

Muore a 14 anni durante l'ora di ginnastica



Era uno studente dell'istituto tecnico Barsanti di Castelfranco, stava facendo riscaldamento a scuola. Soffriva di epilessia. In Italia 500milacasi. I consigli della Lice, la lega che combatte questa condizione neurologica

In realtà malformazione cardiaca!

ABBONATI A **Rep:**



21 ottobre 2019

informazione pubblicitaria

<https://www.educazionedigitale.it/epilessia/> La piattaforma è stata sviluppata da un team di sociologi, pedagogisti ed esperti in comunicazione digitale e sfrutta le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione per aiutare docenti e alunni a conoscere l'epilessia e a intervenire al meglio di fronte ad una crisi epilettica.

GESTIONE DEL SOGGETTO DURANTE UNA CRISI

Crisi Focali con disturbo del contatto e/o automatismi

Durante la crisi : la persona può avere sguardo fisso, dare risposte inadeguate, sedersi, alzarsi, aggirarsi senza finalità, masticare, deglutire...

- Non cercare di fermare o trattenere il soggetto
- Lascia evolvere liberamente la crisi
- Allontanalo da oggetti e situazioni pericolose
- Aspetta con pazienza la ripresa del contatto senza forzare il soggetto con parole o atti.
- Non lasciare solo il soggetto fino alla completa ripresa

Crisi generalizzata tonico-clonica con caduta rigidità e scosse

- Mantieni la calma
- Ricorda che anche se il soggetto si agita molto non soffre
- Lascia evolvere liberamente la crisi
- Via le lenti, metti qualcosa di morbido sotto la testa
- Ruota il soggetto su un fianco
- Non introdurre nulla tra i denti
- Allontana le fonti di pericolo (spigoli, vetri, elettricità, auto)
- Aspetta con pazienza la ripresa del contatto senza forzare il soggetto con parole o atti.

Gestione di crisi tonico-clonica acuta



Aiutare il paziente a sdraiarsi e ruotarlo su di un lato per evitare soffocamento



Slacciare i vestiti e togliere gli occhiali

JOHN A. CRAIG
OCRA-GENY



Non cercare di mettere qualcosa nella bocca del paziente (compresi farmaci o acqua)

Non lasciare il paziente sdraiato sul dorso



Non sottoporre il paziente a costrizione fisica dopo la crisi; ciò può provocare un comportamento aggressivo

L'ambulanza va chiamata se crisi > 5 min o se primo episodio

Tonic clonic seizure



EPILESSIA NELL'ETA' EVOLUTIVA

- In genere la crisi si risolve spontaneamente
- È inutile chiamare l'ambulanza e portare il soggetto in ospedale a meno che:
 1. La crisi dura > 5 minuti
 2. Subentrano altre crisi senza recupero della coscienza
 3. La persona è ferita o richiede espressamente l'intervento dell'ambulanza
 4. La persona non è nota per avere epilessia

EPILESSIA NELL'ETA' EVOLUTIVA

L'epilessia si può curare?

- Nel 60-70% i farmaci controllano e bloccano la tendenza delle cellule cerebrali a produrre scariche elettriche
- La terapia è impegnativa, va assunta regolarmente e per molti anni e non può essere interrotta senza indicazione del medico

Prognosi

- Epilessie benigne (20-30%)
 - Es. Epilessia benigna rolandica
- Epilessie farmacosensibili (30%)
 - Es. Epilessia-assenze del bambino
- Epilessie farmacodipendenti (20%)
 - Es. Epilessia mioclonica giovanile, epilessia con crisi tonico-cloniche generalizzate, molte epilessie focali sintomatiche
- Epilessie farmacoresistenti (13-17%)
 - Es. Epilessia mioclonica severa dell'infanzia, Lennox-Gastaut, Ohtahara, Sindrome emiconvulsioni-emiplegia

EPILESSIA NELL'ETA' EVOLUTIVA

L'epilessia di solito accompagna chi ne soffre tutta la vita, qualche volta però si può guarire completamente. La maggioranza delle epilessie viene tenuta sotto controllo molto bene con i farmaci giusti cosicché le crisi compaiono molto più raramente o addirittura scompaiono per anni.

I farmaci antiepilettici sono farmaci SINTOMATICI che non curano la causa dell'epilessia ma i suoi sintomi permettendo quindi al paziente di convivere con il problema

