



il primo approccio al bambino neurologico

- Convulsioni
- Alterazioni del tono muscolare
- Cefalea
- Ritardo del linguaggio



CRISI CONVULSIVE

Epidemiologia

- Prevalenza 0,5- 0,8 %
1/200 soggetti
- Maggiore prevalenza nei primi due anni di vita
- Ricoveri in PS pediatrico per crisi convulsive: 1,5%



CRISI CONVULSIVE

Convulsione febbrile

Convulsione occasionale

Convulsione in corso di epilessia

Stato di male

Convulsioni neonatali

Due terzi sono associate a encefalopatia ipossico ischemica o a disordini cerebrovascolari

Fattori predittivi di CN:
età gestazionale, sesso maschile,
comorbidità neurologiche sistemiche come sepsi,
emorragie intraventricolari, leucomalacia periventricolare

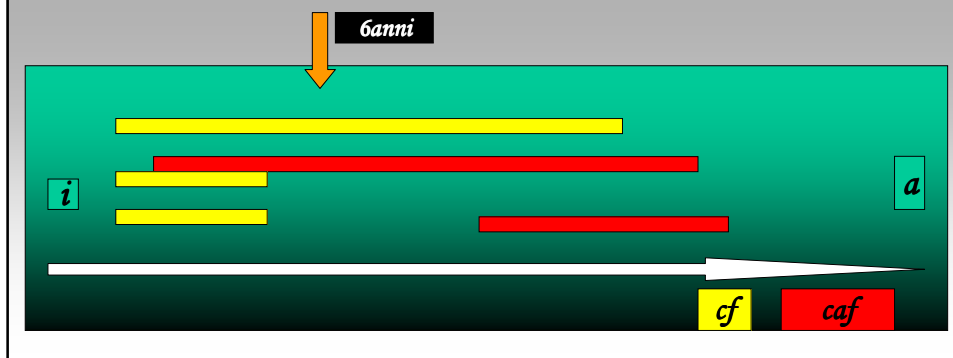
Rischio di ricorrenza delle CF e' simile per semplici e complesse

- Età precoce di insorgenza
- Familiarità per CF ed epilessia
- Frequenti febbri
- CF che esordisce con febbre bassa

- 10% senza fattori di rischio
- 25/50% 1-2 fattori di rischio
 - 50% 3 o più fattori
 - Evoluzione in epilessia 4-15%

Le Convulsioni Febrili plus

- ricorrenza o insorgenza oltre il sesto anno di vita
- CF in associazione a convulsioni afebrili (CaF)



Epilessia



Tipo di crisi di più frequente osservazione

- Spasmi infantili
- Crisi tonico cloniche generalizzate tipo GM
- Crisi parziali
- Assenze tipiche e atipiche
- Crisi miocloniche e atoniche

Percorso diagnostico

- Anamnesi
- EEG
- Neuroimaging (RMN)
- Comorbidità
- Presenza di disturbi cognitivi
- Ritardo psicomotorio e disturbi psicocomportamentali

