

# Ancora casi di Shaken Baby Syndrome

*A cura di Paola Miglioranzi, Gruppo di lavoro Abuso e Maltrattamento*

La prima descrizione della “sindrome del bambino scosso” in alcuni bambini con fratture multiple ed ematomi cranici subdurali fu fatta da Carey nel 1946, mentre la prima segnalazione su una rivista medica del tipico quadro fundoscopico è successiva di vent'anni. Solo nel 1972 sempre Carey pubblicò il lavoro che sancì definitivamente il nome della sindrome.

La Shaken Baby Syndrome (SBS) è una grave forma di maltrattamento fisico prevalentemente intrafamiliare ai danni di bambini generalmente sotto i 2 anni di vita. Il bambino viene scosso violentemente dal caregiver come reazione al suo pianto inconsolabile. Oggi viene più modernamente definita “Abusive Head Trauma (AHT)”, come suggerito dall’American Academy of Pediatrics nel 2009, per sottolineare come non solo lo scuotimento, ma anche un impatto traumatico, o la combinazione di entrambi i meccanismi, possano essere alla base di tale quadro. L’incidenza dell’AHT è riportata dai vari studi della letteratura con valori variabili da 14 a quasi 40 casi/100.000 bambini nei paesi industrializzati, ma la reale consistenza di questi numeri è molto difficile da stabilire, non solo per la complessità della diagnosi, ma anche perché molti casi non giungono all’osservazione medica. L’AHT provoca gravi conseguenze neurologiche e nel 25-30% dei casi la morte del bambino; solo il 15% dei casi sopravvive senza esiti. In Italia non esistono dati certi sul fenomeno, ma si ritiene che l’incidenza possa essere di 3 casi ogni 10.000 bambini di età inferiore ad un anno.

Questa sindrome insorge a seguito di un trauma del cranio o del cervello conseguente ad un movimento di scuotimento: infatti scuotendo fortemente un bambino tenuto per le braccia o per il busto si provoca un movimento di accelerazione e decelerazione del tessuto cerebrale all’interno della scatola cranica che a sua volta provoca una trazione a livello del midollo cervicale, un trauma contusivo del cervello contro la scatola cranica ed una trazione sui vasi cerebrali, con conseguente loro rottura ed emorragia. Ciò avviene perché il capo dei bambini piccoli è pesante rispetto al corpo e i muscoli del collo ancora non sono in grado di sostenerlo adeguatamente.

Il criterio diagnostico che permette di identificare l’AHT è rappresentato dalla triade: ematoma subdurale, edema cerebrale ed emorragia retinica, che possono associarsi a manifestazioni cliniche aspecifiche quali vomito, inappetenza, difficoltà di suzione o deglutizione, irritabilità e, nei casi più gravi, convulsioni e alterazioni della coscienza, fino all’arresto cardiorespiratorio. Si possono anche avere ripercussioni a lungo termine quali difficoltà di apprendimento, cecità, disturbi dell’udito o della parola, epilessia, disabilità fisica o cognitiva, ecc.

È molto difficile dire quanto violento o quanto protratto debba essere lo scuotimento per causare un danno significativo, né è necessario che si verifichi un impatto della testa del bambino contro una superficie rigida, e ciò giustifica la possibile assenza di segni esterni evidenti. Dai casi diagnosticati emerge che di solito il bambino viene afferrato a livello del torace o delle braccia e scosso energicamente circa 3-4 volte al secondo per 4-20 secondi.

Nella maggior parte dei casi il fattore scatenante è rappresentato dal pianto del bambino e spesso il movimento di scuotimento da parte del genitore viene effettuato in modo inconsapevole, al fine di calmarlo. Per tale motivo, l’età maggiormente a rischio è quella tra la 2° settimana e il 6° mese di

vita, periodo nel quale i bambini piangono molto frequentemente e talvolta in maniera inconsolabile (“purple crying”). A ciò si associano altri fattori rappresentati dalla stanchezza fisica del genitore, dalla solitudine e dal senso di frustrazione derivante dall’incapacità a calmare il bambino, cui si somma la totale assenza di conoscenza dei danni che possono derivare dallo scuotere il bambino, gesto che molti caregivers possono compiere anche istintivamente.

Si riconoscono inoltre altri fattori di rischio che possono favorire il verificarsi di questa condizione, quali l’età materna giovanile, la depressione o i disturbi mentali del caregiver, l’uso di alcool o sostanze stupefacenti, la disoccupazione, episodi di violenza in ambito familiare, condizioni socioeconomiche disagiate, ecc.

Il pianto è l’unico strumento che il neonato ha per comunicare i suoi bisogni (fame, sonno, caldo, freddo, voglia di coccole, essere cambiato, essere rassicurato, ecc.) ed è importante che genitori o altri caregivers imparino a gestirlo senza lasciarsi prendere dallo sconforto.

Fondamentale è l’informazione a genitori e famiglie sulle adeguate azioni di assistenza e cura del bambino e sui rischi che alcune manovre improprie possono comportare, affinché un gesto, a volte inconsapevole o addirittura benevolo, non si trasformi in un grave danno e non segni per sempre la vita del bambino.

*Caffey J. Multiple fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J Radiol 56: 163-173, 1946*

*Gilkes MJ, Mann TP. Fundi of battered babies. Lancet 2: 468-469, 1967.*

*Caffey J. On the theory and practice of shaking infants. Its potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation. AJDC 124: 161-169, 1972.*

*Cindy W. Christian, Robert Block and the Committee on Child Abuse and Neglect. Abusive Head Trauma in Infants and Children. Pediatrics May 2009, 123 (5) 1409-1411*