONI:

Esofago cervicale

si trova davanti ai corpi delle vertebre cervicali, nella loggia viscerale del collo, si sviluppa dall'osso ioide a c6.

L'esofago a questo livello è in relazione con le vertebre tramite lo spazio retroviscerale di hencke, e con le cartilagini tiroidee e cricoidee. A questo livello ha relazioni dirette ed indirette con la lingua , il piano fasciale medio e profondo e si allunga verso la base dle cranio ed il mediastino , ed e in contatto con la faringe ,la laringe, la trachea e la tiroide.

Esofago toracico

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

Esofago addominale

Porzione che va da D9-D10 al cardias , attraversa il pilastro dx del diaframma a livello di T10 tramite lo iato esofageo per sboccare nello stomaco a livello del cardias. I nervi vaghi anteriore e posteriore, accompagnano l'esofago nel passaggio dello iato esofageo

L'esofago presenta due sfinteri importanti:

lo sfintere esofageo superiore (UES) livello c5-c6 costituito da muscoli

lo sfintere esofageo inferiore (LES) è costituito dagli ultimi 2cm di fibre circolari dell'esofago, è il più importante per la funzione contenitiva del contenuto gastrico e contemporaneamente deve far si che il cibo passi.

Innervazione

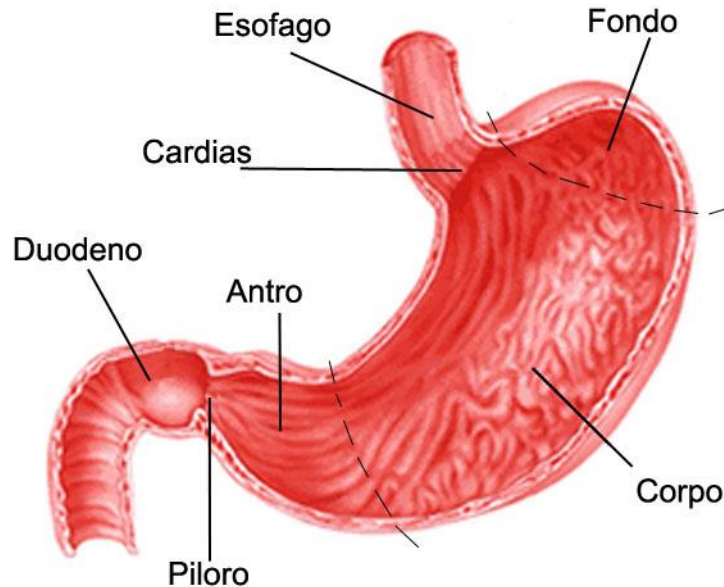
Componente parasimpatica:

- Vago di dx, sx

Componente ortosimpatica:

- Ganglio cervicale superiore C1-C4
- Ganglio cervicale inferiore C7-D1
- Grande splancnico

1.4 ANATOMIA STOMACO



Lo stomaco costituisce la parte più ampia del canale alimentare: è situato tra l'esofago e l'intestino tenue.

L'organo è posto sotto il diaframma ed è coperto dalla piccola ala del fegato, occupa l'epigastrio e parte dell'ipocondrio di sinistra.

L'organo presenta un orifizio d'ingresso: il cardias, all'altezza del corpo della 11° vertebra toracica e uno d'uscita, il piloro ricoperto anteriormente dalla faccia anteriore del fegato.

Lo stomaco è appiattito insenso dorsoventrale e presenta una faccia anteriore ed una posteriore, un margine superiore, detto piccola curvatura a concavità superiore, uno inferiore, la grande curvatura.

L'organo è suddiviso in tre parti: fondo, corpo e regione pilorica.

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

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

Stomaco e fegato sono uniti dal legamento epato-gastrico.

La regione pilorica si suddivide in antro e canale pilorico.

L'antro mantiene le proprietà strutturali dello stomaco.

Il canale pilorico o piloro costituisce una regione di transizione dallo stomaco alla prima porzione del duodeno.

Il margine inferiore del corpo è costituito dalla grande curvatura: lungo tale bordo origina una piega mobile di peritoneo, il grande epiploon, che si prolunga sino al bacino ricoprendo le anse intestinali.

Lo stomaco è in rapporto con il corpo del pancreas, il surrene e il rene sinistro posteriormente, la milza lateralmente, il mesocolon trasverso e la fessura colica di sinistra anteriormente.

Lo stomaco è vascolarizzato da rami provenienti dal tronco celiaco: l'arteria gastrica di destra e sinistra si anastomizzano lungo la piccola curvatura; lungo il fondo e la grande curvatura arrivano le arterie gastriche brevi e le gastroepiploiche destra e sinistra. Le vene corrispondenti drenano alla vena porta direttamente o attraverso la vena mesenterica superiore e lienale. Lungo le due curvature sono localizzati anche i linfonodi che drenano la linfa dello stomaco.

