

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

◦ Quarto 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 Fisioterapia di Reggio Calabria - Facilitatore Terapia Cranio-Sacrale

ESPERIENZA DI TRATTAMENTO CRANIO SACRALE SU MAMMA E BIMBO NATO PREMATURO CON SINDROME RESPIRATORIA, EMORRAGIA POLMONARE, SEPSI CON SHOCK E EMORRAGIA DEL PLESSO CORIOIDEO DESTRO.

F. C. è nato a 33 W (+5/7) di EG con peso di gr2150, CC:32cm, L:45cm ed Indice di Apgar al 1'min:8 ed al 5min:9 da parto spontaneo di vertice. A circa un'ora dalla nascita ha presentato una sintomatologia da distress respiratorio ingravescente, per la quale si sono avviate nell'ordine ossigenoterapia e ventilazione assistita tramite NCPAP (assistenza ventilatoria non invasiva che si effettua utilizzando una nasocanula attraverso la quale viene erogato ossigeno a varia concentrazione mantenendo una pressione costante di fine espirazione). All'emogasanalisi era evidente grave acidosi respiratoria ed ipossia ed all'Rx del torace ipodiarfania diffusa con microgranulie, per cui si è dovuti giungere all'intubazione ed alla ventilazione meccanica nell'arco di poche ore. E' stato somministrato Sulfattante per via endotracheale, ottenendo dapprima scarso beneficio per il sopraggiungere di una emorragia polmonare. Sono stati potenziati i parametri ventilatori e somministrata nuova dose di Sulfattante. Dopo ciò, ho apprezzato nel piccolo una restrizione sia sul diaframma respiratorio che sullo stretto toracico. Operando l'arching, la fascia mi ha portato sul fegato per cui è stato applicato un primo trattamento cranio sacrale. Il piccolo era sedato con Fentanyl in infusione continua dal momento della intubazione. Il quadro clinico era inoltre complicato da un grave stato di shock trattato farmacologicamente con amine vasoattive (era in atto trasfusione di plasma fresco congelato per emorragia polmonare). Il giorno dopo veniva effettuata trasfusione di pappia di emazie per l'anemia provocata dall'emorragia polmonare. Le condizioni cliniche e la meccanica ventilatoria sono andate via via migliorando. All'ecografia cerebrale si è evidenziata una emorragia dei plessi corioidei. Agli esami ematochimici risultava una positività degli indici di flogosi, per la quale comunque da subito era stata avviata terapia con associazione antibiotica, a cui si è aggiunta terapia con Immunoglobuline.. A circa 36 ore di vita è avvenuta la comparsa di sintomatologia convulsiva associata ad ipocalcemia, per la quale è stata avviata terapia con Fenobarbital (farmaco utilizzato per il controllo della convulsività), In quinta giornata di vita è stato possibile estubarlo e porlo nuovamente in NCPAP. Dopo circa due giorni è stato possibile sospendere anche tale ventilazione. Il Fenobarbital è stato sospeso nell'arco di circa un mese. Durante questo periodo il piccolo è stato sottoposto a terapia cranio sacrale con una frequenza bisettimanale (compatibilmente con la logistica del Reparto). Ho lavorato sulle restrizioni che si presentavano, le quali via via presentavano un graduale rilascio. Durante tali trattamenti si evidenziava al monitor un incremento della saturazione di ossigeno, che si stabilizzava sul 100% anche quando il piccolo era intubato. Anche la frequenza cardiaca si stabilizzava su parametri fisiologici (140.150 b/min). Nonostante il gravissimo stato di sofferenza con la presenza dell'emorragia dei plessi corioidei e la sepsi grave, il piccolo migliorava rapidamente e non dimostrava segni neurologici importanti: la suzione è sempre stata valida ed i riflessi discretamente fisiologici, tanto che è stato possibile dimetterlo appena in 13° giornata. La madre presentava una galattorrea incostante e poco abbondante ed era molto ansiosa e spaventata. Ciononostante ha comunque praticato la marsupio terapia con C. Alla dimissione la famiglia è andata a casa dei nonni materni ed il senso di insicurezza della mamma tendeva ad aumentare (correva con ansia ad ogni piccolo verso del piccolo, riposava male la notte e molto spesso sognava la morte di C. e si svegliava di soprassalto tutta sudata). C. aveva spesso colichette molto dolorose. Organizziamo il primo trattamento ambulatoriale, durante il quale lavoriamo con Giacomo Passavanti sull' "unità" madre-figlio. Lo stato di ansia della mamma era oltremodo evidente e verbalizzava tutte le sue preoccupazioni (come precedentemente spiegato). Durante la seduta, la situazione che si è venuta a creare dopo alcuni minuti vedeva la mamma supina col bimbo sul petto. Io mantenevo il contatto con C. ed il fisioterapista manteneva il contatto sul capo della mamma. Il ritmo di quest'ultima, pur conservando una frequenza nella norma, manifestava una restrizione generale in flessione ed una minore ampiezza nell'emisferia destra. La sua verbalizzazione sottolineava lo stato di ansia. Il fattore significativo ha guidato tutta la seduta, e risultava fermo ogniqua volta la mamma riusciva a percepire la tranquillità di C., che continuava a stare prono e rilassato sul suo petto. La madre ha avvertito la connessione del suo stato ansioso con C. e la nostra sensazione è che C. abbia "rasserenato" la mamma. Il ritmo della mamma, dopo circa un'ora e mezza di trattamento, risultava notevolmente più ampio e simmetrico. Nel periodo successivo al trattamento il senso di se come mamma e l'ansia sono gradualmente migliorati, così come la lattazione. Di pari passo anche le coliche di C. si sono diradate. L'incremento ponderale ha avuto un andamento del tutto fisiologico. E' stata eseguita l'ecografia cerebrale di controllo, da cui è risultato il completo riassorbimento dell'emorragia del plesso corioideo, ed il follow-up neurologico ha riscontrato la normalità dei riflessi di C.

