A. DE FALCO, ft, Allievo Osteopatia EOP.
G.NAPOLITANO,ft,Allievo Osteopatia EOP.
E.ESAURITO,ft,Allievo Osteopatia EOP

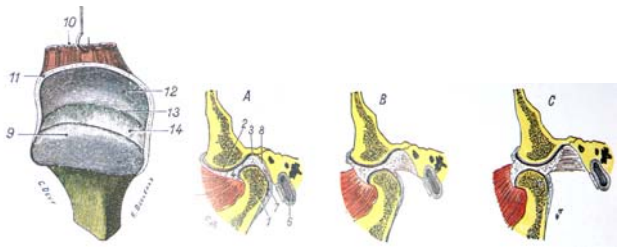
Abstract

Si evidenzia la correlazione tra una disfunzione temporo – mandibolare , irritazione di strutture vasculo- nervose (Art.succlavia, plesso brachiale) spasmo - accorciamento dei muscoli scaleni, disturbi dell'udito associati. Ad uso del lettore si integrano i richiami anatomici tra inserzioni muscolari, fasce, rapporti con strutture nervose e viscerali.

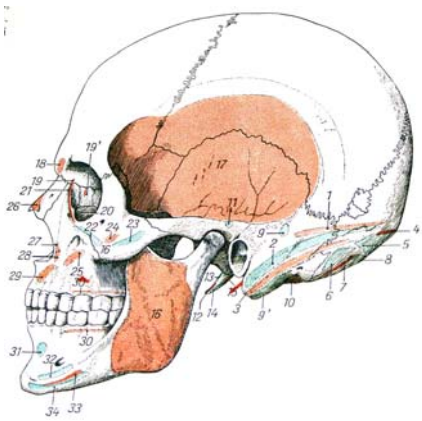
CONTENUTI

1. *L'articolazione temporo-mandibolare*

si realizza tra l'osso temporale e la mandibola.
La cavità glenoidea dell'osso temporale accoglie il condilo della mandibola mediante l'interposizione di un disco fibroso: è una diartrosi che consente il movimento di rotolamento e scivolamento antero-posteriore del condilo mandibolare.



2. *Sull'osso temporale si inseriscono i mm della masticazione, il muscolo temporale in tutta la sua superficie squamosa e il massetere che va dal margine inferiore del processo zigomatico all' angolo della mandibola.*



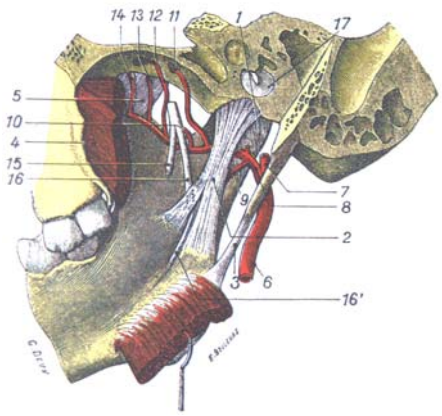
3. *L'osso temporale è in rapporto con l'osso occipitale, lo sfenoide, il parietale, lo zigomatico oltre che con la mandibola.*

La mandibola è in rapporto con i due mascellari per mezzo delle arcate dentarie

e il livello vertebrale a cui corrisponde è C1-C2-C3;

4. *I mezzi di unione di questa articolazione sono dati dalla capsula articolare rinforzata lateralmente da due legamenti laterali, il mediale e il laterale e dai*

legamenti accessori, sfeno-mandibolare, stilo-mandibolare, pterigomandibolare.



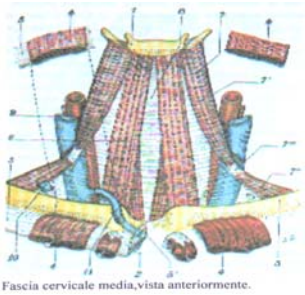
5. *I nervi cranici maggiormente coinvolti per la particolare disposizione,e a noi più cari per la frequenza di affezioni a loro carico sono: il V,il VII e l'VIII .*

RAPPORTI viscerali ATM.

1. *Con l'orecchio medio (cassa del timpano,atrium mastoideo, e la tromba d'Eustacchio) e con l'orecchio interno costituito dal labirinto osseo e membranoso: chiocciola,vestibolo,canali semi-circolari e acquedotti.*

La fascia cervicale superficiale
Origina in alto, dal margine inferiore del corpo e del ramo della mandibola, riveste i muscoli sopraioidei e con un suo sdoppiamento i muscoli sottoioidei. Lateralmente la fascia riveste con un suo sdoppiamento, il muscolo SCOM e proseguendo verso l'indietro il muscolo trapezio. Con il foglietto profondo della fascia cervicale lo ***SCOM*** *è in relazione con i muscoli: splenio, di gastrico (ventre posteriore), angolare della scapola, gli scaleni e in ultimo omo-ioideo e sterno-ioideo.*
La fascia si attacca con la sua circonferenza inferiore, sulla incisura giugulare dello sterno, sul margine anteriore della clavicola, sull'acromion e sul margine della spina della scapola.

Fascia cervicale superficiale ,vista lateralmente.


Fascia cervicale media,vista anteriormente.

