

Dr. Janszky József^{1,2}, Dr. Szűcs Anna¹

Az epilepsziás rohamok diagnózisa és kezelése

Összefoglalás

A szerzők röviden összefoglalják az epilepszia diagnosztikai gyakorlati kérdéseit: a paroxysmális állapotok differenciáldiagnózisát, az epilepszia diagnosztikai kritériumait, a rohamok mögött álló életet veszélyeztető kórokokat és az epilepszia egyes formáit. Ismertetik a gyógyszeres kezelés alapelveit, a gyógyszerek mellékhatásait és a műtéti kezelést. Külön kitérnek olyan speciális helyzetekre, mint a terhesség, fogamzásgátlás és az autózvezetés. Elemzik a családorvosok és a foglalkozás-egészségügyi szakorvosok szerepét az epilepszia diagnosztikájában, ellátásában és foglalkozás-egészségügyi vonatkozásában.

Az epilepszia a lakosság 0,5-1%-át, Magyarországon közel 60.000 embert érint. Hazánkban több mint félmillió azoknak a száma, akik epilepszia gyanúja miatt orvosi kivizsgáláson estek át.^{1,2}

Epilepszia betegségről akkor beszélünk, ha ismétlődő, spontán jelentkező epilepsziás rohamok vannak. A rohamok mindhárom jellemzője (ismétlődő, spontán, epilepsziás) szükséges az epilepszia diagnózisához. Az epilepsziás rohamok gyanúja esetén négy alapvető diagnosztikai kérdéssel szembesülünk:

1. Epilepsziás rohamokról van szó? (paroxysmális jelenségek differenciáldiagnózisa)

2. Epilepsziáról van szó? (epilepszia diagnózisa)

3. Az epilepsziás rohamok mögött van-e olyan betegség, melyet a rohamoktól függetlenül is kezelni kell? (oki diagnózis)

4. Milyen fajta epilepsziáról van szó? (epilepszia szindrómák differenciáldiagnózisa)

Paroxysmális jelenségek differenciáldiagnózisa

Az epilepsziás rohamok differenciáldiagnózisát az 1. táblázatban fog-

laltuk össze. A mindennapi gyakorlatban fontos a TIA-tól való elkülönítés. Az elkülönítés két legfontosabb sarokpontja, hogy a TIA elsősorban negatív neurológiai tünetekkel jár, és általában több (átlagosan 5-10) percig tart, míg az epilepsziás rohamok két percen belül zajlanak. A legnagyobb nehézséget a féloldali sensoros tünetekkel járó paroxysmális állapotok differenciáldiagnózisa jelenti, melyekről sokszor még az alapos epileptológiai és vasculáris neurológiai kivizsgálást követően sem lehet egyértelműen eldönteni a rohamok epilepsziás vagy TIA eredetét. A migrénes és epilepsziás aura között lényeges különbség, hogy a migrénes aura percekig tart és percek alatt alakul ki, szemben az epilepsziás aurával, mely másodpercekig tart és hirtelen alakul ki. Az egyik legnagyobb nehézség az epilepsziás roham és a pszichogén roham elkülönítése. Az elkülönítést nehezíti, hogy az epilepsziások 10%-ának vannak pszichogén rohamai is. Az elkülönítés legfontosabb szempontja, hogy a pszichogén rohamok többsége percekig, akár fél óráig is eltart, lefolyása hullámzó és változó, szemben az epilepsziás roham sztereotip zajlásával, lépcsőzetes lefolyásával. A pszichogén és epilepsziás rohamok közötti differenciálás a mindennapi epileptológiai gyakorlat egyik leggyakoribb problémája, és a különbségtétel sokszor még videó-EEG monitorozást és alapos pszichiátriai explorációt követően sem sikerül.^{1,5}

A syncope

Syncope az agyi vérátáramlás rövid, átmeneti csökkenése következtében jön létre. Ha a vérátáramlás-csökkenés több mint 5 másodpercig tart, akkor rövid tudatzavarral jár, ha

több mint tíz másodpercig, akkor rángások kísérhetik. Ez utóbbit hívják convulsiv syncopénak, melyet az epilepsziás rohamtól sokszor nehéz elkülöníteni, hiszen convulsióval, bulbusdeviációval, rövid tudatvesztéssel, sőt néha enuresissal vagy nyelvharapással is járhat. A grand mal rohamtól való elkülönítésének alapja, hogy a convulsiv syncope esetében nincs tónusos szak, ráadásul mindössze 2-3 rángásból áll, és a roham után a beteg azonnal feltisztul. A 2. táblázat sorolja fel a syncope leggyakoribb okait. Mivel leggyakrabban kardiovaszkuláris betegségeket kísér syncope, ezért sokszor kardio-

