

La plagiocefalia occipitale e il torcicollo posturale associato nel lattante

ADRIENNE DAVIDSON, ELENA VILLANI

Fisioterapiste, Servizio di Riabilitazione Funzionale, Azienda Ospedaliera "Meyer", Firenze

Plagiocefalia e posizione nel sonno: «Is there case of concerne?». Questo lavoro non dà, né potrebbe dare, una risposta a questa domanda. Mette comunque in evidenza un problema, in apparente espansione epidemiologica, che può essere causa di preoccupazione nelle famiglie, che richiede dunque una risposta rassicurante e possibilmente anticipatoria da parte del pediatra, e che richiede perciò una conoscenza più approfondita ed eventualmente un intervento attivo di intercettazione.

Negli ultimi anni, abbiamo rilevato un notevole aumento nel numero di lattanti sani inviati dai pediatri di famiglia della Regione Toscana presso il nostro servizio, che presentano plagiocefalia occipitale (PO) acquisita e torcicollo posturale (TP) associato.

La plagiocefalia (dal greco *plàgios* = obliquo e *kefalè* = testa; in inglese "twisted skull") è una deformazione del cranio con un modellamento obliquo cranio-facciale, cioè uno schiacciamento della zona emi-occipitale posteriore, associato a una sporgenza anteriore omolaterale e un difetto inverso controlaterale (Figura 1A).

Il termine torcicollo indica una postura asimmetrica del collo con inclinazione laterale omolaterale e rotazione controlaterale della testa (Figura 1B). Fino a pochi anni fa il torcicollo nel lattante era considerato quasi sinonimo di torcicollo miogeno (TM), in quanto era la forma più comune (0,04% - 1,9% dei neonati).

Il torcicollo del lattante non corrisponde automaticamente a una diagnosi di torcicollo miogeno congenito (TMC) ma è un segno clinico di un problema sottostante, dove il primo passo è la diagnosi differenziale per individuare la causa scatenante: torcicollo parossistico benigno, torcicollo oculare, torcicollo associato al reflusso gastroesofageo, alle anomalie muscolo-sche-

OCCIPITAL PLAGIOCEPHALY AND ASSOCIATED POSTURAL TORTICOLLIS IN YOUNG BABIES (Medico e Bambino 21, 435-442, 2002)

Key words

Occipital plagiocephaly, Postural torticollis, Sleep position

Summary

The Authors present the results of a retrospective study of 181 cases (48 in the 1995-97 period and 133 in the 1998-2000 period) of healthy young babies presenting with occipital plagiocephaly and associated postural torticollis. In agreement with recent international literature, they suggest that the increase is linked to the "back to sleep" advice given to parents since 1997 and the correlated lack of variation in the sleeping position in the first months of life. A brochure designed for pediatricians describes some early signs of predisposition that can be picked up by 3 months of age. Simple suggestions for postural care in at-risk infants are provided.

letriche congenite (assenza di muscoli cervicali, emivertebre, Klippel-Feil syndrome ecc.), tumore, disturbo neurologico, trauma cranico ecc. Negli ultimi tempi, come già detto, aggiungiamo l'ormai più comune torcicollo posturale acquisito associato alla plagiocefalia. In particolare nel periodo prenatale, e più generalmente nel corso del primo anno di vita, vanno presi in considerazione il torcicollo miogeno, il torcicollo posturale e il torcicollo da alterazione muscolo-scheletrica congenita.

La diagnosi differenziale tra TMC e TP - affezioni confondibili in quanto entrambe coinvolgono direttamente i tessuti molli la-

terali del collo - è basata sull'anamnesi e sulla storia naturale che sono diversificate e sul coinvolgimento o meno del muscolo sternocleidomastoideo (SCM). Nel TMC esiste un interessamento primario del muscolo SCM, ipotizzato attualmente come una sindrome compartimentale prenatale con limitazione soprattutto della rotazione omolaterale del collo.

Nel torcicollo posturale invece, se si presenta una retrazione dei tessuti molli (nei casi più gravi), questa è a carico soprattutto del muscolo trapezio con una maggiore limitazione della flessione laterale controlaterale della testa.

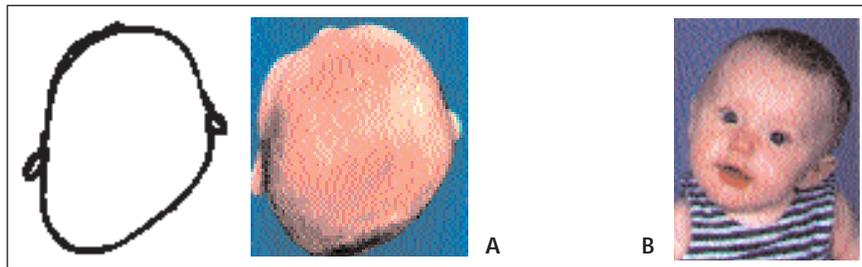


Figura 1. Caso di plagiocefalia occipitale destra (A) con torcicollo posturale sinistro associato (B).

