

SINDROME DEL NERVO ASCELLARE



SOMMARIO

PRESENTAZIONE.....	3
PREFAZIONE.....	4
● SINDROME DEL NERVO ASCELLARE	5
DESCRIZIONE.....	5
IL NERVO ASCELLARE.....	5
QUALI CAUSE?	5
LESIONI TRAUMATICHE.....	6
SINTOMI	6
CHE FARE?	7



Centro di Kinesiologia Transazionale® S.r.l.

P.IVA n° 02313200368 – CCIAA (MO) n° 280951 – Aut. Tribunale di Modena n° 42390

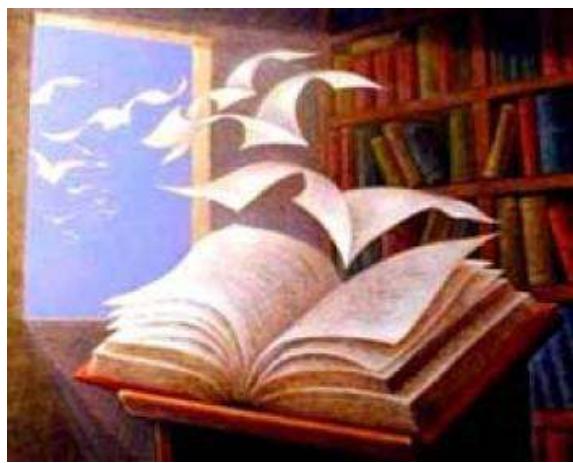
Via Peschiera, 25 – 41125 Modena (MO) – Italia ~ tel. +39 059 393 100 - +39 348 229 5552

ckt@kinesiopatia.it ÷ ckt@pecaffari.it ÷ www.kinesiopatia.it ÷ www.nutriwest.it ÷ www.craniosacrale.com

PRESENTAZIONE

“esiste un solo bene, la conoscenza, e un solo male, l’ignoranza,, (Socrate)

Kinesiopatia.it nasce tanti anni fa, dall'esigenza di far conoscere meglio il mio lavoro e con l'obiettivo di presentare le discipline che pratico ed inseguo, cioè la Kinesiologia Transazionale® e la Kinesiologia Applicata (da cui trae le sue origini), il Cranio-Sacral Repatterning® e la Terapia Cranio-Sacrata (di cui è un'evoluzione), la Kinesiopatia®; ho iniziato pubblicando gli articoli che venivano diffusi tramite la rivista Anno Zero, ma non sempre erano di facile comprensione, per cui ho deciso di cominciare a scrivere un glossario.



Il sito viene alla luce con un'idea di fondo, tutto sommato semplice: offrire una spiegazione sul significato dei differenti termini utilizzati, l'etimologia, materiale di studio per favorire approfondimenti e delucidazioni inerenti alla voce descritta ma, nel tempo, ha cambiato il proprio aspetto, divenendo a volte testo di riferimento per i miei allievi o mezzo di studio per studenti di altre scuole o discipline; a volte mezzo di ricerca, d'istruzione e di approfondimento (anche per il sottoscritto).

Talvolta si pone lo scopo di sviluppare un tema od un argomento in modo alternativo alla vulgata ufficiale, con analisi ed indagini in ambiti talvolta dimenticati, talaltra diventa una “piccola

encyclopedia” con l'assurda pretesa di raccogliere e trattare, più o meno ordinatamente e per quanto possibile esaurientemente, la “conoscenza” di queste materie.

La parola “glossario” ha origine dal termine tardo latino *glossarium*, che a sua volta deriva dal greco antico *γλῶσσα* (→ lingua): la glossa, già nel mondo latino e ancor più in epoca tarda e medievale, indicava una nota esplicativa apposta a fianco di un termine di difficile comprensione. Era lo strumento per interpretare parole oscure (perché ermetiche o cadute in disuso) attraverso altre più comprensibili, utilizzando, cioè, il linguaggio corrente. Non sempre la descrizione dei lemmi presenti in questo glossario è di facile interpretazione o utilizzo; eppure l'insieme delle voci che “nominiamo” costituisce la “nostra” lingua: il “vocabolario” kinesiopatico, l'insieme delle parole che utilizziamo, per comunicare, per capirci, per comprendere.

