



Gestione delle crisi epilettiche

Dott.ssa Maria Proietto

Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico di Catania

Epilessia

- L'epilessia è una delle patologie neurologiche più frequenti, caratterizzata dalla ripetizione di eventi critici improvvisi e transitori:
- Essa è tra le affezioni più antiche riportate nei resoconti medici essendo stata già accuratamente descritta da Ippocrate (400 a.C.)

Cos'è la crisi epilettica ?

"La crisi epilettica è il risultato della scarica eccessiva di una popolazione di neuroni ipereccitabili"

Jackson (1835-1911)

"An epileptic seizure is a transient occurrence of signs and/or symptoms due to abnormal excessive or synchronous neuronal activity in the brain"

Fisher et al, Epilepsia 2005

Cos'è la crisi epilettica ?

- Una crisi epilettica è la **manifestazione clinica** di una **scarica, parossistica, transitoria ed eccessiva** dei neuroni della corteccia cerebrale.
- Le manifestazioni cliniche di una crisi possono assumere aspetti molto differenti, variando da paziente a paziente e **riflettendo le funzioni dei tessuti corticali coinvolti**.

Caratterizzazione delle crisi

Le crisi possono manifestarsi con:

segni motori, esperienze sensoriali o psichiche, disturbi vegetativi e fenomeni neurologici negativi (incapacità a parlare, perdita del tono etc), sia isolati che in associazione fra loro

spesso in sequenza progressiva.

Di solito hanno un **esordio e una fine improvvisa**, spontanea e una breve durata (da qualche sec. a minuti)

Epilessia



COS'È L'EPILESSIA?



PUNTI CHIAVE

- L'Epilessia è una malattia neurologica caratterizzata dalla persistenza di crisi epilettiche (https://www.lice.it/LICE_ita/chisiamo/storiaepilessia.php).
- Le crisi epilettiche tendono a ripetersi nel tempo in modo spontaneo, con frequenza diversa e non prevedibile.
- Esistono molti tipi di crisi e di sindromi epilettiche.
- In Italia l'Epilessia interessa circa 1 persona su 100.
- Le crisi epilettiche sono caratterizzate da segni e sintomi improvvisi e in genere di breve durata, espressione di un'alterata funzionalità elettrica dei neuroni corticali.

Epilessia

Dal punto di vista clinico per porre una diagnosi di Epilessia è necessario che il soggetto abbia avuto almeno due crisi epilettiche a distanza di tempo superiore alle 24 ore e che le crisi siano avvenute spontaneamente, cioè non siano state provocate da fattori specifici o da situazioni particolari.

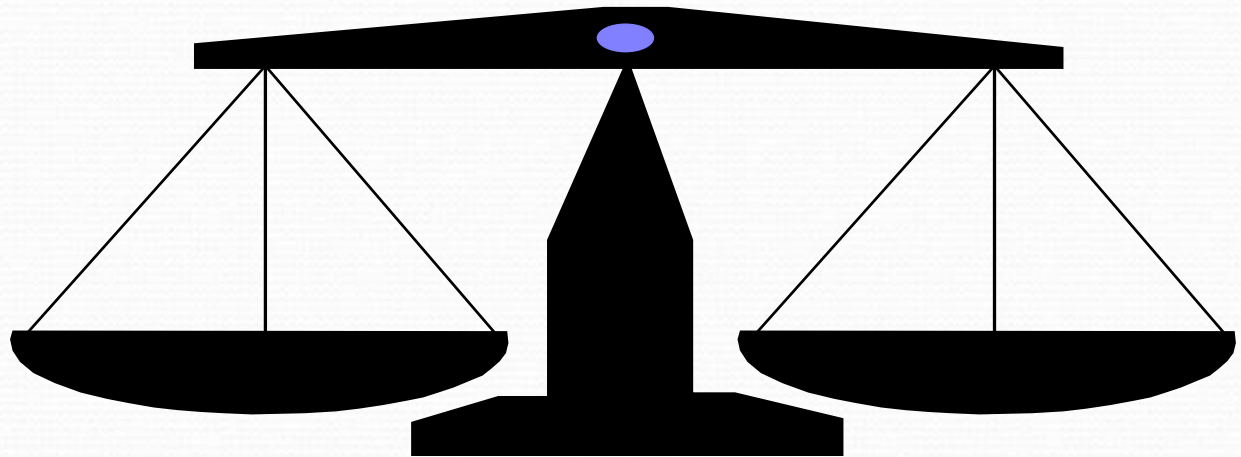
Epilessia

In alternativa però è possibile già porre diagnosi di Epilessia qualora il paziente abbia avuto una singola crisi epilettica non provocata (spontanea) e presenti un elevato rischio di ricorrenza di crisi epilettiche ($\geq 60\%$), che l'epilettologo potrà essere in grado di calcolare in rapporto alle specifiche caratteristiche cliniche ed elettroencefalografiche.

**E
c
c
i
t
a
z
i
o
n
e**

EPILETTOGENESI

**I
n
i
b
i
z
i
o
n
e**



EPIDEMIOLOGIA DELL'EPILESSIA

INCIDENZA

- 20 - 70 /100.000 / anno
- Più alta nella prima infanzia
- Diminuisce durante l'adolescenza
- Aumenta nella popolazione anziana

EPIDEMIOLOGIA DELL'EPILESSIA

Prevalenza

- 0.4 - 0.8 % della popolazione generale
- 2 - 5 % (cumulativa : prevalenza nel corso della vita)
- più alta negli uomini che nelle donne
- più alta nei paesi in via di sviluppo

Criteri generali per la diagnosi di epilessia

- *La diagnosi di epilessia è clinica*
- Si basa sulla descrizione dettagliata di quanto avviene prima, durante e dopo la crisi.
- Si avvale spesso dalla descrizione dei testimoni oculari
- Necessita dell'esclusione di patologie concomitanti

Criteri guida per la diagnosi di epilessia

- SEMEIOLOGIA DELLE CRISI
- VALUTAZIONE EEGRAFICA
- EZIOLOGIA
- ETA' DIPENDENZA
- CLASSIFICAZIONE DELLA CRISI E DELL'EPILESSIA

SEMEIOLOGIA DELLE CRISI

- Sintomi premonitori (sensazioni soggettive, aura etc)
- Modalità di inizio crisi
(spontanea, davanti a fonti di luce intermittente, rumori improvvisi, in coincidenza di stimoli emotivi, dopo deprivazione di sonno, durante sonno etc)
- Stato della coscienza (riduzione, assenza completa etc) e relazionalità (perdita del contatto)
- Caratteristica dei movimenti (tonici, clonici, successione, localizzazione, durata)
- Movimenti automatici gestuali (manipolatori, masticatori, verbigerazioni, afinalistici)

SEMEIOLOGIA DELLE CRISI

- Caratteristiche dello sguardo
(fisso, lateralizzato, inespressivo etc)
- Rilevazione di cianosi, morsus, perdita di bava o di urine
- Descrizioni dei fenomeni post-critici
(stato confusionale, agitazione psicomotoria, sonnolenza, amnesia per l'accaduto)

VALUTAZIONE ELETTROENCEFALOGRAFICA

- EEG di routine durante veglia
- metodiche di attivazione : iperpnea, strobotest, sonno.
- EEG dinamico (Holter)
- EEG con poligrafia (attività muscolare, cardiaca, respiratoria)
- Video EEG
- EEG stereotassico (con elettrodi intracranici)

Limiti della valutazione EEG

- Il 10-15 % di soggetti non epilettici presenta alterazioni eegrafiche aspecifiche
- L'1% di soggetti non epilettici presenta alterazioni eegrafiche epilettiformi (punte, polipunte, onde lente aguzze)
- L' EEG intercritico è patologico :
 - nel 35 % degli epilettici
 - nel 50 % se ripetuto più volte

L'indagine EEG è necessaria

- Nella registrazione di crisi singole o negli stati di male specialmente non convulsivi
- Nella determinazione di localizzazione di evento apparentemente generalizzato
- Nella definizione di epilessia sintomatica di processo organico.
- Nella valutazione dell'evoluzione di epilessia in malattie neurologiche progressive.