EEG

critico
intercritico

in veglia e in sonno

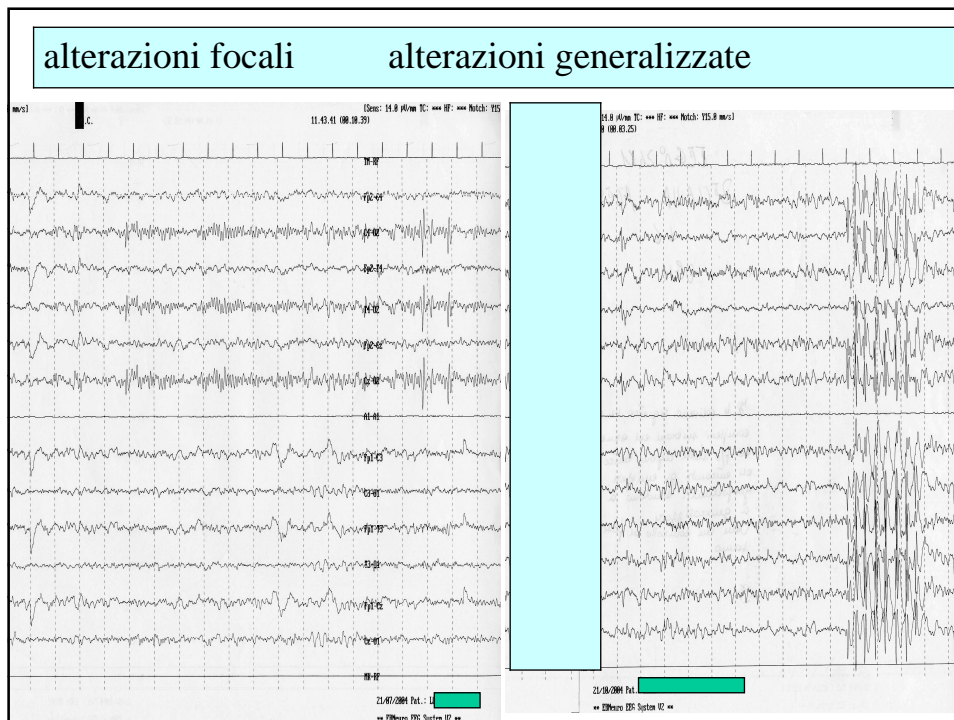
VideoEEG
Holter EEG

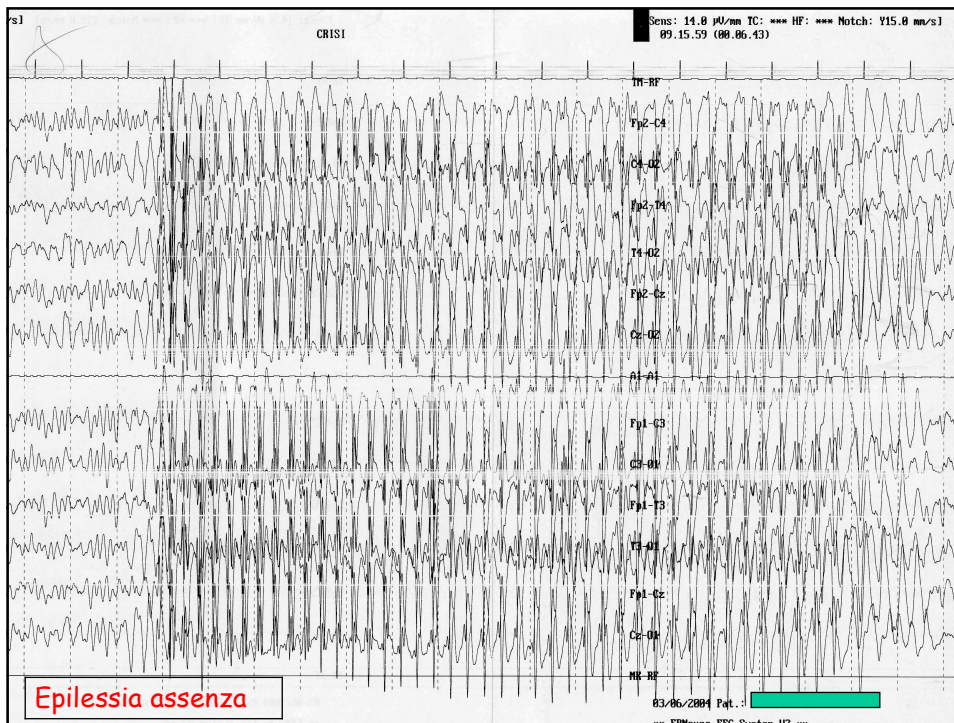
EEG con elettrodi intracranici
e monitoraggio continua

Poligrafia


EEG

- **Interpretazione non facile**
- **Esecuzione non prima di 3-4 giorni dopo la crisi in corso di febbre**