La recente letteratura internazionale riporta come causa più frequente di PO e TP associato la mancanza di variazione posturale durante il sonno nei primi sei mesi di vita^{2,6,7,11}. L'aumento nella frequenza di questo problema viene infatti direttamente collegato all'indicazione internazionale di consigliare la posizione supina nel sonno per tutti i bambini fino a 6 mesi di età, diffusa negli ultimi 10-15 anni come misura di prevenzione della SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*)¹⁵.

Dal 1992, anno in cui l'American Academy of Pediatrics ha dato l'indicazione ufficiale della posizione supina (programma "Back to sleep"), e in parallelo con l'attuazione della raccomandazione, i pediatri americani hanno rilevato un aumento della plagiocefalia occipitale e l'associato torcicollo posturale che vengono intercettati con la fisioterapia tempestiva: cura posturale nel sonno e nella veglia e varie attività di riequilibrio muscolare. Vengono consigliate le variazioni posturali durante il sonno con l'uso della posizione di semi-fianco/fianco, utilizzando un particolare cuscino "nanna sicura" presente in commercio (un sostegno posteriore e anteriore al corpo del bambino, che impedisce che il bambino si metta prono mentre dorme). Le statistiche mostrano che i bambini messi di fianco e morti di SIDS sono stati trovati per la maggior parte in posizione prona; questo dato indica che il rischio è costituito non tanto dalla posizione di fianco in sé ma dalla maggior facilità che il bambino ha di mettersi prono.

Qualche volta, soprattutto quando il difetto della PO viene intercettato tardi (cioè dopo i 6 mesi di vita), o quando non risponde alle cure fisioterapiche,

ricorrono all'uso di una specie di "cascetto" (Figura 2)⁸, che nel giro di alcuni mesi rimodella il cranio, riducendo l'asimmetria.

PLAGIOCEFALIA E POSIZIONE NEL SONNO

In Italia la Società Italiana di Pediatria (SIP) ha emanato le sue raccomandazioni nel 1997, indicando per il sonno del lattante solamente la posizione supina. Negli anni 1997-1998 è stata promossa dalla Regione Toscana una campagna di educazione sanitaria per diffondere le informazioni sul problema ai pediatri di famiglia, ai punti nascita, ai consultori pediatrici e ai media.

Al Servizio di Fisioterapia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera "Meyer" di Firenze (punto di riferimento di 2° livello, visto il collegamento con i servizi specialistici pediatrici, in particolare di ortopedia e di neurologia) è stata inviata dai pediatri di famiglia della Toscana la seguente casistica: nel periodo gennaio 1995 e dicembre 1997 (cioè prima della diffusione dell'indicazione della SIP sulla posizione supina nel sonno per lattanti) sono stati rilevati 82 casi di torcicollo, di cui 48 affetti da PO e TP associato in lattanti sani, mentre nel periodo gennaio 1998 e dicembre 2000 (cioè dopo la diffusione dell'indicazione della SIP) sono arrivati 197 casi di torcicollo, di cui 133 di tipo TP con PO (Tabella I).

All'interno del nostro servizio l'aumento di questi casi ci ha incuriosito, e ci ha stimolato a porci alcune domande:

1. Perché si presenta questo problema, e perché sta aumentando? È colle-



Figura 2. Modello di DOC Band (Dynamic Orthotic Cranioplasty Band).

gabibile, come verificato all'estero, all'adozione della posizione supina nel sonno per il lattante come raccomandato dalla SIP?

2. Esistono degli indicatori di predisposizione nel neonato (nascita pretermine, aspetti costituzionali, abitudini nell'accudimento quotidiano, ...), oltre alla posizione nel sonno, a sviluppare questa patologia?

3. È possibile identificare delle indicazioni preventive di accudimento per evitare lo sviluppo di questa anomalia muscolo-scheletrica e quindi per evitare la necessità di ricorrere al trattamento fisioterapico, che rappresenta sempre una medicalizzazione della vita del bambino e una causa di ansia/di-saggio per i genitori?

STUDIO RETROSPETTIVO DELLA CASISTICA 1995-2000

Per rispondere a questi interrogativi abbiamo deciso di svolgere uno studio retrospettivo basato sulla revisione della nostra casistica con lo scopo di:

- valutare nei lattanti sani l'entità precisa dell'incremento della PO e del TP;
- individuare i possibili fattori di rischio che predispongono un neonato a sviluppare l'affezione, con lo scopo di delineare i tratti del neonato a rischio. (In letteratura vengono proposti diversi fattori predisponenti tra cui il sesso (M:F 3:1), il percentile di crescita della circonferenza cranica ≥ 75 , e la mancanza di variazione posturale durante il sonno);
- creare un opuscolo informativo/divulgativo per i pediatri sui fattori di rischio e sulla prevenzione della problematica con lo scopo di ridurre l'inci-

denza e di conseguenza la necessità di ricorrere ad interventi fisioterapici correttivi.

L'esperienza fisioterapica negli ultimi anni ci ha fornito l'occasione per mettere a punto un programma originale di accudimento (cura posturale e originale attività psicomotoria), efficace nel prevenire/ridurre l'instaurarsi dell'anomalia.

