

CASE REPORT: TRATTAMENTO OSTEOPATICO DI UN BAMBINO AFFETTO DA PLAGIOCEFALIA.

di Lorenzo Giomi

Z.P. è nato il 11 / 09/ 2010 a 30 settimane e 5 giorni di età gestazionale con parto spontaneo. Alla nascita, dopo il primo vagito, presentava assenza di respiro regolare, per cui è stata eseguita ventilazione con maschera per circa 30' con ripresa dell'attività respiratoria. Il punteggio Apgar era 5-6.

All' E.O.: peso 1542 gr (50°-75° centile), lunghezza 42 cm (50°-75° centile), circonferenza cranica 30 cm (75° - 90° centile), circonferenza toracica 26 cm, frequenza respiratoria 28 /min, frequenza cardiaca 152 b/min, temperatura corporea 35,8°, cute rosea, toni cardiaci netti, pause libere. Dal punto di vista respiratorio presentava murmure vescicolare ipotrasmeso su tutto l'ambito polmonare. Eutrofico per l'età gestazionale, iporeattivo, presentava qualche difficoltà all'introduzione del sondino naso-gastrico.

Posto in incubatrice per la presenza di distress respiratorio e respiro irregolare è stato sottoposto a intubazione tracheale , ventilazione meccanica AC (automatica controllata) e somministrazione di surfattante estrattivo con modalità INSURE (INTubation-SURfactant-Extubation) dopo alcune ore dalla nascita per l'aggravarsi del distress respiratorio.

A causa di problemi di introduzione del sondino NG è stata eseguito Rx con sondino e mezzo di contrasto che ha portato al sospetto di atresia esofagea, motivo di trasferimento all'Ospedale Meyer di Firenze. Durante la degenza presso questo Ospedale (dall'11 / 09 / 2010 al 04 / 10 / 2010) è stata rilevata positività alla Klebsiella nell'emocoltura eseguita alla nascita, pervietà del dotto di Botallo (il cui intervento di chiusura è stata eseguito il 17 / 09), perforazione dell'esofago con slaminamento della sottomucosa.

Una RMN di tronco ed encefalo eseguita presso l'Ospedale di Pisa in data 25/10/10 metteva in evidenza *"...frattura lievemente avvallata in sede occipito-parietale destra, voluminoso infarcimento emorragico in sede Temporo-Parieto-Occipitale destra intraparenchimale (da riferire, per morfologia e sede, ad infarto venoso) con più piccola componente extraparenchimale verosimilmente subaracnoidea e subdurale. In virtù anche dei segni di massa sul corrispondente trigono ventricolare tale lesione è verosimilmente acuta - subacuta. Si evidenzia inoltre la presenza di un'area iperintensa in T1 e anintensa in T2, conformata a falce, in corrispondenza del seno trasverso di destra, che potrebbe essere riferibile a piccola raccolta ematica extraparenchimale. I reperti descritti sono in prima ipotesi riferibili al traumatismo che ha causato le frattura (di cui peraltro non è mai stata chiarita la natura n.d.r.)"*.

In data 17 / 10 il bambino è stato tolto dall'incubatrice.

Z.P. è stato dimesso dal reparto di neonatologia dell'Ospedale di Pisa il 09 / 11 / 2010, data in cui all'E.O. presentava un peso di 2.610 grammi, lunghezza di 48 cm, circonferenza cranica di 34 cm, condizioni generali soddisfacenti, alvo e diuresi regolari, alimentazione al poppatoio con latte adattato HUMANA OB/ latte materno, con controlli programmati neonatologici, neuropsichiatrici, ecografia cerebrale e renale.

