

QUATTRO CASI CLINICI PROPOSTI DA:

**DOSSA GIOVANNA FONTANELLI**

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

e

**DOSSA GIACOMO PASSAVA NTI**

Dottore in Fisioterapia - Terapista della riabilitazione  
Responsabile dello Studio di Consulenza e Terapia Fisioterapica di Reggio Calabria  
Terapista e Facilitatore di Terapia Cranio-Sacrale

- Primo caso - ESPERIENZA DI TERAPIA CRANIO-SACRALE IN GRANDE PREMATURA NATA CON SEQUELA MALFORMATIVA DELL'OLIGODRAMNOS
- Secondo caso - ESPERIENZA DI TERAPIA CRANIO-SACRALE SUL NUCLEO FAMILIARE DI UN NEONATO PREMATURO DI 28 SETTIMANE DI ETÀ GESTAZIONALE
- Terzo caso - ESPERIENZA DI TRATTAMENTO CRANIO SACRALE SU MAMMA E BIMBO NATO PREMATURO CON SINDROME RESPIRATORIA, EMORRAGIA POLMONARE, SEPSI CON SHOCK ED EMORRAGIA DEL PLESSO CORIOIDEO DESTRO
- Quarto caso - TERAPIA CRANIO-SACRALE IN NEONATA FIGLIA DI MADRE TOSSICODIPENDENTE

**Primo caso**

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

(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 artrogripposi 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 estubare DF 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'artrogripposi 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 dolor e, 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 trattar e la r espirazione toracica in tutti i decubiti e come mobilizzar e 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 tr azione 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 se 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 risponder e 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.

#### **Secondo caso**

##### ESPERIENZA DI TERAPIA CRANIO-SACRALE SUL NUCLEO FAMILIARE DI UN NEONATO PREMATURO DI 28 SETTIMANE DI ETÀ GESTAZIONALE (I nomi e le iniziali dei pazienti non corrispondono a nomi e iniziali reali).

C.A. è nato a 28 settimane di età gestazionale da parto cesareo da madre già precedentemente cesarizzata, con peso di gr .1450, L. 39cm., cc. 30cm. ed indice di Apgar 6 al primo minuto, 7 al quinto. Sin dall'inizio la sua condizione clinica era grave.

E' stato necessario rianimar lo in sala parto ed in seguito, per il persistere di grave polidispnea, gemito e scarsa penetrazione di aria ai polmoni, è stato necessario intubar lo e somministrare surfattante per indurre maturazione polmonare.

E' stato quindi estubato e posto in ventilazione assistita tramite pressione positiva continua attraverso nasocannula .  
La sintomatologia dispnoica, dopo un primo miglioramento , è di nuovo peggiorata , per cui è stato di nuovo intubato dopo qualche ora ed è stato nuovamente somministrato surfattante.

E' stato possibile estubare C. A. in quinta giornata, ma è rimasto un certo grado di ossigeno dipendenza fino alla ventesima giornata di vita.

Sin dalle prime ore è stata avviata alimentazione parenterale ed alimentazione enterale tramite sondino oro-gastrico. Durante il passaggio ad alimentazione al biberon si sono verificati episodi di rigurgito con desaturazione, trattati con postura anti - reflusso ed Alginato di Magnesio.

All'ecografia cerebrale vi era il sospetto di emorragia subependimale ed era presente Retinopatia ossigeno-dipendente di I grado.

E' stato dimesso a 53 giorni di vita. I genitori hanno vissuto questa prima esperienza con ansia ed angoscia, apparentemente ben controllata, ma che si intuiva ad una osservazione più attenta.

Nel periodo sia immediatamente precedente che immediatamente successivo al parto, al padre era stato comunicato il grave rischio per la vita del figlio e ciò aveva indotto in lui molte paure.

A sette giorni dalla dimissione A. tornava in reparto in urgenza per una importante crisi apnoica successiva alla poppata.

Dagli esami di routine si evidenziava grave anemia, per la quale veniva effettuata emotrasfusione.

All' Rx del torace si evidenziava modesto grado di broncodisplasia, per la quale è stato somministrato ossigeno per 10 giorni ed è stata effettuata FKT respiratoria, aerosol terapia ed è stata somministrata Furosemide a giorni alterni. L'ecocardio, l' RMN encefalo e l'EEG erano nella norma per l'età. Dopo 16 giorni di ricovero veniva dimesso con terapia anti reflusso gastro-esofageo e polivitaminici.

I genitori apparivano emotivamente molto provati, per cui gli viene proposta Terapia Cranio-Sacrale come supporto.

