

Accidenti vascolari cerebrali del bambino (escluso il neonato)

M. Kossorotoff, A. Lebas, S. Chabrier, S. Puget

Circa 500 accidenti vascolari cerebrali hanno luogo ogni anno in Francia nel bambino: infarti arteriosi, trombosi venose cerebrali ed emorragie cerebrali. La clinica è, il più delle volte, evocatrice. Talvolta i segni possono essere poco specifici, e sono l'anamnesi, l'esame clinico e il contesto clinico sottostante che fanno sospettare la diagnosi. Le eziologie sono spesso differenti da quelle dell'adulto, richiedendo un bilancio eziologico specifico, per esempio per le arteriopatie cerebrali transitorie, la causa più frequente degli infarti arteriosi cerebrali del bambino. La gestione in fase acuta degli infarti arteriosi si basa sul mantenimento dell'omeostasi e dell'emodinamica e sul riconoscimento di cause che richiedono un trattamento specifico urgente, eventualmente trombolitico. Le trombosi venose cerebrali sono un'indicazione all'anticoagulazione. Può essere necessario il trattamento di una causa associata, in particolare infettiva. Sono spesso riscontrati una patologia sottostante o un fattore favorente. Le emorragie cerebrali devono essere gestite in collaborazione con un'equipe di neurochirurgia. Le malformazioni artero-venose e i disturbi dell'emostasi sono da ricercare, in quanto a rischio di recidiva dell'emorragia. La diagnostica per immagini ha un posto importante nella strategia diagnostica degli accidenti vascolari cerebrali del bambino. La strutturazione di filiere di assistenza per questi bambini è un obiettivo per il miglioramento della loro gestione.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Accidente vascolare cerebrale del bambino; Infarto arterioso cerebrale del bambino; Trombosi venosa cerebrale del bambino; Emorragia cerebrale del bambino

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1	■ Emorragie cerebrali	8
■ Epidemiologia, prevenzione primaria	2	Definizione, epidemiologia	8
■ Infarti arteriosi cerebrali	2	Presentazione clinica	8
Definizione	2	Diagnosi	8
Presentazione clinica	2	Gestione nella fase acuta	8
Diagnosi di certezza e differenziale	2	Bilancio eziologico	8
Gestione nella fase acuta	3	Morbilità, mortalità, sequele	9
Bilancio eziologico	3	Gestione rieducativa	9
Gestione a lungo corso e rischio di recidiva	4	■ Conclusioni	9
Morbilità, mortalità, postumi	5		
Conclusioni	5		
■ Trombosi venose cerebrali	5		
Definizione, epidemiologia	5		
Presentazione clinica	5		
Diagnosi	5		
Bilancio eziologico	6		
Trattamento	6		
Morbilità, mortalità, postumi	7		
Gestione rieducativa	8		

■ Introduzione

Gli accidenti vascolari cerebrali del bambino, che si tratti di infarti arteriosi (anticamente chiamati «accidenti ischemici»), di emorragie cerebrali («accidenti emorragici») o di trombosi venose cerebrali, rappresentano circa 500 eventi per anno in Francia, a esclusione dei neonati. Le manifestazioni sono acute e, a volte, subacute e le loro conseguenze sono gravi: due terzi dei bambini

conservano delle sequele^[1,2]. Una diagnosi precoce permette da una parte l'instaurazione tempestiva di un trattamento appropriato e una gestione che limita le complicanze e, dall'altra, un orientamento rapido verso una struttura di rieducazione. Il bilancio eziologico permette di adattare la gestione e di valutare i rischi di recidiva.

Gli accidenti vascolari cerebrali del neonato sono trattati in un articolo specifico dell'EMC.

■ Epidemiologia, prevenzione primaria

Gli accidenti vascolari cerebrali del bambino hanno un'incidenza globale compresa tra 2 e 3/100 000 bambini/anno, incidenza che sarebbe aumentata negli ultimi dieci anni fino a circa 6/100 000/anno. Per la metà circa (1,2/100 000/anno), si tratta di infarti arteriosi e, per l'altra metà (1,1/100 000/anno), di emorragie cerebrali. L'incidenza delle trombosi venose cerebrali è inferiore, stimata tra 0,25 e 0,66/100 000 bambini/anno^[3-6].

Gli studi epidemiologici evidenziano una sovrarappresentazione maschile: anche escludendo gli accidenti vascolari legati ai traumi (più frequenti nel maschio), il rapporto fra i sessi è di 1,31 per le emorragie cerebrali e di 1,24 per gli infarti arteriosi. Peraltro, l'incidenza degli accidenti vascolari cerebrali nei bambini neri è stata calcolata due volte superiore rispetto a quella dei bambini bianchi in un registro americano, ricondotta a 1,6 tenendo conto dell'incidenza più elevata della drepanocitosi omozigote^[6].

