

UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE

Largo Gemelli, 1 – 20123 MILANO

**Interfacoltà SCIENZE DELLA FORMAZIONE E
MEDICINA E CHIRURGIA**

**Corso di laurea SCIENZE E TECNICHE DELLE
ATTIVITA' MOTORIE PREVENTIVE E
ADATTATIVE**

**VERIFICARE L'EFFICACIA DEL METODO
RAGGI® CON PANCAFIT®
SU SOGGETTI CON ERNIA IATALE**

Relatore:

Ch.mo Prof. Toso Benedetto

Candidato: Piccini Lucia

Matricola: 3702065

Anno accademico 2010 – 2011

INDICE

PREMESSA

CAPITOLO 1

- 1.1 L'ernia iatale
- 1.2 Il diaframma
- 1.3 La Metodica Pancafit (l'allungamento muscolare globale decompensato, AMGD)
- 1.4 Che cos'è la Postura
- 1.5 Relazione fra Postura e Funzione
- 1.6 Le Disfunzioni e la malattia

CAPITOLO 2 - DESCRIZIONE DEL PROGETTO

- 2.1 Il progetto
- 2.2 Il campione esaminato: criteri di inclusione ed esclusione
- 2.3 Gli strumenti di lavoro
- 2.4 I test eseguiti
- 2.5 Il protocollo di lavoro

CAPITOLO 3 – ESAME DEI DATI OTTENUTI

- 3.1 Test della pedana stabilometrica
- 3.2 Test dello scoliosometro
- 3.3 Test del podoscopio
- 3.4 Test del bending anteriore e laterale
- 3.5 Test delle bilance
- 3.6 Questionario SF 36
- 3.7 Valutazione dei sintomi correlati all'ernia iatale
- 3.8 Valutazione del/i dolore/i principale/i tramite scala VAS
- 3.9 Valutazione del/i dolore/i principale/i tramite scala PPI
- 3.10 Valutazione del/i dolore/i principale/i tramite QBPDS (Quebek Back Pain Disability Scale)
- 3.11 Valutazione dei dolori secondari tramite scala VAS
- 3.12 Valutazione delle gastroscopie

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

PREMESSA

L'ernia iatale di primo tipo o da scivolamento è una patologia che interessa fino al 60% della popolazione adulta, in ugual percentuale per entrambi i sessi.

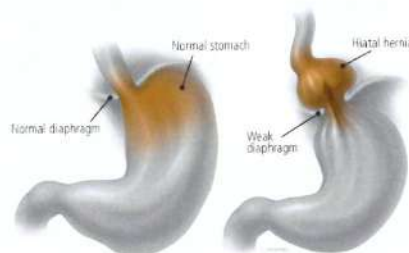
Fino ad oggi i pazienti con ernia iatale trattati con l'allungamento muscolare globale decompensato con Pancafit® hanno riscontrato un grande beneficio, ma non è mai stato eseguito uno studio supportato da esami clinici specifici, come la gastroscopia.

Lo scopo di questa tesi sperimentale è quindi quello di verificare scientificamente se ed in quale misura il lavoro sul diaframma e sulle catene muscolari in Pancafit® è utile per ridurre o eliminare tale ernia e/o i sintomi ad essa correlati.

CAPITOLO 1

1.1 L'ernia iatale (da scivolamento)

È dovuta allo scivolamento nella cavità toracica di una parte dello stomaco attraverso lo iato esofageo, un piccolo orifizio nel diaframma che serve normalmente al passaggio dell'esofago.



Questo passaggio è talvolta reversibile e particolarmente sensibile agli sbalzi di pressione addominale; uno sforzo eccessivo, un colpo di tosse o un trauma addominale possono infatti facilitare la fuoriuscita dell'ernia che può poi ritornare spontaneamente nella sua posizione iniziale.

E' una patologia legata all'età, ne soffre infatti circa il 25% della popolazione con più di 50 anni e quasi il 100% della popolazione over 80: il deterioramento organico tipico dell'invecchiamento, associato alla ripetizione continua dei movimenti caratteristici della deglutizione, altera l'elasticità dello iato esofageo favorendo l'erniazione.

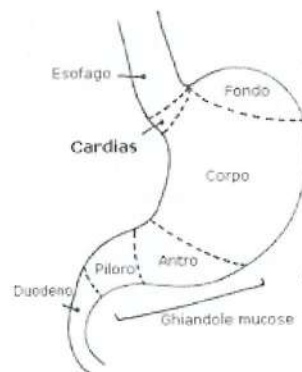
Sono maggiormente a rischio i pazienti affetti da tosse cronica, i fumatori, le donne durante la gravidanza, le persone sovrappeso e coloro che indossano vestiti stretti.

Nei bambini la presenza di un'ernia iatale è quasi sempre congenita e spesso si presenta associata ad altre malattie.

Spesso un paziente scopre di avere l'ernia iatale durante una visita legata ad altre patologie esofagee.

È un'ernia interna che può non manifestare sintomi o causare esofagite da reflusso.

Il reflusso gastroesofageo è provocato da una perdita parziale di funzione del cardias, una valvola posta fra la fine dell'esofago e l'inizio dello stomaco che in situazioni normali ha il compito di impedire al cibo di



risalire. Essendo però fuoriuscita insieme allo stomaco, il cardias non ha più la stessa capacità di trattenere il contenuto gastrico e questo provoca irritazione alla mucosa dell'esofago.

A causa dell'estrema acidità del contenuto gastrico le pareti esofagee possono lesionarsi causando i sintomi tipici della malattia:

- bruciori allo stomaco;
- senso di gonfiore postprandiale;
- dolori locali che talora simulano quelli dell'angina pectoris;
- rigurgiti acidi;
- senso di amaro in bocca;
- salivazione intensa;
- raucedine.

Tutti questi sintomi tendono a comparire o a peggiorare a causa del temporaneo aumento della pressione intraddominale. La posizione orizzontale o "a testa in giù" (ad esempio quando ci si allaccia le scarpe) aggrava ancor di più i sintomi tipici.

L'ernia iatale può essere facilmente diagnosticata con una radiografia del tratto digerente superiore o con l'endoscopia.

La radiografia si avvale di un mezzo di contrasto a base di bario che dovrà essere ingerito dal paziente: i raggi X potranno evidenziare chiaramente l'esofago, lo stomaco e la parte superiore dell'intestino tenue.

Nell'endoscopia il medico utilizza un tubo flessibile ed estremamente sottile che, dopo essere stato inserito nella bocca, scende fino all'esofago e allo stomaco evidenziando eventuali danni da reflusso gastrico.

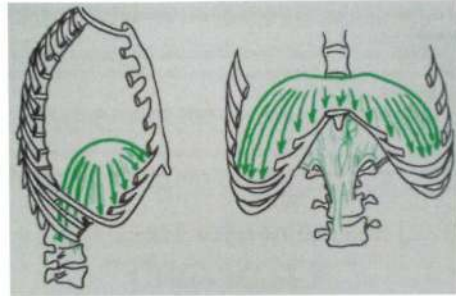
Si può inoltre monitorare il pH del contenuto esofageo o la pressione all'interno dell'esofago durante la giornata. Un pH più acido del normale o una pressione inferiore sono infatti spesso collegati alla presenza di un ernia iatale.

Solo nei casi gravi è necessario l'intervento chirurgico, mentre in genere sono sufficienti misure per alleviare i sintomi (per esempio uso di antiacidi, riduzione del peso corporeo, assunzione di pasti piccoli e leggeri,...).

1.2 Il diaframma

Il diaframma è una lamina muscolo tendinea a forma di cupola che divide la cavità toracica da quella addominale.

Come dice il suo nome, facilita le vie di comunicazione tra gli stadi toracici e addominali (DIA) pur separandoli efficacemente (FRAMMA).



È il più importante muscolo della respirazione e il primo muscolo inspiratore.

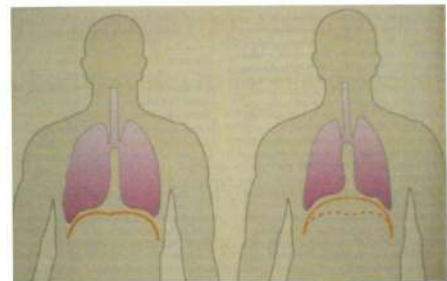
È costituito da una zona fibrosa centrale detta centro frenico dalla quale si irradiano 3 fasci muscolari verso la periferia:

- la *parte sternale* dà origine a fasci di fibre provenienti dalla superficie posteriore del processo xifoideo;
- la *parte costale* dalla superficie posteriore delle coste dalla 7° alla 12°;
- la *parte lombare* è costituita da due pilastri per ogni lato, mediale e laterale.

Il pilastro mediale sinistro origina dai corpi delle prime tre vertebre lombari, il pilastro mediale destro dai corpi delle prime quattro vertebre lombari e il pilastro laterale origina sia dall'arcata lombo-costale mediale (formata dall'arcata del muscolo psoas) che da quella lombo-costale laterale (formata dall'arcata del quadrato dei lombi).

L'innervazione è data dai nervi frenici C3, C4 e C5; lo stimolo nervoso produce la contrazione dei tre fasci muscolari e

quindi l'appiattimento della cupola diaframmatica che consente l'attivazione della fase inspiratoria e l'aumento del diametro verticale della cavità toracica.



Così il diaframma passa dalla 4° alla 6° costa percorrendo circa due spazi intercostali a sinistra e circa uno e mezzo a destra.

Le origini dei tre gruppi muscolari fanno da punto fisso finché il muscolo incontra la massa intestinale che produce resistenza: si compie gradualmente l'inversione del punto fisso che passa al centro frenico il quale, effettuando una

trazione sulle coste, realizza l'aumento di tutti e tre i diametri della cavità toracica.

Il diaframma presenta diversi orifizi, indispensabili per il passaggio dell'aorta a livello di D12, dell'esofago all'altezza di D10 e della vena cava in corrispondenza di D9.

Il tendine sospensore che origina dalla cupola diaframmatica mette in collegamento il diaframma con i vasi del sistema arterioso e venoso, con l'esofago, la trachea, i muscoli sotto e sopra ioidei, con l'osso ioide, con i muscoli laringei, faringei e cervicali.

È importante che il diaframma rimanga libero per svolgere la sua principale funzione: la respirazione, ossia gli scambi gassosi tra l'ambiente esterno e il sangue.

La respirazione a riposo interessa solo il diaframma, ma quando è sotto sforzo coinvolge i muscoli accessori (scaleni, sternoclenomastoidei, grandi dentati, piccoli e grandi pettorali, piccoli dentati postero-inferiori) che aiutano ad allargare la cavità toracica.

E' alla nascita che il diaframma svolge per la prima volta la sua funzione di muscolo respiratorio (ecografie in movimento hanno dimostrato che il bambino è in grado di contrarre il diaframma già nella vita intrauterina ma non lo usa ancora per respirare): il primo atto respiratorio è un'inspirazione e per questo rappresenta a livello inconscio la sopravvivenza e l'autonomia nella vita quotidiana.

Al contrario, per una legge atavica iscritta nella genetica di ogni essere vivente, l'espiazione ci ricollega inconsapevolmente all'ultimo atto respiratorio, quindi alla morte.

A causa di questo meccanismo inconscio l'inspirazione è la prima reazione che il corpo mette in atto di fronte ad un disagio di origine emotiva o fisica.

Ripetendo questo schema in diverse situazioni quotidiane, il diaframma tende a rimanere bloccato in inspirazione, ossia in posizione più bassa.

Il tessuto connettivo fisserà i sarcomeri in posizione concentrica e così il diaframma nel tempo perderà la possibilità di risalire durante l'espiazione: diverrà retratto, ipofunzionante, ossia bloccato irreversibilmente finché non viene sbloccato con particolari tecniche respiratorie e/o manuali.

Essendo questo muscolo in stretta relazione con il piano parietale e viscerale, subisce le loro disfunzioni e a sua volta le influenza: le contrazioni diaframmatiche aiutano stomaco, fegato, intestino, cisterna linfatica, ecc. a svolgere le loro funzioni, per esempio quella peristaltica intestinale, o il riempimento e svuotamento della cisterna linfatica.

Un movimento diaframmatico ridotto protratto nel tempo può determinare patologie al sistema muscolare e articolare (come cervicalgie, spalle doloranti, lombalgie, dorsalgie), respiratorio, digestivo (disagi, ernie iatali), circolatorio, cardiaco (il cuore è intimamente collegato al diaframma attraverso il pericardio), linfatico (la cisterna di Piquet viene in parte inibita ostacolando il ritorno linfatico, nonché venoso), urinario (compressioni vescicali), intestinale (peristalsi rallentata), genitale (compressione interna), ecc..

Esistono infatti casi di incontinenza urinaria, stasi linfatiche e venose, oppRESSIONI cardiache, patologie della colonna vertebrale o disfunzioni vocali provocate proprio dalla compressione diaframmatica.

Si può quindi intuire l'importanza della corretta funzionalità di questo muscolo.

1.3 La Metodica Pancafit (l'allungamento muscolare globale decompensato, AMGD)

La metodica Pancafit fonda le sue radici nei concetti del Metodo Mézières, arricchito dall'osservazione dei lavori di altri autori (Godelive D. S., Ida Rolf, Feldenkrais, Busquet, etc...).

Il corpo si modifica e si adatta costantemente alle nostre esigenze, "l'uomo, pur di non soffrire, fa di tutto: si torce, si flette, si piega, riduce la sua mobilità. Per vivere in modo confortevole il soggetto inventa schemi di compenso, soluzioni posturali" (Bosquet).

Per risolvere un problema presente si attua un compenso che causerà un'alterazione posturale e un problema nel futuro.

Ogni postura assunta dovrebbe essere sempre decompensata, ossia è necessario eliminare i meccanismi antalgici che il corpo crea per sfuggire al dolore e alla tensione, rispettando assi e piani di lavoro regolabili e orientati sempre a favore della gravità (Pancafit) per ottenere risultati permanenti.



Il corpo umano può compiere movimento anche grazie ai muscoli, che sono collegati fra loro esattamente come lo sono gli anelli di una catena, così da formare le catene muscolari.

La catena più remota nella specie umana è quella posteriore perchè ha permesso il passaggio dalla quadrupedia alla bipedia; la più antica del corpo è quella linguale in quanto dalla 13^o settimana di gestazione l'embrione inizia la suzione.

Tutte le catene muscolari sono trattate come una rete di catene neuro-muscolari che coinvolgono gli apparati e i sistemi, "si allacciano a livello del diaframma e in esso il centro frenico rappresenta il luogo di incontro dove tutte le catene sono interconnesse" (L. Busquet).

Durante la giornata possiamo essere soggetti a sollecitazioni eccessive, a traumi, stress, posture viziate, dolori non risolti, ecc... che creano un aumento del tono.

L'ipertono irrigidisce le articolazioni e retrae le catene muscolari.

Ogni postura decompensata, mantenuta nel tempo, è in grado di dare libertà alle catene muscolari e quindi alle articolazioni.

Un reale allungamento delle catene si verifica quando l'intera catena è messa in tensione e vengono impediti i compensi adattivi, al contrario altri distretti muscolari della stessa catena compenserebbero accorciandosi.

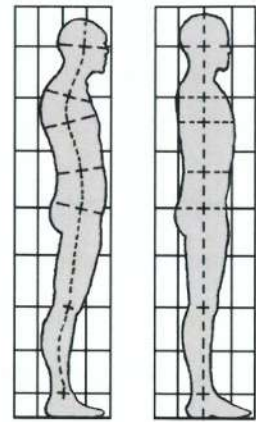
Mantenere la tensione da stiramento, genera una modificazione strutturale della lunghezza muscolare a partire dal tessuto connettivo, sarcomeri e i fasci di actina e miosina (Proske e Morgan).

Questa metodica valuta quindi il paziente secondo una visione olistica per individuare le cause che hanno determinato l'insorgenza del problema: si ricercano le retrazioni muscolari e articolari.

Il lavoro posturale ha l'obiettivo di ristabilire una corretta armonia corporea, principalmente attraverso il miglioramento della respirazione e il mantenimento di alcune posture finalizzate all'allungamento delle catene muscolari ipertoniche ed in costante retrazione,

attraverso l'allungamento muscolare globale decompensato su Pancafit®.

In questo modo i muscoli retratti e le articolazioni che procurano dolore vengono resi liberi, mobili e funzionali; il soggetto non sarà più vittima dei suoi disagi e la sua qualità di vita sarà migliore.

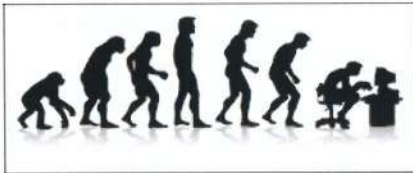


1.4 Che cos'è la Postura

Il termine *postura* deriva dal latino *positura* che significa *posizione*.

È un atteggiamento dei singoli segmenti corporei e del corpo nel suo insieme.

Nei secoli l'uomo ha modificato la sua postura, in funzione dell'ambiente circostante e dei suoi obiettivi; ha operato adattamenti, soluzioni posturali per poter agire, vivere con il minor dispendio energetico e con il massimo rendimento.



Si può quindi affermare che “la postura è l'espressione di un vissuto ereditario, di un vissuto personale, della formazione e deformazione culturale, di memorie dei propri traumi fisici ed emotivi, del tipo di vita che conduciamo, di stress che subiamo, del tipo di lavoro e di sport a cui ci siamo assoggettati nel tempo; postura è il modo in cui respiriamo, il modo in cui stiamo in piedi, ci atteggiamento e ci rapportiamo con noi stessi e con gli altri. La nostra postura è l'espressione della nostra storia” (D. Raggi)

La nostra postura è in costante e progressiva modificazione.

Scoppa definì la postura, nella sua essenza neurofisiologica, come una modulazione di tono.

La regolazione della postura dipende soprattutto da riflessi di natura propriocettiva, che si integrano a differenti livelli del sistema nervoso e nei quali il sistema extrapiramidale gioca un ruolo fondamentale.

Quando si porta il segmento di un arto in una determinata posizione, alcuni muscoli attuano contrazioni toniche che possono essere:

- locali, ossia riflessi da stiramento che nascono dal muscolo stesso;
- segmentali, cioè i riflessi che si manifestano nell'arto controlaterale a quello stimolato;
- generali, ossia i riflessi che si manifestano in seguito a modificazioni della posizione del capo nello spazio. In questo caso, oltre ai propriocettori, vengono reclutati anche i recettori posti nei muscoli (fusi neuromuscolari), quelli nei tendini (fusi neuro tendinei) e i recettori presenti nelle capsule articolari che possono essere tattili, visivi e vestibolari.

Un aumento del tono muscolare crea nel tempo alcuni disagi come rigidità articolari, infiammazioni, ernie discali, cefalee, ecc...