Per motivi logistici legati sia agli impegni lavorativi dei genitori che nostri, abbiamo concordato una frequenza di trattamento di uno a settimana.

A tutte le sedute erano presenti entrambi i genitori, A, Giacomo e Giovanna mentre il fratellino è sempre stato assente.

- Prima seduta: L'arching ha portato Giacomo a lavorare sul papà, mentre il piccolo si manifesta sereno in braccio a Giovanna.

La mamma è tra noi. Giacomo segue il ritmo sulla testa del padre, e tale ritmo si ferma quando il padre dichiara di non occuparsi di C.A. (paura).

Era rimasto fermo al giorno in cui l'ecografista dichiarava che il bimbo forse era morto perchè non apprezzava più il battito.

Ciò non gli permetteva di prendere C.A. o di giocare con lui.

La madre dichiara che questo atteggiamento del padre la infastidisce.

A. ha lavorato tutto il tempo seguendo il padre col suo ritmo. Gradualmente ed in concomitanza con il rilascio del padre il respiro di C.A. diveniva più regolare, e i rumori nasali si attenuavano e migliorava il colorito.

Terminiamo la seduta con l'impegno da parte del padre di occuparsi attivamente di C.A.

- Il seduta: Il colloquio iniziale e l'arching portano Giacomo a lavorare su C.A., che ne accetta il contatto.

Anche Giovanna è in contatto col bimbo, mentre i genitori siedono vicino.

Si manifestano snodamenti a livello del diaframma pelvico, maggiormente al sacro ed all'anca sinistra (il bambino non evacuava da giorni), accetta serenamente il trattamento interagendo visivamente e mimicamente.

Il papà, più sereno, ha tentato di "giocare con il bimbo" con successo, ma dichiara: "il nostro stato d'animo dipende da come vediamo C.A." ma non crede nel contrario e cioè che il loro stato d'animo influenzi C.A.

- III seduta: Il colloquio iniziale e l'arching porta Giacomo a lavorare sulla mamma, il bimbo è in braccio a Giovanna ed il papà è seduto vicino. Giacomo ascolta il ritmo sulla testa. Il contatto non-conscio–non-conscio determina un fattore significativo (il ritmo si ferma) quando chiede (non verbalizzando) dove può essere utile il suo intervento.

Si posiziona sul diaframma pelvico.

Verbalizziamo sul come si è sentita il giorno dell'ecografia dubbia sulla vita del figlio: è cosciente e consapevole dei suoi sentimenti di sconforto, inadeguatezza, colpa, ma la gestione è confortata da come sente e vede oggi C. A.

Giacomo utilizza un esercizio di "localizzazione", cioè chiede ad ognuno dove sente nel proprio corpo l'altro: il padre sente la mamma nelle tempie, C.A sul dorso ed il fratellino sul pettorale sinistro.

La madre porta il papà in pancia, C.A nel cuore ed il fratellino in testa. Nel frattempo C.A, in braccio a Giovanna, manifestava un continuo rilascio modificando la sua posizione sulla pancia di Giovanna fino a ritrovarsi a testa in giù fra le sue gambe.

Tutto questo dormendo e migliorando gradualmente la sua frequenza respiratoria.

La sensazione che percepiamo tutti era di benessere da parte sua.

Dalla 5a alla 9a seduta: Sempre con papà e mamma presenti, C. A ci permette di lavorare sulle sue restrizioni toraciche, che si localizzano maggiormente sull'emittoce sinistro. La situazione particolare che caratterizza queste sedute è che C.A inizia prestandosi in maniera giocosa all'esperienza, interagendo visivamente e con sorrisi a tutte le stimolazioni, ma non appena le mani arrivano in "barriera" inizia un pianto con caratteristiche precise.

Il sentirsi di entrambi è di mantenersi in barriera nonostante il pianto, che, se dovessimo tradurlo, simulerebbe un adulto che dice: "ho dolore, tensione, ecc...".

Nel frattempo tranquillizziamo i genitori che, affidandosi, capiscono il diverso significato del pianto di C.A. Contemporaneamente al manifestarsi del rilascio, C.A si quietava ed entra in un sonno profondo.

Questa immagine di serenità pervade il gruppo di lavoro. In questo mese e mezzo C.A conquista gradualmente la capacità di ruotare sul fianco sinistro (posizione che lo inquietava) ed in seguito un accenno del controllo del capo in posizione prona.

Questi suoi atteggiamenti fidelizzano gradualmente i genitori.

In questo periodo viene sottoposto al primo follow-up neurologico specialistico che evidenzia: "instabilità neurovegetativa con difficoltà al controllo del capo".

- ...X seduta: Di grande significato è la decima seduta.