Sono stati esclusi dallo studio tutti quei bambini inviati per torcicollo che presentavano altre patologie associate, in quanto lo studio era mirato ai lattanti sani.

I criteri di esclusione sono stati i seguenti:

- presenza di patologie neurologiche centrali (sofferenza cerebrale perinatale, paralisi cerebrale infantile) e periferiche (lesioni ostetriche del plesso brachiale);
- presenza di malattie genetiche e malformative;
- prematurità con età gestazionale < 35 settimane;
- presenza di anomalie del rachide cervicale;
- frattura di clavicola (in quanto il tratta-

mento richiede un posizionamento obliquo del bambino sul fianco controlaterale alla frattura che potrebbe causare la plagiocefalia).

Sono state analizzate le cartelle cliniche dei due gruppi di lattanti inviati per torcicollo (82 bambini nel triennio '95-'97 e 197 bambini nel triennio '98-'00), con lo scopo di raggrupparli e confrontarli in base all'eziologia del torcicollo da cui erano affetti (torcicollo posturale, torcicollo muscolare congenito, torcicollo oculare, torcicollo da malformazione muscolare o vertebrale, torcicollo parossistico alternante).

In *Tabella I* si trovano anche le percentuali relative ai vari tipi di torcicollo.

Risulta che il numero di casi di torcicollo muscolare congenito è rimasto pressoché invariato, così come quello del torcicollo oculare, del torcicollo parossistico alternante e del torcicollo da malformazione.

I casi di torcicollo posturale risultano invece aumentati nel secondo triennio. I bambini presi in esame sono tutti residenti nella Regione Toscana, e non si sono verificate in questi ultimi

tre anni significative variazioni della natalità che giustifichino questo aumento. Non ci sono state variazioni significative nel nostro rapporto con i pediatri di famiglia, e non ci sono motivi per collegare l'aumento a una loro maggiore sensibilità al problema. Verosimilmente si può ipotizzare che il fenomeno sia da ricondursi alla diffusione tra i neonati della posizione supina per il sonno, che ha fatto seguito all'indicazione della Società Italiana di Pediatria del 1997.

Per quel che riguarda l'analisi dei 133 casi di PO con TP pervenuti nel triennio '98-'99-'00, i risultati sono riportati nella *Tabella II*. Da questi dati si può concludere che è più comune la plagiocefalia occipitale destra (48,12%) di quella sinistra (25,56%) e che, dato molto significativo, il torcicollo associato è quasi sempre controlaterale alla plagiocefalia.

La casistica del triennio 1998-2000 è stata poi esaminata in modo più dettagliato tramite una scheda di raccolta dati compilata per ogni bambino durante la prima visita fisioterapica. Le

TABELLA RIASSUNTIVA DEI VARI TIPI DI TORCICOLLO DEL LATTANTE E DELLA LORO INCIDENZA, RELATIVI ALLA CASISTICA PERVENUTA AL SERVIZIO DI FISIOTERAPIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA MEYER DI FIRENZE

	TRIENNIO 95-96-97			TRIENNIO 98-99-00		
	Casi rilevati	Casi esaminati	Percentuale	Casi rilevati	Casi esaminati	Percentuale
Torcicollo muscolare congenito	30	82	36,59%	49	197	24,87%
Torcicollo posturale	48		58,54%	133		67,51%
Torcicollo oculare	2		2,44%	9		4,57%
Torcicollo parossistico alternante	1		1,22%	4		2,03%
Torcicollo osseo	1		1,22%	2		1,02%

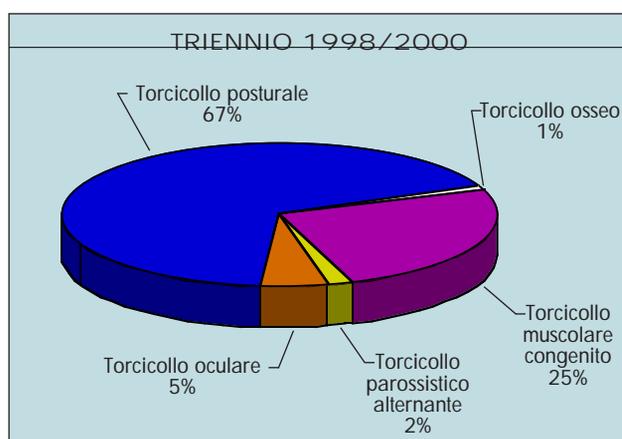
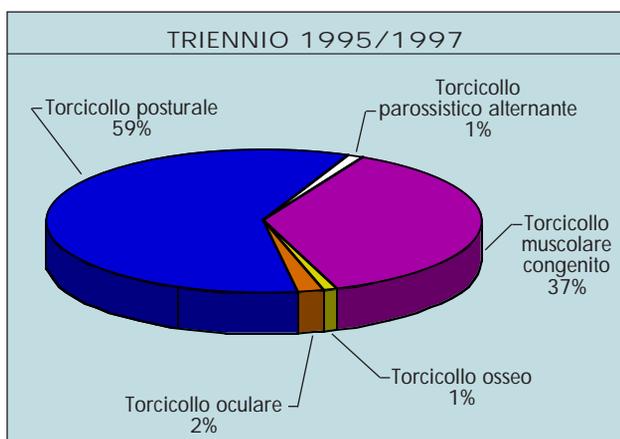


