



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL  
SCUOLA DI OSTEOPATIA

---

TESI PER IL DIPLOMA DI OSTEOPATIA  
Tesi finale corso di osteopatia D.O

Osteopatia e gastroenterologia:

“Come una problematica viscerale possa influenzare la postura e causare  
cervicalgie croniche”

TRATTAMENTO E CASO CLINICO

Approccio manipolativo viscere e rachide per atteggiamenti di compenso  
causati da ernie itali e reflussi gastro esofagei .

Relatore:

Dott.Luca Bonadonna

Candidato:

Ferretti Alessandro

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

## | INDICE:

Che cos'è l'osteopatia :

### 1 Anatomia:

1.1 anatomia esofago

1.2 anatomia diaframma

1.3 anatomia stomaco

1.4 accenno anatomico rachide

### 2 reflusso gastroesofageo e ernia iatale:

2.1 definizione

2.2 epidemiologia

2.3 sintomatologia della malattia di reflusso gastro esofageo

### 3 caso clinico e trattamento:

3.1 anamnesi

3,2 esame obbiettivo

3.3 valutazione osteopatica

3.4 trattamento osteopatico

3.5 valutazione post trattamento

conclusioni

## CHE COS'È L'OSTEOPATIA

L'osteopatia è una medicina manuale nata negli USA nel 1974 da Dott. Still. Essa è un sistema di diagnosi e trattamento esclusivamente manuale che pur basandosi su conoscenze mediche tradizionali, quali l'anatomia la fisiologia ec.. non prevede l'uso di farmaci ma esclusivamente tramite manipolazioni e manovre specifiche volte a risolvere disfunzioni somatiche che possono andare ad intaccare tessuti, organi, visceri e tutti i sistemi dell'organismo tra cui il sistema nervoso il vascolare e la struttura.

## DISFUNZIONE SOMATICA

In osteopatia intendiamo la disfunzione somatica come una compromissione del sistema somatico, tra le quali includiamo:

strutture scheletriche, artrodiali, miofasciali, elementi vascolari o nervosi fino al viscere e all'organo.

La disfunzione somatica viene effettuata tramite palpazione percettiva mirata a valutare i parametri del TART. Per tart intendiamo la dolorabilità, l'asimmetria, range di movimento ed i cambiamenti tissutali. Oltre al tart per individuare una disfunzione somatica che sia di natura viscerale utilizziamo i punti di Chapman riflessi.

## TIPOLOGIA DI TECNICHE OSTEOPATICHE:

Le tecniche osteopatiche possono essere raggruppate in 4 grandi insiemi:

-Tecniche muscolo scheletriche

-Tecniche mio fasciali

-Tecniche craniali

-Tecniche viscerali

a sua volta le tecniche che possiamo andare a svolgere su questi 4 insimi sono precisamente:

-Tecniche di energia muscolare= tecniche utilizzate con l'aiuto del paziente chiedendo una contrazione volontaria del muscolo, possiamo classificarla come tecnica attiva.

- Tecnica articolatoria= è una tecnica volta a ridare mobilità asu tutti i piani al segmento trattato, può essere anche utilizzata come pre tecnica di trust.

-Tecniche miofasciali= tecniche che colpiscono i fasci muscolari , sono tecniche di bilanciamento tissutale volte e ripristinare la sana funzione dei tessuti.

-Tecniche HVLA= Tecniche di alta velocità bassa ampiezza è una tecnica volta a correggere la disfunzione lavorando sulla barriera restrittiva, a differenza delle precedenti tecniche che merita un attenzioine in più.

I tre principi osteopatici fondali tidal Dott.Still:

**LA LEGGE DELL'ARTERIA SUPREMA:**

secondo tale principio all'origine di un disturbi vi è un alterazione della circolazione, creando una sofferenza del tessuto stesso.

## RELAZIONE RECIPROCA TRA STRUTTURA E FUNZIONE:

la funzionalità di ogni organo è consentita dalla sua struttura e dal controllo del sistema nervoso. In base a questo principio, una disfunzione di mobilità di un segmento osseo potrà comportare una trasmissione di impulsi non corretti ai distretti innervati, determinandone la sofferenza.

## PRINCIPIO DI AUTOREGOLAZIONE:

L'organismo è costituito da sistemi ed apparati in equilibrio tra loro e possiede la capacità di autoregolazione attraverso la produzione di sostanze edogene, con potere antinfiammatorio, antidolorifico ed immunitario.

