

Dr. **ACO SAN FILIPPO NERI**

Dipartimento Sistema Nervoso e Osteoarticolare  
Direttore Prof. G. Gazzeri

U.O. Neurochirurgia

# **Le indicazioni chirurgiche del Trauma Cranico**

**S. Sherkat**

# Dr Sherkat

- **La gravita' del trauma cranico, non indica se vi sono lesioni intracraniche aggredibili chirurgicamente.**

# Dr. Sherkat

**La valutazione clinica, da sola, è indicata nella gestione del trauma cranico lieve (GCS di 15 - 13)**

**In caso di trauma cranico moderato (GCS 12-8) o grave (GCS<8) è indispensabile l'indagine TC, con eventuale controllo a 3-6 ore**

# Dr Sherkat

- **La radiografia diretta del cranio non è in grado di evidenziare le lesioni traumatiche intracraniche suscettibili di trattamento chirurgico.**

**(unica eccezione: fratture avvallate)**

Dr. Sherkat

**Il vomito è un sintomo troppo poco specifico per essere significativo dal punto di vista neurologico.**

**In genere, il vomito cerebrale è immediatamente precedente o successivo a un' importante alterazione dello stato di coscienza**

# Dr Sherkat

## TRAUMI CRANICI GCS < 13

- Arrivo presso il P.S.
- Valutazione clinica (politrauma)
- Stabilizzazione del paziente
- Diagnosi TC di ematoma cerebrale
- **Consulenza neurochirurgica**
- Trattamento chirurgico
- Degenza o Rianimazione
- Riabilitazione o Dimissione

Dr. Sherkat

**Il trattamento chirurgico del trauma cranico è riservato essenzialmente agli ematomi intracranici post-traumatici**

**Questi si presentano come:**

**raccolte extracerebrali**

**(ematoma epidurale ed ematoma subdurale)**

**o come raccolte intracerebrali**

**(focolaio lacero-contusivo).**

# Dr Sherkat

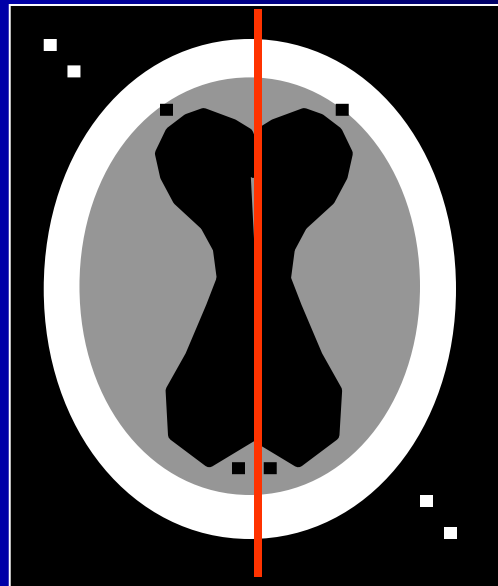
**Le uniche lesioni traumatiche  
craniche suscettibili di  
trattamento chirurgico sono le  
fratture avvallate**