Tabella I

TABELLA RIASSUNTIVA DELLE PATOLOGIE RISCOSETRATE NEI 133 LATTANTI ESAMINATI

Patologia	Casi esaminati	Percentuale assoluta	Patologia aggiuntiva	Casi esaminati	Percentuale relativa
Plagiocefalia occipitale destra	64	48,12%	Torcicollo posturale destro	12	18,75%
			Torcicollo posturale sinistro	49	76,56%
			nessuna	3	4,68%
Plagiocefalia occipitale sinistra	34	25,56%	Torcicollo posturale destro	23	67,64%
			Torcicollo posturale sinistro	9	26,47%
			nessuna	2	5,88%
Torcicollo posturale destro	15	11,27%			
Torcicollo posturale sinistro	20	15,03%			

Tabella II

informazioni raccolte derivano dalla valutazione fisioterapica diretta del bambino, dai dati scritti dal pediatra di famiglia sul libretto sanitario e dall'intervista alla madre e/o padre. La raccolta dati ha incluso:

□ items significativi della valutazione clinica presenti nella plagiocefalia e nel torcicollo posturale associato: asimmetria cranio-facciale; presenza di asimmetria delle pieghe cutanee del collo; asimmetria dell'allineamento della testa sul tronco; limitazione della flessione laterale controlaterale del collo con un'ampiezza della rotazione omolaterale quasi completa; squilibrio nell'organizzazione assiale; asimmetria nell'uso delle mani;

□ informazioni sui fattori di predisposizione descritti in letteratura o ipotizzati dagli autori: sesso, età gestazionale, età alla diagnosi; presenza di reflusso gastroesofageo/rigurgito; assetto muscolo-scheletrico alla nascita; controllo della testa e del tronco;

□ informazione sull'accudimento quotidiano: posizione abituale nel sonno dalla nascita; abitudine di stare in posizione prona durante la veglia; varia-

zioni posturali nelle ore di veglia e di sonno, esperienze antigravitarie. (Spesso si rileva l'abitudine di tenere il bambino in posizione quasi orizzontale durante la veglia con l'uso prolungato della carrozzina o della sdraietta).

In *Tabella III* sono elencati i vari items della valutazione con le relative percentuali. Da questi dati risulta che nella nostra casistica si ritrovano più maschi (53,38%) che femmine (46,62%).

Nell'88,72% i bambini sono nati a termine e nell'93,98% il loro peso è adeguato per l'età gestazionale. Il parto è stato per il 93,23% senza complicazioni, e nel 69,92% si trattava della prima gravidanza.

La posizione abituale nel sonno fino a 4 mesi di vita è la posizione supina nel 61,65%, ossia fino a quando normalmente i bambini non riescono da soli a girarsi, mentre il 17,28% ha dormito su un solo fianco per vari motivi («per la digestione», «non sul lato del cuore», «perché il bambino preferiva»). Solo 9 bambini su 133 dormivano in posizione prona, e questo dato è in accordo con il fatto che nel 94,73% dei

casi è stata sconsigliata la posizione prona per dormire.

Il consiglio di tenere il bambino prono da sveglia è stato fornito solo per il 26,31% dei bambini, e questo dimostra che, all'indicazione di non mettere il bambino a dormire sulla pancia, molto spesso non segue quella di tenerlo a pancia sotto da sveglia per favorire lo sviluppo del controllo assiale antigravitario e della motricità attiva simmetrica del capo e del tronco superiore⁴ (*Figura 3*).

Il problema dei rigurgiti frequenti (più volte al giorno) si riscontra nel 54,88% dei casi. Nel 43,60% di questi bambini è presente un asse corporeo "a virgola", che sta a significare che è presente un'asimmetria non solo al livello del rachide cervicale ma anche a carico del tronco (costituita da una curva a largo raggio che interessa sia il rachide dorsale sia quello lombare) e del cingolo pelvico con il bacino obliquo.

Tutti i bambini appartenenti alla nostra casistica presentavano: 1) asimmetria delle pieghe cutanee del collo che risultavano più arrossate e più profonde dalla parte della flessione la-

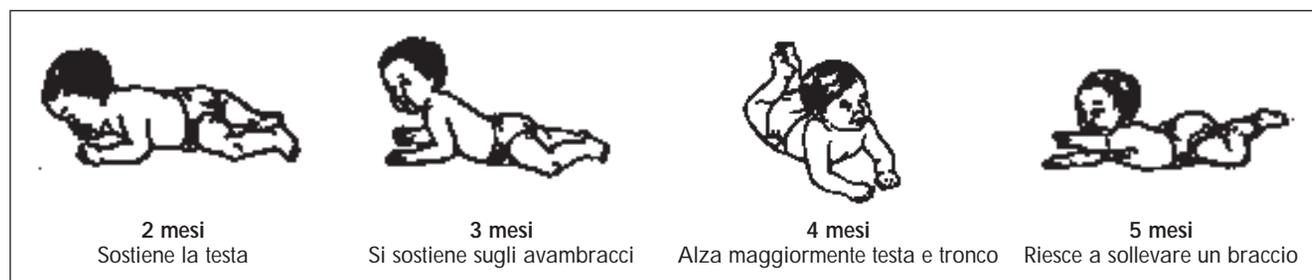


Figura 3. L'acquisizione del controllo antigravitario simmetrico di testa e tronco in posizione prona.