Anche se negli ultimi anni l'accesso alle informazioni è divenuto, apparentemente, più fruibile da tante persone, non necessariamente è aumentata, parimenti, la conoscenza: per questo, nel tempo il glossario si è, via via, trasformato ed è tuttora in divenire, in una sorta di «vocabolario metodico» dove raccogliere dati, conoscenze, studi, pensieri ed approfondimenti.

Con un po' di presunzione, un piccolo “tesoro”, un “locus” del pensiero e della memoria, dove raccogliere le mie parole; un *thesaurus*, dal greco *θησαυρός* (*thesaurós* → tesoreria), dove sono conservati i lemmi che costituiscono il “nostro” *λεξικόν* (lessico, dal greco *leksikón* → vocabolario).





Non sempre i singoli lemmi sono di comprensione immediata e, spesso, per cogliere le molteplici sfaccettature, esplicite o sottintese, è necessario ricorrere all'ipertesto, cioè sfruttare i collegamenti ad altri termini (o articoli) presenti nella spiegazione del lemma, in una sorta di gioco dell'oca che può divenire (quasi) infinito.

Per permettere una maggiore fruibilità, anche "offline" ho creato dei piccoli "manualetti" che, partendo dalla parola scelta come argomento principale, approfondiscono alcuni argomenti che ritengo possano essere utili per la miglior comprensione dell'argomento; il testo presenta rinvii (link) a lemmi del glossario o articoli presenti sul sito, per chi volesse entrare nel gioco ...

francesco gandolfi

cell. personale: [+39 3482295552](tel:+393482295552)
 whatsapp: [+39 3458496099](tel:+393458496099)
 email: gandalf@kinesiopatia.it
 PEC: francescogandolfi@pecaffari.it



Post Scriptum: tutto il materiale presente nel sito Kinesiopatia.it e, di conseguenza, tutto ciò che viene riportato in questo manualetto è il frutto di anni di "lacrime, sudore e sangue", pertanto non posso che considerarla una mia "opera intellettuale": essendo messo a disposizione gratuitamente, chiedo che chi volesse usare in parte o in toto questo materiale, oltre a citarne la fonte e l'autore, abbia la gentilezza di chiedere l'autorizzazione al sottoscritto.

PREFAZIONE

““per noi, la grandezza di un uomo risiede, nel fatto che egli porta il suo destino, come Atlante portava sulle spalle la volta celeste”” (Milan Kundera)

Chi, fra noi, almeno una volta nella vita, non ha avuto la sensazione di essersi "caricato sulle spalle" il peso della propria vita, di essersi accollato persone o situazioni?

Le spalle sono un basamento su cui poggia la mobilità della testa e delle braccia, le fondamenta che ne permettono tutti i movimenti; la radice ed il tronco che danno loro il nutrimento e ne favoriscono la naturale salute: rappresentano la nostra capacità e la nostra volontà d'azione, la possibilità di darci da fare, di interagire ed integrarci con il mondo. Capire e risolvere gli squilibri che colpiscono le nostre spalle, ci consente di affrontare la quotidianità a testa alta, potendo sfruttare pienamente la nostra unicità, il nostro essere animali che utilizzano le proprie mani e le braccia per interagire con ciò che ci circonda.