## ANATOMIA ESOFAGO:

L'esofago costituisce il condotto che congiunge l'ipofaringe allo stomaco e rappresenta il primo organo esclusivo del canale alimentare, è lungo circa 25cm. Attraverso questo organo di natura muscolo-mucosa passa il bolo alimentare ovvero il cibo masticato dai denti e parzialmente digerito dagli enzimi e dalla saliva, il passaggio del bolo è facilitato dalla contrazione muscolare presente nella parete interna dell'esofago. Dal punto di vista della struttura l'esofago presenta una tunica esterna di natura connettivale, una tunica muscolare ed uno strato sotto mucoso. L'esofago si distende da C6 fino a D11

Esso presenta 3 restringimenti:

3

- cricoideo

-aortico

-diaframmatico

Il restringimento cricoideo corrisponde l'inizio dell'esofago

Il restringimento aortico si trovano in corrispondenza del rapporto dell'esofago con aorta e bronco sinistro

Il restringimento diaframmatico è in comunicazione con le pareti del diaframma.

L'esofago è in stretto contatto con la trachea tramite fasci connettivali e tramite il muscolo tracheoesofageo ed in parte ricoperto dal lobo sinistro della tiroide mentre la parte esofagea del diaframma è in stretta correlazione con il fegato anteriormente e con l'aorta posteriormente

Esso esegue un movimento di stiramento su asse verticale , è innervato da nervo vago per il sistema parasimpatico mentre per il sistema simpatico dai nervi cervicali e i laringei . A livello vascolare prende rapporti per la parte arteriosa con l'arteria esofagea, la bronchiale, la frenica di sn e la gastrica di sn mentre a livello venoso con le vene azygos che le mettono in comunicazione la vena porta con il sistema venoso centrale.

**ANATOMIA DIAFRAMMA:** Il diaframma è il principale muscolo respiratorio, esso si presenta a forma di cupola con la convessità rivolta verso il torace e la concavità rivolta verso l'addome. Il diaframma si divide in diaframma costale o cupole: originano nel margine inferiore dell'arcata Costale a livello dalla 7 alla 12 costa. Poi troviamo il diaframma lombare o pilasti: quello di destra si estende da 11 fino a 13 mentre quello di

sinistra da 11 fino ad 12.

Il diaframma presenta 3 orifizi:

-aortico=nella porzione muscolare, a diretto contatto con rachide a livello di d12

-per vena cava=a livello di d9

esofageo=nella porzione muscolare di d10

Il diaframma quando si contrae si abbassa e si appiattisce determinando una trazione verso il basso dei polmoni mentre durante il rilasciamento i polmoni si distendono. L'innervazione del diaframma è assicurata dai nervi frenici di c3 e c5, il nervo frenico di destra arriva al diaframma attraverso l'orifizio della vena cava a livello vascolare troviamo l'arteria mediastinale posteriore che proviene dall'aorta toracica ed l'arteria diaframmatica superiore, mentre a livello venoso troviamo la vena cava ,precisamente a livello di t8.

#### 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. Esso presenta un orifizio d'ingresso chiamato cardias all'altezza dell'11 vertebra ed uno d'uscita chiamato piloro. Esso è lungo circa 25-28 cm e largo 12 cm è una struttura elastica che può variare di forma e in dimensioni a seconda del cibo presente nel suo interno, ciò è reso possibile da pliche

ripiegate che ne compongono la parete: la loro distensione

ne estende la superficie conferendo allo stomaco una capacità di 1000-1500ml. La parete dello stomaco è composta da tre pareti , la mucosa gastrica, la tonaca muscolare e la tonaca sierosa.

La muscolo gastrica è lo strato più interno e secreta succhi gastrici e crea l'ambiente tipico per i processi digestivi, essa può essere di nuovo sotto divisa in altri tre strati

-mucosa (epitelio che riveste la parete interna dello stomaco)

-mucosa muscolare ( contiene fibre elastiche lisce)

-sottomucosa La tonaca muscolare si divide in altri tre strati , quello longitudinale, circolare ed obliqua

Poi abbiamo la tonaca sierosa che avvolge interamente l'organo.

A livello anatomico lo stomaco è diviso in più parti:

Il fondo , il corpo, grande e piccola curvatura che troviamo nel corpo, l'antro cardiaco e l'antro pilorico .