TABELLA RIASSUNTIVA DEI DATI RELATIVI
AI 133 LATTANTI ESAMINATI

Dato		Casi esaminati	%
Posizione abituale nel sonno (fino a 4 mesi di vita)	supina	82	61,65%
	prona	9	6,76%
	fianco destro	13	9,77%
	fianco sinistro	10	7,51%
	fianco alternato	19	14,28%
È stata sconsigliata la posizione prona per dormire?	sì	126	94,73%
	no	7	5,26%
È stata consigliata la posizione prona da sveglio?	sì	35	26,31%
	no	98	73,68%
Rigurgiti	sì	73	54,88%
	no	60	45,11%
Asse corporeo "a virgola"	sì	58	43,60%
	no	75	56,39%
Asimmetria delle pieghe cutanee del collo	sì	133	100,00%
	no	0	0,00%
Limitazione della flessione laterale e/o della rotazione del collo	sì	133	100,00%
	no	0	0,00%
Squilibrio nell'organizzazione assiale	sì	100	75,18%
	no	33	24,81%
Controllo antigravitario della testa	adeguato	51	38,34%
	scarso	74	55,63%
	molto scarso	8	6,01%
Controllo antigravitario del tronco	adeguato	43	32,33%
	scarso	80	60,15%
	molto scarso	10	7,51%
Problemi ortopedici associati	sì	14	10,52%
	no	119	89,47%

Tabella III

terale del torcicollo; 2) limitazione più o meno marcata della flessione laterale controlaterale; 3) rotazione preferenziale del capo. Questa situazione comportava nel 75,18% uno squilibrio nell'organizzazione assiale funzionale sulla linea mediana.

Il controllo della testa è risultato scarso per l'età nel 55,63% dei bambini, ma ancora più indicative sono le percentuali del controllo del tronco che è risultato scarso nel 60,15%.

Nella scheda di valutazione è presente anche la voce *asimmetria nell'uso delle mani*, ma abbiamo deciso di non prenderla in considerazione, in

quanto nella maggior parte dei casi non è stato possibile valutarla data l'età dei soggetti. Allo stesso tempo nei bambini di età inferiore a 4 mesi risulta un maggior uso della mano del lato della rotazione preferenziale della testa.

Nel 10,52% dei casi abbiamo riscontrato un problema ortopedico associato:

- 1 caso di metatarso varo unilaterale sinistro;
- 3 casi di metatarso varo unilaterale destro;
- 4 casi di metatarso varo bilaterale;
- 1 caso di displasia congenita dell'anca unilaterale sinistra;

- 3 casi di displasia congenita dell'anca bilaterale;
- 2 casi di piede talo valgo unilaterale destro.

La maggior parte dei bambini è pervenuta al servizio di fisioterapia entro i 6 mesi di vita (85,55%).

CHE COSA SI PUÒ DEDURRE DALLE OSSERVAZIONI RETROSPETTIVE?

I risultati dello studio dimostrano un effettivo aumento dei casi di PO con TP associato dopo la diffusione in Italia dell'indicazione di mettere i bambini fino a 6 mesi di età a dormire in posizione supina. Prima che la Società Italiana di Pediatria desse questa indicazione, nel 1997, la posizione prona per il sonno era molto usata tra i neonati e lattanti, e in questa posizione il neonato non sviluppa plagiocefalia occipitale in quanto il cranio non riceve, dal piano su cui poggia, pressioni che possano causare anomalie.

I 9 casi di lattanti appartenenti alla nostra casistica che, pur dormendo in posizione prona, hanno manifestato la plagiocefalia occipitale sono i casi in cui la PO ha un'origine esclusivamente pre-natale. Nella maggior parte di questi casi, dal racconto dei genitori e talvolta anche dalle fotografie relative ai primi giorni di vita, si può individuare che la PO era già presente alla nascita.

Il nostro studio è risultato utile per l'identificazione di alcuni fattori che predispongono il neonato a sviluppare il problema. Ha permesso di suggerire i tratti caratteristici del bambino tipo che presenta PO e TP: è nato a termine (88,72%) da un parto senza complicazioni (93,23%), e alla nascita ha un peso adeguato per l'età gestazionale (93,98%). Viene inviato dal pediatra al servizio di fisioterapia entro i 6 mesi di vita (85,55%), e dall'anamnesi si rileva che ha problemi di rigurgito (54,88%). Dalla valutazione clinica si scopre che ha le pieghe cutanee del collo più arrossate e più profonde dalla parte della flessione laterale del torcicollo (100%), e che può presentare il cosiddetto asse corporeo "a virgola" (43,60%). Spesso ha uno scarso controllo antigravitario della testa (55,63%) e del tronco

(60,15%), e uno squilibrio nell'organizzazione assiale (75,18%) del capo sul tronco, causato dalla limitazione alla flessione laterale e alla rotazione del collo tipica del torcicollo.

