

**Editoriale****□ Traumatologia cranica: troppo, troppo poco...**

Solitamente quando si affronta il problema del trauma cranico si enfatizza che è ormai divenuto, nei paesi industrializzati, la prima causa di morte nei giovani adulti. Si pone l'accento sul fatto che ogni anno i ricoverati in ospedale per trauma cranico sono da 200 a 500 casi per 100.000 abitanti, mentre l'incidenza dei traumi cranici in genere è di ben 1400-2000 casi per 100.000 abitanti ogni anno<sup>(6)</sup>. Si sottolinea che, nei traumatizzati cranici gravi sopravvissuti, il 10% dei casi riporta gravi deficit neurologici ed il 2% dei casi evolve in stato vegetativo<sup>(3)</sup>.

Quindi, alti costi personali, alti costi sanitari, alti costi in assistenza sociale e, non da ultimi, alti costi umani e psicologici nei familiari, vittime loro stessi di questo drammatico evento.

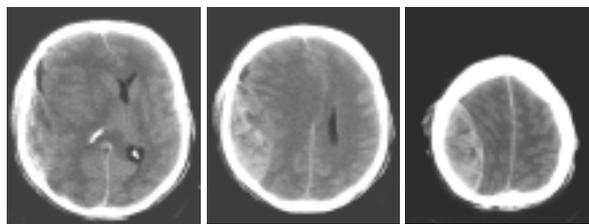
Indubbiamente, tutto vero, tutto giusto, ma, a ben vedere, questo terrorismo delle cifre sortisce l'effetto voluto?

Qualche perplessità è d'obbligo in quanto è probabilmente più facile attirare l'attenzione del mondo accademico, dell'opinione pubblica e dei mass-media parlando di AIDS che di traumatologia cranica. Eppure, stando ai numeri, l'AIDS ha una rilevanza sociale del tutto marginale rispetto alla traumatologia cranica. C'è chi sostiene che in futuro un bambino su due sarà coinvolto nella sua vita in un incidente stradale riportando un trauma cranico e tenendo conto che in tre incidenti su quattro vi sono anche lesioni cerebrali si ritiene che un bambino su sei subirà un trauma cranico di una certa entità<sup>(2)</sup>.

Certo, convegni e tavole rotonde per disquisire sulla traumatologia cranica se ne contano ogni anno a decine in tutta la penisola, ma pare che molto di quanto detto rimanga nelle sonnolente sale dei meeting.

Sul versante preventivo, tranne l'imposizione del casco e delle cinture di sicurezza, stenta a farsi strada una diffusa cultura, cosciente ed efficace, di cosa sia e comporti il trauma cranico. Dal punto di vista pubblico è difficile trovare una tempestiva applicazione di comportamenti o modificazioni, anche logistiche e strutturali, di realtà altamente a rischio per il realizzarsi di traumatismi. Ma anche nell'assistenza la realtà italiana non è la stessa ovunque. Può esservi notevole differenza nell'outcome fra il riportare un trauma cranico grave in prossimità di una città dotata di strutture neuroranimatorie e neurochirurgiche adeguate e essere vittime dello stesso traumatismo in una sperduta valle di montagna. Non si pretende certo ovunque una realtà pari a quella di Cesena, realizzata con determinazione da F. Servadei, ma neanche istituzionalizzare il fatto che nella disgrazia ci sono pazienti di serie A e di serie B.

Già nel 1984, A. Bricolo sosteneva che la mortalità può tendere verso lo "zero" se il paziente con ematoma extradurale posttraumatico viene operato in condizioni non comatose<sup>(1)</sup>. Dopo quindici anni, nonostante gli indiscussi miglioramenti nel soccorso, può ancora succedere che si arrivi al tavolo operatorio in ritardo (Figura 1).



**Figura 1.** TC encefalo. Voluminoso ematoma extradurale posttraumatico. Giunto in ritardo al tavolo operatorio, il paziente muore due giorni dopo l'intervento evacuativo.

Corrispondenza: Dott. B. Zanotti, D.C.A. – Associazione per la riabilitazione neuropsicologica dei Disturbi Cognitivi Acquisiti, Centro Civico del Brione, 38068 Rovereto, e-mail: dca@pegasus.it.  
Rivista Medica 1999; 5 (1-2): 3-5.

