



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

La Vertigine Parossistica Posizionale

L'Osteopatia come parte integrante del trattamento

Caso Clinico: Valutazione e Trattamento

Riferimenti a trattamento precedente: Lombalgia e Ansia

Candidato:

Marco Pizzoli

ANNO ACCADEMICO 2016 / 2017

fisiomedic
ACADEMY

Indice

Questa tesina è così strutturata:

- Riepilogo Trattamento precedente	<i>p. 4</i>
- Seconda Valutazione Caso Clinico	<i>p. 9</i>
- Richiamo di Anatomia, Biomeccanica e Fisiopatologia	<i>p.13</i>
- Trattamento e Diario Osteopatico	<i>p.23</i>
- Riflessioni Finali	<i>p.44</i>
- Ringraziamenti	<i>p. 45</i>
- Bibliografia	<i>p.46</i>
- Sitografia	<i>p.46</i>

Partendo da un caso clinico precedentemente seguito, continuiamo il trattamento di questo paziente già noto.

Ripercorriamo dunque il primo trattamento per poi proseguire con una nuova valutazione.

Saranno utili richiami a anatomia, biomeccanica e fisiopatologia.

Dopo un'attenta valutazione esporremo il diario clinico del paziente cercando di trarre delle conclusioni costruttive.

Riepilogo

Giovane paziente che si presentava nel nostro studio per un sintomo principale: la Lombalgia.

Durante la raccolta anamnestica la paziente riferiva anche attacchi d'ansia.

Dati del Paziente

Sesso: F

Età: 21

Professione: Studentessa Universitaria

Patologie note: Nessuna

Interventi chirurgici: Tonsillectomia (8 anni)

Allergie Note: Nessuno

Pratica Sportiva: Zumba e Fitness (1 volta/settimana)

Terapia in atto: Fiori di Bach, Ignazia. Nessun medicinale

Visita Medica:

Il medico di base esclude qualsiasi disturbo all'apparato cardiologico e respiratorio. Consiglia consulto psicologico per l'ansia e consulto osteopatico o fisioterapico per il dolore alla zona lombare.

Visita Specialistica:

Consulto psicologico rivela ansia da prestazione dovuta ad alcuni esami universitari.

Ci concentriamo su entrambi gli aspetti e la valutazione effettuata risulta essere questa:

Verifica Oscillazione con occhi chiusi:

Paziente Anteriore.

Esame Statico

Sul Piano Frontale non si notano particolari asimmetrie. Triangolo della taglia, cingolo pelvico e scapole sostanzialmente allineate. Leggero valgismo fisiologico di ginocchia. Sul piano sagittale si nota intra rotazione a livello delle spalle. Leggera cifosi dorsale; si nota Sacro in contro nutazione.

Esame Dinamico

Paziente riferisce fastidio alla zona lombosacrale durante il movimento di flessione ed estensione di rachide.

Riferisce dolore nella lateroflessione sinistra del busto.

Riferisce tensioni a livello del rachide cervicale.

Test:

In Piedi

TFE Positivo a Dx +

Seduto

TFS Positivo a Dx +++

Paziente Prono

Grazie all'ascolto sacrale si può notare che il sacro ha una tendenza alla contronutazione.

Andando ad esaminare i punti di repere però, troviamo il solco sinistro profondo e ALL destro dorsale.

Possiamo quindi ipotizzare un sacro in torsione posteriore destra su asse sinistro.

Lo spring test risulta positivo. Eseguendo una pressione all'altezza della cerniera lombosacrale si può apprezzare un'importante resistenza.

Il test della sfinge è positivo. L'asimmetria dei solchi sacrali aumenta durante l'estensione.

Da valutare, in aggiunta L5, il cui processo trasverso destro risulta ventrale e il processo trasverso sinistro risulta dorsale. Il processo spinoso appare ruotato verso destra ed in estensione.

Paziente Supino

Si valutano le creste iliache. La cresta iliaca di destra appare leggermente craniale.

Alla pressione risultano entrambe poco mobili. L'ala iliaca di destra risulta leggermente in posteriorità.

Esame Palpatorio:

Paziente Prono

Si apprezzano molteplici tensioni a livello fasciale.

In particolare a livello lombare, in corrispondenza del muscolo Grande Dorsale; a livello cervicale, sul trapezio e suboccipitali.

Paziente Supino

Tensione a livello dello Scm dx e sx.

Si nota una respirazione di tipo toracico, a tratti addirittura clavicolare.

Valutando le cupole diaframmatiche si può apprezzare una notevole tensione. Durante la fase inspiratoria il muscolo diaframma resta in superiorità. Grandi tensioni miofasciali nella zona addominale.

Inoltre, il muscolo piccolo pettorale appare contratto, visto il notevole carico di lavoro. Paziente riferisce durante l'inspirazione tensione a livello dello sterno; la medesima tensione è avvertita in modo maggiore durante gli episodi di forte agitazione ed ansia.

Scala Vas:

Il paziente riporta un punteggio di 5/10 dalla scala VAS.

Questo da circa 5 settimane. Questo punteggio può indicare un dolore di tipo cronico, che si porta avanti da tempo.

Da questa valutazione avevamo tratto queste conclusioni:

A livello strutturale

Cingolo Pelvico in disfunzione.

La disfunzione primaria è a livello del sacro ed è così denominata:

- **SACRO IN TORSIONE POSTERIORE DESTRA SU ASSE SINISTRO.**

A questa si associano altre due conseguenti disfunzioni, secondarie:

- **ILEO DESTRO IN POSTERIORITÀ**
- **L5 ERLSL**

A livello viscerale

Si ipotizza una disfunzione a livello del Diaframma così denominata:

DIAFRAMMA IN ESPIRAZIONE

Considerazioni collegate al caso clinico

Durante la valutazione abbiamo notato come il muscolo diaframma non “lavorasse” al meglio. Il muscolo diaframma risultava in espirazione, cioè non scendeva.

Tra i sintomi riferiti dal paziente, oltre all’ansia, vi erano anche difficoltà respiratorie e accelerazione anomala del battito cardiaco.

Essendo il diaframma un regolatore fondamentale a livello respiratorio e vascolare possiamo ipotizzare che un blocco diaframmatico abbia contribuito a creare e peggiorato una situazione di difficoltà emotiva e psicologica.

Il trattamento era stato così svolto:

- Riduzione tensioni miofasciali
- Tecnica Muscolare per trattamento disfunzione Sacro
- Mobilizzazione Diaframmatica

La paziente aveva riferito:

- Rilassamento generale
- Dolore diminuito a livello lombare
- Respirazione meno difficoltosa

Nelle successive 4 sedute i trattamenti si erano svolti con tecniche articolatorie sul sacro e miofasciali a livello lombare e diaframmatico.

Conclusioni

Alla fine del ciclo di trattamento il paziente si definiva soddisfatto.

Il dolore era notevolmente diminuito e i casi di ansia erano calati notevolmente.

Un approccio globale era risultato un'arma vincente. Questo caso clinico ci aveva mostrato la connessione tra struttura e visceri, tra sfera fisica e psicologica.

Seconda Valutazione

In data 5 marzo 2017 la paziente accusa forti vertigini e vomito.

La guardia medica somministra Muscoril+Voltaren. I sintomi dopo qualche ora non migliorano e quindi la paziente viene portata in Pronto Soccorso dove la diagnosi è quella di Vertigine Parossistica Posizionale. Alla paziente viene somministrato Vertiser.

In data 7 marzo 2017 la paziente effettua visita specialistica nella quale viene confermata la diagnosi e viene eseguita la manovra di Epley per il riposizionamento degli otoliti.

Lo specialista consiglia trattamento fisioterapico.

Eseguo la prima valutazione il giorno 13 marzo 2017.

Valutazione Osteopatica

Verifica Oscillazione con occhi chiusi:

Paziente Anteriore.

Esame Statico

Sul Piano Frontale non si notano particolari asimmetrie.

Triangolo della taglia, cingolo pelvico e scapole sostanzialmente allineate.

Leggero valgismo fisiologico di ginocchia.

Sul piano sagittale si nota intra rotazione e anteposizione a livello delle spalle.

Leggera ipercifosi dorsale; evidente rettilineizzazione della fisiologica lordosi cervicale.

