

Esperienza di trattamento osteopatico in età pediatrica per disfunzioni cranio sacrali: case series

S. BOSCARINO, V. SAVOIA, P. LA VIOLA

Introduzione

Da tre anni conduciamo un'esperienza di integrazione diagnostica e di trattamento delle turbe posturali in età 0-18 anni con diagnosi palpatoria osteopatica e tecniche manuali osteopatiche. L'osteopatia craniale, sin da quando è stata proposta, si è focalizzata sulla diagnosi e trattamento del trauma della nascita e delle asimmetrie craniali e conseguentemente è stata descritta una specifica terapia per le plagiocefalie non sinostotiche e per il torcicollo, condizione spesso associata¹. L'obiettivo del lavoro è di mostrare come la diagnosi palpatoria osteopatica possa integrare la semeiotica tradizionale rendendo ragione delle alterazioni fisiognomiche e posturali riscontrabili nei neonati normali, con aumentata frequenza negli ultimi anni^{2,3} e che contribuiscono poi a delineare il complesso quadro dell'asimmetria posturale infantile (IPA)⁴; essendo il trattamento fisioterapico raccomandato come primo provvedimento nelle plagiocefalie non sinostotiche e torcicollo associato^{1,2} si vuole richiamare l'attenzione sul fatto che il trattamento osteopatico cranio sacrale potrebbe avere in questi casi un'indicazione elettiva. Le esperienze condotte in cooperazione con la Divisione di ORL e il Servizio di Strabologia, per quanto limitate attualmente ad una serie di casi, sembrano suggerire che il trattamento osteopatico può essere considerato un potenziale supporto anche in affezioni diverse dalle turbe posturali (otite media recidivante, strabismo convergente per paresi retto esterno)⁵⁻¹⁰. In base all'esperienza descritta è stata redatta una cartella anamnestica e di obiettività clinica dedicata.

Materiali e metodi

Sono state riviste retrospettivamente le cartelle di neonati trattati dal 2005 al 2008 con osteopatia; il criterio di inclusione comprendeva neonati normali di età inferiore all'anno che presentavano torcicollo e/o asimmetria facciale e/o plagiocefalia non sinostotica; il criterio di esclusione implicava la compresenza di affezioni neurologiche, genetiche o malformazioni osteoarticolari congenite.

Sono stati selezionati 20 bambini di età compresa fra 1 mese e 12 mesi alla prima osservazione (età media 6 mesi). I dati rivisti concernevano razza, sesso, storia della nascita, trauma perinatale, dati ostetrici (primipara, stuck baby, anomalia di presentazione, uso di ventosa, forcipe, spinte manuali), modalità di allattamento¹¹ disturbi associati, (reflusso, vomito, lacrimazione), asimmetrie cranio facciali

*Ospedale Pediatrico Bambino Gesù presidio di Palidoro, Roma, Dipartimento Chir. pediatrica, U.O Ortopedia, Servizio di Fisiatria**

associate, range di movimento dell'occipite sull'atlante, e pattern di movimento della sincondrosi sfeno-occipitale, altre turbe posturali associate. I neonati con torcicollo sono stati sottoposti a esame ecografico del m.SCM^{12,13} e Rx cranio e rachide cervicale per escludere sinostosi e malformazioni congenite.

I neonati sono stati fotografati all'inizio e alla fine del trattamento^{2,3}.

I neonati sono stati sottoposti a trattamento osteopatico cranio sacrale e fasciale per un numero medio di sedute di 6 (da 4 a 10) nel primo anno. Venivano consensualmente impartiti consigli ai genitori per il posizionamento del bimbo a letto e durante il giorno.

Per ogni neonato trattato con osteopatia abbiamo esaminato 3 bambini di età compresa fra 3 e 8 anni, che si rivolgevano al nostro Servizio per disturbi posturali del rachide e degli arti inferiori, ma presentavano anche le stesse alterazioni fisiognomiche, seppure di entità più lieve, dei neonati trattati. Anche su questi bambini, che presentavano torcicollo e asimmetrie cranio facciali veniva condotta la medesima indagine anamnestica che per i neonati ricercando l'esposizione al fattore rischio costituito da difficoltà alla nascita o impegno precoce o stuck baby. All'esame palpatorio osteopatico anche questi bambini risultavano portatori di disfunzione craniale. Veniva pertanto indagata anamnesticamente la vulnerabilità nei primi anni di vita di alcuni organi e apparati che predittivamente potevano essere interessati dalla disfunzione craniale: apparato respiratorio per otiti, riniti, adenoiditi e ipertrofia tonsillare, bronchioliti, digerente per reflusso gastroesofageo, apparato stomatognatico per malocclusione e disturbi ATM, lingua e pavimento buccale per deglutizione atipica, disturbi del linguaggio, muscolatura estrinseca oculare, irritabilità, disturbi del sonno, disturbi dell'attenzione, ipereccitazione motoria, cefalea.