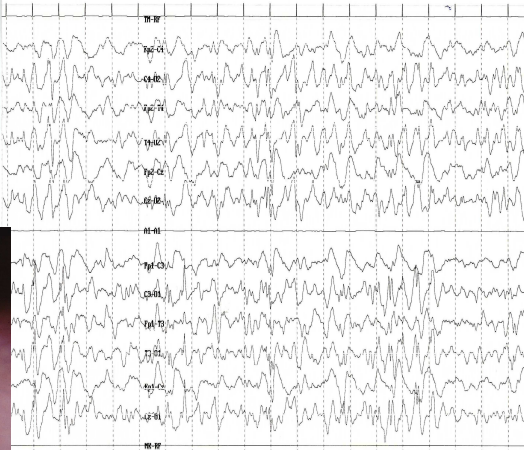




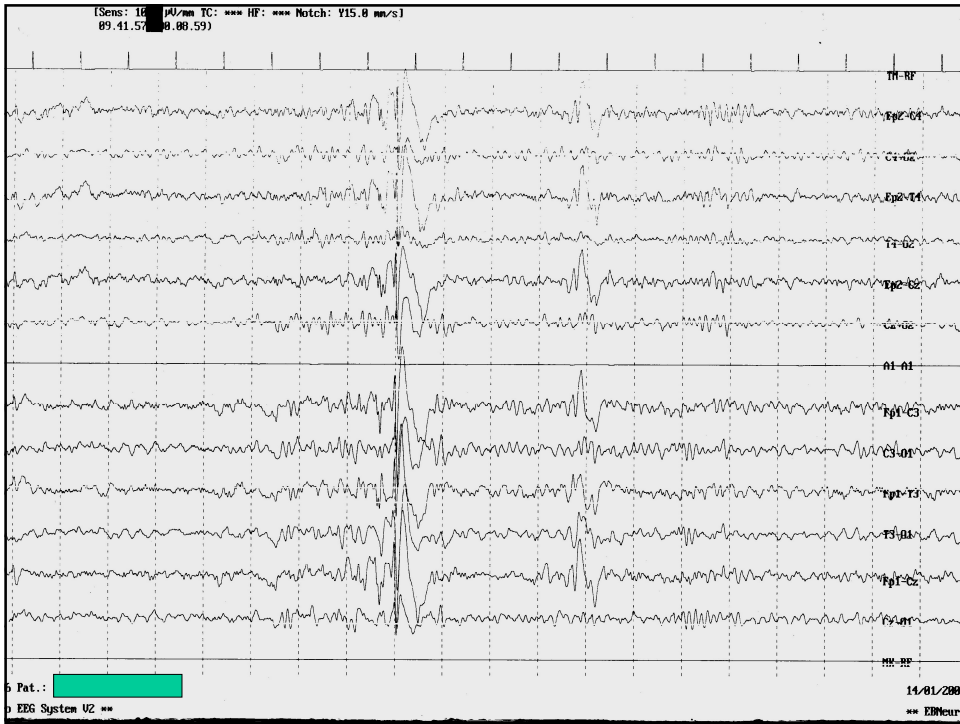
Sclerosi tuberose e
spasmi infantili

