



OSTEOPATHIC MANUAL THERAPY SCHOOL
SCUOLA DI OSTEOPATIA

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

**“EFFICACIA DEL TRATTAMENTO OSTEOPATICO
SU UN CASO DI DOLICOCOLON”**

Candidato:

Tiziana Monica Patrizia Donati

ANNO ACCADEMICO 2017 / 2018

fisiomedic
ACADEMY

Indice

Introduzione	5
1. IL COLON	7
1.1. Generalità	7
1.2. Il colon ascendente	8
1.3. La flessura colica destra	8
1.4. Il colon trasverso.....	9
1.5. La flessura colica sinistra	11
1.6. Il colon discendente	12
1.7. Il colon sigmoideo	12
1.8. Il retto.....	13
1.9. Vascolarizzazione dell'intestino crasso	16
1.10. L'innervazione dell'intestino crasso.....	18
1.11. I vasi linfatici.....	19
2. IL DOLICOCOLON.....	23
3. VISIONE OSTEOPATICA DELLA PATOLOGIA.....	29
3.1. Considerazioni	29
3.2. L'osteopatia	30
4. CASO CLINICO	33
4.1. Premessa	33
4.2. Colloquio conoscitivo con la paziente.....	33
4.3. Esame della paziente.....	38
4.4. Valutazione osteopatica.....	40
4.4.1. Valutazione in ortostatismo.....	40
4.4.2. Valutazione da seduta	44
4.4.3. Valutazione da prona	45
4.4.4. Valutazione da supina	46
5. TRATTAMENTO.....	55
5.1. Primo trattamento	55
5.2. Secondo trattamento.....	58
5.3. Terzo trattamento.....	59
5.4. Quarto trattamento	62
5.5. Quinto trattamento.....	63
6. CONCLUSIONI.....	65
7. Ringraziamenti	67
8. Bibliografia	69

Introduzione

Sono arrivata a considerare l'argomento del dolicocolon casualmente. Non è un argomento su cui la letteratura medica ha investito molto. Viene quasi banalizzato o per lo meno declassato a disturbo comune e di ordinaria gestione, consigliando una buona idratazione, del movimento, una dieta adeguata, ecc.

Tutto ciò è sicuramente corretto, ma spesso il solo modo in cui si giunge ad una diagnosi può essere fonte di stress e di smarrimento per il paziente, che può trovarsi costretto a passare da uno specialista ad un altro.

È per questo che ho aderito alla richiesta di un'amica di considerare i suoi disturbi, dopo molti anni che sta cercando suggerimenti, rimedi, strategie per trovare un modo efficace di affrontare la sua situazione: proprio per questo motivo mi è sembrato interessante e curioso riportare, accanto al trattamento che ho attuato, la sua esperienza e la sua testimonianza. Un racconto che mette in evidenza l'importanza di avere una visione ed un ascolto multifattoriale del paziente che incontriamo.

Prima di affrontare il caso clinico, e rendere così il tutto più comprensibile, è importante, però, ripercorrere i concetti basilari relativi al colon, per quanto riguarda sia la sua anatomia e fisiologia sia quella sua possibile anomalia, chiamata appunto dolicocolon.

1. IL COLON

1.1. Generalità

Il dolicocolon è un allungamento del colon anomalo legato ad un malfunzionamento di solito congenito. Il nome dolico deriva dal greco *dolichos*, che indica appunto *lunga distanza*, e va ad unirsi poi alla parola colon.

Il colon fa parte dell'intestino crasso che si estende dall'estremità distale dell'ileo all'ano. È lungo circa 1,5 metri nell'adulto. Esso assorbe liquidi e sali in notevole quantità. Si calcola che dall'intestino tenue (ileo) si riversino nel colon ascendente 800-1800 ml al giorno di liquido, di cui solo 40-400 ml vengono emessi con le feci.

L'intestino crasso è formato da: cieco, appendice, colon (ascendente, trasverso e discendente), sigma, retto e canale anale.

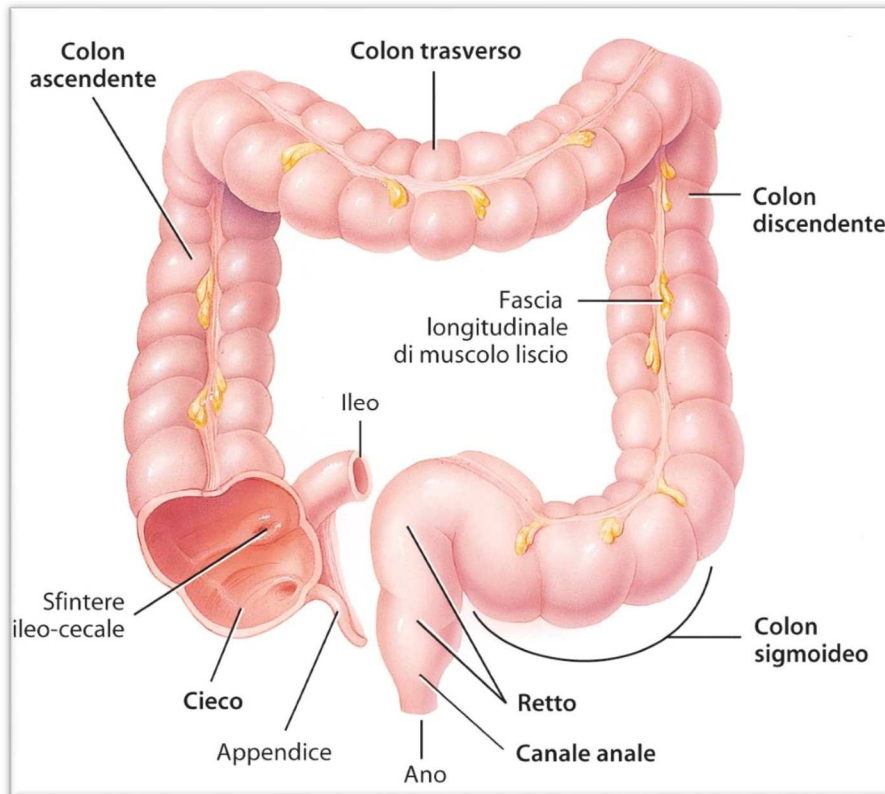
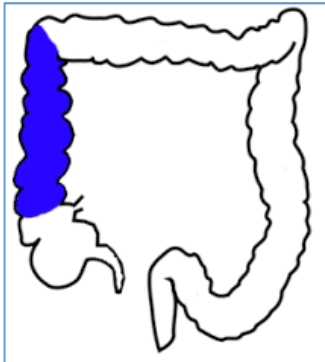


Figura 1- Intestino crasso

L'intestino crasso ha inizio nella fossa iliaca destra come cieco, con l'appendice annessa, e continua verso l'alto come colon ascendente.

1.2. Il colon ascendente

Lungo circa 15 cm, è più stretto del cieco. Inizia da questo e risale fino alla superficie inferiore del lobo destro del fegato; qui



piega bruscamente in avanti e verso sinistra formando la **flessura colica destra**.

Il colon ascendente è avvolto dal peritoneo, ad eccezione della striscia - nella sua superficie posteriore - che è connessa, tramite tessuto areolare:

- alla fascia che copre il muscolo iliaco,
- al ligamento ileo-lombare,
- al muscolo quadrato dei lombi,
- all'origine aponevrotica del muscolo trasverso dell'addome
- alla fascia perirenale davanti alla parte infero-laterale del rene destro.

Passano dietro il colon ascendente il nervo cutaneo laterale della coscia, la quarta arteria lombare e, talvolta, i nervi ileoinguinale ed ileoipogastrico del lato destro. È in rapporto, in avanti, con le anse dell'ileo, il margine destro del grande omento e la parete addominale.

1.3. La flessura colica destra

Comprende l'ultimo tratto del colon ascendente e l'inizio del colon trasverso, che piega in basso, in avanti e a sinistra. Posteriormente è in rapporto con la porzione inferiore e laterale della

faccia anteriore del rene destro. In alto e antero-lateralmente è a contatto con il lobo destro del fegato; antero-medialmente è in rapporto con la parte discendente del duodeno ed il fondo della cistifellea. Non è coperta da peritoneo sulla sua faccia posteriore, per cui questa superficie è in contatto diretto con la fascia renale.

La flessura destra non forma un angolo così acuto come, vedremo, la flessura colica di sinistra.

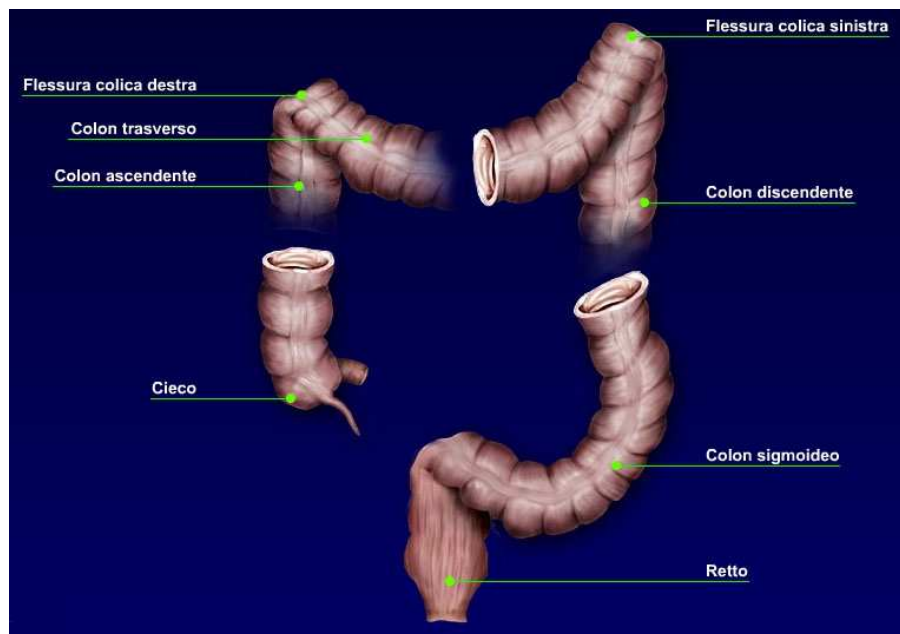
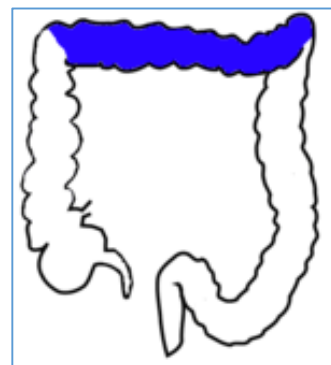


Figura 2- Flessura colica destra e sinistra

1.4. Il colon trasverso

Lungo circa 50 cm, il colon trasverso inizia dalla flessura colica destra nella regione lombare destra e percorre trasversalmente la cavità addominale fino alla regione dell'ipocondrio sinistro; qui si ripiega nettamente su se stesso in basso ed indietro, sotto all'estremità laterale della milza, andando a formare **la flessura colica di sinistra.**



Nel suo decorso da un lato all'altro dell'addome descrive un arco concavo diretto posteriormente e in alto. La posizione occupata dal colon trasverso è difficile da definirsi esattamente, dato che presenta non soltanto variazioni individuali, ma nello stesso individuo si può modificare nel tempo.

Molto spesso questo tratto del colon è posto nella regione ombelicale inferiore o in quella ipogastrica superiore. Può essere più alto, ma spesso scende formando una V, con l'estremità acuta che giunge ben sotto il livello delle creste iliache.

La superficie posteriore della sua estremità di destra è priva di peritoneo ed aderisce per mezzo di connettivo areolare alla faccia anteriore della parte discendente del duodeno e alla testa del pancreas. Fra testa del pancreas e flessura colica sinistra, il colon trasverso è quasi completamente rivestito da peritoneo ed è connesso al margine anteriore del corpo del pancreas, per mezzo del mesocolon trasverso.

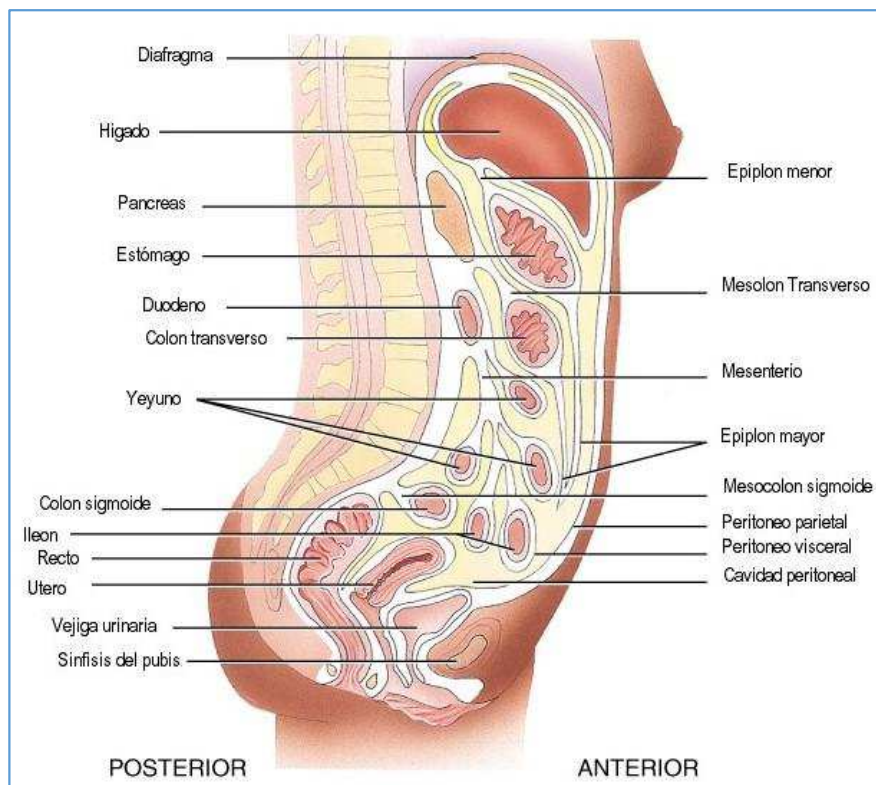


Figura 3 - Distribuzione del peritoneo

Con la sua superficie superiore il colon trasverso è in rapporto con il fegato e la cistifellea, la grande curvatura dello stomaco e l'estremità laterale della milza; con la sua superficie inferiore comunica con l'intestino tenue; la sua superficie anteriore ha rapporto con i foglietti posteriori del grande omento e quella posteriore con la parte discendente del duodeno, la testa del pancreas, la flessura digiuno-duodenale ed alcune anse del digiuno e dell'ileo.