EZIOLOGIA

Pazzaglia et al 1978

%

- Criptogenetica	53.4
- Patologie perinatali	24.1
- Patologie post-natali	21.7
- Genetica	8.5
- Processi infiammatori SNC	6.6
- Stato di male febbrile	6.6
- Trauma cranico	5.4
- Cause organiche	4.1
- Patologie congenite	1.1
- Neoplasie cerebrali	0.7
- Vasculopatie cerebrali	0.6

Eziologia

Indagini neuroradiologiche

- TAC, RMN con sequenze mirate (FLAIR, IR etc.)
- positive nel 60% circa dei pts epilettici esaminati
- prevalenti le lesioni aspecifiche (atrofia, dilatazione spazi e ventricoli)
- Nel 10% si evidenziano neoplasie

Necessarie in:

- ✓ crisi tardive o focali
- ✓ presenza di segni neurologici
- ✓ epilessie farmacoresistenti

Diagnosi differenziale

- Sincope
- pseudocrisi
- attacchi di panico
- terrore notturno
- spasmi affettivi
- stati onirici
- disordini del movimento
- narcolessia
- attacchi ischemici transitori
- emicrania
- amnesia globale transitoria
- ipoglicemia

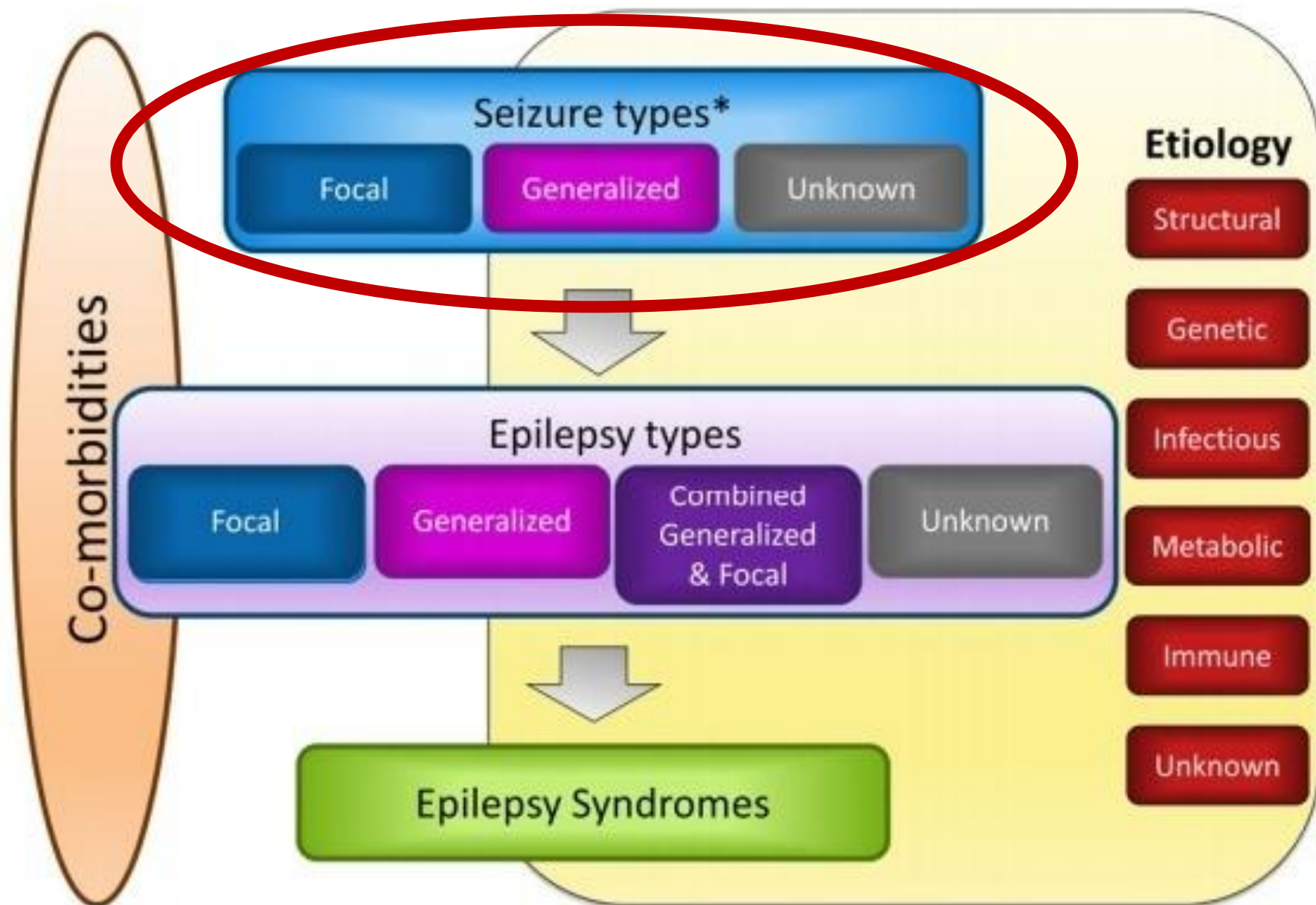
Classificazione delle crisi 1981

- **PARZIALI**

quelle che derivano da scariche epilettiche da aree corticali ben localizzate

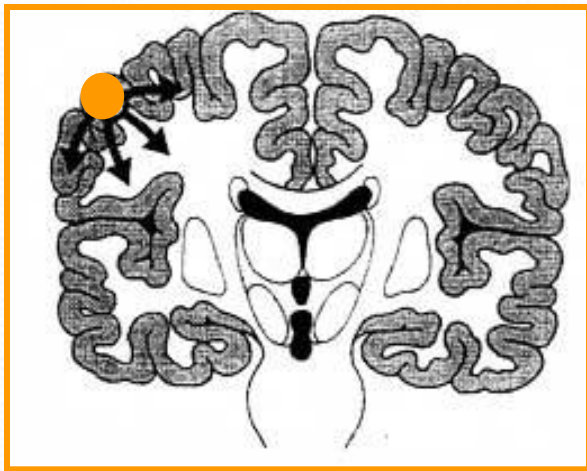
- **GENERALIZZATE**

quelle che derivano da scariche epilettiche sincrone che interessano ambedue gli emisferi.



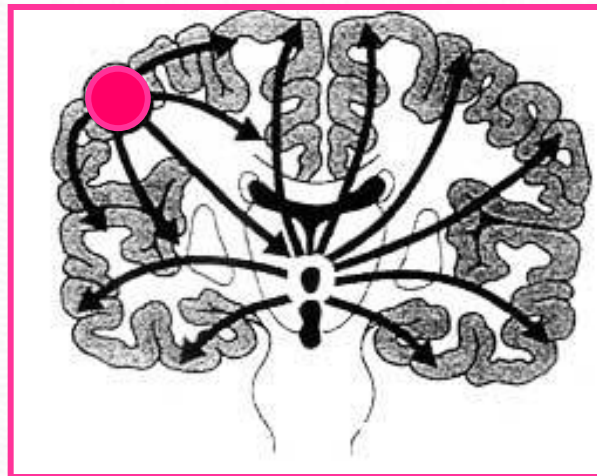
Crisi epilettiche

Classificazione internazionale (ILAE), *1981* / *2017*



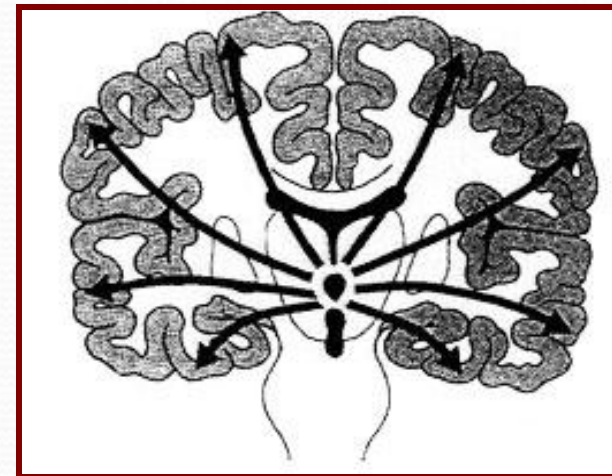
Crisi
Parziale

(crisi focale)



Crisi Parziale
sec. Generalizzata

Crisi focale con
diffusione
bilaterale



Crisi Generalizzata

Crisi generalizzata
Motoria/non motoria

Classificazione delle crisi parziali (1981)

- **Semplici (senza compromissione della coscienza)**

- Con sintomi motori
- Con sintomi somatosensoriali
- Con sintomi autonomici
- Con sintomi psichici

- **Complesse (con interessamento della coscienza)**

- Iniziate come crisi parziali semplici
- Senza altri componenti
- Con gli aspetti delle crisi semplici
- Con automatismi

- **Crisi parziali secondariamente generalizzate**

ILAE 2017 Classification of Seizure Types Expanded Version ¹

Focal Onset

Aware

Impaired
Awareness

Motor Onset

automatisms
atonic ²
clonic
epileptic spasms ²
hyperkinetic
myoclonic
tonic

Nonmotor Onset

autonomic
behavior arrest
cognitive
emotional
sensory

focal to bilateral tonic-clonic

Generalized Onset

Motor

tonic-clonic
clonic
tonic
myoclonic
myoclonic-tonic-clonic
myoclonic-atonic
atonic
epileptic spasms

Nonmotor (absence)

typical
atypical
myoclonic
eyelid myoclonia

Unknown Onset

Motor

tonic-clonic
epileptic spasms

Nonmotor

behavior arrest

Unclassified ³

¹ Definitions, other seizure types and descriptors are listed in the accompanying paper and glossary of terms.

