CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. John E. Upledger
applicata in Neonatologia e Pediatria

Casi clinici proposti da

DOTT.SSA GIOVANNA FONTANELLI & DOTT. GIACOMO PASSAVANTI

In collaborazione con

Upledger Italia
Accademia Cranio-Sacrale

Upledger Institute
International INC-USA

Supervisione al progetto a cura del Dott. **Diego Maggio** Bsc (Hons), D.O., CST-D

Giovanna FONTANELLI

Dirigente medico presso l'UOC di Terapia Intensiva Neonatale e Patologia
Ospedali Riuniti di Reggio Calabria

Specialità complessa nutrizione del prematuro

Facilitatore CST - CranioSacral Therapy Upledger - quinto livello
Specializzazione CSP 2 - CST in Pediatria - secondo livello

Giacomo PASSAVANTI

Terapista della Riabilitazione

Amministratore e responsabile tecnico del CTF
- Studio di Consulenza e Terapia Fisioterapica di Reggio Calabria -

Facilitatore CST - CranioSacral Therapy Upledger - quinto livello
Specializzazione CSP 2 - CST in Pediatria - secondo livello

DOTT.SSA G. FONTANELLI

ESTRATTO DAL VIDEO DOTT.SSA G. FONTANELLI PROIETTATO NELL' APRILE DEL 2015 IN FLORIDA - USA -, AL CONVEGNO INTERNAZIONALE DELL'UPLEDGER: ***BEYOND THE DURA*** *- 2015*

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL VIDEO DI PRESENTAZIONE DELLA DOTT.SSA GIOVANNA FONTANELLI,

CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE OPPURE CLICCATE SU:

http://www.accademiacraniosacrale.it/video/G_Fontanelli_presentazione.html

DOTT. G. PASSAVANTI

ESTRATTO DAL VIDEO DOTT. G. PASSAVANTI PROIETTATO NELL' APRILE DEL 2015 IN FLORIDA - USA -, AL CONVEGNO INTERNAZIONALE DELL'UPLEDGER: ***BEYOND THE DURA*** *- 2015*

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL VIDEO DI PRESENTAZIONE DEL DOTT GIACOMO PASSAVANTI,

CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE OPPURE CLICCATE SU:

http://www.accademiacraniosacrale.it/video/G_Passavanti_presentazione.html

IL NOSTRO MODO DI LAVORARE

PRIMA PARTE

Da circa cinque anni pratichiamo Terapia Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. Upledger, presso il reparto di Terapia Intensiva Neonatale degli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria, con successivo trattamento post-dimissione ambulatoriale presso il centro di riabilitazione CTF. Abbiamo raccolto a tutt'oggi una significativa casistica corredata di anamnesi **QTA** (questionatio temporo-ambientale che fa riferimento all'anamnesi gestazionale, personale, della coppia e dell'ambiente familiare), indagini strumentali, follow-up specialistici, riscontri video e fotografici.

Abbiamo introdotto il trattamento in sala parto, sia ai neonati da parto a termine eutocico o cesareo, che ai prematuri di qualunque età gestazionale. Nel neonato patologico tale trattamento è proseguito sia in NICU (Terapia Intensiva Neonatale) che in Patologia.

Ai genitori viene spiegata e proposta la metodica e vengono invitati a firmare il consenso alla terapia, che risulta in cartella. Tale consenso non viene firmato se il trattamento è esclusivo in sala parto.

segue

IL NOSTRO MODO DI LAVORARE

segue PRIMA PARTE

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

Questo lavoro prende spunto da alcune considerazioni:

1) Dalle ricerche fatte da John Upledger nel 1978 sui bimbi in età scolare, in cui aveva evidenziato una corrispondenza fra restrizione cranio-sacrale e ritardo cognitivo-comportamentale e motorio. Ancor più se in anamnesi era presente una storia di parto distocico.

2) Da ciò appare chiaro il perché John auspicava che il primo trattamento fosse ricevuto entro le prime 48 ore di vita (nostro primo obiettivo).

3) La fascia è tutto, e riteniamo che in epoca neonatale abbia funzioni sul recupero e sul mantenimento omeostatico non del tutto riconosciute.

4) L'approccio alla fascia che John propone con tecnica cs ha delle specificità non presenti in tutte le altre metodiche proposte a tutt'oggi (Leon Chaitow, Tom Myers, J M Baker, Stecco, ecc…) - (Nostro secondo obiettivo).

5) Tutte le principali scienze (biologia, chimica, fisica, ecc…) stanno convergendo sull'idea che la fisiologia umana è interconnessa alla «fisiologia» planetaria e cosmica, per cui si parla di evoluzione dei sistemi unitari per livelli di complessità (Dr Nitamo Montecucco).

6) Consideriamo il se dell'individuo come «se funzionale», cioè comprensivo già in epoca fetale delle componenti somatico-strutturale, cognitivo, emotivo, simbolico (modello transazionale).

7) Noi consideriamo la malattia come la migliore risposta possibile che l'organismo può dare in quel determinato momento con gli strumenti che ha a disposizione per salvaguardare la sopravvivenza per il maggior tempo possibile (sintomo=espressione di un disagio o carenza), per cui la malattia non va «interrotta», bensì «compresa»

IL NOSTRO MODO DI LAVORARE

SECONDA PARTE

In seguito, alla dimissione, per alcuni casi è stato proseguito il trattamento presso il nostro centro di riabilitazione, con coinvolgimento al trattamento anche del nucleo familiare, cosa estremamente difficile in Reparto per motivi logistici.

I genitori vengono coinvolti nel trattamento e riescono a gestire con fiducia i momenti critici del piccolo che possono eventualmente verificarsi. A tutt'oggi tutti i casi trattati sono rimasti fidelizzati ed i genitori hanno compreso l'importanza e gli effetti ottenuti.

Per ogni caso teniamo una cartella clinica con anamnesi, esame obiettivo clinico e strutturale. Viene riportata anche un'anamnesi “ambientale familiare”, “situazionale” e le nostre impressioni. Viene aggiornata ai trattamenti più significativi e ad essa vengono allegati foto e video che documentano sia i trattamenti che l'evoluzione clinica del piccolo.

Abbiamo trattato 36 casi in reparto (che hanno firmato il consenso da tre anni a questa parte), innumerevoli casi in sala parto e di questi 14 hanno proseguito il trattamento post-dimissione.

IL NOSTRO MODO DI LAVORARE

segue SECONDA PARTE

Vogliamo dimostrare che

1) La stimolazione della fascia con metodo Upledger già in età neonatale assume una dimensione che va oltre la soluzione del sintomo.

2) Che il miglior approccio alla fascia in età neonatale è il metodo Upledger

3) Che più precoce è il trattamento cranio-sacrale e migliore è il suo effetto immediato ed a distanza su tutti i piani del «se funzionale».

LEGENDA

PER LA COMPRENSIONE DEI TESTI A SEGUIRE

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger

applicata in Neonatologia e Pediatria

LEGENDA UTILE ALLA COMPRENSIONE DI NOMI ED ACROONIMI - PER FACILITARE LA LETTURA DEI TESTI A SEGUIRE.

NCPAP: Ventilazione meccanica non invasiva effettuata tramite nasocannule che inviano gas nell'albero respiratorio a pressione positiva.

PALLONE AMBU: Strumento di rianimazione grazie al quale, attraverso maschera facciale, viene insufflata miscela di gas nell'albero respiratorio a pressione inspiratoria

NEO-PUFF: Strumento rianimatorio grazie al quale, tramite maschera facciale, viene inviata miscela di gas nell'albero respiratorio sia a pressione inspiratoria che a pressione espiratoria costante (PEEP)

VM: Ventilazione Meccanica

MIP: Membrane Ialine Persistenti: Sindrome respiratoria tipica della prematurità dovuta alla carenza di surfactant

SURFACTANT: Sostanza tensioattiva naturale prodotta dalle cellule della mucosa alveolare polmonare che serve a mantenere gli alveoli aperti e quindi permettere gli scambi di ossigeno ed anidride carbonica. Viene somministrato per via endotracheale nei prematuri con MIP per indurre maturazione polmonare

DISTRESS RESPIRATORIO: Sindrome respiratoria, cioè l'insieme dei sintomi da polidispnea e gemito dovuta all'immaturità polmonare o ad altre cause quali polmone umido, tachipnea transitoria, ecc ecc

AP: Alimentazione Parenterale, cioè alimentazione praticata con miscela di nutrienti attraverso catetere venoso posizionato in vaso centrale

AE: Alimentazione enterale

CVO: Catetere Venoso Ombelicale

CVC EPICUTANEO: Catetere Venoso Centrale introdotto attraverso una vena periferica

SEPSI: Infezione batterica sistemica

BRONCODISPLASIA: Condizione patologica polmonare in massima parte conseguente alla sindrome respiratoria caratterizzata da prolungata ossigeno-dipendenza e broncospasmo

NEC: Enterocolite necrotizzante, il cui esito spessissimo è perforazione intestinale ed addome acuto

ROP: Retinopatia del prematuro

RMN: Risonanza Magnetica Nucleare

IVH: Emorragia cerebrale intraventricolare

SONDINO NG: Sondino nasogastrico

PDA: Pervietà del Dotto Arterioso di Botallo

EEG: Elettroencefalogramma

ECG: Elettrocardiogramma

CFM: Registrazione dei potenziali di membrana dei neuroni in continuo per monitorare il livello di sofferenza cerebrale

IPOTERMIA: Metodica invasiva grazie alla quale il neonato con grave asfissia viene mantenuto per 72 ore ad una temperatura corporea bassa per ridurre i processi ossidativi a livello cerebrale (che aggravano il danno ipossico)

ACIDOSI METABOLICA: Alterazione del pH del sangue conseguente a danno tessutale metabolico

VLBW: Grande prematuro (sotto le 32 W ed i 1500gr di peso)

ELBW: Prematuro estremo (sotto le 27W ed i 750gr di peso)

LATE PRETERM: Prematuri sotto la 36 W

ABSTRACT

INTRODUZIONE ALLE CASISTICHE PRESENTATE

prima parte

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

CASO CLINICO 1

viene riportato il caso clinico di una neonata outborn a termine con gravissima sofferenza postnatale trattata con terapia come da protocollo e CST. L'evoluzione clinica estremamente positiva (dati i segni clinici di sofferenza) e la compliance familiare veramente buona pongono interessanti interrogativi sull'efficacia della terapia craniosacrale. Il lavoro è corredato da filmati e foto fortemente suggestivi.

CASO CLINICO 2

Grande prematuro 28W che ha sviluppato grave sofferenza alla nascita e grave sindrome respiratoria. Presenza di emorragia subependimale ed intraventricolare di I grado ed in seguito di ROP di I grado e di broncodisplasia. In atto persiste solo una diplegia degli arti inferiori - La terapia craniosacrale è stata avviata subito dopo la nascita e non ha ricevuto altre terapie riabilitative. Come si può evincere dai filmati A ha elaborato con grande consapevolezza la sua diplegia, che gestisce serenamente e senza preferenza di arto, senza porsi limiti di alcun tipo. Ha vissuto funzionalmente tutti i suoi step maturativi fisiologici e di fatto non vive limiti funzionali. Dal punto di vista cognitivo è perfettamente integrato.

CASO CLINICO 3

Neonato con stroke all'emisfero destro ed ai nuclei della base destri trattato con CST sia in fase comiziale (è riportato filmato) che in seguito. Si documenta l'evoluzione di tale lesione.....

CASO CLINICO 4

Prematuro 33W outborn, con grave sindrome respiratoria ingravescente, emorragia polmonare aggravata da shock settico, convulsioni da ipocalcemia ed emorragia dei plessi corioidei, E' stata praticata CST sin dalle prime ore di ricovero. Si è potuto dimetterlo in 13a giornata. E' stata proseguita CST sull' ambiente familiare in ambito ambulatoriale. Il piccolo ha potuto esprimere tutte le sue potenzialità. I referti neuropsichiatrici di follow-up sono fortemente dimostrativi di un QI superiore alla norma.

