MASAJ şi TEHNICI COMPLEMENTARE

Suport de lucrări practice

Master : Kinetoterapie şi recuperare funcțională

Carmen Şerbescu

Universitatea din Oradea

2008-2009

Cuprins

II. MASAJUL ȚESUTULUI CONJUNCTIV 3

1. TEHNICA 3

1.1. POZITIA PACIENTULUI 3
1.2. POZITIA MASEURULUI 3
1.3. TEHNICA DIGITALA 4

2. REACȚIILE IMEDIATE 4

3. CARTOGRAFIE 5

4. ACȚIUNEA LA DISTANȚĂ 8

5. ACȚIUNEA DIRECTĂ 9

BIBLIOGRAFIE 10

III. MASAJUL REFLEX AL PICIORULUI 11

IV. FRICȚIUNEA TRANSVERSĂ PROFUNDĂ 23

1. TEHNICA DE APLICARE 23

2. CONTRAINDICAȚII 25

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA 25

IV. MASAJUL DE DRENAJ LIMFATIC 26

1.2. TEHNICILE MASAJULUI DE DRENAJ LIMFATIC 26
2.3. PRINCIPII GENERALE DE EXECUTARE A MANEVRELOR 27
2.4. PROTOCOLUL TRATAMENTULUI PRIN DLM 27
2.5. SCHEMA UNEI SEDINTE DE DLM TIP 28
2.6. CONTRAINDICATII 41
BIBLIOGRAFIE 41

II. MASAJUL ȚESUTULUI CONJUNCTIV

1. Tehnica

1.1. Poziția pacientului

- Este variabilă şi se lasă la aprecierea terapeutului. După Dicke pacientul trebuie să poarte costum de baie, să fie aşezat pe un scaun fără spătar, cu fața la o masă pe care se sprijină cu coatele. Trunchiul este înclinat înainte cu o uşoară anteversie de bazin, coloana este dreaptă, cu fesele uşor ridicate de pe scaun. Dacă pacientul oboseşte se va lăsa cu mai multă greutate pa masă şi va delordoza coloana lombară. Postura lombară lordozată inițială, oferă avantajul destinderii țesutului conjunctiv posterior şi facilitează întinderiea țesuturilor. Întreg spatele, inclusiv zona sacrală, până la tuberozitățile ischiatice trebuie să fie lăsate libere.(Slipul trebuie coborât sub fesele pacientului pentru a putea realiza manevrele necesare la acest nivel.)

1.2. Poziția maseurului

Acesta este aşezat pe un taburet cu înălțimea mai joasă decât cel al pacientului şi plasat înapoia acestuia. Dacă se lucrează pe zonele laterale, maseurul se va plasa în dreapta sau în stânga pacientului. (Fig. nr. 1)

Figura nr. 1

1.3. Tehnica digitală

- Carcteristica: după Dicke este vorba de executarea unor presiuni liniare repetate fiecare de trei ori. Dacă se fac mai puține repetări, efectul nu apare, iar dacă se fac mai multe, poate apărea disconfortul.
- Părțile degetului utilizate: presiunea se face cu partea subunghială a degetelor, nici cu unghia (provoacă durere şi poate leza pielea), nici cu pulpa (manevra nu are suficientă intensitate). Sprijinul mâinii este radial sau cubital în funcție de sensul mişcării.
- După Teirich-Leube, manevra este diferită, mai mult pulpară şi cu apăsare, abordând planurile profund şi superficial, « masând şi rulând ». (Fig. nr.2)

Figura nr. 2

- Alegerea degetelor – poate varia. Degetul de elecție este mediusul, din două motive: este mai lung, deci cu o suprafață mai mare de contact. El este întotdeauna secondat de index, când deplasarea este spre partea cubitală, sau inelar, când deplasarea este înspre partea radială.
- Plasarea degetelor: degetul trebuie să abordeze pielea perpendicular şi cu sprijin moderat. Pentru a evita suprasolicitarea articulațiilor interfalangiene proximale şi distale, menținerea lor în poziție perfect extinsă este dificilă, mai ales la terapeuții cu hiperlaxitate articulară la acest nivel. Este preferabil să se țină degetele în uşoară flexie, bine stabilizată şi susținută de degetul vecin, 2 sau 4, în funcție de direcția de deplasare.
- Mişcarea degetelor – Se face o întindere a țesutului conjunctiv numită presiune liniară. Mişcarea este lentă. La sfârşitul acesteia degetele se desprind de planul cutanat.

2. Reacțiile imediate

Deşi pot exista reacții variate, două sunt cele mai frecvente: (1) senzația de tăiere (obligatorie pentru Teirich –Leube, pe care pacientul o semnalează având senzația că terapeutul utilizezează unghia. De obicei presiunea lasă în urmă o înroşire liniară a pielii,

câteodată urmată de o uşoară inflamare alburie a pielii. Acest fenomen la nivelul pielii traduce (2) o hiperemie cu secreţie histaminică. Reacţiile sunt atenuate sau inexistente pe părţile sănătoase ale ţesutului conjunctiv şi mult mai marcate pe părţile care reflectă o anomalie. Se poate produce o transpiraţie intempestivă la nivelul axilelor.
In cursul şedinţei, oboseala poate fi exprimată de pacient verbal, sau se poate traduce printr-o relaxare a poziţiei coloanei vertebrale. Durata şedinţei se va adapta toleranţei pacientului.

Pot exista mai multe metodologii, în funcţie de autori. Dicke propune o atitudine de mijloc, de a începe printr-o construcţie de bază, după care se abordează zonele complementare.

Schematic pot exista patru cazuri :

1. Efectul urmărit este general şi important: şedinţa începe cu construcţia de bază, apoi se extinde la trunchi si membre.

2. Efectul urmărit este general şi de importanţă moderată: şedinţa se poate rezuma la construcţia de bază.

3. Efectul urmărit este local şi important: masajul începe cu construcţia de bază şi continuă apoi cu cea a zonei incriminate.

4. Efectul urmărit este local şi de importanţă moderată: masajul este orientat local.

Planul de tratament ţine seama mai mult de reacţiile pacientului decât de o tehnică prestabilită. Tot ceea ce este descris ca tehnică sau zonă poate fi adaptat şi nuanţat în funcţie de observaţii şi de evoluţia cazului. Numărul de şedinţe este variabil, în funcţie de diagnostic şi de faza în care se află pacientul.

3. Cartografie

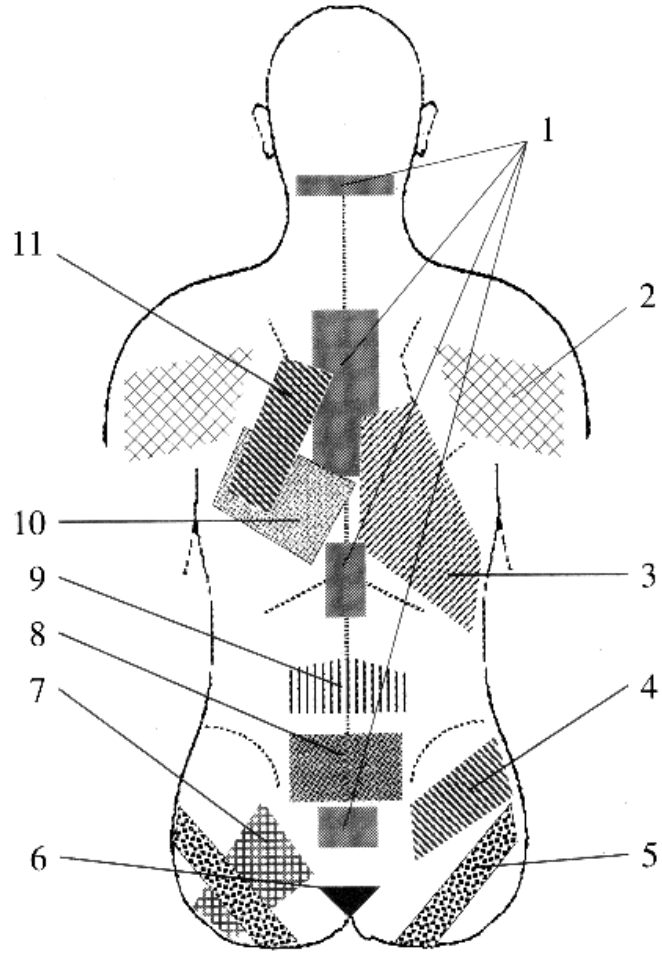
Existenţa unor zone privilegiate

Întotdeauna există o marjă între tehnica de execuţie, aşa cum este ea descrisă de autor, şi improvizaţie. Terapeutul ar trebui să facă o cercetare care constă în coroborarea simptomelor şi a evoluţiei lor cu efectele cunoscute ale unei tehnici.
Aici intervine rolul adaptării, căci determinările empirice nu pot fi decât indicative. Există, am putea spune, marile căi clasice, iar concret, cercetarea cu răbdare a cazului, care permite stabilirea abordării corecte a unui pacient.

Zonele de masaj

Anumite zone au un potențial reflexogen mai accentuat. În funcție de tehnici, masajul se poate face la picior, la mână, ureche, ochi, trunchi. Trunchiul este cel mai frecvent utilizat (Fig. nr. 3).

Legendă



1. Cap
2. Membrul superior
3. Ficatul şi vezica biliară
4. Zona menstruală
5. Sistemul arterial al membrului inferior
6. Vezica urinară
7. Tulburări venoase şi limfatice ale membrului inferior
8. Dismenoree
9. Intestine
10. Inimă
11. Stomac

Figura nr. 3 - Zonele de masaj

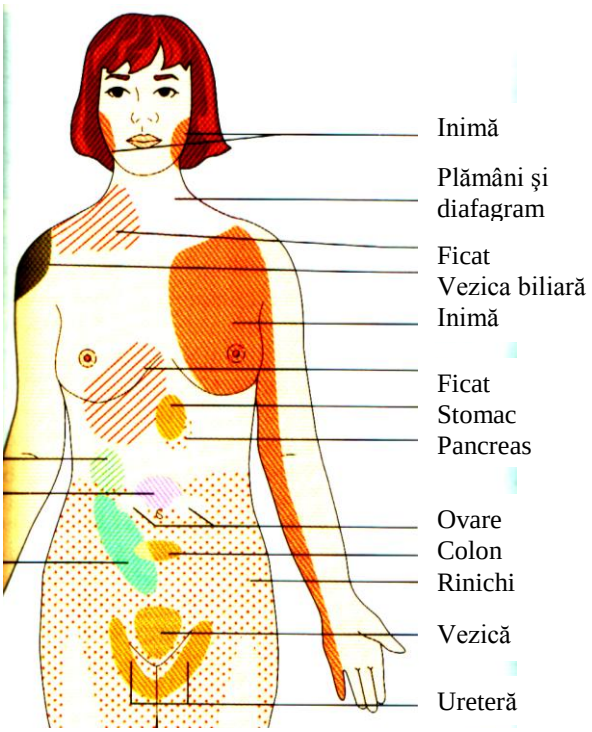


Figura nr. 4 Zonele sensibilității dureroase ale diverselor organe interne

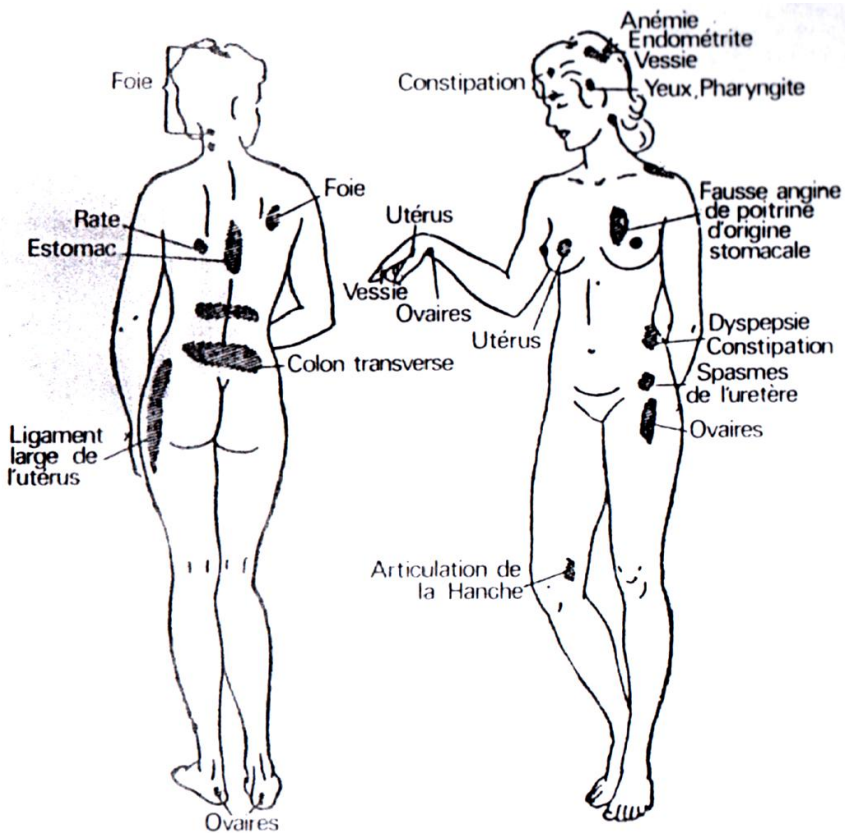


Figura nr. 5 Zonele reflexe de tratament

4. Acțiunea la distanță

Există două nivele: pe de o parte, abordarea zonei lombo-sacro-fesiere, numită construcție de bază, pe de altă parte zonele cunoscute şi marcate pe hărți.

Construcția de bază variază în funcție de autori, ea neexistând după Teirich-Leube, a cărui abordare este în funcție de consistența şi starea țesutului conjunctiv observat.