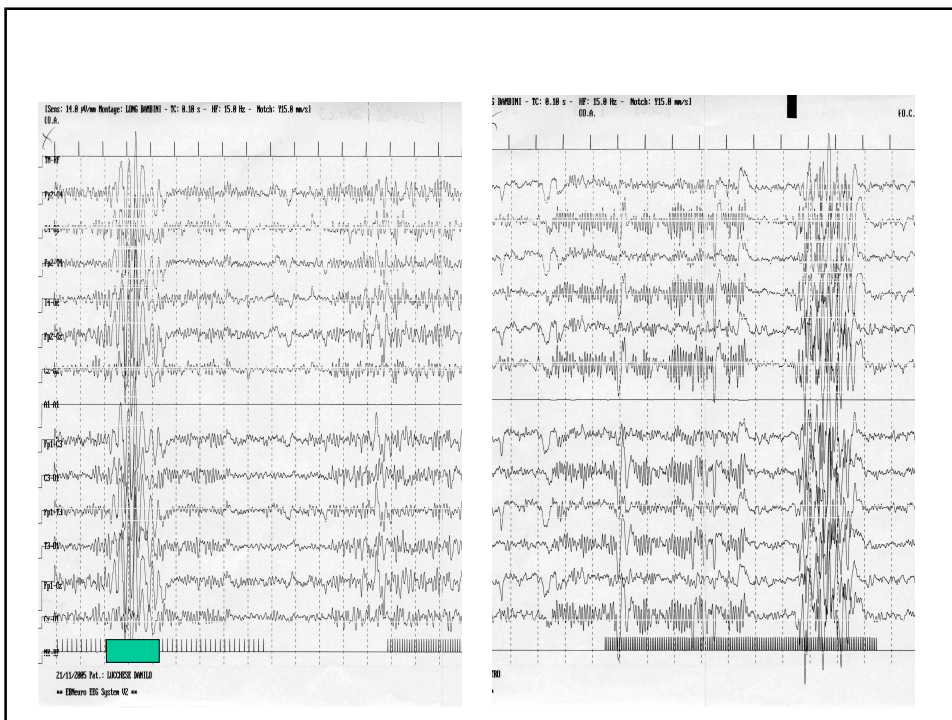


**Forma
sindromica**



**Ritardo psicomotorio
di vario grado**



