

Registrazione del Summit di guarigione S4OM/S4OE del 2026

[00:00:00]

[00:00:00] Apertura della vetta

Ericka Clinton: Buongiorno a tutti. Benvenuti al Summit Virtuale sulla Guarigione, offerto dalla Society for Oncology Massage e dalla Society for Oncology Aesthetics. Mi chiamo Erica Clinton e sono la Presidente del Consiglio di Amministrazione. Vorrei iniziare ringraziandovi tutti per esservi uniti a noi in questa giornata di apprendimento e condivisione.

Ericka Clinton: La missione di ogni Healing Summit è creare una piattaforma per professionisti, clinici, ricercatori e altri esperti in cui possiamo impegnarci in discussioni significative sulla ricerca ed esplorare le migliori pratiche per l'oncologia, il massaggio e l'estetica oncologica. Siamo profondamente appassionati del ruolo dei massaggiatori e degli estetisti nella cura del cancro.

[00:01:00]

Ericka Clinton: Ci auguriamo che questo summit virtuale si riveli clinicamente rilevante e fonte di ispirazione personale. Il nostro obiettivo è quello di evidenziare il significativo impatto che il massaggio e i trattamenti estetici possono avere su pazienti, familiari e operatori sanitari durante il trattamento del cancro, dalla fase di recupero fino alla fase di sopravvivenza. Come organizzazione, S four OM e S four OE continuano a prosperare.

Ericka Clinton: La nostra comunità di professionisti preferenziali è cresciuta fino a superare i 400 negli ultimi tre anni. Questo è significativo, dato che il nostro numero era sceso sotto i 200 dopo la pandemia di COVID-19. Mi congratulo con i professionisti che hanno intrapreso la formazione in massaggio oncologico e si sono uniti alle fila dei professionisti preferenziali, e un enorme ringraziamento al numero di PPS che [00:02:00] sono tornati a S four OM.

Ericka Clinton: Il tuo impegno nei confronti dell'organizzazione è molto apprezzato. Sono felice di annunciare che continuiamo a crescere grazie all'ingresso di nuovi docenti sia in S four OM che in s four OE, e siamo entusiasti del ritorno della sezione dedicata ai corsi supplementari sul nostro sito web. Organizzare con successo eventi come questo richiede molto lavoro.

Ericka Clinton: S four OM e S four OE desiderano ringraziare lo sponsor del Virtual Healing Summit. Blue Beaully, produttori dei migliori prodotti per la cura della pelle del pianeta, aspira a essere il produttore dei prodotti per la cura della pelle più sani, efficaci e sostenibili al mondo. Credono fermamente che nel XXI secolo le aziende non possano più concentrarsi solo sulle prestazioni finanziarie [00:03:00] .

Ericka Clinton: Devono essere consapevoli dei loro obblighi nei confronti dell'ambiente, delle comunità locali e delle terre lontane che vengono influenzate dalle loro attività commerciali. Tre principi chiave sono alla base di ogni intenzione, decisione e azione. Per Blue Beaully, uno, abbracciare la natura come la vera e unica fonte di salute e bellezza. Due, rispettare il pianeta e tutti gli esseri viventi.

Ericka Clinton: E in terzo luogo, operare con la massima trasparenza, autenticità e integrità. Siamo molto grate di avere il supporto di un'azienda come Blue Beautify. Siamo state anche molto fortunate ad aver ricevuto diverse sponsorizzazioni da parte di professionisti del settore che hanno generosamente contribuito a permettere ad altri di partecipare a questa esperienza formativa.

Ericka Clinton: Non possiamo ringraziarli abbastanza per la loro generosità. [00:04:00] Questo summit fornirà a ogni partecipante crediti di formazione continua dal National Certification Board per il massaggio terapeutico e il lavoro sul corpo. Per garantire che riceviate i vostri crediti di formazione continua, durante la nostra chiusura, ci sarà un link nella chat a un modulo che dovrà essere compilato per ricevere il vostro certificato di formazione continua.

Ericka Clinton: Questa conferenza è destinata esclusivamente a massaggiatori e professionisti del settore estetico a scopo formativo. Le sessioni presentate possono trattare una vasta gamma di tecniche, alcune delle quali potrebbero non rientrare nell'ambito di competenza legale di alcuni partecipanti, a seconda della loro formazione, certificazione, registrazione, licenza e giurisdizione. È responsabilità esclusiva di ciascun partecipante comprendere e rispettare l'ambito di competenza [00:05:00] .

Ericka Clinton: Definita dal rispettivo ordine professionale o autorità di regolamentazione locale. La partecipazione a un corso non conferisce l'autorizzazione legale a eseguire le tecniche insegnate. Vi invitiamo a godervi gli straordinari relatori e le sessioni. Ogni sessione sarà seguita da una sessione di domande e risposte, alla quale non vediamo l'ora di partecipare. Ora passiamo al summit.

[00:05:28] Dare potere al futuro: come la pratica consapevole e intenzionale e la collaborazione significativa hanno plasmato il mio percorso come clinica, educatrice e sostenitrice con Cara Thurman

[00:05:28] Benvenuto e introduzione

Cara Thurman: Salve e benvenuti al summit virtuale S four OMS four OE. Siamo entusiasti di avervi qui. Grazie per aver dedicato del tempo a noi oggi. Mi chiamo Kara Thurman e vorrei raccontarvi qualcosa della mia esperienza come massaggiatrice oncologica. Sono una massaggiatrice certificata a livello nazionale, attualmente abilitata nello stato della Georgia e specializzata in massoterapia oncologica presso Vinney.

Cara Thurman: Massaggi e Benessere. [00:06:00] Abbiamo una sede fisica ad Atlanta, ma collaboriamo anche con team ospedalieri all'interno delle strutture ospedaliere dello stato della Georgia. Lavoriamo a stretto contatto con organizzazioni locali e no-profit. Una delle parti più importanti della nostra missione è fornire massaggi oncologici a basso costo o gratuiti ai pazienti guariti e ai loro accompagnatori, e sono orgogliosa di essere la responsabile del team di massaggi oncologici qui a Bindings Massage and Wellness.

Cara Thurman: Oggi condividerò con voi un pezzetto della mia storia, e spero che ciò che ne trarrete sia la consapevolezza dell'importanza di pensare alle persone che svolgono questo lavoro. Come possiamo condividere il peso di questo lavoro, cosa significano realmente equità e inclusione in questo contesto, e come la presenza, il supporto e la collaborazione possano davvero cambiare il modo in cui lavoriamo tutti insieme.

[00:06:57] La realtà dell'insufficienza cardiaca

Cara Thurman: Quindi, lasciatemi iniziare con il fatto che [00:07:00] sono una persona con insufficienza cardiaca attiva, non un giorno e non in teoria, ma ora comincio da qui. Riduce tutto a ciò che conta davvero e al perché. Capisco il

lavoro nel modo in cui lo capisco. Voglio portarvi a un momento in cui il futuro sembrava fragile ed ero una neomamma.

Cara Thurman: Sospesa tra paura e amore. Ero sdraiata in un letto d'ospedale, con una diagnosi di insufficienza cardiaca appena diagnosticata in un corpo segnato da una vita intera di grave malformazione cardiaca congenita. A casa c'era mio figlio di 13 mesi. Avevo appena iniziato a capire cosa significasse essere sua madre e all'improvviso il tempo si è fermato.

Cara Thurman: Non pensavo all'anno prossimo o ai prossimi cinque anni, tutto si riduceva a queste domande. Riuscirò a vedere mio figlio crescere? Quanto tempo avrò per essere sua madre? [00:08:00] Ricordo di aver fissato il soffitto facendo quei calcoli silenziosi che nessuno vuole fare. Lo vedrò diplomarsi al liceo?

Cara Thurman: Lo vedrò innamorarsi? Incontrerò la persona che diventerà in questo mondo? Quel tipo di chiarezza è spietata, e devo essere onesta. È profondamente intimo, ma quel momento non è arrivato dal nulla.

[00:08:23] Intervento chirurgico e ritrovamento di Susan

Cara Thurman: Due anni prima, mi ero sottoposta al mio quarto intervento a cuore aperto. Si trattava di una procedura altamente invasiva durata 12 ore.

Cara Thurman: I chirurghi hanno deviato il flusso sanguigno dal lato destro del mio cuore direttamente all'arteria polmonare per cercare di dare un po' di sollievo a quella parte del cuore che stava cedendo. Hanno rimosso il tessuto cicatriziale dal mio muscolo cardiaco e hanno sostituito il condotto che funge da valvola tricuspide. Il mio corpo era allo stesso tempo devastato.

Cara Thurman: Quell'intervento mi ha dato qualcosa di straordinario. Mi ha dato la possibilità di diventare madre, di vivere fino ai quarant'anni [00:09:00] di essere qui a fare questo lavoro. Nei mesi che hanno preceduto l'intervento, entravo e uscivo dall'ospedale. Il mio sistema nervoso era costantemente in uno stato di iperattività, in modalità lotta o fuga 24 ore su 24. Il mio ragazzo di allora andava al lavoro dopo aver passato le notti con me al pronto soccorso, entrambi esausti e senza risposte.

Cara Thurman: A un certo punto, per pura impotenza, mi disse: "Forse dovresti trovare un massaggiatore, qualcuno che possa aiutarti a sentirti meglio

e a prepararti per quello che ti aspetta". Ed è così che ho trovato Susan. Non aveva una formazione specifica in massaggio oncologico, ma ha capito subito qualcosa di fondamentale.

Cara Thurman: Il mio sistema nervoso aveva bisogno di cure. Ha lavorato con delicatezza, lentezza, con un tocco intenzionale, con un lavoro energetico e una presenza profonda. Mi ha aiutato a trovare stabilità nel mezzo della paura. Mi ha aiutato a prepararmi non solo fisicamente, ma anche mentalmente ed emotivamente per quello che stavo per affrontare. E non si è presa cura solo di me. Si è presa cura delle persone a me care, del mio ragazzo, che poi è diventato il mio fidanzato, e infine di mio marito e di mia madre, che mi sono stati accanto per tutta la vita nelle stanze d'ospedale.

Cara Thurman: Entrambi provavano paura, amore e un profondo senso di impotenza, amandomi senza poter cambiare ciò che stava accadendo. Dopo l'intervento, Susan è rimasta al mio fianco in questo percorso, aiutandomi con delicatezza ad affrontare il dolore che accompagna questo tipo di recupero, con la mobilità articolare, con gli alti e bassi di una grave malattia cronica, venendomi incontro esattamente dove mi trovavo ogni singolo giorno.

Cara Thurman: Forse non aveva una formazione specifica in massoterapia oncologica, ma posso assicurarti che [00:11:00] stava facendo un ottimo lavoro. E mi ha cambiato la vita durante i miei quattro mesi di convalescenza.

[00:11:06] Diventare un terapeuta

Cara Thurman: quando l'effetto degli antidolorifici ha cominciato a svanire e il mio corpo ha iniziato lentamente a guarire, ho capito chiaramente e senza ombra di dubbio che era proprio questo che volevo fare.

Cara Thurman: Volevo fare questo per i pazienti, quello che Susan aveva fatto per me. Ho trovato un corso di massoterapia che includeva una formazione di base in oncologia e 11 mesi dopo ho iniziato la mia carriera.

Cara Thurman: Ma iniziare questo lavoro non è stato semplice. Ci sono voluti anni, anni di ascolto, anni di chiamate senza risposta, email ignorate e la mia perseveranza nel presentarmi comunque. Anni di lavoro sulle mie competenze senza poter utilizzare appieno la mia formazione in oncologia, anni di formazione continua per costruire la profonda comprensione che sapevo essere necessaria per questo lavoro.

[00:11:59] Creazione di un programma ospedaliero

Cara Thurman: E poi [00:12:00] nel 2012, ho aperto Vining's Massage and Wellness, da sola come professionista indipendente. Parlavo direttamente con i pazienti oncologici e loro mi trovavano. Man mano che la mia attività cresceva, i miei clienti mi hanno messo in contatto con il mio primo ospedale per un contratto. Quello che era iniziato come poche ore di massaggio su sedia si è trasformato in un programma di più giorni che includeva massaggio su sedia, massaggio, lavoro al centro infusioni e, infine, assistenza al letto del paziente.

Cara Thurman: Abbiamo sviluppato la capacità di entrare nelle stanze dei pazienti ricoverati, ricevendo segnalazioni da équipes di oncologia, cure palliative e chirurgia. Man mano che il lavoro si intensificava, aumentava anche il suo peso, perché questo lavoro ci chiedeva moltissimo, e già allora sentivo che sarebbe arrivato un momento in cui il mio corpo non sarebbe più stato in grado di sopportarlo allo stesso modo.

Cara Thurman: Per me non è una cosa astratta, [00:13:00] quindi ho preso la decisione. Vedevo chiaramente che questo lavoro, costruito da tanti prima di me, non era mai stato pensato per poggiare sulle spalle di una sola persona, e non poteva dipendere solo da me portare avanti questi programmi che avevamo iniziato ad Atlanta, dovevano essere più forti del mio corpo. Dovevano sopravvivere a me.

Cara Thurman: Non volevo portare avanti tutto questo da sola, né per me stessa, né per i pazienti, né per la sostenibilità di questo lavoro. Così ho iniziato a costruire un team. Qualcosa che potesse offrire sia la cura approfondita di cui i pazienti hanno bisogno, sia il supporto che i professionisti meritano, qualcosa che possa continuare, crescere e raggiungere più persone, anche quando io non potrò più farlo.

Cara Thurman: Ripeto, questo lavoro non è astratto per me. L'ho vissuto, ne ho avuto bisogno [00:14:00], ho costruito la mia vita attorno ad esso e lo comprendo profondamente. Più o meno nello stesso periodo, mi sono ritrovata a muovermi tra due mondi. Per molti versi, erano molto simili. Ero seduta nelle stanze d'ospedale, a volte come paziente e a volte come operatrice sanitaria, e cominciamo a capire nel mio corpo ciò che molte delle persone che assistiamo già sanno: il futuro può diventare rapidamente incerto.

Cara Thurman: Questo rende così prezioso essere visti pienamente nel presente. Lasciavo il mio letto d'ospedale e tornavo nella stanza delle cure sedendomi con pazienti che conoscevo da mesi, a volte anni, mentre il loro corpo si avviava verso la fine della vita. Non si trattava di brevi incontri, ma di relazioni. Camminavo al fianco delle persone mentre dicevano addio al futuro che un tempo credevano fosse [00:15:00] garantito.

Cara Thurman: Allo stesso tempo, tornavo a casa e tenevo in braccio mio figlio la sera, portando con me la silenziosa consapevolezza di quanto profondamente significativi fossero quei momenti. Ciò che mi ha colpito in quel momento è stato questo: viviamo tutti nella stessa verità. Anche se le nostre diagnosi sono diverse, il futuro non è garantito. Ciò che conta di più è come veniamo accolti.

Cara Thurman: Ora, quella chiarezza, nata dalla paura, dall'amore e da una profonda incertezza, non mi ha mai abbandonata. Ha cambiato il mio modo di lavorare. Ha cambiato il modo in cui costruisco i sistemi e ha cambiato ciò in cui credo. Ci dobbiamo qualcosa a vicenda quando il lavoro che facciamo ci chiede di portare un peso così grande.

[00:15:50] Perché questo lavoro è importante

Cara Thurman: Dato che gran parte di questo lavoro non trova spazio in una cartella clinica, la massoterapia oncologica non è un lusso.

Cara Thurman: È una cura relazionale [00:16:00] basata sulla consapevolezza del trauma. La massoterapia oncologica si colloca nello spazio tra la precisione clinica e la connessione umana. Ci richiede di comprendere i port, la neuropatia, il rischio di linfedema, le metastasi ossee, la bassa conta piastrinica, i siti di irradiazione e il recupero chirurgico. Ma ci richiede anche di adattarci momento per momento a corpi in costante cambiamento, ma, cosa altrettanto importante, ci chiede di sederci negli spazi in cui nessun altro vuole sedersi.

Cara Thurman: Costruire relazioni a lungo termine con i pazienti durante il trattamento, la remissione, la recidiva e, troppo spesso, la fine della vita, essere presente nelle stanze d'ospedale, nelle stanze degli hospice, custodire le storie che i pazienti non raccontano alle loro famiglie, assistere al dolore più e più volte [00:17:00] senza sempre avere un posto dove metterlo.

Cara Thurman: Per un certo periodo ho portato quel peso da sola. Non c'erano altri massaggiatori intorno a me che capissero veramente cosa significasse svolgere questo lavoro in questi ambienti. Nessun linguaggio comune, nessun vero supporto, solo il peso silenzioso e cumulativo di dover essere presente ancora e ancora. Nel corso degli anni, ho dedicato il mio lavoro a cambiare questa situazione.

Cara Thurman: Ho trascorso decenni nell'oncologia e nell'assistenza basata sulla consapevolezza del trauma, lavorando a fianco di infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, terapisti occupazionali e team di medicina integrativa per fornire un contatto sicuro e coordinato in contesti medici complessi. Ho creato e diretto programmi, sviluppato protocolli e formato professionisti, non solo per svolgere il lavoro.

Cara Thurman: Per [00:18:00] sostenerlo, renderlo riproducibile, renderlo affidabile, per assicurarsi che nessun altro debba portarlo da solo. Ed ecco cosa so per certo grazie a questo lavoro: i pazienti dormono, mangiano, tollerano meglio le cure. Respirano più profondamente. Il loro dolore diminuisce. La loro ansia si allenta.

Cara Thurman: E se siamo fortunati, a volte, solo a volte, si ricordano di essere più di una semplice diagnosi.

Cara Thurman: Quello che facciamo non riguarda la malattia, ma la persona che vive al suo interno, eppure gran parte di ciò che portiamo dentro è invisibile. Il peso emotivo, quello fisico, l'intimità psicologica, l'esaurimento fisico, le conseguenze che non sempre si riflettono nei dati, [00:19:00] ma che contano profondamente nella vita umana.

Cara Thurman: Quindi, se vi siete mai chiesti se il vostro lavoro conti qualcosa in un sistema che non sempre lo misura, voglio che lo sappiate chiaramente: conta eccome, al 100%, conta molto più di quanto le parole possano esprimere.

[00:19:21] Accessibilità e sostenibilità

Cara Thurman: Fin dall'inizio, ho sentito la vocazione di costruire qualcosa che potesse davvero custodire quest'opera. Qualcosa che onorasse sia chi la riceve sia chi la realizza.

Cara Thurman: Ho capito già allora che questi non erano obiettivi separati, ma parte della stessa visione che mi ero prefissata di creare un programma

professionale di massoterapia oncologica, basato sull'eccellenza clinica, sulla costante compassione e sul profondo impegno ad ampliare l'assistenza e l'accesso alle cure. Volevo più pazienti, più sopravvissuti. Più [00:20:00] persone che si prendono cura di loro possono sperimentare un massaggio oncologico sicuro e basato su prove scientifiche, senza inutili barriere, un'assistenza che li raggiunga dove si trovano nei momenti più vulnerabili della loro vita.

Cara Thurman: E allo stesso tempo, mi sono impegnata a costruire qualcosa di altrettanto significativo per i professionisti. Un luogo in cui potessero prosperare, non solo emotivamente, ma anche finanziariamente e professionalmente. Un modello basato sul supporto. Chiarezza e standard condivisi, che onori la competenza, la responsabilità e la dignità del professionista e gli permetta di continuare a lavorare finché lo desidera.

Cara Thurman: Perché credevo, e credo ancora, che quando ci prendiamo cura di entrambi, creiamo qualcosa di più forte, qualcosa di sostenibile e qualcosa che può davvero contenere tutti noi. Come professionista, conoscevo il valore di un lavoro sostenibile a lungo termine [00:21:00], il tipo di lavoro che ti permette di continuare a fare questo lavoro senza sacrificare il tuo corpo, la tua salute o la tua famiglia.

Cara Thurman: E sapevo anche quanto diseguale possa essere l'accesso a questi lavori. L'equità e l'inclusione in questo ambito non possono fermarsi ai pazienti. Devono estendersi anche agli operatori sanitari. Perché se solo alcune persone possono permettersi di svolgere questo lavoro, se la sostenibilità è riservata a chi ha risorse finanziarie o sostegno esterno, allora i nostri sistemi non sono inclusivi, per quanto compassionevoli possano apparire.

Cara Thurman: L'accesso a lavori significativi e supportati è una delle forme di equità più importanti che possiamo offrire. Lavori che permettano ai professionisti di creare, di prendersi cura profondamente degli altri e di sostenere se stessi e le proprie famiglie. Lavori che accolgano persone di diversa provenienza, esperienze di vita e identità, non chiedendo loro di sacrificarsi, [00:22:00] ma costruendo strutture che permettano loro di prosperare.

Cara Thurman: Mi impegno profondamente a fornire massaggi oncologici a basso costo o gratuiti a pazienti, familiari e sopravvissuti. Questi obiettivi non sono in conflitto. Fanno parte della stessa equazione. Accesso per i pazienti, sostenibilità per i professionisti. Non si tratta di un'alternativa tra l'uno o l'altro.

[00:22:26] La trappola della modella solista

Cara Thurman: Questo è il lavoro, ma ecco la tensione.

Cara Thurman: L'ho visto e l'ho vissuto più e più volte. Il modo in cui siamo stati formati rispetto a ciò che funziona realmente: ci è stato detto di essere indipendenti. Di essere i vostri capi. Di lavorare da soli, di farvi pagare a ore. Di non dipendere da nessuno. E in apparenza questo consiglio. Il consiglio fa sentire davvero bene. Il lavoro in solitaria può sembrare più veloce, più facile, più controllato e, sul momento, può sembrare liberatorio. [00:23:00]

Cara Thurman: Ecco la verità. Più facile non significa più efficace, e non significa sostenibile. Il costo del lavoro in solitaria è un vero e proprio esaurimento, instabilità finanziaria, isolamento emotivo e il ritiro anticipato da questa professione. Come massaggiatori, non siamo stati formati per costruire sistemi. Siamo stati formati per sopravvivere al loro interno.

Cara Thurman: Voglio che ogni professionista che ascolta queste parole sappia che non è segno di debolezza se avverte questa pressione. Il modello attuale non è sostenibile e non lo è mai stato. Per questo motivo abbiamo creato qualcosa di diverso ad Atlanta, un luogo in cui il lavoro può essere profondamente significativo e veramente sostenibile sia per chi lo svolge sia per chi lo riceve.

Cara Thurman: Perché quando l'accesso per i pazienti si allinea con la sostenibilità per i professionisti, è allora che il lavoro [00:24:00] diventa reale ed è allora che il lavoro può essere duraturo. C'è stato un momento nel mio percorso in cui ho realizzato qualcosa che non avevo ancora completamente nominato, ma che potevo sentire. Questo lavoro a cui tenevo così tanto non era destinato a essere portato avanti da sola.

Cara Thurman: Nei primi anni, ho fatto quello che fanno in tanti. Mi sono fatta avanti ovunque potessi. Ho detto sì alle opportunità. Ho lavorato sodo per costruire fiducia, per imparare a crescere e per portare questo lavoro in contesti in cui non sempre veniva compreso.

[00:24:34] Mentori e insegnamento

Cara Thurman: E parallelamente, ho continuato a investire nella mia formazione, imparando da realtà come Greet the Day di Tracy Walton and Associates e da Oncology Massage of the Carolinas.

Cara Thurman: E partecipavo anche a conferenze tenute all'interno di importanti centri oncologici come l'MD Anderson. Avevo una gran voglia di imparare, ma a un certo punto imparare per me stessa ha smesso di sembrarmi sufficiente. Così, non appena ho potuto, ho iniziato a portare con me dei membri del team. Non perché fosse facile e certamente non perché fosse economicamente conveniente, ma perché qualcosa dentro di me sapeva che se questo lavoro voleva crescere in modo significativo, dovevamo crescere insieme.

Cara Thurman: Volevo che condividessimo un linguaggio comune, uno standard comune, un senso di responsabilità condiviso per l'assistenza che stavamo fornendo lungo il percorso. Sono stata profondamente supportata da mentori come Lucy Allen e Carolyn Teague, persone che mi hanno vista con chiarezza, mi hanno guidata con generosità e hanno plasmato il modo in cui comprendo questo lavoro.

Cara Thurman: Per questo, sono profondamente grata. Mi hanno aiutato a vedere qualcosa che ha cambiato completamente la mia traiettoria. La conoscenza che stavo acquisendo non doveva solo essere praticata, doveva essere insegnata. Questa consapevolezza mi ha portato a sviluppare il mio corso di formazione continua in massoterapia oncologica [00:26:00] e alla fine ho ottenuto la certificazione NCBT e B per insegnare quel corso.

Cara Thurman: L'insegnamento è diventato un altro modo per estendere il lavoro di rafforzamento non solo dei singoli individui, ma anche della collettività.

[00:26:17] La collaborazione crea sistemi

Cara Thurman: E mentre tutto ciò si svolgeva, ho iniziato a entrare nei sistemi ospedalieri, creando, uno alla volta, programmi di oncologia e massoterapia rivolti ai pazienti. Spesso mi ritrovavo seduta a dei lettini dove la massoterapia non era sempre ben compresa.

Cara Thurman: Stavo imparando a tradurre ciò che facciamo in un linguaggio di cui medici, infermieri e amministratori potessero fidarsi. Non è stato né veloce né facile, ma è stato un processo costante. Relazione dopo relazione. Conversazione dopo conversazione, si è costruita la fiducia e poi qualcosa ha cominciato a succedere. [00:27:00] Le persone hanno iniziato a vedere il lavoro, non solo a sentirne parlare, ma a vederne veramente l'impatto.

Cara Thurman: I programmi hanno iniziato a crescere. Ci siamo espansi nei centri di infusione, nelle strutture di ricovero e insieme abbiamo iniziato a ricevere segnalazioni direttamente dai team di oncologia e cure palliative. Queste segnalazioni significavano qualcosa. Significavano che non lavoravamo più in prossimità dell'assistenza, ma che ne stavamo diventando parte integrante. Allo stesso tempo, ho iniziato a contattare organizzazioni non profit.

Cara Thurman: Ma invece di portare un modello fisso, sono arrivata con delle domande. Ho ascoltato. Ho prestato attenzione a ciò di cui ogni organizzazione aveva bisogno e insieme abbiamo costruito programmi in linea con la loro missione, invece di chiedere loro di adattarsi alla nostra. Ogni partnership è diventata un ecosistema a sé stante. Progettato per creare valore reale per l'organizzazione e un reale [00:28:00] accesso alle cure per le persone che servivano.

Cara Thurman: Col tempo, ciò che è emerso è stato qualcosa di molto più grande di una semplice raccolta di sforzi individuali. Si è trasformato in un sistema di programmi professionalizzati, programmi su cui gli ospedali potevano fare affidamento, non solo apprezzare. Perché ciò di cui i sistemi sanitari hanno bisogno in definitiva non è solo passione. Hanno bisogno di struttura. Hanno bisogno di copertura affinché i pazienti ricevano un supporto costante.

Cara Thurman: È necessaria coerenza, affinché l'assistenza venga erogata con una formazione e standard condivisi. È fondamentale la responsabilità professionale e la continuità delle cure, in modo che l'assistenza non si limiti a momenti isolati per i pazienti. Ma, nell'ambito dell'intera esperienza del paziente, questi non sono aspetti che una sola persona può gestire da sola.

Cara Thurman: Queste sono cose che richiedono un team. È lì che è avvenuto il cambiamento per me [00:29:00]. Ho iniziato a capire che la collaborazione non era una limitazione. Era un'espansione. Non si trattava di rinunciare all'indipendenza o di perdere la propria identità, o di diventare meno un professionista individuale. Si trattava di moltiplicare ciò che era possibile.

Cara Thurman: Perché da soli possiamo assistere decine di pazienti, ma insieme possiamo cambiare il modo in cui vengono erogate le cure, ed è proprio questo l'invito di oggi. Vorrei che ognuno di voi considerasse che potrebbe esserci un altro modo di svolgere questo lavoro, un modo che non vi costringa a farlo da soli. Un modo che vi permetta di costruire qualcosa di sostenibile, qualcosa di collaborativo, qualcosa che vada oltre le vostre capacità individuali: questo modo esiste.

Cara Thurman: È possibile, e sta già accadendo qui ad Atlanta. La domanda è : come potresti inserirti in questo contesto?

[00:30:05] Lavoro invisibile e valore

Cara Thurman: Negli ultimi anni, il mio lavoro si è esteso nuovamente oltre i miei team, coinvolgendo una comunità più ampia. Ho avuto l'opportunità di intervenire a conferenze, di insegnare online e di collaborare con infermieri specializzati e altri professionisti sanitari per sviluppare programmi clinicamente validi, basati sulla consapevolezza del trauma e scientificamente fondati.

Cara Thurman: E in tutto questo, una verità è rimasta costante. Gran parte del lavoro che svolgiamo è invisibile. La massoterapia e l'assistenza, nel loro senso più completo, richiedono una presenza stabile e radicata. Richiedono un ascolto profondo, una comprensione sfumata e un livello di attenzione che non può essere facilmente misurato o ridotto a parametri.

Cara Thurman: E poiché è difficile da quantificare, storicamente [00:31:00] è stato sottovalutato e sottofinanziato. Spesso sostenuto da lavoro non retribuito o sottopagato. Non fraintendetemi, il volontariato ha il suo posto, lo ha sempre avuto e ovviamente lo avrà sempre. Ma quando l'assistenza dipende dal sacrificio per esistere, dobbiamo chiederci: quanto costa alle persone che lo offrono, perché, come tutti sappiamo, questo lavoro ha un peso.

Cara Thurman: Peso emotivo, peso fisico, peso morale. E quando non riusciamo a nominarlo, falliamo, falliamo nei confronti delle persone che portano quel peso ogni singolo giorno. La chiarezza che ho acquisito in quegli anni, sdraiata sveglia accanto a mio figlio, seduta al capezzale dei pazienti, imparando cosa si provasse a vivere l'incertezza dall'interno, non mi ha mai abbandonata.

Cara Thurman: Continua a plasmare il mio modo di insegnare, [00:32:00] di praticare e di guidare. È anche il motivo per cui questo lavoro è diventato così profondamente personale in un modo diverso, perché non sono qui solo come professionista o come qualcuno che costruisce sistemi di cura. Sono qui anche come paziente che vive in un corpo che, come tutti i corpi, richiederà più cure nel tempo.

Cara Thurman: Con la consapevolezza che il mio bisogno di tale assistenza probabilmente arriverà prima e con maggiore intensità, e questo cambia il modo in cui una persona vede le cose, costruisce le cose. Sposta l'attenzione dalle

soluzioni immediate verso una responsabilità a lungo termine verso ciò che continuerà a sostenerci quando i ruoli inevitabilmente cambieranno.

Cara Thurman: Perché non sto costruendo questi programmi solo per coloro che servo oggi, ma anche per le cure di cui so di aver bisogno per tutta la vita, dato che il mio cuore continua a richiedere sempre più supporto nel tempo. Man mano che la mia condizione evolve, il mio cuore richiederà un supporto sempre maggiore e, col tempo, questo sforzo si estenderà oltre il cuore e influenzerà altri sistemi del mio corpo.

Cara Thurman: Avrò bisogno di questo tipo di cure più spesso, e lo dico non come qualcosa di tragico, ma come qualcosa di chiarificatore. Si tratta di sostenibilità. Si tratta di continuità e di accesso. Si tratta di dignità per ogni persona che riceve cure e per ogni operatore sanitario che le fornisce. Si tratta di costruire sistemi che non dipendano dal sacrificio individuale per sopravvivere, sistemi che siano abbastanza forti, supportati e valorizzati da durare nel tempo.

Cara Thurman: Perché la verità è che questa non è solo la mia storia. [00:34:00] Ognuno di noi, a un certo punto, si troverà da una parte o dall'altra del tavolo. Saremo noi a offrire assistenza e saremo noi ad averne bisogno. Quindi la domanda diventa: cosa stiamo costruendo ora che ci sosterrà in futuro? Questa storia è un invito, non solo a fare meglio il nostro lavoro, ma anche a prenderci cura meglio delle persone che lo svolgono.

Cara Thurman: Costruire sistemi fondati su equità, inclusione, dignità e sostenibilità, in cui sia i pazienti che gli operatori sanitari possano prosperare. Per questo, per ogni professionista dell'oncologia integrativa, inclusi massaggiatori ed estetisti, questo lavoro è più grande di ognuno di noi, e quando collaboriamo con integrità, rigore clinico e profondo rispetto per l'esperienza umana, ne traiamo beneficio.

Cara Thurman: [00:35:00] Riduciamo le barriere, innalziamo gli standard e creiamo un continuum di cure che onora veramente la persona nella sua interezza. Perché il modo in cui ci prendiamo cura delle persone nei momenti di maggiore vulnerabilità rivela ciò che apprezziamo veramente. E questo non è ipotetico, è reale. Ciò che ho compreso attraverso la malattia, la maternità, il dolore.

Cara Thurman: Attraverso questo lavoro, emerge la consapevolezza che la cura non riguarda mai solo la persona seduta al tavolo. Non lo è mai stata. Riguarda tutto ciò che circonda quel momento. I sistemi che costruiamo, le strutture su cui facciamo affidamento e le persone che, in silenzio, si prendono

cura di ciò che non si può misurare. Il peso emotivo, la presenza fisica, la responsabilità etica di essere presenti, ancora e ancora, in contesti in cui gli esiti sono incerti.

Cara Thurman: [00:36:00] La nostra presenza conta, e per molto tempo, gran parte di questo è rimasto invisibile, ma quando qualcosa rimane invisibile, viene sottovalutato, e quando viene sottovalutato, diventa insostenibile. Quindi, se prendiamo sul serio l'accesso, intendo veramente sul serio, allora dobbiamo essere altrettanto seri riguardo alle persone che forniscono l'assistenza.

Cara Thurman: Perché l'equità non si ferma al paziente. Si estende al professionista, alla sua volontà di continuare a svolgere questo lavoro, al suo sostegno alle famiglie e alla sua vita, alla sua capacità di portare la propria umanità nella stanza senza sacrificarsi per farlo.

[00:36:48] Invito e prossimi passi

Cara Thurman: Questo è il momento in cui qualcosa può cambiare, e non solo in teoria, ma anche nella pratica.

Cara Thurman: Perché i sistemi non cambiano tutti in una volta. [00:37:00] Cambiano in base alle decisioni che prendiamo. Quindi ecco l'invito. Non a fare tutto diversamente domani, ma a costruire qualcosa, e non a costruire qualcosa di enorme dall'oggi al domani, ma a fare un piccolo passo coraggioso e realizzabile se la collaborazione sembra scomoda. Ha senso.

Cara Thurman: Alla maggior parte di noi è stato insegnato a svolgere questo lavoro da soli, ma se fosse proprio questo l'aspetto che deve cambiare? Quindi, prima di andarvene oggi, vorrei che sceglieste un'azione. Potreste individuare un professionista con cui collaborare. Potreste iniziare una conversazione con un altro professionista sanitario. Oppure potreste porvi una nuova domanda, magari del tipo: in che modo potrei collaborare per rendere il mio lavoro più efficace, per rafforzare la mia pratica professionale?

Cara Thurman: Ed è proprio questo. Perché non cresce attraverso la pressione, cresce attraverso la connessione. Attraverso il tendere la mano, attraverso la volontà di non farlo da soli, attraverso il trovarsi a vicenda. E quando lo facciamo, quando iniziamo anche in piccoli modi a condividere la responsabilità della cura, non solo ci sosteniamo a vicenda. Cambiamo ciò che è possibile per noi stessi, per i nostri pazienti e per il futuro di questo lavoro.

Cara Thurman: E se c'è una cosa che spero vi rimanga impressa oggi, è questa: il vostro lavoro è importante. La vostra presenza è importante non solo per le persone che servite, ma anche per i sistemi. Stiamo tutti insieme plasmando il futuro, e non siete destinati a portare avanti questo compito da soli. La cura che offriamo ai nostri pazienti, quella presenza, quell'attenzione, quell'umanità.

Cara Thurman: È la stessa cura [00:39:00] che dobbiamo offrirvi a vicenda. E quando lo facciamo, quando iniziamo a sostenerci a vicenda con la stessa intenzione che portiamo in quella stanza, questo lavoro non solo continua, ma diventa sostenibile, diventa condiviso e diventa qualcosa che può davvero contenere tutti noi.

[00:39:23] Ringraziamenti finali

Cara Thurman: Grazie mille per esservi uniti a me oggi.

Cara Thurman: Non vedo l'ora di parlare con voi nella sessione di domande e risposte.

[00:39:32] Introduzione al cancro della testa e del collo con Holly McMillan

[00:39:32] Benvenuto e ripristino

Holly McMillan: Ciao a tutti.

Holly McMillan: Grazie per esservi uniti a me oggi. Mi chiamo Holly McMillan e oggi parleremo di una serie di argomenti relativi al cancro della testa e del collo, dal trattamento oncologico alle raccomandazioni terapeutiche e agli aggiustamenti ai piani di trattamento, fino ad alcune ricerche aggiornate in questo campo.

[00:39:52] Avvertenze e avviso sui contenuti

Holly McMillan: Bene, passiamo subito alle dichiarazioni di non responsabilità: sono una dipendente del MD Anderson Cancer Center. Questa presentazione contiene foto esplicite [00:40:00]. Tutte le immagini dei pazienti che vedete oggi sono state fornite con il loro consenso e sono state condivise al

fine di migliorare la formazione. Vi chiedo quindi di non scattare foto ai pazienti presenti in questa lezione.

[00:40:17] Statistiche sul cancro alla testa e al collo

Holly McMillan: Innanzitutto, è importante parlare di tutti i tumori negli Stati Uniti, in modo da poter comprendere appieno la posizione dei tumori della testa e del collo nel quadro generale del cancro. Negli Stati Uniti, nel 2025, sono stati documentati oltre 2 milioni di nuovi casi, con oltre 600.000 decessi, e i casi di cancro già esistenti sono oltre 22 milioni.

Holly McMillan: Quindi, dove si colloca il tumore della testa e del collo? Dove ci troviamo in questo contesto? In questo grande numero. E se guardate questo grafico negli Stati Uniti dal 1975 al 2021, quando analizziamo i dati tra uomini e donne, possiamo vedere i sette o otto tumori più frequenti. E come previsto, per gli uomini il tumore più diffuso è quello alla prostata, mentre per le donne è quello al seno.

Holly McMillan: Ma quello che non vedrete qui sono i tumori della testa e del collo che figurano tra i primi otto.

Holly McMillan: Passando alle proiezioni aggiornate dal 2021 al 2025, purtroppo il numero di pazienti affetti da tumore alla testa e al collo è aumentato, e ora rientra tra le prime 10 cause di cancro per gli uomini. In realtà, è all'ottavo posto, mentre per le donne in generale è al tredicesimo. Il tumore alla testa e al collo è la dodicesima neoplasia più comune.

Holly McMillan: Anche se rappresenta solo circa il 4% degli incidenti, quindi solo circa il 4% di tutti i nuovi casi di cancro, se si guarda al numero assoluto, la cifra supera i 42.000. Quindi, pur essendo una percentuale bassa, si colloca comunque in una posizione piuttosto elevata nel numero di persone a cui viene diagnosticato un tumore alla testa e al collo. E ripeto, questo dato si riferisce solo agli uomini.

Holly McMillan: Quindi abbiamo anche l'aggiunta delle donne. Oltre il 90% di questi tumori della testa e del collo vengono diagnosticati come carcinoma a cellule squamose. [00:42:00]

Holly McMillan: E noi prendiamo in considerazione i casi prevalenti o esistenti. Quindi questi sono i pazienti che abbiamo in carico. Molto

probabilmente. Si tratta di pazienti che hanno ancora un tumore alla testa e al collo. Stanno affrontando gli effetti che potremo osservare nel 2025. Per gli uomini, questo numero supera i 300.000 pazienti. Si prevede che questo numero aumenterà ulteriormente nel prossimo decennio.

Holly McMillan: Quindi, per il 2035, si prevedono oltre 400.000 casi di pazienti affetti da tumore alla testa e al collo. Questi numeri continuano ad aumentare, soprattutto tra gli uomini. Si aggiungono poi anche le donne. Un'altra statistica importante sul tumore alla testa e al collo è che il 72% di questi tumori si sviluppa nell'orofaringe ed è positivo al papillomavirus umano (HPV).

Holly McMillan: Parleremo più approfonditamente dell'HPV tra un attimo. Rispetto al 2022, si è registrato un aumento dei tassi di incidenza. Quindi si verificano sempre più nuovi casi, quasi 6.000 casi in più all'anno. E si registra anche un aumento di circa 1.500 decessi all'anno, secondo la media grezza. Quindi, se consideriamo tutto insieme, la sopravvivenza a cinque anni è di circa il 70%, ovvero un aumento di tre.

Holly McMillan: Questa è una notizia fantastica. I tassi di sopravvivenza sono in aumento. Il cancro alla testa e al collo è più comune negli uomini che nelle donne. Il rapporto è di circa tre a uno, e l'età media alla diagnosi è di 65 anni, quindi quasi l'età pensionabile. Per quanto riguarda razza ed etnia, osserviamo prevalentemente uomini bianchi non ispanici, nonché nativi americani e nativi dell'Alaska.