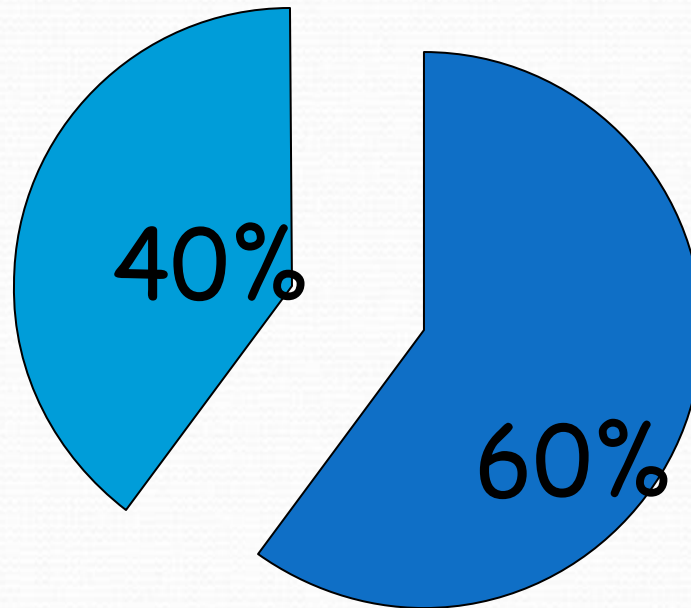
² These could be focal or generalized, with or without alteration of awareness

³ Due to inadequate information or inability to place in other categories

Tipo di crisi epilettiche

- Prevalenza -

Generalizzate  Parziali



Classificazione delle crisi generalizzate (1981)

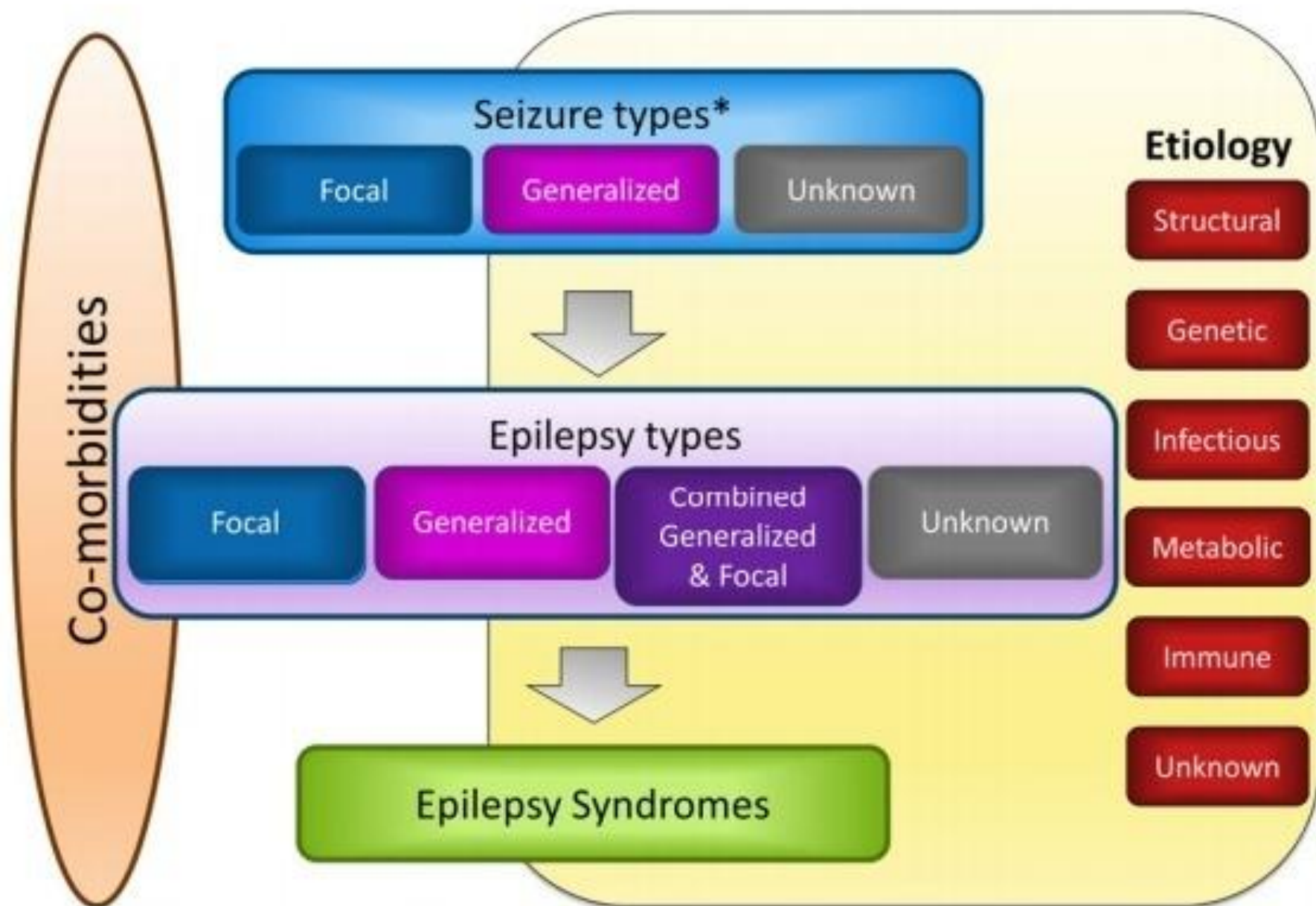
- crisi di assenza tipica
- crisi di assenza atipica
- crisi miocloniche
- crisi cloniche
- crisi toniche
- crisi tonico-cloniche
- crisi atoniche

Definizione di Sindrome epilettica

Epilepsia 1989,

Patologia epilettica caratterizzata da un insieme di segni e sintomi che di solito si verificano insieme: questi includono elementi come tipo di crisi, eziologia, anatomia, fattori precipitanti, età di insorgenza, gravità, cronicità, correlazione a ritmo circadiano e, talvolta, prognosi.

Tuttavia, in contrapposizione ad una malattia, una sindrome non necessariamente ha una eziologia comune e simile prognosi "



Classificazione internazionale (ILAE), 1989

- ❖ Epilessia Parziali
 - Idiopatiche*
 - Sintomatiche*
 - Criptogeniche*
- ❖ Epilessia generalizzate
 - Idiopatiche*
 - Sintomatiche*
 - Criptogeniche*
- ❖ Epilessie non-determinate

Classificazione internazionale (ILAE), 2017

- ❖ Epilessia focali
 - Genetiche*
 - Eziologia conosciuta*
 - Eziologia non conosciuta*
- ❖ Epilessia generalizzate
 - Genetiche*
 - Eziologia conosciuta*
 - Eziologia non conosciuta*
- ❖ Epilessie non-determinate

Epilessie idiopatiche

(Epilessie genetiche) (2017)

- ❖ Tutte le epilessie in cui il ricorrere delle crisi rappresenta l'unica manifestazione clinica.
- ❖ L'esame obiettivo neurologico e le indagini neuroradiologiche sono **normali**.
- ❖ Il **fattore genetico** (predisposizione, ereditarietà) svolge un ruolo determinante nella loro etiopatogenesi.

Epilessie sintomatiche

Epilessie a eziologia conosciuta (2017)

- ✓ Sindromi epilettiche le cui crisi sono il risultato di una o più identificabili **lesioni cerebrali**.
- ✓ Esistono inoltre numerose malattie del SNC in cui le crisi epilettiche fanno parte di un quadro sindromico più complesso (es. **facomatosi, cromosomopatie, turbe del metabolismo e malattie d'accumulo, ecc..**).

