

Rubrica a cura di Luciano de Seta

Fragilità genitoriali e danni ai bambini: un caso di abusive head trauma

Sofia Chiaraluce^{1,2}, Lucia Colasanto^{1,2},
Floriana Ferrari¹

¹ Unità di Terapia Intensiva Pediatrica, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo;

² Dipartimento di Pediatria, Fondazione FBBM, Università degli Studi di Milano Bicocca

La diagnosi di Abusive Head Trauma (AHT) spesso è di difficile formulazione a seguito dell'aspecificità della presentazione clinica e della difficoltà nella rielaborazione anamnestica dell'evento traumatico che ha condotto il paziente alla valutazione del pediatra di PS. Un'accurata valutazione clinica, il supporto di esami ematochimici e strumentali e il riconoscimento di fattori di rischio ambientali del contesto familiare possono permettere di escludere altre condizioni che entrano in diagnosi differenziale. Le sequele prognostiche variano notevolmente e possono portare a esiti permanenti fino all'exitus.

The diagnosis of Abusive Head Trauma (AHT) is often difficult to formulate due to the non-specificity of the clinical presentation and the difficulty in the anamnestic review of the traumatic event that leads the patient to be evaluated by the PS pediatrician. An accurate clinical evaluation, the support of blood chemistry and instrumental tests and the recognition of environmental risk factors in the family context could be able to exclude other conditions. The prognostic sequelae vary greatly and can lead to permanent outcomes and death.

La storia

Un lattante di 4 mesi viene condotto in pronto soccorso dai mezzi di soccorso avanzato per clonie all'emisoma di destra comparse a domicilio. Anamnesi fisiologica e patologica remota sono silenti. La madre, che era con il bambino e che ha attivato i mezzi di soccorso avanzato, riferisce che il bambino è scivolato dalle sue braccia cadendo sul lettino da circa 40 cm; nel tentativo di afferrare il piccolo, lo avrebbe stretto brevemente attorno al collo e successivamente, alla caduta, il bambino avrebbe trattenuto il fiato e perso conoscenza. All'arrivo i mezzi di soccorso avanzato trovano un bimbo con cute calda ma pallida e una Glasgow Coma Scale (GCS) di 7 (E1, V1, M5) con globi oculari deviati e clonie all'emisoma destro. Il quadro regredisce dopo somministrazione di midazolam endovena. All'arrivo in pronto soccorso il lattante è in stato post critico, stabile dal punto di vista cardiorespiratorio, non presenta lesioni traumatiche nei restanti segmenti corporei.

Il percorso diagnostico

Considerata la discrepanza tra la gravità della presentazione clinica e la minore gravità della dinamica del trauma descrit-

to dalla madre, per approfondire vengono eseguiti un EEG (negativo per eventi critici in atto) e una TC encefalo con riscontro di una falda igromatosa bifrontale. Nel contesto di quella di sinistra si evidenzia componente sovraliquorale extrassiale (in prima ipotesi ematica) e un'ulteriore millimetrica falda in sede occipitoparietale posteriore sinistra e al vertice.

Poiché il quadro TC è di difficile interpretazione, per ottenere la massima definizione delle lesioni, si procede in urgenza a praticare una RM encefalo, la quale conferma la presenza delle lesioni bifrontali e la loro componente ematica, evidenziandone una differente cronologia di insorgenza. A fronte di tale reperto è stata eseguita una valutazione oculistica, con riscontro di emorragie retiniche e preretiniche diffuse, e una radiografia dei segmenti ossei che ha escluso fratture. Constatata l'incongruità tra il racconto del trauma da parte della mamma e la presentazione clinica con le lesioni riscontrate, il caso viene segnalato all'autorità giudiziaria per il fondato sospetto di un Abusive Head Trauma (AHT).

Decorso clinico

Nei primi giorni di ricovero si constata un pieno recupero dello stato neurologico del piccolo. L'EEG di controllo evidenzia un lieve rallentamento focale a sinistra. A 72 ore circa dal ricovero si assiste alla comparsa di episodi critici subentranti caratterizzati da deviazione dello sguardo verso destra e clonie agli arti di destra, non responsivi a midazolam e al levetiracetam, risoltisi solo dopo somministrazione di fenitoina e non più presentatisi durante tutta la durata della degenza. Alla RM encefalo di controllo viene documentata l'evoluzione del quadro con incremento di spessore delle falde extrassiali associate ad ampliamento degli spazi subaracnoidei. Tali reperti sono risultati ascrivibili a lesioni post traumatiche, insorte tuttavia in momenti diversi.