Leggera retropulsione di bacino con conseguente riduzioni della fisiologica lordosi lombare.

Riferisce leggere vertigini, acufeni assenti. Sensazione di stordimento generale.

Esame Dinamico

Test Attivo:

Paziente riferisce fastidio praticamente in quasi tutti i movimenti del capo.

Limitata la flessione di capo. Limitazione nell'estensione di capo per paura della sintomatologia.

Dolore a livello della cerniera cervico-dorsale in rotazione bilaterale.

La paziente riferisce episodi di leggere vertigini in movimenti bruschi del capo.

Test Passivo:

Nel Test in Inclinazione e in Flesso/Estensione il paziente non riferisce particolari sintomi.

Il paziente riferisce dolore nella rotazione pura C1-C2.

C0-C1: Il paziente non riferisce particolari sintomi se non una tensione generale.

C1-C2: La paziente riferisce fastidio nella rotazione a destra, che risulta limitata.

C3-C7: La paziente riferisce sensazione tensiva generale nei movimenti di traslazione laterale sia in flessione che in estensione.

Durante lo stiramento Cervicale si nota una grande tensione tissutale che via via diminuisce.

Esame Palpatorio:

Dolenti le spinose cervicali. In particolari a livello C1-C2, la quale si trova in posizione ruotata a sinistra, quindi a destra rispetto ad un'ipotetica linea formata dalle altre. Grande tensione e dolore a livello di Scom, Scaleni e Trapezio. In generale tensione in tutti i muscoli di capo e collo.

Tensione anche a livello di movimenti toraci e clavicolari.

La paziente riferisce la ricomparsa di stati d'ansia dopo le vertigini.

Valutando le cupole diaframmatiche si può apprezzare tensione e difficoltà di movimento. Durante la fase inspiratoria il muscolo diaframma resta, di nuovo, in superiorità.

Alla palpazione al ventre si riscontra tensione ed il paziente rileva dolore in zona epatica, a livello del lobo destro.

Scala Vas:

Il paziente riporta un punteggio di 3/10 dalla scala VAS.

Più che dolore adesso la paziente indica uno stato di smarrimento e di fastidio generale.

Conclusioni Valutazione:

A livello osteopatico possiamo indicare due disfunzioni principali:

C1-C2 in R_{sx}

Diaframma in Espirazione

In aggiunta abbiamo:

Fegato in disfunzione (probabilmente per i medicinali presi negli ultimi giorni)
Grande tensione a livello miofasciale in tutti i muscoli di testa e collo.

Risulta fondamentale però non concentrarsi sulle singole disfunzioni poiché appaiono secondarie; queste disfunzioni solo il risultato di una condizione generale di disequilibrio, dovute anche ad una patologia molto invasiva e molto acuta.
Possiamo ipotizzare che le due situazioni siano ognuna causa-effetto dell'altra.

Il lavoro che andremo a fare sarà dunque quello di riportare il sistema ad uno stato di minor tensione possibile.

Nella prossima parte verranno brevemente indicate anatomicamente e fisiopatologicamente le strutture coinvolte.

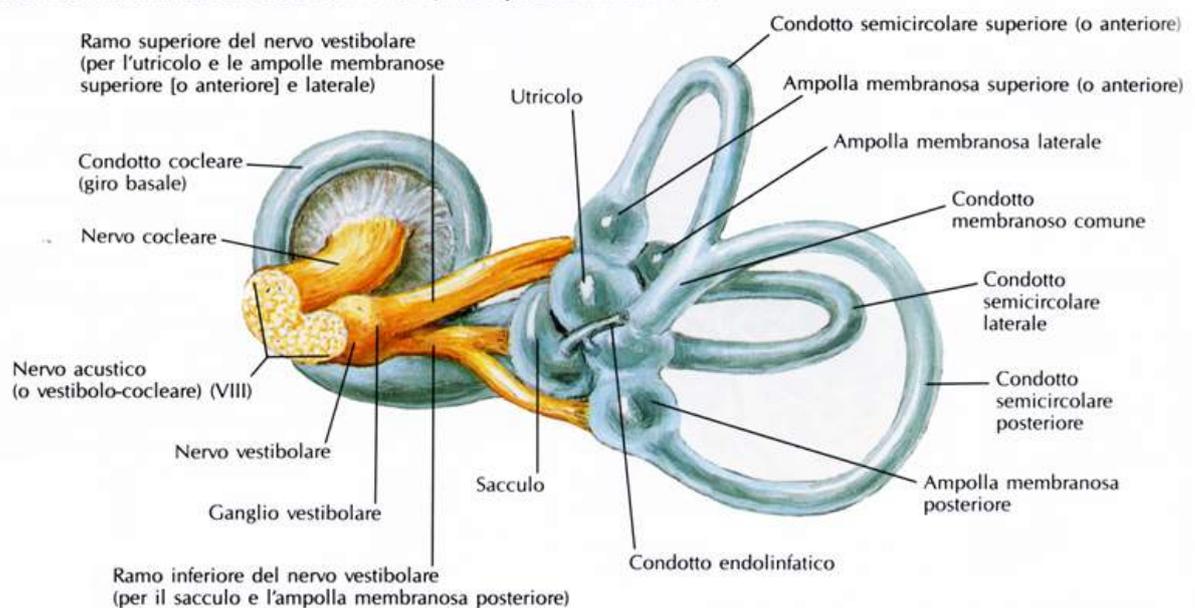
Successivamente verranno elencate le tecniche utilizzate per il trattamento.

L'apparato vestibolare

Il labirinto membranoso (apparato o sistema vestibolare) è un sistema di cavità le quali contengono i sensori per i sistemi vestibolare e uditivo.

Ha importanti funzioni sensoriali e motorie, che contribuiscono alla percezione dei propri movimenti, della posizione della testa, dell'orientamento spaziale rispetto alla gravità e al mantenimento dell'equilibrio.

Labirinto membranoso di destra con i nervi, visto postero-medialmente



L'apparato vestibolare è riempito da un liquido chiamato endolinfa.

Il sistema vestibolare, come quello uditivo, utilizza cellule ciliate per trasdurre movimenti.

Esso include 2 tipi di strutture:

- gli organi otolitici: sensibili alle accelerazioni lineari della testa ed in grado di captare la posizione della testa rispetto alla gravità;
- i canali semicircolari: sensibili alle rotazioni del capo.

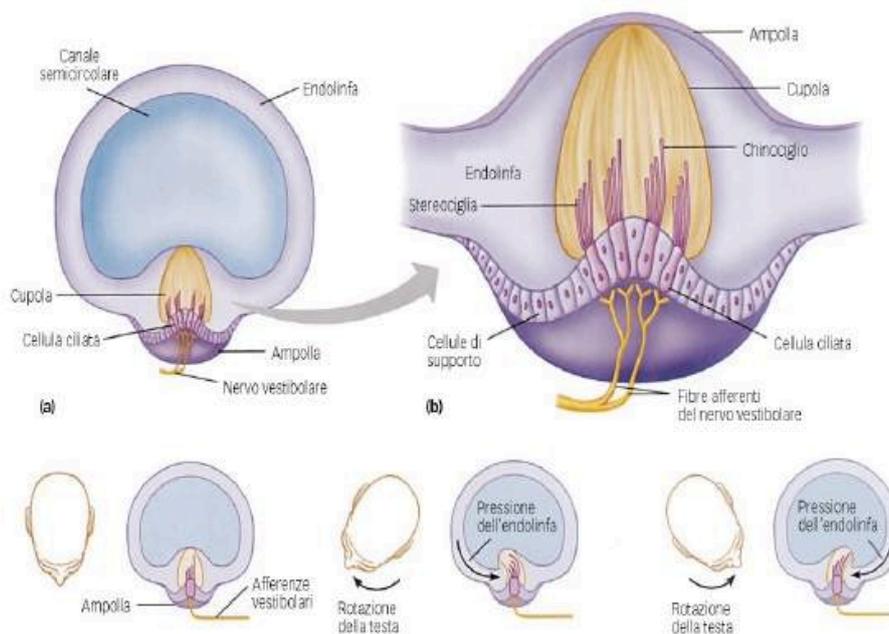
Lo scopo ultimo di ciascuna struttura è di trasmettere energia meccanica, derivata dal movimento della testa, alle sue cellule ciliate. Ogni cellula ciliata è sensibile ad un particolare tipo di movimento.