CASO CLINICO 5

caso clinico di gravissima asfissia perinatale trattata con ipotermia. E' stato eseguito trattamento CST durante la registrazione CFM. Interessante valutare il tracciato durante il trattamento.....

segue

ABSTRACT

INTRODUZIONE ALLE CASISTICHE PRESENTATE

seconda parte

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

CASO CLINICO 6

Viene riportato il caso clinico di una prematura estrema (24 W, gr700) trattata con CST già dalla sala parto. E' stata la prima prematura estrema di tale età a sopravvivere nella nostra UOC. Non presenta esiti a distanza ed i follow-up neurologici sono nella norma. L'unica differenza nell'assistenza è stata la CST....Oggi ha tre anni.

CASO CLINICO 7

Late preterm con distress respiratorio esitato in protratto fabbisogno di ossigeno. Trattata la broncodisplasia con CST. Valutazione dei probabili effetti a distanza.....

CASO CLINICO 8

caso clinico di neonata macrosoma da parto naturale con paralisi del plesso brachiale destro, trattata con CST. Non ha ricevuto altri tipi di trattamenti riabilitativi.

CASO CLINICO 9A - GEMELLI

Vengono riportati i casi clinici di quattro coppie di gemelli in vari gradi di prematurità trattati con CST in modalità randomizzata. In tale maniera si è inteso operare una comparazione efficace per valutare l'effetto del trattamento (condizioni cliniche di partenza sovrapponibili). La scelta del gemello da trattare è stata guidata dalle condizioni cliniche, scegliendo il più svantaggiato dei due. Si è potuta constatare una tangibile differenza di decorso clinico, addirittura con possibilità di dimissione anticipata rispetto il gemello non trattato. La coppia di prematuri estremi infine ha avuto un decorso assolutamente opposto, ed il decorso clinico della sopravvissuta è stato ottimo anche in considerazione della estrema prematurità.

CASO CLINICO 9B - GEMELLE

Gemelle di 34 W trattate entrambe in sala parto e lasciate in rooming-in con la mamma. Viene esplicata la modalità di trattamento anche successivo. Le piccole non hanno presentato alcun problema.....

LA CRANIO-SACRAL THERAPY

INTRODUZIONE ALLA TECNICA CRANIO-SACRALE

prima parte

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

1) La Cranio-Sacral Therapy (CST) è una metodica di medicina manuale, non invasiva che si affida alla percezione che al terapista viene data dal corpo del paziente.

2) La lettura da parte del terapista, in rapporto alla funzionalità fisiologica suddetta, darà al terapista stesso una visione terapeutica delle tecniche da applicare al paziente.

3) Principalmente la tecnica da usare con i bambini è quella del “V Spread”.

V Spread: l’applicazione delle mani da una parte all’ altra parte del corpo con intento di percepire modifiche fisiologiche della fascia.

4) La Terapia Cranio-Sacrale si basa sulla percezione da parte del terapista di quello che è il movimento fisiologico che si manifesta sul paziente attraverso il Ritmo Cranio-Sacrale (RCS).

Il terapista, valutando tale movimento, può decifrare anomalie fisiologiche sul sistema stesso e sul sistema biomeccanico.

5) Una volta stabilito questo, il terapista andrà alla ricerca della causa del sintomo tramite una tecnica nominata “***Arching***” la quale si basa sulla ricerca di quello che è uno stato entropico della fascia.

Entropia: segue la seconda legge della termodinamica e cioè da una stato funzionale si passa ad uno stato di disfunzione.

Dunque l’importanza da parte del terapista di poter percepire l’entropia.

segue

Fatto questo, il terapista applicherà appunto una tecnica che si chiama «direzione di energia e che va a riequilibrare la fascia inducendo nella stessa «sintropia», che è energia di guarigione.

6) Inoltre il terapista potrà affidarsi al ***fattore significativo*** (in terapia energetica cranio-sacrale è quel momento di fermo del ritmo cranio-sacrale), dovrà aver chiaro **l'intento** (che è ciò che da la direzione dell'intervento manuale) ed avere **fede** (cioè credere fermamente nelle proprie percezioni ed alla fisiologia cui facciamo riferimento) e quest'ultima è ciò che darà l'energia sufficiente allo svolgersi di qualsiasi fenomeno.

7) Grande importanza avrà inoltre una accurata anamnesi ostetrica e familiare, onde poter individuare le caratteristiche dell' «ambiente terapeutico» nel quale stiamo operando.

L'attitudine del terapista dipende dalle sue capacità di essere: IMPARZIALE, NON GIUDICANTE, DI SAPER SUBORDINARE L'EGO, DI ESSERE INCONDIZIONALE. Tale atteggiamento gli permetterà di mantenere aperti canali percettivi specifici nello **spazio terapeutico**.

segue

In Terapia Cranio-Sacrale viene utilizzata una tecnica che si chiama "**SER"**:
RILASCIO SOMATO-EMOZIONALE – **SomatoEmotional Release®**.

Questa tecnica è utilizzata quando nella disfunzione fisica ci può essere una componente emotiva che, se non trattata, può alimentare la disfunzione fisica stessa.

In un nucleo famigliare, quando un membro è in disfunzione, cosi pure lo sono tutti gli altri.
Nella Terapia Cranio-Sacrale ci si prende cura di tutto il nucleo famigliare e non solamente del della persona che presenta la disfunzione. Nello specifico, il CST pediatrico riteniamo essere determinante fare riferimento all'anamnesi gestazionale, personale, di coppia, familiare (QTA: Questionario Temporale-Ambientale che costituisce parte integrante della cartella clinica).

LEGENDA (*per una migliore comprensione delle tecniche Cranio-Sacrali adottate nel trattamento dei casi descritti di seguito*).

ARCHING: è la tecnica usata per percepire una lesione attiva della fascia che modifica la frequenza e la rende atrofica e dunque poco vascolarizzata, poco mobile e può essere causa di disfunzione e adattamento.

DIREZIONE DE ENERGIA: è la tecnica dove, attraverso il tocco da parte del terapista con ambo le mani, una nella parte anteriore e una nella parte posteriore del punto entropico, si applica l'intento del pensiero avvicinando le mani per poter dissipare la restrizione fasciale.
Attraverso l'impulso periferico del sistema nervoso centrale e stimolando una migliore circolazione periferica che libera tossine, si libererà la fascia e se ne ripristinerà la funzionalità.

PRESENTAZIONE

ESTRATTO DAL VIDEO DI PRESENTAZIONE PROIETTATO NEL MESE DI APRILE DEL 2015 IN FLORIDA - USA -, AL CONVEGNO INTERNAZIONALE DELL'UPLEDGER: ***BEYOND THE DURA*** *- 2015*

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL VIDEO DI PRESENTAZIONE DELLO STUDIO SVOLTO,

CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE OPPURE CLICCATE SU:

http://www.accademiacraniosacrale.it/video/presentazione.html

CASO CLINICO (1) R.G.

(*diviso in 9 parti*)

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

ESPERIENZA DI TERAPIA CRANIO-SACRALE SU UNA NEONATA

OUTBORN A TERMINE CON GRAVISSIMA SOFFERENZA POSTNATALE

segue

LA PICCOLA R.G. È NATA DA:

- parto eutocico avvenuto in 39 W di età gestazionale
- con peso di gr 3.000 ed indice di Apgar 9-10.
- A circa 30 minuti dalla nascita **compariva difficoltà di adattamento post-natale** con **gemito e lieve polidispnea**.
- Veniva posta in ossigenoterapia in termoculla.
- Dopo circa un'ora si assisteva ad un critico peggioramento delle condizioni cliniche, tanto che si rendeva necessario **intubarla** e **trasferirla in urgenza presso la nostra UOC** (**A CIRCA 2 ORE E 30 MINUTI DI VITA**).

segue

ALL'ARRIVO la piccola era in condizioni di estrema gravità:

- presentava **bradicardia estrema** (FC circa 30b/min),
- **atonia**,
- **areflessia**,
- **assenza di attività respiratoria autonoma**,
- **pupille isocoriche debolmente reagenti**.
- Il **tubo endotracheale** era scivolato **in bronco dx**.
- Veniva posta in **ventilazione meccanica** ed avviata immediatamente **rianimazione farmacologica** con *Dopamina* e *Dobutamina*.
- Veniva **somministrato bicarbonato** per tentare la correzione della quota metabolica della gravissima acidosi (emogas su arteria:pH:6,9; EB:-17,1; CO2:78, O2:44 ossigeno al 90%).

segue

DURANTE TUTTO CIÒ:

compare crisi convulsiva caratterizzata da **scosse tonico-cloniche**, **ipertono** e **desaturazione**.

- Viene quindi somministrato bolo di *Luminale* 20mg/Kg.

SONO PASSATE CIRCA 1,5 ORE DALL'INGRESSO IN REPARTO

La piccola **ancora non si ossigena bene**.

- Viene ripetuto Rx torace che evidenziava ancora la presenza del tubo e-t in bronco dx.
- Si posiziona correttamente e quindi si somministra *Surfattante* alla dose di 200mg/Kg.

Una volta stabilizzata la piccola, viene eseguita **puntura lombare** ed **eseguito EEG**, che dà il seguente esito: "**In burst-suppression presenza di anomalie parossistiche sulla regione temporale dx**. Registrato verosimile evento critico a verosimile esordio nella regione temporale dx".

- L'esame chimico-fisico e colturale del liquor sono risultati negativi.
- Viene anticipata la dose di mantenimento del *Luminale* per il verificarsi di nuove crisi convulsive.

segue

A CIRCA 16 ORE DI VITA

Eseguo il primo trattamento cranio-sacrale (ancora non avevamo il referto EEG e colturale del liquor)

- La piccola va in ipertono ed in lievi clonie appena la si tocca.
- Le mani vanno subito sul parietale dx, dove percepisco una sensazione palpatoria come di cefaloematoma (che però non era presente).
- Percepisco inoltre una grave restrizione all'emisoma dx (testa, collo e torace).
- Tratto tali restrizioni ed il diaframma respiratorio, lo stretto toracico e soprattutto determino un flusso di energia timo-testa, dove la piccola mi tiene a lungo.
- Durante il trattamento l'ipertono si attenua gradualmente fino alla normalizzazione. L'emogasanalisi migliora, tanto che a distanza di qualche ora è possibile cambiare la modalità di ventilazione (PSV+VG) perchè compare l'attività respiratoria autonoma valida e costante.
- È rilassata, aperta e reagisce in modo più fisiologico agli stimoli.

segue

A CIRCA 33 ORE DI VITA - la mattina successiva.

- viene **estubata e lasciata in respiro spontaneo**.
- Viene eseguito nuovo **EEG** che risulta **NELLA NORMA**. E' ancora presente una frequenza cardiaca bassa (tra 80 e 100b/min).
- All'ECG risulta QTc lungo (0,50sec), per cui si esegue esame Holter.
- La piccola è capace di **succhiare validamente e di tollerare l'alimentazione** (nelle ore precedenti era presente ristagno gastrico, per cui era stata praticata solo alimentazione trofica, non nutritiva).
- Persistono ancora ipotonia agli arti superiori, polidispnea e lieve protrusione della lingua.

A 71 ORE DI VITA - **Eseguo un nuovo trattamento cranio-sacrale**. (vedi filmato)

- La fascia mi manda sull'osso ioide, poi allo stretto toracico, al V diaframma ed infine al diaframma respiratorio.
- Li tratto tutti e la bimba accetta benissimo il trattamento e ride.
- Infine tratto lo sfenoide e pratico 2 Still Point.
- Un nuovo esame dei riflessi neonatali indica che:
  - è divenuta **fisiologica la prensione palmare**,
  - è **migliorata la plantare**,
  - **la polidispnea è quasi scomparsa**
  - e **la lingua è rientrata**
  - **la saturazione di ossigeno è sempre ottimale**.

segue

NEI GIORNI SUCCESSIVI - il decorso clinico è stato discreto, ma in sesta giornata di vita:

- si è verificata rettorragia ingravescente.
- All'Rx-diretta addome si è evidenziata "distensione gassosa di più anse intestinali, con associati alcuni livelli idroaerei, prevalentemente localizzati in sede epi-mesogastrica, in ipocondrio sx e nella regione del fianco omolaterale".
- Per tale motivo veniva trasferita in urgenza presso l'UOC di chirurgia pediatrica di Cosenza, ove veniva effettuata un'esplorazione chirurgica laparotomica, a seguito della quale si riscontrava un quadro di **appendicite acuta purulenta con ascesso periappendicolare e versamento corpuscolato intraperitoneale**.
- Si procedeva all'appendicectomia. In considerazione dell'eccezionalità del caso e la possibile associazione con patologia agangliare intestinale, si è proceduto a contestuale biopsia sieromuscolare del colon (risultata negativa).
- Il decorso post-operatorio è stato regolare con ripresa della canalizzazione in tempi fisiologici e rialimentazione progressiva ben tollerata.