Manevrele din cadrul construcției de bază pot fi schematizate după cum urmează :

1. SIPS ➔ SIAS deasupra crestei iliace (SIPS-spina iliacă postero superioară)
2. SIPS ➔ SIAS dedesubtul crestei iliace (SIAS-spina iliacă antero superioară)
3. SIPI ➔ marele trohanter, încrucişând pe fesă (SIPI-spina iliacă postero inferioară)
4. SIPI ➔ marele trohanter,trecând exact pe sub plica fesieră
5. SIPI ➔ a cincea vertebră lombară şi coccisul
6. Trei sau patru presiuni convergente în unghiul ilio-lombar, spre S1
7. Un traseu secant celui precedent, mergând de la L3 spre creasta iliacă
8. Câteva presiuni liniare pe sacru, oblice în jos şi înafară, apoi în jos şi înapoi
9. Presiuni între spațiile interspinoase lombare (în jos şi înafară)
10. O presiune cu pulpa degetelor, de la baza anterioară a toracelui pe şarniera T12-L1 (Fig. nr. 4)

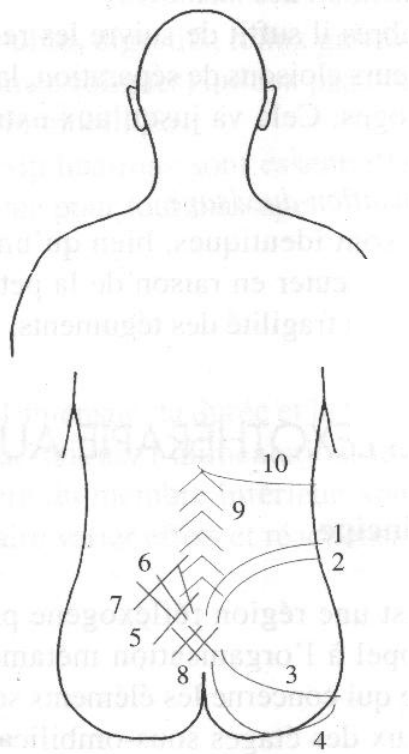


Figura nr. 4
Schema de tratament a trunchiului

5. Acțiunea directă

Se referă la corp în ansamblul său.

Există trei tipuri de manevre: presiunile lungi, cele scurte, aşa-zise de acroşaj şi, mişcările globale cum ar fi fricțiunea sau palpare-rulare.

La modul general, presiunile lungi urmează limitele morfologice ale corpului, traiectul sau inserțiile musculare, septum-ul şi aponevrozele. Se adresează profilurilor musculare şi proeminențelor osoase.

Presiunile scurte sunt transversale, mai mult sau mai puțin apropiate. Manevrele globale sunt lăsate la aprecierea terapeutului, ca şi completarea celor precedente.

Aceste manevre urmează după construcția de bază. Există astfel:

1. Presiuni transversale între toate procesele spinoase situate deasupra vertebrei T12
2. Presiuni în jurul omoplaților (pe margini şi apoi supra- şi subiacent spinei)
3. Presiuni intercostale în fiecare spațiu
4. Presiuni interscapulare plecând de la un acromion la altul. Într-o parte se trece pe dedesubtul lui C7, iar în cealalta pe deasupra acestei vertebre.
5. Presiuni axiale în dreapta şi în stânga coloanei, pe lungime
6. Presiuni suboccipitale de-a lungul liniei nucale superioare.
7. Lucru specific pe o zonă afectată.

Pentru partea anterioară a trunchiului, menționăm :

1. Presiuni la nivelul claviculelor
2. Presiuni la nivelul muşchilor pectorali sau pe conturul sânului la femei.
3. Presiuni de o parte şi de alta a liniei mediane a sternului
4. Presiuni intercostale
5. Presiuni abdominale urmând morfologia muşchilor şi inserțiile lor.

Schema de tratament a membrelor

La membre este suficient sa urmăm reliefările musculare, septurile lor de separare, delimitările lojelor. Acest lucru este valabil şi la extremități, inclusiv lojele dorsale,palmare sau plantare şi falangele.

Schema de tratament a feței

Presiunile sunt identice, dar de o intensitate mai mica, datorita dimensiunilor musculare reduse şi fragilității tegumentelor. Ele urmăresc morfologia osoasă şi reliefurile musculare.

BIBLIOGRAFIE

1. *Dicke,E* - Methode de massage du tissu conjonctif.Editions Maloine, Paris, 1966

2. *Dufour, Michel* et collab.- Massage et massotherapie, Editions Maloine, Paris 1999

3. *Gallou,J-J, Grinspan,F*- Massage reflexe et autres methodes de therapie manuelle reflexe,Encycl.Med.Chir.,Paris,Elsevier.

4. *Hendrick, A*- Les massages reflexes, etude comparative, Paris,Masson, 1981.

5. *Holey, A, Liz,*- Inter-Rater Reliability of Connective Tissue Zones Recognition, Physiotherapy, July1995, vol. 81, no 7

6. *Kohlrausch, W*- Massage des zones reflexes dans la musculature et dans le tissu conjonctif.Ed.Paris, Masson, 1961

7.*Mârza, Doina*, Metode speciale de masaj, Ed Plumb, Bacău, 1998

III. Masajul reflex al piciorului

Planşa reflexelor piciorului arată amplasamentul exact al punctelor şi zonelor reflexe ale diferitelor părți ale corpului pe talpă şi pe marginea externă a piciorului. Reflexele sunt foarte asemănătoare pe cele două tălpi, unele nu apar decât pe un picior, cele ale organelor nepereche. Reflexele piciorului constituie o hartă remarcabil de precisă a corpului, reflectând amplasamentul diferitelor sale părți (fig.1,2,3,4).

Pentru o mai bună orientare în aflarea acestor zone, talpa a fost împărțită de trei linii imaginare:

- ✓ linia diafragmului - traversează piciorul exact sub pingea, la nivelul capului metatarsienelor;
- ✓ linia taliei - se află trasând o linie imaginară transversală a piciorului, plecând de la protuberanța externă a celui de-al cincelea matatars;
- ✓ linia călcâiului - deasupra călcâiului, acolo unde pielea moale devine dură şi închisă.

Capul şi gâtul, toate degetele, incluzând oasele şi articulaţiile degetelor

Coloana vertebrală

Zona toracelui

Linia taliei

Zona bazinului

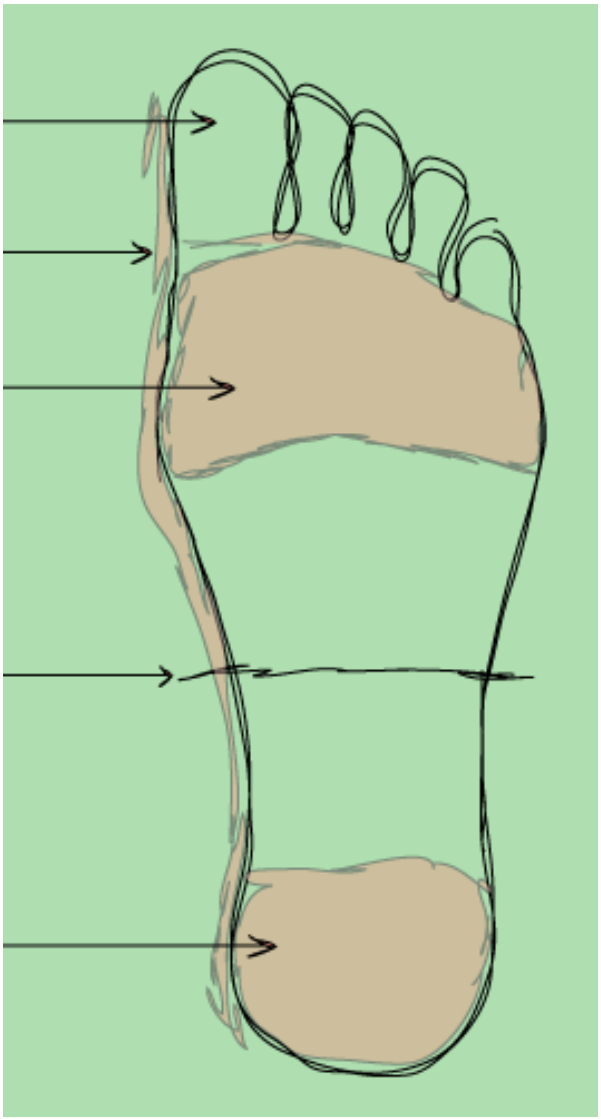


Figura nr. 1 Principalele zone reflexe ale piciorului

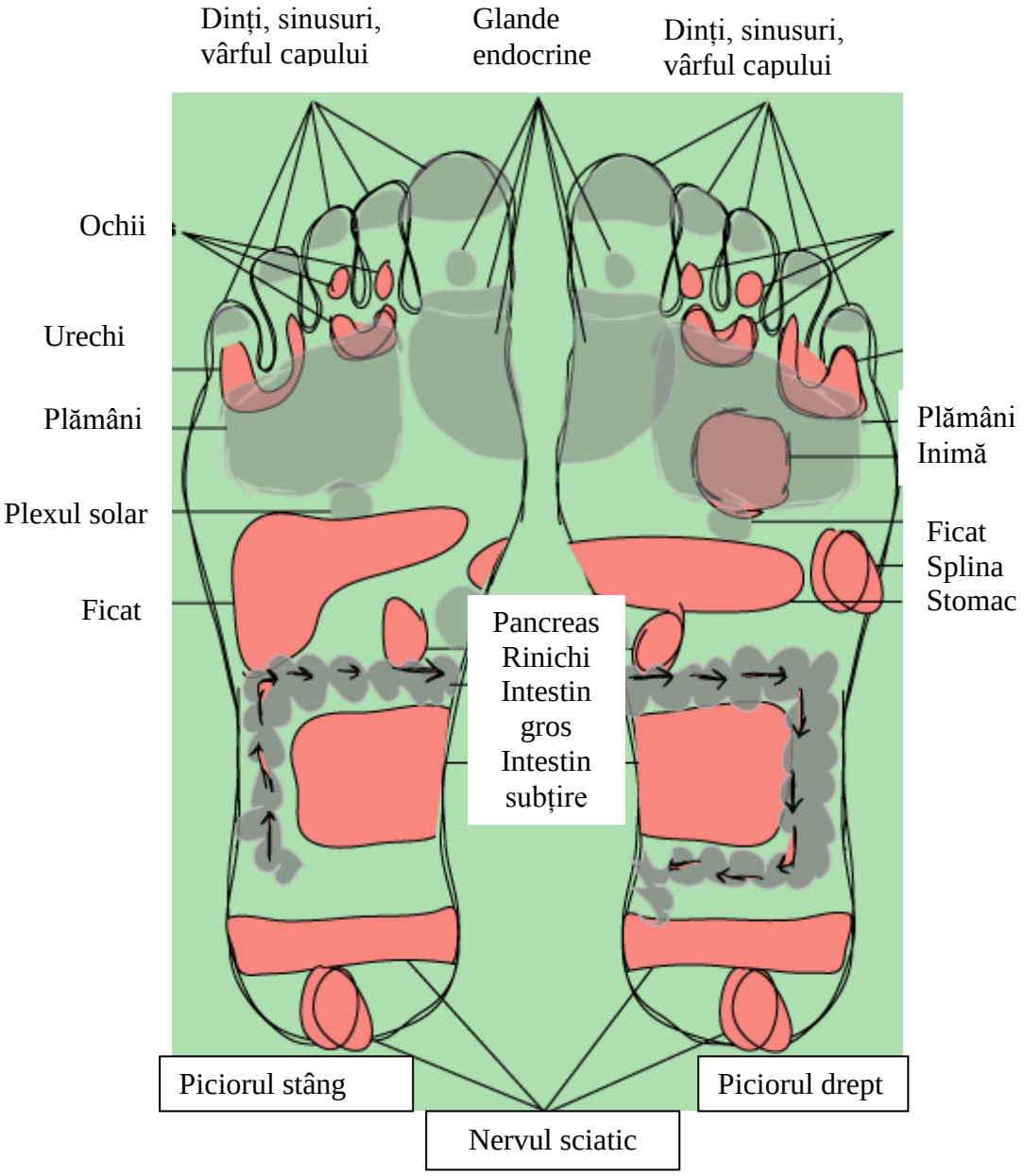


Figura nr. 2 Harta reflexelor piciorului

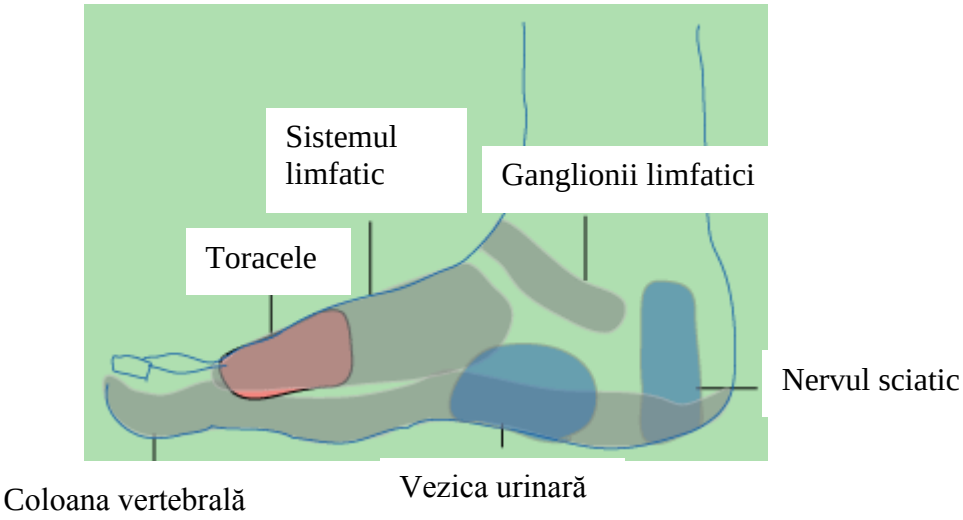


Figura nr. 3 Zonele reflexe ale piciorului -vedere mediană

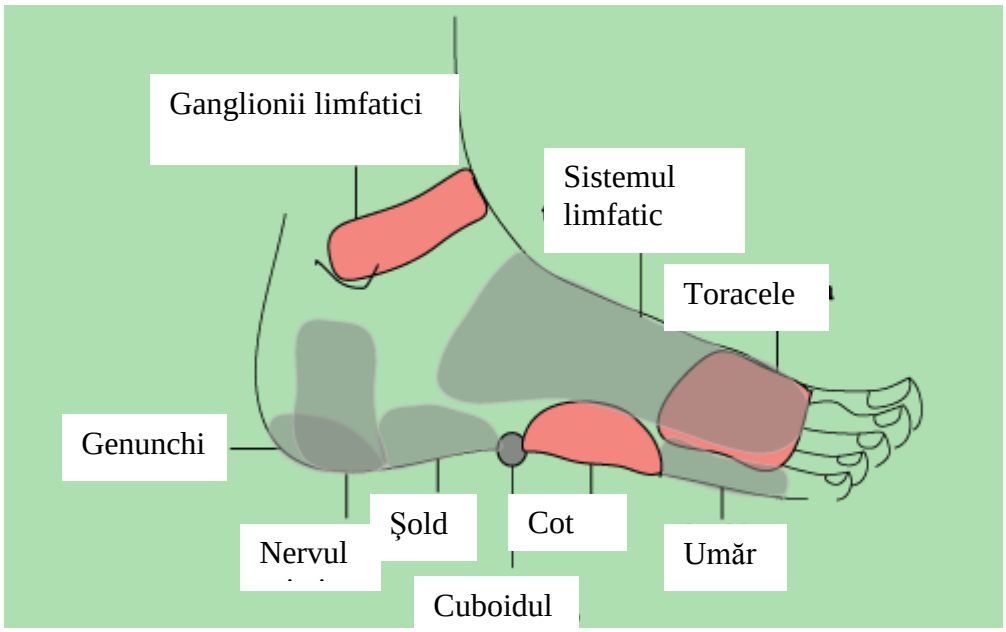


Figura nr. 4 Zonele reflexe ale piciorului - vedere laterală

Locul acestui tip de tratament

Masajul reflex la talpă poate fi combinat cu orice alt tip de act kineto-maso-terapeutic. Câmpul său de aplicație este vast, pentru că el permite influențarea, în afara aaparatului locomotor, a aparatului digestiv şi respirator, precum şi sfera ORL, etc. El se adresează la fel de eficient copiilor (tulburări digestive, reflux gastro-esofagian, spasme colice), ca şi persoanelor în vârstă, imobilizate. Marele avantaj al masajului reflexogen este că el poate fi executat oricând, oriunde şi de către oricine cunoaşte regulile de bază ale efectuării lui. Se

poate realiza şi automasajul, dar este mai puțin eficient şi trebuie alternat cu masajul efectuat de o altă persoană.