I canali semicircolari

I canali semicircolari sono le 3 strutture ad arco del labirinto. Si trovano su piani ortogonali, cioè c'è un angolo di circa 90° tra ogni coppia di essi.

L'accelerazione angolare è data da un improvviso movimento rotazionale ed è lo stimolo primario per i canali semicircolari. Le ciglia proiettano nella cupola gelatinosa.

Tutte le cellule ciliate hanno le loro chinociglia orientate nella stessa direzione e ciò significa che sono tutte eccitate o inibite insieme. I canali semicircolari sono riempiti con endolinfa.



- Il piegamento delle ciglia si verifica quando il canale è improvvisamente ruotato intorno al suo asse; quando la parete del canale e la cupola cominciano ad avvolgersi, l'endolinfa tende a rimanere indietro a causa dell'inerzia. Il ritardo dell'endolinfa esercita una forza sopra la cupola. Questa forza piega la cupola, che piega le ciglia, le quali (a seconda della direzione della rotazione) eccitano o inibiscono il rilascio di neurotrasmettitore dalle cellule ciliate sugli assoni del nervo vestibolare.
- Una rotazione della testa che dura a lungo porta all'adattamento della scarica degli assoni vestibolari.
- Quando la rotazione del capo (e dei canali) si ferma, l'inerzia dell'endolinfa causa il

piegamento della cupola nell'altra direzione, generando una risposta opposta da parte delle cellule ciliate e la sensazione temporanea di contro rotazione.

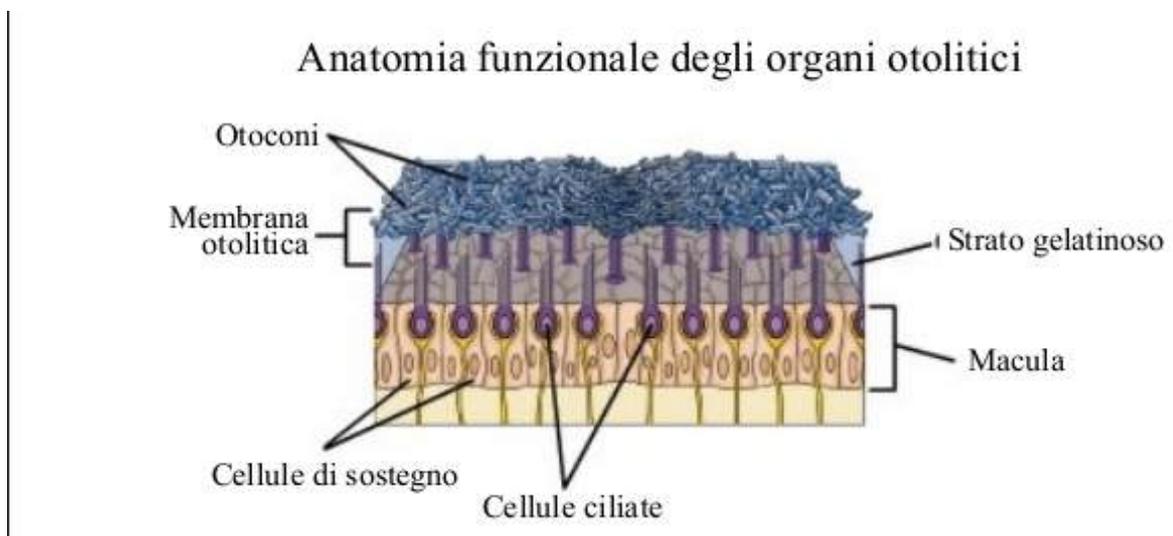
- Ogni canale è accoppiato con un altro nel lato opposto della testa. Mentre la rotazione eccita le cellule ciliate di un canale, contemporaneamente inibisce le cellule ciliate del canale controlaterale accoppiato.

Gli organi otolitici

Gli organi otolitici sono coppie di camere relativamente larghe: il sacco e l'utricolo, vicino al centro del labirinto.

Quando si piega la testa, l'angolo tra gli organi otolitici e la forza di gravità cambia.

Ogni organo otolitico contiene un epitelio sensoriale chiamato macula, che è orientato verticalmente all'interno del sacco ed orizzontalmente all'interno dell'utricolo quando il capo è dritto.



La macula vestibolare contiene cellule ciliate che si trovano tra un letto di cellule di sostegno con le loro ciglia proiettate verso una calotta gelatinosa.

Gli organi otolitici presentano un sottile cristallo di carbonato di calcio chiamato otolite o otocone (1-5 μm di diametro). Gli otoliti sono incastrati sulla superficie gelatinosa della macula vicino alla punta dei fasci di ciglia e costituiscono la struttura chiave alla base della sensibilità dell'inclinazione che ha la macula.

- Quando l'angolo della testa cambia, o quando la testa accelera, una forza è esercitata sugli otoliti; questa a sua volta esercita una forza nella stessa direzione sulla calotta gelatinosa, che si muove appena, e le ciglia delle cellule ciliate si piegano.

Ogni cellula ciliata ha un ciglio di una lunghezza particolare, il chinociglio. Il piegamento delle ciglia verso il chinociglio provoca un potenziale di recettore depolarizzante eccitatorio; il piegamento delle ciglia nella direzione opposta al chinociglio iperpolarizza la cellula e dà origine ad un potenziale di recettore inibitorio.

- Ogni cellula ciliata ha una direzione preferenziale. Quindi un'inclinazione o accelerazione del capo eccita alcune cellule ciliate, ne inibisce altre e non ha alcun effetto sulle rimanenti. Grazie all'utilizzo simultaneo dell'informazione codificata, il SNC può interpretare senza ambiguità tutti i possibili movimenti lineari.

La Vertigine Parossistica Posizionale

La patologia, conosciuta anche come "cupololitiasi, canalolitiasi" è determinata da un brusco distacco degli otoliti all'interno del labirinto.

Il distacco che avviene per cause non ancora del tutto note anche se sono state formulate diverse ipotesi: disturbi della microcircolazione ematica, traumi cranici o cervicali, forme idiopatiche.

Così facendo, gli otoliti stimolano erroneamente alcuni recettori e danno l'illusione di movimenti che non avvengono (soprattutto la rotazione).

La sintomatologia, ad insorgenza improvvisa, è caratterizzata da:

- Violente vertigini rotatorie (oggettive) di brevissima durata (da qualche secondo a qualche minuto) scatenate dai movimenti del capo e del collo e del tronco
- Nystagmo (movimento involontario degli occhi) con caratteristiche particolari
- Tendenza alla recidiva
- Assenza di sintomi otologici e neurologici
- Presenza di sintomi neurovegetativi (nausea, conati di vomito, tachicardia) di breve durata

La Diagnosi

La diagnosi viene formulata, oltre che dalla tipica descrizione dei sintomi, anche da una manovra eseguita dallo specialista che evidenzia la presenza del tipico nystagmo (manovra diagnostica di Dix-Hallpike o di Semont).

Il trattamento

La VPPB è trattata sottoponendo il paziente a manovre liberatorie specifiche, il cui scopo è di allontanare, nel giro di pochi secondi, l'ammasso dal canale semicircolare interessato. Tra le più utilizzate ricordiamo la manovra di Epley, Semont, Gufoni, la posizione coatta di Vannucchi, ecc.

L'efficacia della manovra è confermata dall'immediata scomparsa dei sintomi: i movimenti e le posizioni scatenanti che fino a qualche minuto prima determinavano vertigine e nistagmo non provocheranno più alcun fastidio.

Dopo manovra liberatoria efficace può persistere instabilità, che scomparirà con il recupero della funzione della macula dell'utricolo: affinché questo avvenga, dovrà essere prodotta una quantità di otoliti tale da "riempire" il vuoto lasciato dagli otoliti distaccatisi in eccesso.

Il nostro Intervento

Come possiamo vedere il trattamento della Vertigine Parossistica Posizionale è per lo più d'interesse medico-specialistico.