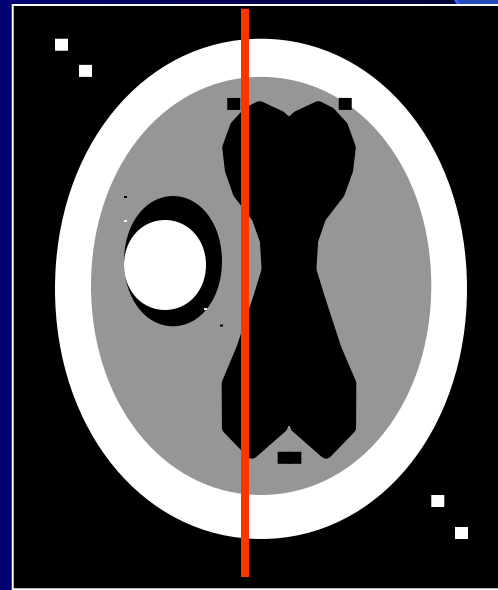
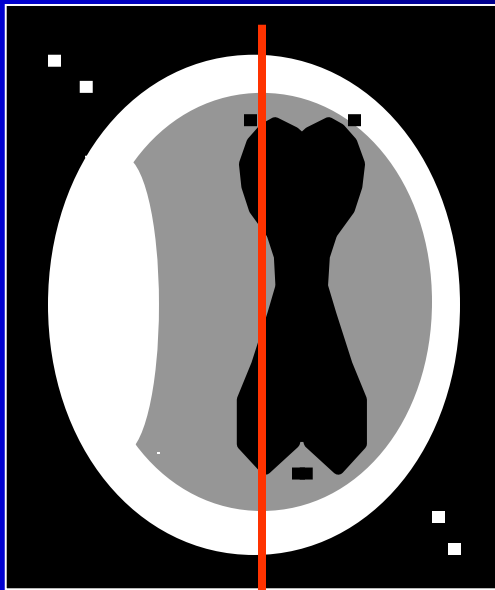
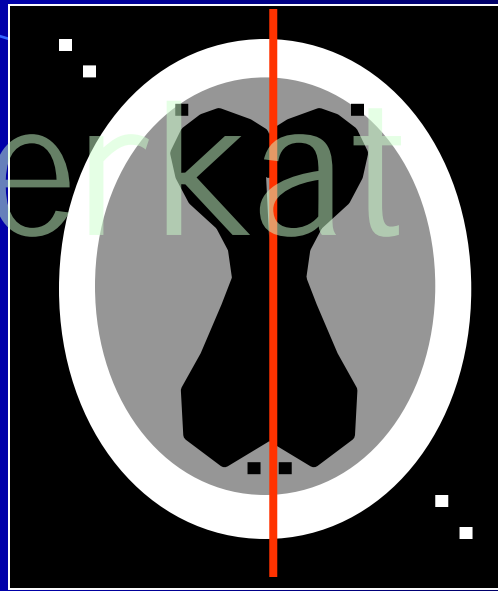
**Nelle immagini TC, le lesioni traumatiche  
endocraniche di interesse  
neurochirurgico**

**DISLOCANO LE STRUTTURE DELLA  
LINEA MEDIANA**

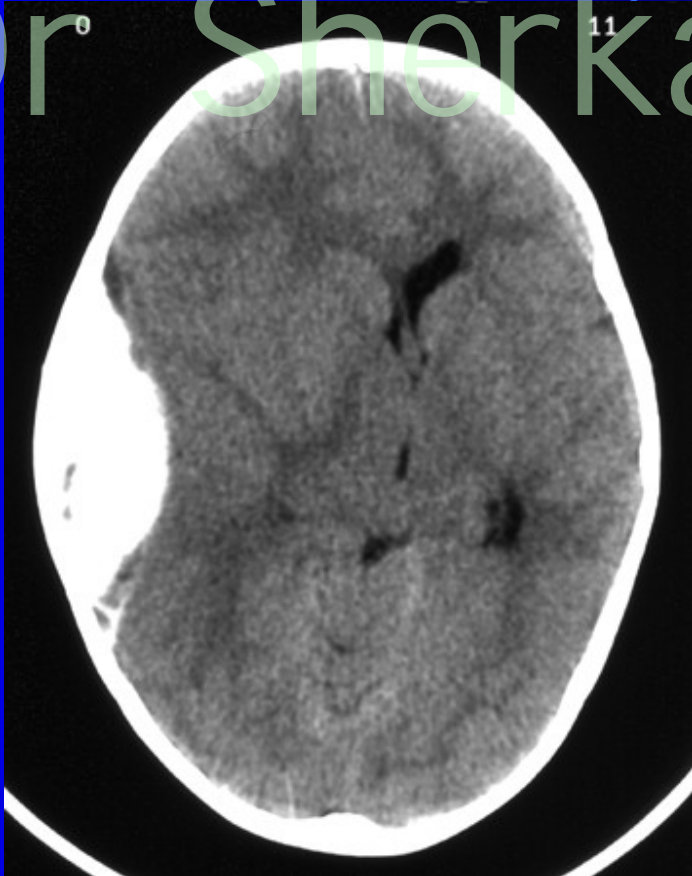
**> 5 mm**



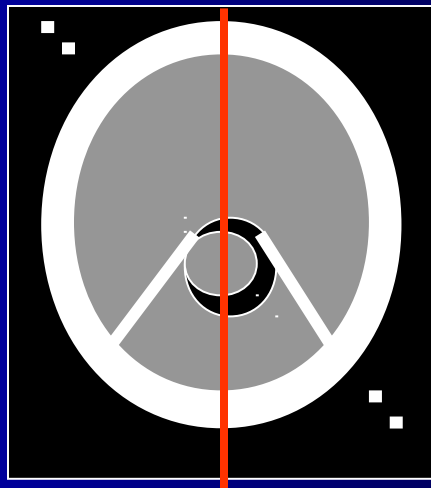
Dr Sherkat



Dr<sup>o</sup> Sherkat<sup>11</sup>



**L'evacuazione della massa ematica è necessaria per ridurre la dislocazione del parenchima cerebrale responsabile della compressione (sofferenza) del tronco encefalico (coma).**



