

Dal Congresso Scientifico Nazionale FIMP, Paestum 16-19 ottobre 2019

WORKSHOP NEUROCHIRURGIA – PLAGIOCEFALIE, Parola d'ordine "back to sleep, tummy to play"

Ha condotto: Antonino Gulino

Relatore: Lorenzo Genitori

A cura di Antonino Gulino, Segreteria Scientifica Nazionale

Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento delle osservazioni delle asimmetrie craniali. Le asimmetrie del cranio possono essere già presenti alla nascita a causa di fattori di compressione meccanica uterina come ad esempio avviene nei parti gemellari o dopo applicazione di forcipe o ventosa ostetrica o svilupparsi nei primi mesi di vita. I nati pretermine in particolare sono sottoposti a ventilazione meccanica assistita per lunghi periodi e sviluppano di frequente una asimmetria occipitale per azione delle forze gravitazionali. La plagiocefalia posizionale è l'asimmetria della postura di più frequente riscontro. Il pediatra nel primo Bilancio di Salute deve valutare la testa del bambino anteriormente, posteriormente e dall'alto, osservando il posizionamento del padiglione auricolare e in particolare la presenza di una sovrapposizione ossea in prossimità di una sutura.

Primo Messaggio

La sovrapposizione ossea o "cresta" può essere il primo "alert" di una craniostenosi, una malattia fortunatamente rara determinata dalla saldatura precoce delle suture della testa e che causa una modificazione piuttosto evidente nella morfologia del cranio, la crescita del cervello infatti preme sulle suture ancora non saldate modificando visibilmente l'aspetto della testa. Esistono diverse forme di craniostenosi, le quali dipendono da quali suture si sono saldate precocemente. La scafocefalia o sinostosi sagittale è la più comune. Il bambino è macrocranico e presenta una "cresta" sagittale palpabile dalla fontanella bregmatica all'inion. La plagiocefalia (cranio obliquo) può essere anteriore, se la sinostosi riguarda la sutura coronarica, posteriore se interessa la lambdoidea. La plagiocefalia posteriore va differenziata accuratamente dalle forme posizionali le quali sono in progressivo aumento. La diagnosi differenziale si può già fare osservando la forma del capo dall'alto:

- la forma sinostotica presenta un aspetto trapezoide del capo con una protuberanza frontale controlaterale e normoposizione o dislocazione posteriore dell'orecchio ipsilaterale;

- la forma posizionale presenta un aspetto a parallelepipedo con protuberanza frontale ipsilaterale e piattismo controlaterale, dislocazione anteriore di orecchio e mastoide ipsilaterale.

Secondo messaggio

La diagnosi ispettiva, può essere confermata facilmente dall'esame ecografico delle suture craniche. Le immagini ed il referto ecografico permettono di distinguere:

- una craniosinostosi suturale o di origine sinostotica, anche detta craniosinostosi, in quanto è presente una saldatura/fusione precoce di una o più suture craniche
- una deformità funzionale, non vi è coinvolgimento di patologia suturale come nel caso della plagiocefalia posizionale.

Quindi il pediatra può consapevolmente decidere se affidare il proprio paziente al neurochirurgo o avviare un trattamento medico conservativo.

Ricordiamo che la chiusura o non apprezzamento della fontanella bregmatica non è mai sintomo rivelatore di una Craniosinostosi.

La plagiocefalia posizionale (PP) è una condizione comune che è presente in circa il 20% dei bambini nei primi mesi di vita. Nell'ultimo decennio si è assistito all'incremento delle diagnosi di plagiocefalia posizionale. Molto probabilmente questo fenomeno è da mettere in relazione con la pubblicazione, effettuata nel 1992, delle linee guida dell'American Academy of Pediatrics riguardo la prevenzione della Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), linee guida che raccomandano la posizione supina durante il sonno per tutti i neonati. L'adesione dei genitori a queste indicazioni ha favorito la drastica riduzione dei casi di SIDS (40%) e, concomitantemente, l'aumento dei casi di anomalie craniali. Nel 1996, l'AAP ha infatti modificato le sue raccomandazioni, sottolineando l'importanza di un certo tempo di gioco in posizione prona mentre il bambino è sveglio e in presenza di un adulto per migliorare lo sviluppo psicomotorio e prevenire la testa piatta e ha cambiato il proprio slogan per i genitori: "Back to sleep, tummy to play".

Terzo messaggio

In caso di Plagiocefalia posizionale è indispensabile avviare precocemente un trattamento conservativo che preveda di:

- Incoraggiare la posizione prona o sul fianco del bambino (supervisione adulti) quando sveglio più volte al giorno
- Alternare la posizione del capo durante il sonno
- Evitare posizioni prolungate e ripetitive (es. Seggiolini per auto, passeggini, altalene per bimbi)

- Cambiare regolarmente la posizione della culla nella stanza e dei giocattoli intorno
- Alternare la posizione durante l'allattamento

.....ma, se necessario

- Trattamento con fisioterapia o osteopatia dell'eventuale torcicollo

Frank A. Viktor ha analizzato in uno studio oltre quattromila e trecento bambini affetti da plagiocefalia posizionale ,è emerso che nella maggior parte dei casi il problema è stato risolto con il solo trattamento conservativo.

Quarto messaggio

Il trattamento conservativo necessita del coinvolgimento dei genitori e di una informazione medica chiara e tempestiva. Cause di fallimento sono certamente l'età avanzata del neonato al momento di intraprendere la terapia, la gravità della deformazione e la presenza di torcicollo congenito.

L'utilizzo del caschetto, un elmetto ortopedico, molto morbido e soffice, in grado di correggere gradualmente il difetto riportando le ossa nella loro forma originale può essere consigliato, ma non c'è in letteratura un consenso unanime. Le implicazioni al suo uso sono esclusivamente estetiche e il pediatra deve considerare l'impegno economico e di tempo delle famiglie prima di consigliare questo presidio.