

ETIOLOGIA della lesione cerebrale

Fattori prenatali:

Encefalopatie da alterazioni cromosomiche.

Encefalopatie progressive (da danno ereditario di un sistema enzimatico, da disfunzioni endocrine, da disturbi a carico del neuroectoderma).

Encefalopatie non progressive (embriopatie, fetopatie, malformazioni).

Fattori perinatali:

Traumi da parto (manovre ostetriche, applicazione intempestiva di forcipe, travaglio troppo prolungato o troppo breve), presentazioni anomale: parti podalici, cordone attorcigliato intorno al collo oppure troppo corto, parto prematuro o gravemente post maturo. Farmaci somministrati alla madre durante la gravidanza o alla partoriente, parto precipitoso spontaneo o con taglio cesareo, bacino stretto o testa del bambino troppo grossa per pregressi processi infiammatori che hanno dato origine ad una idrocefalia congenita es.: in bambini con spina bifida.

Malattia emolitica del neonato (per incompatibilità materno - fetale).

Emorragia cerebrale.ecc.

Fattori postnatali:

Encefaliti e meningoencefaliti.

Intossicazioni.

Traumi cranici.

Anossie gravi

Classificazione delle P.C.I. secondo l'aspetto clinico

Ipertoniche

Forme spastiche: disturbi a carico del sistema piramidale, deputato al movimento volontario (fenomeno del temperino). Ipertonia a carico dei muscoli flessori degli arti superiori e dei muscoli estensori degli arti inferiori.

Forme rigide: ipertonia di tipo extrapiramidale a carico dei muscoli sia agonisti sia antagonisti, con resistenza ai movimenti passivi (fenomeno della troclea dentata).

Distoniche

Disturbi extrapiramidali a carattere ipercinetico di grado, forma e intensità varia. Sono caratterizzate da movimenti involontari, incoordinati, incontrollabili, lenti o rapidi, e/o tentacolari a carico del corpo. Cessano a riposo ed aumentano quando il soggetto accenna a movimenti volontari oppure sotto forti stimoli emotivi. Appartengono anche le forme atetosiche.

Ipotoniche

Tutte le PCI nei momenti iniziali danno ipotonia, raramente l'ipotonia permane e dà:

Forme atoniche: casi rari caratterizzati da una gravissima riduzione del tono muscolare.

Forme atassiche: difetto di coordinazione dei movimenti di tipo cerebellare o propriocettivo, turbe dell'equilibrio, ipotonia e tremore intenzionale.

Forme con tremori: casi rari caratterizzati da ipercinesia distale, rapida, sempre uguale.

Forme miste: casi ottenuti dalla combinazione delle forme precedentemente elencate e sono la maggior parte dei pazienti.

Classificazione delle P.C.I. secondo la distribuzione topografica

Monoplegia: deficit motorio localizzato ad un solo arto.

Diparesi (da non confondere con la paraplegia che è da danno di origine midollare) deficit motorio localizzato agli arti inferiori in maniera bilaterale e simmetrica; ad un esame neurologico neppure troppo sofisticato si può osservare che anche le braccia e le mani non “funzionano” correttamente, perché spesso è il risultato di una tetraparesi che si è ben risolta agli arti superiori.

Emiplegia: deficit unilaterale, spesso di tipo spastico e spesso con disturbo prevalente all'arto superiore.

Triplegia: deficit di tipo spastico che interessa tre arti.

Tetraplegia: deficit a carico di tutti e quattro gli arti, ma interessa tutto l'intero corpo, per cui anche il controllo di capo e tronco sono deficitari.

Diplegia: deficit motorio a carico di due arti comunque distribuiti.

Doppia emiplegia: sinonimo di tetraplegia utilizzato quando c'è differenza di tono tra gli arti.

Il trattamento riabilitativo deve essere precoce, sin dai primi mesi di vita, anche quando la diagnosi non è ancora certa ma sospettata, individualizzato e che si rivolga alla globalità del bambino, favorendo una corretta formazione dell'immagine, dello schema e del vissuto corporeo, mediante l'acquisizione del massimo grado di autonomia fisico, affettivo e relazionale.

La scelta del metodo è condizionata dal tipo di lesione, dall'età del soggetto, dall'ambiente in cui vive, dalla sua collaborazione e di quella della sua famiglia. In ogni caso l'applicazione del metodo scelto non può essere rigida e standardizzata ma flessibile cioè adattabile al bambino. E' necessario adattare un metodo al bambino e non il bambino al metodo; elaborare un piano di trattamento fatto su misura. Quindi, tenendo conto della spontaneità e della reattività propria del bambino, proporre degli esercizi studiati per lui non perdendo di vista la tecnica di base.

Compito fondamentale della riabilitazione è di fare apprendere al soggetto posture diverse da quelle patologiche. Il persistere dei riflessi primitivi ostacola il normale sviluppo psicomotorio. La fisioterapia deve cercare di inibire questi riflessi e facilitare la comparsa di schemi posturali, di difesa, di raddrizzamento, di equilibrio e schemi che favoriscono una normale motricità relazionale. Con l'inibizione si cerca di ridurre e normalizzare il tono posturale utilizzando schemi di movimento che "rompono" gli schemi posturali patologici. Con la facilitazione si cerca di stimolare l'evoluzione delle reazioni automatiche di base e dei movimenti volontari.

Il trattamento riabilitativo deve coinvolgere i genitori, gli insegnanti e tutte le persone che ruotano attorno al bambino, in modo tale che ogni momento della giornata sia una continua ricerca di posture e di stimoli atti a migliorare il rapporto con gli altri. La ricerca di nuove posture deve mirare ad evitare la postura patologica del bambino spastico, a inibire movimenti incoordinati del distonico e ad ovviare alla mancanza di equilibrio nell'ipotonico e nel cerebellare.

Paralisi distrofiche: NON dipendono da danni cerebrali, ma ne parliamo qui, perché purtroppo ci sono molti bambini con questi particolari problemi.

Le distrofie (dal prefisso greco dys = negazione o cattivo funzionamento + trophía = nutrimento) muscolari sono delle miopatie (dal greco mys, myós = muscolo + pátheia = sofferenza, affezione), ossia delle malattie che colpiscono la muscolatura; in genere hanno carattere ereditario e un decorso lento caratterizzato da un indebolimento muscolare progressivo, che porta nel tempo ad una grave infermità. Ci sono molte forme di distrofia, fra cui le tipologie piú frequenti sono quella di Duchenne e quella di Becker.