Lo stomaco serve da punto di passaggio e di deterioramento del bolo tramite i succhi gastrici dall'esofago all'intestino trasformandolo in chimo. Questi processi digestivi sono permessi dalle ghiandole gastriche, che secernono tre componenti fondamentali. Il primo è il pepsinogeno, il secondo è acido cloridrico e il terzo il fattore intrinseco per l'assorbimento della vitamina b12 nell'intestino e del ferro.

A livello biomeccanico lo stomaco durante l'inspirazione fa un movimento di bascula, con una flessione anteriore ed un avvicinamento alla linea mediana del corpo, durante l'espiazione tende a tornare nella sua posizione di partenza. Esso è innervato dai plessi gastrici superiori ed inferiori e dal nervo vago per il sistema parasimpatico. Invece a livello vascolare troviamo le arterie principali del troco celiaco e dell'aorta addominale che si ramificano in arterie lienali , epatiche e gastrica di sinistra , mentre a livello venoso abbiamo la vena lienale , la gastroepiploica.

## ACCENNI DI ANATOMIA STRUTTURALE RACHIDE

La colonna è una struttura meccanica composta da 3 curve mobili ed 1 fissa, è articolato in vertebre suddivise in:

7 cervicali,12 toraciche,5 lombari,5 sacrali e 4/5 coccigee

queste vertebre vanno a formare queste curve da me prima accennate, queste curve prendono il nome di lordosi cervicale, cifosi dorsale, lordosi lombare e cifosi sacrale.

La differenza sostanziale tra queste due curve cioè la cifosi e la lordosi è che la cifosi si presenta con concavità anteriore mentre la lordasi con concavità posteriore. ( ho voluto fare questo piccolo accenno anatomico per il caso clinico che poi spiegherò in seguito , data l'importanza enorme che si ha durante una disfunzione viscerale a livello della struttura).

## Ernia iatale

### Definizione

### Epidemiologia

L'ernia iatale è una condizione in cui i visceri contenuti nella cavità addominale più comunemente lo stomaco, erniano attraverso lo iato esofageo nella cavità toracica. La variante più comune di ernia iatale è il tipo 1 o una ernia a scivolamento, caratterizzata da una separazione spaziale dei due principali componenti della giunzione esofagogastrica (EGJ), dello sfintere esofageo inferiore (SEI) e del diaframma crurale(CD). La presenza di ernia iatale è associata ad un'esposizione eccessiva dell'acido in esofago e ad una frequenza aumentata di episodi di reflusso. In caso di ernia iatale da scivolamento, l'allargamento dell'orifizio, la lassità dello iato esofageo del diaframma e di conseguenza della membrana freno esofagea permettono alla regione cardiaca dello stomaco di muoversi verso l'alto attraverso lo iato. Questo movimento dell'esofago distale e della regione cardiaca è influenzata da molteplici fattori come la peristalsi esofagea, la posizione del corpo, la distensione esofagea e gastrica e di rilasciamenti transitori dello sfintere esofageo inferiore. Ci sono tre tipi di ernie, quella da scivolamento, da rotolamento o mista. I sintomi possono presentarsi con pirosi o bruciori di stomaco, dolore retrosternale, nausea, alitosi e reflusso gastroesofageo (condizione patologica che andremo ad affrontare successivamente).

Epidemiologia –L’ernia iatale è una patologia che colpisce di media il 15% degli italiani , precisamente è più comune tra gli anziani: ne soffre infatti circa il 25% della popolazione con più di 50 anni e quasi il 100% della popolazione over 80, anche le donne in gravidanza possono andare incontro a questa problematica a causa della dilatazione della cavità addominale. Pertanto la debolezza dello iato esofageo deriva da una problematica congenita.

I fattori di rischio che portano a questa manifestazione erniaria sono: disordine alimentari, sovrappeso, fumo, tosse croniche, traumi addominali.

#### REFLUSSO GASTRESOFAGEO:

Secondo la classificazione di Montreal, la malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) è una condizione patologica che si sviluppa quando il reflusso del contenuto gastrico in esofago causa sintomi avvertiti come fastidiosi dal paziente, associati o meno a complicanze. Questa definizione pone al centro l’aspetto clinico della patologia, intesa come sindrome cioè un insieme di segni e sintomi; le lesioni esofagee ( erosioni, ulcere, metaplasia, adenocarcinoma) non sono più condizioni indispensabili per porre diagnosi di MRGE.