Dal colloquio si registra l'apprensione dei genitori per l'esito e lo svolgimento della visita neurologica (a loro dire poco soddisfacente sia per l'ambiente che per la modalità con cui si è svolta).

Dall'arching risulta che dobbiamo lavorare su C.A, il quale come di consueto partecipa all'inizio gioiosamente con sorrisi e gorgheggi.

Anche stavolta, appena ci porta in barriera, inizia a piangere con le stesse caratteristiche delle sedute precedenti, ma stavolta tutto sembra più significativo. Il torace viene coinvolto completamente nella restrizione.

A stringe la mano di Giovanna e se la porta sul viso e così rimane per lungo tempo.

Il respiro è caratterizzato da espirazione prolungata e forzata.

Questa situazione prosegue per molti minuti e l'atteggiamento di fiducia dei genitori ci permette di mantenere questa situazione ancora a lungo.

Notevoli sono i comportamenti motori di C.A, che, durante la tenuta in barriera della restrizione toracica, si estende, si flette, ruota in posizione prona mantenendo ognuna di queste posizioni per diversi minuti.

Dopo circa venti minuti di questi eventi, che lui intervallava con pause dal pianto con respirazione dispnoica, avviene una completa distensione del corpo, che si atteggiava a rana in posizione supina, addormentandosi.

I lineamenti del viso e gli arti erano rilassati.

La respirazione da quel momento in poi diveniva eupnoica e senza rumori trasmessi. Di lì a poco portiamo a termine il trattamento, discutendolo con i genitori. C.A torna a casa dormendo.

Questo evento accade a tre settimane dal primo follow-up.

Una settimana dopo C.A si sottopone al secondo follow-up neurologico, che dichiara: "Buona stabilità del sistema neurovegetativo, miglioramento del controllo assiale e buona modulazione comportamentale.

Prossimo controllo a tre mesi di distanza".

Il giorno dopo eseguiamo l'11o trattamento.

- XI trattamento: L'umore è decisamente diverso, i genitori manifestano grande soddisfazione ed il loro sorriso è sereno.

C.A ruota su entrambi i fianchi senza manifestar disagio, controlla da prono il capo con padronanza ma piange se messo supino sul lettino di trattamento.

Ad oggi permangono residui dei traumi precedentemente individuati e la loro localizzazione impegna la zona occipitale, ma il comportamento motorio di C.A. è più fluido manifestando una maggior e integrazione dei riflessi primari e un tono muscolare più fisiologico.

Continueremo, in accordo con i genitori, a seguir e la terapia ogni 4 settimane.

#### *COMMENTI:*

La nascita di un bimbo prematuro pone alla famiglia problemi di non facile gestione. Insorgono quasi sempre sensi di colpa nella madre, che pensa che tale situazione sia dipesa da lei.

Nascono paure ed angosce per la vita del figlio e per la sua qualità di vita futura.

La comunicazione della gravità dello stato clinico del piccolo può far nascere in alcuni soggetti un desiderio di "fuga", che comporta un allontanamento che definiremmo "paradosso": "ho paura che muoia o rimanga handicappato per cui, per non soffrire, scappo".

Tutto ciò crea per il piccolo un ambiente teso, poco accogliente nonostante gli sforzi; angoscia e preoccupazione sono palpabili e fanno crescere il piccolo con le intuibili conseguenze.

Dall'esperienza vissuta con questo nucleo familiare e per le dinamiche che generalmente si instaurano riteniamo necessario valutare anche il vissuto durante la gravidanza ed il parto ( ricordiamo gli effetti psicologici sui genitori dell'ecografia fetale che poneva il dubbio sulla vita del feto), utili questi per valutare le dinamiche che si svilupperanno dopo la nascita e per mantenere coerenza con il "continuum" degli eventi.

L'opportunità che la famiglia si è data con la terapia cranio sacrale ha permesso un dialogo ed una presa di coscienza delle loro sensazioni, altresì difficili da elaborare (allontanamento inconscio del padre dal piccolo, sensi di colpa della madre).

Tutto ciò ha ridotto l'ansia, favorendo un ambiente emotivo più adatto ad A. Infine è da considerare il notevole miglioramento della clinica del piccolo. I prematuri assistiti con ventilazione meccanica nei quali residua broncodisplasia presentano vari gradi di difficoltà respiratoria e vanno incontro a frequenti episodi acuti respiratori per lungo tempo.

Anche A all'inizio presentava tale quadro clinico, ma dopo il decimo trattamento la dinamica respiratoria è migliorata in maniera critica e non si sono più presentati episodi acuti.

