



## *I manuali del CIO*

*La Collana di saggi brevi a cura di docenti e osteopati ricercatori  
del Collegio Italiano Osteopatia.*

*Pensata per gli studenti, i professionisti e tutti coloro che sono  
interessati ad approfondire la materia.*

---

# **L'ENDOMETRIOSI**

a cura di Mauro Fornari

Il C.I.O. Collegio Italiano Osteopatia si dedica da anni allo studio e alla ricerca nel campo dell'endometriosi.

L'endometriosi è una malattia complessa, cronica e poco conosciuta, originata dalla presenza anomala del tessuto che riveste la parete interna dell'utero, chiamato endometrio, in altri organi (ad esempio ovaie, tube, peritoneo, vagina e talvolta anche intestino e vescica).

L'endometriosi è una malattia ormono-dipendente; ogni mese, sotto gli effetti del ciclo mestruale, il tessuto impiantato in sede anomala, va incontro ad un sanguinamento interno e ciò dà origine a cisti, infiammazioni croniche degli organi nei quali si impiantano questi focolai, a cicatrici, aderenze e, in alcuni casi, ad infertilità. L'infiammazione di questi tessuti incide pesantemente sulla qualità di vita della donna, in quanto il dolore che l'endometriosi comporta (specialmente quella extra genitale), invalida il normale svolgimento delle attività quotidiane, i rapporti interpersonali e di coppia. Spessissimo questi dolori vengono associati o attribuiti alla sindrome del colon irritabile o a stress. Una diagnosi tempestiva è fondamentale affinché l'endometriosi non possa provocare danni importanti a carico di organi vitali (ad esempio il rene).

Dolori durante rapporti sessuali, dolori lombari cronici ed inspiegati, stitichezza alternata a diarrea, sciatalgia presente durante la fase mestruale, potrebbero essere tutti sintomi legati alla patologia endometriosa.

Alcuni membri dello staff di insegnanti del C.I.O. (**Marcello Manduchi, Lucia Zamagni, Lia Montalti e Nicola Tamburini**) da due anni conducono uno studio di ricerca in questa patologia ottenendo risultati interessanti.

## **Trattamento del dolore in pazienti affette da endometriosi attraverso approccio manipolativo osteopatico [studio pilota]**

L'esperienza, conseguita durante la ricerca, ha dimostrato, empiricamente, che i trattamenti osteopatici, anche se non diretti primariamente alla patologia, portano ad un miglioramento di tale sintomatologia. Da questa esperienza e dall'assenza in letteratura di studi specifici si è pensato di approfondire l'argomento. Lo scopo di questo studio è stato misurare mediante l'applicazione di scale di valutazione l'effettiva riduzione della sintomatologia algica e il miglioramento della qualità di vita delle pazienti. Non semplice è stato il reclutamento delle stesse e lo studio non è esaustivo sull'argomento, ma molti dati interessanti sono emersi e speriamo di aver aperto una strada che continuerà ad essere percorsa dopo di noi.

## Materiali e metodi

Il progetto ha coinvolto quattro osteopati, docenti della scuola di Osteopatia C.I.O., per un periodo di sei mesi durante i quali sono state trattate 19 pazienti.

Le pazienti sono state reclutate con l'aiuto del reparto di ginecologia ed ostetricia dell'O.C. Infermi di Rimini, dell'associazione A.P.E. Onlus e di colleghi e ginecologi che collaborano con C.I.O.

I criteri d'inclusione delle pazienti sono stati:

- Età compresa tra i 20 e i 45 anni
- Intervento laparoscopico diagnostico
- Presenza di dolore significativo (VAS superiore a 3)

Gli unici elementi che hanno diversificato il campione sono stati:

- L'utilizzo di terapia ormonale: metà delle pazienti ne facevano uso e l'altra metà no
- La localizzazione delle lesioni endometriosiche
- Il tempo intercorso tra intervento chirurgico e trattamento osteopatico.

Le pazienti, idonee al trattamento, sono state precedentemente informate delle caratteristiche dello studio e sottoposte a test valutativi (SF-36 e VAS) somministrati in prima seduta ed a distanza di una settimana dalla decima.

I risultati ottenuti hanno permesso di riscontrare dei miglioramenti sintomatologici comuni, considerato anche che il gruppo campione risultava assai poco omogeneo a causa di limiti quali lo scarso campione delle pazienti, la variabilità dello stadio endometriosico e la differente terapia ormonale effettuata.

