

L'IPERTENSIONE

ENDOCRANICA:

L'ipertensione endocranica consiste generalmente in un aumento della pressione all'interno della scatola cranica, che può essere dovuto generalmente a tre fattori:

*---aumento di volume del tumore
all'interno della scatola cranica, con
conseguente compressione delle
strutture adiacenti;*

*---blocco della circolazione del liquor
cerebrospinale nei ventricoli e intorno
al cervello;*

*---aumento di volume del cervello
intorno al tumore a seguito di un
accumulo di liquido extracellulare
(edema).*

si manifesta frequentemente con **cefalea e nausea**, soprattutto nelle prime fasi della malattia.

**Iperensione
endocranica dovuta a
Tumori cerebrali:.**

La cefalea è un sintomo comunemente nei pazienti affetti da tumori al cervello può essere localizzata oppure generalizzata, ma comunque accompagnata anche da nausea ed edema papillare.

sintomi associati alla cefalea che suggeriscono la presenza di tumori cerebrali sono nausea e vomito, modifiche di cefalea preesistente, anomalie neurologiche e incremento del dolore cefalalgico a seguito di movimento.

Molti pazienti infatti segnalano un peggioramento della cefalea quando si chinano o in seguito a movimenti che favoriscono l'aumento della pressione intratoracica, come per esempio il tossire, lo starnutare o la manovra di Valsalva .

Disturbi della visione;

perdita dell'equilibrio;

senso di confusione.

Convulsioni:

sono un sintomo frequente.

Le crisi convulsive si manifestano con spasmi muscolari o momenti di assenza di coscienza, ma non sono necessariamente causate da un tumore cerebrale.

Cambiamenti della personalità:

In alcuni casi la presenza di un tumore cerebrale può causare cambiamenti della personalità o turbe comportamentali. Questi sintomi si manifestano di solito quando il tumore è localizzato agli emisferi cerebrali anteriori.

Accessi epilettici:

Sono i sintomi più comunemente riscontrati in pazienti affetti da glioma o con metastasi cerebrali.

La caratteristica comune degli accessi epilettici correlati al tumore è la loro natura ripetitiva, spesso descritta come “il suono di un disco rotto”.

Nausea e vomito:

I tumori cerebrali possono provocare nausea, vomito, oppure entrambi, a causa dell'aumento della pressione intracranica.

Perdita di coscienza:

Un aumento significativo della pressione all'interno del cranio, causato da un tumore che ostruisce il deflusso del liquido cefalorachidiano, può bloccare temporaneamente la circolazione cerebrale e provocare una perdita di conoscenza.

La sincope:

può essere scambiata per un accesso epilettico, poiché i pazienti perdono conoscenza e hanno contrazioni tonico-cloniche.

Le cause sono spesso sovrapponibili a quelle della perdita di coscienza.

Deficit cognitivo:

La disfunzione cognitiva, che include difficoltà mnemoniche e variazioni della personalità e dell'umore, è un sintomo comune nei pazienti con tumori maligni cerebrali.

Debolezza muscolare:

I pazienti con tumori cerebrali lamentano spesso la presenza di tale sintomo.

Perdita di sensibilità:

I pazienti con tumori invasivi della corteccia primaria sensoriale possono sviluppare deficit di sensibilità corticale.

La tipologia delle disfunzioni varia in funzione della localizzazione del tumore.

Afasia:

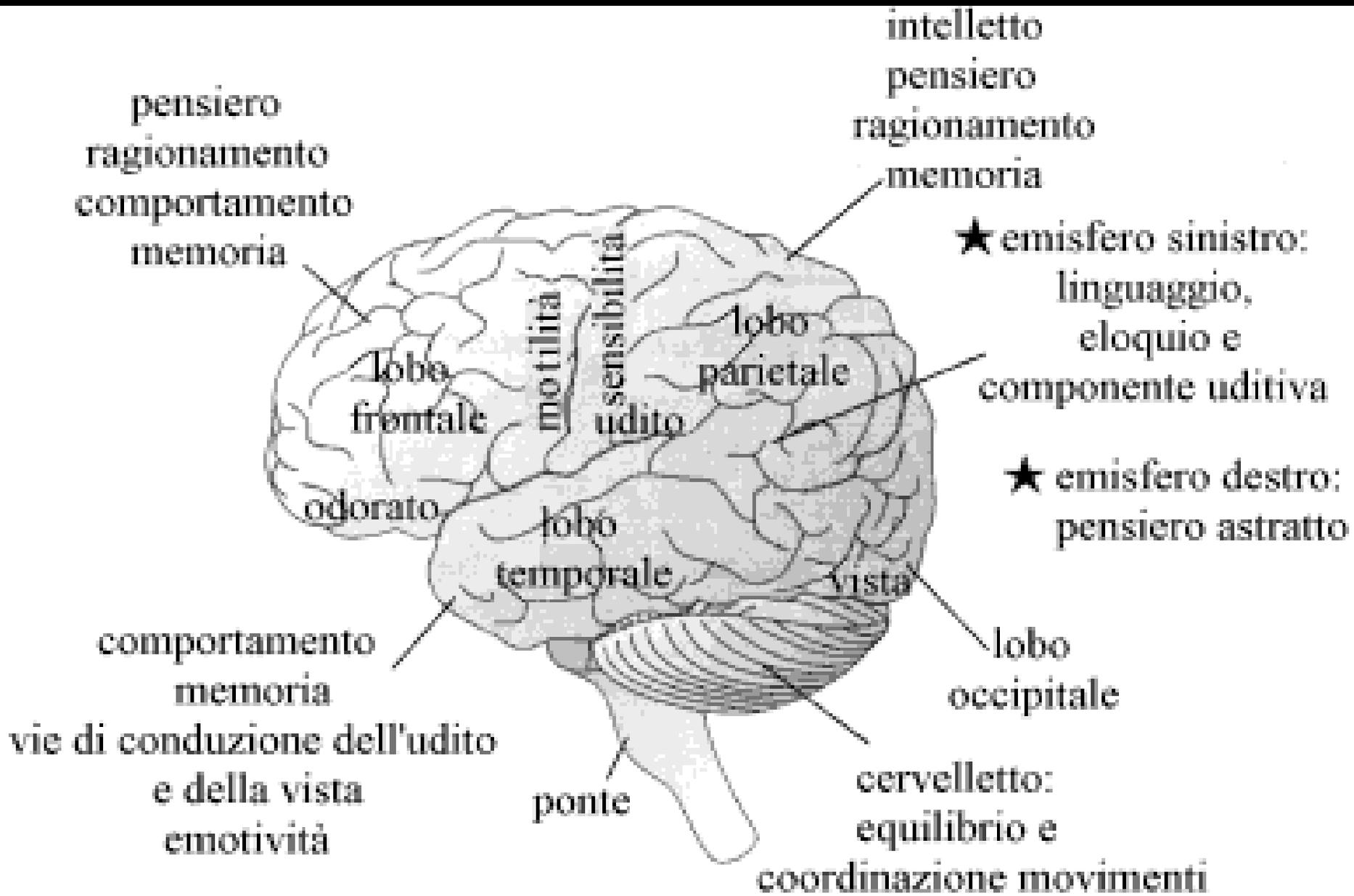
È la tipica manifestazione di una lesione dell'emisfero dominante (di solito il frontale o parietale sinistro). Al contrario, le lesioni che colpiscono l'emisfero non dominante provocano aprassia costituzionale, che si traduce nell'incapacità di effettuare movimenti mirati.

Deficit visivo-spaziale:

Lo stimolo visivo attraversa il cervello partendo dalla retina e dal chiasma ottico fino ai poli occipitali della corteccia cerebrale.

Per tale ragione il suo percorso può essere ostacolato dalla massa tumorale che invade queste aree cerebrali.

L'esame della retina, e in particolare dei dischi ottici, costituisce un importante elemento che viene spesso incluso nella visita preliminare del paziente con sospetto tumore cerebrale. La compressione del chiasma ottico da parte della massa tumorale spesso si traduce in alterazioni del campo visivo.



★ per destrimani

*Sintomi dipendenti
dalla localizzazione
del tumore:*

lobo frontale:

perdita delle capacità intellettive e cambiamenti della personalità; perdita di coordinazione della deambulazione o debolezza di una metà del corpo; perdita dell'olfatto, a volte turbe del linguaggio;

lobo parietale:

difficoltà nell'uso o nella comprensione delle parole (*disfasia*) e difficoltà a scrivere e leggere; difficoltà di coordinazione di certi movimenti; perdita di sensibilità o di forza in una metà del corpo;

lobo occipitale:

perdita della visione di mezzo campo visivo.

Il soggetto a volte non lo percepisce all'inizio e in alcuni casi si scopre durante una visita oculistica di routine;

lobo temporale:

le crisi epilettiche sono caratterizzate da senso di paura, l'impressione di ritrovarsi in un posto già noto (*déjà vu*), allucinazioni sensoriali (si percepiscono strani odori) o episodi di *blackout* (perdite di conoscenza momentanee); a volte turbe del linguaggio;

cervelletto:

perdita di coordinazione dei movimenti,
con conseguenti difficoltà di
deambulazione e dell'eloquio
(*disartria*), perdita dell'equilibrio,
movimenti involontari degli occhi
(nistagmo); vomito e rigidità del collo;

tronco encefalico:

perdita dell'equilibrio e della coordinazione dei movimenti nella deambulazione; debolezza dei muscoli del volto, capacità di sorridere solamente con metà bocca o caduta di una palpebra; visione doppia (*diplopia*); in casi rari vomito o cefalea subito dopo il risveglio; turbe del linguaggio e difficoltà di deglutizione.