La presenza dei sintomi tipici da reflusso in assenza di lesioni esofagee definisce la sindrome esofagea sintomatica (che include il concetto di malattia da reflusso non erosiva), mentre se vengono riscontrate anche lesioni esofagee si parla di sindrome di MRGE con lesione esofagea associata.

EPIDEMIOLOGIA – Prevalenza della malattia da reflusso gastroesofageo. 9

Dai numerosi studi di popolazione riguardanti la MRGE è emerso che si tratta di una patologia comune, la cui prevalenza varia nelle diverse regioni del mondo. In particolari sono disponibili 3 studi di popolazioni basati sull'endoscopia:

- Studio Calixsandra della Svezia
- Studio Loiano Monghidoro
- Studio SILC dalla Cina

#### EPIDEMIOLOGIA IN ITALIA

La prevalenza da MRGE nel nostro Paese è notevolmente elevata (interessando il 44,3% della popolazione (con entità e frequenza naturalmente variabile). L'aumento dell'incidenza della sindrome negli ultimi 20 anni sarebbe ascrivibile all'incremento dell'obesità.

## CASO CLINICO

### ANAMNESI PAZIENTE

NOME: Ludovico

COGNOME: Pierini

DATA DI NASCITA: 22/06/83

TIPO DI LAVORO: Imprenditore

MOTIVO DEL CONSULTO Dolore cervicale persistente accompagnato con bruciori e gonfiore di stomaco, il paziente si presenta da me in fase acuta

DA QUANTO TEMPO È PRESENTE IL DOLORE: Va e viene da circa 4 anni

ESAMI DIAGNOSTICI: Gastroscoopia, ernia iatale da scioglimento

SINTOMI: Rigidità muscolare, cefalee, dolore a livello dei trapezi, stipsi, bruciore stomaco, gonfiore, acidità in bocca, intestino irritabile

SCALA DEL DOLORE IN FASE ACUTA E IN FASE NORMALE: 7/10  
acuto 4/10 normale

HA MAI FATTO TRATTAMENTI: Sì, sia fisioterapici che osteopatici ma mirati solo a livello strutturale

TRAUMI PASSATI: trauma cranico da sport

PRENDE FARMACI: Sì, fans (brufen)

INTERVENTI PASSATI: Sì, asportazione delle tonsille

TIPO DI ALIMENTAZIONE: alimentazione non propriamente corretta

ESAME OBBIETTIVO:

PIANO FRONTALE:

occhio sn più basso

spalla dx più bassa

linea capezzoli di dx più bassa

bacino dx ruotato anteriormente

ginocchio da e sn leggero valgismo

meso piede dx valgo più del sn

PIANO SAGITTALE:

capo anteposto e anteroflesso

bacino ruotato anteriormente a dx

buona la lordosi lombare

## TEST ATTIVI COLONNA

FLESSIONE: +

ESTENSIONE:+

ROTAZIONE DX :+

ROTAZIONE SN:-

LATEROFLESSIONE DX=--

LATEROFLESSIONE SN=+

## TEST ATTIVI RACHIDE CERVICALE

FLESSIONE:++

ESTENSIONE:-

ROTAZIONE DX:-

ROTAZIONE SN:-

LATEROFLESSIONE DX:+

LATEROFLESSIONE SN:+

## TEST DI VALUTAZIONE OSTEOPATICA:

TFE: Il tfe è il test di flessione da eretto, lo utilizziamo per discriminare la zona in disfunzione. Chiamiamo disfunzione cioè che crea un'ipermobilità, e nel caso del mio caso clinico abbiamo una positività verso sn. Il tfe oltre a discriminare il lato della disfunzione, ci dice anche se la problematica è di tipo discendente o ascendente e nel caso del tfe parliamo di una problematica che deriva dagli arti inferiori,

cioè discendente e se il tipo di disfunzione è ileo sacrale.



TFS:

Il tfs è il test di flessione da seduto, lo utilizziamo ugualmente per discriminare il lato da trattare, in questo caso sempre e sn, la differenza sostanziale tra i due test , è il tiop di problematica che in questo caso è di natura discendente e se la disfunzione è sacro iliaca.



