

SINDROME SOGGETTIVA DEL CRANIOLESO

Dott. Vito Raffaele Barba

Direttore

UU.OO.di Neurologia

PP.OO. Di Galatina e Copertino

A.U.S.L. Le/01



DEFINIZIONE

SSC

Sequela

neurologica e psichica

conseguente

ad un trauma cranico

che ha comportato

alterazioni dello stato di coscienza

EPIDEMIOLOGIA

I traumi cranici hanno un'incidenza di 250 casi ogni 100.000 abitanti con prevelenza in età giovanile e nel sesso maschile

La sindrome soggettiva del cranio-leso rappresenta il 40% di tutti i traumi cranici

CAMPI DI INTERESSE SSC

- Neurologia
- Psichiatria
- Medicina -legale
- Medicina del lavoro
- Fisiatria e riabilitazione

PATOGENESI SSC

Gran parte dell'AA descrive la SSC priva di lesioni documentabili alla RMN.

Assenza di lesioni documentabili non significa assenza di disturbi della coscienza dovuti a lesioni subcellulari o molecolari con relativa disregolazione Neurotrasmettitoriale e delle Neuromodulazione per torsione o stiramento Neuronale secondaria all'impatto traumatico.

PATOGENESI

SSC

- **Principali alterazioni dello stato di coscienza**
- **“Stordimento” ed Obnubilamento del sensorio**
- **Commozione celebrale**
- **Coma**

FISIOPATOLOGIA DELLA PARALISI NERVOSA NEL T. CRANIO

- **Forze di tipo accelerativo,decellerativo e distorsivo**
- **Forze di taglio sul Tronco C.- Mesencefalo Subtalamo**
- **Stiramenti torsioni e lacerazioni delle F.bre n. della S.Reticolare**

CLINICA SSC

- Sfera Neurologica-Psichica
- Sfera Psicica

SFERA NEUROLOGICA PSICHICA

- **Tremori**
- **Oscillazioni in posizione Romberg**
- **Iper-reflessia**
- **Nistagmo**
- **Alterazioni visive**
- **Ronzii auricolari**
- **Cefalea**
- **Vertigini**
- **Astenia**
- **Dismnesie**
- **Senso di stordimento**
- **Labilità attentiva**

SFERA PSICHICA

- Insonnia
- Abulia e Inappetenza
- Difficoltà di concentrazione
- Ansia e depressione
- Irritabilità, instabilità tono umore
- Iper-emotività

CORRELAZIONE

Trauma-lesioni-sintomatologia

SPESSO
NON
RISCONTRABILE

Cefalea post-traumatica 30-80%

La I.H.S. la colloca al 5° posto della classificazione (1988) e la divide in sottogruppi

Cefalea post-traumatica

30-80%

5.1 cefalea post-traumatica acuta

5.1.1 cefalea con trauma cranico grave e/o segni clinici

5.1.2 cefalea con trauma cranico lieve e senza segni clinici

5.2 cefalea post-traumatica cronica

5.2.1 cefalea con trauma cranico grave e/o segni clinici

5.2.2 cefalea con trauma cranico lieve e senza segni clinici

CEFALEA POST-TRAUMATICA: patogenesi

**Stimolazione
nocicettiva
delle terminazioni nervose
sensitive del complesso
vasculo trigeminale cerebrale**

CEFALEA POST-TRAUMATICA: insorgenza

- **Immediata:** insorge entro le prime ore
prognosi spesso > 40 giorni
- **Acuta:** insorge da 1 a 14 giorni dopo il trauma
prognosi di 32-40 giorni
- **Tardiva:** insorge dopo mesi o anni dal trauma

CEFALEA POST-TRAUMATICA: tipologia

- **Trafittiva**
- **Pulsante** accessuale o continua con o senza fono-foto-fobia o con segni di accompagnamento di nausea e vomito
- **Tensiva** con iper-estesie cutanee e segni psichici
- **Disautonomica** da traumi cervicali

VERTIGINE: patogenesi

**Concussione
labirintica**

VERTIGINE

tipologia

- **Organica**

Vertigine Parossistica posturale benigna o
Cupololitiasi

- **Funzionale**

Senso di sbandamento o di instabilità
posturale senza sintomi vegetativi di
accompagnamento e con presenza di
sintomatologia psichica prevalente

IPER-REFLESSIA OSTEOTENDINEA

cause

1. Organiche:

- compromissione - vie piramidali
- motoneuroni spinali

2. Funzionali

- Reazione psichica esagerata
- Sindrome ansiosa
- Sindrome da indennizzo

3. Altre

- Cause congenite

ALTERAZIONI VISIVE: cause

- **Lesione organica:**
 - bulbo oculare
 - nervo ottico
 - corteccia occipitale
- **Assenza di lesione:**
 - stato psichico alterato

DISTURBI VISIVI

Tipologia

ORGANICI

- Semplice offuscamento della vista
- Fenomeni positivi o negativi oculari
- Amaurosi fugace
- Ambliopia

FUNZIONALI

- Semplice offuscamento della vista
- Fenomeni aspecifici oculari
- Sintomatologia della sfera psichica

DISTURBI MNESICI

Tipologia

- **Amnesia globale**
- **Amnesia anterograda**
- **Amnesia retrograda**
- **Amnesia anteroretrograda**
- **Dismesie**

Strutture interessate rilevabili alla neuroimaging
corteccia temporale, diencefalo, ipotalamo, corteccia orbitale
frontale, fornice, ippocampo, corpi mammillari

Valutazione con test di orientamento e amnesia di Golveston

DISTURBI PSICHICI

SSC

- Depressione : (lesioni del lobo frontale e nucleo caudato) **valutabile con la scala della valutazione della depressione di Hamilton**
- Disturbi del comportamento (lesioni del lobo frontale e temporale)
- Deficit dell'attenzione
- Stress emotivo e di Affaticamento
- Compromissione dell'efficienza mentale
- Rallentamento delle attività automatiche (lesioni sostanza bianca e tronco celebrale) **valutabili con la Neurobehavioral Roting Scale**
- Incubi,paura,sensi di colpa ed incertezze

NEUROIMAGING SSC

- TAC
- RMN
- SPECT
- PET

ASPETTI PROGNOSTICI SSC

- Evoluzione delle lesioni e dei sintomi
- Personalità della vittima
- Alcolismo
- Vertenze medico-legali
- Gravità dell'incidente(Sress post traumatico)

EVOLUZIONE DEI SINTOMI SSC

In genere i sintomi psichici e neurologici si attenuano fino a scomparire entro 2 - 4 mesi dalla loro insorgenza ,ma alcuni di essi ,come l'irritabilità,la difficoltà di concentrazione, l'apatia, la cefalea, gli acufeni, possono persistere piu' a lungo e...

cronicizzare

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE
E
ARRIVEDERCI**