1.5. La flessura colica sinistra

Costituisce il passaggio fra parte trasversa e discendente del colon e sta nella regione ipocondriaca di sinistra, in alto comunica con l'estremità laterale della milza e la coda del pancreas; medialmente con la faccia anteriore del rene di sinistra.

La flessura è ad angolo molto acuto per cui l'estremità del colon trasverso in genere viene in contatto con la faccia anteriore del colon discendente.

La flessura colica sinistra si trova ad un livello più alto ed in un piano più posteriore rispetto alla flessura colica di destra ed è attaccata al diaframma, in corrispondenza della decima ed undicesima costa, per mezzo di una piega peritoneale, detta ligamento frenocolico, posta sotto l'estremità laterale della milza.

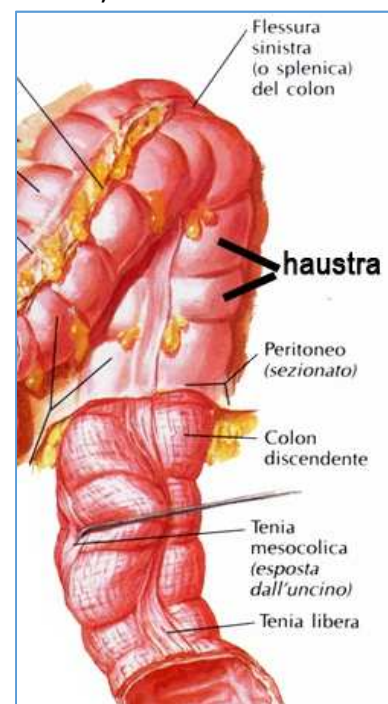
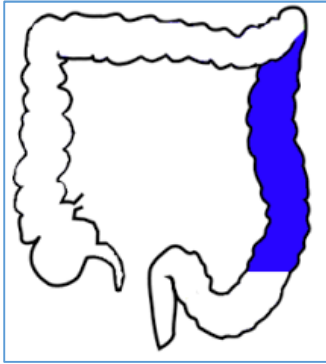


Figura 4 - Flessura colica sinistra

1.6. Il colon discendente

Lungo circa 25 cm, il colon discendente si porta in basso attraverso l'ipocondrio e la regione lombare di sinistra.



Inizialmente segue la parte inferiore del margine laterale del rene sinistro, poi, al polo inferiore di questo, continua nell'angolo fra grande psoas e quadrato dei lombi fino alla cresta iliaca; compie quindi una curva in basso e medialmente davanti al muscolo iliaco e al piccolo psoas per continuarsi nel colon

sigmoideo a livello dello stretto superiore della piccola pelvi.

Il peritoneo lo copre anteriormente e sui lati, mentre posteriormente aderisce per mezzo di uno strato di connettivo alla fascia che riveste la parte inferiore e laterale del rene sinistro, l'aponevrosi di origine del trasverso dell'addome, il quadrato dei lombi, l'iliaco e il grande psoas.

Il colon discendente è di minor calibro, più arretrato e, rispetto al colon ascendente, è più frequentemente rivestito dal peritoneo anche sulla sua faccia posteriore.

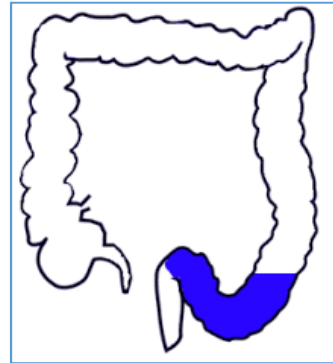
Anteriormente è in comunicazione con le anse del digiuno, eccetto che nel suo tratto inferiore, e può essere palpato attraverso la parete addominale anteriore quando sono rilassati i muscoli addominali.

1.7. Il colon sigmoideo

Il colon sigmoideo inizia all'ingresso della piccola pelvi e continua con il colon discendente; forma un'ansa di lunghezza variabile, in media di 40 cm, normalmente situata nella piccola pelvi.

L'ansa consta di tre parti:

- la prima scende in contatto con la parete sinistra della pelvi;
- la seconda attraversa la cavità pelvica, fra retto e vescica nel maschio, e retto ed utero nella femmina;
- la terza parte si incurva all'indietro e raggiunge il piano mediano a livello del corpo della terza vertebra sacrale, quindi piega verso il basso e continua nel retto.

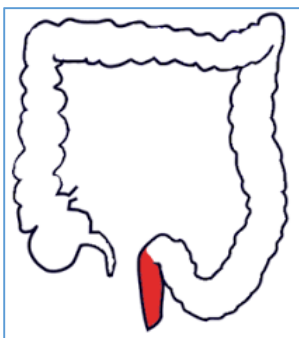


Il colon sigmoideo è completamente circondato dal peritoneo, che prende il nome di mesocolon ileopelvico o mesosigma (il meso è una plicatura peritoneale che accoglie le emergenze vascolari di un organo).

Lateralmente è in rapporto con i vasi iliaci esterni, il nervo otturatorio, l'ovaio (nella donna), il condotto deferente (nell'uomo) e la parete pelvica laterale. Posteriormente è in rapporto con i vasi iliaci interni, l'uretere, il muscolo piriforme ed il plesso sacrale di sinistra. Inferiormente riposa sulla vescica nell'uomo, e sull'utero e la vescica nella donna. In alto e sul lato destro è in contatto con le ultime anse dell'ileo.

1.8. Il retto

Il retto è la continuazione in basso del colon sigmoideo a livello



della terza vertebra sacrale. Dal suo punto di origine, il retto discende, seguendo la concavità del sacro e del coccige, con una curva antero-posteriore nota come flessura sacrale del retto. Il retto si porta prima in basso e indietro, poi in basso ed infine in basso

e in avanti per attraversare il diaframma pelvico e continuare nel canale anale. La giunzione anorettale è situata 2-3 cm davanti ed appena sotto l'apice del coccige.

Oltre che per la sua curva antero-posteriore, il retto devia dalla linea mediana anche per tre curve laterali:

- la superiore è convessa verso destra;
- quella di mezzo (che è la più marcata) sporge a sinistra
- quella inferiore è convessa verso destra.

L'inizio e la fine del retto stanno sul piano mediano. È lungo circa 12 cm e la sua parte superiore ha lo stesso diametro del colon sigmoideo (circa 4 cm quando è vuoto), mentre la parte inferiore si dilata a formare l'ampolla rettale.

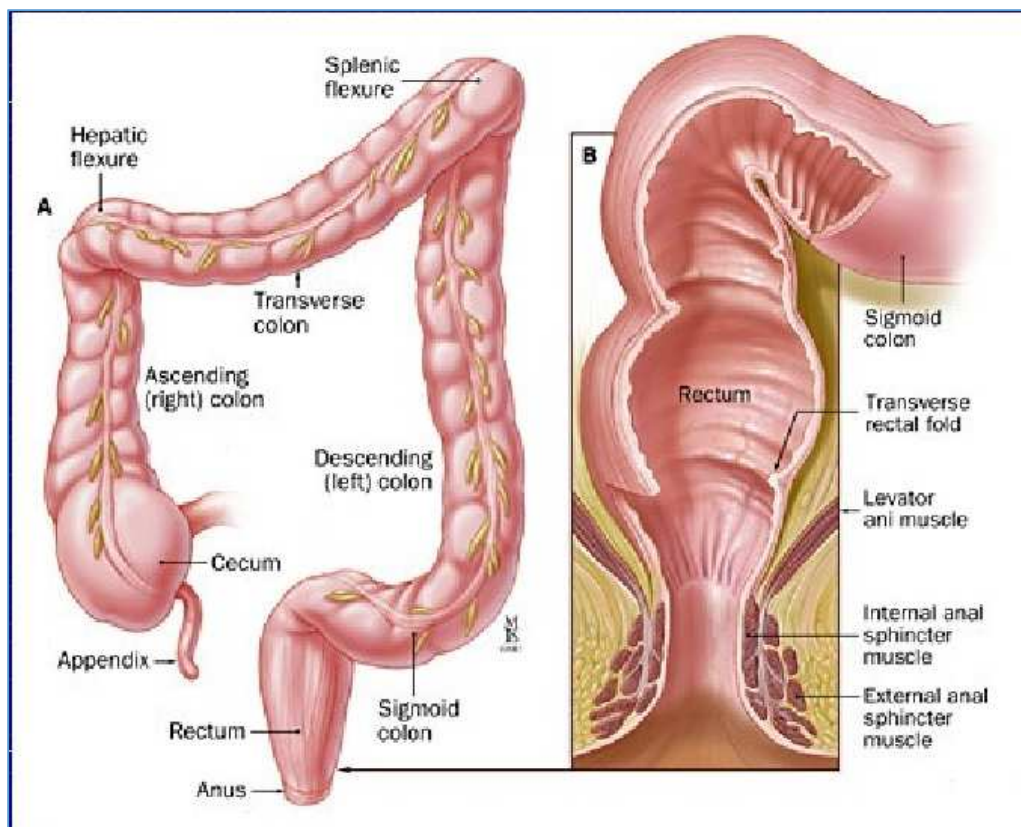


Figura 5 - Il retto

Il retto differisce dal colon sigmoideo poiché non possiede gibbosità esterne, appendici epiploiche e mesenterio, mentre le tenie

del colon deviano già a circa 5 cm dall'inizio del retto per costituire due ampie bande muscolari, che scendono lungo la parete anteriore e la parete posteriore del retto.

Il peritoneo è in rapporto soltanto con i 2/3 superiori del retto, coprendo dapprima la sua faccia anteriore e quelle laterali e poi solo la faccia anteriore; da questa si riflette sulla vescica (nel maschio), formando il cavo rettovescicale, e sulla parete posteriore della vagina (nella femmina), formando il cavo rettouterino.

Nel colon sigmoideo, come in tutto l'intestino, il peritoneo è intimamente aderente alla tonaca muscolare, ma quando raggiunge il retto, il peritoneo aderisce più lassamente per l'interposizione di uno strato di tessuto adiposo; questo permette una notevole espansione di questo segmento del canale alimentare.

La mucosa della parte inferiore del retto presenta alcune pieghe longitudinali che scompaiono nella distensione. Oltre a queste ci sono delle pieghe trasverse permanenti di forma semilunare che sono più marcate quando il retto si distende.

Sono stati riconosciute due tipologie di pieghe orizzontali. Una è formata dalla mucosa dello strato muscolare circolare e da una parte di quello longitudinale ed è contrassegnata da un solco sulla superficie esterna del retto. L'altra tipologia è priva di muscolatura longitudinale e non vi corrisponde un solco esterno.

Il retto è costituito funzionalmente da due parti, una sopra e un'altra sotto la piega media:

- la parte superiore accoglie le feci,
- la parte inferiore di norma rimane vuota, ad eccezione del momento della defecazione.

Si ritiene che il passaggio di feci nel retto attivi normalmente lo stimolo alla defecazione.

1.9. Vascolarizzazione dell'intestino crasso

Le arterie che vascolarizzano cieco, appendice, colon ascendente, buona parte del colon trasverso di destra provengono dai rami colici dell'arteria mesenterica superiore; quelle che si distribuiscono alla parte sinistra del colon trasverso, al colon discendente, al colon sigmoideo, al retto e alla metà superiore del canale anale, sono rami dell'arteria mesenterica inferiore e l'arteria emorroidaria media.

Esse danno origine a grossi rami che si dividono fra gli strati muscolari vascolarizzandoli e, dopo essersi risolti in vasi più piccoli nella sottomucosa, raggiungono la mucosa.

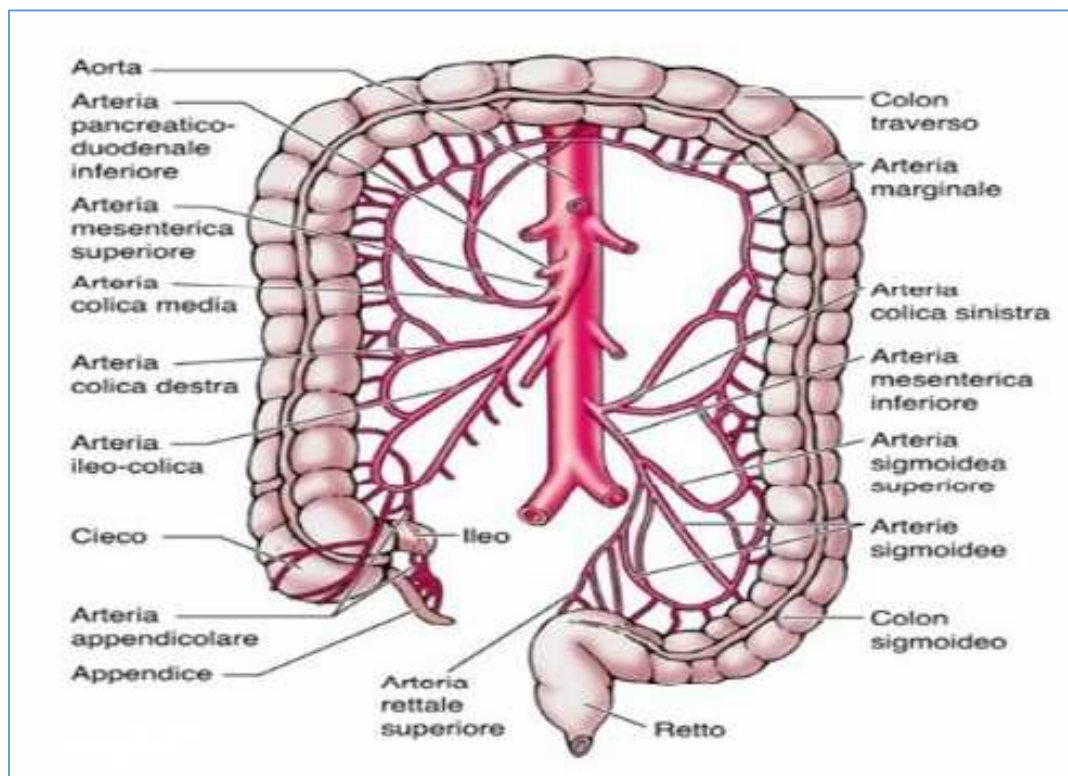


Figura 6 - Arterie dell'intestino crasso

Le arterie del retto e del canale anale sono:

- l'arteria emorroidaria superiore (continuazione della mesenterica inferiore);
- l'arteria emorroidaria media che decorre nei ligamenti laterali del retto per distribuirsi alla muscolatura della parte inferiore del retto;
- le arterie emorroidarie inferiori che vascolarizzano gli sfinteri interno ed esterno ed il canale anale;
- l'arteria sacrale media.