Nota: Probabilmente il trattamento cranio-sacrale ricevuto ha attivato la «tonsilla intestinale», la quale forse ha protetto la piccola da conseguenze intestinali più gravi.

ALLA DIMISSIONE è stato programmato follow-up clinico presso la nostra UOC, ove io la riprendevo in carico e programmavo percorso di terapia cranio-sacrale.
Presentava:

- **deviazione del capo a sx**,
- **tono muscolare normale** e
- **fisiologica capacità ad alimentarsi**.

segue

Iniziamo percorso di Terapia Cranio-Sacrale ambulatorialmente,
con il Dott. Giacomo Passavanti.

Note: La madre è molto tesa ed in ansia, mentre la piccola è serena.

Trattiamo entrambe:

- stimoliamo la madre a migliorare le vie di comunicazione con la piccola e trattiamo la cicatrice addominale di Gaia. (vedi filmato)
- La **piccola ha ridotto gradualmente il dosaggio del barbiturico fino a sospensione** ed è stata sottoposta al **follow-up neurologico di routine, risultato sempre nella norma.**
- **L'EEG** di controllo senza farmaco è risultato anch'esso **nella norma**.

Note: *La madre invece, man mano che la situazione migliorava, rilasciava tensione, andava incontro ad episodi di pianto, vedeva sintomatologie strane in Gaia (riferiva sospetto di ipoacusia, calo dell'attenzione, ecc). Durante il trattamento riferiva che non riusciva a credere che Gaia potesse star bene. Era alla ricerca spasmodica del "perchè scientifico" su ciò che era successo a Gaia ed il non trovarlo la rendeva insicura e ansiosa. Inoltre era più vulnerabile ai colloqui con i medici, che aumentavano la sua ansia.*

segue

CASO CLINICO (1) R.G.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

ottava parte

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL VIDEO DEL CASO CLINICO 1: CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico1.html

segue

Abbiamo molto lavorato sia su Gaia che sulla mamma. Durante alcune sedute la piccola aveva "rilasci" con pianti accorati e difficilmente consolabili. Notavamo, sia noi che i genitori, che il pianto era "diverso", era il "pianto SP" con un timbro più profondo. La piccola restava ferma sotto le nostre mani ed aveva uno sguardo concentrato, e ciò unito alla percezione di un rilascio, ci faceva restare in barriera senza interrompere per consolarla. Tali rilasci venivano poi seguiti da un rilassamento profondo con espressione serena del viso e a volte sonno profondo. Le successive fasi di crescita sono state fisiologiche e la piccola è rimasta matura e centrata. La sua storia clinica ha molto colpito uno dei massimi esponenti della Neonatologia italiana (docente universitario presso la città di Napoli) che ha chiesto a Giacomo e me una relazione conoscitiva sulla CST.

Ai follow-up neurologici di controllo Gaia viene descritta come perfettamente appropriata sia dal punto di vista motorio che cognitivo. E' aperta agli stimoli cui risponde bene e con serenità. E' allegra, consapevole e risponde alle novità con equilibrio. Ha reagito alla scolarizzazione serenamente e socializza senza problemi.

Non sappiamo quale evoluzione clinica avrebbe avuto Gaia senza trattamento cranio-sacrale. Sappiamo solo che ha fatto Terapia Cranio-Sacrale.

CASO CLINICO (2) C.A.

(*diviso in 14 parti*)

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

ESPERIENZA DI TERAPIA CRANIO-SACRALE SUL NUCLEO FAMILIARE DI UN NEONATO PREMATURO DI 28 SETTIMANE DI ETA' GESTAZIONALE

segue

A **28 SETTIMANE** DI ETÀ GESTAZIONALE

- Nato 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.
- ha sviluppato **grave sofferenza alla nascita** e
- **grave sindrome respiratoria**.
- presenza di **emorragia subependimale ed intraventricolare** di **I grado**
- ed in seguito di **ROP** di **I grado** e di **broncodisplasia**.
- In atto persiste solo una **diplegia degli arti inferiori**

segue

CASO CLINICO (2) C.A.

A. ANAMNESI

seconda parte

È stato necessario:

- rianimarlo in sala parto
- intubarlo per il persistere di grave polidispnea, gemito e scarsa penetrazione di aria ai polmoni,
- somministrare surfattante per indurre maturazione polmonare.

È 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 reintubato dopo qualche ora ed è stato nuovamente somministrato surfattante.

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

NELLA QUINTA GIORNATA, è stato possibile estubare C. A., ma è rimasto un certo grado di ossigeno dipendenza fino alla ventesima giornata di vita.

segue

CASO CLINICO (2) C.A.

A. ANAMNESI

terza parte

A 53 GIORNI DI VITA È STATO DIMESSO PER LA PRIMA VOLTA.

- 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 PRIMA DIMISSIONE

- 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 stato somministrata Furosemide a giorni alterni.

L'ecocardio, l' RMN encefalo e l'EEG erano nella norma per l'età.

DOPO 16 GIORNI DAL SECONDO RICOVERO VENIVA DIMESSO.

Dopo 16 giorni dal ricovero veniva dimesso con terapia anti reflusso gastro-esofageo e poli vitaminici. I genitori apparivano emotivamente molto provati, per cui gli viene proposta Terapia Cranio-Sacrale come supporto.

CASO CLINICO (2) C.A.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

quarta parte

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, C.A., la Dott.ssa Giovanna Fontanelli e il Dott. Giacomo Passavanti, mentre il fratellino è sempre stato assente.

Prima seduta di CST:

- 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 fetale 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.

  C.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, 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. (contratto)

segue

Seconda seduta di CST:

- 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.

segue

Terza seduta di CST:

- 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 percepivamo tutti era di benessere da parte sua.

segue

CASO CLINICO (2) C.A.
B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE
settima parte

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA
Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

Dalla quarta alla nona seduta di CST:

- Sempre con papà e mamma presenti, C. A ci permette di lavorare sulle sue restrizioni toraciche, che si localizzano maggiormente sull'emitorace 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 sentire di entrambi è di mantenersi in barriera nonostante il pianto, che, se dovessimo tradurlo, simulerebbe un adulto che dice:"ho dolore, tensione, ecc...".

*Questo punto della barriera vissuta con **pianto specifico**, (il piccolo, pur essendo agitato, **non si divincola**, mantiene **contatto visivo** con l'operatore, **non lacrima** e soprattutto **la madre non riconosce tale pianto** come pianto usuale) sarà uno dei punti emersi dalla ricerca, più volte, che discuteremo a voce e che da adesso in poi nelle altre relazioni sarà definito "pianto SP'.*

- Nel frattempo tranquillizziamo i genitori che, affidandosi, capiscono il diverso significato del pianto di C.A. Contemporaneamente al manifestarsi del rilascio, C.A si quieta 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 progressi 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**".

segue

Decima seduta di CST *(di grande significato):*

- Dal colloquio si registra l'apprensione dei genitori per l'esito e lo svolgimento della visita neurologica .
- 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 (pianto SP), 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 forzosa. Questa situazione prosegue per molti minuti e l'atteggiamento di fiducia dei genitori ci permette di mantenere la 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 ogni posizione per diversi minuti.

segue

- Dopo 20 minuti di questi eventi, intervallati da pause dal pianto con respirazione dispnoica, avviene la completa distensione del corpo, che si atteggiava a rana in posizione supina, addormentandosi.
- I lineamenti del viso e gli arti sono rilassati. La respirazione da quel momento in poi diviene 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”.

segue

Undicesima seduta di CST:

- L'umore è decisamente diverso, i genitori manifestano grande soddisfazione ed il loro sorriso è sereno.
- **C.A ruota su entrambi i fianchi** senza manifestare 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 maggiore integrazione dei riflessi primari e un tono muscolare più fisiologico.

***Continueremo**, in accordo con i genitori, a seguire la terapia **ogni 4 settimane**.*

segue

La Terapia Cranio-Sacrale è stata avviata *subito dopo la nascita* e *non ha ricevuto altre terapie riabilitative.*

La CST 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 essere **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 cuore. Anche lei sente suo marito nel cuore, l'energia fluisce.

Come si può evincere dai filmati (qui di seguito) **il paziente C. A.** (Caso Clinico 2):

- CA manifesta una grande capacità di evoluzione, cognitiva e motoria, tale da superare con destrezza gli impedimenti che la sua diplegia determina, impedimenti che gestisce serenamente e senza preferenza di arto e senza porsi limiti di alcun tipo.
- ha vissuto funzionalmente tutti i suoi step maturativi fisiologici e di fatto non vive limiti funzionali.

Dal punto di vista **cognitivo è perfettamente integrato**.

CASO CLINICO (2) C.A.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

dodicesima parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 1° VIDEO DEL CASO CLINICO 2: CLICCATE SULLIMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico2_video1di2.html

segue

CASO CLINICO (2) C.A.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

tredicesima parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 2° VIDEO DEL CASO CLINICO 2: CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico2_video2di2.html

segue

CASO CLINICO (2) C.A.

C. CONCLUSIONE

quattordicesima parte

C.A. È NATO NELL'OTTOBRE DEL 2011 ED **ADESSO HA QUATTRO ANNI**.

L'esito piu evidente della sua condizione alla nascita è stata una di**plegia degli arti inferiori e con piattismo di terzo grado del piede sinistro**, per i quali sono state praticate ***manipolazioni*** da parte dei genitori più volte al giorno su precisa indicazione ed istruzione da parte di Giacomo, ***accompagnate da sedute di CST con cadenza sempre più diradata***.

Il piccolo **ha elaborato un suo proprio adattamento** che gli ha permesso di gattonare, quindi di assumere la **posizione eretta** (a volte ancora necessita di un punto di appoggio) e di **camminare** (con plantare di supporto), **correre**, **andare in bicicletta e quant'altro**.

La sua struttura ha elaborato in maniera autonoma gli schemi motori più idonei alla sua condizione. Ciò che colpisce inoltre di A è che **è un bimbo sereno**, **allegro**, **giocherellone**.

Se stimolato oltre le sue capacità, non si spaventa. Riflette e tenta, non si tira indietro, e ciò crediamo ha contribuito grandemente a far si che superasse i suoi ostacoli.

I genitori gli sono accanto con buone capacità ad elaborare la paura e le sensazioni che suscita la deambulazione di A, tanto che **il bimbo si "*sente libero*".**

CASO CLINICO (3) R.G.

(*diviso in 5 parti*)

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

EMORRAGIA CEREBRALE IN NEONATO CON TROMBOFILIA GENETICA

segue

NATO A 39 W DI EG DA PARTO CESAREO PER MANCATA PROGRESSIONE

- con peso di **gr 3.630** ed
- Indice di **Apgar 9-10**.

A 20 ORE CIRCA DALLA NASCITA

- si sono verificare crisi di cianosi, per le quali è stato trasferito in NICU.
- tali crisi si accompagnavano a sintomatologia simil-comiziale, per cui è stato effettuato carico di *Luminale*, che è stato poi necessario ripetere dopo circa 12 ore.

segue

CASO CLINICO (3) R.G.