È quindi importante analizzare la postura nella statica, nella dinamica e durante la respirazione, per individuare le zone in cui si manifesta l'ipertono muscolare. A differenza di ciò che si può pensare, la postura ideale non esiste, se non sui libri di anatomia; essendo la postura l'espressione del vissuto di un individuo allora, questa non può essere nient'altro se non l'effetto delle risposte che ogni individuo in forma del tutto personale e soggettiva mette in atto per far fronte alla propria vita.

1.5 Relazione fra Postura e Funzione

La funzione è la manifestazione di un corpo in azione, è il suo modo di funzionare.

Il nostro lavoro, le nostre emozioni, il nostro vissuto quotidiano influenzano la nostra postura.

Una scorretta funzione crea una postura alterata: ad esempio ripetere, ogni volta che si fa sport, lo stesso gesto in maniera sbagliata o stare sempre seduti in modo scorretto, ecc... creeranno un allineamento dei segmenti corporei non ottimale.

Al contrario una funzione corretta genera una buona postura.

Uno stile di vita attento, informato, oppure distratto determinerà rispettivamente una buona o cattiva postura.

Ma contemporaneamente anche la postura condizionerà la funzione: un corretto allineamento dei segmenti corporei permetterà un'ottima condizione di gestione corporea.

Si potrà così stare in stazione eretta gestendo la gravità e muoversi nello spazio con il minor dispendio energetico e il massimo comfort senza alcun dolore.

La funzione è la risultante del rapporto dei singoli segmenti corporei, come una torta è formata da diversi ingredienti.

Se ogni ingrediente è buono, fresco e sano, ne risulterà una torta deliziosa; se invece uno o più ingredienti risultano scaduti, la torta sarà più o meno cattiva.

Si tratta di un circolo vizioso, di un'influenza reciproca.

I traumi fisici ed emotivi e i vizi posturali creeranno retrazioni muscolari e quindi una postura alterata che limiterà di conseguenza la funzione.

Postura e funzione sono intimamente correlate.

1.6 Le disfunzioni e la malattia

La disfunzione è una funzione parzialmente o totalmente compromessa.

La malattia è la condizione in cui è alterata la forma, la struttura o la funzione di un organismo o di una sua parte. È un processo evolutivo che può giungere alla guarigione, cronicizzarsi o condurre alla morte.

Una postura e una funzione alterata hanno alla base delle retrazioni muscolari e quindi delle zone corporee ipomobili che generano, secondo il principio del compenso, delle zone ipermobili; dove si manifesterà il dolore.

Per eliminare il dolore è necessario rendere libere le zone ipomobili, attraverso l'AMGD.

Al contrario, se si potenzia la zona del corpo dolorante, si incrementerà anche il problema, le retrazioni della persona; può quindi accadere che sorgano processi artrosici, ernie discali, ecc...

Se invece si rende libera la zona ipomobile, non si avvertirà più il disagio nella zona ipermobile e la postura sarà più simile a quella ideale e più funzionale.

Anche un buon sinergismo fra muscoli agonisti e antagonisti garantisce il rispetto di un buon funzionamento corporeo, come un corretto equilibrio psico-fisico.

CAPITOLO 2

- DESCRIZIONE DEL PROGETTO -

2.1 Il progetto

Il progetto di ricerca ha l'obiettivo di verificare se ed in quale misura potrà risultare efficace l'applicazione dell'AMGD (allungamento muscolare globale decompensato) tramite l'utilizzo di Pancafit® nel trattamento dell'ernia iatale. Fino ad oggi è stato frequentemente rilevato un grande beneficio sui sintomi dell'ernia iatale nei pazienti trattati che soffrivano di tale patologia ma non è mai stato eseguito uno studio clinico supportato da esami specifici (come ad esempio la gastroscopia) sui reali benefici di tale metodica.

Lo scopo del protocollo di ricerca è quindi quello di provare scientificamente che il lavoro sul diaframma e sulle catene muscolari in Pancafit® è utile per ridurre o eliminare tale ernia e/o i sintomi ad essa correlati.

2.2 Il campione esaminato: criteri di inclusione ed esclusione

I criteri di inclusione contemplano uomini e donne di età compresa fra 18 e 60 anni; i criteri di esclusione età inferiore a 18 anni o superiore ai 60 anni, presenza di tumori o metastasi di varia origine, fratture vertebrali, osteoporosi grave, TBC ossea, infezioni in fase acuta, patologie con interessamento del sistema nervoso centrale, asma bronchiale grave, malattie autoimmuni in fase attiva, stato di gravidanza, BMI > 30, patologie all'apparato gastroenterico, patologie cardiache, precedenti interventi chirurgici al torace.

L'eventuale concomitante terapia farmacologica per l'ernia iatale non costituisce un criterio di esclusione per l'arruolamento purchè tale terapia non venga modificata per l'intera durata del protocollo di studio; l'esecuzione concomitante di altre terapie fisiche o esami particolari escludono la partecipazione al campione di ricerca, in quanto possono alterare o inficiare i risultati finali.

2.3 Gli strumenti di lavoro

I monitoraggi scientifici iniziali e finali sono stati eseguiti utilizzando:

- Lo scoliosometro, strumento che consente la valutazione visiva della postura del soggetto sul piano frontale, sagittale e trasverso;



- La pedana stabilometrica viene utilizzata per misurare la distribuzione del carico sui piedi, gli appoggi anomali degli stessi e l'oscillazione del baricentro corporeo. È inoltre in grado di rilevare le modificazioni strutturali e le torsioni che subiscono le articolazioni sovrastanti i piedi (sistema vestibolare, articolazione temporo-mandibolare, occhi, collo, rachide, anche, ginocchia) creando conseguentemente un'alterazione della struttura del piede e ne cambiano l'appoggio;



Foto tratta da
www.lizardmed.eu

- Il cubo con l'asta graduata al centro per rilevare la mobilità articolare;
- Il centimetro per il bending laterale con lo scopo rilevare con precisione la mobilità articolare.



Le sedute prevedono l'utilizzo di Pancafit® e degli eventuali accessori.

2.4 I test eseguiti

Test della pedana stabilometrica

L'esame è stato condotto con parametri standard in 50,2 secondi ad occhi:

- aperti e i denti a contatto;
- aperti e i denti non a contatto;
- aperti e la lingua allo spot;
- chiusi.

Sono state rispettate tutte le condizioni standard.

Test dello scoliosometro

Il soggetto è in stazione eretta e si rileva la postura sul piano frontale, sagittale e trasverso.

Test delle frecce vertebrali

Il soggetto è in stazione eretta e viene rilevata la postura sul piano sagittale.

Test del bending anteriore

Il soggetto esegue una flessione anteriore del busto su un cubo con un'asta graduata al centro, senza flettere le ginocchia, rilevando il punto in cui arrivano le punta delle dita.

Test del bending laterale

Il soggetto esegue una flessione laterale del busto, senza staccare dalla parete le zone del corpo che devono stare a contatto, rilevando il punto in cui arrivano le punta delle dita.

Test delle bilance

Valuta la propriocezione dei piedi a contatto col suolo.

Questionario SF 36

Viene utilizzato per valutare lo stato di salute.

ISTRUZIONI: Questo questionario intende valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di essere sempre aggiornati su come si sente e su come riesce a svolgere le Sue attività consuete.

Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore.

1. In generale, direbbe che la Sua salute è: (Indichi un numero)

- Eccellente 1
- Molto buona 2
- Buona 3
- Passabile 4
- Scadente 5

2. Rispetto ad un anno fa, come giudicherebbe, ora, la Sua salute in generale?
(Indichi un numero)

- Decisamente migliore adesso rispetto ad un anno fa 1
- Un po' migliore adesso rispetto ad un anno fa 2
- Più o meno uguale rispetto ad un anno fa 3
- Un po' peggiore adesso rispetto ad un anno fa 4
- Decisamente peggiore adesso rispetto ad un anno fa 5

3. Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività? (Indichi per ogni domanda il numero 1, 2, o 3)

- SI, mi limita parecchio = 1
- SI, mi limita parzialmente = 2
- NO, non mi limita per nulla = 3

a. Attività fisicamente impegnative, come correre, sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi 1 2 3

- b. Attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giretto in bicicletta 1 2 3
- c. Sollevare o portare le borse della spesa 1 2 3
- d. Salire qualche piano di scale 1 2 3
- e. Salire un piano di scale 1 2 3
- f. Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi 1 2 3
- g. Camminare per un chilometro 1 2 3
- h. Camminare per qualche centinaia di metri 1 2 3
- i. Camminare per circa cento metri 1 2 3
- l. Fare il bagno o vestirsi da soli 1 2 3

4. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica? Risponda SI o NO a ciascuna domanda (Indichi per ogni domanda il numero 1 o 2)

SI = 1

NO = 2

- a. Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività 1 2
- b. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto 1 2
- c. Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività 1 2
- d. Ha avuto difficoltà nell'eseguire il lavoro o altre attività (ad esempio, ha fatto più fatica) 1 2

5. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)? Risponda SI o NO a ciascuna domanda (Indichi per ogni domanda il numero 1 o 2)

SI = 1

NO = 2

- a. Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività 1 2
- b. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto 1 2
- c. Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività 1 2

6. Nelle ultime 4 settimane, in che misura la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte? (Indichi un numero)

- Per nulla 1
- Leggermente 2
- Un po' 3
- Molto 4
- Moltissimo 5

7. Quanto dolore fisico ha provato nelle ultime 4 settimane?
(Indichi un numero)

- Nessuno 1
- Molto lieve 2
- Lieve 3
- Moderato 4
- Forte 5
- Molto forte 6

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore L'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)? (Indichi un numero)

- Per nulla 1
- Molto poco 2
- Un po' 3
- Molto 4
- Moltissimo 5

9. Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito...
(Indichi un numero per ogni domanda)

- Sempre = 1
- Quasi sempre = 2
- Molto tempo = 3
- Una parte del tempo = 4

Quasi mai = 5

Mai = 6

a. vivace brillante? 1 2 3 4 5 6

b. molto agitato? 1 2 3 4 5 6

c. così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarLa su? 1 2 3 4 5 6

d. calmo e sereno? 1 2 3 4 5 6

e. pieno di energia? 1 2 3 4 5 6

f. scoraggiato e triste? 1 2 3 4 5 6

g. sfinito? 1 2 3 4 5 6

h. felice? 1 2 3 4 5 6

i. stanco? 1 2 3 4 5 6

10. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

(Indichi un numero)

Sempre 1

Quasi sempre 2

Una parte del tempo 3

Quasi mai 4

Mai 5

11. Scelga la risposta che meglio descrive quanto siano VERE o FALSE le seguenti affermazioni. (Indichi un numero per ogni affermazione)

Certamente vero = 1

In gran parte vero = 2

Non so = 3

In gran parte falso = 4

Certamente falso = 5

a. Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri 1 2 3 4 5

b. La mia salute è come quella degli altri 1 2 3 4 5

c. Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando 1 2 3 4 5

d. Godo di ottima salute 1 2 3 4 5

Valutazione dei sintomi correlati all'ernia iatale

Si domanda al paziente quanto riportato nello schema sottostante:

<i>SINTOMO</i>	<i>ASSENTE</i>	<i>PRESENTE</i>	<i>SCALA VAS 1-10</i>
<i>BRUCIORE RETROSTERNALE</i>			<i>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</i>
<i>BRUCIORE STOMACO</i>			<i>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</i>
<i>FARINGITE</i>			<i>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</i>
<i>TRACHEITE</i>			<i>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</i>
<i>SPASMI (ZONA DIAFRAMMA STOMACO)</i>			<i>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</i>
<i>RAUCEDINE</i>			<i>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</i>
<i>GUSTO AMARO IN BOCCA</i>			<i>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</i>

I disturbi sono presenti:

Sempre presenti - Dopo i pasti - Quando mi sdraio – Per fattori emotivi – Più la mattina – Più la sera – Se mi stanco troppo – Se dormo poco – Se dormo più del solito -

Altro _____

I disturbi dati dall'ernia iatale:

Quanto incidono sulle sue scelte alimentari? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quanto incidono sul suo stile di vita? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Valutazione del/i dolore/i principale/i tramite scala PPI e VAS

PRESENT PAIN INTENSITY INDEX (PPI)

Alle varie classi qui sotto indicate si associano termini che rappresentano livelli di dolore sempre più elevati. Indichi con una crocetta la parola che meglio esprime il Suo dolore.

- 1) *Dolore assente*
- 2) *Dolore leggero*
- 3) *Dolore che mette a disagio*
- 4) *Dolore che angoscia*
- 5) *Dolore orribile*
- 6) *Dolore atroce*

SCALA ANALOGICA VISIVA (VAS)

Indichi con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore.



Valutazione del/i dolore/i principale/i tramite QBPDS (Quebek Back Pain Disability Scale)

	<i>Nessuna difficoltà</i>	<i>Minima difficoltà</i>	<i>Qualche difficoltà</i>	<i>Piuttosto difficile</i>	<i>Molto difficile</i>	<i>Impossibile da farsi</i>	<i>Totale</i>	<i>Risultato somma dei punti</i>
<i>Punteggi</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>		
<i>1. Alzarsi dal letto</i>								
<i>2. Dormire tutta la notte</i>								
<i>3. Girarsi nel letto</i>								
<i>4. Andare in auto</i>								
<i>5. Stare in piedi fermo per 20.30 min.</i>								
<i>6. Sedere in una sedia per alcune ore</i>								
<i>7. Salire una rampa di scale</i>								
<i>8. Camminare per 300-400 metri</i>								
<i>9. Camminare alcuni chilometri</i>								
<i>10. Raggiungere scaffali posti in alto</i>								
<i>11. Tirare una palla con entrambe le mani</i>								
<i>12. Correre per circa 100 metri</i>								
<i>13. Prendere cibo dal frigorifero</i>								

<i>14. Rifare il letto</i>								
<i>15. Mettersi le calze/collant</i>								
<i>16. Piegarci in avanti per pulire il wc</i>								
<i>17. Spostare una sedia</i>								
<i>18. Aprire o chiudere porte pesanti</i>								
<i>19. Portare due borse della spesa</i>								
<i>20. Alzare e portare una valigia pesante</i>								
<i>Totale</i>								

Valutazione dei dolori secondari tramite scala VAS

Si chiede al soggetto se sono presenti altri fastidi/disturbi/dolori oltre a quelli causati dall'ernia iatale, e di classificarlo ad un numero in una scala da 0 a 10.

2.5 Il protocollo di lavoro

Lo studio prevede l'arruolamento di 20 soggetti portatori di ernia iatale da scivolamento sintomatica già nota o appena diagnosticata, con o senza trattamento.

I soggetti sono stati suddivisi in due gruppi da 10 persone, omogenei per sesso, età e sintomatologia; un gruppo è stato sottoposto a trattamento con Pancafit® mentre l'altro ha costituito il controllo.

Le sedute sono state effettuate presso Posurlamed®, società autorizzata a divulgare il Metodo Raggi® con Pancafit®, che si occupa di studio e ricerca in ambito posturologico.

Il trattamento prevede un monitoraggio iniziale composto da esame stabilometrico effettuato con la pedana stabilometrica, analisi posturale alla verticale di Barrè con foto digitale, valutazione della mobilità articolare del tratto lombare in bending anteriore (test di Flessione Anteriore TDFA) e in bending laterale, test delle bilance, dichiarazione di tutti i disagi soggettivi derivanti dall'ernia iatale o predisponenti e compilazione del questionario SF36.

In seguito al monitoraggio sono state eseguite 10 sedute una volta a settimana della durata di circa 45 minuti l'una, composte da esercizi in allungamento muscolare globale decompensato con Pancafit®; si è agito sia con esercizi specifici per donare maggiore libertà al diaframma, che in modo mirato su alcune zone del corpo che necessitano di essere trattate perché vittime di traumi fisici passati, cicatrici, interventi chirurgici, ecc...

Al termine delle 10 sedute è stato eseguito un monitoraggio finale, effettuato con gli stessi test iniziali.

I dati raccolti durante il programma di lavoro sono stati elaborati per eseguire statistiche di confronto sullo stato iniziale e finale di uno stesso paziente e sulle modificazioni posturali avvenute nei soggetti appartenenti al gruppo di studio rispetto ai pazienti del gruppo di controllo.

L'efficacia del trattamento è stata valutata sia mediante valutazione di test e questionari, che attraverso esame gastroscopico.

Tali controlli strumentali sono stati eseguiti entro un mese dall'inizio del protocollo e alla fine dello stesso.

Ai soggetti è stato richiesto consenso informato.

I risultati finali sono oggetto della presente tesi di specializzazione ed eventualmente disponibili per pubblicazioni scientifiche.

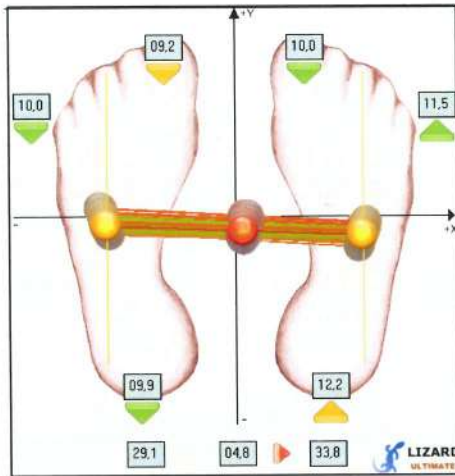
CAPITOLO 3 – ESAME DEI DATI OTTENUTI

Nei seguenti tests e valutazioni, i codici da S1 a S10 si riferiscono ai pazienti appartenenti al gruppo di studio; da C1 a C4 a quelli del gruppo di controllo.

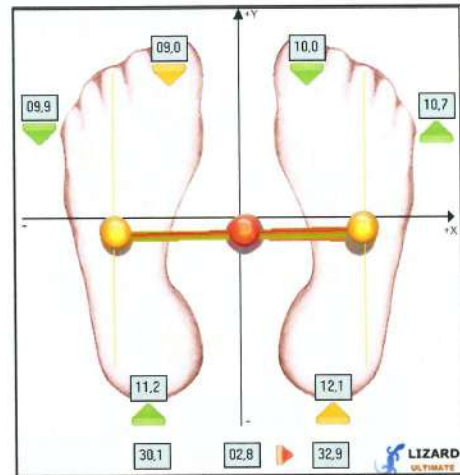
3.1 Test della pedana stabilometrica

Il collegamento fra la pedana stabilometrica e il computer crea le schermate sotto riportate. Il paziente in questione corrisponde al codice S7.