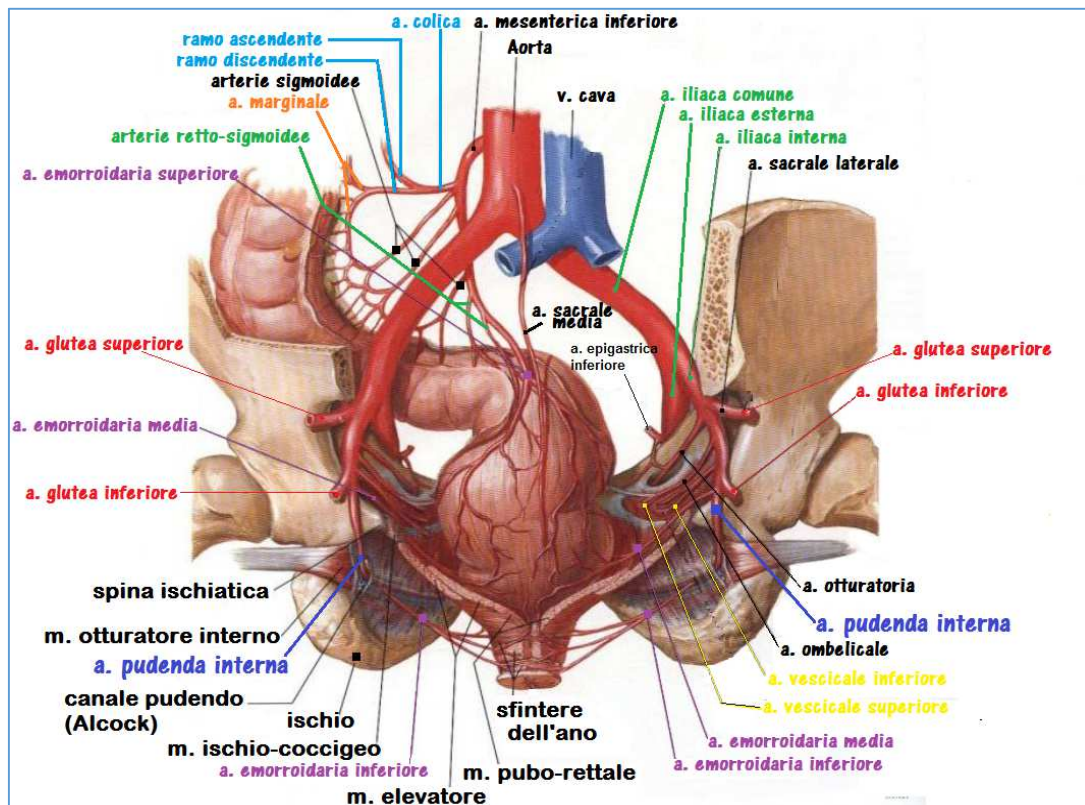


Figura 7- Arterie del retto

Le vene dell'intestino crasso sono:

- le vene mesenteriche superiore ed inferiore,
- le vene emorroidarie superiori,
- le vene emorroidarie medie,
- le vene emorroidarie inferiori.

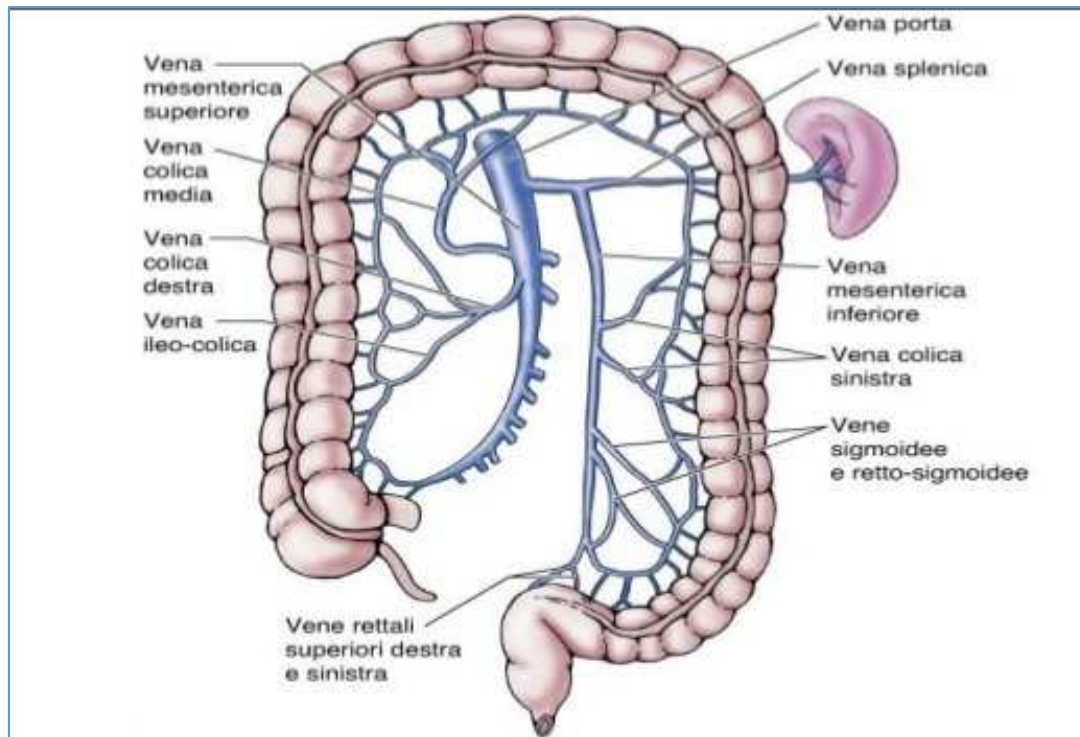


Figura 8 - Vene dell'intestino crasso

1.10. L'innervazione dell'intestino crasso

L'innervazione dell'intestino crasso deriva dall'ortosimpatico e dal parasimpatico. Il cieco, l'appendice ed il colon ascendente e i 2/3 del colon trasverso di destra ricevono fibre simpatiche dal ganglio celiaco e mesenterico superiore e fibre parasimpatiche dal vago.

Il terzo di sinistra del colon trasverso, il colon discendente e sigmoideo, il retto e la parte superiore dell'ano sono innervati dal plesso ipogastrico superiore, accompagnando nel tragitto l'arteria mesenterica inferiore.

L'innervazione simpatica ha funzione vasomotoria. La parasimpatica è data da nervi splancnici pelvici.

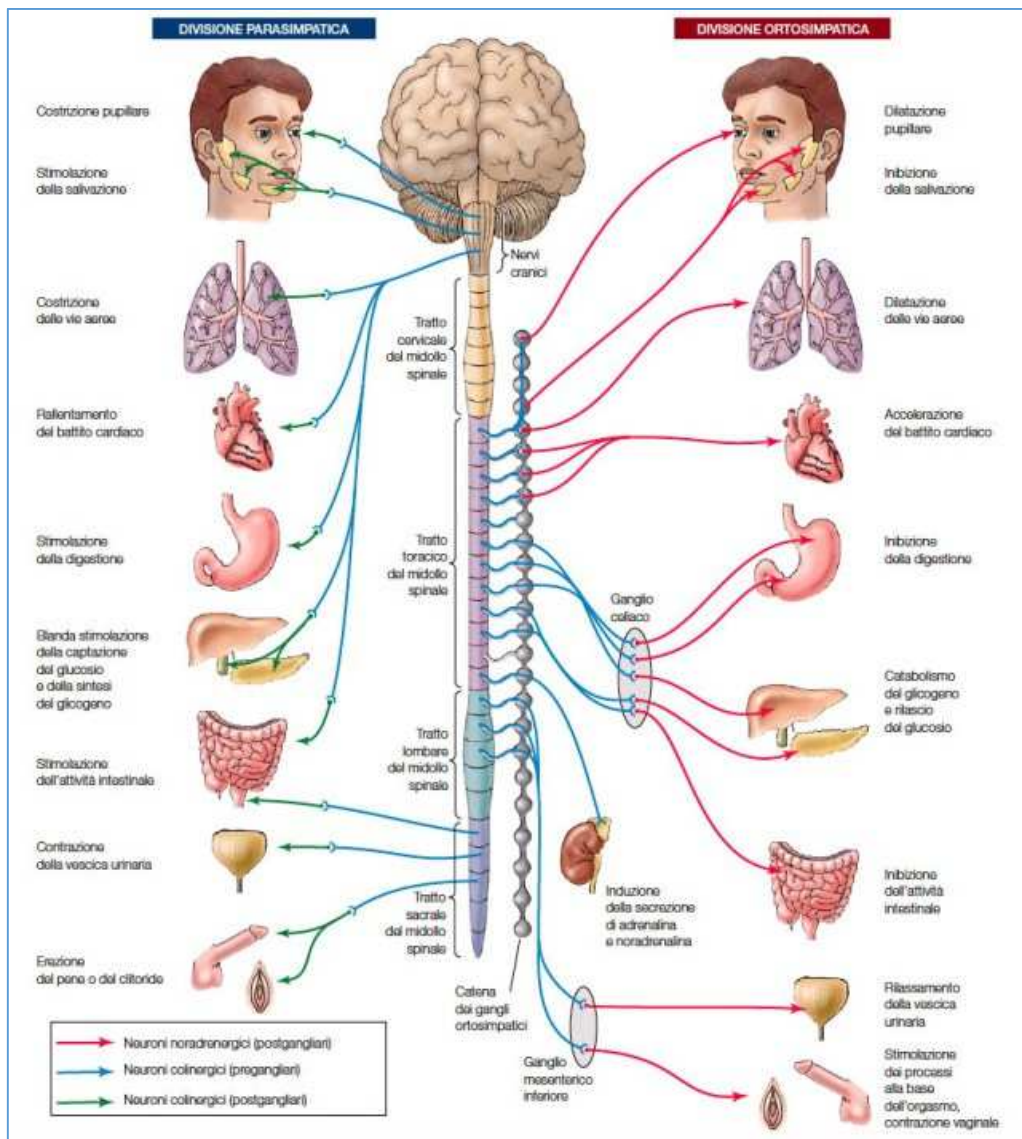


Figura 9 - Innervazione simpatica e parasimpatica

1.11. I vasi linfatici

I linfonodi del colon costituiscono quattro gruppi:

- epicolico,
- paracolico,
- colico intermedio,
- colico terminale.

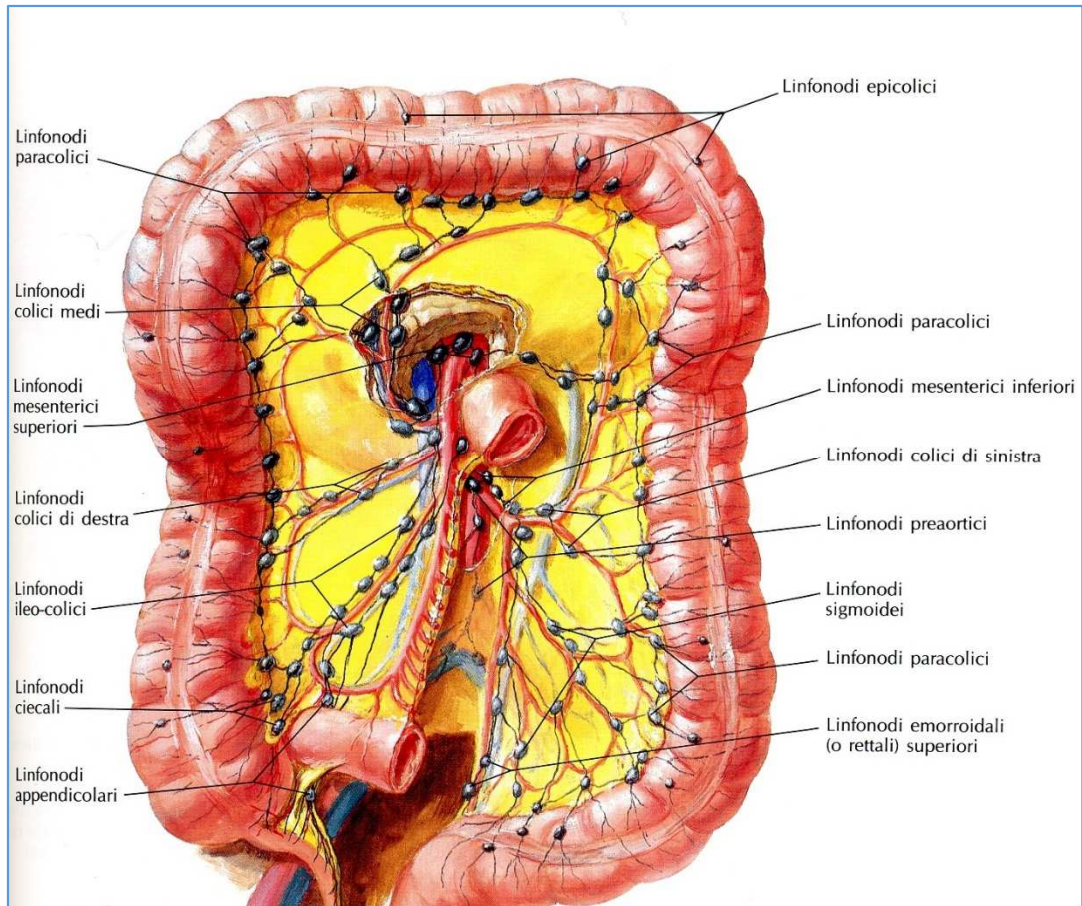


Figura 10 - Vasi linfatici e linfonodi dell'intestino crasso

I linfonodi epicolici sono soltanto piccoli nodi sulla parete dell'intestino, a volte nelle appendici epiploiche. I linfonodi paracolici si trovano lungo i margini mediali del colon ascendente e di quello discendente e lungo il margine mesenterico del colon trasverso e sigmoideo. I linfonodi colici intermedi sono scaglionati lungo l'arteria colica destra media e sinistra. I linfonodi colici terminali sono vicini ai tronchi principali delle arterie mesenteriche superiori ed inferiori.

