



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL  
SCUOLA DI OSTEOPATIA

---

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

**“IL DIAFRAMMA TORACICO E LA VALUTAZIONE  
QUALITATIVA DEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON  
MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO”**

Candidato: Marco Magliano

ANNO ACCADEMICO 2016 / 2017

## Sommario

	<b>PAGINA</b>
<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<b>Il Diaframma toracico</b>	<b>2</b>
<b>Richiamo anatomico</b>	<b>3</b>
<b>Orifizi Diaframmatici</b>	<b>4</b>
<b>Innervazione</b>	<b>8</b>
<b>Vascolarizzazione</b>	<b>11</b>
<b>Ruolo Posturale</b>	<b>12</b>
<b>La malattia da reflusso Gastro-Esofageo (MRGE)</b>	<b>13</b>
<b>Caratteristiche Anatomiche e fisiologiche</b>	<b>14</b>
<b>Ruolo dell'Osteopata e dell'Osteopatia</b>	<b>15</b>
<b>Trattamento dell'Ernia iatale</b>	<b>16</b>
<b>Normalizzazione dei Pilastrini del Diaframma</b>	<b>17</b>
<b>Normalizzazione degli Sfinteri</b>	<b>18</b>
<b>Bilanciamento dei Diaframmi</b>	<b>20</b>
<b>Utilizzo del taping</b>	<b>21</b>
<b>Obiettivi Osteopatici</b>	<b>22</b>
<b>Consigli Per il Paziente</b>	<b>23</b>
<b>Caso Clinico</b>	<b>24</b>
<b>Conclusioni</b>	<b>27</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>28</b>

## Introduzione

“Per mezzo mio vivete e per mezzo mio morite. Nelle mani ho il potere di vita e morte, imparate a conoscermi e siate sereni”

Così il padre dell'osteopatia Andrew Taylor Still disse descrivendo il diaframma toracico.

Sicuramente una frase di grande effetto e lascia intuire come il diaframma toracico sia una componente fondamentale della vita stessa per il nostro organismo, così come lo sono tutti gli organi ma il diaframma in ambito osteopatico riveste un ruolo da protagonista nella prevenzione e nella soluzione spesso di piccoli e grandi disturbi.

## **Il Diaframma Toracico**

Il diaframma è il muscolo volontario più importante del nostro corpo ed è il meno conosciuto.

Il motivo della sua scarsa conoscenza è attribuibile alla difficoltà di valutazione e allo stretto legame che ha con il sistema osteo-muscolare, chimico-ormonale e la sfera psicologica.

Questo muscolo grazie alle sue inserzioni e alla sua posizione nel corpo esplica una importante azione sia sulla respirazione che sulla postura (Hodges e Gandevia 2000).

Nei casi di necessità la funzione respiratoria viene privilegiata (Hodges et al 2001). A tal fine, è essenziale che lunghezza e forza siano normali. L'escursione limitata ne riduce l'efficacia durante la inspirazione e condiziona una iperattivazione dei muscoli accessori.

In alcune patologie respiratorie, come l'enfisema, esso non riesce a tornare alla sua forma a cupola subito dopo il rilassamento, ma conserva, invece, una posizione di accorciamento e appiattimento. Si produce una riduzione della capacità espiratoria ed inspiratoria, in quanto i polmoni permangono in uno stato di parziale dilatazione durante la fase di riposo.

I visceri contenuti nella cavità addominale, sostenuti dai muscoli addominali, limitano generalmente la discesa del diaframma durante l'inspirazione e lo aiutano a risalire durante l'espirazione.

## **Richiamo anatomico**

È un muscolo impari, largo, appiattito che separa la cavità toracica da quella addominale.

Ha la forma di una cupola che, con la convessità superiore, si spinge entro la cavità toracica.

La cupola diaframmatica non appare regolare: il diametro trasverso è più esteso di quello anteroposteriore e dorsalmente il muscolo scende più in basso che ventralmente.

Il diaframma presenta quasi al centro una lieve depressione dove poggia il cuore.

L'emidiaframma destro è normalmente più elevato del sinistro; la spiegazione abituale è che il fegato sottostante solleva l'emicupola; tuttavia studi di destrocardia isolata dimostrano che la posizione del diaframma è maggiormente influenzata dalla massa del cuore sovrastante.

Nel diaframma si distinguono, tenendo conto delle inserzioni, una parte lombare (vertebrale), una parte costale ed una parte sternale.

La parte lombare trae origine mediante un pilastro mediale, un pilastro intermedio ed un pilastro laterale (fig. 1).

Il pilastro mediale destro, più spesso e lungo del sinistro, origina con un tendine dal corpo della II e III e talvolta IV vertebra lombare e dai dischi intervertebrali corrispondenti. Il pilastro mediale sinistro non va oltre il corpo della III vertebra lombare.

I pilastri intermedi sono piccoli ed originano dal corpo della III vertebra lombare e dal disco intervertebrale soprastante.

