

OGGETTIVAZIONE DEI RISULTATI DEL TRATTAMENTO OSTEOPATICO CRANIO SACRALE TRAMITE KINESIOGRAFIA

INTRODUZIONE

- Questo lavoro di ricerca ha lo scopo di dimostrare la validità del trattamento osteopatico Cranio Sacrale attraverso una sperimentazione di tipo scientifico, in modo da falsificare la convinzione ancora oggi radicata circa il concetto di "assenza" di mobilità cranica.
- Il lavoro è stato realizzato attraverso l'uso di un kinesiografo, ed i risultati ottenuti hanno rilevato una modificazione dei rapporti "anatomici neuro muscolari" in seguito alle manipolazioni craniche. Queste modificazioni sono possibili solo con l'utilizzo di apparecchi ortodontici di tipo ortopedico. Com'è possibile tutto ciò se il cranio è rigido e non si muove? Chiaramente la risposta è che i fondamenti dell'Osteopatia Craniale di Sutherland sono veri! Il cranio è mobile!!
- I casi clinici sono stati valutati nello studio di Osteopatia di Maurizio Zanardi, senza che altri interventi medici o riabilitativi ne potessero influenzare anche marginalmente l'esito.

LA MOBILITÀ CRANICA

- Il movimento cranico esiste e, come Galileo, gli osteopati continuano a dimostrarne l'esistenza praticando quotidianamente la loro arte palpatoria, che rimane però per molti a carattere soggettivo e non scientifico, anche se i risultati ottenuti da parecchi terapeuti portano alla stessa conclusione: l'esistenza di un movimento cranico quantificabile e apprezzabile alla palpazione nei suoi parametri quantitativi e qualitativi intrinseci di ritmo, ampiezza cinetica e forza.
- La mobilità cranica è per l'osteopata basata sull'integrazione di cinque elementi:
 - movimento intrinseco del SNC;
 - fluttuazione del LCR;
 - azione meccanica delle MTR;
 - mobilità delle ossa craniche;
 - mobilità del sacro tra le iliache.
- Il primo indice di mobilità cranica è dato dalla presenza di suture craniche.
- Rassegna di lavori di ricerca in questo ambito:
 - Studi istologici e istofisiologici sulle suture craniche(1931-1972)
 - Studi sulla mobilità delle suture e delle placche ossee (1974)
 - Oggettivazione radiologica dell'MRP
 - Oggettivazione grafica dell'MRP e ruolo del L.C.R. (1975-1991) Tramite una sofisticata apparecchiatura elettronica collegata a delle sonde di registrazione molto precise
 - Microdinamica dei Ventricoli e del LCR tramite RNM (1990)

FISIOLOGIA DELL'ATM

Si possono riassumere tre tipi di movimenti di cui l'ATM è sede, che sono stati rilevati attraverso l'analisi elettromiografica:

1. Apertura (abbassamento mandibolare)
Chiusura (elevatione mandibolare)
2. Propulsione (arcata inferiore proiettata in avanti)
Retropulsione (mandibola retratta)
3. Lateralità (propulsione unilaterale)

LE CATENE MUSCOLARI

A livello del cranio partono tutte le catene muscolari antigravitazionali e dinamiche della vita di relazione. Tutti i movimenti nascono dalla coordinazione di queste catene muscolari. Esse si strutturano e si organizzano in funzione dell'apprendimento neuronale dell'insieme dell'apparato locomotore e della resistenza alla gravità. Linee di gravità e catene muscolari sono indissociabili. G. Struyf - Denis hanno studiato cinque catene muscolari bilaterali di cui:

- tre catene fondamentali, presenti sull'asse verticale e sul piano sagittale :
Antero-Mediale AM (Catena Linguale)
Postero-Mediale PM (Catena Facciale)
Antero-Posteriore AP e Postero-Anteriore PA (Catena Faringo pre-vertebrale)
- due catene complementari, presenti sull'asse orizzontale e sul piano frontale:
Antero-Laterale AL e Postero-Laterale PL (CateneMasticatrici)