I risultati preliminari emergenti dall'esame di questo gruppo di controllo naturale (bambini esposti all'identico fattore rischio inerente la nascita, con disfunzione cranica non trattata), ci hanno indotto a prospettare alla Divisione di ORL e al Servizio di Strabologia la possibilità di un supporto terapeutico costituito dal trattamento manipolativo osteopatico in affezioni di loro pertinenza: Otite media recidivante, disturbi della muscolatura estrinseca oculare⁴⁻¹⁰.

Vengono presentati :1 caso di strabismo convergente per paresi del retto esterno di ndd, in neonata di 4 mesi, 5 casi di OMR (otite

*con la collaborazione di: Dr. P. Capozzi, M. Montes Servizio di Strabologia ed Elettrofisiologia oculare; Dr. P.M. Bianchi, B.Carletti, UOC Otorinolaringoiatria.

media recidivante). La neonata con strabismo convergente è stata sottoposta a RM del cranio¹³. I bambini con otite catarrale recidivante sono stati sottoposti ad esame audioimpedenzometrico prima e dopo trattamento osteopatico, esame Rx del cranio e r. cervicale¹⁴, e in un caso a TC del cranio per sospetto colesteatoma. Tutti i bambini all'esame palpatorio osteopatico mostravano disfunzione cranica. La paziente con strabismo convergente⁵ ha effettuato trattamento osteopatico cranio sacrale e trattamento ortottico (bendaggio)^{15,16}. I pazienti con otite catarrale recidivante avevano eseguito in precedenza i trattamenti prescritti dai colleghi ORL, senza beneficio. Sono stati sottoposti a trattamento osteopatico cranio-sacrale.

Risultati

Gruppo neonati

I bambini erano tutti di razza caucasica, 8 maschi (40%) e 12 femmine (60%).

Tutti avevano in comune il dato anamnestico di difficoltà al momento del parto o nell'ultima fase della gravidanza. Trauma della nascita: cefalo ematoma 3, stiramento del plesso 2, frattura di clavicola 1. Tutti e 20 i neonati presentavano torcicollo 10 dx (50%) e 10 sin (50%) 12 asimmetrie craniofacciali, 2 facciali, modellamento parietale 1, plagiocefalia frontale 2, plagiocefalia posteriore 4, aumento diametro bi parietale 3.

Gli esami ecografici dello SCM mostravano ematoma in fase di organizzazione¹ e sostituzione fibroadiposa¹⁷, ematomi recenti 4, struttura normale e simmetrica 8 casi, contratture asimmetriche con aumento di spessore 2.

Gli esami RX, mostravano aumento del diametro biparietale in 3 casi, normalità in 14 casi, appiattimento del parietale unilaterale 1, lateroflessione cranica 1, ipoplasia fossa cranica posteriore 1.

La diagnosi osteopatica di disfunzione cranica evidenziava: Compressione cranica 7 (45%) Lateroflessione cranica 6 (30%) Strain laterale 3 (15%) Torsione cranica 3 (15%) Strain verticale 1 (5%). Tali dati sono in accordo con l'esperienza condotta dalla Sergueef nel 2006¹.

Altre turbe posturali associate: metatarso addotto 2, deviazione rachide cervicale 2, esoforia 1, frattura clavicola 1, PTC 1, disturbi della marcia 3 (sulle punte 1, in intrarotazione 2). Altri disturbi associati: vomito a getto 2, malattia da reflusso gastroesofageo 2, deficit d'attenzione 2, ipertrofia turbinati 2.

Alla fine del trattamento osteopatico il torcicollo era risolto in 19 casi, con ripresa della rotazione cervicale dal 95 al 100%. La plagiocefalia era migliorata in tutti i casi trattati e documentata nei 2 casi più severi dall'esame RX post-trattamento.

In 1 caso in cui permaneva lieve atteggiamento di flessione laterale del collo, visibilità della plagiocefalia e predisposizione a episodi di otite ricorrente, verrà eseguito riesame del caso a noi pervenuto all'età di 10 mesi da altro centro in cui era sottoposto a trattamento neuro riabilitativo.

Lo strabismo convergente si è risolto dopo due mesi di trattamento osteopatico e ortottico (bendaggio).

Conclusioni

L'asimmetria nell'infanzia è una diagnosi con un ampio spettro di caratteristiche che esprimono un'anomala forma di parti del corpo o di posture e movimenti scorretti che possono essere strutturate e/o funzionali con espressione localizzata o generalizzata. (van Viimennen).

