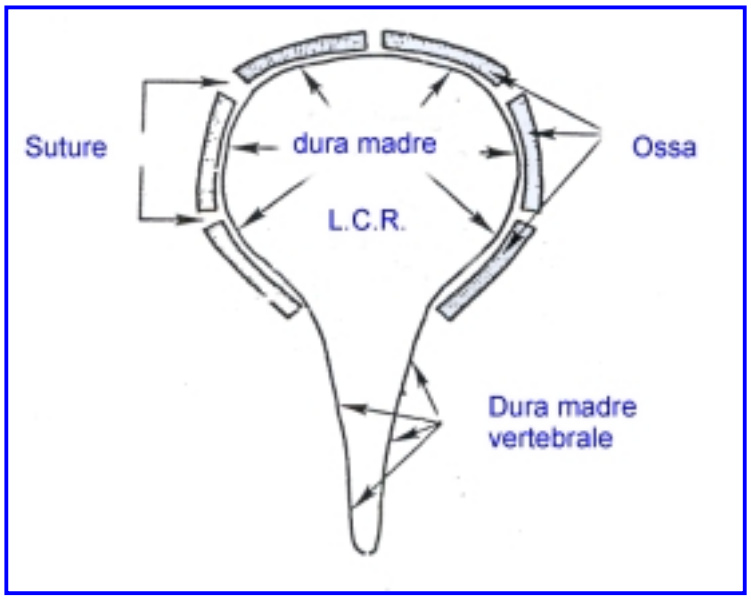
European Osteopathic Project

Cranio/sacrale I

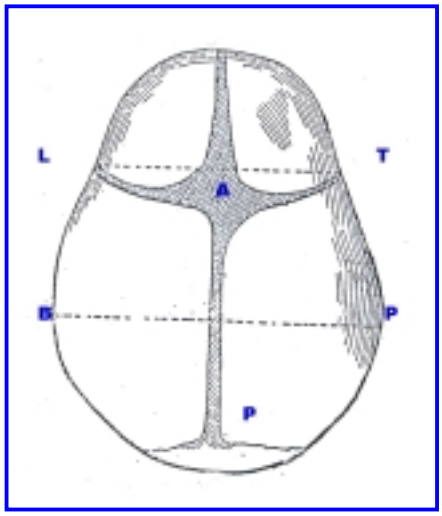
Introduzione cranio/sacrale

E. Deforest Osteopath D.O.

Introduzione



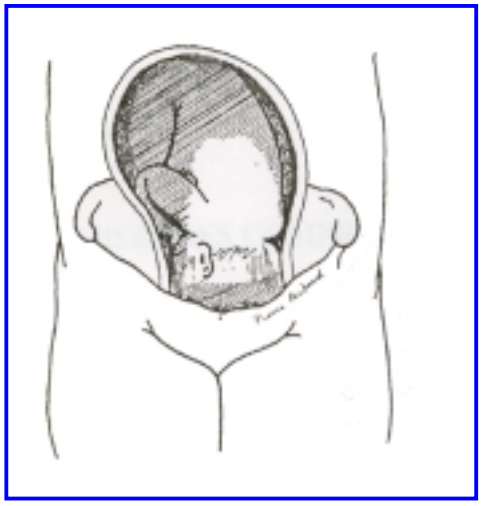
I neonati presentano spesso dei problemi particolari del sistema cranio-sacrale.
Quando il neonato comincia a svilupparsi, l'aspetto della cartilagine, delle membrane e dell'osso che compone la volta cranica, subisce une considerevole modificazione.
In condizioni normali, il cranio del feto a termine si presenta come una vera "sacca membranosa" riempita di liquido cefalorachideo che contribuirà a dare una pressione interna importante per la vita di questo sistema idraulico semichiuso cosi creato .



Le pareti di suddetto sistema sono costituite da strutture organiche: cervello, ipofisi, sistema ventricolare, ecc…
Gli sviluppi ossei del cranio nel feto possono essere considerati come delle zone dure membranose (nozione di malleabilità).
Durante lo sviluppo, le distanze (fontanelle) fra queste zone ossee si ritrovano ridotte.

