

Ao6

Vai al contenuto multimediale



Alla realizzazione di questo libro ha collaborato la dott.ssa Marta Bianchi, medico legale e il dott. Giovanni Cataletti, neurochirurgo specializzando di Humanitas University.

Antonio De Santis

**380 consulenze neurochirurgiche
per controversie medico-legali**

Per neurochirurghi, medici legali, neurologi, avvocati e magistrati

Volume II. Encefalo





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXIX
Gioacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.gioacchinoonoratieditore.it
info@gioacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-2711-7

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: agosto 2019

*Alle piccole della famiglia
A Martina e a Margherita, appena arrivata*

Indice

Parte I Traumi cranici

- 11 Capitolo I
 Ematomi
- 91 Capitolo II
 Focolai lacero contusivi
- 93 Capitolo III
 Lesioni vascolari associate a trauma cranico
- 113 Capitolo IV
 Postumi cognitivi
- 167 Capitolo V
 Sindrome soggettiva postraumatica
- 169 Capitolo VI
 Eventi inusuali

Parte II Patologie vascolari

- 189 Capitolo I
 Aneurismi non rotti e casi clinici
- 211 Capitolo II
 Esa, e aneurismi e MAV

- 291 Capitolo III
 Patologia emorragica e ischemica cerebrale

Parte III
Tumori cerebrali

- 319 Capitolo I
 Tumori cerebrali

Parte IV
Infezioni

- 439 Capitolo I
 Infezioni

Parte V
Idrocefalo

- 491 Capitolo I
 Idrocefalo e l'ipertensione endocranica

- 565 *Miscellanea*

- 571 *Appendici*

- 577 *Ringraziamenti*

PARTE I

TRAUMI CRANICI

Ematomi

La casistica dei traumi cranici comprende 38 pazienti. Ho deciso di separare il gruppo dei primi 7 pazienti che appartengono ai primi 100 casi da me pubblicati in A. DE SANTIS, *Neurosurgery in the law court*, «Journal of Neurosurgical Sciences», vol. XLVIII, 2004, pp. 97–103 che cronologicamente si fermano al 2002 rispetto ai 31 successivi. E questo per una ragione peculiare che riguarda i traumi cranici.

I traumi cranici hanno subito nel tempo una notevole evoluzione. Fino ai primi decenni dell'epoca Tac la complicità acuta che terrorizzava i P.S. era l'ematoma extradurale acuto. Ho vissuto personalmente tutti quei decenni e quindi ne ho una esperienza diretta. Se a qualcuno può interessare, il capostipite delle linee guida sui traumi cranici è stato creato a Glasgow per ridurre la mortalità nei paziente con ematoma extradurale acuto. Sicuramente la diffusione capillare del Tac e la intuitiva possibilità di complicanze serie in un traumatizzato cranico, apparentemente senza alterazioni significative nelle prime ore immediatamente successive al trauma hanno costituito il primo passo avanti. Contemporaneamente la diffusa sensibilizzazione dei medici di P.S., in relazione sicuramente al fiorire di innumerevoli linee guida sui traumi se si considerano solo la numerosità di quelle italiane hanno costituito un ulteriore progresso. Contestualmente però ci sono stati due eventi che hanno non poco modificato la situazione: l'invecchiamento della popolazione generale con la diffusione delle terapie antiaggreganti e anticoagulanti, con particolari conseguenze sui traumi minori in particolare degli anziani. Il secondo dato, a mio avviso il più significativo è il seguente. Per molti decenni i reparti ai quali afferivano i traumatizzati erano pochi, e non pochi erano quelli che afferivano nei grandi centri dagli ospedali periferici. Questo ha costituito un presupposto insostituibile per la acquisizione di una vasta esperienza nella gestione di questi pazienti. Chi scrive può dire senza tema di smentita, di aver visto tutte le complicanze acute subacute e croniche