L'innervazione dello stomaco, tranne una componente vasomotoria e sensitiva di pertinenza dell'ortosimpatico, è soprattutto di origine vagale: i nervi vaghi entrano nella cavità addominale con l'esofago, e danno origine a un tronco posteriore e uno anteriore.

La parete dell'organo rispecchia la struttura generale precedentemente descritta con alcune peculiarità. La tonaca muscolare oltre agli strati circolare e longitudinale presenta uno strato di muscolatura ad andamento obliquo situato profondamente.

La mucosa si solleva in pliche evidenti macroscopicamente ad andamento longitudinale e appare ulteriormente divisa in aree di forma poligonale, le areole gastriche.

L'epitelio è semplice di tipo muciparo.

Il ruolo del muco nel proteggere la mucosa è fondamentale, considerata l'elevata acidità del succo gastrico. Le ghiandole del fondo e del corpo sono tubulari semplici.

Le cellule parietali sono voluminose, e caratterizzate dalla presenza di canali intracellulari che si continuano con i canali extracellulari sistemati tra i corpi delle cellule principali per raggiungere il lume delle ghiandole. Queste cellule sono responsabili della secrezione dell'acido cloridrico e del fattore intrinseco di Castle, che si lega alla vitamina B12 favorendone l'assorbimento intestinale. Sul fondo delle ghiandole gastriche si rileva la presenza di elementi endocrini. Tali elementi fanno parte di quell'ampio sistema diffuso in tutti gli apparati e classificato come sistema endocrino diffuso.

Innervazione:

Ortosimpatica:

-grande splancnico D4-D8 , CARDIAS D4-D5, PILORO D6/D7-D8

Parasimpatica:

-nervo vago dx parte posteriore, nervo vago sx parte anteriore.

Mezzi di fissita' dello stomaco:

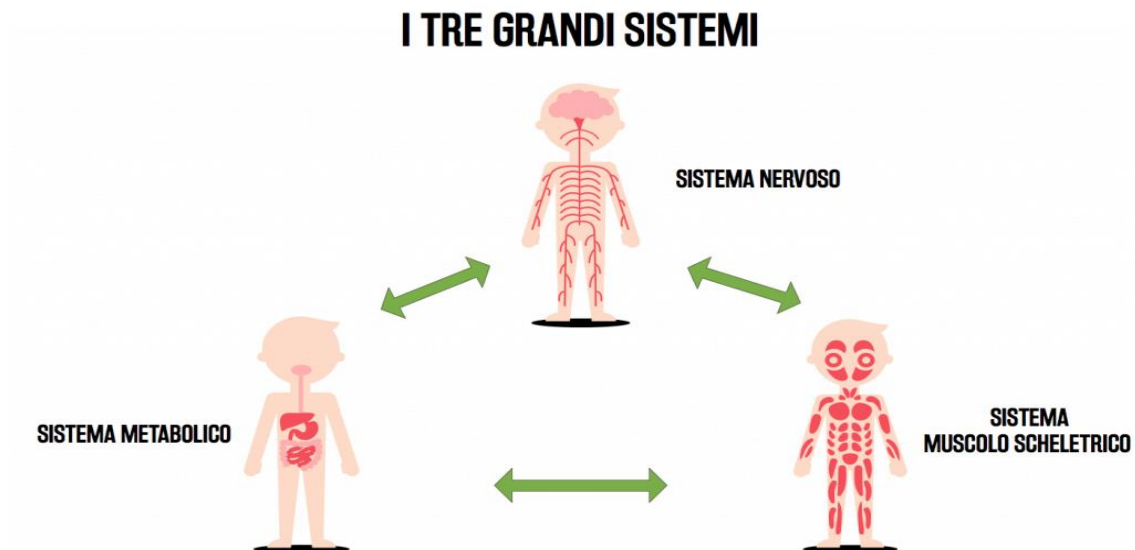
Legamento gastro-frenico

Legamento gastro-ienale

Legamento gastro-colico

Legamento gastro-epatico (piccolo epiploon)

