



ISTITUTO GIANNINA GASLINI

DIREZIONE SCIENTIFICA
DIREZIONE SANITARIA
CONTROLLO di GESTIONE e SERVIZIO QUALITA'

Condivisione di protocolli aziendali

Diagnosi e terapia delle convulsioni

Coordinatore E. Veneselli

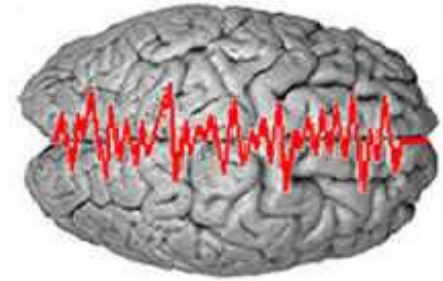
Responsabile U.O. Neuropsichiatria Infantile

Le convulsioni nel bambino

M. Mancardi

1 Dicembre 2009

Primo episodio di convulsioni



Percorso diagnostico

Razionale per il trattamento

Convulsioni: caratterizzate da contrazioni brusche e involontarie dei muscoli scheletrici, focali o generalizzate

Le convulsioni sono la componente motoria di una ipersincronizzazione neuronale parossistica

Possono essere

provocate da fattori metabolici/sistemici
spontanee crisi epilettica occasionale
spontanee e ricorrenti epilessia

Convulsioni

Focali

Secondariamente generalizzate

Primitivamente generalizzate



Razionale

E' stata una convulsione?

E' stata una crisi spontanea o provocata?

Si tratta di una convulsione sintomatica di una lesione del SNC?

Se è stata una crisi spontanea, è stata davvero la prima crisi?

Ci sono stati fattori scatenanti/favorenti?

Qual'è la previsione di ricorrenza?

Diagnosi differenziale

Es. Sincope convulsiva
 pseudocrisi
 etc

Particolare attenzione alla testimonianza di cianosi, ipersalivazione, morsus e stato confusionale post-critico

La natura e la sequenza dei sintomi possono fornire informazioni diagnostiche importanti

Anamnesi mirata

Semeiologia crisi e sintomi prodromici

Condizioni al momento della crisi: veglia/sonno; patologie o sintomi intercorrenti (es. febbre, infezioni, disidratazione) o condizioni potenzialmente scatenanti (deprivazione di sonno, sostanze tossiche, fotostimolazione, etc)

Età e storia familiare

Sviluppo psicomotorio

Patologie di base o pregresse

Esame clinico

Esame obiettivo generale

Esame obiettivo neurologico

Razionale

E' stata una convulsione?

E' stata una crisi spontanea o provocata?

Si tratta di una convulsione sintomatica di una lesione del SNC?

Se è stata una crisi spontanea, è stata davvero la prima crisi?

Ci sono stati fattori scatenanti/favorenti?

Qual'è la previsione di ricorrenza?

Crisi provocate da cause sistemiche/metaboliche

Iperpiressia

Ipoglicemia

Ipocalcemia

Ipomagnesemia

Ipossia

Iponatriemia con disidratazione

Farmaci/intossicazioni

Ipertensione maligna

Uremia

Convulsioni febbrili

2-5% in bambini di età inferiore a 5 anni

5,5% dei ricoveri in ospedali pediatrici

Generalmente sono generalizzate, brevi (< 5 minuti), si verificano in fase di ascesa della T corporea (> 39 C° nei 3/4 dei casi)

Più spesso associata a faringotonsillite (86% dei casi), ma anche malattie esantematiche (soprattutto HHV6), influenza, gastroenteriti, vaccino

Predisposizione genetica costituzionale e/o familiare

DIAGNOSI

La diagnosi si basa essenzialmente
sull'esame obiettivo e sull'anamnesi

Diagnosi differenziale

Sincope febbrile

Brividi

Delirio

Escludere: infezione SNC?

esordio di epilessia?

Approfondimenti da eseguire

CFS:

Non necessari esami ematochimici routine né EEG né neuroimmagini.

Eventuale visita neurologica specialistica a giudizio del Pediatra curante in caso di dubbi sul carattere di CFS e sulla "normalità" del bambino.

Puntura lombare solo se presenti segni di sospetta infezione SNC.

