

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XXI

Dicembre 2018

numero 10

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

LE CRISI CONVULSIVE POST-TRAUMATICHE

Arianna Canuto

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: arianna.canuto@gmail.com

Un bambino di 3 anni e mezzo riporta un trauma cranio-facciale cadendo per le scale. A circa 15-20 minuti dal trauma presenta un episodio di vomito, quindi improvvisamente perde il contatto e devia lo sguardo. Viene trasportato incosciente presso il Pronto Soccorso di un ospedale periferico, dove si presenta non responsivo agli stimoli (GCS 3), con sguardo deviato a destra. Il bambino viene intubato previa sedazione con midazolam e viene eseguita una TC cranio in urgenza, che esclude la presenza di lesioni o sanguinamenti intracranici ma mette in evidenza tre fratture lineari in sede frontale, senza segni di affondamento o dislocazione. Il bambino viene estubato dopo circa 12 ore, rimane stabile e senza deficit neurologici. L'EEG risulta nella norma e il bambino viene dimesso dopo aver istruito genitori sull'utilizzo del diazepam rettale in caso di una comparsa di nuova crisi convulsiva.

Le **crisi convulsive post-traumatiche precoci** si definiscono come crisi convulsive che insorgono entro una settimana dal trauma cranico, ulteriormente suddivise in immediate (entro 24 ore) e precoci ritardate (dal secondo al settimo giorno). Il meccanismo fisiopatologico va ricercato in un'alterazione acuta del flusso ionico, nel rilascio di neurotrasmettitori eccitatori e/o in un danno neuronale acuto. L'incidenza varia tra l'1 e il 40% a seconda delle casistiche; i fattori di rischio riportati sono la gravità

del trauma cranico e la più giovane età dei bambini, mentre la presenza di emorragie intracraniche sembra essere correlata soprattutto allo sviluppo di convulsioni precoci ritardate (insorgenza dopo le 24 h).

A differenza delle crisi convulsive post-traumatiche tardive, quelle precoci non sono legate a un alto rischio di ricorrenza e non hanno un significato prognostico specifico rispetto al rischio di sviluppare un'epilessia post-traumatica.

In caso di trauma cranico lieve-moderato con un'unica convulsione immediata, di breve durata e con completa negatività dell'obiettività neurologica e della TC, non è indicata l'ospedalizzazione. Meritano un approfondimento diagnostico e un'osservazione prolungata le convulsioni con esordio focale, di durata prolungata e con alterazioni dello stato di coscienza o dell'obiettività neurologica; solo in caso di ricorrenza delle crisi, anche a fronte di una TC negativa, l'EEG e la RM encefalo saranno utili a quantificare meglio il danno neurologico. E l'uso dei farmaci? Non vi è nessuna evidenza pediatrica che l'utilizzo di farmaci antiepilettici (ad esempio la fenitoina) in caso di traumi cranici moderato-gravi prevenga l'insorgenza di convulsioni post-traumatiche precoci, così come non è indicato avviare alcuna terapia dopo l'insorgenza di una crisi.