Dopo circa due settimane dal primo trattamento ne organizziamo un secondo. Essendosi creato un grande rapporto di fedeltà, scaturito anche da un migliorato senso di benessere di entrambi, la seconda seduta vede sempre la mamma fecalizzare l'intervento. Il ritmo conservava una migliore ampiezza, ma evidenziava ancora una asimmetria con minore ampiezza all'emisferia destra. La mamma racconta che rimane sveglia quasi tutta la notte alzandosi al minimo suono prodotto dal piccolo, e, pur rendendosi conto che quasi nessun segnale necessita del suo intervento, passa le notti in apprensione. Durante il dialogo col terapeuta, che ha utilizzato il fattore significativo, la verbalizzazione la porta a riconnettersi con C. Intuisce che C. può dare segnali importanti se necessita del suo intervento e si ripropone di fidarsi di lui. Il secondo punto che scatuisce la vede bloccata in una scelta: rimanere a casa dei genitori o tornare con C. ed il marito a casa propria. Anche in questo caso la mamma di C. riesce ad intuire le sue insicurezze e ad affrontarle., tanto che dopo pochi giorni la famigliola si è trasferita a casa propria.

La terza seduta, che è stata più un incontro che un trattamento, denotava ormai uno stato di serenità raggiunto.

A tutt'oggi c'è un bimbo sereno, giocherellone, partecipe e non presenta deficit motori E' alimentato totalmente con latte materno e la mamma è serena, attiva ed ha cura di se e del piccolo.

COMMENTI: I prematuri che come C. subiscono un notevole grado di sofferenza che si protrae per giorni, che devono subire manovre invasive, che devono rimanere sedati ed in ventilazione meccanica per alcuni giorni, che hanno emorragia dei plessi corioidei sviluppano sequele neurologiche maggiori (tipo diplegia spastica nel 10% dei casi di emorragia dei plessi), ma anche cognitive e comportamentali.. L'emorragia polmonare a sua volta può lasciare sequele quali la Chronic Lung Disease in una percentuale ancora

non ben definita. Ricordiamo che fino a qualche anno fa l'emorragia polmonare era un evento mortale nell'80% dei casi.. C. ha subito una insolita combinazione di eventi patologici acuti e gravi. Consultando la casistica della mia Unità Operativa Complessa ho valutato come parametri confrontabili l'età gestazionale, il peso e la combinazione di almeno tre dei fattori patologici come quelli che hanno colpito C. Ne è risultato che i 13 giorni di ricovero di C. sono stati un tempo davvero breve. Nel 2009: Media 25 giorni (range 18-33), nel 2010: Media 21 giorni (range 9-38), nel 2011 (fino a giugno): media 23 giorni (range 15-32), E' infine da tenere presente che il piccolo C. non ha avuto piena libertà dei movimenti del collo per circa sette giorni, con le possibili conseguenze che tutti conosciamo sulle alterazioni del tono muscolare.