Per quanto riguarda il drenaggio linfatico del colon, i vasi linfatici del tratto ascendente e trasverso terminano nei linfonodi mesenterici superiori. Quelli del colon discendente e sigmoideo si interrompono in piccoli linfonodi situati sui rami dell'arteria colica sinistra e quindi

terminano nei linfonodi preaortici che si trovano intorno all'origine dell'arteria mesenterica inferiore.

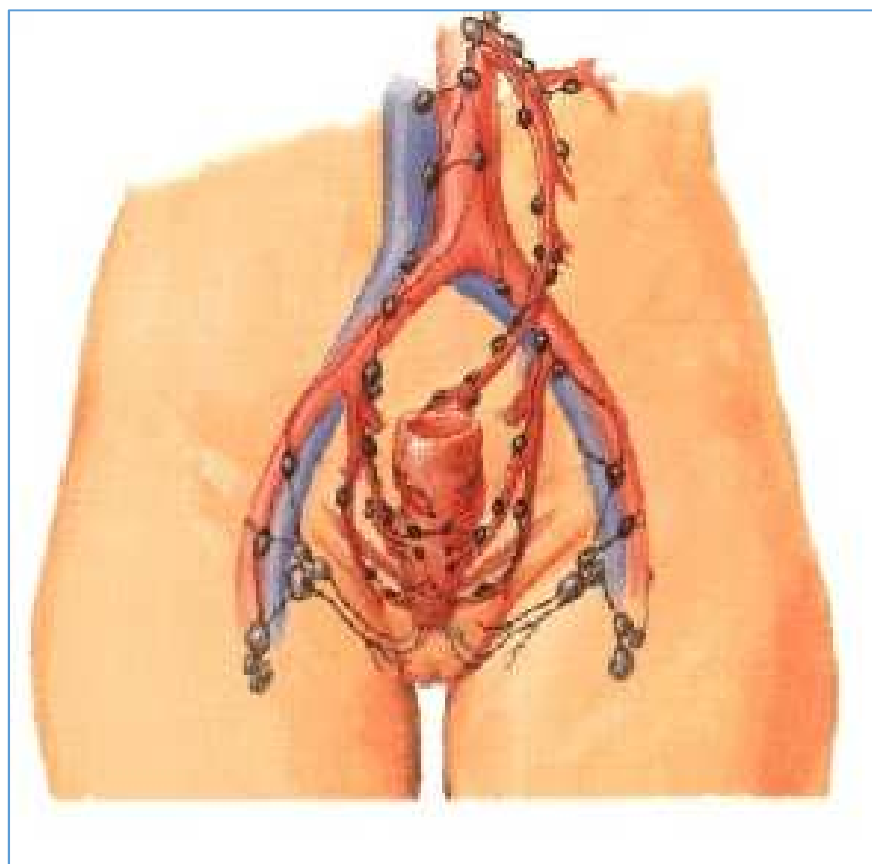


Figura 11- Vasi linfatici e linfonodi dell'intestino retto

2. IL DOLICOCOLON

Il dolicocolon colpisce più di frequente il tratto del colon discendente ed il sigma.

Un accurato esame obiettivo ed un'attenta anamnesi rappresentano il primo step del percorso diagnostico. In seguito la radiografia dell'addome è solitamente il primo approfondimento di quanto emerso dall'esame obiettivo e dall'anamnesi. I raggi x effettuati con il clisma opaco con soluzione di contrasto permettono al medico di visionare gli organi interni dell'addome e delineare con una certa precisione lo stato di salute. Alla radiografia dell'addome il dolicocolon è facilmente riconoscibile. Si notano anse molto allungate che possono estendersi facilmente, anche con movimenti improvvisi.

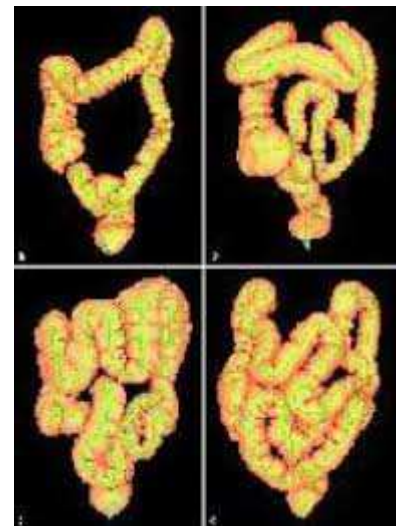


Figura 12 - Esempi di dolicocolon

Esistono però situazioni patologiche che danno una sintomatologia molto simile al dolicocolon, come la malattia di Hirschsprung, conosciuta come megacolon congenito, ed è

caratterizzata dall'assenza di terminazioni nervose che controllano la muscolatura liscia del colon, necessaria al corretto svolgimento della peristalsi intestinale.

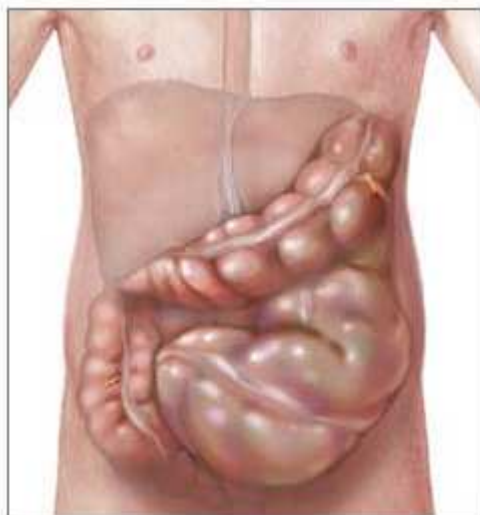


Figura 13 - Esempio di megacolon

Per distinguere fra le due malattie si deve ricorrere alla **manometria anorettale**, un esame diagnostico che valuta la pressione e la contrattilità dello sfintere anale e dell'ampolla rettale. Diversamente da quanto accade nel dolico colon, nella malattia di Hirschsprung la contrattilità dello sfintere anale risulta seriamente compromessa ed è questo che permette la diagnosi differenziale.

Il dolico colon non ha alcun legame con l'età del malato. Si tratta comunque di una patologia non così frequente; in alcuni casi è un sintomo secondario di alcune malattie come il mixedema o le intossicazioni da sostanze come la morfina o il piombo.

Secondo J.P. Barral, noto osteopata francese e pioniere dell'osteopatia viscerale, l'intestino è un recettore - emettitore di emozioni ultrasensibile; lo collegano infatti al cervello cento milioni di neuroni. Egli sostiene che in un certo senso cervello ed intestino "elaborano ed assimilano" dei contenuti. Ritiene infatti che l'intestino

sia la sede secondaria delle emozioni e quella principale dell'inconscio.

Quando non funziona bene, è impossibile non accorgersene; fra i disturbi più comuni ci sono: diarrea, stipsi, gonfiori, sindrome dell'intestino irritabile ecc.

Alcune persone sono spesso soggette, sin da bambini, a questo tipo di problematiche, e per questo motivo Barral le definisce dei *soggetti intestino*, riscontrando in essi delle caratteristiche comuni a livello di indole e di carattere.

Ciò che veramente importa è come prendersene cura.

Da un punto di vista alimentare è importante capire bene con l'aiuto di un esperto quali alimenti siano più indicati e quali possono risultare mal tollerati. Di norma vanno evitati i cibi che producono fermentazione come i fagioli, il cavolfiore, i ceci, le cipolle, i funghi, i porri, i carciofi, cibi con lieviti, zuccheri raffinati.

Da un punto di vista fisico è importante favorire il movimento, per stimolare l'attività respiratoria oltre che intestinale, e migliorare così la mobilità del diaframma che agirà come massaggio addominale. Non meno importante sarà valutare la sfera psicologica che spesso influisce sulla peristalsi.

Infine bisogna prestare particolare attenzione alla colonna vertebrale e al bacino: molti dei disturbi intestinali, soprattutto la costipazione, sono legati infatti ad un problema lombare o sacro-coccigeo e anche muscolare.

L'ileo psoas, definito anche il muscolo "spazzatura", è un muscolo bilaterale che origina dall'ultima vertebra toracica e dalle vertebre lombari, si estende verso il basso attraverso la pelvi per attaccarsi al piccolo trocantere del femore.

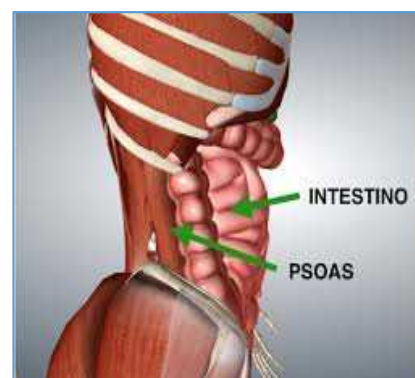


Figura 14 - Relazione tra intestino crasso e psoas

Attraversa le seguenti articolazioni: le intervertebrali della zona lombare, L5-S1, le sacroiliache e l'anca.



Figura 15 - Visione anteriore dello psoas



Figura 16 - Articolazioni interessate dallo psoas

Con uno psoas in salute il peso è ben distribuito ed il movimento è valido ed armonico. Uno psoas patologico, stressato da attività ripetitiva o ancor più intossicato da un colon che funziona male, limita la gamma di movimento a livello dell'anca, con riflessi algici sulla colonna lombare e le ginocchia.

Quando poi la tensione è asimmetrica, cioè un lato è più contratto dell'altro, la conseguente inclinazione del bacino accorcia sensibilmente un arto rispetto al controlaterale, interessando nuovamente la colonna. Questa tensione accorcia il tronco e riduce lo spazio per i visceri, compromettendo un buon funzionamento degli organi.

Attraverso le sue inserzioni sulle vertebre toraciche e lombari, lo psoas interferisce sull'attività di altri muscoli come il diaframma, il trapezio ed il quadrato dei lombi.

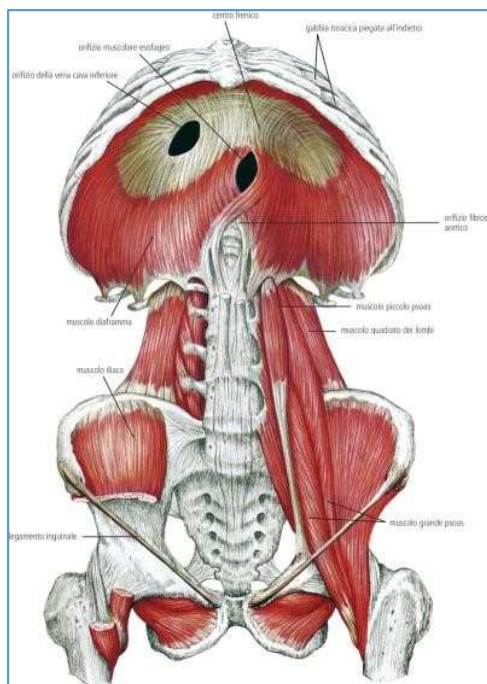


Figura 17- Psoas e diaframma

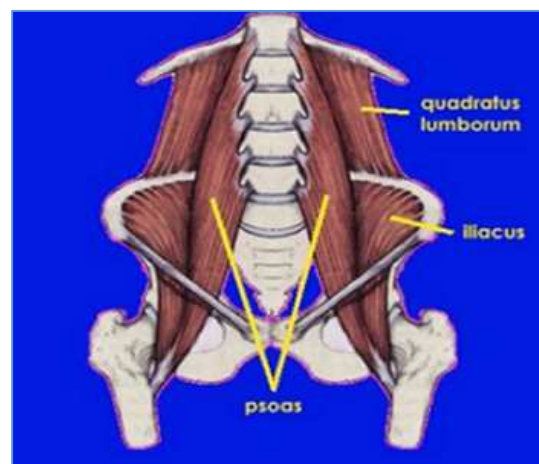


Figura 18- Psoas e quadrato dei lombi



Figura 19 - Psoas e trapezio

Attraverso questi muscoli la tensione dello psoas può seriamente compromettere l'integrità strutturale e fisiologica di tutta la parte superiore del tronco, così come del bacino e dell'addome. Questo conferma come un colon anomalo può condizionare ed essere condizionato.

In conclusione il dolico colon non è una malattia primaria. È un organo tutto festonato e pieno di curve, che cerca di trasportare a fatica i suoi contenuti, superando le difficoltà date dagli spasmi segmentari, gli arrotolamenti e le torsioni viscerali, o alla qualità stessa del contenuto fecale.

3. VISIONE OSTEOPATICA DELLA PATOLOGIA

3.1. Considerazioni

Le indicazioni terapeutiche per il dolicocon spesso si riferiscono ai problemi di transito intestinale. Quando il transito del colon è disturbato, il chimo e gli altri materiali stagnano, causando fenomeni irritativi locali che possono arrivare fino ad infezioni. La stitichezza è il risultato di un'atonìa del colon, con cause che vanno dalla maggior lunghezza del tratto intestinale, ad una dieta errata fino anche ad un'instabilità ormonale. A peggiorare le cose possono aggiungersi aderenze cicatriziali, derivate da appendicectomie. In questo caso il trattamento osteopatico risulta sorprendente, ottenendo ottimi risultati.

Gli angoli del colon, il cieco, la flessura epatica e splenica ed il colon sigmoideo sono zone di ridotta circolazione specie a sinistra, e spesso i batteri ed i parassiti si depositano in questi angoli. I muscoli del colon possono andare in spasmo, presentando un ostacolo al buon transito della circolazione dei fluidi. Un dolicocolon come un colon spastico, rappresentano una buona indicazione per le manipolazioni viscerali in osteopatia.

Nelle donne non è raro che l'ovaio destro ed il colon siano collegati dalla struttura ligamentosa; in alcuni casi sono inclinati uno sull'altro, e quindi si influenzano reciprocamente in caso di congestione o infezione.

Da ciò si evince che sussiste una stretta relazione tra colon ed organi e strutture circostanti. Il disturbo (dolore o malessere che sia) va studiato nella sua complessità, valutando la struttura corporea del soggetto nel suo insieme, evitando un lavoro viscerale a compartimenti stagni ma integrandolo in un lavoro globale.