dei traumi cranici comprese le più inusuali e strane. Basti pensare che da una certa epoca in poi si sono creati innumerevoli centri dotati anche di neurochirurgie; passando nella sola Lombardia dagli iniziali 5-6 ai quasi trenta attuali... È chiaro che questo ha portato ad una frammentazione delle casistiche. Il numero dei traumatizzati non è aumentato in proporzione e di conseguenza alla contestuale acquisizione di vaste esperienze. Si pensi che negli ultimi 4 decenni del secolo scorso, epoca che chi scrive ha direttamente vissuto, nel Policlinico di Milano al P.S. facevamo circa 3000 consulenze all'anno per i soli traumi. Senza contare che in quel periodo i traumatizzati più importanti, e non erano pochi, arrivavano direttamente in reparto senza passare dal P.S. Credere o non credere, non ricordo che sia mai arrivata una sola denuncia per errata gestione di un trauma cranico nel nostro reparto. Posso garantire che non facevamo uso di linee guida ma dell'esperienza che avevamo e che aveva portato tutti a rispettare quelle quattro regole fondamentali che sono poche ma non prevedono deroghe: osservazione del traumatizzato per 24 ore. Osservazione del paziente per almeno 6 al P.S. Nessuno veniva "dimesso". Il paziente non era obbligato a restare al P.S. ma veniva inviato a *proseguire l'osservazione* in altra sede. Se non c'era una persona che firmava di assumersi l'onere di svegliare il traumatizzato ogni due ore durante le ore successive e in presenza dei sintomi canonici di allarme, cefalea intensa sonnolenza vomito ecc., di riportare il paziente al P.S. il paziente restava al P.S. il paziente non veniva dimesso. Al massimo si allontanava dal P.S. "eludendo la sorveglianza dei sanitari" come veniva scritto sul registro. Le stesse regole venivano ovviamente rispettate, controllo periodico specie notturno, nei traumatizzati ricoverati in reparto.

A questo punto diventa inevitabile riprendere la questione delle linee guida. È chiaro che non tutti possono avere la stessa esperienza di traumi, specie minori in tutti i P.S. Da questo punto di vista le linee guida forniscono una ottima integrazione. Ma ribadisco senza la conoscenza della patologia servono molto meno di quello che si crede. Nelle linee guida mancano alcuni aspetti essenziali come le *modalità* del trauma che implicano conseguenze diverse indipendentemente dalle condizioni cliniche all'ingresso: un trauma con *accelerazione del capo* è diverso da quello senza accelerazione; un paziente che *cade per perdita di conoscenza* ha conseguenze diverse da chi cade sveglio; ricevere un colpo su un punto della testa è diverso dal ricevere un pugno in faccia, i fattori di rischio, ma specie le coagulopatie spontanee o indotte e l'età cambiano

radicalmente i quadri. È questo uno dei punti essenziali. Non per ragioni *intuitive* ma per ragioni specifiche che riguardano la evoluzione dell'ipertensione endocranica, lo stesso tipo di trauma ha postumi dal punto di vista della cronologia, totalmente difformi nel giovane rispetto all'anziano e se ne vedranno le conseguenze. Personalmente non sono contrario affatto all'uso corretto delle linee guida. Sono fortemente contrario al suo uso distorto cioè se non si conoscono i cardini della patologia e comunque in primis l'ipertensione endocranica. Cioè usarle come il manuale del giovane esploratore. Al di fuori degli aspetti propriamente assistenziali un altro uso non meno distorto, non dubito sulle *reazioni* a questo assunto, è il loro utilizzo come se fossero articoli del codice in cui si possa giocare sulle virgole e prescindere dalla esperienza clinica. È chiaro che questo è inevitabile; ma sarebbe auspicabile che se ne riconoscano i limiti cosa che non accade nella maniera più assoluta. Per concludere su questa linea un piccolo commento sulla scala GCS. La Glasgow Coma Scale è stata ideata da Jennet e Tisdeale per una ragione pratica, tipicamente inglese, che penso non molti conoscano. e che è la seguente. È stata messa a punto per gli *infermieri dei reparti di terapia intensiva* in modo che avessero un sistema di facile applicabilità essendo basata su numeri che si potevano calcolare con pochi parametri. Per cui quando il paziente peggiorava e scendeva nel punteggio di due punti gli infermieri dovevano avvisare il medico. L'uso universale di questa scala ha una sua ovvia utilità ma ha dei limiti che non molti conoscono per i neurochirurghi. Infatti alcuni parametri essenziali per il neurochirurgo come la valutazione del diametro pupillare: se il paziente è isocorico o anicorico, se ha o non ha il riflesso fotomotore sono fondamentali per il NCH ma la scala non li prevede. Spero che queste mie convinzioni siano accettate per quello che realmente sono: delle raccomandazioni a frenare gli eccessivi entusiasmi. L'esposizione della casistica chiarirà, spero un pò meglio questi concetti.