Epilessie sintomatiche

Epilessie a eziologia conosciuta (2017)

✓ **Infanzia**



fattori pre-perinatali,
anomalie congenite

✓ **Adolescenza**



infezioni, traumi

✓ **Età adulta**



tumori, traumi, MCV

Epilessie criptogeniche

Epilessie a eziologia non conosciuta (2017)

- ✓ Tutte le epilessie di cui, pur essendo sospettabile in base ai dati clinico-anamnestici la presenza di una lesione sottostante, essa **non è documentabile mediante le indagini diagnostiche** (es: neuro-imaging) disponibili
- ✓ Potrebbero essere definite come **“probabilmente sintomatiche”**

Classificazione sindromica delle epilessie (ILAE 1989 - 2017)

- Epilessie parziali idiopatiche
- Epilessie focali autolimitantesi (2017)

(fenomenologia parziale, alterazioni EEG tipiche, età dipendenza, negatività neuro-psichica, remissione spontanea)

- Epilessia benigna dell'infanzia con punte centrottemporali (EPR)
- Epilessia dell'infanzia con parossismi occipitali
- Epilessia primaria da lettura

Epilessia benigna dell'infanzia con punte centrotemporali (EPR)

Caratteristiche principali

- Crisi somatomotorie brevi, localizzate generalmente alla regione facio-brachiale, possibili generalizzazioni tonico-cloniche.
- Prevalenti durante il sonno,
- Età esordio : 3 - 13 aa. (picco: 9-10)
- Età remissione : 15 - 16 aa.
- Alta predisposizione genetica
- EEG: punte altovoltate nella regione rolandica, attivate dal sonno, tendenti a diffondere o cambiare prevalenza emisferica. Possibili stati di POCS (punta-onda continua durante sonno)
- **Di norma non necessita di terapia specifica**

Epilessia parziale dell'infanzia con parossismi occipitali (EPO)

Caratteristiche principali

- Inizio crisi con sintomi visivi (amaurosi, fosfeni, illusioni, allucinazioni), spesso seguiti da crisi motorie emicloniche o automatismi, seguiti nel 25% circa da crisi emicraniche.
- EEG con parossismi (punte e punte-onda) nelle regioni occipitali o temporali posteriori mono o bilaterali generalmente durante la chiusura degli occhi.
- Simile alla rolandica per l'età dipendenza ma meno documentata la predisposizione genetica e **più incerta la prognosi**.

Crisi occipitali benigne dell'infanzia ad esordio precoce ***SINDROME DI PANAYIOTOPOULOS (EBOS)***

- ◆ esordio: 1-12 con media a 5 anni
- ◆ idiopatica, geneticamente determinata, seconda per frequenza dopo l'EPR
- ◆ clinica: *lenta deviazione degli occhi spesso unilaterale con durata da pochi minuti ad ore, le palpebre rimangono aperte senza clonie; compromissione stato di coscienza; ictus emeticus con nausea e conati di vomito; allucinazioni visive; convulsioni emilaterali o generalizzate; disturbi del comportamento.*
- ◆ *Eeg: parossismi occipitali durante il sonno lento*

Crisi occipitali benigne dell'infanzia ad esordio tardivo

SINDROME DI GASTAUT (LBOS)

- ◆ esordio: 3-16 con media a 8 anni
- ◆ idiopatica (geneticamente determinata?)
- ◆ clinica: allucinazioni visive prevalentemente diurne (patterns rotondeggianti piccoli e multicolorati alla periferia del campo visivo che si ingrandiscono, si muovono in senso orizzontale) e/o amaurosi, deviazione occhi, mioclonie palpebrali; più raramente emiconvulsioni ed emiparestesie spesso notturne; nel 50 % segue cefalea.
- ◆ *Eeg: parossismi occipitali ad occhi chiusi e ad occhi aperti in fissazione centrale; incremento significativo in sonno lento.*

Epilessia primaria da lettura

Caratteristiche principali

- Quasi tutte le crisi sono precipitate dalla lettura (specialmente ad alta voce) e sono indipendenti dal contenuto del testo.
- Crisi parziali motorie interessanti i muscoli masticatori e orbicolari e se lo stimolo non viene interrotto possono generalizzare.
- Alta predisposizione genetica
- Esordio nella tarda pubertà
- Decorso benigno
- EEG con parossismi nella regione parieto-temporale dell'emisfero dominante.

Classificazione sindromica delle epilessie (ILAE , 1989 - 2017)

Epilessie parziali sintomatiche o criptogenetiche
Epilessie a eziologia conosciuta o sconosciuta

- Epilessie del lobo temporale
- Epilessie del lobo frontale
- Epilessie del lobo parietale
- Epilessie del lobo occipitale
- Epilessia progressiva parziale continua dell'infanzia
(Sindrome di Kojewnikow)
- Epilessie caratterizzate da specifici modi di
scatenamento.

Epilessia del lobo temporale

Caratteristiche principali

- **Sindrome caratterizzata dalla presenza di crisi focali senza o con compromissione della consapevolezza, da secondarie generalizzazioni T-C, o da combinazioni di esse.**
- **Alta presenza di convulsioni febbrili e di familiarità per epilessia**
- **Frequenti i disturbi della memoria**
- **EEG con parossismi o anomalie lente (theta-delta) nelle regioni temporali.**
- **Esordio prevalente infanto-giovanile**
- **Frequente ricorrenza a clusters**

Epilessia del lobo temporale

Caratteristiche principali

- Arresto motorio seguito da automatismi oroalimentari o gestuali
- sensazione epigastrica ascendente
- Sintomi autonomici e psichici
- sensazioni olfattorie o acustiche

- Durata > di 1 minuto
- Confusione post-critica
- Amnesia post-critica
- Recupero graduale

Epilessia del lobo temporale

Crisi rinencefaliche (amigdalolo-ippocampali)

- **Inizio della crisi con malessere epigastrico, nausea, marcati sintomi autonomici (borborigmi, eruttazioni, pallore, flashing della faccia, arresto della respirazione, dilatazione pupillare, facies paurosa, allucinazioni olfattive e gustative.**
- **L'eeg può essere normale o mostrare alterazioni puntute o lente nelle regioni temporali mono o bilaterali e talvolta diffusi in altre regioni.**

Epilessia focale del lobo temporale

Crisi temporali laterali

- **Crisi parziali semplici caratterizzate da allucinazioni o illusioni acustiche associati a stati sognanti, dispercezioni visive, disturbi del linguaggio se nell'emisfero dominante**
- **Queste possono progredire in crisi parziali complesse se la scarica diffonde nelle parti mesiali o nelle strutture extratemporali**
- **L'eeg mostra alterazioni mono o bilaterali.**

Epilessie del lobo frontale

Caratteristiche generali

- **Sindrome costituita da crisi focali senza o con alterazione della consapevolezza, secondaria generalizzazione T-C, o da combinazione di esse.**
- **Spesso a manifestazione pluriquotidiana e a ricorrenza anche notturna**
- **A volte misconosciute come sintomi psichici**
- **Frequenti la generalizzazione T-C e gli stati di male**
- **EEG normale o alterazioni come punte, onde aguzze, onde lente monolaterali, bilaterali e a volte non localizzatorie.**

Epilessie del lobo frontale

Caratteristiche delle crisi

- Generalmente brevi
- fenomenologia focale con alterazione della consapevolezza con minima o assente confusione post-critica
- Rapida secondaria generalizzazione T-C
- Prevalenti manifestazioni motorie toniche o posturali
- Frequenti automatismi gestuali
- Frequenti cadute per diffusione bilaterale della scarica

Epilessie focali del lobo frontale

Caratteristiche regionali

- Area motoria supplementare
- crisi posturali (tipica da schermatore)
- tonico focali
- vocalizzazioni o arresto del linguaggio
- Area cingolata
- parziali complesse con automatismi gestuali complessi
- Comuni i segni autonomici, alterazioni dello stato caratteriale ed emotivo.

Epilessie del lobo frontale

Caratteristiche regionali

- Area frontopolare
- Pensiero forzato
- iniziale perdita di contatto
- movimenti versivi degli occhi e del capo
- evoluzione che possono includere movimenti tonici controlaterali e clonie assiali con cadute
- Area orbitofrontale
- Crisi focali complesse con iniziali automatismi motori e gestuali
- allucinazioni o illusioni olfattive
- segni autonomici

Epilessie del lobo frontale

Caratteristiche regionali

- Area dorsolaterale

Crisi motorie toniche o meno frequentemente cloniche con versione degli occhi e del capo ed arresto del linguaggio (crisi versive)

- Area opercolare

crisi che includono masticazione, salivazione, deglutizione, rumori laringei, arresto del linguaggio, paura e segni autonomici

Epilessie del lobo frontale

Caratteristiche regionali

- **Area motoria**

Crisi parziali semplici con manifestazioni dipendenti dall'area coinvolta.