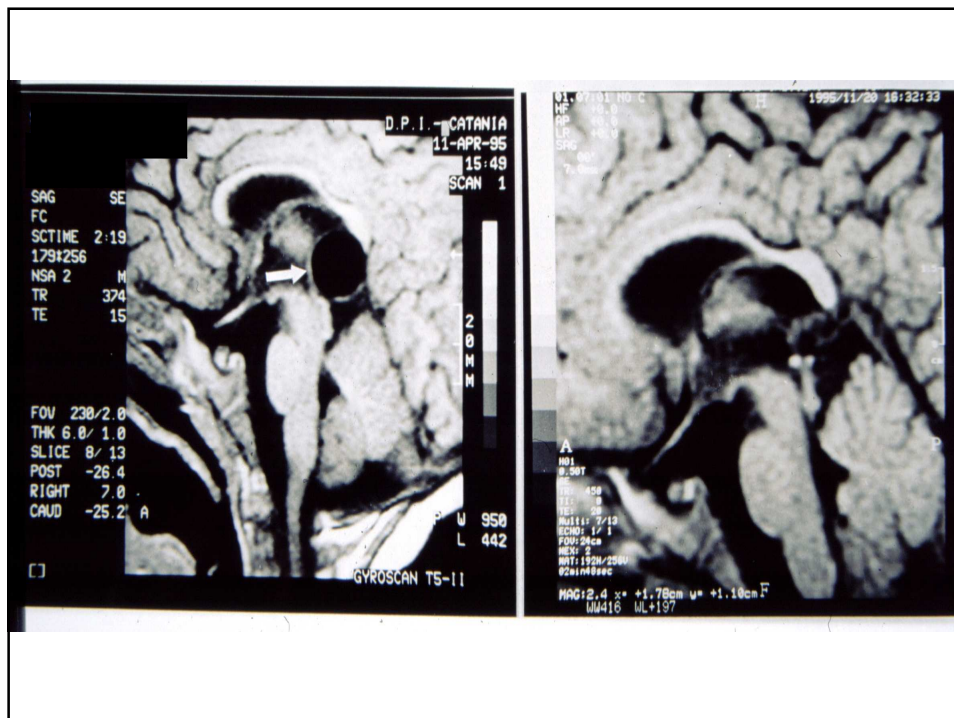


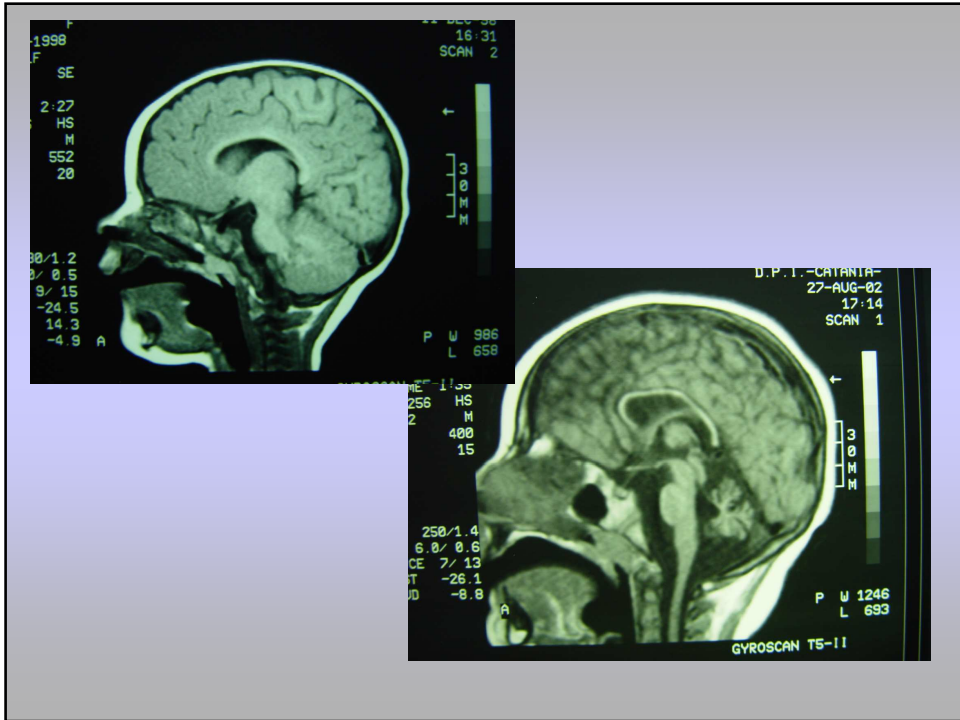
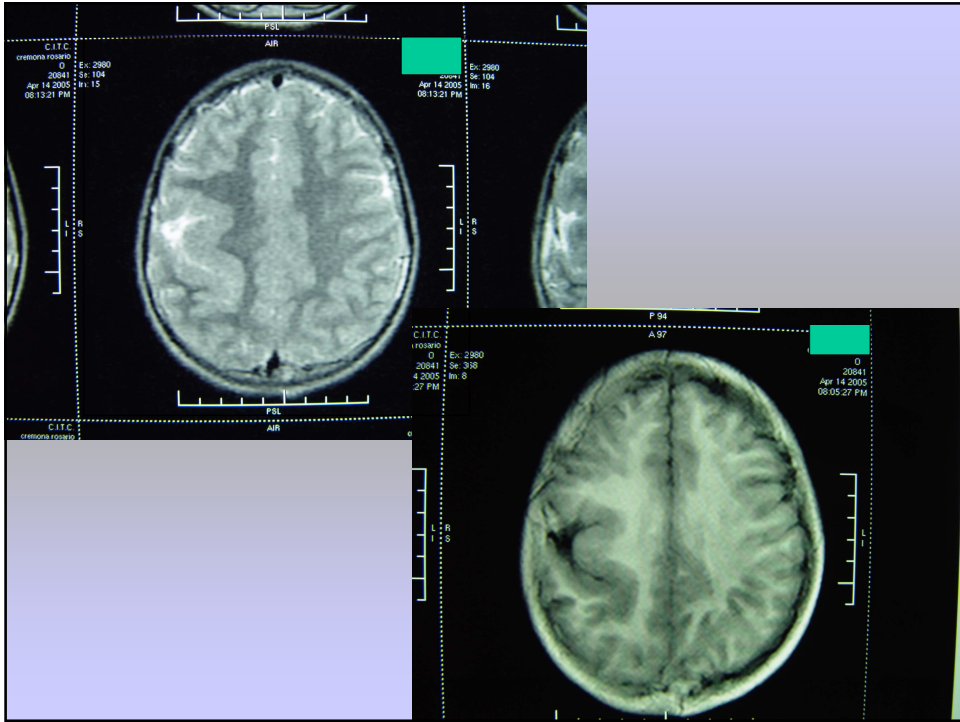
Indagini strumentali