TRAUMA CRANICO

Trauma cranico minore:

con punteggio di 15-14 alla GCS.

Si tratta quindi di pazienti svegli, orientati nel tempo e nello spazio (GCS 15), oppure pazienti confusi (GCS 14).

I pazienti con punteggio 15 e 14 che presentano traumi cranici aperti, deficit neurologici focali (deficit di nervi cranici, emiparesi, afasia, Babinski ecc.) o crisi comiziali post traumatiche sono considerati traumi moderati;

Trauma cranico moderato:

in questo gruppo sono compresi i
pazienti con punteggio compreso tra 13
e 9

Trauma cranico grave;
paziente in coma (GCS <8)

La valutazione clinica non deve essere condizionata da una scarsa collaborazione del paziente, per la quale bisogna considerare sempre attendibili tutti i parametri.

Un' attenzione particolare va alle patologie precedenti al trauma e alle eventuali terapie in corso.

Se il paziente non è collaborante, vanno rintracciati eventuali parenti.

Questo è particolarmente importante nelle persone anziane, perché spesso assumono numerosi farmaci, per cui è importante conoscere per un corretto inquadramento clinico terapeutico.

Lo stato di agitazione psicomotoria il disorientamento spazio temporale, l'afasia, possono essere fonte di ulteriore lesione nel paziente, per cui vanno sempre attentamente controllati e valutati.

Particolare attenzione va posta ai parametri vitali come

1 pressione arteriosa PA

2 frequenza cardiaca FC

3 saturazione SatO₂

4 diuresi

Questo perché nei pazienti con trauma cranico si possono rapidamente presentare gravi turbe della frequenza cardiaca FC e della frequenza respiratoria FR con la conseguente alterazione della pressione arteriosa PA e della saturazione SatO₂.

Importante è anche il controllo della diuresi, specialmente se sono somministrati farmaci osmotici.

Per questo la diuresi va sempre controllata bilanciando le entrate e le uscite, avendo così la possibilità di riequilibrare elettroliti e volemia..

La Prevenzione della Trombosi Venosa Profonda

La Prevenzione della Stipsi che va prevenuta precocemente con un'alimentazione mirata il prima possibile.

Importante è l'alimentazione perché il traumatizzato malnutrito perde facilmente azoto con un calo ponderale che può essere calcolato a circa un 15%- 30% settimanale che aumenta sensibilmente la mortalità, quindi è importante impostare un adeguato apporto calorico (non oltre la settimana giornata).

L'ipertermia va sempre valutata e corretta drasticamente perché essa comporta un aumento di consumo di ossigeno a livello cerebrale in pazienti dove l'apporto di ossigeno in zone lese è già critico.

Importante segnalare la comparsa di Turbe Psichiatriche che si presentano frequenti e generalmente si risolvono spontaneamente.

Uguale discorso vale per le Crisi
Comiziali che si presentano
frequentemente nella prima settimana e
si risolvono in molti casi
spontaneamente.

Il paziente chirurgico ha bisogno di numerosi controlli, nelle 24-48 ore dopo l'intervento per via di numerose variazioni importanti e al tempo stesso improvvise.

Drenaggi ematici e Drenaggi Liquorali vanno controllati con grande attenzione, in particolare i Drenaggi Liquorali vanno monitorati di continuo per evitare picchi o drastici aumenti della Pressione Intracranica.

APERTURA OCCHI

punti

Aperti.....spontaneamente.....4

Al comando verbale.....3

Al dolore.....2

Chiusi.....Sempre.....1

MIGLIOR RISPOSTA MOTORIA

Al comando verbale.....obbedisce.....6

Allo stimolo doloroso.....localizza.....5

Retrae.....4

Flette.....3

Estende.....2

Nessuna risposta.....1

MIGLIOR RISPOSTA VERBALE

Orientato e conversa.....	5
Conversa, ma disordinato.....	4
Verbalizza (parole intere).....	3
Vocalizza (solo suoni).....	2
Nessuna risposta.....	1

Paziente sveglio:

Confuso

Rallentato

Soporoso ma risvegliabile allo stimolo verbale

Soporoso ma risvegliabile allo stimolo dolroso

Non risvegliabile

