

## «NON E' FACILE TROVARE LO SPECIALISTA PREPARATO»

■ Sette volte su dieci di epilessia si guarisce. Anche questo dato, certamente consolante, non è noto all'opinione pubblica, ancora largamente ancorata a una visione pessimistica e di fatto rassegnata di questa malattia. Guarire, anche quando si parla di epilessia, significa per la precisione aver superato le crisi *così da poter fare a meno dei farmaci*: una situazione quindi del tutto rassicurante. Ma se si tiene conto anche dei casi nei quali, pur avendo bisogno ancora del farmaco, è possibile ottenere un buon controllo della malattia, i risultati positivi appaiono ancora più ampi e soddisfacenti.

Una informazione altrettanto importante per la corretta comprensione di questo disturbo è quella che ha ormai cancellato la nozione di una unica malattia: perché per la precisione dovremo parlare oggi di *epilessie*, un numero molto alto di forme diverse tra loro sia per la gravità che per i sintomi. «Se guardiamo alle crisi che dell'epilessia sono la manifestazione più evidente», precisa il professor Canger, «dobbiamo dire che oggi se ne conoscono più di 40, tanto diverse tra loro da identificare altrettante forme di disturbo».

Vediamo qualche esempio. La crisi di *grande male* è la più nota: colpisce generalmente tra i 10 e i 15 anni e rappresenta tuttora la forma più diffusa di epilessia. Il *piccolo male - assenza*: ne sono colpiti molti bambini durante la seconda infanzia. Il bambino in questi casi si ferma, si "incanta" per pochi secondi, interrompendo bruscamente quello che stava facendo. Se succede a scuola (le crisi sono più frequenti al mattino), il rendimento e ancor prima l'applicazione scolastica del

bambino possono risentirne negativamente.

Il *piccolo male mioclonico* si segnala con crisi di breve durata che si manifestano con brusche scosse delle braccia, subito dopo il risveglio in epoca puberale. Naturalmente ogni forma di epilessia nasce da una alterazione specifica della funzionalità cerebrale ed esige una cura diversa dalle altre: è per questa ragione che una diagnosi precisa è assolutamente indispensabile. Per rimanere nel campo delle crisi che interessano i bambini o che sono comunque legate all'età, ricordiamo le *crisi acinetiche*, che colpiscono durante la prima infanzia: sono caratterizzate da brusche e improvvise cadute a terra, dalle quali il bambino si rialza prontamente. I fatti di questo genere sono frequentemente interpretati come "un bimbo che inciampa spesso".

Ma anche le *convulsioni febbrili*, un fenomeno molto frequente durante il primo anno di età (colpisce il 3-4 per cento dei bambini), possono essere a volte il segno di una epilessia: una certa parte delle convulsioni definite come "complicate", infatti, evolve poi in epilessia e poiché la cura è tanto più efficace quanto più è precoce, anche in questo caso è di fondamentale importanza una buona diagnosi.

Una forma molto frequente della malattia è quella che dà luogo alle *crisi psicomotorie*: coinvolgerebbe più del 30 per cento di tutte le epilessie. A volte le crisi di questo genere possono venire confuse con le "assenze" del piccolo male: per la verità, oltre alla breve e completa perdita di contatto con la realtà si registrano in questo caso fenomeni di altro genere, come disturbi sensoriali (per esempio le allucinazioni visive) o piccoli automatismi nei gesti o nel parlare.

Non bisogna dimenticare infine che le forme più frequenti che compaiono in età evolutiva (rientrano nelle cosiddette "epiles-

sie rolandiche") guariscono spontaneamente, anche senza essere curate, prima della pubertà.

Tutto questo è sufficiente a sottolineare la difficoltà per il medico a orientarsi, sia in fase di diagnosi che di cura, nel labirinto dell'epilessia, una malattia che può essere decodificata e trattata efficacemente soltanto da uno specialista. «Io ritengo», sostiene a questo proposito Raffaele Canger, «che di specialisti, anzi di buoni specialisti, ne esistono più di quelli che la gente crede: ma è chiaro che identificarli non è sempre facile». Vale la pena ribadire a questo proposito l'utilità dei centri che fanno capo all'Associazione: da loro, infatti, è possibile ottenere un indirizzo utile.

Ma questo breve percorso all'interno delle diverse epilessie ripropone anche la necessità di una informazione accurata dell'opinione pubblica e dell'autorità sanitaria.

È immediatamente comprensibile, infatti, che gli ammalati di epilessia non sono da mettersi tutti sullo stesso piano, e che quello che ad alcuni di loro è da sconsigliare o addirittura "vietato" potrebbe non esserlo per molti altri.

Anche la coscienza diffusa della complessità di questa malattia e della diversità che esiste tra le varie forme è però, finora, un obiettivo da raggiungere piuttosto che un fatto acquisito.

## «TRE ESAMI PER CAPIRE BENE LA MALATTIA»

■ «Va ritenuto affetto da epilessia chi ha ripetute crisi: non è epilettico, invece, chi ha avuto una crisi sola, una eventualità che si verifica in numerosi casi anche in persone che sono perfettamente sane». Questa precisazione del professor Canger è molto importante ma non basta ancora a illuminare tutte le difficoltà di una diagnosi precisa e tempe-

stiva. «Bisogna convincersi», riprende lo specialista, «che nel caso dell'epilessia la diagnosi strumentale può fornire soltanto un aiuto: ma nella grandissima parte dei casi la diagnosi della malattia e l'identificazione della sua forma è affidata all'esperienza ed alle conoscenze specifiche del medico. È assolutamente necessario infatti - attraverso il colloquio diretto con il paziente, anche se si tratta di un bambino, e quello con chi ha assistito alle sue crisi - ricostruire con molta precisione le manifestazioni della malattia, caso per caso: fino a mimare, se è necessario, la crisi realmente avvenuta».

Questo è il nucleo dell'interpretazione diagnostica. È assolutamente necessario quindi che i medici che si occupano di epilessia conoscano i diversi tipi di crisi (come abbiamo già detto ve ne sono una quarantina) e le loro caratteristiche specifiche.

È questo uno degli obiettivi dei corsi che Raffaele Canger organizza periodicamente, con il patrocinio dell'Università di Milano e della Regione Lombardia, per i giovani medici che si stanno specializzando in neurologia, pediatria e neuro-psicologia infantile. L'ultimo di questi corsi si è tenuto a Gargnano sul Garda nell'ottobre 1989.

Ma è anche vero che in un numero limitato di casi, quelli più complessi e difficili da interpretare, l'indagine del medico da sola non basta ed è necessario allora l'aiuto della diagnostica strumentale. «Al Centro Regionale per l'Epilessia dell'ospedale San Paolo di Milano di cui sono responsabile», afferma il professor Canger, «noi ricorriamo nell'ordine a questi tre tipi di indagine: un elettroencefalogramma con deprivazione di sonno, un elettroencefalogramma dinamico e una videoregistrazione della crisi, abbinata ancora a un elettroencefalogramma».

Questo itinerario diagnosti-