



50 crediti ECM
previsti

Primo modulo:
20-21-22 gennaio 2024,
Secondo modulo:
17-18 febbraio 2024
VERONA

Fibrolisi Diacutanea

Originale secondo Kurt Ekman

Programma	2
Fibrolisi Diacutanea originale Kurt Ekman	2
abstract	2
breve cv dei relatori	2
José Miguel Tricás Moreno	2
Simone Patuzzo [Responsabile scientifico]	3
Obiettivi del corso	3
Programma generale	4
Approfondimenti	5
Indicazioni	5
Metodo di trattamento	6
Ganci	6
Bibliografia	7



Programma

Fibrolisi Diacutanea originale Kurt Ekman

Abstract

La fibrolisi diacutanea è una tecnica di fisioterapia sviluppata dal fisioterapista svedese Kurt Ekman, che collaborò con il dott. Cyriax durante gli anni seguenti la seconda Guerra Mondiale.

La fibrolisi diacutanea è una tecnica relativamente nuova, creata dai fisioterapisti per i fisioterapisti, sempre più richiesta per i suoi ottimi risultati nel trattamento di varie patologie. Si tratta di una tecnica per uso specifico in fisioterapia, che offre ottimi risultati nel trattamento di varie patologie che colpiscono il sistema muscolo-scheletrico, soprattutto se applicata a livello dei tessuti molli. La sua azione di rilascio tra le partizioni inter-fasciali e mio-fasciali ripristina il corretto scorrimento dei differenti piani anatomici durante il movimento e risolve potenziali fenomeni di compressione che possono causare dolore e disfunzione

Breve Cv Dei Relatori

José Miguel Tricás Moreno

Diploma in Fisioterapia nel 1980

Laureato in Antropologia Sociale e Culturale nel 2000.

Dottore presso l'Università di Zaragoza nel 2005.

Professore Titolare dell' Università di Zaragoza dal 1988.

Direttore dell' Unità di Ricerca in Fisioterapia dell' Università di Zaragoza.

Coordinatore del Master in Fisioterapia Manuale Ortopedica OMT

Coordinatore de la Formazione continua della UIF.

Presidente delle seguenti organizzazioni

Asociación Española de Fisioterapia Manual Ortopedica. OMT- E



Asociación Española del Síndrome de Dolor Miofascial y Puntos Gatillo. SDMPG

Asociación Española de Fibrosis Diacutánea AEFD

Asociación Española de Neurodinámica Clínica NDS-E

Publicazioni a livello nazionale e internazionale.

Relatore e docente a livello nazionale e internazionale.

Simone Patuzzo [Responsabile scientifico]

Diploma Universitario di Fisioterapista, conseguito con punti 103 su 110 in data 11 novembre 1999 presso il Corso di Diploma Universitario in Fisioterapista dell'Università degli Studi di Verona con tesi sperimentale dal titolo "Modificazioni dell'eccitabilità corticale durante il recupero funzionale nei pazienti con stroke";

Laurea in Fisioterapia, conseguita con punti 110 su 110 e la lode in data 25 marzo 2003 presso il Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi di Padova con tesi sperimentale dal titolo "Modificazioni dell'eccitabilità del sistema motorio durante l'osservazione degli atti motori e nel motor imagery";

Titolo di Formazione Avanzata in Terapia Manuale "Arti inferiori, Bacino e Rachide Lombare", Anno Accademico 2002-2003. Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Genova;

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscolo-Scheletrici, Anno Accademico 2003-2004. Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Genova ;

Master in Open Distance Learning Anno Accademico 2008-2009. Università degli Studi di Macerata, Udine e Urbino con tesi dal titolo "Distance learning in physical therapy"

Certificati corsi Manipulation I e Manipulation II di specializzazione in terapia ortopedica manipolativa del rachide con il Prof. Olaf Evjenth, nel Concetto OMT Kaltenborn-Evjenth per Fisioterapisti, che abbraccia Osteopatia (A. Stoddard), la Medicina Ortopedica (J.H. Cyriax, J.B. Menell) e altri.

Obiettivi Del Corso

- Acquisire una capacità di palpazione molto precisa delle strutture connettivali del sistema locomotore.