LA KINESIOGRAFIA

Il pensiero kinesiografico nasce dalla considerazione che i movimenti mandibolari traggono la loro origine, e quindi esprimono, un'attività muscolare condizionante e condizionata dall'impalcatura scheletrica di un fragile sistema dinamico, in continua evoluzione, costretto comunque e sempre ad interagire con l'ambiente esterno di cui subisce le leggi. La Kinesiografia può essere perciò definita la disciplina che studia la funzione individuale attraverso il movimento della mandibola. L'esame kinesiografico, non invasivo, di breve durata (3-5 minuti), si effettua mediante un sistema di rilevamento a sensori magnetici opportunamente interfacciato ad un computer (Key-System). La rilevazione si effettua per mezzo di un magnete (sensore attivo), che costituisce la sorgente di campo magnetico, posizionato a livello della sinfisi mandibolare in zona interincisiva, e di una maschera (sensore passivo), solidarizzata al cranio, che rileva la posizione spaziale del magnete nei tre piani dello spazio.

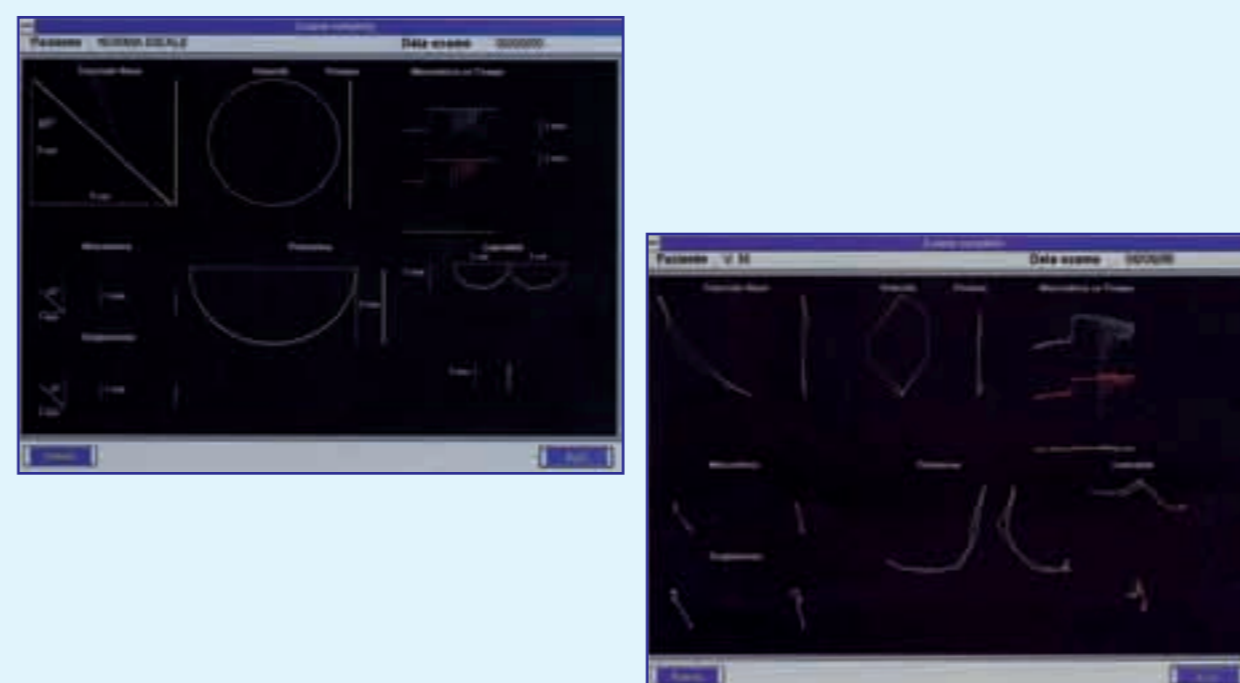


L'ESAME KINESIOGRAFICO

Fornisce la rappresentazione grafica di 5 movimenti predeterminati ed offre un quadro completo della situazione artro-mio-discale, sia nelle singole componenti sia nella sua globalità e permette, attraverso una appropriata interpretazione dei movimenti, di discriminare la componente patologica primaria. L'interpretazione dei tracciati è facilitata dal confronto con una Norma di riferimento desunta da studi di Anatomia, Fisiologia, Antropometria e Biomeccanica, e confortata da un'indagine statistica effettuata su un campione significativo.