2. táblázat

A syncope okai

I. Kardiovaszkuláris	26%
Ventrikuláris Tachycardia	10%
Sick szinusz szindróma	5%
Aorostenosis	2.5%
Supraventrikuláris Tachycardia	1.5%
III. AV blokk	1.5%
Kóros bradycardia	1%
Mobitz II AV blokk	1%
Miokardiális infarktusz	1%
Pulmonális hypertenzió	1%
Pacemaker-defektus	0.4%
Carotis sinus syncope	0.4%
Aortaaneurysma	0.4%
Pulmonális embolia	0.4%
II. Nem-kardiovaszkuláris	26%
Szituáció előidézte syncope	7%
Orthostatikus hypotensio	7%
Vasodepressiv syncope	4%
Gyógyszer okozta syncope	3%
TIA	1.5%
Epilepsziás roham	1.5%
III. Ismeretlen	48%

1. táblázat

Paroxysmális jelenségeket okozó kórállapotok

1. Metabolikus- és anyagcserezavarok
2. Neurovaszkuláris betegségek: TIA, Migrén
3. Mozgásbetegségek: Tic, Nem-epilepsziás myoclonus
4. Pszichiátriai betegségek: (Nem-epilepsziás pszichogén roham: „pseudoroham”)
5. Alvásbetegségek: cataplexia³, parasomniák⁴
6. Syncope

Dr. Janszky József^{1,2}, Dr. Szűcs Anna¹

1. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Epilepszia Centrum

1021 Budapest, Húvösvölgyi út 116.

2. Fővárosi Uzsoki Utcai Kórház

Epilepszia Centrum

1145 Budapest, Uzsoki u. 29.

lógiai kivizsgálás szükséges echokardiográfiával és Holter-EKG-val.² Ez utóbbira különösen convulsiv syncope esetében lehet szükség, mert ennek hátterében különösen gyakori a sinuscsomó-betegség, melyet a rutin kardiológiai vizsgálat long-term EKG nélkül nem szükségszerűen mutat ki.⁶

A nem-kardiovaszkuláris eredetű syncope leggyakoribb oka a vasovagalis syncope, melynek három, egymást átfedő csoportját különböztetjük meg: szituációhoz kötött, orthostaticus és a vasodepressiv syncope. Oka a vagus abnormális aktivációja, mely a kamrai mechanoreceptorok izgalma miatt jön létre. A vagusaktiváció vasodilatációt és/vagy bradycardiát idéz elő, ami az agyi vérátáramlás csökkenését okozza. A vasovagalis mechanizmus a head-up-tilt (billenőasztal) teszt segítségével igazolható. Kezelésre általában nincs szükség, de a bevezető tünetek nélkül induló, sérülésekhez vezető syncopét, az asystoliával járó syncopét kezelni kell. Béta-blokkolók és mineralokortikoidok jönnek szóba, igen ritkán pacemaker beültetésre is szükség lehet.⁷

Az epilepszia diagnózisa

Az epilepsziás roham számos központi idegrendszeri, infektológiai, metabolikus, toxicológiai, endokrinológiai betegség tünete lehet, mint az agykérgi neuronok izgalmi állapotának aspecifikus jele. Epilepsziás roham leggyakrabban valamilyen külső tényező hatására jön létre, ezeket hívjuk alkalmi rohamoknak. A leggyakoribb alkalmi rohamokat alkoholemegvonás, alvásdepriváció, egyes gyógyszerek, gyermekkorban pedig láz okozza az arra fogékony személyeknél. Ha az első rohamot követően kiváltó okot nem találunk, *lezajlott epilepsziás rohamról* szólhatunk (epilepsziáról nem beszélhetünk, mert a roham nem ismétlődött).

A rutin EEG vizsgálat, mely általában magába foglalja a hiperventillációval és intermittáló fényingerrel történő stimulást is, epilepsziás betegek esetében csak 30-50%-ban pozitív. Ugyanakkor olyanoknál is mutathat epilepsziára utaló eltéréseket, ún. epileptiform potenciálokat, akiknél soha nem zajlott le epilepsziás roham. Ebből következik, hogy a negatív EEG nem zárja ki, a pozitív EEG pedig nem igazolja az epilepszi-

át: az EEG eredménye csak irányadó, az epilepszia diagnózisa döntően a jó auto- és heteroanamnézisre épül. Negatív EEG esetén, ha valóban *komolyan* felmerül az az epilepszia gyanúja, alvás-megvonást követő alvásos EEG-t illetve 24 órás EEG-t kell készíteni, ami jelentősen növeli a kóros potenciálok megjelenésének valószínűségét.² A komoly gyanút azért fontos hangsúlyozni, mert számos, az anamnézis alapján is nyilvánvalóan nem epilepsziás roham után készül rutin EEG vizsgálat. Mivel az EEG olcsó eljárást, ezt a gyakorlatot elítélni teljesen nem lehet, de ha valószínűleg nem-epilepsziás rohamot követően a rutin EEG negatív, akkor az alvás-EEG (mely a rutin EEG-hez képest jóval komplikáltabb és drágább eljárás) már nem indokolt.

