

# CRISI CONVULSIVE

T. DI FRAIA, A. SERIO, B. MASSA

*Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico,  
Università degli Studi di Napoli "Federico II", Napoli, Italia*

## RIASSUNTO

La crisi convulsiva può essere manifestazione clinica di un ampio gruppo di patologie comprendenti anche sindromi non primariamente neurologiche. Essa ha uno spettro di sintomatologia piuttosto eterogeneo, potendo interessare un solo segmento corporeo, un'emisoma oppure potendo essere generalizzata, con concomitante perdita di coscienza. Il sospetto diagnostico di crisi convulsiva causato da epilessia si basa essenzialmente su dati anamnestici riferiti dal paziente e/o da persone presenti nel corso dell'evento acuto.

**Parole chiave:** Crisi convulsiva · Perdita di coscienza · Epilessia

## ABSTRACT

*Epileptic seizure can be a clinical manifestation of a large group of diseases, both neurological and not. It has a wide spectrum of possible clinical manifestations, being able to affect only a single body segment, a hemisome or being generalized, with concomitant loss of consciousness. The diagnostic suspicion of seizure related to epilepsy is essentially based on medical history reported by the patient and/or by persons present during the acute event.*

**Keywords:** Seizure · Loss of Consciousness · Epilepsy

## A) CHE COSA SONO?

La crisi convulsiva può essere manifestazione di un'epilessia, ma occorre ricordare che non di rado una crisi convulsiva può manifestarsi anche nel corredo sintomatologico di sindromi non primariamente neurologiche.

Cause Neurologiche:

- Epilessia;
- Traumi;
- Malformazioni cerebrali;
- Anomalie vascolari del SNC;
- Infezioni del SNC;
- Tumori del SNC.

Cause non Neurologiche:

- Cardiovascolari (sindrome di Morgagni-Adams-Stokes, ipertensione maligna);
- Sistemiche (iperpiressia, ipossia);
- Metaboliche (ipoglicemia, ipomagnesemia, intossicazioni da farmaci).

## B) COME LE RICONOSCI?

Si dividono in due principali categorie, crisi parziali e crisi generalizzate.

### I) Crisi parziali

Crisi parziale semplice (o crisi motoria focale)

Segni e sintomi:

- aura con percezione di odori, luci, colori, disturbi gastrici (segni prodromici);
- irrigidimento;
- spasmo di una parte del corpo;
- non c'è perdita di coscienza.

Crisi parziale complessa (o psicomotoria) del lobo temporale

Segni e sintomi:

- preceduta da aura;
- comportamento anomalo e ripetitivo, diverso da soggetto a soggetto;
- non c'è perdita di coscienza.

### II) Crisi Generalizzate

Piccolo male o assenza

Non c'è perdita di coscienza, la crisi dura pochi secondi e può ripetersi più volte nella stessa

giornata. È caratterizzata da perdita temporanea di concentrazione e consapevolezza. Caratteristica dei bambini.

#### Grande male o crisi tonico-clonica

- Può essere preceduta da aura, spesso l'esordio della crisi è un grido;
- Si ha perdita di coscienza e caduta improvvisa al suolo (rischio di lesioni);
- Comparsa di una notevole attività motoria, distinta in tre fasi. Durata: 2-3 minuti.
  - Fase tonica (dura circa 30 secondi): corpo rigido, fase di apnea, il paziente può mordersi la lingua;
  - Fase clonica (dura circa 1-2 minuti): spasmi evidenti, perdita di saliva dalla bocca, labbra e viso cianotici;
  - Fase di rilassamento (dura circa 5 minuti): termine delle clonie, caratterizzata da sonnolenza e confusione; talvolta permane stato soporoso e emicrania. Il paziente al risveglio non ricorda nulla dell'accaduto.

La diagnosi di crisi epilettica o di epilessia si basa fondamentalmente sui dati clinici e l'anamnesi ne rappresenta il principale strumento, consentendo di formulare una diagnosi corretta in circa la metà dei casi.

### **C) COME LE TRATTI?**

- NON trattenere MAI il paziente, ma rimuovere gli oggetti pericolosi circostanti;
- Allertare il 118. Ricordare che il rischio di stato di male epilettico, in cui non c'è soluzione di continuità tra una crisi e l'altra, è un'urgenza medica;
- Mantenere la calma;
- Slacciare eventuali cinture, sbottonare colletti e reggiseni: ogni indumento che possa in qualche modo "costringere" il paziente deve essere rimosso;
- Allontanare ogni oggetto che possa nuocere in qualsiasi modo al paziente;
- Cercare eventualmente di proteggere il capo ponendovi sotto un cuscino;
- NON mettere niente in bocca al paziente: potrebbe rompersi ed ostruire le vie aeree.

Dopo la crisi:

- Tranquillizzare il paziente: probabilmente sarà confuso, non reattivo o anche imbarazzato;
- Controllare i parametri vitali, ponendo primariamente attenzione alla pervietà delle vie aeree e alla respirazione;
- Mettere l'infortunato nella posizione laterale di sicurezza (solo dopo aver escluso un possibile trauma).

Notizie utili per il personale sanitario:

- Cosa stava facendo il paziente prima della crisi?
- Che tipo di movimenti ha compiuto durante la crisi?
- Quanto è durata la crisi?
- Ha perso il controllo degli sfinteri?
- Che cosa ha fatto dopo la crisi? (era soporoso o vigile? Rispondeva alle domande in modo congruo e pertinente o era confuso?)

Il sospetto diagnostico di epilessia si basa fondamentalmente su dati anamnestici riferiti dal paziente e/o da persone che hanno assistito all'evento acuto. La conferma diagnostica richiede l'esclusione di patologie organiche cerebrali e lo studio della attività elettrica cerebrale con elettroencefalogramma a riposo e durante manovre di stimolazione (iperpnea, stimolazione luminosa intermittente, privazione di sonno).

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Scheffer I.E., Berkovic S., Capovilla G., et al., *Classificazione delle epilessie della International League Against Epilepsy: position paper della Commissione ILAE per la Classificazione e la Terminologia*, *Epilepsia* 2017; 58(4): 512-521.
2. Glauser T., Shinnar S., Gloss D., et al., *Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society*, *Epilepsy Curr.* 2016; 16(1): 48-61.
3. Capovilla G., Kaufman K.R., Perucca E., et al., *Epilepsy, seizures, physical exercise, and sports: A report from the ILAE Task Force on Sports and Epilepsy*, *Epilepsia*. 2016; 57(1): 6-12.
4. Knowles B.D., Pleacher M.D., *Athletes with seizure disorders*, *Curr Sports Med Rep.* 2012; 11(1): 16-20.

#### **CORRISPONDENZA:**

Tammaro Di Fraia

Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico, Università degli Studi di Napoli "Federico II"  
Via S. Pansini, Edificio 20, Il Piano, Napoli (NA), Italia. Email: tammaro.difraia@unina.it