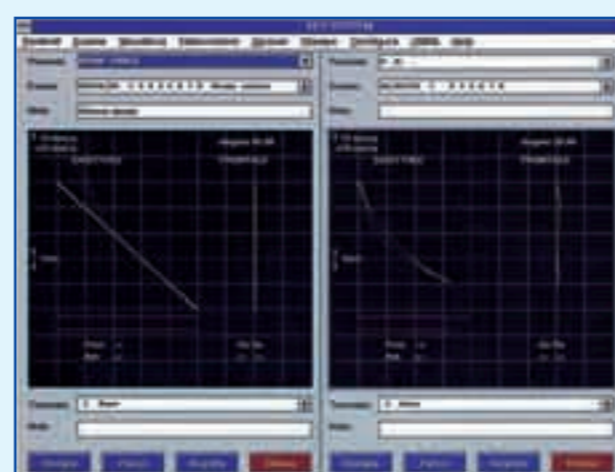
CO = Occlusione centrica RP = Posizione di riposo

MOVIMENTI	TRACCIATI
• Da CO, massima apertura e chiusura	• Base (1), Velocità (2), Postura (9)
• Da RP, chiusura	• Miocentrica Tempo (3), Miocentrica (5)
• Da RP, deglutizione spontanea	• Deglutizione (6)
• Da CO, massima protrusione e ritorno	• Protrusiva (7)
• Da CO, massima lateralità destra e ritorno, sinistra e ritorno	• Lateralità (8)



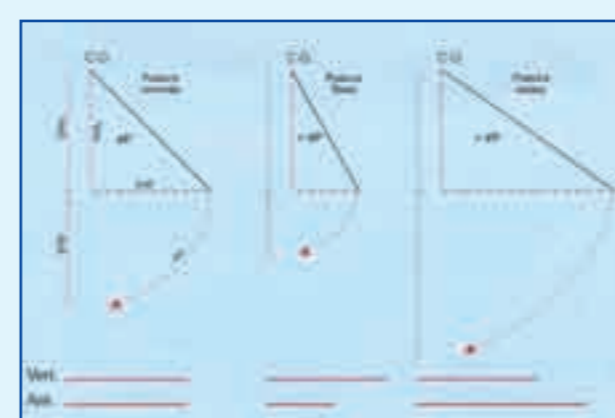
TRACCIATO 1 BASE

Propone graficamente il movimento di massima apertura e chiusura in proiezione sagittale e frontale.



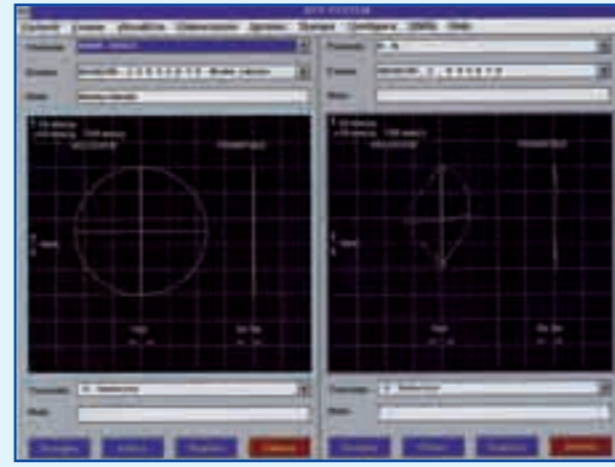
LE ELABORAZIONI DEL TRACCIATO 1 EVIDENZIANO:

- la capacità massima di estensione in verticalità
- la capacità massima di estensione in posteriorità
- la presenza di una deviazione in lateralità
- l'angolo di lavoro posturale individuale in rapporto al baricentro corporeo



TRACCIATO 2 VELOCITÀ

Propone graficamente il movimento di massima apertura e chiusura in funzione della velocità e in proiezione frontale.