Contraindicațiile sunt mai mult locale, ca şi pentru orice alt tip de masaj. Ele sunt:

- ✓ stările febrile, bolile infecto-contagioase grave;
- ✓ afecțiunile care necesită intervenții chirurgicale;
- ✓ tulburările de sarcină (în sarcina normală se evită masarea zonei bazinului);
- ✓ depresiile grave;
- ✓ diversele afectiuni ale piciorului (varice, micoze) [4].

Reguli de aplicare

Masajul reflexogen profilactic se realizează în trei cure pe an, a câte zece şedințe, o şedință pe săptămână [3]. Alți autori recomandă ca un tratament de fond să se întindă pe 12 până la 15 şedințe, cu o frecvență săptămânală de 2 până la 3. În caz de cronicitate, se reia pacientul după 3 – 4 luni de pauză.

- Durata unei şedințe este de aproximativ 20 - 40 de minute. Dacă durata şedinței este mai mare, se obțin efecte nedorite de excitație prea mare, dacă durata este în schimb prea mică, nu se mai obțin efectele dorite, de reechilibrare şi recirculare a energiei.
- Anumite tratamente simptomatice pot fi reglate după una sau două şedințe.
- Pacientul şi terapeutul trebuie să fie instalați confortabil; pacientul într-un fotoliu înclinat sau un simplu fotoliu, pentru a putea fi supravegheat de către maseur. iar terapeutul să şadă la picioarele lui pe un taburet. Se foloşeste pudra de talc. Dacă ambii sunt de acord, se poate asculta muzică liniştitoare, astfel relaxarea se produce mai rapid. Terapeutul trebuie să fie destins, relaxat fizic şi psihic, deoarece starea de încordare de orice natură se transmite pacientului. Terapeutul trebuie să fie detaşat afectiv față de subiect şi nu trebuie să se gândească la efectele, la roadele muncii lui. El trebuie să obțină colaborarea pacientului şi să-i răspundă la orice întrebare ce se referă la masaj. Încrederea pacientului se obține de altfel de la primul contact al mâinii terapeutului cu piciorul pacientului.
- Se lucrează ambele picioare pe rând, înâi dreptul şi apoi stângul, pentru fiecare zonă sau punct reflex în parte.
- Se începe întotdeauna cu piciorul drept.

- Fiecare „reflex” va fi prelucrat cu ambele mâini, pe rând.
- Şedința de masaj începe şi se încheie totdeauna cu efleurajul piciorului, pentru a obişnui primitorul cu contactul mâinii terapeutului.
- Se vor utiliza apoi cele trei tehnici de relaxare, după care se începe acționarea asupra zonelor reflexe.
- Abordarea zonelor reflexe se face coborând în lungul piciorului, de la degete spre călcâi, de la "reflexele" capului, la cele ale zonei inferioare a abdomenului, urcând apoi din nou pe marginea internă a piciorului pentru a acționa asupra "reflexelor" coloanei vertebrale. În timpul tratamentului se acordă o atenție deosebită zonelor dureroase, sensibile, iar după ce au fost tratate ambele picioare, se revine asupra acestor zone. Zona dureroasă este apăsată cu forță constantă, pâna ce durerea dispare şi pacientul va simți doar apăsarea degetului [3, 5]. Se reiau apoi manevrele de relaxare. De multe ori, o zonă dureroasă poate să dispară doar după mai multe şedințe.

Zonele prelucrate fie cu tehnica policelui pe fața plantară, fie cu tehnica indexului pe fața dorsală şi pe părțile laterale ale piciorului sunt în ordine:

1. zona "reflexelor" capului şi sinusurilor;
2. "reflexul" hipofizei;
3. "reflexul" ochiului şi urechii;
4. "reflexul" plămânului;
5. "reflexul" inimii şi circulației sanguine;
6. zona reflexă a lanțului ganglionar superior;
7. zona superioară abdominală, cuprinzând "reflexul" ficatului şi pe cel al stomacului;
8. zona inferioară abdominală, cuprinzând "reflexul" intestinului gros (apendicele şi valvula ileo-cecală, colonul ascendent, transvers, descendent şi sigmoid şi rectal) şi pe cel al intestinului subțire;
9. "reflexul"rinichilor, a căilor urinare şi a vezicii urinare;
10. "reflexele" sistemului endocrin (glanda pituitară, tiroida, suprarenalele, glandele sexuale şi din nou pituitara);
11. zona reflexă a lanțului ganglionar inferior;
12. "reflexele" rahidiene;
13. "reflexele" şoldului genunchiului şi gambei.

Program scurt de relaxare

Nu este necesar întotdeauna să se realizeze întregul program. Dacă timpul ne presează, principalul câstig al acestui masaj -relaxarea- , îl putem obține și printr-un program scurt de relaxare care va cuprinde:

1. masarea zonei coloanei vertebrale timp de cinci minute, blând;
2. masarea zonei diafregmului si a plexului solar, cel putin cinci minute;
3. masarea zonei lantului ganglionar superior si inferior;
4. efleurajul de încheiere pentru armonizarea fluxului de energie.

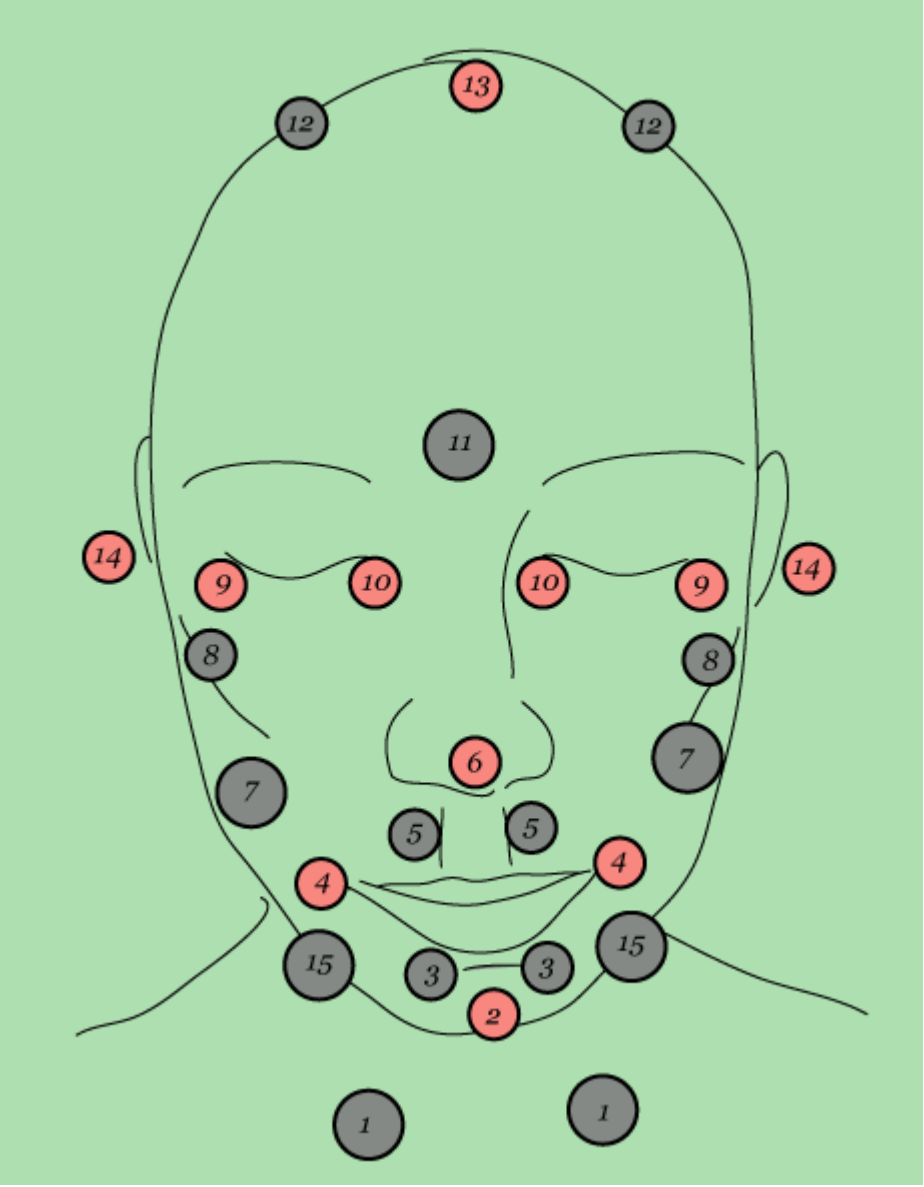


Figura nr. 5 Zonele reflexe faciale

1. Tiroida,
2. Intestine,
3. Pancreas
4. Plămâni
5. Splina
6. Stomacul
7. Ficatul şi limfa
8. Sistemul digestiv
9. Pielea feței şi colonul
10. Rinichi
11. Glanda pituitară şi aparatul genital
12. Fruntea
13. Sistemul nervos
14. Urechea
15. Glandele sexuale

