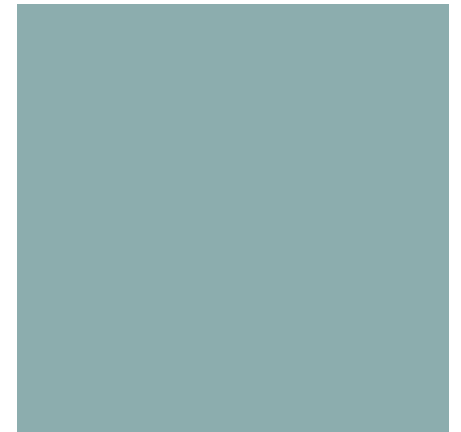


Riunione Regionale ANEU Toscana



Caso Clinico: Epilessia

18 novembre 2022

Dott.ssa Silvia Pradella
SOC Neurologia Prato
Usl Toscana Centro

+ Anna, 44 anni

Anamnesi

- Autonoma
- Una sorella con emorragia cerebrale a 40 anni.
- Diabete mellito tipo 2 in terapia antidiabetica orale
- Circa 2 anni fa riscontro di tumore mammario trattato chirurgicamente
- A giugno 2018 riscontro di metastasi ossee ed epatiche
- Ottobre 2018: comparsa di intenso dolore al rachide cervicale e diplopia, lieve cefalea





8 novembre

Il ricovero in DEA

H 12:30

Anna si alza dal tavolo della cucina dopo aver pranzato. Chiede al marito di aiutarla per l'intenso dolore che accusa da tempo al collo.

H 12:35

Improvvisa perdita di coscienza. Il marito riferisce sguardo rivolto verso l'alto, episodio di vomito alimentare e violente scosse ai 4 arti.

Allerta il 118

h. 12:40

Contattato il 118. Persistono scosse ai 4 arti, "meno violente"

H 12:55

Arriva il personale del 118 che obiettiva paziente soporosa con risposta di evitamento al dolore, assente una risposta verbale, GCS 7.

Durante il trasporto in ambulanza nuova crisi generalizzata tonico-clonica, somministrato midazolam.



Le indagini in DEA

H 13:15

ARRIVO IN DEA

- Viene assegnato un codice rosso
- PA 135/90,
FC 75 bpm,
FR 16
SO2 in AA 99%
- ECG: ndr

ANAMNESI:

pz diabetica in terapia con metformina, etp mammario plurimetastatico, recente comparsa di diplopia e dolore cervicale per cui ha effettuato RM encefalo e rachide con mdc circa 1 mese fa risultato nella norma. Plurime allergie ed intolleranze a farmaci.

ESAME OBIETTIVO:

GCS 9, paziente soporosa, accenna apertura degli occhi allo stimolo doloroso con risposta in evitamento.

Inviata ad eseguire TC cranio

h 13:40: TC cranio nella norma.

Crisi epilettica tonico-clonica in radiologia.





Le indagini in DEA

h 13:45 Somministrato Lorazepam 4 mg 1 fl ev con scomparsa delle manifestazioni critiche.

h 14:15 Persiste sopore, GCS 8. PV nei limiti.

ESAMI EMATOCHIMICI:

Emocromo, funzionalità epatica e renale, elettroliti, PCR nei limiti.

h 15:00 recidiva di crisi epilettica generalizzata tonico-clonica.

Contattato il neurologo ed anestesista per il peggioramento degli scambi respiratori.

VALUTAZIONE NEUROLOGICA (ore 15:15)

- Paziente con crisi epilettiche recidivanti senza recupero di coscienza tra gli eventi.
- Soporosa, apre gli occhi allo stimolo doloroso, non esegue ordini semplici, risposta in evitamento al dolore con motilità attiva ai 4 arti. Pupille isocoriche, dubbio Babinski a sn.
- Crisi epilettiche subentranti, possibile stato epilettico.
- Consigliati LEV 1000 mgx2, EEG ed RM encefalo