La domanda che sorge è questa:

Possiamo essere d'aiuto con il nostro intervento al nostro paziente?

La risposta è sì. Ed ora andremo ad approfondire alcuni concetti fisiologici per spiegare perché un nostro intervento può essere d'aiuto in caso di VPPB ma in generale in caso di sintomi fastidiosi quali le vertigini.

In una proficua ed interessante collaborazione con un Medico Specialista in Otorinolaringoiatria, l'interesse si è concentrato su un aspetto fondamentale legato all'insorgenza delle vertigini:

la **Propriocezione**.

La Propriocezione

È definita come la consapevolezza della posizione e dei movimenti del nostro corpo nello spazio è mediata da recettori chiamati propriocettori, localizzati nei muscoli e nelle articolazioni e può essere sia cosciente che inconscia.

Per esempio, se alziamo le braccia sopra la testa, anche se abbiamo gli occhi chiusi, siamo consapevoli della loro posizione grazie alle informazioni inviate dai propriocettori. Tale sensibilità insorge all'interno di un organo (fascia connettivale, articolazioni, tendini, muscoli, capsule articolari, cute, visceri ecc.) attraverso la stimolazione di specifici recettori sensoriali: esterocettori cutanei, propriocettori, enterocettori e recettori vestibolari.

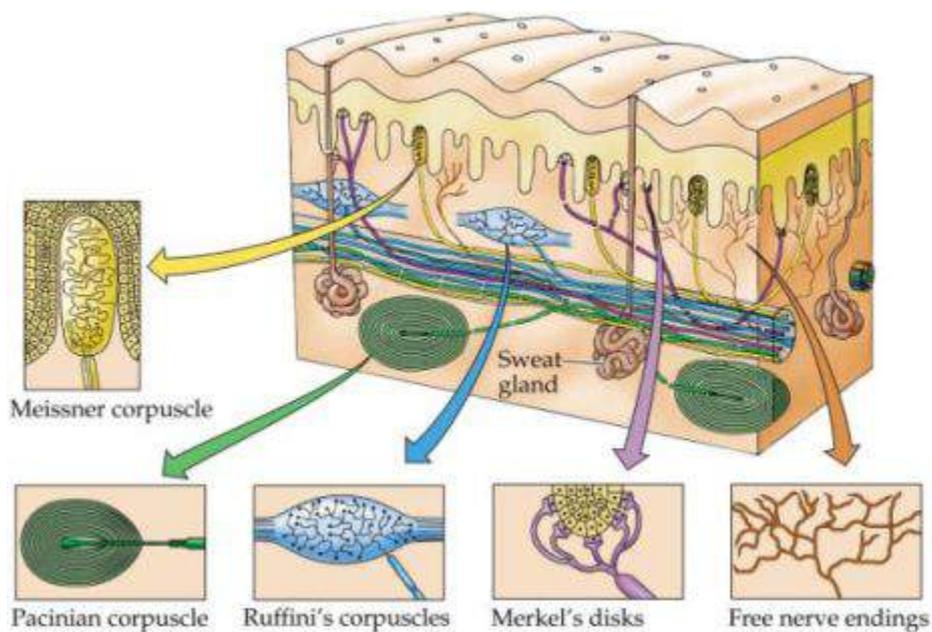
La propriocezione assume quindi un'importanza fondamentale nel complesso sistema dell'equilibrio e del movimento.

I recettori sensoriali nervosi sono formazioni distribuite in tutto il corpo con la funzione di ricevere i diversi stimoli esterni e interni all'organismo e di trasmetterli, trasducendoli in impulsi elettrici, attraverso le fibre nervose afferenti, al sistema nervoso centrale. Fra i neurorecettori sensoriali, gli esterocettori cutanei e i propriocettori importanti sono recettori sensoriali sensibili a stimoli provenienti dall'esterno quali il tatto, la pressione cutanea e altre variazioni strutturali di tipo meccanico (meccanocettori) di derivazione anche interna. Essi possiedono caratteristiche strutturali e di adattamento diverse e suscitano variazioni organiche locali e in taluni casi anche generali. Tali recettori sensoriali sono responsabili della propriocezione e cinestesia fornendo al sistema dell'equilibrio informazioni sull'ambiente (esterno e interno) consentendo al sistema posturale di conoscere, istante per istante, la posizione e lo stato di ogni osso, muscolo, organo e sistema.

Gli Organi di Senso Propriocettivi

Gli organi di senso propriocettivi possono essere suddivisi in tre gruppi principali:

- I recettori muscolari, di cui fanno parte i fusi neuromuscolari, gli organi tendinei del Golgi, i recettori del Pacini a collocazione muscolare, e le terminazioni muscolari libere del muscolo, del perimysio e dell'epimysio;
- i recettori articolari;
- i meccanocettori cutanei, di cui fanno parte i corpuscoli di Merkel, i corpuscoli di Meissner, i corpuscoli di Ruffini e i corpuscoli di Pacini.



I fusi e gli organi del Golgi sono recettori sensibili allo stato di allungamento del muscolo, particolarmente utili nel definire i parametri per il sistema propriocettivo incosciente (facente capo al cervelletto) o per le risposte riflesse (midollo spinale). Svolgono un ruolo di primaria importanza sia nella propriocezione che nei meccanismi del controllo motorio. Inoltre sembrano essere più adatti ad informare sulle caratteristiche meccaniche del movimento che sullo stato di riposo dell'apparato locomotore. Il senso di movimento sarebbe quindi il tipo di informazione da loro preferibilmente codificata.

I recettori articolari e cutanei, pur essendo fondamentali a livello di propriocezione incosciente, giocano un ruolo più importante nelle sensazioni statiche, quindi nel senso di posizione (propriocezione cosciente).

Sono stati effettuati studi (Gandevia e Burke 1992) nei quali si è stimolata artificialmente l'afferenza da ciascuno dei meccano-recettori cutanei e dei recettori articolari e si sono notate delle differenze.

La stimolazione delle fibre provenienti dai corpuscoli di Merkel dà la sensazione di pressione cutanea o indentazione della cute.

La stimolazione delle fibre provenienti dai corpuscoli di Meissner dà la sensazione di vibrazione localizzata, strettamente aderente alla durata ed alla frequenza dello stimolo.

La stimolazione delle fibre provenienti dai corpuscoli di Ruffini dà la sensazione, occasionale, di movimento articolare.

La stimolazione dalle fibre provenienti dai corpuscoli del Pacini dà la sensazione di una vibrazione diffusa.

La sensazione proveniente dai recettori articolari dà la sensazione di pressione profonda focalizzata, di movimento o sollecitazione articolare.

Conclusioni

Possiamo affermare dunque che, oltre al sistema vestibolare, ricopre una fondamentale importanza nello studio e nel trattamento dei casi in cui siano presenti vertigini, la componente legata a sopra citati recettori sensoriali: esterocettori cutanei, proprio-recettori, enterocettori e recettori vestibolari.

L'obiettivo del nostro intervento sarà dunque quello di permettere alle strutture del corpo di svolgere la loro funzione in modo corretto.

Ora andremo ad indicare le tecniche e il tipo di trattamento intrapreso nel caso clinico che abbiamo valutato nelle pagine precedenti.

Il trattamento e il diario osteopatico

Prima seduta (14 marzo 2017)

Riassumiamo brevemente il risultato della nostra valutazione:

A livello osteopatico possiamo indicare due disfunzioni principali:

C1-C2 in Rsx

Diaframma in Espirazione

In aggiunta abbiamo:

Fegato in disfunzione (probabilmente per i medicinali presi negli ultimi giorni)

Grande tensione a livello miofasciale in tutti i muscoli di testa e collo.

Risulta fondamentale però non concentrarsi sulle singole disfunzioni poiché appaiono secondarie; queste disfunzioni sono il risultato di una condizione generale di disequilibrio, dovute anche ad una patologia molto invasiva e molto acuta.

Possiamo ipotizzare che le due situazioni siano ognuna causa-effetto dell'altra.

Dopo la nostra valutazione, l'obiettivo principale sarà quello di abbassare tutte le tensioni, strutturali e psicologiche, visto che il paziente si presenta da noi dopo giorni molto difficili.

Come approccio iniziale ho deciso di eseguire una *compressione del quarto ventricolo*.