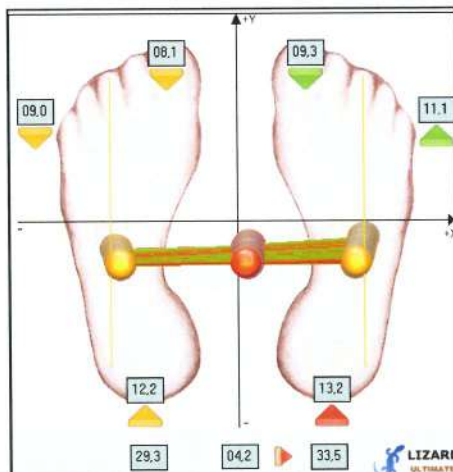
arcate svincolate, inizio



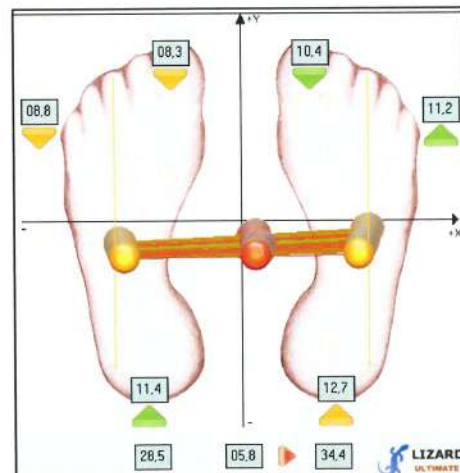
arcate svincolate, fine



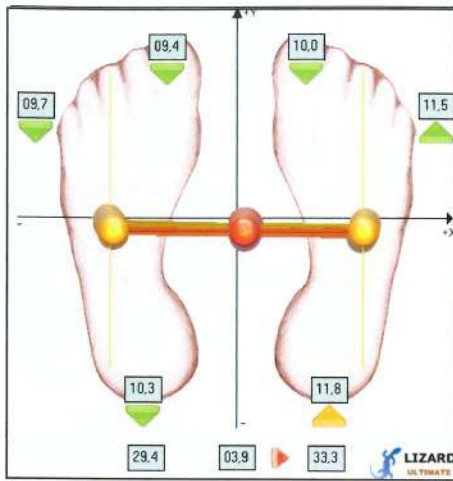
lingua allo spot, inizio



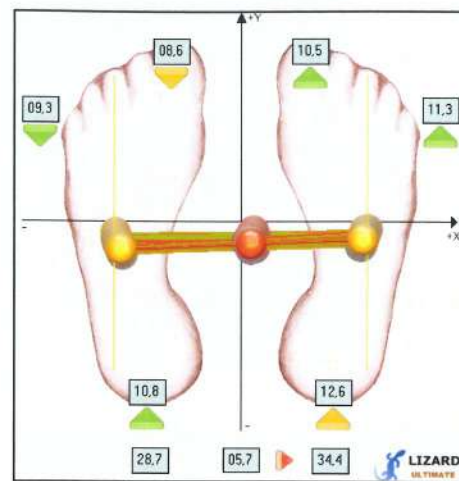
lingua allo spot, fine



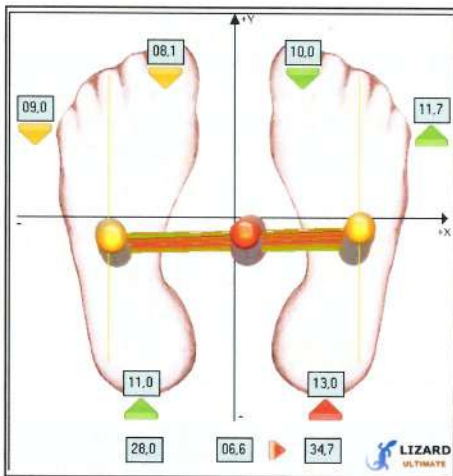
massima intercuspidação, inizio



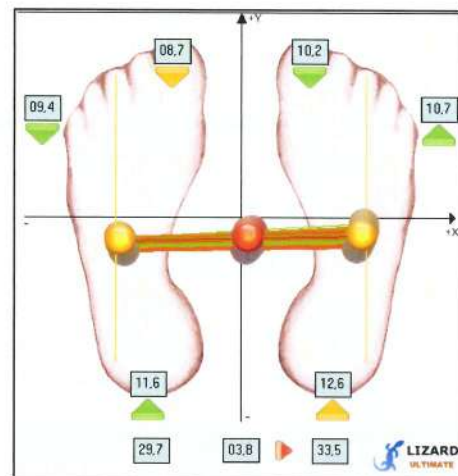
massima intercuspidação, fine



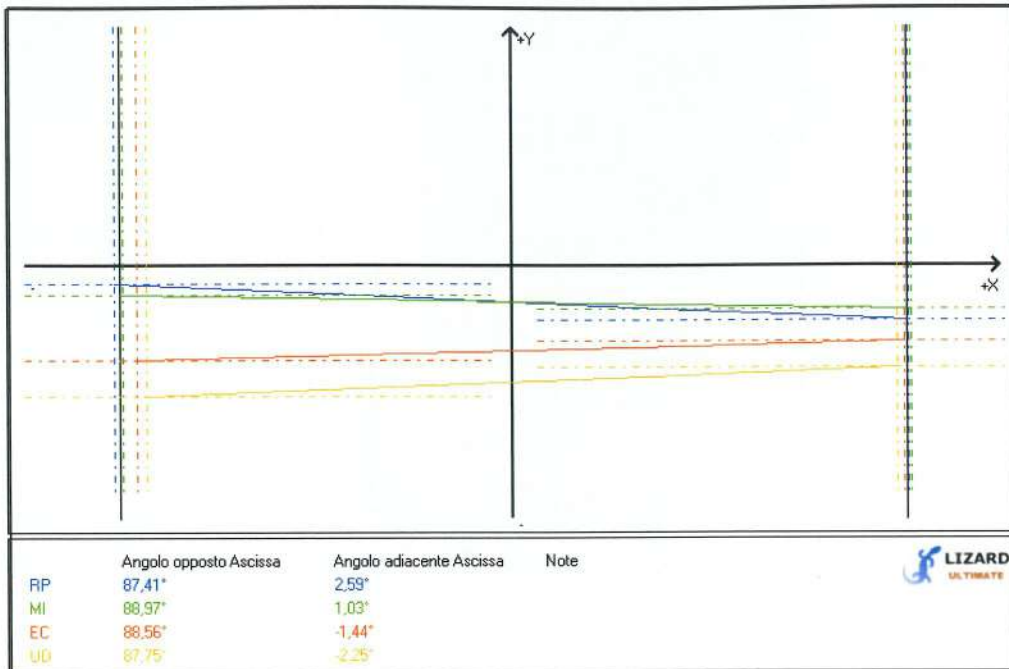
occhi chiusi, inizio



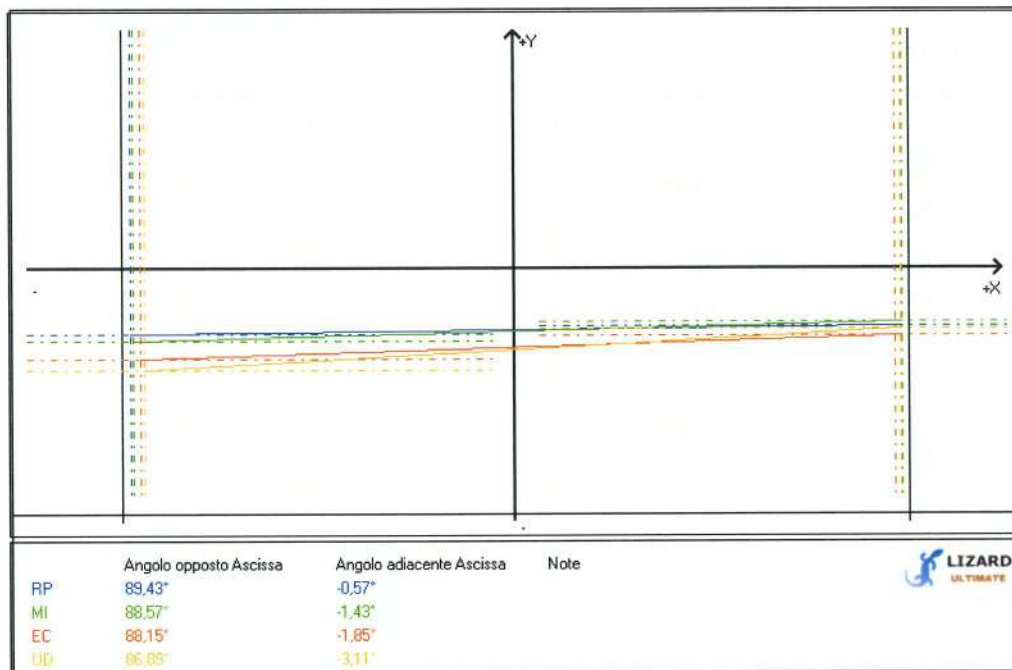
occhi chiusi, fine



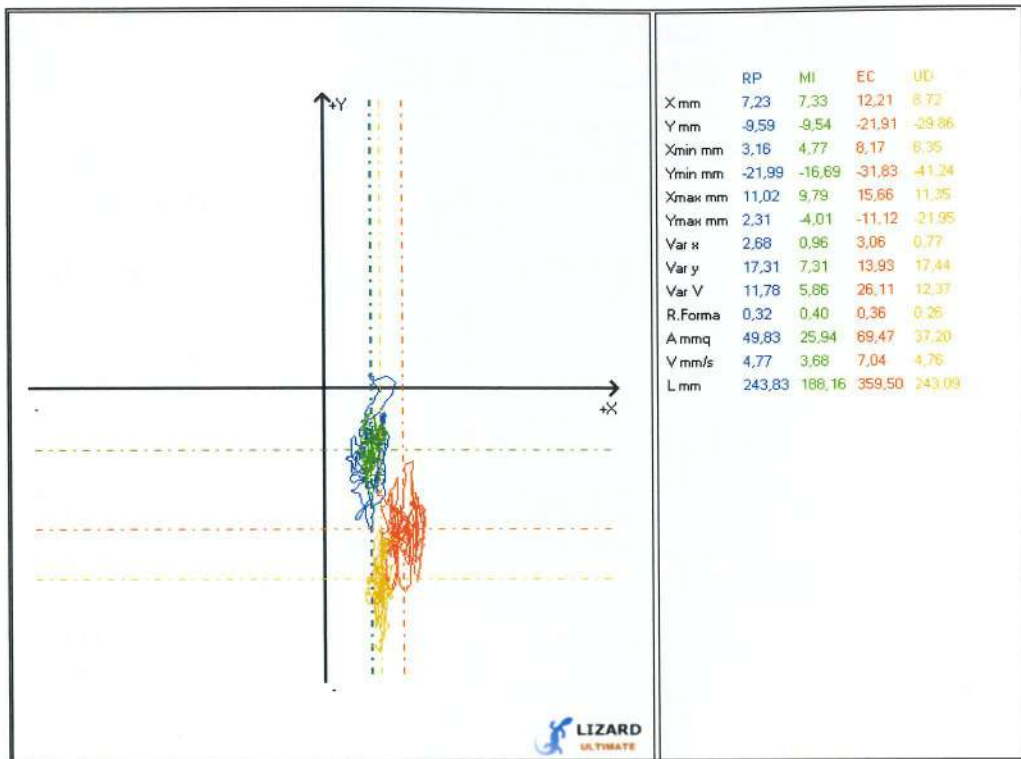
angolazione teorica d'appoggio, inizio



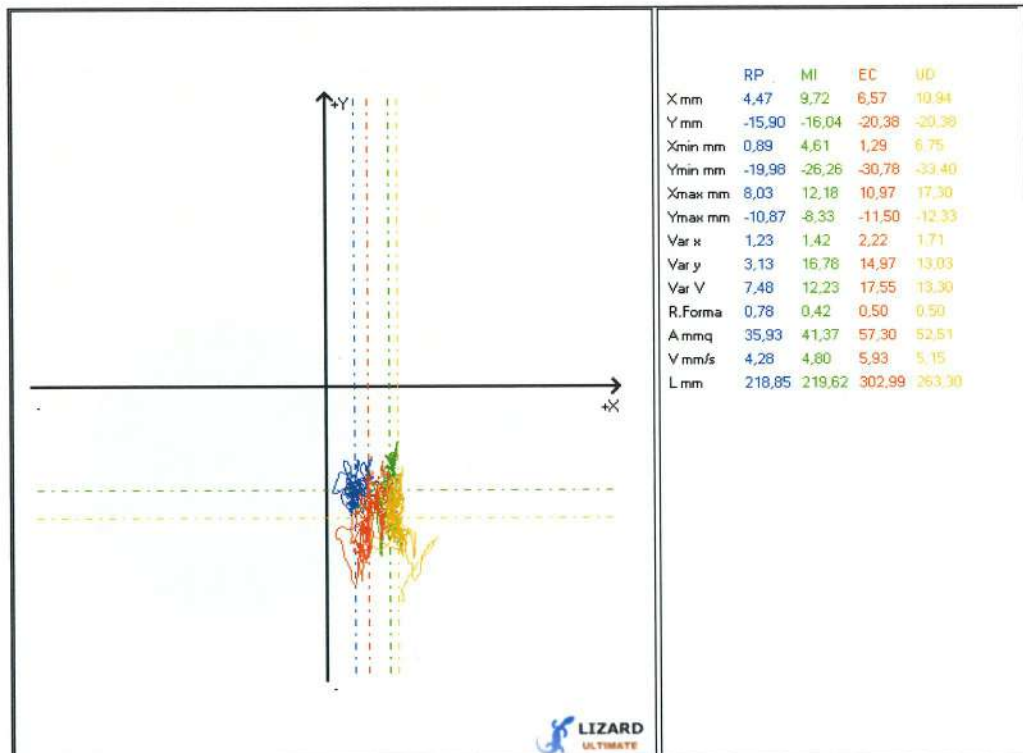
angolazione teorica d'appoggio, fine



Baricentro generale, inizio



Baricentro generale, fine



Ogni paziente è quindi stato valutato rilevando i seguenti parametri:

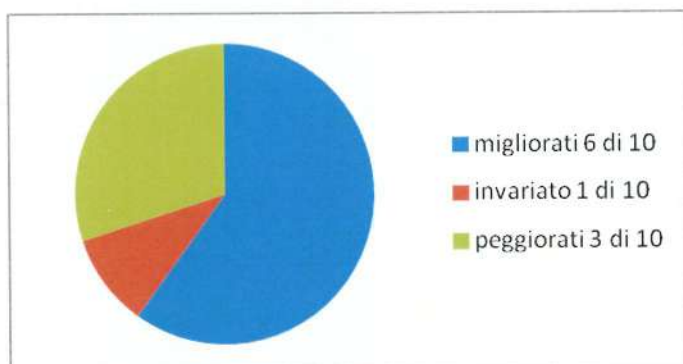
S9	occhi aperti		denti chiusi	
	inizio	fine	inizio	fine
lunghezza gomito	213	207	203	223,4
area gomito	27	34	25,6	33,5
rotazioni °	-2,71	-6,5	-1,33	-2,62
carico % sx dx	50 50	50 50	50 50	50 50
varianza di velocità	7	6,3	54,4	7,21
rapporto di forma	0,38	0,64	0,45	0,71

S9	occhi chiusi		lingua spot	
	inizio	fine	inizio	fine
lunghezza gomito	4,23	3,6	238,6	197,76
area gomito	99	89	39	28,6
rotazioni °	1,66	1,48	2,91	-5,33
carico % sx dx	52 48	52 48	50 50	51 49
varianza di velocità	29,35	23,71	9,31	4,69
rapporto di forma	0,36	0,93	0,8	0,43

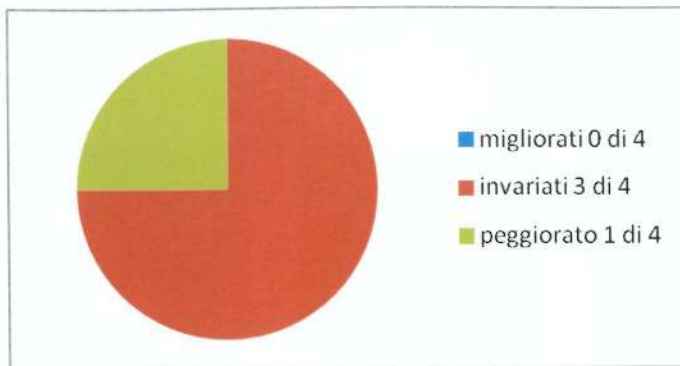
Analizzando i dati è stato possibile definire se il paziente è in toto migliorato, peggiorato o invariato.

I grafici sintetizzano i risultati ottenuti dai due campioni:

gruppo di studio



gruppo di controllo

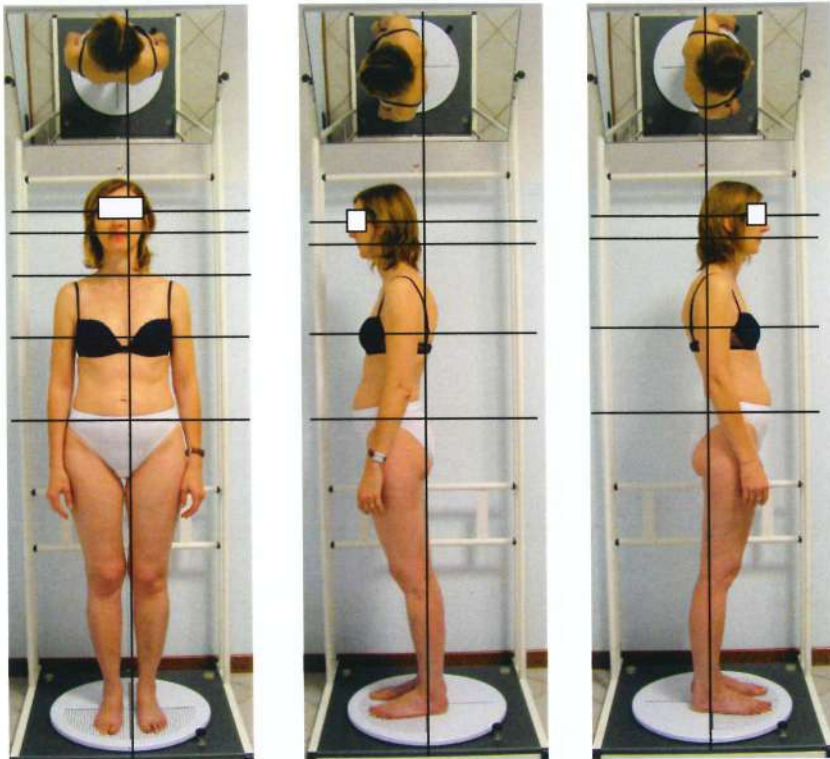


Il confronto fra i due campioni mette in risalto la prevalenza di miglioramento nel gruppo di studio e la maggioranza di invariati nel gruppo di controllo.

