

Febbre che sale e scende rapidamente, quando ad un tratto arriva la convulsione: la bocca si serra e comincia a bavare, i globi oculari vanno in revulsione verso l'alto, il tronco e gli arti si irrigidiscono, il bimbo perde il contatto con la realtà e successivamente comincia ad avere rapide scosse muscolari... stanchezza e perdita di urine solitamente accompagnano i momenti successivi.

Come comportarsi? Come agire dal punto di vista pratico? C'è rischio di danni cerebrali? E' possibile prevenirle? Quando sospettare che non dipendano solo dalla febbre ma ci sia "dell'altro" e chiedere il parere di un neurologo? Proveremo ora a chiarire tutte queste domande!

Cosa sono le convulsioni?

Col termine "convulsione" ci si riferisce ad un fenomeno di contrazione involontaria della muscolatura generato dall'iperattività di alcune cellule cerebrali. Queste ultime per così dire "impazziscono" e cominciano a dare comandi muscolari senza controllo. Questi fenomeni possono anche decorrere in assenza di febbre, interessare distretti muscolari limitati e non associarsi a perdita di coscienza. In tal caso prendono nome di *crisi parziali*; queste ultime più spesso si associano ad *epilessia*.

Nel caso specifico invece delle *convulsioni febbrili* queste si manifestano con la cosiddetta *crisi generalizzata* che per fortuna non si associa di regola ad epilessia e che consiste in:

- Perdita di coscienza e revulsione dei globi oculari (occhi rivolti verso l'alto)
- Irrigidimento di tronco, arti e mascelle (FASE TONICA: durata variabile da pochi impercettibili istanti fino ad alcuni minuti)
- Scosse muscolari ritmiche (FASE CLONICA: in genere si spegne da sola in alcuni minuti)
- Stato di sonnolenza profonda spesso con perdita di urine (FASE POST-CRITICA può durare anche qualche ora)

Le convulsioni febbrili sono tipiche della prima infanzia potendo coinvolgere bambini dai 6 mesi ai 5 anni di età. Dopo i 5 anni tendono a scomparire spontaneamente. Esse dipendono da una sorta di “immaturità” delle cellule nervose che in alcuni bambini “non reggono” i rapidi cambiamenti di temperatura e, per così dire, “impazziscono”. Infatti, cari genitori, non sono tanto le elevate temperature ad innescare le convulsioni quanto piuttosto le rapide ascese e discese della temperatura.

### Come agire in caso di convulsioni?

In caso di convulsioni in un bambino (o anche in un adulto!) è necessario che il paziente venga visto da un medico nel più breve tempo possibile. Ma nel frattempo cosa possiamo fare di utile?

Mettere il bambino sul lato con la testa leggermente iperestesa e poggiata su qualcosa di morbido

Il paziente è infatti incosciente e quindi la sua lingua tenderà a “cadere” posteriormente ostruendogli il faringe e ostacolando la respirazione. E’ vero che anche la lingua è un muscolo, ma questa solitamente non si irrigidisce durante le convulsioni in quanto è governata da vie nervose differenti. Posizionandolo come sopra descritto ciò non avviene e la sua dinamica respiratoria migliora. Inoltre avviene abbastanza frequentemente che durante o al termine di un fenomeno convulsivo il paziente abbia un brusco episodio di vomito: mettendolo sul lato eviteremo che il materiale gastrico gli vada ad ostruire le vie respiratorie

Chiamare o meglio ancora far chiamare il 118 da qualcuno

Il paziente è incosciente e quindi è opportuno trasportarlo in ospedale assistiti da personale medico piuttosto che effettuare folli corse in automobile mettendo a rischio non solo il paziente.

Praticare un microclisma rettale a base di diazepam (solo su pregressa indicazione medica!)

I genitori di bimbi che hanno già avuto un primo episodio convulsivo vengono solitamente istruiti dal proprio medico a tenere in casa, se non ci sono controindicazioni specifiche nel bambino, prodotti a base di diazepam (meglio conosciuti in commercio col nome di Micropam®, Micronooan®... come se fosse “valium” per via rettale!). Questo farmaco ha l'effetto di “addormentare” le cellule nervose “impazzite” e di sedare momentaneamente la crisi convulsiva in attesa della valutazione medica. Le dosi solitamente suggerite sono:

- *MICROPAM 5 MG: 1 microclisma rettale sotto i 3 anni di vita*
- *MICROPAM 10 MG: 1 microclisma rettale sopra i 3 anni di vita*

Se non vi è stata precedente indicazione medica a tenere in casa tale prodotto esso non dovrà essere praticato e il genitore dovrà limitarsi ad assistere la convulsione tenendo il paziente nella posizione sopra descritta: nella maggior parte dei casi (ma non è una regola!) la crisi dovrebbe spegnersi da sola dopo alcuni minuti.

Cercare di abbassare la temperatura corporea

Ciò può essere fatto con mezzi fisici (spugnature fresche sulla fronte ed a livello delle pieghe) e/o con farmaci antipiretici non appena diviene possibile somministrarli (Tachipirina®, Efferalgan®, Antalfebal®, Nurofen®, Sinifev®). A tal proposito leggi anche [Come e quando abbassare la febbre nei bambini](#).