	Rating of evidence of clinical efficacy in children/epilepsy type	Usual dose (oral) in mg/kg per day	No of daily doses	Side-effects	Serious toxicity	Reference source
Carbamazepine	Class II: newly diagnosed/focal	10–20	2–3	Ataxia, diplopia, rashes	Aplastic anaemia (rare)	143, 144
Clobazam	Class III: add-on/wide-spectrum	0.5–1.0 (maximum 30 mg/day)	1–3	Sedation	–	153, 154
Clonazepam	Class IV: add-on/wide-spectrum	Slow titration: 0.1–0.2	2–3	Fatigue, drowsiness, hypotonia; behaviour disturbances, salivary, and bronchial hypersecretion	Respiratory depression (only IV route)	264
Ethosuximide	Class II and III: monotherapy/absence	20–30	2	Gastric discomfort, hiccups, rash, blurred vision, headache	Aplastic anaemia (rare)	162, 163
Felbamate	Class I: add-on/Lennox-Gastaut syndrome	15–45	2	Somnolence, anorexia, gastric discomfort, nervousness	Aplastic anaemia (300 per million adult patients treated); hepatotoxicity (154 per million)	218
Gabapentin	Class I: add-on/focal	23–35	2–3	Fatigue, weight gain	Rarely, behavioural problems-hostility	152, 265
Lamotrigine	Class I: add-on/idiopathic general adolescent; Class I: add-on/focal; Class I: add-on/Lennox-Gastaut syndrome; Class II: monotherapy/absence	Slow titration: 5–15 (add-on enzyme inducers); 1–3 (add-on VPA); 1–5 (add-on VPA + inducer)	2	Dizziness, diplopia, ataxia, somnolence, rash	Stevens-Johnson syndrome, Lyell's syndrome	150, 164, 215, 216
Levetiracetam	Class IV: add-on/focal	20–40	2	Somnolence, asthenia, headache, anorexia	Psychotic events (rare)	266
Nitrazepam	Class III: monotherapy/infantile spasms	0.25–2.50	2	Hypotonia, drowsiness, drooling	Drooling and aspiration causing pneumonia	267, 268
Oxcarbazepine	Class I: add-on/focal; Class II newly diagnosed/focal	30–45	2	Somnolence, headache, ataxia, vomiting, hyponatremia, rash	–	148, 151
Phenobarbital	Class II: newly diagnosed/focal (high dropout rates as a result of intolerable sedation); Class IV/neonatal seizures	15–20 IV in newborns; 3–5 <5 years; 2–3 >5 years	1 or 2 at bedtime	Behaviour disturbances, drowsiness, rash, might affect cognitive function. Systemic toxicity	Hypersensitivity reactions (rare)	144, 269, 270
Phenytoin	Class II: newly diagnosed/focal	15–20 IV in newborns; 8–10 <3 years; 4–7 >3 years	2	Ataxia, diplopia, nystagmus, acne, gum hypertrophy, hirsutism, cognitive and sedative effects, peripheral neuropathy	Megaloblastic anaemia, lymphoma, encephalopathy, choreoathetosis	144, 148, 270
Primidone	Class IV: monotherapy/focal and generalised convulsive/neonatal seizures	10–20	2–3	Behaviour disturbances, drowsiness, rash, might affect cognitive function	Anaemia (rare)	271
Sodium Valproate	Class II: monotherapy/newly diagnosed focal; Class II and III: monotherapy/absence and generalised convulsive; Class III and IV: monotherapy/myoclonic	15–40	2–3	Nausea and epigastric pain, tremor, alopecia, weight gain, hyperammonemia	Encephalopathy, hepatitis, and pancreatitis (rare)	143, 144, 162, 163, 272–274
Stiripentol	Class I: add-on (clobazam)/Dravet's syndrome	50	2	Drowsiness, loss of appetite	–	224
Sulthiame	Class II: monotherapy/rolandic	5–15	2	Ataxia, paresthesia	–	275
Tiagabine	Class III: add-on/focal	0.5–2.0 mg/kg per day	2	Dizziness, abdominal pain, nervousness, difficulty with concentration	Non-convulsive SE	276, 277
Topiramate	Class I: add-on/generalised TC; Class I: add-on/focal; Class I: add-on/Lennox-Gastaut; Class I: monotherapy/newly diagnosed focal	Slow titration: 4–6	2	Weight loss, paraesthesias, emotional lability, difficulty concentrating and word-finding, hypohidrosis	Kidney stones	146, 147, 149, 217, 278, 279
Vigabatrin	Class II: monotherapy/infantile spasms; Class IV: monotherapy/newly diagnosed, focal	20–80; 100–150 for infantile spasms	2	Excitation, drowsiness, weight gain	Psychosis (rare). Visual field defects (40%; not always clinically detectable)	200, 202, 203, 280, 281
Zonisamide	Class IV: monotherapy, focal	4–12 mg/kg per day	2	Somnolence, dizziness, ataxia, abdominal discomfort, decreased spontaneity, rash, hypohidrosis	Psychiatric disorders	282, 283

Table 4: Rating of evidence of clinical efficacy of antiepileptic drugs in children, suggested daily dosage, main side-effects, and serious toxicity

EPILESSIA NELL'ETA' EVOLUTIVA

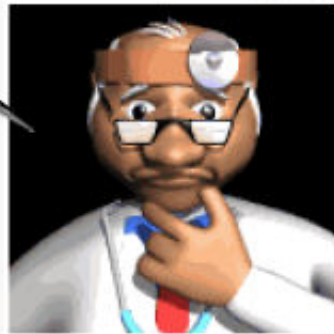
Esistono alcune forme dette “farmacoresistenti”. In questi casi si ricorre, se possibile, alla terapia chirurgica, che prevede l'asportazione della parte dell'encefalo dove ha origine la crisi detto “focolaio” dell'epilessia

EPILESSIA NELL'ETA' EVOLUTIVA

- Quali sono i disagi che il soggetto con crisi subisce?
 1. Imprevedibilità della crisi espone a rischi ambientali (auto, fornello acceso, acqua...)
 2. Ritardo dello sviluppo intellettuale se le crisi si ripetono frequentemente
 3. Implicazioni sociali (integrazione scolastica, lavoro, vita affettiva)
 4. In caso di donna in età fertile implicazioni dovute a terapia farmacologica e gravidanza

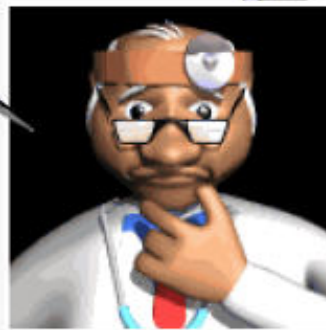
Dal 1965
in Italia l'Epilessia è
riconosciuta come
**MALATTIA
SOCIALE**

Diritti:
Spesa sanitaria, assistenza
individuale, sicurezza
domiciliare, integrazione...



Il pubblico sa poco
dell'epilessia,
nascosta dagli stessi
malati come una
colpa!

L'Epilessia è l'unica
malattia in cui la sofferenza
è aggravata
dall'atteggiamento della
società più che dalla stessa
malattia (Lennox)



8.6 What is the role of neuropsychological assessment in the diagnosis and management of epilepsy?

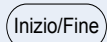
Neuropsychological assessment should be considered in individuals in whom it is important to evaluate learning disabilities and cognitive dysfunction, particularly in regard to language and memory. [2004]

Referral for a neuropsychological assessment is indicated:

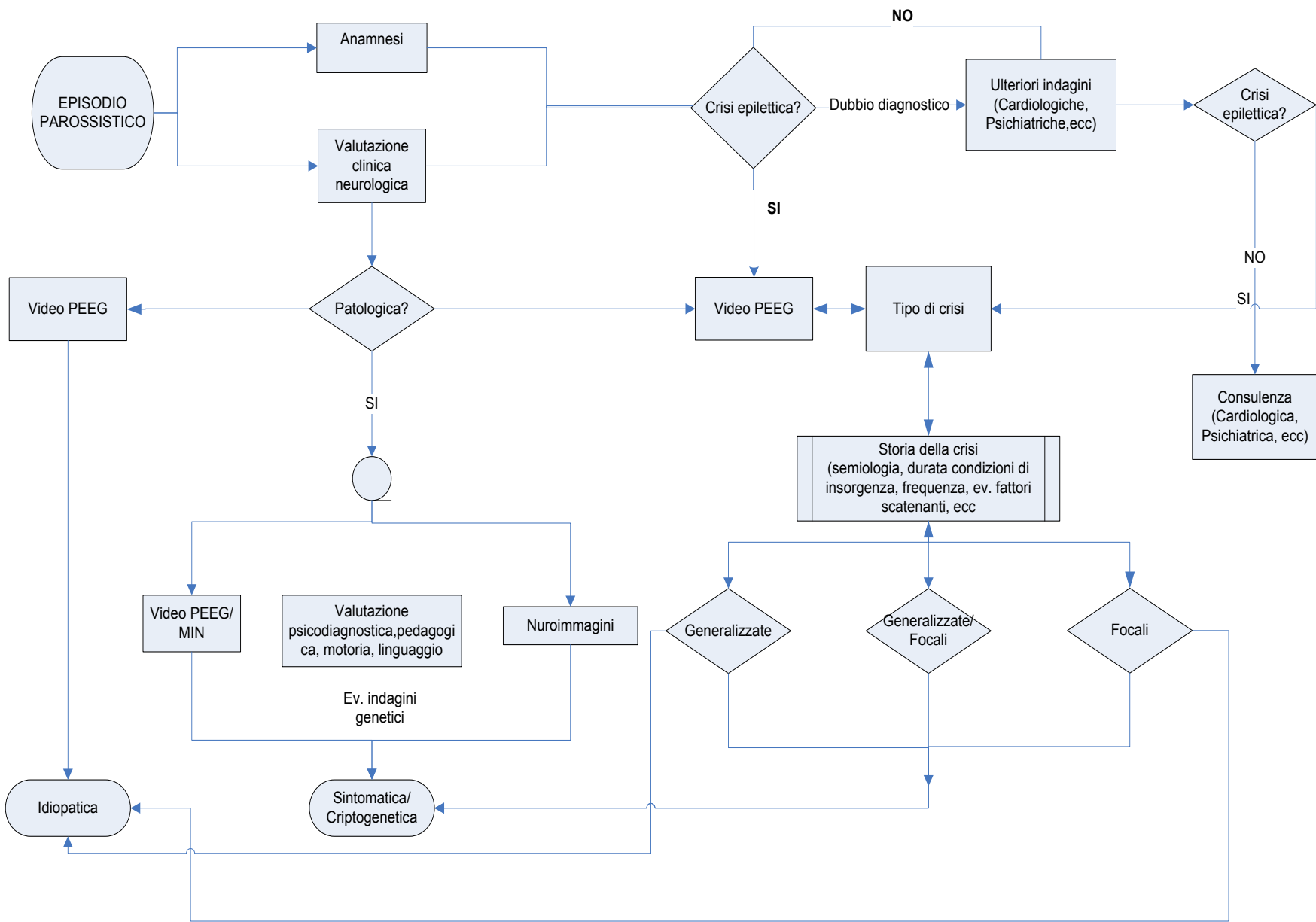
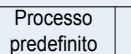
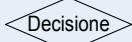
- when an individual with epilepsy is having educational or occupational difficulties
- when an MRI has identified abnormalities in cognitively important brain regions
- when an individual complains of memory or other cognitive deficits and/or cognitive decline. [2004]

Percorso diagnostico di un "episodio parossistico"

Legenda:



Processo



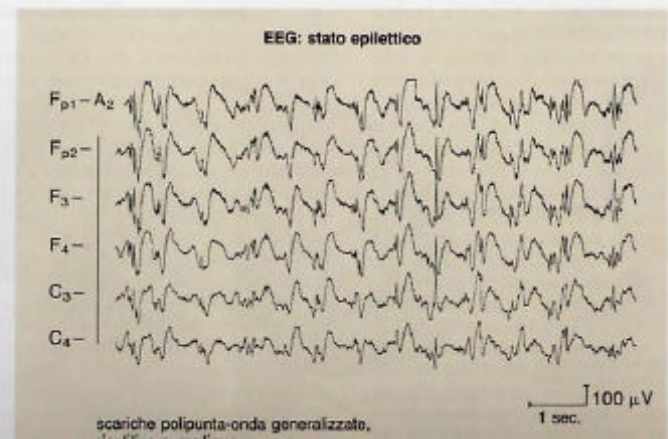
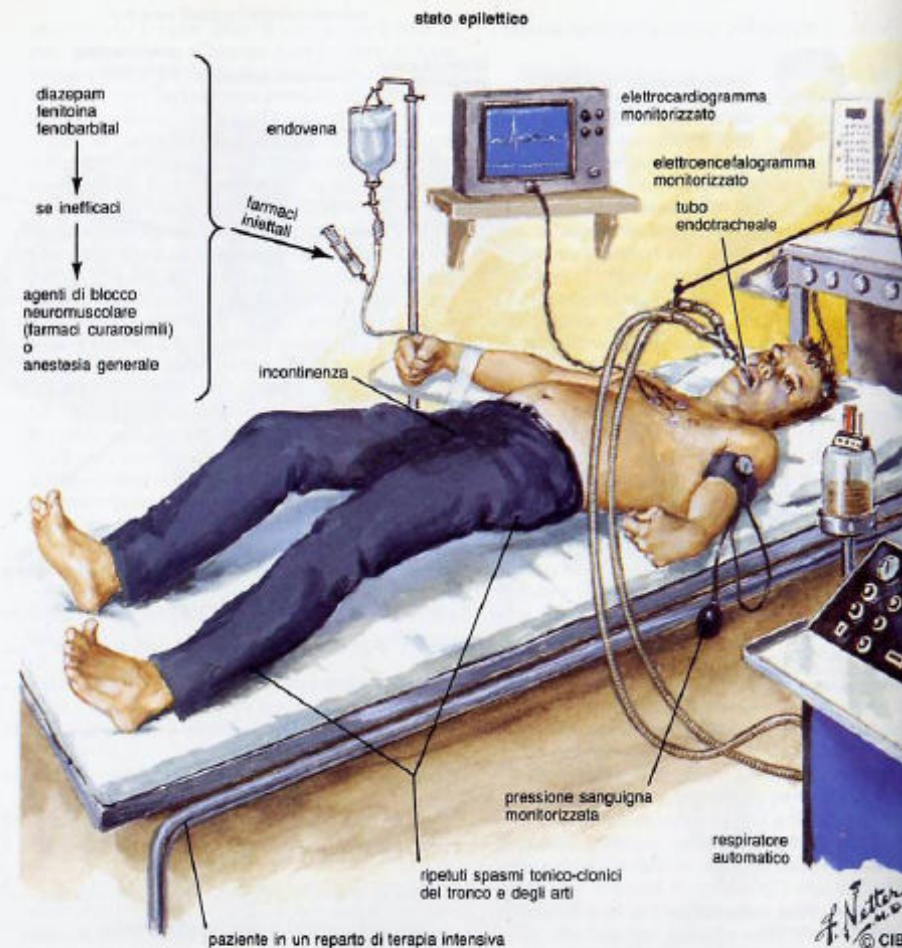
EPILESSIA NELL'ETA' EVOLUTIVA