Addirittura dopo qualche tempo tutta la famiglia è stata contagiata da un virus respiratorio e C.A ha avuto solo un giorno di febbre senza altra sintomatologia.

I follow-up neurologici hanno certificato il veloce recupero del quadro neurologico e comportamentale.

A è un bimbo sereno, allegro e giocherellone, capace di giocare da solo e con il fratellino e la notte riposa in maniera regolare e serena.

Perfino l'accrescimento ponderale è buono, tanto che ha recuperato in breve tempo il per centile di peso regolare per l'età.

La tcs proposta come terapia di supporto in questa situazione di estrema preoccupazione e sconforto, vissuta dai genitori ,dopo il secondo ricovero di C.A. è risultata esser e utile nella stabilizzazione delle dinamiche emotive dei genitori ,confortati via via dal vedere le conquiste del loro bambino. Il nucleo familiare è energeticamente molto più forte.

Il padre oggi crede che il suo bambino percepisca perfettamente il suo stato d'animo ,localizza il bimbo nelle gambe e la moglie nel cuor e.

Anche lei sente suo marito nel cuor e,l'energia fluisce.

### Terzo caso

#### ESPERIENZA DI TRATTAMENTO CRANIO SACRALE SU MAMMA E BIMBO NATO PREMATURO CON SINDROME RESPIRATORIA, EMORRAGIA POLMONARE, SEPSI CON SHOCK ED 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 5'min: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 ipodiafania diffusa con microgranulia, per cui si è dovuti giungere all'intubazione ed alla ventilazione meccanica nell'arco di poche ore.

E' stato somministrato Surfattante 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 Surfattante.

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 in oltre complicato da un grave stato di shock trattato farmacologicamente con amine vasoattive (era in atto trasfusione di plasma fresco congelato per l'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% anchequando 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'emicranie destro.

La sua verbalizzazione sottolineava lo stato di ansia.

Il fattore significativo ha guidato tutta la seduta, e risultava fermo ogniqualvolta 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 fidelità, scaturito anche da un migliorato senso di benessere di entrambi, la seconda seduta vede sempre la mamma focalizzare l'intervento.

Il ritmo conservava una migliore ampiezza, ma evidenziava ancora una asimmetria con minore ampiezza all'emicranie destro.

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 scaturisce 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 Cronic 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 (sensi di colpa per aver li 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 se 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 - T IN B Gesù-Roma)*

RISPOSTA DEL PRIMARIO DI FKT:

Gentile Giovanna Fontanelli, ho letto con attenzione ed interesse la sua presentazione della TCS, mettendo da par te ogni scetticismo verso il "nuovo" che si può utilizzar e per eliminar e 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, per altro 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 sembrar e disfattista o chiuso verso altre metodiche, ma mi permetta: sono un neurologo ed ho scelto la riabilitazione come ulteriore specializzazione, con lo scopo di por tare 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 e 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. Cordiali Saluti M. B.

#### Quarto caso

##### TERAPIA CRANIO-SACRALE IN NEONATA FIGLIA DI MADRE TOSSICODIPENDENTE (I nomi e le iniziali dei pazienti non corrispondono a nomi e iniziali reali).

Il figlio di madre tossico-dipendente va incontro ad una sindrome da astinenza il cui tempo di esordio e la gravità dipendono dal tipo di sostanza assunta dalla madre.

Infatti le droghe che subiscono un metabolismo più lento danno in genere origine alla sintomatologia con un tempo di latenza che varia tra le 24 e le 72 ore.

Anche la sintomatologia presenta vari gradi di intensità.

Per tale motivo è stato introdotto nel protocollo di assistenza il FINNEGAN SCORE, ed in base ad esso si valuta l'inizio e la posologia della terapia di divezzamento.

I sintomi più frequenti variano : sono presenti ipertono, agitazione con tremori molto accentuati (che possono giunger e fino alle convulsioni) e che comportano persino escoriazioni cutanee nei punti di sfregamento con lettino.

Vi è accentuazione di tutti i riflessi, suzione frenetica ed a volte inefficace, poca durata del sonno fra le poppate fino al pianto continuo, sudorazione, ipertermia, vomito, diarrea e polipnea.

Una volta avviata la terapia di divezzamento, che per protocollo viene effettuata con la morfina, la dose viene gradualmente aumentata fino a raggiunger e il range terapeutico, dopo di che, seguendo sempre il Finnegan score, si avvia la riduzione del dosaggio, graduale e lenta, fino al completo divezzamento.

I tempi, da come si evince, sono molto lunghi.

Nella comune esperienza tali tempi non sono quasi mai stati inferiori ai 60-80 giorni circa.

