



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

**“Efficacia del trattamento osteopatico in paziente con
DORSALGIA recidivante (caso clinico)”**

Relatore:
Dott. Luca Bonadonna

Candidato:
Marchi Elisa

Anno accademico 2017/2018

fisiomedic
ACADEMY

INDICE

Introduzione	pag. 5
1. Cos'è l' osteopatia	7
1.1 Cos'è la dorsalgia	7
2. Valutazione iniziale	9
2.1 Dati ed anamnesi del paziente	9
2.2 Obiettivo e valutazione strutturale	9
2.3 Valutazione viscerale	10
2.3.1 Gli organi mediastinici	10
2.3.2 Il diaframma	11
2.3.3 Gli organi addominali: Il fegato	11
2.3.4 Il duodeno	12
2.4. Gli organi pelvici	12
2.5. Test eseguiti	12
3. Anatomia degli organi interessati al trattamento	13
3.1 Anatomia del rachide	13
3.2 Anatomia del diaframma	16
3.3 Anatomia del fegato	17
3.4 Anatomia del duodeno	18
4. Trattamento osteopatico strutturale	19
4.1 Trattamento di bacino e arto inferiore	19
4.2 Trattamento del rachide dorsale	20
4.3 Trattamento della gabbia toracica	21
5. Trattamento osteopatico viscerale degli organi lesi	23
5.1 Trattamento del diaframma	23

5.2	Trattamento del duodeno	24
5.3	Trattamento del fegato	25
6.	Valutazione finale	25
7.	Conclusioni	27
8.	Bibliografia	29

INTRODUZIONE

Tutto ciò che ho imparato e appreso in questi tre anni di studio mi ha dato grande opportunità di crescita individuale e soprattutto professionale. Ho scelto di relazionare in questa tesi il caso di una paziente che a mio parere ha dimostrato più di tutti la veridicità della frase del padre dell'osteopatia Andrew Taylor Still che dice “la struttura e la funzione del corpo sono intimamente correlate”. Per questa paziente, giunta da me per dorsalgia recidivante, avevo scelto inizialmente un trattamento esclusivamente strutturale poiché in quel momento quella era la mia unica formazione osteopatica e il problema, nel tempo, era apparentemente risolto; ho usato il termine “apparentemente” in quanto la ragazza stava meglio, il dolore sembrava esser scomparso ma, solo in seguito, dopo aver arricchito i miei studi con l'osteopatia viscerale e aver quindi continuato il trattamento della ragazza anche sotto questo aspetto, ho avuto modo di apprezzare e sentire con le mie mani che i disordini del suo corpo non erano finiti e soprattutto, non erano solo in “superficie”. Ho continuato quindi il percorso terapeutico trattando contemporaneamente, all'interno di ogni seduta, entrambi gli aspetti: strutturale e viscerale e la sua condizione è andata sempre e solo migliorando. La paziente ogni volta che veniva da me mi riferiva i suoi miglioramenti, il dolore era sempre meno intenso e meno frequente, i benefici di ogni singolo trattamento duravano più a lungo, il suo fisico era più stabile e le sue performance sportive meno faticose.

Anche le mie mani ad ogni incontro percepivano i miglioramenti, le correzioni fatte con cui ogni volta la salutavo si facevano sempre più solide e permanenti e le sue “lesioni” somatiche e viscerali piano piano sono scomparse.

Voglio dire che questo caso clinico è stato il primo a darmi dimostrazione pratica di quello che ho studiato nei tre anni con voi e il primo ad insegnarmi che il paziente va sempre trattato nella sua globalità per avere dei veri successi. Da lì in poi è migliorato il mio modo di lavorare, i risultati ottenuti a lungo termine e i feedback di coloro che si sono affidati alle mie mani.

La tesi quindi parla di una ragazza, ballerina e al tempo stesso insegnante di ballo, trattata per un periodo totale di 7 mesi per le seguenti lesioni:

- osso iliaco sinistro anteriore
- I costa destra in superiorità
- D4-D5-D6 in NssnRdx
- Cupola diaframmatica destra in inspirazione bassa
- Fegato in inspirazione bassa
- Duodeno prima porzione (orizzontale) in inspirazione

1. Cos'è l'osteopatia

L'Osteopatia è una disciplina che si occupa principalmente dei problemi strutturali e meccanici di tipo muscolo-scheletrico a cui possono però associarsi delle alterazioni funzionali degli organi e visceri e del sistema cranio sacrale. Poiché in Osteopatia si ha una visione olistica del corpo umano, è valida anche l'idea contraria: un problema funzionale organico-viscerale può provocare dei dolori di tipo muscolo-scheletrico.

L'Osteopatia, grazie proprio ai principi su cui si basa, interviene su persone di tutte le età, dal neonato all'anziano, alla donna in gravidanza.

Si rivela efficace in diversi disturbi che spesso affliggono l'individuo impedendogli di poter condurre una vita serena, disturbi come: cervicalgie, lombalgie, sciatalgie, artrosi, discopatie, cefalee, dolori articolari e muscolari da traumi, alterazioni dell'equilibrio, nevralgie, stanchezza cronica, affezioni congestizie come otiti, sinusiti, disturbi ginecologici e digestivi.

1.1 Cos'è la dorsalgia

Per dorsalgia si intende un dolore localizzato al tratto dorsale (compreso tra le vertebre D1 e D12). Essa può originare dalle strutture muscolo-scheletriche (vertebre, costole, faccette articolari, muscoli, tendini, ecc.) o rappresentare il manifestarsi di patologie degli organi interni (polmoni, cuore, colicisti, fegato, ecc.).

Inoltre, spesso la sindrome algica non trae origine dal tratto dorsale vero e proprio ma dal tratto cervicale o toracico e/o addominale anche di carattere internistico e, viceversa, situazioni patologiche a carico del tratto dorsale possono generare dolore in sedi diverse: è il caso delle lombalgie di origine dorsale, dei falsi dolori viscerali, delle pseudo-tendiniti trocanteriche o pubiche, ecc.

