

# STORIA DI UN LIVIDO IN PS

*... E DI TUTTO IL CAOS CHE CAUSO'*



A cura di: E.Coppo, F. Negro, M.D'Amato, L.Gastaldo

AOU Città della salute e della scienza di Torino. Presidio Ospedale Infantile Regina Margherita. S. C. Pediatria d'Urgenza (Primario dott. Urbino), Servizio Bambi su abuso e maltrattamento all'infanzia

”... Lorenzo è raffreddato, ha 3 mesi, i genitori lo portano in Pronto Soccorso, di notte, perchè “piange e respira male”. Durante la visita, il medico di guardia (Roberto, pediatra preparato e scrupolosissimo) visita il piccolo e nota un piccolo livido sulla guancia sinistra. non ci sono altre lesioni e la mamma dice che Lorenzo si sarà fatto male con il bordo del ciuccio...”.

## **Bruising Characteristics Discriminating Physical Child Abuse from Accidental Trauma**

Mary Clyde Pierce et al. Pediatrics 2010; 125:67-74

## **Bruising and Psychosocial Characteristics Help Discriminate Abusive Head Trauma**

Mary Clyde Pierce - International Conference on Abusive Head Trauma, Denver 21 settembre 2014 (articolo in corso di stampa)

## **Sentinel Injuries in Infants Evaluated for Child Physical Abuse**

Ovviamente questo caso è del tutto inventato ma vuole portare l'attenzione sull'argomento di questa "pillola" e cioè sui lividi che ci può capitare di vedere nei bambini piccoli in pronto soccorso.

I dati di letteratura ci dicono che in pronto ci "sfuggono" il 75% circa dei casi di abuso perché non ne riconosciamo i segni (Kunen S. *Acad Emerg. Med* 2003). Nel caso indice citato all'inizio la nostra attenzione sarebbe incentrata sulla flogosi delle alte vie aeree e su una eventuale insufficienza respiratoria, soprattutto se siamo di notte ed il pronto è affollato.

Eppure i lividi sono uno dei segni più comuni e maggiormente semplici da diagnosticare: nel 44% dei casi di abuso letale, erano stati notati in precedenza dei lividi a cui non era stata data rilevanza clinica (Pierce MC *Bruising missed as a prognostic indicator of future fatal and near fatal physical abuse* 2009).

In uno studio del 2013 di Lynn (vedi inizio) di 200 casi di abuso confermato in bambini sotto l'anno di vita, circa il 27,5% aveva avuto un "segno sentinella" precedente al ricovero per maltrattamento e questo segno era nell'80% dei casi un livido, nell'11% una lesione intraorale. Nessuno dei casi controllo aveva avuto lesioni precedenti ( $p < 0.001$ ). Questo ci suggerisce come un piccolo livido possa essere il primo e unico segno di una situazione che può anche condurre alla morte del bambino. Purtroppo, le situazioni di maltrattamento tendono a ripetersi e sempre con maggiore gravità. Dalle confessioni degli abusanti (in casi letali di trauma cranico da abuso) il 55% circa di loro confessa di aver già commesso gli atti che hanno condotto il bambino alla morte, dapprima in modo meno intenso poi sempre più intenso (C. Adamsbaum *Abusive Head Trauma: Judicial Highlight Violent and Repetitive Shaking* Pediatrics 2010). Anche Lynn sottolinea che, nel suo studio, i segni sentinella nel 27,5% dei suoi casi hanno preceduto comportamenti in escalation sempre più violenti e che non si è trattato di un atto singolo di "perdita del controllo".

Lo studio di Pierce, iniziato con la pubblicazione su Pediatrics del 2010 citata all'inizio, ha come goal quello di sviluppare un modello in cui posizione e caratteristica dei lividi potessero essere una guida per il clinico per sospettare l'abuso. Lo studio è stato condotto in una terapia intensiva, su pazienti di età inferiore ai 4 anni affetti da lesioni traumatiche gravi, accidentali o volontarie.

Dall'analisi dei dati si rivelano importanti 3 variabili: l'età, la presenza dei lividi, la sede dei lividi stessi. Aggregando queste tre variabili è stato possibile identificare 32 dei 33 casi di abuso presenti. Con una sensibilità del 97% e una specificità dell'84%, questo modello, chiamato TEN-4 BCDR, Torso Ear Neck – 4 Bruising clinical Decision Rule, vuole aiutare il clinico a discriminare quali siano le lesioni da

attenzione in modo maggiore perché significativamente associate all'abuso. In particolare si noti che il -4 indica che qualsiasi livido sotto i 4 mesi di vita deve essere preso in considerazione. Queste caratteristiche si sono dimostrate capaci di discriminare bene tra i due gruppi di pazienti, di età inferiore ai 4 anni.

L'intento è di identificare quei bambini a rischio di abuso che richiedono ulteriore valutazione e quindi di considerare questo parametro alla stregua quelle che oggi chiamiamo *red flags*.

Al congresso internazionale che si è svolto nei giorni scorsi a Denver sulla Shaken Baby Syndrome/AHT, la dott.ssa Pierce ha presentato l'evoluzione di questo studio che sarà a breve pubblicata su Pediatrics.

In questo caso i partecipanti allo studio erano bambini, sempre di età inferiore ai 4 anni con almeno 1 livido e una TC cerebrale positiva per lesioni emorragiche o fratture craniche. Da questa ulteriore analisi il modello si è esteso ad essere TEN-4-FACES: sono state aggiunte come zone a rischio le lesioni del frenulo (F), orecchio (A), guancia (C), palpebra (E); inoltre è stato esteso il parametro ai bambini di età di 4 mesi compiuti (prima era fino ai 4 mesi da compiere). Questa rivalutazione migliora la sensibilità del modello al 98% ma riduce la specificità al 71%.

L'autrice propone di affiancare a questi dati clinici, i 6 caratteristici fattori di rischio sociale in modo da implementare la capacità di discriminazione da parte del clinico.

I fattori di rischio psicosociale sono

- precedente coinvolgimento con il servizio sociale
- violenza familiare
- coinvolgimento in fatti giudiziari
- abuso di sostanze (droghe ed alcool)
- malattie psichiatriche
- l'attribuzione di caratteristiche negative al bambino da parte dei caregivers.

Le caratteristiche dei lividi e i fattori psicosociali si sono dimostrati significativamente diversi nel gruppo di bambini abusati rispetto agli altri. Altra conclusione di questo studio è che il presentarsi in ps di bambini con sintomi come ALTE, scarsa reattività, vomito o convulsioni richiede di effettuare il TEN-4-FACES come procedura di routine. Quando possibile, questi bambini andranno indirizzati all'equipe multidisciplinare per la valutazione di un eventuale maltrattamento.

Torniamo in PS: Roberto sta visitando il piccolo Lorenzo che è in realtà soltanto tanto raffreddato, ha la gola e le orecchie un po' rosse. Roberto però non ha dimenticato il livido e programma una visita di controllo in PS nei giorni successivi, nel frattempo avvertirà l'equipe Bambi di aver visitato Lorenzo.