I pilastri laterali sono formati da robusti tendini nastriformi che si distaccano dai processi costiformi (apofisi trasversa) della II vertebra lombare; ciascuno

4

di questi tendini si divide, verso la sua origine, per formare due arcate tendinee, l'arco diaframmatico mediale (arcata lombocostale mediale) e quello laterale, (arcata lombocostale laterale) (fig. 1).

L'arco mediale circonda la parte superiore del muscolo grande psoas per fissarsi quindi al corpo della 2a vertebra lombare ed al disco posto tra queste due vertebre; l'arco laterale passa sopra l'estremità superiore del muscolo quadrato dei lombi e si fissa alla faccia interna della XII costa, in vicinanza dell'apice. Fra il pilastro laterale e la parte costale del diaframma si trova un interstizio denominato trigono lombocostale.

5

La parte costale del diaframma (fig. 2) prende origine dalla faccia interna e dal margine superiore delle ultime sei coste per mezzo di sei digitazioni che si incrociano con quelle del muscolo trasverso dell'addome.

Tra la parte costale e quella sternale si trova un interstizio, il trigono sternocostale.

La parte sternale (fig. 2) sorge con due piccoli fasci dalla faccia posteriore del processo xifoideo, in vicinanza dell'apice; tra essi si trova un sottile interstizio.

Nella parte di mezzo del diaframma si trova una aponeurosi denominata centro tendineo (centro frenico) (fig. 3) dal cui contorno partono i fasci carnosì; in effetti possiamo considerarlo formato, perifericamente, da fini muscoli digastrici giustapposti i cui estremi tendinei, centrali, danno luogo al centro frenico.

Come tutti i muscoli digastrici (vedi di gastrico del collo) i due ventri non sono sullo stesso asse ma formano con il tendine centrale una curva. La funzione principale di questi muscoli non è quella di avvicinare i punti inserzionali, ma di appiattare la curva che disegnano.

Ciò comporta uno spostamento lineare della parte centrale tendinea. Questo artificio biomeccanico utilizzato dal corpo è il migliore modo per muovere un

punto senza però trazionare sullo stesso asse di movimento del punto. Il classico esempio, che più o meno tutti abbiamo incontrato nel corso degli

5

studi, è la navigazione di un barcone sul fiume trazionato da parte di due cavalli sulle due sponde.

Le forze espresse dai cavalli che trazionano sulla terra ferma, determinano una risultante che fa muovere la barca lungo l'asse del fiume.

Il centro tendineo ha la forma di un trifoglio in cui si considerano una fogliola anteriore, una fogliola destra ed una sinistra.

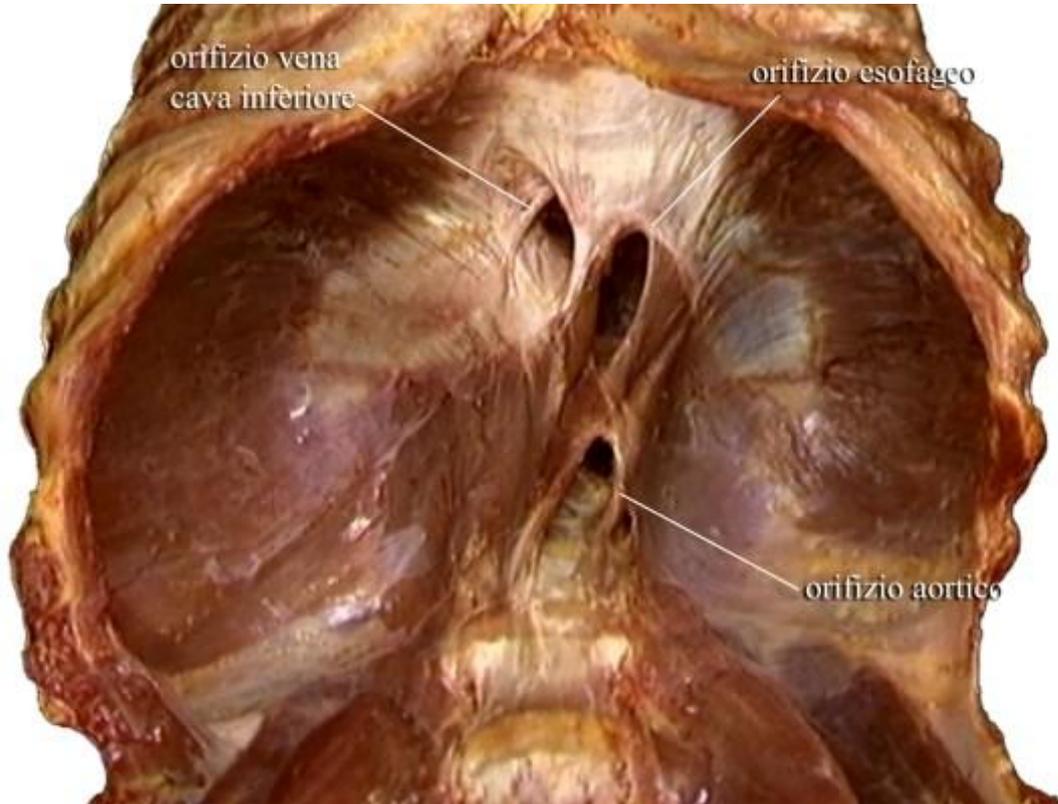
Sul confine tra la fogliola anteriore e la fogliola destra si trova l'orifizio della vena cava inferiore.<sup>6</sup>