STATI DI MALE EPILETTICI

Lo stato di male epilettico (SME) è una condizione morbosa, costituita da

- crisi epilettiche subentranti (senza ritorno alla normalità negli intervalli)
o da
- una crisi prolungata della durata
> 30 minuti

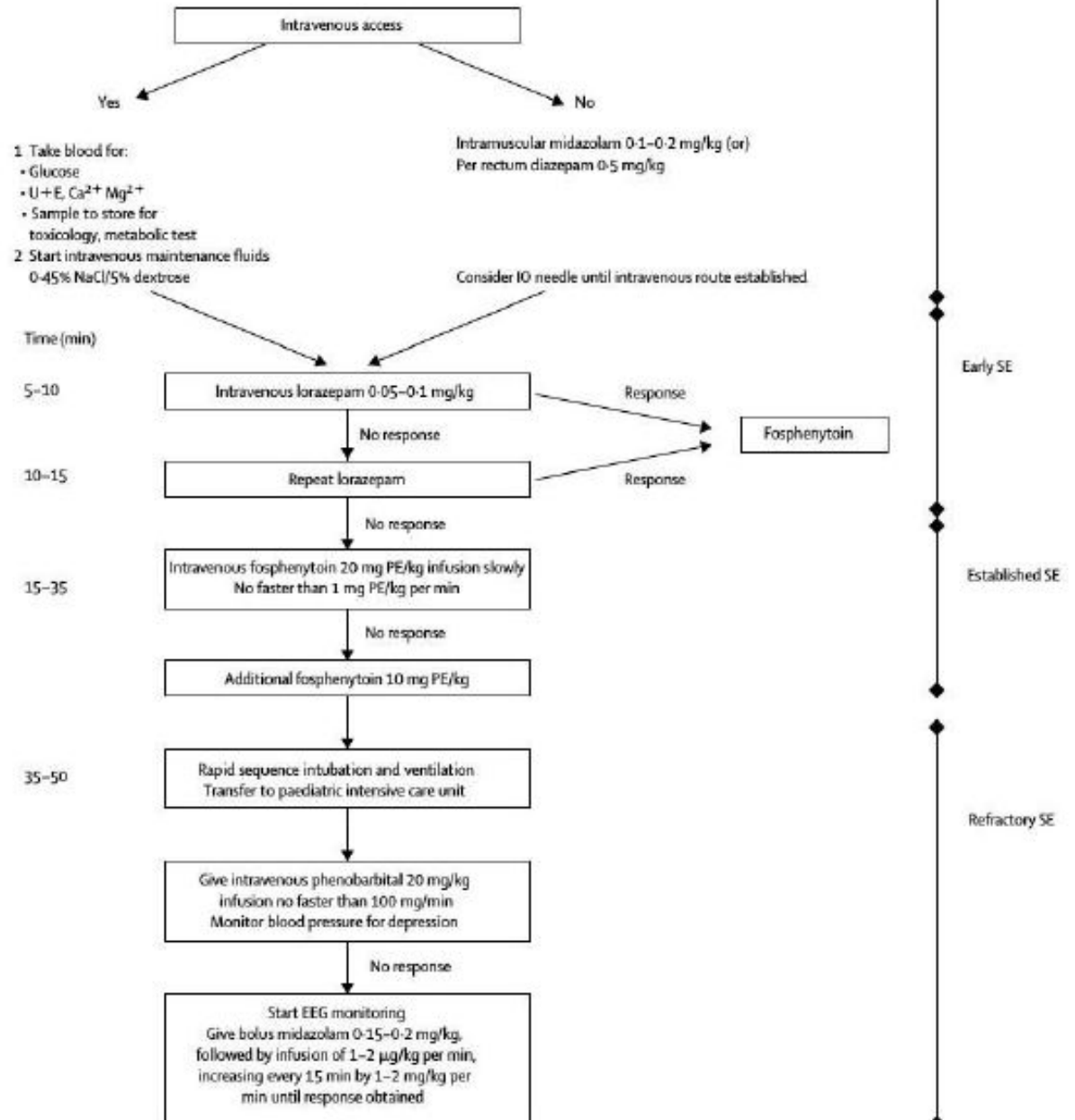
- **Stato di Male Epilettico generalizzato**
- *SME tonico-clonico*
- In circa la metà dei casi si manifesta in soggetti epilettici e può essere precipitato **dalla brusca sospensione della terapia o da stress psico-fisici** (privazione di sonno, abuso di alcool).
- Nell'altra metà di casi, compare in soggetti non epilettici, come espressione di un'aggressione cerebrale acuta o come sintomo di un tumore cerebrale.



Status epilepticus management in children

Initial stabilisation

- 1 Confirm diagnosis
- 2 Check airway, administer oxygen, give suction
- 3 Monitor vital signs, ECG, oxygen saturation, blood pressure



Disturbi parossistici non epilettici

Eventi clinici che si manifestano con alterazioni dell'attività **motoria o comportamentale**. Possono essere confusi con crisi epilettiche ma non sono determinati da disfunzioni neuro-fisiologiche

Disturbi parossistici non epilettici

La D.D. con le crisi epilettiche non è spesso facile, ma rimane tuttavia necessaria e fondamentale sia dal punto di vista terapeutico che prognostico

Disturbi parossistici non epilettici

- L' EEG è fondamentale nel distinguere episodi epilettici da quelli non epilettici, ma con importanti limiti.
- Un EEG interictale normale non esclude la diagnosi di crisi epilettica

Disturbi parossistici non epilettici EEG

Alcuni soggetti possono avere attività interictali epilettiformi senza essere epilettici. Inoltre crisi epilettiche e pseudocrisi possono coesistere nello stesso soggetto

Tab. 28.1. *Disturbi parossistici non epilettici.*

In veglia

- Sincope
- Spasmi affettivi
- Vertigini parossistiche benigne
- Torcicollo parossistico benigno
- Spasmus nutans
- Paralisi tonica parossistica dello sguardo
- Sindrome periodica
- Sindrome di Sandifer
- Sindrome da iperventilazione

In sonno

- Apnea o bradicardia (near miss sudden death syndrome)
- Pavor nocturnus
- Sonnambulismo
- Movimenti abnormi del sonno (lactatio capitis, mioclono notturno benigno)
- Narcolessia

Di natura psicogena

- Pseudoconvulsioni
- Episodi psicotici, allucinazioni
- Attacchi di panico
- Attacchi di rabbia (rage attacks)