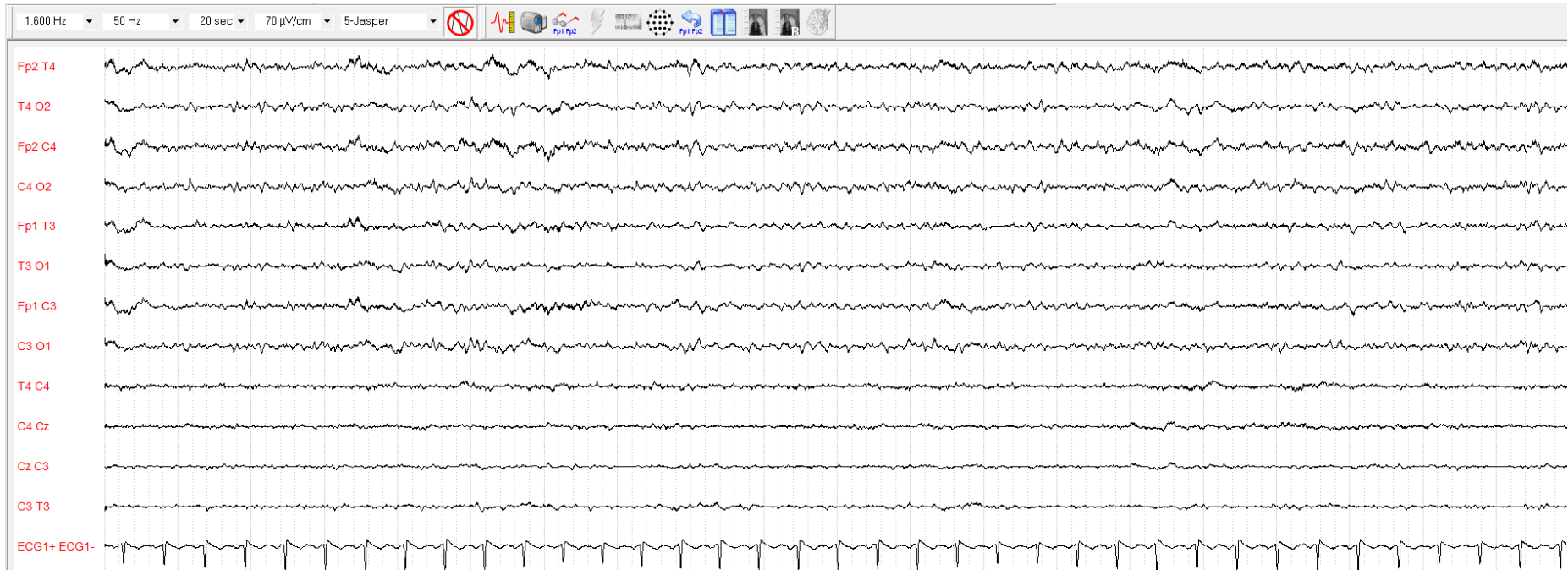
h 15:30

Trasferita presso la Rianimazione con emodinamica stabile, alle ore 16 recidiva critica per cui la paziente viene sedata con propofol ed intubata. Prosegue terapia con LEV 1000 mgx2.

+ Ricovero

Rianimazione

Il giorno seguente esegue EEG che non mostra anomalie epilettiche in tracciato diffusamente rallentato con prevalente attività theta fronto-centrale destra.



Anestesista e neurologo concordano sospensione della sedazione ed eventuale estubazione.

Pz soporosa, muove i 4 arti, esegue ordini semplici, non segni di lato.

Buoni gli scambi respiratori, la paziente viene estubata e trasferita in Neurologia