Osservazione di almeno 24 ore se < 18 mesi

CFC:

Esami ematochimici **routine in relazione alle condizioni cliniche, mirate** anche alla **ricerca dell'eziologia della febbre**

Visita neurologica **specialistica**

EEG routine raccomandato (HSV)

Neuroimmagini: **raccomandate (TC e/o RMN)**

Puntura lombare **da considerare in tutti i soggetti in cui si sospetti una patologia infettiva del SNC**

Invio a casa

Paziente con 1 o più episodi di CFS e genitori affidabili

nessuna profilassi - chiarificazione

informazione dei genitori per controllo della febbre

all'occorrenza Diazepam e.r. 5 mg se età < 3a, 10 mg se età > 3a

Paziente con frequenti convulsioni in un breve periodo di tempo (>3 in 6 mesi o > 4 in un anno) o con storia di stati di male febbrili

considerare profilassi intermittente con Diazepam gtt per os 0,3-0,5 mg/kg/dose ripetibile dopo 8 h / event. 16 h se persiste la febbre.

Nel caso di fallimento e soprattutto in presenza di genitori che abbiano dimostrato di non essere in grado di individuare l'esordio febbrile tempestivamente si può ricorrere alla terapia continuativa anticonvulsivante con (PB) o VPA.

Recidiva nel 26-40% dei casi

75% nei 12 mesi successivi, 96% entro 2 anni

Soprattutto se: primo episodio in età < 15 mesi
familiarità per CF o epilessia
frequenti episodi febbrili
bassa T all'esordio della CF
CF complicata
deficit neurologico progressivo

Necessità di intervento medico se

Crisi di durata superiore ai 10 min o che non cessa con la terapia

Crisi ripetute

Crisi focali

Presenza di prolungato disturbo della coscienza e/o paralisi post-critica

Razionale

E' stata una convulsione?

E' stata una crisi spontanea o provocata?

Si tratta di una convulsione sintomatica di una lesione del SNC?

Se è stata una crisi spontanea, è stata davvero la prima crisi?

Ci sono stati fattori scatenanti/favorenti?

Qual'è la previsione di ricorrenza?

Convulsione non provocata da fattori sistemici possibili cause

Malformazioni cerebrali

Infezioni del SNC

Traumi cranici

Esiti di sofferenza iposso-ischemica

Stroke

Malformazioni vascolari (emorragie)

Tumori cerebrali

Malattie metaboliche (malattie da accumulo)

Cause genetiche o supposte tali

Iter diagnostico in caso di prima crisi

Anamnesi mirata

Esame obiettivo generale

Esame neurologico

Esami ematochimici

Elettroencefalogramma

Eventuali neuroimmagini

Eventuale puntura lombare

Prima crisi

1. Esami ematochimici

emocromo, glicemia, azotemia, elettroliti con Ca, creatininemia, ammoniemia, transaminasi, CPK, screening tossicologico, esame urine

L'indicazione ad effettuare esami ematochimici dovrebbe essere supportata da specifiche circostanze cliniche quali

- anamnesi/esame obiettivo suggestivi per disidratazione
- esposizione a sostanze tossiche
- non immediata ripresa del normale stato di coscienza
- sospetta encefalopatia metabolica

2. EEG

Esame diagnostico più importante fra quelli oggi disponibili per la valutazione clinica delle convulsioni (possibile inquadramento sindromico con giudizio prognostico e indicazione ad eseguire o meno neuroimmagini)

Non vi sono chiare indicazioni sul “timing”: le anomalie evidenziate nelle prime 24 h vanno interpretate con cautela

3. Esami neuroradiologici

TC encefalica urgente: indicata nel sospetto di grave lesione strutturale (complicanze cerebrali post-traumatiche, emorragia cerebrale, edema cerebrale e altri segni di effetto massa), la cui presenza è suggerita da

- deficit post-critico e/o persistente alterazione della vigilanza
- non evidente causa definita della crisi

La RM, con l'eccezione di crisi focali idiopatiche, è invece parte integrante dell'iter diagnostico di un paziente con epilessia per inquadrarne l'eziologia, in particolare nei bambini con compromissione motoria e/o cognitiva di ndd, anomalie all'esame neurologico, crisi focali, EEG non indicativo di epilessia idiopatica, età < 1 anno

4. Rachicentesi

Dovrebbe essere effettuata solo in

- sospetto diagnostico di meningite o encefalite
- bambini di età < 6 mesi con persistente alterazione dello stato di coscienza non giustificata

Razionale

E' stata una convulsione?

E' stata una crisi spontanea o provocata?

Si tratta di una convulsione sintomatica di una lesione del SNC?

Ci sono stati fattori scatenanti/favorenti?

Se è stata una crisi spontanea, è stata davvero la prima crisi?

Qual'è la previsione di ricorrenza?

in genere le crisi si verificano in maniera casuale e imprevedibile

Possono in alcuni casi favorire le crisi in soggetti epilettici

stimolazione luminosa intermittente
deprivazione di sonno
situazioni di stress/tensione emotiva
iperventilazione
assunzione di alcool
febbre

Razionale

E' stata una convulsione?