Az epilepszia oki diagnózisa

Súlyos metabolikus kórállapotok, mérgezések, subarachnoidális vérzés, agyi sinus thrombosis járhat epilepsziás rohammal. Hiper- és hipoglikémiás krízisállapotokat gyakran kísérhet epilepsziás roham, anélkül, hogy az alapbetegség első ránézésre nyilvánvaló lenne, éppen ezért minden első epilepsziás roham esetén a *sürgősségi* neurológiai fizikális és műszeres vizsgálaton felül ion, vese-, májfunkciók, vércé- glükóz és vörösvérsejt-süllyedés vizsgálata is szükséges.

Krónikusan visszatérő rohamok mögött három potenciálisan életveszélyes kórállapot húzódhat meg: agyi érmalformáció, tumor és neuroinfekció. Mivel az első két betegségcsoport egy része csak MRI-vel (és nem CT-vel!) mutatható ki *kellő* biztossággal, ezért minden felnőttkorban induló, de a legtöbb gyermekkorban kezdődő epilepszia esetén is az MRI elvégzése *kötelező*. A két leggyakoribb vaszkuláris malformáció, az artoriovenosus malformáció (AVM) és a hemangioma cavernosum (röviden cavernoma) sokszor „tisztá” epilepsziaként jelentkezik, mégis legtöbbször idegsebészeti beavatkozás indikált, mert halállal végződő agyvérzés forrásai lehetnek. Az epilepsziát okozó tumorok többsége benignus vagy kis malignitású, ezért ezek idejében történő felismerése megmentheti a beteg életét. A krónikus neuroinfekciók közül az agytályog jelentkezhet „tisztá” epilepszia formájában, sokszor hőemelkedés vagy

egyéb infekcióra utaló tünet nélkül. Itt meg kell jegyeznünk azt is, hogy az AIDS első tünete nagyon gyakran epilepsziás roham lehet. Súlyos, krónikus betegségeken kívül a post-traumás elváltozás, a hippocampalis sclerosis és az agy fejlődési rendellenessége a fokális epilepszia leggyakoribb okai, melyeket a megfelelő módon elkészített MRI kimutat.

Az epilepsziás rohamok fajtái

Az epilepsziás rohamokat két nagy csoportra osztjuk: parciális (azaz fokális indulású) és generalizált rohamokra.

A parciális rohamokon egy adott kéregterületről induló rohamokat értünk. Ezeket tudati változást nem okozó simplex és tudatzavarral kísért komplex parciális csoportra osztjuk. Harmadik csoportjuk a másodlagosan generalizálódó tónusos-klónusos rohamok. Simplex parciális rohamok közül a klónusos rohamok, a sensoros rohamok a leggyakoribbak, melyek ha terjedést mutatnak, akkor hívjuk Jackson-típusú rohamnak. Az epilepsziás aurák is valójában simplex parciális rohamok, hiszen nem járnak tudatváltozással. A komplex parciális roham tudatzavarral, orális, manuális automatizmussal jár és nem kíséri convulsio.⁵

Generalizált rohamok esetén a roham kiindulása nem lokalizálható. Leggyakoribb generalizált roham az absence és a fokális indulás nélküli generalizált tónusos-klónusos (grand mal) roham.

Epilepszia szindrómák

Az epilepsziás szindrómák és a rohamformák fogalma gyakran keveredik az orvosi köztudatban. A szindróma, azaz epilepsziás tünetegyüttes, nemcsak a roham fajtáját, hanem egyéb tényezőket, mint az életkort, etiológiát, öröklődést, mentális státust és az EEG jellemzőket is magába foglalja.

Az epilepszia szindrómák felosztása két tengely mentén történik (2. ábra). A „lokalizációs tengely” a rohamok hovatartozása és az elektromos jelenségek alapján egy lokalizációhoz kötött (régebbi szóval „fokális”) és egy lokalizációhoz nem köthető („generalizált”) csoportra osztja a szindrómákat. Az erre merőleges „etiologia-tengely” négy részre osztja tovább az epilepsziákat.