2. POSSIBILE CORRELAZIONE TRA CERVICALGIA E RGE



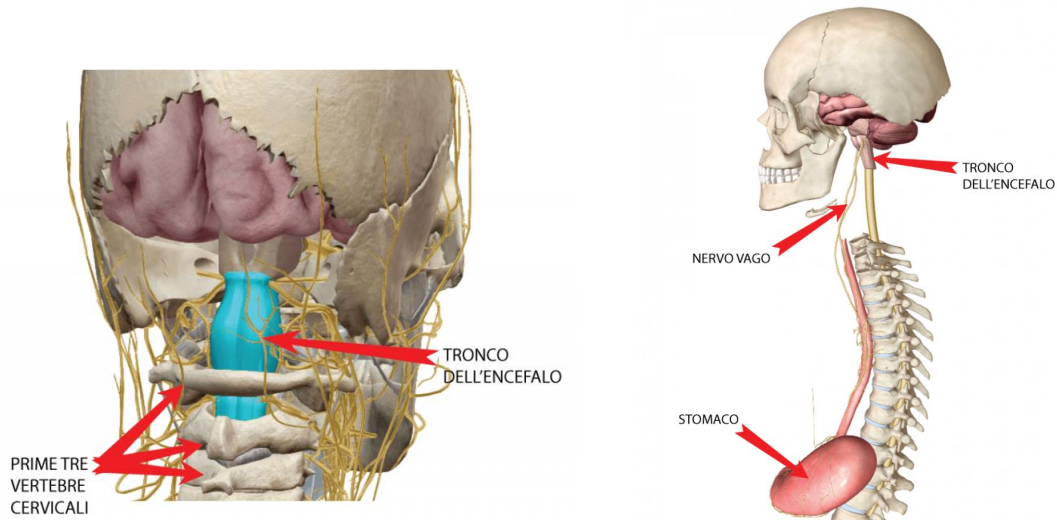
2.1 Cervicalgia:

Il termine cervicalgia definisce un generico dolore al collo che si protrae per un periodo di tempo variabile (mesi/anni).

La cervicalgia riconosce diverse cause d'origine: sedentarietà, colpi di freddo, postura scorretta, ernie e degenerazione dei dischi intervertebrali; questi fattori sono responsabili di tensione ed affaticamento muscolare, con anche presenza di sintomi neurologici come radicoliti e nevriti, tutte espressioni dello stiramento, dell'irritazione e della compressione dei tronchi nervosi che escono dal midollo spinale, tra una vertebra e l'altra.

Possiamo menzionare un nervo in particolare: il II nervo vago, è il decimo, il più lungo, il più ramificato dei nervi cranici ed è il principale componente della sezione parasimpatica del sistema nervoso autonomo.

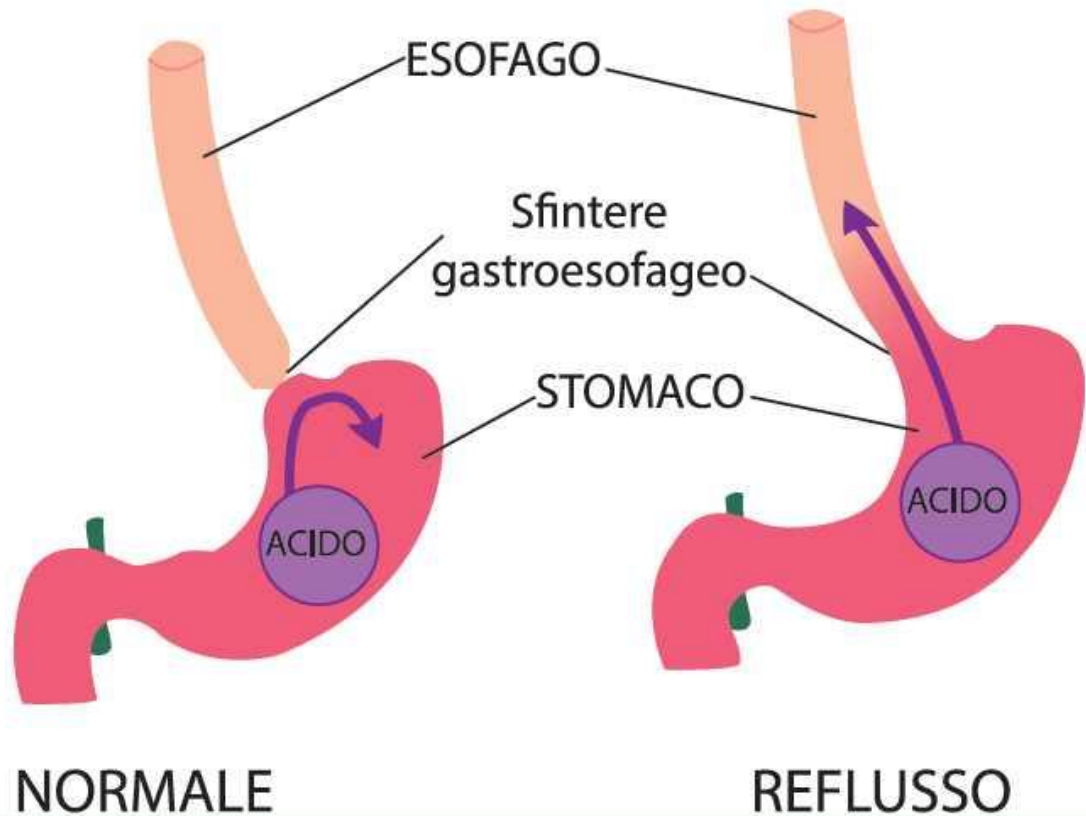
2.2 Nervo vago:



Il vago esce dal midollo allungato, attraversa il collo e il torace, raggiunge l'addome e invia rami alla maggior parte degli organi del corpo umano (la laringe e la faringe, la trachea, i polmoni, il cuore e buona parte dell'apparato digerente).

