

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XVI

Dicembre 2013

numero 10

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

Un neonato che nasconde qualcosa

G. Romano¹, A. Janes², A. Rosolen³

¹Scuola di Specializzazione di Pediatria, IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Trieste ²SOC di Neonatologia Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine ³Clinica di Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Maria della Misericordia, Udine

Indirizzo per corrispondenza: romano.giorgia86@gmail.com

Viola nasce a termine, da gravidanza senza complicazioni, peso 3,544 kg, con Apgar di 4 al 1° minuto da cui si riprende dopo alcuni minuti di CPAP, e 8 al 5° minuto. Il decorso in prima giornata è stato regolare, la piccola si presentava solo particolarmente irritabile, ma consolabile con contenimento. Il pH da cordone mostrava una lieve acidosi (7,21), segno di una modesta sofferenza acuta. I tamponi materni erano negativi. A 22 ore dalla nascita Viola ha iniziato a manifestare episodi di cianosi periorale, accompagnati a un transitorio colorito grigiastro periferico. Si osservava che tali crisi erano causate da un'apnea accompagnata da tachicardia. Comparivano piccole clonie all'arto superiore destro. Un EEG evidenziava la coincidenza dei fenomeni clinici con crisi convulsive a partenza centrale sinistra e l'ecografia transfontanellare mostrava un'iperecogenicità periventricolare a sinistra. La RM dell'encefalo infine ha mostrato un'alterazione del segnale in regione fronto-temporo-parietale sinistra con distribuzione cortico-sottocorticale, riconducibile a una lesione ischemica nel territorio dell'arteria cerebrale media di sinistra. Lo studio angio-RM non mostrava anomalie dei vasi del poligono di Willis. Si escludeva la trombofilia come fattore di rischio materno (presente in meno del 20% dei casi) ma una lieve alterazione è fisiologica nei neonati e tutti gli esami andranno ripetuti nella piccola all'età di 6 mesi. Viola viene dimessa con un buon contatto visivo e una motricità spontanea in ripresa. Ai potenziali evocati, la piccola mostrava l'assenza del potenziale somatosensitivo dell'arto superiore destro (com'era da attendersi sulla base dell'estensione della zona ischemica), regolari quelli visivi e del tronco cerebrale. A distanza di 20 giorni Viola è stata sottoposta a una seconda RM che mostrava alterazioni poroencefaliche in sede di lesione, confermando l'evoluzione di un insulto ischemico in epoca prenatale. L'infarto cerebrale perinatale non è una condizione rara (1:2300 nati vivi) e non sempre la clinica è suggestiva, come in questo caso in cui l'unica anomalia era un comportamento irritabile della piccola con le clonie che sono comparse solo in seconda giornata. L'ecografia prenatale può riconoscere solo un infarto fetale ma è l'ecografia transfontanellare che pone il sospetto di infarto neonatale o perinatale. La RM è comunque l'indagine di scelta per la diagnosi. Deficit neurologici ed epilessia persistono fino al 75% dei neonati che sopravvivono a un infarto perinatale, disturbi cognitivi,

del linguaggio e della vista hanno ciascuno un'incidenza che va dal 20% al 60%. Il miglioramento delle tecniche di neuroimaging ha permesso di correlare le dimensioni e la sede della lesione con la prognosi nell'infarto arterioso selettivo. Fortunatamente la plasticità dell'encefalo che non ha ancora terminato il suo sviluppo e il precoce tempo di insorgenza determinano una buona prognosi.