Reflexologia pentru ameliorarea somnului

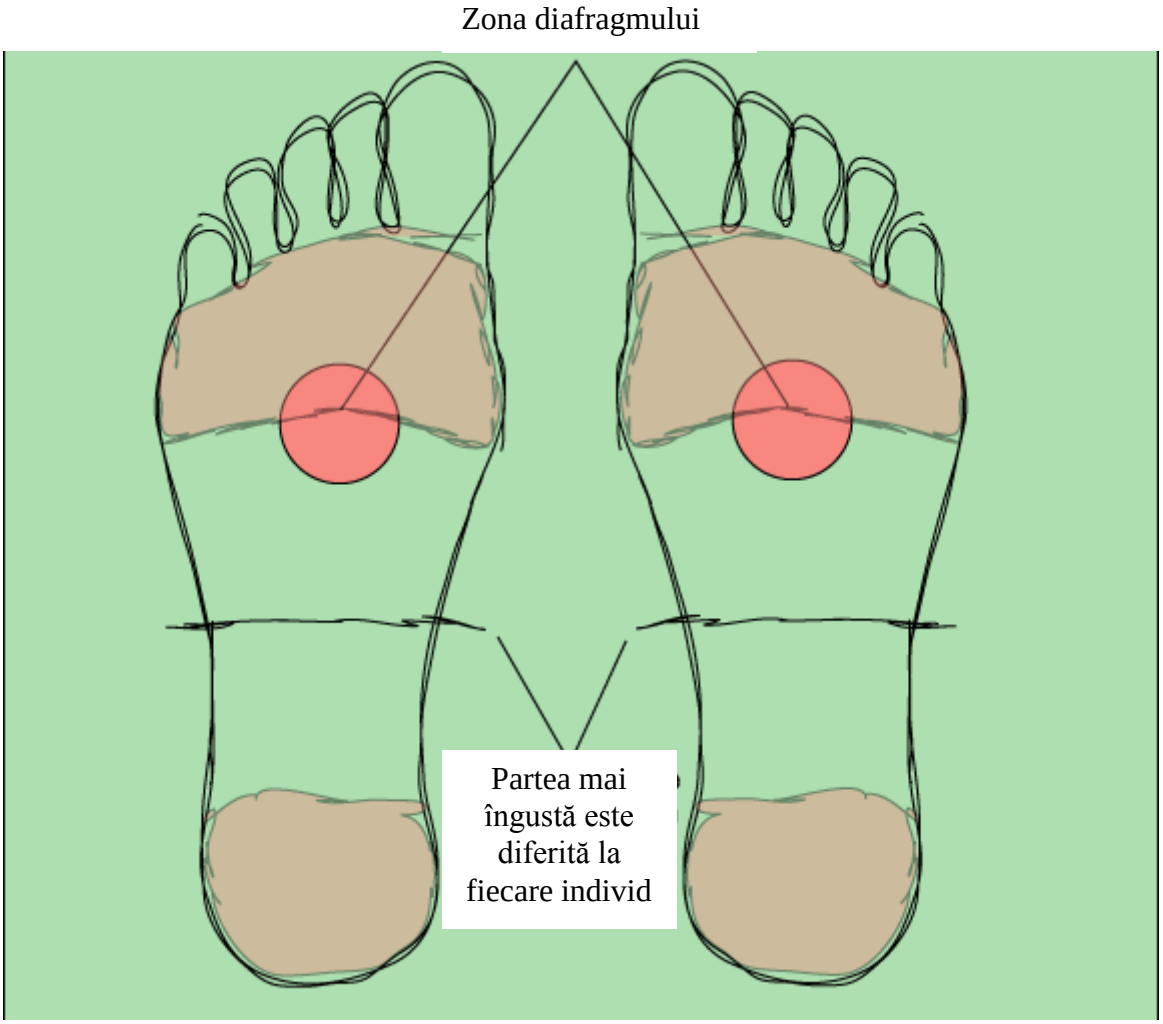


Figura nr. 6 Zona plexului solar, diafragm, masată pentru ameliorarea somnului

Reflexologia pentru durerile de spate

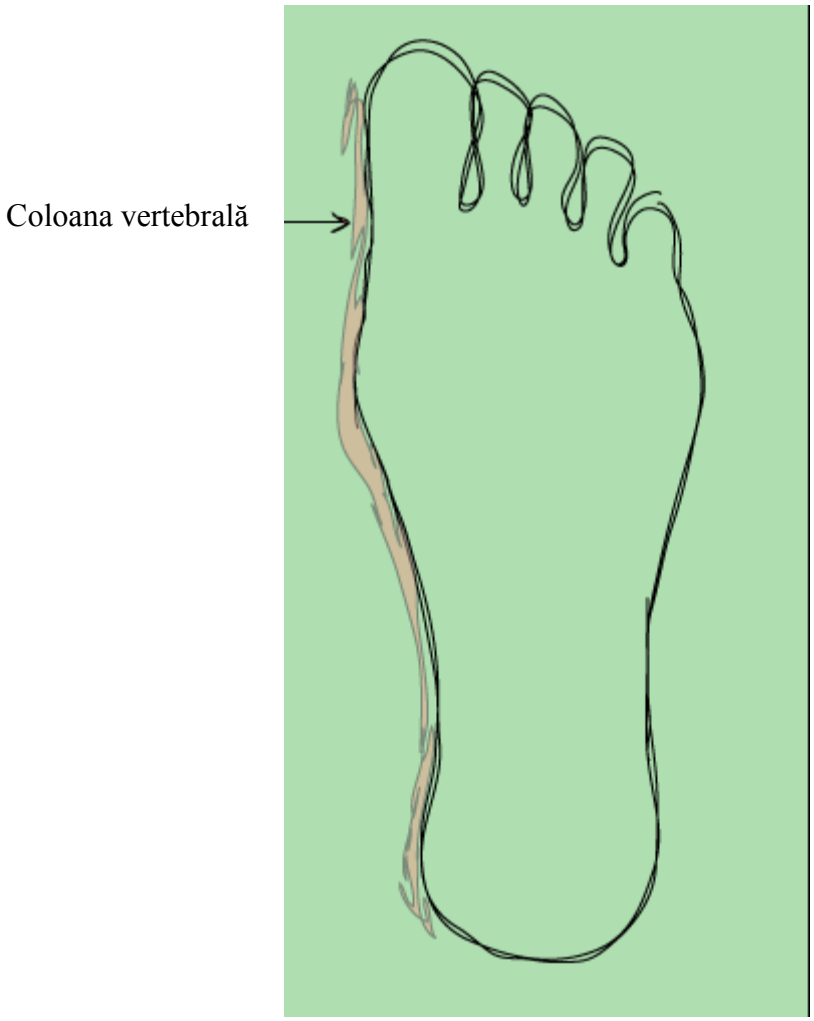


Figura nr. 7 Reflexul coloanei vertebrale

Dureri de stomac şi de cap

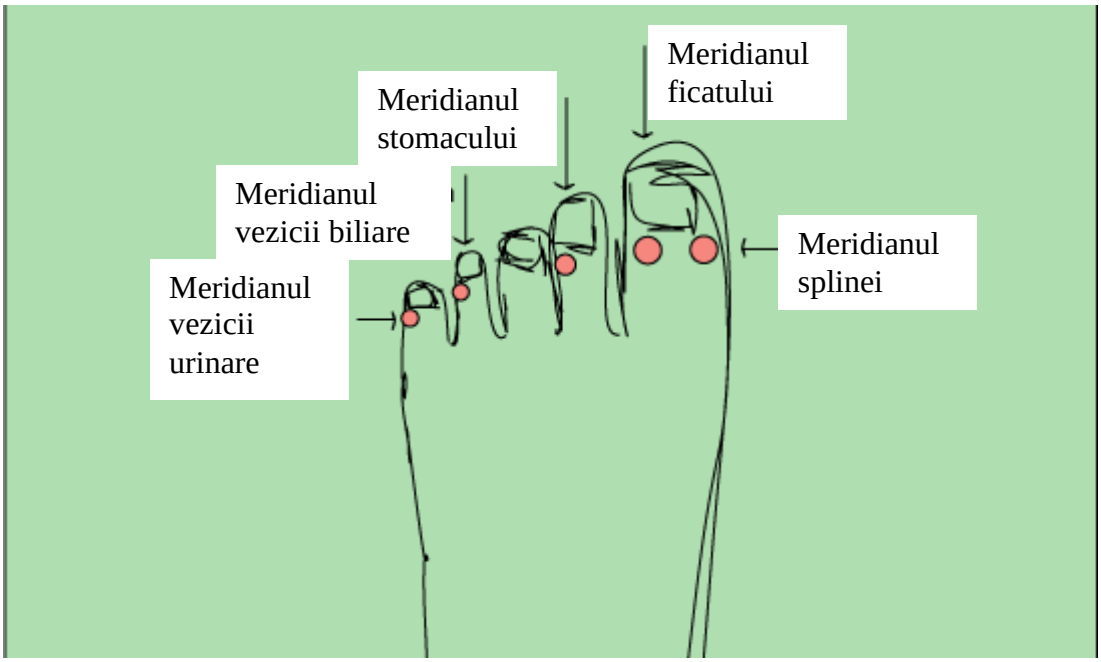


Figura nr. 8 Punctele meriadianelor aflate pe degetele de la picioare, pentru dureri de cap şi de stomac

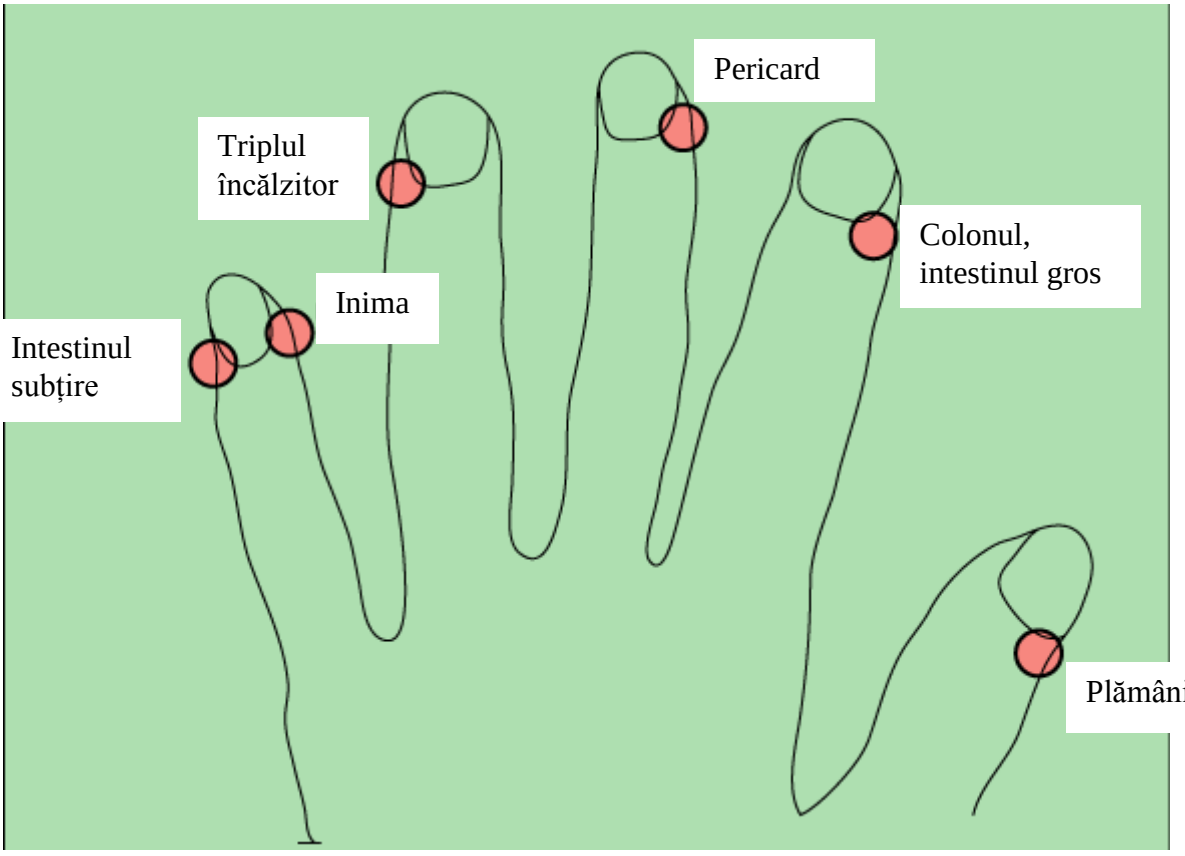


Figura nr. 9 Punctele meriadianelor aflate pe degetele de la mână, pentru dureri de cap şi de stomac

Tratarea durerilor de umăr prin reflexologie

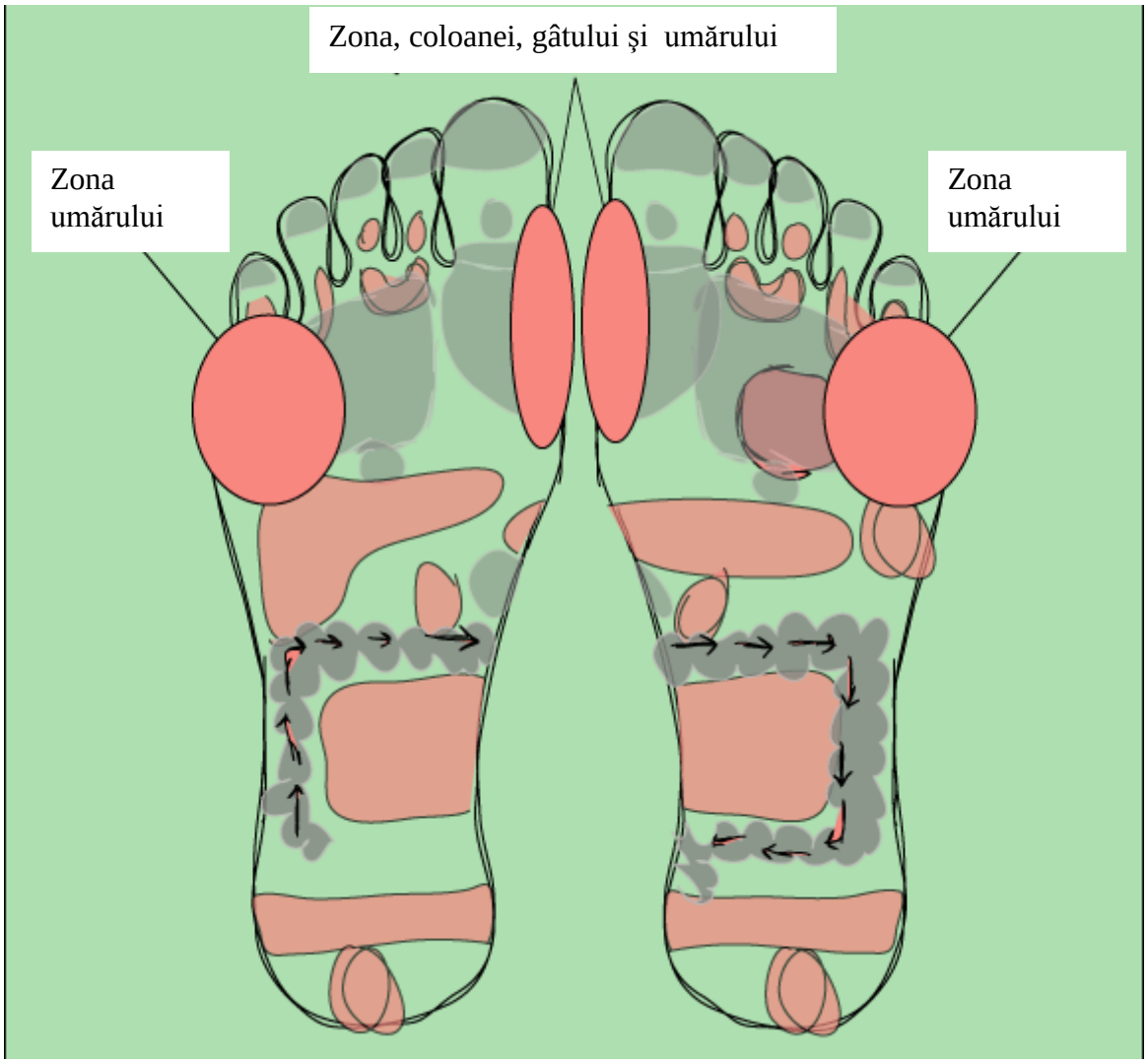


Figura nr. 10 Reflexologia pentru durerile de umăr

Bibliografie:

1. Constantin, D. and C. Ionescu Tirgoviste, *Acupunctura- de la traditie la stiintele moderne*. 1988, Bucuresti: Ed. Stiintifica si Enciclopedica.
2. Lidell, L., S. Thomas-Cook, and A. Porter, *The book of Massage - The complete Step-by-step to Eastern and Techniques*. 1984, London: Gaya Books Limited.
3. Palagyi, J., *Gyogyito zonak- talp es tenyermasszazs*. 1991, Budapest: Ed. Planetas konyvek.
4. Wagner, F., *Reflexzona-masszazs mindenkinek*. 1990, Budapest: Medicina,.
5. Gillanders, A., *Reflexology A Step-by-step Guide*. 2000, Bucuresti: Ed. Gaia Limited, London, pentru versiunea în limba româna Alinare si vindecare prin reflexoterapie, Ed. Niculescu SRL,.
6. Chiricuță, I., Postolică, V. *Incursiune în reflexoterapie: sănătate prin masaje şi remedii naturiste*, Iaşi, Polirom,1999
7. Bucur, Gabriela-Floreta *Terapii reflexogene,* Bucureşti, Arhetip R.S., 1997
8. Wills, Pauline *The Reflexology and colour therapy workbook-Reflexologie şi terapie prin culoare*, Ed. Teora, Bucureşti, 1998
9. Piazza, D.- Maglio, A. *Introduzione al massagio zonale del piede e della mano,* Ed. Demetra, Verona, 1992

IV. Fricțiunea transversă profundă

1. Tehnica de aplicare

Segmentul trebuie să fie uşor de abordat şi bine sprijinit, astfel încât să se reducă cât mai mult posibil tonusul muscular postural. Structura de tratat va fi pusă într-o poziție de tensiune neutră, astfel încât să fie cu uşurință accesibilă vârfurilor degetelor terapeutului. Dacă există suspiciunea de aderențe între tendon şi teaca sa, atunci tendonul va fi menținut întins, pentru a-l stabiliza în timp ce teaca este mobilizată în timpul masajului. Terapeutul trebuie să şadă dacă este posibil. Cotul pacientului trebuie să fie susținut pentru a reduce tensiunea musculară a părții proximale. Se va folosi falanga distală a degetului index, medius, sau police, care se plasează direct pe locul afectat. Degetele care nu sunt utilizate, trebuie folosite pentru a asigura o stabilizarea mâinii şi brațului terapeutului. Nu se folosesc lubrifianți, pielea pacientului trebuie să se mişte odată cu degetul terapeutului. Începând cu o presiune uşoară, terapeutul va face o mişcare de „du-te vino" pe o direcție perpendiculară cu orientarea normală a fibrelor segmentului vizat. Amplitudinea mişcărilor este astfel dozată, încât să producă o minimă tensiune asupra pielii la finalul fiecărei curse de mişcare. Tot în acest scop se utilizează policele şi indexul celeilalte mâini pentru a aduna pielea înspre aria masată. Frecvența mişcărilor trebuie să fie între două-trei cicluri pe secundă iar mişcarea trebuie să fie ritmică.