*per apprezzare pienamente le immagini e verificare eventuali aggiornamenti, si consiglia di accedere direttamente ai lemmi sul sito:
 è sufficiente "cliccare" sul titolo dell'articolo o sulle parole evidenziate e sottolineate*

*i contenuti dell'articolo o presenti sul sito sono opera intellettuale di Francesco Gandolfi e, come tali, protetti dalle leggi sul copyright,
 si autorizza la libera diffusione del presente articolo, nella sua interezza, per uso personale e privato, per fini culturali ed a fini non commerciali; qualsiasi utilizzo
 parziale è condizionato alla citazione dell'autore e della fonte*



Centro di Kinesiologia Transazionale® S.r.l.

P.IVA n° 02313200368 – CCIAA (MO) n° 280951 – Aut. Tribunale di Modena n° 42390

Via Peschiera, 25 – 41125 Modena (MO) – Italia ~ tel. +39 059 393 100 - +39 348 229 5552

ckt@kinesiopatia.it ÷ ckt@pecaffari.it ÷ www.kinesiopatia.it ÷ www.nutriwest.it ÷ www.craniosacrale.com

SINDROME DEL NERVO ASCELLARE

DESCRIZIONE

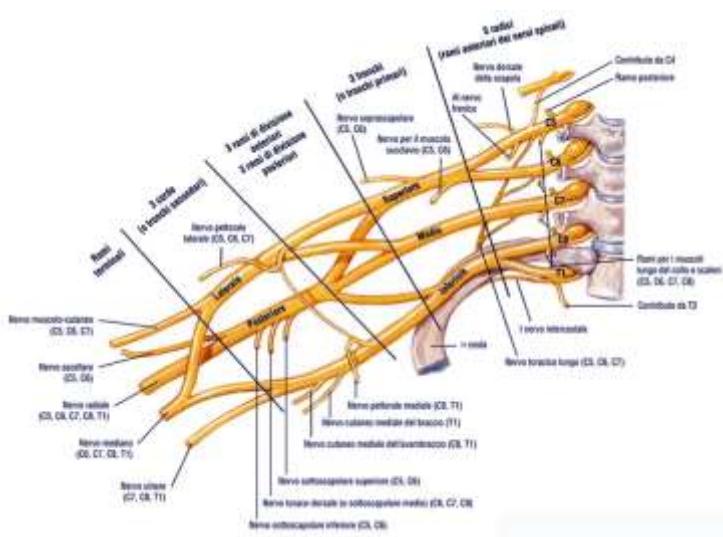
Patologia conseguente alla compressione del nervo ascellare: frequentemente si manifesta con dolore ed algia localizzati nella parte posteriore della spalla, spesso esacerbati dal movimento di allontanamento del braccio (abduzione), di rotazione esterna (extra-rotazione) o come conseguenza dell'atto di portare il braccio sopra la testa; la compressione a livello della faccia posteriore della testa dell'omero (trochite), scatena, il più delle volte, dolori lancinanti. Usualmente sono presenti anche sensazioni di disagio e fastidio, disestesia o parestesia, con intorpidimento e formicolii irradiati lungo il braccio.

IL NERVO ASCELLARE

La Sindrome del Nervo Ascellare è l'espressione dello schiacciamento del nervo circonflesso (o nervo ascellare); per il fatto che il nervo attraversa il “quadrilatero di Velpeau”, per penetrare nella regione posteriore della spalla, dove viene compresso contro l'omero dal muscolo piccolo rotondo e muscolo grande rotondo (a livello

del cosiddetto “triangolo dei muscoli rotondi”), è detta “Sindrome dello spazio quadrilatero di Velpeau”.

Il nervo ascellare, chiamato altresì nervo circonflesso, è un nervo misto (sensitivo e motorio) che origina dalle radici spinali C₅ – C₆, anche se, secondo alcuni autori, sono presenti fibre provenienti da C₇: la parte motoria del nervo controlla il muscolo piccolo rotondo ed il muscolo deltoide, mentre la parte sensitiva innerva la cute che ricopre il deltoide, la regione superiore della faccia laterale del braccio e l'articolazione gleno-omerale.