[00:43:34] Anatomia e principali sottostiti

Holly McMillan: L'anatomia e la fisiologia della testa e del collo sono piuttosto uniche. Abbiamo un panorama molto interessante. A volte le persone confondono ciò che effettivamente si intende per testa e collo. Molti pensano che sia tutto ciò che si trova al di sopra della clavicola, ma in realtà è una zona ben precisa. Si tratta della parte superiore del tratto aerodigestivo.

Holly McMillan: Quindi questi confini includono superiormente, arriviamo fino alla base del cranio, inferiormente fino alla [00:44:00] trachea, ma non includono la trachea anteriormente al naso e posteriormente alla parete faringea. Quindi possiamo vedere, non so se riuscite a vedere il mio mouse qui, ma stiamo delineando quest'area qui

Holly McMillan: e cosa non rientra nella regione testa-collo? A volte si pensa che una determinata area rientri in questa categoria, ma in realtà non è così.

L'esofago, la colonna cervicale, i polmoni, la trachea e il cervello sono tutti ambiti specifici con i propri specialisti. Quindi, tra le regioni anatomiche che rientrano nella testa e nel collo troviamo la cavità orale, la faringe e la laringe.

Holly McMillan: È importante. Volevo solo evidenziare alcune di queste sottosedi che potreste incontrare. Quando i pazienti vengono in ambulatorio, potrebbero parlarvene oppure potreste trovarne traccia nei referti. Per quanto riguarda il cavo orale, abbiamo la lingua vera e propria, la lingua orale che si vede in bocca, il pavimento della bocca, ovvero la zona sottostante, la linea gengivale, la mandibola e il mascellare superiore.

Holly McMillan: Quindi le ossa, retromolare, trigono, quell'area dietro il molare mandibolare che si estende verso l'alto. [00:45:00] E poi la guancia e le labbra. La faringe è piuttosto grande e comprende il rinofaringe, l'orofaringe e l'ipofaringe. Quindi è suddivisa in tre regioni. E da lì abbiamo anche delle sottosedi.

Holly McMillan: Quindi, più comunemente, ciò di cui si sente parlare è l'orofaringe, ovvero la tonsilla alla base della lingua. Questa è, ripeto, una regione primaria per i tumori correlati all'HPV, così come il palato molle e la parete faringea posteriore. L'ipofaringe si trova più in basso. Si tratta del seno piriforme, l'apertura appena prima dell'esofago, della regione post-cricoidea e della parete faringea posteriore.

Holly McMillan: E poi abbiamo la laringe, quindi l'area appena sopra, proprio al livello delle corde vocali e appena sotto quello spazio.

[00:45:42] Funzioni e viste SLP

Holly McMillan: E perché ci interessa? Giusto? Perché la testa e il collo sono così importanti per molti di noi? Non solo questi pazienti sono assolutamente fantastici, ma la testa e il collo sono davvero responsabili di molte funzioni chiave.

Holly McMillan: La respirazione è molto importante, così come la comunicazione e la deglutizione. Quindi, quando la comunicazione e la deglutizione sono compromesse e vengono rimosse dalla tabella [00:46:00], i dati mostrano che la qualità della vita, la qualità della vita, ne risente davvero.

Holly McMillan: Come logopedista, ho anche una prospettiva particolare sulla testa e sul collo, e vorrei condividerla con voi oggi. Non so quanto sia comune per voi questo tipo di accesso, ma io lo trovo affascinante. E se chiedete queste

informazioni a voi stessi, ai vostri pazienti o ai vostri clienti, probabilmente avranno a disposizione queste registrazioni, qualora desideriate consultarle per aiutarvi nella pianificazione del trattamento.

Holly McMillan: Questa è la stroboscopia laringea, quindi inseriamo la telecamera attraverso il naso e la facciamo scorrere lungo il pavimento della bocca. La facciamo uscire qui dietro, vicino al palato, e guardiamo verso il basso. Quindi è una vista dall'alto verso il basso della faringe e della laringe. Usiamo una luce stroboscopica intermittente per rallentare la forma d'onda delle corde vocali, in modo da poterle vedere a occhio nudo. [00:47:00]

Holly McMillan: Qui possiamo vedere queste bande bianche. Si tratta delle corde vocali. Nella parte superiore dello schermo abbiamo le OID, e questo è il vestibolo laringeo, ed ecco come dovrebbe apparire. Un'altra visualizzazione interessante è lo studio della deglutizione con bario modificato. I vostri pazienti lo faranno sicuramente, quindi è un esame piuttosto utile che potete richiedere, di nuovo, solo per osservare la vista laterale, ma potete vedere come si muovono queste strutture e i tessuti molli durante la funzione.

Holly McMillan: Quindi, giusto per orientarvi, chiederò al paziente di rigurgitare questo. Ecco. Quindi, possiamo vedere la colonna vertebrale, possiamo vedere la base del cranio qui. La mandibola, il materiale nero che vedrete scendere in realtà è bianco e si chiama bario, ma appare nero ai nostri occhi sotto fluoroscopia.

Holly McMillan: Quindi stiamo esaminando la funzione di deglutizione nella bocca, nell'orofaringe, e poi giù nella faringe e nell'esofago. Questi sono liquidi fluidi. [00:48:00] Si può vedere quanto velocemente quella piega scende. Questo è budino e si può vedere tutto muoversi abbastanza chiaramente lungo il percorso corretto dall'orale all'esofago.

Holly McMillan: Questa è l'ultima vista particolare, ma si tratta di una valutazione endoscopica a fibre ottiche della deglutizione. La chiamiamo FES. E ancora, questo è un esame della deglutizione dall'aspetto normale. Questa specie di forma a cavallo che vedrete qui dalla vista dall'alto. Di nuovo, abbiamo percorso il pavimento del naso. Guardando in basso si vede l'epiglottide.

Holly McMillan: Ora osserviamo, possiamo vedere l'intera faringe e ci sposteremo verso il basso, nella laringe.

Holly McMillan: Vado a dare un'occhiata

Holly McMillan: comunque, si possono vedere le cose muoversi mentre il paziente parla. Quindi, di nuovo, questa è la sua laringe. Laringe, vista in avanti. Okay. Va bene. Ancora una volta. Stai bene? Sì. Un altro drink. Quindi, quando [00:49:00] il paziente deglutisce, vediamo un'immagine bianca. Tutti i tessuti si uniscono per quella frazione di secondo. La telecamera si chiude e poi si riapre.

Holly McMillan: Vedrete un residuo bianco. Si tratta semplicemente dei residui di ciò che ha ingerito. Bevete un sorso, tenetelo in bocca e poi deglutite. Forza.

Holly McMillan: Una prospettiva piuttosto unica e, se avete accesso a immagini simili dei vostri pazienti, possono essere utili per la pianificazione del trattamento e per il raggiungimento di risultati funzionali ottimali. Questa immagine serve solo come riferimento per la visualizzazione dell'anatomia. Ho elencato tutte le sottostrutture a lato e poi ho mostrato come appare la visualizzazione se si ha accesso all'endoscopia o alla fluoroscopia, in modo che possiate visualizzarla in un secondo momento, se vi è utile.

[00:49:43] Fattori di rischio e HPV

Holly McMillan: Quindi, i fattori di rischio per il cancro alla testa e al collo sono tre. La prevalenza del fumo di tabacco è di circa il 20% della popolazione statunitense. La buona notizia è che gli sforzi per smettere di fumare stanno dando i loro frutti e si registra una massiccia diminuzione del numero di fumatori che vediamo decennio dopo decennio . Il tasso di mortalità per cancro è oltre 10 volte superiore per i fumatori.

Holly McMillan: Alcol. Di per sé, l'alcol è un fattore di rischio indipendente piuttosto debole, ma quando è combinato con il tabacco, il rischio aumenta. E poi c'è il papillomavirus umano, o HPV. Questo è un fattore di rischio causale a sé stante. Non è necessario essere fumatori o bevitori. Si può sviluppare un tumore alla testa e al collo anche solo a causa dell'HPV.

Holly McMillan: Parleremo più approfonditamente dei migliori tassi di sopravvivenza e delle coorti più giovani non fumatrici. È interessante notare che siamo appena usciti da una pandemia, ma negli ultimi due decenni abbiamo attraversato un'epidemia che probabilmente continuerà. Osserviamo un aumento del numero di pazienti affetti da tumore dell'orofaringe.

Holly McMillan: Come potete vedere, l'aumento in quella linea per l'orofaringe a partire dal 2010 fino al 2030, quel numero continua ad aumentare a causa dell'HPV e l'HPV è diverso. [00:51:00] Ed è questo che voglio sottolineare.

Quindi, se avete pazienti che vengono da voi, è importante capire il loro stato HPV per capire le potenziali differenze negli esiti del trattamento, il trattamento stesso e i tassi di sopravvivenza complessivi.

Holly McMillan: Qui possiamo vedere le curve di sopravvivenza. I soggetti HPV positivi sono in alto. Si tratta di un periodo di cinque anni. Lo si può vedere nella parte inferiore. A lato, vediamo la sopravvivenza complessiva, che va dallo zero al cento per cento. In questa coorte, i soggetti HPV positivi hanno tassi di sopravvivenza significativamente migliori rispetto ai soggetti HPV negativi.

Holly McMillan: Se consideriamo la soglia dei cinque anni, ci troviamo nell'ottanta, ottantacinque per cento per i casi positivi all'HPV (90%). E i casi negativi all'HPV sono inferiori al 50%. Quindi c'è una netta distinzione tra i due.

Holly McMillan: Quindi non solo per i tassi di sopravvivenza, ma anche per la sede anatomica. Queste sono semplicemente differenze tra i tumori HPV positivi e HPV negativi. Quindi la sede anatomica, tonsille e base della lingua sono le aree primarie. Per l'HPV positivo. Tutte le sedi sono colpite da [00:52:00] HPV negativo età. Per l'HPV positivo, abbiamo i pazienti più giovani.

Holly McMillan: Lo status socioeconomico tende ad essere più elevato in coloro che sono HPV, il comportamento sessuale è il fattore di rischio, mentre per i soggetti HPV negativi, tende ad essere l'alcol e il tabacco. Per i soggetti HPV positivi, abbiamo anche un aumento dell'incidenza. Quindi questi numeri continuano ad aumentare mentre il fumo e l'alcol, i casi HPV negativi continuano a diminuire.

[00:52:30] Modelli di messa in scena e di diffusione

Holly McMillan: Quindi anche il cancro della testa e del collo ha una classificazione TNM. Questa sta per tumore, linfonodi e metastasi. I vostri pazienti avranno uno stadio TNM. Questi sono fondamentali per capire, ancora una volta, il tipo di trattamento che riceveranno e come ci aspettiamo che siano i loro risultati. TX e x. E MX significa semplicemente che non siamo in grado di valutarlo completamente.

Holly McMillan: E poi il tumore passa da T zero a T quattro, aumenta di dimensioni. T quattro è il più grande e significa che il tumore ha invaso [00:53:00] le strutture adiacenti. Quindi, lo stato dell'osso, del nervo, dello scanner, degli altri vasi sanguigni e dei linfonodi è davvero importante da capire come predittore di sopravvivenza. Di nuovo, va da N zero a N tre.

Holly McMillan: Ci dirà se si trova sui linfonodi, sullo stesso lato del tumore o sul lato opposto del collo, oltre alle dimensioni. Le metastasi sono solitamente rare alla diagnosi iniziale. E se le riscontriamo, si trovano nei polmoni. Ma in genere osserviamo M0, nessuna metastasi a distanza. Quindi, in una regione più distante, o M1, riscontriamo metastasi a distanza.

Holly McMillan: Quindi, in termini di metastasi regionali per la testa e il collo, sono in qualche modo prevedibili, il che è utile come medico. Possiamo usarlo in qualche modo nella diagnosi differenziale. Quindi, quando un paziente si presenta da te, diciamo con un tumore del cavo orale, le sue aree di drenaggio, le sue aree di drenaggio linfatico dovrei dire sono i livelli di.

Holly McMillan: Uno a, uno, B, due e tre, ed è, l'ho evidenziato qui in blu per te. Quindi se questo paziente si presenta, è preoccupato per una recidiva e noi [00:54:00] vediamo gonfiore in questa regione, potrebbe essere una buona indicazione che dobbiamo rimandarlo al team di cura primario se sembra una massa solida. Se questi pazienti si presentano e hanno, sai, un po' di edema generalizzato, diciamo nel trapezio, quindi sono un po' meno preoccupata per una metastasi effettiva correlata a questo cancro del cavo orale, è improbabile in quella via.

Holly McMillan: Quindi, ancora una volta, si tratta solo di aiutare a capire i segnali d'allarme. L'orofaringe è evidenziata qui in verde, la laringe. L'ipofaringe è evidenziata qui in giallo, e poi i tumori della tiroide, che vediamo spesso. Si trovano più in basso, alla base del collo. E qui sono evidenziati in color pesca. Di nuovo, metastasi a distanza.

Holly McMillan: Quindi la diffusione si è spostata dalla sede primaria a parti distanti del corpo, non solo al collo. Per i tumori della cavità orale, della faringe e della laringe, tendiamo a vedere le metastasi nei polmoni, nel fegato e nei linfonodi mediastinici che si estendono fino al torace.

[00:54:58] Panoramica e evoluzione del trattamento

Holly McMillan: Quindi [00:55:00] il trattamento oncologico del cancro della testa e del collo dipende dal tipo di cellula, dalla sede e dallo stadio della malattia.

Holly McMillan: Quindi la sede primaria è il punto in cui il cancro si sviluppa inizialmente e può determinare il comportamento del tumore. Dove si diffonderà? Come si propagherà? Quali sintomi è probabile che si manifestino? Questi trattamenti sono simili a quelli per i tumori in altre parti del corpo. Chirurgia, terapia sistemica e radioterapia, possono essere somministrati singolarmente o in combinazione come trattamento definitivo.

Holly McMillan: Questo è il trattamento mirato primario per la sopravvivenza o adiuvante. Pensatelo come un trattamento aggiuntivo. I vostri pazienti potrebbero essere sottoposti a induzione adiuvante o neoadiuvante. Quindi, ad esempio, potreste ricevere chemioterapia neoadiuvante. La chemioterapia viene somministrata prima dell'intervento chirurgico primario o della radioterapia per contribuire a ridurre le dimensioni del tumore.

Holly McMillan: Concomitante significa semplicemente che abbiamo due trattamenti che avvengono contemporaneamente, come chemioterapia, radioterapia o terapia di salvataggio post-operatoria. Dopo l'intervento chirurgico possiamo quindi offrire terapia sistemica o radioterapia. C'è stata un'evoluzione nel trattamento del cancro alla testa e al collo. Prima del 1900, tutti venivano operati, fino al 1940.

Holly McMillan: La radioterapia è stata introdotta negli anni Settanta. L'arrivo della chemioterapia negli anni Ottanta, delle terapie biologiche mirate e poi dell'immunoterapia intorno al 2010. Quindi, ad oggi, gli interventi chirurgici primari a scopo curativo prevedono la radioterapia e il trattamento primario prevede chirurgia e radioterapia.

Holly McMillan: La chemioterapia in combinazione è solitamente riservata ai casi di malattia in stadio avanzato. A differenza di altri tumori in cui la chemioterapia può essere il trattamento primario, in questo caso è riservata ai casi di malattia più avanzata nella regione testa-collo. Le strategie di trattamento primario, che ho suddiviso per sottosedì, sono le seguenti. Ad esempio, per il cavo orale, il trattamento primario è la chirurgia.

Holly McMillan: La radioterapia o la chemioterapia sono adiuvanti. Pensate a quando estirpate un'erbaccia dal vostro giardino: si tratta di un intervento chirurgico, perché la rimuovete fisicamente. Poi, se spruzzate un diserbante sul retro, quello è il trattamento adiuvante. In questo caso, si rimuove il tumore e

poi si utilizzano la radioterapia o la chemioterapia per assicurarsi che non vi siano residui tumorali.

Holly McMillan: Non spunteranno nuove erbacce per il rinofaringe. Orofaringe, ipofaringe e laringe. I trattamenti primari sono tutti radioterapia, chemioterapia adiuvante per orofaringe, ipofaringe e laringe. Se si tratta di un tumore molto piccolo, quindi un T1 o un T2, il chirurgo può procedere con la chirurgia robotica transorale. Se è più grande e interessa la laringe e l'ipofaringe, eseguiremo un intervento chiamato laringectomia totale o laringofaringectomia totale.

Holly McMillan: Rimuoveremo l'intero sito e la struttura.

[00:57:49] Tipi di intervento chirurgico e dissezione del collo

Holly McMillan: Quindi, per quanto riguarda la chirurgia delle cavità orali, la chirurgia è la procedura primaria. Se il paziente ha un tumore della lingua, si procede con una resezione della lingua [00:58:00]. Il nome della resezione della lingua dipende da quanta parte della lingua viene rimossa, quindi abbiamo glossectomia parziale, emi-subtotale e totale. Qui potete vedere le suddivisioni a seconda di quanta parte della lingua viene rimossa.

Holly McMillan: In questa foto del paziente, come potete vedere, in un caso di glossectomia subtotale, quel tessuto di colore rosa più scuro è l'unica parte di lingua nativa rimasta. Il resto è costituito da un lembo libero prelevato dalla coscia e inserito in bocca, a seguito di una resezione del pavimento buccale e della mascella, e in questo caso anche della resezione del palato duro, a seconda della quantità di tessuto rimosso.

Holly McMillan: Quindi abbiamo massimali parziali totali e per le infrastrutture.

Holly McMillan: Mandibola. Quindi, di nuovo, quanta parte della mandibola è stata rimossa? Abbiamo un'emetomia segmentale marginale. Ecco quindi anche le suddivisioni. La caratteristica principale dell'emetomia marginale è che il bordo della mandibola rimane intatto. È stato rimosso un pezzo, ma c'è ancora continuità intorno all'intera mandibola. [00:59:00] Emetomia segmentale.

Holly McMillan: La sezione è stata rimossa e ora c'è una discontinuità. Quindi c'è stata una vera e propria rimozione. C'è una rottura tra le due ossa qui in

queste foto. In realtà ho usato questa foto in alto solo per mostrare dove andrebbe la placca metallica. Quindi potete vedere che va dal lobo inferiore dell'orecchio fino al mento, passando per un lembo di tessuto molle dalla coscia.

Holly McMillan: Inoltre, il metallo non dovrebbe mai sporgere, ma questo era solo un buon esempio didattico per mostrarvi esattamente dove si allineano le placche. E poi, in basso, quando lo vedete nelle immagini, sembra una catena di bicicletta. E sì, mi rendo conto che questa mandibola è rotta, ma la stavamo cercando.

Holly McMillan: Ma si possono notare le sfumature qui nell'immagine, come appare sotto la pelle. E poi per il collo abbiamo la dissezione cervicale selettiva in cui rimuoviamo un gruppo specifico di linfonodi, ma tutte le strutture principali vengono preservate. Dissezione cervicale radicale modificata. I linfonodi vengono rimossi, ma almeno una struttura chiave viene lasciata indietro, o il nervo accessorio spinale [01:00:00], la vena giugulare interna o il processo sternale-colletto-mastoideo.

Holly McMillan: La maggior parte dei chirurghi si sta orientando verso questo modello, cercando di preservare il più possibile. E sempre meno spesso si assiste a dissezioni radicali del collo, in cui vengono rimossi i linfonodi, così come tutte le strutture critiche di quel lato. Ed è davvero importante che i terapeuti capiscano questo concetto: supponiamo che un paziente abbia un linfedema da un lato e gli sia stata asportata la vena giugulare interna.

Holly McMillan: Beh, è importante saperlo, perché se stiamo spostando quel fluido e la vena principale è stata rimossa, dove stiamo inviando questo fluido aggiuntivo? Come lo stiamo spostando?

[01:00:36] Nozioni di base sulle radiazioni ed effetti collaterali

Holly McMillan: Passando alle radiazioni, questa è l'immagine di un acceleratore lineare. Ecco come vengono somministrate le radiazioni. E un ingrandimento del viso.

Holly McMillan: Qui potete vedere una maschera. Questi pazienti hanno maschere che aderiscono come una seconda pelle. Sono così aderenti che sono praticamente fissate a un tavolo. E questo accade perché questi fasci di radiazioni hanno una precisione sub-millimetrica [01:01:00], quindi non c'è

spazio per questi pazienti per muoversi, altrimenti potremmo mancare il bersaglio con il fascio.

Holly McMillan: Quindi è fondamentale che rimangano immobili e in posizione per questo trattamento. La radioterapia a fasci esterni consiste in fasci ad alta energia focalizzati che trattano il tumore dall'esterno del corpo. In genere, si utilizzano protoni e fotoni. Spesso si osserva una tossicità cumulativa all'interno del campo di irradiazione. Ne parlerò più dettagliatamente nella prossima diapositiva.

Holly McMillan: Solitamente, a carico delle strutture neuromuscolari mucose e salivari, si osservano gonfiore e cicatrici. Oltre il 50% dei pazienti affetti da tumore alla testa e al collo riceve radioterapia, che di solito si svolge dal lunedì al venerdì per circa sei o sette settimane. Per quanto riguarda gli effetti collaterali, si riscontrano effetti acuti e tardivi.

Holly McMillan: Quindi potrebbero essere simili, potrebbero essere diversi. La chiave qui è rivedere il piano di radioterapia. Ne parlerò più o meno nel corso di questa lezione. E poi la tossicità, la dose di radiazioni dipende dal campo. Quindi dove vediamo dosi di radiazioni più elevate [01:02:00] somministrate, tendiamo a vedere una tossicità maggiore.

Holly McMillan: Questo è un esempio. Qui vediamo due campi di radiazione completamente diversi. Vi incoraggio, se possibile, ad accedere a questi campi di radiazione. In genere i pazienti hanno accesso alle proprie informazioni, quindi potete trovarle. Ma ripeto, questo è fondamentale se avete un paziente. A destra vediamo un campo bilaterale, con radiazioni su entrambi i lati e una dose piuttosto elevata.

Holly McMillan: Il piano di trattamento che il terapeuta prescrive potrebbe essere diverso rispetto a quello di un intervento unilaterale sull'altro lato. Aiuta a capire quali linfonodi sono stati colpiti in misura maggiore, dove è necessario drenare il liquido e dove è probabile che si manifesti la fibrosi. Questi elementi sono fondamentali per elaborare i piani di trattamento per i pazienti.

Holly McMillan: Quindi come funziona la radioterapia? Ripeto, usa quell'energia elevata per uccidere le cellule. Danneggiando il DNA, non riduce immediatamente il tumore. Uccide il DNA nel tumore. Il problema è che è molto efficace nell'uccidere [01:03:00] le cellule cancerose e anche le cellule normali, ed è per questo che è così importante sviluppare questi piani di radioterapia.

Holly McMillan: Ci sono diversi vantaggi e svantaggi. Questo è un argomento che verrebbe trattato in un'altra lezione, quella sui diversi tipi di fasci, protoni e fotoni. La modalità di erogazione è tipicamente a fascio esterno. Anche qui potete vedere il paziente sdraiato nell'acceleratore lineare con la maschera. I fasci provengono da diverse angolazioni.

Holly McMillan: Meno frequentemente vediamo la brachiterapia interna o con impianto. Si tratta di una terapia in cui le radiazioni vengono dirette direttamente nel tumore. Di solito viene utilizzata per i tumori del cavo orale in fase iniziale. Ma, ripeto, la vediamo raramente. Per quanto riguarda le alterazioni della pelle e dei tessuti molli, ciò che ci aspetteremmo nella fase acuta, come medici, è l'eritema.

Holly McMillan: Quindi rossore da secco a umido, declamazione. La pelle è fragile. C'è perdita di capelli. Può essere eccezionalmente doloroso al tatto. Anche se hanno solo il colletto della camicia o qualcosa che sfrega, può essere molto doloroso e subacuto o cronico. Possiamo vedere fibrosi progressiva, ispessimento dermico [01:04:00] , che il tessuto non è più elastico come una volta.

Holly McMillan: Telean è un modo elegante per dire che i vasi sanguigni sono superficiali. Possiamo vederli bene in superficie, ma sono importanti per la formazione di lividi. Se li rompiamo, questi pazienti non guariranno bene. Possono formarsi lividi molto facilmente, il flusso linfatico è interrotto, si verificano secchezza, aderenze sottocutanee e aderenze a strati.

Holly McMillan: A volte, per questi poveri pazienti, è quasi come se avessi preso un pezzo di nastro adesivo e lo avessi attaccato a un pezzo di carne secca. È semplicemente spietato.

[01:04:32] Spiegazione delle terapie sistemiche

Holly McMillan: Passando alle terapie farmacologiche sistemiche, ne abbiamo tre tipi. Abbiamo l'induzione, che è una terapia neoadiuvante utilizzata prima del trattamento primario.

Holly McMillan: L'obiettivo è ridurre il rischio di metastasi a distanza e ridurre il volume del tumore in modo che l'intervento chirurgico o la radioterapia abbiano una minore morbilità. Allo stesso tempo, è un radiosensibilizzante. È

come puntare una torcia direttamente sul tumore in modo che le radiazioni possano fare un lavoro migliore [01:05:00] .

Holly McMillan: Lo illumina. E poi altri usi, ancora una volta, come terapia adiuvante di salvataggio dopo il trattamento primario o palliativa.

Holly McMillan: Quindi come, come, come funzionano queste terapie sistemiche? Esistono diversi tipi di terapia sistemica. Questo significa semplicemente che viene somministrata in tutto il corpo, non solo mirata alla testa e al collo. La chemioterapia, ad esempio, utilizza farmaci citotossici. Uccidono rapidamente le cellule in rapida divisione per rallentare la crescita o eliminare le cellule tumorali, il che è diverso dalla terapia mirata, che altera il funzionamento interno della cellula.

Holly McMillan: Quindi, la terapia mirata individua questi segnali specifici e li blocca, impedendo al cancro di crescere. L'immunoterapia utilizza il sistema immunitario del paziente per regolare ed eliminare il cancro. In pratica, stimola il sistema immunitario a trovare queste cellule anomale e a combatterle. Per quanto riguarda la somministrazione, tutte e tre possono essere effettuate tramite chemioterapia endovenosa, mentre la terapia mirata può essere somministrata anche tramite pillola. [01:06:00]

Holly McMillan: Ci sono tantissimi tipi diversi di chemioterapia e, soprattutto, di immunoterapie mirate. Ricordarle tutte è un lavoro a tempo pieno. La maggior parte delle persone che si occupano di questo argomento sono oncologi medici o farmacisti. Quindi, invece di cercare di ricordarle tutte, usate le vostre risorse e cercatele online.

[01:06:16] Tempistica dell'immunoterapia mirata chemioterapica

Holly McMillan: Può essere somministrata in tempi diversi. La chemioterapia dura in genere dai 30 minuti alle quattro ore e viene somministrata a cicli per favorire il recupero. Quindi, di solito, la vediamo settimanalmente o ogni tre settimane. I pazienti hanno bisogno di queste pause tra un ciclo e l'altro. La terapia mirata, invece, può essere assunta in modo continuativo o giornaliero. Anche in questo caso, le pause tra i cicli sono necessarie.

Holly McMillan: E l'immunoterapia è un po' più breve. Dura dai 30 minuti alle due ore e viene somministrata ogni due o sei settimane. Si ritiene che la terapia mirata sia la meglio tollerata, seguita dall'immunoterapia e dalla chemioterapia.

Non è la stessa cosa per ogni paziente in ogni circostanza, ma per la maggior parte sì. E i cambiamenti della pelle e dei tessuti molli che vediamo qui sono elencati in fondo, ma è proprio quello che ci si aspetterebbe, ovvero secchezza, assottigliamento, lividi e molta fotosensibilità con [01:07:00] questi farmaci.

Holly McMillan: Gonfiore, neuropatia, l'immunoterapia è interessante per i tessuti molli. Spesso è ben tollerata, ma quando non lo è, è molto mal tollerata. Si può sviluppare un'artrite immunoindotta, al punto da rendere difficile camminare proprio a causa del trattamento immunoterapico.

Holly McMillan: Quindi hanno i loro pro e contro

Holly McMillan: per i pro e i contro.

[01:07:25] Risorse cliniche chiave

Holly McMillan: Ho elencato qui alcune risorse chiave che utilizzo. Si tratta delle linee guida NCCN e dei modelli di formazione SEER, che apprezzo perché rimangono pertinenti e aggiornati. È sufficiente consultare queste risorse, cercare il tipo di tumore, selezionare "testa e collo" e verranno visualizzate le linee guida attuali per il trattamento e i trattamenti tipici per questi tipi di cellule e sedi tumorali.

Holly McMillan: Quindi li trovo molto utili.

[01:07:52] Nozioni di base sul linfedema e drenaggio

Holly McMillan: Bene, passiamo quindi agli effetti collaterali o alle tossicità del trattamento. Non mi soffermerò a lungo sul linfedema. Ne parleremo in modo approfondito. Ma mi limiterò a illustrare brevemente alcune delle tossicità più comuni che riscontriamo. Il linfedema è un danno localizzato al sistema linfatico correlato al trattamento.

Holly McMillan: È diverso dall'edema causato da un trauma. Si tratta di un malfunzionamento fisiologico del sistema linfatico. Abbiamo difficoltà a filtrare e trasportare il liquido linfatico in tutto il corpo. Semplicemente, quando il carico linfatico supera la capacità di trasporto del sistema, si manifesta con un gonfiore.

Holly McMillan: Questi sono due articoli che mi piace condividere come riferimenti, in quanto misurano molto bene gli esiti riportati dai pazienti e le complicanze dei tessuti molli correlate al linfedema. E qui a Houston abbiamo il Buffalo Bayou. Abbiamo un bayou qui. È una specie di fiume. Quando si comportano bene, hanno questo aspetto appena a destra della città.

Holly McMillan: Sembra molto tranquillo. Il fluido scorre in una direzione. Poi c'è un'interruzione, qualcosa di simile all'uragano Harvey. E allora non c'è più una direzione. Tutto è diffuso. Sta traboccando dai suoi confini. Ed è un po' quello a cui mi riferisco [01:09:00] quando parlo di linfedema con i pazienti.

Holly McMillan: Le pareti sono crollate e dobbiamo gestire quel fluido e riportarlo alla normalità.

Holly McMillan: Ancora una volta, il piano di trattamento radioterapico è estremamente utile per voi, in quanto terapisti curanti, per capire come possiamo mobilizzare i liquidi come nel caso del linfedema. Quindi, nel piano di radioterapia bilaterale a sinistra, questo è in genere ciò che vediamo. Entrambi i lati vengono trattati con radioterapia, quindi questo può aiutarvi a capire che il lato destro potrebbe essere peggiore, ma potrebbe essere più ostruito e più difficile da far smuovere perché ha ricevuto una dose di radiazioni più elevata.

Holly McMillan: Il paziente a destra ha subito una radioterapia a campo ristretto della laringe. Quindi abbiamo entrambi i lati del collo abbastanza aperti. Possiamo quindi scegliere il lato che drena meglio. Quindi, come potete vedere, nel trattamento, possiamo trattare questi due casi in modo molto diverso con diverse modalità di accesso. Questo è uno dei miei pazienti.

Holly McMillan: Questa è una situazione tipica di ciò che vediamo nel linfedema della testa e del collo. Lo vediamo, sapete, lungo il lato destro del viso e in tutto il collo e [01:10:00] quel lembo. Quindi il linfedema in basso qui riassume un po' la situazione. Tipicamente causato da tumore, radioterapia o intervento chirurgico. La considerazione e il rischio per noi è l'esacerbazione dell'edema.

Holly McMillan: Quindi, se creiamo molto attrito e lavoriamo in profondità, causeremo infiammazione. Tenetelo presente quando cercate di drenare il linfedema e considerate il percorso di drenaggio. Pertanto, la cura della pelle è estremamente importante in questo caso per mantenere la pelle protetta da ulteriori lesioni e infezioni. Aiutare il vostro piano di trattamento per il

drenaggio linfatico manuale e qualsiasi altra tecnica antinfiammatoria è molto utile per questo gruppo.

[01:10:37] Gestione della fibrosi da radiazioni

Holly McMillan: Fibrosi da radiazioni. Purtroppo, la riscontriamo abbastanza spesso. La fibrosi da radiazioni è un'alterazione sclerotica cronica e progressiva dei tessuti. Con il tempo, tenderà a indurirsi e, sfortunatamente, a ridurre l'ossigenazione, il flusso sanguigno e linfatico. Può limitare la contrazione muscolare, l'impulso nervoso, insomma, tutto diventa molto rigido.

Holly McMillan: [01:11:00] La fibrosi da radiazioni si manifesta in diverse fasi. Può iniziare pochi minuti dopo il trattamento e a volte non si manifesta per anni dopo la radioterapia. Il fatto che non si presenti in fase acuta non significa che non si manifesteranno in seguito nel corso della vita.

Holly McMillan: Questo è un cachi sano. È bello succoso. E quando lo si mette nell'essiccatore, ecco cosa succede, ed è più o meno quello che succede ai tessuti molli. Tutto si arriccchia, si disidrata molto e diventa rigido. Poi abbiamo la sindrome da fibrosi da radiazioni. Questa è la sindrome vera e propria associata alla fibrosi da radiazioni.

Holly McMillan: Il dottor Michael Stubblefield descrive questo fenomeno in modo eccellente. Ha pubblicato moltissimi lavori in questo campo. Consiglio vivamente queste letture. Spiega molto bene le differenze tra la sindrome e la fibrosi da radiazioni. E ciò che possiamo fare al riguardo è curare i pazienti con terapie. Quindi la sindrome da fibrosi da radiazioni è causata dalle radiazioni.

Holly McMillan: Le nostre considerazioni riguardano la lacerazione dei tessuti. Se questo tessuto si rompe, è eccezionalmente più difficile guarire. Questi pazienti potrebbero avere [01:12:00] una ridotta sensibilità al caldo e al freddo, quindi dobbiamo considerare l'uso della termoterapia. E la modifica consiste nel ridurre le tecniche aggressive e rapide che causeranno infiammazione, in particolare quando questi pazienti stanno attraversando la fase più acuta.

Holly McMillan: E questi fibroblasti continuano a depositarsi molto rapidamente. In clinica riscontriamo ripetutamente che questo tessuto risponde in modo molto favorevole a una tecnica a basso carico, di lunga durata o prolungata. Non tanto alle manipolazioni aggressive, rapide e brevi del tessuto, quanto a un movimento lento e prolungato.

[01:12:38] Rischi vascolari e sicurezza

Holly McMillan: Il trattamento del cancro alla testa e al collo comporta una serie di alterazioni vascolari che aumentano il rischio cardiovascolare a lungo termine, in particolare la stenosi dell'arteria carotide e l'insufficienza del riflesso di Barrow. Osserviamo che circa il 20% dei pazienti sopravvissuti al cancro alla testa e al collo sviluppa una stenosi indotta dalle radiazioni entro tre anni.

Holly McMillan: E perché ci interessa? Beh, il rischio di ictus. Quindi, [01:13:00] se manipoliamo la parte laterale del collo, in qualsiasi punto della regione carotidea, dobbiamo esserne consapevoli. Di solito i pazienti si sottopongono a ecografie o a visite di controllo con un cardiologo, quindi è importante comprendere queste informazioni e cosa ci dicono questi esami.

Holly McMillan: Potreste notare che questi pazienti presentano una grave instabilità della pressione sanguigna e sincope ricorrente. Riteniamo che siano spesso sottovalutati e sottodiagnosticati. Questi pazienti presentano una serie di tossicità e a volte questa viene trascurata, ma è importante per noi terapeuti perché quando rimangono sdraiati su un lettino per troppo tempo e poi cercano di alzarsi, possiamo trovarci di fronte a un problema serio.

Holly McMillan: Ho notato che molti dei miei pazienti, sia che abbiano un sondino gastrico, una cannula tracheale o che subiscano una pressione eccessiva sul viso per troppo tempo, non tollerano bene questa situazione. Quindi, in realtà, svolgo molto lavoro a margine per questo gruppo. E questo non è per noi, ma per tutti voi, come riferimento per le caratteristiche vascolari, le manifestazioni, la sorveglianza e ciò che facciamo dal punto di vista medico [01:14:00].

Holly McMillan: Quindi, in sostanza, le lesioni vascolari possono essere causate da interventi chirurgici e radioterapia. Anche in questo caso, stiamo valutando il rischio di ictus. Qualsiasi tipo di evento vasovagale. Sincope, vertigini. In genere, richiedo un parere al cardiologo. Date un'occhiata al referto dell'ecografia. È chiarissimo cosa sta succedendo, soprattutto per quanto riguarda la regione carotidea, in particolare nei casi di rapidi cambi di posizione.

[01:14:24] Mucosa cutanea e ORN

Holly McMillan: Quindi, queste sono alcune foto piuttosto forti che stanno per apparire sullo schermo. Si tratta di alterazioni della pelle e delle mucose che osserviamo frequentemente. Queste possono essere causate da radiazioni,

terapie sistemiche e interventi chirurgici. Il rischio maggiore che riscontriamo è rappresentato da infezioni, dolore e lacerazioni dei tessuti. Inoltre, questi tessuti potrebbero non guarire come facevano prima.

Holly McMillan: Sollievo topico, protezione barriera, molto importante per questo gruppo come approvato dal team medico. E non è che non si possa lavorare con questi pazienti, si può assolutamente, ma si tratta di trattarli in zone prive di tossicità. E anche se, come sapete, queste due immagini che ho appena mostrato sullo schermo possono sembrare meno fastidiose di ferite più grandi, possono comunque essere molto dolorose e molto problematiche.

Holly McMillan: Quindi il nostro compito, come operatori sanitari, è quello di evitare queste aree e monitorare i pazienti, incoraggiandoli a tornare dall'équipe medica se necessario. Osteonecrosi. ORN è il termine con cui viene chiamata. Continuo ad aggiungere articoli sullo schermo che sono ottimi riferimenti e risorse su questi argomenti.

Holly McMillan: Quindi, l'ORN è un'osteoradionecrosi (non cicatrizzazione) con esposizione ossea. Di solito la vediamo nella mandibola, a volte nella mascella, ma può verificarsi in qualsiasi osso precedentemente irradiato. Può essere esposta, ma non necessariamente. A volte possiamo vederla clinicamente, come in questa foto. A volte la mucosa è cicatrizzata sopra.

Holly McMillan: Non possiamo vederlo guardando nella bocca e lo vediamo solo tramite immagini. Può presentarsi con dolore, gonfiore, ridotta apertura della bocca o trisma, infezioni, fratture della mandibola. La parte spaventosa è che a volte sono completamente [01:16:00] asintomatici. Quel paziente non sa di avere osteonecrosi, ma è ad alto rischio di frattura.

Holly McMillan: Quindi il trattamento per l'osteoradionecrosi è gestito. Viene gestito dall'équipe medica con antibiotici, collutori, ossigenoterapia iperbarica, piccole asportazioni chirurgiche o ricostruzioni più complesse. Quindi, ripeto, è causata dalle radiazioni. Il nostro rischio è legato al dolore da frattura nelle regioni che non guariscono. Tecniche delicate che favoriscono il flusso sanguigno sono ottime per questo gruppo di pazienti.

Holly McMillan: L'osso sta morendo, quindi si ritiene che aumentare il flusso sanguigno in uno spazio precedentemente avascolare sia molto utile. Tuttavia, evitiamo il contatto diretto proprio sopra di esso a causa del rischio di frattura.

[01:16:43] Cura del trisma e della neuropatia

Holly McMillan: E poi il Natale, questo è uno dei miei linguaggi dell'amore qui. Quindi si tratta di una riduzione dell'apertura della bocca, di solito intorno ai 35 millimetri, o semplicemente riferita dal paziente.

Holly McMillan: Tre dita di larghezza è normale, quindi metti quelle dita tra i denti, come nella foto in alto. [01:17:00] Il Natale è una lezione a sé stante. Ma ci sono diverse fisiopatologie e le cose che amo del nostro gruppo qui e dell'ascoltare questa lezione. Siamo tutti consapevoli della fisiopatologia.

Holly McMillan: Dobbiamo trattare la causa del problema, non la riduzione dell'apertura della bocca, ma l'infiammazione cicatriziale. Il danno ai nervi è un fattore da non sottovalutare. Se c'è un blocco meccanico, come specialisti non possiamo intervenire direttamente, ma possiamo rimandare il paziente all'équipe medica per la rimozione del tumore o per un eventuale intervento di ricostruzione, qualora la situazione fosse errata.

Holly McMillan: Quindi la disfunzione dell'apertura della bocca può essere causata da tumori, radiazioni, interventi chirurgici o terapie sistemiche. Tra le possibili cause ci sono sicuramente lesioni muscolari e fratture. La mucosa è particolarmente fragile. E, soprattutto, è fondamentale determinarne l'eziologia. Perché il paziente ha difficoltà ad aprire la bocca prima di iniziare il trattamento? In base a questo meccanismo d'azione, adattiamo il piano terapeutico.

Holly McMillan: Perché non riescono ad aprire la bocca? A volte dobbiamo ridurre la pressione più di quanto pensiamo perché l'infiammazione e il dolore in questa coorte [01:18:00] peggiorano effettivamente l'apertura della bocca.