Nel centro tendineo si possono individuare, tra i fasci fibrosi che si intrecciano in varie direzioni, una benderella superiore ed una benderella inferiore che sono visibili rispettivamente sulla faccia convessa e su quella concava.

La benderella superiore sorge dalla fogliola destra, circonda postero medialmente l'orifizio della vena cava inferiore e, portandosi in avanti, si espande nella fogliola anteriore.

La benderella inferiore nasce anch'essa dalla fogliola destra, forma la parte anteriore e laterale del contorno dell'orifizio della vena cava inferiore e si dirige poi verso la parte dorsale della fogliola sinistra, espandendosi a ventaglio.<sup>7</sup>

## Orifizi diaframmatici



Ostruendo completamente la parte inferiore del torace, il diaframma presenta tre grandi orifizi ai quali è necessario aggiungere le strette zone tra i pilastri corrispondenti al passaggio del simpatico, ai nervi splancnici ed alla radice interna delle vene azygos.

La fessura di Larrey, situata dietro lo sterno, lascia libero il passaggio all'arteria mammaria interna.

L'esofago ed i nervi vaghi passano per l'orifizio esofageo, delimitato da due fasci carnosì che sorgono dai pilastri mediali.

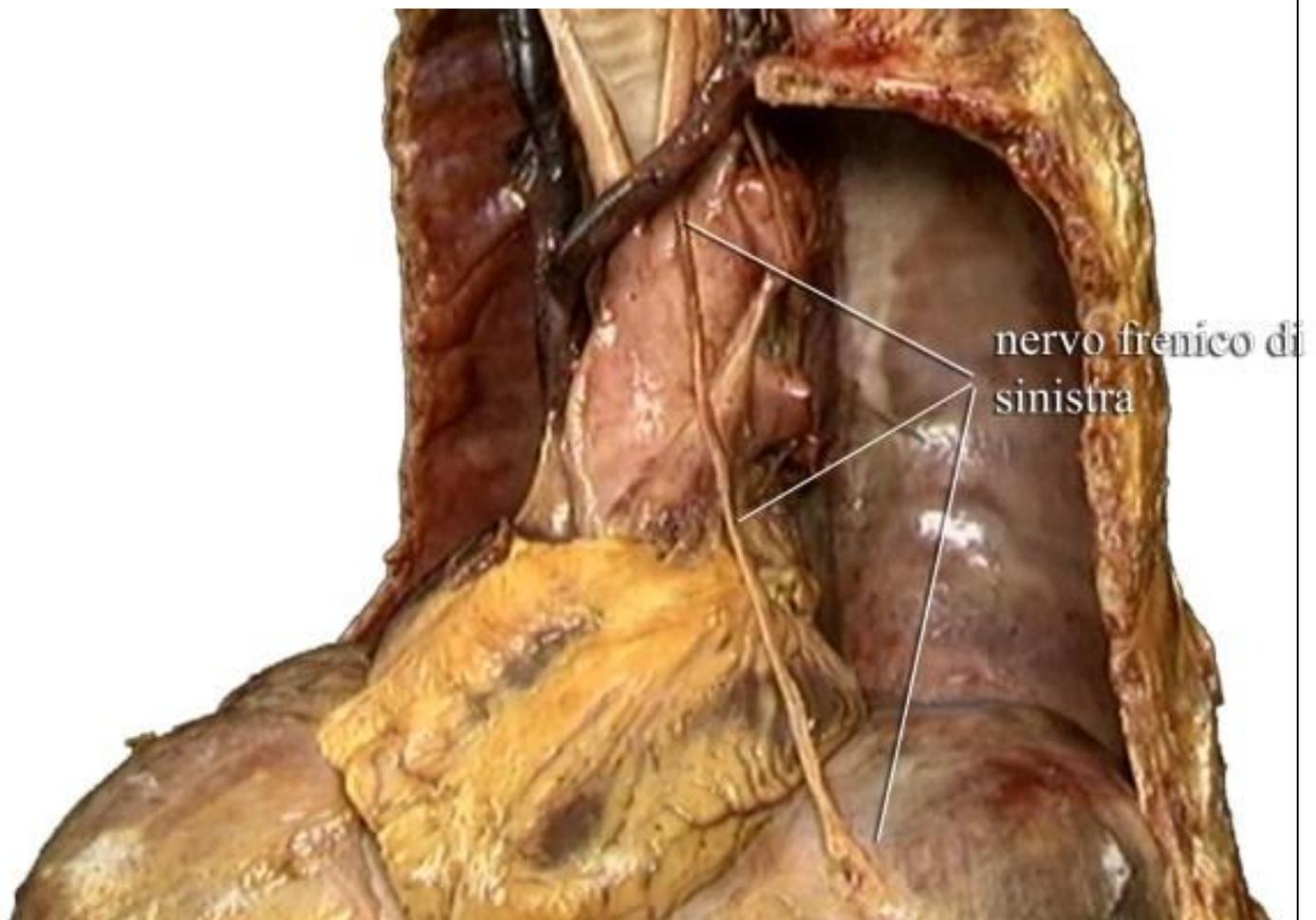
I tendini di questi ultimi, insieme al corpo della 2a vertebra lombare, delimitano l'orifizio aortico che è posto lievemente a sinistra della linea mediana e dà passaggio all'aorta ed al dotto toracico. Il tronco dell'ortosimpatico, i nervi grande e piccolo splancnico e, a destra, la vena azigos, passano per una fessura tra il pilastro mediale e l'intermedio. Si è già