Alla tecnica di compressione del quarto ventricolo (CV4) alcuni autori attribuiscono come risultato la capacità di attivazione del Sistema Nervoso Autonomo, la modificazione del battito cardiaco, della pressione sanguigna, della velocità del flusso sanguigno e dell'ossigenazione dei tessuti cerebrali. Inoltre, si è potuta osservare una produzione di un incremento delle onde alfa a livello elettroencefalografico, una riduzione della latenza del sonno e una diminuzione dell'ansia in soggetti sani.

Ho deciso di utilizzare questa tecnica per un duplice motivo:

- Diminuzione dell'Ansia
- Miglior flusso sanguigno, migliore ossigenazione.

Entrambi i risultati che spero di ottenere portano ad un rilassamento muscolare e mi permettono di continuare con le tecniche miofasciali per eliminare la tensione ai muscoli di collo e testa.

Per esempio possiamo cominciare con una manovra globale come uno *stiramento cervicale* da supino:



Poi possiamo eseguire un *release sottoccipitale*:



Continuando con un *release dei paravertebrali*:



Anche queste manovre mi permettono di lavorare sia sulla componente strettamente strutturale che sulla sfera psicologica.

La paziente dopo questo inizio di trattamento mi indica già un miglioramento dei sintomi.

Per concludere il trattamento mi concentro sulla sintomatologia viscerale.

Mi aiuterà migliorare la situazione ulteriormente e permetterà al paziente di affrontare le prossime sedute nel migliore dei modi.

Inizieremo con una *tecnica indiretta sul fegato*:



Questa tecnica molto dolce ci permette di rivalutare al meglio le disfunzioni, di “sentire” sotto le nostre dita le tensioni e, grazie alla gravità e al peso dell’organo, di andare a risolverle.

Ho deciso di utilizzare una tecnica meno invasiva e dolorosa per evitare una risposta eccessiva da parte del paziente.

Ho deciso di utilizzare tutte tecniche passive poiché volevo far sì che il paziente si sentisse seguito ed ascoltato al 100% e per evitare attivazioni potenzialmente dannosi sia dal punto di vista psicologico che sintomatologico.

Più il paziente si sente abbandonato tra le nostre mani più sarà facile raggiungere i nostri obiettivi.

Conclusioni prima seduta

La paziente riferisce uno stato di benessere generale e rilassamento diffuso.

Il primo obiettivo è stato raggiunto.

Come si può notare non ho voluto trattare nessuna delle due disfunzioni “maggiori” che avevo riscontrato durante la valutazione ma ho voluto creare un clima di totale fiducia da parte del paziente ed ho scelto un approccio passivo ed indiretto per andare ad abbassare le tensioni create in questi giorni.

Seconda seduta (16 marzo 2017)

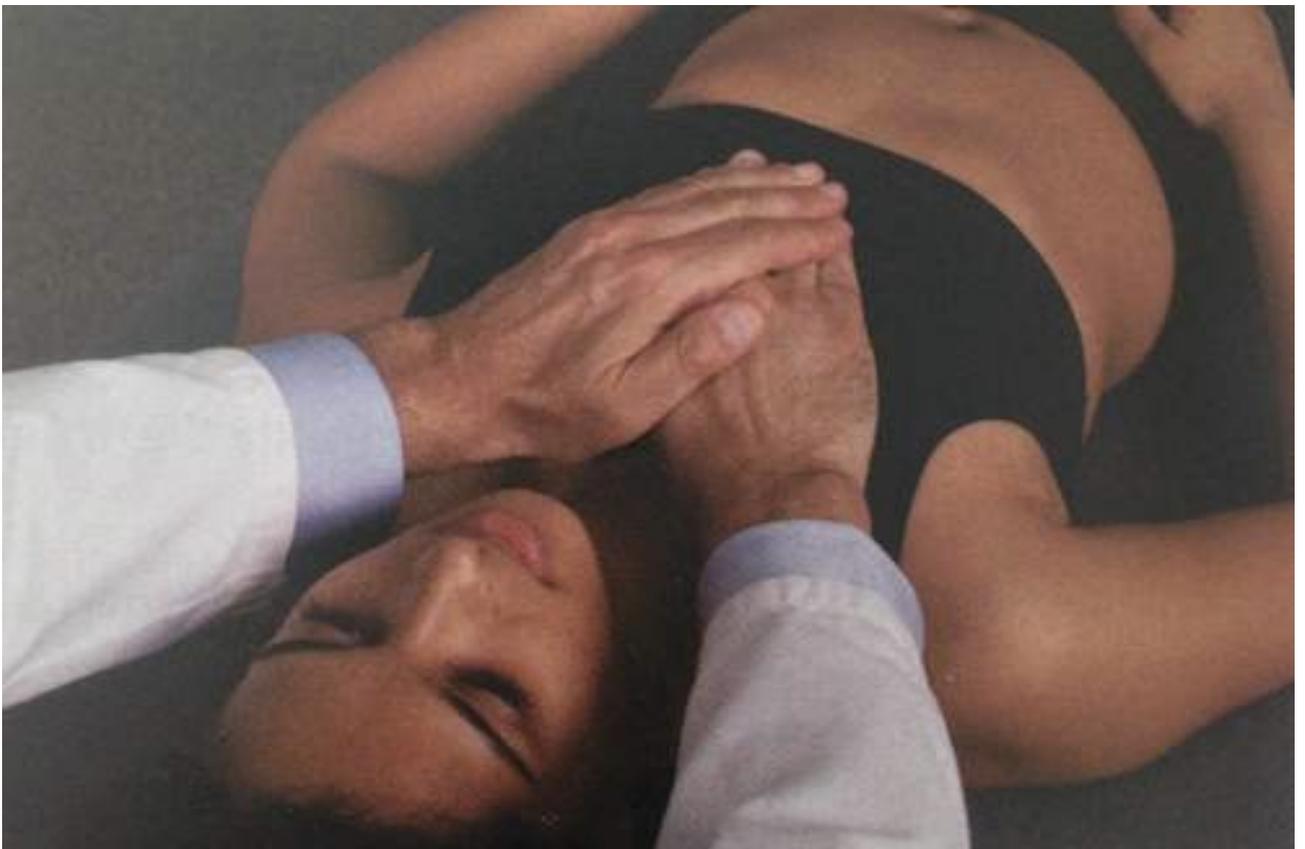
La paziente mi riferisce che la sensazione di benessere si è mantenuta per tutto il giorno e per il giorno successivo al trattamento. È migliorato lo stato d'animo del paziente ma è ancora presente, seppur in maniera minore, una sgradevole sensazione di stordimento.

Il paziente riferisce di sentirsi, a volte, "in una bolla".

Ripensando all'importanza della propriocezione decido di eseguire un lavoro mirato sulla muscolatura della zona cervico-toracica.

Comincio comunque la seconda seduta con la tecnica di *Compressione del 4 Ventricolo*.

Per rendere questa tecnica più efficace possibile la integro con una tecnica linfatica molto importante e molto efficace: la *Pompa toracica di Miller*:



L'obiettivo è quello di aumentare la pressione negativa intratoracica, aumentare il ritorno linfatico e stimolare il sistema immunitario.