Frequente paralisi post-critica (di Todd)

Se area prerolandica bassa:

arresto del linguaggio, vocalizzazione o disfasia, movimenti tonico-clonici della faccia del lato controlaterale.

Se area rolandica:

crisi motorie con o senza marcia con inizio all'arto superiore controlaterale

se coinvolto il lobulo paracentrale :

movimenti tonici del piede contro od omolaterale

Epilessie del lobo parietale

Caratteristiche generali

Sindrome caratterizzata da crisi focali con alterazione della consapevolezza emplici e secondarie generalizzazioni

prevalentemente sensitive

Spesso evolvono in focali con alterazione della consapevolezza con diffusione verso il lobo occipitale

Molte crisi restano localizzate

Epilessie del lobo parietale

Caratteristiche delle crisi

Fenomeni positivi :

- formicolio o sensazione di elettricità localizzate o diffondendosi in maniera jacksoniana
- Sensazione che una parte del corpo si muova
- Sensazione di impaccio e rigidità della lingua
- Parestesie facciali anche bilaterali
- Sensazioni disestesiche o di dolore
- Disturbi visivi : metamorfopsia con distorsione dell'immagine, veduta a scorcio, immagini allungate

Epilessie del lobo parietale

Caratteristiche delle crisi

- Fenomeni negativi :

- intorpidimento
- sensazione di mancanza di una parte del corpo
- asomatognosia (emisfero non dominante)

- Altri sintomi:

- vertigini severe o perdita dell'orientamento spaziale (lobo parietale inferiore)
- disturbi del linguaggio di recezione o di conduzione (lobo parietale dominante)
- sensazioni genitali (lobulo paracentrale)
- fenomeni motori giratori

Epilessie del lobo occipitale caratteristiche generali

- Crisi parziali semplici con evoluzione in complesse e in secondarie generalizzazioni (meno frequenti)
- Sintomi visivi che non sempre sono riferiti dal soggetto
- Frequente associazione con l'emicrania
- La diffusione nell'emisfero controlaterale è rapida

Epilessie focali del lobo occipitale

caratteristiche delle crisi

- **Sintomi negativi:**

- manifestazioni fugaci di scotomi, emianopsia, amaurosi

- **Sintomi positivi (più frequenti) :**

- flashes, scintille, fosfeni

- **Dispercezioni:** macropsia, micropsia, metamorfopsia

Tali manifestazioni generalmente appaiono nell'emicampo controlaterale alla scarica ma possono interessare tutto il campo visivo

Epilessie del lobo occipitale caratteristiche regionali

- Area temporo-parieto-occipitale

- Crisi allucinatorie con percezioni visive complesse (scene colorate), a volte distorte o più piccole, in rari casi il soggetto vede la propria immagine.
- Sintomi iniziali possono includere versione tonica o clonica degli occhi, scosse palpebrali, forzata chiusura degli occhi.
- La scarica può diffondere nel lobo temporale producendo la sintomatologia della regione laterale o di quella mesiale.

- Area sopracalcarina:

- la scarica può diffondere nella convessità soprasilviana o nella faccia mesiale mimando le crisi del lobo parietale o frontale

Epilessia progressiva parziale continua

Sindrome di Kozjeinikov

- Sono conosciuti due tipologie:
- la prima tipica dell'infanzia, sintomatica di un processo encefalitico focale cronico denominata "Enfalite di Rasmussen" che ha un decorso progressivo interessando anche la sfera cognitiva.
- la seconda, presente anche nell'adulto, è sintomatica di lesioni di diversa natura dell'area motoria
- le crisi sono caratteristicamente motorie con manifestazioni miocloniche, sempre ben localizzate
- la progressività dipende dalla natura della lesione

Epilessie generalizzate

criteri generali

- Le epilessie e sindromi generalizzate sono costituite da quelle manifestazioni epilettiche in cui le crisi hanno come primo coinvolgimento entrambi gli emisferi
- I pattern eeg sono generalmente bilaterali e sincroni
- Si dividono in idiopatiche, criptogenetiche e sintomatiche.

Epilessie generalizzate idiopatiche (IGE)

- Le IGE oltre a rispondere ai criteri generali, sono le forme che insorgono in **soggetti con normale stato intercritico, in assenza di segni neurologici e neuroradiologici**
- L'eeg mostra una attività di fondo nella norma e la presenza di scariche generalizzate di punte, punte-onda, polipunta onda, attivate dal sonno NREM
- Mostrano generalmente **età dipendenza** e si differiscono per l'età di insorgenza
- **Alta componente genetica**

Epilessie generalizzate idiopatiche

Epilessia mioclonica benigna dell'infanzia

- **Età di insorgenza 1-3 aa.**
- **Brevi bursts di mioclonie bilaterali e simmetriche maggiormente presenti durante l'addormentamento**
- **Familiarità per epilessia**
- **EEG con scariche di PPO e PO diffuse specialmente durante addormentamento**
- **Obiettività neuropsichica normale**
- **Ottima risposta alla terapia**
- **Remissione dopo alcuni anni dall'esordio**

Epilessie generalizzate idiopatiche

Epilessia assenza dell'infanzia
(piccolo male)(picnolessia)

- Tipica forma dell' età scolare (6-8 aa.)
- Alta predisposizione genetica
- Obiettività neuropsichica normale
- Frequenti (anche decine o più al giorno) brevi episodi di assenza della coscienza che si associa a blocco motorio, sguardo inespressivo, qualche versione oculare (gen. verso l'alto) o mioclonie palpebrali.
- EEG con scariche diffuse di PO a 3 cicli/sec.
- Ottima risposta alla terapia (valproato)
- Bassa tendenza alla evoluzione in crisi di GM e alla persistenza delle assenze in età adulta.



absence seizure - typical features.MPG

Epilessia assenza dell'infanzia (piccolo male picnolettico)

Caratteristiche generali

- La tipica assenza è breve con inizio e fine bruschi
- marcata alterazione della coscienza
- possibile associazione con fenomeni motori minori

Epilessia assenza dell'infanzia

Tipi di assenza

- **A. SEMPLICE** : marcata alterazione della coscienza senza fenomeni motori oltre che l'apertura degli occhi
- **A. COMPLESSA** :
- *con moderata componente clonica*
 - piccole clonie palpebrali
 - clonie dei globi oculari
 - piccole clonie degli arti
- *con moderata componente atonica*

ipotonia dei muscoli posturali, possibile lenta caduta, ritmiche scosse al capo e arti
- *con moderata componente tonica* .

Esagerazione del tono muscolare
oculoversione verso l'alto
capo e tronco verso dietro

Epilessia assenza dell'infanzia

Tipi di assenza

- ***con automatismi*** (specialmente quando durano più di 15 sec)
de novo: non correlati all'attività precedente l'assenza
(attività oro alimentare, sfregarsi la faccia, prendere un oggetto, cambiare posizione etc.)
perseveranti: continua in automatico ma spesso in maniera goffa e lenta l'attività in corso all'inizio della 'assenza
- ***con componente autonoma***
midriasi, rossore, tachicardia, incontinenza urinaria
- ***con semeiologia complessa***
- ***con componente motoria asimmetrica o unilaterale***

Epilessia assenza dell'infanzia

Elettroencefalografia

- **Attività intercritica**

- normale

può presentare attività delta di grande ampiezza in lunghe sequenze durante gli oo chiusi o l'iperpnea , predominante nelle regioni posteriori

- **Attività critica :**

scariche con ritmiche e regolari PO tra 2.5 e 4 Hz, bilaterali, simmetriche e sincrone

la frequenza delle PO rallenta gradualmente alla fine della scarica

La scarica può presentarsi asimmetrica quando sussiste una modica predominanza emisferica

Epilessie generalizzate idiopatiche

Epilessia assenza giovanile

- Esordio maggiore dei 10 anni
- Le crisi di assenza sono meno frequenti (spaniolettiche), la riduzione della coscienza è meno intensa, il soggetto spesso conserva il ricordo dell'evento critico, si associano anche a movimenti automatici complessi
- EEG con pattern di PO a 3 o più cicli/sec spesso infraclinico
- Alta incidenza di stati di male assenza specialmente al risveglio
- Frequente l'associazione con il GTCS e la persistenza delle assenze in età adulta
- Buona risposta alla terapia , alto ritardo diagnostico