È nella popolazione dei bambini drepanocitici omozigoti che l'epidemiologia è precisata meglio. La drepanocitosi omozigote è, infatti, una causa maggiore di accidente vascolare cerebrale del bambino, con un rischio 220 volte superiore rispetto ai bambini non drepanocitici: l'11% dei bambini SS avrà un accidente neurologico clinico prima dell'età di 20 anni, il più delle volte un infarto arterioso, e fino al 20% un infarto clinicamente silente (cioè di scoperta radiologica)^[7-10]. Per i bambini drepanocitici omozigoti, la strategia di prevenzione primaria di questi accidenti oggi raccomandata si basa su uno studio annuo dei flussi nelle arterie intracraniche mediante Doppler transcranico, sistematico a partire dall'età di 2 anni. In caso di accelerazione significativa (velocità superiore o uguale a 200 cm/s), si inizia un programma di trasfusioni iterative^[11-13].

■ Infarti arteriosi cerebrali

Definizione

Un infarto arterioso è la lesione ischemica parziale o completa di un territorio arterioso cerebrale. Il più delle volte, è interessato il territorio dell'arteria cerebrale media (arteria silviana).

Presentazione clinica

È la comparsa acuta di un segno neurologico focale, in particolare motorio, che fa sospettare la diagnosi. Se la presentazione più frequente rimane un'emiparesi acuta, il quadro clinico, in particolare negli infarti arteriosi della fossa posteriore e nei latranti, può essere meno specifico e fuorviare temporaneamente la diagnosi^[14].

Alcuni segni clinici inconsueti nell'adulto non sono rari nel bambino. Così, nei più giovani, si riscontra più frequentemente l'associazione di crisi convulsive e di disturbi della coscienza con i disturbi motori, visivi o fascici. Anche le cefalee sono un segno di accompagnamento particolarmente frequente^[15].

Talvolta, i segni neurologici compaiono e scompaiono per alcune ore prima della loro instaurazione duratura, realizzando una «claudicatio arteriosa». Gli infarti della fossa posteriore hanno spesso un'instaurazione in più tempi, a «scalini», con dei segni focali a volte transitori, una lesione dei nervi cranici e dei disturbi cognitivi e dell'umore^[16].

Non esiste, a tutt'oggi, una scala clinica validata che valuti la gravità iniziale di un infarto cerebrale nel bambino, come la National Institut of Health Stroke Scale (NIHSS), utilizzata quotidianamente nell'adulto.

Anche se i segni clinici scompaiono, il bilancio diagnostico resta indispensabile, a causa del rischio di recidiva.

Diagnosi di certezza e differenziale

“ Punto importante

- La diagnosi di infarto arterioso cerebrale è da ipotizzare:
 - davanti alla comparsa acuta di un segno neurologico focale, motorio e fascico o di una lesione dei nervi cranici;
 - in particolare in un bambino non emicranico e non epilettico.
- La diagnostica per immagini (RM con sequenza di diffusione) permette di porre la diagnosi di certezza.

La diagnosi di certezza di infarto cerebrale sospettato clinicamente è radiologica. È la risonanza magnetica (RM) con sequenza di diffusione, realizzata in urgenza, che evidenzia la lesione citotossica con riduzione del coefficiente di diffusione in un territorio arterioso, classicamente già dalla 2^a ora, ma, a volte, più tardi nel bambino. In caso di negatività della RM e di fronte a un forte sospetto clinico, l'esame è ripetuto 12-24 ore più tardi.

Lo studio del poligono di Willis nel corso dello stesso esame, con sequenza angiografica con o senza contrasto, permette di precisare se è visibile una lesione arteriosa (stenosi, occlusione) o se esiste una rete vascolare anormale. Questa sequenza non permette di visualizzare bene la parete arteriosa.

L'elettroencefalogramma non è uno strumento diagnostico ad alto rendimento: la presenza di onde lente in corrispondenza della zona cerebrale lesa non è specifica. La si riscontra, infatti, al momento degli accessi emicranici, dopo una crisi epilettica e così via.

Diagnosi differenziali



La RM cerebrale normale realizzata almeno 6 ore dopo l'esordio del deficit (quindi ripetuta al bisogno) esclude un infarto cerebrale esteso. Può trattarsi di un attacco di emicrania accompagnato da un deficit focale dopo una crisi epilettica, di un piccolo infarto passato inosservato o di una conversione psicosomatica («isterica»).

La RM può reindirizzare la diagnosi verso un'emorragia cerebrale, un infarto venoso, un processo espansivo/compressivo (ascesso, tumore) o uno *stroke-like*, nel quadro di una malattia metabolica (lesione citotossica o vasogenica che non rispetta un territorio arterioso, in assenza di una trombosi venosa).

Nella situazione di un deficit motorio focale osservato dopo una crisi epilettica, degli elementi dell'anamnesi e dell'esame clinico sono fondamentali per orientare verso una crisi sintomatica di un infarto arterioso piuttosto che verso un deficit postcritico: deficit preesistente alla crisi, bambino non conosciuto come epilettico, lunga durata del deficit, deficit proporzionale e così via.

“ Punto importante

Anche se i segni clinici durano meno di 24 ore, il bilancio eziologico è indispensabile. Il bambino deve essere ricoverato in un'unità di terapia intensiva nella fase acuta.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3236391>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3236391>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)