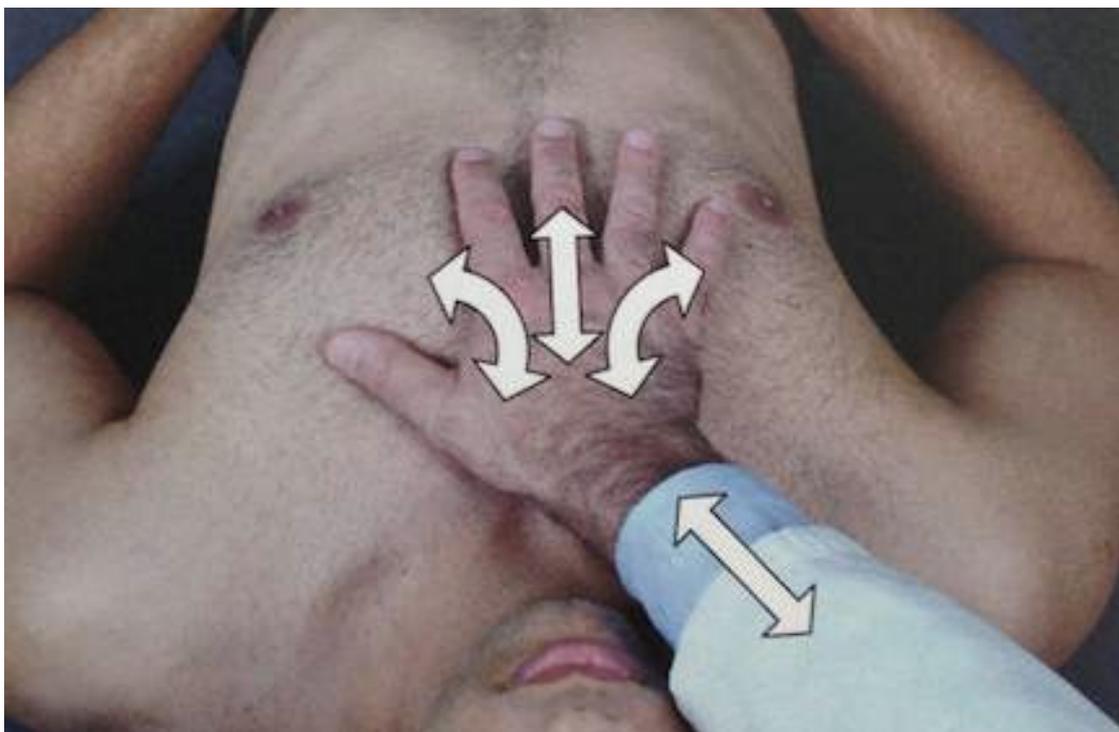
La prima fase consiste in una sorta di "preparazione" alla fase successiva; una migliore circolazione vascolare e linfatica mi permetterà di lavorare al maglio sulla parte miofasciale.

Decido di effettuare tecniche di release miofasciale.

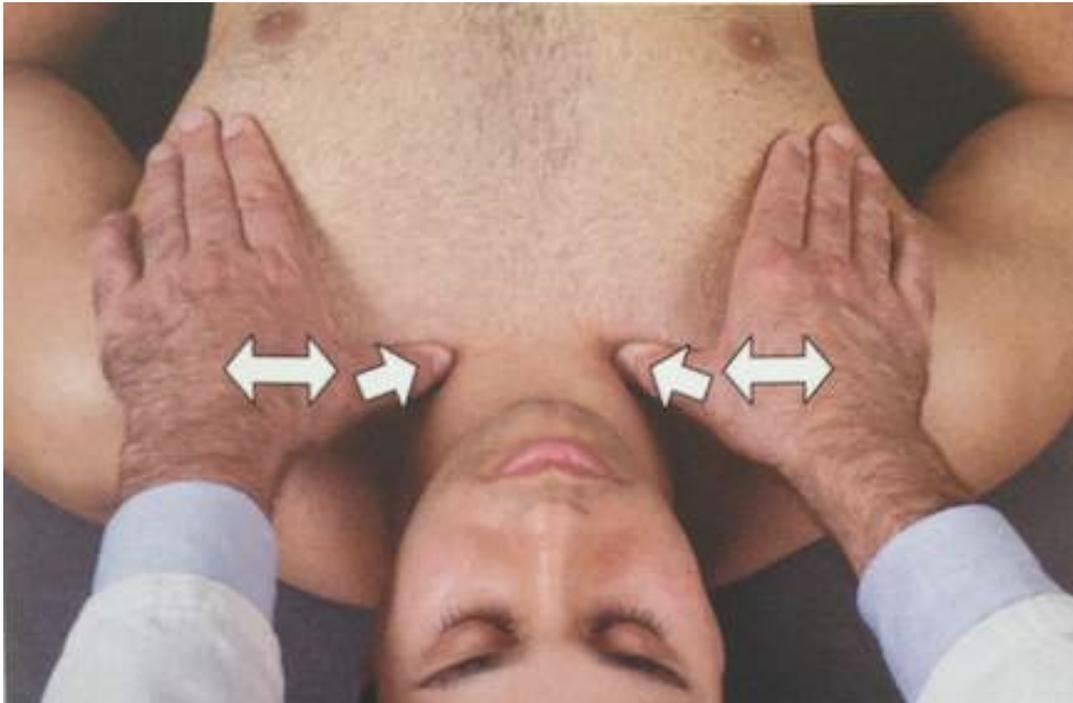
Queste tecniche sono ottime poiché portano diversi miglioramenti:

- Riducono le tensioni muscolari e fasciali
- Allungano e migliorano l'elasticità delle strutture miofasciali accorciate per migliorare il range of motion della regione
- Riducono l'asimmetria teso-lasso per migliorare la consistenza nei tessuti lassi aumentando l'elasticità nei tessuti tesi
- Migliorano la circolazione di una specifica zona e per fenomeni riflessi migliora anche la circolazione in zone lontane
- Potenziano l'effetto di altre tecniche osteopatiche

Iniziamo con un lavoro sul tendine centrale posizionando la nostra mano sullo sterno.

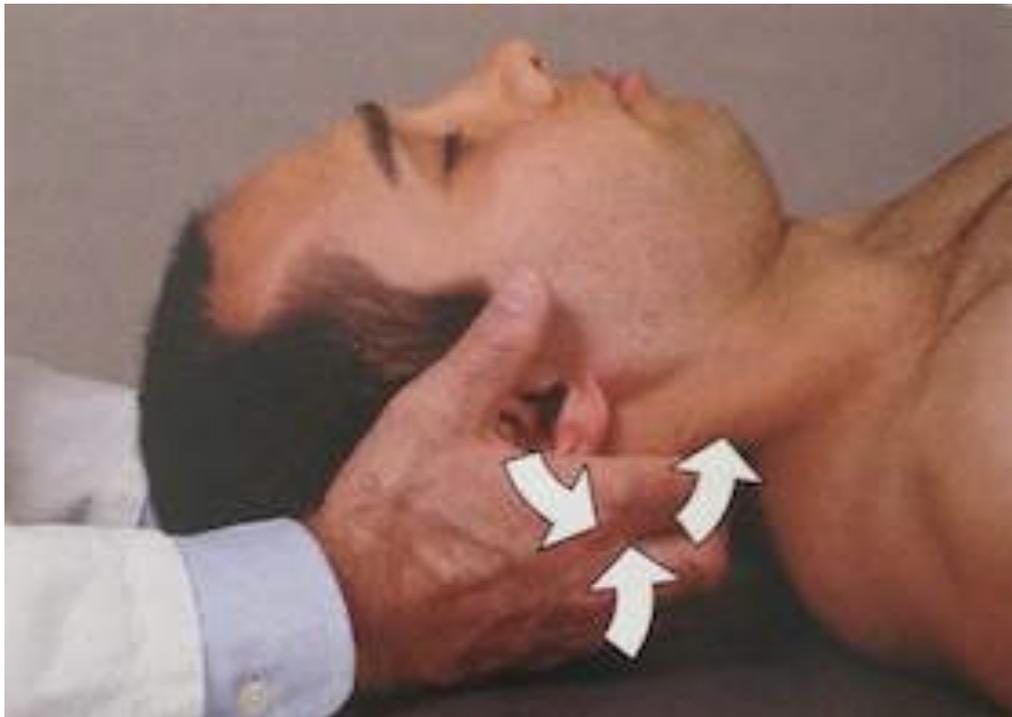


Continuiamo con un lavoro sui *muscoli scaleni*:



Per poi passare ad un *cradling*:

L'importante in questa tecnica è lavorare sui vari assi ed applicare una tensione moderata ma decisa fino ad apprezzare il rilascio delle strutture.



Infine risulta fondamentale le *tecniche sui tessuti molli*:



Per esempio, è molto efficace la *pressione inibitoria* sul muscolo trapezio.

Viene effettuata una pressione sul muscolo finchè non si avverte palpatariamente un cambio nella struttura del tessuto.



Conclusioni seconda seduta

La paziente riferisce un'aumentata sensazione di rilassamento e benessere. La sensazione di stordimento lascia il posto ad una sensazione di stanchezza generale. Il tratto cervico-dorsale appare meno rigido e più libero. Decido di lasciare passare il fine settimana e di rivederla dopo 4 giorni.