-> VALUTAZIONE OSTEOPATICA

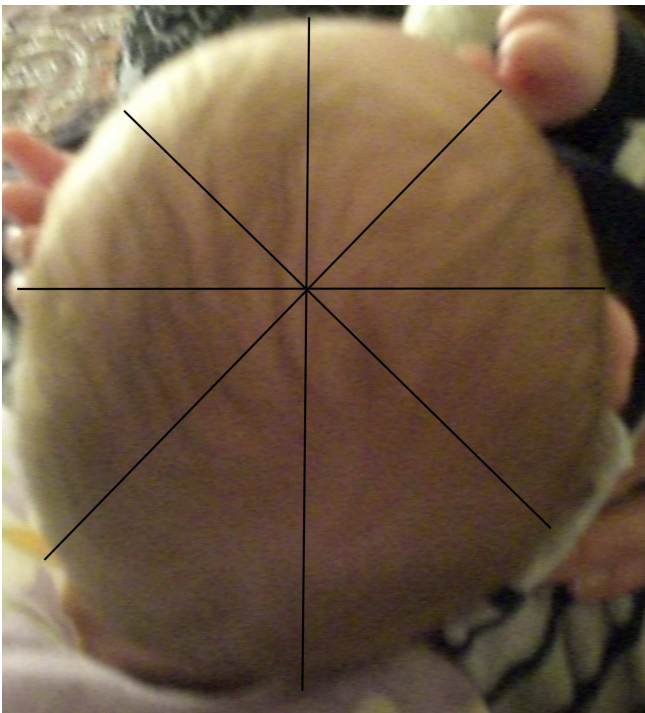
Il trattamento osteopatico di Z.P. è iniziato nel mese di Dicembre 2010 con una seduta preliminare di valutazione, all'interno della quale si è evidenziato un quadro di plagiocefalia con disfunzioni craniali globalmente localizzate a livello del quadrante posteriore destro; evidente ed importante la restrizione di mobilità a carico dell'articolazione Occipito-mastoidea destra e dell'articolazione tra il condilo occipitale destro e la corrispondente massa laterale dell'atlante.

La mobilità della SSB era presente anche se ridotta per ritmo ed ampiezza ; vi era anche un SBR sinistro , verosimilmente secondario alla tensione a livello della OM destra.

Rilevante pareva essere anche la restrizione del tentorio evidenziabile soprattutto sul lato destro.

A livello del sacro la mobilità si presentava buona, con un quadro torsionale presumibilmente anch'esso adattativo. Non rilevavo altre particolari alterazioni.

Il quadro fotografico era, a inizio trattamento, quello evidenziato in figura 1.



(Fig 1)

-> TRATTAMENTO OSTEOPATICO

Il trattamento è stato articolato in quattro sedute a cadenza settimanale, due a cadenza quindicinale e ulteriori due a cadenza mensile, con due successivi controlli a quaranta giorni di distanza l'uno dall'altro.

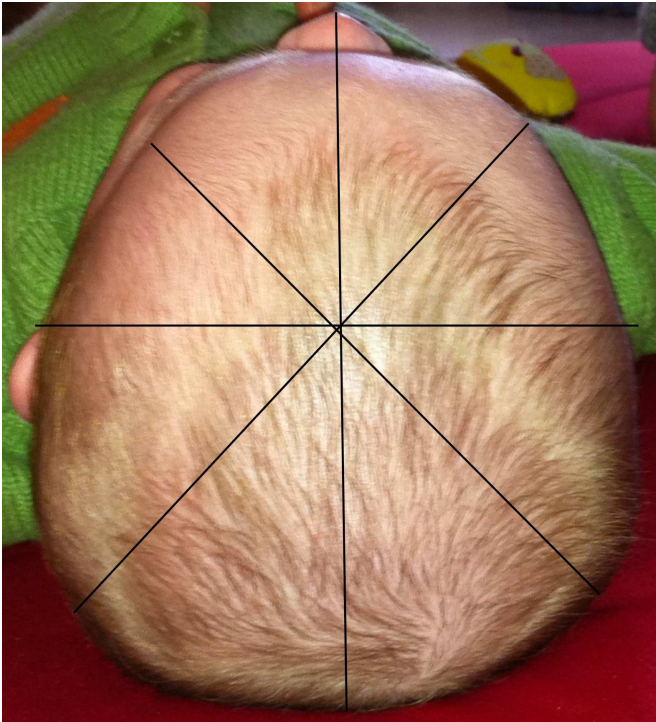
Il primo aspetto affrontato è stata la disfunzione a livello di OM trattata principalmente con tecniche di V Spread, usando tempi molto rispettosi della compliance dei tessuti del bambino e mettendo in campo forze, se possibile, ancora minori di quelle normalmente utilizzate, data la vicinanza con il focolaio di frattura e l'emorragia intracranica. Contemporaneamente è stata presa in esame la disfunzione a livello di Occipite-atlante.