A tengely egyik oldalán az idiopátiás formákat találjuk, melyek tisztán genetikus eredetűek, a másik oldalon pedig a nem idiopátiás epilepsziákat, vagyis azokat, amelyek kialakulásának hátterében valamilyen agyszerkezeti rendellenesség áll vagy feltételezhető. A mindennapi családorvosi gyakorlatban a felnőttkori, nem-idiopátiás fokális epilepsziáknak és az idiopátiás generalizált epilepsziáknak van jelentősége.⁵

A felosztás gyakorlati jelentősége a megfelelő gyógyszeres vagy műtéti terápia megválasztása: a fokális és generalizált epilepsziák gyógyszeres kezelése eltérő. A nem-idiopátiás epilepsziák egy része műtéttel kezelhető, szemben az idiopátiákkal, ahol a műtét nem jön szóba.

A felnőttkorban kezdődő **fokális epilepsziákat** a rohamok kiindulási helye alapján osztjuk fel frontális, parietális, temporális és occipitális formákra. A leggyakoribb temporális lebeny epilepszia jellemzőit a 3. táblázatban mutatunk be.³

Az **idiopátiás generalizált epilepsziák** három fő csoportját emeljük ki: az Absence epilepsziákat, a juvenilis mioklonusos epilepsziát és az ébredési grand mal epilepsziát. A szindrómák közös tüneteit az 4. táblázat mutatja be.¹

Epilepsziával járó pszichés problémák

Epilepsziában a pszichés tünetek előfordulása az átlagnépességben észlelt lelki zavarok előfordulásának többszöröse. Az epilepszia a beteg oldaláról egy sor tartósan fennálló stresszt jelent, mellyel folyamatosan meg kell küzdenie. A legfőbb teher a roham, mely nemcsak veszélyes, de kiszámíthatatlan, többnyire rövidebb-hosszabb öntudatlan állapottal jár, ami alatt a páciens elveszíti a kontrollt saját viselkedése felett. Meg kell küzdeni a diagnózissal, a bizonytalan prognózissal, nem kevésbé a krónikus gyógyszerelés hátrányaival, a társadalom előítéleteivel, a család sokszor túlvédelmező („overprotektív”) attitűdjé is torzíja a személyiség fejlődését, nem engedi „felőzni” a beteget.^{1, 5, 8}

Epilepsziában különösen gyakori az affektív kórképek és a pszichotikus tünetek előfordulása. Ezek elsősorban gyógyszeresen nem uralható, évtizedek óta tartó, gyermekkorban kezdődő epilepsziában jelennek meg.

Évekig tartotta magát az a szemlélet, hogy létezik „epilepsziás karakteropátia”. Napjainkra világos, hogy ilyen specifikus pszichés zavar nem létezik, ez valójában a gyógyszerek, az esetleges kognitív deficit és valamilyen – jelenlegi pszichiátriai klasszifikációba is besorolható – karakteropátia együttállásának „műterméke”.¹

Mindennek ellenére hangsúlyoznunk kell, hogy az epilepsziás betegek túlnyomó többsége pszichésen intakt. Ez különösen igaz az idiopátiás szindrómákra, ahol a sikeres terápia és jó intellektus miatt pszichiátriai betegségek alig fordulnak elő, a betegek túlnyomó többsége teljes életet él, a rohammentesség miatt autót vezethet, munka- és párválasztás terén sem maradnak el a nem-epilepsziás emberektől.

Az epilepszia kezelése

Az epilepszia jól kezelhető betegség, a betegek 75-80%-a előbb vagy utóbb rohammentessé válik a megfelelő antiepileptikumok hatására. A gyógyszerrezisztens betegek 30-40%-nál műtéti kezelés szüntetheti meg a rohamokat.¹

Az epilepszia definíciója szerint csak a második roham után szabadna elkezdni az antiepileptikus kezelést, hiszen egy roham még nem jelent epilepsziát. Ezt nem szabad me-reven kezelni: amennyiben az első roham megjelenését követően jelentős a további rohamok valószínűsége – melyet az EEG és MRI eltérések jelezhetnek előre -, úgy mérlegelendő a gyógyszeres kezelés elkezdése.²

Ha a betegnek már két spontán epilepsziás rohamra volt, úgy a második roham önmagában bizonyítja, hogy epilepszia betegséggel van dolgunk. Ilyenkor már gyógyszeres kezelés szükséges. Az első választandó antiepileptikum elsősorban az epilepszia szindrómától és a rohamok fajtájától, továbbá a várható mellékhatástól és a potenciális teratogenitástól függ.^{2, 5}

Fokális epilepsziák kezelése

A fokális epilepsziák első választandó gyógyszere a carbamazepin. Ha a beteg carbamazepinre nem reagál, valproát, lamotrigin, gabapentin, oxcarbazepin, és topiramát jön szóba. A 2-3. gyógyszerre szim-kipróbálás után, ha a beteg továbbra is roha-

mozik, fel kell tenni a kérdést, vajon nem műtéttel gyógyítható epilepsziáról van-e szó.