Disturbi parossistici non epilettici

Vengono descritti gli EPNE più frequenti e rapportati alle crisi epilettiche che essi simulano

Disturbi parossistici non epilettici

Crisi parziali complesse: crisi a partenza da una parte di un emisfero cerebrale con perdita di coscienza e durata >1'

- EPNE:**
- Pavor nocturnus
 - Sonnanbulismo
 - Eemicrania
 - Attacchi di rabbia
 - Sindrome da iperventilazione
 - Auto-stimolazione

Disturbi parossistici non epilettici

Pavor nocturnus

- Parasomnia “sonno non -REM”
- Età d’ esordio 18 mesi-5 anni
- Nelle prime ore del sonno, risveglio improvviso, si siede sul letto, urla ed appare atterrito. Si aggrappa alle persone o agli oggetti
- Dura da pochi a 20 minuti
- Segue sonno normale e poi amnesia dell’ episodio

Disturbi parossistici non epilettici

Sonnambulismo

- Età 5-12 anni
- Incompleto risveglio che consente al paziente di svolgere alcune semplici attività ad occhi aperti o chiusi (camminare, salire le scale, rispondere alle domande) senza che vi sia presa di coscienza e ricordo dell' accaduto

Disturbi parossistici non epilettici

Emicrania

- Et : adolescenza
- Non si associa di solito a stato confusionale
- Emicrania emiplegica pu  simulare l'attacco epilettico (D.D. anamnesi dei precedenti attacchi)

Emicrania-Epilessia

D.D

	Crisi emicraniche	Crisi convulsive
Inizio	Rapido (minuti)	Acuto (secondi)
Durata	Ore	Minuti
Risoluzione	Graduale	Rapida
Fam.per epiles.	Rara	Frequente
Sensorio	Obnubilato	Alterato
EEG	Normale	Patologico

Disturbi parossistici non epilettici

Attacchi di rabbia

- Età: adolescenza
 - Episodi di aggressività e mancato controllo che si manifestano con urla, calci, sputi, lancio di oggetti, insulti
- (D.D. attività propositiva e diretta)

Tab. 28.5. *Caratteristiche cliniche degli attacchi di rabbia (episodi di mancato controllo) in relazione con le crisi epilettiche.*

- Gli attacchi di rabbia sono sempre provocati, anche se il movente può sembrare abnorme
- La violenza non è casuale ma diretta verso qualcuno. Nella crisi epilettica la violenza è casuale
- Il comportamento è variabile e cambia nel tempo. Nella crisi epilettica è monotono
- Dura minuti o ore. La crisi epilettica secondi o minuti
- La risposta ai farmaci antiepilettici non è discriminante

Disturbi parossistici non epilettici

Sindrome da iperventilazione

- Età: adolescenza
- Sensazione di incapacità a respirare profondamente, respiro rapido e superficiale, dolore toracico o cefalea. Si associa spesso a stato di ansietà ed eventi emozionali.
- L' iperventilazione può causare completa perdita di coscienza, ridotta capacità attentiva e motoria

Disturbi parossistici non epilettici

Auto-stimolazione

Masturbazioni e strofinio del corpo, si manifestano anche in età precoce (< 6 mesi) ed in soggetti sia normali che con RM

Disturbi parossistici non epilettici

Convulsioni toniche: persistente contrattura muscolare della durata di pochi secondi o minuti

- EPNE:
- Distonie parossistiche
 - Torcicollo parossistico benigno
 - Sindrome di Sandifer

Disturbi parossistici non epilettici

Disturbi del movimento

Movimenti involontari abnormi per anomalie funzionali o anatomiche del sistema extrapiramidale: tic, tremori, corea, atetosi, ballismo, distonia, mioclonie, spasmi.

- D.D:
- a. Aspetto più stereotipato e più persistente
 - b. Senza perdita di coscienza
 - c. Attenuazione o scomparsa nel sonno
 - d. Accentuazione con lo stress e con l'eccitazione

Disturbi parossistici non epilettici

Torcicollo parossistico benigno

Età: 1 anno di vita

-Anomala, ricorrente, distonica posizione capo, associata talvolta a vomito e pallore, della durata di diverse ore o giorni

