

## APPROFONDIMENTI – OSTEOPATIA CRANIO-SACRALE

L'osteopatia è la medicina della mobilità. La ricerca della fisiologica mobilità a qualsiasi livello (non solo limitatamente all'apparato muscolo-scheletrico) ha condotto l'osteopatia ad esplorare regioni anatomiche, che sono sempre state considerate ipomobili ed addirittura immobili. E' il caso della regione cranio – sacrale, tra loro collegati attraverso la dura madre (fascia tissutale inestensibile, che collega le meningi del cranio all'osso sacro).

Nel vivente il sistema cranio-sacrale rappresenta un meccanismo dinamico. Tale meccanismo fu messo in evidenza dal dott. William Garnes Sutherland. I suoi studi attraversarono tutta la sua vita professionale dagli inizi del '900, quando si laureò presso l'American School Osteopathy a Kirksville nel Missouri fino alla sua morte avvenuta nel 1954. Gradualmente egli arrivò a capire il funzionamento



dell'attività inerente al sistema nervoso centrale e ai suoi elementi protettivi; il liquido cerebro-spinale, le meningi, le strutture ossee, che funzionano come un rivestimento osseo mobile al quale si attaccano le meningi stesse. Egli denominò quest'unità dinamica di funzionamento Meccanismo Respiratorio Primario, determinato da un numero di parti integrate, che lavorano in maniera sinergica e che viene valutato dall'osteopata attraverso la palpazione cranica. Il meccanismo di respirazione primario include le seguenti strutture e movimenti:

- **Motilità inerente dell'encefalo e del midollo spinale**

Ogni organo nel corpo esibisce un fenomeno di pulsatilità o di azione ritmica o meglio ancora di motilità intrinseca, dove neppure il cervello fa eccezione. Dal momento della fecondazione in poi (nella crescita embrionale il tutto diventa più evidente), gli organi compiono dei "movimenti" (che in parte si conservano anche nel soggetto adulto) che li porta alla maturazione embriologica.

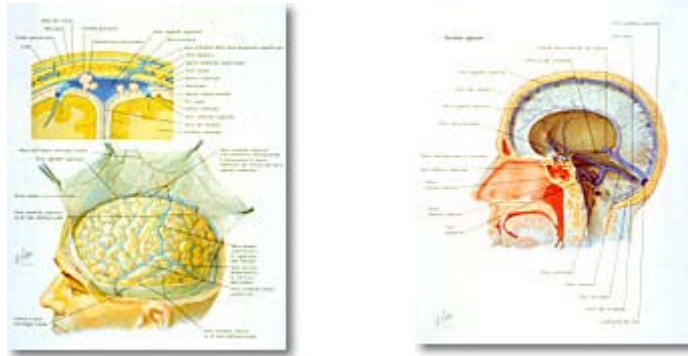
- **Fluttuazione del liquido cerebro-spinale**

Il liquido cerebro-spinale, bagnando il cervello e il midollo spinale, da protezione e nutrimento. Esso circola all'esterno e all'interno del sistema nervoso che, attraverso il "residuo" dei movimenti embriologici, ne consente la fluttuazione.

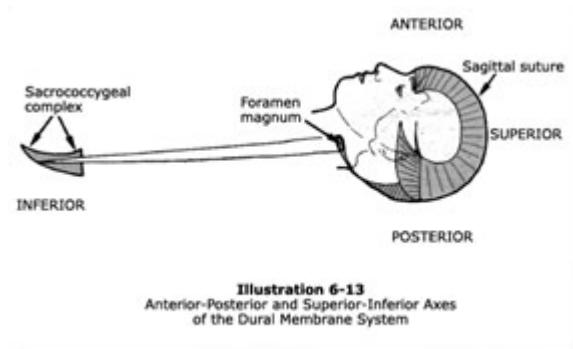
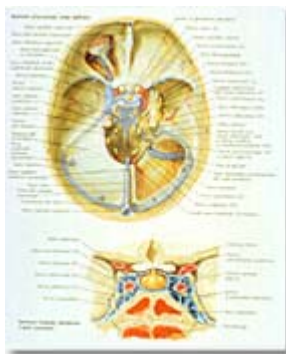
- **La mobilità delle membrane intracraniche e intraspinali**

Le meningi circondano, supportano e proteggono il sistema nervoso. Lo strato più esterno è la dura madre, composta da spesso tessuto fibroso inestensibile.

La dura madre intracranica consiste di due foglietti che si fondono insieme in talune aree, dando origine alla falce del cervello e al tentorio del cervelletto.



La parte esterna della dura madre forma la copertura periosteale della teca interna del cranio e si sviluppa nella parte esterna del cranio. La dura madre fuoriesce attraverso la base del cranio, avvolgendo il midollo spinale fino a raggiungere il sacro, creando in tal modo una unità funzionale tra il cranio e il sacro.