Le patologie che possono generare dolore a partenza dalle strutture muscolo-scheletriche sono:

- Alterazioni posturali sul piano sagittale (ipercifosi dorsale con compenso cervicale e lombare) con sovraccarico funzionale delle faccette articolari e delle strutture muscolo-tendinee
- Osteoporosi grave con cedimenti vertebrali o fratture del corpo vertebrale
- Artrosi
- Infezioni ossee (es. morbo di Pott o spondilite tubercolare)

-Malattie reumatologiche (es. spondilite anchilosante)

Pertanto è necessario un'attenta anamnesi ed un sistematico esame clinico per il corretto inquadramento diagnostico e terapeutico della sindrome dolorosa toracica. Oltre l'esame clinico, a secondo dell'orientamento diagnostico, potranno essere utili eseguire: Rx nelle proiezioni A.P. e L.L., esami del sangue, ECG, ecc.

Quindi, da quanto esposto sopra, è necessario SEMPRE eseguire una visita medica che accerti la natura e l'origine del dolore prima di intraprendere qualsiasi trattamento sia farmacologico che fisio-chinesiterapico o osteopatico ed una prescrizione medica che consigli il proseguimento delle cure.

Il trattamento, ovviamente, terrà conto dell'eziologia del dolore e saranno curate le eventuali patologie viscerali da parte dello specialista d'organo.

Nel caso delle patologie a partenza diretta dall'apparato muscolo-scheletrico, a secondo della sua natura, potranno utilizzarsi:

- Farmaci antalgici, antinfiammatori e/ miorilassanti
- Terapie con mezzi fisici (termoterapia endogena ed esogena, elettroterapia, laserterapia, US, magnetoterapia, Tecarterapia, ecc.
- Chinesiterapia posturale
- Massoterapia
- Manipolazioni

2. Valutazione iniziale

2.1. Dati paziente ed anamnesi:

Sesso: Donna

Età: 28 anni

Attività professionale: Insegnante di balli caraibici e animatrice

Attività sportiva: oltre al proprio mestiere, ha svolto danza classica per 10 anni (ha smesso 6 anni fa')

La paziente è venuta da me sotto consiglio medico per: dolore lungo il margine mediale della scapola destra presente da circa 4 mesi; migliora solo in seguito ad assunzione orale di FANS, ha già eseguito 5 sedute di massoterapia con parziale riduzione del dolore (scompare per 2-3 giorni poi si riacutizza). Alla diagnostica: RX rachide dorsale e lombare, eco e RMN lombo-sacrale non rilevabili alterazioni strutturali importanti.

La paziente riferisce di non aver mai avuto interventi chirurgici né incidenti e/o traumi importanti. No allergie o intolleranze alimentari. No gravidanze.

2.2 Esame obiettivo

Paziente in stazione eretta, dal basso verso l'alto, **visione frontale**: appoggio podalico simmetrico, arti inferiori nella norma, no asimmetrie evidenti, alla palpazione SIAS di sinistra più bassa rispetto alla destra, triangolo della taglia più ampio a destra, spalla destra leggermente più alta rispetto alla controlaterale, capo leggermente ruotato a destra.

Visione laterale: normale la lordosi lombare, dorso leggermente ipercifotico, ridotta mobilità della gabbia toracica in espirazione.

Visione posteriore: scapola destra più medializzata rispetto alla sinistra, il capo si conferma leggermente ruotato a destra; alla palpazione maggiore densità muscolare sul margine mediale della scapola destra, all'altezza di D4-D5-D6 e maggiore densità dei fasci discendenti e trasversi del muscolo trapezio a destra.

Dopo aver chiesto una flessione laterale del tronco sia a destra che a sinistra, si nota un' interruzione dell'armonia della curva vertebrale a livello dorsale in prossimità dell'area di dolore.

Paziente su lettino, posizione supina, reset posturale eseguito a gambe flesse, piedi appoggiati e chiedendo al pz di sollevare il sedere dal lettino per due volte; dal basso verso l'alto: malleoli dx e sn simmetrici, grande trocantere dx e sn nella norma, SIAS di sinistra più bassa e anteriorizzata rispetto alla destra. Per quanto riguarda la gabbia toracica mobilità ridotta in espirazione, durante la palpazione alla base del collo, posteriormente rispetto alla clavicola, lateralmente al rachide cervicale e anteriormente rispetto al muscolo trapezio (contratto) si avverte la prima costa di destra in superiorità e la paziente lamenta dolore alla digito-pressione (la prima costa sale durante l'inspirazione ma non scende durante l'espirazione: I costa in superiorità).

Paziente su lettino, posizione prona: SIPS più alta e profonda (anteriorizzata) a sinistra rispetto alla destra, angolo ileo-sacrale più aperto a sinistra; a livello di D4-D5-D6 i processi trasversi delle rispettive vertebre, alla palpazione, risultano più prominenti a destra, la muscolatura adiacente si avverte molto contratta riscontrando contemporaneamente dolore acuto che viene riferito dalla paziente.

2.3 Valutazione viscerale

Essendo l'osteopatia una disciplina che osserva e tratta l'individuo nella sua totalità, oltre alla valutazione strutturale del paziente si prosegue con quella viscerale.

La paziente è in posizione supina e l'osservazione si concentra sugli organi del collo, toracici, addominali e pelvici nonché sulla muscolatura diaframmatica. Durante la valutazione l'unica partecipazione attiva richiesta al paziente è la respirazione.

2.3.1 Gli organi mediastinici

Cuore e polmoni sono i primi organi ad essere analizzati ponendo il palmo delle mani dapprima entrambe in prossimità dello sterno (per il cuore) e poi rispettivamente sull'arcata costale destra e sinistra (per i polmoni) e, in entrambi i casi, eseguendo leggera pressione in direzione verticale verso il lettino; il cuore svolge normalmente la sua attività e i suoi movimenti, il polmone sinistro appare regolare mentre quello di destra appare

leggermente impedito nelle sue rotazioni interne/esterne: il suo volume si amplia durante l'inspirazione e l'organo ruota esternamente ma lo stesso, si riduce poco durante l'espiazione e la sua rotazione interna in ritorno è limitata.