Articolo ricevuto in redazione in data 3 aprile 1999. Copyright © 1999 by new Magazine edizioni s.r.l., via dei Mille 69, 38100 Trento, Italia. Tutti i diritti riservati. Indexed in EMBASE/Excerpta Medica.

D'altra parte, recentemente, un'indagine epidemiologica condotta presso la Neurochirurgia di Verona, ha dimostrato che i traumi cranici chirurgici provenienti dal Trentino, provincia sprovvista di neurochirurgia, giungono al tavolo operatorio veronese mediamente oltre le sei ore dall'evento lesivo<sup>(5)</sup>. Tempo che si colloca oltre il limite superiore al fine di garantire la tempestiva messa in atto di tutti quei provvedimenti che consentono di limitare, se non proprio eliminare, tutta quella cascata di eventi lesivi che il ritardato atto chirurgico fa precipitare. La vita si può comunque salvare, ma gli esiti invalidanti, fisici e cognitivi, possono essere ben maggiori.

In Italia sono poche le province che non annoverano nel loro territorio una neurochirurgia o una neurotraumatologia, fra queste spicca il Trentino che, pur avendo un numero di neurotraumi maggiore del Friuli Venezia Giulia, è sprovvisto di strutture neurochirurgiche, mentre, ad esempio, proprio nel Friuli Venezia Giulia ve ne sono ben quattro<sup>(5)</sup>.

In realtà territoriali così fatte, c'è chi prova a porvi rimedio. Ecco allora che sembra sia in atto la proposta da parte dei neurologi dell'Ospedale Civile di Trento di porsi in guardia attiva per essere pronti ad affrontare la traumatologia cranica. L'amministrazione, dal canto suo, sembra abbia portato le consulenze da parte del neurochirurgo da fuori provincia, da una a due alla settimana.

Se così veramente fosse il tutto invece che encomiabile appare fuorviante. La stragrande maggioranza sono traumi lievi (GCS 15-14) e questi non necessitano, se non in casi eccezionali, di un ricovero ospedaliero. I traumi gravi (GCS pari od inferiore ad 8), per definizione, afferiscono tutti, al più presto, o presso una rianimazione o presso la struttura neurochirurgica più vicina. Il grosso dilemma si pone invece per i traumi moderati che necessitano di un ricovero e di un periodo di attenta osservazione. Sono pazienti critici in cui la clinica può precipitare improvvisamente e dove al secondo controllo TC encefalo, a distanza di sei-dodici ore, può palesarsi una lesione chirurgicamente evacuabile. Ecco allora che si può presentare la necessità di un immediato trasferimento in neurochirurgia. Trasferimento che può risultare estremamente ritardato a causa di questa "gestione periferica" in strutture non idonee all'accoglimento ed alla monitoraggio del traumatizzato cranico.

Questo atteggiamento è quindi quello giusto?

Inoltre, la traumatologia cranica ha regole ben diverse dalla patologia d'elezione, quindi l'incremento

delle consulenze esterne da parte di uno specialista neurochirurgo appaiono inutili e pericolosamente rassicuranti. Sono una prova lampante di non avere assolutamente alba di cosa sia e comporti la gestione del traumatizzato cranico.

Se, per motivi che a noi sfuggono ma che non sono certo per il bene del paziente, si vuole a tutti i costi far gestire il trauma moderato da un reparto periferico non ci si può affidare ad un neurochirurgo che giunge a singhiozzo, ma piuttosto, come ha ben dimostrato F. Servadei, si fa ricorso al teleconsulto che può essere operativo ventiquattro ore al giorno e che fornisce input gestionali in tempo reale. Meglio un neurochirurgo telematico oggi che uno in carne ed ossa due giorni dopo...

Fa tragicamente sorridere che in questa fase di scarsità di risorse la sanità trentina scelga la via più dispendiosa ed inefficace. Non conosciamo i costi di due consulenze specialistiche settimanali, ma riteniamo che, al confronto, due terminali PC per teleconsulto comportino una spesa irrisoria.