A. ANAMNESI

seconda parte

RMN-Encefalo,

- sede **fronto-temporo-parietale di destra** un'estesa area, cortico-sottocorticale, di **restrizione della diffusività** da riferire ad evento ischemico di recente insorgenza.
- Coesiste interessamento dei nuclei della base omolaterali, nel cui contesto si apprezzano delle **piccole aree ipointense** da riferire a prodotti di degradazione dell'emoglobina.
- Si segnala **appianamento dei solchi** tra le circonvoluzioni cerebrali dell'emisfero dx.
- Il **ventricolo laterale dx** appare **improntato**.
- Strutture della linea mediana in asse.

L'angio RMN arteriosa ha messo in evidenza:

- **riduzione di flusso** dei *rami distali dell'arteria cerebrale media di dx subito dopo la sua biforcazione*.
- **Normale morfologia e segnale** dei *seni venosi*.

E' stato anche eseguito **EEG**, che ha evidenziato:

- Registrate **3 crisi epilettiche** ad origine *emisferica dx*.
- **Attività elettrica cerebrale intercritica** alterata per la presenza di chiare anomalie epilettiformi a sede *emisferica dx*.

A questo punto viene praticata la prima seduta di Terapia Cranio-Sacrale.

segue

Dal primo trattamento di CST in poi non si sono più verificate crisi.

- A distanza di qualche giorno è stato eseguito un altro trattamento.
- Il piccolo successivamente ha avuto un **decorso discreto**.
- La postura rimane in lieve **ipertono** ed **a volte gli arti vanno incontro a tremori**.
- Lo **sguardo è focalizzato** ed i **movimenti nonostante tutto sono finalizzati**.

È stata posta **diagnosi di trombofilia genetica**, per la quale è in terapia.

Allo studio **angio-RM TOF** del circolo arterioso, in atto :

- si apprezza **netto miglioramento del segnale di flusso** *nei rami periferici dell'arteria celebrale media di destra*, alcuni dei quali risultano **più rappresentat**i rispetto ai *corrispettivi controlaterali*. Sostanzialmente **immodificati i restanti reperti**.

Ciò nonostante la terapia con *eparina* è stata effettuata con bassissimo dosaggio nei primi 4 giorni.

L' **EEG** di controllo ha evidenziato:

- **attività elettrica celebrale alterata** per la presenza di modeste anomalie sia lente che parossistiche a sede emisferica destra.

segue

CASO CLINICO (3) R.G.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

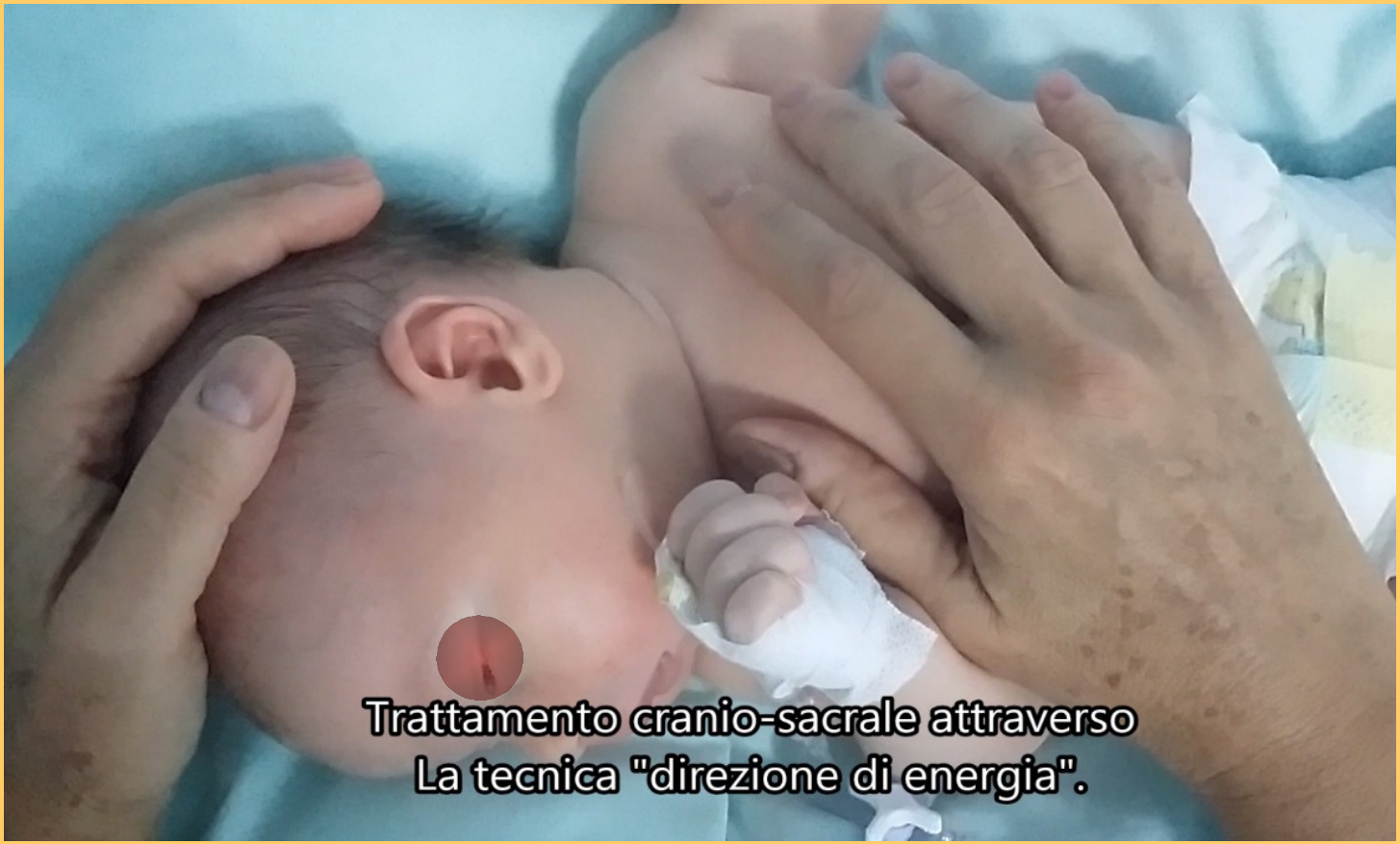
quarta parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL VIDEO DEL CASO CLINICO 3: CLICCATE SULLIMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico3.html



segue

Questo caso ci fa notare che anche in quadri neurologici gravi ed acuti può essere utile ottimizzare l'ambiente in cui la disfunzione si esprime

Tema di discussione:

utilizzo della CST in emorragia cerebrale in fase acuta

CASO CLINICO (4) F.C.

(*diviso in 7 parti*)

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

LA MAGGIORE "CONSAPEVOLEZZA DEL SE"

CHE SI MANIFESTA NEI BIMBI TRATTATI CON LA TERAPIA CRANIO-SACRALE

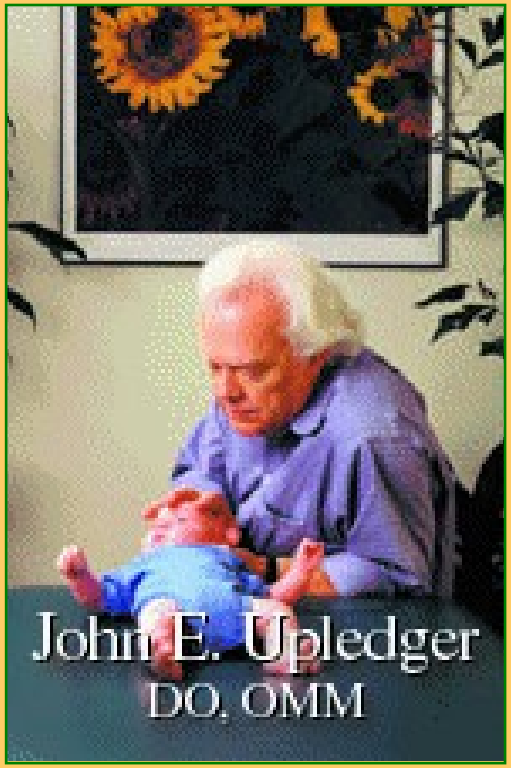


Foto d'archivio dell'Upledger Institute International INC - USA

CASO CLINICO (4) F.C.

A. ANAMNESI

prima parte

F. C. È NATO A 33 W (+5/7) DI EG

- con peso di **gr2150**, **CC:32cm**, **L:45cm** ed
- Indice di **Apgar 8** al 1' min ed **Apgar 9** al 5'min, da parto spontaneo di vertice.

A UN'ORA CIRCA DALLA NASCITA

- ha presentato una sintomatologia da **distress respiratorio ingravescente**, per la quale sono stati avviati nell'ordine *ossigenoterapia e ventilazione assistita* tramite NCPAP.

All'emogasanalisi era evidente:

- grave acidosi respiratoria ed
- ipossia

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.

segue

È stato somministrato *Surfattante* per via endotracheale, ottenendo però scarso beneficio per il sopraggiungere di una emorragia polmonare.

Sono stati potenziati i parametri ventilatori e somministrata nuova dose di *Surfattante*.

Dopo ciò, 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 l'emorragia polmonare).

segue

IL GIORNO DOPO

• veniva effettuata **trasfusione di pappa** di emazie per l'anemia provocata dall'emorragia polmonare.

• le condizioni cliniche e la meccanica ventilatoria sono andate via via migliorando.

All'ecografia cerebrale

• una **emorragia dei plessi corioidei**.

Agli **esami ematochimici**

• una **positività degli indici di flogosi**, per la quale comunque da subito era stata avviata *terapia con associazione antibiotica (Unasyn+Tobramicina*), a cui si è aggiunta terapia con *Immunoglobuline*.

segue

A 36 ORE CIRCA DI VITA

- è comparsa sintomatologia convulsiva associata ad ipocalcemia, per la quale è stata avviata terapia con Fenobarbital.

NELLA QUINTA GIORNATA DI VITA

- è stato possibile estubarlo e porlo nuovamente in NCPAP.

DOPO ANCORA DUE GIORNI CIRCA

- 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 compatibile con la logistica del Reparto (tre sedute).

segue

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.

Il piccolo ha proseguito CST con cadenza settimanale.

Durante le prime sedute in studio:

sempre seguendo l'arching, è risultato necessario lavorare sulla madre, in quanto palesava ansia e grande preoccupazione per suo figlio, aggravata da "pareri medici" negativi e destabilizzanti. (Questionario QTA), Era presente inoltre ipogalattia.

In trattamento la madre ha verbalizzato la paura ed ha accettato (contratto) la modificazione di un comportamento (risiedeva temporaneamente a casa dei genitori, decide di tornare a casa sua con il marito). Dopo di allora il trattamento si è focalizzato sul piccolo.

segue

CASO CLINICO (4) F.C.
C. CONCLUSIONE
sesta parte

IL PICCOLO C.F. OGGI HA CINQUE ANNI E:

- è cresciuto con grande consapevolezza di se, sviluppando un quoziente intellettivo decisamente al di sopra della norma (vedi referti diNeuropsichiatri infantili e relazioni delle maestre) ed una proprietà di linguaggio superiore alla sua età.

Dal punto di vista motorio ha elevatissime competenze.

- **gioca** con le costruzioni **a livelli molto superiori** alla sua età ed
- i **follow-up neurologici** sono sempre stati **ottimi**.

Permane a tutt'oggi una diatesi allergica importante.

Una volta a casa la madre è riuscita ad alimentarlo totalmente col suo latte, ma a circa sei mesi è comparsa sintomatologia allergica grave generalizzata, per la quale si è reso necessario trattamento antistaminico e cortisonico.

La madre è stata sottoposta a dieta priva di proteine del latte e la situazione è **gradualmente migliorata**, per poi peggiorare drasticamente durante lo svezzamento.

L'introduzione di nuovi alimenti a volte procurava gravi reazioni allergiche:

- Vari tipi di latte, fino a giungere al latte di asina;
- cibi che contengono frutta secca;
- alcuni tipi di carne;
- cibi che contengono lattosio.

segue

CASO CLINICO (4) F.C.

C. CONCLUSIONE

settima parte

Causa la diatesi allergica importante di C.:

si è giunti persino alla necessità del ricovero d'urgenza per il grave rischio di shock anafilattico. A ciò vanno aggiunti numerosi importanti episodi di dermatite da contatto.