RMN
con contrasto
senza contrasto

Inversion recovery
funzionale

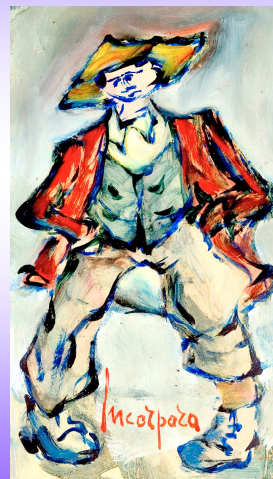
TAC (urgenza)
PET, SPECT





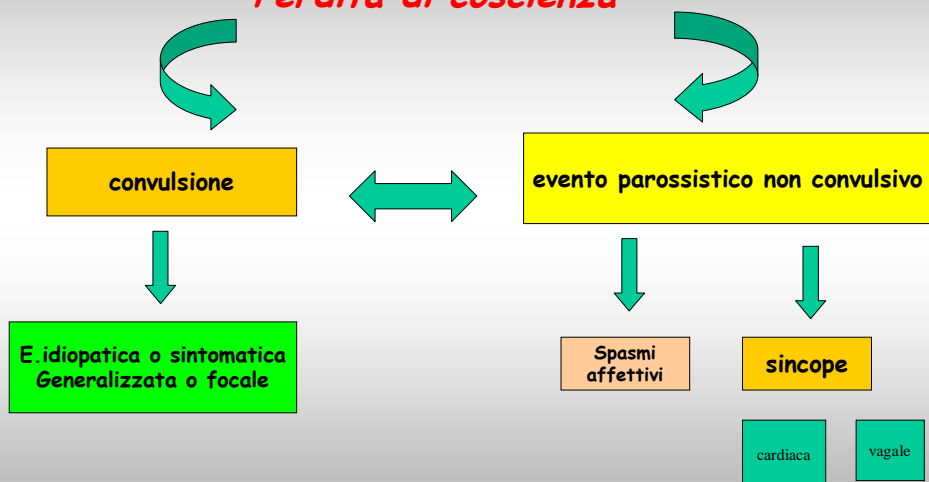
Indagini di laboratorio

Glicemia
Elettrolitemia
Calcemia
Indagini metaboliche



Episodi parossistici acuti di interesse neurologico
G. Incorpora

Perdita di coscienza



EPISODI PAROSSISTICI ACUTI DI INTERESSE NEUROLOGICO

Incidenza non chiara

Sono causa frequente di errore diagnostico

La diagnosi è spesso difficile anche per persone esperte

Non necessitano di interventi terapeutici "energetici" in quanto hanno durata limitata senza compromissione delle funzioni vitali

Episodi parossistici acuti di interesse neurologico G. Incorpora		<i>Epilessia</i>	<i>Evento parossistico non epilettico</i>
Fenomeni precritici	aura	si	no
	evento particolare	no	si
	pallore	no	si
	bradicardia	raro	frequente
	tachicardia	raro	frequente
	sudorazione	no	si
	mioclonia	si	si
Critici	<i>inizio e fine brusca</i>	frequente	rara
	<i>inizio e fine graduale</i>	rara	frequente
	<i>durata breve</i>	si	si
	<i>fenomeni motori</i>	si	si
Postcritici	mioclonie	no	si
	sonno	si	no
	perdita feci e/o urine	si	raro
	ripresa rapida	no/si	si

Terapia

- Evitare l'inizio del trattamento dopo la prima crisi
- Il farmaco anticonvulsivante va iniziato a dosi basse e aumentato gradualmente fino alle dosi ottimali
- Preferire sempre la monoterapia
- E' utile tenere un diario delle crisi
- Il dosaggio ematico è possibile solo per alcuni farmaci e va effettuato poche volte l'anno
- Affiancare alla terapia farmacologica il giusto supporto psicocomportamentale