2.3.2 Il diaframma

Il diaframma è per eccellenza il muscolo della respirazione che si innalza e si abbassa durante gli atti respiratori, rispettivamente espiazione e inspirazione. Con il paziente supino eseguo il test di densità e di mobilità del diaframma. Per quanto riguarda il primo pongo le mie mani a piatto, in prossimità dello processo xifoideo dello sterno, lateralmente ad esso e subito sotto la decima costa, eseguendo una spinta in direzione delle spalle del paziente: dapprima, per le cupole diaframmatiche, la mano destra dell'osteopata si pone sull'arcata costale destra del paziente e spinge verso la sua spalla destra, poi viceversa; ad ultimo una spinta verticale verso lo sterno del paziente testa il centro frenico del diaframma. La densità diaframmatica in esame risulta maggiore a destra. In secondo luogo testo la mobilità del diaframma: pongo i pollici sotto le cupole diaframmatiche ed eseguo pressione con entrambe le dita (le restanti quattro dita della mano rimangono aperte e appoggiate sopra la griglia costale). Nel caso della mia paziente durante l'inspirazione il diaframma si abbassa e le cupole si aprono regolarmente ma durante l'espiazione il volume muscolare sembra far fatica a chiudersi e risalire cranialmente. Ad ultimo i pilastri del diaframma, valutati ponendo le dita della mano in regione lombare, lateralmente ai corpi vertebrali, medialmente e più profondamente ai processi trasversi delle vertebre L1-L4, e con leggera spinta verso l'alto, non ci forniscono ulteriori informazioni.

2.3.3 Gli organi addominali - Il fegato

Ad essere analizzati adesso sono stomaco, fegato, intestino, pancreas, milza e reni. I deficit riscontrati sono inerenti a due grandi e importanti organi: il fegato e la prima porzione dell'intestino, il duodeno, nonché la valvola pilorica e quella duodeno-digiunale. Il primo organo addominale in deficit, il FEGATO: reperibile in profondità e internamente rispetto all'emi-costato destro, nell'ipocondrio destro, epigastrio ed ipocondrio sinistro, che fisiologicamente durante l'inspirazione si latero-flette verso destra, ruota in avanti sul piano sagittale e in senso orario sul piano trasverso, oltre a darci il primo messaggio di maggiore densità alla prima palpazione, all'auscultazione non esegue i suoi movimenti di ritorno durante la fase

espiratoria, quindi non si avverte la fisiologica latero-flessione sinistra e rotazione in senso antero-posteriore prevista dall'espiazione. Legamento falciforme (che si estende dal diaframma alla faccia superiore del fegato).

2.3.4. Il duodeno

Inizia a livello della prima vertebra lombare, a destra della linea mediana del corpo, e finisce con la flessura duodeno-digiunale a livello della seconda vertebra lombare, a livello della quale prosegue come intestino mesenteriale. Eseguo dapprima il test della valvola pilorica ponendo il secondo e terzo dito della mano destra in prossimità della stessa e comprimendo con leggerezza: il paziente mi riferisce immediatamente dolore acuto ed io avverto importante densità che mi invita a porre attenzione e trattamento. Proseguo all'auscultazione del duodeno nelle sue quattro parti: nel nostro caso esso viene valutato soprattutto nella sua prima porzione poiché quest'ultima è l'unica ad essere mobile e ad eseguire movimenti rilevabili durante le fasi respiratorie; pongo una mano posteriormente alla paziente sulla zona D12-L4 e una anteriore sulla proiezione della prima porzione del duodeno (medialmente alle ultime 3-4 coste di destra, 3 dita inferiormente al processo xifoideo dello sterno e lateralmente allo stomaco), durante l'inspirazione della mia paziente il duodeno scende e ruota in senso anti-orario, si dilata lungo il suo asse trasversale, si superficializza e inclina a destra, ma durante l'espiazione non risale, non ruota in senso orario e non ritorna in profondità. Infine, la flessura duodeno-digiunale, che ci indica il passaggio tra il duodeno e l'intestino mesenteriale (che inizia con il digiuno) si presenta anch'essa densa e dolorante e ci dà quindi indice di necessità d'intervento.

2.4 Gli organi pelvici

No deficit identificabili agli organi della pelvi esaminati: vescica, utero, ovaie.

2.5 Test eseguiti:

TFE Test di flessione in stazione eretta: Negativo. Si esegue posizionandosi alle spalle del paziente, con le mani sulle creste iliache e i pollici sulle SIPS; si chiede al paziente una flessione del busto in avanti senza piegare le gambe: il pollice dell'osteopata che si muove per primo in

avanti o verso l'alto ci dà positività del test. Evidenzia problematiche ascendenti.

TFS Test di flessione da seduto: Positivo a sinistra (ciò significa che la problematica è discendente rispetto al bacino). Il paziente si siede in posizione ergonomica con piedi appoggiati a terra e mani dietro la nuca: chiude i gomiti e flette il busto in avanti mentre la posizione delle mani dell'osteopata sono come sopra (pollici sulle SIPS e mani sulle creste iliache). La SIPS che si muove per prima indica la positività del test.

Storke Test: Positivo a sn, negativo a dx. Il test si esegue nel seguente modo: con il paziente in stazione eretta l'operatore posiziona il pollice sinistro sulla parte dorsale della SIPS di sinistra e il pollice destro sulla linea mediana del sacro allo stesso livello. L'operatore chiede al paziente di flettere l'anca sinistra e il ginocchio sinistro con una flessione minima dell'anca pari a 90°. Si invertono le posizioni dei pollici e si procede in maniera analoga invertendo la sinistra con la destra. La positività di un emi-lato ci indica una restrizione dell'articolazione sacro-iliaca

Thomas test: La paziente si siede sul bordo del lettino, flette la gamba e impugna un ginocchio portandolo al petto dopodichè si sdraia andando indietro verso il lettino e lasciando la gamba controlaterale morbida e distesa. Il test è positivo se la gamba lasciata libera rimane sospesa e non si adagia sul letto. Negativo (sia a dx che a sn)

