

Possiamo distinguere le crisi epilettiche in due grossi gruppi:

- 1) *Epilessie essenziali o primitive*: hanno un'origine essenzialmente genetica e generalmente non sono provocate né da malattie primitive né da lesioni a carico del sistema nervoso centrale. Statisticamente appartengono a questo tipo d'epilessia circa il 20% di tutte le epilessie.
- 2) *Epilessie sintomatiche o secondarie*: sono quelle in cui è riconoscibile una precisa causa cui imputare tali manifestazioni: a questa seconda categoria appartengono circa l'80% di tutti i casi. Chiaramente tale numero è andato sempre più aumentando grazie all'affinamento delle varie tecniche diagnostiche utilizzate, come EEG, RMN e TAC.

Nell'ambito di questo primo gruppo riconosciamo *forme convulsive parziali, generalizzate e forme di male epilettico non convulsivo*.

Le principali cause sono:

- 1) predisposizione genetica (epilessie primitive);
- 2) malformazioni cranio-encefaliche;
- 3) infezioni;
- 4) intossicazioni;
- 5) alterazioni metaboliche: ipoglicemia, coma chetoacidotico, uremia;
- 6) traumi cranici (specialmente in sede frontale);
- 7) patologia neoplastica.

Tabella 1: SINTOMATOLOGIA DELLO STATO DI MALE EPILETTICO

PERIODO PRODROMICO	FASE TONICA
<ul style="list-style-type: none"> a) apatia; b) depressione; c) irritabilità. d) dolori e crampi muscolari; e) arrossamento del volto; f) Stipsi o diarrea. 	<ul style="list-style-type: none"> a) la crisi compare senza preavviso (a ciel sereno); b) in alcuni casi il paziente può compiere un movimento del corpo (rotazione del capo, degli occhi, o di tutto il corpo) o sono presenti palpitazioni; c) improvvisa perdita di coscienza; d) brusca flessione del tronco, apertura delle palpebre, deviazione verso l'alto degli occhi; e) le braccia sono alzate ed abdotte, con flessione dei gomiti e pronazione delle mani; f) fase estensoria protratta che coinvolge tutta la muscolatura del corpo; g) il paziente può emettere un grido mentre cade; h) spesso si ha svuotamento della vescica; i) pupille dilatate non reagenti alla luce.
FASE CLONICA	FASE TERMINALE
<ul style="list-style-type: none"> a) iniziali lievi tremori che rapidamente lasciano il posto a violenti spasmi flessori i quali sopraggiungono a salve ritmiche e agitano l'intero corpo; b) il volto diviene violaceo e deformato da una serie di smorfie; c) spesso il paziente si morde la lingua; d) polso accelerato; e) pressione arteriosa elevata; f) pupille dilatate non reagenti alla luce; g) scialorrea; h) sudorazione profusa; i) il paziente rimane apnoico fino alla fine della fase clonica caratterizzata da una profonda inspirazione. 	<ul style="list-style-type: none"> a) tutti i movimenti cessano; b) il paziente giace immobile completamente spossato dalla crisi; c) le pupille iniziano a rispondere; d) la respirazione è tranquilla; e) il paziente apre gli occhi, è confuso, disorientato e non ricorda nulla di ciò che gli è successo (diagnosi differenziale con sincope vasovagale);

TABELLA 2: TRATTAMENTO DELLO STATO DI MALE EPILETTICO

EXTRAOSPEDALIERO	INTRAOSPEDALIERO
<p>a) benzodiazepine in bolo;</p> <ul style="list-style-type: none">• Diazepam 10 mg• Clonazepam 1-2 mg <p>b) seconda dose eventualmente per fleboclisi tenendo conto dell'azione di questi farmaci sui centri respiratori e valutare l'eventuale possibilità del ricovero ospedaliero.</p>	<p>a) mantenere l'integrità delle funzioni respiratorie e cardiocircolatorie;</p> <p>b) creare un ambiente sicuro in modo che il paziente non si ferisca;</p> <p>c) reperire un accesso venoso di grosso calibro;</p> <p>d) prelevare campioni ematici per il dosaggio dei farmaci antiepilettici e per esami ematochimici (glicemia, uremia, elettroliti);</p> <p>e) somministrare e.v soluzione glucosata ipertonica (20-50%) e tiamina (100-200 mg i.m, specie negli etilisti);</p> <p>f) diazepam e.v. (non oltre 2 mg/min) fino a completo arresto della crisi per una dose totale di 20 m;</p> <p>g) se la crisi persiste:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fenitoina• Fenobarbital• Diazepam