Altre terapie

- ◇ Terapia chirurgica
- ◇ Stimolazione vagale

- ◇ Dieta chetogena

Paralisi cerebrali infantili

Epidemiologia

prevalenza

1,1/1000 peso = o < di 2.500gr

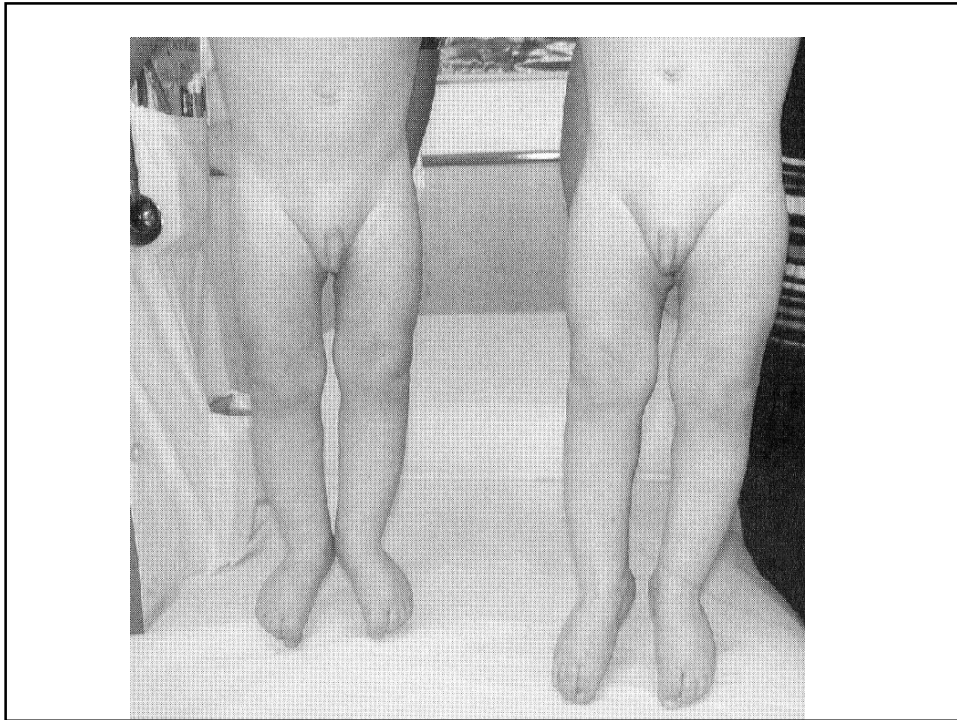
78,1/1000 peso < 1000gr

Il rischio aumenta con il diminuire dell'età gestazionale
e con il peso del neonato inferiore a 2.500gr

Rischio 20 volte maggiore nei neonati di peso inferiore
a 1.500 gr

Tonicità dei muscoli del collo





Paralisi cerebrali infantili

- ◊ Interessamento motorio
- ◊ Origine centrale della lesione
- ◊ Non progressività della malattia
- ◊ Coinvolgimento del SNC quando il cervello è in fase di attivo sviluppo

E' la causa più comune di handicap motorio infantile grave

Paralisi cerebrali infantili

Forme spastiche

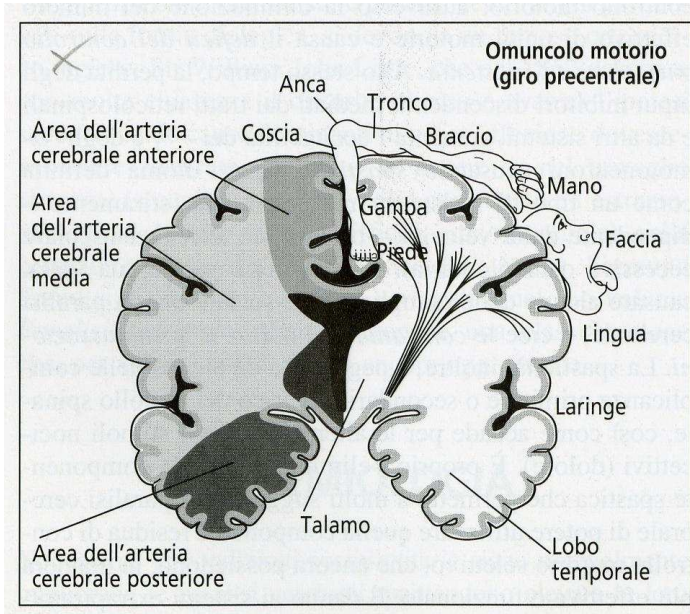
- ◊ Diplegiche (nati pretermine)
- ◊ Quadriplegiche (neonati a termine piccoli per l'età gestazionale o di peso molto basso)
- ◊ Emiplegiche (neonati a termine con turbe circolatorie prenatali, stroke o malformazioni cerebrali)