Alla fine delle quattro sedute settimanali le disfunzioni presentavano una situazione già decisamente migliorata, con una mobilità che appariva normalizzata: rimaneva perciò da recuperare il residuo

quadro tensivo a livello del tentorio, cosa che ha restituito una mobilità quasi corretta alla SSB e di conseguenza al sacro.

Le successive due sedute a distanza di un mese sono servite a rilanciare definitivamente il MRP e i due controlli a distanza di 40 giorni hanno evidenziato il mantenimento della mobilità, per cui il trattamento è stato sospeso.

Al controllo di Aprile 2011 il quadro fotografico era quello evidenziato in fig. 2 .



(Fig 2)

Nell'elaborazione dei dati fotografici, eseguita in un secondo tempo, non è stato possibile eseguire una misura cranio-plagio-cefalometrica per l'assenza di misure precise da utilizzare per i relativi confronti. La differenza nella forma del cranio evidenziata dalle fotografie pre e post-trattamento mi è parso comunque un utile indice di valutazione.

-> CONCLUSIONI

Consapevole che un solo caso non possa fornire illusioni di validità di una terapia, rimane innegabile il repentino recupero della mobilità che il bambino ha presentato, parallelamente ad un evidente recupero della simmetria craniale. Questo costituisce lo stimolo ad un approfondimento, magari attraverso studi controllati, auspicabilmente multicentrici, in modo da poter avere una casistica apprezzabile e statisticamente significativa che possa supportare ulteriormente l'approccio osteopatico come valido trattamento per bambini affetti da tali problematiche.

- Michels AC, van den Elzen ME, Vles JS, van der Hulst RR. Prevalence of Positional Plagiocephaly and Excessive Folic Acid Intake during Pregnancy. *Cleft Palate Craniofac J*. 2011 Jul 8. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 21740174.
- Lennartsson F. Developing guidelines for child health care nurses to prevent nonsynostotic plagiocephaly: searching for the evidence. *J Pediatr Nurs*. 2011 Aug;26(4):348-58. Epub 2010 Sep 25. PubMed PMID: 21726785.
- Cavalier A, Picot MC, Artiaga C, Mazurier E, Amilhau MO, Froye E, Captier G, Picaud JC. Prevention of deformational plagiocephaly in neonates. *Early Hum Dev*. 2011 Aug;87(8):537-43. Epub 2011 Jun 12. PubMed PMID: 21664772.
- Sheu SU, Ethen MK, Scheuerle AE, Langlois PH. Investigation into an increase in plagiocephaly in Texas from 1999 to 2007. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011 Aug;165(8):708-13. Epub 2011 Apr 4. PubMed PMID: 21464373.
- Viola M. Frymann, *Legacy of Osteopathy to Children*, Editore per l'Academy: Hollis Heaton King, D.O., PhD 1998.
- Ward R.C., *Fondamenti di medicina osteopatica*. American Osteopathic Association, Casa Editrice Ambrosiana 2003.
- Greenman P.E., *Principi di Medicina Manuale*. 2° Ed. Italiana, Futura Publishing Society 2001.
- Plagiocephalometry: a non-invasive method to quantify asymmetry of the skull; A reliability study. *European Journal of Pediatrics* 165: 149-157, 2006.