Il nervo vago esercita la sua azione liberando una sostanza particolare chiamata acetilcolina che determina il restringimento dei bronchi e il rallentamento della frequenza cardiaca. Inoltre stimola la produzione dell'acido gastrico, l'attività della colecisti e la peristalsi, cioè i movimenti compiuti dallo stomaco e dall'intestino durante la digestione. Quando la funzionalità del nervo vago viene in qualche modo compromessa può determinarsi una serie di sintomi che coinvolgono tutti i principali organi del corpo e che sembrano avere poco a che fare con una malattia delle articolazioni quale l'artrosi.

2.3 Reflusso Gastro-Esofageo:



La **malattia da reflusso gastroesofageo** è una malattia di interesse gastroenterologico, causata da complicanze patologiche del reflusso gastroesofageo (RGE).

Si parla di "malattia" (MRGE) quando il reflusso causa sintomi (pirosi, rigurgito) o quando, con la gastroscopia, si evidenziano lesioni infiammatorie a carico dell'esofago (esofagite), o ulcere, o trasformazione metaplastica della mucosa (esofago di Barrett).

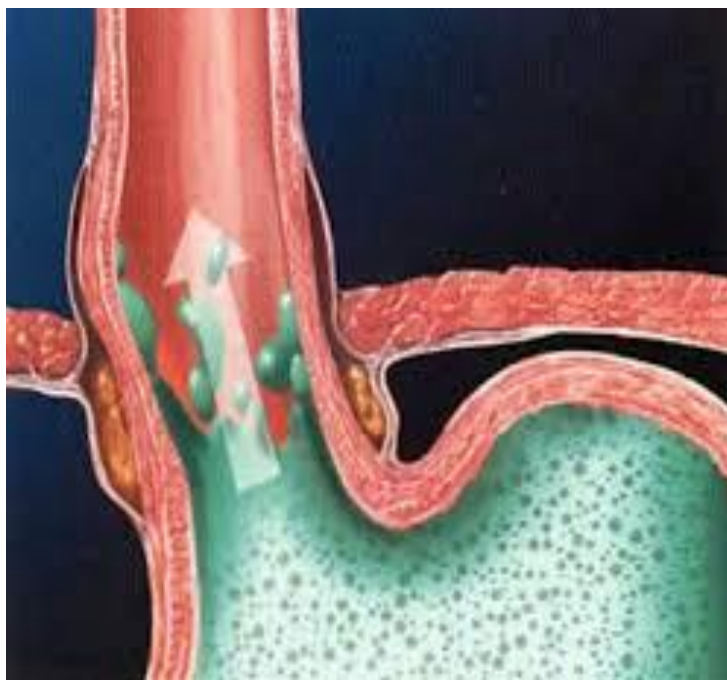
La malattia presenta tendenza alle recidive.

La malattia da reflusso gastroesofageo è spesso causata dal reflusso nell'esofago del contenuto dello stomaco e dei gas prodotti a livello intestinale che generano un reflusso duodeno-gastroesofageo .

L'acido cloridrico e la bile che vengono a contatto in questo modo con la mucosa dell'esofago ne provocano l'infiammazione (esofagite) con possibile insorgenza di sintomi caratteristici, come la piroisi. Anche se occasionali piccoli reflussi sono considerati fisiologici, in alcuni casi la frequenza e l'intensità dei reflussi può assumere valenza patologica. Col tempo l'infiammazione può evolvere in danni al tessuto dell'esofago, sotto forma di erosioni e piccole ulcere.

Altre cause del reflusso sono una diminuzione del tono del cardias (lo sfintere esofageo inferiore - SEI/LES), cioè la valvola che separa l'esofago dallo stomaco, in seguito all'assunzione di sostanze diverse, come cibi grassi, nicotina, caffeina, agrumi, alcolici ed anche alcuni tipi di farmaci; in casi più rari è dovuta al prolungato ristagno del bolo nello stomaco (si può ipotizzare una stenosi o pseudo-occlusione ileare o del tenue), per via di discinesie (disturbi motori) che rallentano il normale svuotamento dello stomaco; altre volte la causa è da ricercare nell'assunzione di pasti troppo abbondanti; infine sono predisponenti tutte quelle condizioni che determinano un aumento della pressione gastrica, come l'obesità e la gravidanza.

Per quanto sia stata lungamente studiata una possibile associazione tra l'infezione da *helicobacter pylori* e la MRGE, essa non è mai stata accertata da studi epidemiologici, né è stato individuato un possibile meccanismo patogenetico con il quale il batterio provocherebbe la malattia. In taluni casi, addirittura, si è notata un'incidenza negativa legata all'eradicazione dell'*H. Pylori* e l'eradicazione stessa parrebbe risultare inefficace per la prevenzione delle recidive.