- Conoscere il trattamento con la fibrolisi delle patologie cliniche più importanti
- Conoscere il trattamento di zone con particolari difficoltà palpatorie a causa della presenza di strutture nervose e vascolari.

Programma Generale

Il corso dura 82 ore, suddivise in:

- 60 ore : 45 ore di pratica e 15 teoriche
- 20 ore di pratica individuale, che riflette l'esperienza pratica acquisita nel processo di apprendimento del corso di Fibrolisi Diacutanea.
- 2 ore per la revisione del corso.

Giorno 1:

mattino (dalle ore 8:30 alle ore 13:00)

- Introduzione teorica del metodo. Indicazioni e controindicazioni
- Introduzione alla gestione e uso degli uncini.

pomeriggio (dalle ore 14:00 alle ore 19:00)

- Trattamento pratico della coscia, dopo revisione dell'anatomia palpatoria di ciascuna regione.

Giorno 2

mattino (dalle ore 8:30 alle ore 13:00)

- Revisione e correzione delle tecniche con uncino.
- Anatomia palpatoria di gamba, ginocchio e piede

pomeriggio (dalle ore 14:00 alle ore 19:00)

- Trattamento pratico della regione.

Giorno 3:

mattino (dalle ore 8:30 alle ore 13:00)

- Revisione e correzione delle tecniche con uncino.
- Anatomia palpatoria della spalla e collo.

pomeriggio (dalle ore 14:00 alle ore 19:00)



- Trattamento pratico della regione.

MODULO II

Giorno 4:

mattino (dalle ore 8:30 alle ore 13:00)

- Revisione e correzione delle tecniche con uncino.
- Anatomia palpatoria dell'arto superiore.

pomeriggio (dalle ore 14:00 alle ore 19:00)

- Trattamento pratico della regione.

Giorno 5:

mattino (dalle ore 8:30 alle ore 13:00)

- Revisione e correzione delle tecniche con uncino.
- Anatomia palpatoria di regioni particolari: triangolo laterale del collo, mano, etc.
- Trattamento pratico di ciascuna regione.
- Trattamenti in sintesi.

pomeriggio (dalle ore 14:00 alle ore 15:00)

- Esame pratico
- Valutazione finale con invio di un caso clinico da parte di ciascuno studente

Approfondimenti

Indicazioni

La Fibrolisi Diacutanea è una tecnica che trova indicazione nei seguenti quadri:

Le aderenze successive a traumi.

Gli esiti post-chirurgici come la fibrosi cicatriziale che limita il normale movimento.



Dolore (anche di natura infiammatoria): epicondiliti, tendinopatie, periartrite scapolo-omerale, pubalgia, lombalgia, torcicollo, ecc

Nevralgie conseguenti ad una irritazione dei nervi periferici: neuralgia occipitale, cervico-brachiale e intercostale di Arnold, sciatalgia, ulnalgia, ecc

Sindromi trofiche degli arti: algoneurodistrofia, sindrome del tunnel carpale, sindromi muscolari varie, sindromi dei compartimenti, ecc

Metodo di trattamento

Il metodo di trattamento si è evoluto dal momento che è stato creato da Kurt Ekman, soprattutto in relazione alle attuali conoscenze sul trattamento delle catene muscolari. Oggi, la FIBROLISI DIACUTANEA è un modo di lavorare in un modo non sintomatico e si basa in un tipo centripeto di approccio, trattando le superfici in rapporto al dolore (sistema di organizzazione mio-aponeurotica).

Tecnica e metodologia

La FIBROLISI DIACUTANEA è una tecnica a tre fasi: la palpazione digitale, la palpazione strumentale e la fibrolisi.

1. La fase di palpazione digitale è fatta dalla mano e permette di delimitare le zone di trattamento in modo grossolano.
2. La fase di palpazione strumentale, che si fa con il gancio, permette di identificare accuratamente le aderenze esistenti o le localizzazioni fibrose del connettivo fibroso.
3. La fase di fibrolisi (propriamente conosciuta) viene eseguita al termine della fase strumentale e palpatoria. Consiste nell'effettuazione di una trazione con il gancio, con allungamento e rottura delle fibre connettivali delle aderenze, per spianare il tessuto fibroso.