La volta cranica ossea prende progressivamente più importanza sulla volta craniana membranosa.
E' facile da capire il motivo in cui è apparso il concetto errato secondo il quale il cranio adulto finisce col diventare completamente rigido. La mobilità suturale benché sia piccola, esiste sempre.
Questa mobilità permetterà di conservare o di creare la funzione coordinata che Sutherland chiamava il "Meccanismo di Respirazione Primaria" (M.R.P.). Il M.R.P. avrà un ruolo essenziale e dinamico nella respirazione tessutale interna attraverso tutto il corpo, disperdente il liquido cerebro spinale con gli enzimi, gli ormoni, attraverso le fibre colloidali cave delle fasce per produrre dei cambiamenti biochimici e bioelettrici in ogni cellula del corpo.
I traumi della nascita potranno perturbare questo meccanismo, provocando una vulnerabilità delle norme di sviluppo.

Travaglio normale

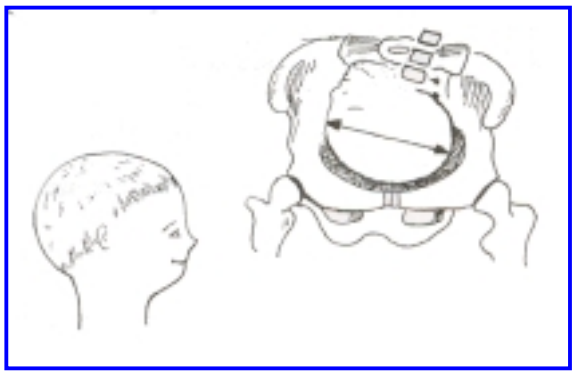


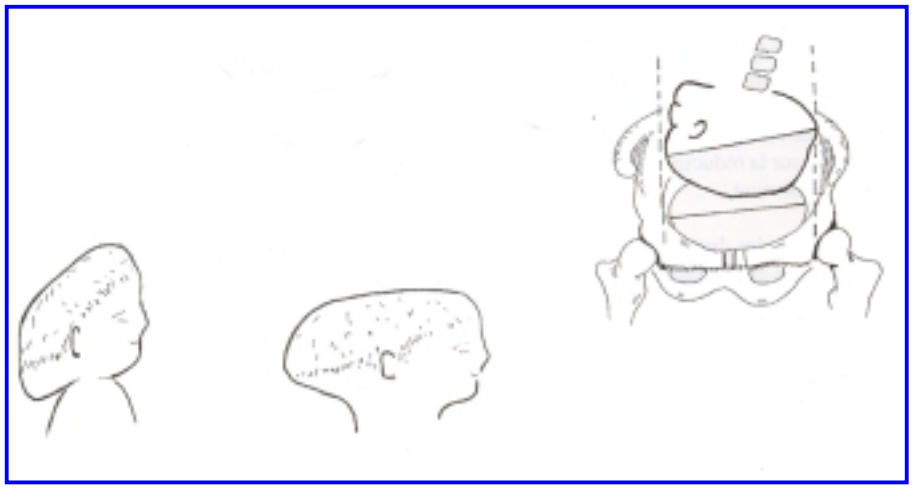
La maggio parte dei bambini (80%) nascono con l'occipitale anteriore destra o sinistra (O.I.S.A. o O.I.D.A.).

La testa discende nel diametro obliquo del bacino e la flessione del collo aumenta .

La testa può eseguire sul tronco dei movimenti in tutti i sensi che avvengono principalmente nella zone occipite /C1/C2 .

La testa spinta nel bacino con più o meno forza dovute alle contrazioni uterine e alla pressione addominale è molto malleabile per deformarsi e accomodarsi alla via pelvica. La testa prende forma e si allunga nel senso del canale da percorrere.