Ematoma sottodurale

Come si è detto complessivamente la casistica consta di 38 casi.

Antecedenti al 2002:

a) 5 casi per complicanze acute di cui:

- ematoma extradurale. Diagnosi tardiva;
- ematoma sottodurale acuto diagnosi tardiva;
- 1 paziente con focolai lacero contusivi multipli in reparto di medicina generale;
- 1 politrauma in reparto di chirurgia generale, lesioni cerebrali non riconosciute;
- 1 paziente dimesso dal P.S. senza accertamenti;

b) complicanze tardive:

- 2 casi per sottodurale cronico di cui uno diagnosticato tardivamente, uno recidivato e andato in stato di male epilettico. Tutti i 7 pazienti sono *deceduti*.

Dopo il 2002: 31 casi.

Con un certo sconcerto ho rilevato che 12 casi su 31 cioè il 38,7% dopo il 2002, erano dovuti ad ematoma sottodurale acuto nella stragrande maggioranza dei casi in paziente anziani + un sottodurale cronico. I casi erano:

- a) giovane uomo di 34 anni con sottodurale acuto dimesso senza osservazione dal P.S., *deceduto*;
- b) anziano scoagulato trauma in circostante non note. Al P.S. arriva sveglio, non fa Tac; a distanza di cinque ore circa dal trauma coma a rapida ingravescenza: ematoma sottodurale acuto operato 9 ore dal trauma in coma profondo, *deceduto*;
- c) anziano sottodurale cronico. Gravi e riputi errori tecnici: interventi plurimi, infezioni plurime, ascesso cerebrale, gravi deficit neurologici, paziente invalido;
- d) anziano scoagulato ematoma sottodurale acuto impegno a rapidissima insorgenza *deceduto* no responsabilità medica. Importante ruolo la scoagulazione *deceduto*;
- e) anziano ospedalizzato, caduto dal lettino, gravi errore di gestione sia al P.S. che in reparto ematoma sottodurale subacuto *deceduto*;
- f) anziano sottodurale acuto non diagnosticato correttamente al P.S. paziente *deceduto*;
- g) anziano errata gestione al P.S. sottodurale acuto, sopravvissuto con emiparesi;

- h) errata gestione al P.S. anziano sottodurale acuto *deceduto*;
- i) anziano ospedalizzato caduto in reparto errata gestione nel reparto di degenza sottodurale acuto *deceduto*;
- j) anziano gravemente percosso errata gestione al P.S. e in reparto di degenza sottodurale acuto *deceduto*;
- k) anziano con ematoma sottodurale acuto poi recidivato acutamente, *deceduto* no responsabilità medica;
- l) caso di sottodurale acuto in anziano, estremamente controverso per la contemporanea presenza di due aneurismi non rotti. La diagnosi errata di emorragia subaracnoidea ha portato ad un ritardo del trattamento dell'ematoma per cui il paziente è stato molto tempo in terapia intensiva sotto sedazione. Quindi non era valutabile il grado di peggioramento. Quando finalmente l'ematoma è stato operato, sono residuati gravi deficit neurologici per cui è stato un anno intero in riabilitazione dopo l'intervento. Esiti definitivi modificazioni comportamenti e difficoltà deambulatorie.

