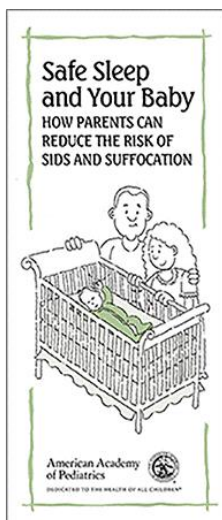




La PLAGIOCEFALIA POSIZIONALE

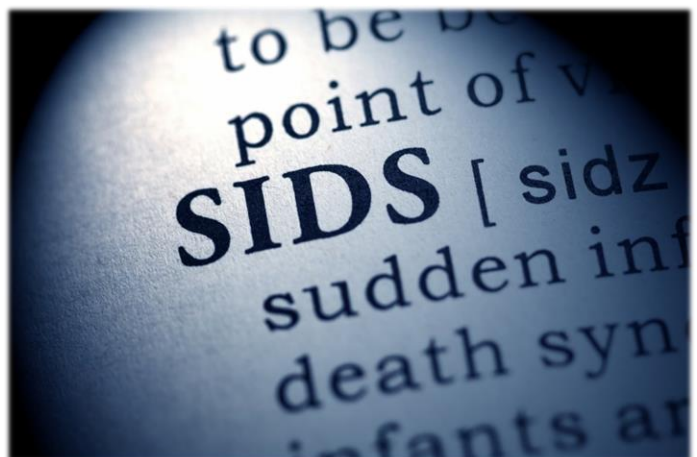
Dott.ssa Arianna Del Vecchio
**FISIOTERAPISTA/OSTEOPATA
PEDIATRICO**

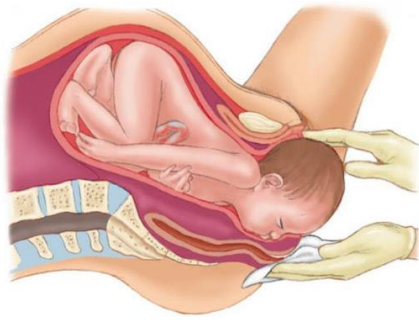


Fino alla fine del secolo scorso in Italia non esisteva una consapevolezza diffusa dell'esistenza di deformazioni del cranio determinate dalla posizione di decubito durante il sonno. L'evidenza di un cranio di morfologia inusuale è divenuto un evento relativamente comune quando nel 1992 l'*American Academy of Pediatrics (AAP)* ha lanciato la campagna "**Back to Sleep**" per prevenire la *morte improvvisa in culla (SIDS)* durante il primo anno di vita, suggerendo la *posizione supina durante il sonno dei neonati e dei lattanti*. Da quel momento si sono

osservati due fenomeni di estremo interesse: l'incidenza

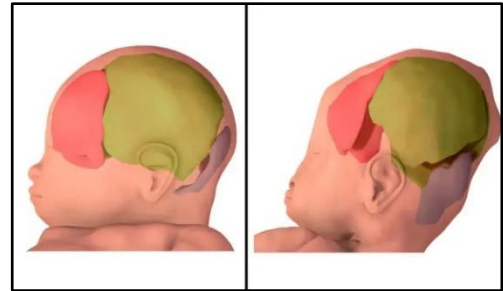
della morte improvvisa in culla si è più che dimezzata, mentre l'incidenza delle *deformazioni posizionali del cranio* è aumentata più di trenta volte. La Letteratura scientifica internazionale ha documentato che i due fenomeni sono strettamente correlati.





Le **deformazioni craniche** di origine posizionale sono definite come una condizione di anomalia morfologica del cranio osservata in assenza di una precoce sinostosi delle suture craniche, per cui i bambini si presentano con un cranio asimmetrico. Le ossa che costituiscono la volta cranica sono unite tra loro dalle suture craniche (articolazioni particolari di tessuto fibroso che danno elasticità al cranio) adattabili alle forze esterne che agiscono

su di esse quando il neonato s'impiega nel canale del parto: *le ossa si dislocano e si sovrappongono fra loro in modo da consentire il passaggio della testa attraverso il canale*. Dopo la nascita, le ossa riprendono la loro posizione simmetrica, ma mantengono la loro elasticità per consentire la crescita armoniosa della testa e l'espansione del cervello, che nel bambino raddoppia di volume nel primo anno di vita.



Una deformazione cranica si realizza quando una o più regioni del cranio si appiattiscono, solitamente a partire dalla parte posteriore della testa.

La localizzazione delle sedi di deformazione e la loro combinazione determinano il tipo e la severità dell'anomalia morfologica finale, che può presentarsi come una **plagiocefalia** (testa obliqua), una **brachicefalia** (testa corta e piatta), o come una combinazione delle due (brachicefalia asimmetrica). Eccezionalmente la deformazione posizionale può presentarsi come una **scafocefalia** (testa allungata).

