Il vomito non implica lesioni nel trauma cranico del bambino

Data 19 agosto 2008
Categoria pediatria

Il vomito postraumatico sembra correlato a un predisposizione personale/familiare a vomitare piuttosto che alla presenza di lesioni intracraniche.

Questo studio caso-controllo pubblicato ha l'obiettivo di valutare quali fattori siano associati alla presenza di vomito dopo un trauma cranico "minore".

Lo studio è stato condotto nell'ospedale pediatrico di Padova durante un anno.

1248 bambini sono stati portati in Pronto Soccorso per trauma cranico, 151 sono stati ricoverati e 1097 (con trauma cranico minore) sono stati dimessi dal pronto soccorso. 162/1097 presentavano vomito: ciascuno di essi (caso) è stato appaiato a due controlli della stessa età che non avevano presentato vomito. L'analisi finale è stata condotta su 148 casi che sono stati appaiati con 296 controlli.

Sono stati utilizzate interviste telefoniche standardizzate eseguite a 1 mese e a sei mesi dopo il trauma. All'analisi multivariata i fattori predittivi più forti per la presenza di vomito sono stati la storia personale di vomito ricorrente (OR 5.90 95%IC da 1.18 a 29.47) o di chinetosi (OR 2.34 95% IC da 1.32 a 4.10), il mal di testa al momento del trauma (OR 4.37 95%IC da 2.23 a 8.57) e la storia familiare per gli stessi problemi ricorrenti (OR 1.66 95%IC da 1.29 a 2.13)

Gli autori concludono che il vomito postraumatico sembra correlato a un predisposizione personale/familiare a vomitare piuttosto che alla presenza di lesioni intracraniche.

Fonte: J Pediatr 2007;150:274-8

Commento

Il vomito è un sintomo frequente in età pediatrica dopo un trauma cranico (circa 1 su 6) e non è correlato alla severità del trauma. Anche una recente metaanalisi giunge alla conclusione che il vomito non è un fattore predittivo indipendente per lesione intracranica.
Nella metanalisi (1) i fattori predittivi di emorragia intracranica dopo trauma cranico "minore sono infatti risultati la presenza di fratture craniche visibili alla radiografia standard (RR 6.13 95% CI da 3.35 a 11.2), di segni neurologici a focolaio (RR 9.43 95% CI da 2.89 a 30.8), di perdita di coscienza (RR 2.23 95% CI da 1.20 a 4.16), ed un punteggio inferiore a 15 al Glasgow Coma Scale (RR 5.51 95% CI da 1.59 a 19.0), mentre non sono risultati statisticamente predittivi di emorragia intracranica il mal di testa (RR 1.02 95% CI da 0.62 a 1.69), il vomito (RR 0.88 95% CI da 0.67 a 1.15) ed anche le convulsioni sia pur con un'amplissima variabilità, indice di probabile eterogeneità tra gli studi o tra i pazienti considerati (RR 2.82 95% CI da 0.89 a 9.00).

Pertanto la presenza di vomito in bambini dopo trauma cranico "minore" non dovrebbe orientare il clinico a richiedere una TAC. Il mal di testa è il secondo sintomo più frequente dopo un trauma cranico minore, ma anch'esso non è un fattore predittivo di lesioni intracraniche.

Gli autori sottolineano alcuni limiti metodologici, fra cui la mancanza di un controllo radiografico (la maggior parte dei bambini non è stata giustamente sottoposta a TAC cranica), la non cecità di chi realizzava l'intervista telefonica, la mancata distinzione fra episodio singolo di vomito e vomito ripetuto dopo il trauma.

Referenze

1) Arch Dis Child. 2004 Jul;89(7):653-9

Contenuto gentilmente concesso da: Associazione Culturale Pediatri (ACP) - Centro per la Salute del Bambino/ONLUS CSB - Servizio di Epidemiologia, Direzione Scientifica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste; tratto da: Newsletter pediatrica. Bollettino bimestrale- Febbraio-Marzo 2007.