

## “OCCLUSIONE E CONCETTO OSTEOPATICO”

tratto da “Ortoposturodonzia” di M.Clauzade e J.P. Marty

### A LIVELLO CRANICO

I principi dell'osteopatia craniale, sono stati descritti da AT. STILL alla fine del XIX secolo.

W.G. SUTHERLAND parla dell'esistenza di un movimento all'interno del cranio, movimento indipendente dal ritmo cardiaco e polmonare.

Questo movimento ha ricevuto il nome di «Movimento Respiratorio Cranico» o MRP (Meccanismo Respiratorio Primario). Esso è percepibile alla palpazione e possiede un ritmo di 13-12 cicli al minuto per un'ampiezza di 25 micron. (49)

Questo ritmo “fluttua” con gli stati di salute e rallenta in presenza di una malattia.

Così, W. FRYMANN ha dimostrato, sui lattanti, che esiste una netta correlazione tra il ritmo del MRP (Meccanismo Respiratorio Primario) e la sofferenza post-natale. (103)

È interessante notare come questo ritmo cranico abbia tendenza a diminuire nella nostra popolazione attuale, mentre SUTHERLAND ha parlato di un ritmo del MRP di 14 cicli corrispondente alle

popolazioni dei pionieri o ai contadini avvezzi al lavoro dei campi.

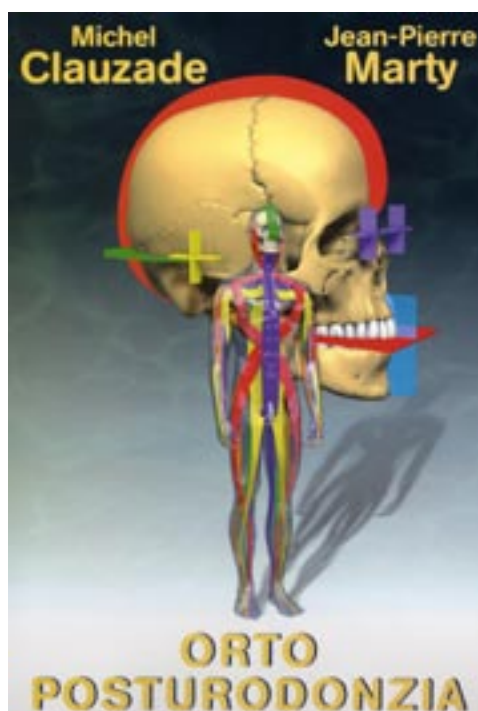
Nel 1989, noi abbiamo sviluppato questo concetto osteopatico dell'occlusione, basato sui principi dell'osteopatia.

**L'esistenza del MRP (Meccanismo Respiratorio Primario), attribuito alla fluttuazione del liquido cefalo-rachidiano, deve lasciare spazio al giorno d'oggi ad una teoria elettromagnetica di oscillazione cellulare.**

Si può considerare il MRP come la risultante di queste diverse frequenze cellulari.

Nasceranno due zone topografiche di attività risultanti da questo sviluppo cerebrale, richiamando in causa il concetto sviluppato da A. DAMBRICOURT-MALASSE, che provocheranno la morfogenesi ossea del cranio.

Una individualizzazione in regione anteriore e regione posteriore del cranio, si realizza attorno al corpo dello sfenoide o ali-sfenoide, che rappresenta la regione di stabilità, di equilibrio.



Questa attività dinamica non cesserà mai e sosterrà, per mezzo della sua informazione, le strutture che, bisogna sottolinearlo, potranno essere modificate in caso di cambiamento di questa stessa informazione.

Il concetto osteopatico attribuisce alla Sincondrosi-Sfeno-Basilare (SSB) un ruolo di cerniera nella dinamica craniale dove si esprime il movimento di flessione-estensione del MRP (Meccanismo Respiratorio Primario).

M. STRICKER e B. RAPHAEL individualizzano degli insiemi crono-topografici influenzati da un «conformatore comune» che si sviluppano dallo sfenoide. (237)

Queste due grandi correnti di attività biodinamica concorrono all'edificazione del cranio ed al mantenimento della forma organizzando:

- lo sviluppo anteriore del cranio, che inizia dal pre-sfenoide e interessa vomere, palatino, etmoide, zigomo, frontale, pre-mascellare e mascellare;

- lo sviluppo posteriore, che inizia a livello del post-sfenoide e interessa occipite, temporale e mandibola.