Quando tempo fa esprimemmo l'opinione che l'unico modo di affrontare il problema della traumatologia trentina era quello di creare una struttura ad essa dedicata<sup>(7,8)</sup>, M. Leonardi avanzò dei dubbi sulla fattibilità in quanto riteneva che ben presto il neurochirurgo che se ne fosse occupato non sarebbe più stato tale<sup>(4)</sup>. Si può convenire con M. Leonardi che il neurochirurgo che si occupa di traumatologia è sicuramente "un'altra cosa", è un neurotraumatologo, specialista in un settore vasto ed importante della neurochirurgia che svolge il proprio lavoro a fianco del neuroranimatore e del neuroradiologo (nonché del neurofisiopatologo e del neuroriabilitatore).

Traslando, anche la neuroradiologia si sta settorializzando e superspecializzando, infatti non tutti si dedicano all'intervenzionale. Ma chi non la pratica non pensiamo cessi di definirsi neuroradiologo. Di pari passo la neurotraumatologia sta raggiungendo, per numeri e per importanza della patologia, una dignità superspecialistica.

Dobbiamo uscire dalla logica imperante che la traumatologia rappresenti la "nave scuola" per lo specialista in formazione. Questo fa sì che la gestione del traumatizzato cranico sia incongrua, tardiva e porti all'uso improprio di cortisonici o mannitolo, di farmaci antiepilettici, di ventilazione e di parametri di perfusione.

Le "Linee guida per il trattamento dei traumi cranici gravi" (*American Association of Neurological Sur-*

geons, *The Brain Trauma Foundation, edizione italiana a cura di L. Beretta, G. Citerio, F. Servadei, N. Stocchetti, 1998*) pongono bene in risalto le difficoltà intrinseche nel trattamento di questa patologia che è, in assoluto, terreno di congiunzione fra più branche specialistiche, non solo neurorimatori e neurochirurghi, ma di molte altre specialità in quanto spesso si tratta di politraumatismi.

Non da ultimo, per importanza, gli esiti, il più drammatico dei quali è lo stato vegetativo persistente (SVP) posttraumatico.

Per meglio conoscere l'impatto dello SVP nella nostra realtà è stato dato il via ad uno studio conoscitivo nazionale tramite un questionario specifico che è stato inviato ad un campione di medici. Iniziativa che ha tratto spunto ed è stata incoraggiata da C. Stocking (*The MacLean Center for Clinical Medical Ethics, University of Chicago*) e da A. Grubb (*Health Care Law, King's College London*), che si sono già resi promotori di analoghi studi nei loro paesi.

Dunque, del trauma cranico, della sua gestione, degli esiti, si parla molto, sembra di sapere tanto, ma a ben vedere non pare proprio superfluo parlarne ancora...

— Bruno Zanotti

## □ BIBLIOGRAFIA

1. Bricolo A., Pasut L.M.: Extradural hematoma: toward zero mortality. A Prospective study. *Neurosurgery* 1984; 14 (1): 8-12.
2. Bricolo A., Vitale M.: I traumi cranio-cerebrali. In: G. Fegiz, D. Marrano, U. Ruberti, editors: *Manuale di chirurgia generale*. Piccin, Padova, 1996, 1183-1208.
3. Defanti C.A.: Lo stato vegetativo persistente. In: C.A. Defanti, C. Flamigni, M. Mori, editors: *Bioetica (Le Scienze quaderni n. 88)*. Le Scienze, Milano, 1996.
4. Leonardi M.: Intervista a Leonardi.(a cura di A. Mastroianni). *La Chimera* 1998; 11: 3-4.
5. Pellegrino M., Verlicchi A., Vivenza C., Zanotti B., Bricolo A.: Epidemiologia delle urgenze neurochirurgiche in Trentino. *Rivista Medica* 1998; 4 (1-2): 33-40.
6. Villani R.M., Tomei G.: Traumi cranici: considerazioni generali. *Professione Sanità Pubblica e Medicina Pratica* 1997; 3: 15-19.
7. Zanotti B.: Neurochirurgia sì, neurochirurgia no. La neurotraumatologia, la Cenerentola fra le patologie. Parte prima. *La Chimera* 1996; 5: 3-4.
8. Zanotti B.: Neurochirurgia sì, neurochirurgia no. La neurotraumatologia, la Cenerentola fra le patologie. Parte seconda. *La Chimera* 1997; 6: 3-4.