ricordato l'orifizio della vena cava inferiore, posto tra la fogliola destra e quella anteriore del centro tendineo.

Le due facce del diaframma sono rivestite da un'esile fascia diaframmatica di cui la lamina superiore si fonde con la pleura e quella inferiore con il peritoneo.

La faccia superiore del diaframma è in rapporto con la base del pericardio , con le basi polmonari e con i seni pleurali costodiaframmatici. La faccia inferiore è in rapporto, a destra, con il fegato, a sinistra con lo stomaco e con la milza, posteriormente con il pancreas, i reni e le ghiandole surrenali.

9



### **Innervazione**

L'innervazione del diaframma è assicurata essenzialmente dai nervi frenici (C3-C5).

---

9

Il frenico destro arriva al diaframma attraverso l'orifizio della vena cava, o un poco all'infuori, si divide in tre-quattro branche che si irradiano verso la porzione carnosa.

Il nervo frenico sinistro (fig. 4 ) arriva direttamente nella porzione carnosa davanti alla fogliola sinistra. Adotta ugualmente una disposizione a raggiera.

I nervi frenici sono i motori del diaframma; essi avrebbero anche un ruolo nell'innervazione sensitiva propriocettiva.

È necessario aggiungere ad essi il sistema simpatico che, oltre al ruolo vasomotorio, avrebbe un'azione sul tono diaframmatico, insieme agli ultimi cinque nervi intercostali.

10

## **Vascularizzazione**

È assai ricca a livello del diaframma. Si distinguono:

### **1) sistema arterioso:**

- l'arteria mediastinale posteriore che proviene dall'aorta toracica e si distribuisce ai pilastri;
- l'arteria diaframmatica inferiore proveniente dall'aorta addominale, le cui anastomosi formano, con la sua simmetrica, le «arcate perifoliolari»;
- le branche dell'arteria muscolo-frenica e quelle provenienti dalle ultime quattro intercostali.
- l'arteria diaframmatica superiore che deriva dalla mammaria interna

### **2) sistema venoso:**

il sistema venoso è annesso al sistema arterioso e termina nella vena cava inferiore o nelle vene mammarie interne

### **3) sistema linfatico:**

il diaframma rappresenta un importante intreccio di vie del transito linfatico, qui, infatti, la rete toracica si anastomizza con quella addominale; numerosi collettori sono impiantati attorno alla base pericardica e terminano in corrispondenza dei gangli mediastinici.

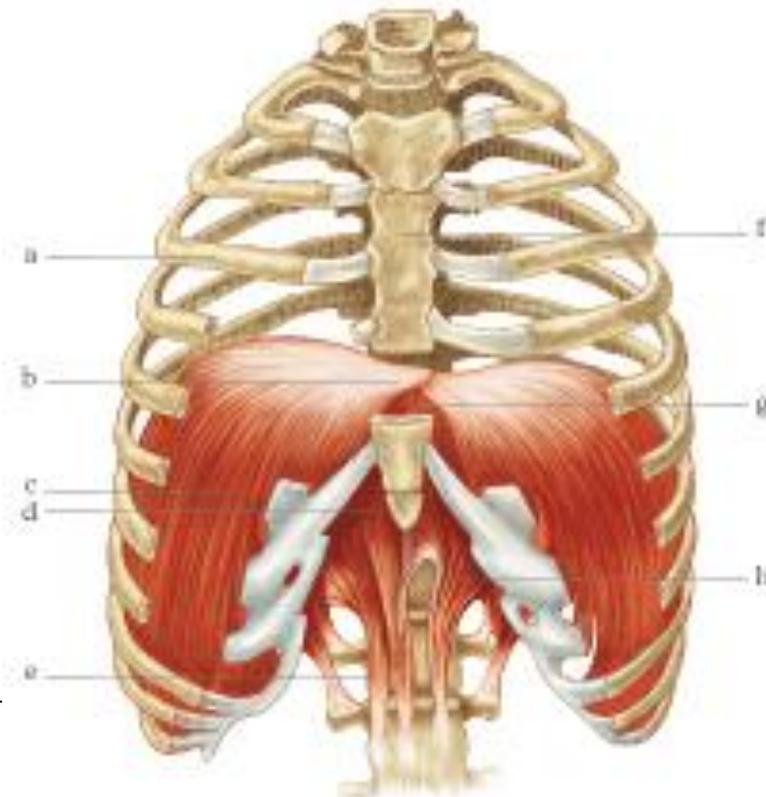
Nella respirazione toracica, respirazione tipica dell'esercizio fisico e in alcuni casi patologici di restrizioni del diaframma a riposo, risulta fondamentale la biomeccanica costale gestita dai muscoli intercostali, addominali e muscoli accessori.