Dal colloquio con i genitori, che sono inesperti perché alle prese con il primo figlio (69,92%), scopriamo che fino a 4 mesi di vita ha dormito esclusivamente in posizione supina (61,65%) o su un solo fianco (17,28%), in quanto il pediatra aveva sconsigliato loro la posizione prona per dormire (94,73%), e che durante la giornata, quando è sveglio, non viene messo in posizione prona (73,68%) perché nessuno glielo ha mai consigliato.

Dalle percentuali riportate nella *Tabella III* è evidente che non sempre troveremo tutte queste caratteristiche. Allo stesso tempo tutti i bambini affetti dall'anomalia muscolo-scheletrica in discussione presentano diverse di queste caratteristiche che, nel loro complesso, possono essere quindi considerate "spie di allerta".

E NELL'ANNO 2001?

Visto che lo studio in esame si riferisce ai dati della casistica pervenuta fino a dicembre 2000, abbiamo esaminato, sinteticamente e con la stessa modalità, la casistica dell'anno 2001, per vedere se rispecchia il trend del triennio precedente.

Nei 12 mesi (gennaio-dicembre 2001) sono stati inviati per torcicollo 97 casi di lattanti, tra cui risultano:

- 17 casi di TMC;
- 8 casi di torcicollo parossistico;
- 2 casi di torcicollo oculare;
- 1 caso da otite;
- 1 caso di agenesia dello SCM.

I 68 casi rimanenti risultano affetti dal problema in questione con dati associati che confermano le caratteristiche del nostro "bambino tipo".

Questi numeri confermano l'andamento del triennio precedente: sembrano tendenzialmente in aumento i casi di torcicollo posturale, mentre rimane pressoché invariata l'incidenza degli altri tipi di torcicollo.

Dalla letteratura più recente abbiamo appreso che risulta essere un fatto-

re di predisposizione molto indicativo qualora il percentile della crescita della circonferenza cranica sia $\geq 75^\circ$ percentile. Questo concorda con una simile tendenza nella nostra casistica, ma è stato incluso troppo tardi nella nostra raccolta dati per poter presentare un dato documentato. In un eventuale futuro studio riguardante questa problematica si consiglia pertanto di includere il percentile di crescita della circonferenza cranica nei primi tre mesi di vita.

CHE COSA PUÒ FARE IL PEDIATRA E COSA POSSONO FARE I GENITORI

Abbiamo ritenuto utile creare un opuscolo informativo/divulgativo per i pediatri in modo da comunicare questi dati, e renderli utilizzabili anche per le famiglie.

Lo scopo dell'opuscolo è quello di sensibilizzare gli operatori a questo problema, per suggerire alcune semplici indicazioni preventive di accudimento e di intercettazione dei casi ai primi segni. Nell'impostare il programma preventivo per il sonno e per la veglia ci siamo ispirati in parte ad altri opuscoli che sono già utilizzati in

Australia, in Olanda e negli Stati Uniti, e in parte abbiamo utilizzato l'esperienza clinica dei fisioterapisti dell'Azienda Ospedaliera "Meyer" e il programma di accudimento attuato dai nostri genitori.

In quell'opuscolo suggeriamo:

□ che il pediatra, ai bilanci di salute del primo e del terzo mese, ponga attenzione ad alcuni aspetti rilevanti per lo sviluppo della sindrome PO+TP:

- preferenza del lattante per una posizione del capo;
- simmetria/asimmetria cranio-facciale;

□ che, se il bambino presenta segni di PO+TP anche iniziali, proponga alla famiglia alcuni semplici accorgimenti:

- qualità del controllo anti-gravitario e posizione generale del tronco (corpo "a virgola");
 - circonferenza cranica $>3^\circ$ centile;
 - concomitanza del sintomo rigurgito;
- che, se il bambino presenta segni di PO+TP anche iniziali, proponga alla famiglia alcuni semplici accorgimenti:
- tenere il bambino prevalentemente a pancia sotto durante la veglia, anche per "parlare" con lui (*Figura 4a*); nei primissimi mesi con un sostegno sotto il torace (*4b*), e dopo i 4-5 mesi su un tappeto per terra (*4c*);
 - quando il bambino è in braccio, alternare destra e sinistra (*4d*);
 - se il bambino ha una posizione pre-

