

Terapia Urgente quanto il blocco di una emorragia

Drenaggio nei traumi cranio-cerebrali

Massimo Bondi (*)

La terapia è finalistica solo quando si oppone tempestivamente al processo patologico in atto o in via di costituzione. Senza una terapia mirata l'evolversi del processo patologico determina -lesioni consequenziali-, che saranno tanto più difficili da eliminare quanto più tempo sarà trascorso, dall'inizio dell'insulto patologico.

Ciò è vero per qualsiasi processo patologico (settico, neoplastico, meccanico, chimico, traumatico) e la diversa etiologia non modifica il concetto della precocità dell'azione terapeutica.

Tale concetto diviene essenziale e di massima urgenza applicativa nelle lesioni traumatiche cranio-cerebrali.

Infatti in tali tipi di lesioni l'instaurarsi sin dall'inizio di un versamento ematico diviene subito compressivo, considerati gli spazi virtuali meningei e l'indeforabilità della teca ossea del cranio, e ciò provoca un progressivo deterioramento della corteccia cerebrale, rendendo difficile ed impossibile se non s'interviene con estrema urgenza, il recupero del paziente che così si avvia verso la dichiarazione di morte cerebrale.

Tale dichiarazione perlopiù diviene operante nelle prime 24/48 ore dal trauma del paziente divenuto comatoso.

Più il tempo passa più la sostanza cerebrale avida di ossigeno, perde la sua vitalità.

Pertanto l'intervento chirurgico di drenaggio in presenza di un pz. traumatizzato cranico comatoso, va sempre e comunque eseguito d'urgenza, allo scopo di decomprimere il cervello. Il tempo in questi casi è prezioso. Andrebbe ripristinato tale intervento negli Ospedali di prima accoglienza. In passato il Chirurgo generale di tali ospedali aveva la preparazione per eseguire tali interventi decompressivi ed era tenuto ad effettuarli. Oggi la specializzazione neuro-chirurgica stabilisce ed impone che tali pazienti vengano avviati agli ospedali maggiori più lontani, per cui sovente si superano i tempi ideali per il loro recupero.

Grandi patologi e chirurghi dello scorso secolo (1) raccomandavano l'inamovibilità di tali pazienti, e la creazione di una assistenza specialistica intorno al paziente. Ben nota la frase «*Il faut bâtir un Hopital autour d'un traumatisé du crane et non pas le transporter à un Hopital déjà bâti*».

La terapia finalistica efficace nel traumatizzato cranico comatoso, da eseguire con *estrema urgenza*, possibilmente nei primi 60-120 minuti (2) dall'incidente si concretizza in: a) Drenaggio extra e sub-durale, b) ventricolostomia, c) craniotomia per ematoma costituito.

- a) Drenaggio extra e sub-durale: applicazione transcranica, in sede frontale, parietale e temporale, di drenaggi tubulari tipo Rédon a circuito chiuso ed a pressione aspirativa controllata.
- b) Ventricolostomia: con la chirurgia stereo-tassica è oggi di facile applicazione un drenaggio a circuito chiuso del 3° ventricolo, atto a controllare la ipertensione liquorale.
- c) Ematomi extra e sub-durali di facile diagnosi clinico-radiologica, quando presenti necessitano di una craniotomia urgente evacuativa.

E' bene <chiarire> che una aspirazione di pochi cc. di liquido ematico e di eventuale liquor ventricolare iperteso, può essere sufficiente a decomprimere la corteccia cerebrale, fare ricomparire la coscienza e comunque a migliorare le condizioni generali e le condizioni inerenti alla patologia traumatica cerebrale.

Antiedemigeni, coagulanti, diuretici e ipotermia controllata cerebrale (3) completano il trattamento terapeutico urgente.

Un soggetto colpito da un trauma cranico grave, ha sempre un versamento emorragico endocranico, modesto nei casi di contusione e di frattura-lussazione di una delle due prime vertebre cervicali, in quanto ossa laminari relativamente sottili. (La dislocazione di frammenti ossei che colpiscono il pavimento del 4° ventricolo, sede dei centri cardiorespiratori, può determinare la morte sul colpo)

Nei casi di frattura della base cranica, sono invece interessate le due rocche petrose che sono ossa molto vascolarizzate, e provocano un versamento emorragico importante, che si trasforma più o meno rapidamente in ematoma.

La patologia compressiva cortico-cerebrale, determina il coma per un fenomeno cosiddetto di "Asinapsia" (4); cioè si verifica il collasso del Canale sinaptico unificato (5), e trascorse 2-3 ore dal trauma il coma si aggrava progressivamente.

CONCLUDENDO

Se il drenaggio nei traumi cranio-cerebrali non viene applicato con estrema urgenza, come d'urgenza s'interviene per fermare una emorragia, il paziente si avvia inevitabilmente al deterioramento compressivo

della corteccia cerebrale, sede dei centri sensoriali, motori e del linguaggio, che contribuiscono a formare la coscienza.

Rispondendo ai criteri imposti dalla Legge una Commissione decreta una condizione di patologia cerebrale irreversibile, conseguenza di una mancata terapia d'urgenza.

Bibliografia

1) J.Patel,L.Leger :

Nouveau Precis de pathologie chirurgicale. Tome 3.

Masson,1960

2) R.Barton ,F.Cerra :

Dept. of surgery University Utah,University Minnesota.

Stampa medica, 506(5).

15 marzo,1991

3) N.Hayashi :

Dpt.of emergency & Critical care medicine, Nihon University «Brain hypothermia therapy» ,

Jpn.Med.J,n°.3767

July 6,1996

4)A.N.Konovalov,L.B.Likhтерman,A.A.Potapov (Ist.Neuroch.Burdenko-Mosca):

«I traumi cranio-Encefalici» pag .32,

Arcadia Edit.-Modena,1995

5) M.Bondi,M.Bondi :

Riv.Biol/Biology Forum,

“The role of synaptic junctions in the identification of human consciousness”

(1998),pag.329

6) M.Bondi,M.Bondi:

“ . interpretation of the pathogenesis of the coma”

ECPD Brain consciousness international Symposium.pag.201

Belgrade Jugoslave

22,sept.1997

(*)L.D.Patol.Chir.e Prop. Clinica,Università La Sapienza-Roma
MD- Sydney,Australia