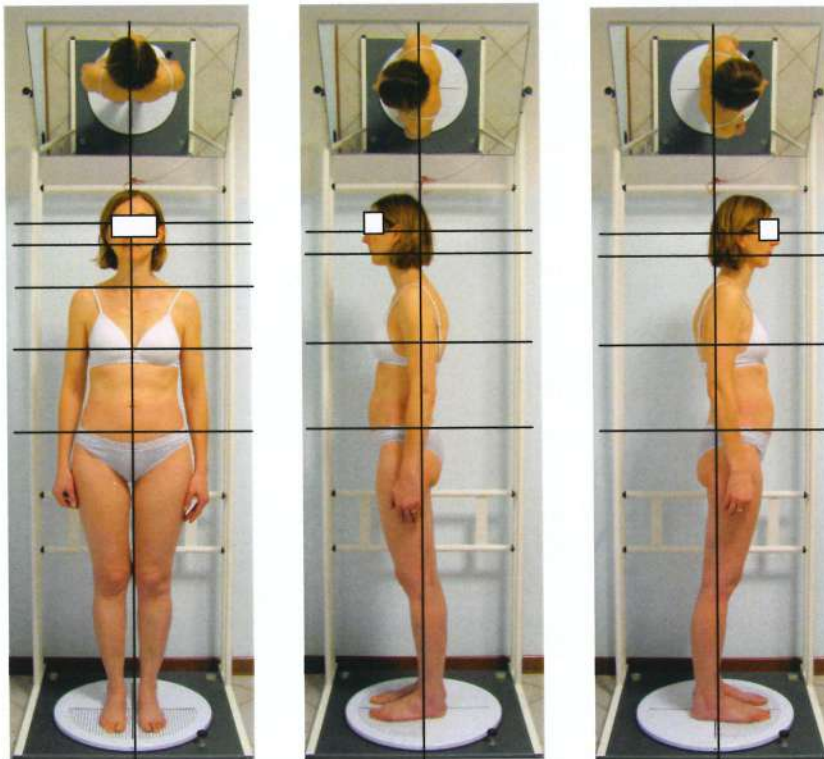
Il gruppo di controllo non ha avuto nessun caso di miglioramento.

3.2 Test dello scoliosometro

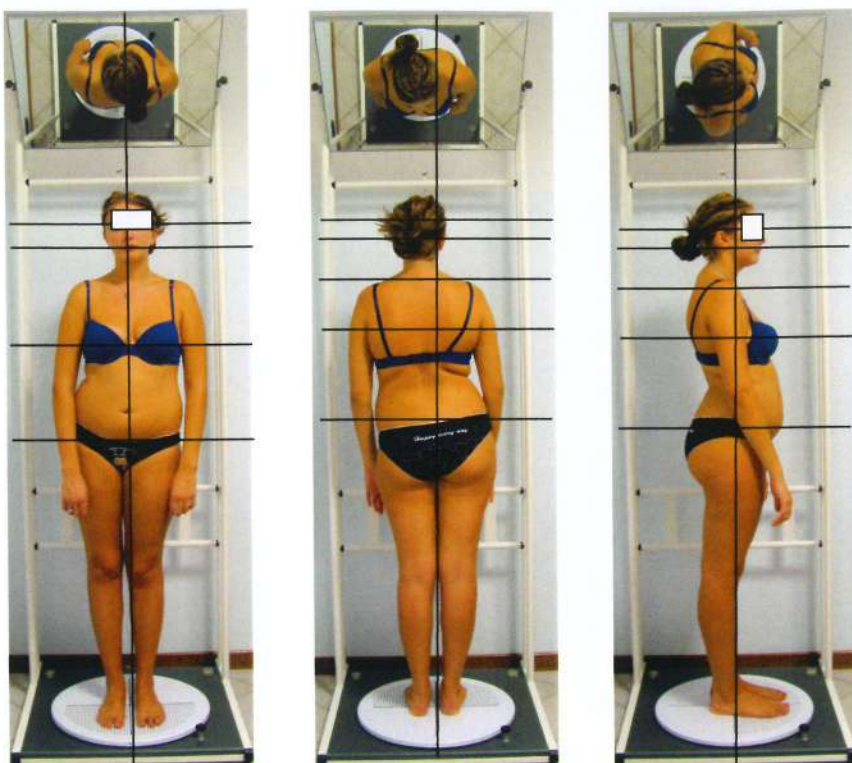
Viene utilizzato per paragonare la postura iniziale e finale di uno stesso paziente.



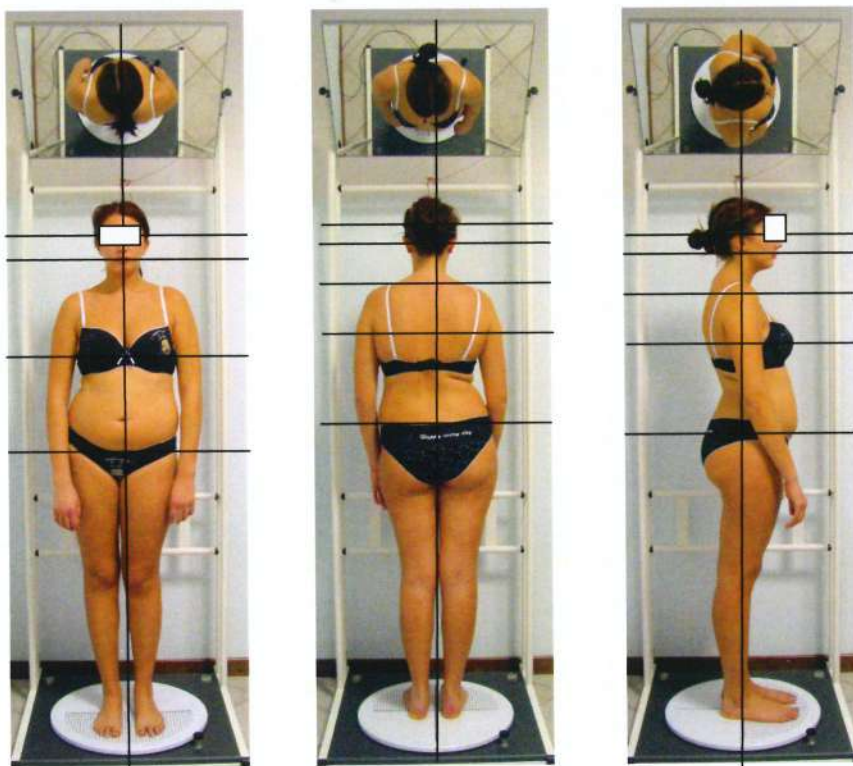
inizio S6



fine S6

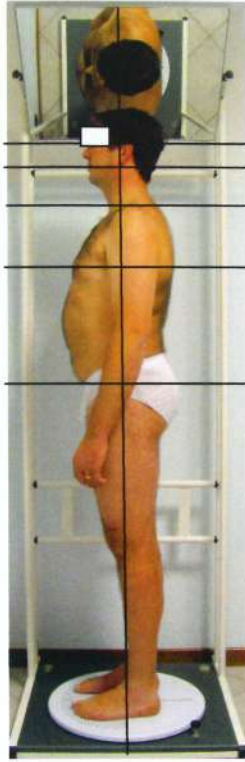
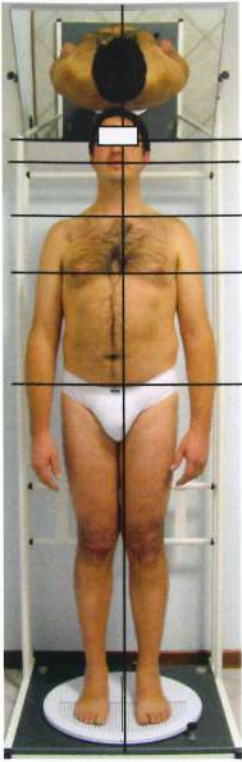


inizio S7

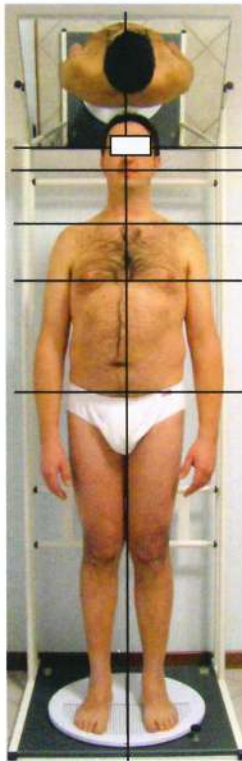


fine S7

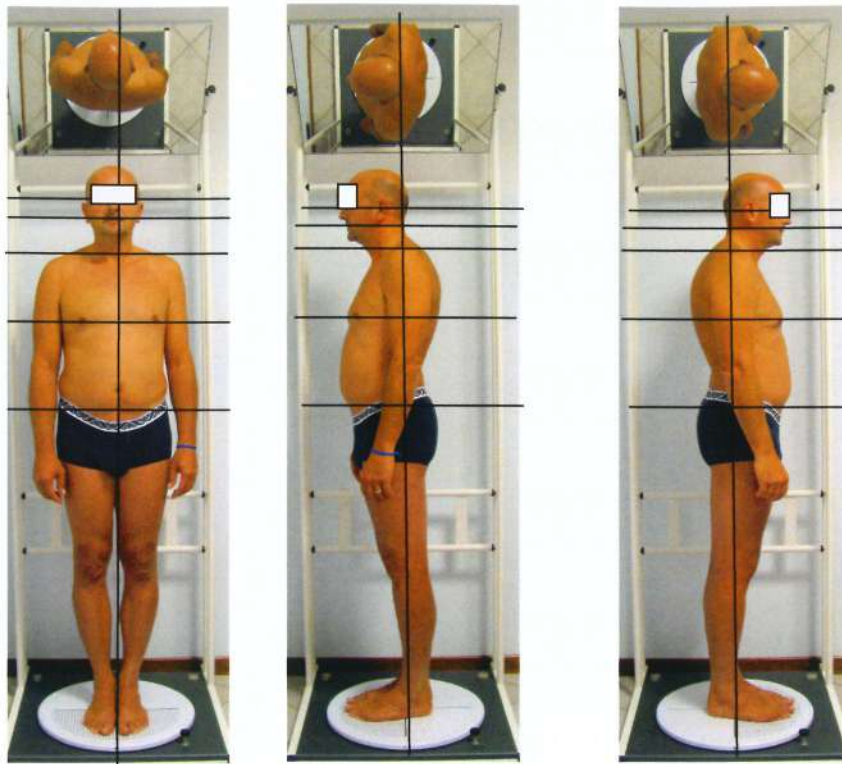
Le foto sottolineano un evidente cambiamento di postura in questi due soggetti appartenenti al gruppo di studio: in sole 10 sedute l'allineamento dei diversi segmenti corporei si è avvicinato a quello ideale.



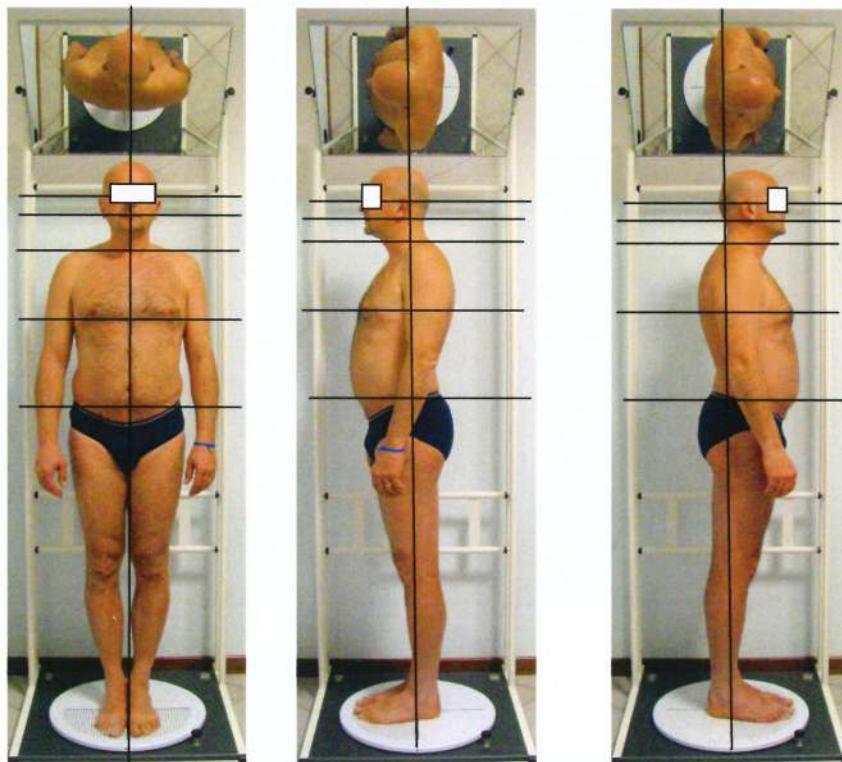
inizio C2



fine C2



inizio C3



fine C3

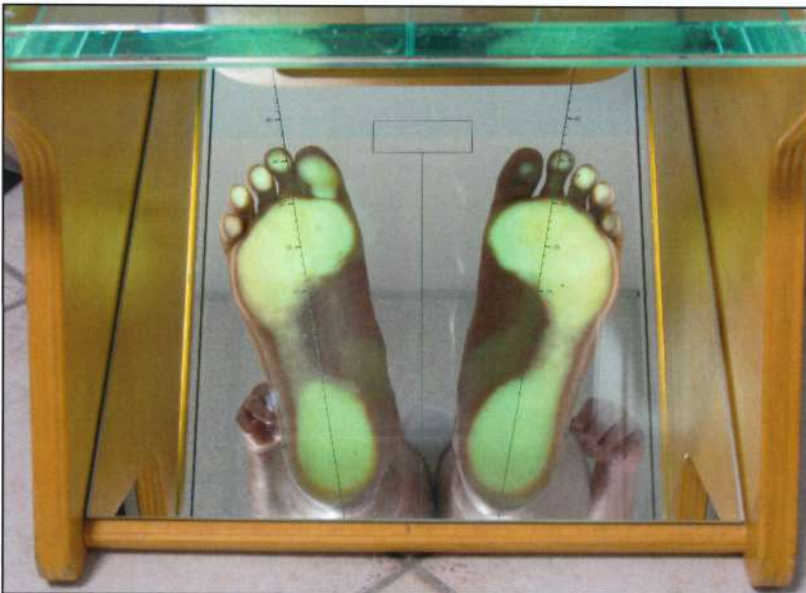
Paragonando la postura iniziale e finale dei sopra riportati pazienti del gruppo di controllo, si può concludere che è sostanzialmente rimasta invariata.

3.3 Test del podoscopio

È stato utilizzato per verificare la distribuzione dell'appoggio del piede.



S10 inizio



S10 fine

Il paziente in questione ha migliorato l'appoggio di entrambi i piedi.

Da notare nel test finale sia la presa di contatto delle prime due dita del piede destro che l'aumento della superficie dell'istmo di entrambi i piedi.



C3 inizio



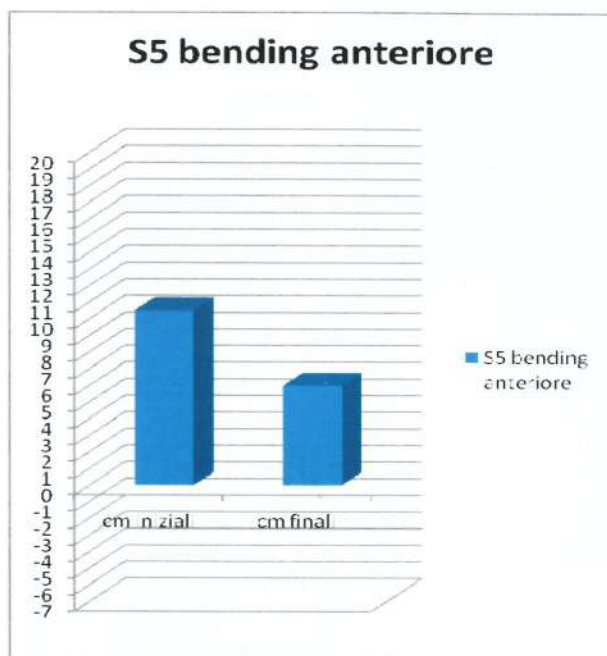
C3 fine

L'appoggio del paziente corrispondente al codice C3 rimane il medesimo a distanza di 12 settimane, non ha quindi subito cambiamenti.

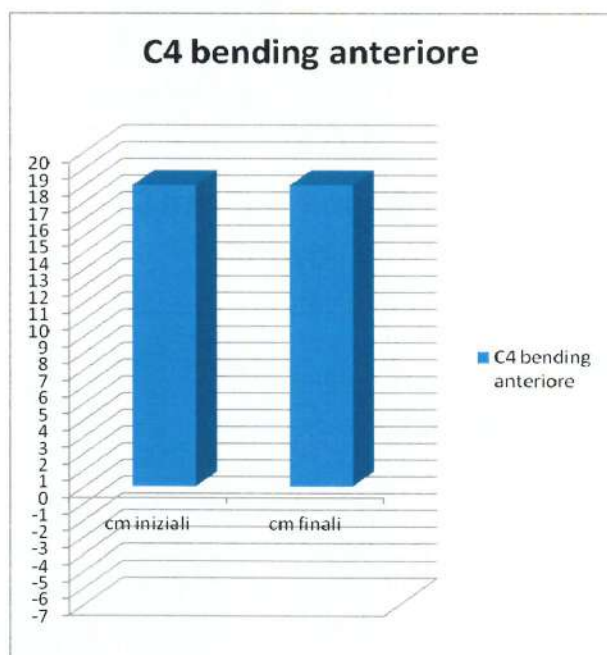
Il confronto fra i due pazienti mette in luce la modifica della distribuzione di carico in S10 rispetto a C3.

3.4 Test del bending anteriore e laterale

Confrontando i risultati di S5 e C4 nel test del bending anteriore e di S1 e C2 nei tests di bending laterale destro e sinistro, possiamo notare un ottimo guadagno in mobilità articolare dei due pazienti appartenenti al gruppo di studio e un'invariabilità di centimetri nei due pazienti del campione di controllo.