Quindi di 12 sottodurali di cui uno cronico, 9 sono deceduti.

Caso n. 1

Paziente di anni 34 deceduto dopo un breve ricovero al P.S. dove si era presentato per trauma cranico definito "minore".

Riporto questo caso per diverse ragioni. Sono stato contattato da una collega, non NCH e dal primario del P.S. di una grande città. L'ospedale anche universitario è dotato anche di un reparto di NCH importante.

Il fatto si era verificato al P.S. nel 2007. Secondo il racconto della collega, incriminata per omicidio colposo, aveva visitato al P.S. nelle prime ore del mattino un paziente, giovane, arrivato sveglio che aveva raccontato di aver battuto la testa perché era caduto accidentalmente ma non aveva perso conoscenza. La collega aveva richiesto una RX cranio e tempo un paio d'ore aveva dimesso il paziente. Che era effettivamente andato via ma accompagnato dal fratello. A casa, dopo alcune ore si era messo a letto.

La madre era andata a svegliarlo a mezzogiorno ma era stato trovato morto nel suo letto. L'autopsia aveva dimostrato un sottodurale acuto satellite sicuramente causa del decesso.

Avevo comunicato le mie prime impressioni e cioè che le possibilità di difesa erano pari allo zero. Dal momento che il paziente era stato gestito in modo scorretto; e non è nelle mie abituali costruire impossibili non meno che fantasiose o deplorevoli difese come non di rado capita di vedere. Tuttavia prima di liquidare il tutto, come è altrettanto mia abitudine, mi riservavo di farlo dopo aver verificata tutta la documentazione. La lettura dei documenti mi ha permesso di cambiare idea. La collega, teoricamente, non si era comportata bene secondo le linee guida ma c'erano motivi altrettanto chiari per pensare che nonostante le apparenze si era comportata correttamente.

Si tratta di una storia che si è svolta in tempi lunghissimi per cui riporterò la parte saliente di quello che ho scritto.

La prima relazione.

La presente valutazione viene redatta sulla base di 1) documentazione clinica disponibile relativamente al referto di pronto soccorso dell'ospedale dove il paziente in esame si è presentato il giorno 14/08/2002 alle ore 1:30, 2) di una relazione medico-legale, 3) di una relazione di perizia medico legale firmato dalla consulente del PM, medico legale e 4) un'altra del medico legale che aveva eseguito l'autopsia. Le ultime due sono ampiamente note e giungono a conclusioni contraddittorie. La presente relazione verterà in primis sulla valutazione dell'assistenza che il paziente in esame ha ricevuto al P.S. e quindi esaminerà la natura della patologia che ha portato a morte il paziente.

A proposito del primo punto.

Il paziente è giunto al P.S. alle ore 1:30 e la diagnosi di accettazione è stata di trauma cranico da caduta accidentale. Testualmente: riferita caduta accidentale. Es. obiettivo neg. ferita lc al cuoio capelluto.

Si è avuto modo di apprendere successivamente che le modalità del trauma non erano quelle che il paziente aveva riferito; ma la dott.ssa, medico di guardia al P.S. nulla sapeva di questo.

L'esame obiettivo negativo indica che, inequivocabilmente, il paziente era sveglio, lucido e collaborante. Esiste una controversia a proposito di una supposta iperalcolemia, tesi sostenuta dalla consulente del PM che tecnicamente è smentita dalla relazione del medico legale a me associato.

Su questo aspetto posso fare un solo commento aggiuntivo nel senso che non ci sono dubbi sostanziali sul fatto che il paziente non avesse un comportamento da ubriaco.