La începutul masajului, pacientul poate să simtă o sensibilitate/jenă uşoară spre moderată, dar asta nu trebuie să-l descurajeze. După 1-2 minute de tratament cu presiune uşoară, această sensibilitate ar trebui să diminueze considerabil. Dacă nu a diminuat, ba chiar a crescut, atunci aplicarea tratamentului trebuie oprită, probabil fiind că terapeutul a aplicat de la început o presiune prea mare. Continuarea sau creşterea jenei este foarte rară, de obicei masajul are un efect anestezic. Astfel, după scăderea sensibilității, după primele 1-2 minute, presiunea ar trebui să crească, astfel încât pacientul poate resimți din nou o sensibilitate /jenă. După alte 1-2 minute durerea va trebui să dimunueze din nou. Dacă nu, masajul va fi întrerupt, daca da, el va fi reluat la o intensitate puțin mai mare pentru alte două minute. În timpul ultimului set de 2 minute al masajului, terapeutul trebuie să simtă că masajul a fost suficient de profund încât să atingă structura lezată. La prima şedință masajul ar trebui să se oprească după 5-6 minute, şi semnele (simptomatologia) ar trebui retestate.

- Dacă este vorba de o leziune musculară sau tendinoasă, se va verifica mişcarea dureroasă la opunere (contracția cu rezistență);
- Dacă este o leziune ligamentară, atunci se va retesta mobilizarea articulară dureroasă.

Pacientul ar trebui să resimtă imediat o anume ameliorare. Dacă nu, atunci ar trebui reconsiderat dacă masajul este indicat în afecțiunea (cazul) respectivă.

În tratamentele succesive, profunzimea masajului este întotdeauna crescută, aşa după cum a fost descris anterior. Lafel se va creşte şi durata de aplicare cu aproximativ 3 minute la fiecare şedință, ajungându-se la o durată de 12-15 minute pe şedință. Oricum, nici intensitatea presiunii şi nici durata şedinței nu ar trebui să crească dacă jena sau sensibilitatea nu diminuează în timpul tratamentului. Răspunsurile vor varia în funcție de pacient şi de natura leziunii, astfel că durata tratamentului va creşte variabil, de la caz la caz. În general problemele se rezolvă după 6 – 10 şedințe, pe parcursul a 2 - 3 săptămâni, dacă celelalte proceduri de tratament sunt adecvate.

Destul de frecvent, pacienții pot resimți o durere crescută după prima sau a doua şedință de tratament, dar trebuie să se facă distincția cu exacerbarea simptomelor. Apariția unei sensibilități crescute sau chiar a unei dureri, la nivelul pielii sau ale țesuturilor moi sunt de aşteptat. Acestea apar doar datorită aplicării presiunii respective, independent de existența patologiei. Această sensibilitate crescută la nivelul pielii nu trebuie considerată ca o înrăutățire a condiției pacientului, atâta timp cât testele folosite pentru patologia respectivă nu devin mai dureroase, nu se înrăutățesc.

Greşeli frecvente

- greşeală comună pe parcursul tratamentului cu masaj transvers profund este apariția unor leziuni uşoare are pielii. Acestea pot apare de la unghiile terapeutului sau datorită unei tehnici defectuoase prin care se crează fricțiuni prea mari între degetul care masează şi pielea pacientului.
- altă greşeală fecventă este aplicarea masajului pe zona dureroasă şi nu pe cea lezată. Cele două zone nu coincid întotdeauna.
- Terapeutul trebuie să evite suprasolicitarea articulațiilor distale ale policelui şi degetelor utilizate în masaj. Mai ales dacă această tehnică este folosită frecvent. Acest stres poate fi redus prin stabilizarea articulației interfalengiene distale a degetului activ cu un deget liber, şi prin alternarea degetelor în timpul unei şedințe.

2. Contraindicații

Masajul trasvers profund trebuie evitat în cazul:

- În care starea nutrițională a pielii este compromisă
- unui răspuns vascular deficitar,
- pacienților care folosesc medicație steroidă pe timp îndelungat şi în doze mari,
- pacienților cu afecțiuni vasculare periferice diagnosticate.

Bibliografie selectivă

1. http://video.about.com/arthritis/Chronic-Rheumatism-Knee.htm

2. Mârza D.,Metode speciale de masaj, E. Plumb. 1998, Bacau

3. Dufour M.,collab.Massage et massotherapie, E. Maloine. 1999, Paris

IV. Masajul de drenaj limfatic

1.2. Tehnicile masajului de drenaj limfatic

Manevrele masajului limfatic sunt neteziri (efleuraje) realizate cu o presiune mult mai uşoară decât în masajul obişnuit, somatic. Secvența corectă de aplicare a manevrei fundamentale de drenaj limfatic este: faza inițială de contact, faza de deplasare a mâinilor şi faza de relaxare a presiunii. Cele trei faze se succed ritmic, prin mişcări circulare, eliptice, spiralate, executate cu podul palmei, sau cu degetele, astfel încât suprafața de contact cu corpul pacientului să fie cât mai mare posibil. Mîinile se vor utiliza pentru drenarea unor suprafețe mai extinse ale corpului (gambe, MI; torace, spate), pe când degetele sunt folosite pentru drenarea unor zone mai limitate (gât, mîini, picioare, față).

Reglarea sistemului limfatic depinde de mecanisme fiziologice de „filtrare-resorbție". Aceasta se traduce prin două manevre principale care tind să îndeplinească această funcție dublă: apelul şi resorbția.

a. Apelul

Manevra serveşte la golirea nodulilor şi vaselor de conținutul lor, dirijând limfa către trunchiurile jugulo-sub-claviculare, unde ea se alătură fluxului venos. Apelul se efectuează în general la distanță față de edem, dar experiența a arătat totuşi că ea este cu atât mai eficace cu cât se practică cât mai aproape posibil de edem.

Pentru a efectua apelul asupra nodulilor limfatici, se utilizează pulpa degetelor (fig) care orientează presiunea către nodulii sub-iacenți, în sensul drenajului fizilogic. Asupra vaselor, se lucrează cu fața palmară a mâinilor care imprimă o presiune identică. (fig.)

Derularea mişcării mâinii se face de la proximal către distal, pe când tracțiunea care însoțeşte presiunea este întotdeauna disto-proximală (sensul drenajului).

b. Resorbția

Tehnica se practică direct asupra edemului pentru că ea permite trecerea excesului de lichid din mediul interstițial către capilarele limfatice. La resorbție, mişcarea mâinii sau a policelui este inversă celei practicate la tehnica de apel: se face de la distal către proximal. Întinderea (tracțiunea) nu se schimbă pentru că ea orientează limfa în sens fiziologic (fig). Presiunea însoțită de întindere se face cu fața palmară a ambelor mâini (simultan sau alternativ după caz).

2.3. Principii generale de executare a manevrelor

Executarea DLM presupune o bună cunoaştere a anatomiei şi fiziologiei limfatice. Este important să fie respectate: presiunea, sensul întinderii, ritmul manevrelor. Fiecare dintre manevre trebuie repetată între 5 şi 10 ori pe acelaşi loc, înainte de a deplasa mâna din nou.

a. Presiunea

Dacă pentru masajul somatic, manevrele de netezire se execută cu o presiune de 600-700 mm coloană de mercur, în drenajul limfatic manevrele se execută cu o presiune de 30mm coloană de mercur/cm^2 (dar poate fi superioară în afecţiuni patologice), ceea ce este dificil de menţinut şi cere atenţie şi antrenament. Pentru o mai uşoară reprezentare a acesteia, presiunea mîinilor trebiue să fie similară cu cea necesară a întoarce o foaie de hârtie.

Experienţa a permis codificarea manevrelor DLM: mişcarea mâinilor sau a degetelor singure este imprimată de o mişcare a MS în abducţie/adducţie şi nu numai de articulaţia pumnului, în scopul obţinerii unei presiuni suficiente dar nu prea puternice, cu atenţie pentru a nu colaba vasele. Presiunea trebuie să rămână uniformă de la începutul până la finalul mişcării.

b. Întinderea (tracţiunea)

Fiecare presiune este însoţită de o întindere, pentru a evita colapsul colectorului, prin deschiderea lumenul său. Pe limfaticele normale, întinderea se dirijează în sensul circulaţiei limfatice, orientată graţie valvulelor de pe lumenul pre-colectorilor şi colectorilor către canalul toracic, apoi trunchiul jugulo-sub-clavicular.

c. Ritmul

Dacă ritmul este prea rapid, manevra devine ineficace, nelasând timp limfei să înainteze de la o valvulă la alta. Dacă este prea lent, nu stimulează limfangionii (unităţi motrice contractile limfatice) care fac parte din elementele motoare ale limfei.

2.4. Protocolul tratamentului prin DLM

Durata recomandată de numeroşi autori este în jur de 30 minute per membru, când este vorba de un „braţ gros” sau de o „gambă groasă” (limfedem primar sau secundar). DLM-ul se poate practica în cazul edemelor, limfatice sau nu, sau în tulburările circulatorii în general. În acest caz, DLM-ul este integrat în şedinţa de kinetoterapie şi se poate rezuma la manevre cu o durată de câteva minute[3].

Un tratament mediu cuprinde de obicei 20 de şedinţe. Cu toate acestea, dacă după 10 şedinţe, nu apare nici un rezultat obiectiv (măsura în centimetri al edemului, măsură a diurezei), şi

nici un rezultat subiectiv (din partea bolnavului sau practicianului), trebuie schimbat tratamentul.

Frecvența medie a şedintelor este una pe zi pentru prima săptămână, una la două zile în a doua săptămână, apoi două şedințe în a treia săptămână, iar în continuare câte una pe săptămână.

Această schemă standard trebuie să fie modulată în funcție de numeroase criterii: importanța (mărimea) edemului, vechimea, etiologia, afecțiuni asociate, starea pacientului. DLM-ul este rareori utilizat singur: el este asociat cu comprimarea (bandajarea), cu presoterapia, şi exercițiul fizic. În cazurile benigne, el este adesea integrat în şedința de recuperare.

DLM-ul presupune a priori integritatea nodulilor limfatici. Când ei au fost înlăturați chirurgical, el trebuie totuşi practicat, în scopul de a facilita exploatarea unor noi căi de derivație.

2.5. Schema unei şedințe de DLM tip

Pacientul este în decubit dorsal, MI ridicate la aproximativ 30º față de planul mesei, dacă este vorba de un edem non-limfatic (flebedem), sau mixt (unde componenta limfatică nu este singura la originea edemului). De fapt, limfedemul nefiind sensibil la componenta posturală, nu este necesar să se ridice un „braț gros" sau o adevărată „gambă groasă", din moment ce fracțiunea lichidiană nu este mobilizabilă la gravitație. Se începe prin a goli nodulii proximali de la rădăcina membrului, prin manevre de apel. Apelul este urmat de manevre în brățară, pe tot membrul, de la segmentul proximal până la mână fig Mâinile se pot deplasa alternativ pe fețele laterale, apoi antero-posterioare, atunci când suprafața de tratat este mai mare decât cea a mâinilor terapeutului. Dacă edemul interesează tot membrul, după ce a golit nodulii şi vasele, maseurul amorsează resorbția la rădăcina membrului, după aceiaşi modalitate. Se alternează apelul, pentru a goli circuitul umplut, cu resorbția, pentru a diminua edemul prin reumplerea sistemului, mergând puțin câte puțin către partea distală a membrului.

După 30-40 de minute, se încheie şedința prin golirea nodulilor proximali. Nu este deci necesar de a începe drenajul sistematic de la baza gâtului şi a trunchiului, oricare ar fi mărimea, localizarea şi etiologia edemului. Cu toate acestea, trebuie luate în considerare toate aceste criterii înainte de a începe.

În afara DLM, există tehnici vechi, abandonate fiind prea intense, cum ar fi compresiunea prin benzi biflex, sau tehnica Guffaz, care este derivată din prima. DLM-ul a schimbat

profund concepția despre tratamentul limfedemelor. Executat de mâinile unui diletant, el poate să majoreze edemul în loc să-l diminueze.

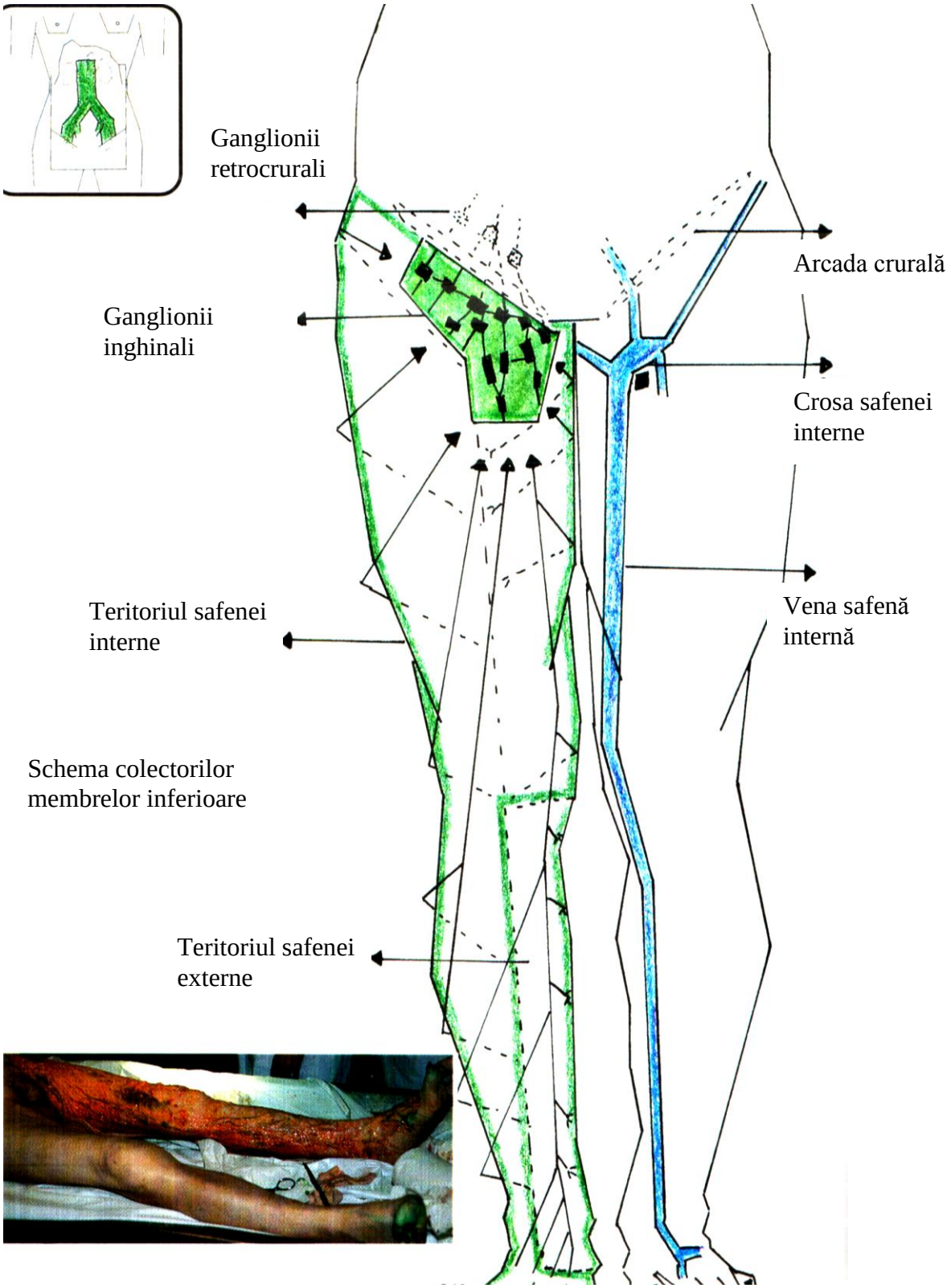


Figura nr. 11 Colectorii superficiali ai membrului inferior şi a regiunilor lombare şi fesiere