## **RUOLO POSTURALE**<sup>12</sup>

La sua diretta connessione con la struttura scheletrica, come abbiamo detto, influenza moltissimo lo status di equilibrio dell'individuo nel suo intero essere.

Il Diaframma Toracico infatti prende contatto e connessione attraverso legamenti e inserzioni con:

1. Sterno: sorge con due piccoli fasci dalla faccia posteriore del processo Xifoideo
2. Costale: in relazione con le coste 10-11-12. La parte costale prende origine dalla faccia interna e del margine superiore delle ultime sei coste per mezzo di sei digitazioni che si incrociano con quelle del muscolo del trasverso dell'addome.
3. Lombare: trae origine da un pilastro mediale , intermedio e laterale. Quindi le vertebre interessate sono la L1-L2-L3



## **La Malattia da Reflusso Gastroesofageo (MRGE)**

13

Si tratta di una condizione cronico largamente diffusa ormai tra la popolazione occidentale che, sempre più spesso, colpisce anche i pazienti che si accingono presso le nostre sedi per trattamenti che spesso non sono, a loro dire, correlati con questo disturbo.

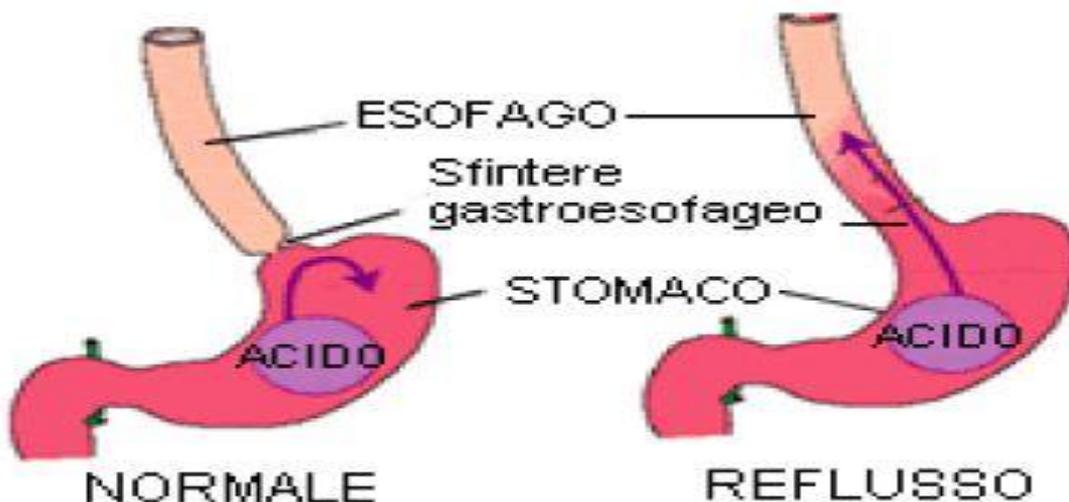
La malattia da reflusso GE compromette nel vero senso della parola la vita e la quotidianità del soggetto, disturbando equilibri del sonno, limitando addirittura le abitudini giornaliere, rendendo spesso impossibile il proseguo di molte attività.

### Caratteristiche Anatomiche e Fisiologiche

La struttura valvolare Esofago-gastrica, che impedisce il reflusso, è composta dalla muscolatura intrinseca dello sfintere esofageo inferiore (LES); si trova all'interno dello iato diaframmatico ed è circondata dalla membrana crurale che aggiunge una ulteriore compressione sfinterica.

La muscolatura liscia del LES è innervata da fibre vagali efferenti e pre-gangliari che forniscono innervazione sia eccitatoria che inibitoria al LES.

I simpatici efferenti provengono dai segmenti spinali da T6 a T10 e non possono esercitare un importante effetto diretto sulla contrazione o rilassamento del LES, mentre è il nervo vago il principale mediatore dei riflessi sul LES.



