

Titolo/tag:

Parole Chiave

- 1.
- 2.
- 3.

Presenta

NOME, COGNOME:
ENTE DI APPARTENENZA:
MAIL:

ABSTRACT (MAX 250 PAROLE)
facoltativo.

Anamnesi

Dati demografici: 29 anni. Sesso maschile, destrimane. Diploma di scuola secondaria.

Storia Familiare/pre-perinatale: assenza di familiarità per epilessia e di fattori di rischio pre-perinatali.

Esordio delle crisi: 8 anni. Semiologia stabile nel tempo. Frequenza delle crisi quotidiana; episodi spesso in sonno notturno e in cluster.

Terapia farmacologica: OXC 1800 mg/die, ZNS 100 mg/die

Semeiologia delle crisi

Esperienza soggettiva: il paziente avverte una paura improvvisa.

Manifestazioni cliniche: negli episodi in veglia riesce ad avvisare verbalmente, “tenta di aggrapparsi” a qualcuno; presenta movimenti afinalistici degli arti, rubefazione del volto. Durante la crisi il paziente non risponde se chiamato e a volte, verso la fine della crisi, può ridere.

Periodo post-critico: il paziente ricorda la crisi, risponde verbalmente.

Fattori scatenanti: “emozioni intense”, stati di tensione emotiva.

Video-EEG

Intercritico: anomalie epilettiformi nelle regioni frontali di destra

Critico: sono stati registrati 4 episodi critici di tipo focale con caratteristiche semeiologiche di tipo tonico-posturale/ipermotorio e correlato EEG in gran parte oscurato dagli artefatti da movimento, ma con suggestione di scarica frontale destra.

Neuroimaging

MRI: lo studio ha documentato la presenza di una regione di alterato segnale nel lobo frontale destro, premotoria. La lesione è caratterizzata da iperintensità di segnale nelle sequenze FLAIR,

la corteccia appare ispessita con alterazione del confine grigia-bianca (blurring). E' inoltre presente una immagine di iperintensità di segnale che dalla corteccia si porta verso il ventricolo (in-folding/transmantle sign).

Esame neurologico e stato cognitivo

Normale obiettività neurologica e stato cognitivo.

La valutazione neuropsicologica documenta un deficit delle funzioni esecutive.

Altre indagini eseguite

No. In particolare non è stato ritenuto necessario eseguire uno studio pre-chirurgico invasivo con elettrodi intracerebrali.

Trattamento

Il paziente è stato sottoposto ad intervento neurochirurgico di lesionectomia/cortectomia.

Follow-up

A 6 mesi post-intervento il paziente è libero da crisi.

Esame istologico: displasia corticale focale tipo 2 B

Learning-points

- 1.Crisi tonico-posturale/ipermotorie: suggestive di esordio frontale.
- 2.Episodi critici spesso in corso di sonno e scarica critica non visibile.
- 3.Esordio crisi in displasia corticale focale: spesso precoce, crisi ad alta frequenza.
- 4.Se correlazioni anatomo-elettro-cliniche concordanti e displasia lontana da aree eloquenti: non necessità di indagini invasive.

Discussione - osservazioni

Caso esemplificativo sia negli aspetti semiologici, EEG, che nel buon risultato chirurgico.

Legende

EEG (MAX 25 PAROLE) PER FIGURA

1. EEG interctico. Le frecce indicano le anomalie intercritiche nella regione frontale destra.
2. EEG critico (a,b,c,d.). Il riquadro indica un maggiore de sincronizzazione del tracciato nelle regioni frontali di destra, pur con molte attività artefattuali sovrapposte.

IMMAGINI NEURORADIOLOGICHE (MAX 25 PAROLE) PER FIGURA

1. MRI-preoperatoria. Sezione coronale FLAIR. La freccia indica la displasia.
2. MRI-preoperatoria. Sezione coronale IR. La freccia indica la displasia.
3. MRI-preoperatoria. Sezione assiale FLAIR. La freccia indica la displasia.
4. MRI-postoperatoria. Sezione assiale T1.

5. MRI-postoperatoria. Sezione coronale T1