Holly McMillan: La neuropatia è un danno spesso irreversibile e di lunga durata ai nervi cranici. Questo si manifesta con debolezza e alterazioni della sensibilità, e può colpire molti sensi diversi: udito, deglutizione, voce, linguaggio, olfatto e la mobilità articolare in generale. La neuropatia può quindi rappresentare un grave problema per i pazienti affetti da tumore alla testa e al collo.

Holly McMillan: Qui potete vedere la lingua. Anche qui, non so se riuscite a vedere il mio mouse, ma potete notare l'asimmetria tra i due lati della lingua. Questo paziente presenta una neuropatia ipoglossa sinistra. Il paziente nella foto

in basso ha debolezza alle labbra a destra, mentre il paziente nella parte in alto a destra ha una neuropatia ipoglossa bilaterale.

Holly McMillan: Quella lingua ha un tono molto basso e devia verso sinistra rispetto al paziente. Quindi la neuropatia può essere causata da tutte le opzioni di trattamento, così come dal tumore. La considerazione qui è il peggioramento dell'atrofia. Se [01:19:00] allunghiamo un muscolo che è già ipototonico, potremmo ridurre ulteriormente la sensibilità o peggiorare l'atrofia.

Holly McMillan: Quindi stiamo evitando massaggi e stretching sui tessuti atrofici, diminuendo la pressione e tenendo presente che se si utilizzano temperature diverse, potrebbero non essere percepite.

[01:19:18] Cronologia della tossicità e segnali di allarme

Holly McMillan: Quindi, la tempistica delle tossicità è molto importante. Abbiamo la fase immediata, che si manifesta nelle prime 72 ore. In genere, in questa fase si osservano edema protettivo infiammatorio, coagulazione e formazione di croste. Passiamo poi alla fase acuta di questi effetti collaterali, che dura dai tre ai 90 giorni. Anche in questo caso, si osserva una componente infiammatoria, ma questa può essere più transitoria e reversibile.

Holly McMillan: Per "cronico" si intende un periodo superiore a 90 giorni, da tre mesi a cinque anni. È in questa fase che iniziamo a notare le alterazioni vascolari. Il danno irreversibile nel tessuto fibrotico in fase molto avanzata si verifica dopo più di cinque anni. Quindi, ripeto, questi pazienti possono assolutamente manifestare nuovi effetti collaterali anche dopo cinque anni di trattamento per il tumore alla testa e al collo.

Holly McMillan: Queste possono essere [01:20:00] progressive, a insorgenza tardiva e di lunga durata. Di solito sono accompagnate da fibrosi o neuropatia e si manifestano come un declino funzionale.

Holly McMillan: Non ripeteremo tutto da capo, ma questo è solo a titolo di riferimento e risorsa. Si tratta di un lavoro eccellente, realizzato da Juan e Stubblefield nel 2025. Esamina la prevalenza della funzionalità e gli effetti tardivi limitanti nei pazienti sopravvissuti al cancro della testa e del collo. Quindi, se siete specializzati in una di queste aree, questo studio potrebbe aiutarvi a comprendere il tasso di prevalenza e la frequenza di tali patologie.

Holly McMillan: Controindicazioni per il lavoro sito-specifico nelle terapie manuali per il cancro della testa e del collo, ovunque ci sia dolore incontrollato e dislocazione, queste, queste dovrebbero essere tutte familiari a tutti i partecipanti alla chiamata. Barriera meccanica, rischio di frattura, metastasi dermiche, potete vedere nel labbro in questa foto che il cancro sta penetrando attraverso l'infezione cutanea, fistola.

Holly McMillan: Non sempre riusciamo a vedere la fistola clinicamente, quindi, ripeto, è importante ottenere i referti tramite la TC [01:21:00] per vedere se ci sono fistole. Possiamo assolutamente allargarle, peggiorandole. Ferite. Le ferite non sono sempre una controindicazione. Ripeto, questo è un argomento diverso. Ma quando c'è un'infezione correlata alla ferita, sito locale, trattamento specifico viene evitato atrofia muscolare e intervento chirurgico recente dettato da quando il chirurgo ci permetterà di iniziare il lavoro, malattia carotidea non controllata.

Holly McMillan: Quando le piastrine sono inferiori a 50.000, evitiamo altre procedure mediche. Quindi, seguiamo questa linea guida. Vie aeree instabili se abbiamo una polmonite febbrile, polmonite attiva e poi enfisema sottocutaneo o quella sorta di crepitio.

[01:21:39] Comfort Touch e cure palliative

Holly McMillan: Non mi dilungherò troppo su questo argomento, ma è importante menzionare anche il fine vita e il tocco confortante.

Holly McMillan: Usiamo questo metodo nei tumori della testa e del collo, proprio come facciamo in tutti i tumori. E la pratica è molto simile. L'obiettivo è ridurre il dolore percepito, l'ansia e lo stress. Vogliamo migliorare la dignità e offrire semplicemente la nostra presenza. Non so quanti di voi in questa chiamata abbiano mai lavorato in ambito di cure palliative o hospice, [01:22:00] ma questo è davvero molto efficace.

Holly McMillan: Lavoriamo con pazienti affetti da tumore alla testa e al collo e con tutti i pazienti oncologici. Usiamo un tocco delicato. Evitiamo di esercitare una pressione eccessiva vicino alle vie aeree e ai tessuti sensibili. Per molti dei nostri pazienti, si tratta della parte anteriore e laterale del collo, che può provocare una sensazione di soffocamento, anche solo con la pressione delle mani. Quindi evitiamo quelle zone.

Holly McMillan: Massaggio facciale, se tollerato, con movimenti molto leggeri e brevi. Ai pazienti non sempre piace essere massaggiati al viso. Anche la

manipolazione è importante. Mi piace insegnare alle famiglie come tenersi per mano e come mantenere le mani, soprattutto alla fine della vita. Questo è un articolo fantastico, pubblicato nel 2025, che analizza l'efficacia di diverse terapie nelle situazioni di cure palliative e di fine vita.

Holly McMillan: Un'ottima recensione.

[01:22:44] Prove della ricerca e riepilogo

Holly McMillan: Bene, e passando alla ricerca, mentre concludiamo questo intervento, vorrei evidenziare un paio di lavori che abbiamo pubblicato di recente. Ci viene spesso chiesto: la terapia manuale è davvero utile, soprattutto a Natale? Ad esempio, la riduzione dell'apertura della bocca nei pazienti con tumore alla testa e al collo. Abbiamo pubblicato questo articolo nel 2022 in cui abbiamo riscontrato un ottimo effetto della terapia manuale.

Holly McMillan: Quindi, in questa coorte che abbiamo studiato, composta da 49 pazienti, tutti sottoposti a radioterapia, quasi la metà presentava tumori orofaringei della testa e del collo. La cosa interessante di questo gruppo è che quasi la metà di loro è sopravvissuta da cinque anni o più. Quindi non si tratta di un nuovo problema transitorio di apertura della bocca, né di un problema legato all'edema.

Holly McMillan: E molti di loro presentavano una condizione da moderata a grave. Quindi, di nuovo, un'apertura della bocca piuttosto scarsa, in pazienti sopravvissuti a lungo termine. Quello che abbiamo scoperto è che dopo una singola sessione, abbiamo avuto un effetto di entità moderata, quindi il trattamento ci ha dato circa quattro millimetri, il che è davvero ottimo. Questi pazienti sono grati per ogni millimetro che conta.

Holly McMillan: E poi, con un effetto di grande entità dopo visite seriali, che in media erano circa tre, abbiamo ottenuto un cambiamento di oltre sei millimetri nell'apertura della bocca. Quello che vedrete in basso è un grafico a cascata. La linea blu scuro indica l'aumento in millimetri [01:24:00] dopo una singola sessione. E la linea turchese, blu più chiara, indica, dopo sessioni seriali, l'aumento dell'apertura orale.

Holly McMillan: Quello che vedrete all'estrema destra sono tre pazienti che sono effettivamente peggiorati. E in seguito abbiamo scoperto che tutti e tre questi pazienti avevano una recidiva della malattia. E purtroppo la bocca aperta è a volte il primo indicatore che dobbiamo ripetere lo screening per la recidiva della malattia. Quindi questo è anche lo studio Mantle.

Holly McMillan: Questa è una terapia manuale per la disfagia tardiva correlata alla fibrosi, ovvero la difficoltà di deglutizione nei pazienti sopravvissuti al cancro della testa e del collo. In questa coorte, abbiamo cercato pazienti che avessero terminato il trattamento per la fibrosi correlata alla radioterapia da almeno due anni e che presentassero una difficoltà di deglutizione di grado almeno due o moderato.

Holly McMillan: Abbiamo offerto a questi pazienti 10 sessioni di terapia manuale distribuite su sei settimane. Abbiamo ridotto gradualmente il numero di sessioni nel tempo, e poi i pazienti hanno avuto un periodo di sospensione. Hanno svolto sei settimane di pratica a casa e noi, [01:25:00] li abbiamo valutati in tre momenti diversi. Non ripeterò tutto questo con voi.

Holly McMillan: Questo è solo a titolo informativo, ma abbiamo pubblicato il protocollo che abbiamo effettivamente utilizzato. Abbiamo descritto gli obiettivi funzionali. Siamo passati dall'estensione alla rotazione, alla flessione laterale e poi ai muscoli specifici della deglutizione e infine alla regione di interesse. E poi abbiamo descritto nel dettaglio le tecniche che abbiamo effettivamente utilizzato.

Holly McMillan: Se siete interessati, ripeto, la pubblicazione dei risultati finali è disponibile. Abbiamo avuto 24 partecipanti a questo studio. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a radioterapia. Circa due terzi di loro presentavano tumori orofaringei. In questo gruppo, il tempo mediano trascorso dalla radioterapia al termine del trattamento è stato di quasi nove anni.

Holly McMillan: Questi sono i pazienti con effetti tardivi che ci vengono a trovare. Nell'80% di loro, cercavamo almeno un declino moderato della deglutizione, ma quasi l'80% presentava una grave disfagia o difficoltà di deglutizione. Quasi il 90% presentava una sospetta neuropatia cranica inferiore [01:26:00], quindi neuropatia a carico di più o di un solo nervo cranico.

Holly McMillan: E un terzo di loro aveva una storia di osteonecrosi mandibolare. Quindi, a volte questi pazienti sembrano essere quelli da cui tendiamo a stare alla larga o che ci rendono nervosi, ma questa era la coorte che stavamo effettivamente prendendo di mira. Volevamo capire. Sicurezza e fattibilità. Questo era il nostro obiettivo primario per questo lavoro.

Holly McMillan: E abbiamo scoperto che la terapia manuale era sia sicura che fattibile in questa coorte. La fattibilità per i pazienti è stata misurata dal completamento del programma. Abbiamo avuto un tasso di completamento del 92%. I pazienti si presentano per i massaggi. Lo apprezzano. E poi la sicurezza.

Abbiamo avuto un paziente, e voglio essere completamente trasparente. Abbiamo fatto valutare questo paziente, o meglio, l'evento avverso dal Comitato di revisione per il monitoraggio della sicurezza, quindi un comitato di revisione indipendente.

Holly McMillan: Ritenevano improbabile che l'evento fosse correlato alla terapia manuale, ma abbiamo avuto un partecipante con un evento avverso grave di grado tre in cui ha avuto qualche difficoltà [01:27:00] a respirare e lo abbiamo mandato al pronto soccorso prima ancora di iniziare la terapia manuale, quella sessione. Quindi lo abbiamo sentito nella hall e lo abbiamo mandato per ulteriori cure.

Holly McMillan: Quindi, ancora una volta, entrambi gli obiettivi sono stati raggiunti. Nei risultati finali abbiamo riscontrato un miglioramento significativo nell'ampiezza di movimento del collo, della mandibola e della lingua, il che è stato molto incoraggiante. Un cambiamento davvero notevole nei sintomi e nella qualità della vita, misurati con gli strumenti elencati di seguito, che non hanno mostrato miglioramenti dopo la terapia manuale.

Holly McMillan: E la cosa interessante è che non è peggiorata né migliorata, è rimasta più o meno la stessa. Ma ripeto, si trattava solo di sei settimane di terapia manuale, eppure i parametri della deglutizione non sono cambiati. Quindi, per quanto riguarda la valutazione della deglutizione, il che, a livello aneddotico, ha senso, abbiamo lavorato meno sui muscoli della deglutizione perché ci siamo concentrati prima sull'estensione e sull'ampiezza di movimento.

Holly McMillan: E poi mi piace sempre sottolineare anche alcuni dei loro punteggi relativi alla dieta. Nel nostro mondo, siamo molto [01:28:00] interessati ai risultati funzionali, a riportare questi pazienti ai loro domini funzionali. Ma una delle cose che mi piace anche evidenziare, e in particolare per un gruppo come questo, è che abbiamo avuto un miglioramento fisico.

Holly McMillan: I pazienti stanno meglio. È fantastico, ma è stato anche riportato un aumento dei loro punteggi emotivi. E la cosa interessante è che questi punteggi sono aumentati durante la fase di terapia manuale e di intervento diretto, per poi perdere tale beneficio nelle sei settimane di sospensione del trattamento. Quindi, il fatto che si verifichi un cambiamento nei punteggi emotivi quando si instaura un rapporto diretto con questi pazienti attraverso la terapia manuale, mi ha riempito il cuore di gioia come terapeuta manuale.

Holly McMillan: Quindi, per concludere, la terapia manuale è uno strumento utile per i pazienti con tumore alla testa e al collo. Esistono dei rischi. Questo

campo è, è rischioso. Può essere impegnativo, ma con le modifiche, possiamo assolutamente ridurli. L'équipe medica, quando si tratta di autorizzazione, [01:29:00] in caso di dubbi, chiedete a questi professionisti, che sono più disponibili di quanto si possa pensare, vogliono il meglio per i loro pazienti.

Holly McMillan: Quindi noi, in quanto estetisti specializzati in terapia manuale, meritiamo un posto a quel tavolo perché possiamo migliorare la vita di questi pazienti, sia in termini di qualità della vita che di impatto funzionale. Fare domande contribuisce a costruire un rapporto di fiducia migliore e loro ascolteranno sicuramente le vostre preoccupazioni. Quindi contattate i team medici per ottenere l'approvazione.

Holly McMillan: La conoscenza è fondamentale. Quindi, consultare i piani di radioterapia, capire che un'area è stata irradiata in modo più intenso. Magari possiamo deviare il liquido, magari possiamo concentrarci sulla fibrosi in quella regione. I risultati delle immagini, conoscere il paziente letteralmente a fondo. E poi le note operatorie. Questi sono strumenti davvero utili a cui dovremmo avere accesso per poter pianificare al meglio il trattamento dei nostri pazienti quando vengono da noi.

Holly McMillan: Bene, grazie per il vostro tempo e la vostra attenzione oggi. Non vedo l'ora [01:30:00] di partecipare al panel e volevo condividere alcune cose. Ho preparato delle brevi guide, in cui riassumo tutto ciò che ho detto. Quando esaminerete le morbidità, queste guide vi saranno utili come riferimento, se lo desiderate. Ho anche preparato una tabella con i tempi per il massaggio e la sicurezza dei trattamenti estetici per il cancro alla testa e al collo.

Holly McMillan: Quindi, quando rimandare, procedere con cautela e utilizzare le modifiche suddivise in base al tempo trascorso dal trattamento. Ho pensato che queste risorse potessero essere utili. Grazie ancora.

[01:30:31] Tumore della testa e del collo - Impatto dei trattamenti sul sistema linfatico con Nicola McGill

[01:30:31] Benvenuto e obiettivi

Nicola: Ciao, buon pomeriggio a tutti e benvenuti alla mia breve introduzione su come il sistema linfatico viene influenzato dal cancro alla testa e al collo e dai relativi trattamenti. Mi chiamo Nicola McGill. Alcuni di voi potrebbero

conoscermi dai corsi che ho seguito sul sistema linfatico, ma oggi sono qui principalmente per informarvi e...

Nicola: Informare le persone sull'impatto che il cancro alla testa e al collo può avere sul sistema linfatico in generale, considerando i trattamenti per il cancro alla testa e al collo, così come il cancro stesso. E spero di potervi supportare in qualche modo, come massaggiatori, anche se non avete ricevuto una formazione specifica in drenaggio linfatico manuale, in modo che possiate supportare questa popolazione di pazienti oncologici.

Nicola: Ma se avete seguito un corso di drenaggio linfatico manuale presso una delle tante scuole negli Stati Uniti o a livello internazionale, come potete utilizzare e ottimizzare le vostre competenze in questo campo per aiutare questa tipologia di pazienti? Vorrei ringraziare la Society for Oncology Massage per l'invito e so che ci saranno altre presentazioni relative al sistema linfatico e al tumore della testa e del collo. Spero che, collaborando tutti insieme, potremo fornirvi quante più informazioni possibili per supportarvi nel trattamento di questi pazienti.

Nicola: Bene, inizierò la presentazione. So che alla fine ci saranno delle domande e delle risposte e [01:32:00] sarò più che felice di rispondere a quelle alla fine della presentazione.

[01:32:03] Nozioni di base sul sistema linfatico

Nicola: Bene, inizierò parlando un po' del sistema linfatico. Cos'è il sistema linfatico, e poi ne ripercorrerò l'anatomia e la fisiologia, come già accennato. Alcuni di voi probabilmente conoscono già alcune di queste informazioni, ma vorrei ribadirle e aggiornarvi tutti, ricordandoci qual è il ruolo del sistema linfatico.

Nicola: Il sistema linfatico è un sistema vitale per il corpo umano. È un sistema che, a mio avviso, riceve poca attenzione. Eppure è strettamente connesso al nostro sistema cardiovascolare ed è fondamentale per il mantenimento e l'omeostasi del liquido interstiziale, ovvero il fluido presente nei nostri tessuti.

Nicola: E questo fluido entra nei nostri spazi tissutali come risultato della funzione del sistema cardiovascolare. Quindi tre ruoli chiave per il sistema linfatico, ma ciò che è [01:33:00] più importante per NOI e il nostro ruolo è ovviamente l'equilibrio dei fluidi e il mantenimento dei fluidi nei tessuti. Breve

panoramica del sistema linfatico: abbiamo numerosi organi linfatici e questi organi linfatici sono davvero essenziali per la funzione immunitaria e la risposta immunitaria.

Nicola: E poi abbiamo questa rete, questo plesso di vasi che trasportano il fluido linfatico che appare nei nostri spazi tissutali o nel nostro spazio interstiziale, o a seconda della letteratura che si consulta. È anche noto come matrice extracellulare, spazio extracellulare. Quindi questi vasi, che sono spesso illustrati come vasi verdi nei libri di testo,

Nicola: questi vasi raccolgono il liquido linfatico e lo trasportano in gruppi di linfonodi. Questi linfonodi filtrano il liquido e lo riportano infine nelle vene principali nella zona del collo. Da lì, il liquido ritorna al sistema cardiovascolare [01:34:00]. Questi sono solo alcuni semplici diagrammi che mostrano i vasi linfatici.

Nicola: Per quanto riguarda il collegamento con il nostro sistema venoso, abbiamo due principali giunzioni venose nella zona del collo. Ripeto, questo sarà molto importante da capire quando parleremo dei nostri pazienti affetti da tumore alla testa e al collo. Abbiamo anche queste piccole strutture che raccolgono e assorbono il liquido linfatico per riportarlo ai nostri vasi linfatici di drenaggio principali.

Nicola: Questa illustrazione è molto breve e piuttosto datata, ma mi piace perché mostra chiaramente, dal lato del viso, la posizione di alcuni dei principali linfonodi della regione testa-collo, situati accanto al muscolo sternocleidomastoideo, al muscolo trapezio, nonché alcuni linfonodi più piccoli che si trovano sul viso e che formano un drenaggio linfatico facciale.

Nicola: Ancora una volta, è importante esaminare questi aspetti, che analizzeremo più dettagliatamente. Quando iniziamo a parlare del paziente affetto da tumore alla testa e al collo [01:35:00], un po' più nel dettaglio le funzioni del sistema linfatico, come ho accennato in precedenza, ma molto brevemente, esso previene la formazione di edema e riporta il liquido interstiziale dall'interstizio al sistema cardiovascolare.

Nicola: Svolge una funzione chiave nell'assorbimento dei grassi e delle vitamine liposolubili dai vasi linfatici intestinali. Quindi ha un ruolo fondamentale nella digestione e, cosa davvero importantissima, è il fatto che può fornire sorveglianza immunitaria. Riconosce le cellule tumorali, i virus, le cellule estranee, tutte queste cose diverse.

Nicola: E penso sia importante riconoscere anche che, nei pazienti affetti da tumore alla testa e al collo, qualsiasi alterazione del sistema linfatico comporterà ovviamente la formazione di edema, linfedema, perché il sistema linfatico non è in grado di riportare indietro il liquido. Ma allo stesso tempo, ciò avrà un impatto sul sistema immunitario in una certa misura.

Nicola: Quindi questo può anche [01:36:00] aumentare il rischio di un sistema immunitario compromesso, oltre a portare a, sai, complicazioni da infezioni, ecc., dal danno al sistema linfatico.

[01:36:10] Fluido linfatico e flusso

Nicola: Il liquido linfatico, beh, cos'è? È fondamentalmente un fluido composto da proteine, acqua, grassi e cellule. Questi sono i componenti che finiscono nello spazio interstiziale.

Nicola: E questo avviene grazie alla circolazione del sangue in tutto il corpo. Quindi i nutrienti e l'acqua lasciano i capillari sanguigni per nutrire i tessuti e le cellule, finendo nello spazio interstiziale, dove le cellule possono assorbire quel fluido e i nutrienti di cui hanno bisogno, eliminando ciò che non è necessario.

Nicola: Rimane nello spazio interstiziale, ed è il sistema linfatico che è responsabile dell'assorbimento di quel materiale di scarto e del suo ritorno al nostro sistema cardiovascolare attraverso questi vasi linfatici. Quindi il liquido linfatico è davvero molto, molto importante. È vitale rimuovere quel liquido e quelle proteine dagli spazi tissutali [01:37:00] e riportare quel liquido al sistema cardiovascolare, in pratica riciclandolo.

Nicola: E parleremo del ruolo dei linfonodi nel filtrare quel fluido per garantire che le proteine e l'acqua che ritornano al nostro sistema cardiovascolare siano pulite e filtrate. Quindi, come ho già detto, il liquido linfatico viene prodotto nei piccoli capillari linfatici in seguito a quella filtrazione dell'acqua.

Nicola: Una volta che il capillare linfatico è pieno, il liquido viene trasportato in un vaso linfatico più grande chiamato collettore. Il collettore è il punto in cui il fluido linfatico inizia a prendere direzione. Poi, verso i linfonodi, questi filtrano il fluido e, infine, il fluido si concentra perché i linfonodi assorbono parte dell'acqua.

Nicola: Questo concentrerà il fluido. Quindi ci sarà un contenuto proteico più elevato che andrà poi nei vasi linfatici più grandi, noti come tronchi linfatici, e alla fine tornerà, come ho menzionato nel diagramma precedente, a quelli che

[01:38:00] chiamiamo tronchi linfatici più grandi e nel nostro dotto linfatico o nel nostro dotto toracico per tornare al nostro sistema cardiovascolare.

Nicola: Questo fluido è vitale e quando si verifica un'interruzione del sistema linfatico, ad esempio un'interruzione meccanica, cioè quando i vasi linfatici non riescono a funzionare correttamente a causa di un danno, come spesso accade ai nostri pazienti con tumore alla testa e al collo, si verifica una stasi linfatica, un ristagno di linfa negli spazi tissutali, che può portare a fibrosi, con conseguenti ulteriori complicazioni, rischio di infezioni, formazione di tessuto fibrotico, tessuto cicatriziale nelle interruzioni, eccetera, eccetera, che è ciò che spesso accade ai nostri pazienti con tumore alla testa e al collo.

Nicola: Sto riproducendo questo breve video, gentilmente offerto da Close Training, ma potete vedere come avviene il movimento della linfa attraverso questi piccoli linfangioni. Il linfangione è l'unica unità funzionale di uno dei nostri collettori linfatici che si riempie [01:39:00] e si contrae fino al linfangione successivo, poi a quello ancora dopo, per spingere il fluido dagli spazi tissutali ai nostri linfonodi.

[01:39:11] Linfonodi e immunità

Nicola: Quindi i linfonodi, ripeto, sono strutture linfatiche molto importanti. Svolgono un ruolo nella funzione immunitaria e nella regolazione del nostro liquido tissutale. Fungono da stazioni di filtraggio per il nostro liquido linfatico. Regolano la concentrazione di proteine assorbendo acqua da questo liquido linfatico, in modo che, quando il liquido raggiunge il nostro sistema cardiovascolare, contenga meno acqua.

Nicola: E come potete vedere da questa illustrazione, abbiamo un gran numero di vasi linfatici che trasportano il fluido dagli spazi tissutali al nostro linfonodo, e poi il linfonodo qui, con la sua ampia superficie, filtra tutto questo fluido, riducendo il numero di vasi in uscita. Pertanto, si ha una maggiore concentrazione di [01:40:00] fluido all'interno di questo linfonodo.

Nicola: Stiamo assistendo a un aumento significativo della ricerca, e ho notato anch'io un incremento di studi sul ruolo dei linfonodi. Essi sono fondamentali per la risposta immunitaria perché all'interno dei linfonodi si trovano i depositi e la produzione di linfociti. Sono presenti macrofagi e cellule dendritiche che trasportano antigeni e fibroblasti ai linfonodi in preparazione alla produzione di anticorpi.

Nicola: Quindi, come sapete, questo linfonodo ha un ruolo molto importante nel monitorare l'ambiente circostante, lo spazio tissutale e anche la funzione immunitaria quando i linfonodi vengono rimossi. Come molti di voi sapranno, nei pazienti oncologici si esegue una dissezione linfonodale e una biopsia dei linfonodi, e questo interrompe la filtrazione del nostro liquido linfatico.

Nicola: Quando vengono rimossi o addirittura sottoposti a radioterapia per il trattamento del cancro, [01:41:00] questi linfonodi non funzionano più. Quindi non solo abbiamo perso la capacità di filtrare il fluido, ma abbiamo anche perso una risposta immunitaria localizzata, motivo per cui le persone spesso sviluppano infezioni cutanee.

Nicola: E approfondiremo un po' di più questo aspetto. Abbiamo circa 600-700 linfonodi nel corpo, ma almeno 300 di questi si trovano nella regione della testa e del collo. Quindi, sono sicuro che lo capirete quando avrete un paziente affetto da tumore alla testa e al collo. A causa della densità di questi linfonodi in quella zona, molti di essi sono ostruiti e spesso vengono rimossi o sottoposti a radioterapia.

Nicola: Quindi questo riduce effettivamente il drenaggio dei liquidi e compromette anche la risposta immunitaria nella zona.

[01:41:48] Vie di drenaggio del collo

Nicola: Il drenaggio linfatico profondo è quando, io, quando parliamo, una volta che quel fluido è stato raccolto dai capillari linfatici negli spazi tissutali va nei collettori linfatici più grandi e [01:42:00] poi nei linfonodi, alla fine quel fluido deve tornare indietro.

Nicola: Il nostro sistema cardiovascolare, e questo avviene entrando dal lato destro o sinistro del collo. Sul lato destro del collo, qui, abbiamo la vena giugulare interna destra, la vena succlavia destra, ed è qui che drena il nostro dotto linfatico destro. E come potete vedere, un quarto del corpo viene drenato dal dotto linfatico destro, e i restanti tre quarti dal dotto toracico.

Nicola: Ma qui potete vedere che il lato destro della regione della testa e del collo drena nel dotto linfatico destro e entra in questa giunzione delle due vene, quindi il drenaggio della testa e del collo destro, se questo è compromesso, può essere compromesso. Inoltre, sapete, nella zona di queste due vene si possono trovare i linfonodi cervicali e se vengono rimossi o danneggiati in un paziente con tumore alla testa e al collo, ciò infetterà in particolare il drenaggio del lato destro.

Nicola: E lo stesso vale [01:43:00] per il lato sinistro della testa e del collo, dove abbiamo il dotto toracico, la vena giugulare interna sinistra e la vena succlavia sinistra in corrispondenza di quella giunzione. Questa è un'altra zona in cui possiamo trovare molti linfonodi. Quindi, in un paziente con tumore alla testa e al collo, se uno qualsiasi di questi linfonodi deve essere rimosso chirurgicamente o con radioterapia a causa della presenza di cellule tumorali, allora anche tutto il drenaggio principale può essere compromesso, non solo il drenaggio localizzato dove si trova il tumore.

[01:43:34] Spartiacque e gonfiore della testa e del collo

Nicola: Vorrei parlare brevemente dei nostri spartiacque perché è un altro aspetto importante da considerare quando si parla di un paziente affetto da tumore alla testa e al collo e del perché a volte, anzi, più spesso di quanto si pensi, come vedremo, il linfedema si manifesta in quest'area della testa e del collo e non si estende ad altre parti del corpo.

Nicola: Chi di voi ha studiato il sistema linfatico e comprende il drenaggio linfatico manuale [01:44:00], riconoscerà questi spartiacque, ma fondamentalmente questo spartiacque qui è noto come spartiacque clavicolare, e poi posteriormente, abbiamo lo spartiacque della spina della scapola. Questi due spartiacque impediscono che qualsiasi fluido nella regione della testa e del collo attraversi e scenda in altre parti del corpo.

Nicola: Quindi, quando il sistema linfatico in questa regione subisce un danno, il liquido si accumula nei tessuti, come sapete, proprio come può accadere con i linfonodi colpiti nell'ileo o nella regione inguinale; questo liquido non ha dove defluire. Ed è per questo che si accumula nella regione e si sviluppa il linfedema della testa e del collo.

Nicola: La maggior parte di noi pensa al linfedema come a qualcosa di visibile, che possiamo vedere e palpare. Ma in un paziente con tumore alla testa e al collo, gran parte di questo linfedema è interno. E, ripeto, ne parleremo tra qualche diapositiva più avanti. Ma voglio solo che tutti capiscano che [01:45:00] abbiamo queste zone di confine che impediscono il movimento del fluido verso altre parti del corpo, ed è per questo che vediamo quell'accumulo di liquido al di sopra di queste due zone di confine nella regione della testa e del collo.

[01:45:11] Anatomia linfatica della testa e del collo

Nicola: Quindi vi mostrerò qualcosa di più, entrando un po' più nel dettaglio dei vasi linfatici della testa e del collo. Questi, ripeto, sono spesso interessati dai trattamenti per il cancro alla testa e al collo. Abbiamo quindi vasi linfatici che si dividono in superficiali e profondi, i vasi linfatici superficiali, e potete vedere tutti questi diversi colori che sono stati aggiunti qui.

Nicola: Abbiamo la parte posteriore della testa. Questi sono vasi linfatici che drenano nei linfonodi occipitali, nella regione occipitale. E abbiamo anche la parte laterale della fronte che confluisce in questi linfonodi situati dietro l'orecchio. Ne abbiamo altri nella zona del lobo frontale che confluiscono nei linfonodi preauricolari.

Nicola: I linfonodi nella parte anteriore dell'orecchio, e questi drenano [01:46:00] dagli occhi e dalle guance verso le regioni sottomentale e sottomandibolare. Questo è ciò che chiamiamo drenaggio superficiale. Tutti questi drenano infine in linfonodi più profondi, come si può vedere in questa illustrazione.

Nicola: Come potete vedere, questa è una catena di linfonodi. Sono tutti collegati. Abbiamo un linfonodo, poi un vaso linfatico, un altro linfonodo e poi un altro vaso linfatico. Quindi c'è un drenaggio costante non in un solo linfonodo, ma in numerosi linfonodi. I vasi linfatici profondi, situati nei linfonodi cervicali profondi, drenano direttamente nel dotto toracico e nel dotto linfatico destro.

Nicola: Ovviamente questa illustrazione mostra solo il lato destro, ma ovviamente sarà anche il lato sinistro. Ma potete vedere come questi vasi che provengono da questi linfonodi più profondi, no. Tutti drenano in quest'angolo qui che chiamiamo angolo della fossa sovraclaveare, dove risiedono il dotto linfatico toracico e il dotto linfatico destro [01:47:00] .

Nicola: Osservando più da vicino i linfonodi della regione cervicale, notiamo che abbiamo gruppi di linfonodi preauricolari davanti all'orecchio, retroauricolari o posteriori dietro l'orecchio, linfonodi occipitali e poi lungo questi muscoli principali. Questo è sicuramente un aspetto da tenere in considerazione con i nostri pazienti affetti da tumore alla testa e al collo, perché se le cellule tumorali o il tumore sono localizzati in prossimità di queste aree e si rende necessario un intervento di radioterapia o ricostruzione, anche

chirurgica, il muscolo ne risente notevolmente, il che ovviamente può portare a problemi di mobilità, di supporto, estetici, ecc.

Nicola: Quindi, anche in questo caso, potremmo essere d'aiuto al nostro paziente affetto da tumore alla testa e al collo. Qui abbiamo i linfonodi sovraclaveari, i linfonodi sottomentali [01:48:00] e sottomandibolari. Quindi, se guardate di nuovo le immagini delle illustrazioni della diapositiva precedente, potete vedere come tutti i vasi linfatici confluiscono in questi gruppi di linfonodi.

Nicola: Come ho detto, nella regione della testa e del collo si trovano circa 300 linfonodi. I linfonodi superficiali si estendono da sotto il mento fino alla parte posteriore della testa. Ricevono la linfa dal cuoio capelluto, dal viso e dal collo, che poi drena nei linfonodi più profondi. La forza di gravità favorisce un drenaggio sufficiente in questa zona, il che è estremamente utile.

Nicola: Quindi, ovviamente, quando abbiamo un paziente con un sistema linfatico compromesso a causa di un trattamento per un tumore alla testa e al collo, la gravità può essere d'aiuto in una certa misura, ma a volte dobbiamo modificare il posizionamento perché vogliamo cercare di evitare l'accumulo di liquidi in un'area compromessa.

Nicola: I linfonodi profondi si trovano verticalmente in una lunga catena lungo la vena giugulare interna, che abbiamo visto nella diapositiva precedente. E ricevono la linfa dalla testa e dal collo direttamente o tramite i linfonodi superficiali. Spero che questa breve introduzione vi abbia fornito una panoramica sulla struttura del sistema linfatico e in particolare della regione della testa e del collo.

Nicola: E spero che possiate già comprendere che, con una così vasta quantità di strutture linfatiche, linfonodi e vasi linfatici nella regione della testa e del collo, quando viene diagnosticato un tumore alla testa e al collo, il trattamento sarà piuttosto drastico e ciò avrà un impatto enorme sulla funzione linfatica.

[01:49:36] Panoramica sul cancro e fattori di rischio

Nicola: E penso che quando guardiamo queste cifre sulla prevalenza dei tumori della testa e del collo, in particolare qui negli Stati Uniti, si tratta di numeri elevati. E, come sapete, il 95% di questi tumori diagnosticati sono carcinomi a

cellule squamose, che colpiscono le mucose. E ne abbiamo molti, ovviamente, nella zona della testa e del collo. [01:50:00]

Nicola: Il virus HPV è in costante aumento, così come i tumori della testa e del collo. Le cifre sono in crescita e, come sapete, i pazienti che vediamo qui tendono ad essere più giovani. Sono più reattivi ai trattamenti, ma ovviamente l'impatto su chiunque abbia avuto un tumore alla testa e al collo sarà enorme.

Nicola: Ma per i più giovani, ci sono molte più complicazioni che possono derivarne, cercano pazienti che tendono ad essere più giovani e più reattivi ai trattamenti, ma i pazienti più giovani tendono ad avere il loro ambiente di lavoro, il loro ambiente domestico e il modo in cui interagiscono con i loro coetanei e all'interno del loro spazio di lavoro. E in generale, queste persone hanno probabilmente bisogno di essere trattate in modo più aggressivo semplicemente perché avranno bisogno di maggiore capacità per una migliore funzionalità. Quindi fattori di rischio per i tumori della testa e del collo. La maggior parte delle persone associa il tumore della testa e del collo all'uso di prodotti del tabacco e alcol. Ma ci sono anche numerosi altri fattori di rischio, relativi a, sai, diversi prodotti a sostanze chimiche e altri come i virus.

Nicola: I virus sono stati indicati nella formazione di molti tipi diversi di tumori. Sappiamo che il papillomavirus umano è sicuramente una delle cause dell'aumento dei tumori della testa e del collo. Ma anche il virus di Epstein-Barr è implicato nella malattia di Plum Vincent, una condizione in cui si verifica una sorta di membrana nella regione esofagea ed è anche correlata all'anemia.

Nicola: Non conosco a fondo tutta la patologia e i relativi fattori di rischio. Ma so che le persone con una storia di "vista da idraulico" hanno un rischio maggiore di sviluppare un tumore alla testa e al collo.

[01:51:50] Opzioni di trattamento e ricostruzione

Nicola: Ora, i trattamenti per i tumori della testa e del collo vanno dalla chirurgia, alla chemioterapia, alla radioterapia, ovviamente dipende dalla patologia del tumore stesso.

Nicola: [01:52:00] La sua posizione, è uno scenario più complicato che deve essere affrontato con, sai, numerosi tipi di trattamenti. E l'obiettivo, ovviamente, è ottenere una risposta patologica completa. Ho visto diversi pazienti nel corso degli anni che hanno subito interventi di chirurgia ricostruttiva che, quindi,

hanno un impatto non solo sull'area della ricostruzione, ma anche sull'area in cui hanno subito un trapianto di tessuto.

Nicola: Qualche anno fa ho avuto un paziente con un tumore alla lingua che ha dovuto essere asportato, ma ricostruito con tessuto prelevato dall'interno dell'avambraccio e dalla coscia. Quindi, il paziente ha altri problemi da affrontare, non solo nella zona in cui è stata eseguita la ricostruzione. Stiamo quindi valutando, ad esempio, gli interventi chirurgici, la chemioterapia e le immunoterapie.

Nicola: Anche in questo caso, può trattarsi di una terapia a breve termine. [01:53:00] La chemioterapia può essere a breve termine, oppure si può ricorrere all'immunoterapia a lungo termine. Tutti questi agenti, in particolare, possono influenzare la guarigione e il recupero del paziente affetto da tumore alla testa e al collo. E poi ovviamente la radioterapia, che analizzeremo più nel dettaglio, ha un impatto leggermente maggiore sul sistema linfatico rispetto alla chemioterapia e all'immunoterapia.

Nicola: Ovviamente la chirurgia avrà un impatto diretto, ma la radioterapia, il danno ai tessuti circostanti. E sapete, questo aspetto è stato studiato in modo più approfondito, soprattutto per quanto riguarda il danno al sistema linfatico, come vedremo nelle prossime diapositive. Quindi, la chirurgia per i tumori della testa e del collo. E come potete vedere da questa foto, abbiamo effettuato una ricostruzione, ma abbiamo perso molto tessuto.

Nicola: Il muscolo è danneggiato. Abbiamo cambiamenti di postura, questo può succedere. Quindi ci sono così tante cose [01:54:00] che l'intervento chirurgico in sé può creare. Può essere una dissezione del collo radicale, modificata o selettiva. Può anche comportare la rimozione dei linfonodi. La chirurgia ricostruttiva, a volte viene eseguita con un lembo libero.

Nicola: Quindi abbiamo tessuto vascolarizzato trasferito da una sede donatrice distante, come ho detto, l'avambraccio e la coscia. La mia paziente che ha subito una ricostruzione della lingua. E poi c'è un lembo peduncolato dove si trova il grande pettorale. Il muscolo viene fatto passare attraverso un tunnel nella zona del collo con la vascolarizzazione, quindi non è necessaria la microchirurgia, ma rimodella l'anatomia del collo.

Nicola: Rimodellerà l'anatomia di tutte le strutture, comprese le terminazioni nervose, i vasi sanguigni, i vasi linfatici e i linfonodi. Quindi c'è un impatto enorme a seguito degli interventi chirurgici. E anche in questo caso, è un'area in

cui potremmo essere in grado di fornire supporto insieme ad altri membri dell'équipe del paziente.

Nicola: Ma si tratta di un approccio multidisciplinare per supportare questi pazienti oncologici durante gli interventi chirurgici, e il periodo di recupero è piuttosto lungo. Parlando brevemente dei diversi tipi di interventi chirurgici al collo che sono stati eseguiti e di come siamo progrediti dal 1906, quando si iniziò con la dissezione radicale del collo per trattare la malattia metastatica, con l'asportazione di cinque livelli di linfonodi.

Nicola: E ancora, non abbiamo solo un livello, ma questi linfonodi, questi linfonodi profondi si estendono, sai, in una posizione molto profonda. Quindi, sai, all'inizio del 1900, rimuovevano tutti i linfonodi come vediamo ora, dove sono più selettivi quando rimuovono i linfonodi per le pazienti con cancro al seno.

Nicola: Quindi, invece di eseguire una dissezione linfonodale totale e rimuovere una ventina di linfonodi, ora si sta passando alla biopsia del linfonodo sentinella, in cui vengono prelevati solo i linfonodi più vitali che devono essere rimossi per prevenire le metastasi. Ma come puoi vedere, questo avrebbe un impatto sul nervo accessorio spinale e sulle vene giugulari interne esterne.