La questione è controversa; rimane però il fatto, non controvertibile, che il paziente al P.S. ha raccontato una storia plausibile ma non vera, il che induce a pensare che, per quanto potesse aver bevuto qualche ora prima, evidentemente era in grado non solo di programmare una storia verosimile di caduta accidentale ma di riferirla anche in modo tale che infermieri e medici di P.S. non hanno avuto motivo di sospettare l'invenzione. Il che rende assai difficile poter pensare che il paziente fosse in uno stato evidente di etilismo acuto. La dott.ssa di guardia ha valutato il paziente nel modo indicato, ha suturato la ferita del capo e sottoposto il paziente a RX del cranio. L'esame è risultato non patologico. Esaurite queste procedure il paziente è stato affidato al fratello giunto nel frattempo e i consigli terapeutici riportati nel documento di P.S. erano chiari: ghiaccio e controllo domiciliare.

L'indicazione della dott.ssa sulla necessità che il paziente fosse controllato nelle ore successive è pertanto inequivocabile. Manca il documento della specificazione di come doveva esser fatta l'osservazione.

In ogni caso erano presenti gli infermieri di turno che possono eventualmente confermare quanto la dott.ssa ha raccomandato al fratello del paziente e che nel documento risulta chiaramente indicato. Gli infermoeri interrogati hanno confermato in effetti.

È questo il punto essenziale sulla valutazione del comportamento assistenziale sulla cui correttezza è opportuno riportare alcune informazioni basilari.

L'assistenza ai traumatizzati cranici ha generato nel tempo una notevole mole di discussioni e di lavori che hanno generato una serie di linee guide nella gestione dei traumi anche italiane. Per comprendere come sono state strutturate tali linee è necessario tener presente che per classificare i traumatizzati in modo da poterli suddividere in gruppi si è usata la Glasgow Coma Score (GCS) che è un metodo oggi praticamente universale usato per valutare la gravità clinica del traumatizzato. Sulla base della GCS al paziente viene attribuito un punteggio che va da un valore di 15 che corrisponde ad un soggetto sostanzialmente normale cioè sveglio e collaborante al peggiore punteggio che è pari a 3 e che corrisponde ad un livello di coma profondo e per lo più irreversibile. Sulla base di questo punteggio i traumatizzati sono stati suddivisi in tre gruppi:

trauma minore GCS 15-14;
 trauma moderato 13-9;
 trauma severo 8-3.

La maggior parte dei traumi che giungono ad un pronto soccorso sono traumi minori e, contrariamente a quello che può sembrare, intrinsecamente i più complessi da trattare. Per stabilire dei criteri di gestione la Società italiana di neurochirurgia ha stilato delle linee di comportamento in: *The study group of head injury of the Italian Society of Neurosurgery: guidelines for minor head injury patient's management in adult age*, « Journal Neurosurgical Science », vol. 40, 1996, pp. 11-15. Queste linee sono tuttora valide e sostanzialmente ricalcano la letteratura mondiale.

In pratica, però, bisogna tener conto del fatto che il trauma minore è stato suddiviso in ulteriori sottogruppi: gruppo 0, gruppo 1 e gruppo 2. Per rendere più agevole la comprensione della ripartizione si allega alla presente una serie di figure tratte dal libro che lo scrivente ha dedicato al pronto soccorso: *Nozioni di neurochirurgia utili al pronto soccorso*, Edizioni medico scientifiche, Torino 2000, pp. 64-65.

Come si può facilmente verificare dalla visione delle tabelle, in senso stretto, il paziente in esame sarebbe classificabile come un trauma cranico minore del gruppo 0 (vedi Fig. 1.1). Nella Fig. 1.1 c'è lo schema dei provvedimenti per il gruppo 1, cioè per i pazienti con perdita di conoscenza, amnesia, cefalea diffusa e vomito, nessuno di questi disturbi era riferito dal paziente. Di conseguenza il paziente avrebbe potuto essere sottoposto a RX cranio non secondo le linee guida ma per ragioni di prudenza; ma, in quanto appartenente al gruppo 0, avrebbe potuto non esserlo.