Test di Drehman: Negativo

3. Anatomia degli organi interessati al trattamento

3.1 Anatomia del rachide

Il rachide è una colonna segmentata, articolata e flessibile che costituisce la maggiore componente ossea a partire dalla regione sub-occipitale fino al bacino. E' composta da unità funzionali sovrapposte, anch'esse di struttura ossea: le vertebre, articolate tra di loro tramite strutture circolari a prevalente composizione cartilaginea: i dischi intervertebrali. L'unità morfo-funzionale della colonna vertebrale, la vertebra, è un osso corto che presenta caratteristiche comuni a tutto il rachide e caratteristiche specifiche ad ogni segmento. Ciascuna vertebra è costituita da un corpo vertebrale e da peduncoli ossei laminari che si collegano ad esso tramite gli archi vertebrali i quali delimitano il foro vertebrale, il quale, insieme agli altri fori vertebrali, per sovrapposizione delle vertebre, costituisce il canale

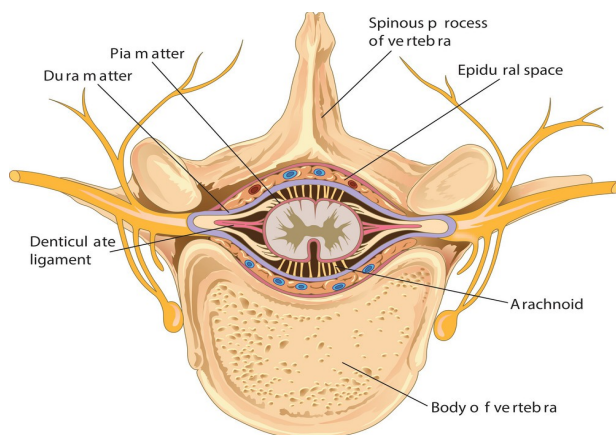
vertebrale all'interno del quale è contenuto il midollo spinale. Il corpo vertebrale presenta una superficie articolare superiore che si articola con la superficie articolare inferiore della vertebra soprastante, entrambe le superfici sono depresse al centro e rialzate ai bordi e, affinché combacino, è interposto tra loro un disco di tessuto fibrocartilagineo detto disco intervertebrale



Vertebra sezione sagittale



Disco intervertebrale



Vertebra sezione trasversale

L'arco della vertebra è costituito da diverse porzioni: i peduncoli, le masse apofisarie, le lamine e la spina vertebrale.

I peduncoli rappresentano le radici dell'arco, quei punti, cioè, tramite i quali l'arco si mette in giunzione con il corpo. I peduncoli hanno forma laminare, irregolarmente quadrangolare e presentano due facce e quattro margini; la

faccia esterna o laterale continua anteriormente nella circonferenza del corpo vertebrale e posteriormente nei processi trasversi della massa apofisaria, mentre quella interna o mediale delimita lateralmente il foro vertebrale e continua anteriormente nella porzione posteriore della circonferenza del corpo e posteriormente nella superficie anteriore delle lamine dell'arco; il margine anteriore è in contatto con il corpo vertebrale mentre il margine posteriore è in contatto con la massa apofisaria, i margini superiore e inferiore presentano le incisure vertebrali, rispettivamente, superiore (più marcata) e inferiore (più lieve) che, unendosi con le incisure delle vertebre soprastanti e sottostanti, delimitano i fori intervertebrali che danno passaggio ai nervi spinali.

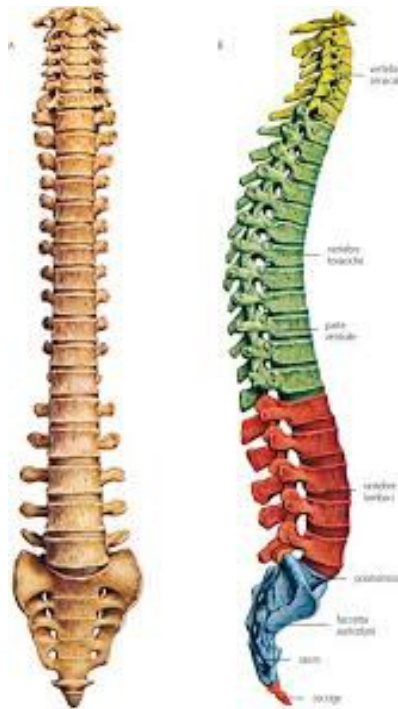
La massa apofisaria è costituita dal processo trasverso e dai processi articolari superiore e inferiore. Il processo trasverso, a forma laminare, si proietta orizzontalmente e lateralmente mentre i processi articolari si proiettano verticalmente e presentano, alle loro estremità libere, delle faccette articolari piane, ricoperte di cartilagine ialina e variamente orientate a seconda del tratto della colonna; le faccette articolari dei processi articolari superiori si articolano con quelle dei processi articolari inferiori della vertebra soprastante (diartrosi del tipo delle artrodie, articolazioni caratterizzate da superfici articolari piane, che permettono lievi movimenti di traslazione ma non di rotazione).

Procedendo all'indietro si trovano le lamine, di forma quadrangolare, che delimitano posteriormente il foro vertebrale con la loro superficie anteriore e che si continuano ventralmente nei processi trasversi e dorsalmente con il processo spinoso con orientamento, forma e dimensione variabili a seconda del tratto della colonna considerato. La sovrapposizione dei processi spinosi lungo la colonna vertebrale forma la spina dorsale.

Il numero totale di vertebre che costituiscono la colonna è 33-34, e rappresentano 5 regioni vertebrali, dall'alto verso il basso: cervicale (7 vertebre), dorsale (12 vertebre), lombare (5 vertebre), sacrale (5 vertebre) e coccigea (4-5 vertebre). Ogni segmento vertebrale presenta unità funzionali "tipo" caratterizzate da conformazioni del corpo e dei processi laterali e spinosi ben specifici nonché da dimensioni differenti. Il rachide si estende con andamento curvilineo, grazie alla presenza di 4 curve anatomiche e fisiologiche, visibili lateralmente rispetto al soggetto: lordosi cervicale, cifosi dorsale, lordosi lombare e cifosi sacrale. Il rachide compie movimenti di flessione-estensione in senso antero-posteriore, rotazione destra e sinistra e latero-flessione (in osteopatia side-bending) destra e sinistra.