Nicola: Il muscolo sternocleidomastoideo (SCM) e tutte queste strutture vennero rimosse, quindi nel 1960 si trattò di una misura molto drastica per minimizzare questa disfunzione. Venne introdotta la dissezione radicale modificata del collo, che preservava le strutture non linfatiche. Ora ci stiamo muovendo verso la dissezione selettiva del collo, che va ancora oltre, preservando uno o più gruppi di linfonodi.

[01:56:34] Radioterapia e terapie sistemiche

Nicola: Radiazioni, numerosi tipi di radiazioni. Recentemente ho partecipato a una sorta di conferenza qui a Denver, dove si parlava principalmente di pazienti affette da tumore al seno, ma ho appreso della radioterapia adattiva. Si tratta di una nuova tecnica che utilizza un sistema di feedback basato sulle immagini per compensare i cambiamenti anatomici e modificare di conseguenza il trattamento.

Nicola: I dettagli di questo, puoi [01:57:00] vedere in fondo allo schermo, ci sono alcune note su quel documento di ricerca, ma stavano parlando di notare che quando le persone vengono sottoposte a radioterapia, l'anatomia

cambierebbe, la posizione di tutte le diverse strutture cambierebbe. Quindi devono provare a cambiare il bersaglio della radioterapia.

Nicola: Quindi. Minimizzare il danno tissutale localizzato. Ma stiamo ancora ovviamente vedendo la terapia protonica, la radioterapia stereotassica corporea, che utilizza immagini guidate da IG. La radioterapia a intensità modulata, qualcosa che è qualcosa che è qualcosa che è usato nei pazienti con tumori della testa e del collo proprio perché è più precisa e può aiutare a ridurre i danni ai tessuti sani.

Nicola: E poi a volte abbiamo la brachiterapia, che consiste nella sostituzione del materiale radioattivo sotto forma di semi e pellet che danneggiano il DNA delle cellule tumorali localizzate. Ma penso che quello che stiamo vedendo sempre più spesso è la IMRT, una forma di radioterapia [01:58:00]. E penso che questa radioterapia adattiva si diffonderà sicuramente anche nel trattamento dei pazienti affetti da tumori della testa e del collo, come emerso durante la conferenza a cui ho partecipato qualche settimana fa.

Nicola: Chemioterapia e immunoterapia. Ora, come saprete, è per questo che siamo qui con S4Om: la chemioterapia e l'immunoterapia non sono solo effetti collaterali localizzati. Sono effetti collaterali sistemici. Quindi possono accadere molte cose diverse. Si sa ancora molto poco sull'impatto della chemioterapia e dell'immunoterapia sui vasi linfatici.

Nicola: Ma quello che sappiamo è che ha la possibilità di compromettere la contrazione dei linfangioli. Ricordate quei piccoli linfangioli che si riempiono di liquido e si contraggono? Sappiamo che, a causa di una possibile infiammazione localizzata di questi vasi, ciò potrebbe influire sulla contrattilità dei linfangioli.

Nicola: Ma ripeto, questi [01:59:00] sono solo alcuni dei tanti farmaci chemioterapici e immunoterapici che i nostri pazienti con tumore alla testa e al collo dovranno assumere. E, ripeto, alcuni di questi richiedono terapie a lungo termine, che possono, come sapete, ostacolare la guarigione. E penso che questo sia un altro aspetto importante da considerare quando si parla di tumore alla testa e al collo.

Nicola: I pazienti oncologici, soprattutto se hanno subito una ricostruzione o una radioterapia, potrebbero impiegare più tempo a guarire a causa della chemioterapia a cui si sono sottoposti. Questo è ciò che fa la chemioterapia. Influisce sul processo di guarigione, come tutti sappiamo.

[01:59:35] Le sfide del paziente e il team di riabilitazione

Nicola: Quindi, quali sono le sfide che dobbiamo affrontare con i nostri pazienti affetti da tumore alla testa e al collo?

Nicola: Ho evidenziato qui il linfedema e il dolore perché penso che queste siano le aree principali su cui noi, come massaggiatori oncologici, possiamo certamente avere una certa influenza e offrire supporto. Per quanto riguarda la ridotta ampiezza di movimento, ovviamente sarà necessaria una qualche forma di riabilitazione con un fisioterapista .

Nicola: Abbiamo i fattori psicosociali, quindi la comunicazione verbale ha un impatto enorme su questi trattamenti e sul cancro stesso. Ho avuto numerose persone che ho indirizzato a logopedisti, oltre a farle lavorare con il loro terapeuta del linfedema, in modo che possano, sai, la deglutizione, tutto il processo, la disfagia, la difficoltà a deglutire.

Nicola: Non riesco mai a pronunciarlo, ma ci provo con stoia. La secchezza delle fauci è una condizione molto comune, così come la secchezza delle fauci, la noia, non riesco mai a dire questa parola. Anche la deglutizione dolorosa, il trisma, la difficoltà ad aprire la bocca. Quindi, come potete vedere, hanno davvero bisogno di più di un semplice terapeuta del linfedema, hanno bisogno della riabilitazione di un fisioterapista e, sapete, di recuperare la loro mobilità articolare.

Nicola: Abbiamo perdita di massa muscolare, atrofia muscolare a causa della mancanza di movimento, mucosite. Quindi l'infiammazione della membrana mucosa [02:01:00] avrà un impatto sulla loro nutrizione, sai, sulla loro capacità di ottenere una nutrizione ottimale e questo può quindi portare a ulteriori complicazioni. Hanno danni ai nervi. Di nuovo, puoi vedere la posizione del nervo accessorio qui, vicino al trapezio e allo sternocleidomastoideo.

Nicola: È qui che si trovano molti di quei linfonodi. Quindi, se li rimuovono ed eseguono una dissezione linfonodale, poi un intervento chirurgico e infine la radioterapia, questo nervo accessorio viene spesso colpito. Quindi, ripeto, questo nervo accessorio fornisce innervazione motoria al muscolo sternocleidomastoideo e al muscolo trapezio.

Nicola: E come affermato qui, l'impatto su questo e sul trapezio superiore, medio e inferiore provoca debolezza, paralisi, dolore e disturbi estetici. Quindi,

ancora una volta, si può vedere il quadro completo di. Sai, come queste persone sono colpite dai trattamenti così come dal cancro stesso. Perché il cancro stesso può semplicemente crescere e fare pressione sulle terminazioni nervose.

Nicola: Può limitare la contrazione muscolare. Ci sono così tante aree in cui, sai, qualsiasi tumore, qualsiasi massa in questa regione influenzerà tutte le funzioni, non solo il sistema linfatico, ma anche i muscoli, le terminazioni nervose e i vasi sanguigni. Quindi ora vorrei dedicare un po' di tempo ad analizzare in particolare il sistema linfatico, perché questo va oltre le mie competenze.

Nicola: Ma bisogna sempre tenere presente che, quando si ha un paziente affetto da tumore alla testa e al collo, tutto questo avrà un impatto su di lui. Quindi è fondamentale collaborare, per quanto possibile, affinché il paziente sia seguito da un team completo per affrontare tutte queste diverse problematiche. Inoltre, il ruolo del massaggiatore oncologico è quello di permettere ai pazienti di comunicargli ciò che stanno provando.

Nicola: Puoi fare loro delle domande e supportarli, sai, nel cercare di ottenere [02:03:00] tutte le cure di cui hanno bisogno. Quindi, quando si tratta di linfedema e dolore, c'è sicuramente, ovviamente, come massaggiatori, un ruolo enorme da svolgere nel mantenere una riduzione del loro dolore nel miglior modo possibile.

Nicola: Ma quando si parla di linfedema, è fondamentale avere una conoscenza approfondita del sistema linfatico. Se sei un terapeuta di drenaggio linfatico manuale, abbiamo sicuramente un ruolo importantissimo, ma è altrettanto importante collaborare con un terapeuta specializzato in linfedema, formato nella gestione del linfedema della testa e del collo.

[02:03:37] Come il cancro sconvolge il sistema linfatico

Nicola: Quindi, riepilogando brevemente alcune informazioni su come il cancro influisce sul sistema linfatico. La crescita del tumore può effettivamente limitare il flusso linfatico. Quindi il cancro e il suo impatto sul sistema linfatico. Il cancro stesso può influenzare il drenaggio del liquido linfatico perché può limitarne il flusso. Soprattutto se [02:04:00] cresce e comprime i vasi linfatici localizzati nei linfonodi, impedendo loro di svolgere appieno la loro funzione di filtraggio del liquido.

Nicola: E sapete che sappiamo che i tumori possono creare i propri vasi linfatici. Questo è un aspetto di cui parliamo quando parliamo di linfoangiogenesi, in cui i tumori sviluppano i propri vasi linfatici. Quindi, il tumore si allontana dai vasi linfatici locali, li aiuta e si concentra sulla crescita dei propri.

Nicola: È qui che molti di questi farmaci chemioterapici agiscono sull'angiogenesi o sull'anti-angiogenesi per prevenire la crescita dei vasi sanguigni, così come quella dei vasi linfatici. E poi c'è la chirurgia. La rimozione dei linfonodi aumenta il rischio di linfedema. Come sappiamo, i linfonodi filtrano il nostro liquido linfatico e, quando si rimuove la linfa, il drenaggio e il filtraggio del liquido linfatico vengono ostacolati.

Nicola: E si accumula. [02:05:00] Liquido ricco di proteine nei tessuti che porta al linfedema.

[02:05:04] Danni da radiazioni e linfatici

Nicola: Ehm, il problema con il linfedema è ovviamente che si verifica una stasi del liquido linfatico che può portare al rischio di infezione e causare fibrosi del tessuto circostante. Anche le radiazioni possono portare a fibrosi interstiziale.

Nicola: Quindi, di nuovo, dipende dalla posizione in cui i fasci di radiazioni entrano nell'area. Nella maggior parte dei casi, proteggono la zona polmonare, ma a volte, se devono entrare con un'angolazione particolare, possiamo ottenere danni localizzati alla parte superiore dei polmoni, che possono portare alla fibrosi interstiziale.

Nicola: Le radiazioni possono comprimere i vasi linfatici, quindi, di nuovo, dove c'è la radiazione, questa chiude il tessuto. Non c'è spazio perché i vasi funzionino effettivamente, e quindi si comprimono anche i vasi che potrebbero non essere stati danneggiati, limitando il drenaggio. E poi abbiamo, abbiamo, abbiamo quella disfunzione meccanica della [02:06:00] contrazione dei vasi linfatici.

Nicola: La capacità di contrazione del linfangione è ridotta. La chemioterapia può indebolire i vasi. Ciò ostacola il flusso linfatico e la possibile infiammazione di questi vasi rallenta ulteriormente la contrazione del linfangione.

[02:06:15] Attivazione immunitaria e citochine

Nicola: Ehm, quello che vorrei solo menzionare, e ripeto, questo è emerso da alcune conferenze a cui ho partecipato di recente, è che le radiazioni in realtà attivano o innescano il sistema immunitario innato.

Nicola: Quindi, in un certo senso, aumenta la produzione di macrofagi e cellule dendritiche. Ma produce anche molte citochine infiammatorie che possono inibire, scusate, possono inibire la contrazione linfatica. Quindi, quando c'è quella tempesta di citochine, di cui abbiamo sentito parlare tutti durante il COVID, queste citochine possono creare ulteriore infiammazione e quindi ridurre il flusso linfatico .

Nicola: Quindi le radiazioni hanno il potenziale di... in un certo senso, stimolare il sistema immunitario, sai, a capire cosa deve fare per rimuovere eventuali danni alle cellule, e poi questo porterebbe semplicemente a una maggiore infiammazione nelle aree tissutali.

[02:07:19] Linfedema interno vs esterno

Nicola: Ehm, quindi linfedema, sono sicura che tutti voi ne siate a conoscenza.

Nicola: Il linfedema è una malattia cronica progressiva causata dall'accumulo anomalo di liquido ricco di proteine nello spazio interstiziale. Questo porta a fibrosi reattiva e infiammazione cronica. Richiede un intervento precoce e un modello di assistenza cronica per la gestione a lungo termine. Ora, quello che vorrei sottolineare è che spesso pensiamo che il linfedema sia un problema esterno.

Nicola: È qualcosa che possiamo palpare e possiamo vedere e, sai, visivamente e, e i nostri clienti, o i nostri pazienti spesso dicono, sai, posso sentire [02:08:00] una piccola differenza, un po' più di gonfiore nel tessuto. Ma ciò che può spesso accadere con il linfedema della testa e del collo a causa della posizione di tutti questi linfonodi sono tutti spesso influenzati dal trattamento per il cancro, il funzionamento interno della regione della testa e del collo, la lingua, le tonsille, l'esofago.

Nicola: Tutte queste aree possono sviluppare linfedema interno. E, ripeto, non lo vediamo dall'esterno, ma internamente sì. Possono verificarsi, ad esempio,

difficoltà di linguaggio. Difficoltà di deglutizione. Ci sono tantissimi sintomi diversi che possono manifestarsi in caso di linfedema interno, a differenza di un linfedema esterno che pensiamo di poter palpare.

Nicola: Quindi questi sono alcuni, sai, di nuovo, alla fine di questa, alla fine di questo PowerPoint, c'è una diapositiva sulle cose che puoi chiedere ai tuoi clienti, cose che puoi chiedere loro di segnalare. E questa è una cosa che [02:09:00] faccio moltissimo perché sono limitata in quello che posso fare come terapeuta del linfedema.

Nicola: Voglio assicurarmi di avere a disposizione un team multidisciplinare che supporti il paziente nel miglior modo possibile.

[02:09:12] Rischio di infezione e prevalenza

Nicola: Il problema è che, quando si verifica questo accumulo anomalo di liquido, si crea un terreno fertile per un'ulteriore crescita batterica. Quindi, ancora una volta, è da qui che deriva il rischio di infezione.

Nicola: E ancora, abbiamo una ridotta funzione immunitaria localizzata a causa della perdita e/o del danneggiamento dei linfonodi. Questo espone il paziente al rischio di infezioni, soprattutto in presenza di ferite che non guariscono e, come ben sappiamo, di danni ai tessuti superficiali causati dalle radiazioni.

Nicola: Crea quell'area per una possibile infezione. Quindi vogliamo davvero far circolare la linfa il più possibile e supportare il sistema linfatico il più possibile per riportarlo a una sorta di normalità in modo che [02:10:00] ci sia un buon funzionamento. Questo vi sta solo mostrando alcuni degli studi che sono stati fatti sugli incidenti di cancro alla testa e al collo e linfedema della testa e del collo, scusate.

Nicola: Come conseguenza dei tumori alla testa e al collo. E, come sapete, il 90% dei pazienti presenta linfedema alla testa e al collo un anno dopo il trattamento oncologico. Il 75% di questi pazienti presenta una forma da moderata a grave e il 47% di queste persone ha fibrosi. Ora, ripeto, questo è un aspetto su cui bisogna lavorare seriamente. Un terapeuta specializzato in linfedema avrà gli strumenti e la formazione necessari per intervenire in modo efficace e sicuro.

Nicola: Ma come massaggiatori, come massaggiatori oncologici o anche come terapisti di drenaggio linfatico manuale, ci sono sicuramente cose che possiamo fare per supportare, sai, il rimodellamento dei tessuti e il supporto. Drenaggio

linfatico ottimale. Ma ripeto, abbiamo alcuni dei nostri limiti, ma è importante capire, sai, [02:11:00] questo è un numero enorme.

Nicola: Il 90% dei pazienti che presentano linfedema a un anno dal trattamento probabilmente non ne conosce i segni e i sintomi. E questo è un aspetto in cui possiamo aiutarli e istruirli. Inoltre, secondo lo studio Gen Gene Zal del 2021, il linfedema interno colpisce in qualche misura il 97% degli individui. È quindi fondamentale riconoscere che questa disfunzione linfatica derivante dal trattamento del tumore alla testa e al collo non è sempre esterna.

Nicola: Molto spesso è anche una questione interna.

[02:11:34] Linfonodi e bacini idrografici

Nicola: Questa è la classificazione AAO, ovvero la classificazione dei linfonodi cervicali. Ripeto, nessuno di noi qui è un chirurgo linfatico, quindi non abbiamo bisogno di conoscere moltissimi dettagli. Ma è giusto per darvi un'idea generale della posizione dei diversi linfonodi e delle diverse sezioni in cui sono suddivisi.

Nicola: E ovviamente, a seconda di dove si trova il tumore e di dove drena, i linfonodi in cui il tumore drena [02:12:00] determineranno, sai, quali linfonodi vengono rimossi e dove verrà effettuata la radioterapia. Quindi, di nuovo, i linfonodi rimossi durante la rimozione del tumore, o in base a modelli di metastasi che sono prevedibili rispetto ai siti primari della malattia.

Nicola: Come possiamo vedere, si estendono dai linfonodi superficiali, sottomandibolari e sottomentali, fino ai livelli più profondi dei linfonodi, arrivando fino alla regione sovraclaveare. Queste sono solo un paio di foto di persone che hanno sviluppato linfedema alla testa e al collo in seguito ai trattamenti per i tumori della testa e del collo.

Nicola: E come potete vedere, tornando di nuovo a quei bacini idrografici, questo fluido non li attraverserà. È proprio per questo che sono stati creati i bacini idrografici, per trattenere il fluido in quelle regioni. Ma quando tutto questo accade nella regione della testa e del collo, si verifica un accumulo di fluido in queste aree.

Nicola: E questo può avere un impatto sulla qualità della vita in tanti modi diversi.

[02:13:03] Nozioni di base su rinvio e sicurezza

Nicola: Voglio chiarire subito che quando un paziente presenta linfedema, è sempre necessario indirizzarlo a un terapista specializzato in linfedema, un terapista certificato in linfedema, perché il trattamento di questa patologia richiede una formazione specifica in tutti gli ambiti della gestione del linfedema.

Nicola: E ancora, questo includerà compressione, bendaggio, gestione della cura della pelle, che è fondamentale, e tecniche specifiche di drenaggio linfatico manuale (DLM). Quindi, per quanto vogliamo aiutare i nostri pazienti oncologici e supportarli con tutti gli impatti che hanno dai loro trattamenti, dal drenaggio linfatico del tumore alla testa e al collo, quando si tratta del linfedema, è davvero necessaria una formazione specializzata per fornire loro una visione completa del processo di guarigione e recupero.

Nicola: Ma ci sono alcune cose che possiamo fare. In particolare per, sai, altre aree lontane dal sito interessato dall'intervento chirurgico o dalla radioterapia. [02:14:00] Quindi, l'edema sarà qualcosa che ovviamente sperimenteranno e che porterà ovviamente al linfedema quando il sistema linfatico è stato danneggiato.

Nicola: Ma qualsiasi edema può essere gestito con il drenaggio linfatico manuale. Non so quanti di voi abbiano seguito un corso di drenaggio linfatico manuale, ma se lo avete fatto, conoscerete questi percorsi di drenaggio. Ci sono percorsi collaterali che possiamo utilizzare. La radioterapia è un dono che continua a dare. Mi è stato detto più volte che bisogna aspettare almeno dalle sei alle otto settimane dopo la radioterapia prima di poter applicare qualsiasi tipo di drenaggio linfatico manuale.

Nicola: Si può trovare una soluzione, ma la pelle ha bisogno di guarire, e sono sicura che lo sapete tutti. Lo stesso vale per il massaggio oncologico. Le terapie termiche sono assolutamente da evitare sulla pelle irradiata. E se sono stati effettuati innesti cutanei da diverse aree, è necessario prendere delle precauzioni anche in quel caso.

Nicola: E bisogna anche essere sensibili a come [02:15:00] la radioterapia e la chemioterapia possono influenzare il paziente. Ci sarà sicuramente una certa ipersensibilità al tatto. Potrebbero esserci anche intorpidimento e mancanza di sensibilità nelle aree interessate. Queste illustrazioni mostrano semplicemente i

normali percorsi di drenaggio linfatico verso i gruppi di linfonodi nella zona della testa e del collo, sia anteriori che posteriori.

Nicola: Ma è importante sapere che con i pazienti affetti da tumore alla testa e al collo, questo richiede molti adattamenti.

[02:15:33] Tessuto cicatriziale e fibrosi

Nicola: Anche la gestione del tessuto cicatriziale è una parte molto importante del loro recupero e della riabilitazione. Il tessuto cicatriziale può compromettere la funzione linfatica. Spesso, durante le mie lezioni, lo descrivo come un castoro che costruisce una diga su un fiume o un ruscello, causando una riduzione del flusso d'acqua. Ed è fondamentalmente ciò che fa il tessuto cicatriziale.

Nicola: Sta ostacolando [02:16:00] quel drenaggio. Quindi lo sta rallentando. E se a questo aggiungiamo la rimozione dei linfonodi e la radioterapia, allora abbiamo un danno considerevole al drenaggio linfatico stesso e questo lo ostacolerà enormemente. Ci sono alcune discussioni sul fatto che i vasi linfatici si rigenerano.

Nicola: E ripeto, non mi riferisco ai vasi linfatici principali, ma piuttosto a quelli più piccoli, che si rigenereranno. Questo è ciò che può fare la linfangiogenesi. Quindi, in ambito scientifico si discute sul fatto che un intervento tempestivo sul tessuto cicatriziale e sulla fibrosi consentirà di creare un maggior numero di vasi linfatici in grado di favorire un buon drenaggio.

Nicola: Può rimodellare la struttura e i percorsi di drenaggio, ma c'è la possibilità che possiamo, sai, creare o, sai, migliorare ulteriormente la produzione di vasi linfatici [02:17:00]. Uno dei componenti chiave di questo trattamento deve essere la gestione delle cicatrici. La gestione delle cicatrici è essenziale, e ci sono vari modi.

Nicola: A, un terapeuta specializzato in linfedema affronterà questo problema con vari strumenti e applicazioni di compressione, ecc. Il trattamento, quando si lavora sul tessuto cicatriziale, dovrebbe anche facilitare l'utilizzo di gruppi linfonodali più grandi per il drenaggio primario. Quindi possiamo parlare, sai, se c'è tutto questo, sai, accumulo di liquidi in quest'area.

Nicola: Spesso possiamo superare i confini tra i vari organi. Utilizziamo l'anastomosi quando si tratta di collegare un asse all'altro, ma possiamo anche utilizzare i linfonodi ascellari quando abbiamo un accumulo considerevole in questa zona, convogliando il liquido anteriormente o posteriormente. Le

cicatrici o i tessuti con fibrosi indotta da radiazioni possono essere manipolati con attenzione dopo una completa guarigione.

Nicola: Quindi, ripeto, non è qualcosa che facciamo subito. Palpiamo, osserviamo e monitoriamo. [02:18:00] Per poter eseguire parte del nostro lavoro di mobilizzazione del tessuto cicatriziale. Ma, ripeto, non mi stancherò mai di ripeterlo: questo è un ruolo davvero importante per un terapeuta del linfedema. Noi, come massaggiatori, possiamo aiutarli e fare il lavoro, ma è davvero importante comunicare allo stesso tempo.

[02:18:20] Terapie aggiuntive e assistenza di squadra

Nicola: Tecniche di trattamento aggiuntive spesso utilizzate per supportare i pazienti affetti da tumore alla testa e al collo. Rilascio miofasciale, sempre con attenzione al danno e alle alterazioni dei tessuti. Mobilizzazione dei tessuti molli, spesso di ispirazione fisioterapica. Rilascio dei punti trigger. Applicazioni di kinesio tape.

Nicola: Il kinesio taping è diventato molto popolare nel mondo del linfedema. Perché ci permette di creare nuovi percorsi linfatici e di lavorare sulla fibrosi. Il problema con il kinesio, soprattutto nelle zone della testa e del collo e in quelle sottoposte a radioterapia, è che bisogna fare attenzione alla sensibilizzazione dei tessuti. [02:19:00]

Nicola: E anche in questo caso, bisogna aspettare, assicurarsi che il tessuto sia guarito. Sono stati introdotti i laser a bassa intensità e il LymphoTouch, una macchina a vibrazione meccanica a pressione negativa, che può creare spazio tra i tessuti. Particolarmente utile in presenza di tessuto fibrotico e ossigenoterapia iperbarica.

Nicola: Vengono utilizzate anche le camere a ossigeno. Questo è particolarmente utile quando i pazienti hanno subito radiazioni nella zona della mascella e il danno causato dalle radiazioni spesso ha un impatto sulla salute dentale. E con questo, avremo ancora più complicazioni, che dovranno essere affrontate. Quindi la camera iperbarica a ossigeno, oggi ho difficoltà con le parole, HBOT in breve.

Nicola: Questo aiuterà a creare una migliore guarigione dei tessuti. E so che viene utilizzato più spesso per la salute delle ossa, in particolare nella zona della mascella a seguito dei trattamenti [02:20:00] per il paziente oncologico, per la

zona della testa e del collo. Quindi, ancora una volta, ribadisco un approccio multimodale con collaborazione interdisciplinare.

Nicola: Questi aspetti sono essenziali per la guarigione e la qualità della vita di questa popolazione di pazienti. Bisogna riconoscere che non è compito di uno solo di noi. Dobbiamo collaborare, comunicare e aiutare il paziente ad affrontare questo percorso, non solo dalla diagnosi, ma anche per individuare il percorso migliore per la riabilitazione e promuovere una buona qualità della vita.

[02:20:40] Domande di screening del cliente

Nicola: Quindi, come massaggiatore, sai, come puoi aiutare in particolare questa tipologia di pazienti? E io, e mi rivolgo a chi di voi ha ricevuto una formazione in drenaggio linfatico manuale e a chi non l'ha ricevuta, come massaggiatore oncologico, ci sono tanti modi in cui possiamo [02:21:00] aiutare e supportare.

Nicola: Ho annotato qui un elenco di domande che potresti voler porre al tuo cliente per capire se è opportuno che io intervenga. Devo indirizzarlo a uno specialista? Quali altre terapie sono necessarie al mio paziente per ottenere la migliore qualità di vita e per progredire? Ad esempio, se si verificano cambiamenti nella sensibilità, come un improvviso intorpidimento o un aumento del mal di denti, o se la sensibilità dentale è aumentata in seguito a radioterapia, se avverte dolore, dove si localizza?

Nicola: Quanto è intenso il dolore? Devono rivolgersi nuovamente ai loro oncologi per capire di cosa si tratta? O è solo dolore dovuto alla posizione? E sai, anche. Con l'intervento chirurgico e la radioterapia, i muscoli della parte superiore della schiena, la cintura scapolare, tutte queste aree sono interessate. Quindi la mobilità durante il sonno è compromessa, il che può a sua volta causare dolore.

Nicola: [02:22:00] Globus, ovvero quella sensazione di possibile ostruzione, come un nodo in gola. Non c'è un'ostruzione, ma spesso si può avere questa sensazione. Anche questo potrebbe significare una sorta di linfedema interno. Potrebbe significare molte altre cose, ma anche questo è qualcosa che dovrebbe essere approfondito.

Nicola: La difficoltà a deglutire di nuovo, i muscoli della deglutizione. Voglio dire, ci sono così tanti muscoli e strutture diverse coinvolti, ma potrebbe esserci

un linfedema interno che richiede l'intervento di un terapeuta specializzato in linfedema per essere trattato.

Nicola: Inoltre, è fondamentale rivolgersi a un logopedista. Non mi stancherò mai di ripetere quanto sia importante un logopedista, che non solo aiuterà con la pronuncia, ma anche con la deglutizione, la masticazione, insomma, con tutto il processo. Collaboro con un'ottima logopedista qui in Colorado per i miei pazienti, quando ritengo che abbiano bisogno di un consulto specialistico, ad esempio per un cambiamento nella voce.

Nicola: Anche questo può succedere. La masticazione, il modo di masticare, possono essere un problema. E ancora, abbiamo accennato molto brevemente ai problemi [02:23:00] relativi alla masticazione e a come questi possano influire sul fabbisogno nutrizionale e potenzialmente portare alla malnutrizione, che a sua volta può causare ulteriori complicazioni ad altri sistemi del corpo, in particolare al sistema linfatico, se si verificano problemi di ipoproteine, anemia e qualsiasi altro sintomo che possano manifestare.

Nicola: Se dobbiamo rivolgerci a uno specialista.

[02:23:25] Supporto per massaggi e drenaggio linfatico manuale

Nicola: Quindi, un paio di cose qui, sapete, come come massaggiatori potete aiutare questa tipologia di clienti, potete essere molto influenti nel favorire il rilassamento del cliente. Come tutti sapete, sto predicando ai convertiti, probabilmente con il massaggio oncologico e un po' di aromaterapia delicata.

Nicola: Pratico l'aromaterapia. Sono un'aromaterapeuta certificata e la utilizzo quando è appropriato. Il motivo per cui ho specificato "delicata" è che a volte gli aromi possono essere troppo forti. Ripeto, i tessuti cambiano. Non bisogna applicare oli essenziali su tessuti danneggiati finché non si ha il via libera dall'équipe oncologica o dopo aver effettuato dei patch test.

Nicola: Questo è probabilmente un altro argomento di conversazione, ma, sai, il massaggio oncologico, un po' di aromaterapia delicata per favorire il rilassamento. Il rilassamento è fondamentale. Se hai la certificazione in drenaggio linfatico manuale, puoi lavorare sul tessuto sano nelle zone sane. E, ripeto, assicurati di lavorare a fianco di un terapeuta certificato per il linfedema.

Nicola: Quindi il drenaggio linfatico manuale (DLM) può essere davvero molto utile. Come sapete, l'obiettivo del DLM è quello di rimuovere il liquido linfatico stagnante. Potete sempre integrare tecniche di respirazione addominale per stimolare il drenaggio linfatico più profondo. Come molti di voi sanno, il dotto toracico, che drena tre quarti del corpo, si trova nella parte superiore dell'addome.

Nicola: E quando facciamo una respirazione diaframmatica profonda, è noto che [02:25:00] stimola il drenaggio linfatico più profondo che si libera nel dotto toracico, il che può aiutare a supportare, sai, il movimento generale, il pieno movimento della linfa in tutto il corpo, così come nella testa e nel collo. Ripeto, non siamo fisioterapisti, non so, forse ci sono dei fisioterapisti qui, ma incoraggiamo i nostri clienti a dormire sul lato sano per provare e, sai, solo per avere questa discussione.

Nicola: Quindi, quando sono nella tua clinica e sono sul lettino da massaggio, il posizionamento sarà fondamentale, e ne parleremo un po' più approfonditamente. Ma quando lavori su di loro nel tuo studio, abituarli e parlare con loro, incoraggiandoli a provare a dormire sul lato più salutare.

Nicola: Se non riescono a stare sdraiati con la testa leggermente sollevata, è un aspetto da considerare durante il trattamento. Ma è importante anche parlarne con loro a casa. Si spera che anche il resto del team di riabilitazione fornisca queste informazioni. [02:26:00] Ma, come massaggiatori oncologici, abbiamo generalmente un ottimo rapporto con i nostri pazienti e loro ci ascoltano molto.

Nicola: Quindi, se possiamo ribadire l'importanza di dormire bene, di mettersi comodi, ma anche di favorire un buon drenaggio, cosa che è molto utile per noi. In questo modo, i pazienti si fidano di noi. E inoltre, è importante sensibilizzare il paziente sui cambiamenti dei tessuti. Credo che lo abbiamo già accennato, è possibile osservare i cambiamenti nei tessuti.

Nicola: Puoi vedere se c'è, sai, un rossore eccessivo o un edema eccessivo in un punto e semplicemente aiutare a fare da portavoce per assicurarti che ricevano il terapeuta o il professionista corretto e appropriato che possa aiutarli in futuro. Quindi ci sono molte cose che possiamo fare come massaggiatori. Se hai la tua formazione in drenaggio linfatico manuale, ci sono molte [02:27:00] cose che possiamo fare anche con questo.

Nicola: Possiamo supportare e migliorare l'ampiezza di movimento. Sappiamo tutti che il drenaggio linfatico manuale può influenzare il sistema nervoso, disattivando il sistema simpatico e attivando il sistema parasimpatico,

responsabile del riposo e della digestione, ma anche, come sapete, l'ampiezza di movimento in caso di formazione di edema o di restrizioni in qualsiasi muscolo interessato da questi trattamenti.

Nicola: Un drenaggio linfatico manuale (DLM) delicato può aiutare a rilassare quella zona, calmare il sistema nervoso e forse migliorare la funzionalità dei muscoli coinvolti, possiamo contribuire a migliorare il linguaggio e la comunicazione, migliorare l'assunzione di nutrienti perché, come sapete, stiamo potenzialmente stimolando la circolazione linfatica, riducendo un possibile linfedema interno ed esterno.

Nicola: Potrebbero essere in grado di aprire di più la bocca. Una volta ho avuto un cliente che aveva un tumore alle ghiandole salivari [02:28:00], ed era un candidato per l'HBOT, la camera iperbarica a ossigeno, e, sai, aveva molti problemi e molta fibrosi nella zona del collo. Ma uno dei suoi problemi principali era la secchezza delle fauci.

Nicola: Di nuovo, la xerostomia. E ha scoperto che quando gli facevo il drenaggio linfatico manuale, i suoi orifizi salivari funzionavano e salivava, e ha detto che questo lo aiutava a riuscire a portare il cibo in bocca e a masticare. Quindi, ripeto, questo è successo dopo un paio di sedute di drenaggio linfatico manuale.

Nicola: Quindi ci sono così tante aree diverse in cui il drenaggio linfatico manuale (DLM) può entrare in gioco. Gestione del dolore, come sappiamo il DLM può davvero avere un impatto e aiutare a ridurre il dolore. Possiamo diminuire la fibrosi facendo circolare il liquido linfatico stagnante. Possiamo migliorare la salute dei tessuti e ridurre il rischio di infezione perché, ripeto, quando abbiamo subito [02:29:00] radioterapia e quando abbiamo subito un intervento chirurgico, ci sono stati rimossi i linfonodi, abbiamo perso la capacità di funzione immunitaria in quella regione.

Nicola: Ci capita anche di avere difficoltà a deglutire, secchezza delle fauci, deglutizione dolorosa. Non proverò a pronunciare di nuovo tutte queste parole perché potrei sbagliarmi. Comunque, potete vedere cosa può succedere in quest'area. E poi con il drenaggio linfatico manuale, possiamo, e ripeto, non curare, ma aiutare a gestire i sintomi.

Nicola: E sapete, questo è uno studio che potete vedere in fondo allo schermo. Ho ascoltato la dottoressa Eva Crich, che qualche tempo fa ha tenuto una presentazione a seguito di uno studio condotto con i suoi colleghi. In sostanza,

si parlava del trattamento della disfunzione linfatica nei pazienti oncologici, con particolare attenzione ai pazienti affetti da tumore al seno e alla testa e al collo.

Nicola: Ma è stata piuttosto interessante la discussione sulla possibilità di ripristinare i vasi linfatici e promuovere l'attività antitumorale intervenendo precocemente e introducendo alcune delle nostre tecniche manuali con il drenaggio linfatico manuale che possono effettivamente supportare questo processo. E l'ho trovato uno studio e un articolo davvero interessanti e di facile lettura. Quindi questo è il drenaggio linfatico manuale per i pazienti affetti da tumore alla testa e al collo.

[02:30:26] Posizionamento e percorsi di drenaggio

Nicola: E poi bisogna pensare alle considerazioni sul posizionamento, a cosa possiamo fare durante l'applicazione, che si tratti di drenaggio linfatico manuale o di massaggio, e al corretto sollevamento della testa del paziente a casa e in clinica.

Nicola: L'ho già detto prima. Penso che sia davvero importante riconoscerlo. E si può fare molto. Io lavoro molto con i miei pazienti. Lo schienale del mio lettino si alza, possiamo integrare le tecniche di respirazione addominale. Chiunque può farlo. E ripeto, non bisogna mai spingere il cliente, il paziente, al punto da fargli sentire di non riuscire a respirare.

Nicola: [02:31:00] Ma lentamente e con delicatezza, incoraggiateli a incorporarlo nelle sessioni. Ed è anche parte di ciò che possono fare per aiutarsi a casa. E inoltre, come sappiamo, il rilassamento è qualcosa che possiamo ottenere anche dalla respirazione diaframmatica profonda e lavorare al di sotto di qualsiasi tessuto indurito. Quindi, di nuovo, e ripeto, non ho qui l'immagine ideale da mostrare, ma se avete tutta quella fibrosi ed edema in quest'area, sapete, potete lavorare al di sotto di quest'area, fare un po' di drenaggio.

Nicola: Sotto la linea di demarcazione clavicolare e potrebbe drenare fino all'ascella. Se non è possibile passare attraverso la zona anteriore, si può procedere posteriormente e aggirare la spalla fino all'ascella se c'è molto liquido in questa zona. E questa è una procedura che ho eseguito diverse volte per far defluire il liquido, perché non può scendere a causa della fibrosi da radiazioni e spesso questo tessuto si forma a seguito della radioterapia quando vengono trattati i linfonodi. [02:32:00]

Nicola: Questo tessuto è proprio solido. È come, è come un pezzo di legno. È semplicemente, è immobile. Quindi possiamo drenare posteriormente, lavorare posteriormente in posizione laterale o con elevazione, collo posteriore, collo posteriore se la pelle è intatta. E ancora, bisogna ricordare che con la radioterapia il nostro punto di ingresso e il nostro punto di uscita possiamo incorporare alcune tecniche di rilascio miofasciale al trapezio.

Nicola: Evitate i linfonodi cervicali finché la radioterapia non sarà terminata. E anche in quel caso, è necessario palpare il tessuto. Ora sappiamo che i vasi linfatici trovano percorsi collaterali e le conoscenze su come intervenire sui tessuti irradiati e sul tessuto cicatriziale stanno cambiando. Dal punto di vista terapeutico, non vogliamo farlo immediatamente, ma una volta che il tessuto è guarito, potremmo essere in grado di favorire la ricrescita.

Nicola: Sai, formazione di vasi linfatici e, sai, incorporazione di alcuni percorsi collaterali. [02:33:00] Se c'è una qualsiasi contrattura da qualche parte, di nuovo, evitala. E ricorda, le ferite impiegano tempo a guarire. A volte non guariscono affatto. E penso di averlo già detto, la chemioterapia può avere un ruolo nella scarsa guarigione delle ferite proprio a causa dell'infiammazione sistemica generale dei vasi che può causare.

Nicola: E la fibrosi da radiazioni è generalmente diversa dalla fibrosi normale. E ancora una volta, abbiamo una completa disidratazione del tessuto. E penso che questo sia un altro aspetto importante da considerare: in caso di radiazioni, possono essere necessari almeno due anni affinché il tessuto si reidrati completamente.

Nicola: Quindi ci sarà molta mancanza di elasticità, secchezza. E, di nuovo, dobbiamo davvero modificare i nostri trattamenti. Intorno alla fibrosi da radiazioni. Quindi ricordate, non sarà spessa e densa come la fibrosi che si forma con il linfedema. Spesso è solo molto dura. Nessun [02:34:00] movimento del tessuto, ma pelle molto sottile, facile, fragile.

Nicola: Quindi dobbiamo ribadire che, se questo non rientra nelle vostre competenze e nella vostra formazione, dovete sempre indirizzare il paziente a un terapeuta specializzato in linfedema. E quindi, se state eseguendo un drenaggio linfatico manuale in un'area in cui potrebbe essere presente tessuto cicatriziale o linfedema, come nel caso di un intervento di chirurgia ricostruttiva.

Nicola: Possiamo portarlo giù nei linfonodi sovraclaveari. Possiamo anche attraversare questa zona di confine clavicolare, portarlo giù e nei linfonodi

ascellari. E come ho detto, ho dimenticato di mettere una foto posteriore, ma se conoscete questa zona, magari hanno un port impiantato che rende difficile lavorare intorno o c'è troppo tessuto cicatriziale qui e c'è troppo, il tessuto è troppo delicato e ancora in fase di guarigione.

Nicola: Possiamo arrivare posteriormente, aggirando la parte posteriore del trapezio, e anteriormente, [02:35:00] scusate, posteriormente verso la lacerazione del flusso linfatico ascellare. E ancora, questo mostra anche che se avete, sapete, un drenaggio da questa parte, potete andare posteriormente. Se avete questo accumulo di liquido qui, potete arrivare di nuovo da questa parte sopra il tessuto cicatriziale, se è un caso molto difficile, perché stiamo iniziando a lavorare.

Nicola: Verso i linfonodi rimanenti. È un aspetto che insegniamo nel corso di certificazione per il drenaggio linfatico manuale (DLM). Prima evitavamo i linfonodi già interessati e l'intera regione. Ora sappiamo che quei linfonodi rimanenti sono ancora funzionanti. È giusto favorire il drenaggio verso queste aree, ma è altrettanto importante ricordare di utilizzare anche altre vie di drenaggio.

Nicola: E questo è un aspetto che, come sapete, molte terapie per il linfedema ora prevedono, ancora una volta, la palpazione del tessuto, per assicurarsi che sia sicuro intervenire nuovamente sul tessuto cicatriziale. Ma sappiamo, grazie alla discussione della Dott.ssa Eva Cvic nel suo articolo [02:36:00], come possiamo contribuire a rimodellare alcune delle strutture linfatiche, alcuni dei vasi linfatici, quando applichiamo alcune delle nostre tecniche più delicate.