AI TRE ANNI DI ETÀ

E' stata diagnosticata celiachia.

Si è potuta poi avviare dieta di reintroduzione, grazie alla quale assume una dieta più variata. Il piccolo infine è portatore di microcitemia.

Ha sempre affrontato con grande equilibrio e serenità gli episodi critici e le dermatiti, a volte suggerendo egli stesso la somministrazione della terapia alla mamma, e rifiutando in maniera autonoma i cibi che gli procurano allergia.

Spesso durante gli episodi acuti, nonostante portato dal pediatra e curato farmacologicamente, C. richiedeva trattamento cranio-sacrale (portami da zia Giò e zio Giacomo), richiesta che veniva assecondata con partecipazione dalla madre, che lo portava presso il nostro ambulatorio. Spesso non risultava necessaria alcuna visita pediatrica, ne trattamento farmacologico per fare rientrare la fase acuta.

Infine C. ha dimostrato gioia ed equilibrio alla nascita del fratellino, col quale è molto affettuoso e coinvolgente.

Anche su questo caso avremo degli approfondimenti:

È' stato uno dei primi casi e quello che ci ha insegnato il "pianto SP", ha sottolineato il sistema mamma-figlio, **ha esplicato chiaramente la maggiore "consapevolezza del se" che si manifesta nei bimbi trattati con CST**.

CASO CLINICO (5) R.F.

(*diviso in 5 parti*)

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

EFFETTI DEL TRATTAMENTO CRANIOSACRALE IN NEONATA A TERMINE CON GRAVISSIMA ASFISSIA NEONATALE

Foto d'archivio dell'Upledger Italia – Accademia Cranio-Sacrale

CASO CLINICO (5) R.F.

A. ANAMNESI

prima parte

- NATA **OUTBORN**

- parto **cesareo** in **urgenza estrema** per decesso materno.

- nata in estrema **bradicardia** ed è stata **rianimata** a lungo.

- è stato riferita **ripresa del battito dopo circa 10 minuti**, è' stata quindi trasferita in emergenza presso la nostra UTIN, ove è stata posta in *ventilazione meccanica*, è stata corretta la *gravissima acidosi metabolica* ed è stata sottoposta ad *ipotermia*.

È stato avviato da subito il monitoraggio dei potenziali di membrana cerebrali tramite CFM, monitoraggio che è proseguito per circa 48 ore.

segue

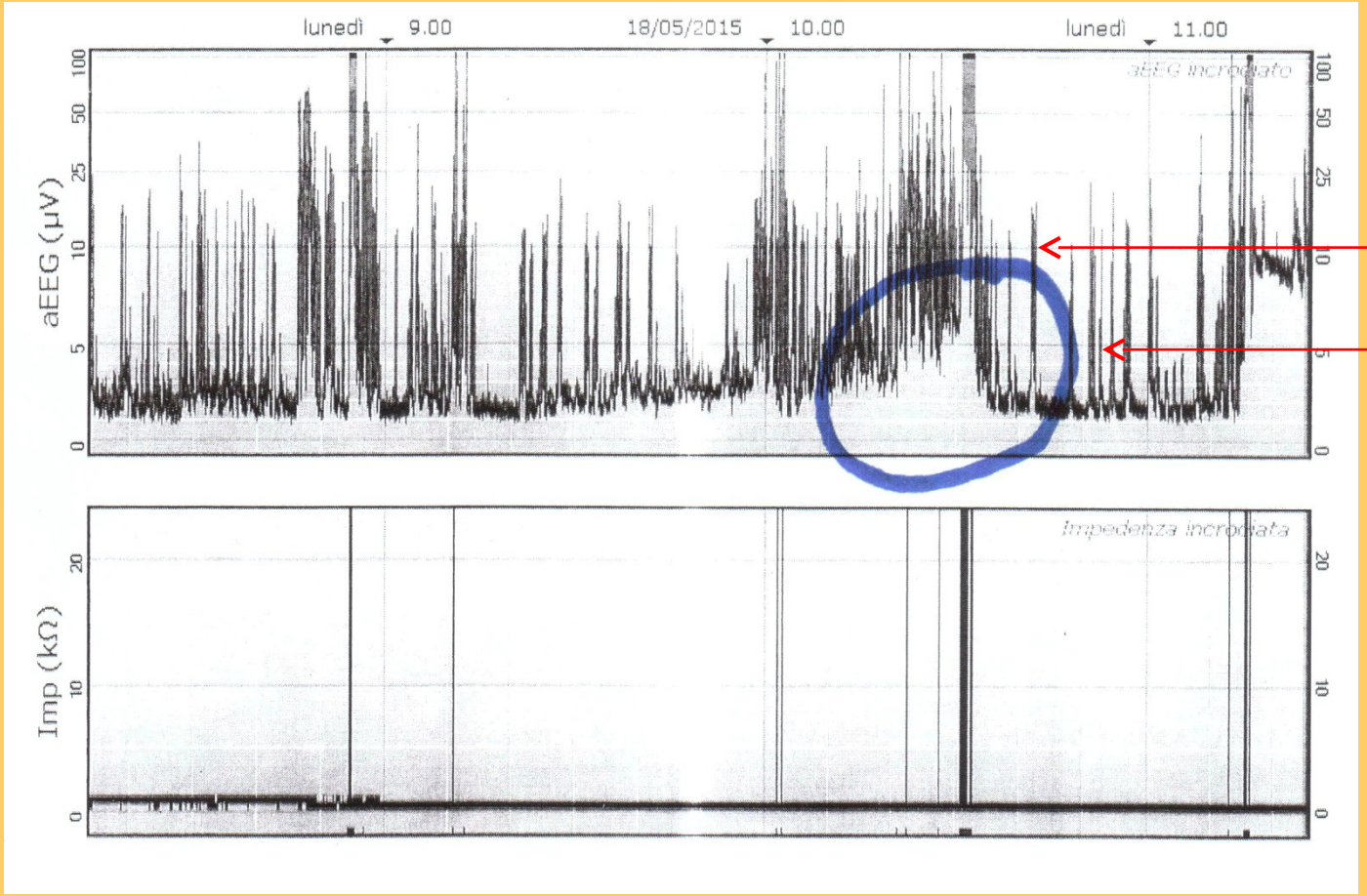
CASO CLINICO (5) R.F.

A. ANAMNESI

seconda parte

*Il tracciato risultava **francamente patolofico***

*(margine inferiore dell'onda **sotto la linea del 5** e **margine superiore sopra la linea del 10**).*



segue

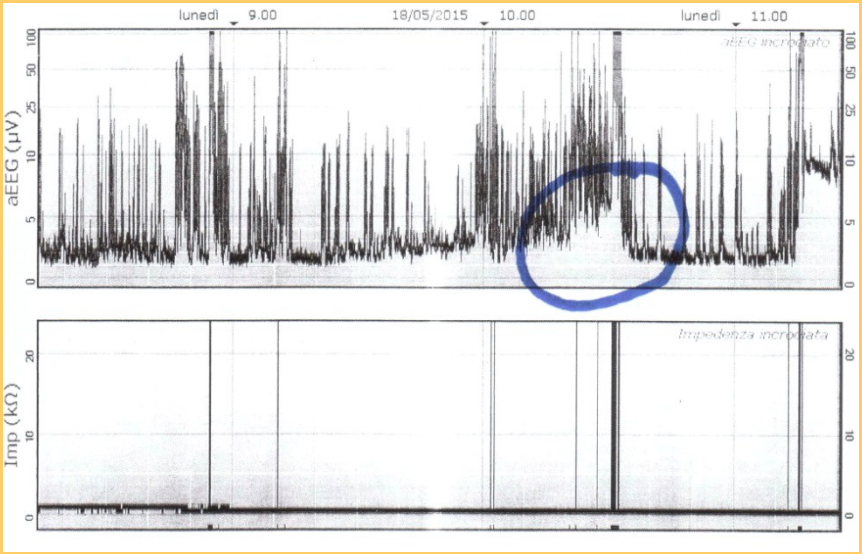
CASO CLINICO (5) R.F.
B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE
terza parte

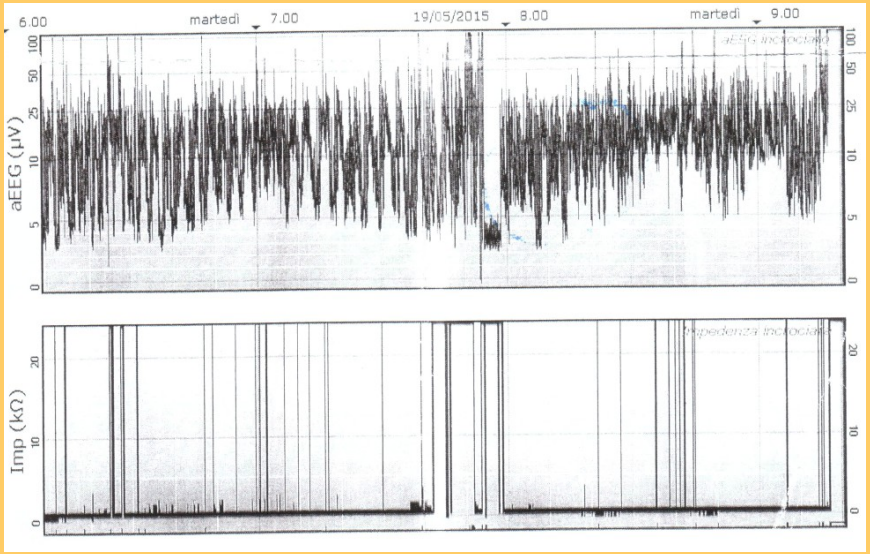
CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA
Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

A CIRCA 10 ORE DAL RICOVERO

Eseguo Trattamento Cranio-Sacrale alla piccola.

La peculiarità di questo caso riguarda proprio il fatto che ho trattato durante la registrazione ed ho potuto osservare una modificazione dell'onda proprio nei 20 minuti di trattamento.

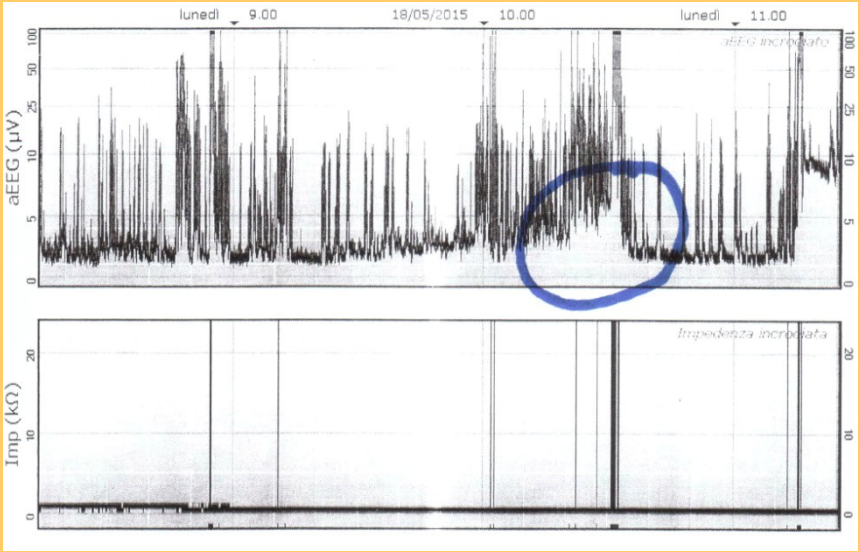


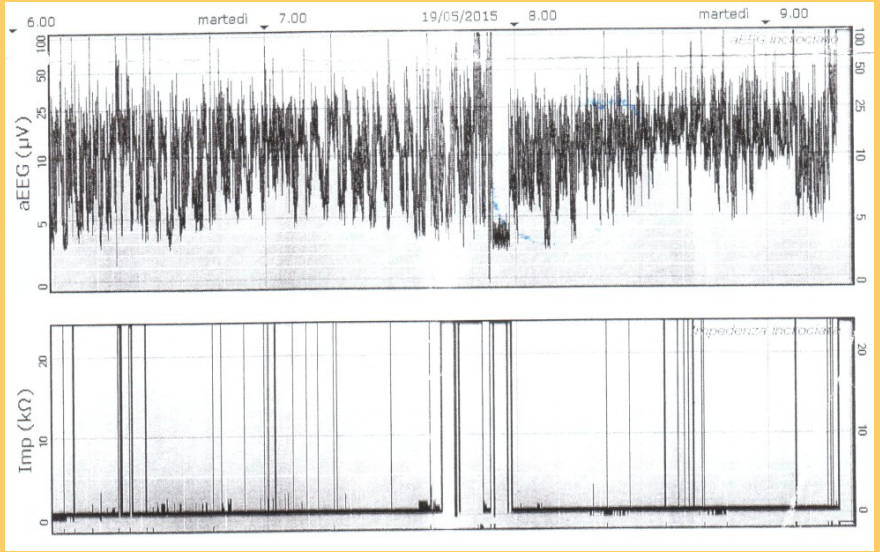


segue

Si nota come l'onda tende ad assumere una configurazione piu fisiologica e cio non puo essere considerato un artefatto vista la durata del fenomeno (circa 20 min).