E' stata una crisi spontanea o provocata?

Si tratta di una convulsione sintomatica di una lesione del SNC?

Ci sono stati fattori scatenanti/favorenti?

Se è stata una crisi spontanea, è stata davvero la prima crisi?

Qual'è la previsione di ricorrenza?

Crisi epilettica occasionale: incidenza 78-86/100.000 anno

Crisi epilettiche spontanee e ricorrenti: Epilessia

Incidenza 29-53 casi per 100.000 anno

1% popolazione

Diverse implicazioni per il trattamento

Razionale

E' stata una convulsione?

E' stata una crisi spontanea o provocata?

Si tratta di una convulsione sintomatica di una lesione del SNC?

Se è stata una crisi spontanea, è stata davvero la prima crisi?

Ci sono stati fattori scatenanti/favorenti?

Qual'è la previsione di ricorrenza?

Il rischio di ricorrenza è massimo nei primi 2 anni dopo il primo episodio

- se prima crisi idiopatica/criptogenetica \Rightarrow rischio ricorrenza 30-50%
- se prima crisi “sintomatica” per pregresso danno cerebrale \Rightarrow rischio ricorrenza > 50%

Trattare una prima crisi?

Dopo una prima crisi epilettica non provocata/non sintomatica non è indicata terapia cronica con AED.

Il trattamento può essere considerato in casi particolari

- maggior rischio ricorrenza (presenza di una lesione del sistema nervoso centrale e/o di anomalie EEG)
- bilancio rischi/benefici del trattamento a favore di questi ultimi

Come aiutarmi ? !

Mantieni la calma, non agitarti, ricordati che, anche nei casi in cui mi “agito” molto, **non sento dolore**. Esclusi gli incidenti o i pericoli imminenti, **i problemi maggiori me li riserva l'accoglienza che mi aspetta alla ripresa del contatto con l'ambiente!**

CRISI con CADUTA, RIGIDITA' e SCOSSE.

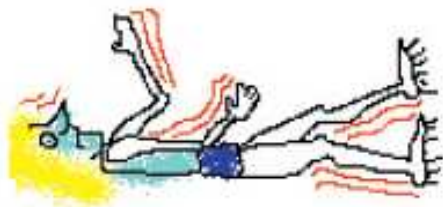
☞ Lascia evolvere liberamente la crisi:

- ☉ Togliti le lenti e mettimi qualcosa di tenero sotto la testa.
- ☉ A fine crisi, ruotami su un fianco, mi faciliterai la respirazione.
- ☉ La lingua non si ribalta mai, morderla invece è solo un caso.

☞ Preservami dai pericoli e dai traumi:

- ☉ Non infilarmi nulla in bocca, forzandola mi faresti solo del male, dopo respirerò come sempre, slacciami il colletto.
- ☉ Allontanami le fonti di pericolo: spigoli, vetri, elettricità, auto.

Non ti preoccupare, in genere mi passano ed è inutile che mi porti in ospedale. Finite le scosse mi vorrà un po' di tempo.



Informati dal medico: in alcuni casi puoi interrompere la crisi per via rettale con delle “perette” o in altro modo.



Chiama il **118**, solo se non mi riprendo dopo 3 minuti d'orologio o se alla prima subentrano, senza ripresa di contatto, altre crisi !

<http://www.aice-epilessia.it/>

Cosa fare durante una crisi epilettica?

PRESUPPOSTI: durante la crisi il b. non avverte dolore; inoltre l'eventualità di gravi lesioni traumatiche durante la crisi è rara; se la lingua viene morsa nel corso di un attacco questo avviene invariabilmente all'inizio della crisi

- se possibile, sorreggere e sdraiare il b. per impedire che si ferisca cadendo
- il b. va disposto nel modo più confortevole, preferibilmente supino o sul fianco
- allontanare oggetti con cui potrebbe ferirsi
- durante la crisi allargare abiti stretti
- se la crisi persiste per più di 3-5 minuti o se si verificano più attacchi seriatî somministrare DZP er (meglio ev)
- al termine della convulsione lasciar riposare il b. nella posizione più comoda (PLS) prestando attenzione al vomito

Cosa non fare in presenza di convulsioni:

- non mettere dita o oggetti in bocca
- non cercare di contenere le convulsioni
- non somministrare niente per os
- non schiaffeggiare per favorire il ritorno della coscienza
- non rialzare il paziente subito dopo la crisi
- non muovere il paziente a meno che non si trovi in un luogo pericoloso