## **Ruolo dell'Osteopatia e dell'Osteopata**

Considerando il collegamento viscere-muscolo-apparato scheletrico, possiamo considerare che queste catene di tipo connettivo formino , appunto, catene funzionali che collegano tutti gli elementi anatomici dalla testa ai piedi.

Poiché sappiamo che l'”occhio” dell'Osteopata sorvola la tradizionale indagine diagnostica per immagini che nulla può in questa situazione, l'unico modo per valutare il paziente è quello del trattamento.

Secondo la mia esperienza da 2 a 3 sedute possono indicarci se il paziente potrà trarre vantaggio da questo.

Illustri osteopati hanno tratto vantaggio da alcuni loro trattamenti, utilizzati principalmente per sofferenze gastrointestinali ottenendo successi per la MRGE, partendo dalla semplice gestione (Branyon e Mirocha e Parker), miglioramenti su gastrite e resistenza agli antibiotici da *Helicobacter Pylori* (Smilowicz).

Su cosa deve vertere il protocollo Osteopatico

Vista la mancanza di diretta bibliografia in merito ma, come detto riferiti al tratto gastrointestinale, la procedura osteopatica può prevedere:

- 1) Trattamento dell'ernia iatale
- 2) Normalizzazione dei pilastri del diaframma
- 3) Bilanciamento dei diaframmi
- 4) Normalizzazione degli sfinteri

### **Trattamento dell'ernia iatale**

L'operato posto dietro al paziente che è in posizione seduta, pone le mani in zona sotto costale. Con le dita di entrambe le mani si pone sulla zona epigastrica rivolte verso l'alto e verso sinistra, come ad accogliere qualcosa.

Il paziente si trova in una posizione di rilassamento appoggiandosi all'osteopata che ne controllerà la postura con il proprio corpo.

Assecondando il paziente nel respiro, quando questi espira, l'osteopata comincerà gradualmente ad esercitare una forza verso la fossa iliaca dei tessuti sotto le dita chiedendo al paziente di raddrizzare la schiena e tenere la testa flessa.

L'osteopata gestendo attraverso il proprio sterno ne aumenta la spinta contro la schiena; durante l'espirazione del paziente, l'osteopata rilasserà la sua forza /pressione e riprenderà la manovra nella espirazione successiva



## **Normalizzazione Diaframmatica**

L'osteopata, con il paziente supino, pone entrambe le sue mani in posizione caudale alle cupole diaframmatiche.

Seguendo la respirazione del paziente, che sarà invitato ad effettuare una respirazione diaframmatica, con l'uso della mano a taglio oppure della porzione Tenar e ipotenar, l'Osteopata comincerà ad entrare in sintonia con il ritmo respiratorio.

Una volta entrato in sintonia l'osteopata comincerà ad impilare i tessuti sotto le sue mani in fase espiratoria e tenendo in fase inspiratoria.

Una volta impilati i tessuti, l'osteopata tratterà questa posizione chiedendo anche al paziente ove sentisse una dolia riferita sulla colonna vertebrale, in corrispondenze dei pilastri diaframmatici che andremo poi ad equilibrare eventualmente con una manovra successiva.

Tale tensione è mantenuta fino a quando l'osteopata non sentirà che la tensione verrà sostituita dal rilassamento dei tessuti e da una certa rilassatezza del paziente stesso.

Precauzione sempre chiedere e colloquiare con il paziente per essere informati su eccessivo dolore e insorgenza di nausea che talvolta può accadere.



## **Normalizzaione degli Sfinteri**

Una volta localizzati gli sfinteri : Valvola ileo cecale, angolo duodeno-digiuno, piloro, Oddi, l'osteopata pone le mani su tutta l'area ed i pollici in prossimità del piloro.

Esercitando progressivamente una pressione posteriore durante l'espiazione del paziente arrivando alla massima distensibilità tissutale della zona.

Inoltre in caso di stipsi , autori consigliano anche una piccola percettibile manovra di rotazione oraria della mano in concerto con la respirazione; questo per aiutare anche il passaggio del bolo alimentare intestinalee coadiuvare la peristalsi.

L'osteopata raggiunta questa "soglia" rilascerà all'improvviso la zona a grande velocità per cercare il massimo rilasciamento tissutale.



## **Bilanciamento dei Diaframmi**

Il bilanciamento tra i tre diaframmi, pelvico-toracico-cervico/toracico riveste un ruolo importante nel cercare equilibrio nella struttura in toto.

Nel pelvico l'osteopata porrà le mani rispettivamente sul sacro (posteriore) e l'altra sotto l'osso pubico (anteriore)

Nel Toracico una mano sotto le vertebre da T12 a L2 (Posteriore) mentre l'altra mano sulla zona epigastrica (Anteriore).

Nel cervico.Toracico una mano tra T1 e T3 (posteriore) mentre l'altra mano è sul manubrio Sternale.

Queste manovre di Bilanciamento o normalizzazione sono a completa gestione da parte dell'operatore che, grazie alla sua sensibilità acquisita nel tempo, dovrà percepire ed indurre una normalizzazione dei tessuti in base alla motilità del tessuto stesso.