3. DISFUNZIONE VISCERO-SOMATICA

E' la conseguenza di un antecedente problematica viscerale.

La disfunzione viscerale primaria è in grado di scatenare un riflesso viscerosomatico

•Può simulare gli effetti di una patologia nel territorio metameroico corrispondente attraverso l'interessamento del:

Miotoma:

Afferenze viscerosomatiche dermatomeriche che giustificano: Ruvidità, secchezza e ipotermia ,

Muscoli monosegmentari con tendenza alla fibrosi ,Muscoli polisegmentari tendenti all'ipertono.

Viscerotoma:

ptosi viscerale ,alterazioni delle secrezioni ,alterazione del tono della struttura viscerolo/organica

La reversibilità di una simile situazione è legata al ripristino della mobilità viscerale.

Stomaco e intestino sono organi con importanza di scorrimento ,mentre fegato e milza sono dei bacini , quindi è molto importante liberare i torrenti per agevolare il fluire dei liquidi.

4. CASO CLINICO

4.1 Anamnesi:

NOME	Francesca
COGNOME	Peverelli
OCCUPAZIONE LAVORATIVA	Casalinga
MOTIVO DEL CONSULTO	Dolori e rigidita' al collo, giramenti , nausea.
DA QUANTO TEMPO	Quasi 2 anni
ESAMI STRUMENTALI	No
CONDIZIONE FISICA	Sovrappeso
ALTRI DOLORI/PROBLEMATICHE	Reflusso gastro-esofageo
HA GIA SUBITO TRATTAMENTI	Si solo massaggi nel distretto cervicale
ATTIVITA FISICA	No
FARMACI	Antiacidi e gastroprotettori
ALIMENTAZIONE	Non regolare
DIGESTIONE	Difficoltosa soprattutto alla sera

4.2 Esame obiettivo

-PIANO FRONTALE ANTERIORE :

Spalla sx piu' bassa

Capo leggermente inclinato a sx

Rotula dx piu' bassa

-PIANO FRONTALE POSTERIORE:

Condilo occipitale sx piu' basso

Scapola sx leggermente piu' bassa

Scapole abdotte

Maggior tono muscolare zona lombare dx

-PIANO LATERALE:

Accentuate le curve della colonna

Spalle anteposte

4.3 Test di valutazione

-Pz prono :

Spring sacro

Spring lombare

Spring dorsale: tratto rigido, D5 FRSdx

-Pz supino:

Lunghezza arti inferiore: arto dx piu' lungo

Spring iliaci

Sias: anteriorita' dx

Test della loggia viscerale del collo: centrale , dx e sx

Esofago cervicale toracico e addominale

Scaleni: rigidi

Scom: rigidi

Elevatore della scapola: rigidi

Test di rebound sullo sterno

Diaframma (disfunzione digestiva): unilaterale; dovuta a disfunzione di un organo sospeso (fegato, stomaco, ...), in questo caso stomaco.

-Valutazione viscerale:

Test di densita' globale su stomaco: stomaco in espirazione

Esofago cervicale, toracico, addominale

Stomaco (Cardias, piloro)

Mezzi di fissita' dello stomaco

-Pz seduto:

Flex/Ext del capo limitata

Rotazione e inclinazione del capo limitata e dolorante

4.4 Trattamento:

-pilastri del diaframma



Mani in ascolto sotto arcata costale



Tecnica su diaframma per emicupola di destra.

-tratto dorsale:

D5 IN FRSdx



Con la mano sinistra controllo spalla sinistra, induco side sinistro ruoto a sinistra, porto in estensione, chiedo una flessione e mantengo , per 3-5 volte.

-Mobilizzazione tratto dorsale:



-realise suboccipitale :



pz supino , si pongono polpastrelli della dita sulla rima occipitale nella muscolatura, e si esercita una pressione progressiva fino a detensionamento.

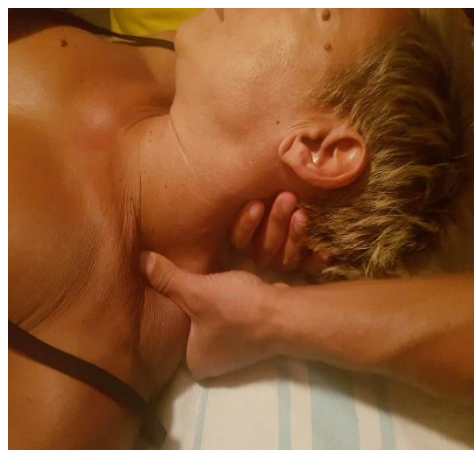
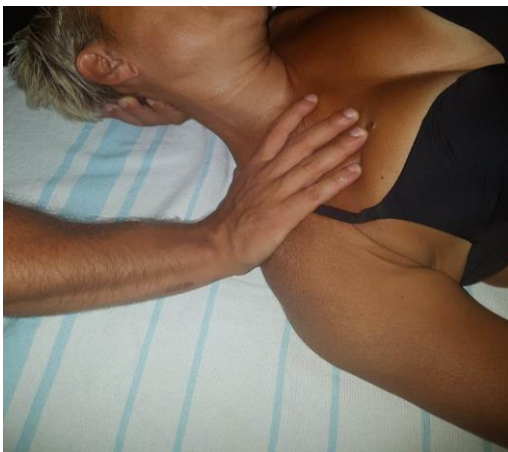
.