+ Ricovero

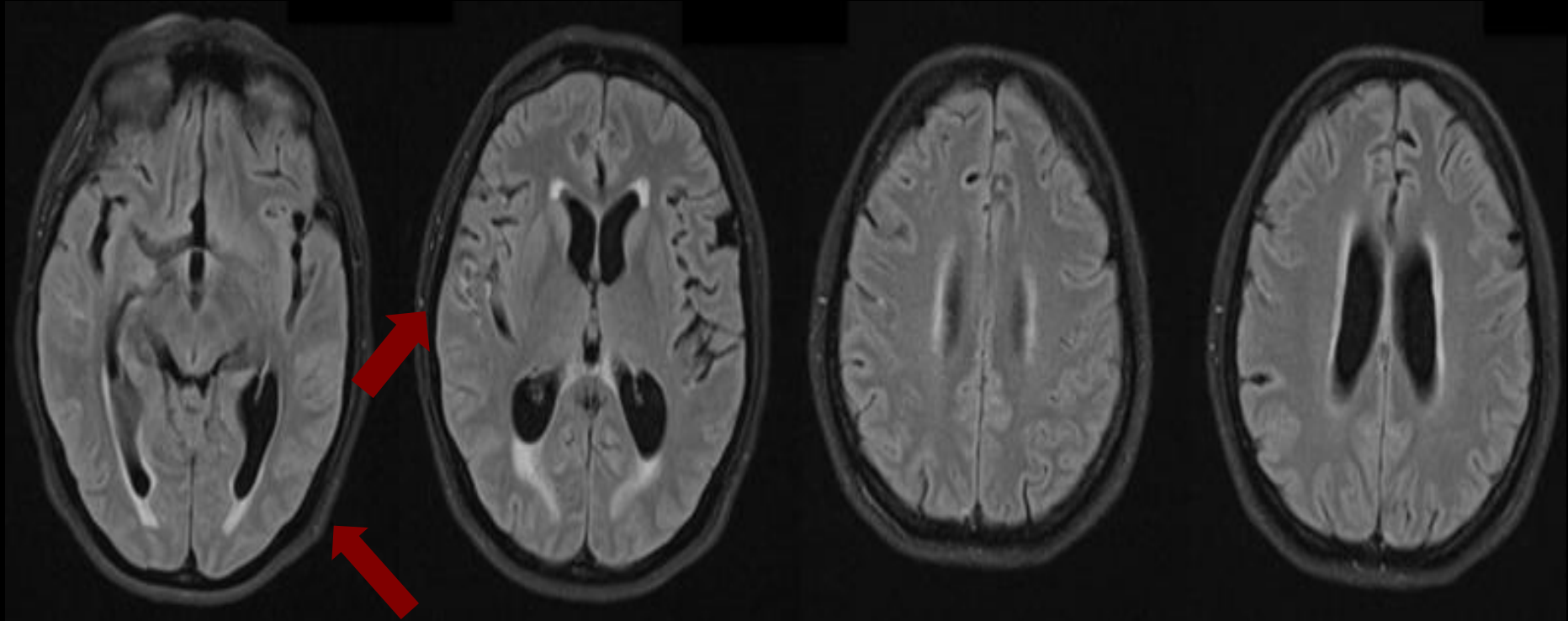
Neurologia

All'ingresso in reparto di Neurologia:

- Vigile, orientata, collaborante, eloquio nei limiti
- Non apparenti deficit stenici ai 4 arti con riflessi simmetrici e cutaneo plantare in flessione
- Non disturbi della sensibilità né cerebellari
- Riferita diplopia orizzontale nella visione binoculare prevalente in posizione primaria e che si riduce nella visione laterale.

Non eventi critici durante la degenza in trattamento con LEV 1000 mgx2.

Esegue RM encefalo



In FLAIR dopo mdc iperintensità diffusa degli spazi subaracnoidei più evidente in sede fronto-insulare dx ed occipitale sn.
Iniziale idrocefalo.

Diagnosi di carcinomatosi meningeale

+ Ricovero

Neurologia

Peggioramento della cefalea, diplopia e sensazione vertiginosa associata a nausea e vomito.

Valutazione **neurochirurgica**: che per il momento non da indicazione a derivazione

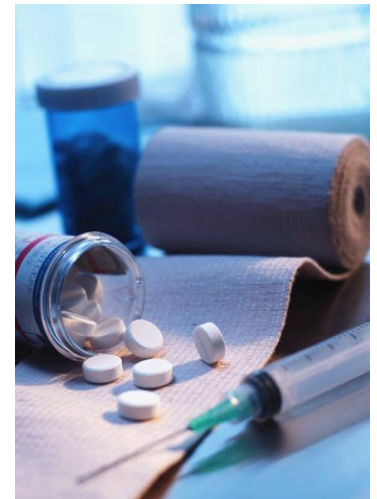
Introdotta terapia steroide con modesto beneficio

Inizia radioterapia panencefalo.

Alla dimissione:

Non nuovi episodi critici, persistono cefalea e diplopia

Terapia alla dimissione: LEV 1000 mgx2, Desametasone 8 mg 1 flx2,
Metformina



+ Criticità

Organizzative

- Il neurologo è stato allertato solo tardivamente.
- L'elettroencefalogramma è stato eseguito a oltre 12 ore dall'esordio della sintomatologia
- La terapia antiepilettica è stata inserita dopo che la paziente aveva già presentato diversi episodi ed assunto diversi farmaci sedativi