3.2. L'osteopatia

L'osteopatia è una disciplina che si occupa della diagnosi e della cura delle disfunzioni di movimento del corpo, intendendo non solo i macro movimenti, come alzare un braccio, ma anche i micro movimenti, come quelli dei visceri influenzati dall'attività del diaframma durante la respirazione (ad esempio lo stomaco, il fegato, l'intestino).

L'osteopatia fu fondata da Still nel 1874. Si differenzia dalla medicina tradizionale perché non è finalizzata solo alla cura delle patologie, ma mira a migliorare lo stato di salute, trattando le disfunzioni di movimento di qualsiasi struttura corporea. L'osteopatia ha l'obiettivo primario di sollecitare le risorse di cui ciascun organismo è dotato, al fine di raggiungere lo stato di salute e benessere.



Figura 20 – Andrew T. Still

L'osteopatia si basa su trattamenti manipolativi che necessitano di un'ottima conoscenza dell'anatomia e della fisiologia umana. È fondamentale per un osteopata conoscere le correlazioni fra le varie strutture anatomiche, in modo da poter ristabilire l'equilibrio fra di esse e migliorare così lo stato di salute della persona.

Le tecniche manipolative osteopatiche vengono raggruppate in tre gruppi:

1. **le tecniche strutturali**, che trattano le problematiche dell'apparato muscolo-scheletrico;
2. **le tecniche viscerali**, che permettono ad un viscere in restrizione di mobilità di ritrovare la sua fisiologia;
3. **le tecniche craniali**, che riarmonizzano le funzioni meccaniche del cranio, dell'osso sacro e delle meningi.

Questa è una suddivisione sommaria dell'osteopatia che in realtà occupa un ampio campo d'azione, anche nel trattamento del sistema nervoso e degli altri sistemi: vascolare, linfatico, endocrino, respiratorio e fasciale.

L'osteopatia può essere utilizzata sola o in associazione con altre terapie, in quanto tiene conto della persona nella sua globalità.

A stabilire il programma di trattamento sono:

- una buona anamnesi, con lettura della diagnosi medica e di tutte le refertazioni del paziente;
- un esame visivo e palpatorio dove vengono individuate le zone e le strutture da normalizzare.

Le tecniche manipolative utilizzate nel trattamento variano in funzione delle necessità terapeutiche riscontrate.

Secondo il mio parere, infatti, l'osteopatia apre una nuova porta nell'interpretazione del paziente e della sua patologia. È osservare un'immagine in tridimensione avendo gli strumenti per partire da uno sguardo globale arrivando fino al particolare, per tornare poi ancora ad una visione globale, percorrendo logiche di trattamento ogni volta nuove e comunque suggerite sempre dal corpo del paziente e non solo dalla razionalità operativa dell'osteopata. Ogni trattamento consiste nel dare voce alle strutture del corpo e seguirne il richiamo, per poter restituire armonia e funzionalità.

4. CASO CLINICO

4.1. Premessa

Ho incontrato la signora nel mio studio nel momento in cui stavo pensando a quale caso avrei potuto approfondire per la tesi. Era importante che il caso presentasse delle problematiche a livello viscerale. La signora da subito mi disse che soffriva di dolicolon e mi chiedeva se potessi aiutarla in qualche modo. Ho pensato che potevo proprio sperimentarmi in questa particolare situazione: le ho chiesto pertanto il permesso di poter utilizzare il suo caso, di poter scattare delle fotografie e di raccogliere la sua storia ed anamnesi. La signora ha acconsentito. E così le ho chiesto di poter registrare il primo colloquio conoscitivo, al termine del quale ho fissato un appuntamento, chiedendole di portarmi la documentazione. Nel frattempo ho iniziato il mio approfondimento teorico.

Di seguito è stato riportato il colloquio in modo integrale.

4.2. Colloquio conoscitivo con la paziente

Quale problema l'ha portata qui da me?

Mi sono rivolta a lei perché sto attraversando un momento faticoso dal punto di vista psicofisico. Possono essere tante le concause, ma si inseriscono su una condizione che vivo da sempre.

Ho 51 anni, sono una libera professionista e la mia vita è molto impegnata sia sul versante professionale sia su quello privato. Pur essendo molto soddisfatta della mia vita, i ritmi sono particolarmente sostenuti e stressanti.

Sono in premenopausa da alcuni anni e tutto questo ha appesantito il mio status psicofisico. Nello specifico in questi 6 anni ho alternato periodi più o meno brevi di assenza di ciclo mestruale a

periodi molto lunghi di mestruazioni (anche tre mesi continuativi con punte emorragiche). Da 16 anni soffro di mal di testa, nella maggior parte dei casi associato al ciclo, ma non sempre riconducibile solo ed esclusivamente ad esso.

Soffro di ipertensione arteriosa gestita farmacologicamente. Devo sempre porre molta attenzione al peso, vista la facilità ad ingrassare. Infatti sono leggermente in sovrappeso (oscillo tra i 69 e i 73 kg con 1,67 m di altezza)

La situazione appena descritta si inserisce in una condizione che mi accompagna da circa 35 anni e che, pur essendo definita dalla gastroenterologia semplicemente un'anomalia, in realtà rappresenta a mio avviso il problema principale. Così, almeno, è la mia percezione. Una complessità che sta alla base del mio equilibrio psicofisico, che non mi è mai semplice garantire. Per questo ogni nuova problematica va a ripercuotersi su questa mia condizione, definita dolico colon.

Quali sono i problemi principali?

Avendo l'intestino più lungo della norma il problema principale è dato dalla stitichezza e dal gonfiore di pancia.

Fondamentale per me è mantenere regolare l'intestino, cosa non semplice e che richiede tutta una serie di attenzioni che spesso hanno una ricaduta spiacevole nella gestione della mia vita personale.

Devo porre attenzione alla dieta, assumere dei lassativi, e dedicare molto tempo per garantire una quotidiana e sufficiente defecazione. Infatti non posso permettermi di uscire di casa al mattino senza aver garantito un'adeguata eliminazione fecale per evitare tutta una serie di conseguenze: mal di testa, gonfiore, stanchezza, inappetenza, senso di oppressione e dolori generici alle spalle.

Per fare questo devo garantire un tempo abbastanza ampio in cui l'intestino possa assolvere questa funzione, che in termini orari è di circa 90-120 minuti. Uscire di casa alle 7 del mattino, quindi richiede una sveglia molto anticipata.

Ha notato una difficoltà a respirare? Il suo respiro è più alto, toracico, oppure basso, di pancia?

In questo ultimo anno ho avuto più volte la percezione di avere un respiro... corto. Come se fossi in affanno. E comunque è un respiro più alto, toracico. Mi sento come compressa, a metà torace. Bloccata. Spesso mi rendo conto che assumo un atteggiamento particolare, come se trattenessi il respiro. Credo di ostacolare in qualche modo una respirazione più bassa, perché c'è una parte di me che è sempre tesa a "tenere dentro la pancia", visto che il gonfiore – quasi sempre presente – mi infastidisce non solo per il disagio in sé, ma anche da un punto di vista estetico.

Quando ha saputo di avere tale anomalia?

Il percorso diagnostico è stato lungo, anche se in realtà non è difficile verificare la presenza di un dolico colon. Eppure per ben 12 anni sono stata curata in modo sbagliato.

Il problema della stitichezza è sempre stato presente, ma durante l'adolescenza si è fatto sentire in modo più accentuato, in concomitanza con una certa dolenzia all'intestino in prossimità all'appendice che periodicamente si infiammava e a problemi di digestione. Ho affrontato ovviamente le problematiche con il mio medico, che mi ha inviato anche da alcuni gastroenterologi.

Esito di queste consulenze: esami diagnostici come la gastroscopia, farmaci per curare la gastrite, olio di vasellina per favorire genericamente il transito. Tutto veniva ricondotto a problemi di natura emotiva (timidezza, paura di non essere all'altezza,

insicurezza ed emotività spesso non mostrate all'esterno e controllate razionalmente) o di familiarità con i problemi a livello gastrico dal momento che mia madre da anni soffriva di gastrite e ulcera. I problemi intestinali venivano ricondotti a problemi di aderenze in seguito all'intervento di appendicectomia subito a 17 anni.

Ho scoperto di soffrire di dolico colon grazie ad una fisiatra. Ho vissuto un'esperienza personale in un'altra città per un anno intero e all'ennesima situazione di malessere generale degli amici mi hanno messo in contatto con una fisiatra loro amica, dal momento che non potevo ricorrere al mio medico di base.

Mi ha ascoltato. E per la prima volta la professionista che avevo di fronte non concludeva la consulenza dopo la domanda: "Qualcuno in famiglia ha problemi gastrici?" "Sì, mia madre" "Ah,...", ma ha continuato ad ascoltare e a chiedere. La dottoressa era molto interessata ad alcune mie osservazioni come il fatto che il malessere generale era molto accentuato solo se per un giorno non riuscivo ad andare in bagno: mi sentivo appesantita, spesso sentivo un dolore alla spalla sinistra e una compressione verso l'alto e la percezione che il problema stomaco non fosse prioritario, ma secondario ad un malfunzionamento intestinale. È lei che mi ha suggerito di sottopormi ad un esame specifico, il clisma opaco, che ha finalmente evidenziato il dolico colon.

Cos'è cambiato dopo la diagnosi?

Innanzitutto ho fatto ulteriori accertamenti e nello specifico un esame che permetteva di monitorare la velocità di transito intestinale. L'esito ha confermato quello che per esperienza conoscevo già, e che cioè il cibo nel mio intestino transita molto lentamente. Ricordo che perfino dopo il clisma opaco mi ero resa

conto che nelle feci c'erano tracce visibili del mezzo di contrasto dopo più di 10 giorni.

Il gastroenterologo consultato in quell'occasione indicava come prioritario per il mio caso la necessità di garantire quotidianamente la regolarità intestinale, utilizzando dei prodotti appositi (come dei lassativi) e seguendo delle raccomandazioni dietetiche che si basavano, oltre alla necessità di bere tanto, sull'introdurre o alimenti ricchi di fibre per favorire la peristalsi oppure alimenti molto più liquidi e con poche fibre, per evitare che il cibo si depositasse nel colon trasverso che presentava questa anomalia. Avrei dovuto trovare io il regime alimentare più adeguato: e per me si è rivelato quello "liquido". Effettivamente da allora sto meglio, non ho più avuto disturbi pesanti a livello dello stomaco al punto da dover ricorrere a farmaci (com'era stato nei 12 anni prima della diagnosi), ma di certo l'equilibrio non è semplice, soprattutto quando la vita professionale o privata impedisce quella regolarità di vita che per il mio corpo è fondamentale.

Com'è cambiata la situazione intestinale dopo l'intervento di appendicectomia?

Ora che ci penso: è da dopo l'intervento di appendicectomia che i problemi intestinali si sono palesati in modo evidente e hanno iniziato ad influenzare la vita quotidiana. Il medico di base faceva risalire il tutto a delle aderenze dovute all'intervento, senza però prospettare alcuna soluzione... se non quella di adattarmi. Di fatto, è da lì in poi che la sintomatologia ha iniziato ad essere disturbante.

Fino a quel momento il problema era la stitichezza, ma niente di più, se non le problematiche legate alla periodica infiammazione dell'appendice. Quando sono stata operata il chirurgo aveva affermato che l'intervento era andato bene, anche se c'era stata qualche piccola complicazione. Aveva segnalato che – se non avessi

fatto l'intervento – da lì a poco la situazione sarebbe degenerata in peritonite.

4.3. Esame della paziente

L'anamnesi è documentata dagli esami fatti dalla paziente, che sottolineano e confermano la situazione patologica presente, giustificando i disturbi riportati.

La paziente è stata sottoposta ad **un clisma doppio contrasto** che riporta il seguente esito:

“Tecnicamente limitato per la presenza di numerosi piccoli residui fecali solidi. Regolare canalizzazione e distensibilità delle pareti del grosso intestino che presenta caratteristiche di dolico-colon con strette volute a livello del sigma dissociabili con le manovre manuali. Aspetto a festone del trasverso, il cieco in sede pelvica, parzialmente mobile, leggermente dolente alla pressione manuale. A carico dei vari segmenti colici esaminati non si apprezzano lesioni organiche intrinseche o compressioni estrinseche di tipo produttivo. La non perfetta toilette intestinale non consente di esprimere giudizi obiettivi sull'eventuale presenza di piccole lesioni di parete. Regolare l'aspetto delle ultime anse ileali opacizzate per via retrograda”.

Due anni dopo la paziente si è sottoposta all'esame per verificare **la velocità di transito intestinale**. Di seguito viene riportato l'esito.

L'esame è stato eseguito con quattro radiogrammi seriati eseguiti rispettivamente a 1,3,4,6 giorni dopo l'assunzione di markers radiopachi (20 anelli).

Significativo, già al primo radiogramma, il ristagno di feci formate che occupa pressochè tutta la cornice colica. Aspetto probabilmente un poco ptosico del trasverso.

Già tra la prima e la seconda giornata, si assiste ad un lento ma "armonico" transito dei markers che inizialmente in gran parte raggruppati a destra si vanno poi distribuendo sino al sigma dove giungono per l'appunto in seconda giornata.

Tra la seconda e terza giornata in seguito ad una scarica della paziente, 5 markers vengono espulsi ed i restanti si trovano per il 90% a livello del colon di sinistra e del sigma.

In quinta giornata, in seguito ad un'ulteriore scarica, i markers appaiono ridotti ad 11, 10 dei quali sono a livello del sigma retto.

Nel complesso si conferma un patologico rallentamento del transito che pare di tipo generalizzato, anche se a livello del sigma retto pare essere più accentuato".

Dal racconto in prima persona della paziente inoltre si ritrovano alcuni segni e sintomi da tenere in considerazione per strutturare la valutazione e il conseguente trattamento.

In particolare:

- frequente mal di testa;
- respirazione più toracica che addominale;
- gonfiore e stitichezza;
- presenza di cicatrice da appendicectomia con probabili aderenze.

Alla luce di questi dati si procede ad una valutazione fisica per ipotizzare un trattamento.

4.4. Valutazione osteopatica

Per una valutazione osteopatica è importante partire da un'osservazione generale della paziente in ortostatismo su un piano anteriore, posteriore e laterale, per poi arrivare ad un esame della paziente in posizione seduta, prona e supina.