Ganci

Dopo aver provato diversi materiali (osso, legno, plastica, ottone ...), alcuni ganci in acciaio progettati da Ekman soddisfano le esigenze di questo metodo storico. I materiali utilizzati in consistono di ganci in acciaio inox. I ganci presentano due diverse curvature, che li rende adatti a molti rilievi anatomici che si trovano tra la pelle



e la struttura di “aggancio”.

I ganci terminano su una superficie a forma di spatola smussa. L'ampliamento della spatola aiuta a ridurre la forza per unità di superficie, diminuendo la pressione esercitata dal terapeuta sul tessuto. La spatola presenta una superficie convessa di fuori e all'interno di una superficie piana di taglio. La creazione di un angolo tra loro permette di penetrare tra i tessuti in modo indolore. Questa conformazione migliora l'interposizione della spatola a livello del tessuto profondo che risulterebbe altrimenti inaccessibile per le dita, e permette di intervenire anche su piccole fibre per una stimolazione selettiva.

Bibliografia

1. Colombo L, Ekman K. La Fibrosi Diacutanea nuovo mezzo diagnostico e terapeutico in fisioterapia. Europa Medico Fisica. 1968, 1,4.
2. Colombo I, Gamba E. La fibrosi diacutanea nella pratica fisioterapia. Indicazioni cliniche. In: La riabilitazione. 1 January-march 1975. 18-23.
3. Colombo I, Ekman K. La fibrosi diacutanea nuovo mezzo diagnostico e terapeutico in fisioterapia. In: Europa mediophysica. 1978, 1, 4.
4. Duby P. Apuntes de Curso de Fibrosis Diacutánea. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. 1992/2006.
5. Guissard N. et coll.: Effets prolongés d'un traitement de fibrolyse diacutanée, Arch Physiol Bioch 2000, p. 154.
6. Burnotte J, Duby P. Fibrolyse diacutanée et algies de l'appareil locomoteur. Kinésithérapie Scientifique. 271. 1988. 16-18.
7. Burnotte J, Duby P. Fibrolyse Diacutanée et algies de l'appareil locomoteur. Kinésithérapie Scientifique. 271. septembre.1988. 17.
8. Tricás JM, Lucha O., et al. Fibrosis Diacutánea: Fundamentación Teórica y práctica. Terapia Manual Venezolana 1998; Vol 1. No2. Noviembre.
9. Oulevey. La Fibrolyse Diacutanée dans le traitement des epicondylites. ISCAM. 1988-89.
10. Simons DG. Revisión de los enigmáticos puntos gatillo miofasciales como causa habitual de dolor y disfunción musculoesqueléticos. Fisioterapia. 2005; 27: 103-20.



11. Mayoral O. Los puntos gatillo miofasciales como diana del masaje. Cap 5. Guía de masoterapia para fisioterapeutas. Panamericana 2006.
12. Butler D. Movilización del sistema nervioso. Barcelona: Paidotribo. 2002.
13. Waeterloos A. Contribution a l'étude des mecanismes neurophysiologiques de la Fibrolyse Diacutanée sur le muscle soleaire chez le sujet sain. Institut Supérieur d' Education Physique et de Kinesitherapie. Université Libre de Bruxelles, Memoire 1996.
14. Ekman K. Eine neue Methode der Fibrolyse zur Unterstützung der Manuellen Therapie. In: Manuelle Medizin.10, 1972. 3-6.
15. Ekman K. Relazione alle XX riunione straordinaria dell'academia medico chirurgica del piceno. Ascoli piceno, 1974, 6: 4.
16. Lucha O., Tricás JM. et al. Tratamiento multidisciplinar Fisioterápico de un Hombro Congelado. Libro de Resúmenes del XII Congreso Nacional de Fisioterapia. Granada. 1998.
17. Galanty HL. Anterior Knee pain. Puffer JC. 20 Common Problems Sports Medicine. Mc-Graw-Hill. USA, 2002. 153-171.
18. Kelly MA, Insall JN. Historical perspectives of chondromalacia patellae. In: Scuderi GR (ED): The orthopedic clinics of north america. Philadelphia: WB Saunders Co. 1984.
19. Hughaston JC, Walsh WM, Puddu G. Patellar subluxation and dislocation. Philadelphia. WB Saunders Co. 1984.
20. McConnell J, COOK J. Anterior Knee Pain. Brukner P, Khan K. Clinical Sports medicine. Mc-Graw-Hill, Australia, 2002. 464-507.
- 21 Natri A, Kannus P, Jarvinen M. Which factors predict the long-term outcome in chronic patellofemoral pain syndrome? A 7-yr prospective follow-up study. Med. Sci. Sports Exerc 1998; 30: 1572.
22. Percy ED, Strother RT. Patellalgia. Physician Spotsmed 1985; 13: 43.
23. Bertrand A. La fybrolysis Diacutanée par Crochetage. Institut Libre d'Enseignement Superieur Económico et Paramédical de Bruxelles. Memoire 1990-91.
24. Pastor I. Aproximación a la técnica de Fibrolisis Diacutánea. Libro de Comunicaciones XI Congreso Nacional de Fisioterapia; Toledo 1997.