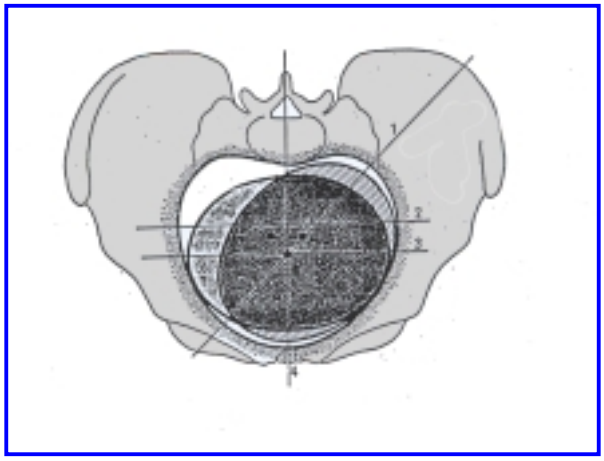


In queste condizioni, i bordi dei parietali si piazzano sopra le ossa vicine, cavalcando sull'occipitale, sul frontale e sui temporali; uno dei parietali accavalca l'altro. Sopraviene allora la rotazione verso la posizione antero-posteriore producendo un "modelage fisiologico" .
Appena il primo grido appaia, la fluttuazione del L.C.R. e la trazione delle membrane riallineano le ossa del cranio in modo di attuare la morfologia, la simmetria generale e la mobilità del sistema.

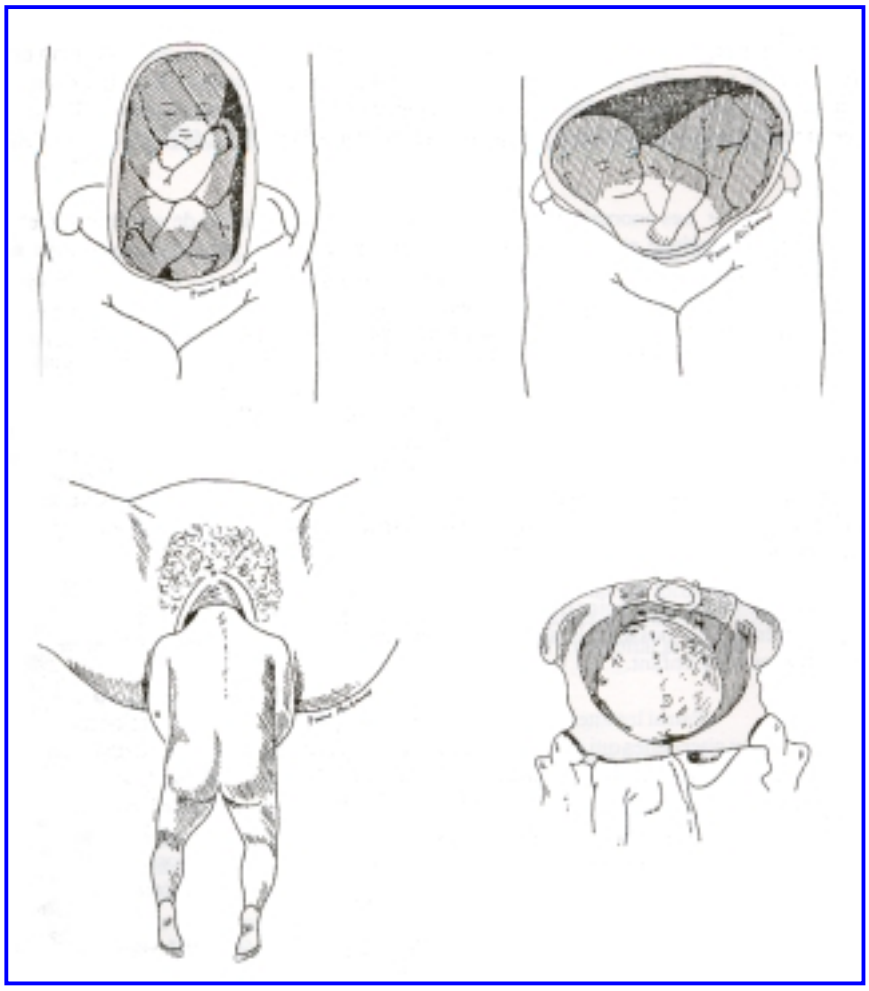
Travaglio anomalo

Le cause di un travaglio anomalo sono:

- Un bacino troppo stretto o poco mobile (sacralizzazione, spondilolistesis,…)