Nicola: Quindi, ripeto, possiamo trattare i linfonodi ascellari sul lato interessato. Si può trattare la parte superiore del torace o la parte superiore della schiena con movimenti circolari per far defluire il liquido verso questi linfonodi. Si può trattare la fossa sovraclaveare bilateralmente, a meno che non ci siano stati interventi di radioterapia o chirurgia in quella zona, e il tessuto non sia, insomma, possiamo palpare il tessuto per capire se è sicuro intervenire su quell'area o meno, oppure possiamo lavorare su un lato e poi trattare i linfonodi posteriori del collo e occipitali, a seconda dei casi.

Nicola: Quindi, ancora una volta, si tratta di osservare ciò che il nostro paziente sta vivendo, quali sono i suoi bisogni e adattarsi. Di nuovo, probabilmente sto predicando ai convertiti ancora una volta. Ma quando lavoriamo con i nostri pazienti oncologici, si tratta di adattarsi e assicurarsi che il nostro paziente [02:37:00] sia completamente a suo agio.

[02:37:03] Riepilogo e prossimi passi

Nicola: Con questo concludo la mia presentazione su come i tumori della testa e del collo possono influenzare la funzione linfatica. Spero di avervi fornito informazioni sufficienti e, se questo è un argomento nuovo per voi, magari perché state vedendo sempre più pazienti con tumori della testa e del collo che si rivolgono a voi, vi consiglio vivamente di collaborare.

Nicola: Potresti anche informarti e formarti nel campo del drenaggio linfatico insieme ad altri terapeuti della tua zona, per supportare al meglio i tuoi clienti. Grazie ancora per l'ascolto. Apprezzo molto.

[02:37:42] Tumore della testa e del collo: fascia, cicatrici/fibrosi e linfangiostasi con Cathy Ryan

[02:37:42] Benvenuto e panoramica

Cathy Ryan: Ciao, sono Katherine Ryan Ka. Kathy, sono una massaggiatrice professionista. Esercito la professione da 35 anni. Sono stata anche formatrice in massoterapia per tre anni. Sono davvero entusiasta di essere qui. Parleremo di alcune cose e sarò presente alla fine per la sessione di domande e risposte dal vivo. Quindi [02:38:00] non vedo l'ora di vedervi lì.

Cathy Ryan: Vi parlo dal territorio tradizionale di WestEd, nella splendida Columbia Britannica settentrionale, in Canada. Ringrazio di cuore gli organizzatori di S four OM di oggi. Parlerò della relazione tra fibrosi fasciale e stasi linfatica e, dal punto di vista della massoterapia, di come questo si applichi alla nostra pratica clinica.

[02:38:27] Fasi di guarigione delle ferite

Cathy Ryan: Quindi, per cominciare, una breve panoramica delle fasi di guarigione delle ferite e di formazione delle cicatrici. Indipendentemente dall'eziologia del trauma, che si tratti di un intervento chirurgico o di una ustione, comprese le ustioni da radiazioni, il nostro corpo ha un modo per riparare il danno ai tessuti. E questo avviene attraverso una complessa sequenza di fasi sovrapposte di guarigione delle ferite.

Cathy Ryan: E ci sono intervalli di tempo relativi associati a questi. E ancora, tutto nel contesto, più significativo o esteso è il trauma al tessuto. Alcuni di questi intervalli di tempo potrebbero essere [02:39:00] un po' più lunghi. Quindi in queste tre fasi, vediamo le cose tipiche che accadono durante l'infiammazione, dove vediamo il rilascio di fattori di crescita e il nostro corpo sta lavorando per pulire e riparare, inizia il processo di riparazione e rigenerazione, e tutti i segni classici potrebbero essere presenti.

Cathy Ryan: Nella fase di proliferazione, di solito circa una settimana dopo la lesione, l'acqua inizia a depositare del sottile pro-collagene, che costruisce una matrice provvisoria, che è essenzialmente un progetto o una struttura che supporterà la rigenerazione nervosa, circolatoria e linfatica, nonché la riparazione o la ricostruzione del tessuto che è stato lesionato o danneggiato a seguito di un qualche tipo di aggressione.

Cathy Ryan: E poi la fase finale è il rimodellamento e, in generale, questo inizia di solito circa quattro settimane dopo, quando il nostro corpo inizia davvero a occuparsi nel dettaglio della sostituzione del tessuto che è stato [02:40:00] lesionato o danneggiato. Ora, ovviamente, con diversi tipi di tessuto, questi tempi sono leggermente diversi.

Cathy Ryan: La pelle, ad esempio, è un processo molto più rapido perché il corpo lavora intensamente per chiudere qualsiasi tipo di fessura in cui un agente patogeno potrebbe infiltrarsi. Mentre in alcuni dei nostri tessuti collagenici più profondi, quelli che trattiamo comunemente con massaggi e terapie manuali, il processo potrebbe essere leggermente diverso in termini di tempistiche.

[02:40:26] Nozioni di base su cicatrici e fibrosi

Cathy Ryan: Quindi, quando parliamo di tessuto cicatriziale, spesso lo semplifico suddividendolo in due categorie, che chiamo funzionale o problematico. Il tessuto rimodellato, quello con cui lavoriamo comunemente nella nostra pratica di massaggio terapeutico, viene ricostruito principalmente tramite collagene di tipo 1.

Cathy Ryan: E questo ripristinerà la configurazione e la funzione di continuità più vicine possibili a quelle pre-infortunio. Inoltre, la generazione di sottili vasi sanguigni e linfatici nervosi è necessaria per irrorare questo tessuto neoformato affinché esso possa [02:41:00] funzionare ed essere sano per i suoi scopi.

Cathy Ryan: Quindi, quando tutto va estremamente bene, questo è ciò che definirei una riparazione funzionale o una cicatrice funzionale, ma il risultato non è sempre una riparazione che supporti la funzione. A volte si tratta di una cicatrice problematica o di una cicatrice fisiopatologica che potrebbe in qualche modo ostacolare la funzione.

[02:41:22] La fibrosi nella pratica

Cathy Ryan: Questo ci porta alla fibrosi, quindi indipendentemente dall'eziologia o dal tipo di cicatrice.

Cathy Ryan: Quindi, a prescindere da cosa abbia causato il trauma al tessuto o dal tipo di cicatrice a livello cutaneo, sentiremo spesso termini come ipertrofico o cheloide. Più in profondità nel corpo, potremmo sentire termini come aderenza. In sostanza, la fibrosi è il segno distintivo del rimodellamento fisiopatologico. Quindi, in pratica, questa è la fisicità, la rappresentazione fisica di ciò che descriveremmo come una cicatrice problematica.

Cathy Ryan: E la fibrosi può verificarsi in tutti i tipi di tessuti collagenosi. Ad esempio, la sindrome della membrana o del cordone ascellare è [02:42:00] considerata fibrosi della guaina fasciale che circonda la linfa, i vasi linfatici più piccoli e/o le vene più piccole e il rimodellamento disregolato o la fibrogenesi possono persistere per anni. Quindi, per quanto riguarda il portarlo dentro, sai cosa il nostro.

[02:42:16] Fibrosi della testa e del collo

Cathy Ryan: Oggi parleremo dei tumori della testa e del collo, in particolare della fibrosi indotta dalle radiazioni. Nella pratica clinica, questa fibrosi può manifestarsi con diversi problemi come trisma, disfasia, disfonia o linfedema. Questi sono alcuni dei disturbi che possono insorgere a seguito della fibrosi nella regione della testa e del collo.

Cathy Ryan: Inoltre, credo sia importante considerare che, soprattutto in oncologia, spesso si lavora con pazienti che presentano più di un potenziale fattore che potrebbe contribuire alla fibrosi o all'intervento chirurgico. Radioterapia, chemioterapia. Quindi tutti questi elementi possono potenzialmente influenzare il quadro clinico che osserviamo.

Cathy Ryan: In generale [02:43:00] parlando, quando parliamo di cicatrici problematiche, spesso c'è un'associazione con quella che verrebbe considerata

un'iperproliferazione del collagene, ovvero una sovrapproduzione di più fibre di collagene di quelle che sono essenzialmente necessarie per svolgere la loro funzione, come in una cicatrice ipermetropica, ad esempio. Ma ciò che vediamo nel collagene fibrotico sono, oltre all'iperproliferazione, anche altre alterazioni che potremmo osservare nel collagene fibrotico, come cambiamenti nel diametro delle fibre.

Cathy Ryan: La normale formazione di ondulazioni nel collagene è in qualche modo alterata. L'orientamento delle fibre potrebbe essere atipico rispetto a quello che si osserva tipicamente in quel particolare frammento di tessuto o regione. Potrebbero esserci legami crociati problematici o patologici; le fibre sono spesso ipoidratate o piuttosto rigide e, inoltre, potrebbero avere una consistenza o un aspetto ruvido, irregolare e fibroso.

Cathy Ryan: Quindi, sulla destra, nell'immagine in bianco e nero, potete vedere che il collagene fibrotico ha quell'aspetto fibroso e irregolare [02:44:00] che spesso riusciamo a percepire al tatto, se qualcosa è abbastanza vicino alla superficie. Invece, all'estrema destra, si vede come appare il collagene non fibrotico.

Cathy Ryan: Spesso mi riferisco a questo come QOOJ, quindi cambiamenti nella quantità, nell'orientamento alla qualità e nella ginità.

Cathy Ryan: Quindi alcune delle conseguenze che osserviamo con la fibrosi sono caratteristiche cicatriziali indesiderate o problemi estetici, come lo scivolamento della bocca. Chi di voi ha familiarità con lo scivolamento o lo scivolamento della bocca a livello del nervo fasciale, ne sarà sicuramente a conoscenza. Inoltre, osserveremo anche determinate restrizioni di contrattura.

Cathy Ryan: Compressione delle aderenze che potrebbe avere altre implicazioni funzionali. Una di quelle su cui ci concentreremo oggi è quella di cui parlo, ovvero la pervietà. Ovvero lo spazio disponibile nel tessuto. Quindi, se guardiamo l'illustrazione in alto nell'angolo, possiamo vedere in quell'area la cicatrizzazione problematica.

Cathy Ryan: Il tessuto, le fibre di collagene sono più [02:45:00] Dense e compatte, compresse insieme, con una leggera distorsione. Quindi l'orientamento è diverso e questo può potenzialmente avere un impatto su qualsiasi cosa viaggi attraverso quel tessuto. Che si tratti di vasi sanguigni, linfatici o nervosi, se viaggiano attraverso un tessuto più compresso, questo può potenzialmente influire sulla funzione.

Cathy Ryan: E una delle cose che può influenzare è il movimento del liquido linfatico, che è... Il menisco, che è la seconda cosa nella nostra lista di oggi, ha delle cose di cui parlare.

[02:45:30] Spiegazione della stasi linfatica

Cathy Ryan: Parliamo un po' del menisco. Si tratta di un rallentamento localizzato del flusso linfatico in seguito a una lesione o un trauma ai tessuti, come un intervento chirurgico o una radioterapia.

Cathy Ryan: E può essere risolto se identificato e trattato precocemente. E la chiave è l'identificazione. Quindi, voi che avete una formazione specifica in ambito linfatico, in drenaggio linfatico, avete un'ottima capacità di riconoscere come si presenta questa congestione o stasi nei tessuti, [02:46:00] e se non gestita può portare allo sviluppo di fibrosi.

Cathy Ryan: Quindi la fibrosi può portare a stasi, la stasi linfatica può portare a fibrosi e si potrebbe anche osservare un edema secondario come risultato di una situazione di stasi linfatica non risolta. Quindi stiamo parlando di flusso compromesso o congestione tissutale come stasi. Quindi non stiamo parlando di quel tipo di gonfiore immediato che si verifica dopo l'infiammazione acuta e subito dopo l'infortunio.

Cathy Ryan: E non stiamo parlando di linfedema, ma il motivo per cui ho messo una fotografia di marshmallow lassù è perché, ripeto, per chi di voi lavora in questo campo e ha una formazione specifica sul drenaggio linfatico, è essenzialmente così che si presenta il tessuto quando si verifica congestione o stasi linfatica.

Cathy Ryan: Quando premiamo sul fazzoletto, la sensazione è quasi quella di un marshmallow raffermo. È questo il pensiero che mi viene in mente.

[02:46:56] Collegamento della fascia superficiale

Cathy Ryan: E ora la terza parte del nostro trittico di oggi. Parleremo [02:47:00] di fibrosi fasciale e stasi muscolare, in particolare della fascia superficiale, che si trova appena sotto la pelle.

Cathy Ryan: Il motivo per cui lo sottolineiamo oggi è che la vasta rete linfatica superficiale si estende attraverso la fascia superficiale, il che la rende facilmente accessibile alle nostre mani perché è più vicina alla superficie. Pertanto, si ipotizza che alterazioni della fascia superficiale possano compromettere il flusso linfatico, contribuendo alla fibrogenesi.

Cathy Ryan: La fibrogenesi può potenziare la stasi, ed entrambe sono implicate nella formazione di cicatrici problematiche e nel linfedema secondario. Secondo Roxane, il segno distintivo clinico nei pazienti con linfedema è la predisposizione alla fibrosi in presenza di elevati livelli di deposizione di matrice extracellulare.

Cathy Ryan: Quindi vediamo collagene fibrotico e matrice extracellulare interstiziale che può avere un impatto sul flusso del fluido primario, così come [02:48:00] sulle strutture linfatiche, in vari tessuti. La fibrosi è considerata sia un fenotipo che una forza trainante nella patogenesi del linfedema secondario.

[02:48:11] Cosa determina il flusso linfatico

Cathy Ryan: Parliamo un po' del flusso linfatico. Analizziamo tre fattori che possono potenzialmente influenzare il flusso del liquido linfatico. Il primo è la pervietà. La divido in due componenti: parlando di pervietà, come accennato in precedenza, se il tessuto regionale è un po' più lasso, lo spazio tissutale al suo interno è più flessibile e offre un maggiore potenziale per il flusso. Se questo spazio viene compromesso, ovvero la pervietà, ciò può avere un impatto negativo sul flusso e sulla pervietà del lume del vaso stesso.

Cathy Ryan: Sappiamo quindi che ci sono vasi che hanno una linea aperta se questa è più compressa. Ciò può compromettere il flusso e poi anche le pompe linfatiche, sia intrinseche che estrinseche, e anche le valvole. Sono tutte cose che possono potenzialmente avere un impatto sul flusso linfatico [02:49:00] o sulla sua mancanza.

Cathy Ryan: Solo una breve nota sulla pervietà interstiziale. Ciò che osserviamo nel tessuto fibrotico è una matrice extracellulare più densa e una disposizione spaziale anomala, ovvero un'alterata pervietà, che, come ho già detto, può compromettere il flusso sanguigno e la microcircolazione linfatica. L'immagine a destra è di JC Berto.

Cathy Ryan: Quindi vediamo questa connessione lassa. La rete di tessuto collagene sotto la pelle dove si possono vedere i vasi sanguigni in rosso. Sfortunatamente, non ci sono i vasi enfisematosi, che spesso sono presenti in

questi casi. Ci sono. Se ci sono vasi sanguigni, ci sono anche vasi enfisematosi e piccoli fasci nervosi.

Cathy Ryan: Quindi, se consideriamo quello strato superiore, lo comprimiamo verso il basso. In questo caso specifico, si tratta di un tendine. Ma se comprime quello spazio, possiamo certamente capire come ciò possa avere un impatto negativo sul flusso.

[02:49:58] Pervietà e linfangiogenesi

Cathy Ryan: Quindi la pervietà [02:50:00] è compromessa, interstiziale, pre-linfatica e così via. I percorsi o i canali di flusso possono essere interessati nell'angiogenesi linfatica.

Cathy Ryan: Quindi, secondo Boardman e Schwartz, una delle cose che hanno identificato durante la guarigione delle ferite è che la canalizzazione del fluido interstiziale procede e può dirigere la linfangiogenesi, il che significa che sì, i nostri vasi linfatici più piccoli si rigenerano dopo essere stati interrotti o rimossi.

Cathy Ryan: C'è una gemma. Un processo che parte dalle strutture linfatiche vicine e si fa strada attraverso i tessuti per arrivare dove deve andare. Ma dalle loro osservazioni, hanno identificato che i canali di flusso devono essere stabiliti prima nell'interesse, e poi lo saranno i vasi linfatici.

Cathy Ryan: Rigenerare parallelamente a quei canali di flusso. Quindi, per me, questo solleva la questione durante la guarigione delle ferite, quale impatto potrebbe avere la massoterapia manuale (MMT) sulla preservazione o sul supporto della pervietà interstiziale, supportando o preservando così i canali di flusso [02:51:00] e la successiva angiogenesi. Quindi queste sono domande per le quali non ho risposta, ma certamente domande che, credo, tu conosci.

Cathy Ryan: C'è un salto fisiologicamente plausibile, diciamo, che potremmo fare se le nostre mani potessero avere un qualche impatto sull'apertura o sulla pervietà di, diciamo, la fascia superficiale. Ciò potrebbe avere delle implicazioni per quanto riguarda il supporto all'angiogenesi linfatica o alla rigenerazione di nuovi vasi linfatici.

Cathy Ryan: E un'altra domanda: qual è l'impatto di un'angiogenesi linfatica compromessa sul tessuto cicatriziale di nuova formazione o sul tessuto cicatriziale maturo e problematico? E potrebbe darsi che una sorta di

interferenza con l'angiogenesi linfatica contribuisca alla mancata o scarsa risoluzione della fibrosi e delle cicatrici mature?

Cathy Ryan: Di nuovo, queste sono domande. Questa dal Dr. Jeffrey Bove. Ho avuto l'opportunità di parlare con il Dr. Bove a uno dei congressi sulla fascia. E stavamo chiacchierando [02:52:00] e gli ho chiesto: "Cosa stai osservando di interessante nel tuo laboratorio?". E lui ha risposto: "Una delle cose che sto osservando è che i nervi di nuova formazione hanno difficoltà a farsi strada attraverso il tessuto fibroso denso".

Cathy Ryan: Quindi, ovviamente, mi si sono accese le lampadine in testa e lui sapeva che probabilmente mi avrebbe fatto accendere le lampadine in testa. E, quindi, la domanda che mi pongo è: questi sottili vasi sanguigni, nervosi e linfatici spesso vivono molto vicini l'uno all'altro. Quindi, se c'è qualche tipo di problema con questi nervi di nuova formazione che si fanno strada attraverso un tessuto fibroso denso, è possibile che lo stesso accada anche per i vasi sanguigni e linfatici di nuova formazione?

Cathy Ryan: Di nuovo, un'altra domanda. Ecco quindi un'altra considerazione clinica, qualcosa su cui riflettere: questa è una risonanza magnetica di un paziente che presenta linfedema in fase avanzata. In sostanza, questa persona ha un sistema linfatico normale, sano e funzionante, il che significa che non si tratta di qualcuno il cui sistema linfatico è compromesso a seguito, ad esempio, di un trattamento antitumorale o [02:53:00] di qualcuno che ha già un edema conclamato.

Cathy Ryan: Quindi, essenzialmente un sistema linfatico normale e funzionante, e quello che hanno osservato è un'area di stasi dermica o reflusso attorno a una cicatrice chirurgica. Quindi le domande che mi vengono in mente sono: questo problema di pervietà sta influenzando il flusso? Perché i capillari flaccidi ci sono, si sono rigenerati, ma sono in qualche modo...

Cathy Ryan: La loro pervietà è compromessa, il lume dei vasi stessi è in qualche modo ristretto a causa del tessuto denso e restrittivo che li circonda. Oppure si tratta di un caso in cui l'angiogenesi linfatica è stata compromessa a causa della matrice extracellulare densa, alterando il ripristino dei canali di flusso interstiziale?

Cathy Ryan: E poi, naturalmente, la grande domanda è: se una di queste è una considerazione ragionevole, un intervento precoce dal punto di vista della massoterapia manuale può [02:54:00] attenuare o prevenire che questo tipo di situazione si verifichi in primo luogo? Di nuovo, un'altra domanda. Pervietà.

Quindi parliamo un po' della pervietà interstiziale, ora parleremo un po' della pervietà dei vasi stessi.

Cathy Ryan: L'esame istologico dei vasi linfatici ha mostrato fibrosi e sclerosi dei vasi collettori nelle aree di stasi linfatica. Quindi, ancora una volta, vediamo un'altra implicazione della stasi linfatica e come questa possa potenzialmente influenzare non solo ciò che accade all'esterno dei vasi, ma anche internamente, la pervietà del vaso stesso.

[02:54:37] Pompe, valvole e dolore

[02:54:37] Pompe, valvole e dolore

Cathy Ryan: Passiamo alle pompe linfatiche. Sappiamo che il sistema linfatico gestisce il flusso attraverso una serie di due tipi di pompe: quelle estrinseche, che credo siano quelle con cui la maggior parte dei massaggiatori che forse non hanno ricevuto una formazione più approfondita sul drenaggio linfatico hanno familiarità, e quelle muscolari, ovvero i vasi linfatici più profondi.

Cathy Ryan: La contrazione aiuta a far scorrere il fluido [02:55:00]. Anche il sistema linfatico ha un sistema di pompaggio intrinseco stimolato dalla contrazione della muscolatura liscia. Quindi, proprio come il nostro sistema vascolare sanguigno, ci sono muscoli lisci che rivestono la parete interna di alcuni vasi linfatici. E si muovono per aiutare a far scorrere il fluido.

Cathy Ryan: Si ritiene che la pompa estrinseca sia il principale motore del trasporto linfatico nel sistema profondo, mentre la pompa intrinseca sia il principale motore del trasporto linfatico nel sistema superficiale; circa due livelli del flusso linfatico avvengono tramite il pompaggio intrinseco o la contrazione della muscolatura liscia.

Cathy Ryan: Il che è importante da considerare, ancora una volta, perché queste strutture sono così vicine alla superficie, e se esiste la possibilità che la massoterapia manuale abbia un qualche tipo di impatto sulla muscolatura liscia. Ad esempio, l'attività della muscolatura liscia, che è in gran parte mediata dal sistema nervoso autonomo.

Cathy Ryan: Quindi potrebbe esserci la possibilità [02:56:00] che le nostre mani abbiano un'influenza, un'influenza positiva sulla contrazione dei muscoli lisci che aiutano a far scorrere il fluido in questo vaso.

Cathy Ryan: Il problema con il pompaggio linfatico è che la presenza prolungata di citochine pro-infiammatorie può sopprimere la pompa intrinseca locale. Quindi alcuni agenti possono avere un impatto su questi muscoli lisci, portando a un circolo vizioso fibrotico che si autoalimenta. Pertanto, abbiamo una concentrazione prolungata di agenti infiammatori che sopprime la pompa.

Cathy Ryan: Otteniamo stasi, presenza continua di agenti. Fibrogenesi, ulteriore stasi, e così via. Quindi vediamo qui come questo possa creare un circolo vizioso che si autoalimenta. E poi l'ultimo componente che toccheremo qui riguarda ciò che ha un impatto sul flusso, le nostre valvole. Sappiamo che le valvole linfatiche come [02:57:00] le vene hanno valvole che aiutano a controllare il reflusso.

Cathy Ryan: Quindi, ripensandoci, immaginiamo una situazione di stasi in cui si verifica un accumulo di fluido all'interno del vaso che ne provoca la dilatazione. Ciò che accade è che, man mano che il vaso si dilata, le valvole diventano inutilizzabili. Non sono più efficaci.

Cathy Ryan: E solo una nota sulla stasi linfatica, la neuroinfiammazione, la sensibilizzazione e il dolore persistente. La stasi alterata, non solo ha un impatto sul flusso e sulla fibrogenesi e su come questi aspetti siano correlati, ma anche l'accumulo di agenti infiammatori responsabili del dolore nell'interstizio può provocare una continua agitazione dei recettori della stenosi.

Cathy Ryan: Che alla fine può portare dal dolore acuto a un dolore più complesso e alla sensibilizzazione centrale. E noi [02:58:00] abbiamo questo dolore che non si risolve e che sembra essere resistente all'intervento farmacologico. Parlo spesso, penso davvero che il mondo del drenaggio linfatico debba parlare di più della relazione tra.

Cathy Ryan: Drenaggio linfatico e gestione del dolore. So che molti ne sono a conoscenza, ma non se ne parla abbastanza, nonostante sia uno strumento potentissimo per la gestione del dolore, sia in fase acuta che per dolori più complessi, grazie alla possibilità di attenuarli o addirittura prevenirli.

[02:58:34] Terapia manuale per la stasi

Cathy Ryan: Quindi, detto questo, se sappiamo che le nostre situazioni sono di stasi e fibrosi, quindi con la stasi o il flusso dal punto di vista della massoterapia, allora il nostro lavoro è diretto ad affrontare, ad aiutare a favorire il flusso o a ristabilire il flusso. Dal punto di vista della fibrosi, il nostro lavoro si concentra quindi sul mitigare o prevenire che ciò accada in primo luogo, o sul

facilitare cambiamenti produttivi una volta che si sono formate cicatrici mature problematiche .

Cathy Ryan: Quindi il flusso statico aiuta. Quindi preserva e migliora la pervietà dei tessuti regionali, così come il modo in cui ciò potrebbe influire sulla pervietà del vaso stesso. Quindi se abbiamo un tubo che attraversa un tessuto molto denso e compresso, anche questo può avere un impatto sulla pervietà interna. È come schiacciare un tubo, comprimerlo un po' e togliere il piede dal tubo, l'acqua scorre attraverso il tubo un po' più facilmente.

Cathy Ryan: Lo sappiamo. Alcuni tipi di tecniche linfatiche possono influenzare le pompe, sia intrinseche che estrinseche, spingendo o comprimendo manualmente il fluido da uno spazio all'altro. Quindi gran parte della mia pratica è la massoterapia post-operatoria. In sostanza, lavoro con persone che hanno un sistema linfatico sano e intatto che potrebbe essere temporaneamente sovraccaricato o interrotto a seguito di [03:00:00] un qualche tipo di procedura chirurgica, diciamo a.

Cathy Ryan: Prendiamo ad esempio una protesi totale di ginocchio. Potrei notare un elevato volume di liquido nella zona in cui le strutture linfatiche sono state colpite o compromesse a seguito dell'intervento chirurgico. Possiamo quindi utilizzare le mani per reindirizzare e spostare quel liquido verso un'area, magari sopra il ginocchio, dove le strutture linfatiche sono ancora intatte, per favorire una buona risoluzione della stasi.

Cathy Ryan: E poi stasi e flusso come ho detto, stasi, quando la stasi può potenziare la fibrosi. Quindi questo è uno dei modi in cui possiamo, facendo lavoro linfatico per mitigare, prevenire che la situazione si verifichi o, forse, attenuarne l'impatto. E poi per quanto riguarda il ripristino è ciò di cui il nostro lavoro è capace.

Cathy Ryan: Preservare o ristabilire i canali di flusso interstiziale, in virtù di una qualche influenza sulla pervietà di questo [03:01:00] tessuto interstiziale e come ciò potrebbe influenzare l'angiogenesi.

Cathy Ryan: Quindi i vari metodi che utilizziamo per il flusso linfatico, magari nelle prime fasi, nelle prime due settimane o nelle prime settimane dopo un trauma ai tessuti, che si tratti di radioterapia o intervento chirurgico. Una varietà di tecniche che possiamo utilizzare per aiutare a risolvere la situazione o a fornire supporto durante le fasi di guarigione della ferita.

Cathy Ryan: Quindi, questi sono solo alcuni degli approcci che possiamo usare, i tipi di tecniche che possiamo usare, il movimento fluido, il sistema nervoso, le tecniche di chiamata e poi massaggi non agitati, non accettanti, terapia manuale e approcci di movimento per aiutare a risolvere alcuni di questi problemi. Quindi, solo un po' di ricerca a supporto.

Cathy Ryan: Sì. Le cellule muscolari lisce linfatiche sono sensibili alla pressione meccanica, il che significa che queste cellule reagiscono o rispondono alla pressione meccanica. Quindi il potenziale di come funziona il nostro lavoro [03:02:00]. E le prove a supporto dei risultati. Questo ci porta ai nostri risultati. I meccanismi attraverso i quali vari metodi facilitano il flusso linfatico coinvolgono sponsor interconnessi all'interno di più sistemi.

Cathy Ryan: Esatto. Una delle complessità della nostra ricerca sta nel fatto che molte cose accadono contemporaneamente. Quindi non solo gli aspetti meccanicistici che analizziamo sono importanti, ma allo stesso tempo, a livello di alleanza terapeutica, abbiamo anche un'interazione con il paziente che contribuisce ai risultati che otteniamo.

Cathy Ryan: È complesso. Noi siamo complessi. Il nostro lavoro è complesso.

[03:02:41] Prevenire la fibrosi precoce

Cathy Ryan: Quindi, per quanto riguarda la fibrosi nelle prime fasi della guarigione delle ferite, il nostro lavoro è volto a mitigarla o a prevenirla, l'insorgenza, perché certamente prevenire è meglio che curare. Una volta che la fibrosi si è instaurata, la situazione è più complessa da gestire.

Cathy Ryan: Quindi ogni volta che possiamo mitigare o prevenire [03:03:00] è sicuramente un vantaggio per il paziente. Quindi per mitigare o prevenire, dobbiamo sapere quali sono le influenze. Quindi, durante i preparativi per la stesura di un libro, Nancy ed io, approfondendo la guarigione delle ferite e la formazione di cicatrici, siamo tornate essenzialmente a due fattori predominanti o determinanti della fibrosi.

Cathy Ryan: Una è la fase infiammatoria eccessiva e prolungata e l'altra è la tensione anomala dei tessuti intorno all'area della ferita. E ognuna di queste cose può potenzialmente influenzarsi a vicenda. Quindi, usare le mani per concentrarsi su questi due aspetti nelle fasi iniziali, sia dopo la radioterapia che dopo un intervento chirurgico, può essere davvero benefico per il paziente.

Cathy Ryan: L'altro. Alcuni altri fattori, fattori importanti da considerare per quanto riguarda il contenimento o la prevenzione della fibrogenesi sono la neurosensibilizzazione o la mobilitazione dell'ipervigilanza e lo stato psicologico del paziente. Quindi, ancora una volta, il nostro lavoro è più di un singolo agente, un singolo risultato, molte cose accadono in concerto.

Cathy Ryan: Questo ci porta ad aspetti dell'infiammazione che possono essere trattati con la massoterapia. Si tratta di tutti quegli elementi che potenzialmente possiamo influenzare con le nostre mani. Ad esempio, il volume dei fluidi, la stasi del flusso, la concentrazione degli agenti, o, per dirla in parole semplici, l'attività della muscolatura liscia.

Cathy Ryan: Fibroblasti, miofibroblasti e anche cellule immunitarie. Livello di stress o ansia del paziente e anche lo stress del sistema nervoso della persona.

[03:04:37]

Cathy Ryan: Di nuovo, giusto per portare un po' di ricerca ogni tanto per parlare un po' di quali supporti vengono rimossi.

[03:04:45] Prove di caricamento delicato

Cathy Ryan: Il mio approccio al lavoro sul tessuto post-chirurgico e cicatriziale è e questo qui di Fandel mostra che quando il tessuto è in uno stato più rigido. A causa dell'accumulo patologico [03:05:00] di agenti profibrotici e dell'infiammazione persistente i fibroblasti, che sono alla base di molti di questi processi sono più sensibili alla forza meccanica, quindi il carico o la forza tra appropriato per il tessuto sano normale.

Cathy Ryan: In realtà, questo può accelerare ulteriormente il processo. Quindi, le cicatrici di recente formazione o i tessuti infiammati risponderanno meglio ad approcci più delicati, con un carico inferiore rispetto a quello tipicamente utilizzato sui tessuti sani non infiammati. Pertanto, coloro che hanno avuto il grande privilegio di essere in mia compagnia durante i miei corsi di massoterapia per il tessuto cicatriziale e post-operatorio, sanno che tendo ad essere molto più delicata con le mani in questi casi.

Cathy Ryan: Quindi spesso lavoro con livelli di pressione da uno, due o tre sulla scala di Walton. Questa è la norma per me. E anche con cicatrici più mature. Certamente non provengo dalla prospettiva prosec. di rompere il tessuto

cicatrizziale perché il collagene è una sostanza davvero resistente e densa [03:06:00] e non è fisiologicamente possibile per noi romperlo.

Cathy Ryan: E perché dovremmo voler distruggere tutto? È proprio questo che ha dato origine al problema e non è andata bene. Quindi, dal mio punto di vista, tendo ad evitare tecniche di tipo provocatorio, come l'attrito, soprattutto in ambito oncologico, perché, ad esempio, con la mastectomia, c'è un rischio maggiore di linfedema se siamo più assertivi o aggressivi con i tessuti.

Cathy Ryan: Quindi un Walton da uno a tre. Ecco un altro studio di Huang e OWA che esamina l'impatto, i fattori che potrebbero influenzare i cheloidi. OWA è uno dei ricercatori di fama mondiale sulle cicatrici cheloidi. Analizza gli aspetti positivi e quelli potenzialmente problematici.

Cathy Ryan: Quindi in verde si vede l'aspetto positivo. Dovrebbe esserci un altro ingranaggio lì dentro che dice massaggio e terapia manuale. A mio modesto parere, in rosa ci sono le cose a cui dobbiamo fare attenzione. E hanno messo l'esercizio fisico nella sezione delle cose a cui prestare attenzione, il che è interessante. Perché spesso, dopo un intervento chirurgico, si consiglia di muoversi e fare esercizio subito.

Cathy Ryan: Questo è uno studio citato da Huang Nawa. Riguardava un atleta olimpico che aveva subito la rottura del tendine d'Achille. In sostanza, la persona stava guarendo piuttosto bene. Non c'erano anomalie lungo la linea di incisione. E questo circa un mese dopo l'intervento. Anzi, un paio di mesi dopo, questa persona ha iniziato un programma di allenamento molto intenso.

Cathy Ryan: Quindi, atleta olimpico, puoi immaginare che probabilmente sei tornato a Hardy e hai sviluppato una cicatrice cheloide a causa di una trazione troppo aggressiva che ha messo in tensione il tessuto un po' troppo presto, prima che fosse pronto. E il corpo ha risposto con una sovraespressione o iperproliferazione di collagene. [03:08:00]

Cathy Ryan: Quindi metodi di immunoterapia con il massaggio che possono avere una qualche influenza sull'infiammazione e sulla tensione. Quindi, vedremo di nuovo il tipo di tecniche che possiamo usare per aiutare a gestire queste situazioni. Tecniche di movimento fluido, non agitati, stretching delicato, tecniche di tensione e mobilizzazione, sistema N, tecniche calmanti, approcci di movimento non agitati.

Cathy Ryan: Un altro lavoro di ricerca riguarda come possiamo influenzare l'orientamento, quindi causare l'orientamento dopo un infortunio di Kohler.

Quindi movimento, terapia manuale, influenzare l'attività dei fibroblasti, rimodellamento che si traduce in collagene funzionalmente orientato. Scusate, il mio grafico si è rovinato lì dove abbiamo.

Cathy Ryan: Lettere fluttuanti. Quindi, ancora una volta, risultati supportati da prove attraverso una serie di ricerche che aiutano a supportare, Kathy mette i soldi dove mette la bocca. [03:09:00] E ancora, vari metodi facilitano cambiamenti di attenzione infiammatoria coinvolti risposte interrelate all'interno di più sistemi.

Cathy Ryan: Erano complesse.

[03:09:11] Fibrosi matura in evoluzione

Cathy Ryan: Abbiamo parlato un po' di come prevenire temporaneamente la fibrosi. Ora passiamo a come facilitare il cambiamento. Quindi, qualcuno viene a trovarci mesi, un paio d'anni dopo, diciamo, la radioterapia o un intervento di tiroidectomia o un altro tipo di intervento chirurgico alla testa e al collo correlato alla cura del cancro.

Cathy Ryan: Guardando molta letteratura storica, il tessuto fibrotico è considerato, o meglio era considerato, un'impalcatura inattiva per l'SCA. E il punto è che non è necrotico, non è tessuto morto, è alterato. Quindi la fibrosi non è uno stato statico. C'è, c'è ancora tessuto vivo, c'è ancora un ricambio cellulare in corso e quindi, potenzialmente questo tessuto è suscettibile di intervento con la possibilità di cambiamento.

Cathy Ryan: Penso che, a mio modesto parere, se vogliamo davvero capire come la terapia manuale possa essere efficace o avere un qualche impatto, diciamo, sulle cicatrici mature, sulla fibrosi che si è già instaurata uno o due anni dopo, la ricerca debba essere condotta per molti mesi.

Cathy Ryan: Penso che la durata media di conservazione del collagene nel nostro corpo sia di 18 mesi, quindi ci vuole molto tempo perché il corpo rigeneri continuamente queste cellule. Perciò, per comprendere appieno l'efficacia del nostro lavoro, credo che la ricerca debba svolgersi in un arco di tempo così lungo, a mio modesto parere.

Cathy Ryan: Quindi, se ci sono ricercatori là fuori, allora vedo il mio nome lì sopra e lo riconosco. Solo un pensiero. Dal mio punto di vista, se non cambia nulla. Quindi, se abbiamo un blocco di tessuto fibrotico da qualche parte nel corpo ed è [03:11:00] denso e c'è un problema di pervietà che influisce sul

flusso sanguigno, sul flusso linfatico e sulla conduzione nervosa, quel tessuto non sarà dotato di ciò di cui ha bisogno, forse per cambiare in qualcosa di più funzionale, meno problematico nel tempo. Quindi alcuni degli aspetti della fibrosi che sono suscettibili alla massoterapia manuale, in base alle ricerche attuali che abbiamo, sono come possiamo influenzare certi cambiamenti delle fibre di collagene come l'idratazione, l'orientamento, le lunghezze trasversali patologiche, l'ondulazione non solo con le nostre mani ma anche con certi approcci di movimento.

Cathy Ryan: Certamente il modo in cui le nostre mani potrebbero avere una sorta di influenza positiva sulle concentrazioni di Restasis malu, ossigeno, nutrienti, che raggiungono i tessuti di cui hanno bisogno per essere in uno stato più sano. E anche l'impatto psicologico, dal punto di vista del paziente, di come il nostro lavoro può aiutarlo e supportarlo. Dico spesso [03:12:00] che per quanto riguarda l'alleanza terapeutica, la nostra interazione con il paziente, in qualsiasi momento nel contesto della mia pratica, l'80% del risultato produttivo potrebbe dipendere proprio dall'interazione, dal modo in cui interagisco con il paziente.

Cathy Ryan: Ad esempio, vivo in una comunità remota molto a nord. Non è insolito che le persone della nostra comunità debbano viaggiare fino a Vancouver, che dista un'ora e mezza di volo, o fino a Prince George, che dista quattro ore di auto. Il tempo necessario per sottoporsi a un intervento chirurgico, compresi quelli oncologici, è considerevole.

Cathy Ryan: Potrebbero essere due o tre settimane prima che abbiano un consulto con il loro medico o il loro chirurgo. Potrei essere la prima linea di difesa o la prima persona con cui interagiscono dopo l'intervento. Quindi non è insolito che le persone vengano nel mio studio e guardino la loro incisione pensando: "Ok, questo non sembra [03:13:00] qualcosa che vorrei vedere".

Cathy Ryan: E grazie alla mia esperienza pluriennale come professionista, posso dire loro, tanto per dire, che è quello che mi aspetterei di vedere a una settimana dall'intervento. E loro rispondono: "Oh, okay, allora non dovrei preoccuparmi. No, sembra abbastanza normale per questa fase del percorso", e questo può essere di grande aiuto per alleviare lo stress che potrebbero provare.

Cathy Ryan: Anche questo. Un altro aspetto che si presta alla monoterapia con il massaggio è il potenziale scorrimento, o la sua assenza, dei tessuti connettivi.

Cathy Ryan: Di nuovo, giusto per introdurre un po' di ricerca. Quindi questo è correlato alle cicatrici da ustione. Sembra che, quando si parla di cicatrici,

quelle da ustione siano una delle aree più studiate per quanto riguarda l'effetto della terapia manuale sulle cicatrici da ustione. Quindi, che si tratti di ustioni di qualche tipo.

Cathy Ryan: Esposizione chimica [03:14:00] termica o parlare, scottatura in acqua, qualunque sia il caso, simile alla fibrosi indotta da radiazioni. Questa è essenzialmente una cicatrice da ustione. Quindi in questo particolare studio hanno affermato che non c'erano forti prove cliniche che mostrassero che il massaggio portasse a una maturazione più rapida della cicatrice da ustione.

Cathy Ryan: Sembra però che la massoterapia sia psicologicamente benefica e promuova il benessere sensoriale del paziente. Favorisce una maggiore mobilità, aiuta a controllare i sintomi fastidiosi di ustioni, cicatrici, prurito o altri disturbi sensoriali che potrebbero verificarsi. Allevia la tensione muscolare nelle contratture funzionali, che possono svilupparsi nelle contratture correlate alla scoperta.