Fontos megjegyeznünk, hogy fokális epilepsziában az EEG nem tükrözi a rohamstatust, nem jelzi az epilepszia súlyosságát. Ha a beteg például negatív EEG mellett is rohamozik, akkor igenis gyógyszert kell módosítani, hiszen „nem az EEG-t kezeljük”.¹

Idiopátiás generalizált epilepsziák kezelése

Ezek a szindrómák a legjobban kezelhető neurológiai betegségek. Megfelelő gyógyszeres kezelés mellett a betegek több mint 90%-a tünetmentes lesz. Az iskoláskori absenceban az ethosuximid is lehet az első választandó szer a többi idiopátiás generalizált szindrómákban hagyományosan a valproátot adjuk elsőként. Kivételt képeznek a fiatal nők, akiknél a valproát mellékhatásai – elhízás, hajhullás, teratogenitás, hormonális zavarok – miatt lamotrogin választandó elsőnek.

Halmazott rohamállapotok kezelése

A halmazott rohamállapotok, főleg a státusz epileptikus napjainkban szerencsére egyre ritkább. Észlelése és első ellátása esetenként a családorvosra hárul. Státusz epileptikusos beteget, az általános paraméterek lehetőség szerinti rendezése mellett – még, ha rohamai le is állíthatók – mindig sürgősséggel neurológiai vagy epileptológiai osztályra kell utalni. A grand mal státusz életveszélyes állapot. Az első ellátásban 20 mg intravénás (esetleg rektális) diazepam adását tartjuk célszerűnek, ha a páciens ezt követő rövid obszervációja megvalósítható. A muszkulárisan beadott diazepam halmazott rohamállapotokban elégtelen, egyetlen rosszullét után pedig felesleges, alkalmazása nem indokolt.⁵

Az antiepileptikumok mellékhatásai

Az antiepileptikumok mellékhatásait két csoportra oszthatjuk: adagolástól független (oka általában allergiás, idioszinkráziás reakció), és adagolástól függő mellékhatások.

A központi idegrendszeri adagolás-függő mellékhatások: álmoság,

koncentráció-, és memóriazavar, egyensúlyzavar, hányinger, hányás, szédülés és a diplopia. Ezek elkerülése céljából az antiepileptikumok többségét a végső adag negyedével tizedével kell elkezdni és az adagolást csak fokozatosan szabad emelni. A mellékhatások elkerülésében, a terápiás dózis könnyebb eltalálásában sokat segíthet a gyógyszeres szérumszintjének (vérszintjének) mérése.

Bár a legtöbb antiepileptikumnak lehet haematológiai-, vagy májkárosító hatása, ezek ritkák. A májban metabolizálódó szerek szedése (pl. carbamazepin, valproát, phenytoin) mellett gyakran észlelünk reverzibilis gamma-GT és más májenzim emelkedést. Ez nem májkárosodás jele, hanem az egyes antiepileptikumok enzim-induktor hatását tükrözi. Fontos elkülöníteni a tényleges májkárosodástól, melyre az enzimértékek különösen a GOT, GPT, ALP és a bilirubin szignifikáns és folyamatos növekedése hívja fel a figyelmet.⁵

Műtéti kezelés

A kezelés terén a legnagyobb lemaradás a hazánkban is kiváló eredménnyel végzett műtétek számában van, hiszen a számítások szerint a szükséges kb 6000 műtét helyett mindössze 200-250 korszerű elveknek megfelelő epilepszia-műtét történt az elmúlt 10 évben. A regionális és országos epilepszia-centrumok sebészeti kivizsgálási kapacitása folyamatosan bővül, azonban az igen effektív műtéti kezelésre alkalmas betegek felismerése és továbbküldése még messze elmarad a számítottól.⁹

Ha a beteg műtéttel gyógyítható

1. ábra

Az epilepszia szindrómák felosztása

Lokalizációhoz kötött epilepsziák	Generalizált epilepsziák
Benignus centro-temporális epilepszia	Absence epilepszia Juvenilis mioklonusos epilepszia Ébredési GM epilepszia
Idiopátiás epilepsziák	
Nem idiopátiás epilepsziák	West szindróma Lennox-Gastaut szindróma
Temporális lebeny epilepszia Fontális lebeny epilepszia Parietális lebeny epilepszia Occipitális lebeny epilepszia	

epilepsziában szenved, az operáció nem az „ultima ratio”. Ezekben a szindrómákban, amennyiben 1-3 éven belül két-három megfelelően választott antiepileptikum nem hoz rohammentességet, úgy el kell indítani az epilepszia-sebészeti kivizsgálást, mivel ezekben az epilepsziákban minden további gyógyszeres kezelés valószínűleg kudarcba fullad, míg a sebészeti kezelés valószínűleg sikeres lesz. Az epilepsziasebészeti indikáció felállítása az epileptológus feladata. A leggyakoribb sebészileg gyógyítható epilepsziában, a temporális lebeny epilepsziában a betegek 60-90%-a gyógyítható meg műtéttel.⁹