Epilessie generalizzate idiopatiche

Epilessia mioclonica giovanile

(Sindrome di Janz)

- Esordio in età puberale
- Le crisi si caratterizzano per scosse miocloniche agli arti, singole o ripetitive, in genere bilaterali e simmetriche che possono provocare cadute degli oggetti dalle mani o cadute a terra, ricorrenti al risveglio, scatenate dalla privazione di sonno, a volte dalla fotostimolazione intermittente, dall'alcool o dal rilassamento.
- Si associa nel 70% circa con le GTCS e nel 30% circa con le assenze che sono simili a quelle giovanili
- Eeg con pattern tipico di polipunta onda diffusa, a volte evidenziabile solo dopo privazione di sonno.
- Alta familiarità (> del 40 %)

Epilessie generalizzate idiopatiche

Epilessia con Grande Male Tónico-Clonico al risveglio (GTCS)

- Esordio nella seconda decade di vita
- le crisi si caratterizza per una fase tonica seguita da quella apparentemente clonica (esaurimento fasico di quella tonica) e da uno stato soporoso post-critico di durata variabile
- le crisi si possono associare a cianosi, morsus, perdita di bava o di urine
- Le crisi ricorrono nel 90% subito dopo il risveglio
- Sensibili alla deprivazione di sonno
- Frequente una predisposizione genetica
- Spesso fotosensibile
- EEG con alterazioni diffuse



Gran Mal seizure.MPG

Epilessie generalizzate criptogenetiche o sintomatiche

Sindrome di West

- Esordio 4-7 mesi
- Triade caratteristica:
 - spasmi in flessione
 - arresto dello sviluppo psicomotorio
 - ipsaritmia
- *Trattamento* : ACTH, idrocortisone, vigabatrin, topiramato
- *Prognosi* in genere infausta per i deficit mentali che residuano e per la possibile progressione verso altre forme epilettiche .

Epilessie generalizzate criptogenetiche o sintomatiche

Sindrome di Lennox-Gastaut

- Esordio tra 1-8 aa. in un bambino normale o che mostri già un ritardo o altra forma epilettica (S. West nel 20%)
- Crisi più frequenti :
- assenze atipiche, toniche assiali (in veglia e spec in sonno), crisi con caduta tonica o ipertonica.
- Crisi meno frequenti: miocloniche , T-C, parziali complesse.
- Le crisi sono in genere quotidiane e possono condurre a stati di male.

Sindrome di Lennox-Gastaut

- Evoluzione dopo esordio critico :
rallentamento dello sviluppo psicomotorio e intellettuale,
disturbi comportamentali (lentezza, instabilità emotiva,
aggressività), difficile inserimento scolastico e lavorativo.
Tali deficit assieme alla sintomatologia critica conducono
verso una definitiva disabilità
- frequenti alternanze di miglioramento e peggioramento
critico
- In genere farmacoresistente

Epilessia con crisi mioclono-astatiche (S. Di Doose)

- Sindrome che veniva inclusa nella L-G
- Criptogenetica, presenza di familiarità per epilessia o per CF nel 32%
- Colpisce i maschi 2 volte più delle femmine
- Nel 16% un ritardo mentale precede l'onset
che avviene tra 7 mesi e 6 anni, in ragazzi normali, con crisi T-C generalizzate febbrili e non e con crisi minori che dopo diventano predominanti
Queste si manifestano con cadute provocate da crisi atoniche, miocloniche o mioclono-atoniche assenze atipiche associate anche loro con elementi mioclono-atoniche.

Epilessia con crisi mioclono-astatiche (S. Di Dooze)

- Le indagini diagnostiche risultano negative
- L'evoluzione porterà ad un ritardo dello sviluppo psicomotorio a vari gradi, disturbi della personalità.
- La ripetizione di stati di male accelera il progressivo deterioramento
- In alcuni casi le crisi regrediscono e può essere interrotto il trattamento
- Farmaci consigliati :VPA, ESM, PRM, BZD

Epilessia con assenze miocloniche

- Sindrome definita dalla presenza di assenze accompagnate a mioclonie ritmiche bilaterali, di marcata ampiezza e intensità
- Esordio tra 1-12 anni (picco tra 6 - 8)
- Maggiormente affetti i maschi
- Nel 50% il ritardo mentale è già presente all'esordio
- Le assenze ricorrono più volte in un giorno, iniziano e finiscono repentinamente.
- La riduzione della coscienza è varia.
- Le crisi sono precipitati da stanchezza e iperventiazione
- Le mioclonie interessano gli arti e meno i muscoli facciali, possono essere asimmetrici

Terapia delle epilessie

Criteri generali

- **Parametri farmacologici:** Assorbimento, distribuzione, legame plasmatico, eliminazione, antagonismo e sinergismo .
- **Condotta terapeutica:**
inizio, scelta del farmaco, dose efficace, monitoraggio plasmatico, tossicità, mono/politerapia, farmacoresistenza, sospensione.

Principali meccanismi di azione

- Modulazione dei canali del sodio voltaggio dipendenti
- Modulazione dei canali del calcio
- Aumento dell'inibizione gaba-mediata
- Inibizione degli effetti degli amminoacidi eccitatori sui recettori NMDA e AMPA

Terapia delle epilessie

vecchi AED

- Fenobarbital (Gardenale, Luminale)
- Carbamazepina (Tegretol)
- Fenitoina (Dintoina)
- Acido Valproico (Depakin , Depamag)
- Etosuccimide (Zarontin)
- Primidone (Mysoline)
- Clonazepam (Rivotril)

Terapia delle epilessie

nuovi AED

- Oxcarbazepina (Tolep)
- Lamotrigina (Lamictal)
- Topiramato (Topamax)
- Zonisamide (Zonegran)
- Levetiracetam (Keppra)
- Lacosamide (Vimpat)
- Rufinamide (Inovelon)
- Midazolam (Buccolam)
- Perampanel (Fycompa)
- Cenobbamato (Ontozry)

Indicazioni terapeutiche generali

- **Epilessie generalizzate:**

Acido valproico, Etosuccimide (PM), Fenobarbital, Lamotrigina, Fenitoina, Levetiracetam, Topiramato

- **Epilessie parziali:**

Carbamazepina, Oxcarbazepina, Topiramato.
Lacosamide, Levetiracetam, Acido Valproico, Fenitoina, Lamotrigina, Zonisamide, Perampanel

Terapia non farmacologiche

- Neurochirurgica
- Dieta chetogenica
- Stimolazione vagale

Stato di male epilettico

Definizione

- Serie di crisi ravvicinate o una crisi continua perdurante più di trenta minuti
- Nel caso di crisi con manifestazioni T-C, più crisi che si ripetono senza una ripresa dello stato di coscienza

Stato di male epilettico

Classificazione

- **CONVULSIVO:**

Generalizzato t-c, clonico, mioclonico, tonico.

Parziale semplice motorio,

E. parziale continua

- **NON CONVULSIVO:**

Generalizzato (*absence status*)

Parziale complesso e semplice

Stato di male epilettico non convulsivo

Absence status

- La caratteristica principale è la presenza di PO generalizzate e l'obnubilamento della coscienza.
- Il termine è applicato a due differenti sindromi:
 - paz anche adulti con precedente storia di epilessia generalizzata (3% circa in età infantile-giovanile, 10 % circa negli adulti con persistenza delle assenze), anche dopo molti anni dalla remissione
 - paz adulti in media o anziana età senza storia di epilessia (*De Novo absence status*)

Stato di male epilettico

Absence status : caratteristiche elettrocliniche

- Clinicamente l'assenza non è completa ed è abbastanza variabile da un rallentamento del linguaggio a moderati stati di confusione con linguaggio monosillabico, disorientamento, ridotta attività spontanea sia motoria che ideativa, perseverazione, ecolalia, vari gradi di amnesia.
- La morfologia delle PO durante lo stato sono generalmente atipiche anche in bambini che sono affetti da assenze con tipiche PO 3 Hz :
la frequenza è sempre minore di 3 Hz
la PO può assumere l'aspetto polifasico e di SW-onda lenta
-

Stato di male epilettico

De novo Absence status : caratteristiche elettrocliniche

- Pazienti in età tra 40 e 70 anni, tipica età menopausale nelle donne, con nessuna storia pregressa di epilessia
- Episodi della durata da alcune ore a una settimana caratterizzati da alterazioni comportamentali, vario grado di confusione fino a stato stuporoso.
- Molti paz vengono trattati per patologia psichiatrica o demenziale
- Eeg mostra PO a morfologia e frequenza (1-5 Hz) variabili, spesso asimmetriche e prevalente in regione frontale, che scompaiono con diazepam e.v.
- fattori precipitanti :abuso di alcool o intossicazione da farmaci, sospensione di benzodiazepine, alterazioni metaboliche, terapia elettroconvulsiva

Stato di male epilettico

- Diagnosi differenziale con altre condizioni non epilettiche (pseudocrisi, disturbi psichiatrici, amenze etc)
- Lo stato epilettico è una condizione di emergenza neurologica con alta mortalità
- L'arresto delle convulsioni con agenti paralitici non risolve lo stato
- Necessaria la monitorizzazione EEG

Gestione delle crisi epilettiche

La diagnosi di Epilessia è spesso molto difficile da accettare.