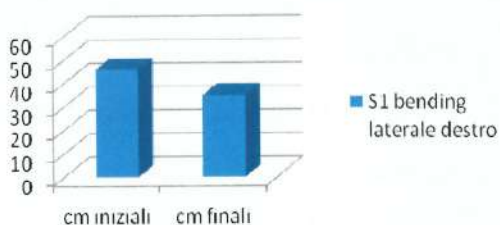


gruppo di studio



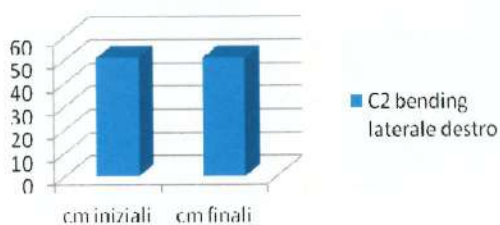
gruppo di controllo

S1 bending laterale destro



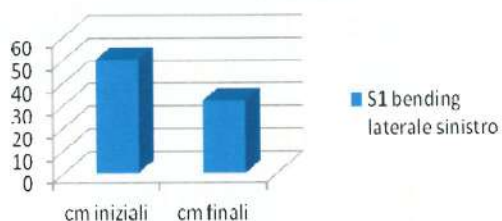
gruppo di studio

C2 bending laterale destro



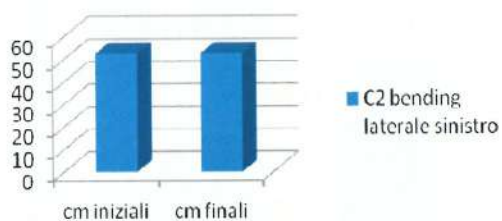
gruppo di controllo

S1 bending laterale sinistro



gruppo di studio

C2 bending laterale sinistro

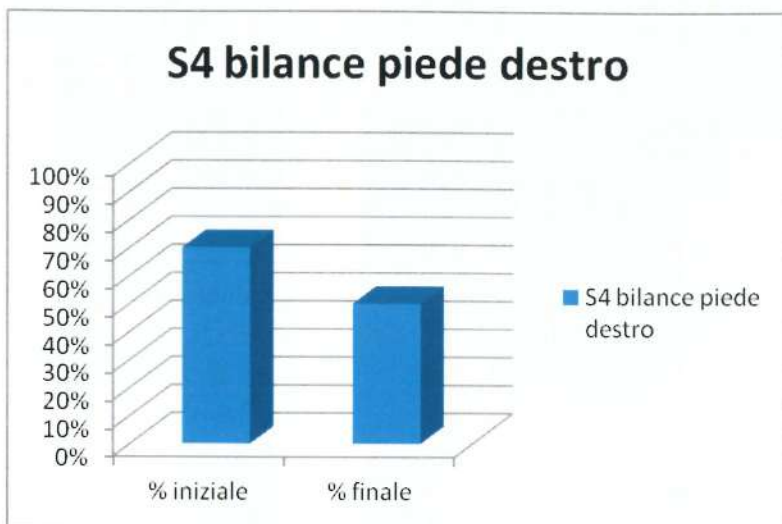


gruppo di controllo

Effettuando la media dei bending anteriori e laterali del gruppo di studio, si ottiene un guadagno di 7,4 cm; nel gruppo di controllo si registra invece una perdita di 5,8 cm.

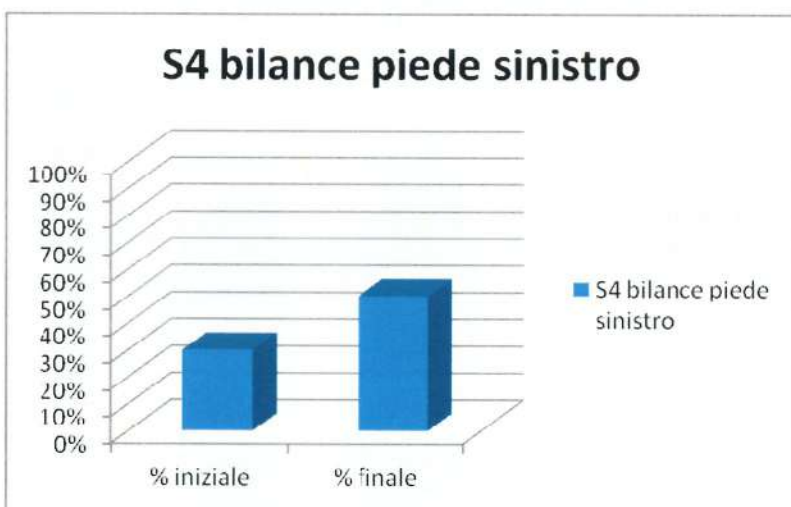
3.5 Test delle bilance

Il paragone fra i due migliori casi di entrambi i gruppi mostrano che gli appoggi del gruppo di controllo rimangono invariati, mentre quelli del gruppo di studio subiscono un cambiamento da una condizione di squilibrio a una di equilibrio.

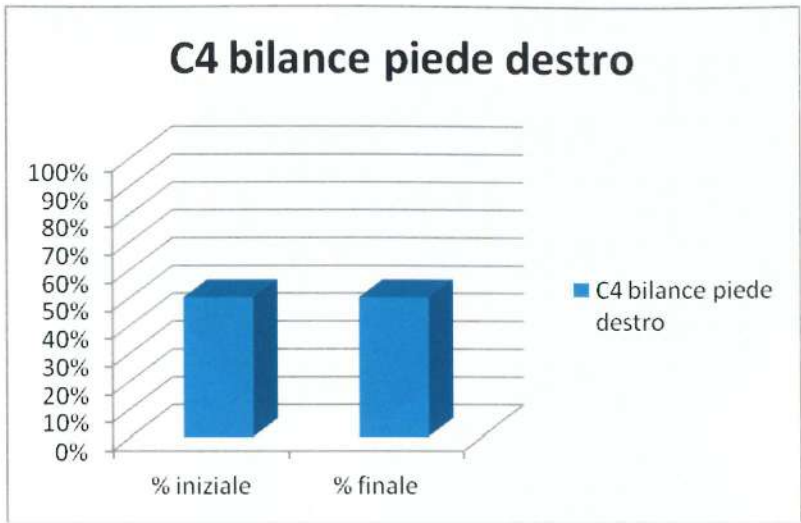


S4	
	bilance piede destro
% iniziale	70%
% finale	50%

S4	
	bilance piede sinistro
% iniziale	30%
% finale	50%

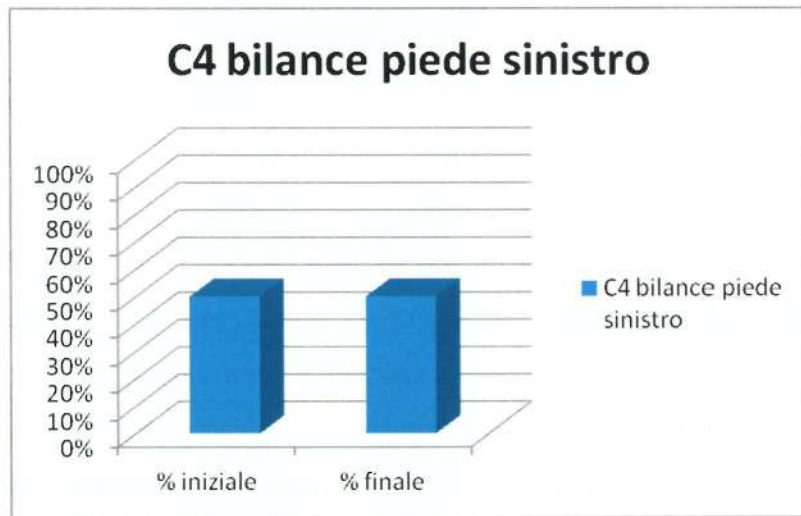


C4 bilance piede destro

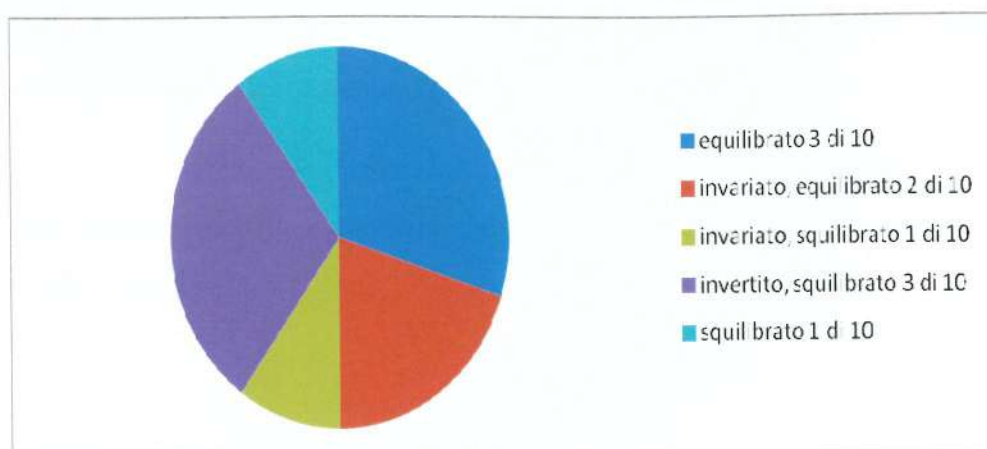


C4		C4	
	bilance piede destro		bilance piede sinistro
% iniziale	50%	% iniziale	50%
% finale	50%	% finale	50%

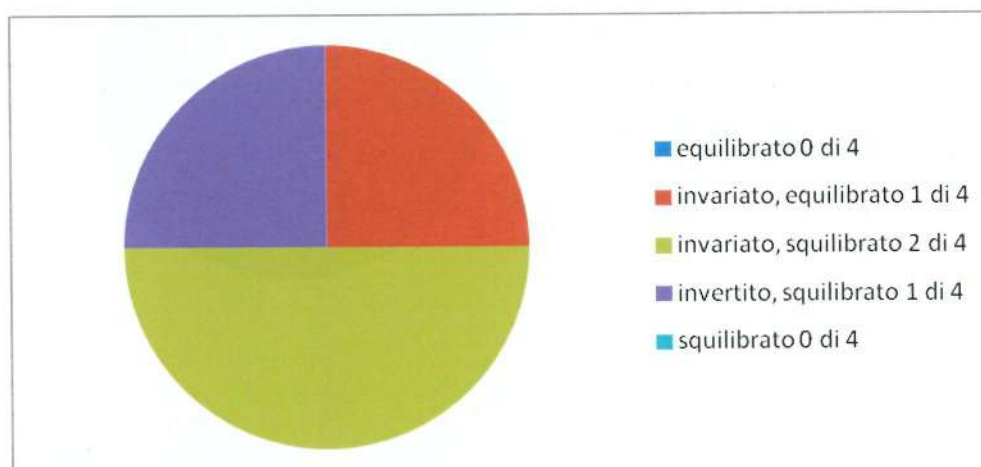
C4 bilance piede sinistro



Gruppo di studio



Gruppo di controllo



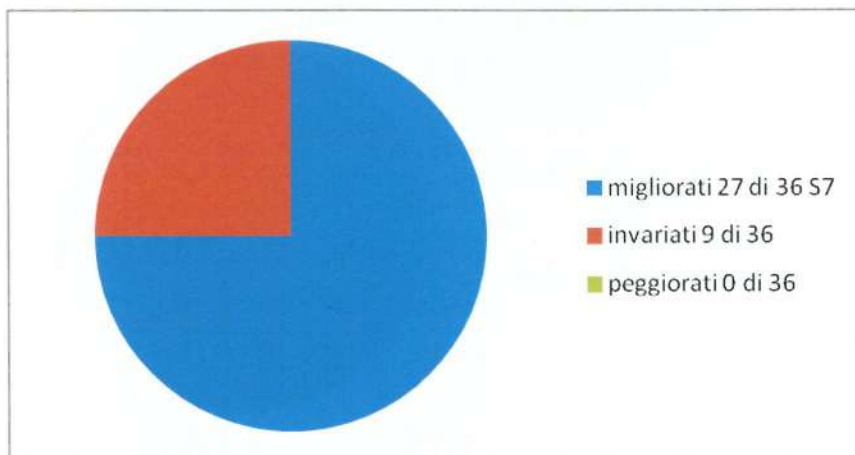
I grafici sopra riportati mettono in luce come è cambiata la distribuzione dei carichi nel gruppo di studio e in quello di controllo ed in particolare quali sono le caratteristiche del cambiamento. Dall'analisi dei dati si evince che il gruppo di studio ha subito una modifica nella distribuzione dei carichi, invece il gruppo di controllo ha mantenuto invariato il carico e quindi anche condizioni di squilibrio.

3.6 Questionario SF 36

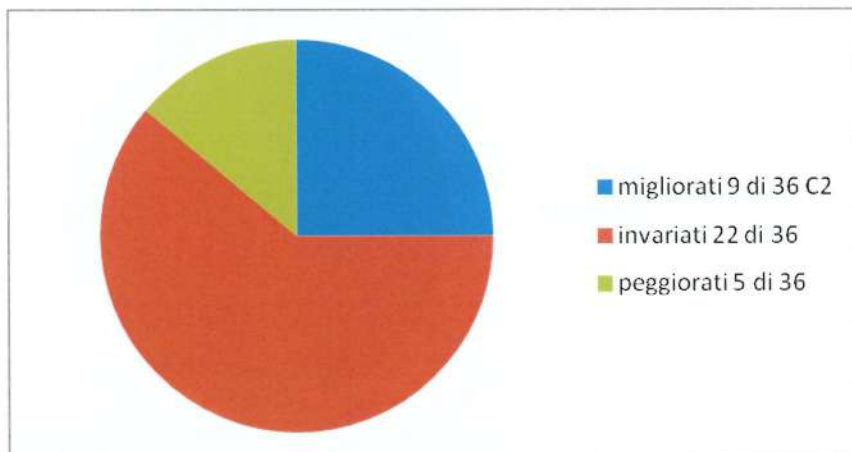
Riportando i migliori risultati ottenuti da ambo i gruppi, si evince che lo stato generale di salute del paziente C2 non è variato.

Il paziente S7 evidenzia l'assenza di peggioramenti, la presenza di risposte finali invariate rispetto a quelle iniziali e una sostanziale maggioranza di miglioramenti.

gruppo di studio



gruppo di controllo

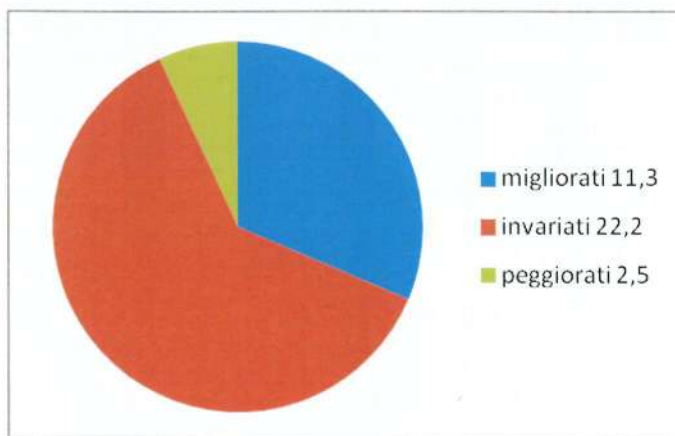


Paragonando invece le medie dei due gruppi sperimentali, si nota in entrambi i grafici una consistente invariabilità.

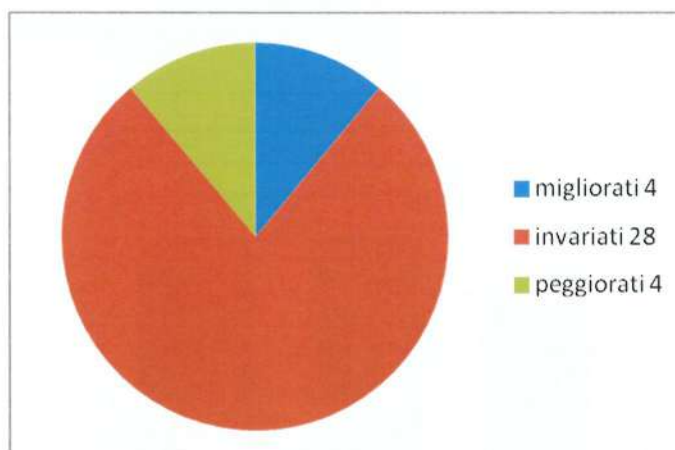
Il gruppo di studio presenta della restante percentuale molti miglioramenti e alcuni peggioramenti.

Il gruppo di controllo suddivide la restante porzione in ugual modo fra i miglioramenti e peggioramenti.

gruppo di studio



gruppo di controllo

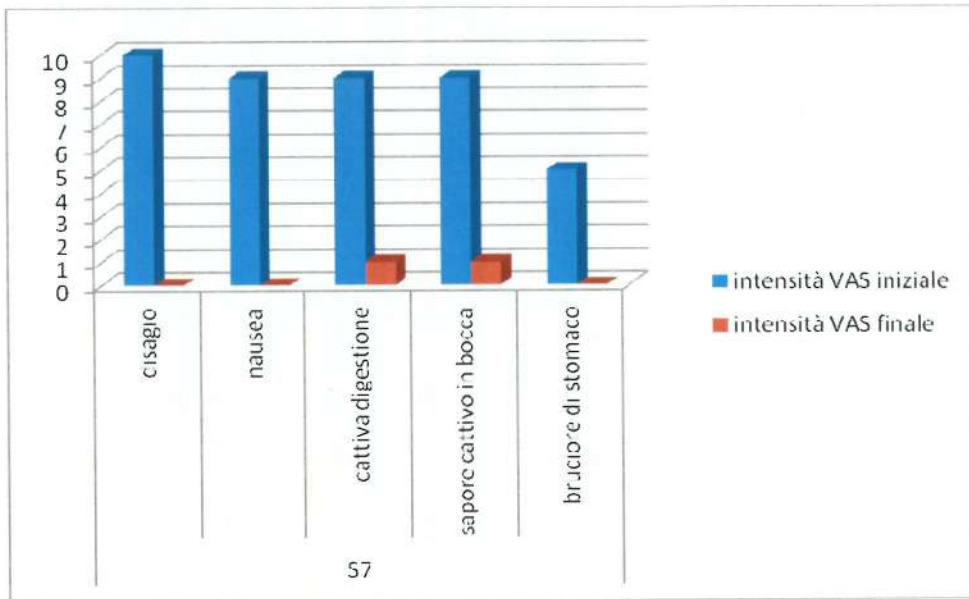


3.7 Valutazione dei sintomi correlati all'ernia iatale

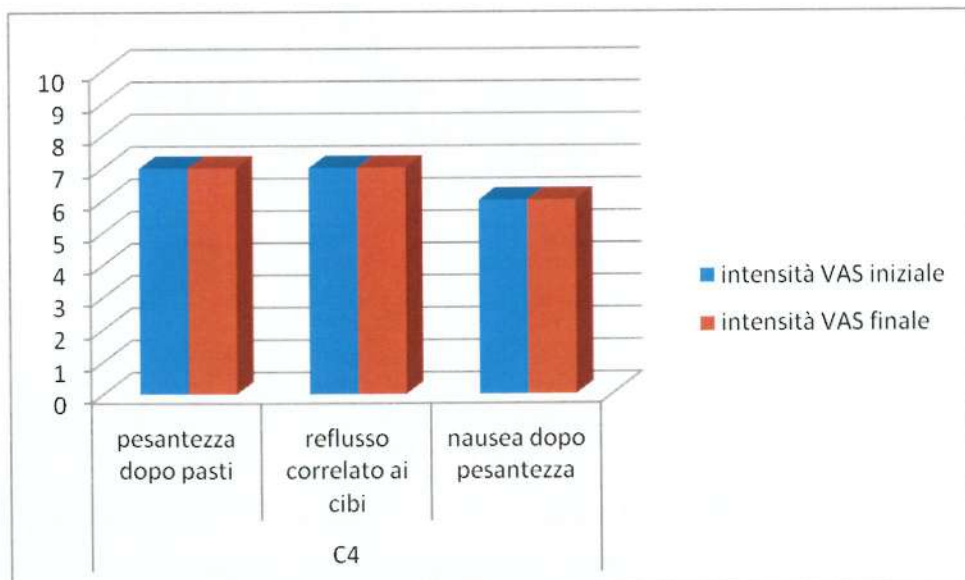
La sintomatologia varia di soggetto in soggetto, ma nonostante questo, è stato possibile effettuare una media fra tutte le tipologie di disturbi riferiti dai pazienti, calcolandone la variazione.