Essa, inoltre, forma una sorta di rivestimento per i nervi cranici, nel momento in cui essi escono dalla cavità intracranica, che continua con la fascia esterna del nervo.

- **La mobilità articolare delle ossa craniche**

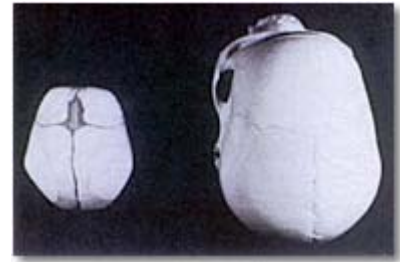
La presenza di smussature interne, che si sovrappongono in maniera esatta con smussature esterne, a livello dei margini delle ossa craniche, è stato il motivo per cui Sutherland ha considerato le ossa craniche come fluide e dotate di movimento articolare.

- **Mobilità involontaria del sacro tra le iliache**

La dura madre spinale si estende dal forame magno attraverso il canale vertebrale nel canale sacrale, dove si attacca al secondo segmento sacrale.

### CLINICA CRANIO-SACRALE

L'importanza che il cranio assume è di per sé rilevabile già alla nascita, quando il cranio da solo rappresenta 1/3 del corpo umano (mentre nell'adulto ne rappresenta 1/8).



Nel cranio sono presenti tutti i nervi cranici che, durante lo sviluppo embrionale, raggiungono i vari organi (occhio, visceri toraco-addominali, sistema della deglutizione). Pertanto, disturbi che sono presenti alla nascita come meteorismo, rigurgiti, vomito a getto, insonnia, intolleranze alimentari (quando sono presenti in modo ostinato nel neonato) potrebbero essere correlati a pressioni che il cranio ha ricevuto durante il parto (o alla posizione costretta del feto all'interno dell'utero), che in modo indiretto sono trasmessi alla dura madre (che come già visto avvolge il nervi cranici). C'è una classificazione nell'ambito osteopatico cranio sacrale che definisce i vari disformismi funzionali del cranio.

**TABELLA n° 1**

CRANIO NORMOCONFORMATO: caratteristiche principali
NORMALE FLESSOESTENSIONE (palpazione osteopatica)
SIMMETRIE DELL'EMIFACCIE
PALATO NORMOCONFORMATO: (secondo Garliner)
ORBITE SIMMETRICHE
ATTEGGIAMENTO POSTURALE NORMALE
PREVALENZA 6%



FIG. 2: CRANIO IN FLESSIONE

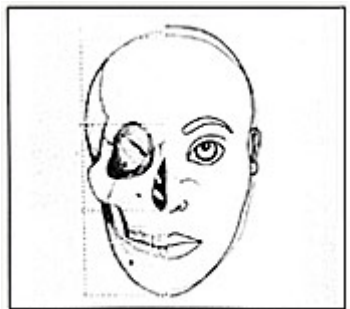


FIG. 3 CRANIO IN ESTENSIONE

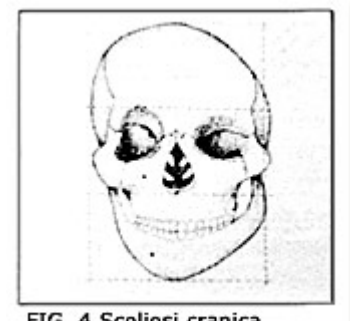


FIG. 4 Scoliosi cranica

Perciò, un nervo cranico, che riceve una stimolazione compressiva a livello intracranico, può manifestare la propria sintomatologia a distanza, in quanto il nervo stesso ha un lungo decorso, vedi per esempio il nervo vago.

Il parto ha in apparenza un effetto traumatico nell'ambito del meccanismo cranio-sacrale.

Durante il periodo dello sviluppo in grembo materno, il feto adotta una posizione in flessione, la colonna vertebrale descrive una curva a concavità anteriore e la testa è flessa sul petto.

Nel corso del parto il cranio scende, esegue dapprima una rotazione interna, quindi, si estende ed effettua una rotazione esterna. Tutto ciò è legato alla spinta verso il basso delle contrazioni uterine sul feto ed alla resistenza delle ossa pelviche e dei tessuti molli materni nel corso della discesa.

Un certo numero di fattori entrano in gioco.

- Il sostegno rappresentato dai muscoli addominali materni per mantenere la flessione fetale;
- La resistenza del pavimento pelvico per determinare la rotazione interna del cranio mentre scende;
- Contorni pelvici normali con uno spazio sufficiente ma non eccessivo per la testa;
- Contrazioni uterine progressive e ritmiche accompagnate ad una dilatazione simultanea del collo.

In corso di parto possono verificarsi anomalie di forma, di posizione e di presentazione che interessano il cranio, legate a funzione anomala dei fattori sopra citati, per cui è necessaria una forza maggiore sul cranio o sul sacro del feto perché possa progredire nel canale del parto. Questo comporta implicazioni traumatiche ed è importante cercare di comprendere più in dettaglio gli effetti dei suddetti meccanismi.