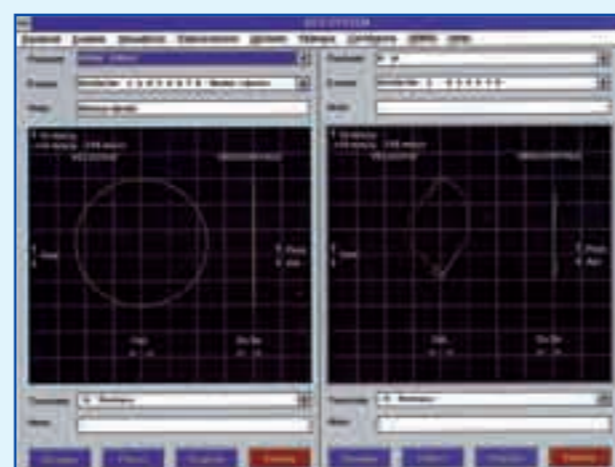
LE ELABORAZIONI DEL TRACCIATO 2 EVIDENZIANO:

- il centro reale
- il centro individuale
- i punti mediani



TRACCIATO 9 POSTURA

Propone graficamente il movimento di massima apertura e chiusura in funzione della velocità e in proiezione orizzontale (postura).



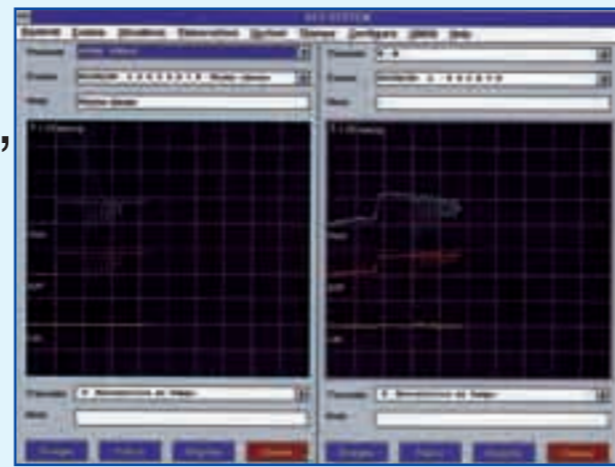
LE ELABORAZIONI DEL TRACCIATO 9 EVIDENZIANO:

- i distretti della colonna vertebrale
- lordosi cervicale
- cifosi dorsale
- lordosi lombare



TRACCIATO 3 MIOCENTRICA SU TEMPO

Propone graficamente il movimento di miocentrica in funzione del tempo (si analizzano singolarmente le componenti di verticalità, anteriorità e lateralità).



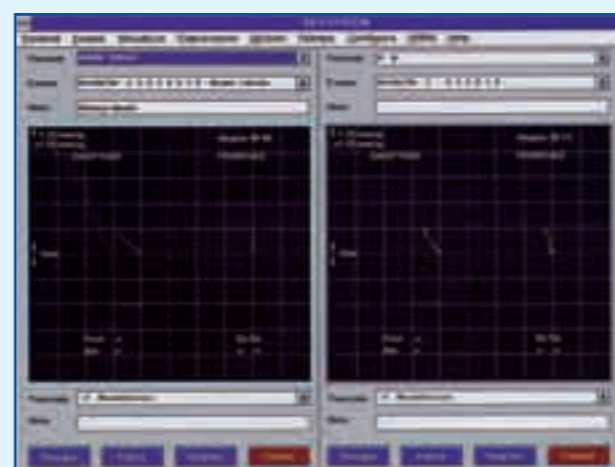
In questo tracciato non sono previste elaborazioni, ma il confronto con la norma ideale ne mette in evidenza le particolarità salienti, e precisamente:

- la quantificazione tridimensionale dello spazio libero interocclusale
- verticalità
- anteriorità
- lateralità



TRACCIATO 5 MIOCENTRICA

Propone graficamente il movimento di miocentrica in proiezione sagittale e frontale.