Cathy Ryan: Quindi, in breve. Potrebbe non contribuire ad accelerare il processo, ma ha un impatto positivo sullo stato psicologico del paziente, sulla sua qualità di vita, sulla sua esperienza del dolore, sul prurito, sulla flessibilità e sulla mobilità. Sono d'accordo con questo, così come con il bilancio tra benefici e rischi. [03:15:00] In questo studio specifico, non è stato segnalato alcun danno derivante dalla massoterapia, e questo è un ottimo risultato.

Cathy Ryan: Quindi metodi di massaggio per affrontare la fibrosi. Di nuovo, tecniche di movimento fluido, in modo da poter prevenire o perpetuare la fibrosi, una situazione di mancata risoluzione. Tecniche di stretching e di tensione, che agiscono sul sistema nervoso, tecniche di rilassamento e vari approcci di movimento.

Cathy Ryan: E una cosa che vorrei dire a proposito della fibrosi più consolidata o matura, e lo dico da persona che si definisce un'appassionata di moda: queste sono persone che, a mio parere, potrebbero trarre beneficio da un approccio più globale, basato sulla catena miocinetica, sui meridiani miofasciali o sulle linee funzionali, in cui un problema in una zona può generare un adattamento o una compensazione in un'altra.

Cathy Ryan: Quindi questi tipi di approcci più globali sono spesso [03:16:00] utili anche per questi pazienti. E ancora una volta, le nostre prove hanno supportato i risultati. C'è molta ricerca a supporto di come funziona il nostro lavoro. E per quanto riguarda le cicatrici più mature, stiamo cercando di facilitare i cambiamenti relativi alla fibra e all'ambiente fluido all'interno della

fibra di collagene, così come l'ambiente fluido intorno alla fibra di collagene che potrebbe avere un impatto sulla capacità di quella fibra di collagene di scorrere o scivolare rispetto alle sue vicine.

Cathy Ryan: Tempi di cambiamento. Quindi le fibre di collagene cambiano. Alcuni di questi cambiamenti, come dicevo prima, richiedono molto tempo. Cambiamenti di qualità e orientamento. Questo è qualcosa che può richiedere mesi per vedere qualche tipo di cambiamento nel tempo, mentre in un ambiente fluido, questi sono il tipo di cambiamenti che potremmo vedere più rapidamente.

Cathy Ryan: Queste sono le cose con cui lavoriamo, interveniamo sul tessuto e all'inizio il tessuto sembra molto sodo e denso. Poi, dopo un po' di tempo, si può [03:17:00] sentire che il tessuto diventa più morbido e più flessibile. E potremmo vedere delle implicazioni, o indicazioni, che c'è anche qualche tipo di cambiamento nella microcircolazione, come un flusso sanguigno meno congestionato e tessuto, o un migliore drenaggio linfatico.

[03:17:16] Prova ecografica del cambiamento

Cathy Ryan: Bene, questa prossima sessione mi piace chiamarla "Guardate un po'". Quindi, di nuovo, portateci dentro un po' di ricerca. Questa del Dott. Pol, mi ha entusiasmato molto quando l'ho vista presentata, non ricordo se alla Conferenza Internazionale sulla Ricerca in Massoterapia o al Congresso sulla Fascia. Era uno di questi. Comunque, una di quelle importanti conferenze di terapia manuale a cui dovremmo tutti partecipare.

Cathy Ryan: Mi sono emozionata molto quando l'ho visto. Quindi Pole, in questo particolare studio, a livello della pelle, ha utilizzato ultrasuoni ad alta definizione in tempo reale per visualizzare quello strato di tessuto. Ha trovato delle aree nella pelle che, dalla palpazione di Pole, che è un medico, formato come massaggiatore. Lo fanno in Europa. Dalla palpazione di Pole ha trovato [03:18:00] queste aree che, come molti di noi sanno, risultano più dense e meno flessibili, con meno cedevolezza.

Cathy Ryan: E poi Pole ha trovato un'altra area adiacente che non aveva la stessa consistenza. Quindi quest'area più densa e meno flessibile è stata quella che lei ha descritto come l'area affetta. Quindi Pole ha visualizzato l'area affetta e l'area non affetta utilizzando un'ecografia ad alta definizione, e poi ha applicato quella che lei descrive come una tecnica di massaggio cutaneo

modificata, che è molto simile al modo in cui io uso le mani per trattare la fibrosi già presente.

Cathy Ryan: Io, io, e anche nelle fasi iniziali la ferita è arrivata per aiutare con la pervietà, ma faccio molto. Sollevamento del tessuto piuttosto che compressione nel tessuto. Ci sono molte ragioni per questo e possiamo discuterne un'altra volta o vieni a trovarmi a uno degli eventi Hewell. Sono lì ma. Tirato a un sollevamento e quello che ha descritto come [03:19:00] microtaglio.

Cathy Ryan: Quindi questa micro-frattura di questo tessuto tra le sue dita. E poi l'ha fatto anche nella zona non affetta e nella zona affetta. Abbiamo visualizzato e nella zona non affetta o nella zona sana, non c'era alcun cambiamento, tutto sembrava uguale, ma nella zona affetta, quella affetta, quello che ha visto erano questi filamenti di collagene che avevano cambiato il loro diametro.

Cathy Ryan: Quindi a sinistra potete vedere una fibra più densa e compressa, prima del trattamento. E poi, spostandoci verso destra sullo schermo, potete vedere che la fibra ha effettivamente cambiato il suo diametro. Quindi lo sappiamo. Non è possibile depositare cellule così velocemente da far crescere una fibra più grande. Quindi, ciò che possiamo ipotizzare, in modo fisiologicamente plausibile, è che la fibra di collagene si sia idratata maggiormente.

Cathy Ryan: Ed è questo che ha costituito quella consistenza più morbida e malleabile, io la chiamo l'effetto [03:20:00] del pomodoro secco. Prendete un pomodoro secco che è davvero duro e rigido. Provate a piegarlo, non si piega. Provate a farlo scorrere tra le dita e non scorre, e prendete quel pomodoro secco e mettetelo in un bicchiere di acqua calda.

Cathy Ryan: Lascialo riposare lì per qualche minuto. Poi tiralo fuori. Ora quel pomodoro secco è un po' elastico. Puoi torcerlo, puoi piegarlo. Scivola tra le dita. Quindi il pomodoro secco.

Cathy Ryan: Questa è Sharon Wheeler. È una figura molto nota nel campo dell'educazione. Il lavoro di Sharon si chiama "trattamento delle cicatrici". Anche in questo caso, si utilizza l'ecografia ad alta definizione in tempo reale. Credo che questa sia una cicatrice da taglio cesareo. Quindi, visualizzate l'area dalla pelle fino alla fascia superficiale prima del trattamento. E potete vedere le frecce rosse che la indicano.

Cathy Ryan: Lo spazio tra la pelle e la fascia superficiale. E poi a destra, dopo un po' di lavoro di Sharon, un po' di lavoro sulle cicatrici di Sharon, si può vedere che c'è un cambiamento in quello che Wayer descrive la differenza tra pelle e cicatrice [03:21:00] . Quindi quando parlo di pervietà, è di questo che parlo. Quindi c'è più apertura lì, quello strato è meno denso, meno compresso.

Cathy Ryan: Quindi, ripeto, se abbiamo strutture che viaggiano tra la pelle e il tessuto sottostante, e ce ne sono molte, c'è il potenziale per un qualche tipo di impatto sulla pervietà. Questo è di Alistair McLaughlin. Alistair esegue un lavoro di rilascio miofasciale delle cicatrici. Anche in questo caso, utilizzando ultrasuoni ad alta definizione in tempo reale.

Cathy Ryan: No, vorrei averne uno. E ancora, mostrando il prima e il dopo trattamento. Quindi Alistair puntava a qualcosa di simile a cosa? Sai, l'immagine di quello che abbiamo visto, il lavoro di Sharon, dove vediamo questo cambiamento nella densità compressa del tessuto. Quello che non si aspettava e che lo ha davvero sorpreso è stato un cambiamento nella vascolarizzazione.

Cathy Ryan: Quindi a sinistra vediamo [03:22:00] quest'area pre-trattamento. Si può notare un po' di rosso, dove ovviamente c'è un certo apporto di sangue. Altrimenti non saremmo più tessuto vivente. Ma dopo il trattamento, vediamo un apporto di sangue molto maggiore. Quindi questo è ciò che intendo con tessuto fibrotico. Se non cambia nulla.

Cathy Ryan: Ma se il nostro lavoro ha la capacità di migliorare il flusso attraverso quel tessuto dal punto di vista sanguigno e linfatico, oltre che della funzione neurale, allora c'è il potenziale perché questo tessuto si trasformi nel tempo in qualcosa di meno problematico.

[03:22:30] Riepilogo e conclusioni di STAR

[03:22:30] Riepilogo e chiusura STAR

Cathy Ryan: Quindi, in sintesi. Utilizzando l'approccio basato sulle prove scientifiche.

Cathy Ryan: Questo è il formato che utilizzo quando tengo il corso di massoterapia post-operatoria e trattamento del tessuto cicatriziale. Quindi, qual è la nostra situazione, qual è il problema, qual è il compito? Cosa deve cambiare e qual è l'azione da intraprendere? Come possiamo usare le mani per facilitare

questi cambiamenti? E i risultati sono gli esiti basati sull'evidenza, per quanto possibile spiegabili con le conoscenze scientifiche attuali.

Cathy Ryan: Quindi, in sintesi, la nostra situazione è di stasi [03:23:00] fibrosi, questa è la nostra situazione. Quindi, in sintesi, per quanto riguarda la stasi, i nostri compiti, dal punto di vista della stasi, sono migliorare la pervietà, supportare una migliore azione di pompaggio. E anche contribuire a ridurre la pressione sui vasi in modo che possano tornare alla loro circonferenza più appropriata, così che le valvole tornino a funzionare più correttamente.

Cathy Ryan: Riassunto sulla fibrosi. Il nostro compito è quello di rallentare, prevenire o facilitare un cambiamento significativo dopo che la fibrosi si è instaurata. Le nostre azioni nelle prime fasi della guarigione delle ferite, della formazione di cicatrici, quindi come usiamo le mani, le tecniche di movimento fluido, le tecniche di richiamo del sistema nervoso, il non-no C, la prevenzione delle recidive, il massaggio, la terapia manuale e il movimento.

Cathy Ryan: Quindi ricordate da quello studio originale che se siamo troppo aggressivi con il tessuto nelle fasi iniziali, questo può effettivamente potenziare la fibrosi invece di mitigarla, prevenirla. E poi quando arriviamo a cicatrici mature e problematiche, la situazione è praticamente la stessa. L'unica cosa che penso sia diversa dal mio punto di vista [03:24:00] per quanto riguarda le cicatrici più mature è la considerazione relativa alla compensazione e agli adattamenti.

Cathy Ryan: I nostri risultati lo hanno dimostrato, suppongo. Temperare l'amplificato, far fluttuare il flusso, sbloccare il passaggio, pulire la promessa, organizzare il caos e far fluttuare il fluido. Questo è ciò che facciamo. E ancora una volta, sarei negligente se non parlassi di alleanza terapeutica, sottolineando che non siamo solo un paio di mani e non trattiamo solo le cicatrici, trattiamo persone con cicatrici.

Cathy Ryan: Quindi, che si tratti di cicatrici dovute a fibrosi indotta da radiazioni o a interventi chirurgici oncologici nella regione della testa e del collo, lì c'è una persona ed è importante essere sempre consapevoli e presenti per quella persona.

[03:24:50] Risorse e chiusura

Cathy Ryan: Quindi le risorse del libro sulla gestione del tessuto cicatriziale traumatico che ho scritto in collaborazione con Nancy Teeny Smith.

Cathy Ryan: Poi anche i contributi al capitolo sulla funzione della fascia e le applicazioni mediche [03:25:00] e l'oncologia Massaggio e approccio integrativo alla cura del cancro di Janet Penney e Rebecca Sturgeon. Se mi cercate, potete trovarmi su Heal negli Stati Uniti, dove generalmente tengo corsi sponsorizzati da Heal Well, e se mi cercate al di fuori degli Stati Uniti potete contattarmi direttamente via email all'indirizzo c ryan rmt@gmail.com.

Cathy Ryan: Grazie mille per la vostra curiosità. Apprezzo molto il tempo che mi avete dedicato e ringrazio ancora S four OM per avermi invitato di nuovo. Lo apprezzo davvero.

[03:25:31] EST Presenza nel corpo: il ruolo della consapevolezza intercettiva per la salute e il benessere con Cynthia Price

[03:25:31] Benvenuto e presentazione del relatore

Cynthia J Price: Salve a tutti. Grazie mille per essere qui. Mi chiamo Cynthia Price e farò una presentazione sull'intercettazione, che per chi non la conoscesse, è un argomento di cui vi parlerò più dettagliatamente.

Cynthia J Price: È

Cynthia J Price: la consapevolezza, la consapevolezza intercettiva. C'è consapevolezza delle sensazioni all'interno del nostro corpo.

Cynthia J Price: E sono stata professoressa di ricerca all'Università di Washington a Seattle negli ultimi [03:26:00] 25 anni, conducendo ricerche su un approccio di cui vi parlerò. Prima di questo, lavoravo privatamente come massaggiatrice e psicoterapeuta somatica. Quindi il mio lavoro ha sempre coinvolto il contatto fisico.

Cynthia J Price: Faccio questo lavoro da circa 40 anni. Formo massaggiatori che lavorano ai miei studi di ricerca e ora ho un'organizzazione no-profit, beh, in realtà ce l'ho già da un po'.

Cynthia J Price: Si chiama Center for Mindful Body Awareness (Centro per la Consapevolezza Corporea), dove offriamo corsi di formazione a terapeuti di varie discipline per apprendere l'approccio di cui sentirete parlare oggi.

Cynthia J Price: Allora, permettetemi di condividere lo schermo. Il titolo del mio intervento è "Presenza nel corpo, il ruolo della consapevolezza intercettiva per la salute e il benessere". Quindi, se volete contattarmi, potete trovare il mio indirizzo email e il centro no-profit [03:27:00] dove svolgiamo attività di insegnamento.

[03:27:04] Nozioni di base sull'interocezione

Cynthia J Price: Bene, innanzitutto parlerò di alcuni concetti in modo da avere delle parole in comune. L'intercettazione è il processo mediante il quale il sistema nervoso percepisce, interpreta e integra i segnali che provengono dall'interno del corpo e fornisce una mappatura momento per momento del paesaggio interno del nostro corpo, sia conscio che inconscio.

Cynthia J Price: La maggior parte è in realtà inconscia, quindi le parti di cui possiamo essere consapevoli, gli aspetti dei segnali del nostro sistema interno di cui possiamo essere consapevoli, li chiamiamo intercettivi. La capacità di farlo si chiama intercettiva

Cynthia J Price: intercettazione

Cynthia J Price: consapevolezza, e si intende sia come percezione dal basso verso l'alto dei segnali corporei sia come valutazione cognitiva dall'alto verso il basso di tali segnali che ci aiutano a guidare le risposte per la regolazione e lo stato emotivo [03:28:00] .

Cynthia J Price: Quindi, la regolazione del nostro corpo in modi necessari alla nostra sopravvivenza. Ed è questo che intendiamo per "mantenere l'equilibrio" da una prospettiva omeostatica. Ad esempio, quando ho freddo, mi vengono i brividi, li noto e so che devo indossare abiti più caldi. Quando ho fame, ricevo dei segnali che mi dicono che ho fame, quindi so che devo mangiare.

Cynthia J Price: Quando sono stanca, ricevo informazioni dal mio corpo che mi aiutano a capire quanto sono stanca, giusto? Abbiamo bisogno di certe cose per sopravvivere. Dobbiamo dormire, bere, stare al caldo e così via. Ma anche il nostro benessere emotivo. Riceviamo segnali che ci aiutano a capire come ci sentiamo. Quindi, con la consapevolezza intercettiva, prestiamo attenzione a tutte queste cose.

Cynthia J Price: Bud Craig, che è il primo riferimento qui sotto, era un anatomista che ha tracciato i percorsi sensoriali fino alle aree del cervello in cui arrivano quei segnali. Ed è così che sappiamo che questi segnali sono effettivamente lì [03:29:00] per la regolazione, per mantenere il nostro corpo in equilibrio perché vanno alle parti del cervello che sono specificamente deputate a questo scopo.

Cynthia J Price: Quindi

[03:29:11] Connessione con la consapevolezza

Cynthia J Price: quando impariamo la consapevolezza intercettiva, ovvero come portare l'attenzione all'interno del nostro corpo, che è ciò che faccio, insegno e su cui faccio ricerca, ci avvaliamo delle abilità di mindfulness per farlo. Quindi c'è una grande sovrapposizione tra prestare attenzione, la consapevolezza intercettiva interna e lo sviluppo terapeutico di questa abilità, e l'avere abilità di mindfulness.

Cynthia J Price: Quindi, quando prestiamo attenzione al nostro corpo, entriamo nella consapevolezza del momento presente, che per molti è la definizione per eccellenza di mindfulness. È presenza e consapevolezza con queste altre qualità che sono considerate davvero importanti per la mindfulness,

Cynthia J Price: apertura,

Cynthia J Price: curiosità, assenza di giudizio e autocompassione, [03:30:00] nonché imparare la capacità di prestare attenzione in modo prolungato a ciò che notiamo dentro di noi.

[03:30:06] Ricerca e rilevanza clinica

Cynthia J Price: Anche questa è un'abilità di consapevolezza ed è assolutamente fondamentale per apprendere le abilità di consapevolezza intercettiva per, da, per, per aiutarci davvero a sapere come, come siamo. Quindi vorrei solo accennare ai modelli neurocognitivi e alla ricerca degli ultimi 15 anni circa. Forse un po' di più. C'è stata molta attenzione all'intercettazione, in ambito scientifico, soprattutto in relazione alla consapevolezza, inizialmente perché i neuroscienziati si sono occupati di questa domanda: come funziona la consapevolezza?

Cynthia J Price: Cosa succede che aiuta le persone ad apprendere queste abilità o spiega perché la mindfulness è utile? Giusto? E attraverso [03:31:00] le neuroscienze, la ricerca neuroscientifica e i modelli per comprendere questo, l'intero concetto di intercettazione è entrato nella cura clinica in un modo che non era mai accaduto prima. Quindi ora conosciamo queste aree del cervello che supportano l'intercettazione e influenzano l'autovalutazione, le emozioni e i sintomi effettivi.

Cynthia J Price: Ma gli studi trasversali, quelli sono studi che sono semplicemente, non sei

Cynthia J Price: insegnamento

Cynthia J Price: chiunque, qualsiasi cosa. Si tratta semplicemente di riunire persone. Un gruppo numeroso e osservare se ci sono differenze, ad esempio, tra coloro che presentano sintomi di salute mentale o dolore fisico e coloro che non li presentano, per vedere se ci sono differenze nel modo in cui il loro cervello si attiva durante l'elaborazione sensoriale.

Cynthia J Price: E quello che hanno visto

Cynthia J Price: è

Cynthia J Price: che le persone con disturbi mentali, pi, e le persone con problemi di salute fisica come il dolore cronico, ad esempio, rispetto ai soggetti sani, hanno difficoltà a elaborare le informazioni sensoriali. [03:32:00] Quindi questo è ormai abbastanza noto e suggerisce di aiutare le persone a imparare come farlo per supportare la loro regolazione.

Cynthia J Price: Anche lo stress cronico sembra ridurre l'accesso ai segnali intercettivi. Quindi, quando parliamo di cancro, prima di tutto vorrei mostrarvi queste diapositive sulla rete intercettiva che viene attivata. L'intercettazione è un concetto elaborato da Norman Farb, che ha svolto un lavoro considerevole nel campo della mindfulness.

[03:32:35] Contesto tra cancro e massaggio

Cynthia J Price: E quando parliamo di cancro, c'è sempre più letteratura che indica il ruolo della consapevolezza intercettiva come davvero importante nel cancro, che le persone che vivono con il cancro hanno anche difficoltà a prestare attenzione ai loro segnali interni e a elaborare le informazioni sensoriali

e corporee. E penso che questo [03:33:00] abbia senso. Penso che questo valga per tutti i casi in cui le persone vivono con disagio, disagio mentale, disagio fisico. Anche se le risposte di coping, soprattutto quando è lungo, sono di spegnere parte di quell'attenzione alle informazioni interne, come un modo per andare avanti con la vita e ha senso, ma c'è un punto in cui non è più così utile.

Cynthia J Price: Molti di questi articoli, incluso quest'ultimo, ne sono un esempio, suggeriscono quanto possa essere importante la consapevolezza intercettiva come abilità fondamentale nel trattamento e nella guarigione dal cancro, per affrontare l'umore, la resilienza e la regolazione delle persone. Questo particolare team, composto da Reese Truvado e Anton, pubblica da diversi anni e sostiene cose molto simili nel corso degli anni.

Cynthia J Price: Come potete vedere, questa pubblicazione in particolare è uscita. Quindi la rilevanza della massoterapia con il cancro alla testa e al collo, perché è per questo che siete tutti qui. Voglio parlarne per un minuto e poi torneremo su questo punto alla fine. Ma stavo parlando con Holly McMillan, che ha tenuto la presentazione oggi in previsione di questa presentazione, e lei ovviamente ha molta esperienza e competenza in materia.

Cynthia J Price: Massaggio per il cancro alla testa e al collo, e mi stava dicendo quanto sia necessario fare di più. Non solo che i massaggiatori conoscano e offrano queste competenze nel trattamento del cancro, ma in generale, per aiutare i pazienti ad affrontare i sintomi di disagio fisico ed emotivo. E per fare un esempio, che sono sicura molti di voi conosceranno, c'è il disagio fisico causato dalla radioterapia.

Cynthia J Price: Il [03:35:00] disagio emotivo e fisico legato ai cambiamenti nei tratti del viso, ai cambiamenti nel modo in cui le persone possono esprimere l'intimità, all'intorpidimento che le persone possono avere alle labbra, alla loro incapacità di baciare le situazioni alimentari e sociali. Questo può essere davvero difficile se qualcuno sbava o ha altri problemi alimentari.

Cynthia J Price: Depressione, l'alto tasso di suicidi dovuto alle sequele a lungo termine dei sintomi per i pazienti. Quindi, come potete vedere, abbiamo esempi che riguardano sia le sfide per la salute mentale, sia quelle per la salute fisica, e molto sull'accettazione di cose accadute che hanno conseguenze a lungo termine con cui una persona deve convivere. E tutto ciò è rilevante per riflettere su come potremmo usare la consapevolezza dei segnali interni del corpo e su come rispondiamo a questi segnali o a ciò che ci suscitano internamente quando prestiamo attenzione, per aiutare le persone a elaborare queste risposte e a

trovare nuovi modi di essere nel mondo. Ed è di questo che si occupa il mio lavoro.

[03:36:12] Vantaggi per i clienti

Cynthia J Price: Quindi cosa ottengono i clienti da una maggiore consapevolezza intercettiva? Sviluppa la consapevolezza della loro esperienza sensoriale interiore. Li aiuta a collegare i sintomi fisici ed emotivi. Facilita l'accettazione e l'autocompassione. Promuove una rivalutazione somatica, nuove comprensioni e fornisce alle persone nuovi strumenti di cura per l'autocura, che possono essere davvero stimolanti, aiutandole ad avere nuovi modi per autoregolarsi e un senso della propria capacità di farlo, che è semplicemente gestione dello stress.

Cynthia J Price: E un altro insieme di termini promuove il cambiamento comportamentale, nuovi modi di essere nel mondo, e i clienti imparano a sperimentare il proprio corpo come una risorsa per comprendere se stessi, impegnandosi in nuovi comportamenti. Quindi, [03:37:00] in un certo senso vi sto dando la fine prima del mezzo, ma voglio solo che capiate perché questo lavoro potrebbe essere rilevante per voi.

Cynthia J Price: Il nostro obiettivo generale è quindi aiutare i clienti ad avere una migliore capacità di autoregolazione e utilizzare abilità intercettive per farlo. Lavoriamo costantemente su come aiutare le persone a mantenere un migliore equilibrio o a passare rapidamente tra il sistema nervoso parasimpatico e quello simpatico.

[03:37:29] Panoramica del metodo MABT

Cynthia J Price: il lavoro che svolgo per aiutare le persone ad apprendere queste abilità si chiama consapevolezza mindful e terapia corporea.

Cynthia J Price: E ho sviluppato questo approccio quando lavoravo un paio di decenni fa nella pratica clinica, lavorando principalmente con persone in fase di recupero da traumi, da traumi interpersonali. Quindi erano piuttosto disconnessi dai loro corpi e

Cynthia J Price: aiuto

Cynthia J Price: le persone acquisiscono una nuova serie di competenze necessarie per il loro recupero.

Cynthia J Price: E da allora con la ricerca. Ho [03:38:00] continuato a lavorare con il recupero dai traumi, ma anche molto con persone che sono state o sono in trattamento per disturbi da uso di sostanze, la maggior parte delle quali ha subito un trauma

Cynthia J Price: e

Cynthia J Price: molti di loro soffrono di dolore cronico. Quindi, le tre aree o popolazioni principali con cui ho lavorato sono state: traumi, disturbi da uso di sostanze, recupero e dolore cronico.

Cynthia J Price: Ma questo lavoro è davvero utile a tutti, sia per chi è in difficoltà sia per chi non lo è, perché permette a tutti di acquisire maggiore capacità di prestare attenzione al proprio benessere interiore. Questo lavoro, che io chiamo MABT (Mindfulness-Oriented Awareness Therapy, consapevolezza consapevole e terapia corporea), insegna abilità di consapevolezza intercettiva che utilizzano la psicoeducazione tattile e la mindfulness.

Cynthia J Price: E il modello esplicativo è che, attraverso l'apprendimento di queste [03:39:00] abilità, le persone sono più, hanno più capacità di regolazione emotiva e quindi un benessere migliore. Quindi viene fornito individualmente. È incrementale nel suo approccio, e ne parlerò tra un minuto. Ho fatto 25 anni di ricerca. Quindi è basato sull'evidenza, è un approccio informato sul trauma e prevede la pratica a casa.

Cynthia J Price: Il nostro obiettivo finale è che le persone imparino queste abilità, le integrino nella loro vita e acquisiscano un nuovo bagaglio di strumenti per la cura di sé. L'articolo a cui si fa riferimento, disponibile sul mio sito web (c'è una sezione dedicata alla ricerca e tutti i link alla ricerca MABT sono presenti lì, quindi potete trovarlo, insieme ad altro, se lo desiderate), descrive questo approccio in dettaglio.

[03:39:46] Otto settimane di sviluppo delle competenze

Cynthia J Price: Quindi questi sono gli aspetti di base dell'apprendimento della consapevolezza intercettiva con questo approccio, imparare ad essere consapevoli e identificare le sensazioni

Cynthia J Price: e

Cynthia J Price: essere in grado di usare il linguaggio per identificare, essere [03:40:00] in grado di attirare l'attenzione, imparare a portare l'attenzione dall'esterno del corpo all'interno del corpo. Come si fa? E noi lavoriamo su questo.

Cynthia J Price: E poi imparare a mantenere l'attenzione nel corpo interiore per un periodo di tempo significativo e che cerchiamo di crescere. E poi lavorare davvero con ciò che scopriamo che ha significato. E quindi riflettere su ciò che le proprie esperienze sono la componente di rivalutazione somatica,

Cynthia J Price: e

Cynthia J Price: poi gli esercizi da svolgere a casa.

Cynthia J Price: Quindi i componenti principali che sono importanti per l'apprendimento, quindi quando ho fatto ricerca, è stato necessario sviluppare un protocollo. E quindi ho fatto ricerca che prevede un protocollo di otto settimane per toccare questi punti e, di nuovo, questi sono gli stessi punti chiave di cui stavamo parlando, ma ogni sessione inizia con un colloquio iniziale per il check-in, concettuale [03:41:00] per costruire fiducia nella relazione.

Cynthia J Price: E queste sono le tre fasi dell'apprendimento sequenziale per promuovere la consapevolezza intercettiva. Le prime due sessioni si concentrano sull'alfabetizzazione corporea, ovvero sullo sviluppo di tale consapevolezza, e lavoriamo maggiormente sul corpo esterno. Le due sessioni successive si concentrano maggiormente su come portare la consapevolezza all'interno del corpo che sta accedendo.

Cynthia J Price: Consapevolezza intercettiva. E poi le ultime quattro sessioni sono dedicate all'apprendimento della pratica della consapevolezza corporea o al mantenimento dell'attenzione in regioni specifiche del corpo. E poi rivediamo ciò che abbiamo fatto, quali sono stati i punti salienti dell'esperienza di qualcuno per il processo di valutazione somatica, e per aiutare a guidare la pratica da portare a casa alla fine di ogni sessione. Quindi, quando insegniamo, insegniamo questo processo, sapendo che come clinici, non seguirete necessariamente un protocollo di otto settimane, ma in modo che possiate prendere i pezzi [03:42:00] di questo che potete portare nella vostra pratica con le persone in un modo che abbia senso per voi e per loro.

[03:42:10] Dimostrazione guidata di consapevolezza corporea

Cynthia J Price: Quindi, dedicherò qualche minuto a condividere con voi alcune di queste strategie di apprendimento di cui parlavo prima, in modo più esperienziale, così avrete un'idea più chiara di ciò di cui sto parlando.

Cynthia J Price: E poi torneremo alle diapositive e vi racconterò qualcos'altro basato su alcune delle ricerche che abbiamo condotto. Quindi, mi fermo un attimo per mostrarvi un paio di cose di questo intervento e per farvi provare anche voi. Vi invito a farlo.

Cynthia J Price: Quindi la prima cosa su cui lavoreremo è l'inizio di questo intervento, o di questo approccio, che consiste ancora una volta nell'identificare e articolare a parole ciò che notiamo, come descriveremmo [03:43:00] Molte persone per le quali questo tipo di approccio è nuovo. Il loro linguaggio è in qualche modo limitato, come se le parole semplicemente non venissero.

Cynthia J Price: Sai, quando chiedi "Cosa stai notando?", spesso qualcuno risponde "Oh, è una sensazione così piacevole". Giusto? Invece di usare una parola che descriva le sensazioni. Quindi, la prima cosa su cui lavoriamo è sviluppare il linguaggio e la familiarità con esso. Esprimere queste sensazioni, dirle ad alta voce, è fondamentale. C'è un enorme scambio verbale in questo approccio, in cui la persona ti dice semplicemente cosa sta notando in quel momento.

Cynthia J Price: E quindi puoi in qualche modo monitorare con loro cosa sta succedendo. E questo è davvero il punto. E molti operatori del corpo dicono: "Oh, ma questo è al di fuori dell'ambito della nostra pratica". Io dico: "No, non lo è. Non stiamo facendo psicoterapia. Stiamo lavorando per concentrarci sulla consapevolezza sensoriale, su ciò che notano nei loro corpi nel momento [03:44:00]" .

Cynthia J Price: E questo è davvero importante

Cynthia J Price: a

Cynthia J Price: ricordate che, anche se c'è molta interazione verbale, questa è la parte centrale dell'interazione verbale, la maggior parte di essa. Quindi, per coloro che vogliono unirsi a me in questo, questo sarà molto, molto familiare per voi in quanto operatori del corpo. Ma quello che facciamo per prima cosa è, ad esempio, se mettete la mano sulla spalla, dove tutti noi di solito abbiamo.

Cynthia J Price: spesso si può avvertire una certa tensione. Basta tastare un po' la zona, farsi un piccolo massaggio. Si può passare alla parte alta della schiena,

intorno alla scapola, se è raggiungibile. Oppure si può rimanere più vicini alla parte superiore della spalla, comunque, mentre si tasta, trovare un punto in cui si avverte una forte sensibilità.

Cynthia J Price: Terrò semplicemente quella posizione. E poi premerò davvero forte

Cynthia J Price: [03:45:00] fortemente e tieni quel punto e chiediti, se dovessi chiudere gli occhi o no, chiediti, se dovessi usare le parole per descrivere questa sensazione sotto cosa

Cynthia J Price: sarebbero queste parole? Ed è quello che facciamo quando lo facciamo per le prime due sessioni su tutto il corpo.

Cynthia J Price: Quindi nel mio caso, proprio ora, mentre tengo premuto su questo punto, ad esempio, per prima cosa ho notato. La, la, la sensibilità, era una specie di indolenzimento doloroso sotto quella che sembrava un'area dura, dura di muscolo teso. Area di E poi, mentre tengo premuto su quel punto, cosa succede? E quello che noto è che il dolore si attenua, e poi noto principalmente solo la pressione.

Cynthia J Price: Quindi, prenditi un momento. Quali parole useresti per descrivere cosa succede? E poi vai dall'altra parte e vedi se [03:46:00] c'è un altro punto che tieni premuto. È lo stesso o è diverso? Ci sono altre parole? Noti una sensazione diversa rispetto a cosa succede quando tieni premuto? E come descriveresti cosa succede quando tieni premuto? Quindi, come ho detto, questo lavoro che facciamo su tutto il corpo è molto facile da integrare nel massaggio, perché stai semplicemente facendo un massaggio e poi ti fermi in un punto e ti poni questa semplice domanda: come descriveresti cosa senti quando tengo premuto?

Cynthia J Price: E quando qualcuno dice, oh, è semplicemente fantastico, sai, allora è meraviglioso. Puoi dirmi le parole con cui descriveresti la sensazione nei tuoi tessuti? Giusto? Cerchi solo di aiutarli a orientarsi verso ciò che stanno notando a livello e come [03:47:00] lo metterebbero Quindi con questo lavoro, le persone stanno diventando più consapevoli di tutte le cose che notano, non si distraggono durante un massaggio, chiedi loro di rimanere con te. E poi si esercitano in questo, nello sviluppo del linguaggio. E quando le persone hanno davvero difficoltà a trovare una parola, spesso diciamo, beh, ne butto fuori qualcuna.

Cynthia J Price: Dimmi se qualcuna di queste cose ti riguarda. Quel genere di cose. Bene. Quindi questo è ciò che facciamo nella prima fase, e questa è l'alfabetizzazione corporea che stiamo sviluppando, corpo. Ed è assolutamente fondamentale, man mano che procediamo con questo approccio, lavorare sullo sviluppo delle capacità di consapevolezza intercettiva.

Cynthia J Price: Le persone hanno bisogno di queste cose, della capacità di trovare le parole per descrivere come si sentono e della comodità di dividerlo ad alta voce in questa sessione, perché lo facciamo sempre di più. Quindi stiamo davvero preparando [03:48:00] le persone a ciò che verrà. Quindi salteremo la seconda fase del processo, che è una sorta di passaggio dall'esterno del corpo all'interno del corpo.

Cynthia J Price: E ora vi invito a fare una piccola mini meditazione dentro il vostro corpo con me. Se volete. E se non volete, va bene. Ci dedicheremo solo qualche minuto. Ma vi invito a mettere la mano molto fermamente, tutta la mano, tutta la mano, le dita

Cynthia J Price: molto fermamente

Cynthia J Price: sul tuo petto. E se questo posto, e stiamo per andare, viaggiando verso l'interno, all'interno del nostro petto, se preferisci, se questo non ti va di andare, potresti mettere di nuovo la mano sulla tua spalla e concentrarti sul portare la tua attenzione in questo spazio all'interno della tua cintura scapolare.

Cynthia J Price: Quindi ci sono diverse cose che potresti fare fino alla pancia, puoi fare quello che vuoi personalmente. Ti guiderò io. Per ora, ma potresti tradurre mentalmente e [03:49:00] poi andare da qualche altra parte. Quindi per iniziare con gli occhi aperti, mantieni semplicemente questo spazio, muovi la mano sulla pelle.

Cynthia J Price: Oppure, se indossi una maglietta, va bene. E osserva semplicemente com'è. Come si percepisce questa zona dall'esterno? Quanta flessibilità c'è nel tessuto mentre lo muovi avanti e indietro o su e giù? Nota dove c'è resistenza, dove non ce n'è. Che sensazione provi a livello emotivo ad avere la mano qui? Osserva queste cose per un minuto, e poi ti invito a chiudere gli occhi, e chiuderò anche io i miei occhi mentre ti guido.

Cynthia J Price: a

Cynthia J Price: chiudi gli occhi e prenditi un minuto per sentire il tuo corpo. Vogliamo sentirvi davvero comodi e radicati. Quindi, se [03:50:00] potessi lasciare che la schiena si appoggi alla sedia.

Cynthia J Price: Avviso

Cynthia J Price: la sensazione del tuo sedere sulla sedia. Nota la sensazione dei tuoi piedi che toccano il pavimento. Quindi, se potessi avere entrambi i piedi che toccano il pavimento e sentire semplicemente questa sensazione della sedia che sostiene il tuo peso.

Cynthia J Price: E poi fate un paio di bei respiri lunghi e profondi, cercando di sentirvi il più possibile a vostro agio e radicati.

Cynthia J Price: E

Cynthia J Price: allora vorrei invitarvi a calmare i vostri pensieri in modo da concentrarvi maggiormente sull'interno.

Cynthia J Price: Quello che faremo ora è vedere se riusciamo [03:51:00] a far viaggiare la nostra consapevolezza interna dalla testa fino allo spazio del petto o ovunque tu stia tenendo la mano

Cynthia J Price: dentro, al centro di te, in quello spazio. Quindi, se ti muovi fuori dalla tua testa, vedi se riesci a permettere alla tua attenzione di scendere fuori dal tuo cervello, giù fino alla parte posteriore di te, porta davvero quell'attenzione interna. Invitala a scendere attraverso il centro della tua gola.

Cynthia J Price: Invita la tua attenzione a passare oltre la clavicola

Cynthia J Price: in

Cynthia J Price: la parte superiore del tuo busto [03:52:00] e in quello spazio dietro la tua mano, cercando di concentrarti sul centro di te. Quindi tra dove la tua mano è davanti e la sedia toccherebbe lo schienale, orientando il tuo centro di te, vedi se riesci a permettere alla tua attenzione interna di riposare in quello spazio del tuo corpo interno nella parte superiore del petto.

Cynthia J Price: Avviso

Cynthia J Price: se riesci ad arrivarci. E se non ci riesci, va bene. Lascia semplicemente che tu rimanga con l'attenzione su di te. Ma se ci riesci, [03:53:00] semplicemente stando con te stesso dentro e nota come ci si sente ad arrivare a questo interno nel tuo petto. Come ci si sente ad essere lì? Come fai a sapere di esserci? E c'è qualcosa che noti stando in questo spazio? Qualsiasi cosa. Potresti non notare nulla, ma se lo fai, lascia semplicemente che le tue, lascia che queste informazioni arrivino. Vedi se riesci a riposare in quel luogo di osservazione per un altro

Cynthia J Price: 20

Cynthia J Price: E poi [03:54:00] tenendo la mano sulla tua Lascia andare questo posto e riporta la tua attenzione nella stanza. E quando sei pronto, tenendo la mano dov'è. Apri la bocca e nota semplicemente come ti senti ora sulla sedia. Muovi la mano come hai fatto all'inizio.

Cynthia J Price: muovi la mano e nota se percepisci qualche differenza, o se la sensazione nel tessuto è la stessa.

Cynthia J Price: Presta attenzione al respiro, come lo senti? E poi, quando sei pronto, puoi togliere la mano [03:55:00] dal corpo. Questo è solo un piccolo assaggio di ciò che facciamo in questo lavoro. E quando ci concentriamo internamente, abbiamo un processo guidato in cui si pongono più domande affinché le persone notino la loro consapevolezza sensoriale in tutti i modi diversi e dicano ad alta voce ciò che notano.

Cynthia J Price: Quindi c'è questa abilità di imparare a rimanere dentro e presenti con se stessi e. Condividere senza uscire da quella presenza. Ciò che noti con il terapeuta che sta lavorando con te.

Cynthia J Price: E

Cynthia J Price: quindi questa è una scala che si sviluppa nel tempo e, come ho detto, man mano che le persone imparano a rivolgere la loro attenzione verso l'interno, ciò che facciamo con questo processo è aiutarle ad avere un'esperienza interiore davvero diversa.

Cynthia J Price: Ma quello che chiediamo loro è anche di notare cosa emerge [03:56:00]. Quindi, quando le persone si concentrano su una zona del corpo in cui potrebbero provare disagio, che sia emotivo o fisico, o una combinazione di entrambi, o potrebbe trattarsi semplicemente di tensione, come ad esempio "stamattina ho le spalle molto tese". Se mi soffermassi lì, cosa emergerebbe?

Cynthia J Price: Me ne accorgerei?

Cynthia J Price: Riflessioni

Cynthia J Price: che emergono o cosa? O sensazioni che emergono, o noterei semplicemente i cambiamenti fisici mentre presto attenzione? Ciò che accade tipicamente è che lo spazio internamente cambia. Quindi può iniziare in modo molto teso o molto buio, o molto piccolo o molto stretto,

Cynthia J Price: e

Cynthia J Price: spesso poi la situazione si chiarisce e vengono a galla ulteriori informazioni.