Viene descritto in letteratura un aumento di queste alterazioni, dovuto alla posizione supina consigliata per dormire, al fine di prevenire la SIDS. Tuttavia altri autori descrivono la presenza di queste alterazioni alla nascita e trovano una stretta relazione con la storia della nascita stessa. In presenza di queste alterazioni alla nascita, l'abitudine di dormire supini può indurre plagiocefalia. La revisione

della letteratura concorda nell'individuare il primo step di trattamento nei consigli per il corretto posizionamento a letto e durante il gioco, e nella fisioterapia. Secondo l'esperienza portata in questo lavoro il trattamento cranio sacrale si mostra come un trattamento possibile e consigliabile, per la delicatezza del gesto e per l'outcome davvero notevole. Inoltre l'intervista anamnestica del gruppo di controllo, mostra come la presenza di disfunzione craniale sembri avere un ruolo di concausa in una certa vulnerabilità di alcuni organi e apparati nella prima infanzia. Tale vulnerabilità non sembra peraltro essersi verificata finora in 19 dei 20 neonati trattati con osteopatia cranio sacrale nei primi mesi di vita, e seguiti in follow-up.

Sotto questo riguardo, che andrà approfondito con ulteriori studi prospettici, il trattamento osteopatico acquisterebbe un plusvalore di Medicina preventiva nell'età dello sviluppo. Il fine del trattamento osteopatico infatti non è mai l'ottimizzazione della forma, ma l'ottimizzazione della funzione, in un approccio globale all'essere umano.

Bibliografia

- Sergueef N, Nelson KE, Glonek T. Palpatory diagnosis of plagiocephaly. *Complement Ther Clin Pract.* 2006;12:101-10. Epub 2006 Mar 29.
- Stellwagen L, Hubbard E, Chambers C, Jones KL. Torticollis, facial asymmetry and plagiocephaly in normal newborns. *Arch Dis Child.* 2008 Apr 1.
- Peitsch WK, Keefer CH, LaBrie RA, Mulliken JB. Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns. *Pediatrics.* 2002;110:e72.
- Philippi H, Faldum A, Jung T, Bergmann H, Bauer K, Gross D, Spranger J. Patterns of postural asymmetry in infants: a standardized video-based analysis. *Eur J Pediatr.* 2006;165:158-64. Epub 2005 Nov 10.
- Pintal WJ, Kurtz ME. An integrated osteopathic treatment approach in acute otitis media. *J Am Osteopath Assoc.* 1989;89:1139-41.
- Pratt-Harrington D. Galbreath technique: a manipulative treatment for otitis media revisited. *J Am Osteopath Assoc.* 2000;100:635-9.
- Mills MV, Henley CE, Barnes LL, Carreiro JE, Degenhardt BF. The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157:861-6.
- Degenhardt BF, Kuchera ML. Osteopathic evaluation and manipulative treatment in reducing the morbidity of otitis media: a pilot study. *J Am Osteopath Assoc.* 2006;106:327-34.
- Orenstein. Study on recurrent otitis media: potential value vs actual value of OMT. *J Am Osteopath Assoc.* 2007;107:278-9.
- Galgano R. Hope for larger study on otitis media. *J Am Osteopath Assoc.* 2007;107:277-8.
- Losee JE, Mason AC, Dudas J et al. Nonsynostotic occipital plagiocephaly: factors impacting onset, treatment, and outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119:1866-73.
- Chen MM, Chang HC, Hsieh CF, Yen MF, Chen TH. Predictive model for congenital muscular torticollis: analysis of 1021 infants with sonography. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86:2199-203.
- Demer JL, Ortube MC, Engle EC, Thacker N. High-resolution magnetic resonance imaging demonstrates abnormalities of motor nerves and extraocular muscles in patients with neuropathic strabismus. *J AAPOS.* 2006;10:135-42.
- Persing J, James H, Swanson J, Kattwinkel J. Prevention and management of positional skull deformities in infants. American Academy of Pediatrics Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Plastic Surgery and Section on Neurological Surgery. *Pediatrics.* 2003;112(1 Pt 1):199-202.
- Morax S., "Oculo-motor disorders in craniofacial malformations.", *J Maxillofac Surg.* 1984;12:1-10.
- Morax S, Pascal D, Barraco P. Significance of the "V" syndrome with double "up shoot". Insufficiency of the two superior oblique muscles in craniofacial malformations. *J Fr Ophthalmol.* 1983;6:295-310.
- Do TT., "Congenital muscular torticollis: current concepts and review of treatment.", *Curr Opin Pediatr.* 2006;18:26-9.