Az 5. számú táblázatban röviden összefoglaljuk, melyek azok az epilepsziaszindrómák, amikor az orvos-

nak eszébe kell jusszon a műtéti megoldás, illetve melyek azok az adott betegre érvényes jellemzők, amelyek a jelentős életminőség-javulás reményében a műtéti kezelés irányába terelik a terápiás gondolkodást.⁹

Terhesség, szülés, szoptatás

Az epilepsziák többsége nem öröklődik. Az idiopátiás epilepsziák 10% eséllyel öröklődnek.¹

Régóta él az a közhiedelem – sajnos még orvosi berkekben is –, hogy epilepsziás ne szüljön gyermeket, mert a gyógyszerek károsítani fogják a magzatot. Ez szerencsére csak részben igaz és ma már – kevés kivételtől eltekintve – minden epilepsziával élő nő nagy biztonsággal vállalhat kisbabát.

A szülések 2,5%-ában fordul elő valamilyen magzati fejlődési rendellenesség. Az epilepsziás nők gyermekeinél ez az arány általánosságban a duplájára emelkedik. A fejlődési rendellenességek többsége nem súlyos, egyszerű plasztikai műtéttel helyre hozható. A velőcsőzáródási rendellenességek – melyek a teljes populációban 0.06%-ban fordulnak elő – előfordulását az antiepileptikumok általánosságban a kétszeresére, kb. 0.12%-ra növelik. Valproát mellett ez az arány 1% körüli. A velőcsőzáródási rendellenességek arányát a carbamazepin is emeli, bár kisebb mértékben.^{2,9,11}

Mivel a rohamok mind az anyára, mind a magzatra nézve veszélyesek, az epilepsziás kismamának terhesség-

3. táblázat

Temporális lebeny epilepszia szindróma

- Leggyakrabban 5-14 éves kor között kezdődik
- A rohamok havi-heti gyakorisággal jelentkeznek
- A rohamokat sokszor epigastricus aura előzi meg, de a pszichikus, dysmnesticus vagy szag aurák is gyakoriak
- Az aurák előfordulhatnak önmagukban, vagy komplex parciális (pszichomotoros) roham követheti őket, melyet tudatzavar, orális-, manuális automatizmusok jellemeznek
- A másodlagosan generalizált tónusos-klónusos rohamok ritkák
- Jellemző interiktális tünet a memóriazavar
- Az EEG rendszerint elülső temporális tüske fókuszot mutat
- A speciális protokoll szerint készített MRI hippocampalis károsodást mutat
- A betegek felének – háromnegyedének az anamnézisében gyermekkori lázgörcs, rendszerint komplikált lázgörcs, szerepel

4. táblázat

Az idiopátiás generalizált szindrómák közös jellemzői

1. generalizált, fokális vonásokat nem mutató roham (absence, myoclonus, grand mal)
2. generalizált tükse-hullám mintázat az EEG-n
3. gyakran pozitív familiáris anamnézis
4. negatív képalkotó vizsgálatok
5. jó intellektus
6. VPA-ra való jó reagálás

ge alatt is antiepileptikumot kell szedni, de a terhesség során meg kell változtatni a gyógyszerek számát, fajtáját és adagolását.⁹

Az antiepileptikum változtatása lehetőleg még a gyermek tervezésekor, a teherbe esés előtt történjen meg, hiszen a gyógyszerek többsége a fogantatás pillanatától a terhesség 3. hónapjáig okozhat magzati károsodást. A fejlődési rendellenességek szempontjából a phenytoin, primidon és a valproát a legrizikósabb antiepileptikumok. Ha lehet, e szereket le kell cserélni, de ha úgy ítéljük meg, hogy ez jelentős rohamkockázattal jár, akkor megfelelő óvintézkedések esetén még a gyógyszerek mellett is lényegesen csökkenthető a teratogén kockázat.¹⁰

Fontos, hogy a terhesgondozás olyan centrumban történjen, amely kiemelt gondot fordít a fejlődési rendellenességek szűrésére. Ebben ma az ultrahang a legfontosabb eszköz. A vizsgáló tapasztalata és a gép minősége biztosítja, hogy időben kimutatható legyen a rendellenesség. A szülés lehetőleg természetes úton történjen és a kismama rendszerint nyugodtan szoptathat gyógyszeresedése esetén is.¹⁰

5. táblázat.