Sono stata costretta a sospendere il trattamento per un'emergenza di reparto, ed il tracciato ha assunto nuovamente l'andamento precedente.





segue

CASO CLINICO (5) R.G.

C. CONCLUSIONE

quinta parte

Cio apre interessantissime possibilità di monitorare il trattamento ed avere un riscontro obiettivo del suo effetto.

Naturalmente sarà necessario valutare il fenomeno in altre circostanze ed osservarne l'eventuale ripetitività.

La piccola ha avuto in seguito un andamento clinico abbastanza soddisfacente nonostante i danni.

Ha elaborato:

- una sua capacità di **suzione valida** (prevalentemente masticatoria ma efficace),
- si è via via **ridotta l'incoordinazione motoria** (tremori, movimenti afinalistici) così come l'ipertono ai quattro arti.

Per un certo periodo **è stato difficilissimo alimentarla al biberon** in quanto di ribellava e piangeva appena le veniva proposto, quasi ne avesse paura, mentre al contrario se veniva alimentata durante il sonno, succhiava serenamente.

Probabilmente la necessità di alimentarla tramite sondino nelle prime settimane di vita aveva dato l'imprinting di dolore per tutto ciò che entrava in bocca.

Col tempo **è stato superato anche questo problema**.

Studieremo a distanza gli esiti effettivi neurologici.

CASO CLINICO (6) P.L.

(*diviso in nove parti*)

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

TERAPIA CRANIO-SACRALE IN GRANDE PREMATURA

(24 W DI ETA' GESTAZIONALE)

CASO CLINICO (6) P.L.

A. ANAMNESI

prima parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

- P.L. è nata a **24 W** di età gestazionale
- con peso di **gr 700** da parto spontaneo di vertice.
- L'indice di **Apgar** era **8-8**

La madre nei giorni precedenti il parto aveva avuto un episodio febbrile, in seguito al quale iniziava il travaglio. E' stata somministrata profilassi per *MIP* con *cortisone*.

- La piccola **nasceva in condizioni generali discrete**.
- Il **pianto** era **presente** e **valido**, così **come la reattività**.
- Veniva immediatamente posizionata mascherina con *Neo-puff*
  e si praticava subito un trattamento cranio-sacrale.

- Veniva quindi trasferita in TIN e sottoposta a NCPAP con **ossigeno al 25%** e veniva posizionato catetere venoso ombelicale attraverso cui veniva infusa **alimentazione parenterale**,
- Contestualmente **veniva avviata alimentazione enterale trofica**

segue

Veniva quindi praticato un nuovo trattamento cranio-sacrale.

Dagli **esami ematologic**i risultava **positività** degli **indici di flogosi**, per la quale veniva somministrata opportuna *terapia con associazione antibiotica*.

segue

CASO CLINICO (6) P.L.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

terza parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

A CIRCA 12 ORE DI VITA

- si è reso necessario intubare la piccola per somministrare *Surfattante*.
- **FINO AL 18° GIORNO DI VITA** è stata quindi lasciata in *ventilazione meccanica* in modalità flusso-sincronizzata (PSV+VG), quindi è stata posta dapprima in BiPAP,
- **FINO AL 35° GIORNO DI VITA** quindi in NCPAP per il protrarsi di **crisi apnoiche**.

A due settimane dalla sospensione si presentava un **modesto grado di ossigeno-dipendenza**, che perdurava **FINO A CIRCA IL 60° GIORNO DI VITA**.

Nel frattempo venivano somministrati due cicli di *Ibuprofene* per la chiusura del Dotto di Botallo (rispettivamente **AL 2° ED AL 23° GIORNO DI VITA**), terapia per la Displasia Broncopolmonare (**AL 15° ED AL 32° GIORNO DI VITA**), quattro emotrasfusioni.

NEL 18° GIORNO, per l'aggravarsi delle crisette di desaturazione e la tendenza all'iperglicemia, veniva praticato nuovo prelievo ematologico da cui risultava positività di PCR e PCT, per la quale è stata somministrata opportuna *terapia antibiotica*, cui ha risposto brillantemente.

Durante tutto questo periodo la piccola è stata alimentata con *alimentazione parenterale* (**sospesa il 18° giorno di vita**) ed *alimentazione enterale*, avviata da subito e con modalità dapprima continua con pompa, quindi discontinua ed infine per caduta, raggiungendo la Full Enteral Feeding **in 18° giornata**.

segue

CASO CLINICO (6) P.L.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

quarta parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 1° VIDEO DEL CASO CLINICO 6: CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico6_video1di3.html

segue

CASO CLINICO (6) P.L.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

quinta parte

ALLE <u>32° SETTIMANE DI ETÀ</u> corretta presentava **suzione valida e ben coordinata**, per cui da allora si è **alimentata vigorosamente al biberon ed al seno materno**.

<u>NELLA 23° GIORNATA DI VITA</u> ha avviato marsupioterapia con la mamma e le curve dei percentili sono sempre state **nella norma**.

Durante tutto il ricovero è stata praticata terapia cranio-sacrale ogni giorno, a volte anche due volte al giorno.

Durante i trattamenti **miglioravano** i livelli di **saturazione dell'ossigeno** e si **manteneva ben stabilizzata la frequenza cardiaca**.

- La sua struttura era sempre molto chiara nell'indirizzare il trattamento e rilasciava le sue restrizioni, solo a volte con qualche difficoltà.
- Due volte si è potuto praticare trattamento anche con la mamma.
- All'inizio si percepiva un impegno della piccola alla sopravvivenza, ma poi gradualmente sempre più alla vita.

<u>A 34° SETTIMANE ESATTE DI ETÀ</u> è stata dimessa in ottime condizioni generali, **perfettamente adeguata nei percentili**. (evento estremamente raro)

segue

CASO CLINICO (6) P.L.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

sesta parte

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 2° VIDEO DEL CASO CLINICO 6: CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico6_video2di3.html

segue

CASO CLINICO (6) P.L.
B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE
settima parte

All'ecografia celebrale è presente

- solo **lieve iperecogenicità periventricolare bilaterale** ed
- una **piccola cisti** nel **setto pellucido**.

L'**ecocardio** evidenzia cuore **normale**

Lo **screening** uditivo è nella **norma**.

È presente una **ROP di III grado** senza plus, che però alla seconda visita di controllo post-dimissione risulta **in netta regressione** ed alla quarta **cicatrizzata**.

Ai ***trattamenti post-dimissione*** la piccola è:

- **vivace**
- **reattiva**
- **energica**
- **molto collaborativa**.

Comunica una profonda sensazione di **benessere**.

E' stata la prima prematura estrema di 24 W di EG a sopravvivere con tali risultati nella nostra TIN

L'unica novità introdotta nel piano assistenziale è stata la Terapia Cranio-Sacrale, praticata *immediatamente alla nascita* e quindi con costanza per tutta la durata del ricovero e anche dopo la dimissione.

Comunica una profonda sensazione di **benessere.**

In tali trattamenti sono stati inoltre molto coinvolti i genitori, la cui capacità di comunicazione con la piccola è stata stimolata anche grazie alla terapia cranio-sacrale.

segue

CASO CLINICO (6) P.L.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

ottava parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 3° VIDEO DEL CASO CLINICO 6: CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico6_video3di3.html

segue

CASO CLINICO (6) P.L.

C. CONCLUSIONE

nona parte

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

CASO CLINICO (7) M.A.

(*diviso in 5 parti*)

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

BIMBO NATO OUTBORN DA PARTO EUTOCICO A 36 W DI ETÀ GESTAZIONALE CON POLIDISPNEA

CASO CLINICO (7) M.A.

A. ANAMNESI

prima parte

IL BIMBO È NATO OUTBORN DA PARTO EUTOCICO

- a **36 W** di età gestazionale
- con peso di **gr2680**, **L: cm49**, **CC: cm34** ed
- Indice di **Apgar 8-8**.

DURANTE LA GRAVIDANZA:

- si era verificata **minaccia di aborto** al *terzo mese* ed
- a circa **34 W** un **distacco parziale di placenta**, per il quale è stata praticata alla mamma terapia con *eparina*, *aspirinetta* e profilassi con *Bentelan*.(Questionario QTA)
- il **liquido amniotico** era **tinto di meconio** ed era stato a lungo aspirato dalle prime vie aeree

A 10 MINUTI CIRCA DALLA NASCITA:

- comparsa di **polidispnea**, per la quale veniva trasferito presso la nostra NICU. All'arrivo il piccolo era sofferente e dispnoico. Veniva posto in **ossigeno terapia al 40%** , assistendo ad un miglioramento delle condizioni generali
- era **possibile ridurre l'ossigeno al 25%**, ma persistevano i **rientramenti inspiratori intercostali** ed **all'epigastrio** e desaturazione se si tentava di sospendere l'ossigeno .

Per tale motivo veniva avviata *aereosol terapia*, *FKT respiratoria* e ***terapia cranio-sacrale***.

segue

L'azione terapeutica della cranio sacrale era evidente

- erano gli unici momenti in cui il piccolo **saturava 100%** e tale condizione persisteva sempre più a lungo dopo i trattamenti.
- Gradualmente la **polidspnea** ed il **fabbisogno di ossigeno** si sono **ridotte fino alla dimissione** avvenuta a distanza *di sedici giorni dal ricovero*.

Da questo momento in poi lo prendiamo in carico presso lo studio operando *sedute con cadenza settimanale* in quanto comunque **persisteva un modesto stato di dispnea**.

La madre

- all'inizio molto spaventata, ha percepito da subito l'effetto benefico della **terapia** sul bambino.
- ha verbalizzato le esperienze negative vissute durante la gravidanza.

Il piccolo a volte andava incontro a rilasci con pianto SP,ma in generale la sua struttura accettava molto ben volentieri il **trattamento**.

Ha un fisico molto ben sviluppato ed e' molto ben appropriato dal punto di vista motorio ed intellettivo.

Capitava spessissimo che il piccolo si mettesse in ascolto e guidasse il **trattamento** con le sue manine.

segue

CASO CLINICO (7) M.A.
B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE
terza parte

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA
Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 1° VIDEO DEL CASO CLINICO 7 CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico7_video1di2.html

segue

A TRE ANNI DI VITA

presenta un ritardo del linguaggio, per il quale sta eseguendo logopedia.

Noi continuiamo le ***sedute*** con ***cadenza mensile***, agendo sulla restrizione che ancora è forte a livello della **crista galli** e dello **sfenoide**.

I progressi ottenuti con la Terapia Cranio-Sacrale sono davvero tangibili e la logopedista ne è entusiasta.

Il caso di questo bimbo ci è particolarmente caro perchè si è resa talmente evidente l'azione terapeutica della CST, che il primario della NICU si è convinto a far entrare la Terapia Cranio-Sacrale in reparto in maniera ufficiale.

segue

CASO CLINICO (7) M.A.

