

DIAGNOSI E INDICAZIONE NEUROCHIRURGICA “PRECOCE”

P. Pignatta

SC Neurologia (SS epilettologia)

Osp. Gradenigo Torino

Caso 1

- Maschio, 51 aa
- Esordio crisi a semeiologia complessa a 6 aa
- Farmacoresistente in politerapia con crisi plurimensili
- STM sx
- Operato a 47 aa
- Libero da crisi (sta scalando l'ultimo farmaco)

Caso 2

- Donna, 39 aa
- Esordio crisi complesse (anche con IIaria gen.) a 19 aa
- Farmacoresistente in politerapia con crisi plurisettimanali/plurigiornaliere
- DNET temporale dx
- In attesa d'intervento

Caso 3

- Maschio, 41 aa
- Esordio crisi focali motorie a 4 aa
- Farmacoresistente in politerapia con crisi plurigiornaliere sia in sonno che in veglia
- Displasia corticale frontale dx
- Operato a 38 aa (termocoagulazione)
- Libero da crisi (assume ancora farmaci)
- *NB: prima RM negativa, diagnosi di displasia con RM mirata dopo VEEG*

Caso 4

- Donna, 52 aa
- Esordio crisi focali sensitivo-motorie (anche dolorose) a 15 aa
- Farmacoresistente in politerapia con crisi plurigiornaliere
- Displasia corticale parietale dx
- In attesa intervento (termocoagulazione)
- *NB: prima RM negativa, diagnosi di displasia con RM mirata dopo VEEG*

Cos'hanno in comune questi casi?

Cos'hanno in comune questi casi?

- Farmacoresistenti

Cos'hanno in comune questi casi?

- Farmacoresistenti
- Giovani

Cos'hanno in comune questi casi?

- Farmacoresistenti
- Giovani
- *Lunga storia di malattia attiva prima di arrivare alla terapia chirurgica*

Cos'hanno in comune questi casi?

- Farmacoresistenti
- Giovani
- *Lunga storia di malattia attiva prima di arrivare alla terapia chirurgica*
- Casi 3 e 4 (displasia): una prima RM negativa che ha contribuito a un ritardo diagnostico

Accesso alla terapia chirurgica

In tutto il mondo, e l'Italia non fa eccezione, accedono alla terapia chirurgica non più del 10% dei pazienti farmacoresistenti

- Controindicazioni
- Pregiudizio del curante o del paziente
- Ridotta conoscenza della possibilità terapeutica
- Ridotto accesso a Centri per la valutazione prechirurgica

Risultati chirurgia

- Libertà da crisi nel 70% dei casi di epilessia temporo-mesiale
- Libertà da crisi nel 40-50% dell'epilessia extratemporale
- Netta riduzione del numero di crisi e dei farmaci assunti in un'elevata percentuale di casi
- Morbilità e mortalità chirurgica 1% circa dei casi selezionati

da E. Montalenti

Chirurgia precoce

Dimostrato che l'intervento, effettuato precocemente, previene

- Deterioramento neurologico nelle forme di epilessia refrattaria “progressiva”, specie in età infantile (Encefalite di Rasmussen, Sclerosi tuberosa)
- Deficit mnesico nell'epilessia temporo-mesiale
- Prevenzione deterioramento psicosociale
- *Spiccato miglioramento della qualità di vita per assenza/riduzione crisi (lavoro, famiglia, tempo libero, patente, etc)*

Controindicazioni

- Epilessia generalizzata
- Focalità NON chiaramente identificabile o localizzata in sede eloquente
- Multifocalità
- Età superiore a 55 aa.
- Grave comorbidità psichiatrica o medica
- Grave ritardo mentale

Diagnosi precoce di farmacoresistenza

- Falsa FR (compliance, errore terapeutico: JME)
- Fluttuazioni a tipo “relapsing-remitting”

Diagnosi precoce di farmacoresistenza

- Falsa FR (compliance, errore terapeutico: JME)
- Fluttuazioni a tipo “relapsing-remitting”
- Conoscenza ed individuazione di sindromi con elevata probabilità di sviluppare farmacoresistenza, per le quali la terapia chirurgica diventa un’opzione terapeutica “propria” e precoce.

Sclerosi temporale mesiale

Displasie corticali

Dnet

Sclerosi tuberosa

Il problema delle RM

Primo esame spesso negativo:

- richiesto ed eseguito routinariamente
- apparecchi non idonei (bassi campi)
- personale tecnico e di refertazione
- quesito clinico non arriva a chi referta

Il problema delle RM

- Non accontentarsi di un primo esame
- Richiederne un controllo specifico e mirato guidati dalla semeiologia clinica e/o da una VEEG
- Indirizzare a neuroradiologi e parlare con loro

Sintesi finale

- Diagnosi precoce di farmacoresistenza
- Individuazione sindromi “chirurgiche” ab initio
- Non accontentarsi di una RM negativa
- Maggior diffusione VEEG da utilizzare come strumento diagnostico e non da considerare solo per la valutazione pre-chirurgica

***L'idea deve partire dal
clinico.....***

Difficoltà operative

- Scarsità di centri specializzati con lunghe liste di attesa

Difficoltà operative

- Scarsità di centri specializzati con lunghe liste di attesa
- Volontà politica

Difficoltà operative

- Scarsità di centri specializzati con lunghe liste di attesa
- Volontà politica
- Creazione di centri di coordinamento regionali

Difficoltà operative

- Scarsità di centri specializzati con lunghe liste di attesa
- Volontà politica
- Creazione di centri di coordinamento regionali
- Creazione di adeguati DRG (valutazione pre-chirurgica)



***Cominciamo a pensare da
neurochirurghi...***