La colonna vertebrale mette in comunicazione il torace e l'addome con gli arti inferiori mediante il bacino che a sua volta è costituito dal segmento

vertebrale sacro-coccigeo che si articola, mediante l'articolazione sacro-iliaca, con l'osso iliaco, ischio e pube. Le ossa che compongono il bacino possono svolgere movimenti di flessione-estensione rispetto al piano trasversale e rotazione rispetto al piano sagittale.

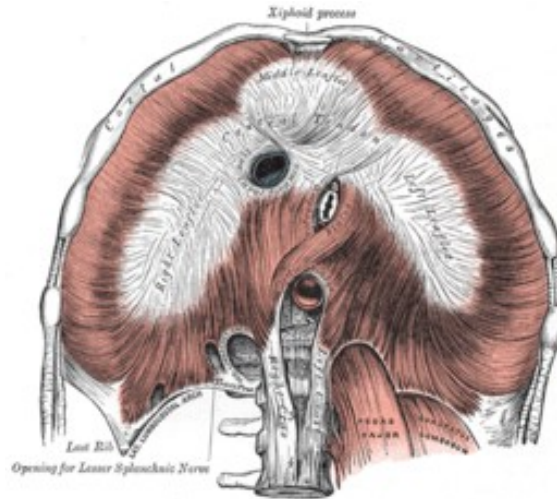


3.2 Anatomia del diaframma

Il diaframma è definito il motore viscerale per eccellenza che grazie ai suoi movimenti di innalzamento (in espirazione) e abbassamento (in inspirazione) permette e condiziona il comportamento di tutta la massa viscerale toracica e addominale. Il diaframma è formato da una parte centrale a carattere prevalentemente tendinea che è il centro frenico e un insieme di corpi muscolari digastrici periferici che formano le cupole diaframmatiche destra e sinistra a concavità inferiore, che si inseriscono sul contorno della gabbia toracica, dal rachide allo sterno e separano l'addome dal torace. Posteriormente a livello del rachide (D12-L4) il diaframma aderisce ai corpi vertebrali grazie ai pilastri interni ed esterni. Il pilastro di destra si inserisce sulla faccia anteriore dei corpi delle vertebre L2-L4 e relativi dischi. Il pilastro di sinistra si inserisce sulla faccia anteriore dei corpi di L2-L4 e relativi dischi. I pilastri principali si incrociano tra loro due volte, creando l'orifizio esofageo ed aortico. I pilastri esterni

(secondari) creano arcate muscolari nelle quali passano i muscoli psoas, quadrato dei lombi e trasverso.

Il muscolo diaframma è innervato dai nervi frenici destro e sinistro (C3-C5) ed i nervi intercostali.



3.3 Anatomia del fegato

Il fegato è un organo a funzione metabolica, vascolare e secretoria, sia endocrina che esocrina. E' situato nell'ipocondrio destro, nell'epigastrio e arriva all'ipocondrio di sinistra a livello della linea emiclaveare. Il suo bordo superiore è generalmente posto a livello del quarto spazio intercostale destro e sesto spazio intercostale sinistro.

Il fegato si divide in quattro lobi anatomici e otto lobi funzionali. I lobi anatomici sono: lobo destro, lobo sinistro, lobo quadrato (in avanti) e lobo caudato (in dietro). Il fegato, posteriormente, si trova sotto l'arcata costale (K9-K12) e si appoggia alla zona vertebrale D9-D12, attraversa il diaframma e comunica con il polmone di destra. La sua faccia superiore, diaframmatica, è convessa e vi si inserisce il legamento falciforme, che sospende il fegato al diaframma e divide il lobo destro dal sinistro. La faccia posteriore, sottile quasi come un margine, presenta il vero legamento sospenditore del fegato, il legamento coronario, di forma triangolare, all'interno del quale il parenchima epatico è in diretto contatto con il diaframma. Lateralmente il coronario si allunga nel legamento triangolare destro e sinistro. La faccia inferiore, viscerale, presenta due solchi sagittali ed uno trasversale. Questi dividono il fegato in lobo destro, lobo sinistro e, nella zona centrale in lobo quadrato e lobo caudato. Tra lobo quadrato e

lobo caudato si trova l'ilo del fegato attraverso il quale entra la vena porta e l'arteria epatica ed esce il dotto epatico; a questo livello si inserisce il legamento epatogastrico.

L'innervazione del fegato è permessa dal plesso celiaco (D7-D9) per la componente ortosimpatica e nervo vago di sinistra e plesso celiaco per la componente parasimpatica.

L'apporto arterioso deriva dall'arteria epatica mentre il drenaggio venoso sbocca direttamente nella vena cava inferiore.

3.4 Anatomia del duodeno

Il duodeno è l'organo deputato a ricevere il chimo, proveniente dallo stomaco, che viene elaborato dai succhi epatici e pancreatici trasformandolo in micromolecole per poi proseguire nell'intestino. E' il primo tratto dell'intestino tenue, parte fissa, seguito poi dall'intestino mesenteriale, la parte mobile divisa a sua volta in digiuno e ileo. Il duodeno è lungo circa 30 cm, inizia all'altezza di L1, a destra della linea mediana e termina a sinistra della seconda vertebra lombare; è suddiviso in quattro porzioni: superiore, discendente, orizzontale, ascendente. La parte superiore è breve e mobile, è diretta in dietro, in alto e in fuori verso la trasversa destra di D12. La parte discendente procede in basso, a destra della colonna vertebrale, fino a L3-L4, contornando la testa del pancreas; giunta a livello del rene destro prosegue con la porzione orizzontale. La porzione orizzontale decorre davanti al corpo di L3-L4 poi si dirige in alto e a sinistra continuando con la porzione ascendente. Quest'ultima sale a sinistra della colonna vertebrale all'altezza di L2 e qui forma l'angolo duodeno-digiunale, il quale prosegue in intestino mesenteriale.