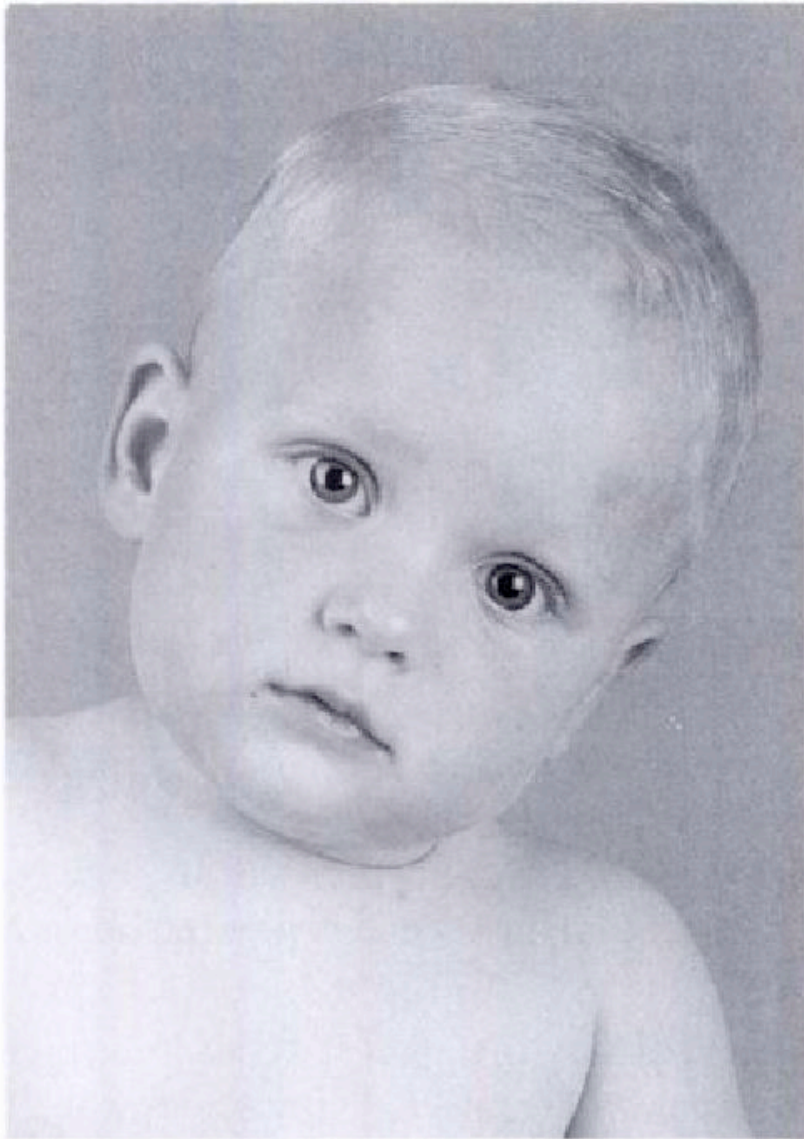


Fig. 1

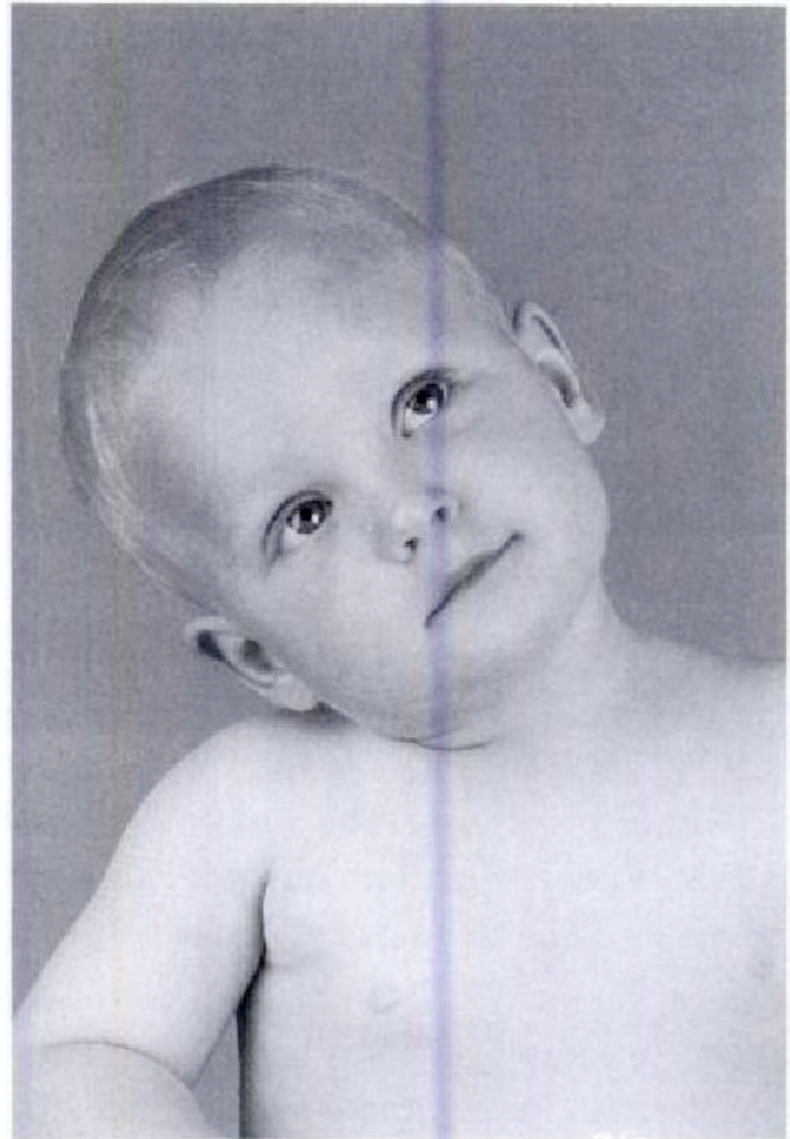


Fig. 2

Case 1. Figure 1 - Left torticollis at first presentation. Figure 2 - Three weeks later, after a normal interval, she presented with right torticollis.

Disturbi parossistici non epilettici

Sindrome di Sandifer

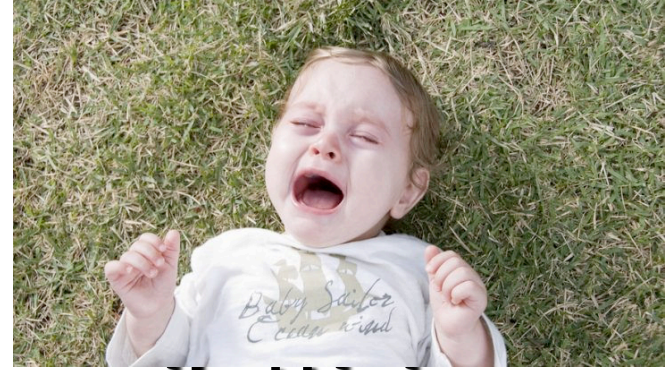
Si manifesta con episodi di inarcamento del capo o deviazione laterale del capo, dovuta a stimolo doloroso per reflusso gastro-esofageo (in rapporto diretto con i pasti).

Disturbi parossistici non epilettici

Crisi atoniche: improvvisa diminuzione o perdita del tono muscolare, senza precedenti crisi toniche o miocloniche della durata di pochi secondi, localizzate alla muscolatura del corpo, tronco, mandibola e arti.

EPNE: - Spasmi affettivi

- Sincopa
- Sindrome Startle o Iperexplexia
- Cataplessia
- Paralisi periodiche



Disturbi parossistici non epilettici

Spasmi affettivi

Crisi provocate da pianto, traumi, rimproveri. La bocca è tenuta aperta in aspirazione con colorito della cute alterato: cianotico (2/3) o pallido (1/3)

Evento doloroso → respiro bloccato → cianosi o pallore → perdita della coscienza → perdita del tono → opistotono, convulsioni.

Disturbi parossistici non epilettici

Sincope

- Età di esordio: adolescenza
- Transitoria perdita di coscienza secondaria ad inadeguata perfusione cerebrale e anossia.
- La perdita del tono muscolare è graduale, si accompagna talvolta a sudorazione, pallore e riduzione del polso. Possono verificarsi crisi convulsive.
- La ripresa è rapida e non sono presenti fenomeni post-ictali

Disturbi parossistici non epilettici

Cataplessia

Improvvisa perdita del tono muscolare scatenata da uno stimolo emozionale, si associa a narcolessia (improvvisa e irresistibile necessità di dormire anche di giorno)

Disturbi parossistici non epilettici

Paralisi periodiche

Legate a ipo o iperkaliemia.

Lo stato di coscienza è mantenuto e i sintomi sono di solito di lunga durata (ore → giorni)

Disturbi parossistici non epilettici

Epilessia assenza: perdita momentanea della coscienza della durata di pochi secondi.