Una volta che la diagnosi viene definita e che si inizia un iter terapeutico specifico, questo può suscitare numerose problematiche psicosociali spesso responsabili di sintomi psichici prevalentemente di tipo ansioso e depressivo.

Gestione delle crisi epilettiche

Questi sintomi a loro volta possono influire negativamente sulla qualità della vita ancor più dell'Epilessia stessa.

Si rischia spesso che si instauri un circolo vizioso difficile da interrompere, e che talvolta rende opportuni interventi psicoterapeutici o trattamenti farmacologici specifici

Gestione delle crisi epilettiche

In occasione della diagnosi occorre fornire al paziente informazioni dettagliate sulle caratteristiche cliniche del suo tipo di Epilessia, in modo che possa comprendere le cause e i meccanismi dei propri disturbi, e possa così aderire con convinzione alle cure prescritte, con un coinvolgimento attivo e improntato alla fiducia sulle prospettive di controllo delle crisi.

Gestione delle crisi epilettiche

IL BAMBINO E L'ADOLESCENTE CON EPILESSIA: IL MONDO DELLA SCUOLA

Il bambino con Epilessia ha spesso problemi di inserimento in ambito scolastico. Tali problemi derivano anche da un atteggiamento non idoneo che talvolta i genitori, gli insegnanti e i compagni sviluppano nei confronti di questa condizione.

Gestione delle crisi epilettiche

L'accettazione dell'Epilessia durante l'adolescenza è ancora più difficile; in questa età il sostegno psicologico è di fondamentale importanza.

Spesso si incontrano difficoltà riguardo la somministrazione dei farmaci anticrisi durante l'orario scolastico.

Gestione delle crisi epilettiche

Talora i genitori hanno verso il figlio un atteggiamento di iperprotezione che può portare a nascondere il disturbo anche agli insegnanti oppure,

al contrario, a parlarne troppo, rischiando spesso di descrivere il figlio come un disabile, invocando l'esenzione da certe comuni attività o esigendo trattamenti educativi personalizzati.

Gestione delle crisi epilettiche

Gli insegnanti a loro volta non sempre sono preparati sulle problematiche dell'Epilessia e spesso tendono a drammatizzare tale condizione

La paura fondamentale consiste nel non sapere come comportarsi qualora si verifichi una crisi epilettica in classe.

Gestione delle crisi epilettiche

I compagni possono utilizzare informazioni distorte per “scherzare” anche pesantemente su questo tipo di malattia, accostandola erroneamente al “ritardo mentale” o a patologie psichiatriche.

Da questi atteggiamenti derivano ripercussioni psicologiche negative sul bambino con Epilessia, che già di per sé tende spesso ad avere ridotti livelli di autostima, in quanto si sente “malato”, pur non riuscendo a comprendere bene “come e perché”.

Gestione delle crisi epilettiche

Per facilitare l'inserimento scolastico del bambino con Epilessia sono fondamentali interventi educativi e formativi che devono coinvolgere, a diversi livelli, i genitori e gli insegnanti da un lato, e il bambino stesso e i suoi compagni dall'altro.

Gestione delle crisi epilettiche

Queste riflessioni di carattere generale necessitano di essere personalizzate nella realtà:

infatti vi sono forme di Epilessia assolutamente “benigne” e forme più gravi per le quali valgono ovviamente considerazioni diverse, analoghe peraltro a molte altre malattie che determinano disabilità

Gestione delle crisi epilettiche

L'accettazione dell'Epilessia durante l'adolescenza è ancora più difficile, essendo questo un periodo della vita molto complesso anche per altri aspetti.

Il ragazzo spesso “non si piace” e le crisi epilettiche sono viste quindi come un'ulteriore incrinatura che rischia di aggravare una preesistente visione pessimistica del futuro: è questa un'età di transizione in cui il sostegno psicologico diventa ancora più importante.

Gestione delle crisi epilettiche

Le difficoltà concrete che il bambino e l'adolescente con Epilessia possono incontrare nell'inserimento scolastico sono più comunemente rappresentate da:

- problematiche cliniche legate alle conseguenze dell'Epilessia sullo sviluppo cognitivo/relazionale (molto variabili da soggetto a soggetto e in base alla gravità della malattia);

Gestione delle crisi epilettiche

- problematiche organizzative legate alla gestione del bambino con Epilessia in ambito scolastico (eventuale somministrazione dei farmaci in orario scolastico, addestramento a interventi di primo soccorso, ecc.);
- problematiche socio-culturali legate allo stigma e alle possibili discriminazioni, dovute soprattutto alla scarsa conoscenza del “problema Epilessia”, sia in generale che per quanto riguarda le interazioni con l'apprendimento e la vita di relazione

Gestione delle crisi epilettiche

Per migliorare l'inserimento in ambito scolastico è quindi fondamentale una buona interazione tra l'epilettologo, i servizi territoriali e gli operatori scolastici.

Gestione delle crisi epilettiche

Gli insegnanti devono conoscere le caratteristiche principali del disturbo, così da saper affrontare la situazione specifica in modo responsabile e in accordo con la famiglia.

I genitori a loro volta devono informare correttamente gli insegnanti ed evitare atteggiamenti iperprotettivi, che potrebbero indurre negli insegnanti stessi comportamenti distorti

Gestione delle crisi epilettiche

Per migliorare l'inserimento in ambito scolastico è quindi fondamentale una buona interazione tra l'epilettologo, i servizi territoriali e gli operatori scolastici.

Gli insegnanti devono conoscere le caratteristiche principali del disturbo, così da saper affrontare la situazione specifica in modo responsabile e in accordo con la famiglia

Gestione delle crisi epilettiche

I genitori a loro volta devono informare correttamente gli insegnanti ed evitare atteggiamenti iperprotettivi, che potrebbero indurre negli insegnanti stessi comportamenti distorti

Gestione delle crisi epilettiche

Infine, per un corretto inserimento a livello scolastico e sociale è fondamentale che gli altri bambini e/o i loro genitori siano correttamente informati riguardo alla reale entità del disturbo.

Gestione delle crisi epilettiche

Gli elementi principali di preoccupazione per i genitori e per gli insegnanti sono la somministrazione di farmaci in orario scolastico e gli interventi di primo soccorso qualora si verificano crisi epilettiche a scuola.

Gestione delle crisi epilettiche

A tale proposito la normativa vigente è tuttora rappresentata dalle Raccomandazioni Ministeriali emanate nel 2005, cui sono seguiti protocolli d'intesa con le Regioni:

in pratica si raccomanda agli insegnanti e agli operatori scolastici di assicurare la somministrazione dei farmaci, sia di routine che per il trattamento d'urgenza delle crisi convulsive prolungate, previa formale richiesta dei genitori a inizio anno scolastico.

Gestione delle crisi epilettiche

Il problema fondamentale è rappresentato però dal fatto che la normativa non prevede alcun obbligo e quindi, per promuovere negli insegnanti un atteggiamento più favorevole verso interventi che non sono di loro stretta competenza,

all'inizio dell'anno scolastico i genitori dovrebbero informare sia il dirigente scolastico che gli insegnanti della situazione clinica del loro bambino, cercando di organizzare a scuola un incontro con l'epilettologo curante.

Gestione delle crisi epilettiche

Per migliorare il rapporto con la scuola primaria nel 2012-2013 la Lega Italiana contro l'Epilessia (LICE) ha promosso il Progetto “Facciamo luce sull'Epilessia, a scuola” per sensibilizzare il mondo della scuola al tema dell'Epilessia.

Il materiale può essere consultato al seguente link:
<http://www.fondazionealice.it/index.php?sezione=3>
(Progetto “Se all'improvviso...” Facciamo luce sull'Epilessia a scuola).