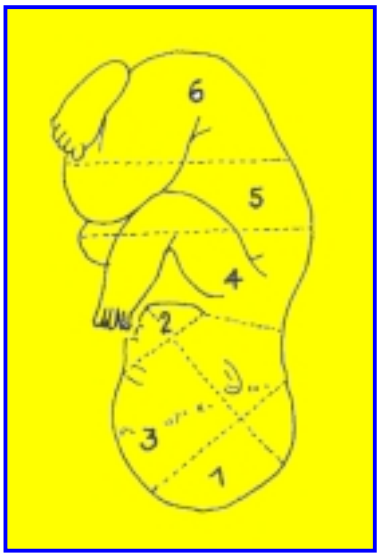
- Una presentazione anomala: sede, piede (trazione sul tubo neurale)



- Una discesa troppo veloce (parto provocato) o troppo lenta nella seconda fase del parto

- Liberazione anomala: applicazione dei forcipi che produce una torsione della testa, dall'orbita alla mastoide ; applicazione della ventosa, parto cesareo (impedisce spesso il modelage fisiologico.

- Diverse presentazioni: testa, viso, fronte, spalla, dorso-addome, sedere



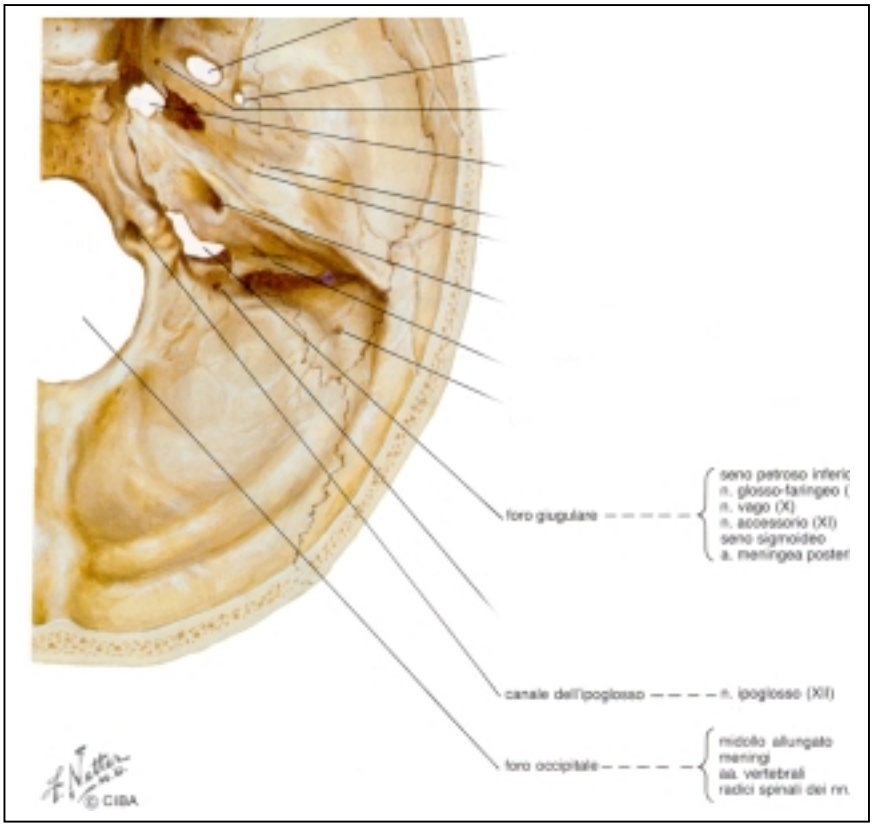
Questi diversi elementi di traumi della nascita potranno causare al neonato dei problemi durante la sua vita intera.
Una della fase più importante della medicina osteopatica sarà di preventivare, di riconoscere e di trattare queste disfunzioni velocemente.
Costatiamo che i problemi comuni al periodo post-nascita, tali quali la difficoltà a ciucciare, i vomiti, la tensione nervosa e la respirazione irregolare sono ben dominati non appena queste disfunzione sono corrette.

Trauma occipitale

I quattro nuclei d'ossificazione sviluppandosi, accerchiano il grande foro occipitale.
La base si articola anteriormente con la base dello sfenoide e lateralmente con le masse laterali di C1.