ESECUZIONE TEST= In entrambi i test l'operatore si posiziona posteriormente il pz, posiziona i pollici a livello delle sips e chiede un movimento flessorio, per poi valutare il pollice che risale di più. 15

## TEST DELLO SPRING SUGLI ILIACI:

Questo test lo utilizzo per percepire sia la rigidità che il ritorno dell'iliaco. Il test è eseguito con pz supino e operatore con le mani posizionate sugli iliaci , creo una spinta monolaterale mentre con l'altro lato mantengo , ascolto il ritorno, per far si di riuscire a discriminare l'anteriorità o posteriorità dell'emibacino(ché poi posso confermare con test dei punti di repere) nel mio caso il pz si presente con netta rigidità a sn (plausibile , visto che soffre di stipsi e di intestino irritabile)



## TEST ARTICOLARI E DI MOBILITA' DEI DISTRETTI CERVICALI, TORACICI, VISCERALI E DEL DIAFRAMMA.

Posiziono il paziente in posizione supina e faccio dei test passivi, eseguiti da me per sentire e percepire la rigidità a livello cervicale, nel caso del mio pz è completamente rigido, poi lo posiziono prono per ascoltare il rebound della zona dorsale, nel suo caso sento molta rigidità e fa fatica a tornare.

Passo poi ai test viscerali cioè ai test appropriati per confermare la diagnosi di ernia iatale: eseguo il test di Manson, test osteopatico con il quale diamo conferma, posiziono le mie dita a livello dello iato dello stomaco, eseguo una rotazione verso il capezzolo di destra e inizio a spingere, ascolto il paziente, il test è positivo se il paziente sente un dolore trafiggente (il normale fastidio più starci, ed è segnale di negatività). Infine ascolto il diaframma, posizionandomi con le mani sulle emicupole di dx e sn, chiedo al pz un respiro con la pancia e ascolto, li possiamo percepire quale dei due lati si espande meno e nel caso del mio paziente, la zona sn è quella con più restrizione.

## PRIMO TRATTAMENTO:

Come primo trattamento eseguo delle mobilizzazioni generiche dei distretti da me interessati.

-cervicale:

-dorsale:

-torace:

-lombare:

-Una volta eseguite queste mobilizzazioni vado a lavorare direttamente sul diaframma, per eliminare eventuali fissazioni che possono complicare la riuscita del trattamento.

Como prima volta Inizio a lavorare il distretto cervicale creando una distensione su asse verticale dell'esofago creano più spazio e porta il capo in estensione, faccio delle manovre di allungamento muscolare per i trapezi sia di destra che di sinistra

- a livello viscerale mi soffermo solamente con una mobilizzazione del tratto k5 k9a livello gastrico , creando movimenti in inspirazione di bascula flessione e lateroflessione mediana (ridò mobilità al distretto in toto).

- dopo 40 minuti tra trattamento e valutazione, mi siedo con il paziente per dargli qualche dritta a livello alimentare, ad esempio di non consumare cibi focolosi come il troppo cioccolato , pomodori , troppi agrumi e utilizzare le dosi giuste con il caffè e non abusarne, elencargli i fattori di rischio. Con il primo trattamento mi fermo qui, non sono voluta andare più a fondo con il trattamento perchè il paziente si è presentato in fase acuta , e manipolare lo stomaco precisamente il cardias in quelle condizioni sarebbe sconsigliato, attendo il paziente per la seconda seduta e se il suo stomaco permetterà potrò iniziare con le manipolazioni viscerali. Faccio tornare il paziente 15 gg dopo.

-eseguo sul paziente una distensione del tratto esofageo, per ricreare spazio a livello esofageo , allungando non solo l'esofago ma tutte le strutture coinvolte sia nervose che vascolari, come vena azygos e n.vago.



-approfondendo della posizione supina del paziente ascolto e inizio delle mobilizzazioni nei tratti di restrizione del diaframma, facendo fare al pz delle inspirazioni gonfiando l'addome ,con la posizione delle mani ascolto e percepisco il lato che espande meno.



-faccio mettere il paziente in posizione prona e valuto il distretto discriminando se la problematica sia viscerale o vertebrale ascoltando il tipo di spinta ed il ritorno,

nel caso del mio paziente abbiamo una priorità viscerale.