L'innervazione ortosimpatica è fornita dal nervo grande splancnico (D6-D9) e piccolo splancnico (D9-D12) e quella parasimpatica deriva dal nervo vago destro e sinistro.

4. Trattamento osteopatico strutturale

4.1 Trattamento bacino e arto inferiore

Paziente sdraiata in posizione supina, mobilizzazione passiva dell'articolazione coxo-femorale sinistra per circa 30 secondi con movimenti di flesso-estensione e rotazionali, no restrizione in intra- o extra-rotazione. Noto deficit in allungamento della catena muscolare posteriore della coscia quindi mi concentro su questo aspetto sfruttando tecniche ad energia muscolare (TEM): appoggio la sua gamba flessa sulla mia spalla sinistra, mi siedo sul lettino, chiedo una spinta della sua coscia verso il mio corpo per la durata di circa 5 secondi dopodiché la invito a lasciare, aspetto qualche secondo poi dirigo la sua gamba in direzione del suo corpo alla ricerca del nuovo punto neutro. Ripeto la tecnica per 5 volte.

Successivamente porgo la mia attenzione sull'osso iliaco che, in base ai test effettuati inizialmente, lo tratterò come ILIACO ANTERIORE: **Pz prona** con l'anca e il ginocchio sinistro fuori dal lettino, io in piedi dal lato della disfunzione sostengo il ginocchio flesso della paziente e metto la pianta del suo piede contro la mia gamba (Fig.1). La mia mano destra contatta l'area sacro-iliaca in disfunzione e stabilizza il sacro; l'altra afferra e sostiene il ginocchio flesso della paziente; fletto l'anca e la gamba della pz fino alla

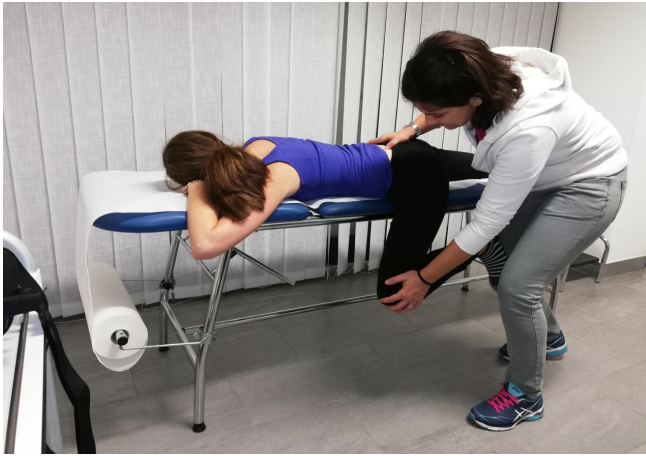


Fig. 1

percezione del movimento a livello dell'area sacro-iliaca, la invito a raddrizzare la gamba flessa spingendo la pianta del piede verso la mia coscia che nel frattempo gli oppone resistenza. Dopo 4-5 secondi la pz espira e si rilassa, attendo qualche istante, percepisco il rilassamento dei tessuti e vado a raggiungere la nuova barriera flettendo sia l'anca che il

ginocchio rispettivi fino alla percezione del movimento dell'articolazione sacro-iliaca. Ripeto la tecnica per 5 volte consecutive e poi proseguo alle altre parti del corpo.

4.2 Trattamento del rachide dorsale

Riposiziono la paziente in posizione neutra, sempre **prona**, approfittando di questa posizione passo al trattamento della zona lombare e dorsale: eseguo release muscolare della zona lombare e soprattutto dorsale (Fig.2),

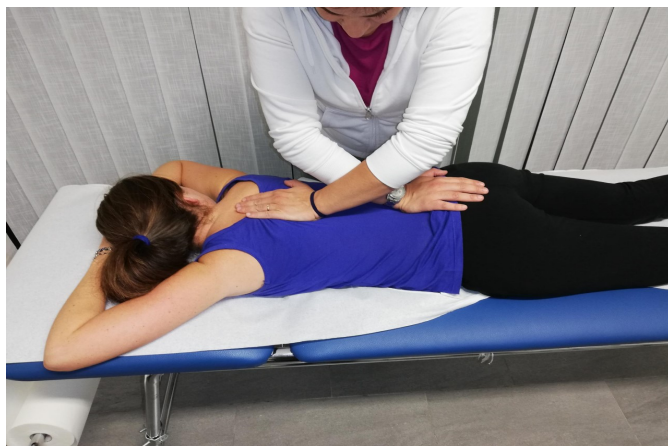


Fig. 2

lavorando in particolare su i muscoli quadrato dei lombi, gran dorsale, trapezio, grande e piccolo romboide e m. elevatore della scapola: ponendomi di fianco alla paziente, metto entrambe le mani sopra i muscoli interessati, una mano con la punta delle dita in direzione craniale e l'altra in direzione caudale, esercito una

pressione verticale graduale ma non eccessiva a ritmo della respirazione del paziente ed esercito una tensione che va nella direzione dell'andamento delle fibre muscolari interessate. Aggiungo inoltre detenzionamento del legamento longitudinale posteriore lungo tutto il rachide comprimendo e trazionando con la punta delle dita in prossimità dei processi spinosi vertebrali favorendone l'apertura e ingaggiando i primi strati di tessuto, mobilizzazione passiva di entrambe le scapole impugnandole lungo i suoi margini e angoli e muovendole in tutte le sue direzioni di movimento,

dell'articolazione acromion-claveare e dell'arto superiore. La mobilizzazione dell'articolazione acromion-claveare e dell'arto superiore si ripetono anche con paziente in posizione supina.

A questo punto chiedo alla paziente di mettersi seduta sul lettino con le gambe fuori dal lettino e la schiena rivolta verso di me. Dapprima mi occupo del trattamento di D4-D5-D6 e successivamente tratterò la **I costa in superiorità**.