N.B.:

- Il nervo ipoglosse (XII) (muscoli della lingua) passa fuori del cranio, attraverso la cartilagine interossea, nello spazio che diventerà il canale condilare
- Nel foro lacero posteriore o giugulare passa: N. glossofaringeo (NC IX: muscoli della deglutizione), N. vago (NC X: sistema gastrointestinale e cardio-respiratorio), N. spinale o accessorio (NC XI: muscoli SCMO e trapezio), Vena giugulare (decongestiona tutta il sistema venoso cerebrale)

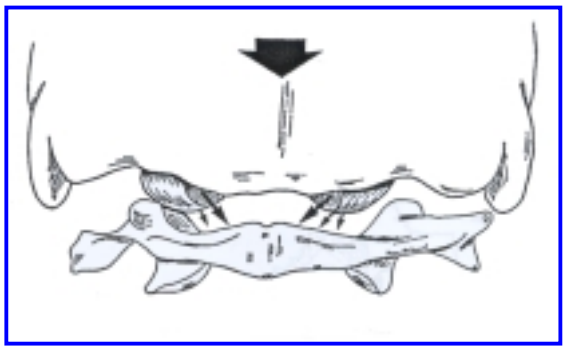


Delle compressione a questo livello potranno perturbare le diverse funzione di queste strutture provocando vomito, respirazione irregolare, difficoltà di ciucciare, eczemi, dolori di pancia, ecc…

Trauma sulla relazione C0/C1/C2

Durante la discesa della testa nel canale pelvico e durante la rotazione finale della testa all'uscita, il movimento si effettuerà essenzialmente sulla relazione C0/C1/C2.

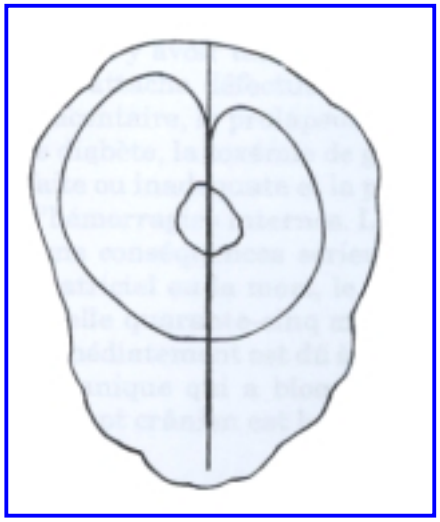
Diverse possibilità di lesione osteopatiche possono apparire :

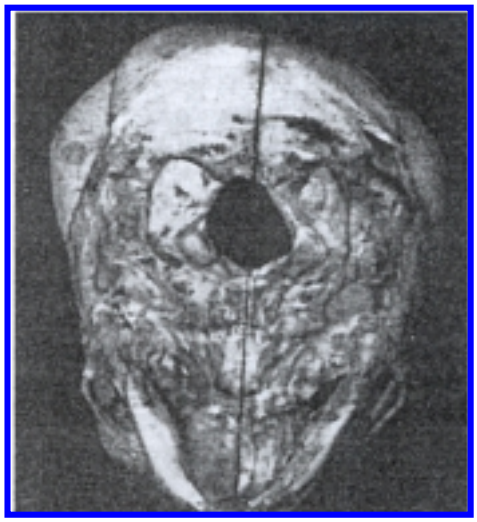


- Testa flessa in modo che la compressione della volta venga da dietro, i condili occipitali sono proiettati in avanti nella cavità glenoide dell'atlante e contro l'arco anteriore di C1

- La compressione viene del vertice o da un lato della testa imprimendo una compressione spesso unilaterale C0/C1

In queste diverse posizioni, la forma del foro occipitale si modificherà producendo a questo livello:





- Una compressione bilaterale, con un foro stretto in avanti dovuto allo spostamento dei condili occipitale verso la linea mediana convergente anteriormente verso C1
- Una compressione unilaterale con un foro asimmetrico

In entrambi la struttura ossea si modellerà per rapporto alla mobilità, alla funzione dando un cranio sformato e una sintomatologia varia: lesione basilare (intorpidimento delle estremità, blocco del sistema piramidale, turbamenti nei centri fisiologici situati nel pavimento del 4to ventricolo, lesione dall'8° al 12° nervo cranico, nausea, sordità, ecc…