*Tra i muscoli sopra citati gli unici che mettono in relazione l'****ATM*** *con le prime due coste sono gli scaleni, per l'inserzione che il medio e l'anteriore hanno sui tubercoli anteriori di* ***C2 e C3*** *(livello vertebrale corrispondente alla mandibola) fino a* ***C6*** *(il medio arriva a* ***C7****) per terminare sulla prima costa, e per lo scaleno posteriore che da* ***C4 a C7*** *si inserisce sulla seconda costa.*
Tra lo scaleno anteriore e quello medio decorre, l'arteria succlavia ed i rami del plesso brachiale.
*L'obiettivo di questo lavoro è studiare l'efficacia del trattamento manipolativo craniale sulla enormità di sintomi associati con una disfunzione dell'****ATM****.*
Alcuni Autori, hanno descritto una sindrome che associa problemi

vertiginosi , ipoacusia e problemi all'articolazione temporo-mandibolare (Dr,Costen 1934).
Altri, in tempi più contemporanei , hanno scoperto che esiste una relazione meccanica tra un piccolo muscolo posto alla base dell'occipite e la dura madre (muscolo retto posteriore minore,) dalla cui tensione potrebbero generare ben il 50% dei mal di testa (Neurologi - Università del Maryland 1995).
*Altri disturbi come malocclusione, bruxismo, disturbi oculari, auditivi,dell'equilibrio e del gusto,descritti ampiamente, rientrano nella vastità di disturbi legati ad una disfunzione dell'**ATM**.*

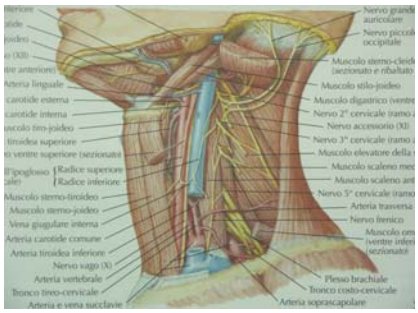
***Agli Autori** piacerebbe descrivere un'altra sindrome, conosciuta come sindrome degli scaleni.*
La tensione di questi muscoli può provocare una compressione dei rami del plesso brachiale e perturbare il flusso artero-venoso della succlavia.
I pazienti, lamentano una pesantezza al braccio con un disturbo della sensibilità superficiale, intorpidimento delle dita della mano e dolore alla scapolo-omerale in determinate posizioni, quasi mai spontaneo.
Il dolore aumenta quasi sempre di notte.
Inoltre, alla rotazione del capo, viene riferito un grosso risentimento muscolo-tensivo su tutta la fascia cervicale superficiale fino alla sua circonferenza inferiore.

OSSERVAZIONE
1.Posizione della testa;
2.Sinfisi mentale deviata;
3.Posizione delle orecchie:accollate o a sventola;
4.La punta della mastoide: più o meno dolente, postero-mediana in R.E e antero-laterale in R.I;
5.La squama e il processo zigomatico: più o meno dolenti, antero-laterali in R.E, postero-mediani in R.I;
*6.**C1 – C2 – C3** posteriori dallo stesso lato;*
*7. Palpazione e verifica di **K1 – K2** spesso dolenti e in lesione di inpirazione.*
*8. Palpazione e verifica di **D1** e **D2** spesso in lesione con le coste corrispondenti.*

DISTURBI DELLA DEGLUTIZIONE
Spesso ci troviamo di fronte a pazienti che lamentano dolori nel territorio di innervazione trigeminale, in presenza di disturbi della deglutizione (n.masticatorio che innerva i mm.temporale,pterigoideo interno e esterno, massetere, miloioideo, peristafilino, ventre anteriore del digastrico (apertura della bocca).

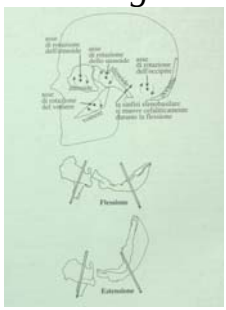
CATENA LESIONALE
La tensione del massetere è responsabile nel portare il processo zigomatico in R.I.
La tensione segue il suo percorso su tutta la fascia prima descritta.
C2,C3 assumono una relativa posteriorità

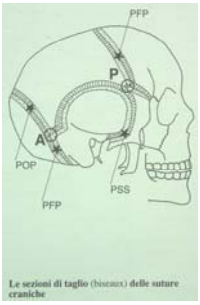
che può essere responsabile della tensione
sugli scaleni con possibile lesione associata
in inspirazione di K1 – K2.
La tensione degli scaleni può così imprigionare
i rami del plesso brachiale e l'arteria succlavia,
che passano tra il muscolo scaleno anteriore e
medio, perturbando tutto il fascio vasculo-nervoso.



La tensione può raggiungere anche il piccolo pettorale per la sua inserzione sulla 3a
4a e 5a costa.

<u>TRATTAMENTO</u>
Riequilibrio del meccanismo cranio-sacrale
generale,
Ripristino della R.E dell'osso temporale dal
lato affetto con presa a farfalla,
l'altra mano all'interno della bocca con pollice sull'arcata dentaria inferiore, le dita esterne sull'angolo della mandibola;





Liberazione e decompressione della sutura sfeno-petrosa (tecnica interna con mignolo sul p.pterigoideo, mano temporale a farfalla);

C1-C2 in tecnica diretta o OAA in assenza di
problemi neurologici;
Trattamento della fascia cervicale superficiale e trigger miofasciali;
K1- K2 ripristino mobilità
e verifica di D1-D2.

CONCLUSIONI

Il trattamento descritto appare efficace nella cura della sindrome sopra citata in presenza di una lesione craniale presupponendo teoricamente che la mobilità cranica consentirebbe un movimento non solo peristaltico (da qui il drenaggio delle secrezione nelle otiti) ma soprattutto articolare e fasciale. In particolare il movimento di rotazione esterna delle ossa temporali, crea un ampliamento della superficie articolare dell'ATM ricostruendo l'ingranaggio articolare cosi complesso e delicato dal cui equilibrio dipendono tutte le funzioni che sopra abbiamo provato a esporre.