

TRAUMI CRANICI : SEMEIOLOGIA INIZIALE PREOSPEDALIERA

Maurizio Bertolini *

La raccolta e la trasmissione della semeiologia iniziale dei traumi cranici sono fondamentali nell'evoluzione della loro gestione.

In effetti i traumi cranici sono lesioni evolutive: alle lesioni traumatiche iniziali si aggiungono dei fenomeni d'auto-aggravamento secondari, responsabili dell'ischemia cerebrale in relazione a fattori extra cranici. Si viene a determinare il quadro delle aggressioni cerebrali secondarie d'origine sistemica.

E' pertanto fondamentale che , nella fase preospedaliera , l'esame clinico iniziale del trauma cranico così come i quadri evolutivi siano rigorosamente raccolti e chiaramente trasmessi alle strutture ospedaliere d'accoglienza.

ESAME CLINICO INIZIALE DEL TRAUMATIZZATO CRANICO

L'esame clinico iniziale del trauma cranico , dopo le valutazioni delle funzioni vitali , si basa su un rigoroso esame neurologico, completato dalla ricerca sistematica d'eventuali lesioni associate.

RICERCA DEI DANNI VITALI

I danni respiratori e/o circolatori , fattori entrambi di prognosi sfavorevole nei traumi cranici gravi, devono essere scrupolosamente ricercati per poi essere rapidamente corretti.

SEGNI DI DEFICIT RESPIRATORIO

Sul piano respiratorio bisogna ricercare un'ipossiemia , una cianosi o SpO₂ inferiore al 94%

SEGNI DI DEFICIT CIRCOLATORIO

Sul piano emodinamico bisogna ricercare un'ipotensione arteriosa definita da una PA sistolica inferiore a 90 mmHg. Quest'ipotensione può essere d'origine ipovolemica in caso d'associazione con quadri emorragici a livello del torace, addome , bacino o arti inferiori o addirittura una semplice ferita lacera contusa dello scalpo. Per contro possiamo trovarci di fronte ad un'ipotensione d'origine vasoplegica per lesione midollare.

L'ESAME NEUROLOGICO INIZIALE DEL TRAUMA CRANICO

L'esame neurologico iniziale del trauma cranico deve rispondere ad un certo numero di criteri: deve essere semplice , ben codificato , riproducibile e soprattutto regolarmente rivalutato.

Ovviamente è fondamentale che l'esame neurologico sia effettuato su un paziente stabilizzato sul piano respiratorio ed emodinamico

ESAME NEUROLOGICO – I PARTE : Valutazione dello stato di coscienza

Il sistema di valutazione attualmente più utilizzato è stato ideato proprio per la sorveglianza dei traumi cranici. Si tratta del GCS (Glasgow Coma Scale) preparato nel 1974 da Teasdale e Jennet e da loro modificato nel 1976. Il GCS è stato validato in traumatologia cranica da molte pubblicazioni della letteratura scientifica e l'analisi critica permette di stabilire un'efficacia limitata ai punteggi estremi

* U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, Ospedale San Giuseppe – Albano laziale (Roma)

(GCS da 3 a 6 o da 7 a 14). Vi sono molte disparità nella sua determinazione e vi è una differente riproducibilità a seconda che l'erogatore sia un medico o un infermiere.

La valutazione del punteggio dovrebbe essere effettuata 6 ore dopo il trauma cranico, ciò permetterebbe la correzione e il riequilibrio dei deficit respiratori e circolatori.

In pratica, sulla strada, il GCS non dovrebbe essere effettuato, con eccezione per i traumatizzati con una PA sistolica maggiore di 90 mmHg. e una SpO2 maggiore di 94%.

La stimolazione dolorosa più appropriata sembra essere la pressione sopraorbitaria o sottolinguale. La risposta motoria deve essere stimata in modo rigoroso: la risposta orientata corrisponde ad un movimento di neutralizzazione della stimolazione e non bisogna confondere la reazione con un movimento di decerebrazione. Occorre in ogni caso che questa valutazione sia fatta da un medico esperto e soprattutto deve essere regolarmente rivalutata.

ESAME NEUROLOGICO – II PARTE

Oltre alla valutazione dello stato di coscienza l'esame neurologico iniziale del trauma cranico deve comportare l'esame pupillare, la ricerca dei segni di lato, dei segni di lesione del tronco cerebrale.

L'esame delle pupille deve evidenziare la loro misura, la loro simmetria e la loro reattività, con una significatività per la prognosi per differenze di misure superiori a 3 mm e un'areattività bilaterale.

I segni di lato si evidenziano soprattutto nella valutazione della motricità già chiarita dal GCS.

I sintomi della lesione cerebrale poggiano sullo stadio dei riflessi: fronto-orbicolare, oculo-cefalico orizzontale e verticale, oculo-vertebrale e oculo cardiaco come proposto dalla scuola di Liegi ma loro ricerca non è stata valicata nella fase iniziale dei traumi cranici. Inoltre dobbiamo ricordare che i sintomi in favore di un'ipertensione intracranica sono rappresentati da un ipertono associato a movimenti di opistotono, così come da anisocoria.

RICERCA D'UN TRAUMA CRANICO APERTO

L'esame iniziale deve egualmente ricercare una ferita cranio cerebrale, uno spandimento di liquido cefalo rachidiano, un'otorragia o un ematoma a forma lenticolare che deve fare sospettare una frattura della base cranica.

RICERCA DI LESIONI ASSOCIATE

Le lesioni associate devono essere sistematicamente ricercate poiché possono essere origine di un collasso cardiovascolare e d'ipossia, fattori che aggravano le lesioni cerebrali.

CONCLUSIONI

Nel traumatizzato cranico dobbiamo porre l'accento l'importanza di un esame clinico semplice ma completo, rigoroso e dettagliato e soprattutto regolarmente rivalutato. Peraltro una cartella medica preospedaliera standardizzata permetterebbe di migliorare la qualità della raccolta dei dati in modo esaustivo e di facilitare la trasmissione alle strutture riceventi.

BIBLIOGRAFIA

1. *Prise en charge des traumatisés crâniens graves à la phase précoce - Recommandations pour la pratique clinique*, Ann Fr Anesth Réanim, 1998 ; 17, 1267 – 73
2. Juvet M., *Coma and other disorders of consciousness*, Handbook of Clinical Neurology, North Holland Publishing Co, 1969
3. Saleman M., Schepp RS., Ducker TB, *Calculated recovery rates in Severe head trauma*, Neurosurgery, 1981 ; 8, 301 – 7

4. Stahammar D., Starmark JE, *Assessment of responsiveness rates in severe head Injury patient : The Glasgow Coma Scale and some comments on alternative Methods*, Acta Neurochir., 1986 ; 91, 91 - 4