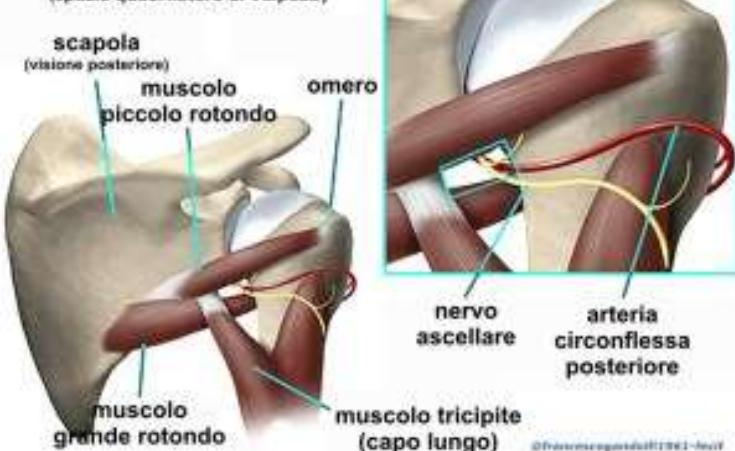
dapprima nel tronco superiore del plesso brachiale (divisione posteriore), per poi, attraverso la corda posteriore dello stesso, dare origine ad un ramo terminale definito, appunto, nervo ascellare; una volta staccatosi dalla corda posteriore, il nervo attraversa il quadrilatero di Velpeau, in cavità ascellare, per raggiungere la loggia posteriore del braccio. In questo spazio quadrangolare, assieme al nervo ascellare decorre anche l'arteria circonflessa (dalla cui vicinanza deriva il secondo nome di questo nervo): la compressione del nervo, a questo livello, può essere considerata la causa principale del quadro sintomatologico.

QUALI CAUSE?

Lo spazio quadrangolare è detto anche “quadrilatero omero-tricipitale” proprio perché la diafisi dell'omero e il capo lungo del muscolo tricipite brachiale delimitano il lato mediale e quello laterale di questa finestra: è attraverso questo iato che i nervi ed i vasi accedono posteriormente al cavo ascellare; il muscolo piccolo rotondo (superiormente) e il muscolo grande rotondo (inferiormente) rappresentano i rimanenti due lati.



spazio quadrangolare (spazio quadrilatero di Velpau)



La contrazione contemporanea della componente muscolare comprime sia il nastro ascellare, sia l'arteria circonflessa posteriore contro l'omero: l'effetto ghigliottina che ne deriva causa ipossia nei distretti irrorati da questa arteria, con possibili distrofie dei tessuti muscolari e dermo-connettivali, associati a discinesie e disestesie per la pressione esercitata sul nervo. La compressione può dipendere da molte cause, ma alcune condizioni assumono carattere predisponente: la presenza di stress meccanici ripetitivi o l'eccessivo sovraccarico dell'articolazione della spalla sono sicuramente

fattori eziopatogenetici rilevanti; esempi possono essere non solo gli sport dove vengono effettuati lanci (baseball, lancio del giavellotto) o "attività overhead", ma anche il nuoto competitivo. La tendenza ad avviare bambini allo sport agonistico in età sempre più precoce, è un fattore di rischio per l'insorgenza della Sindrome del Nervo Ascellare e per le patologie della spalla.

La contemporanea contrazione dei muscoli che costituiscono lo spazio quadrangolare o movimenti che ne provochino il rapido stiramento, soprattutto alla presenza di cofattori eziologici, quali l'instabilità articolare conseguente a deficit funzionale della cuffia dei rotatori o la presenza di una sindrome del sottoscapolare, possono essere considerati un elemento causale, nella genesi della Sindrome del Nervo Ascellare. La compressione può verificarsi, anche, come conseguenza dell'uso di zaini o spallacci molto pesanti, potendo dimostrarsi il fattore scatenante dell'insorgenza di sintomatologia acuta; l'errato uso di stampelle ascellari può essere un'altra situazione in grado di provocare un quadro infiammatorio che coinvolge il nervo.