Cynthia J Price: A volte, di nuovo, è una metafora o è semplicemente qualcosa di semplice. Semplicemente lo spazio sembra migliore, giusto? Ma penso che ciò che le persone imparano allora sono modi in cui possono sapere [03:57:00] come si sentono dentro che prima non conoscevano e che sono basati sul soma. E a volte anche le informazioni su cos'altro sta succedendo per loro o la loro relazione con quella parte del loro corpo cambiano in modo positivo.

Cynthia J Price: Ma gran parte di questo lavoro riguarda semplicemente la sensibilizzazione. E ora torno a condividere lo schermo. Continueremo e, per favore, se avete domande su quello che ho detto finora riguardo a questa esperienza, scrivetele in modo che siano a vostra disposizione quando inizieremo la parte di discussione di oggi, perché sarò felice di rispondere a qualsiasi domanda abbiate.

Cynthia J Price: Bene. Quindi la prossima cosa che penso... Torniamo indietro. Sì. Questa è la prossima diapositiva che voglio mostrarvi.

[03:57:56] Risultati e misure dello studio

Cynthia J Price: Quindi, come stavo dicendo [03:58:00] a proposito dei diversi tipi di popolazioni con cui ho lavorato, queste sono solo le popolazioni principali con cui ho lavorato. Donne in via di guarigione da abusi sessuali infantili,

Cynthia J Price: persone che vivono

Cynthia J Price: affetta da HIV.

Cynthia J Price: Abbiamo esaminato i processi di consapevolezza intercettiva, i processi di apprendimento di tutti i disturbi da uso di sostanze coinvolti come coadiuvanti del trattamento. Dolore cronico. E poi ho condotto uno studio di neuroimaging di cui vi parlerò un po' perché penso sia piuttosto interessante. Ma i risultati chiave in tutti questi studi sono un aumento della consapevolezza intercettiva e anche delle abilità di mindfulness sono una riduzione del disagio per la salute mentale e una riduzione della regolazione emotiva.

Cynthia J Price: In uno studio abbiamo esaminato la variabilità della frequenza cardiaca, che è un indicatore fisiologico della disregolazione emotiva, e questo è migliorato parecchio, riduzioni nell'uso di sostanze e nel desiderio e i nostri studi basati sull'astinenza riduzioni dei sintomi fisici e del dolore, e [03:59:00] l'uso continuato delle abilità apprese più volte alla settimana in studi che hanno follow-up a lungo termine, come nove e 12 mesi, che è un risultato molto importante, di cui parlerò più avanti.

Cynthia J Price: Quindi potete leggere questi studi. Sono tutti disponibili. Gran parte della mia ricerca, o comunque una buona parte di essa, è stata finanziata dal NIH (National Institutes of Health). Quindi questi studi sono tutti accessibili gratuitamente. Ma i link si trovano anche sul sito web della mia organizzazione no-profit, nella sezione dedicata alla ricerca. Se andate lì, troverete i link. Quindi potete consultarli tutti.

Cynthia J Price: Una delle cose che noterete è che misuriamo sempre la consapevolezza intercettiva. Vogliamo sapere se ciò che insegniamo alle persone viene effettivamente appreso. E io ho partecipato allo sviluppo di due scale. Una è la scala della connessione corporea e l'altra si chiama Maya. La valutazione multidimensionale della consapevolezza intercettiva.

Cynthia J Price: È un po' complicato da dire. Principalmente perché non esistevano scale che cogliessero davvero questo tipo di apprendimento [04:00:00]. Quindi è questo che mi ha spinto a crearle per i ricercatori clinici come me. La scala Maya ha diverse scale e, giusto per darvi un'idea di cosa siano, hanno tutto a che fare con la capacità di usare questo tipo di abilità per regolare l'attenzione al proprio corpo, per sapere come ci si sente emotivamente, per evitare distrazioni e preoccupazioni quando si ha dolore, per ascoltare veramente il proprio corpo per ottenere intuizioni e per sentire che il proprio corpo è un luogo sicuro.

Cynthia J Price: Quindi, questa particolare scala, la Maya, è stata ampiamente utilizzata in tutto il mondo e funziona molto bene con questo tipo di interventi, come vedrete. Ho anche condotto uno studio, l'unico studio che ha davvero

esaminato la connettività cerebrale, se questo approccio aiuta le persone ad apprendere queste abilità e se possiamo vederlo con la neuroimmagine e [04:01:00] potremmo, e i risultati hanno davvero evidenziato la plasticità.

Cynthia J Price: Abbiamo confrontato le persone che hanno ricevuto il MABT con quelle che non l'hanno ricevuto. E abbiamo riscontrato una maggiore connettività associata anche a un punteggio Maya più elevato, il che suggerisce che la connettività media un maggiore accesso alle informazioni. Quindi, questo studio è stato pubblicato ed è interessante da leggere se vi appassionano le neuroscienze.

Cynthia J Price: E poi volevo mostrarvi cosa chiedono veramente i Maya? E quindi questi, questi, questi sono i cambiamenti nel tempo in uno dei miei studi più recenti, che è stato condotto su uomini e donne in trattamento per il disturbo da uso di oppioidi con farmaci. Quindi, la linea verde rappresenta il gruppo che ha ricevuto quell'intervento di terapia comportamentale.

Cynthia J Price: E la linea blu rappresenta il gruppo di controllo, che era in trattamento regolare con farmaci, ma solo un gruppo ha ricevuto la MABT. E questo è avvenuto tra [04:02:00] questo intervallo di tempo, da zero a tre mesi. Quindi si può vedere questo enorme salto e questa particolare scala, e la Maya, che aveva a che fare con la consapevolezza emotiva.

Cynthia J Price: Quindi le domande che venivano poste erano del tipo: "Riesco a notare dei cambiamenti. Vedete questa cosa? Riesco a notare dei cambiamenti quando il mio corpo, riesco a notare come cambia il mio corpo quando sono arrabbiata. Quando qualcosa non va nella mia vita, lo sento nel mio corpo."

Cynthia J Price: I

Cynthia J Price: noto che il mio corpo si sente in pace, diverso dopo un'esperienza di pace.

Cynthia J Price: Ho notato che il mio respiro è libero e facile quando mi sento a mio agio. Noto come cambia il mio corpo quando provo felicità o gioia. Quindi questo è stato un miglioramento significativo rispetto al gruppo di controllo. E ciò che è veramente notevole è che questi

Cynthia J Price: risposte

Cynthia J Price: secondo questo sondaggio, i risultati sono stati gli stessi a sei, nove e dodici mesi di distanza.

Cynthia J Price: Quindi, il solo fatto di poter vedere che queste [04:03:00] cose che le persone stanno imparando rimangono con loro. Okay. E poi la diapositiva successiva è,

Cynthia J Price: le diapositive procedono. Sì. La prossima diapositiva mostra una scala diversa del Maya, che riguarda l'autoregolazione, dove vediamo uno schema molto simile. E questo tipo di domande sono: quando mi sento sopraffatta, posso trovare un luogo di calma dentro di me. Quando porto consapevolezza al mio corpo, posso sentire un senso di calma, posso usare il mio respiro per ridurre... E quando sono intrappolata nei miei pensieri, posso calmare la mia mente concentrandomi sul mio corpo o sul mio respiro.

[04:03:42] Perché le competenze rimangono a lungo termine

Cynthia J Price: E ancora una volta, abbiamo un grande cambiamento rispetto al gruppo di controllo che si mantiene per tutto il tempo. Quindi una delle cose che mi ha sempre interessato è come possiamo capirlo? [04:04:00] Cosa stanno facendo le persone che aiuta questi cambiamenti, la consapevolezza intercettiva, a rimanere nove e dodici mesi dopo lo studio fino alla fine dello studio. Quindi quando l'ho visto per la prima volta, è stato il primo studio finanziato dall'INIH che ho condotto con donne in trattamento per disturbi da uso di sostanze.

Cynthia J Price: E abbiamo visto questo risultato e mi sono detta: voglio sapere cosa li motiva a usarlo, perché ovviamente lo stanno usando, continuano a usare queste competenze. Lo avevano detto. E penso davvero che sia per questo che vediamo che questo cambiamento può essere mantenuto o sostenuto nel tempo: le persone usano le competenze che hanno imparato.

Cynthia J Price: Ed è proprio questo che stavamo facendo. Abbiamo organizzato un focus group con questo gruppo di donne che avevano completato lo studio per chiedere: cosa vi motiva a fare informazione? E questa è una delle cose chiave che abbiamo sentito. Questa è una citazione che sentiamo spesso. Ho provato a meditare nel corso degli anni, ma non sono mai riuscita a concentrarmi.

Cynthia J Price: Ma [04:05:00] questo potrebbe essere per me, sono stata in grado di rallentare la mia mente e poi seguire quello che diceva il terapeuta, concentrandomi su una parte del corpo e su quello che sentivo e poi parlandone. E alla fine ho imparato a farlo in questo modo

Cynthia J Price: Ecco perché ho pensato che fosse fantastico. Perché mi ha insegnato a meditare e ora lo faccio ogni giorno.

Cynthia J Price: La differenza è stata avere qualcuno che mi guidasse nell'apprendimento. Quindi il processo individualizzato di lavorare uno a uno con qualcuno, sapendo come sta procedendo il processo di apprendimento. Uno dei vantaggi di fare questo lavoro come terapeuta corporeo è che puoi sentire con le mani se qualcuno sta concentrando la sua attenzione su una determinata area del corpo.

Cynthia J Price: Puoi sentire dalle loro mani se si allontanano e iniziano a pensare a qualcosa, che non sono più presenti. E quindi puoi lavorare con loro e dire: "Vediamo se riesci a tornare qui. Oppure hai difficoltà a rimanere qui, o questo è davvero difficile per te? [04:06:00] Vediamo se riusciamo a trovare un altro modo per aiutarti."

Cynthia J Price: Quindi l'attenzione è focalizzata su come facilitare la capacità di una persona di utilizzare queste abilità. Ed è per questo che si tratta di un intervento unico. È per questo che i terapeuti corporei sono un gruppo così adatto ad apprendere questo approccio. Si può imparare come psicoterapeuta o in un'altra disciplina, anche se non si lavora con le mani; si può valutare la presenza in un altro modo, ma non c'è niente di meglio che valutarla con le mani, ecco perché funziona così bene.

Cynthia J Price: E quindi volevo condividere questo con voi. Raccogliamo sempre dati qualitativi.

Cynthia J Price: Cosa

Cynthia J Price: cosa dicono le persone di ciò che stanno imparando e di ciò che è stato importante per loro in uno studio? Questi sono dati qualitativi tratti dall'ultimo studio di cui vi parlavo, condotto su persone, uomini e donne, e sul trattamento farmacologico del disturbo da uso di oppioidi.

Cynthia J Price: Ma questi temi qualitativi sono praticamente gli stessi in ogni studio. Imparano ad aumentare la consapevolezza del proprio corpo. Ad esempio, io alle [04:07:00] mi ero disconnessa dal mio corpo, ora mi connetto con tutto il mio corpo. Un'altra persona ha scritto: sono più in sintonia con le diverse parti del mio corpo e riesco a capire dove provo dolore. Le persone acquisiscono la capacità di collegare le loro sensazioni fisiche ed emotive in un modo che spesso non avevano mai sperimentato prima. Ad esempio, ho delle connessioni tra le voglie e dove si manifestano nel mio corpo. E un altro

esempio: ho imparato a collegare mente, corpo e capacità di autoregolazione. Ho imparato a rilassarmi e calmarmi, a mettermi in uno stato di pace.

Cynthia J Price: Un'altra persona con cui posso usare le emozioni invece di essere usata da loro. Inoltre, mi ha fornito strumenti per affrontare le situazioni stressanti. Ops, indietro. Scusate. E infine c'è l'accettazione, che credo sia straordinariamente rilevante per le popolazioni con cui lavorate. Ho imparato ad ascoltare il mio corpo, non a correggerlo [04:08:00] .

Cynthia J Price: Stavo cercando di liberarmi delle cose in fondo. Ho imparato a lasciare, semplicemente lasciare che i miei sentimenti siano, e ho imparato a onorare le mie emozioni anche se sono. Quindi, queste sono alcune citazioni più contestualizzate che volevo condividere con voi. E anche queste provengono da quest'ultimo studio. Quindi una donna di 45 anni, una bianca americana, ha detto, sai, questa è una sorta di panoramica della sua intera esperienza. Non ti nascondi più dalle cose dentro di te.

Cynthia J Price: Penso che ciò avesse molto a che fare con il mio uso di sostanze. Cercavo di nascondere i miei sentimenti, le mie emozioni. Era così che affrontavo la vita. E l'MABT mi dà la capacità di concentrarmi sulle cose in modo diverso. È un modo davvero unico di pensare alle cose che sono dentro di me e di connettere il mio corpo alla mia mente e alla mia dualità spirituale, e di essere in grado di connettere tutto dentro di me. [04:09:00]

Cynthia J Price: Un uomo afroamericano di 68 anni ha detto: "Ho imparato a rilassarmi completamente. Quando sono più rilassato, mi sento più a mio agio e pronto per quello che verrà. Una volta che sono più rilassato, sento il bisogno di fare qualcosa come salire in bicicletta e camminare, mi rende più consapevole. Prima non ero mai stato veramente in contatto con le mie emozioni, e il terapeuta mi ha mostrato diversi modi per riconoscerle e gestirle."

Cynthia J Price: Sono più consapevole di quello che sto facendo. Mi aiuta a fermarmi e pensare: voglio davvero fumare adesso? Voglio davvero bere adesso? Ora sono in grado di sdraiarmi o sedermi e usare MABT per

Cynthia J Price: rispondere al dolore e al disagio invece di usare farmaci. E infine, una donna nativa americana di 30-31 anni che ha scritto: "Ho imparato ad ascoltare il mio corpo e a sentire veramente le mie emozioni e sono stata in grado di riconoscere come erano correlate".

Cynthia J Price: Sono arrivata con un terribile problema di mal di schiena che mi causava mal di testa e molto disagio, e ora non ne ho più [04:10:00] . Era

tutto dovuto alla detenzione a causa dello stress. Riesco a sedermi e a sentire le mie emozioni e a starci a letto senza che mi controllino, così come a trovare e rilasciare l'energia negativa nel mio corpo. Prima, nei giorni brutti che non volevo affrontare, reagivo in modo aggressivo o rimanevo a letto.

Cynthia J Price: Ora riesco a parlarne con me stessa. Mi sento molto più felice e posso dire con sincerità di amare adesso.

[04:10:26] Osservazioni e spunti del terapeuta

Cynthia J Price: Ciao. Storie davvero dolci di persone. Condividerò con voi alcuni dati provenienti da terapisti. Si tratta di dati insoliti. È la prima volta che lo faccio. Non sono stati pubblicati. Anche se ho intenzione di farlo, questi sono dati che abbiamo raccolto.

Cynthia J Price: Alla fine di ogni sessione, i terapisti devono compilare un modulo di valutazione del processo, che è un modo in cui valutiamo la fedeltà al protocollo, ma abbiamo anche altre domande sul livello di coinvolgimento che il cliente ha con la seconda metà dell'intervento. Quindi, in quelle ultime quattro sessioni, quando ci concentriamo sull'attenzione sostenuta nel corpo, i clienti registrano ciò che hanno sentito e raccontano loro ciò che hanno sperimentato.

Cynthia J Price: E quindi vi dirò, vi darò solo un piccolo assaggio di ciò che abbiamo scoperto da questo. Quindi su 88 sessioni, quindi un sottoinsieme di uno studio, uno studio precedente con donne in trattamento, nel complesso, la persona è stata in grado di impegnarsi nella fase tre

Cynthia J Price: con

Cynthia J Price: questo processo somatico, io di attenzione sostenuta internamente.

Cynthia J Price: E non tutti lo erano, il 10% non lo era durante queste sessioni e il 90% era in grado, quindi questa era la prima cosa, una sorta di sì o no. E poi abbiamo chiesto loro di indicare se avevano mantenuto l'attenzione [04:12:00], se erano in grado o se avevano avuto qualcuna di queste esperienze? E potevano indicarlo, il terapeuta poteva indicarlo.

Cynthia J Price: Se uno qualsiasi di questi eventi si verificasse, sai, potrebbe essere uno, due o tre di questi, un cambiamento nella consapevolezza sensoriale, un collegamento tra mente e corpo come emozioni e da qualche parte,

Cynthia J Price: una metaforica

Cynthia J Price: una storia o un'immagine che per loro si fa avanti, o una sorta di intuizione incentivante o un profondo cambiamento nel senso di sé.

Cynthia J Price: È successo qualcosa del genere? E potete vedere che in queste 88 sessioni, il 90% di coloro che hanno risposto di sì, questi eventi si sono verificati con una certa frequenza. Quindi la mia domanda successiva è stata: succede di più alle persone che sono più capaci di mantenere lo stato rispetto a quelle che sono meno capaci? Anche loro ci riescono, ma per un periodo di tempo più breve o in modo meno profondo.

Cynthia J Price: Quindi avevamo un'intera scala di valutazione [04:13:00] intorno a questo e poi li ho separati in più o meno e ho confrontato quelli in rosso erano meno in grado di sostenere. E quelli in blu erano più in grado di macchiare intorno a quanto spesso queste cose accadevano E puoi vedere una differenza significativa e più profondamente uno riusciva a sostenere per un periodo di tempo più lungo, più spesso accadevano.

Cynthia J Price: in questo accadono cose molto significative. Quindi l'attenzione sostenuta è importante. Questa è una parte importante di ciò che stiamo imparando in questo intervento o

Cynthia J Price: trasloco

Cynthia J Price: in questo approccio, c'è la capacità di essere interiori e di notare ciò che accade. Si notano le regioni del corpo e ciò che è significativo per noi in esse.

Cynthia J Price: E quindi questa, questa era un'informazione davvero importante che sostanzialmente confermava ciò che già pensavo. Ma è stato [04:14:00] utile avere questa conferma e volevo condividerla con voi. Quindi abbiamo creato questo schema. Io e Helen Wang abbiamo scritto un articolo sulla facilitazione dell'elaborazione emotiva adattata, dell'elaborazione pro-emotiva e della rivalutazione somatica, che potete leggere se siete interessati.

Cynthia J Price: Ma questa idea, l'intera idea che l'attenzione sostenuta, che può coinvolgere emozioni, significato e ricordi, porti a una maggiore

comprensione con questo lavoro. Quindi perché questo lavoro è importante? Fornisce maggiore consapevolezza di sé, accesso. Due segnali corporei e fiducia nei segnali corporei. Aiuta nella regolazione emotiva. Aiuta le persone a gestire lo stress quotidiano e i problemi di salute.

Cynthia J Price: Favorisce scelte salutari, dà alle persone un grande senso di autonomia e può contribuire al cambiamento comportamentale.

[04:14:51] Integrazione nella pratica

Cynthia J Price: Quindi, tornando alla diapositiva che abbiamo mostrato prima, riguardo alla rilevanza di questo lavoro per la massoterapia nel cancro alla testa e al collo e nel cancro in generale. Quando pensiamo, ancora una volta, a questo tipo di cose con cui le persone possono avere difficoltà, come avere una nuova serie di cose potrebbe aiutarle a lottare di meno, potrebbe aiutarle ad accettare, potrebbe aiutarle ad avere un po' meno reattività o un po' meno disagio fisico effettivo.

Cynthia J Price: Queste sono cose davvero molto importanti e questo lavoro potrebbe essere utile da integrare nel vostro lavoro con loro. Quindi, cosa aiuta i terapeuti, cosa supporta un terapeuta nell'avere le competenze necessarie per insegnare la consapevolezza intercettiva ai propri clienti? Questo è davvero importante da considerare perché non è per tutti.

Cynthia J Price: Ma se questo vi interessa, la cosa più importante è la vostra capacità di essere presenti a voi stessi. Non potete insegnare qualcosa a qualcun altro che non sapete fare voi stessi. Quindi nei nostri corsi, questo è un aspetto su cui ci concentriamo molto, [04:16:00] ovvero come essere presenti per se stessi in modo da poter aiutare qualcun altro a imparare a farlo per sé.

Cynthia J Price: Quindi questo è un aspetto. E poi c'è la familiarità e la competenza nell'insegnare questo approccio e queste strategie, come essere creativi quando il tempo lo permette. Questo richiede pratica, fiducia e... La fiducia e questo senso di sicurezza nella relazione terapeutica sono davvero importanti. Questo è un lavoro molto intimo e loro lo percepiscono dentro.

Cynthia J Price: La capacità di personalizzare le strategie di apprendimento in modo che la persona possa procedere a un ritmo che funzioni per lei è davvero fondamentale. E seguire il processo di sviluppo del cliente è una cosa molto diversa sia per gli psicoterapeuti che per gli operatori del corpo. Spesso ci si concentra sul risolvere i problemi, e in questo lavoro cerchiamo davvero di

evitare questa mentalità e di concentrarci maggiormente sull'essere con loro [04:17:00] e su ciò che emerge con loro, e su come possiamo aiutarli

Cynthia J Price: semplicemente esplora

Cynthia J Price: quello.

Cynthia J Price: È un lavoro molto diverso, molto... Questo lavoro è anche davvero ottimo per tutti noi che lavoriamo con persone che stanno attraversando momenti difficili, in qualsiasi veste, perché ci aiuta anche a gestire i nostri fattori di stress quotidiani, a trovare il nostro equilibrio emotivo, il che ci aiuta ad essere più in forma quando lavoriamo con i clienti, il che ovviamente aiuta a contrastare il burnout.

[04:17:35] Riepilogo e prossimi passi

Cynthia J Price: Quindi queste competenze sono ottime per tutti noi, da possedere e utilizzare in diversi ambiti. In sintesi, questo lavoro mira ad aiutare i nostri clienti ad apprendere maggiori competenze per prendersi cura del proprio corpo internamente e può facilitare l'autoconsapevolezza, la gestione dei sintomi e la regolazione delle emozioni. È utile per tutti, in ogni ambito della vita, ma è particolarmente rilevante per l'assistenza.

Cynthia J Price: E [04:18:00] i vostri clienti potrebbero anche essere in grado di integrare ed estendere meglio questo tipo di strumenti nella loro vita quotidiana. E qualsiasi esperienza di pace interiore che hanno sul tavolo, possono portarla a casa con noi, così come i modi in cui possono promuovere da soli sentimenti di accettazione e gioia nella loro vita.

Cynthia J Price: Quindi, quando tengo questi discorsi, le persone mi chiedono sempre come possono saperne di più sui vostri corsi di formazione. Se volete, potete fare uno screenshot di questa piccola immagine qui, vi porterà alla pagina dove potete inserire il vostro indirizzo postale per essere iscritti alla nostra mailing list. Il Center for Mindful Body Awareness pubblica trimestralmente una newsletter che riguarda la MABT, le date dei nostri prossimi corsi di formazione e così via.

Cynthia J Price: E siete invitati a visitare il nostro sito web, che si trova qui sotto, per saperne di più su questo lavoro in generale . Quindi grazie mille per essere stati con noi oggi e, ancora una volta, spero di rispondere alle vostre domande e se volete approfondire, potete scrivermi un'e-mail o,

Cynthia J Price: Chiamami più avanti. Okay. Buona fortuna con Bye-bye

[04:19:19] Sessione di domande e risposte

Cynthia J Price: Salve, mi chiamo Jeanette Durant. Sono massaggiatrice e estetista con doppia licenza e parte del mio ruolo alla conferenza di oggi è quello di rappresentare le esigenze e le prospettive della comunità estetica. Ringrazio tutti i relatori per le presentazioni molto ponderate e stimolanti.

Johnnette du Rand: Ho imparato tantissimo da loro. È stato un modo meraviglioso di trascorrere una giornata. Ho lavorato in un centro benessere per più di vent'anni. È un ambito in cui trascorro gran parte della mia vita. Dal 2006, però, ho [04:20:00] lavorato anche in centri clinici e in ospedali. Collaboro con massaggiatori ed estetisti, in particolare nei centri di infusione.

Johnnette du Rand: Oggi ho condiviso il ruolo di moderatrice della sessione di domande e risposte con MK Brennan, molto conosciuta e stimata nella comunità dei massaggiatori. Ha una ricca storia alle spalle. È stata presidente uscente della Society for Oncology Massage. Ha trascorso la sua vita come infermiera e come massaggiatrice.

Johnnette du Rand: È stata molto attiva nella comunità dei massaggiatori. È stata anche Presidente della National AMTA e membro del consiglio di amministrazione dell'AFMTE, per chi non lo sapesse, Alliance for Massage Therapy and Education. E oggi è una valutatrice per la Commissione per l'accreditamento della massoterapia. E insieme [04:21:00], indirizzeremo le domande e risposte pervenute dai partecipanti di oggi ai relatori.

MK Brennan: Grazie Jeanette. Ci sono diverse domande in arrivo. Ne ho una, però, che riguarda Tara: nella tua presentazione parli degli aspetti più tecnici che si incontrano in oncologia, come ad esempio i dispositivi per il massaggio. Affronta l'argomento in generale, ma anche il lato emotivo, che so essere piuttosto intenso.

MK Brennan: Quali caratteristiche dovrebbe avere, secondo te, un terapeuta per gestire se stesso e trovare un equilibrio? E per lavorare in squadra?

Cara Thurman: Ottima domanda. Grazie mille per averla posta. Un paio di cose a cui penso, soprattutto per i professionisti più giovani che entrano nel campo dell'oncologia. Io, noi, possiamo cercare [04:22:00] persone che.

Cara Thurman: Ci sono alcune competenze più tecniche che cerchiamo, come la professionalità organizzativa o cose come l'autonomia, la capacità di, insomma, credo che tutto ciò rientri nello stesso ambito. Un'altra cosa che valutiamo è se questa persona conosce la differenza tra empatia e simpatia e se è in grado di lavorare in questo modo.

Cara Thurman: Sono ben consapevoli delle questioni relative all'ambito di competenza che potrebbero sorgere? Assicurarsi che rimaniamo entro i limiti del nostro ambito di competenza mentre lavoriamo e non ci occupiamo di questioni tecniche o cose che vanno ben oltre ciò per cui siamo realmente formati e autorizzati a fare. Ognuno di noi potrebbe avere le proprie opinioni o idee su diverse cose che potremmo aggiungere alla cura oncologica, ma che in realtà non rientrano nel nostro trattamento.

Cara Thurman: Quindi non sono [04:23:00] sicura che questo abbia risposto alla domanda, ma è un insieme di cose. In realtà ci sono molti punti di vista diversi da cui lo consideriamo. Da molta esperienza e dall'aver avuto persone nel team che forse non erano le più adatte. Imparare da quei fallimenti o dalle opportunità in cui abbiamo semplicemente preso la decisione sbagliata, e in parte è anche una questione di fiducia e di essere in grado, soprattutto in una situazione di centro infusione, almeno per come sono strutturati i nostri programmi.

Cara Thurman: Dobbiamo davvero andare lì e spiegare alle persone chi siamo, cosa stiamo facendo, presentarci con sicurezza e gentilezza, ma non con arroganza. E certamente assicurarci che le persone sappiano che questa è un'opzione. È solo qualcosa che offriamo. È un servizio gratuito, quindi è solo un, è un, è un, un bene, è molto.

Cara Thurman: Una serie di fattori [04:24:00] che dovevano essere presi in considerazione perché ci sono persone che sono massaggiatori straordinari, ma forse questo lavoro non è adatto a loro.

MK Brennan: Altri membri del panel avrebbero spunti o idee da condividere a riguardo?

MK Brennan: Okay. Bene, Cynthia, ho una domanda per te. È arrivata, è arrivata, ed è: anche il corso di formazione per MTS, come suggerito dalla tua presentazione, dura otto settimane?

Cynthia J Price: Oh, ci sono diversi livelli di questo addestramento. L'addestramento iniziale dura sei giorni e poi le persone possono passare a un addestramento più avanzato.

Cynthia J Price: Ma la formazione iniziale dura sei giorni.

MK Brennan: Ottimo. E la seconda domanda per te è: qual era di nuovo il sito web? Da dove si riceveva l'email?

Cynthia J Price: Il sito web [04:25:00] è, posso metterlo nella chat se, andrebbe bene. Penso che qualcuno l'abbia già fatto in realtà, ma posso farlo di nuovo. Sarebbe la cosa più semplice. Sì.

MK Brennan: Ottimo.

MK Brennan: Grazie.

Cynthia J Price: Certo.

MK Brennan: Esatto.

Johnnette du Rand: Rivolgerò questa domanda a Holly e Nicola. Apprezzeri molto le vostre risposte, ciò che avete da condividere. Sono arrivate diverse domande e le ho raggruppate. Si tratta di un trio che riguarda la cura della pelle, gli ingredienti dei prodotti, l'uso dei prodotti per la cura della pelle in relazione alla prevenzione e alla tempistica per la riduzione degli effetti collaterali.

Johnnette du Rand: E i protocolli ospedalieri attuali. Quindi la domanda riguarda specificamente l'uso di prodotti per la cura della pelle prima dell'inizio della radioterapia. E dopo che la radioterapia è stata completata, e [04:26:00] immagino che rientri in quel periodo che Holly ha indicato come fase cronica, quindi tra 90 giorni e cinque anni. Quindi la domanda è: esistono ingredienti topici per la cura della pelle da banco che hanno dimostrato di ridurre o attenuare gli effetti collaterali cutanei correlati alla radioterapia, inclusa la fibrosi cutanea?

Johnnette du Rand: Esistono studi che indichino che l'utilizzo di prodotti per la cura della pelle prima ancora dell'inizio della radioterapia possa contribuire a ridurre gli effetti collaterali sulla pelle o la fibrosi? E i protocolli ospedalieri attualmente in vigore raccomandano l'uso di prodotti da banco da parte dei pazienti, sia prima dell'inizio del trattamento che durante la fase di guarigione?

Johnnette du Rand: E Holly, penso che questo si ricollegli direttamente ad alcune delle cose di cui stavi parlando. Quindi forse iniziamo da te e poi passiamo [04:27:00] a Nicola, se vuole aggiungere qualcosa.

Holly McMillan: Certo. Sì. Quindi, per quanto riguarda la fase pre o post-trattamento, non abbiamo spesso molto tempo a disposizione con i pazienti prima. Riceviamo una diagnosi di cancro e passiamo piuttosto rapidamente alla radioterapia.

Holly McMillan: Quindi non abbiamo tutto il tempo di preparazione che vorremmo, e a volte sì. C'è una finestra di opportunità tra l'intervento chirurgico e la radioterapia. A quel punto, è davvero dettato dal chirurgo e dall'équipe di radioterapia perché se ci sono linee di cicatrizzazione da gestire, beh, sono piuttosto scrupolosi nell'applicare unguenti cicatrizzanti e unguenti di tipo antibiotico in quelle zone.

Holly McMillan: So che i nostri team di radioterapia sono molto precisi riguardo all'assenza di profumi e prodotti a base di alcol durante il trattamento. È anche una regola, almeno nella nostra struttura, che prevede l'assenza di qualsiasi prodotto sulla pelle nelle ore precedenti la radioterapia stessa. [04:28:00] In realtà, è un periodo piuttosto lungo, direi dalle sei alle dodici ore prima della radioterapia.

Holly McMillan: Vogliono che nulla sulla pelle interferisca con le radiazioni stesse, e poi sono liberi di applicare quello che vogliono dopo. Ma direi che in termini di prodotti specifici, so che molti. Ripeto, non sto promuovendo questo prodotto, ma molti di quelli che vengono usati nella nostra struttura sono Aquaphor. Tendono a soddisfare abbastanza i requisiti, ma non sono così specifici.

Holly McMillan: Ci sono certi ingredienti che non vogliono assolutamente. Di nuovo, alcol e profumo sono due degli ingredienti specifici che sento menzionare. Ehm, quando si tratta di prodotti per la cura della pelle, un altro ingrediente non negoziabile è l'FPF. I team di radioterapia praticamente richiedono un SPF su qualsiasi prodotto che sia stato irradiato.

Holly McMillan: Una volta che si passa alla fase cronica e persino post-operatoria, quel tessuto si brucerà molto più facilmente, quindi è meglio coprirlo.

Johnnette du Rand: Grazie. [04:29:00]

Johnnette du Rand: Nicola, c'è qualcosa in particolare che vorresti aggiungere o no?

Nicola McGill: No. Ha detto tutto. Solo che la maggior parte di ciò che sento ripetere è di evitare profumi e alcol, e io seguo sempre le indicazioni del radioterapista oncologo. Loro, sai, specificano sempre ciò che raccomandano per ridurre al minimo i danni ai tessuti in seguito ai trattamenti.

Nicola McGill: Ma penso sia importante anche riconoscere che la reidratazione dei tessuti non inizia fino a due anni dopo l'esposizione alle radiazioni. Quindi, l'assorbimento di questi prodotti sulla pelle, tutto quanto, è fortemente influenzato.

Johnnette du Rand: Grazie, Holly. Vorrei tornare su un paio di risposte perché penso che potrebbero interessare agli estetisti [04:30:00] che guardano la registrazione o che sono qui. Quindi, senza fare pubblicità al prodotto, ovviamente, ma quello che hai menzionato è che Aquaphor è un prodotto molto spesso raccomandato, e che ovviamente ha un alto contenuto di petrolato, e questo è spesso motivo di preoccupazione per i terapisti della pelle a causa del derivato di cui è composto.

Johnnette du Rand: Ma il petrolio, come ingrediente principale nei prodotti, è spesso utilizzato nel settore sanitario. Quindi si può affermare con sicurezza che è un ingrediente sicuro da utilizzare nei prodotti e che svolge un servizio molto prezioso per quanto riguarda il rafforzamento della barriera cutanea, la protezione della pelle dalle infezioni e la creazione di un ambiente favorevole alla guarigione.

Johnnette du Rand: Bene. Ma una cosa molto preziosa di quello che hai detto è eliminare la paura. Grazie per questo. [04:31:00] E poi per quanto riguarda l'SPF, abbiamo due diversi tipi di SPF che potremmo usare. Potremmo usarne uno a base minerale, quindi a base di zinco, oppure uno a base chimica. E nel momento in cui iniziamo a usare la parola chimica, inizia a diventare spaventoso, però.

Johnnette du Rand: Le creme solari a base chimica sono molto diffuse in Europa, più di altre. Ma, per quanto ne sai, nei protocolli ospedalieri si tende a privilegiare un tipo piuttosto che un altro, oppure si accontentano semplicemente di una protezione con SPF?

Holly McMillan: Hai centrato il punto. Stanno solo cercando di ottenere una protezione SPF. Non sono specifici. Vogliono solo che la pelle sia protetta e

guarita. E lo stesso vale per Aquaphor. Ripeto, non sto promuovendo quel prodotto, ma è ben tollerato da molti dei nostri pazienti e il loro ruolo principale qui è ancora una volta.

Holly McMillan: [04:32:00] Linfedema per infezione. Stanno cercando di proteggere quella pelle a tutti i costi. Non è solo il dermatologo, ma anche il radioterapista oncologo che lo promuove, se tollerato dai nostri pazienti, e protegge la barriera cutanea. Loro lo promuoveranno, e di nuovo, ce ne sono altri. Noi, in realtà, potremmo anche fare delle ricerche e vedrò se sono disponibili pubblicamente.

Holly McMillan: Al MD Anderson abbiamo un opuscolo sulla cura della pelle che elenca diversi prodotti e le linee guida non negoziabili relative al SPS (Sindrome da Protezione della Pelle). Quindi sarò felice di dargli un'occhiata e vedere se posso inviarvelo.

Johnnette du Rand: Grazie Holly. Ho una domanda di approfondimento per te, non correlata alla cura della pelle, e riguarda ciò che hai menzionato nella tua presentazione, ovvero l'aumento del rischio di ictus a causa della fibrosi da radiazioni nella zona e.

Johnnette du Rand: Una cosa è lavorare in un ospedale. Questa è stata una delle domande che ci sono arrivate. Una cosa è lavorare all'interno di un ospedale dove il terapeuta ha facile accesso alle cartelle cliniche dei pazienti e può parlare più facilmente [04:33:00] con il personale curante. Un'altra cosa è lavorare in uno studio privato. Quindi quando lavoriamo con questi pazienti affetti da tumore alla testa e al collo molti anni dopo il loro trattamento.

Johnnette du Rand: Credo che due domande siano: il rischio di ictus dovuto alla fibrosi si riduce? E con quale frequenza i pazienti si sottopongono a esami per valutare il rischio? Cosa dovremmo chiedere loro come terapisti? Perché senza dubbio è molto rilevante per i massaggiatori, ma gli estetisti lavorano prevalentemente sulla testa, sul collo e sulla regione di DeClue, quindi è in quest'area che trascorriamo la maggior parte del nostro tempo.

Holly McMillan: Sì, hai capito. Assolutamente. Noi che lavoriamo in ospedale abbiamo un accesso più facile? Sì. Posso cliccare su un pulsante. Ottengo la gradazione di colore, ottengo il dosaggio. Ottengo tutto ciò che voglio. Ho accesso. Ma quello che voglio dirti è che in questo caso sei tu, tutti. Il servizio di chiamata è assolutamente parte del team sanitario e per la sicurezza [04:34:00] dei pazienti.

Holly McMillan: Non abbiate paura di chiederlo. A volte c'è una difficoltà tra noi, che siamo fornitori esterni all'ospedale, e quelli come gli oncologi che sono all'interno della rete ospedaliera, ma è anche utile delegare parte della responsabilità al paziente se ha la sua cartella clinica, di solito può accedere al suo portale e consultarla.

Holly McMillan: Quindi, anche quando sono con te, di: "Ehi, accedi alla tua app. Vediamo se riusciamo a recuperare queste informazioni". Sono le loro informazioni. Avranno accesso. Un paio di cose da considerare. Ho accennato al sottosito e al perché è importante sapere dove si trovava il tumore primario del paziente. Se avevano un tumore orofaringeo, in particolare alla base della lingua, presupponiamo...

Holly McMillan: Diamo per scontato che abbiano ricevuto radioterapia bilaterale al collo. Ed è in questi casi che dobbiamo iniziare a prestare attenzione ogni volta che il collo laterale, quindi i livelli linfonodali dal secondo al quarto, se sono stati colpiti, stiamo colpendo la carotide. Quindi è sempre prudente presumere che abbiano ricevuto radioterapia in quella zona. Anche se non si ha la certezza, non si fa nulla di male a fare supposizioni ed essere estremamente cauti.

Holly McMillan: Ehm, una delle altre cose che dovresti chiedere oltre al piano di radioterapia è un referto ecografico del collo. Ci stiamo muovendo verso un'era in cui i finanziamenti sono difficili in questo momento a causa delle assicurazioni e di ciò che è coperto. Ma nei modelli di sopravvivenza, si sta lavorando per ottenere almeno ecografie annuali in modo da poter monitorare i pazienti nel tempo.

Holly McMillan: La nostra soglia è superiore al 50% e inferiore al 99% per stenosi e ostruzione. Quindi questi sono i numeri che stiamo cercando. Il fatto è che, se non si ha davvero accesso, a volte scattiamo molte foto mediche per le cartelle cliniche dei nostri pazienti. Quando si scatta una foto a un paziente con testa e collo o quando il paziente si scatta una foto da solo, si accende il flash, si può vedere con il flash dove la radiazione, c'è come un oscuramento del tessuto che lo delinea in qualche modo.

Holly McMillan: È magia. E con questi nuovi iPhone, fanno cose incredibili. Ma ripeto, non sto promuovendo gli iPhone, ma accendete il flash, scattate una foto e vedete se riuscite a ottenere l'effetto desiderato. Perché a volte si può ottenere l'ombreggiatura. Questo è tutto quello che volevo aggiungere a riguardo. [04:36:00]

MK Brennan: Abbastanza interessante, a dire il vero, chi avrebbe mai immaginato di cosa fossero capaci le ossa al giorno d'oggi?

Holly McMillan: Lo so.

MK Brennan: Ho una domanda per Cynthia. Qualcuno chiede, Patricia chiede se la MABT sia stata applicata a pazienti adolescenti con metastasi.

Cynthia J Price: Oh, oh. Ehm, io... non so se sia successo, cioè, non ho lavorato personalmente con adolescenti con metastasi, quindi non so se qualcuno, se qualcuno che ho formato, ne abbia sofferto o meno, quindi non ne sono sicura.

MK Brennan: Oh, okay. Bene, e ho anche una domanda per Nicola. Dato il rischio di un sistema immunitario compromesso per i pazienti con tumore alla testa e al collo. Dato il numero di linfonodi che si trovano nella zona della testa e del collo, ehm, con [04:37:00] danni a quel sistema linfatico, quali precauzioni aggiuntive raccomandate? Ehm, in base alle specificità del tumore alla testa e al collo e alla prevalenza dei linfonodi e di quelli danneggiati,

Nicola McGill: tu sei

MK Brennan: per contribuire a ridurre il rischio di infezione.

Nicola McGill: Infezione in quella regione o semplicemente sistemica? Sì.

MK Brennan: Generale, ci sono precauzioni extra che raccomanderebbe a un massaggiatore?

Nicola McGill: Voglio dire, penso che, ripeto, le pratiche igieniche siano sempre essenziali quando qualcuno soffre di linfedema, indipendentemente dalla sua localizzazione sul corpo, perché, ripeto, una funzione linfatica immunitaria compromessa sarà dannosa per la funzione immunitaria locale.