-Nervo di Arnold :



pz supino , a 3 dita sotto la protuberanza occipitale, laterlamente alla spinosa di C2, si pone indice sotto l'emergenza del nervo, l'altra mano su spalla omolaterale portare il tratto cervicale in flex, lateroflex opposta per stirare in nervo.

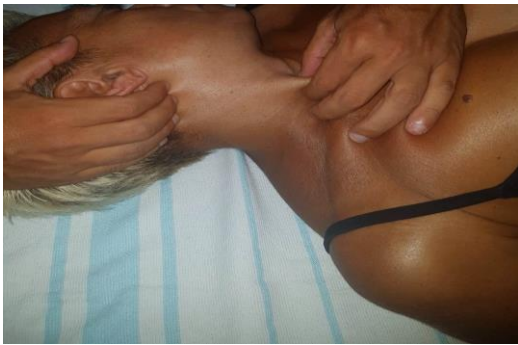
-mm. Scaleni :



Pz supino , una mano suboccipitale e con l'altra stabilizzo stretto toracico e k1-k2, si esegue una trazione laterale, portando gli scaleni in allungamento ,

si chiede alcuni secondi di contrazione per riportare la testa in linea resistendo in isometria, dopo alcuni secondi si aumenta tensione.

-mm. Scom :



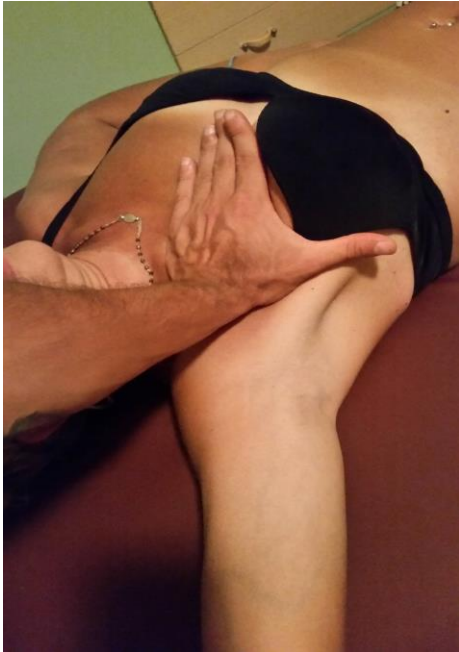
Pz supino , pinzo con pollice ed indice il capo sternale che fa da punto fisso , punto mobile su mastoide , allungo durante espirazione.

Pz supino , portare in distensione formando una S pinzando l'intero ventre muscolare

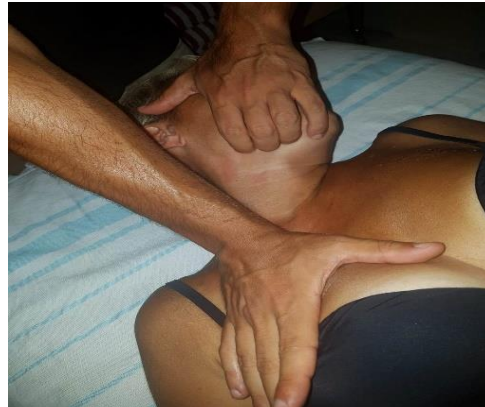
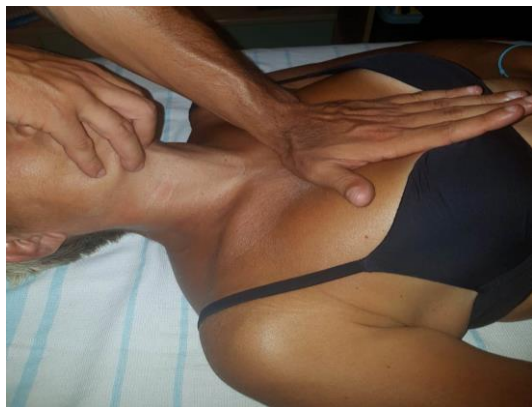
-mm. piccolo e grande pettorale :

pompages del piccolo e grande pettorale

rilasciamento mediante pressione profonda del piccolo pettorale



-Fascia cervicale profonda :