Dr. Sherkat

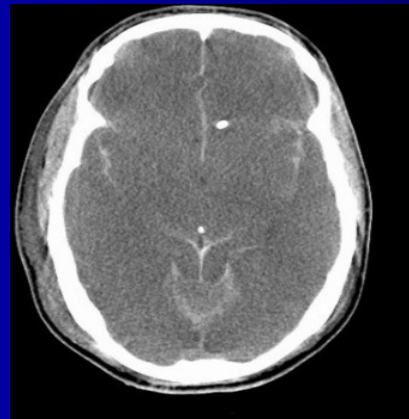
**Non sono considerate immediatamente chirurgiche le fratture della base cranica, con o senza otorragia/rinoliquorrea:**

**In questi casi il paziente va osservato in ambiente idoneo, con terapia antibiotica e controlli TC successivi.**

**Il trattamento chirurgico va riservato alle fistole liquorali persistenti.**

**Non possono essere trattati chirurgicamente:  
Il rigonfiamento cerebrale**

- **L'emorragia subaracnoidea post-traumatica**



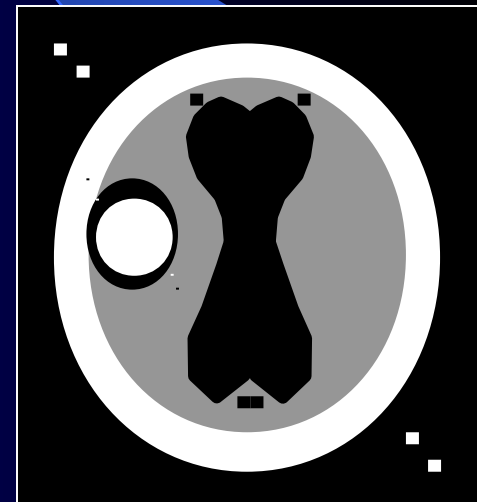
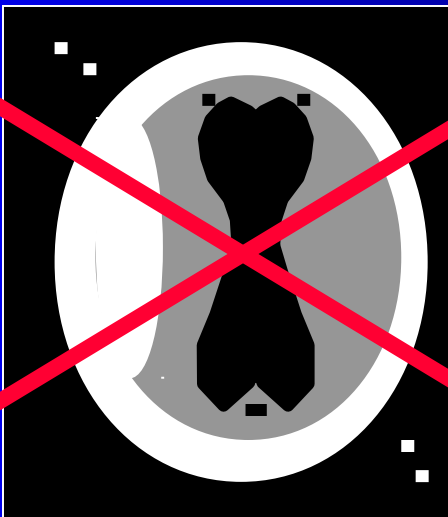
**Tali quadri possono tuttavia coesistere con lesioni  
di interesse neurochirurgico**

Dr Sherkat

# **Farmaci del trauma cranico**

**In presenza di un focolo lacero contusivo non immediatamente chirurgico –  
in vista di un successivo controllo TC –  
la somministrazione di **mannitolo** è consentita,  
per favorire la riduzione dell'edema vasogenico  
perilesionale.**

**In caso di lesioni ematiche extracerebrali,  
il mannitolo è in genere **controindicato****





# Dr Sherkat

**In ogni caso, in presenza di lesioni emorragiche, è buona norma somministrare diuretici osmotici sotto stretto controllo del neurochirurgo o in itinere verso il DEA di II livello**

Dr Sherkat

La somministrazione di

corticosteroidi è

**CONTROINDICATA** in

qualsiasi tipo di trauma

cranico

# Dr Sherkat

## Conclusioni

- **I quadri patologici discussi sono stati presentati in modo schematico e hanno prognosi del tutto diverse;**
- **Le varie lesioni traumatiche possono coesistere e/o sovrapporsi durante controlli successivi;**
- **La gestione del trauma cranico moderato e grave necessita di valutazioni cliniche ripetute, stabilite dal neurochirurgo**