## Protocollo operativo

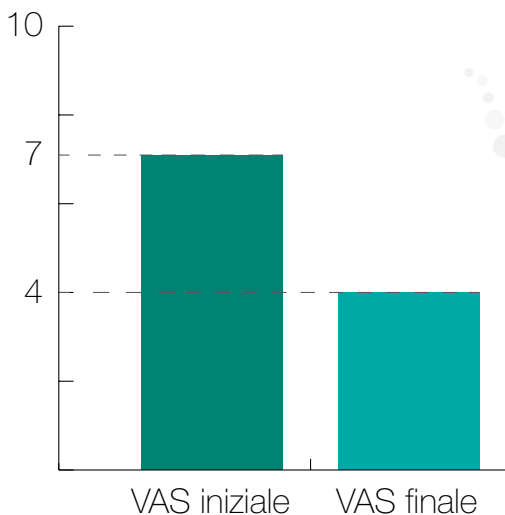
Il ciclo di trattamento è stato suddiviso in 10 sedute, 7 delle quali a cadenza settimanale, l'8° seduta dopo 15 giorni, la 9° seduta dopo 21 giorni e la 10° seduta dopo 1 mese. Nelle prime 3 sedute si è lavorato sull'eliminazione a livello strutturale delle disfunzioni (osteopatiche fisiologiche) e sul riequilibrio del sistema fasciale globale. Dalla quarta

seduta in poi si è attuato il protocollo, fino alla decima seduta, eliminando comunque le varie disfunzioni osteopatiche che si ripresentavano.

L'aspetto innovativo di questo lavoro è stato affrontare non solo il dolore pelvico con tecnica manuale, ma anche ripristinare un corretto scorrimento emolinfatico, effettuando un protocollo di sblocco linfatico, attraverso il riequilibrio dei tre diaframmi (cranico, toracico e pelvico) e utilizzando sia tecniche classiche che innovative. Migliorando la circolazione pelvica, non solo si è ridotto il dolore con un conseguente incremento della qualità di vita delle pazienti, ma è aumentata la durata nel tempo dell'effetto manipolativo.

Un aspetto sicuramente da constatare è il necessario utilizzo di numerose e diversificate tecniche osteopatiche, poiché nelle pazienti con endometriosi i distretti anatomici implicati nello scorrimento sia del sistema linfatico che del circolo venoso si sono presentati sempre in una situazione di costrizione e congestione; l'intervento osteopatico, essendo globale e causale, ha agito su tutti i livelli implicati.

## Elaborazione dati



## VAS

All'elaborazione dei dati può rilevare un valore medio iniziale della VAS di 7/10 e un valore medio finale pari a 4/10. Questo dimostra una riduzione del punteggio finale rispetto a quello iniziale in tutti i casi analizzati, per un valore medio pari a 3/10. Sono stati quindi successivamente analizzati questi dati utilizzando un test T di STUDENT, che ha evidenziato un miglioramento statisticamente significativo con  $P=0,000$ . Per studiare se la

differenza “prima-dopo” nei punteggi VAS dipendesse dalle variabili indipendenti sono stati sottoposti ad analisi statistica, mediante una regressione lineare, i valori VAS delta con le variabili presenti nel nostro studio (Operatore, Età, Peso, Altezza, BMI, Farmaco, Tempo dall'intervento) e come mostra la tabella non è presente significatività statistica.

## VAS significatività

	OPERATORE	ETÀ	PESO	ALTEZZA	BMI	FARMACO	T. INTERV.
	sig.	sig.	sig.	sig.	sig.	sig.	sig.
VAS	0,163	0,811	0,918	0,249	0,697	0,933	0,287

## SF36



In tutti gli otto items dell'SF-36 c'è stato un incremento medio dei valori, particolarmente significativi i campi Limitazione Ruolo Fisico (+25) e Dolore Fisico (+20,85).

Sono stati quindi successivamente analizzati questi dati utilizzando un test T di STUDENT, che ha dimostrato una significatività statistica ( $p < 0,05$ ) dei valori ottenuti, tranne quelli riferiti a Vitalità (VT), Limitazioni Ruolo Emotivo (RE) e Salute Mentale (SM).

## SF36 T Student

	SIGNIFICATIVITÀ
Attività fisica (AF)	0,002
Limitazioni ruolo fisico (RF)	0,008
Dolore fisico (DF)	0,000
Salute generale (SG)	0,046
Vitalità (VT)	0,072
Attività sociali (AS)	0,001
Limitazioni ruolo emotivo (RE)	0,109
Salute mentale (SM)	0,077

Per studiare se la differenza “prima-dopo” nei punteggi SF36 dipendesse dalle variabili indipendenti, sono stati sottoposti ad analisi statistica mediante una regressione lineare i valori SF36 delta medi delle 8 scale con le variabili presenti nel nostro studio (Operatore, Età, Peso, Altezza, BMI, Farmaco, Tempo dall'intervento). Come mostra la Tabella non è presente significatività statistica, tranne per i valori relativi a Limitazione Ruolo Emotivo (RE) in correlazione con le variabili Tempo dall'Intervento.

