**SCIENCE MAGAZINE**

**Rivista Scientifica Aziendale**

**Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli**

**Reggio Calabria**

Azienda Ospedaliera “Bianchi-Melacrino-Morelli” Reggio Calabria

**U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D’URGENZA**

**DIRETTORE F.F. DOTT. FRANCESCO MOSCHELLA**

F. Moschella-F.Caccamo-M.R.Giofrè-D.Giustra-G.Lavilla-M.G.Pensabene-L.Africa

**GESTIONE DEL TRAUMA CRANICO MINORE IN**

**OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA NEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO**

**CON ANTICOAGULANTI ORALI**

**Dott. Francesco Moschella Via S. Caterina Dir. I n. 14 Reggio Calabria. email:f.moschella@alice.it**

Dott. Filippo Caccamo

Dott. Maria Rosa Giofrè

Dott. Diego Giustra

Dott. Giuseppe Lavilla

Dott. Maria Grazia Pensabene

Dott.Liana Africa

**Parole chiave**: Trauma cranico minore, anticoagulanti orali.

**Key words**: Minor head trauma, oral anticoagulants.

**Riassunto**: Gli autori descrivono la loro esperienza nell’osservazione dei pazienti con trauma cranico minore in terapia con anticoagulanti orali.

**Summary**: The authors describe their experience in the observation of patients with minor head trauma in therapy with oral anticoagulants.

**Introduzione**

Il Trauma Cranico è un evento frequente nella popolazione. Considerando solo la popolazione adulta, in Italia si è osservato un ricorso al Pronto Soccorso di circa 250 persone all’anno su 100.000 abitanti, di cui la maggior parte costituiti da traumi lievi e moderati.

Nel paziente con trauma cranico i principali quesiti diagnostici sono rappresentati da quali soggetti debbano essere sottoposti a una TC cerebrale in urgenza e in che termini i soggetti debbano essere sottoposti a osservazione ospedaliera, prima di essere avviati all’osservazione domiciliare.

Un particolare sottogruppo è rappresentato da quei pazienti con trauma cranico minore che praticano terapia con anticoagulanti orali (warfarin) e per i quali, a causa delle complicanze cui possono andare incontro, nel medio-breve periodo post trauma, sono necessari diversi percorsi osservazionali rispetto a coloro che non praticano tali terapie.

**Materiali e metodi**

I pazienti trattati con Warfarin ( Coumadin ), che hanno subito lievi traumi cranici, sono a rischio di emorragia intracranica e la loro gestione ottimale, dopo la prima TC encefalo eseguita in Pronto Soccorso è rappresentata dalla collocazione presso l’UOS Osservazione Breve Intensiva.

Compito del medico dell’emergenza/urgenza è cercare di identificare quel **piccolo sottogruppo** di pazienti che possono avere **una lesione intracranica potenzialmente grave o letale** e l’OBI rappresenta la struttura più adeguata ad assolvere a tale compito.

Nel periodo 1.6.2013-31.12.2013 sono stati osservati in OBI 38 pazienti affetti da trauma cranico minore in trattamento con anticoagulanti orali, per le seguenti patologie:

* N.11 pazienti con protesi meccanica mitralica
* N. 8 pazienti per protesi meccanica aortica non recente associata a fibrillazione atriale
* N.10 pazienti per fibrillazione atriale e valvulopatia mitralica
* N. 5 pazienti per tromboembolismo venoso recente
* N. 4 pazienti per pregresse embolie polmonari.

L’età era compresa tra 64 e 92 anni. Si trattava di 15 pazienti di sesso femminile e 23 pazienti di sesso maschile.

Tutti i pazienti erano stati sottoposti a prima Tc encefalo in Pronto Soccorso e tutti presentavano un GCS= 14/15.

Tra costoro, n. 7 pazienti presentavano già alla prima TC, minime soffusioni emorragiche e sottoposti a consulenza neurochirurgica, lo specialista escludeva la necessità di intervento chirurgico e consigliava sospensione del warfarin e l’osservazione con ripetizione della Tc encefalo a 24/36 ore, per i rimanenti 31 pazienti, la prima Tc encefalo escludeva complicanze emorragiche.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti in OBI ad ecg, esami di laboratorio con profilo emo-coagulativo, nessuna alimentazione orale, frequenti controlli del GCS e per i pazienti che già presentavano lesioni emorraggiche alla prima Tc encefalo, sospensione del warfarin e sostituzione con EPBM.

I pazienti sono stati sottoposti a Tc encefalo di controllo a 24/36 ore, dalla prima eseguita in P.S., con i seguenti risultati:

1. I 7 pazienti che in P.S. sono stati sottoposti a Tc encefalo che evidenziava minime soffusioni emorragiche, hanno eseguito la Tc di controllo a 36 ore e per tutti la situazione è rimasta invariata.
2. Dei rimanenti 31 pazienti, sottoposti a Tc encefalo di controllo a distanza di 24 ore, 27 presentavano quadri radiologici invariati, mentre in 4 soggetti ( tre uomini e una donna di età compresa tra 72 e 85 anni) si evidenziavano delle minime soffusioni emorragiche cerebrali, che il neurochirurgo non considerava bisognevoli di intervento chirurgico, bensì di ulteriore osservazione e controlli clinici e radiologici a distanza.

Tutti i pazienti, durante l’osservazione sono stati sottoposti al test della coagulazione è si è notato che coloro che presentavano un valore INR ( International Normalized Ratio ) iniziale, superiore a 3.0, erano quelli che presentavano le soffusioni emorragiche alla prima Tc ( 5 soggetti su 7) o che hanno sviluppato tale patologia nel tempo intercorso tra la prima e la seconda Tc (3 soggetti su 4).  
**Discussione**

Compito del medico dell’emergenza/urgenza è cercare di identificare quel piccolo sottogruppo di pazienti, con trauma cranico minore, che possono avere una lesione intracranica potenzialmente grave o letale e in questo gruppo rientrano quelli che sono sottoposti a terapie con farmaci anticoagulanti orali e tra questi, vanno attentamente osservati coloro i quali presentano un valore INR ( International Normalized Ratio ) iniziale, superiore a 3.0, in quanto sono quelli in cui, più frequentemente, si verificano fenomeni emorragici a carico del parenchima cerebrale.

In conclusione, per i pazienti in cura con Warfarin che presentano traumi cranici minori e hanno una scansione di tomografia computerizzata iniziale negativa, un protocollo di osservazione di 24 ore seguito da una seconda scansione TC, è in grado di identificare la maggior parte degli episodi di sanguinamento ritardato, considerando, altresì, che un iniziale valore INR superiore a 3 è indice di un più elevato rischio.

**Bibliografia**

-Menditto VG et al, Ann Emerg Med 2012; 59: 451-455

-Archivio Cartelle Cliniche U.O.S. Osservazione Breve Intensiva A.O. Reggio Calabria

-Linee Guida per l’attività di Osservazione Breve Intensiva A.O. Reggio Calabria

**-The Study Group on Head Injury of the Italian Society for Neurosurgery – Guidelines for minor head injured patients’ management in adult age J Neurosurg Sci, 40: 11-15, 1996**

**-Stein CC, Ross SE – Moderate head injury: a guide to initial management J Neurosurg, 77: 562- 564, 1992**