Lo schiacciamento del nervo può essere statico, assumendo un andamento continuo, o dinamico, con conseguente sintomatologia intermittente: solitamente, il fenomeno si verifica in giovani adulti, con attitudini atletiche, di età compresa tra i 20 e i 40 anni, pur potendo manifestarsi in ogni fascia di età, anche in assenza di una storia di traumi significativi o ripetitivi.

LESIONI TRAUMATICHE

Lesioni da impatto ad alta velocità, traumi contusivi o contusioni sulla superficie posteriore della spalla, con o senza la presenza di lacerazioni o emorragie ed ematomi, devono essere considerati un fattore predisponente, anche se la causa traumatica più frequente di Sindrome dello spazio quadrilatero, è la lussazione (o dislocazione) della spalla.

La presenza di ematomi nell'area, di cisti o geodi nella zona inferiore del cercine della glenoide scapolare, solitamente, è la conseguenza di una frattura del labbro glenoideo della scapola: la genesi delle cisti, molto frequenti negli atleti, è simile a quella delle cisti meniscale del ginocchio; la lesione del labbro glenoideo determina l'estruzione del liquido sinoviale articolare nei tessuti adiacenti attraverso la frattura labbro-capsulare.

SINTOMI

Possono essere piuttosto eterogenei, acuti o cronici, continui o intermittenti, dipendendo anche dai distretti coinvolti e dai differenti gradi di lesione del nervo: il dolore, in genere importante, si presenta come sordo e



Centro di Kinesiologia Transazionale® S.r.l.

P.IVA n° 02313200368 – C.C.I.A.A. (MO) n° 280951 – Aut. Tribunale di Modena n° 42390

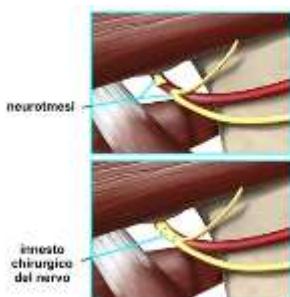
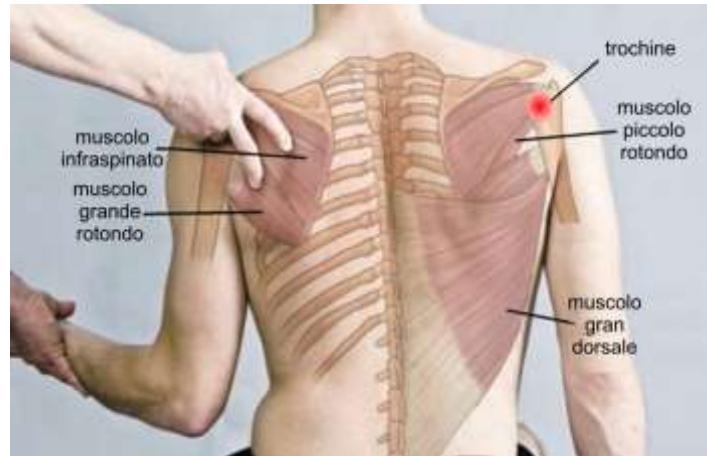
Via Peschiera, 25 – 41125 Modena (MO) – Italia ~ tel. +39 059 393 100 - +39 348 229 5552

ckt@kinesiopatia.it + ckt@peccaffari.it ~ www.kinesiopatia.it + www.nutriwest.it + www.craniosacrale.com

intermittente: spesso è localizzato nella regione postero-laterale della spalla ed è esacerbato dall'abduzione attiva e dalla extra-rotazione dell'omero.