Partea posterioară a membrului inferior

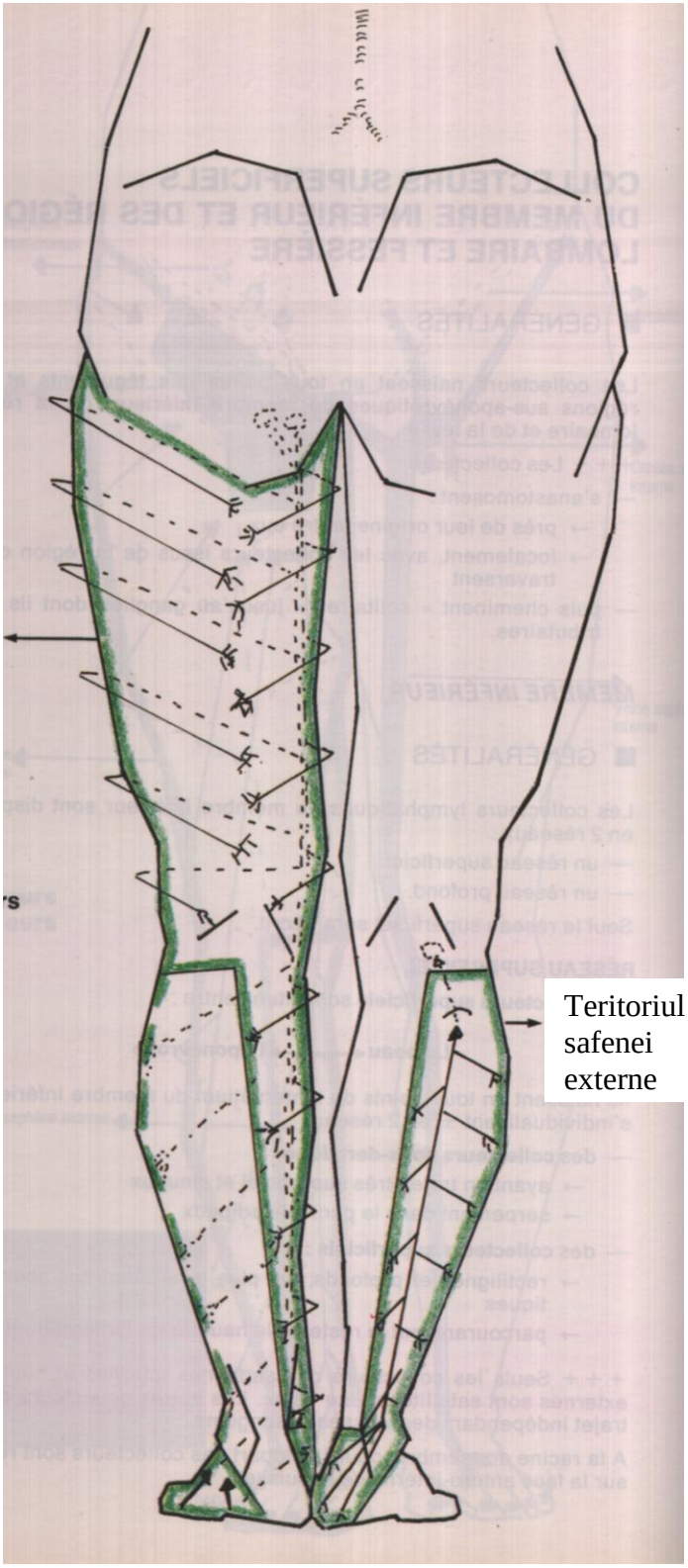


Figura nr. 12 Schema colectorilor membrului inferior – fața posterioară

Ganglionii inghinali

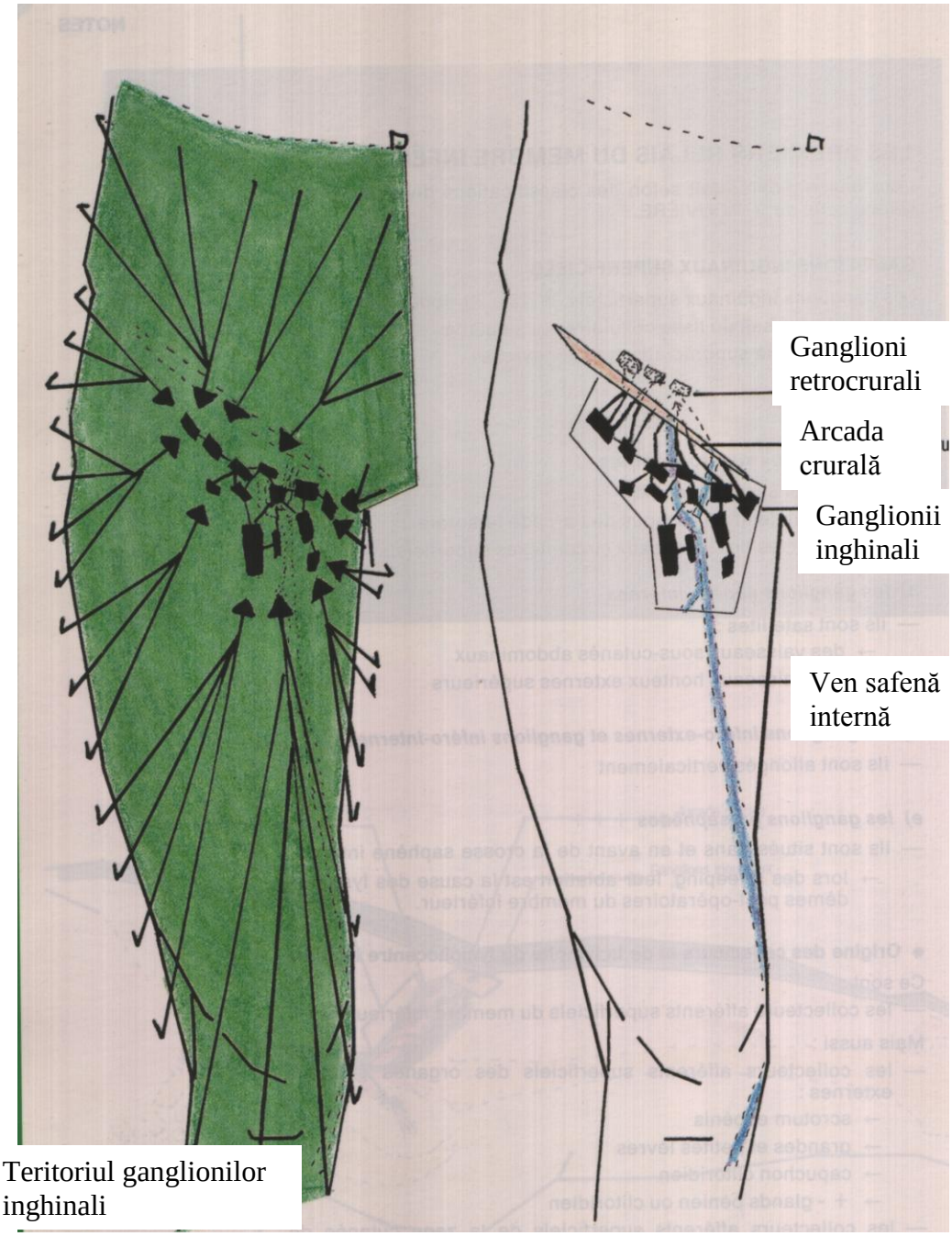


Figura nr. 13 Schema ganglionilor inghinali – traiect venos

Ganglionii abdomino-aortici

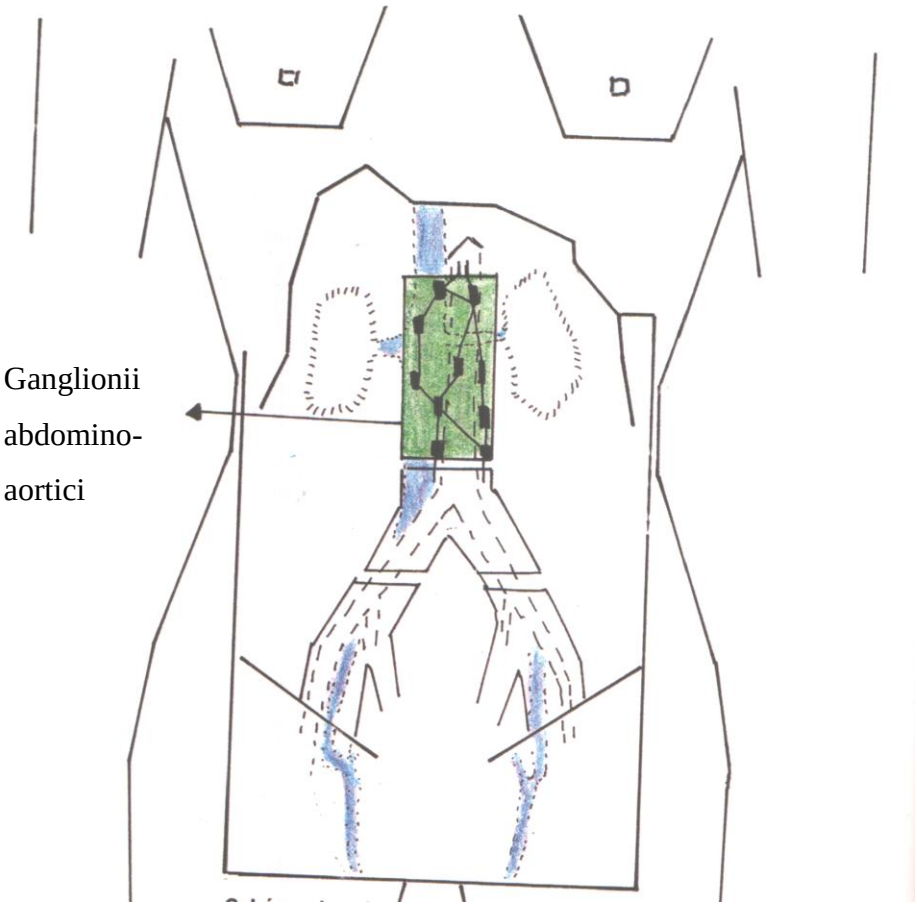
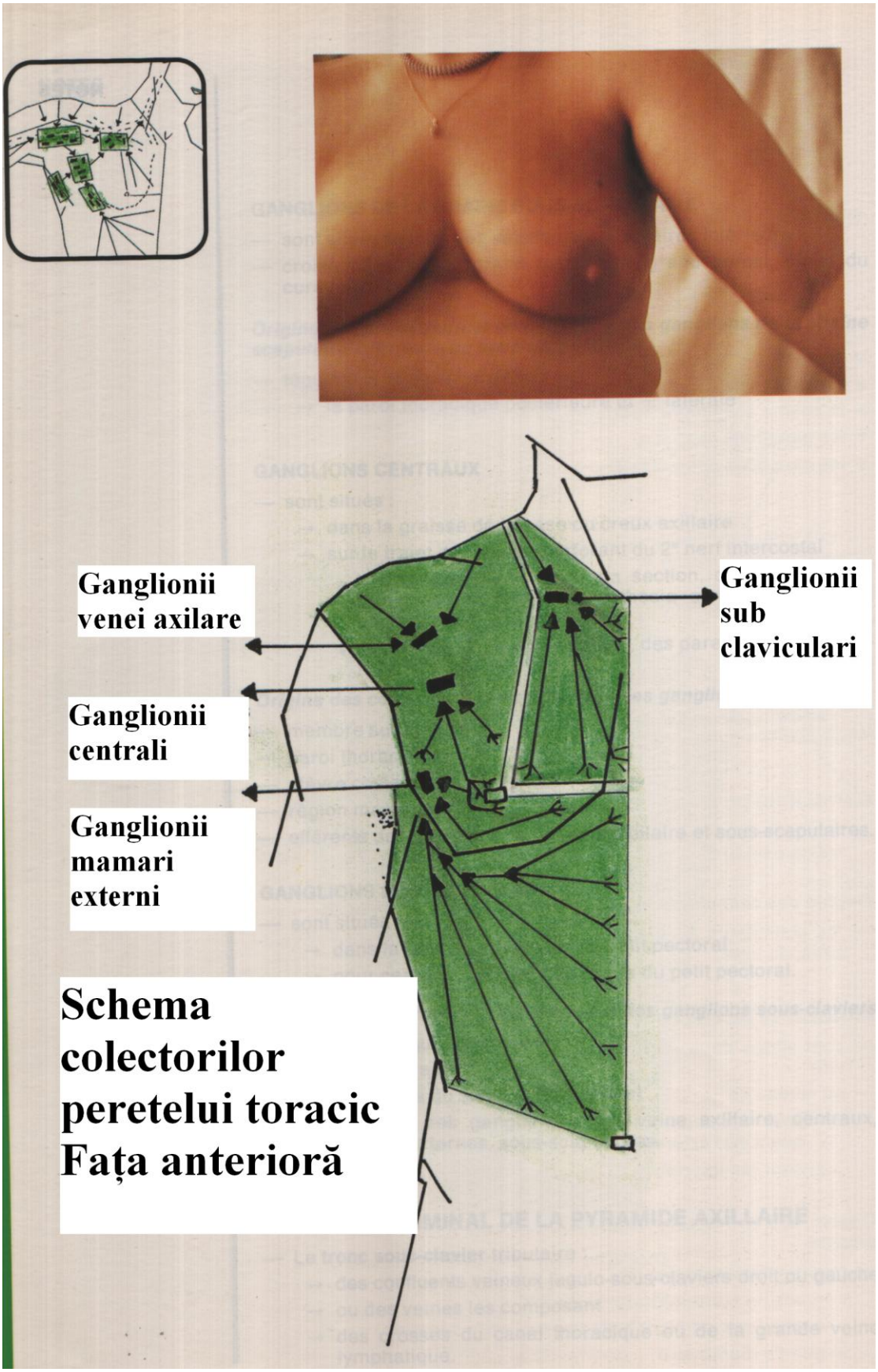