Evitare di aprirgli la bocca ed evitare di mettere oggetti in bocca durante la crisi

Anche se la bocca è serrata, il bambino respira lo stesso attraverso il naso se mantenuto nella giusta posizione come sopra indicato. Tentare di aprirgli la bocca oltre ad essere inutile può risultare pericoloso per il soccorritore (che potrebbe ferirsi) e per il paziente (che potrebbe soffocare per oggetti maldestramente inseriti nella bocca. Solo nei casi rari in cui il paziente tende a mordersi e ferirsi in maniera importante la lingua si può valutare di mettergli tra i denti un oggetto innocuo, che difficilmente si rompa e che possa essere ben tenuto dal soccorritore, come ad esempio una cintura di cuoio. Ad ogni modo ciò non rappresenta una priorità quanto lo è invece tenere il paziente nella corretta posizione sopra

indicata.

## Le convulsioni possono provocare danni cerebrali?

Le convulsioni febbrili difficilmente provocano danni cerebrali permanenti e si associano ad un'ottima prognosi in termini di sviluppo del bambino a lungo termine.

Solo in casi speciali di crisi atipiche (che si prolunghino oltre i 30 minuti configurando il cosiddetto "stato di male epilettico") possono instaurarsi fenomeni di ipossia cerebrale con danni variabili. Il più delle volte ciò che si scopre dopo varie indagini in questi "casi atipici" è che in realtà la febbre non era l'unico movente del fenomeno convulsivo ma c'era dell'altro alla base (e quindi non si trattava solo di convulsioni febbrili ma di altra natura).

## E' possibile prevenire le convulsioni febbrili?

Purtroppo NO. Da tempo è stata infatti abbandonata l'abitudine di somministrare gocce di valium in via preventiva a bambini con febbre e storia di convulsioni.

Per quanto riguarda invece la somministrazione precoce di antipiretici (già sopra i 37,5°): evitare rapidi sbalzi di temperatura è sicuramente auspicabile in questi bambini ma non sempre semplice da ottenere, anche se imbottiamo il bambino di tachipirina (o altri antipiretici) per tutto il giorno. La febbre purtroppo è spesso un po' capricciosa ed a volte agisce come una specie di imprevedibile "molla" salendo o scendendo in maniera brusca e improvvisa ed innescando la convulsione quando meno ce lo aspettiamo. Quindi morale della favola: può essere ragionevole seguire il suggerimento del pediatra di dare l'antipiretico già sopra i 37,5° ma non vi accanite eccessivamente in questa pratica perché rischiate un abuso di farmaci e non ottenete comunque un'efficacia del 100% nel prevenire la convulsione.

## Quando sospettare che le convulsioni non dipendano solo dalla febbre?

Gli stimoli e le condizioni che possono scatenare un fenomeno convulsivo sono davvero tantissimi e talora possono essere anche gravi (per fortuna non spesso!): andiamo dall'ipoglicemia alla meningite, dall'ictus alla disidratazione grave, fino al tumore cerebrale.

Talora non vi è nessuna condizione di base che provoca le convulsioni, ma semplicemente il cervello di quella persona ha una “naturale inclinazione” a convulsivare. Stiamo parlando delle epilessie, di cui ne esistono molti tipi, ed è possibile diagnosticarle solo attraverso esami specifici (ad es: elettroencefalogramma in privazione di sonno - EEG) in ambienti specialistici.

Ecco un elenco di campanelli d'allarme che possono indurci a pensare che la convulsione non dipenda solo dalla febbre:



# CERCHI UN **PEDIATRA A CASA?**

11:29

Elenco Medici

Seleziona uno o più medici e attendi il primo che risponderà

SELEZIONA TUTTI

<input type="radio"/>		Dott. Iva Trevisano	Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Domenico Arcuri	Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Maria Pia Panicucci	Non Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Gaetano Padovano	Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Marzio Calabresi	Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Sebastiano Cremonesi	Non Disponibile	

SCARICA L'APP



- Crisi che duri più di 15 minuti
- Crisi parziale (coinvolgimento solo di alcuni distretti muscolari e non associata a perdita di coscienza)
- Crisi in apiressia (cioè crisi in assenza di febbre!)
- Crisi frequentemente recidivanti
- Familiarità per epilessia

Ecco infine alcuni fenomeni critici, talora confusi con le convulsioni, ma che non lo sono:

- Spasmi affettivi. Fenomeni di apnea associati indotti nel bambino da stimoli emotivi (rabbia, paura...) o dolorosi che talora possono associarsi a perdita di coscienza.
- Apnee centrali. Fenomeni di apnea spontanei, frequenti nei nati prematuri, che durino più di 10 secondi con associata cianosi. Se non vi è cianosi l'allarme è quando dura più di 20 secondi.
- Reflusso Gastroesofageo. Il reflusso di materiale gastrico in esofago può provocare, specie nei più piccini, apnea (dovuta ad un riflesso nervoso detto "riflesso vagale") talora associata ad atteggiamento in ipertono con inarcamento dei muscoli del tronco. Il tutto può mimare un fenomeno convulsivo.
- Sincope. Perdita di coscienza dovuta ad improvvisa ipoperfusione cerebrale (basso flusso di sangue al cervello) dovuta il più delle volte ad un riflesso vagale innescato da stimoli quali emozioni, paura, traumi, condizioni ambientali sfavorevoli (sincope vaso-vagale). Meno frequentemente dipende da cause cardiache (sincope cardiogenica)