PLAGIOCEFALIA



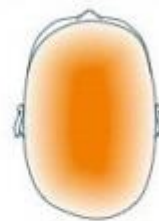
Appiattimento di un lato della testa

BRACHICEFALIA



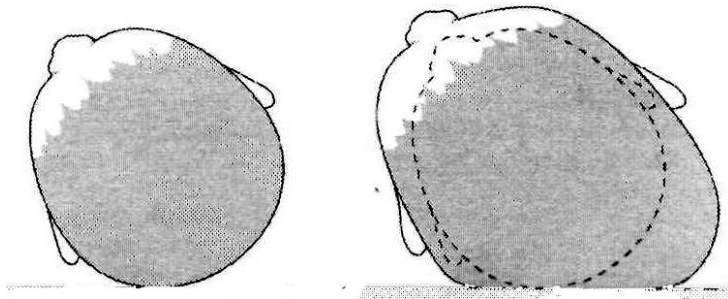
Testa larga in relazione alla lunghezza, piatta posteriormente

SCAFOCEFALIA



Testa stretta in relazione alla lunghezza

Una deformazione cranica si può realizzare solo quando l'espansione e l'accrescimento cranico sono stabilmente e costantemente contrastati da una **forza esterna in una specifica area**. Il cranio infatti si accresce passivamente in risposta alla minima pressione interna esercitata dal cervello in rapido accrescimento. Questo processo è ovviamente più rapido nel corso dei primi mesi di vita e rallenta in maniera significativa dopo il primo anno.



Se il neonato è posto a dormire su una superficie rigida si crea un contatto fra il capo e la superficie d'appoggio: la forza applicata dal capo sulla superficie è uguale al peso del capo del bambino moltiplicato per la forza di gravità. *La prima legge di Newton stabilisce che esiste una forza uguale e contraria*

che agisce dalla superficie al capo del bambino e che oppone resistenza alla crescita nella zona di contatto. In conseguenza di ciò, la crescita volumetrica si sposta in aree dove non c'è resistenza. Questo compenso causa la deformazione e l'appiattimento del capo.

Gli elementi chiave per la diagnosi di una deformità cranica sono costituiti dall'anamnesi e dalla valutazione clinica del neonato. E' fondamentale l'accuratezza dell'esame obiettivo e della palpazione del cranio del neonato. Il riconoscimento precoce di queste condizioni è indispensabile per la definizione di programmi precoci di prevenzione e trattamento.

Che cos'è la PLAGIOCEFALIA posizionale



Plagiocefalia è un termine di origine greca che significa **testa obliqua** (plagios = obliqua e kefalé = testa) Il termine descrive quindi un appiattimento asimmetrico del cranio che può interessare la sua parte anteriore o posteriore.

La maggior parte delle plagiocefalie è di tipo occipitale ed è dovuta a forze esterne agenti sul cranio del bambino altamente modellabile sia in ambiente intrauterino sia immediatamente dopo la nascita.

Perché prendersi cura della plagiocefalia posizionale?

Le forme plagiocefaliche che si accompagnano ad una torsione della base del cranio e della faccia, con conseguente asimmetria dell'articolazione temporo-mandibolare e della masticazione, possono incrementare di molto la probabilità che si sviluppino anomalie dell'occlusione dentale; otiti ricorrenti; alterazioni della vista; atteggiamento in torcicollo posturale; asimmetria nell'utilizzo degli arti superiori o ipotonia muscolare generalizzata.



Pur non esistendo ancora delle linee guida definitive per il trattamento della plagiocefalia posizionale, è ormai assodato che una diagnosi e un trattamento precoce ne influenzano positivamente la prognosi.

Anche se la scelta del trattamento più efficace è ancora controversa, tutti gli approcci disponibili condividono il comune obiettivo di diminuire la pressione sulla regione occipitale appiattita, e di favorire una posizione simmetrica del capo.



l'American Academy of Pediatrics (AAP) raccomanda ai genitori, fin dai primi giorni dopo la nascita, di tenere il neonato in posizione prona, quando è sveglio, intrattenedolo per un tempo variabile in base al suo gradimento, per prevenire lo sviluppo di aree di appiattimento della squama occipitale e per facilitare al contempo il controllo del capo. La posizione prona da sveglio è una proposta che dovrebbe entrare a far parte del quotidiano del bambino.

Quando il bimbo è sveglio si dovrebbe favorire la funzione antigravitaria e l'orientamento del capo in tutte le direzioni proponendo frequenti variazioni di postura.

Inoltre il *coinvolgimento attivo dei familiari* nel trattamento, sotto l'attenta guida di personale esperto e qualificato nel settore, è assolutamente indispensabile per garantire il massimo dei risultati. Gli accorgimenti e le attività ludico-motorie devono essere inseriti nelle attività quotidiane del bambino a casa. Questa modalità garantisce la necessaria intensità del trattamento e la possibilità di proporlo nei momenti più giusti per il bambino, secondo i suoi ritmi e la sua disponibilità.



Le deformazioni posizionali del cranio sono risolvibili in maniera completa e definitiva con un trattamento intrapreso nel corso dei primi 4/8 mesi di vita.

Dott.ssa Arianna Del Vecchio

FISIOTERAPISTA/OSTEOPATA PEDIATRICO