## SF36 significatività

	OPERA-TORE	ETA'	PESO	ALTEZZA	BMI	FARMA-CO	T. INTERV.
	sig.	sig.	sig.	sig.	sig.	sig.	sig.
Attività fisica (AF)	0,093	0,138	0,409	0,141	0,748	0,91	0,938
Limitazioni ruolo fisico (RF)	0,256	0,578	0,371	0,409	0,192	0,215	0,18
Dolore fisico (DF)	0,097	0,2	0,271	0,374	0,114	0,42	0,652
Salute generale (SG)	0,589	0,814	0,634	0,714	0,689	0,21	0,928
Vitalità (VT)	0,509	0,289	0,356	0,752	0,376	0,878	0,791
Attività sociali (AS)	0,338	0,211	0,43	0,711	0,303	0,171	0,422
Limitazioni ruolo emotivo (RE)	0,341	0,534	0,245	0,447	0,353	0,246	0,003
Salute mentale (SM)	0,316	0,06	0,171	0,858	0,17	0,092	0,162

A fronte dei dati analizzati, si evince che il trattamento osteopatico ha ottenuto su tutte le pazienti dei risultati positivi sia sull'aspetto puramente algico (Vas) sia sulla qualità di vita in generale (SF36). Gli elementi individuati come variabili non hanno condizionato i risultati ottenuti.

Non abbiamo elaborato a livello statistico i dati raccolti riguardanti le disfunzioni osteopatiche in quanto il ridotto numero del campione non permetteva un'analisi significativa. Nonostante ciò, nella raccolta delle disfunzioni sono state notate delle tipicità ricorrenti. Le disfunzioni afisiologiche principali da un punto di vista osteo-articolare sono state a livello del bacino: il 20% delle pazienti presentava un up slip iliaco e il 60%

uno share anteriore del sacro, cosa che fa supporre un interessamento del sistema nervoso autonomo parasimpatico che innerva l'apparato genitale femminile. A livello del rachide da D4 a D6 sono state riscontrate un 60% di disfunzioni afisiologiche (di cui 60% traslazioni e 40% tripodii, secondo la classificazione di Webster). La maggior parte delle disfunzioni in traslazione sono psico-viscero-somatiche in quanto la componente stressogena a cui sono sottoposte queste donne va ad alterare la frequenza cardiaca che è controllata dal punto di vista neuro vegetativo dai livelli somatici D4 e D5. La stessa componente stressogena interessa il diaframma che, inserendosi anteriormente al corpo di D6, probabilmente esercita una forte trazione sul corpo della vertebra stessa. Nel tratto D12 e L1 sono state riscontrate un 80% di disfunzioni in seconda legge probabilmente corrispondenti all'innervazione ortosimpatica dell'apparato genitale femminile. A livello cervicale si è riscontrato un 60% di epistrofeo in FRSdx a cui non è stato possibile dare un'interpretazione osteopatica. A livello occipitale era presente un 45% di disfunzioni in traslazione ricollegabili alle disfunzioni sacrali. Nel 70% dei casi si è rilevato un OTS sinistro maggiormente denso dal punto di vista linfatico, associata ad una rotazione posteriore della clavicola quindi una ovvia supposizione di scarso drenaggio linfatico. Dal punto di vista viscerale le pazienti riferivano colon irritabile e gastralgia a causa di problemi stressogeni e ansiogeni. Dal punto di vista palpatorio abbiamo rilevato una scarsa motilità renale e congestione epatica. Il 50% delle pazienti riferisce lombalgia ricorrente, il 30% lombalgia e cervicalgia associate e il restante 20% cervicalgia.

## Conclusioni

Affrontando questa tesi, oltre al risultato di comprova clinica, possiamo affermare che questa patologia si manifesta come una problematica da affrontare in termini multidisciplinari. Essa coinvolge in prima istanza il medico ginecologo, gli psicologi e, come dimostrato da questo studio pilota, anche gli osteopati con ottimi risultati sulle tipiche manifestazioni patologiche. Essendo interessati, dal punto di vista funzionale, l'apparato genitale, l'equilibrio neuro-vegetativo e di conseguenza la sfera psichica, è risultata alterata la biomeccanica non solo pelvica, ma del rachide nel suo insieme e, dal punto di vista viscerale, non solo gli organi genitali ma tutta la zona addominale e toracica. L'aspetto che ha sorpreso di più non è solo la diminuzione del dolore, ma il miglioramento della qualità di vita manifestatosi con una netta riduzione della stanchezza cronica, sintomo che queste pazienti spesso denunciano.

Tenendo in considerazione che sia il tempo effettivo dello studio ricerca sia il tempo intercorso dal termine dello studio stesso è stato breve, è stata comunque notata una migliore resistenza al carico lavorativo, e quindi un minor assenteismo sul luogo di lavoro. Per nostra scelta questo lavoro di tesi è solo l'inizio di uno studio laboratorio di ricerca che avrà come obiettivo un importante aumento della casistica, un perfezionamento



delle tecniche del protocollo, il miglioramento dei risultati ottenuti e misurati con SF36 e VAS, un rapporto più collaborativo con gli specialisti di settore. Sarà necessario, anche, un costante confronto per valutare l'efficacia del trattamento osteopatico analizzando due differenti gruppi: uno in trattamento farmacologico e osteopatico e l'altro in solo trattamento farmacologico.