Figura nr. 14 Schema lanțurilor abdomino-aortice



Schema colectorilor peretelui toracic Fața anterioră

Figura nr. 15 Schema colectorilor peretelui toracic - fața anterioară

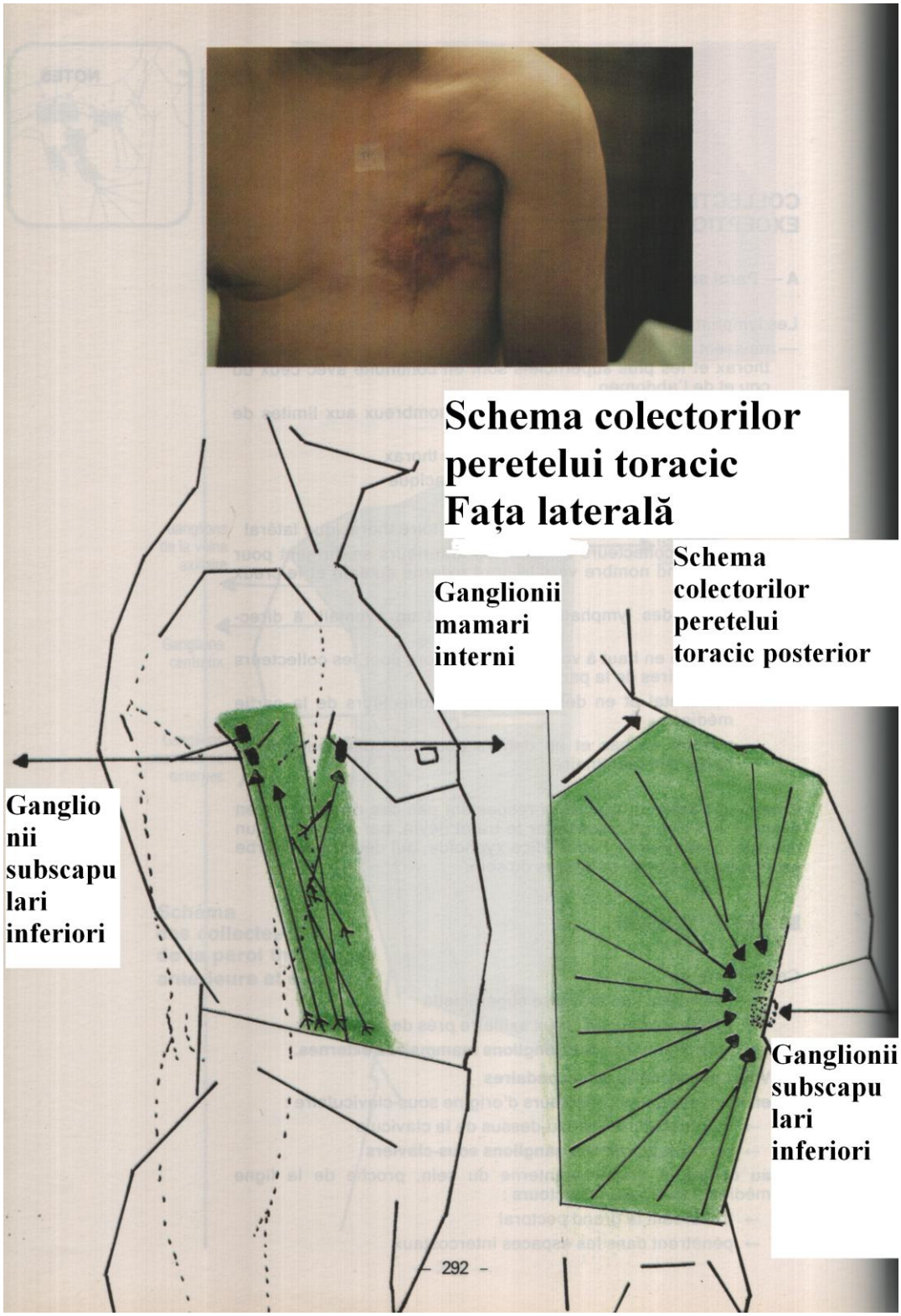


Figura nr. 16 Schema colectorilor peretelui toracic - fața laterală

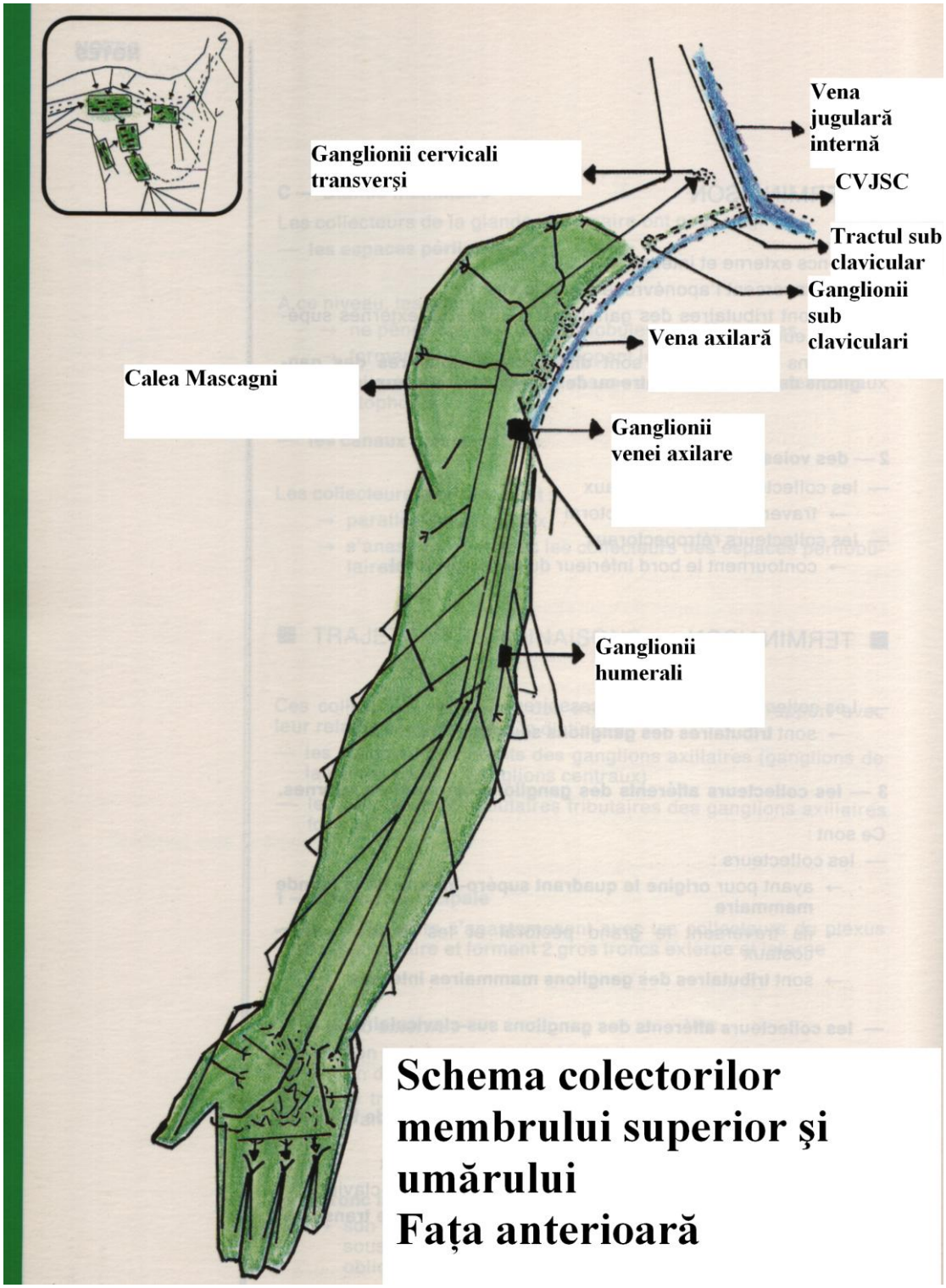
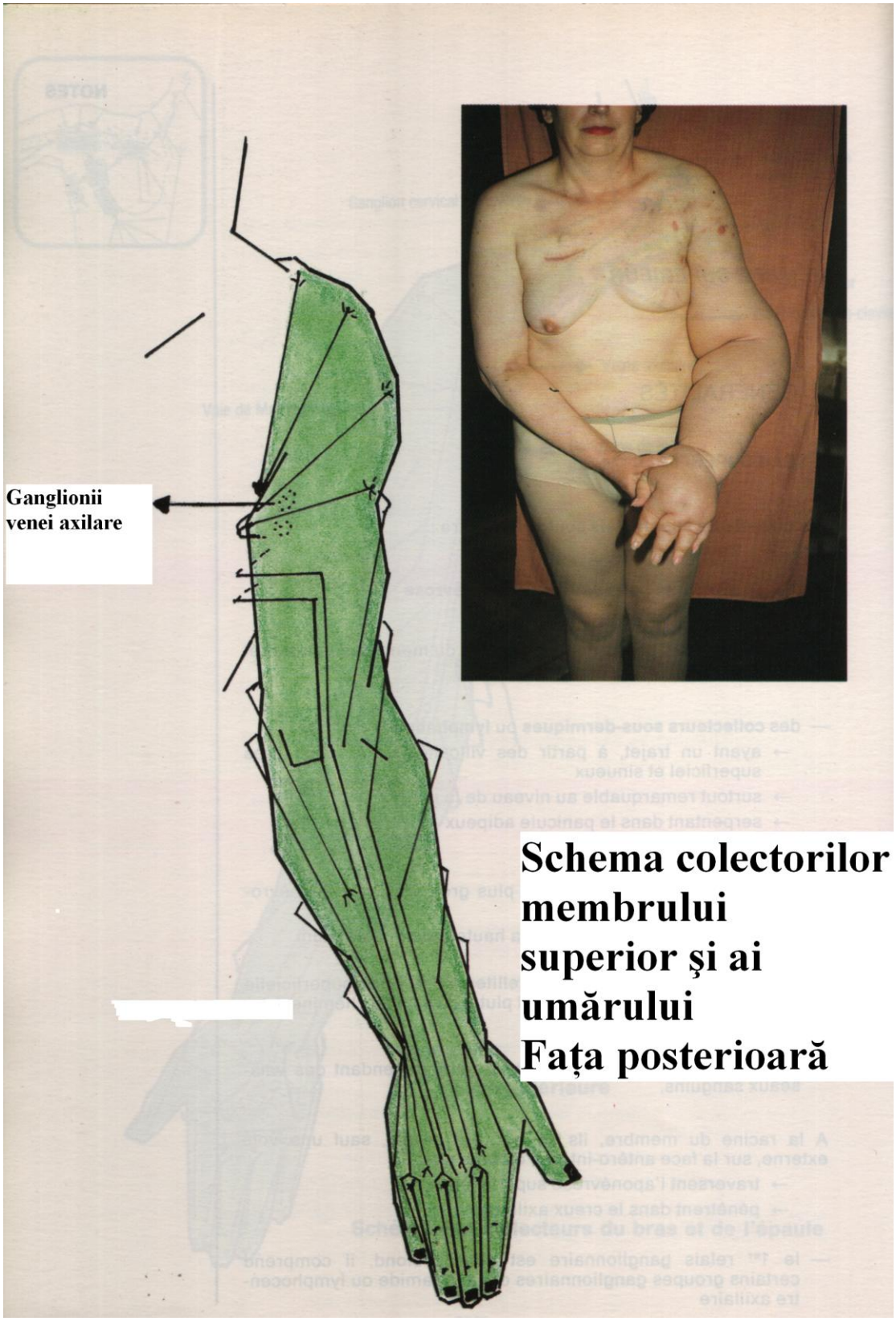
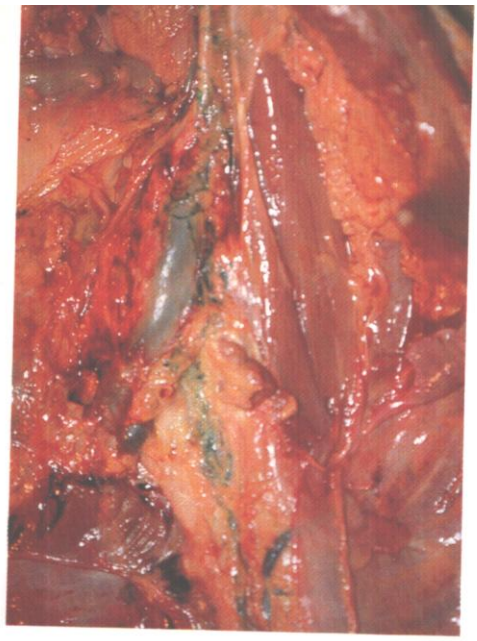


Figura nr. 17 Schema colectorilor membrului superior şi umărului – faţa anterioară



