

• QUATTRO CASI PROPOSTI DALLA DOTT.SSA FONTANELLI GIOVANNA E DAL DOTT. GIACOMO PASSAVANTI

◦ Secondo caso

DOTT. SSA FONTANELLI GIOVANNA

Dirigente medico UOC Terapia Intensiva Neonatale e Patologia - Ospedali Riuniti di Reggio Calabria - Facilitatore di Terapia Cranio-Sacrale

DOTT. PASSAVANTI GIACOMO

Terapista della riabilitazione - Amministratore e responsabile tecnico dello Studio di Consulenza e Terapia Fisioterapica di Reggio Calabria - Facilitatore Terapia Cranio-Sacrale

ESPERIENZA DI TERAPIA CRANIO-SACRALE IN GRANDE PREMATURA NATA CON LA SEQUELA MALFORMATIVA DELL'OLIGODRAMNIO

(i nomi e le iniziali dei pazienti non corrispondono a nomi e iniziali reali).

DF è nata da parto spontaneo a 27 W di età gestazionale con peso di gr. 1040 ed indice di Apgar 2 al primo minuto e 7 al quinto minuto, La gravidanza è stata condotta con grande difficoltà. In 14° settimana si è verificata la rottura delle membrane con perdita di liquido amniotico. Si è sviluppato un oligodramnios (grave carenza di liquido amniotico) che si è protratto per tutta la gravidanza. La madre è stata costretta a letto ed ha avuto costantemente paura di perdere la piccola, la quale man mano sviluppava la sequela malformativa dell'oligodramnios. Alla nascita si è reso necessario intubarla. Presentava artrogriposi e grave insufficienza respiratoria, tale da far sospettare l'ipoplasia polmonare. Comunque il lento ripristino della normale funzionalità respiratoria ha in seguito escluso tale gravissima patologia.

La piccola è stata sottoposta a ventilazione meccanica, è stato più volte somministrato surfattante ed addirittura è stato necessario per breve tempo utilizzare una metodica ventilatoria molto invasiva (ventilazione oscillatoria ad alta frequenza). In quarta giornata è stata estubata e posta in ventilazione con naso cannula in NCPAP, ma dopo circa 12 ore si verificava Pneumotorace sinistro, che richiedeva drenaggio e nuovamente intubazione e ventilazione meccanica. Stavolta si è potuto estubar e F solo in 12° giornata, ma si è potuto lasciarla direttamente in respiro spontaneo.

Sin dal primo esame obiettivo si è resa evidente la **plagiocefalia**, l'**artrogriposi** del cingolo scapolare e degli arti inferiori, con anca flessa, ginocchio iperesteso e piede destro in extrarotazione. L'articolazione era conservata, ma la riduzione di tale posizione era estremamente difficoltosa e dolorosa. L'ecografia dell'anca confermava la displasia con lussazione dell'anca bilaterale. Date le condizioni lungamente gravi e le dimensioni della piccola, ho praticato io stessa FKT e, in questa prima fase, soprattutto terapia cranio-sacrale per stimolare la fascia. La piccola collaborava molto bene con me e, nonostante io manovrassi gli arti in modo da stimolare l'elasticità fasciale, lei non provava dolore, anzi rimaneva rilassata o addirittura dormiva. Si assisteva ad un graduale ma sensibile ripristino del normale atteggiamento degli arti interessati in tutte le articolazioni. Alle dimissioni, avvenute a sessantacinque giorni di vita, persisteva una displasia bilaterale dell'anca di tipo III/b secondo Graf. Iniziava FKT e TCS con TDR Passavanti, che alla prima visita riscontrava in più zone addensamento muscolare e una restrizione del movimento di abduzione della anche. La piccola si adattava subito alle sue mani e collaborava molto bene con lui. Durante tutti i trattamenti voleva succhiare il mio dito, ma non per consolarsi. Era sempre molto, molto rilassata e collaborativa. Veniva insegnato alla madre come trattare la respirazione toracica in tutti i decubiti e come mobilizzare le articolazioni. Andando avanti con i trattamenti la piccola diveniva sempre più morbida ed elastica e, giunta al peso corporeo utile, è stato applicato divaricatore ortopedico tipo Leopard ed in seguito ha avviato trattamento di trazione degli arti inferiori presso l'Ospedale Gaslini di Genova.

La situazione clinica era grave soprattutto per quanto riguardava la displasia bilaterale delle anche. Abbiamo curato fondamentalmente due aspetti: la dinamica respiratoria ed il trofismo tissutale. Nell'arco di un mese sono stati effettuati sei incontri. I primi insegnando alla madre i movimenti di toracico in tutti i decubiti. Durante i trattamenti ci siamo concentrati sull'elasticizzazione di tutti i diaframmi per liberare la fascia e favorire il trofismo tissutale. La piccola, raggiunto il peso adeguato, è stata ricoverata presso l'ospedale Gaslini di Genova ove è stata sottoposta dapprima a trazione e quindi a posizionamento chirurgico dei femori in posizione corretta. Il chirurgo ortopedico si complimentava per le condizioni in cui la piccola veniva offerta alle sue cure.

OSSERVAZIONI: Nell'artrogriposi si verifica un notevole addensamento tessutale per carenza della matrice extracellulare ed una rigidità dei tessuti stessi per la difficoltà ai movimenti fetali. Nel caso specifico a ciò va aggiunta la prematurità estrema di F, che è di per sé un grosso fattore aggravante. Per tale motivo abbiamo ritenuto che il ripristino dei movimenti di fascia potesse garantire un migliore trofismo dei tessuti e quindi la loro capacità a rispondere meglio ai trattamenti tradizionali. I complimenti del chirurgo ortopedico ci confortano sull'utilità dei trattamenti cui abbiamo sottoposto la piccola. Riprenderemo i trattamenti cranio-sacrali al rientro a casa dopo l'intervento chirurgico ortopedico.