+ Criticità

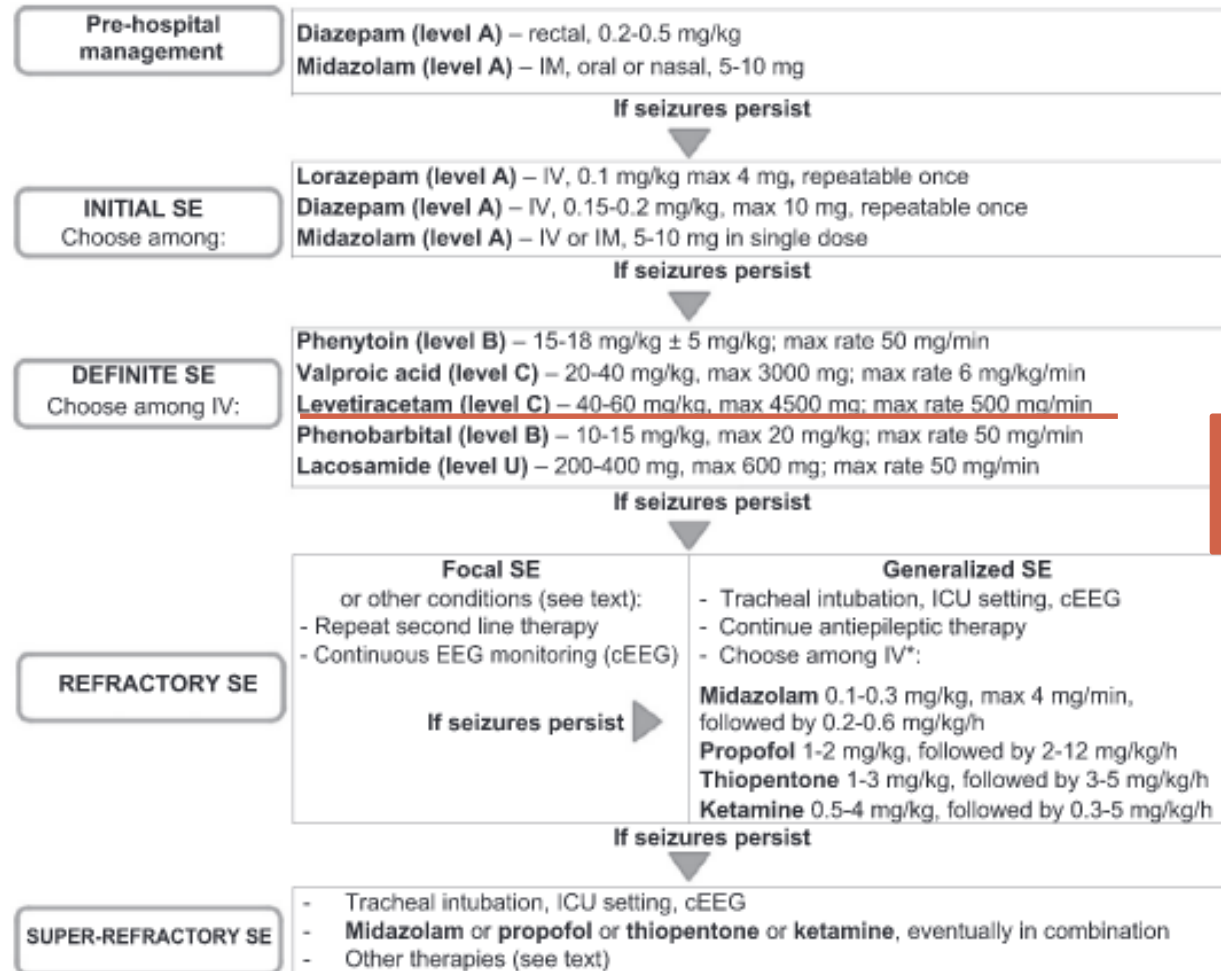
Di trattamento

Un trattamento più “aggressivo” con antiepilettici avrebbe potuto arrestare lo status e quindi evitato intubazione, sedazione e degenza in rianimazione



+ Management of status epilepticus in adults. Position paper of the Italian League against Epilepsy

Fabio Minicucci ^{a,*,1}, Monica Ferlisi ^{b,1}, Francesco Brigo ^{c,d}, Oriano Mecarelli ^e, Stefano Meletti ^{f,g}, Umberto Aguglia ^h, Roberto Michelucci ⁱ, Massimo Mastrangelo ^j, Nicola Specchio ^k, Stefano Sartori ^l, Paolo Tinuper ^{m,n}



**60 kg
LEV 2400-3600 mg**



+

...grazie