Terza seduta (20 marzo 2017)

La paziente riferisce che la sintomatologia che presentava in prima seduta è ridotta praticamente del 90%. Non ha più la sensazione di stordimento iniziale e può ritenersi soddisfatta.

Decido di andare a rivalutare le disfunzioni riscontrate in prima valutazione che erano:

C1-C2 in Rsx

Diaframma in Espirazione

Ripeto valutazione:

Esame Dinamico

Test Attivo:

Paziente riferisce libertà di movimento in quasi tutti i movimenti del capo.

Test Passivo:

Nel Test in Inclinazione e in Flesso/Estensione il paziente non riferisce sintomi.

Il paziente riferisce sensazione di blocco nella rotazione pura C1-C2.

C0-C1: Il paziente non riferisce particolari sintomi.

C1-C2: La paziente riferisce sensazione di blocco nella rotazione a destra, che risulta leggermente limitata.

C3-C7: La paziente riferisce libertà ed assenza di dolore.

Esame Palpatorio:

Notevole miglioramento nella respirazione anche se il diaframma risulta ancora limitato nella fase inspiratoria.

La tensione a livello sternale a carico dei muscoli inspiratori risulta tuttavia minore e la situazione generale appare migliorata. La paziente riferisce una scomparsa degli attacchi d'ansia.

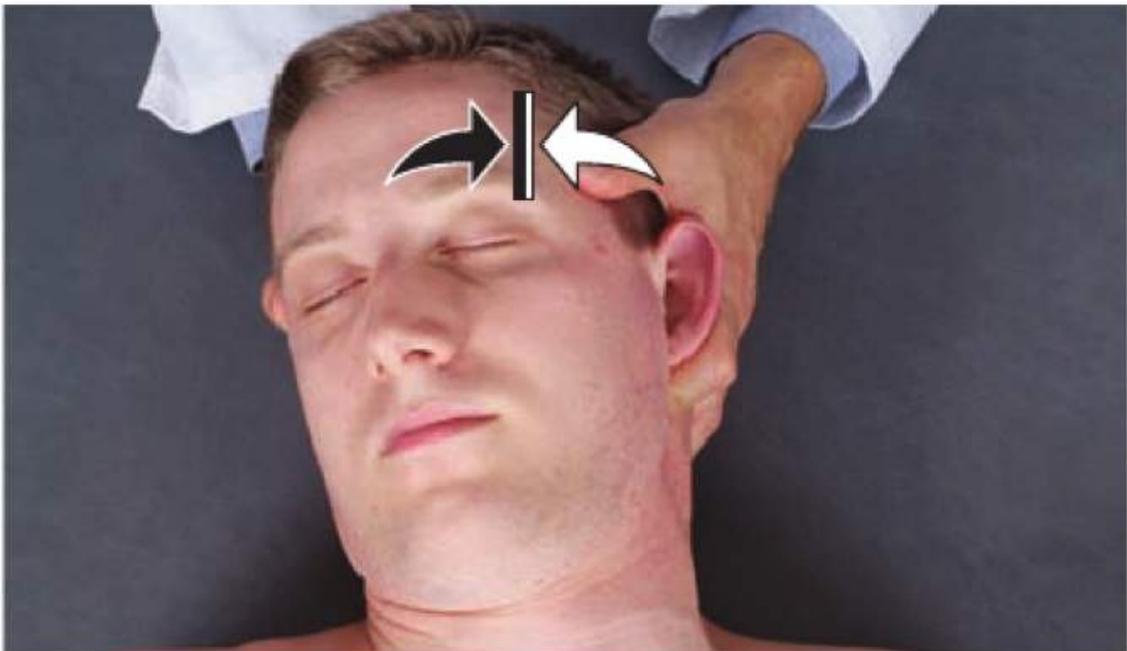
Conclusioni

Possiamo affermare che la situazione generale è notevolmente migliorata. Sono ancora presenti le disfunzioni trovare che andremo a trattare nel corso della seduta.

Per prima cosa ci concentriamo sulla zona cervicale.

Cominciamo con una CV4 per i motivi che abbiamo elencato in precedenza.

Continuiamo con un release miofasciale che ci permetterà di svolgere al meglio una delle tecniche più importanti della nostra seduta: la *tecnica MET* su C1.



Prediligiamo questa tecnica per vari motivi:

- Il paziente è collaborante e si fida di noi
- È meno invasiva e più tollerata
- La disfunzione è facilmente risolvibile
- Evitiamo uno stress inutile a livello muscolare dopo la preparazione che abbiamo effettuato
- Sappiamo che a livello muscolare non sono più presenti disfunzioni

Ritestiamo e possiamo notare come la disfunzione sia migliorata, la paziente non sente più il fastidioso “blocco” precedente.

Spostiamo la nostra attenzione sulla disfunzione diaframmatica.

È ovvia l'importanza del diaframma sia come muscolo respiratorio che come regolatore dei processi emodinamici principalmente a livello addominale e mediastinico andando ad influire sul ritorno venoso degli arti inferiori.

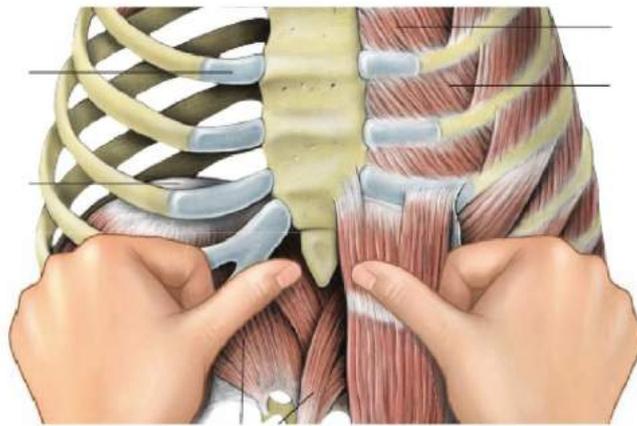
Questa considerazione può portare al pensiero che una scorretta azione dinamica del diaframma possa portare dei sintomi anche a livello vascolare.

Dunque nella globalità della situazione della nostra paziente possiamo capire quanto sia importante che l'atto respiratorio sia il più fisiologico e funzionale possibile.

Dobbiamo quindi inserire il trattamento del diaframma non come mero superamento della disfunzione ma come miglioramento del benessere globale cardio-respiratorio e di conseguenza di tutto l'organismo.

Trattiamo il paziente con una mobilizzazione del Diaframma.

- Paziente supino con ginocchia piegate, piedi in appoggio
- Osteopata a lato del paziente pone pollici sotto arcata costale vicino al processo xifoideo
- Paziente deve inspirare profondamente ed espirare
- Osteopata nella espirazione esegue con pollici il rilassamento diaframmatico
- Nella successiva inspirazione, osteopata resiste delicatamente
- Osteopata guadagna nella barriera nell'espirazione



Ripetiamo la tecnica più volte fino a sentire i tessuti sottostanti che si rilassano.

Sfruttiamo la respirazione per mettere il paziente a suo agio.

Conclusioni terza seduta

Dopo aver rivalutato il paziente possiamo affermare che le disfunzioni trattate non siano più presenti.

La paziente è molto soddisfatta.

Decido di rivedere la paziente il giorno 27 marzo a distanza di una settimana.

Inoltre il giorno 24 avrà la visita di controllo dal Medico Specialista.

Quarta seduta (27 marzo 2017)

La paziente sta molto meglio, non ha più particolari problemi.

Lo specialista ritiene che il problema sia stato superato.

In un confronto costruttivo interdisciplinare il Medico Specialista mi consiglia di valutare l'Articolazione Temporo-Mandibolare.

Ritiene che una disfunzione può essere causa di molti problemi con sintomatologia simile alla Vertigine Parossistica Posizionale.

Prima di iniziare la valutazione andiamo velocemente a rivalutare i distretti esaminati nelle sedute precedenti.

Le disfunzioni rilevate non sono più presenti.

Decido comunque di svolgere un lavoro miofasciale e vascolare per mantenere la situazione di benessere.