M. J. DESHAYES è partita dalla nozione di coppia funzionale maxillo-mandibolare di J. DELAIRE, per organizzare una biodinamica cranio-facciale equivalente. (83)

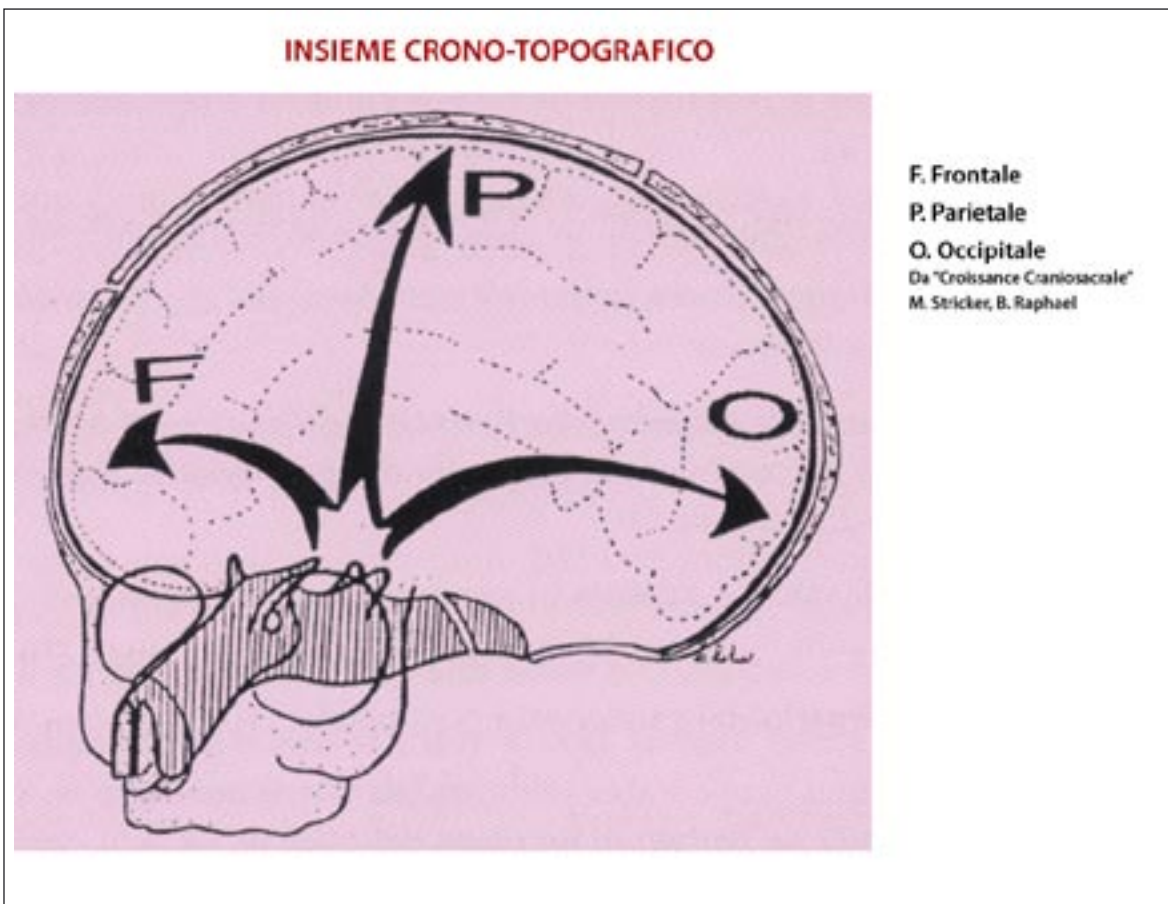
Questa comprensione ha portato a una visione totalmente nuova dell'odontogenesi e dell'occlusione.

I denti sono contenuti dentro gli abbozzi ossei del mascellare superiore e della mandibola.

**Il mascellare dipende dalla sfera anteriore, la mandibola dalla sfera posteriore; l'occlusione è la traduzione dello stato dinamico oscillatorio cranico.**