25. Destrée L. Ténofibrolyse par crochetage. *Ostéopathie – Thérapies Manuelles*. Éditions ATMAN. 47, 1992,50-52.
26. Van den Dolder PA, Roberts DL. Six sessions of manual therapy increase knee flexion and improve activity in people with anterior knee pain: a randomised controlled trial. *Aust J Physiother*. 2006;52(4):261-4.
27. Van Tiggelen D, Witvrouw E, Roget P, Cambier D, Danneels L, Verdonk R. Effect of bracing on the prevention of anterior knee pain—a prospective randomized study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2004 Sep;12(5):434-9. Epub 2004 Apr 3.
28. Heintjes E, Berger MY, Bierma-Zeinstra SM, Bernsen RM, Verhaar JA, Koes BW. Pharmacotherapy for patellofemoral pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(3):CD003470.
29. Witvrouw E, Lysens R, Bellemans J, Peers K, Vanderstraeten G. Open versus closed kinetic chain exercises for patellofemoral pain. A prospective, randomized study. *Am J Sports Med*. 2000 Sep-Oct;28(5):687-94.
30. Malek MM, Mangine RE. Patellofemoral pain syndromes: a comprehensive and conservative approach. *J Orthop Sports Phys Ther* 2: 108, 1981.

SYLLABUS

Il metodo di trattamento della fibrolisi diacutanea si è evoluto dal momento che è stato creato da Kurt Ekman, soprattutto in relazione alle attuali conoscenze sul trattamento delle catene muscolari. E' un modo di lavorare in un modo non sintomatico e si basa in un tipo centripeto di approccio, trattando le superfici in rapporto al dolore (sistema di organizzazione mio-aponeurotica).

E' una tecnica a tre fasi: la palpazione digitale, la palpazione strumentale e la fibrolisi.

La fase di palpazione digitale è fatta dalla mano e permette di delimitare le zone di trattamento in modo grossolano.

La fase di palpazione strumentale, che si fa con il gancio, permette di identificare accuratamente le adereze esistenti o le localizzazioni fibrose del connettivo fibroso.

La fase di fibrolisi (propriamente conosciuta) viene eseguita al termine della fase strumentale e palpatoria. Consiste nell'effettuazione di una trazione con il gancio, con allungamento e rottura delle fibre connettivali delle aderenze, per spianare il tessuto fibroso.



Dopo aver provato diversi materiali (osso, legno, plastica, ottone ...), alcuni ganci in acciaio progettati da Ekman soddisfano le esigenze di questo metodo storico. I materiali utilizzati in consistono di ganci in acciaio inox. I ganci presentano due diverse curvature, che li rende adatti a molti rilievi anatomici che si trovano tra la pelle e la struttura di “aggancio”.

I ganci terminano su una superficie a forma di spatola smussa. L’ampliamento della spatola aiuta a ridurre la forza per unità di superficie, diminuendo la pressione esercitata dal terapeuta sul tessuto. La spatola presenta una superficie convessa di fuori e all’interno di una superficie piana di taglio. La creazione di un angolo tra loro permette di penetrare tra i tessuti in modo indolore. Questa conformazione migliora l’interposizione della spatola a livello del tessuto profondo che risulterebbe altrimenti inaccessibile per le dita, e permette di intervenire anche su piccole fibre per una stimolazione selettiva.