Stabilito quali siano i procedimenti diagnostici più opportuni, le linee guida indicano che è indispensabile tuttavia che il paziente sia sottoposto ad osservazione. L'osservazione può essere affidata ai familiari qualora essi dichiarino di volersi prendere cura del paziente. Il punto centrale dell'osservazione consiste nel controllarlo periodicamente, ma a brevi intervalli, per verificare se le condizioni cliniche rimangano stabili o vadano incontro a modificazioni nelle ore successive per: comparsa di cefalea importante, vomito o soprattutto modificazioni di livello di coscienza. In altri termini se il paziente rimane sveglio o no. In questo modo l'eventuale peggioramento può essere scoperto precocemente e trattato prontamente.



Figura 1.1. Linee guida per la gestione dei traumatizzati cranici metà adulta.

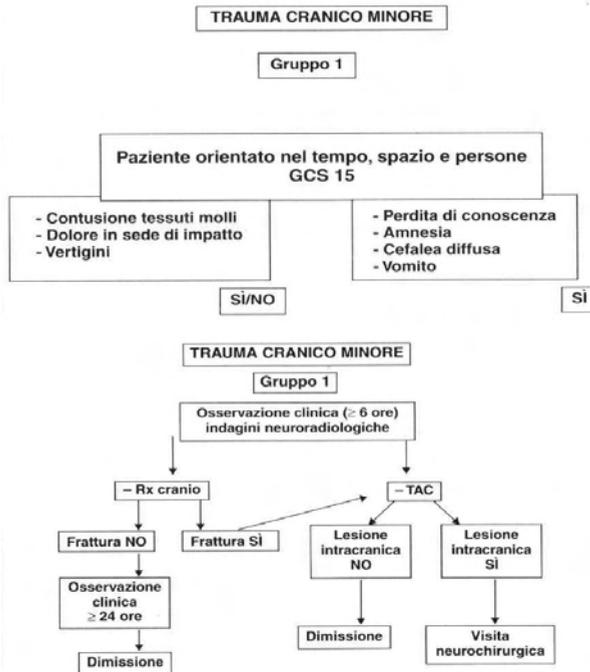


Figura 1.2. Traumatici cranici.

Tutte queste procedure risultano essere state messe in atto dalla dott.ssa dal momento che il paziente è stato valutato clinicamente, è stato eseguito una RX cranio e quindi è stato affidato al fratello in condizioni buone di vigilanza senza deficit neurologici.

L'assistenza presenta una variante quando ci sono i cosiddetti fattori di rischio che sono:

- 1) coagulopatie;
- 2) etilismo;
- 3) abuso di droghe;
- 4) epilessia;
- 5) precedenti trattamenti neurochirurgici;
- 6) età avanzata con invalidità.

Tra i fattori di rischio è citato anche l'etilismo.

Nel caso in esame trattasi di questione assai controversa. Come si è già detto il paziente si è presentato al P.S. in grado di raccontare una storia inventata ma di riferirla anche in modo tale che infermieri e medici di P.S. non hanno avuto motivo di sospettare l'invenzione. È difficile quindi pensare che il paziente fosse in uno stato evidente di etilismo auto.

D'altra parte ci sono solo due possibilità: o si crede a quanto è scritto sul referto del P.S. o non ci si crede.

Ma se non ci si crede sembra opportuno argomentarlo anche in modo adeguato.

Sul referto c'è scritto: esame obiettivo negativo. Sembra quantomeno inverosimile che un paziente in fase di etilismo acuto possa avere una valutazione delle funzioni psichiche superiori nell'ambito della normalità senza mostrare fatuità di comportamento, difetti di logica e così via.

Se si accetta questa interpretazione degli eventi, il comportamento della dott.ssa che ha raccomandato, si ripete, il controllo domiciliare del paziente, non presta adito a critiche alla luce di quanto le linee guida citate consigliano.

A proposito di questa parte della vicenda nella relazione della consulente del PM vengono formulate una serie di argomentazioni che hanno il difetto di basarsi su quanto è stato appurato solo successivamente. Al momento fa fede solo quanto la dott.ssa sapeva e che le era stato direttamente comunicato dal paziente e non da altri. Va com-