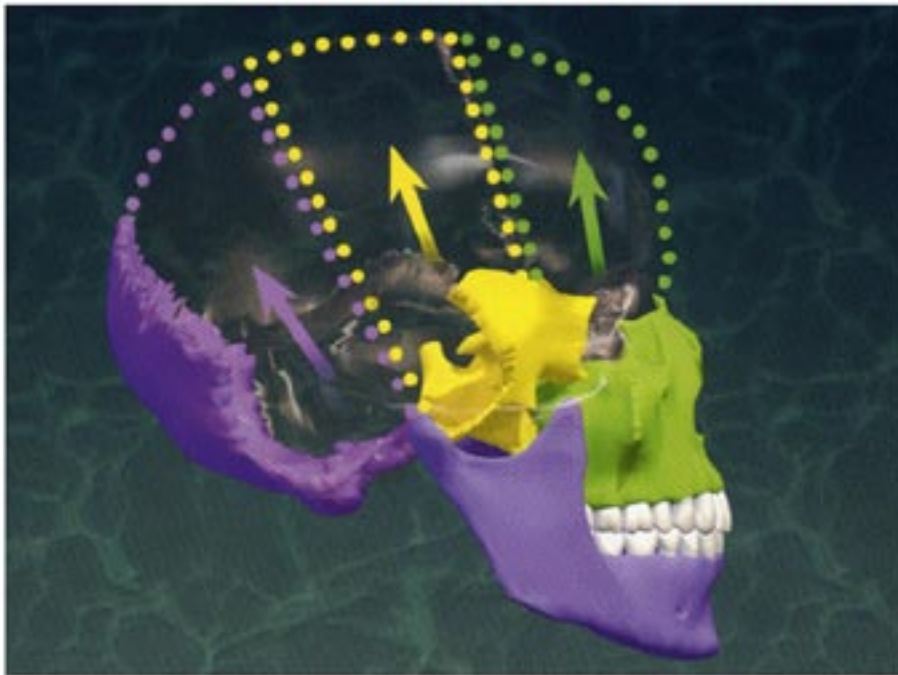
**Essa rappresenta una sutura aperta, cioè, una regione di scarico delle sollecitazioni craniali.**

**Non dimentichiamoci che il concetto osteopatico è sostenuto dall'unicità del**



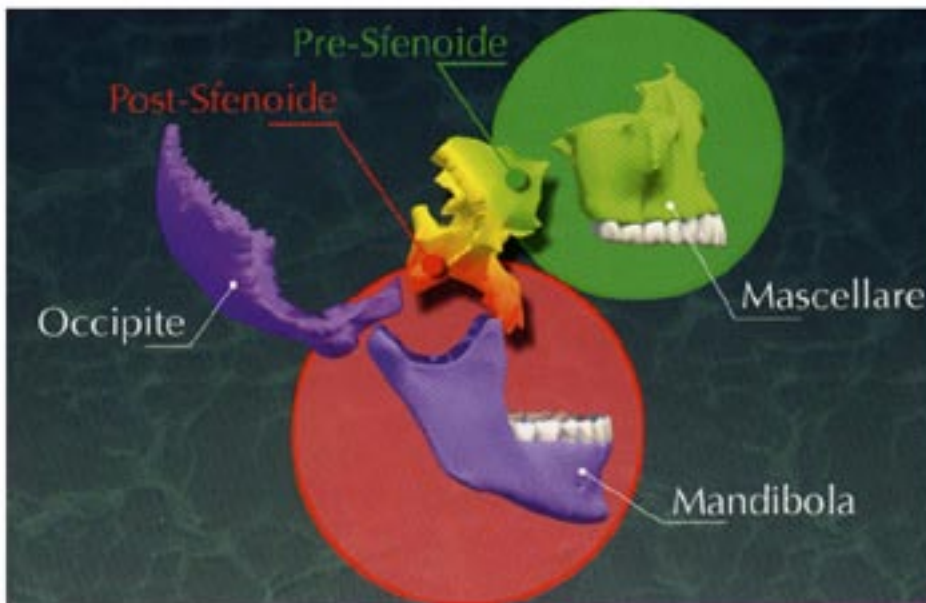


## CONCETTO OSTEOPATICO DELL'OCCLUSIONE



Zone topografiche della dinamica craniale

- Anteriore = Presfenoide, Frontale mascellare superiore
- Centrale = Sfenoide e Parietale
- Posteriore = Occipitale, temporale e mandibola



L'OCCLUSIONE è una "sutura aperta", luogo di scarico delle sollecitazioni

corpo, unicità realizzata dalle fasce, cioè, il tessuto connettivo e le aponeurosi di cui fanno parte le meningi (dura madre).

GOETHE e STEINER sostengono che le ossa del cranio non sono altro che delle vertebre metamorfosate, e che esiste una continuità strutturale tra colonna vertebrale e cranio.

Così, la prima vertebra è rappresentata dal pre-sfenoide, la seconda dal post-sfenoide, la terza dall'occipite.

