

Classificazione clinica delle Paralisi Cerebrali Infantili

Sono elencati i sintomi presenti nelle diverse forme di paralisi cerebrale infantile.

Le forme spastiche: quadro clinico comune

Nelle forme spastiche di paralisi cerebrale infantile (PCI), la spasticità va intesa come:

- un'accentuazione della reazione positiva di sostegno e un eccesso di attività contrattile;
- una sproporzionata reazione allo stiramento velocità-dipendente e una carenza di passività del muscolo.

I sintomi derivano da un interessamento del sistema piramidale.

Le alterazioni riguardano prevalentemente le vie piramidali, la coordinazione dei movimenti volontari e provocano la riduzione o la perdita della motricità.

Vi è espressione di una sofferenza del primo motoneurone.

Il tono posturale subisce un aumento patologico, dovuto all'inefficienza del potere inibitorio del primo motoneurone, con la conseguenza che il secondo motoneurone diviene "super efficiente".

Le parti corporee terminali sono ipertoniche, con il segno clinico della resistenza allo stiramento che risulta essere massima all'inizio per poi cedere bruscamente (*fenomeno del temperino o del coltello a serramanico*).

L'area riflessogena è allargata e si rileva anche una iperreflessia osteotendinea (sproporzionata accentuazione dei riflessi tendinei).

La frequenza è valutata sul 70-80% delle PCI.

La tetraparesi spastica

Si ha il segno di Babinski.

Il disturbo del tono e del movimento è molto grave e simmetrico, si manifesta precocemente "in ugual misura" a carico di arti superiori e inferiori.

Si rileva ritardo dello sviluppo posturo-motorio.

La deambulazione autonoma e la manipolazione sono a prognosi sfavorevole.

Si repertano spesso anche disturbi visivi e uditivi e la compromissione della muscolatura oro-facciale.

Frequentemente si manifesta anche epilessia. Inoltre, si rileva un ritardo mentale di vario grado.

Con il tempo, si manifestano contratture muscolari diffuse e deformità articolari e di assetto del rachide.

La diplegia spastica

Si esprime maggiormente a carico degli arti inferiori rispetto a quelli superiori. L'ipertonia colpisce soprattutto i tricipiti surali e gli adduttori dell'anca, a partire da 3-4 mesi di vita. La prognosi per la deambulazione risulta essere abbastanza favorevole. La motricità degli arti superiori è sufficientemente conservata.

È frequente l'interessamento dei nervi cranici (per esempio, lo strabismo deriva dall'interessamento dei nervi per la coordinazione dell'occhio).

Lo sviluppo intellettuale e quello linguistico sono in genere nella norma.

È raro il manifestarsi di epilessia, mentre sono frequenti le contratture e le deformità articolari.

L'emiplegia spastica

Si manifesta a un solo emilato corporeo, con un arto più compromesso rispetto all'altro. La compromissione prevale nella maggior parte dei casi distalmente. La prognosi per la deambulazione autonoma è favorevole.

Si caratterizza per la frequente insorgenza di epilessia parziale.

Le alterazioni a carico dello schema corporeo e dell'organizzazione prassica e gnosica sono un accompagnamento costante.

Il livello intellettuale può essere compromesso.

Se è colpito l'emilato destro, la paresi si manifesta con un ritardo dello sviluppo linguistico.

Gli esiti si presentano come contratture muscolari e deformità articolari; i disturbi del trofismo muscolare e osseo spesso ridotto sono in genere una costante.

Le forme atassiche

Le forme atassiche sono dovute a un disturbo motorio di origine cerebellare, conseguente a un danno al cervelletto o alle vie a partenza cerebellare.

L'atassia va intesa come decomposizione del movimento, disturbo della coordinazione, deficit dell'equilibrio e perturbazione del controllo posturale.

Queste forme producono

- instabilità della postura, con alterazione dell'equilibrio in stazione eretta, e della marcia, con barcollamento nel cammino;
- incapacità di coordinare i movimenti dismetria-ipermetria;
- tremore intenzionale;
- incoordinazione e tremore della mano.

I soggetti colpiti si muovono in stazione eretta tenendo le gambe larghe e rigide, per acquisire un maggiore equilibrio nel movimento. Si rileva adiadocinesia (incapacità di eseguire rapidamente movimenti alternati, in direzioni opposte, come l'estensione e la flessione dell'avambraccio sul braccio o la pronazione e la supinazione della mano, a braccia tese).

Si reperta inoltre diminuzione del tono muscolare (ipotonia), spiccata nei primi mesi di vita. È frequente il disturbo del linguaggio di tipo disartrico (difficoltà di articolare le parole). Vi è un ritardo nello sviluppo del linguaggio e la parola è scandita.

Si rileva anche disturbo della vista, con nistagmo di tipo cerebellare.

Classificazione clinica delle Paralisi Cerebrali Infantili

La frequenza si aggira intorno al 10-20%. Si repertano malformazioni, infezioni e più raramente ischemia. Sono frequenti il ritardo dello sviluppo psicomotorio e il ritardo mentale.

Le forme discinetiche o distoniche

Nelle forme discinetiche o distoniche i sintomi derivano da un interessamento dei nuclei della base (< 10%).

Il tono muscolare fluttua continuamente: a riposo si rileva un tono di fondo diminuito, mentre si registra ipertonìa in seguito a sollecitazione e impegno motorio.

Si rilevano movimenti rapidi, scoordinati e soggetti all'influenza delle emo-

zioni e dello sforzo, che scompaiono durante il sonno. Si localizzano alle braccia, alle gambe, al viso e al tronco.

Sono provocate generalmente da

- incompatibilità materno-fetale;
- asfissia perinatale grave nel neonato a termine.

Si rilevano anche:

- alterazione nell'emissione della voce;
- intelligenza in genere normale.

La forma atetotica

La forma atetotica (o *coreo-atetotica*) deriva da una disfunzione del sistema

extrapiramidale, per interessamento di nucleo caudato e putamen. Si rileva ipotonia e si registrano movimenti lenti, aritmici, di tipo polipoide, già dai primi mesi di vita, e movimenti rapidi, prossimali e coreici, che interessano faccia, lingua ed estremità distale degli arti. Il linguaggio è disartrico e vi è una lieve compromissione dell'intelligenza. L'ipoacusia percettiva è dovuta alla localizzazione del danno a livello delle vie centrali di trasmissione del segnale nervoso.

Le forme miste

I sintomi derivano da un interessamento di più sistemi.