Durante la degenza del bambino la madre sovente è sorpresa dagli operatori a piangere e accetta la proposta di essere valutata dapprima dal servizio di psicologia clinica e successivamente, su parere dello psicologo e della psichiatra per manifestazioni correlabili a depressione post partum, viene consigliata terapia farmacologica e indicata la presa in carico dal servizio di salute mentale territoriale.

Accertata la robustezza della rete familiare (presenza frequente dei nonni), il bambino alla dimissione è stato riaffidato ai propri genitori.

Il commento

Per Abusive Head Trauma si definisce l'insieme di lesioni a carico del cervello e/o della teca cranica in lattanti o bambini di età inferiore ai 5 anni, legate ad azioni violente da parte di terzi [1].

Tale denominazione è stata suggerita dall'American Academy of Pediatrics nel 2009 in sostituzione della Shaken Baby Syndrome, per sottolineare come non solo lo scuotimento ma anche un impatto traumatico o la combinazione di entrambi i meccanismi (o loro varie combinazioni mediante forze di accelerazione, decelerazione e rotazione), possano essere alla base di tale patologia [1-3].

Le conseguenze cliniche immediate alla lesione traumatica sono vomito, inappetenza, difficoltà di suzione o deglutizione, irritabilità e, nei casi più gravi, convulsioni e alterazioni della coscienza, fino all'arresto cardiorespiratorio [2].

I fattori di rischio di AHT includono fattori che coinvolgono il bambino, la famiglia e i caregiver. È stata evidenziata una correlazione temporale tra il picco di incidenza delle coliche gassose e dei casi di AHT (6-8 settimane di vita) [4]. Il pianto inconsolabile dei bambini costituisce un trigger di frustrazione nei confronti del caregiver che, in determinate condizioni, può sfociare in una risposta violenta.

I principali fattori di rischio che riguardano i genitori e i caregiver includono:

- problemi di salute mentale;
- storia di violenza domestica;
- scarsa tolleranza alla frustrazione;
- mancanza di esperienza nella cura dei bambini;
- mancanza di cure prenatali;
- basso livello di educazione;
- basso livello socioeconomico;
- famiglia con genitori single;
- genitori giovani senza supporto.

In letteratura è emerso che più frequentemente gli autori del trauma sono i padri o i patrigni, i fidanzati delle madri, le baby sitter e infine le madri [5-6].

Una diagnosi eziologica precoce è essenziale, tuttavia notevolmente difficoltosa a causa dell'evasività degli autori stessi della lesione. I caregiver difatti raramente ammettono l'atto commesso; le più frequenti cause riportate sono la caduta accidentale dalla sedia, dalla culla, dal letto o dalle scale, oppure lo scontro con altri bambini [7].

La diagnosi di AHT si basa sull'esistenza di più componenti, incluse l'ematoma subdurale (o la presenza di raccolte igromatose, segno di evoluzione temporale), lesioni cerebrali intraparenchimali, emorragie retiniche e fratture ossee coerenti con il meccanismo del trauma.

La diagnosi differenziale deve escludere quelle malattie mediche o chirurgiche che possono simulare l'AHT come lesioni cerebrali traumatiche, trombosi seno-venosa cerebrale e il danno ipossico-ischemico. Per quanto riguarda il trattamento, la maggior parte della cura dell'AHT è di supporto [1-2].

La prognosi a lungo termine, che correla con l'entità della lesione identificata dall'imaging radiologico, con la presenza o meno di ipertensione endocranica e con la comparsa o meno di idrocefalo, varia moltissimo: da lievi difficoltà nell'apprendimento sino a gravi handicap o, in casi gravi, all'exitus. I bambini possono presentare difficoltà di apprendimento, cecità,

disturbi dell'udito o della parola, epilessia, disabilità fisica o cognitiva [2].