L'atlante è, in effetti, la quarta vertebra, e si comporta come un vero menisco adattativo tra colonna vertebrale e cranio.

La malocclusione si presenta come una vera scoliosi cranica.

Dai punto di vista biodinamico, se considerate il cranio come un pallone in caucciù, potete schematizzare i grandi assi di sviluppo delle forze:

- una sollecitazione posteriore verticale, porterà ad una apertura anteriore; si tratta del caso tipico di beanza anteriore o open-bite;

- una pressione trasversale favorirà l'allungamento antero-posteriore e il prognatismo;

- una pressione antero-posteriore favorirà il raccorciamento antero-posteriore, l'allargamento trasversale e il retrognatismo.

La posizione del feto in utero, nel ventre materno, non è dunque così insignificante come può sembrare; ma le sofferenze neurali, emozionali, potranno modificare anche questa dinamica oscillatoria cranio-facciale.

Da queste sollecitazioni, nasceranno delle asimmetrie di sviluppo.

Ma i traumi e le cadute post-natali avranno anche la loro importanza.

**Quando i denti entrano in contatto, per fissare l'occlusione, appare un nuovo fenomeno. Per mezzo della loro innervazi-**

**one trigeminale, dei loro recettori desmodontali, avremo la formazione di un circuito cibernetico di retro-azione: il sistema si auto-blocca.**

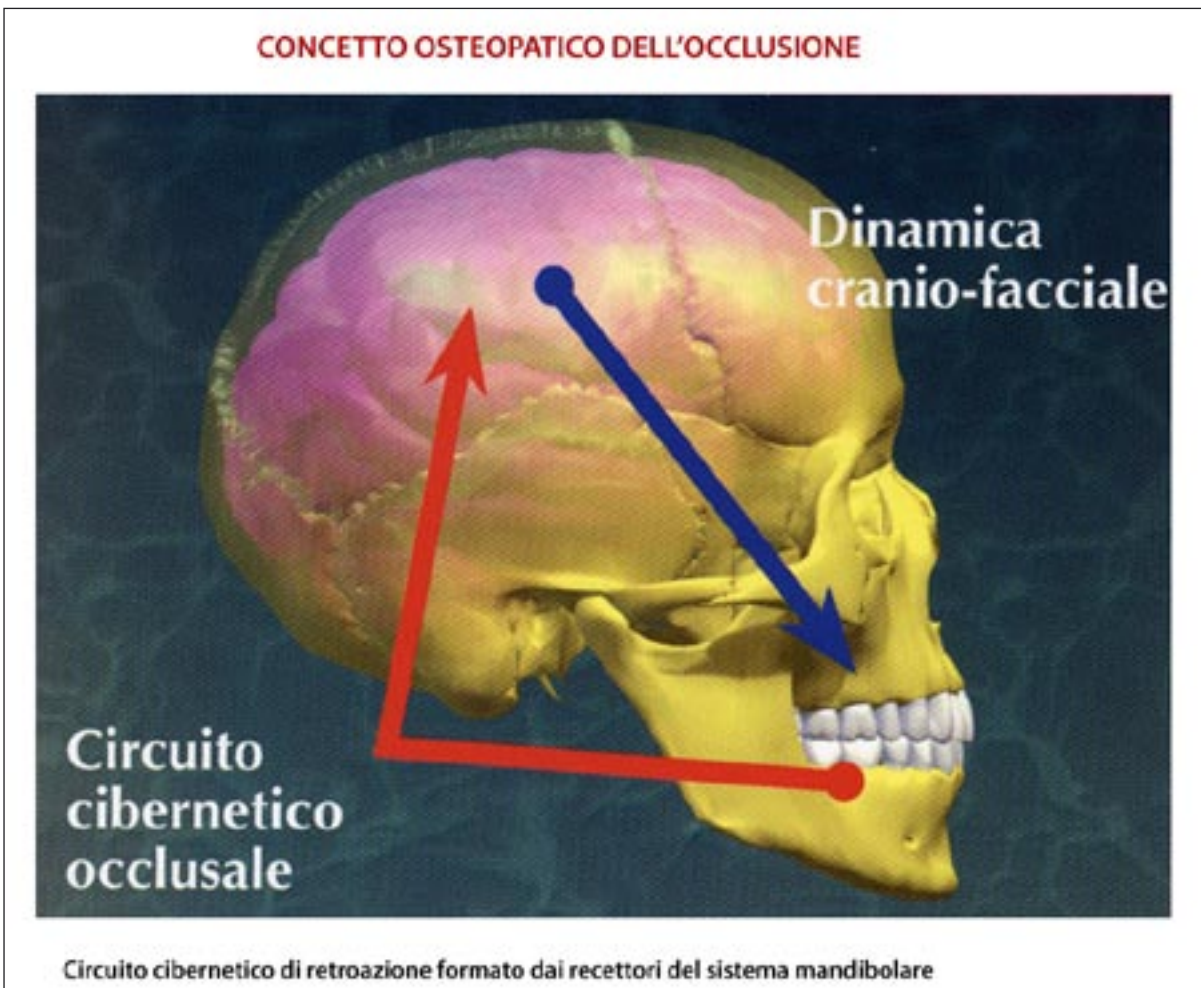
**Non c'è più, in questo momento, una vera possibilità di manovra osteopatica utile a togliere questa barriera.**