Per quanto riguarda il gruppo vertebrale **D4-D5-D6**, che in seguito ai test già eseguiti risulta essere posizionata in **NSsnRdx**, ho proceduto così (Fig.3): il pollice della mia mano destra sull'apice della curva (D5) quindi tra processo trasverso e spinosa e la mia mano sinistra controllava il capo della pz introducendo sidebending a destra e rotazione del collo a sinistra. Chiedo alla pz di provare ad inclinare il capo a sinistra contro la mia mano e quindi la mia resistenza, conto 4-5 secondi della sua contrazione, aspetto e subito dopo guadagno in direzione della restrizione inducendo sidebending dx e rotazione sn. Ripeto la tecnica per 5 volte fino a che non avverto che la vertebra non ha ulteriore margine di miglioramento.



Fig. 3

4.3 Trattamento della gabbia toracica

Eseguita la tecnica di correzione del gruppo vertebrale suddetto, mi preoccupo di correggere anche l'atteggiamento della **prima costa di dx in superiorità**. Invito la paziente a mettersi sdraiata, supina: dapprima eseguo una mobilizzazione passiva di tutta la gabbia toracica con spring delle coste

verso il basso, tecnica articolatoria su entrambe la clavicole muovendole delicatamente verso l'alto e verso il basso per quanto consentito dalla mobilità delle stesse, mobilizzazione l'articolazione acromion-claveare e dell'arto superiore da ambedue le parti, tecniche di release del muscolo diaframma: posta di fronte alla paziente metto i miei pollici sotto il margine inferiore della X costa e le altre dita appoggiate sull'arcata costale, seguo e facilito il movimento respiratorio del diaframma. Si passa adesso alla correzione della I costa (in inspirazione): mi siedo alla testa del lettino, posiziono il pollice della mia mano dx sul margine superiore di K1 (prima costa), con l'altra mano sollevo la testa della pz, la ruoto ed inclino per togliere tensione ai muscoli scaleni che altrimenti potrebbero contrastare il mio lavoro. Chiedo alla pz un respiro profondo, durante l'espiazione spingo in avanti ed in basso K1, aumentando subito dopo l'inclinazione e il sollevamento della testa; durante le inspirazioni successive resisto al movimento di K1 verso l'alto e procedo, come sopra, alle espirazioni. Ripeto la tecnica per 5 volte.

Per ultimo ri-eseguo mobilizzazioni generalizzate del torace e della gabbia toracica e rilassamento muscoli del collo (m.trapezio fibre discendenti, scom, digastrico, mm ioidei), pur non facendo modificare posizione alla paziente: con la mano craniale sostengo il capo e con quella caudale, durante l'espiazione, trazione delicatamente la muscolatura nel senso di andamento delle sue fibre.

5. Trattamento osteopatico viscerale degli organi lesi

Come è stato specificato all'inizio di questa relazione il paziente dal punto di vista osteopatico viene trattato nella sua totalità andando a correggere tutte le cause (disfunzioni) che stanno all'origine dei vari sintomi con cui l'individuo si presenta a richiedere l'aiuto dell'osteopata. Le disfunzioni, siano esse somato-viscerali o viscerosomatiche, vengono corrette in tutti i loro aspetti.

Ho descritto in primo luogo il trattamento delle disfunzioni strutturali della mia paziente, proseguo adesso con la descrizione dei trattamenti viscerali eseguiti in merito agli organi lesi nella loro fisiologica funzione e/o mobilità e motilità.

5.1 Trattamento del diaframma

Come specificato nella descrizione della valutazione eseguita sul muscolo diaframma, l'unica sua parte risultata lesa è la cupola destra, la quale, come precedentemente specificato, scende e si dilata durante l'inspirazione ma non risale e non si chiude durante l'espiazione. Descrivo il procedimento d'intervento descrivendo prima di tutto il posizionamento dell'osteopata e delle sue mani rispetto al paziente poi il metodo d'intervento.

Paziente supino: mano craniale dell'osteopata sulla cupola diaframmatica destra del paziente e mano caudale con il palmo appoggiato sul margine inferiore delle ultime coste che preme verso la spalla destra del paziente (Fig.4). Innanzitutto introduciamo un bilanciamento della cupola in modo da poter raggiungere un punto neutro, successivamente invitiamo il



Fig. 4

paziente ad eseguire atti respiratori profondi. Durante l'inspirazione del paziente con la mano craniale apro la griglia costale mentre la mano

caudale limiterà la discesa del diaframma; durante il tempo d'espiazione invece, si mantiene la gabbia toracica aperta e con la mano caudale si segue ed

enfattizza la risalita diaframmatica. In questo modo aumento i parametri disfunzionali e contemporaneamente stiro la parte muscolare contratta. Si ripete la tecnica per alcuni cicli respiratori fino all'equilibrio del movimento tra fase inspiratoria ed espiratoria.

5.2 Trattamento del duodeno

All'interno del duodeno arriva il chimo, le cui macromolecole sono trasformate in micromolecole dalla bile e dai succhi pancreatici, per poi essere assorbite a livello intestinale. Proprio per una delle sue funzioni principali, raccogliere la bile dal fegato e i succhi pancreatici dal pancreas, ritengo opportuno liberare le vie recettive del duodeno trattando in primis quest'ultimo organo e rendendolo così capace di espletare al meglio i suoi compiti.



Fig. 5

Il duodeno segue lo stomaco grazie alla valvola pilorica, che è la primissima struttura da trattare e liberare: si reperisce il piloro in una zona compresa tra la metà della linea ombelico-xifoidea ed una linea passante tra le due cartilagini costali dell'ottava costa, profondamente in direzione di L1 (Fig.5). Una volta reperito, si entra delicatamente nel tessuto, si ricerca la maggior tensione

fasciale e l'atto respiratorio che aumenta la tensione tissutale: durante questo tempo si imprimono delle ripetute vibrazioni e si entra piano piano in profondità.

Successivamente si può proseguire focalizzando il nostro trattamento sulla prima porzione duodenale: si pone una mano posteriormente a livello di D12-L4, una anteriore sulla zona duodenale. In un primo momento, in inspirazione, si esegue un'induzione verso la lesione, seguendo il movimento disfunzionale verso il basso e in rotazione anti-oraria, poi durante la successiva espirazione si porta in correzione il pacchetto interessato, guidandolo verso l'alto e in rotazione oraria, dando così un grosso input a livello fasciale ed emodinamico.