C. CONCLUSIONE

quinta parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 2° VIDEO DEL CASO CLINICO 7 CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico7_video2di2.html

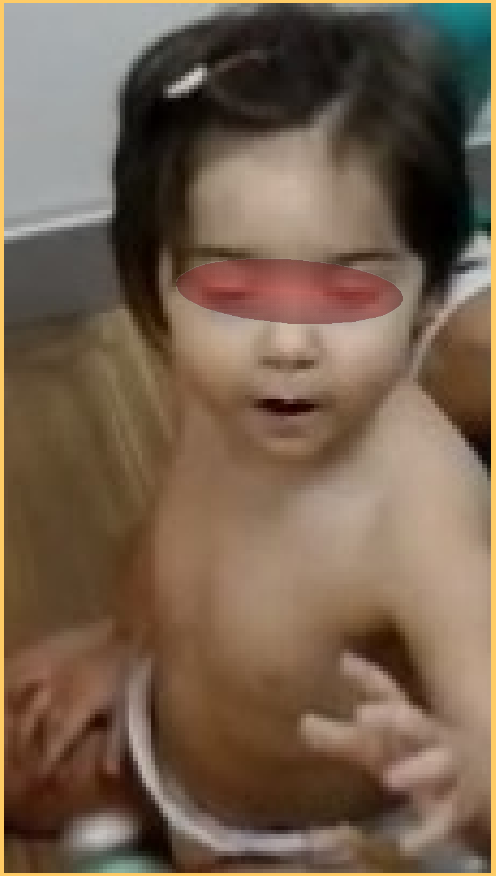
CASO CLINICO (8) V.G.

(diviso in 8 parti)

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

CST COME TERAPIA MANUALE GLOBALE A FRONTE DI GRAVE SINTOMATOLOGIA DA SOFFERENZA DEL PLESSO BRACHIALE E DI TIPO CENTRALE



CASO CLINICO (8) V.G.

A. ANAMNESI

prima parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

BIMBA NATA OUTBORN MACROSOMA DA PARTO SPONTANEO DI VETICE A TERMINE

- con peso di gr4850, CC: cm36, L: cm56 ed
- Indice di Apgar 7-8.

AL 3° GIORNO DI VITA

È stata trasferita presso la nostra NICU per il riscontro di **positività** degli **indici di flogosi** (era presente infezione da indagare).

Veniva subito avviata *terapia* con associazione *antibiotica* ed in seguito *fototerapia*.

Inoltre la piccola presentava:

- una **paralisi** del **plesso brachiale destro** con *arto superiore in abbandono* ed in *intrarotazione*.
- **riflesso** di **prensione palmare** *appena accennato*.

È stata richiesta *consulenza fisiatrica*, a seguito della quale veniva confermata la diagnosi.

Inoltre veniva segnatala:

- **scarsa reattività generalizzata** agli stimoli **neurosensoriali**
- **sguardo poco focalizzato**.

Veniva richiesta RMN encefalo per valutare eventuali danni centrali.

La madre reagiva con grande ansia a tale notizia.

Venivano prese in carico entrambe da Giacomo e me e veniva avviato:

il percorso cranio-sacrale.

segue

CASO CLINICO (8) V.G.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

seconda parte

La bambina si presentava in effetti:

- **iporeattiva agli stimoli** e
- con **sguardo poco focalizzato**.
- il **riflesso di Moro** era **asimmetrico a destra**.
- **l'arto superiore destro** era in **intrarotazione** ed in **ipotonia grave**.
- era presente **solo un accenno di riflesso di prensione palmare**.

Durante le prime sedute abbiamo lavorato sia sulla mamma che sulla piccola.

La madre

- ha ***verbalizzato la sua paura*** per la piccola esternando pianto ed angoscia.
- man mano, ***acquisiva consapevolezza***,

La piccola (di pari passo)

- diveniva **più centrata**,
- lo **sguardo** si **focalizzava** e
- **migliorava la risposta agli stimoli neurosensoriali**.

segue

Nella fase immediatamente successiva:

Giacomo eseguiva stimolazioni neurosensoriali profonde con manipolazioni che lui stesso ha elaborato e la cui efficacia stiamo valutando (*ne discuteremo: Riflesso a spirale*).

La madre ha collaborato con noi con grande motivazione e i progressi percettibili della piccola la portavano a farlo con grande entusiasmo.

Il **braccino** ha acquisito **piena funzionalità**, tanto che in epoca fisiologica di gattonamento la piccola andava spedita e liberava un arto per afferrare un oggetto.

La **prensione** era **energica** e non vi era preferenza di utilizzo delle braccia. Rimaneva una lieve intrarotazione della spalla dovuta ad una insufficiente stabilizzazione della scapola per un ipotono del gran dentato e del sottoscapolare che pero' **gradualmente ha recuperato man mano che migliorava la componente neurologica ed il tono**.

Dal punto di vista **cognitivo V.G.** diveniva una bimba:

- **aperta**, **allegra**, **gioiosa**, **giocherellona**, **ciarliera**,
- con **risposte perfettamente competenti agli stimoli**.

segue

CASO CLINICO (8) V.G.

B. TRATTAMENTO CRANIO-SACRALE

quarta parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 1° VIDEO DEL CASO CLINICO 8: CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico8_video1di3.html

segue

CASO CLINICO (8) V.G.

C. CONCLUSIONI

quinta parte

La particolarità di questo caso:

- a fronte di una grave sintomatologia da sofferenza del plesso brachiale ed anche di tipo centrale della piccola, ***non e' stato tenuto alcun atteggiamento "tradizionale" terapeutico***.

- non è stato messo **l'arto** in posizione da schermitore, ma è stato **lasciato libero al movimento**.

- ***non è stata eseguita fisioterapia di tipo tradizionale***, ma ***solo sollecitazioni motorie e neurosensoriali*** (prodotte soprattutto dalla madre dietro nostra istruzione, noi sollecitavamo solo la componente più profonda);

La **componente terapeutica principale** è stata la **Terapia Cranio-Sacrale**.

segue

CASO CLINICO (8) V.G.

C. CONCLUSIONI

sesta parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 2° VIDEO DEL CASO CLINICO 8: CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico8_video2di3.html

segue

CASO CLINICO (8) V.G.

C. CONCLUSIONI

settima parte

In nessun momento

- la piccola ha evidenziato frustrazione.
- e alla madre è mancata energia o motivazione.

Era presente una serenità di fondo, consapevolezza della situazione e fiducia nei risultati, che puntualmente si sono avverati.

Il "**primum movens**" del percorso alla guarigione di Gaia è stato:

agevolare l'equilibrio dell'ambiente familiare e della struttura della piccola.

Al momento non evidenzia alcun deficit.

Spunto di discussione: CST come terapia manuale globale vs terapie riabilitative manuali tradizionali (Bobat, Kabat, Pompage,ecc)

segue

CASO CLINICO (8) V.G.

C. CONCLUSIONE

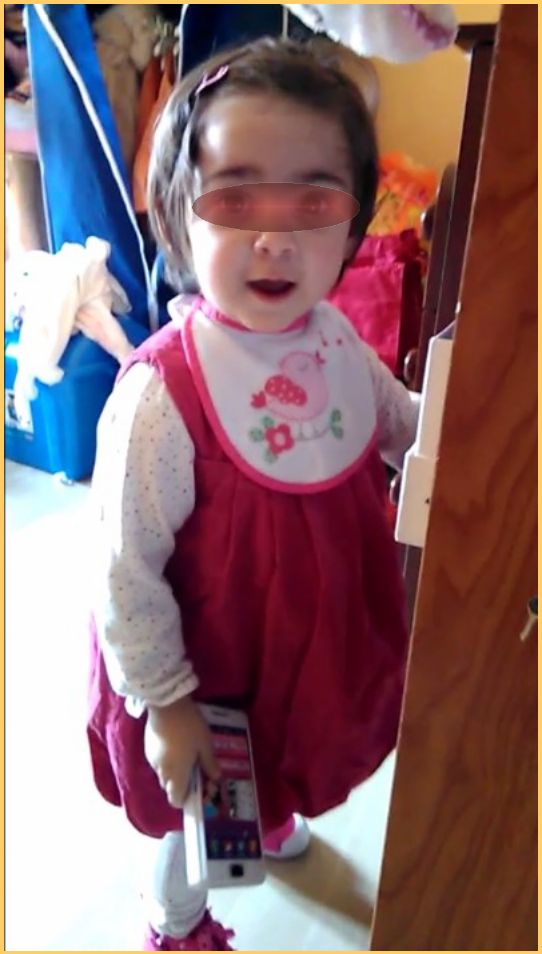
ottava parte

CRANIOSACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 3° VIDEO DEL CASO CLINICO 8: CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico8_video3di3.html



CASO CLINICO (A-B)

più casi gemellari in doppia presentazione

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

QUESTO LAVORO DI RICERCA SI BASA SU CASI DI GEMELLI NEONATI

(PREMATURI IN VARI GRADI DI PREMATURITÀ)

È STATO SVOLTO PER AIUTARLI AD ADATTARSI NEL PASSAGIO TRA

LA VITA INTRAUTERINA A QUELLA ESTRAUTERINA

USANDO LA TERAPIA CRANIO-SACRALE.

La ricerca è stata condotta su cinque coppie di gemelli in vari gradi di prematurità (26-34 settimana di eg) e trattati subito in sala parto. Solo in una coppia il trattamento è stato praticato in entrambi i gemelli. Nelle altre quattro è stato trattato solo uno con modalità random in modo da poter comparare l'effetto della terapia nel modo più attendibile possibile.

segue

CASO CLINICO (A-B)

più casi gemellari in doppia presentazione

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 1° VIDEO DEI CASI "A" - "B": CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico9_video1di3.html

segue

CASO CLINICO (A-B)

più casi gemellari in doppia presentazione

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

CASISTICA DEI GEMELLI "A"

TRATTATI CON TERAPIA CRANIO-SACRALE IN MODALITÀ RANDOMIZZATA

DUE COPPIE DI GEMELLI IN VARI GRADI DI PREMATURITÀ

segue

CASO CLINICO (A-B)

più casi gemellari in doppia presentazione

LO SCOPO DELLO STUDIO SU I GEMELLI

Si è inteso operare una comparazione efficace per valutare l'effetto del trattamento (con condizioni cliniche di partenza sovrapponibili).

METODO

La scelta del gemello da trattare è stata guidata a volte dalle condizioni cliniche, scegliendo il più svantaggiato dei due ed a volte in maniera random

RISULTATO

Si è potuta constatare **una tangibile differenza di decorso clinico**, addirittura con **possibilità di dimissione anticipata** rispetto il gemello non trattato.

La coppia di **prematuri estremi** infine ha avuto un **decorso assolutamente opposto tra i due**, ed **il decorso clinico della sopravvissuta** è stato **ottimo** anche in considerazione della estrema prematurità.

segue

CASO CLINICO (A-B)

più casi gemellari in doppia presentazione

CASISTICA DEI GEMELLI "A" - ***TRATTATI CON TERAPIA CRANIO-SACRALE CST IN MODALITÀ RANDOMIZZATA***

DUE COPPIE DI GEMELLI IN VARI GRADI DI PREMATURITÀ

segue

CASO CLINICO (A-B)

più casi gemellari in doppia presentazione

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

GEMELLI ***TRATTATI ENTRAMBI CON TERAPIA CRANIO-SACRALE CST IN SALA PARTO***

GEMELLI DI 34 W

- **Trattati** entrambi **in sala parto** e **lasciati** in rooming-in **con la mamma**.
- Viene esplicata la **modalità** di **trattamento** anche **successivo**.
- I piccoli **non hanno presentato alcun problema**.

segue

CASO CLINICO (A-B)

più casi gemellari in doppia presentazione

GEMELLI ***TRATTATI ENTRAMBI CON TERAPIA CRANIO-SACRALE CST IN SALA PARTO***

Le piccole Ali ed Eli sono nate a 34 W di età gestazionale con Apgar 9-10 e peso rispettivamente gr1850 e gr 2030.

Sono state trattate con cranio-sacrale immediatamente in sala parto e contemporaneamente.