Az epilepszia sebészi kezelés feltételei és a kedvező posztoperatív életminőséget valószínűsítő tényezők

- I. A beteg legalább két bázisantiepileptikumra rezisztens.
- II. Műtéttel gyógyítható epilepsziában szenved
 1. Temporális lebeny epilepszia
 2. Fokális epilepszia, körülírt lézióval (léziós epilepszia)
- III. A műtét utáni rohammentesség jelentős életminőség-javulással járhat
 1. Nem áll fenn súlyos mentális retardáció
 2. Nincs súlyos személyiségzavar vagy egyéb súlyos pszichopatológiai rendellenesség
 3. Nem telt el hosszú idő az első roham óta
 4. Fiatal életkor
 5. A beteg dolgozik vagy tanul

Fogamzásgátlók és antiepileptikumok

Az orális fogamzásgátlás rendszerint nem befolyásolja sem az epilepsziát, sem az epilepszia ellenes gyógyszerek vérszintjét. Az antiepileptikumok egy része viszont csökkentheti a fogamzásgátlók hatását, ami nem kívánt terhességhez vezethet. Ezért néhány antiepileptikum esetében nagyobb hormontartalmú fogamzásgátlók szedése szükséges.¹

A betegközpontú kezelés, az epilepsziás betegek gondozása

Az epilepszia krónikus, évekig, évtizedekig fennálló betegség, az első gyógyszerbeállítást követően is folyamatos orvos-beteg kapcsolat szükséges, a beteg lehetőleg ugyan ahhoz az orvoshoz járjon vissza: az epilepszia folyamatos gondozást kíván. Amikor az epilepsziával élő ember gondozását tűzzük ki feladatul, a rohamok elleni kezelés szigorú értelemben vett medikális tevékenysége mellett kezelnünk kell a deficittüneteket és kísérőbetegségeket, és segítenünk kell a pácienseket a megküzdés és a rehabilitáció folyamataiban

is, melyek közvetlenül meghatározzák az életminőséget.^{1,5,8}

Az epilepszia-gondozás bázisa az epilepszia szakrendelés, mely elsősorban az idegszakrendelés (esetenként ideggondozó) keretein belül specializálódott ambulanciákat jelent, de természetesen ilyen rendelések működnek a regionális/országos epilepszia-centrumok részeként is. Ezek a rendelések kapcsolatot tartanak az alapellátással és a regionális/országos centrumokkal.

A családorvos szerepe epilepszia vagy gyanúja esetén

Első roham esetén: az epilepsziás roham felismerése, első ellátás. Heteroanamnesis felvétele a szemtanúktól, állapotától függően a beteg kórházba vagy epilepszia ambulanciára irányítása.

Gondozási fázisban: Az epilepszia-ambulancia útmutatásai alapján közösen a beteg krónikus gyógyszerelése, gyógyszer-mellékhatások idejében történő felismerése. Kapcsolattartás az epilepsziambulanciával: halmozott rohamok esetén, többéves rohammentességnél, ha felmerül a gyógyszer elhagyásának kérdése, jogosítvány, munkaalkalmasság elbírálása esetén, pályaválasztáskor, családtervezésnél és terhességnél.

Munkaalkalmasság

A munkaalkalmasság megítélésénél védeni kell a beteget a munkahelyi veszélyforrásoktól, ugyanakkor személyre szabottan kell megvizsgálni a munkahelyi tényleges lehetőségeit. Optimális, ha a foglalkozás-egészségügyi szakorvos, az epileptológus és a háziorvos közös véleményt alakít ki.

Rohamprovokáló munkaköri tényezők lehetnek: nagy hő- és fényhatások, erős zaj, tartós éjszakai és váltott műszak. Speciális sajátosságok, melyeket a beteg előnyére kell figyelembe venni: tudatzavarral nem járó rohamok, kizárólag éjszakai rohamok, ill. ha a beteg a rohamát az aurából vagy prodromából megérzi.

Munkaalkalmasság szempontjából a betegeket két csoportra oszthatjuk:

Alacsony rizikójú csoport: jó compliance, rohammentesség, simplex parciális rohamok.

Magas rizikójú csoport: compliance hiánya, gyakori és sérüléshez vezető rohamok, pszichiátriai kísérő tünetek.