Comincio con una CV4 e un release a livello dello sterno per poi lavorare globalmente su tutti i muscoli del collo.

Continuo con un lavoro a livello viscerale, valutazione e trattamento coincidono: cerco di trovare ed eliminare tensioni a livello dell'addome.

Per finire prima della valutazione della ATM eseguo una tecnica respiratoria con inspirazioni ed espirazioni forzate.

Sono pronto a valutare l'Articolazione Temporo-Mandibolare.

Valutazione

Con il test delle tre dita risulta esserci una normoconvergenza della ATM.

Anche il movimento condilare risulta funzionale, non ci sono evidenti deviazioni del mento e nessun scroscio articolare risulta apprezzabile.

Il movimento non risulta disfunzionale; tuttavia alla palpazione il muscolo temporale e il muscolo massetere risultano non dolenti ma comunque fastidiosi.

La paziente mi riferisce di aver effettuato un lungo lavoro orto dentistico biennale.

L'apparecchio è stato rimosso circa 3 mesi fa e la masticazione nei primi tempi è risultata difficoltosa.

Decido dunque di sfruttare la quarta seduta per trattare i muscoli coinvolti nella masticazione.



Trattamento

Decido di effettuare un trattamento di tipo miofasciale sulla muscolatura dolente.
Con un gentile pressione si cerca di abbassare la tensione dei muscoli che andiamo a trattare.

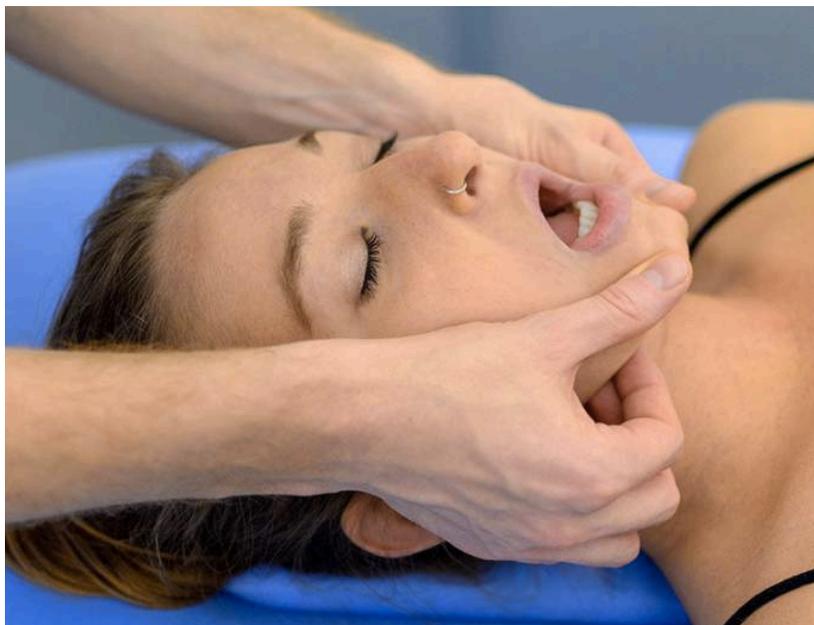
Comincio col trattamento del muscolo Temporale:



Continuo col muscolo Massetere:



Infine chiudiamo il trattamento con i muscoli pterigoidei interni ed esterni:



Conclusioni finali

Ad oggi, la paziente non ha più presentato disturbi legati alla sintomatologia iniziale. Abbiamo effettuato di nuovo i test e non abbiamo rilevato disfunzioni particolari. Abbiamo effettuato altre due sedute a cadenza mensile come mantenimento di una situazione di benessere e stabilità.

La paziente si ritiene soddisfatta del trattamento ricevuto, soprattutto in relazione alla sua condizione iniziale.

La scala VAS è passato da 3/10 a 0/10.

Non è più presente il senso di vivere in una bolla, aspetto più significativo nei sintomi e nella vita quotidiana della paziente.

Quindi possiamo dire che l'obiettivo è stato raggiunto.

In questo caso il Trattamento Osteopatico è stato utile a completare il trattamento specialistico e a far sì che la paziente tornasse ad una situazione di completo benessere.

Riflessioni

La situazione iniziale della paziente di vertigine, nausea, vomito e difficoltà a compiere azioni apparentemente elementari quali camminare o semplicemente girarsi nel letto, sembrava di difficile risoluzione.

Il caso clinico presentato è l'esempio di come la collaborazione tra figure professionali diverse possa portare ad una migliore risoluzione di problematiche, anche gravi.

Un altro aspetto fondamentale di questo caso clinico è stata la modalità di intervento.

“L'obiettivo del medico deve essere quello di trovare la salute. Tutti sono capaci di trovare la malattia”. A.T. Still.

Con questo cosa si vuole intendere?

Già dal primo momento abbiamo cercato il benessere del paziente, ciò che a livello psico-fisico lo faceva sentire bene. Non ci siamo concentrati sulla singola disfunzione, ma sul paziente a 360 gradi. Nelle prime 2 sedute addirittura non ci siamo lasciati fuorviare dalle disfunzioni trovate.

Global. Focal. Local.

È stato il primo insegnamento ricevuto in questa scuola; ed è stato il *modus operandi* in questo caso clinico; è stata la forza e il sentiero del trattamento.

Certo, sono sicuro che senza il primo intervento del Medico Specialista, i risultati non sarebbero stati così soddisfacenti; ma sono anche più che convinto che il mio intervento sia stato fondamentale nella ripresa alla vita “normale” della paziente.

Da un punto di vista prettamente scientifico-statistico non si possono rilevare protocolli o dati di riferimento, il mio interesse era quello di mostrare che attraverso il ragionamento corretto si possono raggiungere obiettivi insperati anche in ambiti che sembrano di pertinenza prettamente specialistica.

Un altro aspetto personale che mi rende soddisfatto del percorso fatto sia nel trattamento che nei tre anni di studio è stato il cambiamento di punto di vista nei confronti del paziente.

Mi sono iscritto in questa scuola da laureato in Fisioterapia, dopo 3 anni di protocolli, 3 anni di cartelle cliniche e di manovalanza. Avevo bisogno di un nuovo punto di vista.

Di un modo nuovo di intendere la mia professione.

Non sono d'accordo quando sento dire che un fisioterapista che si avvicina all'Osteopatia o non la accetta o finisce per abbandonare la Fisioterapia.

L'obiettivo finale è il medesimo: la Salute del nostro paziente.

La forza dell'Osteopatia, secondo me è quella di guardare il paziente da lontano, dal non focalizzarsi su una singola disfunzione.

Questi 3 anni dunque sono stati, nonostante alti e bassi, momenti di luce e momenti di buio, molto costruttivi per il mio modo di pensare e di lavorare.

Non mi sento cambiato, mi sento notevolmente migliorato.

Ringraziamenti

E se mi sento migliorato lo devo soprattutto alla mia ragazza Anna, che mi ha supportato in questi 3 anni e mi ha dimostrato che la tenacia e la voglia di far bene ti porteranno sempre a grandi risultati. Se ho fatto questo percorso non l'ho fatto solo per me ma anche per lei, per noi.

Ringrazio la mia famiglia che crede sempre in quello che faccio.

Ringrazio poi Omar ed Elisa, compagni, colleghi, Amici. Senza di loro sarebbe stato tutto molto meno Bello.

Ringrazio il Direttore Luca Bonadonna, i docenti e le segretarie della Scuola.

Ringrazio la Medical Therapy per l'ospitalità nel tirocinio e Andrea per i consigli dati.

Bibliografia

- Fisiologia Umana, un approccio integrato. Dee Unglaub Silverthorn. Pearson.
- Anatomia dell'Uomo. Ambrosi e altri autori. EdiErmes
- Atlante di tecniche osteopatiche - Alexander S. Nicholas, Evan A. Nich
- Robbins - Fondamenti di patologia e di fisiopatologia di Kumar - Abbas - Aster - Robbins
- Principi di Medicina Manuale, Greenman

Sitografia

- www.fisiobrain.com
- www.albanesi.it
- www.otorinolaringoiatria.org
- www.medicitalia.it

Sono state utilizzate immagini provenienti dalle dispense fornite dalla Scuola, dai siti e dai libri indicati.