Nonostante la prematurità associata alla gemellarità sono state lasciate on rooming-in da subito con la mamma (cosa mai avvenuta in precedenza presso la nostra Divisione).

Si sono attaccate subito e vivacemente al seno materno in maniera esclusiva e ciò nonostante la madre abbia avuto una importante infezione della breccia chirurgica che ha richiesto trattamento protratto farmacologico.

Il trattamento è proseguito in Ambulatorio con scadenza quindicinale fino al terzo mese di vita cronologica.

CASO CLINICO (A-B)

più casi gemellari in doppia presentazione

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 2° VIDEO DEI CASI "A" - "B": CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico9_video2di3.html

segue

CASISTICA DEI GEMELLI

TRATTATI CON TERAPIA CRANIO-SACRALE

CON METODO randomizzato

UNA COPPIA DI GEMELLE

ANAMNESI

- parto cesario in **32° settimana** di età gestazionale
- con peso rispettivamente di **gr.1880 e 1850** ed
- indice di **Apgar** rispettivamente **7-8 e 7-9**.

La gravidanza era stata indotta con ICSI e si era verificata una **minaccia di parto prematuro in 29° settimana di età gestazionale**, per la quale era stata somministrata profilassi per MIP con *bentelan*.

segue

CASO CLINICO 1A

più casi gemellari in doppia presentazione

La seconda nata:

è stata **trattata CON TERAPIA CRANIO-SACRALE subito** *in sala parto*. Non ha mai necessitato di supporto ventilatorio e le condizioni cliniche sono sempre state buone

La prima nata: (non trattata)

- è comparsa sintomatologia **polidispnoica** che, una volta giunti in NICU, ha necessitato di *supporto ventilatorio con NCPAP*.
- si è potuta sospendere la NCPAP a circa **10 ore dalla nascita**.

In entrambe è stata avviata alimentazione enterale a poche ore dalla nascita, ma la gemellina trattata si è dimostrata competente e vigorosa, mentre la seconda era svogliata e più volte ha necessitato di sondino n-g. La prima ha dovuto attendere la sorellina per la dimissione, che sarebbe potuta avvenire circa una settimana prima

segue

CASO CLINICO 2A

più casi gemellari in doppia presentazione

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

PER VISUALIZZARE IL 3° VIDEO DEI CASI "A" - "B": CLICCATE SULL'IMMAGINE SOTTOSTANTE

OPPURE CLICCATE SU: http://www.accademiacraniosacrale.it/video/CasoClinico9_video3di3.html

segue

CASO CLINICO 2A

più casi gemellari in doppia presentazione

GEMELLI PREMATURI DI 26 W DI EG

La gravidanza di questi gemelli era stata indotta con FIVET.

Si era verificata minaccia di parto prematuro.

È stato eseguito taglio cesareo in 26 (+5/7). La piccola G pesava 670gr ed aveva Indice di Apgar 7-7. Il fratellino pesava 900gr. G è stata trattata subito in sala parto e poi in NICU, mentre il fratellino no.

È stata mantenuta in ventilazione meccanica non invasiva fino alla 33° giornata di vita. In 16° giornata si è verificata una sepsi, dalla quale si riprendeva prontamente.

Ha sempre tollerato l'alimentazione enterale (condotta secondo protocollo) ed in 32° settimana di età corretta si è attaccata al seno materno.

Durante tutto questo periodo è stata trattata con cst compatibilmente alle esigenze di Reparto.

Diverso destino ha avuto invece il fratellino, nel quale la sepsi ha prodotto NEC, per la quale è stato operato.

A seguito di ciò si è verificata come complicanza una insufficienza renale grave.

Sottoposto a dialisi, ha subito un'atelettasia polmonare, quindi una emorragia cerebrale e quindi l'exitus.

segue

CASO CLINICO 2A

più casi gemellari in doppia presentazione

Alla dimissione la piccola G si presentava ipotonica ed iporeflessica, teneva le gambette in atteggiamento ipotonico ed aveva uno sguardo poco focalizzato.

Ha proseguito i trattamenti cs presso il nostro ambulatorio recuperando in poco tempo la focalizzazione dello sguardo, il sorriso, la risposta agli stimoli, un buon ritmo sonno-veglia ed una suzione vigorosa.

La madre era ansiosa e depressa. Durante i trattamenti verbalizzava a lungo soprattutto il dolore per la perdita del maschietto così come l'ansia per la salute e la «normalità» della piccola.

Ad un anno di vita (nove mesi di età corretta) G presentava una coordinazione motoria perfetta: agile, spigliata, ben ferma sulle posizioni che acquisiva, prediligeva tutti i movimenti operati con schema a spirale (test di valutazione di Giacomo).

Gattonava spedita, liberava gli arti che le servivano per afferrare gli oggetti. Andava alla scoperta in maniera tranquilla senza frenesia o paure.

Possedeva ottime capacità di auto-consolazione.

Presentava solo lieve ipertono degli arti inferiori e sulle punte dei piedi. In atto la piccola è scolarizzata e….**la madre ha avuto una seconda gravidanza, stavolta spontanea, conclusasi felicemente e fisiologicamente con la nascita di una bellissima femminuccia.**

CASO CLINICO 3A

più casi gemellari in doppia presentazione

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

CASO TERZO IN MODALITA' RANDOM CASO 3A

Gemelli nati in 34W di EG da parto cesareo

1° nato L gr1500 ed Apgar 7-7.

2° nato R gr1410 ed Apgar 7-7. Trattato il secondo

In entrambi polidispnea e gemito per cui vanno in assistenza ventilatoria con NCPAP. Rx torace sovrapponibile.

R (trattato): Trova subito compenso in NCPAP.

In seconda giornata di vita ha una condizione ipotensiva che necessita di supporto farmacologico.

A circa 10 ore dalla nascita l'Emogasanalisi di R era perfetta, mentre in L persisteva acidosi metabolica (migliore utilizzo dell'O2 in R?). In seguito è stata sospesa la NCPAP assieme al fratellino.

Entrambi hanno presentato difficoltà all'alimentazione, che però era molto meno accentuata in R. L ha necessitato a lungo del sondino n.g. Gli esami di laboratorio hanno evidenziato grave ipotiroidismo in entrambi, ma in R i valori erano molto migliori rispetto il fratellino.

Sono entrambi in terapia sostitutiva, ma R presenta una reattività migliore. Siamo in attesa del follow-up neurologico.

Anche lui ha dovuto attendere il fratellino per la dimissione.

CASO CLINICO 4A

più casi gemellari in doppia presentazione

CRANIO SACRAL THERAPY & NEONATOLOGIA

Tecnica Cranio-Sacrale Pediatrica del Dott. J. Upledger applicata in Neonatologia e Pediatria

CASO QUARTO IN MODALITA' RANDOM CASO 4A

Nati in 31 W di EG da parto cesareo (già verificata minaccia di parto pretermine)
1ª nata R gr1580 ed Apgar 6-8.
La 2ª A gr1460 ed Apgar 8-9. È stata trattata R perché dispnoica, mentre A si presentava eupnoica.

R: Nelle ore successive la respirazione migliorava in ossigeno al 30%, che veniva sospeso in quinta giornata. L'alimentazione enterale veniva sempre ben tollerata.

A: In seconda giornata di vita peggiorava la funzionalità respiratoria. L'Rx torace evidenziava pneumotorace sx iperteso che necessitava di drenaggio con aspirazione attiva. A circa 24 ore di distanza si formava pneumotorace destro che veniva drenato previa intubazione e ventilazione meccanica. Si poteva estubare dopo circa 96 ore.. E' stato possibile avviare alimentazione enterale dal quarto giorno di vita.

In entrambi è stato riscontrato ipotiroidismo, trattato con terapia sostitutiva. R è stata più abile della sorella ad alimentarsi al biberon e tale differenza si è mantenuta a lungo (una volta giunti a regime con la terapia sostitutiva). R avrebbe potuto essere dimessa circa 8-10 giorni prima della sorellina..

Questo caso possiede la peculiarità di un punto di partenza clinico pressochè analogo nei due bimbi, con lieve squilibrio di premessa ai danni del trattato (distress respiratorio presente in lei ma ancora assente nella sorella).
Una volta stabilita la differenza di decorso clinico, ho trattato anche l'altra gemellina il secondo giorno dopo il posizionamento del secondo drenaggio pleurico. Il giorno successivo sono stati rimossi il drenaggio ed il tubo oro-tracheale ed è rimasta in respiro spontaneo.

CASO CLINICO (A-B)

più casi gemellari in doppia presentazione

CONCLUSIONI

- I **tempi di normalizzazione** delle funzioni vitali **sono nettamente diversi.**

2. Già dalla sala parto **la gemella trattata** dimostra la **capacità di recuperare la disfunzione respiratoria** dovuta alla sua prematurità ed alla modalità di nascita.
   E **anche dovesse necessitare di assistenza ventilatoria**, presenta **tempi di svezzamento inferiori rispetto alla sorella**.

3. Le **capacità di alimentarsi al biberon** e **la risposta ai riflessi** risultano **migliori in generale in tutti i gemelli trattati con la Terapia Cranio-Sacrale**.

4. Ogni caso dei gemelli trattati, si sarebbe risolto in **tempi di ricovero ridotti** se non avessimo aspettato l'altro gemella/a per poterli dimettere assieme.

5. Tale condizione si rende più evidente ed è ancora più suggestiva perchè le condizioni di partenza di ciascuna coppia sono sovrapponibili e **il gemello o la gemella trattati è sempre stato il più vulnerabile dei due**.

Ovviamente la casistica è ancora troppo piccola, ma in atto ***si confermano quattro coppie su quattro****.*

CASO CLINICO (A-B)

più casi gemellari in doppia presentazione

Commenti

La particolarità del caso della gemellina di 26W è rivestita dall'enorme differenza di decorso clinico tra i due gemellini e dall'andamento clinico della piccola. L'età gestazionale davvero bassa unita alla gemellarità avrebbero dovuto farci attendere, come spessissimo accade, un'incidenza di complicanze che in effetti non si è verificata (non crediamo alle coincidenze né al caso).

Nel fratellino non trattato invece tali complicanze si sono verificate ed hanno avuto un andamento ancor più grave delle aspettative.

Questi avvenimenti ci hanno indotto ad utilizzare la stessa modalità di trattamento in altre tre coppie di gemelli, ottenendo risultati pressochè sovrapponibili.

Una quinta coppia di gemelle di 34W invece è stata trattata non random con risultati davvero brillanti.. Peraltro la gemellina in questione (la 26W) non presenta al momento (21 mesi di età anagrafica, 18 mesi di età corretta) alcun deficit né alcuna evidenza dei traumi subiti. I follow-up neurologico ed auxologico hanno un andamento ottimale con una appropriatezza addirittura superiore a quella dell'età.

La seconda coppia di gemelli ha evidenziato una differenza sostanziale riguardo la corretta acquisizione delle competenze.

Tale andamento si è ripetuto anche nella terza coppia: entrambi con sindrome respiratoria, hanno risolto con andamento decisamente differente. La gemella non trattata è andata incontro a pneumotorace doppio

La quarta coppia ha confermato il quadro sopra descritto: la gemella non trattata ha necessitato di supporto ventilatorio con NCPAP ed ha acquisito le normali competenze in tempi più lunghi rispetto la trattata.

segue

Commenti

In effetti in tutti i casi il gemello trattato ha avuto un decorso clinico più breve ed ha dovuto attendere l'altro gemello per la dimissione (da una settimana a dieci giorni prima).

Quattro casi su quattro, situazione rinforzata dall'andamento della quinta coppia.

Entrambe le gemelline trattate hanno avuto un decorso clinico brillante e non hanno mai avuto bisogno di assistenza, neanche adattatoria, in termoculla. La madre, nonostante le complicanze post-operatorie, a distanza di sei mesi dalla nascita ancora le allatta in maniera esclusiva.

Come prima affermato, non crediamo nelle coincidenze né al caso e cercheremo di allargare la casistica, in quanto crediamo che condizioni di partenza il più possibile sovrapponibili rendano lo studio più obiettivabile e scientificamente valido.