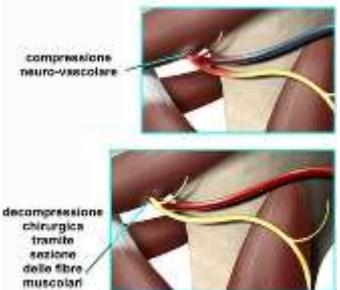
La digitopressione sull'entesi (zona di inserzione a livello del trochite) del muscolo piccolo rotondo o sullo spazio quadrilatero, scatena dolore urente o lancinante.

La pressione sul nervo, esercitata dall'imprigionamento delle vie nervose, comporta un mancato trofismo neurologico che può causare una lesione permanente: a questa, usualmente, consegue ipomiotrofia o atrofia del muscolo piccolo rotondo e/o del muscolo deltoide; il quadro è piuttosto frequente, con diversi gradi di espressione. Spesso la degenerazione muscolare è a dolore ingravescente che si manifesta soprattutto nell'abduzione e nell'extra-rotazione omerale o nel portare il braccio sopra la testa; i sintomi motorii sono associati a sensazioni dolorose vaghe e parestesie nel distretto sensitivo di competenza del nervo, con intorpidimento e formicolii irradiati lungo il braccio.



Essendo questo tipo di lesione prevalentemente un danno funzionale, espressione di una neuroplessia, si osserva, in genere, una perdita della conduzione nervosa derivante sia alla compressione sia ad eventuali contusioni traumatiche del nervo: la conseguente paresi o paralisi, solitamente, è incompleta e reversibile; il più delle volte, l'offesa anatomica è limitata al solo rivestimento del nervo, mentre l'assone e le altre guaine del nervo sono preservate, permettendo la rigenerazione del nervo stesso.

Nel caso in cui sia possibile intervenire precocemente ed il problema sia trattato adeguatamente, ci sono buone probabilità di ottenere una guarigione completa: solo laddove si siano verificati traumi ad alta energia o iatrogeni, dipendenti cioè da errori chirurgici che procurano una grave lesione del nervo ascellare, si può osservare la degenerazione del tronco nervoso fino alla completa distruzione (neurotmesi). Questo tipo di danno è difficilmente reversibile, vista l'impossibilità concreta di ricrescita dell'assone: richiede interventi chirurgici mirati sia per rimuovere eventuali fimbrie fibrose, sia per riparare, per mezzo d'innesti, il nervo ascellare.



L'interessamento della porzione inferiore della cuffia dei rotatori, l'insorgenza di debolezza muscolare e la presenza di compensi e reattività muscolari, portano ad una instabilità articolare della spalla: spesso i sintomi conseguenti ad una lesione della cuffia si sovrappongono con quelli della compressione del nervo ascellare, potendo creare confusione e indurre una difficoltà nell'effettuare una diagnosi differenziale.

Il coinvolgimento dei muscoli della cuffia dei rotatori, ed in particolare del muscolo sopraspinato, incrementano l'instabilità articolare: la discinesia fra i vari muscoli agonisti¹ ed i muscoli antagonisti favorisce l'insorgenza di sublussazioni; la distonia del muscolo sottoscapolare, evidenziata dalla presenza di Napoleon test² positivo, suggerisce la presenza di un quadro disfunzionale che coinvolge anche i muscoli stabilizzatori della spalla.

¹ **muscolo agonista** - un muscolo (o ad un gruppo muscolare) la cui contrazione provoca lo stesso movimento del muscolo agente, quello che causa il movimento: qualora questi sia il muscolo specificamente attivato che inizia l'azione, viene detto "primo motore".

² **Napoleon test** - prova funzionale di grande rilevanza clinica, utile per valutare l'integrità del muscolo sottoscapolare: viene chiamato "Napoleon test" poiché il testato deve porre la mano (dal lato in esame) a livello dello stomaco, ricordando la storica posizione della mano di Napoleone Bonaparte; per lo stesso motivo viene definito anche "belly press test", letteralmente test di pressione sulla pancia (belly).

CHE FARE?