Az utóbbi csoportba tartozó betegeknek a balesetveszélyes munkakörök nem javasolhatók.¹²

Autóvezetés kérdése

A jelenlegi jogszabályok Magyarországon is lehetővé teszik – egyedi mérlegelés alapján –, hogy anti-epileptikumot szedő beteg autót vezessen. Ez rendszerint több éven át megfelelő gyógyszeres kezelés melletti rohammentesség, jó compliance és rendszeres vérszint-ellenőrzés esetén engedélyezhető, évenkénti felülvizsgálattal.¹ Idiopátiás szindrómáknál egyéves rohammentesség esetén is szóba jön a vezetői engedély megadása, hiszen megfelelő gyógyszereléssel teljes rohamkontroll érhető el. Az alkalmasság megítélése a háziorvos fel-

adata, de ajánlatos az epileptológus véleményének kikérése.¹²

Irodalomjegyzék:

1. Halász P: *Epileptiás tünetegyüttesek*. Springer, Budapest 1997.
2. Stefan H: *Epilepsien – Diagnose und Behandlung*. 2. Kiadás. Chapman&Hall, Weinheim 1995.
3. Szűcs A, Janszky J: *Nappali aluszékonysággal járó állapotok*, Hippocrates, 2001; 3. 288-293.
4. Janszky J: *Paraszomniák*: In Novák M / szerk/: *Alvász- és ébrenléti zavarok differenciáldiagnosztikája és terápiája*. (pp 137-155). Okker Kiadó, Budapest, 2000
5. Rásonyi G, Janszky J: *Epileptiák és kezeléseik* Családorvosi Fórum 2001; 10. 16-24.
6. Patel SJ, Jackson G, Marshall A: *Convulsive syncope in young adults: think of a cardiac cause*. Int J Clin Pract 2001; 55. 639-40
7. Robertson RM, Medina E, Shah N, Furlan R, Mosqueda-Garcia R: *Neurally mediated syncope: pathophysiology and implications for treatment* Am J Med Sci 1999; 317. 102-9.
7. Békés J, Rásonyi Gy, Czíkora Gy: *Pszichoedukációs program epileptiás betegek számára*. Rehabilitáció 2000; 1 7-9.
9. Janszky J, Rásonyi G, Fogarasi A, et al: *Műtétrel gyógyítható epilepszia – összefoglaló tanulmány*. Orv Hetil 2001; 142. 1597-1604.
10. Halász P, Cseh I: *Antiepileptikumok használata gesztációs periódusban és időskorban* Gyógyszereink 2001; 51. 69-74.
11. Lindhout D, Schmidt D: *In-utero exposure to valproate and neural-tube defects*. Lancet 1986; (I): 1392-93.
12. Halász P (szerk): *Az epilepszia-ellátás feltételrendszere, diagnosztikai és kezelési standardjai – a Magyar Epilepsziellenes Liga javaslata*. Medicom, Budapest, 1998.

DIGITÁLIS FÉNYKÉPEZŐGÉPEK

óriási választéka az Alagútnál

**Fuji - Nikon - Canon - Olympus
Minolta - Casio - Sony - HP - Kodak**

DigiFénykép - MEDIKER

Budapest I. ker., Attila út 47.

H-P: 10-18h Sz: 10-14h T: 225-0000

www.digifenykep.hu



A 229/2001 sz. Kormányrendelet szerint a minimum-listában szereplő műszereket megvásárolhatja a Medikernél a 25.000+25.000,- havi támogatásból. A második 25.000,- törlesztési támogatást úgy veheti igénybe, ha praxisa bankhitelt vesz igénybe. Ha emellett dönt, keresse a Medikert, közösen megoldást találunk eszközfejlesztéséhez. tájékoztatjuk a banki feltételekről.

MEDIKER

minden, ami a praxisához szükséges

Budapest I. ker., Attila út 47.

H-P: 10-18h Sz: 10-14h T/F: 375-7325

A Munkavédelmi Kutatási Közalapítvány
a Fodor József Országos Közegészségügyi Központtal
közös szerkeszti a negyedévenként megjelenő

FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGY c. szakfolyóiratot.

A folyóirat célirányosan a szakterület munkatársaihoz,
elsősorban a foglalkozás-egészségügyi szakorvosokhoz szól.

Betekintést nyújt a szakterület legfontosabb feladataiba – alkalmassági vizsgálatok, foglalkozási megbetegedések és mérgezések, prevenciós és egészség-megőrzési kérdések, új jogszabályok, szakmai események stb. ismertetésével.

Amennyiben igényt tart a folyóiratra, az alábbi címen megrendelhető:

Munkavédelmi Kutatási Közalapítvány

1021 Budapest, Ötvös J. u. 2.

Postacím: 1281 Budapest, Pf.: 7.

Tel.: 394-2922/121; Fax: 394-2932

E-mail: mmk@mkk.org.hu

Honlap: www.mkk.org.hu

Éves előfizetési díj: 6000 Ft + 12% áfa