Daydream (sognare ad occhi aperti).

Sguardo fisso nel vuoto, distacco dalla realtà. Durata diversi minuti.

Viene interrotta dal richiamo dei parenti

Disturbi parossistici non epilettici

Epilessia mioclonica: brevi, improvvise, involontarie, contrazioni di muscoli o gruppi muscolari di topografia variabile (assiale, arti prossimali e distali)

EPNE: - Tremori

- Tic

- Mioclonie notturne benigne

Disturbi parossistici non epilettici

Tremori benigni

-Età: 1 anno di vita

-Sono movimenti brevi del capo, braccia, tronco con adduzione del gomito e del ginocchio, simili a sensazioni di freddo. Non si ha perdita di coscienza

Spasmus nutans: nistagmo pendolare, torcicollo, movimenti orizzontali del capo

Disturbi parossistici non epilettici

Mioclono notturno benigno

Si manifesta subito dopo l'inizio del sonno o al risveglio in soggetti del tutto normali

Disturbi parossistici non epilettici

Vertigini parossistiche benigne

Si manifestano come improvvise, breve, opprimenti sensazioni di vertigine con mancanza di equilibrio e talvolta caduta a terra. Il bambino può apparire impaurito e presentare nistagmo e vomito. La coscienza è mantenuta. L'episodio può durare pochi minuti o più ore e ripresentarsi più volte la settimana. E' ritenuta una variante dell'emicrania

Vertigini parossistiche benigne D.D.

- a. Assenza di tinnito
- b. Normale EEG ed es. neurologico
- c. Assenza di movimenti ritmici o di alterazioni della coscienza

Pseudoconvulsioni

Sono eventi critici o comportamentali parossistici, senza correlato elettroencefalografico che tendono a mimare una crisi convulsiva di solito generalizzata.

Le crisi non si manifestano nel sonno o quando il paziente è solo. L'inizio non sempre è brusco, è più o meno teatrale, sempre violento e accompagnato da urla.

Tab. 28.4. *Caratteristiche cliniche delle pseudoconvulsioni.*

- A volte è necessaria la videoregistrazione prolungata per formulare la diagnosi
- Spesso coesistono epilessia e pseudoconvulsioni
- È presente l'incontinenza urinaria nel 20% circa dei pazienti con pseudoconvulsioni
- Alcune epilessie del lobo frontale si presentano con manifestazioni cliniche simili alle pseudoconvulsioni
- Le pseudoconvulsioni costituiscono una patologia "reale", espressione di una "reale" patologia psichiatrica

	Epilessia	Pseudoepilessia
Reazioni al farmaco	Si	No
Aumentata frequenza con lo stress	No	Si
Combattività	Rare	Frequente
Coprolalia	Rare	Frequente
Autolesionismo	Si	No
Incontinenza	Comune	Rare
Morsicatura della lingua	Comune	Si
Crisi notturne	Comune	Rare
Confusione, sonnolenza, letargia	Comune	Rare
EEG anomalo	Frequente	Rare

Disturbi parossistici non epilettici In veglia

- Sincope
- Spasmi affettivi
- Vertigini parossistiche benigne
- Torcicollo parossistico benigno
- Spasmus nutans
- Paralisi tonica parossistica dello sguardo
- Sindrome periodica
- Sindrome di Sandifer
- Sindrome da iperventilazione

Disturbi parossistici non epilettici In sonno

- Apnea o bradicardia
- Pavor nocturnus
- Sonnambulismo
- Movimenti abnormi nel sonno (jactatio capitis)
- Narcolessia

Disturbi parossistici non epilettici Psichiatriche

- Pseudoconvulsioni
- Episodi psicotici, allucinazioni
- Attacchi di panico
- Attacchi di rabbia

Utilità ed interpretazione dell' EEG

Grafoelementi di tipo epilettico

a) Punta (spike)

Tipico esempio di parossismo epilettico. Si distingue dall'attività di fondo, con morfologia bifasica, con ampiezza compresa tra 50 e 150 mV e durata di 1/12 secondo

b) Polipunta (polyspike)

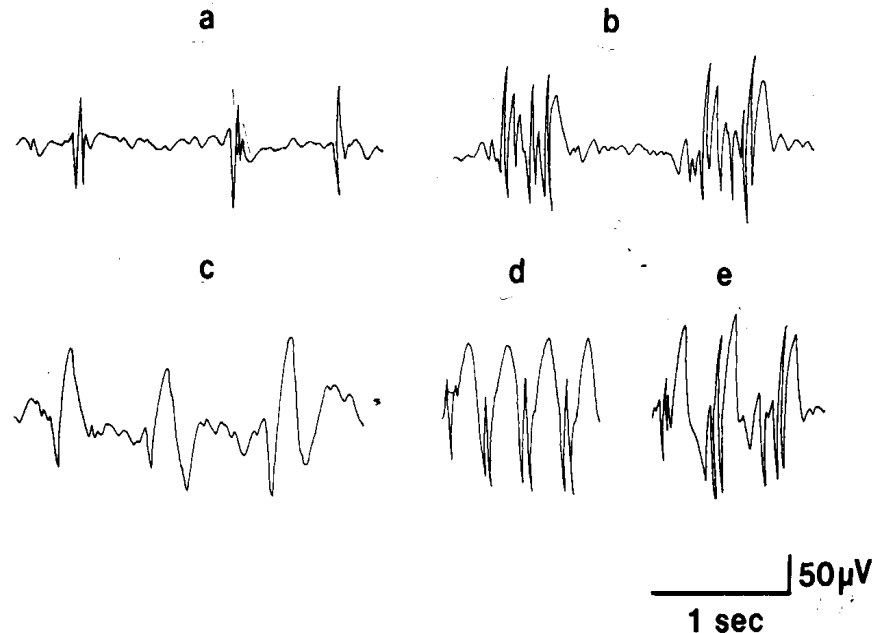
Grafoelemento costituito da più punte raggruppate

c) Onda aguzza (sharp waves)

E' un onda ben distinta dall'attività di fondo con morfologia irregolare, con ampiezza compresa tra 100 e 200 mV e durata tra 1/12 e 1/5 di secondo

d) Complessi di punta o polipunta-onda

In questi casi la punta o la polipunta precedono un'onda di durata compresa tra 1/5 ed 1 ½ di secondo



Utilità ed interpretazione dell' EEG

Grafoelementi di tipo epilettico

a) **Epilessia benigna dell' infanzia con punte centro-temporali (Epilessia a parossismi rolandici)**