Nei casi più comuni, ove non si siano instaurati gravi squilibri o iperalgesia, la prima azione da intraprendere è sicuramente il riposo assoluto della spalla e, soprattutto quando si parla di atleti, la sospensione di qualunque attività sportiva per un periodo prolungato (settimane, ma a volte mesi): anche se in genere quest'attitudine migliora i sintomi, spesso non si rivela sufficiente a sanare le reattività muscolari. Mentre per chi svolge attività sportive, è possibile eliminare le sollecitazioni, quando lo sviluppo del problema dipende da contesti professionali, spesso risulta difficile astenersi dall'utilizzare l'arto andando incontro alla cronicizzazione del problema. Ovviamente, per garantire il pieno risanamento, è opportuno intervenire nelle fasi iniziali del problema, prima che si formino alterazioni strutturali o degenerazioni fibro-adipose; questo non significa che non sia possibile agire anche su situazioni consolidate o su manifestazioni croniche, anche tardivamente.

A meno che il danno non sia tale da richiedere un intervento chirurgico, è possibile agire efficacemente sia nelle fasi precoci, sia in caso di cronicizzazione del problema; l'azione del professionista in Kinesiopatia® può rivelarsi risolutiva ed accelerare i tempi di recupero e guarigione, a prescindere dal fatto che si instaurino eventuali collaborazioni con il medico specialista ed il fisioterapista. La possibilità di applicare una valutazione multidimensionale che ispiri l'utilizzo delle tecniche specifiche di questa disciplina, della Kinesiologia Transazionale®, del Cranio-Sacral Repatterning® crea l'opportunità di affrontare il problema da punti di vista differenti rispetto alla valutazione medicale; l'attenzione alla poliedricità causale, la ricerca dei cofattori eziologici e delle spine irritative consente un approccio olistico al problema.

La finalità prioritaria dei trattamenti è di favorire la decompressione del nervo ascellare: l'utilizzo di tecniche di unwinding fasciale, permette la dissoluzione delle restrizioni che limitano il movimento e l'irrorazione dei tessuti: la riacquisizione di una corretta percezione, superando eventuali disestesie, non solo migliora gli scambi metabolici, ma riattiva un corretto trofismo del nervo, favorendone la guarigione.

La mobilità articolare (R.O.M.) è importante per evitare che atteggiamenti compensatori possano incidere sulla genesi della Sindrome del Nervo Ascellare: un esperto professionista in Kinesiologia Transazionale® può valutare la presenza di reattività esistenti fra le componenti del triangolo dei muscoli rotondi; attraverso test muscolari specifici, vengono identificati muscoli che, agendo singolarmente o in gruppo, si comportano da agonista, antagonista o come muscoli sinergici. L'esame dei muscoli stabilizzatori dell'articolazione scapolo-omerale o delle articolazioni che compongono la spalla, di concerto con interventi finalizzati a ripristinare una corretta postura, è un elemento importante per poter ripristinare gli equilibri corporei che influenzano il quadrilatero di Velpeau.

Non è possibile risolvere il quadro sintomatologico senza valutare contestualmente la presenza di una sindrome della cuffia dei rotatori, di una sindrome del sottoscapolare o dell'impingement sub-acromiale; ugualmente l'evidenza di "general adrenal involvement" che esprime un dis-stress cronico o la sussistenza di aspetti somato-emotivi sono solo alcuni degli elementi che devono essere indirizzati per riequilibrare non solo la spalla sintomatica, ma i reali agenti causali alla base della malattia.



Centro di Kinesiologia Transazionale® s.r.l.

P.IVA n° 02313200368 – CCIAA (MO) n° 280951 – Aut. Tribunale di Modena n° 42390

Via Peschiera, 25 – 41125 Modena (MO) – Italia ~ tel. +39 059 393 100 - +39 348 229 5552

ckt@kinesiopatia.it ~ ckt@pecaffari.it ~ www.kinesiopatia.it ~ www.nutriwest.it ~ www.craniosacrale.com