I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

QUANDO LE BENZODIAZEPINE SONO DI TROPPO

Chiara Pierobon, Giovanni Crichiutti

Clinica Pediatrica, AOUD S. Maria della Misericordia, Udine, Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: pierobon.chiara@gmail.com

Sarah, 13 anni, viene ricoverata per episodi critici caratterizzati da nausea, tremori generalizzati scuotenti, con ipertono, caduta a terra e perdita di contatto, seguiti da un periodo di tempo protratto con sonnolenza e non rispondibilità agli stimoli dolorosi. Nelle ultime due settimane vengono riferiti tre episodi analoghi trattati dai sanitari del 118 con benzodiazepine ev, seguiti da risoluzione e obiettività neurologica negativa.

L'elettroencefalogramma risulta ipovoltato in assenza di asimmetrie o anomalie parossistiche. Durante un episodio avvenuto in corso di registrazione si rilevano solamente artefatti da movimento.

La ragazza è una paziente nota, seguita da quattro anni per epilessia occipitale sintomatica insorta in seguito a ematoma extradurale temporo-parietale destro post-traumatico, trattato chirurgicamente a un anno di vita. I precedenti episodi critici, tuttavia, erano prevalentemente crisi parziali: allucinazioni visive con tracciato EEG testimone di parossismi occipitali a destra. Riferito anche qualche raro caso di crisi generalizzata della durata di 2-3 minuti, con tremori fini della mano sinistra a evoluzione in scosse tonico-cloniche agli arti, *bavage*, sguardo fisso e postcritico di 15 minuti, non più manifestatosi dopo l'avvio del trattamento con levetiracetam, farmaco a concentrazione ematica adeguata all'ingresso.

Le caratteristiche dei recenti episodi similcritici in associazione ai dati riguardanti il background socio-economico e familiare di Sarah fanno ipotizzare che non si tratti di manifestazioni su base epilettica. La ragazza vive con la madre, disabile, in condizioni di reddito precario. Emerge un episodio scolastico fortemente stressante avvenuto nelle settimane precedenti. In anamnesi un *tentamen* un anno prima per una discussione con la madre.

A sostegno della tesi Sarah rivela di avere coscienza di ciò che accade attorno a lei durante la crisi ma di non riuscire a muoversi o a parlare. Dopo colloquio neuropsichiatrico viene confermata l'ipotesi di convulsioni psicogene non epilettiche (PNES) secondo DSM-IV. Attorno a Sarah l'*équipe* multidisciplinare che vede la collaborazione di pediatra, neurologo, neuropsichiatra e insegnanti si attiva: tutti concordi sul diritto della ragazza di non essere dichiarata malata ma reintrodotta il prima possibile in comunità. Le PNES rappresentano dei comportamenti parossistici che derivano da problemi psicologici legati ai principali fattori di stress psicosociale. La maggior parte dei pazienti sono giovani donne trattate in modo inappropriato con antiepilettici ad alti dosaggi. Nel 10-30% dei casi la diagnosi è complicata dalla coesistenza con una epilessia reale. Il *gold standard* diagnostico è rappresentato dal videoEEG. Il trattamento di scelta è la psicoterapia.