Schema colectorilor membrului superior şi ai umărului
Faţa posterioară

Figura nr. 18 Schema colectorilor MS şi umărului – fața posterioară



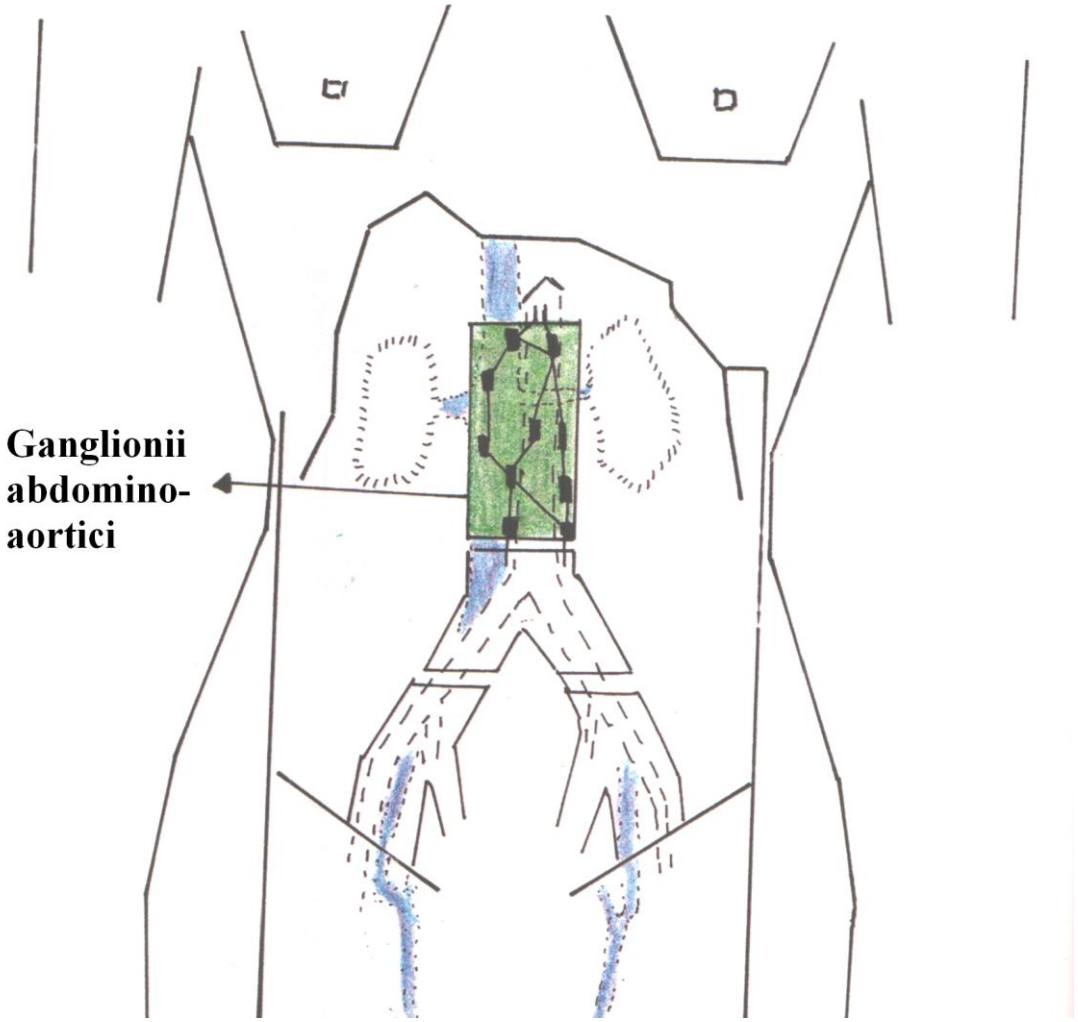


Figura nr. 19 Schema lanțurilor abdomino-aortice

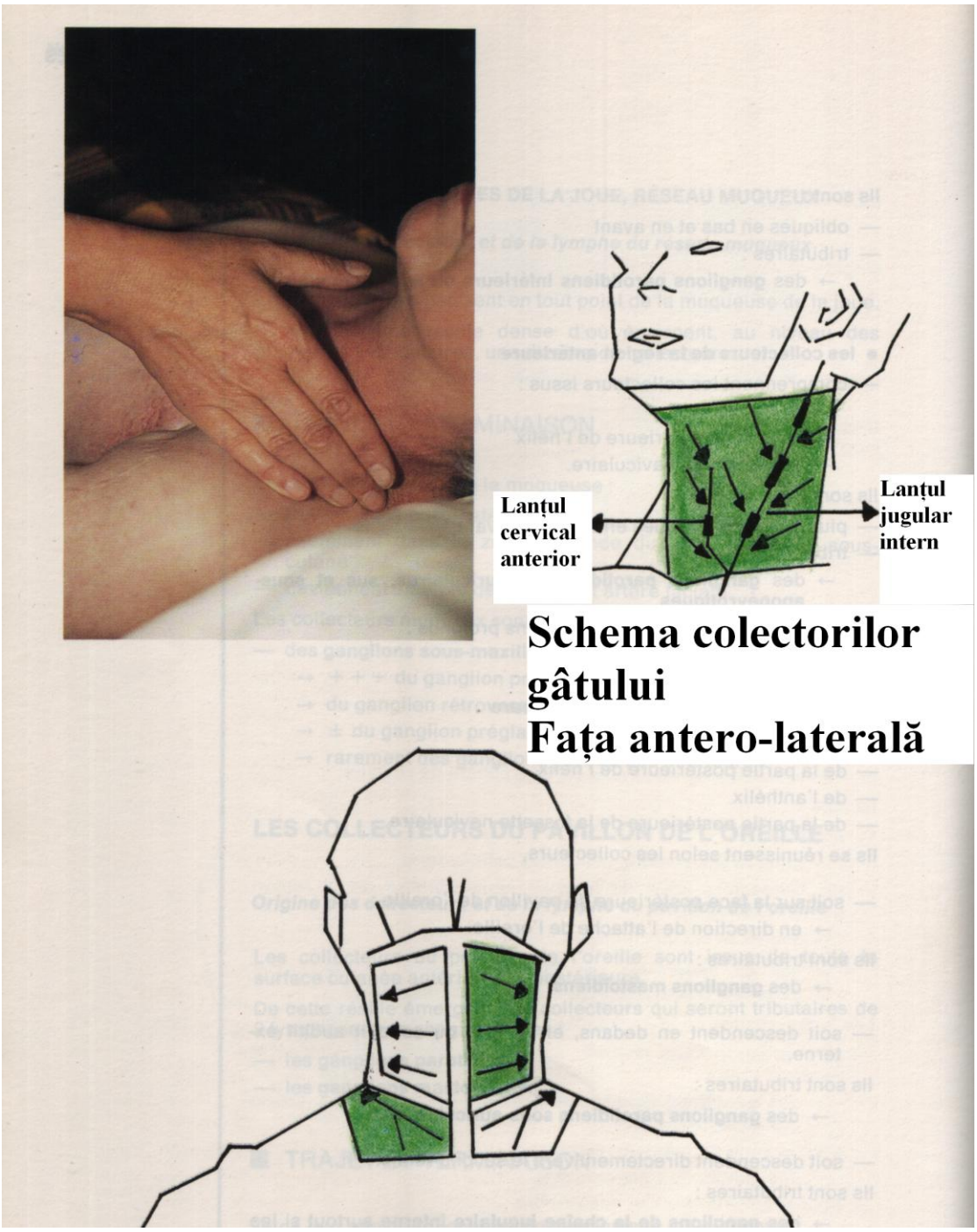


Figura nr. 20 Schema colectorilor gâtului, fața antero-laterală şi colectori ai teritoriului C5-D1-D2

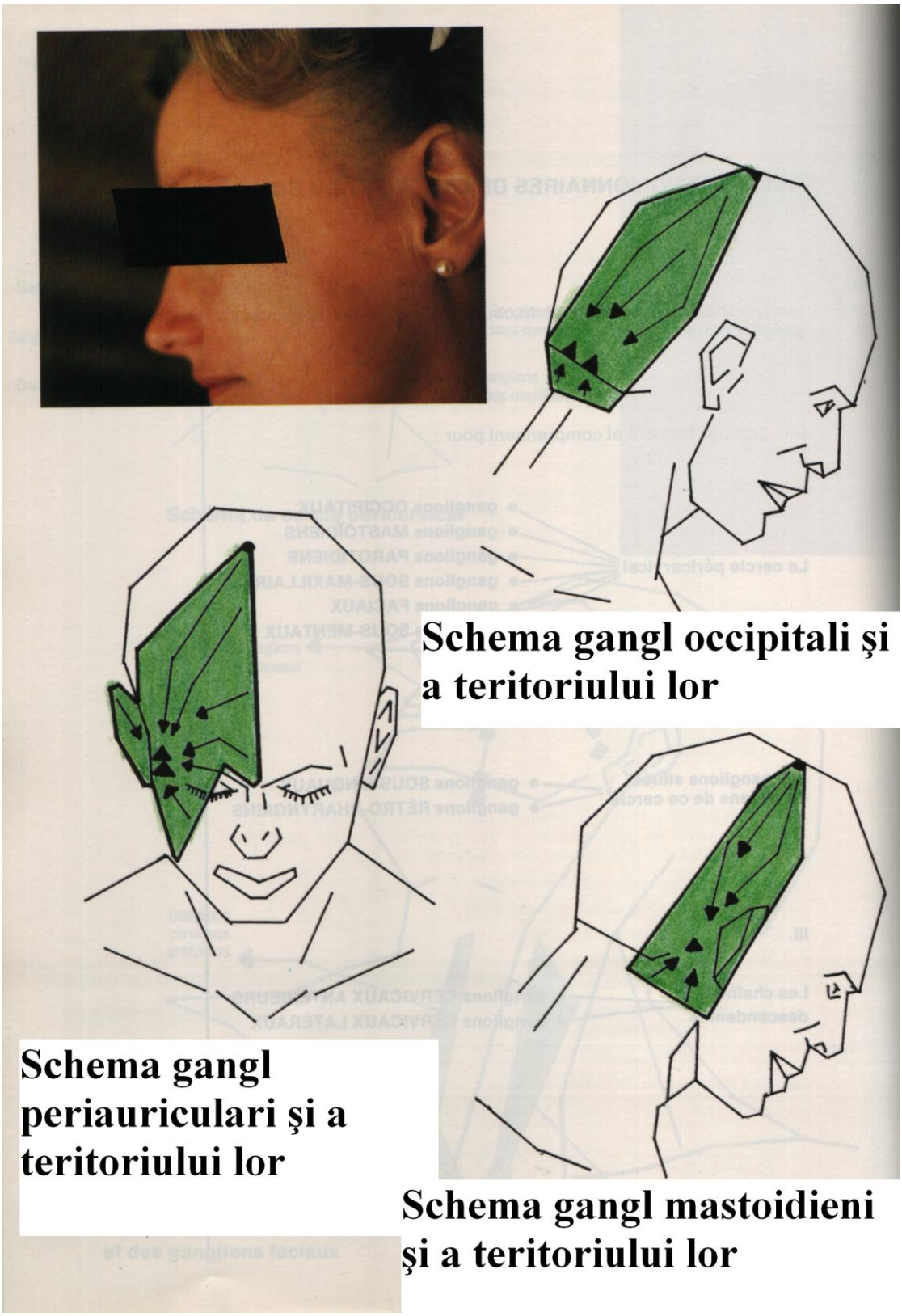


Figura nr. 21 Scema ganglionilor capului

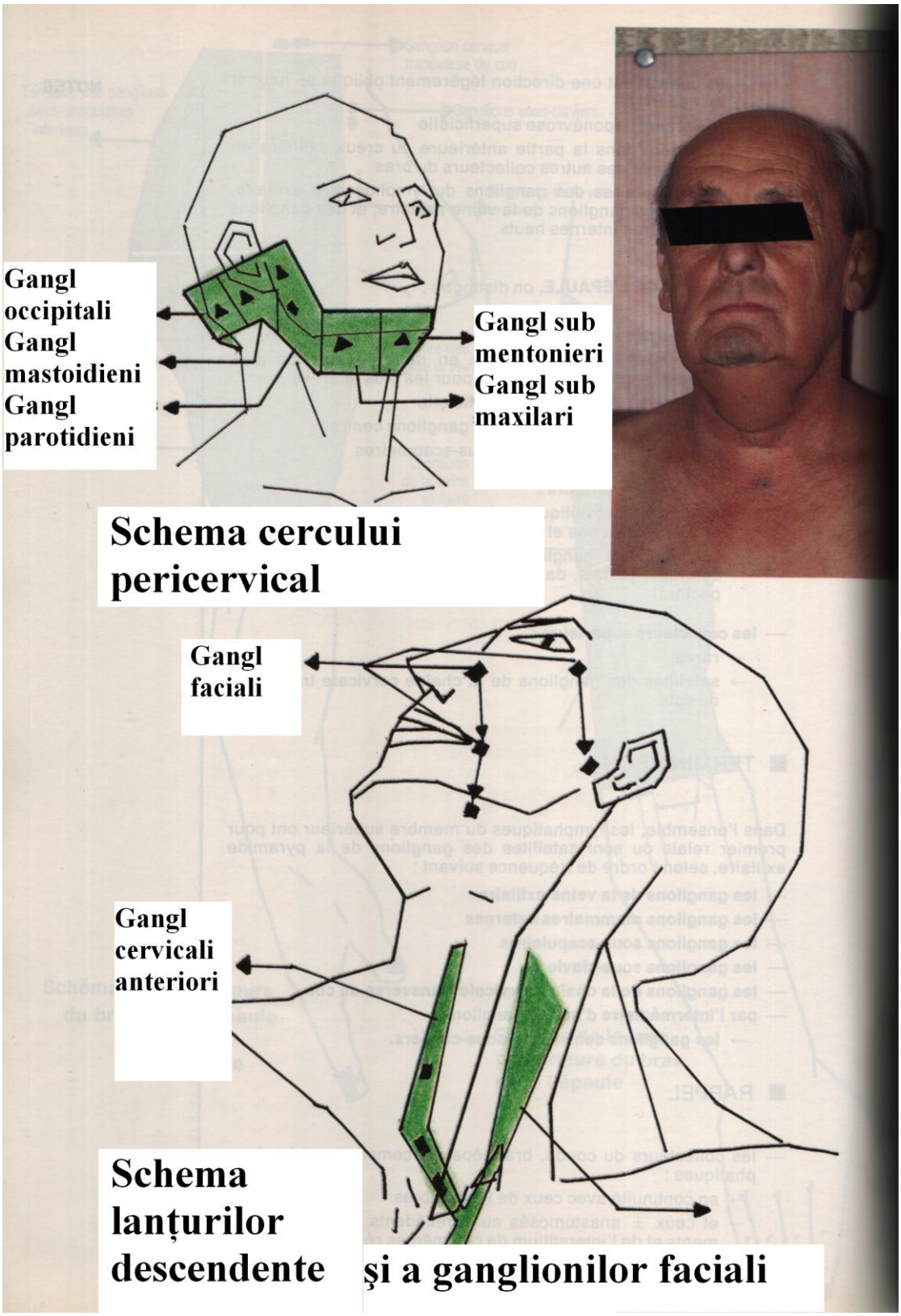

Gangl occipitali
Gangl mastoidieni
Gangl parotidieni
Gangl sub mentonieri
Gangl sub maxilari
Schema cercului pericervical
Gangl faciali
Gangl cervicali anteriori
Schema lanțurilor descendente
şi a ganglionilor faciali

Figura nr. 22

2.6. Contraindicații

În DLM întâlnim două tipuri de contraindicații :

1. Contraindicații absolute: infecții în fază acută, tuberculoza, tumori maligne.

2. Contraindicații relative: insuficiențe renale (în funcție de faza bolii şi a tratamentului urmat), insuficiență cardiacă, astm, hipertiroidie.

Bibliografie

1 Moreau Dahyot M.,Structures et univers du lymphatique, SPEK. 1992, Paris

2 Robert C.,Peyre M.,Le drainage lymphatique manuel. Bases théoriques et pratiques:, Ellebore. 1994, Paris

3 Dufour M.,collab.,Massage et massotherapie, E. Maloine. 1999, Paris