-eseguo delle mobilizzazioni su tutto il tratto dorsale per liberare eventuali fissazioni che possano influire sul trattamento, posiziono il pz in posizione suduta lo faccio appoggiare con il capo sul mio sterno , chiedo di rilassarsi e di lasciarsi cadere, poi inizio ad eseguire mobilizzazioni di tutto il tratto ,indirizzando il mio focus sul tratto da me interessato con lo spostamento delle mie mani



-a livello gastrico mi soffermo con la mobilizzazione del tratto interessato , essendosi presentato in fase acuta, il paziente lamentava dolore e bruciore quindi ho deciso di evitare tecniche dirette sul viscere e eseguire delle tecniche di mobilizzazione.



Oltre a lavorare il viscere nella sua mobilità, lavoro anche la struttura , rimanendo in decupito laterale una volta percepito che la mobilità gastrica sia migliorata , lavoro con la respirazione del paziente , prima rimanendo in questa posizione aspetto un espirazione e aumento i parametri espiratori , quindi spingo caudalmente, per poi girarmi e lavorare con l'ispirazione e migliorare a sua volta i parametri quando il paziente inspira , creando una spinta in senso craniale.

## SECONDO TRATTAMENTO:

Rivedo il paziente per la seconda volta, rivaluto il tutto. Paziente mi dice , che la situazione è migliorata nettamente anche se un pò di fastidio persiste a livello degli scom, dei sub occipitali e dello iato esofageo. Inizio che le classiche manovre di mobilizzazione globale dei distretti, per poi ascoltare il diaframma di nuovo, si presenta con diaframma che lavora in sincronia. I primi 10 minuti inizio a lavorare la cervicale e gli scom i sub occipitali e i trapezi. Il paziente non lamenta più i classici fastidi da fase acuto e alla palpazione sento il gonfiore che è migliorato molto e che mi permette di lavorare senza creare troppo dolore. quindi inizio con le manovre di stretch del cardias , per circa una diecina di ripetizioni, posizionando il pz seduto con l'operatore dietro , creo un punto fermo sul cardias e ruoto il pz verso dx e chiedo una rotazione e estensione del capo verso destra per aumentare i parametri. Dopo aver eseguito questa manovra e dopo aver sentito con un rilascio , eseguo sempre da questa posizione la tecnica inibitoria sul piloro. Dopo aver eseguito queste due manovre, inizio a lavorare sul grande e piccolo omento, eseguendo tecniche di allungamento dei legamenti, naturalmente dopo aver eseguito le tecniche di rimbalzo sui legamenti, sentendo l'elasticità ed il ritorno dopo la pressione dell'operatore. Finito il trattamento lascio al paziente una piccola scheda con su scritto degli esercizi di mantenimento da fare sia per la mobilità cervicale che per il diaframma, e delle piccole dritte alimentari.

## INIZIO SECONDO TRATTAMENTO

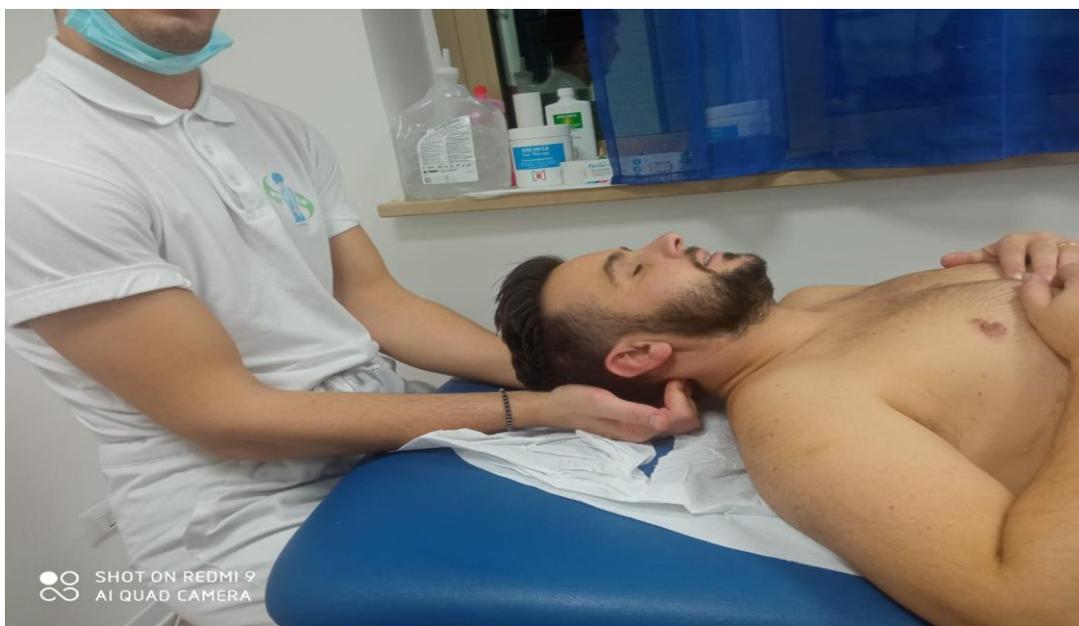
-Come primo approccio lavoro a livello fasciale gli scom per liberarli, posizionando indice e medio tra il ventre dello scom, faccio rilassare il pz ed inizio ad eseguire un lavoro fasciale seguendo la fascia, una volta sentito lo srotolamento aspetto lo stillpoint per poi concludere la mia tecnica.