5.3 Trattamento del fegato

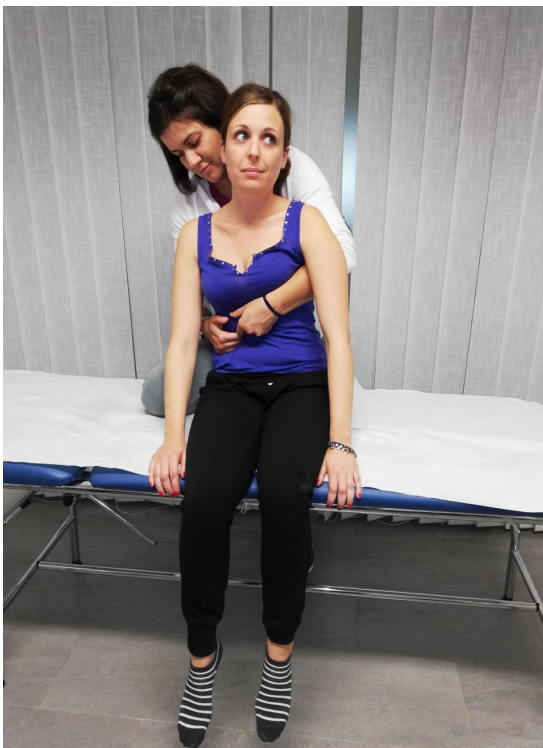


Fig. 6

Come abbiamo osservato alla valutazione, il fegato risulta non eseguire i suoi movimenti fisiologici in espirazione; invito la paziente a mettersi in posizione seduta, ponendomi alle sue spalle metto le mie mani inferiormente e in profondità rispetto al suo emi-costato destro e inclino il tronco della paziente leggermente verso destra per far sì che possa raggiungere meglio l'area e l'organo interessati. Durante l'inspirazione limito i movimenti disfunzionali di latero-flessione destra e rotazione postero-anteriore, durante l'espirazione invece induco un'esagerazione in latero-flessione sinistra e rotazione antero-posteriore del fegato imprimendo anche una

leggera spinta/risalita del fegato verso la cupola diaframmatica destra (Fig.6). Eseguo la manovra per diversi atti respiratori fino a che non avverto una normalizzazione del movimento del fegato e del ritmo respiratorio.

6. Valutazione finale

Prima di terminare la seduta rivaluto le disfunzioni osservate inizialmente:

Posizione prona, revisione di D4-D5-D6 che era in NSsnRdx: al momento corretta. Muscolatura scapolare mediale e muscoli paravertebrali in miglioramento.

Posizione supina: I costa dx corretta, SIAS sn migliorata, in relazione alle fasi respiratorie richieste gli organi mediastinici e addominali si muovono in maniera sincrona, soprattutto il diaframma e il fegato.

Le consiglio di aspettare pochi minuti dopodiché può alzarsi cautamente dal lettino e la seduta è terminata.

7. Conclusioni

Ho proseguito in questo modo per altre 9 sedute, ogni incontro iniziava con la valutazione globale della paziente, release muscolare “preparatorio”, a seguito correzione di ogni singola disfunzione e infine rivalutazione.

La cadenza delle prime 6 sedute era settimanale, al sesto incontro la paziente mi aveva riferito di sentirsi bene e di non avvertire più dolore, quindi ho deciso di vederla altre 3 volte a distanza di 3 settimane una dall'altra e poi abbiamo concordato un trattamento di mantenimento incontrandoci una volta al mese. Tutt'ora la paziente si sente bene e prosegue la terapia.

Osservando il percorso di questa ragazza si può confermare l'efficacia del trattamento osteopatico dalla fase sub-acuta fino alla guarigione, conservando nel tempo il lavoro che ogni volta viene svolto con successo.

Per me e per la mia carriera l'osteopatia è stato un interessantissimo campo di conoscenza e crescita sia individuale che professionale; sperimentando nel corso di questi anni di studi le varie tecniche e praticando sui pazienti, adattandomi ogni volta alle loro patologie, comorbidità, sintomi e problemi vari, ho riscontrato con le mie mani e i miei occhi, nonché grazie ai feedback dei pazienti, quanto sia efficace ed utile l'approccio globale del paziente. Ho avuto, in diverse occasioni, la possibilità di ricredermi nei risultati ottenuti: problemi che inizialmente sembravano prettamente strutturali si sono risolti solo dopo aver completato anche il lavoro viscerale e viceversa, disordini viscerali che hanno trovato la loro causa e risoluzione nel trattamento delle alterazioni strutturali a seguito. Soddisfacente è stato anche ascoltare la voce dei pazienti che mi hanno confermato di aver

sentito “cambiare” la loro condizione solo dopo aver completato l'approccio globale.

Ogni mia seduta di lavoro adesso è composta di trattamento strutturale associato a quello viscerale, preceduta ogni volta da attenta valutazione complessiva e rivista al termine da rivalutazione finale che verifichi l'efficacia di quanto eseguito sul paziente.

Il mio studio e la mia conoscenza dell'osteopatia sicuramente non si ferma qua, intendo approfondire sempre più questo settore professionale che arricchirà ancor di più il mio profilo professionale.

8. Bibliografia

Gesi, Marco, Michela Ferrucci, Giulia Ghelarducci, *“Anatomia del corpo umano vol. I”*

Gesi, Marco, Michela Ferrucci, Giulia Ghelarducci, *“Anatomia del corpo umano vol. II”*, CLD libri, Pisa

Greenman Philipe, *“Principi di medicina manuale”*, traduzione italiana I.S.O. - Milano

Pagliaro Roberto, *“Osteopatia in campo viscerale, l'addome”*, presentazione di Maurice Audouard, Marrapese Editore

Parsons Jon, Nicholas Marcer, *“Osteopatia, modelli di diagnosi, trattamento e pratica”*, Marrapese Editore – Roma

Sergueef Nicette, *“L'ABC cranio-sacrale”*, Marrapese Editore – Roma

Marchi Elisa