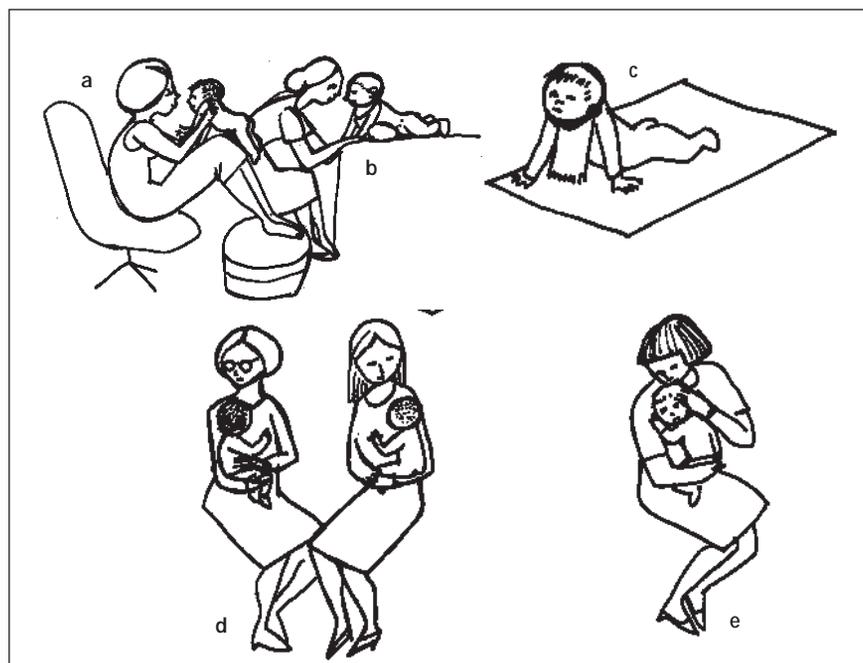


Figura 4

ferenziale del capo, fare in modo che la testina stia prevalentemente dal lato meno preferito (4e);

- durante il sonno, alternare la posizione supina con la posizione in semifianco, utilizzando i cuscini di contenzione "nanna sicura" (in commercio);
- se i segni di PO+TP sono marcati, inviare il bambino al servizio di fisioterapia.

Il rischio di sviluppare la sindrome PO+TP può essere considerato superato una volta verificato, a tre mesi, che il bambino ha un cranio con una forma relativamente simmetrica (non schiacciata posteriormente), e che non ha una posizione preferenziale della testa.

BAMBINI A RISCHIO E BAMBINI CON PLAGIOCEFALIA GIÀ STRUTTURATA

Appena rilevato che il bambino in questione è da ritenersi a rischio, si consiglia al pediatra di discutere con i genitori le indicazioni illustrate nelle pagine centrali dell'opuscolo (programma di accudimento posturale preventivo), e di offrire loro una relativa fotocopia. Generalmente i genitori apprezzano di ricevere dei fogli illustrati che sottolineano i consigli essenziali e servono come promemoria del colloquio esplicativo.

Il programma preventivo consiste in semplici indicazioni di accudimento per il sonno e per la veglia. Per quanto riguarda il sonno il concetto fondamentale è quello di variare la posizione, alternando tra la posizione supina e i due fianchi o semi-fianchi, onde evitare che una stessa zona del cranio riceva, per molte ore consecutive, la pressione esercitata dal piano su cui poggia. Per la posizione di fianco e semi-fianco si consiglia di utilizzare un cuscino "nanna sicura", per evitare che durante il sonno il bambino vada a pancia in giù.

Il programma posturale per la veglia consiste in una serie di attività da proporre al bambino durante la giornata che gli sono utili anche per prepararsi a rotolare e a stare seduto. Va particolarmente incoraggiata la posizione prona in età superiore a 2 mesi, in quanto è la posizione in cui maturano maggiormente, in modo simmetrico e antigravità,

i muscoli del collo e del tronco. Questa è la parte più attiva del programma, in cui il bambino viene incoraggiato a lavorare in modo appropriato per l'età e la fase di sviluppo. A questo proposito abbiamo suggerito alcune idee, tra cui quella di inserire l'uso del tappeto per terra dopo i 4 mesi di età. Per ulteriori approfondimenti sulle attività psicomotorie utili rimandiamo alla nostra pubblicazione³ del 1999.

Considerato il largo uso che viene fatto della seggiolina, abbiamo ritenuto opportuno consigliare di contenere, allineare e verticalizzare il bambino con i rullini laterali al tronco (che non sono altro che dei piccoli asciugamani arrotolati), facendo attenzione di lasciare libera la testa in modo che sia il bambino stesso a controllarla attivamente.

Abbiamo fornito alcune idee sul come tenere correttamente in braccio il bambino, in quanto anche questo momento, se gestito con consapevolezza, può diventare facilmente un'occasione per favorire il suo sviluppo motorio e relazionale.

È evidente che questi sono solo alcuni semplici consigli, che possono essere integrati dal pediatra con altri ritenuti utili per il particolare bambino in questione.

In caso della PO e del TP già strutturati, pur non trattandosi di una patologia grave, il disturbo può disorganizzare la prima fase dello sviluppo posturo-motorio del bambino, causando squilibri muscolari e asimmetrie nell'uso funzionale della motricità. Una volta che il problema sia evidente ai genitori, risulta essere quasi sempre una fonte di preoccupazione, e forte è il loro desiderio di intervenire. Le particolari attenzioni richieste dalle cure fisioterapiche correttive, non più preventive, sono più invasive, e disturbano maggiormente la spontanea vita familiare.

Quindi, tutto sommato, anche in questo caso, ci sembra «meglio prevenire che curare».