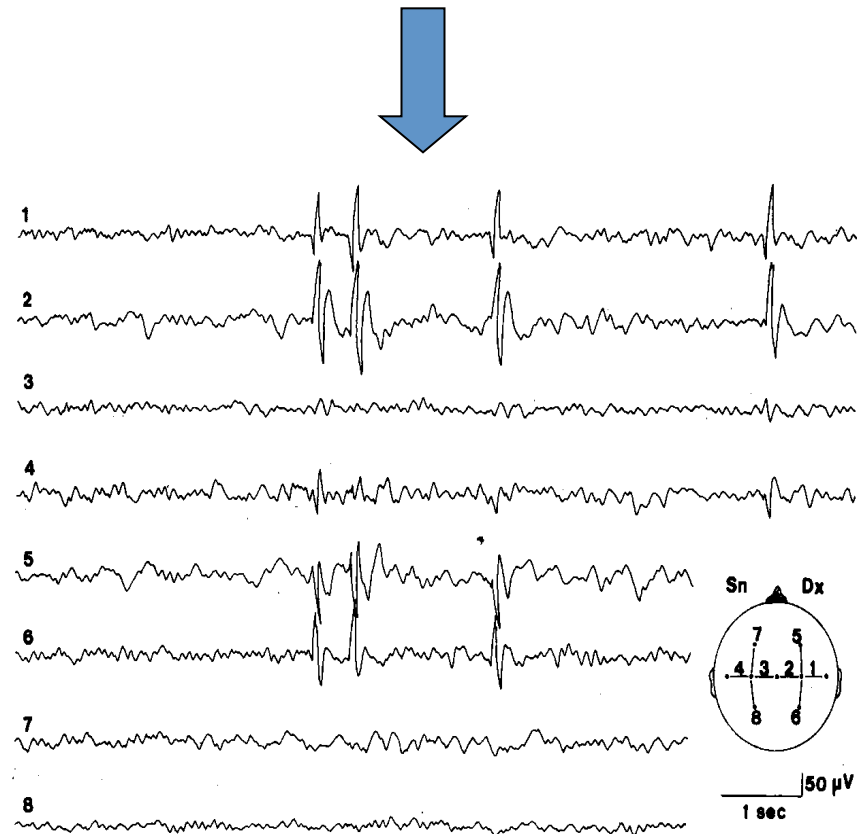
Esordio in età infantile (3-13 anni) con crisi rare che si manifestano in sonno come crisi motorie spesso associate a sintomi somato-sensoriali.

EEG: Punte di ampio voltaggio sulle regioni centro-temporali. Spesso si osserva una migrazione del focolaio da un emisfero all' altro

b) **Epilessia benigna dell' infanzia a parossismi occipitali**

E' caratterizzata da sintomi visivi (amaurosi, fosfeni, allucinazioni) cui seguono crisi parziali o t/c generalizzate

EEG: Onde aguzze o complessi punta/onda in sede occipitale o temporale, mono-bilaterali. L' apertura degli occhi blocca le anomalie



Utilità ed interpretazione dell' EEG

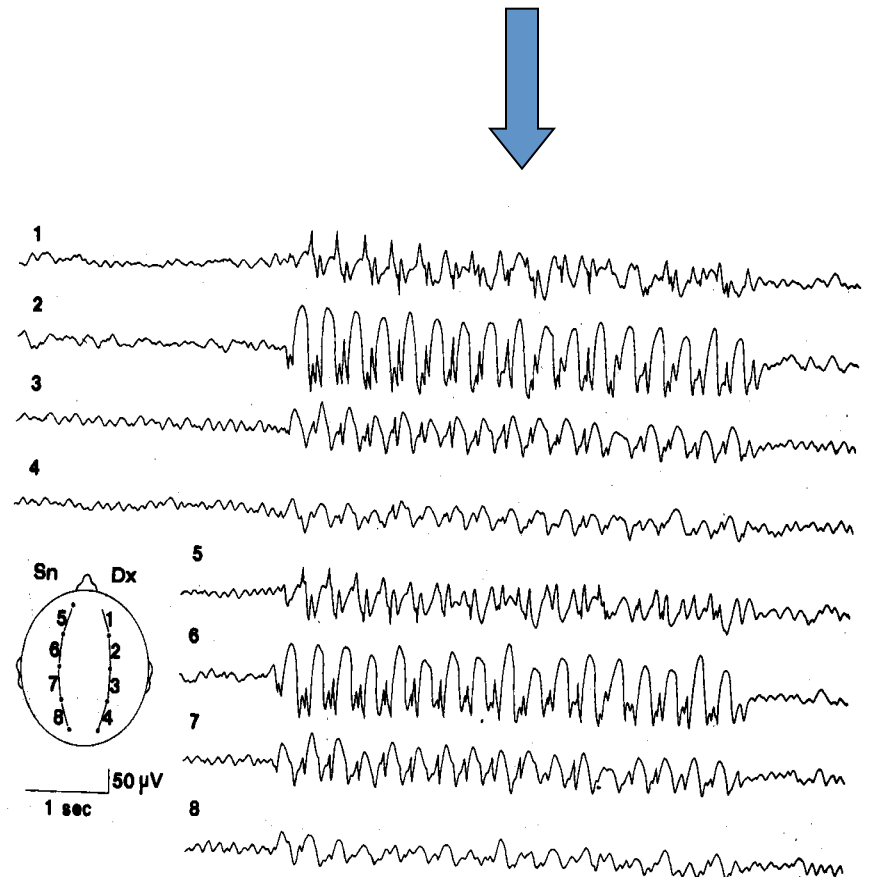
Grafoelementi di tipo epilettico

c) Epilessia-assenza

Forma di epilessia idiopatica che compare per lo più in età scolare (6-7 aa). Le crisi si presentano sotto forma di assenze semplici, di breve durata (5-10 sec) con improvvisa perdita della coscienza e fissità dello sguardo.

EEG critico: Scarica diffusa di complessi punta/onda a 3 c/s, sincroni sui due emisferi, simmetrici, ad inizio e fine bruschi. Le scariche sono facilitate dall' iperpernea

EEG intercritico: Normale. Raramente rare onde aguzze e complessi punta/onda



Utilità ed interpretazione dell' EEG

Grafoelementi di tipo epilettico

d) Sindrome di West

E' caratterizzata dalla triade:

- Spasmi
- Ipsaritmia
- Ritardo psicomotorio.

EEG: tracciato disorganizzato con un'attività di fondo sostituita da onde lente diffuse, mono e polimorfe di ampio voltaggio su cui s'inseriscono numerosi punte e complessi punta/onda lenta, sincroni ed asincroni, su i due emisferi.