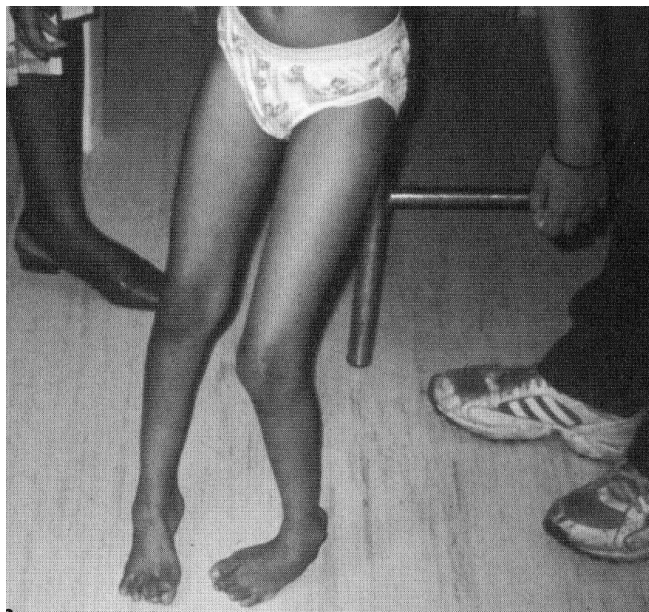
Paralisi cerebrali infantili

Il danno precoce del SNC può avvenire

- ◊ in gravidanza
- ◊ durante il parto
- ◊ nei primi 2 anni di vita postnatale

Paralisi cerebrali infantili







La cefalea in età pediatrica

Classificazione secondo Rothner

1. Forme acute (infezioni)
2. **Forme acute ricorrenti (emicrania)**
3. **Croniche progressive**
4. **Croniche non progressive (tensive o psicogene)**
5. **Miste**

La cefalea in età pediatrica

1. Forme acute

- Infezioni
- Trauma
- Trombosi del seno venoso
- Sinusite

Forme acute ricorrenti

Emicrania

- Forma classica o con aura
- Forma comune o senza aura
- Forma complicata
 - E. emiplegica
 - E. oftalmoplegica
 - E. dell'arteria basilare
 - Stato emicranico
- Varianti emicraniche
 - E. confusionale
 - Vertigini Parossistiche
 - Sindromi periodiche

3. Forme croniche progressive

Aumenta lentamente in frequenza e gravità nell'arco di qualche mese

- **Tumori**
- **Vasculopatie**
- **Malformazioni artero venose**
- **Iperensione intracranica benigna o pseudotumor cerebri**

4. Forme croniche non progressive

- *Impiego di terapie particolari: ormone della crescita, immunoglobuline, farmaci che liberano istamina*
- *Sinusiti croniche*
- *Malattie autoimmuni*
- *Altre malattie: renali, infettive (ascesso cerebrale), endocrine*
- *Obesità*

cefalea

- ◇ Anamnesi
- ◇ Esame obiettivo generale e neurologico
Valutare bene capo e occhio, vie respiratorie, pressione arteriosa

cefalea

Sintomi neurologici transitori sintomi neurologici persistenti



emicrania



Alterazioni SNC

Cefalea

Esami di laboratorio:

Emocromo,
Celiachia, indici di infiammazione

Controllo cardiologico
doppler tronchi sovraortici

Neuroradiologia:

RMN, angio RM

Cefalea

EEG se farlo, quando farlo?

- migralepsy
- episodi cefalgici di breve durata
- possono essere presenti anomalie EEG posteriori nei soggetti emicranici

Sintomi di allarme

- ◇ Cefalea che sveglia il bambino
- ◇ Insorge al risveglio
- ◇ Cefalea intensa e prolungata senza una specifica causa
- ◇ Assenza di familiarità per cefalea
- ◇ **Cambiamento di umore e comportamento**

terapia

- Acuta ibuprofene paracetamolo
- Preventiva
- biocomportamentale

Trattamento preventivo dell' Emicrania

- Calcio antagonisti (Flunarizina 0,1-0,2 mg/Kg/die)
- Antiserotoninergici (ciproptadina 0,2-0,4 mg/kg/die)
- Pizotifene (0,04 mg/Kg/die)
- Precursori della serotonina (5-idrossitriptofano 5-10mg/Kg/die)
- Beta bloccanti (Propranololo 1-2 mg/Kg/die)

La cefalea in età pediatrica

TERAPIA biocomportamentale

Normalizzare lo stile di vita

- ◇ individuare le condizioni favorevoli
- ◇ eliminare le abitudini sfavorevoli
(sonno, alimentazione, idratazione, caffeina, obesità, esercizio fisico)

Terapia rilassante (biofeedback- assisted)

disturbo generalizzato dello sviluppo

- *L'autismo non è una singola malattia ma una sindrome (ASD) che condivide cause genetiche e non genetiche*
- *Il disordine autistico si manifesta prima dei tre anni di vita*
- *Compromissione interazione sociale*
- *Ritardo del linguaggio*
- *stereotipie*