Questa normalizzazione avrà come il sentore di un rilasciamento o allentamento dei tessuti ma soprattutto una sincronizzazione del movimento tra le mani.

## UTILIZZO DEL TAPING

Nella Esperienza lavorativa, l'uso del Taping sta riscuotendo sia un successo in termini di notorietà del taping stesso, quindi benevolmente accettato dal paziente come una pratica comune, sia ovviamente in termini di risultati apprezzabili.

L'applicazione nelle malattie da RGE lo pone come un valido supporto nell'aiuto della peristalsi proprio nelle fasi in cui , nel cuore del problema funzionale della digestione, la stipsi spesso e volentieri è un punto cardine della situazione.

L'uso proprio del taping come mostrato in figura ha, in qualche caso, aiutato e stimolato appunto la funzionalità peristaltica aiutando il soggetto ad una migliore evacuazione fecale, spesso andando in controtendenza con le sue abitudini.



## OBIETTIVI OSTEOPATICI

Lo scopo del trattamento osteopatico mira al rinforzare e rilassare la giunzione gastro-esofagea, attraverso l'induzione concentrata in questa zona e di aprire qualsiasi fissazione fibromuscolare della giunzione e delle strutture circostanti.

Nel proseguo degli studi in questo ultimo terzo anno , ho potuto apprezzare come le intimità dell'organo trattato qui specificatamente (Diaframma) , sono state esaltate in rilevanza per una più completa trtazione del disturbo Gastro-Esofageo

Per ottenere una maggiore efficacia le tecniche vanno eseguite in una sequenza specifica:

- ascoltare l'addome con tecnica a 5 dita
- liberare il piloro e lo stomaco
- liberare la giunzione gastro-esofagea
- manipolare le fissazioni scheletriche importanti che persistono (ad esempio le articolazioni costo-condrali) attraverso anche azioni di trusth HVLA
- normalizzare le fissazioni craniche e sacrali

Alcuni autori, come già precedentemente descritto, hanno potuto apprezzare come la malattia da reflusso gastroesofageo sia una condizione piuttosto frequente nella popolazione generale e come tale sindrome riduca notevolmente la qualità della vita a causa di una serie di **sintomi tipici** (ad esempio il bruciore al petto) e **atipici** (ad esempio la raucedine) che ne conseguono.

All'anamnesi, la maggior parte dei pazienti manifestano sintomi somatici quali: cervicalgia, dorsalgia, dolori al petto e cefalea.

**Consigli per il paziente**

- non andare a letto subito dopo il pasto
- non indossare cinture o indumenti stretti
- dormire su un cuscino alto
- evitare la posizione decliva
- non tenere le braccia in alto e la testa inclinata indietro a lungo
- evitare l'assunzione di alcuni cibi che possono irritare il tratto esofageo come cioccolato, caffè, tè, alcol, arance

## **Caso Clinico**

Il caso clinico che vado ad illustrare è un semplice esempio di quanto abitualmente si presenta nello studio.

Infatti, vorrei precisare, che tale disturbo essendo legato comunque anche agli stili di vita odierni, spesso sedentari, spesso frenetici, spesso di cattive abitudini alimentari, ne fanno un quadro poliedrico e multifattoriale.

Quindi per cui i soggetti che si rivolgono a me per la pratica osteopatica in questo frangente ormai è veramente variopinto.

\*\*\*\*\*

Nome : Marisa

Età : 59 anni

Disturbi: Ernia latale, RGE sporadico ma sovente nel weekend, mal di testa ricorrente (2-3 v/Wk)

Terapia farmacologica: Omeprazolo 20mg, Maloox al bisogno, Ibuprofene 200/400mg

Malattie pregresse: Nessuna

Disfunzioni note: Ernia latale

Disturbi Osteoarticolari: Protesi di Anca 2012

\*\*\*\*\*

Marisa si è rivolta a me dopo aver già per anni effettuato controlli periodici del problema in concerto con il proprio gastroenterologo.

La prima visita ha evidenziato evidenti difetti di assetto in posizione ortostatica, dovuta anche all'intervento di Protesi di Anca.

Marisa svolge abitualmente attività di rinforzo muscolare in palestra oltre che piscina in acqua salsobromoiodica.

Il tono muscolare è discreto e sicuramente supporta la struttura.

La percezione a vista è quella di un atteggiamento di chiusura di spalle e collo retratto, segno di evidente protezione, probabilmente causata dal problema RGE.

<sup>25</sup>I trattamenti sono stati effettuati in Maggio 2016, periodo anche di transizione stagionale che spesso lega fattori di scambio stagionale e abitudini alimentari al problema RGE.

\*\*\*\*\*

### 1° trattamento

Il primo trattamento è stato basato quasi esclusivamente su controllo ed equilibrio diaframmatico che ho trovato in una condizione particolarmente disagiata e contratta.