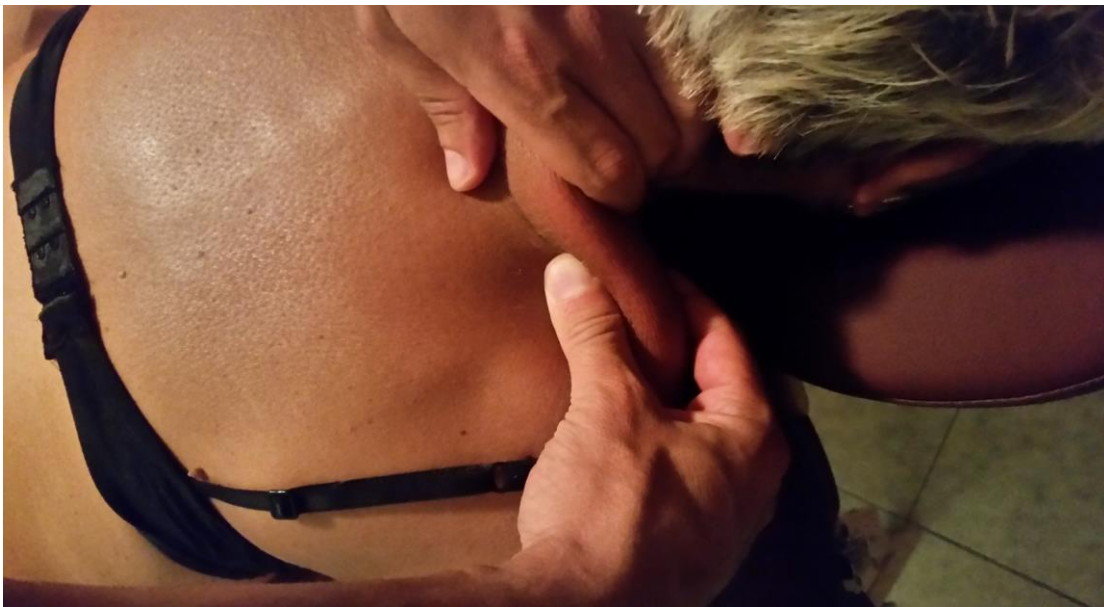
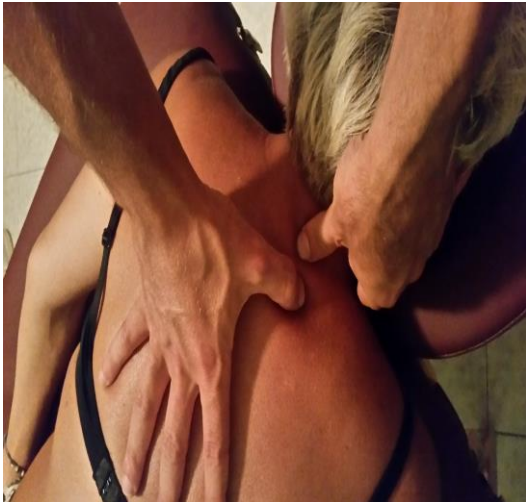
pz supino, una mano su V mentoniera , e l'altra su manubrio sternale, e si trazione verso il basso , in espirazione aumento trazione.

pz supino, una mano su occipite che trazione verso l'alto , e l'altra su manubrio sternale che si trazione verso il basso , in espirazione aumento trazione.

Pz supino, ruotare controlateralmente il capo del pz, una mano su arcata mandibolare e una su clavicola , effettuare trazione , che aumenta in espirazione.

-mm. elevatore della scapola e trapezio :

pz prono , impastamento e rilasciamento mediante pressione profonda

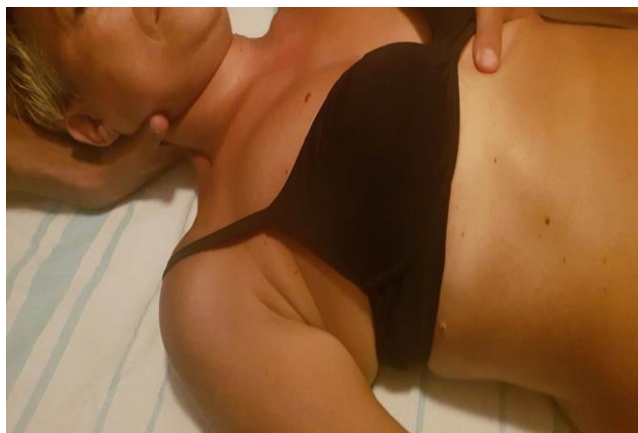


-esofago cervicale:



pz supino, mano craniale posteriormente alle corna dell'osso ioide fa punto fisso, mano caudale su parte inferiore dell'esofago trazione verso il basso.

-esofago toracico:



pz supino, iphotenar della mano craniale su manubrio sternale, mano caudale in proiezione dello iatus esofageo, si deprime e si trazona con la mano caudale sul suo asse.

Pz supino, punto fisso con la mano sotto occipite e si da una leggera lateroflex dx , l'altra mano su iatus esofageo e si trazona verso il basso , aumentando in espirazione.