Cosa abbiamo imparato

- L'AHT è una condizione potenzialmente prevenibile solo se ci si pensa e si valuta molto attentamente il contesto familiare.
- Appare evidente che l'informazione e la prevenzione, ossia il riconoscimento precoce di fattori di rischio e l'intervento tempestivo atto a rimuoverli, rappresentano l'unico strumento davvero efficace per contrastare il fenomeno.
- Le cadute dal seggiolone, dal letto coniugale e la presenza di ecchimosi sul viso vanno indagate attentamente. ■

Bibliografia

1. Joyce T, Gossmann W, Huecker MR. Pediatric Abusive Head Trauma. Treasure Island (FL). StatPearls Publishing LLC, 2022.
2. Hung KL. Pediatric abusive head trauma. Biomed J. 2020 Jun;43(3):240-250.
3. Parks SE, Annett JL, Hill HA, Karch DL. Pediatric abusive head trauma: recommended definitions for public health surveillance and research. Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control Division of Violence Prevention, 2012.
4. Catherine NL, Ko JJ, Barr RG. Getting the word out: advice on crying and colic in popular parenting magazines. J Dev Behav Pediatr. 2008 Dec;29(6):508-511.
5. Benedict MI, White RB, Cornely DA. Maternal perinatal risk factors and child abuse. Child Abuse Negl. 1985;9(2):217-224.
6. Esernio-Jenssen D, Tai J, Kods S. Abusive head trauma in children: a comparison of male and female perpetrators. Pediatrics. 2011 Apr;127(4):649-657.
7. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. Child Dev. 1978 Sep;49(3):604-616.

s.chiaraluce@campus.unimib.it

blister

Il gioco libero, avventuroso, all'aperto è fonte di salute mentale nel bambino

Il gioco avventuroso, o gioco rischioso, è definito come un'attività ludica non strutturata, gestita dai bambini, in cui il bambino prova sentimenti soggettivi di eccitazione, brivido e paura in un contesto di assunzione di rischio adeguato all'età. Diversi articoli teorici hanno ipotizzato collegamenti tra il gioco avventuroso e la salute mentale in età pediatrica, in particolare verso i problemi internalizzati come la fobia e l'ansia. I bambini hanno una spinta istintuale a esplorare e a impegnarsi in giochi rischiosi che, secondo un'ipotesi evolutiva, sono diventati adattivi perché hanno effetti antifobici, esponendo naturalmente i bambini a stimoli che altrimenti potrebbero essere temuti, come per esempio l'altezza e l'acqua. In linea con questa ipotesi è stato teorizzato che il declino del gioco outdoor, libero e non organizzato, nell'ultima generazione, è associato a tassi crescenti di problemi di salute mentale nei bambini. Secondo un recente modello concettuale, le esperienze di gioco avventuroso favoriscono nei bambini le capacità di far fronte all'incertezza e riducono i sintomi di ansia [1]. Procedendo lungo questo pensiero un team di ricerca dell'università di Exeter (UK) ha intervistato quasi 2.500 genitori di bambini di età compresa tra 5 e 11 anni. I genitori hanno risposto alle domande sul gioco, sulla salute mentale generale (pre-Covid) e sull'umore dei loro figli durante il primo lockdown del 2020. La ricerca è stata condotta con due gruppi di genitori: un gruppo di 427 genitori che vivono in Irlanda del Nord e un gruppo rappresentativo a livello nazionale di 1.919 genitori che vivono in Gran Bretagna (Inghilterra, Galles e Scozia). I risultati hanno rilevato che i bambini che trascorrono più tempo a giocare all'aperto hanno meno problemi di disturbi interiorizzati, ossia ansia e depressione, con una relazione dose/effetto: la quantità di tempo dedicato al gioco avventuroso (ma non ad altri tipi di gioco) è stata direttamente proporzionale all'aumento del benessere mentale durante il primo periodo di lockdown. Gli effetti sono stati relativamente piccoli ma confermati anche dopo che i ricercatori hanno preso in considerazione un'ampia gamma di variabili demografiche tra cui il sesso, l'età, lo stato occupazionale e la salute mentale dei genitori. La spontanea conclusione di questa ricerca è la necessità di lasciare che i bambini si assumano qualche ragionevole rischio e che si permetta loro di giocare liberamente nella natura.

1. Dodd HF, Lester KJ. Adventurous Play as a Mechanism for Reducing Risk for Childhood Anxiety: A Conceptual Model. Clin Child Fam Psychol Rev. 2021 Mar;24(1):164-181.
2. Dodd HF, Nesbit RJ, FitzGibbon L. Child's Play: Examining the Association Between Time Spent Playing and Child Mental Health. Child Psychiatry Hum Dev. 2022 May 14:1-9.