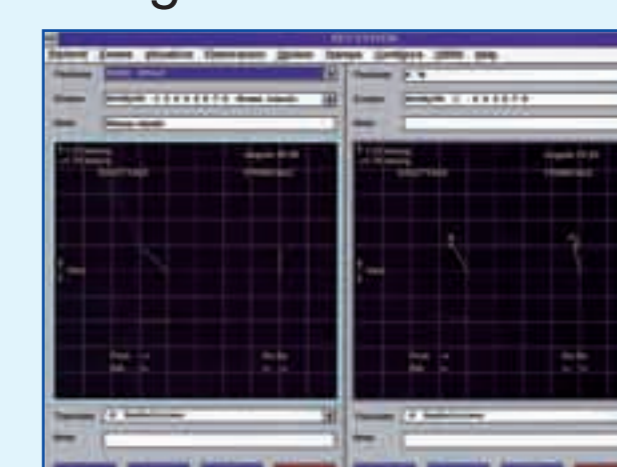
LE ELABORAZIONI DEL TRACCIATO 5 EVIDENZIANO:

- la postura della mandibola
- nella norma
- in rotazione sul piano sagittale
- in rotazione sul piano frontale



TRACCIATO 6 DEGLUTIZIONE

Propone graficamente il movimento di deglutizione spontanea in proiezione sagittale e frontale.

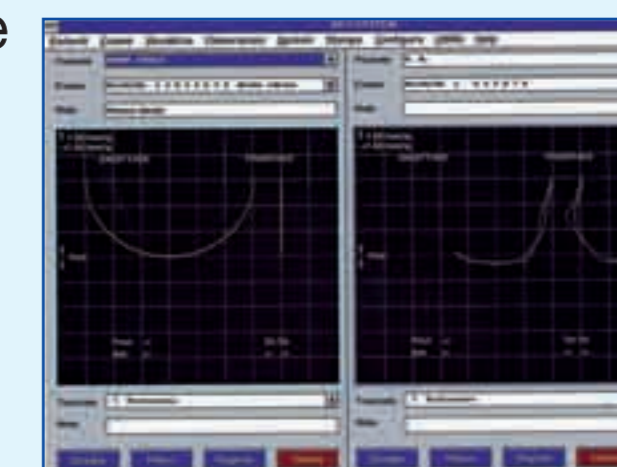


LE ELABORAZIONI DEL TRACCIATO 6 EVIDENZIANO:

- la postura del massellare superiore
 - nella norma
 - in rotazione sul piano sagittale
 - in rotazione sul piano frontale
- La postura della mandibola informa sull'orientamento spaziale di C2 rispetto all'occipite.
La postura del massellare superiore informa sull'orientamento spaziale di C1 rispetto all'occipite.

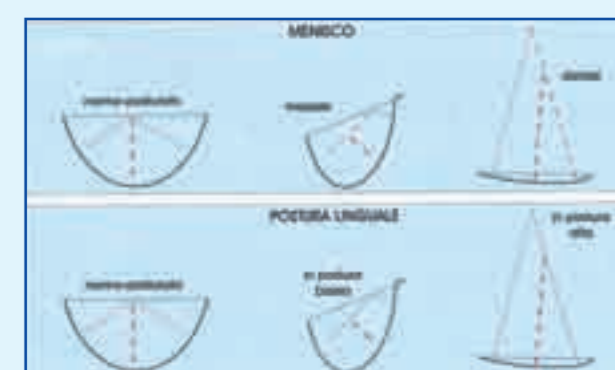
TRACCIATO 7 PROTRUSIVA

Propone graficamente il movimento di protrusione e ritorno in proiezione sagittale e frontale.



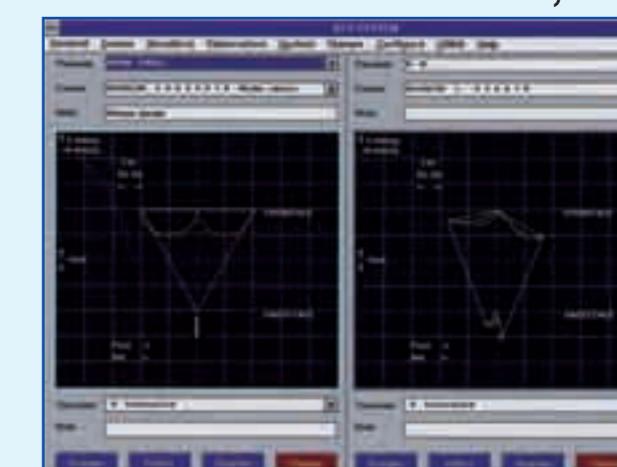
LE ELABORAZIONI DEL TRACCIATO 7 EVIDENZIANO:

- il rapporto articolare
- la postura linguale



TRACCIATO 8 LATERALITÀ

Propone graficamente il movimento di massima lateralità, destra e sinistra, e ritorno in proiezione frontale e sagittale.



LE ELABORAZIONI DEL TRACCIATO 8 EVIDENZIANO:

- il rapporto articolare
- la postura linguale



MATERIALI E METODI

Sono stati selezionati 20 pazienti che hanno subito un trauma cranico commotivo o non commotivo.

Gruppo A (gruppo di trattamento):

- 10 pazienti trattati con terapia cranio sacrale (10 sedute);
- Sono state eseguite sei Kinesiografie:
 - 1ª seduta (prima e dopo trattamento)
 - 5ª seduta (prima e dopo trattamento)
 - 10ª seduta (prima e dopo trattamento)

Gruppo B (gruppo di controllo):

- 10 pazienti non trattati;
- Eseguite due Kinesiografie: 1ª visita (subito e dopo 30/60 minuti)

La valutazione osteopatica craniale è stata effettuata all'inizio e alla fine della cura per il Gruppo A; in sede di 1ª visita e dopo 30/60 minuti come controllo per il Gruppo B

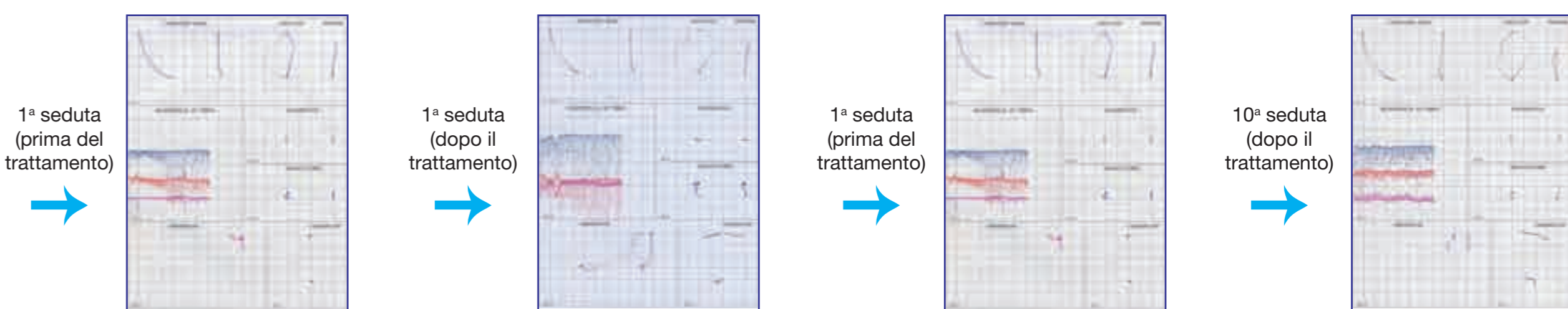
RISULTATI E CONCLUSIONI

GRUPPO A: si rileva un'effettiva modificazione dei tracciati kinesiografici e dei parametri MRP in seguito alla terapia cranio sacrale:

- all'inizio e alla fine della singola seduta
- all'inizio e alla fine del ciclo di cura.

GRUPPO B: non si rileva alcuna variazione dall'esame kinesiografico e dalla valutazione dei parametri MRP, non essendoci stata alcuna manipolazione a livello cranico. Nonostante il ridotto numero di casi, la sperimentazione ha dato i risultati sperati: in tutti i pazienti si è riscontrata una reale ed oggettiva modificazione della "situazione cranica", quantificabile in maniera scientifica. Tutto ciò offre un'ulteriore prova della mobilità cranica.

CASO CLINICO



VALUTAZIONE CRANICA