Negli Stati Uniti, inizialmente, le posizioni consigliate per il sonno erano tre: supina, fianco destro, fianco sinistro. Poi, sia per semplificare il messaggio sia perché la posizione di fianco non è considerata totalmente sicura, è

MESSAGGI CHIAVE

□ La plagiocefalia può esprimere una rara condizione di craniosinostosi asimmetrica; molto più spesso, la plagiocefalia occipitale (PO) costituisce un fenomeno da modellamento passivo, a esordio pre- o post-natale, legato a una postura asimmetrica e alla posizione del capo, e associato spesso a torcicollo posturale (TP).

□ In realtà questa anomalia può essere presente alla nascita, si evidenzia o si accentua nei primi tre mesi di vita, si associa ad asimmetria del tono muscolare, spesso con atteggiamento "a virgola" di tutto il corpo, e nel 10% dei casi con una displasia di interesse ortopedico (displasia dell'anca, piede metatarso varo).

□ Al terzo mese di vita la sindrome plagiocefalia + torcicollo, quando si deve verificare, si è già resa evidente. La mancata rilevazione della deformità a quest'epoca della vita consente di trascurare il problema.

□ Questa sembra essere l'età per intercettare precocemente la sindrome con alcuni semplici interventi, mirati specialmente sulla posizione durante la veglia e/o su accorgimenti particolari sulla posizione del sonno, che deve essere comunque "sonno sicuro".

□ Tale intervento, allo stato attuale delle conoscenze, dovrebbe riguardare soltanto i casi che presentano già dei segni, sia pure iniziali, di deformità.

□ Manca in tutto questo, come per altri problemi ortopedici, uno studio prospettico sull'evoluzione naturale del disturbo; molte evidenze suggeriscono che si tratti di un paramorfismo destinato ad autocorreggersi con l'inizio della deambulazione nella grande maggioranza dei casi. In molti, tuttavia, rimane motivo di preoccupazione, soprattutto nel secondo semestre di vita.

□ La sindrome PO-TP rappresenta anche un "sintomo-sentinella" che deve invitare ad approfondire la ricerca di altri possibili problemi concomitanti, in primo luogo la displasia dell'anca.

stata consigliata esclusivamente la posizione supina. In seguito al problema dello sviluppo della plagiocefalia, anche negli Stati Uniti viene indicata la variazione, come da noi proposta, per i bambini colpiti.

In conclusione ci auguriamo un uti-

lizzo pratico e rispettoso dell'opuscolo e del nostro programma posturale preventivo. Dovrebbe servire a sensibilizzare il pediatra al problema, e a diminuirne l'incidenza e quindi il numero di bambini che devono essere curati. Nonostante lo studio si riferisca a un'esperienza della Regione Toscana, i colleghi fisioterapisti di altre regioni concordano sull'aumento della problematica a livello nazionale.

Dopo un periodo necessario per la diffusione, sarebbe auspicabile verificare l'utilità dell'opuscolo, valutando se è diminuito il numero dei casi che necessitano di un trattamento fisioterapico.

Ringraziamenti

Ringraziamo la collega Monica Martini per il suo prezioso contributo nella gestione fisioterapica dei bambini seguiti nello studio.

Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. Task force on infant sleep position and Sudden Infant Death Syndrome; changing concepts of Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatrics* 2000; 105:650-6.
2. Argenta LC, David LR, Wilson JA. An increase in infant cranial deformity with supine sleeping position. *J Craniofac Surg* 1996;7:5-11.
3. Davidson A, Zuffo S, Ciullini P, Martini M. Marsupi, seggiolini e affini: consigli per i genitori. *Medico e Bambino* 1999;5:301-6.
4. Davis BE, et al. Effects of Sleep Position on Infant Motor Development. *Pediatrics* 1998; 102(5):
5. Havens DH, Zink RL. The "Back to Sleep" campaign. *J Pediatr Health Care* 1994;8:240-2.
6. Najarian SP. Infant cranial molding deformation and sleep position: implications for primary care. *J Pediatr Health Care* 1999;13(4): 173-77.
7. Piumelli R, et al. Aspetti scientifici ed organizzativi di un centro per la SIDS. *Riv Ital Pediatria* 1998;24:698-703.
8. Ripley CE, Pomatto J, Beals SP. Treatment of positional plagiocephaly with dynamic

orthotic cranioplasty. *J Craniofac Surg* 1994; 5:150-9.

9. Ross K. Torticollis: differential diagnosis, assessment and treatment, surgical management and bracing. The Haworth Press 1997.

10. Rosso C, Russo M, Cammarota MG, Basergera M. Posizione prona, rischio di SIDS e consigli del pediatra. *Medico e Bambino* 1998; 1:31-4.

11. Turk AE, Carthy JG, Thorne CCHM. The "Back to Sleep Campaign" and deformational plagiocephaly: is there cause to concern? *J Craniofac Surg* 1996;7:12-8.

12. Villani E. La plagiocefalia occipitale e il torcicollo posturale associato nel lattante: indicatori di predisposizione e di prevenzione mediante studio prospettico e retrospettivo di 133 casi (periodo gen. 1998 - dic. 2000). Tesi di diploma universitario in fisioterapia. Università degli Studi di Firenze, anno accademico 1999/2000.