**È lo "sblocco" occlusale che potrà allora ridare libertà al sistema e modificarlo per mezzo di una nuova informazione dentale e craniale.**

**È per questa ragione che noi abbiamo differenziato due sotto sistemi:**

**. il sistema cranio-sacrale, meningeo (dura madre) e liquido per mezzo del liquido cefalo-rachidiano;**

**. il sistema cranio-mandibolare o mandibolare, che si riuniscono nel sistema centrale dell'individuo: il sistema cranio-sacro-mandibolare.**





L'ortopedia dento-maxillo-facciale necessita di un intervento precoce, altrimenti l'organizzazione posturale si stabilirà rispetto a questo asse di fissazione.

Le terapie ortopediche cranio-mandibolari per mezzo delle docce occlusali procederanno allo stesso modo nelle altre situazioni di sollecitazioni temporo-mandibolari.

Avremo così un sistema centrifugo craniale e centripeto occlusale.

Ma l'occlusione è ben più adattatrice che conformatrice o iniziatrice; sono la distruzione della continuità occlusale intra o interarcata e i traumi che scatenano le patogenesi iniziali.

**Un co-fattore emozionale è sovente l'elemento scatenante.**

**Invece, modificando questa occlusione, e ottimizzandola, si riorganizza la dinamica cranica e si agisce sulla sua funzione di conformatore cranico. Queste inter-relazioni costanti dimostrano che l'occlusione è un processo biodinamico continuo e, dunque, non può essere equiparata a questa nozione di stabilità che gli veniva riconosciuta fino ad oggi.**

Il chirurgo-dentista ha, tuttavia, un'opportunità straordinaria.

Grazie alla situazione spaziale dei denti, ha, dinanzi a lui, un grande libro aperto della vita del suo paziente. Il vissuto del suo paziente si manifesta attraverso i tormenti della sua occlusione. Noi ritroviamo il simbolismo e le affermazioni delle scuole psico-morfologiche.

**La massima: "Mostrami i denti e ti dirò chi sei" è perfettamente confermata.**

#### NOTE

27) Caix Ph. "L'ATMet son vrai-faux ménisque" Approche morphologique fonctionnelle clinique et chirurgicale: Thèse Doctorat d'état en biologie humaine, Amiens 1971

49) Clauzade M. A., Darraillans B. "Concept ostéopathique de l'occlusion", Editions SEOO Perpignan 1989

56) Couly G. "ATM et interrelations fonctionnelles masticatoires", AOS n°114, 233-252, Editions Julien Prelat, Paris 1976

57) Couly G. "Plaidoyer pour l'arthroplastie précoce des ankyloses temporo-mandibulaires de l'enfant" In "Mécanothérapie. Kinésithérapie Maxillofaciale", Editions AFEMK, Tome II, 70-73, Paris 1991

77) Delaire J. "Essai d'interprétation des principaux mécanismes lians la statique à la morphogénèse céphalique - Déductions cliniques", AOS n°130, 189-220, 1980

83) Deshayes M.-J. "Croissance cranio-faciale et orthodontie", Editions PUF 1989

103) Frymann V. "Relation of disturbances of cranio-sacral mecanism to symptomatology of the newborn", JADA 65, 1059-1075, 1966

237) Stricker M., Raphael B., "Croissance cranio-faciale", Morphos editions, Reims 1983

**tratto da "Ortoposturodonzia" di M. Clauzade e J.P. Marty, GLM Edizioni MArrapese - Roma 2004**

Può essere richiesto direttamente all'editore MArrapese 06 5014072. Gli utenti ITCS hanno diritto ad uno sconto sul prezzo di copertina.