Dopo almeno 10 minuti di trattamento sono passato ad una educazione respiratoria, controllando insieme al paziente alcuni semplici accorgimenti, sempre supina, ove inducevo nell'ordine, respirazione toracica, respirazione diaframmatica e poi passaggi tra respirazione toracica a diaframmatica e viceversa.

Già da questi semplici passaggi, Marisa ha trovato immediatamente un beneficio come, da sue parole, di scarico della tensione e rilassatezza.

Come prima seduta sono poi passato ad un ascolto a 5 dita craniale per poi passare ad un trattamento di stretch & release della zona occipitale e Sternocleidomastoidea oltre che di un trattamento degli scaleni e per concludere un trattamento di realease toracico.

### 2° Seduta

A distanza di 7gg ho incontrato in studio nuovamente Marisa che mi informa come nella settimana non ha avuto nessun disturbo di cefalee come di consueto e ha nettamente dormito meglio durante la notte.

Questo fa di per se pensare che comunque la componente mio fasciale rivesta un ruolo fondamentale sia nella malattia che nell'atteggiamento di cui sopra.

Ripeto sia l'equilibrio diaframmatico sia il bilanciamento dei pilastri.

Pongo il paziente prono per verificare una presenza di dorsalgia dovuta all'atteggiamento e attraverso un soft tissue riesco già ad arrivare and un piccolo trust di release della colonna non ben identificato, ma a livello D7-D8.

<sup>26</sup>Ripeto il trattamento Craniale e congedo la paziente con l'applicazione di Kinesio tape in quanto Marisa mi riferisce una secchezza di feci e rarefazione nell'evacuazione di 4gg.

A questo punto fornisco a Marisa anche un piano Nutrizionale specifico, non invasivo ma di Educazione Alimentare per poter proseguire con la risoluzione nel tempo del problema.

### 3° Trattamento

A distanza di 15gg Marisa mi riferisce di cominciare ad evaquare feci ogni 2gg a dispetto di 4-5gg che erano la norma. Il disturbo RGE si è rarefatto da quando segue l'alimentazione.

Decido di trattare l'Ernia Iatale ma in posizione supina ponendo le mie mani in posizione Cardias e eseguendo la manovra di Stretch&Release.

Dapprima Marisa lamenta una leggera dolia ma dopo qualche secondo, sento un rilasciamento tissutale e del paziente stesso.

### 4° Trattamento

A distanza di 7gg dall'ultimo trattamento ripeto ogni manovra effettuata con tempi leggermente più lunghi per una durata della seduta di circa 1 ora. Applico nuovamente il taping per un aiuto peristaltico.

Marisa mi informa come in concerto con il suo gastroenterologo ha deciso una sospensione per 2 mesi della terapia farmacologica ed, in effetti, fino ad ora gli episodi di RGE si sono rarefatti e limitati nell'ultima settimana ad 1 sola volta in occasione di uno spuntino conviviale al lavoro a base di dolci e focacce.

\*\*\*\*\*

Marisa oggi è una mia paziente e ogni 40gg si reca presso il mio studio per un trattamento di release diaframmatico e, grazie alla ginnastica respiratoria giornaliera, alle nuove abitudini alimentari e alla consapevolezza del proprio disturbo, si è staccata dalla terapia farmacologica sia gastroenterica che Analgesica .

## CONCLUSIONI

Il trattamento Osteopatico della MRGE devo sinceramente annotare che, ha sì portato dei benefici alle persone trattate durante le mie sessioni di osteopatia, ma al momento non ha reso una durabilità certificabile nel tempo tale da permettere al soggetto di considerarsi guarito.

Trattando principalmente in modo professionale di Nutrizione , l'affiancamento di una terapia idonea alimentare (dieta) e l'uso in particolare di alcuni integratori naturali, su base di liquirizia e carminativi , ha visto il proseguo del risultato in ambito di alcuni mesi ma questo anche con costanti sedute di controllo e trattamento con cadenza su base quindicinale o mensile.

Come precedentemente annoverato, la completezza del 3°anno ha portato il sottoscritto ad una visione viscerale più apprezzabile sotto il punto di vista olistico della situazione e sintomatologia del paziente, con recenti risultati di miglior apprezzamento da parte del paziente stesso e con maggiore durabilità dell'assenza dei sintomi.

Tutto questo in un ottica di anti-aging con il paziente che è riuscito a carpire l'importanza del life-style corretto e non solo correlato a sintomo e risoluzione semplificata attraverso assunzione di farmaci.

## Bibliografia

- Atlante di tecniche Osteopatiche- Edizione Piccin – Autori a.Nicholas, E.Nicholas
- Manipolazione Viscerale 1 – Barral Institute – Autore Alain Croibier
- Dispense Corso di Studi Fisiomedic Academy
- Dispense Corso di Studi Master Universitario 1° Livello TorVergata Roma - “Nutrizione Umana e Dieta Mediterranea”