La sequenza valutativa si rivela necessaria per acquisire le priorità disfunzionali sulle quali impostare la seduta di trattamento.

4.4.1. Valutazione in ortostatismo

Nel caso preso in esame emergono le seguenti caratteristiche:

- il capo anteposto,
- piccola lordosi dorsale alta,
- dorso piatto,
- una leggera asimmetria dei triangoli della taglia,
- la spalla sinistra più alta,
- spalla destra più anteposta.

L'atteggiamento posturale appare seduto sul bacino e con appoggio tallonante.

In seguito all'ascolto fasciale all'altezza del tronco e dell'addome, effettuato ponendo una mano anteriormente ed una posteriormente al tronco in leggero appoggio, si percepisce un movimento fasciale che porta verso zona epigastrica ed ipocondrio di sinistra.



Figura 21 - Visione posteriore

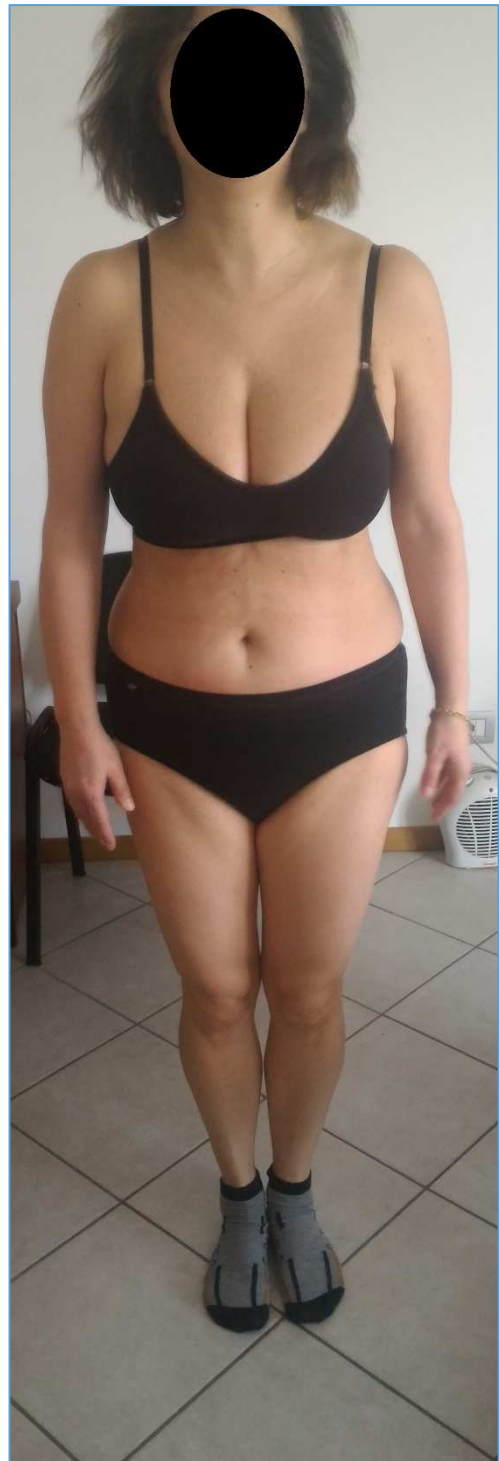


Figura 22 - Visione anteriore



Figura 23- Visione laterale lato destro



Figura 24 - Visione laterale lato sinistro

Alla flessione del tronco in avanti si nota una rigidità del tratto lombosacrale ed un accorciamento degli ischiocrurali.

Approfittando della postura eretta della paziente si effettua il TFE allo scopo di rilevare un'eventuale disfunzione iliaca, che mostra una positività per l'ileo di sinistra.



Figura 25 - TFE positivo a sinistra

4.4.2. Valutazione da seduta

Si procede all'esame della paziente da seduta. La valutazione evidenzia:

- Testa costale alta a destra;
- Il rachide presenta:
 - ✓ D3 in FRS destra,
 - ✓ D5 in FRS sinistra,
 - ✓ D12 in FRS destra;
 - ✓ K2, K3, K4 posteriori, a destra.



Figura 26 – TFS positivo a sinistra



Figura 27 – Valutazione vertebrale da seduta

4.4.3. Valutazione da prona

Si procede all'esame della paziente da prona con questa progressione.

- Lo spring test sul sacro mostra uno stato di compressione, cioè il sacro non si lascia comprimere e mobilizzare.
- L'ascolto della flessione estensione del sacro evidenzia che si trova in share sinistro, cioè l'emibase sinistra si trova in basso e in avanti, mentre l'AIL di sinistra si trova in basso e posteriormente.
- L5 in FRS destra.
- Salendo con lo spring test su tutta la colonna si conferma la tensione in zona infrascapolare.



Figura 28 - Spring test sul sacro



Figura 29- Spring test sul tratto lombare

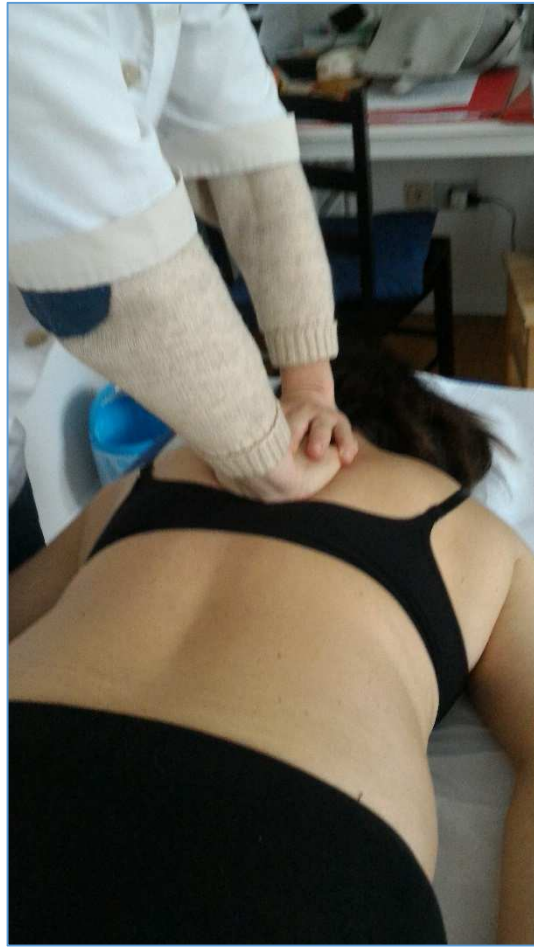


Figura 30- Spring test sul tratto dorsale

4.4.4. Valutazione da supina

Si procede all'esame della paziente da supina.

Si valuta la mobilità e la densità dei condili occipitali considerando così anche la componente parasimpatica del sistema: si è riscontrata una maggiore densità al condilo di destra.

Il tratto cervicale risulta in asse anche se ipomobile. Poichè questo tratto dà passaggio al nervo frenico (radici di C3, C4 e C5), che innerva il diaframma, suggerisce una valutazione della mobilità costale nonchè delle cupole diaframmatiche e dei pilastri.



Figura 31- Valutazione diaframma

Si nota un certo dolore alla mobilizzazione delle cupole (stando alla scala VAS del dolore la paziente riferisce 7).

Si prosegue con

- l'ascolto della densità e mobilità dello stomaco e del fegato, che non rileva disequilibri funzionali;



Figura 32 - Test densità e mobilità dello stomaco



Figura 34- Test densità del fegato

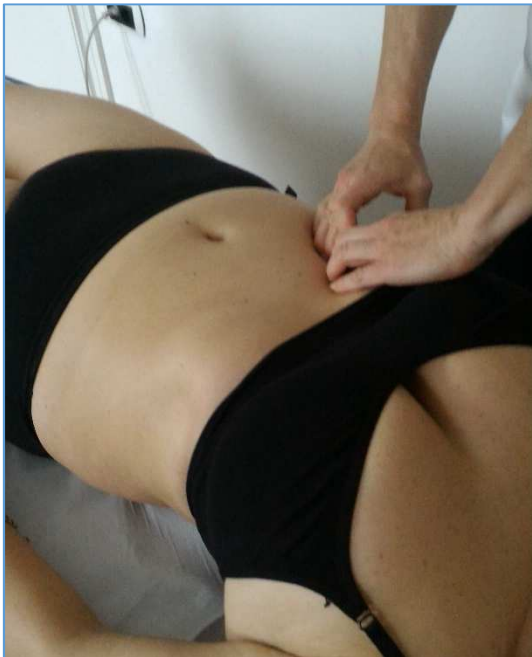


Figura 33 - Ascolto margini epatici

- l'ascolto fasciale per verificare se la fascia ha restrizione di mobilità, che si manifesta soprattutto con una trazione verso destra;
- l'ascolto della densità e mobilità dell'intestino crasso, in particolar modo delle flessure. Nella fisiologia osteopatica globalmente il quadro colico tende ad avanzare, scendere, compiere una rotazione oraria ed un'inclinazione verso sinistra. La paziente qui lamenta dolore (VAS 7) alla flessura colica di destra e leggero senso di nausea alla palpazione. L'angolo colico di destra si chiude in disfunzione più frequentemente del sinistro, poichè sopra allo stesso si trova il fegato ed il legamento freno-colico destro non è molto forte. Gli angoli colici possono essere chiusi anche a causa di una ptosi epatica o del trasverso o gastrica, nonchè a causa di una cicatrice addominale.



Figura 35 - Ascolto generale dell'intestino crasso: sigma e cieco



Figura 36 - Ascolto generale dell'intestino crasso: colon ascendente e discendente

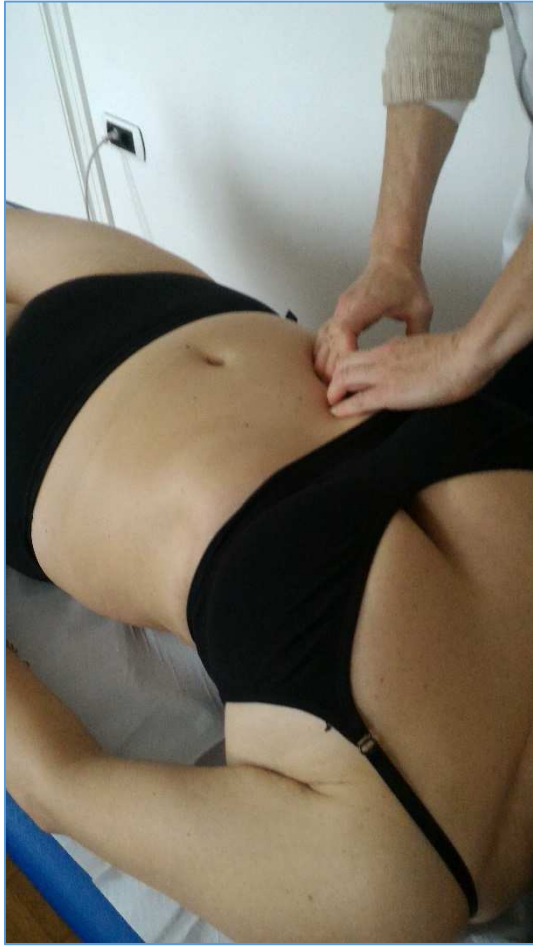


Figura 37 - Valutazione flessura colica destra

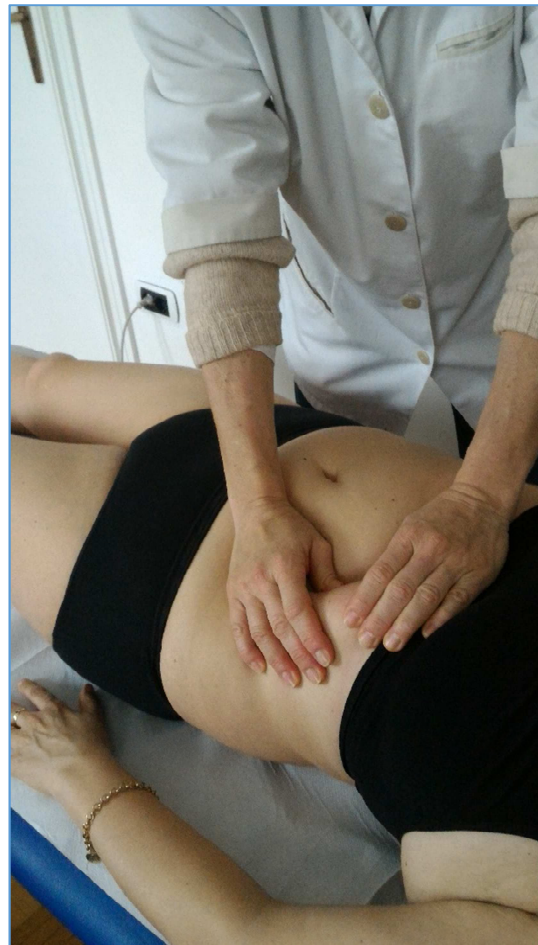


Figura 38 - Valutazione flessura colica sinistra

- Ascolto della tenuta del **legamento colico frenico di destra e di sinistra**, che risultano poco tonici.



Figura 39 - Valutazione legamento frenocolico destro



Figura 40 - Valutazione legamento frenocolico sinistro

La palpazione dell'intestino tenue evidenzia zone di fissità.

Al passaggio ileociecale la cicatrice dell'intervento di appendicectomia è dolente in profondità. Utile si rivela il test sul

legamento parietociecale esterno ed interno che sono sensibili alla palpazione.