-inizio a fare delle manovre di allungamento, posiziono il pz supino, chiedo di rilassarsi ed eseguo uno stretchnig passivo per allungare tutta la muscolature dei trapezi e dell'elevatore della scapola



-lavoro i sub occipitali con delle tecniche di digitopressione, per detendere le tensioni e lavorare fascialmente a livello della base cranica, ne approfitto per eseguire un pompaggio per detendere le trazioni dal basso.



-non essendo più in fase acuta eseguo una tecnica inibitoria a livello pilorico perché il paziente lamentava dolore a livello pilorico e alla valutazione risultava rigido e poco mobile.



-eseguo la tecnica di stretch e di liberazione del cardias facendo eseguire al paziente una rotazione verso dx con l'aiuto del distretto cervicale chiedendo una rotazione omologa e una estensione per mettere ancora più in trazione il cardias e avere più probabilità di liberarlo



-ne approfittando essendo in questa posizione per testare i legamenti che formano il piccolo omento, il gastroduodenale e l'epatogastrico. Posiziono poi il paziente supino per poi ascoltare il leg gastro colico. Dopo l'ascolto inizio le tecniche di inibizione e di allungamento lavorando anche grande e piccola curvatura.

#### TERZA VISITA:

Il paziente torna da me dopo 20gg , ha eseguito alla lettera gli esercizi e le dritte da me date, non lamenta più sintomatologia ne a livello cervicale ne a livello gastrico. Lo rivaluto tramite i test attivi eseguiti all'inizio, il paziente mostra su tutti i parametri flessori ,estensori, rotatori e lateroflessori un netto miglioramento. Dopo aver eseguito 2 trattamenti siamo riusciti a risolvere la problematica ,

mi sono raccomandato con il paziente di andare da un nutrizionista o un dietista per far si che la problematica non si ripresenti e di fare almeno una seduta da me che sia di controllo o di prevenzione almeno ogni 30/40 giorni.

## BIBLIOGRAFIA :

Paolo Tozzi, Christian lunghi , Giampiero Fusco “I CINQUE MODELLI OSTEOPATICI” Ed Edra

Testo Creso Osteopatia Edizioni volume 1 e 2 “ORGANICA VISCERALE”

Testo Ortopedico “MANCINI E MORLACCHI”

Testo biomeccanica e anatomia “ Kapandji”

Siti Internet

## CONCLUSIONI E RINGRAZIAMENTI:

Questi anni di studio mi hanno permesso di ampliare il mio bagaglio non solo a livello pratico ma anche a livello umano scoprendo un lato dell'osteopatia che non avrei mai pensato mi potesse prendere così tanto. Ora dopo aver terminato questo percorso per me inizierà una nuova avventura nel mondo dell'osteopatia con corsi di specializzazione e con nuove tecniche da me assimilate , ne approfitto per ringraziare tutte le persone a me vicine dalla mia famiglia ai miei amici del Jessico Calcetto . Ma il ringraziamento maggiore va ai miei 3 compagni di avventure Mattia Ferretti, Emanuele Schiavoni e Mattia Giuliadori con i quali ho condiviso risate , pianti , ansie , serate di studio , divertimento , anni di studi ad Ancona con la massofisioterapia, altri 4 a Fano alla Cresco e poi quest'ultimo e indimenticabile anno alla Fisiomedic, un ultimo ringraziamento al prof.Jori e le assistenti Giulia ed Alessandra per la loro pazienza , disponibilità e professionalità.

AD MAIORA