Per quanto riguarda le mamme che subiscono questi traumi acuti (senso di colpa per averli partoriti prematuramente, vedere il proprio bimbo sedato e pieno di tubi dappertutto che lo tengono in vita), che per giorni guardano continuamente il monitor del figlio vivendo con angoscia ogni allarme, hanno gravi ripercussioni nella loro sfera emotiva che evidenziano con varie modalità e con diversa intensità (dalla depressione all'ansia alla perdita del latte a somatizzazioni a vari livelli) che poi si ripercuotono su tutta la famiglia per lunghissimo tempo.

Il trattamento cranio-sacrale effettuato su C. e poi su C. e la sua mamma ha operato una facilitazione dei meccanismi auto correttivi inducendo in tempi, per la mia esperienza, abnormemente brevi, fiducia nel futuro. La madre ha presto raggiunto un nuovo equilibrio emotivo e lei stessa chiedeva sempre un nuovo appuntamento perché consapevole del miglioramento del piccolo e suo e del senso di benessere e fiducia che ne derivavano. Ha "cambiato lo sguardo", che da sperduto ed ansioso, è in breve tempo tornato consapevole e sereno. Il senso di sé come mamma si è rafforzato e C. ne ha avuto notevole beneficio. E' un bimbo sorridente e giocherellone, che cresce bene, dorme e mangia con ritmi fisiologici e presenta un quadro neurologico perfettamente normale. La terapia cranio sacrale è uno strumento diretto che per economia, facilità ed immediatezza dei riscontri, può rivelarsi utile nel raggiungimento di nuovi equilibri. Tutti noi percepiamo l'empatia che esiste tra bimbo e mamma, per cui il piccolo percepisce lo stato d'animo materno e lo elabora. Grazie alla tecnica cranio sacrale possiamo lavorare proprio sull'unità madre-figlio, facilitando i meccanismi di ritorno alla normalità.

(BIBLICO: Encefalopatia ipossico-ischemica del neonato -Autori: C. Ottavio-C.De Marchio-M.Orzalesi - TIN B Gesù-Roma)

RISPOSTA DEL PRIMARIO DI FKT:

Gentile Giovanna Fontanelli,

ho letto con attenzione ed interesse la sua presentazione della TCS, mettendo da parte ogni scetticismo verso il "nuovo" che si può utilizzare per eliminare o limitare gli effetti della malattia. Tuttavia, nella pratica clinica non posso non tenere conto, nell'impiego di terapie sui pazienti, delle evidenze a supporto di ciò che viene proposto. La letteratura sulla TCS è molto limitata. In prevalenza indirizzata all'impiego nelle sindromi dolorose, peraltro con scarse o nulle evidenze, ove si eccettuino i dati positivi riportati sul dolore e sulla frequenza cardiaca nella fibromialgia, alcuni studi favorevoli nelle cefalee (emicrania e TTH) e lavori aneddotici tipo case report. Per quanto riguarda l'impiego in pazienti post trauma cranico ho trovato un solo lavoro del 1995 che riporta peraltro i possibili effetti iatrogeni della non adeguata applicazione della tecnica. Non vorrei sembrare disfattista o chiuso verso altre metodiche, ma mi permetta: sono un neurologo ed ho scelto la riabilitazione come ulteriore specializzazione, con lo scopo di portare un modestissimo contributo alla crescita scientifica di questa branca della medicina nella quale per molto tempo hanno trovato spazio i più disparati approcci che spesso non hanno ricevuto il sostegno dell'evidenza e della comunità scientifica. La riabilitazione si fonda certamente su un approccio olistico alla persona, ma ciò non deve indurre all'impiego di qualunque mezzo o strumento che possa indurre false speranze o sostenere aspettative irrealistiche.

Per quanto riguarda l'impiego della TCS nel Reparto che dirigo, non avrei comunque la possibilità di farlo in quanto non ho terapisti che conoscano la tecnica. Ad ogni modo visto che siamo un IRCCS e svolgiamo attività di ricerca qualora avesse in mente un protocollo di studio da proporci, saremo ben lieti di discuterne con lei la fattibilità.

Cor diali Saluti M. B.