Gli esempi di pazienti appartenenti ai due gruppi sperimentali, sono riportati di seguito:

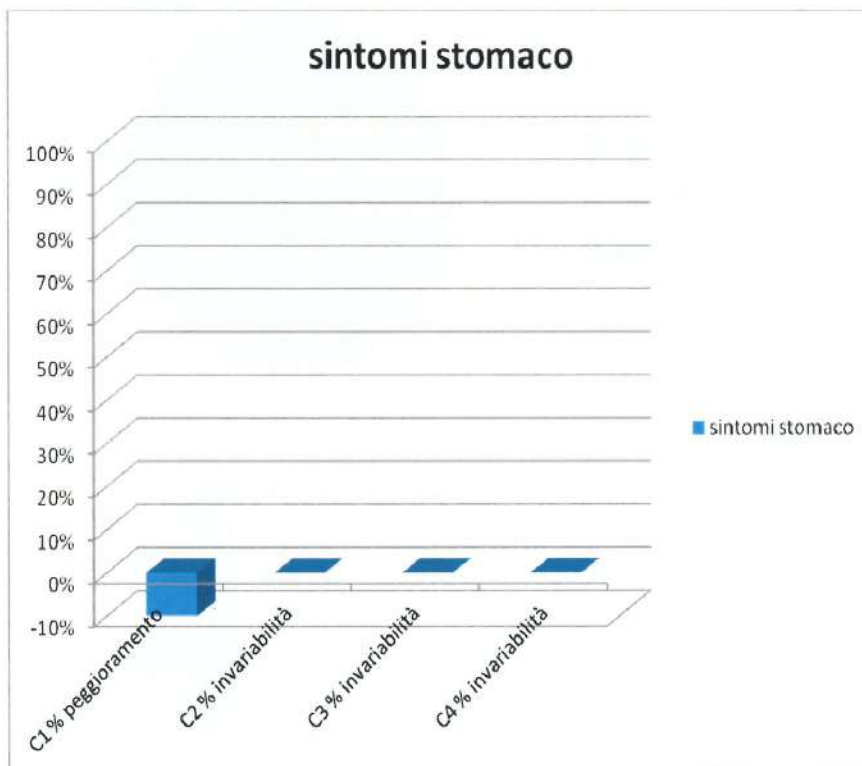
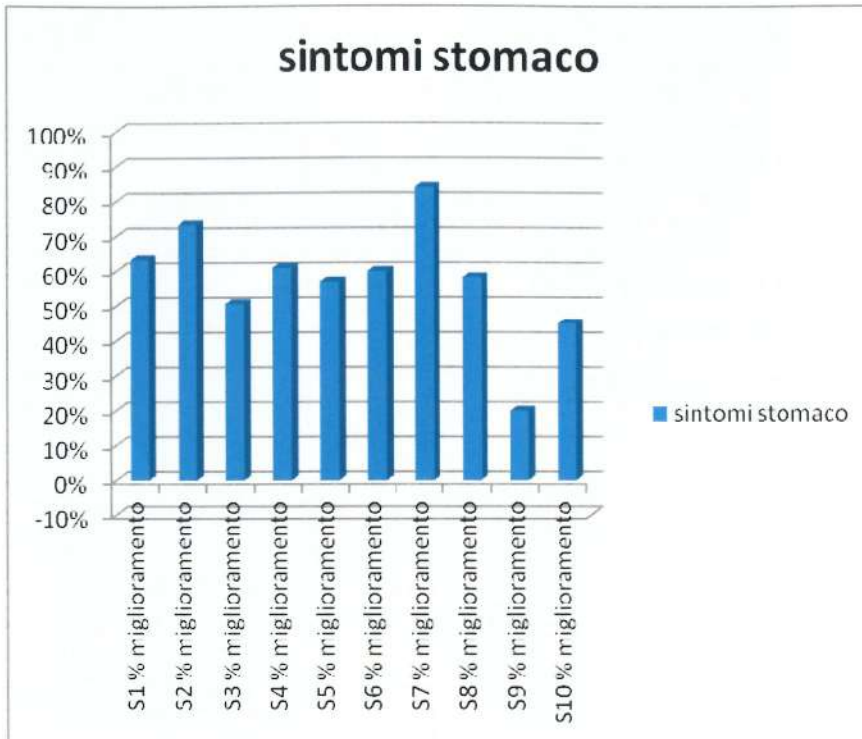
gruppo di studio



gruppo di controllo



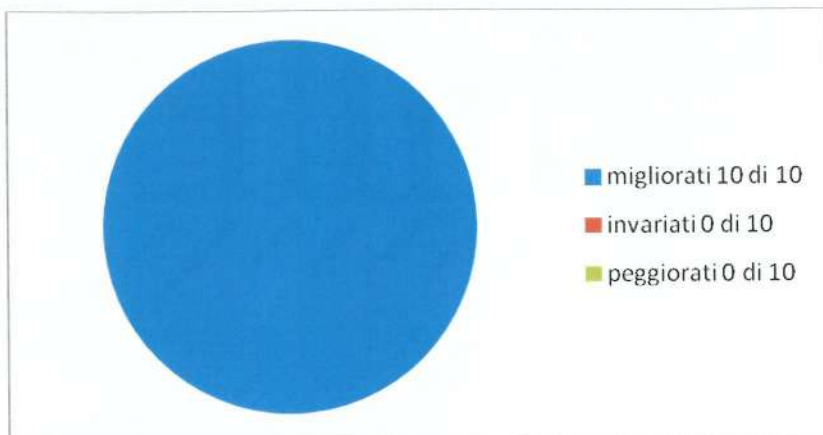
I grafici sottostanti evidenziano la percentuale di miglioramento, peggioramento e invariabilità di ogni singolo paziente, rispettivamente del gruppo di studio e del campione di controllo:



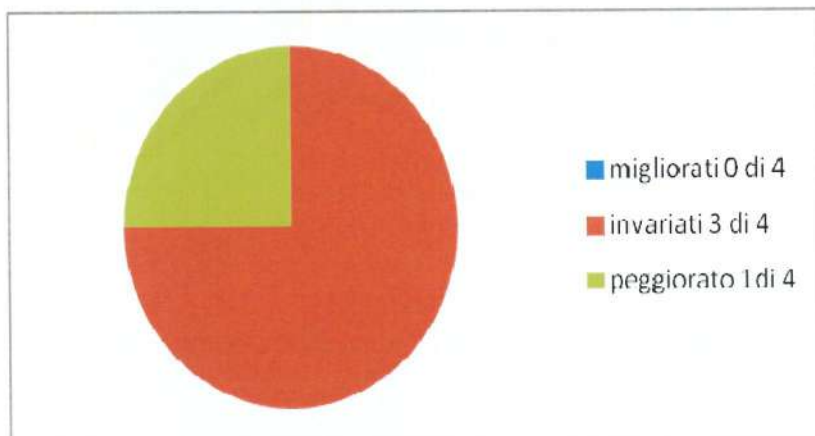
Il gruppo di studio ha avuto un miglioramento del 57,2% mentre il gruppo di controllo ha subito un peggioramento del 16,6%.

I grafici sotto riportati mettono in luce la differente percentuale di cambiamenti avvenuti nei due campioni:

gruppo di studio

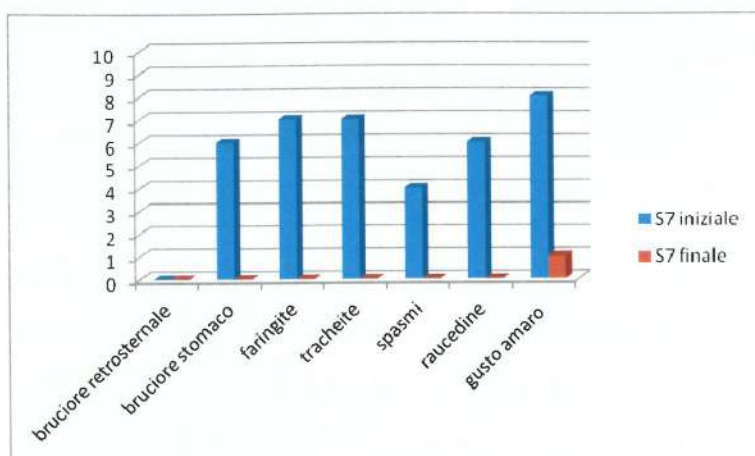


gruppo di controllo

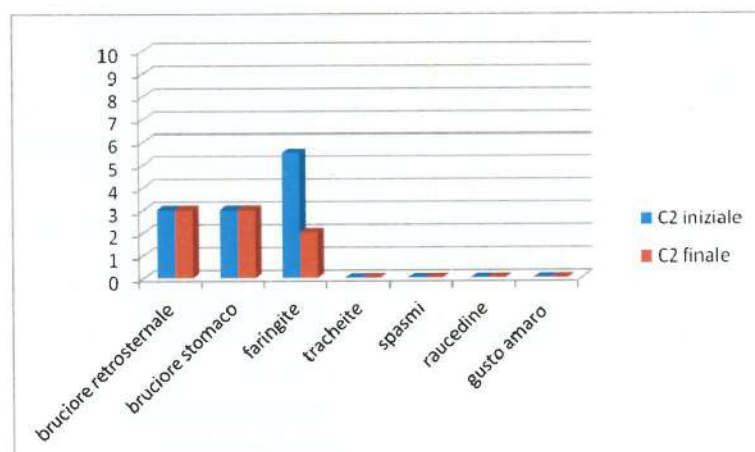


Delineando i sintomi più comuni presenti nei pazienti aventi l'ernia iatale, è stato possibile creare i seguenti grafici,

sia nei singoli soggetti:

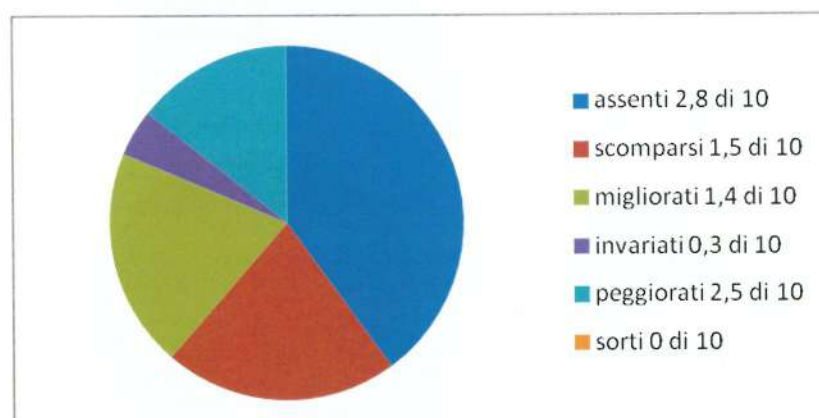


gruppo di studio

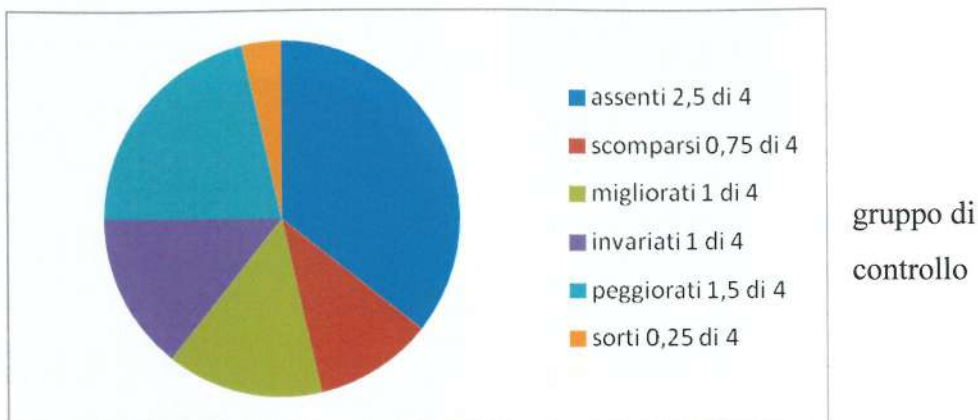


gruppo di controllo

sia successivamente attraverso la media fra tutti gli individui dei campioni di ricerca:



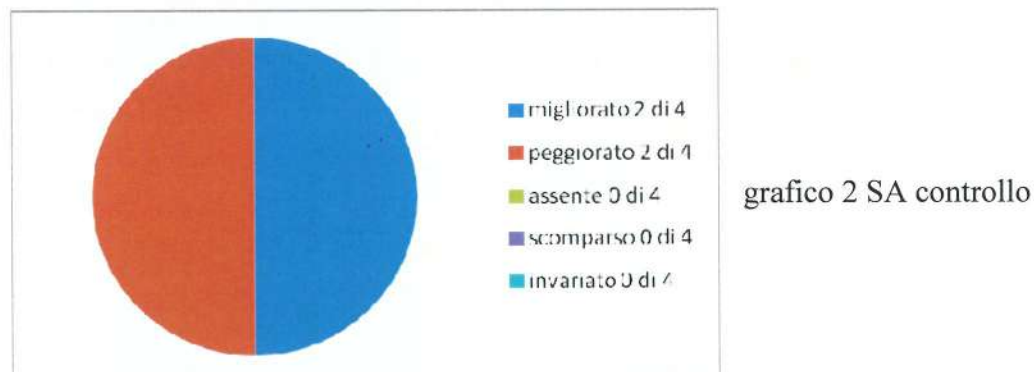
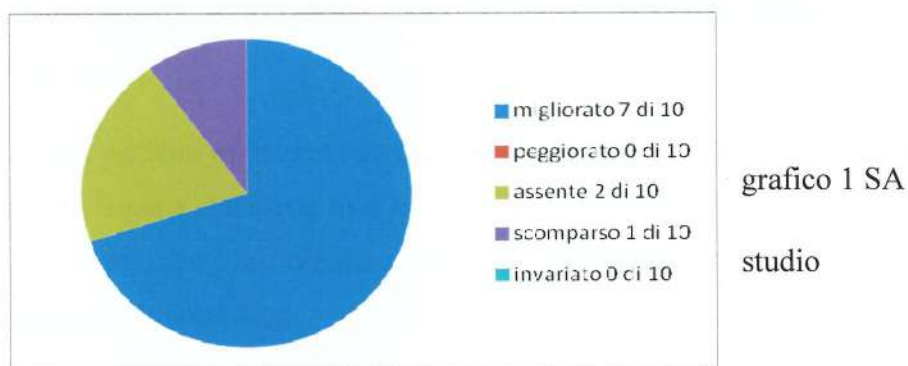
gruppo di studio



Nel gruppo di controllo è sorto un nuovo sintomo nel paziente corrispondente al codice C1, ossia gli spasmi alla zona del diaframma e dello stomaco, a differenza del gruppo di studio, nel quale si può notare una più ampia casistica di miglioramenti, nonché di scomparsa di sintomatologia.

I disturbi derivanti dall'ernia iatale, potendo anche influire sulle scelte alimentari (SA) e sullo stile di vita (SdV), sono stati inseriti in questa tesi di ricerca.

Nei primi due grafici si osserva la modifica dei parametri relativi alle scelte alimentari, nel terzo e quarto grafico invece sono presenti i dati corrispondenti al cambiamento dello stile di vita condotto dai pazienti.



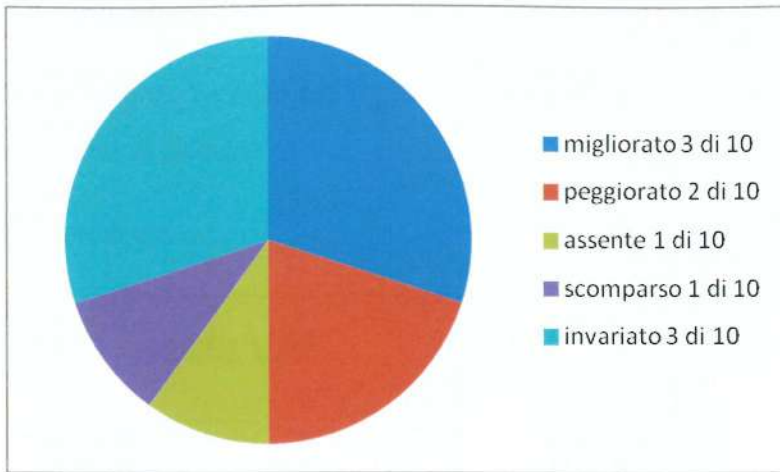


grafico 3 SdV
studio

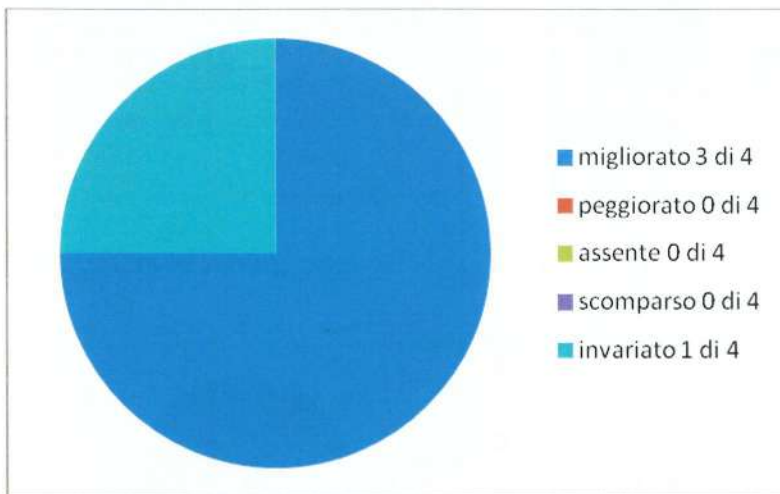


grafico 4 SdV
controllo

Paragonando questi grafici, sfugge un aspetto che ritengo essere molto importante.

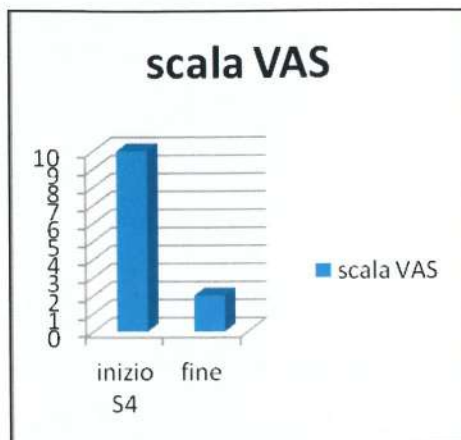
Alcuni pazienti mi hanno riferito di aver maturato la consapevolezza dello stretto legame che esiste fra l'assunzione di determinati cibi o alcune abitudini quotidiane, con l'insorgenza o persino il peggioramento di determinati sintomi correlati all'ernia iatale.