Gestione delle crisi epilettiche

LICE è stata sempre vicina al mondo della scuola e i Coordinatori regionali si sono prodigati sul territorio nazionale per rispondere alle richieste di informazione giunte dai singoli Istituti scolastici o dagli insegnanti.

Purtroppo invece sono sempre cadute nel vuoto le proposte che LICE ha presentato ai vertici del Ministero dell'Istruzione e ad alcuni Uffici Scolastici Regionali.

Gestione delle crisi epilettiche



Gestione delle crisi epilettiche



COSA FARE SE SI ASSISTE A UNA CRISI EPILETTICA?



PUNTI CHIAVE

- Esistono molteplici tipi di crisi epilettiche.
- In caso di crisi epilettica "convulsiva" (crisi generalizzata tonico-clonica) non bisogna tentare di fermare i movimenti, né di aprire la bocca o cercare di inserire in bocca alcun tipo di oggetto.
- Quando le crisi sono brevi e isolate, e la persona colpita non si è procurata traumi rilevanti (ad esempio nella caduta provocata dalla crisi) non è indispensabile chiamare l'ambulanza, soprattutto se la persona mostra entro qualche minuto un adeguato recupero e appare consapevole e collaborante.
- Bisogna chiamare l'ambulanza quando la crisi appare molto prolungata e il soggetto non riprende coscienza, oppure quando il paziente presenta crisi ripetute o se si è ferito durante le crisi.

Gestione delle crisi epilettiche



www.lice.it
www.fondazionelice.it

SE SAI COME AGIRE NON DEVI AVER PAURA DI UNA CRISI EPILETTICA



**NON METTERE
NULLA IN BOCCA**



**CERCA DOCUMENTI
DI IDENTIFICAZIONE**

- Resta calmo; agitazione e panico sono da evitare
- Posiziona sotto al mio capo qualcosa di morbido
- Non inserire MAI oggetti nella bocca
- Non cercare di tenermi fermo durante la crisi
- Girami di lato per fare defluire i liquidi dalla bocca
- Resta con me finchè non mi riprendo
- Se la crisi dura più di 5 minuti chiama l'ambulanza



Gestione delle crisi epilettiche

Una crisi epilettica generalizzata di tipo tonico-clonico (tradizionalmente nota come crisi di Grande Male) costituisce un evento apparentemente drammatico che in genere spaventa molto chi lo osserva per la prima volta.

In realtà questo tipo di crisi nella maggioranza dei casi non comporta di per sé gravi rischi, tranne che per le possibili conseguenze (talora gravi) di eventuali traumi conseguenti alla caduta improvvisa

Gestione delle crisi epilettiche

Prevenire la caduta a terra è quindi l'intervento fondamentale, anche se raramente attuabile data l'usuale imprevedibilità della crisi, che può avere un inizio folgorante.

Quando il soggetto è già a terra, è utile porre qualcosa di morbido sotto la testa, in modo che durante la fase delle convulsioni egli non sbatta ripetutamente il capo su una superficie dura.

Gestione delle crisi epilettiche

Terminate le convulsioni (che non durano generalmente più di 1 o 2 minuti) è utile:

slacciare gli indumenti che possano ostacolare il flusso nelle vie aeree,

ruotare la testa di lato e porre il paziente su un fianco (la cosiddetta posizione laterale di sicurezza), per favorire la fuoriuscita della saliva schiumosa che talora si produce durante una crisi e di eventuale vomito, facilitando così una migliore respirazione.

Gestione delle crisi epilettiche

Bisogna evidenziare alcuni comportamenti da evitare durante le manifestazioni convulsive:

- non tentare di aprire la bocca per impedire il morso della lingua o evitarne il rovesciamento;
- non tentare di aprire forzatamente la bocca o di inserirvi le dita od oggetti vari;
- non bloccare braccia e gambe agitate dalle convulsioni;
non tentare di somministrare acqua, farmaci o cibo.

Gestione delle crisi epilettiche

Alcuni di questi inutili interventi, oltre a poter provocare lesioni alle dita del soccorritore, potrebbero facilitare nella persona con crisi epilettica lussazioni articolari e fratture dentarie.

Gestione delle crisi epilettiche

È tuttavia importante ricordare che le crisi epilettiche sono di diverso tipo e non sempre si manifestano in modo così eclatante.

Nel caso delle crisi a tipo di Assenza (tradizionalmente note come Piccolo Male) non occorre fare nulla, se non segnalarle al paziente/familiari o ai soccorritori professionali. Il soggetto in questi casi perde coscienza solo per pochi secondi, ma non cade a terra e non manifesta fenomeni motori rilevanti.

Gestione delle crisi epilettiche

Alcuni tipi di crisi focali, che originano quindi da aree circoscritte della corteccia cerebrale (come le crisi temporali), si possono manifestare con sintomi vari e con una compromissione più o meno rilevante del livello di consapevolezza;

Gestione delle crisi epilettiche

in questi casi è inutile tentare di far tornare in sé il paziente, tormentandolo con continue sollecitazioni (il soggetto, infatti, potrebbe anche comprendere ma essere incapace di esprimersi in modo corretto, oppure essere confuso e reagire in modo inappropriato ad interventi esterni), ed è anche sconsigliabile limitare i suoi movimenti nell'ambiente in cui si trova, salvo che per preservarlo da pericoli.

Gestione delle crisi epilettiche

Quando le crisi, di qualsiasi tipo, sono brevi, isolate e mostrano un rapido recupero, e non vi è evidenza di traumi riportati nel corso della crisi, è inutile chiamare l'ambulanza per portare il paziente in Pronto Soccorso.

Gestione delle crisi epilettiche

L'osservazione in ambiente ospedaliero è invece obbligatoria quando la crisi è molto prolungata e il soggetto non riprende coscienza, oppure quando a una prima crisi, dopo qualche minuto, ne segue un'altra e un'altra ancora: questa condizione, definita Stato Epilettico, va affrontata in ambiente idoneo, con somministrazione di farmaci per via endovenosa ed eventuali interventi di Rianimazione

Gestione delle crisi epilettiche



Non cercare di tenere aperta la bocca e non mettere nulla in bocca

QUANDO CHIAMARE L'AMBULANZA

- In caso di crisi in una persona che non soffre di epilessia
- Se la crisi dura più di 5 minuti
- Se dopo la crisi il recupero è lento o ci sono difficoltà nella respirazione
- Se ci sono crisi ripetute
- Se ci sono segni di traumi dopo la crisi



Non cercare di bloccare la persona durante la crisi

promosso dalla Lega Italiana contro l'Epilessia (LICE) e dalla Fondazione Epilessia LICE



Gestione delle crisi epilettiche

In ambiente domestico è preferibile in generale non somministrare farmaci né durante la crisi né quando essa è terminata; la somministrazione di farmaci per via intramuscolare è generalmente sconsigliabile.

Esistono tuttavia alcune condizioni particolari nelle quali, su indicazione dell'epilettologo curante, è possibile somministrare farmaci per interrompere crisi troppo prolungate o che presentino la tendenza a recidivare.

Gestione delle crisi epilettiche

Nel caso di bambini che presentino ripetute crisi febbrili complesse o in coloro con una sindrome epilettica con crisi frequenti e farmacoresistenti i familiari sono solitamente addestrati alla somministrazione di farmaci per via rettale attraverso microclismi contenenti benzodiazepine.

Gestione delle crisi epilettiche

In alternativa è possibile somministrare una benzodiazepina, il Midazolam, per via oromucosale (nello spazio tra guancia e gengive); tale farmaco può essere utilizzato con facilità per trattare le crisi prolungate sia in ambito familiare che scolastico

Gestione delle crisi epilettiche

.....Molti grandi uomini di ogni epoca (condottieri, imperatori, scrittori, pittori) soffrivano di Epilessia, e questo dimostra, in maniera inequivocabile, che Epilessia di per sé non è sinonimo di debilità intellettiva.

Gestione delle crisi epilettiche

Secondo alcune tradizioni storiche erano affetti da crisi epilettiche Alessandro Magno, Giulio Cesare, Pietro il Grande, Giovanna d'Arco, Napoleone, Lord Byron, Flaubert, Dostoevskij.

In molti casi esistono fonti storiche abbastanza documentate, in altri si tratta forse di leggende.

L'Epilessia non impedisce comunque di essere un “genio” o di raggiungere le massime vette delle attività intellettive.....



Gestione delle crisi epilettiche

Grazie per l'attenzione