Se poi la sostanza è il metadone, tali tempi si dilatano ulteriormente per la ben nota lentezza del suo metabolismo.

CA è nata da parto spontaneo a termine da madre che ha assunto metadone per tutta la gravidanza al dosaggio di 40mg/die.

A circa 48 ore di vita è comparsa una grave sindrome da astinenza caratterizzata da pianto acuto e continuo, riflesso di Moro vivace, tremori spontanei intensi, pianto continuo, ipertono, sudorazione, suzione frenetica con difficoltà di alimentazione che ha sommato un FS di 18.

Aveva consumato così tante calorie da calare di peso di 400gr in 24 ore.

E' stata avviata terapia con Oramorph al dosaggio di 0,3mg/Kg/3volte al dì.

Nelle ore successive il FS restava intorno a 12, per cui tale dosaggio veniva passato a 4 volte al dì.

Prima della somministrazione della dose aggiuntiva montavo di guardia e, attirata dal suo pianto, ho cercato il contatto con lei.

Er a troppo agitata.

Ho appoggiato una mano sul vertice del capo e l'altra sul pannolino.

La piccola non per metteva alcuna altra forma di contatto, per cui, con la sola intenzione, ho praticato il dondolio e attraverso esso quattro still-point consecutivi.

La piccola ha smesso di pianger e ma era ancora agitata ed assolutamente "chiusa".

Ho cercato di prendere in mano l'occipite, ma non me lo ha permesso.

Lasciando la mano sul vertice ho fatto con l'intenzione 4 volte il CV4.

Man mano la piccola si è rilassata, ha perso l'ipertono e si è addormentata. Ha dormito tutta la notte nonostante le poppate ed i cambi di pannolino.

La suzione era tornata normale.

Nel loro foglio di lavoro le infermiere riferiscono: "paziente tranquilla, no tremori, suzione valida, ha dormito".

Al mattino è stata tolta dalla termoculla e messa in lettino.

Tale situazione si è mantenuta per i successivi tre giorni, con un incremento ponderale veloce da recuper o della perdita.

E' stata addirittura avviata la riduzione del dosaggio, già al minimo, della morfina, ma dopo due giorni la piccola tornava irritabile ed il FS il giorno successivo saliva a 12.

Veniva riportata la morfina al dosaggio iniziale (sempre al minimo), ma con scarso effetto.

Il gior no successivo praticavo nuova TCS.

L'ho por tata sul lettino di rianimazione (è in un box isolato) in penombra ed in silenzio.

Stavolta la piccola ha permesso al mio non-conscio di entrare in contatto con il suo.

La richiesta non verbale mi ha mandata sul diaframma pelvico e molto sulla testa (dopo due CV4), succhiando sempre un mio dito.

Ho lavorato molto sullo sfenoide.

Ho chiuso il trattamento con il dondolio, effettuando due still-point, dopo di che ha voluto star e a lungo in braccio a me succhiando il mio dito (col quale facevo ritmiche pressioni sul palato).

Abbiamo lavorato per circa un'ora, durante la quale il fattor e significativo indirizzava molto chiaramente le dinamiche del trattamento.

Da quel momento in poi la bambina si è definitivamente affrancata dalla sintomatologia, tanto che ha ripreso la riduzione della morfina, riduzione che ha molto ben tollerato.

Ha sospeso la terapia (nel senso che non era più in range terapeutico) in 35o giorno di vita.

Si alimenta regolarmente, sorride e partecipa.

E' presente reflusso gastro-esofageo trattato con postura e sciroppo anti-reflusso.

L'incremento ponderale è fisiologico.

La differenza più eclatante rispetto il normale "iter" di questa patologia sta da un lato nella notevolissima attenuazione della sintomatologia e nella netta riduzione della sua durata e dall'altro nella eclatante riduzione della durata di tale terapia.

Infatti la piccola è stata, ad eccezione di due brevi episodi, sempre tranquilla.

Non è mai stato necessario incrementare il dosaggio della morfina, che è sempre stato al valore minimo o al di sotto di esso.

La capacità ad alimentarsi della piccola è sempre stata normale ed il suo incremento ponderale molto buono.

La durata del tempo di divezzamento, normalmente circa due-tre mesi, si è ridotta a circa un terzo, e quindi con conseguente riduzione dei tempi di ricovero e di distacco dalla famiglia.

L'unica variante al protocollo che è stata applicata è stata la terapia cranio-sacrale, che quindi potrebbe essere indicata come efficace ed utile in tale patologia.

Resta da osservare quale sarà la sua efficacia in un prossimo eventuale caso e le implicazioni cliniche che ne potrebbero derivare.