Questa presa di coscienza dà al paziente uno strumento in più per poter controllare e migliorare il suo stile di vita in relazione ai disturbi derivati dall'ernia iatale.

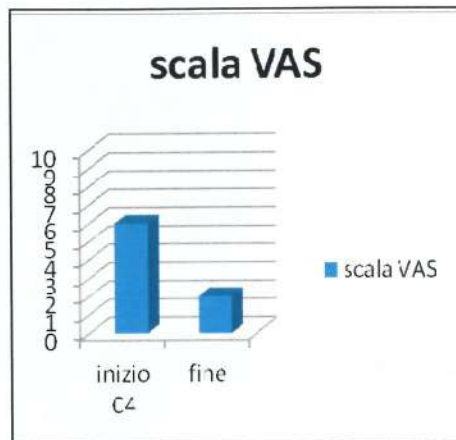
3.8 Valutazione del/i dolore/i principale/i tramite scala VAS

L'analisi pone a confronto il più ampio miglioramento ottenuto nei due campioni di ricerca.

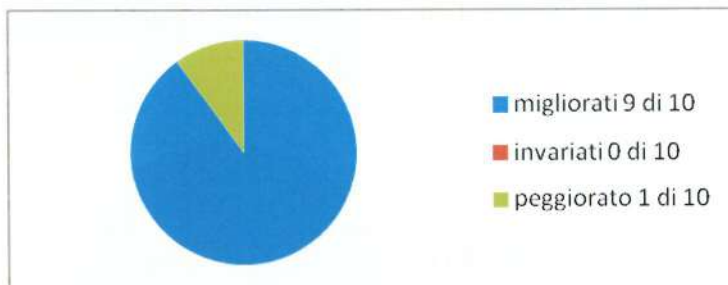
gruppo di studio



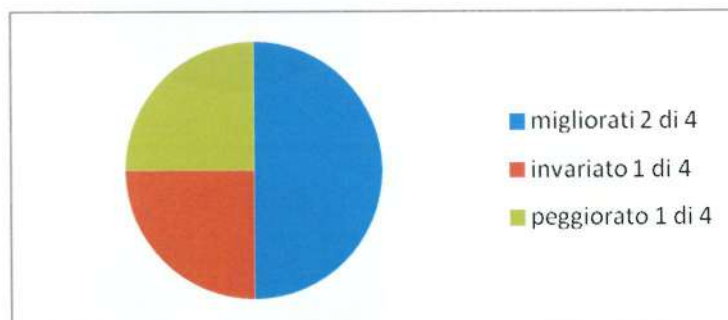
gruppo di controllo



I due gruppi nel complesso:



gruppo di studio

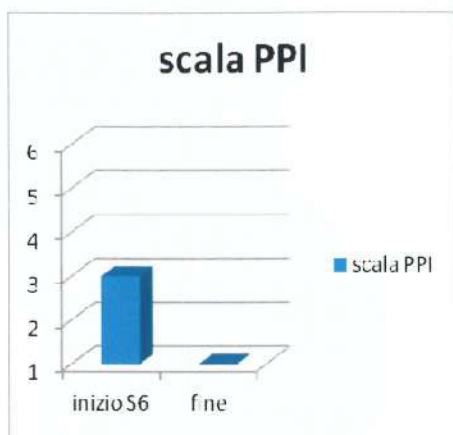


gruppo di controllo

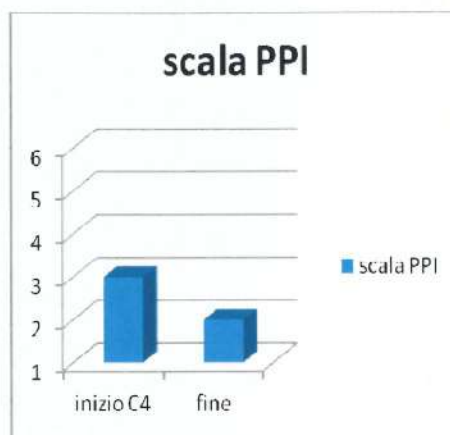
Il campione di studio ha subito un miglioramento pari al 90%, quello di controllo del 50%.

3.9 Valutazione del/i dolore/i principale/i tramite scala PPI

gruppo di studio

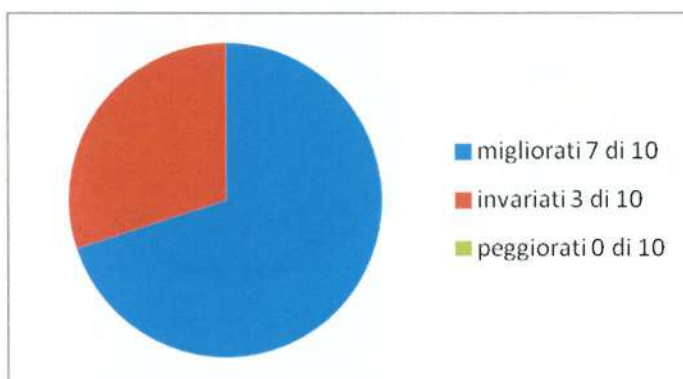


gruppo di controllo

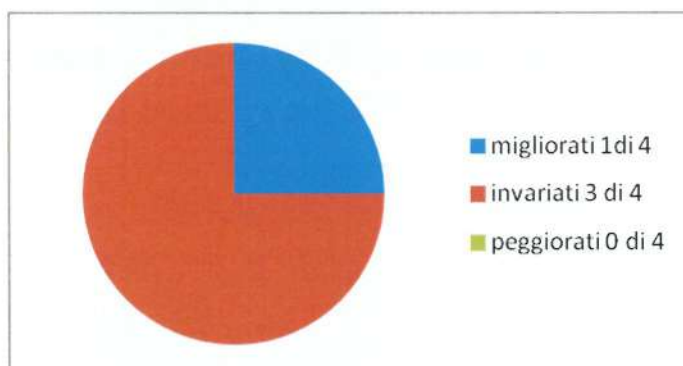


Il miglioramento più marcato si nota nel paziente appartenente al campione di studio, essendo passato da una sensazione di “dolore che mette a disagio” a una condizione di “dolore assente”.

Di seguito sono riportati i due grafici che indicano le percentuali di cambiamento nei due gruppi:



gruppo di studio



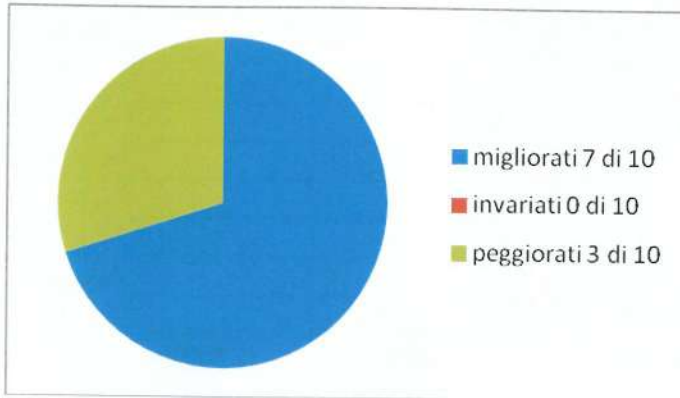
gruppo di controllo

La percentuale di miglioramento e invariabilità è quasi invertita.

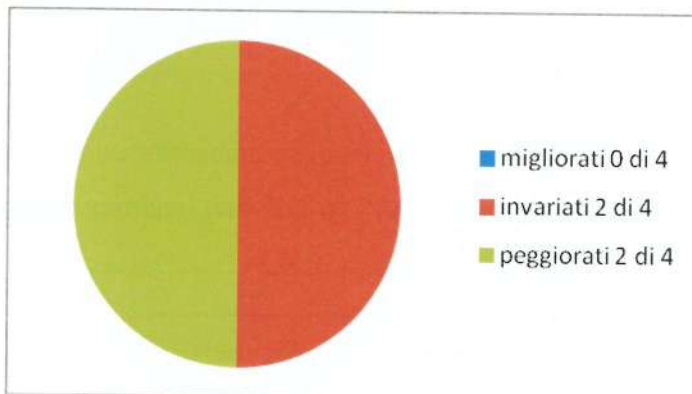
3.10 Valutazione del/i dolore/i principale/i tramite QBPDS (Quebek Back Pain Disability Scale)

I grafici sottostanti mostrano i risultati ottenuti dai due campioni di ricerca:

gruppo di studio



gruppo di controllo

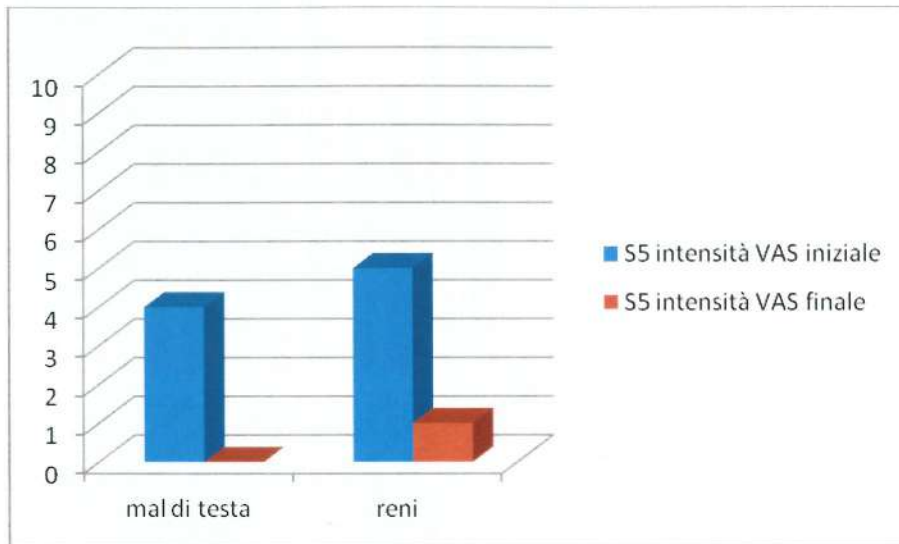


Il miglioramento del gruppo di studio è pari al 22,30%, il peggioramento del gruppo di controllo è pari al 25%.

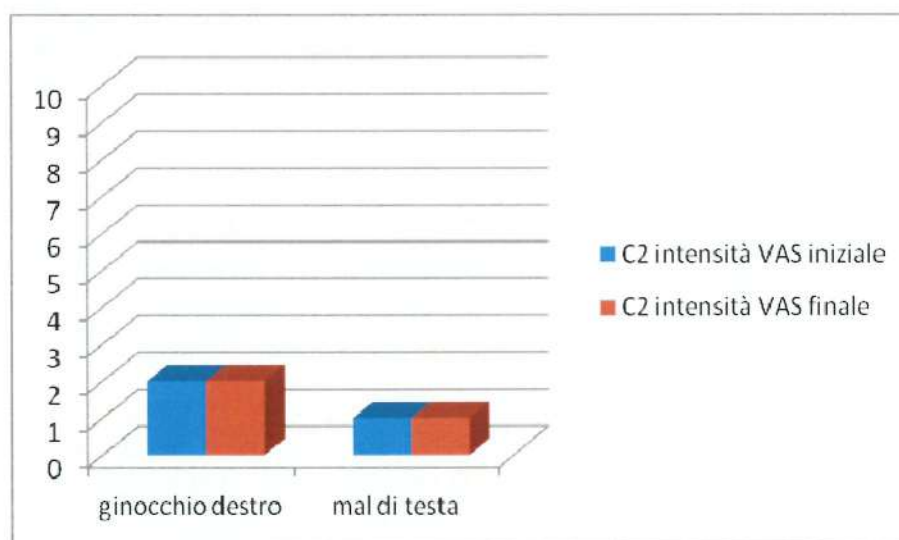
3.11 Valutazione dei dolori secondari tramite scala VAS

I pazienti presi in analisi, oltre ai sintomi correlati all'ernia iatale, hanno riferito altri disagi/dolori che provano quotidianamente.

Di seguito è riportato il miglioramento dei sintomi al 90% del paziente corrispondente al codice S5

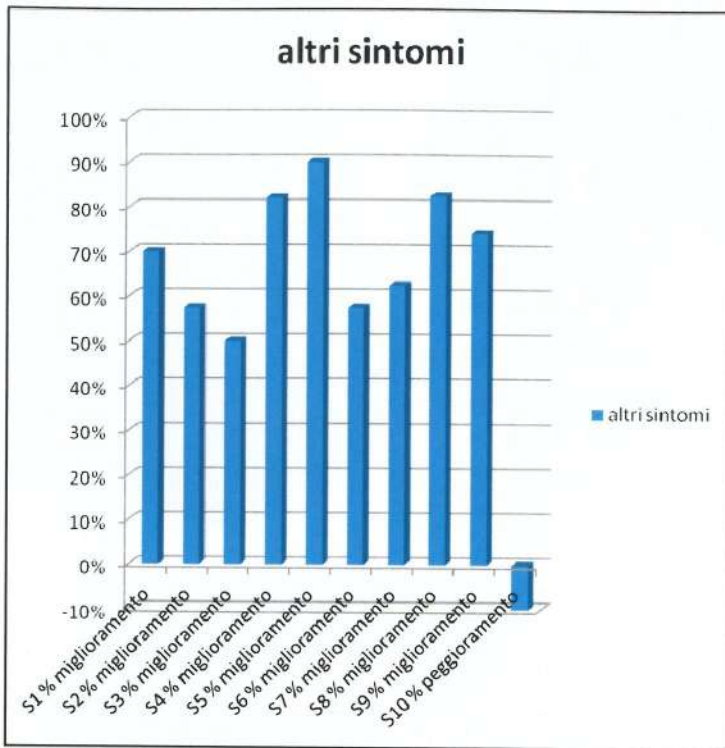


Il grafico sottostante delinea un'invariabilità dei sintomi, quindi un miglioramento pari allo 0%, del soggetto a cui è stato attribuito il codice C2

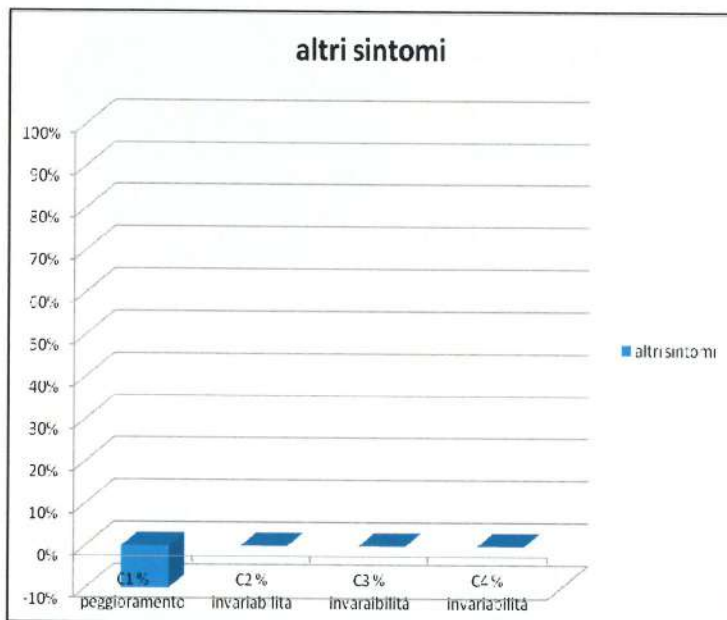


I grafici sotto riportati corrispondono all'unione dei risultati di tutti i pazienti.

gruppo di studio:



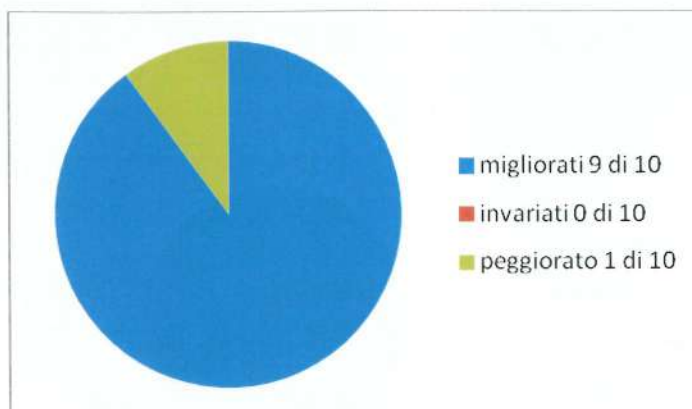
gruppo di controllo:



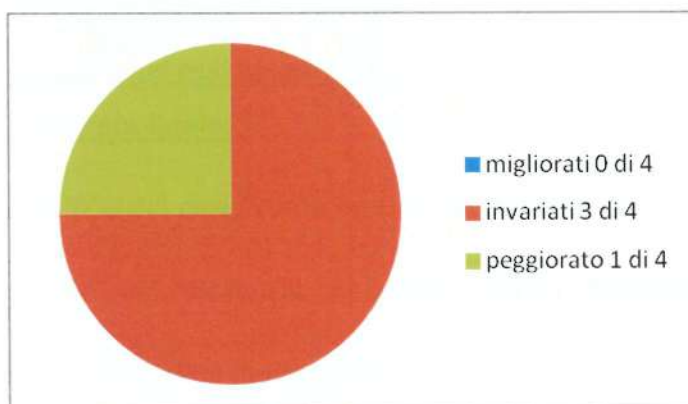
La percentuale di miglioramento dei pazienti appartenenti al gruppo di studio è del 61,8%; il gruppo di controllo ha invece ottenuto una percentuale di peggioramento pari all'8,6%.