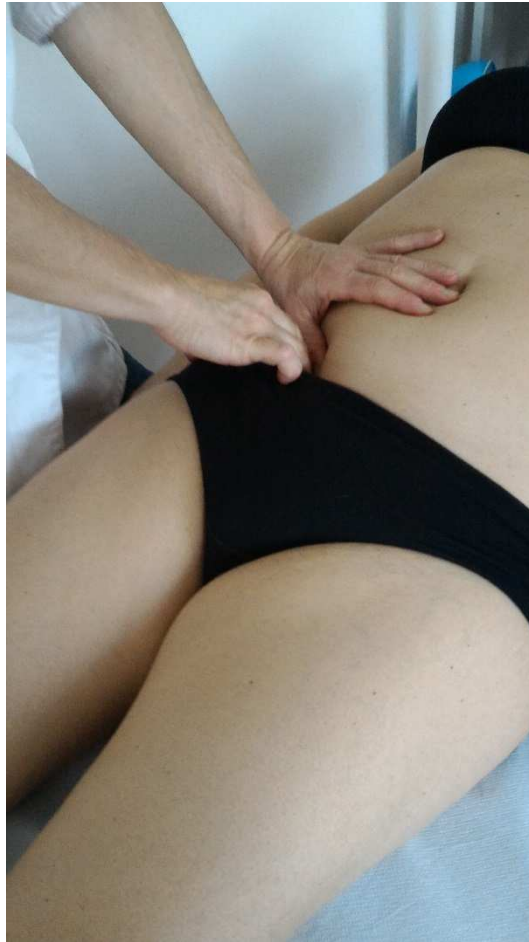


Figura 41 - Valutazione del legamento parietociecale esterno

Quando l'infiammazione origina dal peritoneo e dalle sue pliche, la sintomatologia ciecale e quella ovarica si confondono poichè entrambi gli organi sono da esso ricoperti. É importante quindi valutare anche **il legamento appendico-ovarico**. Nella paziente risulta poco sintomatico.

Lo spring sugli ilaci conferma il TFE positivo a sinistra, riscontrando un ileo sinistro in posteriorità.



*Figura 42 - Valutazione del legamento
appendico - ovarico*



Figura 43 - Spring degli iliaci

In conclusione, l'ascolto craniale si rivela importante per avere un ritorno sulle tensioni membranose. Nella paziente si constata un cranio in compressione, poco espandibile.

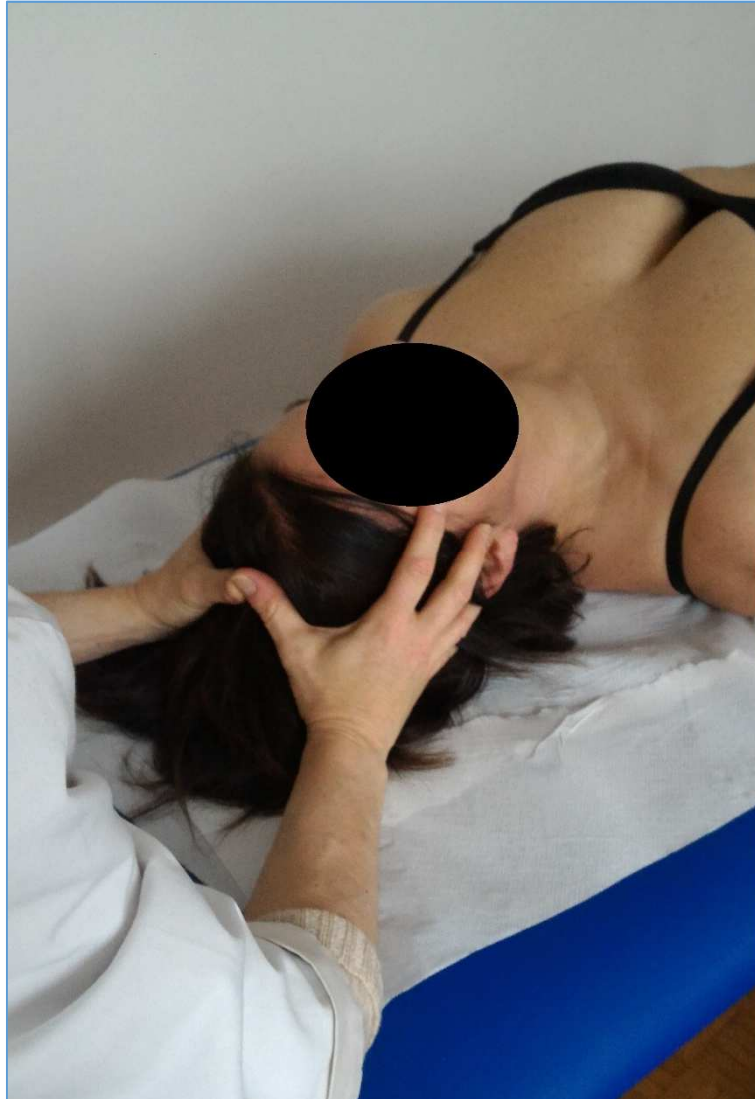


Figura 44 - Ascolto del cranio con presa a cinque dita

5. TRATTAMENTO

5.1. *Primo trattamento*

Come priorità di trattamento si sblocca il sacro e la sacroiliaca di sinistra per agire così sulla componente parasimpatica della sintomatologia.

La paziente è prona, con gli arti inferiori intraruotati in modo da aprire i piccoli bracci della sacroiliaca. Ci si pone dal lato della lesione, mettendo l'eminanza ipotenar della sua mano caudale sull'AIL di sinistra della paziente e l'eminanza ipotenar della mano craniale fra emibase sacrale e SIPS di destra.

Si procede quindi nella seguente modalità:

- Si chiede alla paziente un'inspirazione piena, arrivando così a barriera;
- durante l'espiazione si guadagna in spinta in basso e verso l'alto sull'AIL della mano caudale, mentre la mano craniale fa da contrappoggio. Questo per 2-3 atti respiratori consecutivi;
- al termine dell'ultima espiazione, subito in concomitanza dell'inspirio, si lascia in contemporanea la doppia spinta.

Per favorire la manovra si può prima procedere con un lavoro di stretching sul piriforme.



Figura 45 - Stretching del piriforme



Figura 46 - Share del sacro

Si procede poi con un ascolto rivalutativo sul sacro e la sacroiliaca.

Dopodichè si considera la sofferenza viscerale riportata dalla paziente, in relazione alla disfunzione di D5. Tale disfunzione infatti potrebbe essere collegata all'area viscerale dal momento che i nervi splanchnici, originati dalla catena paravertebrale toracica media, innervano fegato, stomaco ed intestino.

Si procede quindi con un test di inibizione viscerosomatica e somato-viscerale per capire se dare priorità di trattamento alla struttura o al viscere.

Il test di inibizione viscerosomatica consiste nel porre le dita della mano craniale a cavallo di D5 e con la mano caudale inibire la flessura colica di destra.

Nel caso della paziente, non sentendo la zona vertebrale cedere sotto le dita della mano craniale, si rende necessario procedere con il test somato viscerale, inibendo la vertebra rispetto al viscere.

In questo caso, la zona intestinale cambia, diventa meno densa e meno dolente. Questo test suggerisce di procedere con lo sblocco di D5 in FRS sinistra, con la tecnica DOG.

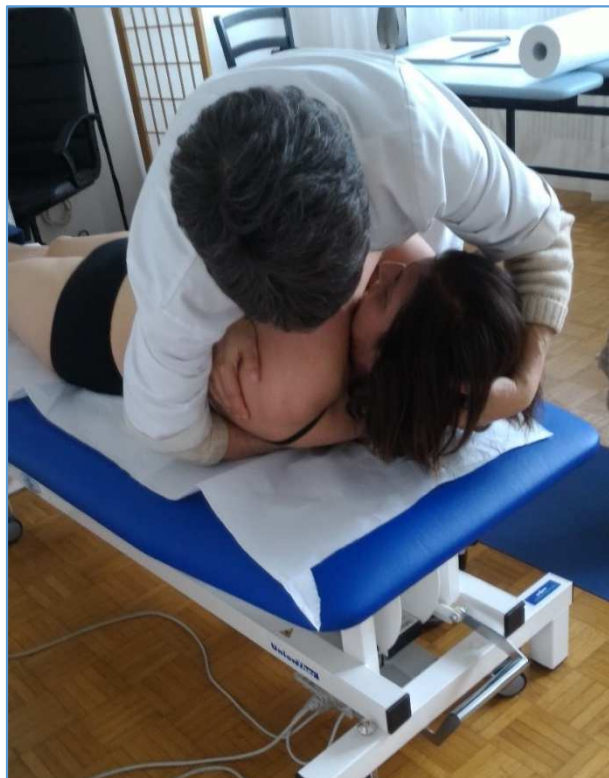


Figura 47 DOG su D5 in FRS sinistra -

Si conclude la prima seduta con un riascolto del cranio e un lavoro sul quarto ventricolo, facilitando così un rilassamento della paziente, liberando il flusso cefalorachidiano e riattivando al meglio il sistema nervoso autonomo.

5.2. Secondo trattamento

La paziente viene rivista dopo 15 giorni.

Riferisce di aver avuto un miglioramento dei sintomi da subito, con un senso di benessere, anche se nel tempo si è ripresentato il senso di gonfiore e di blocco diaframmatico.

Alla rivalutazione le tensioni sono concentrate in zona cervicale, che risulta ipomobile, e diaframmatica, che risulta densa. Anche l'area intestinale si presenta congestionata.

Un blocco del diaframma induce la muscolatura accessoria a subentrare per favorire il sollevamento e l'abbassamento della gabbia toracica. In questo modo dovendo farsi carico anche del lavoro che dovrebbe svolgere il diaframma, la muscolatura accessoria va in sofferenza, causando dolore anche nella regione cervicale. Viene meno anche l'azione di spremitura sui visceri.

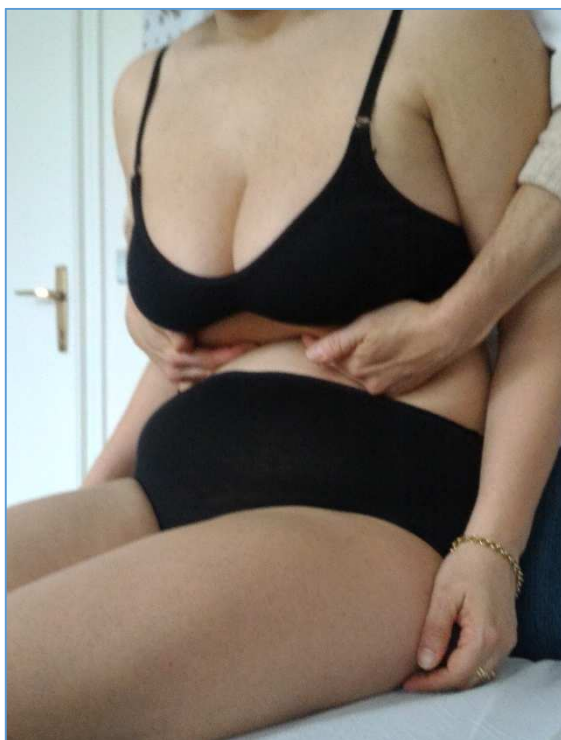


Figura 48 - Riequilibrio del diaframma

Si procede quindi con un riequilibrio diaframmatico.

La cervicale viene quindi rivalutata constatandone un avvenuto rilassamento.

L'ascolto fasciale sull'addome conduce alla cicatrice dell'appendicectomia. Si rivela opportuno un lavoro sulle aderenze che risultano profonde e fastidiose per la paziente. Infine si rivalutano le zone trattate.

Un valido feedback al trattamento è l'ascolto del cranio, che questa volta, riporta una torsione destra e risulta meno compresso.

5.3. Terzo trattamento

Al terzo trattamento, dopo ulteriori 15 giorni, la sintomatologia riferita consiste in un alleggerimento in zona diaframmatica, mentre permane un fastidio (così riferisce la paziente) a D5 soprattutto durante il decubito supino. La zona sacrale si presenta ancora densa.

L'ascolto fasciale in zona sacrale porta verso il pavimento pelvico di destra.

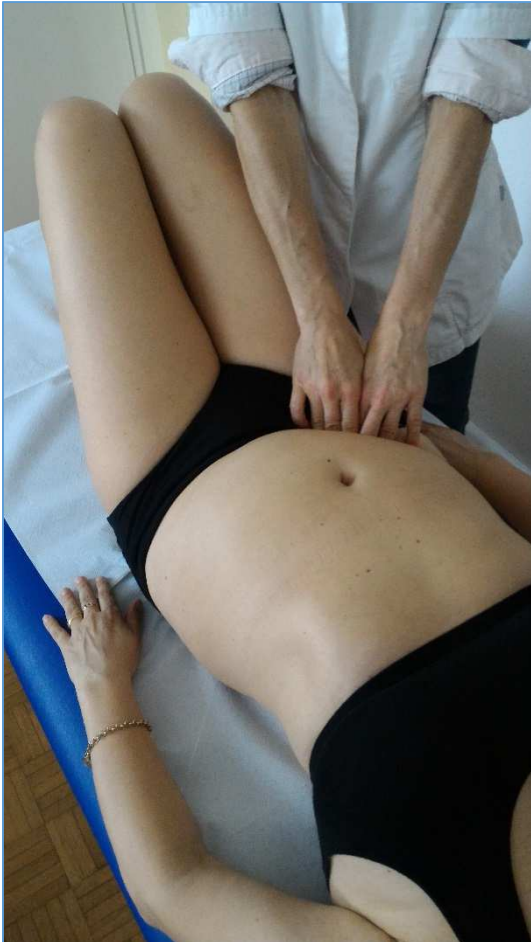
Prioritariamente si esegue un test di inibizione fra D5 e stomaco, che mette in evidenza nuovamente una disfunzione somatoviscerale; viene quindi corretta D5 in ERS sinistra. A seguire viene trattato il pavimento pelvico di destra con un lavoro inibitorio.

Alla fine, nel rivalutare il sacro, si riscontra una ripresa fisiologica della sua flessione estensione.

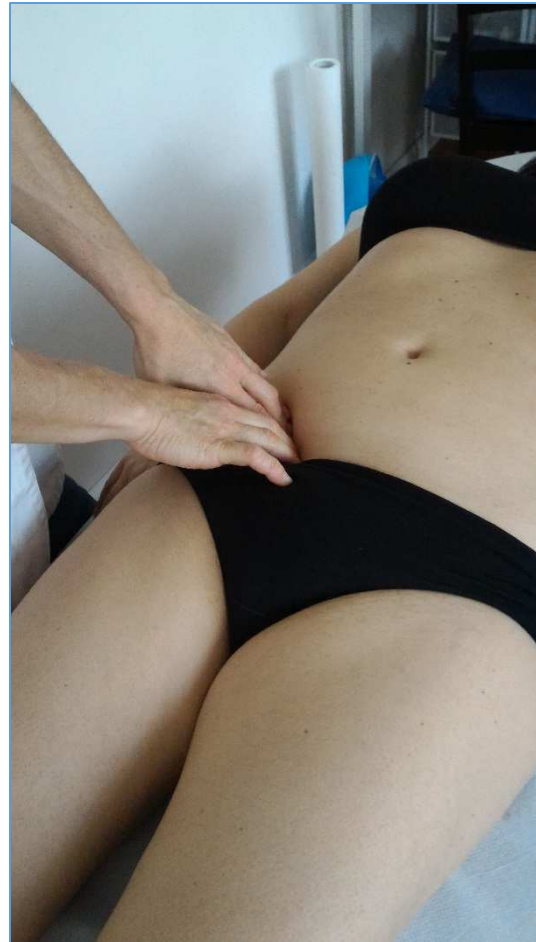
Il trattamento prosegue con lo scollamento della cicatrice seguendo le sue densità sull'intestino.