Nicola McGill: Quindi le misure precauzionali igieniche sono essenziali, e credo che al momento non abbiamo ricerche che dimostrino che il drenaggio linfatico manuale possa risolvere i problemi della funzione immunitaria di qualcuno, ma è probabile che possiamo supportare la funzione immunitaria circostante. Muovendo il fluido linfatico. E ovviamente [04:38:00] gestione dello stress legato allo stile di vita.

Nicola McGill: Oltre a questo, intendo dire, ancora una volta, i prodotti per la pelle che vengono applicati sui tessuti e si cerca semplicemente l'integrità del tessuto. Quindi, se mai ci fosse un danno a lungo termine sui tessuti e la pelle continuasse a non guarire e a deteriorarsi, è meglio evitare la zona. E si dovrebbe lavorare sulle aree circostanti per supportare la funzione immunitaria nella regione.

Nicola McGill: Ma penso che sia, come ho detto, un approccio che considera l'intero sistema linfatico, il quale svolge un ruolo nella funzione immunitaria. Quindi, in generale, è importante supportare l'immunità complessiva con il drenaggio linfatico manuale (DLM) e altre aree per supportare le cellule immunitarie e la circolazione. Credo che anche la dieta, lo stile di vita e, a dire il vero, quando si lavora in questi ambiti, l'igiene e gli standard di cura siano davvero importanti.

MK Brennan: Ottimo. Grazie. E questo è un seguito o un collegamento. Patricia chiede quali dati ci siano che dimostrino che la linfa, o i vasi linfatici, possono rigenerarsi dopo uno [04:39:00] o due anni dopo la radioterapia o l'intervento chirurgico.

Nicola McGill: Quindi ho inserito in fondo a una delle mie diapositive lo studio pubblicato dalla dottoressa Eva Vic e dal suo team all'Università del Texas.

Nicola McGill: E in effetti, ho l'articolo e l'ho ascoltata in un webinar in cui parlava proprio di questa possibilità: con il drenaggio linfatico manuale regolare, abbiamo la capacità di promuovere la linfoangiogenesi nel tessuto circostante, ed è per questo che l'intervento di queste terapie manuali sarà più appropriato per la guarigione e la rigenerazione del tessuto.

Nicola McGill: E inoltre non riduce il rischio di linfedema, ma ovviamente crea più vasi linfatici. Quindi quell'articolo è di facile lettura. Alcuni articoli che si ricevono sono un po' più impegnativi, ma credo di averlo condiviso in quella occasione. Era in fondo a una di quelle diapositive. Che in effetti ho. Sì.

MK Brennan: Grazie.

Nicola McGill: Bene, e, e vorrei solo aggiungere [04:40:00] brevemente a questo, l'imaging che hanno, l'imaging in endign green che hanno mostrato, ed è per questo che ora trattiamo i pazienti con linfedema in modo diverso rispetto a come facevamo forse due o tre anni fa, è sapere che la linfa si rigenera e trova percorsi collaterali.

Nicola McGill: E gran parte di questo avviene come parte della nostra risposta immunitaria per trovare questi nuovi percorsi. Ed è quindi l'imaging che ce lo mostra.

MK Brennan: Meraviglioso. Grazie.

Johnnette du Rand: Ho una domanda per Karen. Ho una domanda per Holly. Quindi Kara, sono entrambe domande importanti. Kara, puoi spiegare come affronti il lutto quando lavori con clienti che hanno poco tempo a disposizione?

Cara Thurman: Oh, anche questa è un'ottima domanda. Direi di sì. Ci sono molte [04:41:00] cose che faccio.

Cara Thurman: Una delle cose importanti è stata costruire un team con persone con cui collaborare. Persone che fanno parte della mia vita quotidiana. Ovviamente ho avuto molti contatti nel campo del massaggio oncologico con molti anni di esperienza in più di me. Ma non le vedo regolarmente e spesso non le incontro di persona, soprattutto da quando è scoppiata la pandemia di COVID.

Cara Thurman: Quindi, sai, costruire quel team è stato davvero fondamentale per continuare a fare questo lavoro in un modo che sia sostenibile per me e per le altre persone che lo svolgono. E una delle cose che facciamo è che ogni trimestre organizziamo un pranzo o una cena di oncologia come team. Ehm, e. Spesso stiamo lì per tre ore e ogni volta è un po' diverso. A volte abbiamo un'agenda molto strutturata, come un'agenda molto strutturata [04:42:00] .

Cara Thurman: Ne abbiamo organizzato uno a dicembre e ne abbiamo un altro lunedì, ma quello di dicembre è stato una sorta di riepilogo dell'anno. Abbiamo fatto molte cose di supporto, come ad esempio diversi spunti e domande a cui ognuno poteva rispondere se voleva raccontare la propria storia. Condividere esperienze vissute in contesti clinici o con pazienti che conosciamo, che non hanno avuto i risultati sperati o che forse non stanno bene come in passato.

Cara Thurman: Semplicemente permettere alle persone di dire la loro verità e ciò che hanno tenuto dentro. E molte volte ci ritroviamo ad avere esperienze molto simili perché spesso, se le persone sono impazienti, nelle aree in cui lavoriamo, a volte possono rimanere lì per settimane. E quindi le abbiamo viste tutte durante i nostri giri di controllo.

Cara Thurman: [04:43:00] Possiamo tutti parlare di molte volte dei membri della famiglia e di diverse cose che abbiamo vissuto con loro. E in realtà molto

consiste semplicemente nel fornire loro quello spazio per lasciar andare alcune delle cose a cui si sono aggrappati e anche trovare esperienze condivise e sentire che è difficile per tutti noi.

Cara Thurman: Non è difficile solo per te, Ashley, o chiunque tu sia, è, è, è un lavoro duro da fare tutto il giorno, tutti i giorni. Quindi questa è una delle cose principali che faccio. E poi cose come questa, cercare di rimanere in contatto con una comunità di persone che sono ovviamente profondamente coinvolte in questo lavoro, e so che oggi è stata una giornata molto intensa, ma estremamente di supporto per me.

Cara Thurman: Ho imparato così tanto. Mi ritrovo a pensare: "Oh, vorrei portare tutto questo. Formazione continua. Vorrei portare con me [04:44:00] tutta la mia squadra". Non è sempre possibile. Ma penso che sia importante continuare a rinnovarsi e a rinfrescarsi, e sentire quella connessione e quella... essere di nuovo connessi alla mia missione, o alla nostra missione.

Cara Thurman: Ebbene sì, ci sono molte cose che ho cercato di mettere in atto. Alcune hanno avuto successo, altre meno, ma direi che gli incontri trimestrali del team sono stati davvero importanti. E poi ci vediamo spesso anche in ufficio. L'importante è che ci sia una comunicazione aperta e che le persone possano rivolgersi a me, contattarmi su Slack o chiamarmi se hanno una brutta giornata o se si trovano in una situazione in cui non sanno cosa fare.

Cara Thurman: Non hanno mai vissuto un'esperienza simile prima. Sono spaventati, non vogliono soffrire. Quindi, credo che una comunicazione aperta e il supporto reciproco siano tra gli elementi che ci aiutano di più.

Johnnette du Rand: Grazie mille per aver parlato di comunità e connessione. [04:45:00]

Cara Thurman: Sì,

Johnnette du Rand: corretto.

Cara Thurman: Sì.

Johnnette du Rand: Sì. E, anche se non abbiamo un team con cui collaborare immediatamente, grazie a forum come questo possiamo rimanere più connessi.

Johnnette du Rand: Non è meraviglioso?

Cara Thurman: Sì, assolutamente. Sono d'accordo al 100% e sono molto grata per questo oggi,

Johnnette du Rand: Cynthia. Quindi, per il terapeuta che non ha seguito la formazione MABT, che non ha intrapreso un percorso di approfondimento sull'educazione in merito al trauma, per quel terapeuta, per quel professionista, quando un cliente è con lui nella sua stanza di terapia e il cliente ha una reazione emotiva, quali sono alcune delle cose che un terapeuta può fare?

Johnnette du Rand: Quali sono le cose che un terapeuta dovrebbe o potrebbe dire a un paziente che potrebbero essergli d'aiuto?

Cynthia J Price: Okay. Sì, penso, voglio dire, è abbastanza comune, o penso che per un massaggiatore a volte succeda, giusto? È che qualcuno si emoziona per una varietà di motivi e con. Penso che la cosa più utile che possiamo fare è essere presenti con quella persona.

Cynthia J Price: Giusto? E quindi questo è parte di ciò che il mio lavoro consiste nel capire come essere presenti come terapeuta e con i nostri clienti. Ma in realtà si tratta solo di essere compassionevoli, giusto? Si tratta solo di dire: "Ehi, ti ascolto. È davvero difficile e io sono qui con te. Va bene che tu stia provando qualsiasi cosa tu stia provando, giusto?"

Cynthia J Price: Così che ci sia spazio perché quelle emozioni possano essere lì e perché sia possibile esprimerle. Non significa che dobbiamo risolverle. Non significa che dobbiamo capirle di più. Si tratta solo di accompagnare quella persona nel momento presente, e questa, credo, sia la cosa più importante.

Nicola McGill: Grazie.

MK Brennan: E ho una domanda per Nicola.

MK Brennan: Qualcuno chiedeva se ci fosse un modo specifico per scoprire gli aggiornamenti relativi ai laureati.

Nicola McGill: Bene, il cambiamento fondamentale, risultato di tutte le immagini e gli studi che sono stati effettuati, è semplicemente il modo in cui trattiamo i linfonodi regionali che sono stati colpiti da interventi chirurgici e radioterapia.

Nicola McGill: Fino a circa tre anni fa, insegnavamo una sequenza per il linfedema in cui si utilizzava completamente l'anastomosi e non si lavorava

nell'area dei linfonodi dove era stata effettuata la radioterapia, cioè i linfonodi rimanenti. Ora, nei nostri corsi, insegniamo che possiamo lavorare anche su quei linfonodi. [04:48:00] Eseguiamo un accesso diretto mediale dell'arto superiore e dell'arto inferiore a quei linfonodi e utilizziamo comunque l'anastomosi, ma non è necessario evitare completamente quei linfonodi perché questi studi dimostrano che questi vasi linfatici, alcuni di essi, sono ancora funzionanti.

Nicola McGill: Quindi non li sovraccarichiamo. Lavoriamo solo sulla zona interessata e utilizziamo l'anastomosi. Questo ha davvero cambiato molto il nostro modo di trattare. Ma, provenendo dal campo del drenaggio linfatico manuale, i terapeuti del linfedema stanno imparando questo nuovo modo di trattare le persone anche attraverso i programmi di formazione sul linfedema.

Nicola McGill: Quindi, durante la formazione, tendiamo a chiederci: cosa mostrano gli studi più recenti? E quindi ci adattiamo di conseguenza, il che semplifica di molto le cose per chi pratica il drenaggio linfatico manuale. Soprattutto per il massaggiatore che non è specializzato nel trattamento del linfedema.

Nicola McGill: C'è sempre stata una sorta di cautela, tipo, oh, non si può andare in nessuna delle aree dei linfonodi [04:49:00], ma ora possiamo. Ed è quello che insegniamo. Okay. Quindi non è, voglio dire, di nuovo, i manuali che insegniamo vengono sempre aggiornati e le ultime ricerche, ecc. Ma questo è qualcosa che ho dovuto cambiare come professionista, così come come istruttrice nel senso che sono.

Nicola McGill: Stiamo insegnando agli studenti come utilizzare effettivamente i linfonodi rimanenti. Ovviamente, bisogna palpare e prestare attenzione a eventuali incisioni ancora dolorose, a eventuali aderenze dovute agli effetti a lungo termine della radioterapia. Ci possono essere situazioni in cui, d'accordo, si palpa, ma non si interviene direttamente sui linfonodi, ma questo è ciò che insegniamo.

Nicola McGill: Ora

MK Brennan: questo si ricollega a una domanda posta prima da Cynthia. È rivolta a te e forse anche a Holly. Quanto ritieni importante il massaggio linfatico rispetto a un normale massaggio Visa per risolvere i problemi al collo?

Cynthia J Price: Oh, penso che questa sia una buona domanda a cui [04:50:00] Holly dovrebbe rispondere.

MK Brennan: Sì. Non tu, Cynthia. È arrivata, è arrivata la domanda da Cynthia.

Nicola McGill: Oh. Oh, okay.

MK Brennan: Da una Cynthia diversa, quindi,

Nicola McGill: okay.

MK Brennan: Questa è per Nicola o Holly.

Nicola McGill: Okay. Se Holly vuole, sono felice di rispondere e poi Holly, va bene. Continua. Sì, vai. Vai. Voglio dire, penso soprattutto dopo la presentazione di Kathy Ryan, vedere cosa sta succedendo. Come questi trattamenti contro il cancro stanno influenzando il sistema linfatico.

Nicola McGill: E penso che sia anche importante riconoscere, soprattutto per coloro che hanno studiato il drenaggio linfatico manuale, che sappiamo che il massaggio in generale aumenta la circolazione sanguigna. Questo è ciò che, in definitiva, crea il liquido linfatico che deve essere eliminato dal sistema linfatico.

Nicola McGill: Quindi. Quando si incorpora il drenaggio linfatico manuale e si supporta il movimento della linfa, non necessariamente creando linfa, il movimento della linfa [04:51:00] sarà più, ehm, sarà più favorevole alla guarigione delle ferite, alla guarigione dei tessuti, alla riduzione della fibrosi, tutte queste cose di cui tutti noi, come relatori, abbiamo parlato.

Nicola McGill: Quindi penso che il drenaggio linfatico manuale sia fondamentale per sostenere e riattivare un sistema linfatico compromesso da tutti questi trattamenti antitumorali. Il massaggio ha il suo posto. Il massaggio oncologico ha il suo posto, nell'ambito del rilassamento muscolare, ecc. E l'altro punto che sto cercando di dire è che il tocco in sé è importante, ma è fondamentale concentrarsi sul movimento linfatico.

Nicola McGill: Quando la funzione linfatica è compromessa, penso che sia fondamentale. Lascio la parola a Polly.

Holly McMillan: Io, io lo appoggio. Penso che entrambi abbiano un ruolo, sappiamo che i tassi di prevalenza sono intorno al novanta per il linfedema esterno e interno. Quindi penso che non appena potremo muoverci, [04:52:00] avremo il via libera, partiremo.

Holly McMillan: Penso anche che il massaggio sia fondamentale, l'ho visto in prima persona. Abbiamo un intero reparto di massaggiatori al MD Anderson, e anche solo per quanto riguarda il cancro, l'ansia, la depressione, la terapia del tocco. È assolutamente favoloso per i pazienti, chi li assiste, le famiglie, durante l'intero percorso. Quindi penso che entrambi siano assolutamente necessari.

MK Brennan: Ottimo. Grazie. La domanda è arrivata da Karen e chiede: avete informazioni sul trattamento di pazienti con tumore cerebrale e ipertensione intracranica idiopatica?

MK Brennan: Immagino che probabilmente Holly, potrebbe essere una buona cosa per te avere

Holly McMillan: si è interrotto. Mi dispiace. Puoi leggerlo ancora una volta?

MK Brennan: Scusi. La domanda è: avete informazioni sul trattamento dei pazienti affetti da tumore alla testa e al cervello con ipertensione intracranica idiopatica? [04:53:00]

Holly McMillan: No, non lo faccio.

Nicola McGill: Sì, voglio dire, io, non ho visto, non ho visto molto neanche io a riguardo.

Nicola McGill: So che c'è una letteratura sempre più ampia sulle implicazioni della pressione intracranica e sul ruolo del sistema linfatico, che è stato un argomento molto dibattuto. Ma al momento non abbiamo dati sufficienti per affermarlo con certezza. Sì.

Holly McMillan: Sì, l'unica cosa che riscontriamo costantemente nella letteratura sul sistema linfatico al momento è l'importanza del sonno.

Holly McMillan: E ancora, dal punto di vista della massoterapia, potremmo farli addormentare, con la terapia del tocco. Forse questo aiuterà, ma si tratta comunque di prove molto deboli al momento.

Nicola McGill: Sì. Ma è interessante come tutto ciò, come dice Holly a proposito del sonno, tutta quell'interconnessione di tutte le cose che facciamo con le nostre terapie tattili, che si tratti di drenaggio linfatico, massaggio, ehm, il lavoro di tutti [04:54:00] qui, che si tratta, si tratta di tutto ciò che riguarda l'esperienza umana da quel punto di vista.

Nicola McGill: Sì.

Johnnette du Rand: Ho due domande, Nicola. Penso che toccherà a te. Il punto di partenza, però, è stato la presentazione di Holly e una delle diapositive che Holly ha mostrato riguardava una persona che aveva subito radioterapia solo da un lato, e poi una persona che aveva subito radioterapia bilateralmente e come questo avrebbe modificato i percorsi del liquido linfatico.

Johnnette du Rand: Quindi la prima domanda che ho riguarda il DLM, e la seconda riguarda un trattamento viso, l'estetica, cosa farebbe l'estetista. La domanda relativa al DLM riguarda il fatto che il professionista dovrebbe basarsi sull'autovalutazione del paziente riguardo a dove sono stati eseguiti interventi chirurgici e radioterapia, e questo viene da Bambi, ovvero: esiste un approccio di reindirizzamento più sicuro [04:55:00] per il DLM della testa e del collo, supponendo che si sia formati in questa modalità?

Nicola McGill: Presumo che tu ti riferisca all'utilizzo di altri percorsi, è questo che intendi? Esatto, esatto.

Johnnette du Rand: Per il professionista MLD.

Nicola McGill: Sì. Quindi per il professionista del DLM, voglio dire, di nuovo, la maggior parte delle volte, voglio dire, non parlo solo per l'organizzazione per cui insegno. Non so cosa insegnino le altre scuole, ma di certo noi non lo insegniamo nel programma di drenaggio linfatico manuale, in particolare per il cancro della testa e del collo.

Nicola McGill: E sai come fare il drenaggio linfatico manuale (DLM) su quello. È un po' più complesso, richiede un livello di formazione molto più elevato. Ma quello di cui parlo è la capacità, se abbiamo un accumulo di linfa, o se vogliamo semplicemente creare nuovi percorsi, attraversando i confini linfonodali nella regione della testa e del collo e dirigendoli in modo sicuro verso i linfonodi ascellari.

Nicola McGill: E questo è, ancora una volta, qualcosa che ho imparato durante la mia formazione iniziale come terapeuta del linfedema. Molti anni fa, era proprio quello che facevamo. [04:56:00] E ora, di nuovo, la stessa cosa con questi studi che stanno emergendo con Iny Green Imaging. Sappiamo che si stanno creando altri percorsi e che siamo in grado di muoverci sopra il tessuto cicatriziale.

Nicola McGill: Ripeto, vorrei dire che per chiunque non abbia ricevuto una formazione di quel livello, la cosa più sicura da fare è utilizzare l'anastomosi. Poi, quando si ha una formazione più approfondita, con un corso più lungo, si impara a lavorare in modo più specifico e delicato sul tessuto cicatriziale da radiazioni. Quindi, io opterei sempre per l'anastomosi, e intendo anche per me, se ho un paziente con molte cisti e danni significativi, non prenderei nemmeno in considerazione l'idea di intervenire su quel tessuto.

Nicola McGill: Sto usando l'anastomosi perché, in fin dei conti, voglio che il mio paziente stia comodo e non provi più alcun disagio di quello che già sta provando.

Johnnette du Rand: Grazie. E poi vorrei affrontare una domanda molto [04:57:00] simile, e vorrei porla dal punto di vista dell'estetista.

Johnnette du Rand: Quindi, se pensiamo a un trattamento viso classico, un trattamento viso tradizionale, un trattamento viso in stile europeo, che è quello che hanno fatto per la maggior parte del tempo, e se parliamo di una cliente che potrebbe avere un certo grado di fibrosi cutanea o tissutale ma non ha linfedema, che è ben guarita. È ben curata dopo i trattamenti ed è venuta per un trattamento viso.

Johnnette du Rand: Se l'estetista segue i movimenti lungo il collo, passando sopra la zona clavicolare e la spina della scapola, mantiene comunque la pressione che dovrebbe esercitare durante un trattamento viso, che tradizionalmente corrisponderebbe a uno o due sulla scala di Walton, e durante un massaggio, forse a tre.

Johnnette du Rand: Sarebbe considerato sicuro farlo per un'estetista?

Nicola McGill: Voglio dire, credo, di nuovo, che sia necessario avere un buon assaggio. Dove sono? Quanto tempo è passato dalle loro procedure [04:58:00] e ottenere buone informazioni da loro e sull'integrità della loro pelle, penso che sia una buona cosa da chiedere. Penso che sia una cosa molto difficile perché penso che molte estetiste che frequentano il mio corso stiano ripensando a quello che hanno fatto perché ovviamente il loro drenaggio linfatico sta andando verso il basso e nel mondo dell'estetica, tutto si sta spostando verso l'alto.

Nicola McGill: Quindi penso che sia una questione di, sai, formazione. Penso che sia una cosa davvero importante, e mi piacerebbe vedere più corsi di

drenaggio linfatico manuale per le estetiste in modo che possano ottenere maggiori informazioni. Sì,

Johnnette du Rand: assolutamente. Grazie. Questo argomento era particolarmente pertinente per la comunità degli estetisti, quindi non potrei essere del tutto soddisfatto, ma ringrazio gli organizzatori per aver organizzato questo evento, in qualità di colonnello per oggi.

MK Brennan: Sì. Ho un paio di domande per Holly che mi sono arrivate da Janae. [04:59:00] Si chiedeva se potesse parlare di chemioterapia e radioterapia. La prima domanda riguarda la possibilità di trasferirsi a un terapeuta attraverso la pelle.

Holly McMillan: Sì, è un aspetto importante da considerare quando si parla di trasferimento, è fondamentale sapere che tipo di radiazioni hanno subito. Principalmente fronte e collo. Abbiamo la radioterapia a fascio esterno, di gran lunga la più comune, un fascio non è radioattivo, quindi non c'è radiazione residua sulla pelle. Il materiale radioattivo non può trasferirlo.

Holly McMillan: Non si tratta di un processo radioattivo. Sulla pelle. L'eccezione è la brachiterapia. Questi pazienti vengono spesso isolati dopo il trattamento per periodi di tempo variabili. Dipende dal loro piano di trattamento. Di solito sono altamente protetti dall'équipe. I tassi di trasmissione più elevati dopo la brachiterapia si verificano nei primi due mesi.

Holly McMillan: Le radiazioni si dissolvono nel tempo. Quindi, di solito entro un intervallo di tre-sei mesi, il rischio di RT [05:00:00] è minimo. Ogni volta che un paziente si sottopone a brachiterapia, chiedo l'approvazione diretta dell'équipe medica per capire come pensano che si svolgerà il processo di decadimento radioattivo per quel paziente. Questo è il caso delle radiazioni, della chemioterapia, la chemioterapia è interessante.

Holly McMillan: Viene metabolizzato ed escreto principalmente attraverso l'urina e le feci, quindi, si spera, non è un problema per noi, ma passa anche attraverso il sudore, quindi rimane intatto. Il contatto con la pelle non è una via di somministrazione significativa per un terapeuta, ma potrebbero essercene tracce. In genere, dopo un'infusione, rimane in circolo per 48-72 ore.

Holly McMillan: Ehm, ma ripeto, stiamo cercando pelle intatta. È ragionevolmente sicuro procedere. Ripeto, consultate sempre l'équipe di chemioterapia. Indossare i guanti è anche una precauzione di sicurezza assolutamente appropriata. Evitiamo sempre il contatto diretto con port e cerotti,

così come qualsiasi tipo di contatto cutaneo, ma una buona igiene delle mani e i guanti possono essere utilizzati in scenari di chemioterapia acuta [05:01:00] .

MK Brennan: Ottimo. Grazie. Kara, hai qualcosa da aggiungere? Perché anche tu includeresti questo nel tuo programma.

Cara Thurman: Sono d'accordo con tutto quello che ha detto. Aggiungo che lavoriamo in diversi ospedali dove l'uso dei guanti è obbligatorio quando ci occupiamo direttamente dei pazienti. Quindi, ovviamente, dato che lavoriamo in diversi sistemi sanitari, seguiamo i protocolli di ciascun sistema sanitario in cui operiamo.

Cara Thurman: Durante quel particolare turno o in quel momento in cui stiamo lavorando. E in più, come team, supportiamo sempre le persone che fanno ciò che le fa sentire più a loro agio. Quindi abbiamo alcune persone che, e vediamo anche persone in ufficio, e quindi. Se, se un cliente ha fatto la chemioterapia per l'artrite reumatoide due giorni prima ed è venuto, noi supportiamo al cento per cento [05:02:00] il nostro team.

Cara Thurman: Se si sentono più a loro agio indossando i guanti e utilizzandoli, glieli forniamo in ufficio. Se si sentono più a loro agio a non farlo, e anche il cliente si sente a suo agio, allora possiamo farlo. Quindi, ripeto, seguiamo i protocolli per ogni singolo sistema e poi ci supportiamo a vicenda, alcuni membri del team o anche altre organizzazioni non profit e cose diverse.

Cara Thurman: Lavoriamo con i nostri partner, sapete, vogliamo che le persone siano al sicuro. Vogliamo che si sentano a proprio agio. Vogliamo che si sentano sicure nel loro lavoro. Quindi, finché si tratta di una richiesta ragionevole, cerchiamo sicuramente di supportare ciò che fa sentire le persone più sicure nel loro lavoro.

MK Brennan: Ottimo, grazie. La seconda domanda, Holly, è breve: l'MD Anderson organizzerà un altro simposio di oncologia?

Holly McMillan: Quale di questi, era specifico?

MK Brennan: Penso che ci sia la questione [05:03:00] qui dell'oncologia e poi ho visto nella chat dell'integrativo. Simposio.

Holly McMillan: Oh, quelle sono sempre le migliori. Quelle sono quando si parla di medicina integrativa, non so. Se continuiamo a chiacchierare, cercherò su Google nella mia intranet e vedrò se riesco a scoprirlo.

Holly McMillan: Sono semplicemente i migliori nella medicina integrativa perché poi organizzano eventi come il Tai Chi e ne fanno tantissimi. Incredibile. Scusa. Sì, lo farò. Fammi vedere. Bene, fai la prossima domanda. Posso

MK Brennan: Io

Cara Thurman: solo. Posso aggiungere, credo che quello che stanno chiedendo, perché è una cosa che ho approfondito anch'io, è che l'MD Anderson ospitava un seminario di oncologia integrativa di due o tre giorni, se non sbaglio.

Cara Thurman: Forse l'hanno chiamata conferenza, non ne sono sicura, ma è durata diversi giorni. Tra le varie sessioni a cui ho partecipato c'erano quelle di massoterapia, yoga terapia e forse agopuntura. Quindi, se è questo che chiedono le persone, mi interessa anche sapere se non l'hanno più organizzata da allora, [05:04:00] credo dal 2017 o giù di lì, forse anche prima.

Cara Thurman: E quindi ho osservato per anni. Semplicemente non ho visto emergere nulla. Quindi se qualcuno ha qualche informazione, sono molto interessata. Inoltre,

Holly McMillan: Io

MK Brennan: solo,

Holly McMillan: Io la

MK Brennan: link

Holly McMillan: nella, nella chat sembra, sì, 20, 27 gennaio. Ho appena inserito il link.

MK Brennan: Grazie. Spero che sia stato utile dare un'occhiata. Ehm, ho un'ultima domanda, e so che il tempo stringe, ma per Cynthia e Holly, a causa della ricerca.

MK Brennan: Allora Holly, una domanda sulla possibilità di condurre uno studio di follow-up rispetto a quello che hai presentato, e Cynthia, dato che ti conosco e so quanto ti interessi la ricerca e il lavoro che hai svolto. Quale direzione ritieni sia la migliore per proseguire nello studio di aree in oncologia? [05:05:00] Massaggio.

Holly McMillan: Avanti Cynthia. Vuoi iniziare tu?

Cynthia J Price: Sì, vai. Puoi andare prima tu. Va bene.

Holly McMillan: Penso che cambi continuamente. Credo che ciò che dobbiamo continuare a chiederci sia di porre domande pertinenti e significative sia per i professionisti che per i pazienti. C'è un grande potenziale inespresso, soprattutto nella nostra comunità. Attualmente mi concentro molto sui risultati funzionali e su come il nostro lavoro supporti il paziente dal punto di vista funzionale, ma credo che ci siano opportunità in ogni ambito del nostro lavoro futuro.

Holly McMillan: Sì, lo capisco. Per ottenere finanziamenti e continuare a ricevere più incarichi negli ospedali e a essere in prima linea per questi pazienti, dobbiamo continuare a pubblicare ricerche di alta qualità. Quindi dobbiamo trovare i finanziamenti per fare ricerca. Cynthia può capirlo e pubblicare i nostri risultati perché ci sono e sono reali, ma dobbiamo presentarli ai responsabili politici, per assicurarci che [05:06:00] i nostri servizi continuino a essere coperti per i pazienti.

Holly McMillan: Ecco, più o meno è a questo punto che mi trovo ora.

Cynthia J Price: Sì. Sì. Voglio dire, è un momento difficile, vero? Per quanto riguarda i finanziamenti per la ricerca, e spero che tutti qui conoscano le sovvenzioni disponibili tramite la Massage Therapy Foundation. Ci sono piccole sovvenzioni per la ricerca, ci sono sovvenzioni per la comunità e ora ci sono anche sovvenzioni molto più consistenti che sono state erogate negli ultimi anni.

Cynthia J Price: Quindi guardate. Se siete interessati alla ricerca, penso che ci sia, ho parlato con Holly prima di questa presentazione, pensando di farla e una delle cose che Holly mi ha detto è stata quanta ricerca in più si potrebbe fare in ambito oncologico, concentrandosi sulle problematiche del supporto emotivo ai pazienti.

Cynthia J Price: E penso di aver visto parecchi studi che sono stati finanziati perché [05:07:00] esamino le sovvenzioni per la fondazione per l'esame di massoterapia, ad esempio, che riguardavano la scienza dell'implementazione. Per i massaggiatori che lavorano in diversi ambienti ospedalieri e di cura oncologica, il che penso sia meraviglioso perché riguarda davvero la sostenibilità di questo lavoro nell'assistenza clinica.

Cynthia J Price: Penso che non abbiamo ancora fatto molto riguardo a queste questioni. Ci sono certamente spesso misure di benessere e benessere emotivo, ma i modi in cui si può focalizzare maggiormente l'attenzione su questo aspetto nell'ambito del massaggio oncologico sono, a mio avviso, una questione davvero importante che merita maggiore attenzione.

Johnnette du Rand: Ho due ultime domande. Abbiamo ricevuto un paio di domande riguardo agli integratori. Fibrosi. Non è stato specificato se si trattasse di fibrosi tissutale o di fibrosi cutanea [05:08:00], non ne sono sicura. E le due domande in particolare, provenienti da due partecipanti diversi, una riguardava gli integratori di collagene e l'altra un integratore di septato.

Johnnette du Rand: C'è qualcuno nel panel che è a conoscenza di ricerche riguardanti integratori orali che si potrebbero assumere per contribuire a ridurre la fibrosi in qualche modo?

Nicola McGill: Non ne conosco nessuno. Non lo so. No, non lo sono.

Cara Thurman: Neanch'io, non rientra nelle mie competenze.

Nicola McGill: Sì.

Holly McMillan: Sono in corso diverse sperimentazioni cliniche per questi farmaci, in particolare per la serrapeptasi.

Holly McMillan: Non sono a conoscenza di nulla di specifico al riguardo, ma, ehm, ci sono diversi studi clinici randomizzati in corso proprio ora, il che è molto incoraggiante per la fibrosi da radiazioni. Stanno confrontando, accidenti, si tratta di statine, si tratta di farmaci per la fibrosi polmonare [05:09:00], si tratta di antinfiammatori. E stanno randomizzando questi pazienti in diversi gruppi.

Holly McMillan: E la cosa bella è che i due studi di cui sono a conoscenza al momento si stanno svolgendo proprio all'MD Anderson. Ecco perché ne sono al corrente. Uno di questi studi si svolge prima del trattamento e ci permette di seguire i pazienti per tutto il percorso per vedere se effettivamente prevencono l'insorgenza di questi problemi. L'altro, invece, segue un modello simile, ma una volta che la fibrosi si è già instaurata, ci chiede se sia possibile invertirla.

Holly McMillan: E li stiamo esaminando proprio ora. Quindi, per quanto riguarda gli integratori, non lo so, ma su altri farmaci più potenti, stanno lavorando proprio ora.

Johnnette du Rand: Holly, per approfondire la questione, e forse non lo sai, ma riguardo al primo studio che hai menzionato, quello sugli integratori a scopo preventivo, ricordi per caso quanto durerà?

Johnnette du Rand: Vale per sei mesi? Per dodici mesi o per due anni?

Holly McMillan: Sì, seguiamo il paziente. Prenderanno il farmaco per un anno, quindi dovranno sottoporsi ai controlli, effettueremo delle valutazioni di base in modo da sapere come si presenta la situazione. Si sottoporranno alla radioterapia. [05:10:00] Se la prima scansione non mostra segni di malattia, il paziente assumerà il farmaco per un anno intero e lo controlleremo ogni tre mesi.

Holly McMillan: E poi spetta al paziente e al medico decidere se continuare o meno con quei farmaci.

Johnnette du Rand: Grazie. E poi la mia ultima domanda conclusiva. Tutti hanno sottolineato nel corso delle loro presentazioni quanto fosse importante affrontare la cura dei pazienti come un team di assistenza integrata e le specialità autorizzate che sono state menzionate più spesso come.

Johnnette du Rand: Avere a disposizione risorse di riferimento per i propri clienti. Logopedisti, fisioterapisti e terapisti di drenaggio linfatico manuale specializzati in tumori della testa e del collo. Ovviamente, se un massaggiatore è specializzato in oncologia, è importante poter indirizzare i pazienti a un'estetista specializzata in oncologia e viceversa.

Johnnette du Rand: Ma c'è un'altra specialità molto importante, secondo lei, che manca da quell'elenco e con cui un medico [05:11:00] dovrebbe avere un rapporto in modo da poter indirizzare i pazienti quando ne hanno bisogno?

Nicola McGill: Io collaboro a stretto contatto con un fisiologo dell'esercizio. Facciamo parte del Boulder Center for Cancer Survivorship, un importante programma di supporto per i sopravvissuti al cancro, e la componente dell'esercizio fisico è fondamentale.

Nicola McGill: Non solo per la forza fisica e la mobilità, ma anche per il supporto mentale ed emotivo. Faccio volontariato con un gruppo che porta i pazienti oncologici a fare escursioni e credo che il movimento e l'esercizio fisico siano molto, molto importanti. Sì.

Holly McMillan: Aggiungerei che disponiamo di un intero servizio di gestione del dolore con cui collaboriamo a stretto contatto.

Holly McMillan: Questi, quelli sono specializzati nella gestione del dolore. Direi anche la fisioterapia. Quindi medicina fisica e riabilitazione, sono eccellenti per le iniezioni o semplicemente per una valutazione completa del corpo. Ehm, penso che siano [05:12:00] fantastici dermatologi. Mi fermo qui, quindi probabilmente continuerò a elencare tutti quelli che vedo.

Johnnette du Rand: Grazie.

MK Brennan: Meraviglioso, meraviglioso, meraviglioso e incredibile quanto velocemente passi un'ora, e siamo quasi alla fine del tempo a nostra disposizione, quindi vorrei cogliere l'occasione per ringraziare i nostri relatori per l'ottima discussione di oggi. Spero di non aver tralasciato nulla. Vi informo che raccoglieremo le domande a cui non abbiamo potuto rispondere oggi e compileremo le risposte per poi inviarvele in seguito, soprattutto quelle di Kathy che non ha potuto partecipare.

MK Brennan: Speriamo che abbiate apprezzato il summit di quest'anno. E ora, con questo, avremo un messaggio speciale dal nostro presidente. Che è venuto dopo di me, quindi è fantastico. Sarà fantastico rivedere Erica. [05:13:00] Erica, Quentin.

[05:13:01] Chiusura

Ericka Clinton: Buon pomeriggio a tutti. Grazie mille per aver partecipato al Virtual Healing Summit presentato dalla Society for Oncology Massage e dalla Society for Oncology Aesthetics. È stata una giornata fantastica. Le presentazioni sono state molto informative e stimolanti. Un sentito ringraziamento ai nostri relatori e un ringraziamento speciale a Nicola McGill e Holly McMillan.

Ericka Clinton: Dott.ssa Cynthia Price, Kathy Ryan e Kara Thurman. Ho imparato moltissimo oggi e mi sento profondamente arricchita dall'impatto che l'oncologia, il massaggio e l'estetica oncologica stanno avendo nella cura delle persone colpite dal cancro. Ringraziamo tutti i partecipanti e speriamo che abbiate trascorso una piacevole giornata con noi.

Ericka Clinton: Voglio farvi sapere cosa riserva il futuro per la nostra comunità. [05:14:00] Innanzitutto, il Summit sulla Guarigione. Il consiglio ha deciso che questi summit virtuali sulla guarigione funzionano davvero molto

bene. Quindi continueremo con un summit virtuale nel 2027. Abbiamo ancora l'ambizione di organizzare un evento in presenza nei prossimi anni, quindi rimanete sintonizzati.

Ericka Clinton: A breve lanceremo un appello ai volontari. Quindi, se siete professionisti convenzionati, controllate la vostra email. Se desiderate fare volontariato con noi e non siete convenzionati, inviate un'email a operations@s4ohdotoh. Speriamo di aggiungere due nuovi membri al consiglio di amministrazione nel 2026. I membri del consiglio non devono necessariamente essere professionisti convenzionati con la nostra organizzazione.

Ericka Clinton: Apprezziamo i professionisti e gli educatori dei settori dell'oncologia, del massaggio e dell'estetica oncologica [05:15:00] che sono interessati allo sviluppo e alla crescita di S four OM e S four OE. Avremo anche bisogno di altri volontari che si uniscano a noi e ci aiutino con il comitato per la formazione di S four OE, il nostro comitato per la pianificazione del summit, la raccolta fondi e il marketing.

Ericka Clinton: Ora passiamo alla parte migliore della giornata: i riconoscimenti. Un grande ringraziamento al nostro sponsor, blue Beaully, e un enorme grazie a tutti i nostri volontari. Non avremmo potuto realizzare questa giornata senza il vostro supporto. Grazie ai moderatori della sessione, MK Brennan, S four OM, ex presidente, e Jeanette Durand, che attualmente fa parte del Comitato per la Formazione S four OE del Comitato Organizzatore del Summit, che hanno reso possibile questa giornata.

Ericka Clinton: Per favore, fate un applauso, schioccate le dita in aria, quello che volete mentre elenco i loro nomi. Kara Thurman, [05:16:00] che si è occupata di sensibilizzazione e sponsorizzazioni per il massaggio oncologico. Thekla Lui che si è occupata di sensibilizzazione e sponsorizzazioni per l'estetica oncologica. Dana Lewellen, che si è occupata di marketing e comunicazione per l'oncologia.

Ericka Clinton: Linfatica, Hannah Roloff, che ha presieduto il nostro comitato borse di studio, Sharon Pollock, la referente del consiglio Kelly Joe Webster ed Erica Kless che si è occupata del marketing della nostra newsletter e delle attività di sensibilizzazione. Lucy Allen e Chelsea French sono le referenti NCBTMB. Carolyn Tag, che ha rappresentato l'Istruzione e il Forum degli Educatori, la nostra fantastica presidente del comitato Cheryl Johnson.

Ericka Clinton: Cheryl ha guidato il Comitato di pianificazione del Summit negli ultimi quattro anni e questi eventi hanno successo [05:17:00] grazie alla sua leadership e alla sua organizzazione. La sua dedizione a S four OM e S four OE è straordinaria e le siamo molto grati per le innumerevoli ore di duro lavoro. Infine, ma non meno importante, Ashley Hyatt, la nostra responsabile delle operazioni, che ha supervisionato le registrazioni e fornito supporto per il summit.

Ericka Clinton: Ashley ci ha fatto apparire e suonare tutti davvero bene oggi. Senza il suo duro lavoro e il suo impegno questa giornata non sarebbe stata possibile. Non potremmo realizzare questo evento senza tutte queste persone meravigliose e sono molto grata per il loro servizio. Per concludere, se avete intenzione di ricevere crediti ECM, assicuratevi di completare il

Ericka Clinton: modulo di studio a casa cE. Questo sarà il mio ultimo evento ufficiale come presidente del consiglio di amministrazione.

Ericka Clinton: Voglio ringraziare la comunità [05:18:00] che mi ha ispirato e mi ha permesso di guidarla con determinazione verso un futuro di cui tutti possiamo essere orgogliosi. Voglio anche ringraziare i miei colleghi del consiglio di amministrazione, Kimberly Austin, Morag Corin, Cheryl Johnson, Rachel Ne Wind, Sharon Pollock, Elizabeth Soto, Nisa Valdez. Marcus Walsh, con cui ho avuto il piacere di lavorare, e conserverò con affetto i rapporti che ho costruito con loro mentre portavamo avanti l'organizzazione.

Ericka Clinton: State tutti bene. Grazie ancora e vi auguro una splendida giornata.