

Crisi febbrili

Si calcola che il 3% dei bambini sani vada incontro a queste manifestazioni, al di sotto dei 5 anni. di età.

Fanno la loro comparsa a volte già nel primo anno di vita, ma la loro maggiore incidenza si ha attorno ai due anni, più rara la loro prima comparsa negli anni successivi. Le crisi per lo più tendono a ripetersi con maggiore o minore frequenza a seconda degli individui, ma cessano di regola quando il bambino raggiunge i 5-6 anni.

Una *prima caratteristica* è che le convulsioni compaiono solo in caso di febbre, soprattutto quando questa sale e in modo rapido; più raramente la convulsione si ha nella fase di stato o di defervescenza rapida.

La febbre responsabile delle convulsioni può essere di varia origine; nella metà dei casi si tratta di febbre virale (sesta malattia, infezioni intestinali, delle vie respiratorie).

Una *seconda caratteristica* è che si tratta sempre di convulsioni generalizzate e non focali. Nella grandissima parte dei casi (75-80%) si tratta di crisi cloniche che interessano anche la faccia e si manifestano in genere con scosse molto fini e rapide; nel 14% dei casi si tratta di crisi toniche e nei rimanenti casi di crisi atoniche; spesso vi è anche cianosi intensa. Solitamente la durata della vera crisi è attorno al minuto, o poco più; essa può però ripetersi più volte a breve distanza di tempo, senza che il bambino si riprenda completamente dalla crisi precedente

La *terza caratteristica* è quella elettroencefalografica: il tracciato è normale a distanza dalla crisi; prima che siano trascorsi 10-15 giorni l'EEG può presentare invece dei rallentamenti diffusi più o meno importanti.

Solo quando sono presenti le tre caratteristiche qui indicate si è autorizzati a fare la diagnosi di convulsione febbrile.

L'etiopatogenesi non è chiara; sicuramente ha una notevole importanza la bassa soglia di eccitabilità neuronale riferita all'età del bambino; essa sembra legata però a fattori genetici: si è visto che nel 25—30% dei casi vi è una familiarità ed i maschi sono colpiti più delle femmine in rapporto di 3:2.

La prognosi è buona nella grandissima parte dei casi; il 3-5% dei casi evolve però verso una forma di epilessia; ciò avviene più frequentemente se le convulsioni compaiono nel primo anno di vita e sono state di durata prolungata.

La terapia dell'attacco viene generalmente fatta con il Diazepam (Valium, Micronoan) per via intrarettale o e.v. La via intramuscolare non è consigliata per i maggiori tempi di assorbimento. Per quanto riguarda la profilassi, è consigliata solo se le crisi si susseguono ad ogni attacco febbrile. Si utilizza sempre il Diazepam (Valium) per via orale (tante gocce quanto è il peso corporeo in Kg del bambino, ogni 8 ore), al primo apparire della febbre (*profilassi intermittente*). Maggiori problemi pone, invece, la *profilassi continuativa*, che si propone nei casi con febbri e crisi più frequenti e che comunemente viene fatta utilizzando il Valproato di sodio (Depakin) alla dose di 25 mg /kg/die, in due somministrazioni al giorno, che comporta tempi lunghi di trattamento continuativo quotidiano (intorno ai 2 anni o più) e la necessità di monitoraggio periodica (semestrale) dei livelli plasmatici del farmaco.

Il problema che ci si pone sempre è infatti se conviene oppure no sottoporre un bambino che ha le convulsioni febbrili ad un trattamento che comunque va protratto per alcuni anni (almeno sino a quando avrà 5-6 anni); se le crisi febbrili si ripetono frequentemente e sono di durata protratta e vi è il rischio che possano provocare danni cerebrali irreversibili, causa di epilessia:

per tale motivo appare più opportuno iniziare e proseguire regolarmente un trattamento farmacologico quando si è constatata la tendenza al ripetersi del fenomeno. Alla prima manifestazione critica del bambino, è invece lecito astenersi dal trattamento perché essa può essere un fatto del tutto isolato.