Figura 49- La cicatrice dell'appendicectomia



*Figura 50 - Trattamento cicatrice
in detensione tessutale*



*Figura 51 – Trattamento cicatrice
con gli arti inferiori estesi*

Vengono considerate anche le anse intestinali nei punti di adesione e ipomobilità.

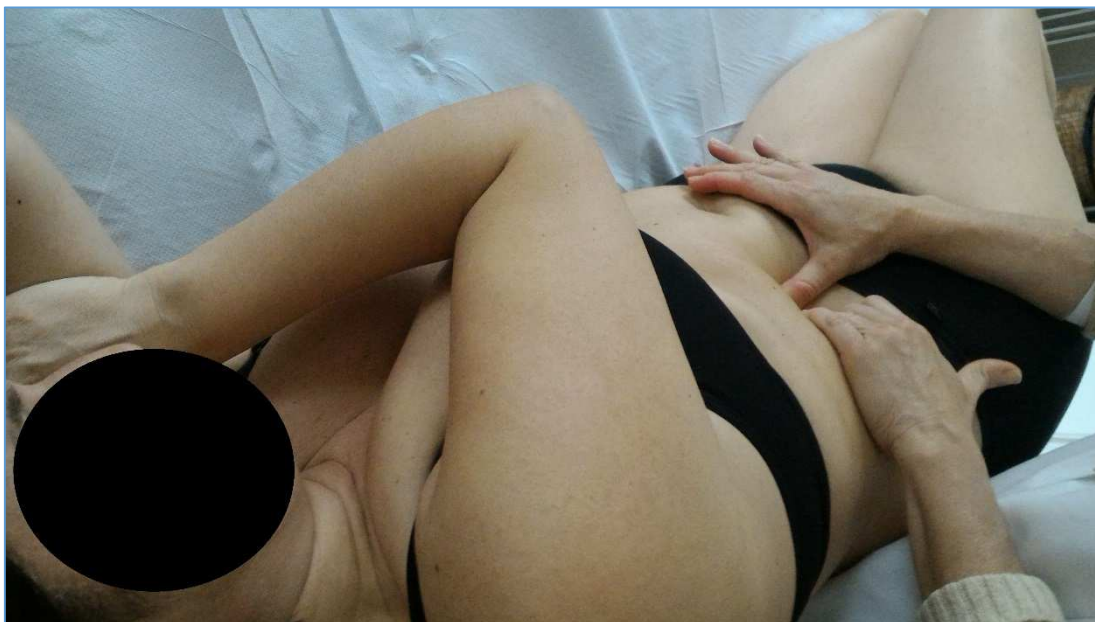


Figura 52 - Trattamento delle anse



Figura 53 – Trattamento anse intestinali: digiuno

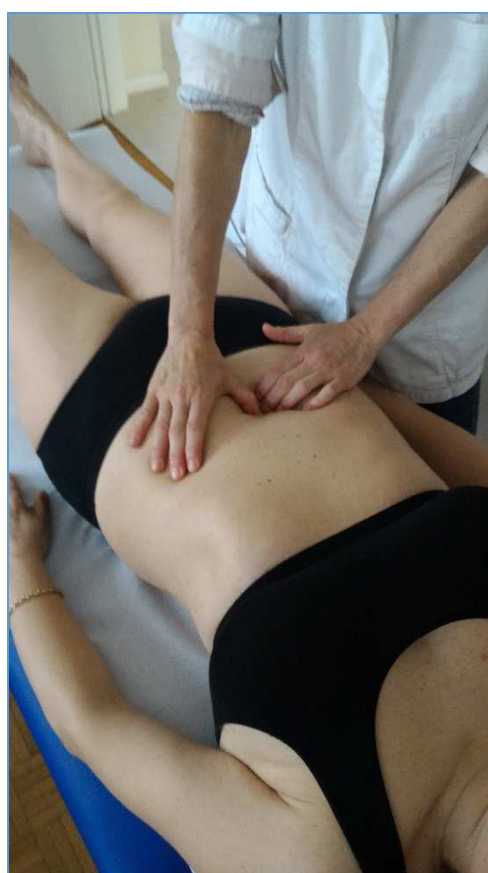


Figura 54 - Trattamento anse intestinali: ileo

Si rivaluta nuovamente la mobilità e la densità intestinale alla fine del trattamento, che risultano più fisiologiche.

Infine l'ascolto del cranio attesta un miglioramento della torsione e dell'ampiezza di movimento.

5.4. Quarto trattamento

Al quarto trattamento, la situazione fisica riferita dalla paziente presenta un miglioramento del sonno, dello stato di pesantezza e del gonfiore intestinale e una riduzione del mal di testa (da una volta alla settimana ad un solo episodio in un mese e mezzo).

Alla valutazione permane una certa densità in zona D7 in proiezione con la flessura colica di destra. Le anse intestinali risultano più trattabili.

Il diaframma è ancora in tensione. Dal test di inibizione viscerosomatica si evince una predominanza di tensione della flessura colica

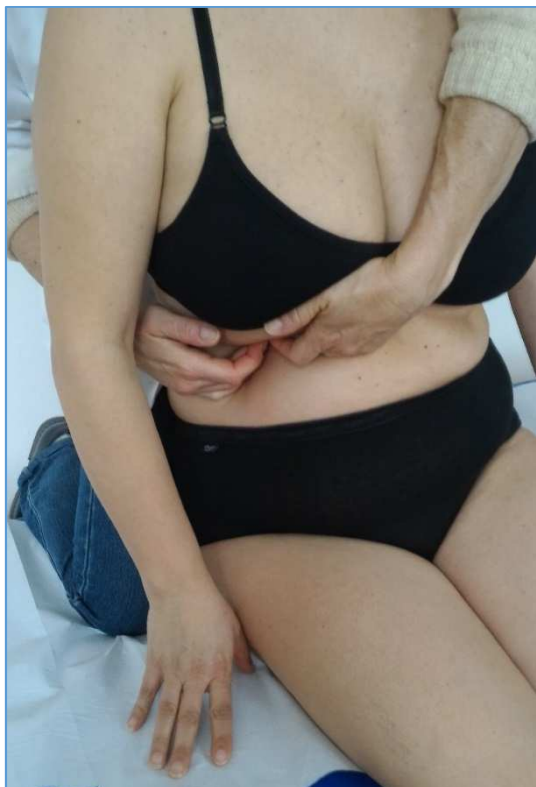


Figura 55 - Trattamento flessura colica destra

di destra rispetto a D7. Il trattamento dell'angolo colico di destra quindi cercherà di indurre un ammorbidimento delle tensioni.

A seguire, si continua sulla cicatrice il lavoro di allentamento delle aderenze in profondità. Migliorando la tensione intestinale, la mobilità fasciale suggerisce un approccio inibitorio al diaframma che permane denso e ancora lievemente dolente alla palpazione.

Alla valutazione conclusiva, l'ascolto del cranio conferma di aver raggiunto un discreto ritmo di flessione estensione; il tutto avvalorato anche dalla mobilità del sacro che a sua volta è più libero in flessione estensione. Per entrambi restano ancora migliorabili i parametri di ritmo e ampiezza.

5.5. Quinto trattamento

La paziente torna in trattamento dopo un mese. La situazione complessiva è in equilibrio.

La paziente riporta una migliore qualità del sonno, gli attacchi di emicrania sono diminuiti considerevolmente (attualmente resta circa un episodio dopo quasi due mesi). L'addome risulta trattabile anche se denso e sensibile in zona colon trasverso e flessure coliche destra e sinistra.



Figura 56 - Valutazione colon trasverso



Figura 57 - Valutazione flessura colica sinistra

Si decide quindi di lavorare i condili occipitali, la cerniera C0C1C2 e liberare quindi lo stretto toracico per agire sul percorso del vago che innerva gran parte del colon. Infine, sempre per proseguire l'azione sul parasimpatico, si riarmonizza il sacro, valutandolo e migliorandolo nel suo ritmo e grado di mobilità.

A seguire si esegue un lavoro sul meccanismo respiratorio primario fra sacro ed occipite, cercando un ritmo, un'ampiezza ed una forza in equilibrio. La paziente viene posizionata comodamente sul fianco e l'osteopata pone la sua mano caudale sul sacro e la mano craniale sull'occipite. L'esito consiste nell'avvertire una sincronia di movimento in fluidità dell'occipite con il sacro.

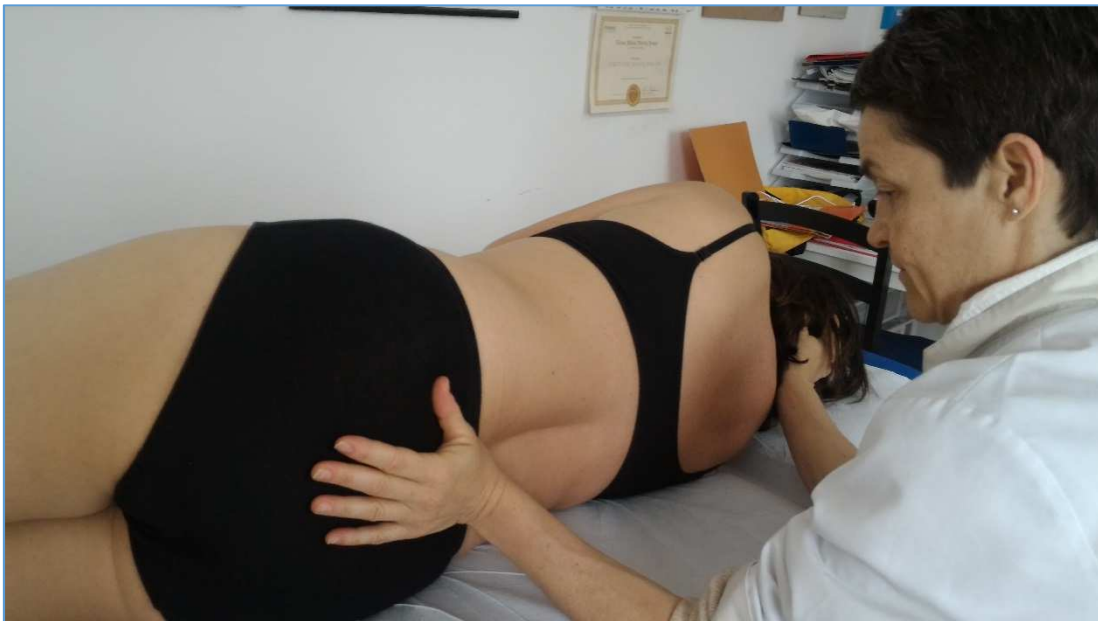


Figura 58 - Riarmonizzazione craniosacrale

6. CONCLUSIONI

L'iter di trattamenti effettuati sulla paziente non avevano la pretesa di essere risolutivi rispetto al problema del dolicocolon, in quanto la situazione anatomica congenita della paziente sarà sempre presente.

A detta della paziente, però, si è raggiunto l'obiettivo prefissato, quello cioè di attenuare i sintomi che nel tempo si erano andati cronicizzando, in modo da garantire una migliore qualità di vita. Importante sarà comunque l'attenzione alla dieta, all'attività fisica e alla consapevolezza di sé raggiunta anche con i trattamenti, soprattutto in questo momento della sua vita che sta introducendo ulteriori cambiamenti ormonali (passaggio alla menopausa).

In seguito il benessere raggiunto lo si potrà mantenere agendo periodicamente soprattutto sugli equilibri membranosi, fasciali e strutturali fin qui ottenuti.

Ogni volta il trattamento si baserà sull'ascolto e la valutazione del corpo nel suo insieme e delle singole strutture maggiormente coinvolte in un sistema disfunzionale o per lo meno in disequilibrio.

Anche la tempistica e la frequenza delle visite dipenderanno dalla capacità corporea della paziente di elaborare il trattamento.

7. Ringraziamenti

Desidero ringraziare tutti gli amici e conoscenti che mi hanno incoraggiata e sostenuta in questo percorso formativo; i compagni di studio con i quali ho condiviso il cammino, i professori con i quali mi sono confrontata, i miei pazienti che si sono generosamente prestati alle molte valutazioni e manipolazioni, al mio tutor ed osteopata che ha seguito la mia formazione con dedizione e disponibilità. Infine un ringraziamento speciale alla mia più cara amica Sandra, senza la quale non avrei saputo organizzare e disporre adeguatamente al computer la mia tesi: solo la sua pazienza e disponibilità mi hanno permesso di prepararmi in serenità.

8. Bibliografia

AAVV, *Anatomia del Gray*, Milano, Zanichelli, 1986.

Anastasi Giuseppe, Tacchetti Carlo (a cura di), *Atlante di anatomia umana*, Edi-Ermes.

Barral Jean Pierre, *Il Torace*, Castello editore, 1999.

Barral Jean Pierre, *Manipolazione viscerale 1*, Castello editore, 1998.

Barral Jean Pierre, *Manipolazione viscerale 2*, Castello editore, 1998.

Caiazzo Philippe, *Terapia Osteopatica Posturale*, Marrapese editore, 2007.

Lemme Raffaele, *Dispensa del 3 anno scuola di ostepatia*, Fisiomedic Academy, 2018

Netter Frank H., *Atlante di anatomia umana*, Edra, 2014

Pagliaro Roberto, *Osteopatia in campo viscerale. L'addome*, Marrapese editore, 2006.

Rugarli Claudio, *Medicina Interna Sistemica*, vol 1, Masson, .

Tuscano Silvia Clara, *Storia dell'osteopatia*, Liberodiscrivere edizioni, 2014.

Siti:

www.mypersonaltrainer.it

www.medicinapertutti.it