-esofago addominale :



pz supino, si entra con il due pollici all'angolo costo-xifoideo, in direzione della spalla , un pollice fissa l'esofago, e l'altro pollice tra esofago e cardias, allontanare i due pollici .

-stomaco (Cardias):



Pz supino , con pisiforme su settimiana articolazione condrocostale di sx, si deprime si attende finche il tessuto non rilascia.

-mezzi di fissita dello stomaco:

-legamento gastrofenico:



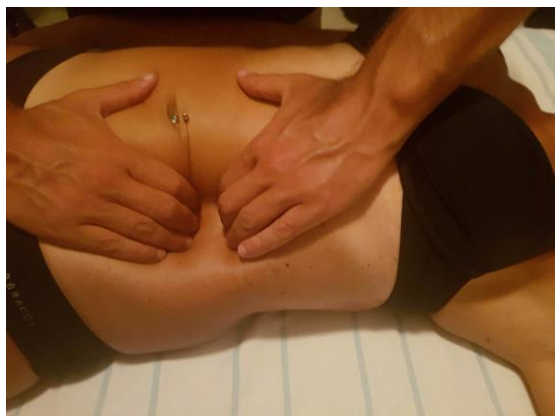
mano craniale su V spazio intercostale fa punto fisso , mano caudale in proiezione dello stomaco punto mobile , stirare verso il basso e dx.

-legamento gastroienale:



mano sinistra in proiezione della milza su k8-k10 su linea ascellare, mano destra in proiezione su stomaco e traziono.

-legamento gastrocolico:



mano craniale su bordo inferiore dello stomaco , mano caudale su bordo superiore del colon trasverso, scollare le mani tra di loro.

-legamento epatogastrico (piccolo epiploon):



per i fasci verticali posizionare pollice mano dx su piccola curvatura dello stomaco, polpastrelli mano sx su ilo del fegato, portare stomaco verso il basso e facendogli fare una rotazione oraria, e per i fasci orizzontali portare lo stomaco verso sx.

4.5 Esercizi:

-respirazione addominale , toracica e combinata.

-seduto contro la parete poggiare capo e schiena, portare il mento verso la zona sternale tenendo il capo a contatto con il muro, inspirare quanto basta ed espirare profondamente, in modo da portare in allungamento il tratto cervicale.

4.6 Consigli alimentari e posturali:

Evitare determinati cibi come : agrumi , peperoni , spezie, pomodori, alcool, fumo , cibi grassi, fritti , piccante , caffe, menta, cioccolato, bibite gasate, cibi con contenuto di zuccheri elevato.

Alimenti consigliati : alimenti magri e ricchi di proteine , verdura fresca, cereali integrali e frutta priva di acido citrico.

Dopo i pasti mantenere la posizione eretta ed aspettare almeno 45 min, prima di coricarsi, di notte mantenere il capo rialzato 15-20 cm dal letto per evitare la risalita del contenuto gastrico che si potrebbe avere in posizione orizzontale ,consumare pasti piccoli e frequenti evitando le abbuffate.

5. CONCLUSIONE

Dopo i trattamenti la paziente non ha più avuto dolori al collo , spalle rigide , nausea , giramenti ma ha riscontrato movimenti liberi .

Specifico che non ho utilizzato tecniche HVLA in quanto la paziente era contraria (prima controindicazione da rispettare).

Sotto supervisione del medico non ha più preso gastroprotettori e antiacidi, ha cominciato a reintrodurre alcuni alimenti facendo comunque attenzione in quanto il GERD comporta delle recidive, e infine calo ponderale di 6 kg di fat mass e buon mantenimento della massa magra.

6. RINGRAZIAMENTI

Sono giunto alla fine di questo percorso e voglio ringraziare il Direttore Luca Bonadonna , per essere stato sempre presente , attento alle richieste di noi studenti , con velocita' e chiarezza nelle sue risposte.

Inoltre ringrazio tutti i professori , SALVATORE ,DANIELE, RAFFAELE, e i loro assistenti , soprattutto ROBERTO.

Ringrazio anche i miei compagni di corso in particolare :

DEROSSI ALESSANDRO, MARENZONI NICOLA, MASIN LUCA, BORRELLO VITO.

7. BIBLIOGRAFIA

- W.KHALE, H.LEONHARDT, N.PLATZER. **ANATOMIA UMANA**
CASA AMBROSIANA EDITRICE, 1987
- ANASTASI, MOTTA, BALBONI, **TRATTATO DI ANATOMIA**
UMANA, EDI ERMES
- **DISPENSE**
- ALEXANDER S., EVAN A., **ATLANTE DI TECNICHE**
OSTEOPATICHE
- SIMON FIELDING, RENZO MOLINARI, **MODELLI DIAGNOSI**
TRATTAMENTO E PRATICA
- JEAN PIERRE BARRAL, PIERRE MERCIER, **MANIPOLAZIONI**
VISCERALE
- WIKIPEDIA, **IMMAGINI ORGANI**