I grafici sottostanti evidenziano la differente percentuale di variazioni avvenute nei due campioni:

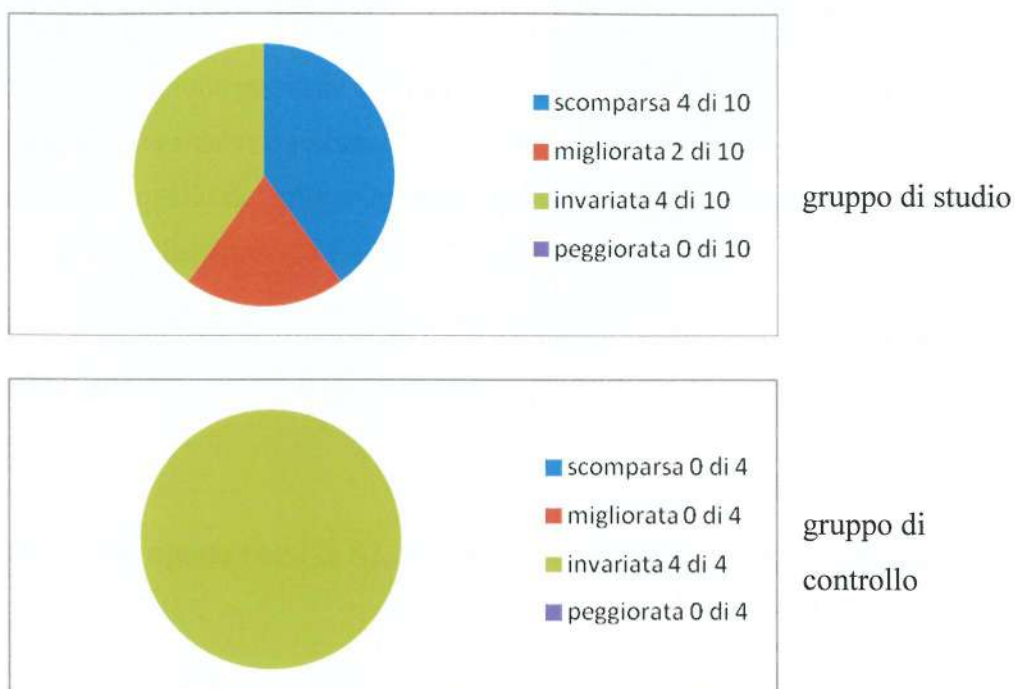
gruppo di studio



gruppo di controllo



3.12 Valutazione delle gastroscopie



Riferendosi al gruppo di studio:

nel 40% dei casi la gastroscopia di controllo ha evidenziato la scomparsa dell'ernia iatale;

nel 20% dei casi l'ernia iatale è migliorata;

nel 40% dei casi non si è riscontrata alcuna variazione dell'ernia iatale

in sole 10 sedute di Pancafit®.

Da considerare che il paziente corrispondente al codice S10 non ha potuto effettuare la gastroscopia finale perché il giorno dell'appuntamento aveva in atto un'infezione che stava curando con antibiotici e il medico curante gli ha vietato la possibilità di eseguire l'indagine strumentale. La tempistica della lista d'attesa per effettuare la gastroscopia, non ha permesso di evidenziare il suo potenziale cambiamento. Per tal motivo è stato collocato nella percentuale dei pazienti che non hanno subito alcuna variazione fra l'inizio e il termine delle settimane di terapia con Pancafit®.



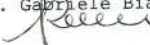
Riferendosi invece al gruppo di controllo, il 100% dei casi esaminati non ha subito alcuna variazione dell'ernia iatale nell'arco di 12 settimane.

Questo campione possiede due casi di soggetti che non hanno eseguito la gastroscopia finale; il paziente corrispondente al codice C2 per un problema analogo a quello del gruppo di studio e il paziente corrispondente al codice C4 perché non disponibile a eseguire l'esame.

In entrambi i casi si suppone un'invariabilità di entità dell'ernia iatale, come affermato dai medici gastroenterologi.

Di seguito riporto i casi di S2, S6 e S7 nei quali l'ernia iatale è scomparsa.

Gastrosopia iniziale S2

<small>CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO</small>  <small>1978 - 1984 - 1992</small>	 <small>Joint Commission INTERNATIONAL</small>
<div style="border: 1px solid black; width: 180px; height: 30px;"></div>	M.S.P. U308058(Maschio) Data nascita [redacted] anni 27 Data prestazione 20/04/2010 Rif. amministrativo 1-350865-10 del 20/04/2010
GASTROENTEROLOGIA - ENDOSCOPIA Esofagogastroduodenoscopia	
DESCRIZIONE ESAME Ottenuto il consenso informato del Paziente e dopo essersi accertati della assenza di patologie o terapie che controindicano l'esame, si procede ad iniezione endovenosa di 10mg di Diazepam. Esofago endoscopicamente regolare. Ernia jatale di 1 cm circa dotata di mucosa normale. Stomaco normale per conformazione e cinesi,privo di alterazioni mucosali. Biopsie in antro per ricerca Hp. Piloro regolare. Bulbo ampiocon mucosa diffusamente e discretamente friabile ed iperemica. D2 regolare.	
<p>Lo Specialista Prof. Gabriele Bianchi Porro</p>  <p>C.D.I. CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO Prof. GAEBIELE BIANCHI PORRO Specialista in malattie dell'Apparato Digestivo</p>	
<small>Radial Jaw® 3 7.8mm 180cm REF 1535 REF 13108951</small>	
Stampa del 20/04/2010 12:25 /In 09049215/Ve /St 09049215 - FONP Acc Piano Rialzato-GASTRO	
Pag. 1	
<p>CDI Centro Diagnostico Italiano S.p.A. Via Saint Bon, 20 - 20147 Milano - tel. 02483171 - fax 0248317465 - www.cdi.it Capitale sociale € 5.200.000 - Codice fiscale, Partita IVA, Reg. Imprese di Milano 01721030151 - REA Milano n. 820666 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Bracco S.p.A.</p>	



Gastrosopia finale S2

ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
Istituto Scientifico San Michele
20145 Milano Via Ariosto, 13 tel. 02-61911.1 Fax 02-61911.2429

Cartella: 1848916 del 17-12-2011 Codice: 2275953

Milano, 17-12-2011

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Indicazione: Sintomi da GERD. No TAO-ASA. No allergie a farmaci. ASA 1. Ottenuto il consenso si esegue l'esame.

ore 11.30 Premedicazione Midazolam 3 mg+Buscopan 20 mg ev. Monitoraggio sat O2 ed FC.

Esofago : regolare per calibro e decorso. Breve stria iperemica < 5 mm sovracardiale.
Giunzioni squamo-colonnare ed esofago-gastrica regolari, coincidenti e normoposte.
Stomaco normale per conformazione e cinesi dotato di pliche ben appianabili e rivestito da mucosa normale. Biopsie in antro+corpo per Hp.
Piloro regolare.
Bulbo duodenale di aspetto normale. Seconda porzione duodenale prossimale di aspetto normale.

C.E.: Esofagite di grado A (CLA).

ai 17-12-2011
Prestazione erogata in regime di solvenza

Lo Specialista
ILARIA ARENA


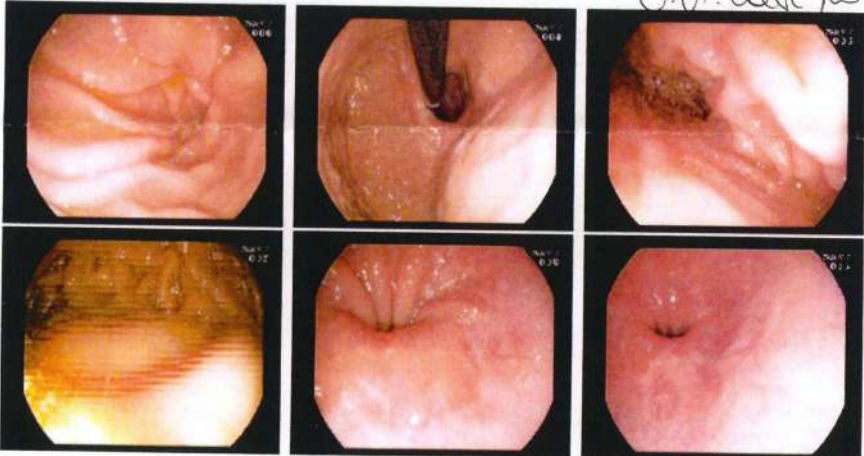


Gastrosopia iniziale S6

		FONDAZIONE CENTRO S. RAFFAELE DEL MONTE TABOR		1/2
		ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO		
		Unità operativa di Gastroenterologia		
		Direttore Prof. Pier Alberto Testoni		
Ordine N° :	964234	Referto N°:	112164031	
Paziente N° :	134639	Nome :	<input type="text"/>	
Codice SIO :	07883476			
Nato a :	MILANO	Il :	07/10/1963	
Reparto :		Provenienza :	Esterno	
Esame :	Esofagogastroduodenoscopia con Biopsia	Data esec. :	18/10/2011 11.37.27	
Premedicazione :	Lidocaina spray 1 Midazolam 3 mg	Disinfezione :	Ciclo di disinfezione : Esito : positivo	
Saturazione O2(%) :	Basale : 100 Termine : 100	Infermieri :	Nella Scaramuzza,	
REFERTO:				
Mucosa esofagea di aspetto regolare. La giunzione squamo colonnare appare situata a 38. cm. dalle arcate dentarie coincidente con quella esofago-gastrica. L'impronta diaframmatica è visibile a 40. cm. Il cardias è beante con ernia iatale di 2 cm. Discreta quantità di bile in stomaco la cui mucosa nel fondo e corpo appare normale, in antro si osservano note di ipotrofica. Si eseguono biopsie multiple random per la valutazione della agstrite e la ricerca istologica dell'H pylori come richiesto dal Curante. Peristalsi rallentata. Piloro simmetrico, pervio. Non lesioni nel duodeno esplorato fino alla seconda porzione.				
CONCLUSIONI:				
piccola ernia iatale. Reflusso biliare duodeno-gastrico in probabili turbe della peristalsi del tratto digestivo superiore. lieve antropatia ipotrofica segue istologia Si consiglia terapia con domperidone 10 mg 1cpx2/die 15' prima dei pasti principali per 3 mesi (ripetere ciclicamente); riopan gel 1bust x3/die (ore 10.00-16.00-22.00). Si allegano norme igienico-alimentari.				
				Il gastroenterologo: D ^{ssa} Edì Viale
				

		FONDAZIONE CENTRO S. RAFFAELE DEL MONTE TABOR		2/2
		ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO		
		Unità operativa di Gastroenterologia		
		Direttore Prof. Pier Alberto Testoni		
				

Gastrosopia finale S6

		FONDAZIONE CENTRO S. RAFFAELE DEL MONTE TABOR		1/2
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO				
Unità operativa di Gastroenterologia				
Direttore Prof. Pier Alberto Testoni				
Ordine N° :	976246	Referto N°:	122246344	
Paziente N° :	134639	Nome :	<input type="text"/>	
Codice SIO	07883476			
Nato a :	MILANO	Il :	07/10/1963	
Reparto :		Provenienza :	Esterno	
Esame :	Esofagogastroduodenoscopia senza Biopsia	Data esec. :	26/01/2012 9.12.51	
Premedicazione :		Disinfezione :		
Midazolam	2 mg Lidocaina spray	Ciclo di disinfezione :		
1		Esito : positivo		
Saturazione O2(%) :		Infermieri :		
Basale : 100		Sig.ra Delfina Pirola,		
Termine : 100				
REFERTO:				
Mucosa esofagea di aspetto regolare. La giunzione squamo colonnare appare situata a 38 cm. dalle arcate dentarie, coincidente con quella esofago-gastrica. Il cardias è incontinente, anche in retroversione. La mucosa appare ovunque di aspetto regolare. Apprezzabile la peristalsi. Piloro simmetrico, pervio. Non lesioni nel duodeno esplorato fino alla seconda porzione.				
CONCLUSIONI:				
Incontinenza cardiaca (Grado III sec. Hill)				
Il gastroenterologo: <i>C. Martina Cavestro</i>				
				

L'esame finale evidenzia l'assenza sia dell'ernia iatale che del reflusso biliare.



ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO
AMBULATORIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA
E DI EPATO-GASTROENTEROLOGIA

Vigevano, 16 Febbraio 2011

Paziente: [redacted] Data di nascita: [redacted] Sesso: F

Indirizzo: [redacted]

Tel.: [redacted]

Richiedente: Dott. CODEGONI CAROLINA

Cartella clinica:

Quesito: SINDROME DA REFLUSSO:

Esame: EGD S N.Prog.: 150 Strumento: Fuji EG 250 HR
Codice procedure diagnostiche o terapeutiche (ICD-9-CM): 45.16

Premedicazione: Xilocaina spray in faringe; Midazolam 5 mg ev.

Referto:

Esofago regolare per decorso, motilità e aspetto della mucosa (Biopsie, B4). Cardias a circa 4 cm. al di sopra dello iatus e poco continente. Stomaco ben distensibile con modico ristagno liquido limpido. La mucosa gastrica appare a tratti iperemica specie in sede antrale (Biopsie antro, B2 e corpo/fondo, B3). Piloro pervio. Bulbo duodenale normoconformato rivestito da mucosa di aspetto endoscopico regolare. Seconda porzione duodenale fino all'area della papilla di Vater esente da lesioni. Biopsie duodenali, B1

Conclusioni endoscopiche: Ernia jatale con gastropatia iperemica

Ulteriori considerazioni ed eventuali consigli terapeutici (se nulla osta del Curante):
PANTOPRAZOLO 40 mg 1 cp al mattino a digiuno + DOMPERIDONE 10 mg 1 cp prima dei pasti + NOREMIFA 1 bustina dopo i pasti in attesa del referto istologico.

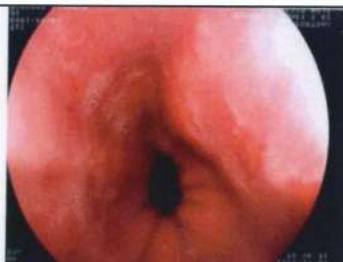
Assistenti: MG + CC

Il Medico Endoscopista
(Dr P. Francis LAWSON)

ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO S.p.A.
DR. P. FRANCIS LAWSON
MEDICO SPECIALISTA
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
francis.lawson@grupposandonato.it
C.F. LWS PNF 5RD05 2314F



ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO S.p.A. - Sede Unica
CORSO PAVIA, 84 - 27029 VIGEVANO (PV) - TEL. 0321/3011 - FAX 0321/347414
E-MAIL: INFO@GRUPPOSANDONATO.IT - WWW.GRUPPOSANDONATO.IT
P.IVA 01939490180 - COD. FISC. e REG. IMP. DI PAVIA 08062500159 - Cap. Soc. € 10.000.000



Gastrosopia finale S7

ICBM
ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO

UNITA' OPERATIVA DI GASTROENTEROLOGIA

Data esame: 31/01/2012 8.30.00

Reparto Richiedente: ESTERNO	MINI DB+R9D6+R77
Cognome e Nome: <input type="text"/>	Data nascita: <input type="text"/>

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA

MRGE sintomatica , nega allergie a farmaci.

Sedazione con diazepam 5 mg ev

Esofago con presenza di erosioni al III inferiore come da esofagite di grado A. Incontinenza cardiaca.
Stomaco, piloro, bulbo e seconda porzione duodenale indenni da lesioni. Eseguite biopsie su antro.
CE: MRGE.

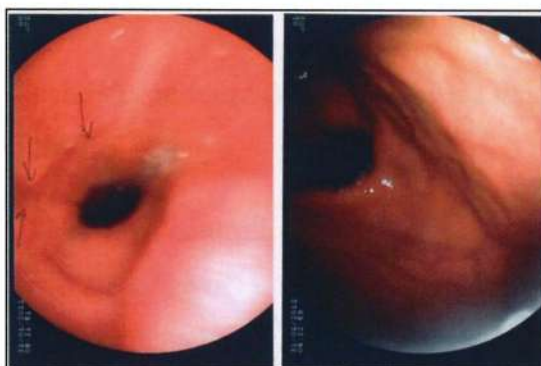
*Terapia: 20 mg dic x 2 mesi per 2 mesi per
20 mg dic x 2 mesi*

termina esame ore 9,30

Assistenti SA e SP.

Dimessa ore 9.50

A. Fertitta
FERTITTA ANNA MARIA



CONCLUSIONI

I dati ottenuti evidenziano un miglioramento oggettivo delle problematiche dei pazienti che hanno preso parte al gruppo di studio.

Si può quindi affermare che il Medoto Raggi® con Pancafit® è efficace su soggetti con ernia iatale.

Questi trattamenti possono quindi essere una valida alternativa, non invasiva, per evitare un potenziale intervento chirurgico.

La ricerca ha previsto un trattamento standard di 10 sedute, tuttavia la durata del trattamento può variare in base alle problematiche più o meno gravi del paziente, per poter ottenere i risultati desiderati.

Andrebbero anche tenuti presenti i fattori esterni che possono influire sui risultati come lo stile di vita, gli stress familiari o lavorativi.

Sono tutti elementi che inevitabilmente interagiscono con il diaframma e quindi ne condizionano la mobilità e di riflesso coinvolgono lo stomaco.

Anche l'esperienza del terapeuta è un altro fattore che può influire sui risultati ottenuti.

Il gruppo di controllo è di numero inferiore rispetto al gruppo di studio a causa della difficoltà nel trovare persone e dottori che siano disposti a ripetere una gastroscopia a breve distanza temporale senza fare nessun tipo di terapia.

Per tali motivi il campione di studio è stato composto da 10 soggetti e il campione di controllo solamente da 4, nonostante la fase di ricerca dei campioni sia durata diversi mesi.

BIBLIOGRAFIA

Piccin (1998), Anatomia e Fisiologia umana

Mazzocchi G., Nussdorfen G. (1993), Anatomia funzionale del S.N., Ed. Cortina

Castano P. et al. (1999), Anatomia umana, Ed. Edi Ermes

Alloatti G. et al. (2002), Fisiologia dell'uomo, Ed. Edi Ermes

Balboni, Motta, Maritozzi et al. (3° ed), Anatomia Umana, Ed. Edi Ermes

Netter, Atlante di Anatomia Umana, Ed. Netter

Kapandji A.(1996), Fisiologia Articolare, Ed. Monduzzi

Vincenzo Pirola (1998), Cinesiologia - Il movimento Umano, Ed. Edi Ermes

Ph. E. Souchard (1995), Il Diaframma, Ed. Marrapese

Paolo Pancheri (1993), Stress emozioni malattia, Ed. Mondadori

Busquet L. (2002), Le Catene Muscolari, Ed. Marrapese

Struif D. (1996), Il Manuale del Mezierista, Ed. Marrapese

F. Mézières (1984), Originalité de la méthode mézières maloine, S.A. editeur

F. Mézières (1967), Retour a l'harmonie morphologique par une reeducation specialisée sur des nations nouvelles reconstruisons la cinesiologie

Anderson B. (2001), Stretching, Ed. Mediterranée

Bricot B. (1998), La Riprogrammazione Posturale Globale, Ed. Statipro-Marseille-France

RINGRAZIAMENTI

Questa tesi da sola non avrei mai potuto realizzarla.

Grazie papà, grazie mamma;

grazie al prof. Raggi;

grazie al dott. Mauri;

grazie al dott. Scurati e al prof. Bono;

grazie a Posturalmed;

grazie ai pazienti;

grazie al dott. Londoni;

grazie al dott. Pozzi;

grazie al dott. Formiga dell'Auxologico;

grazie al dott. Passeretti del San Raffaele;

grazie al dott. Bregani;

grazie al prof. Toso;

grazie Andrea;

grazie Chiara;

grazie Silvia;

grazie a tutti coloro che mi hanno aiutato a diffondere il progetto e a trovare pazienti;

grazie a tutti coloro che credono nei sogni e si impegnano per realizzarli.