

Τ.Ε.Υ. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

" Ε Π Ι Λ Η Ψ Ι Α "

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

DR. ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

Σπουδάστρια:

ΒΟΡΡΙΑ ΕΙΡΗΝΗ

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΙΟΣ 1991



ΑΦΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

446

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

" ..... Δε θέλεις να το παραδεχτείς,  
να το πιστέψεις .....  
Επιμένεις φηλαφήσαι,  
φάχνεσαι και εξανίστασαι,  
κι ακόμη επιμένεις κι αναζητάς  
τον απλισμό σου, το έθυμά σου.  
Μάταια...  
Κραυγάζεις, φωνάζεις βοήθεια /.  
Γέλοια ηχούν, σ'ακαλευθούν...  
Ορθώνεσαι, χειρωνακείς στο κενό.  
Άβουλες υπομονές και μυστικές  
αγάπες σε φρουρούν  
και ταπεινωμένη μένεις στον  
κλοιό..."

ΤΙΛΛΑ ΜΠΑΛΗ

Στη φίλη μου Φωτεινή, Νοσηλεύτρια, που έφυγε σε  
ατύχημα...

Στην καθηγήτριά μου κ. Κυριακή Νάνου!

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	.....	
ΜΕΡΟΣ Α΄		
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I		
ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ	.....	3
ΜΕΡΟΣ Β΄		
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II		
A. ΕΠΙΛΗΨΙΑ - ορισμός	.....	6
B. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ	.....	
Γ. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ - ΕΠΙΛΗΠΤΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		
Δ. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ	.....	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III		
ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ		
A. ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	.....	17
α.1. Νεογνικοί σπασμοί 2. Βρεφικοί σπασμοί 3. Σύνδρομο LENNOX - GASTAUT 4. Καλοήθης ρολάνδειος επιληψία 5. Πυ- ρετικοί σπασμοί.		
β. Παρακολούθηση νηπτικής καταστάσεως επιληπτικών παιδιών		
γ. Επίδραση της επιληψίας των παιδων στην οικογένεια		
ΒΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	.....	26
Γ. ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΗΨΙΕΣ	.....	29
Δ. ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ( STATUS EPILEPTICUS )	.....	30
1. Με σπασμούς 2. Χωρίς σπασμούς		
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV		
A. ΓΕΝΕΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	.....	34

Μεθοδολογική προσέγγιση - Η συμβολή του ΗΕΓραφήματος στη γενε-  
τική της εκληψίας- Γενετική εκληπτικών νοσημάτων

Β. ΗΛΕΚΤΡΟΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.... 41

Γ. ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ..... 45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ .....47

Α. ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....

Β. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....49

Γ. ΕΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ  
ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ..... 51

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Α. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ..... 56

Β. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ ΑΝΑΓΝΩΣΕΩΣ ( READING EPILEPSY )..... 60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΕΚΕΦΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΜΕΤΡΑ - ΣΚΟΠΟΙ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ -  
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ..... 66

ΕΠΙΛΟΓΟΣ ..... 69

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ..... 70

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Τόσο στην αρχαία εποχή όσο και αργότερα, η ψυχιατρική αρρώστια αντιμετωπίστηκε, με πολύ λίγη κατανόηση ή φροντίδα. Σε μη επικίνδυνες περιπτώσεις, ο άρρωστος αφηνόταν στην τύχη του, να τριγυρίζει αργόσχολος στην αγορά ή στην ύπαιθρο, παραμελημένος, περιφρανημένος και πολλές φορές κατατρεγμένος. Όταν ο άρρωστος αντιδρούσε με βιαιότητα, τον έδεχναν, τον έδεχναν με αλυσίδες ή τον περιόριζαν σε ανήλιους χώρους, υπόγεια ή κρινές φυλακές. Καθώς υπήρχε η αντίληψη ότι η πάθησή του προερχόταν από τους θεούς, εάν εγκληματούσε τον θεωρούσαν μεν νομικά υπεύθυνο, αλλά δεν τον τιμωρούσαν, εξαρίζοντάς τον απλώς από την πόλη ή υπαχρεώνοντάς τον να υποστεί εξιλαστικές δοκιμασίες σε κάποιο ναό ή Ασκληπιείο. Φυσικά, υπήρξαν άτομα και εποχές που κράτησαν μια πιο πολιτισμένη στάση απέναντι στους ψυχικούς αρρώστους, που κατέλαβαν πως η βία και ο καταναγκασμός-περιορισμός όχι μόνο δεν έλυαν το πρόβλημα, αλλά το έκαναν χειρότερο. Φρόντισαν να δοθεί στους αρρώστους μια ψυχοθεραπευτική αγωγή και ένα ανθρώπινο περιβάλλον, ένα ψυχοθεραπευτήριο.

Μια από τις χρόνιες αυτές νόσους ήταν και είναι και η επιληψία. Στην εργασία αυτή θα γίνει μια προσπάθεια προσέγγισης της επιληψίας αναφέροντας ιστορικά, ιατρικά στοιχεία καθώς και την νοσηλευτική παρέμβαση του θέματος και τις προσπάθειες που γίνονται σήμερα προς αντιμετώπισή της.



## ΜΕΡΟΣ Α'

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιληψία αποτελεί, χωρίς αμφιβολία, το βασικότερο από τα νευρολογικά νοσήματα χάρη στην οποία κυρίως η νευρολογία οφείλει την αυτοτέλειά της ως ξεχωριστού κλάδου στον τομέα της παθολογίας.

Αυτό βέβαια δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός πληθυσμού πάσχει από την νόσο (ποσοστό 6% περίπου), αλλά και στη φύση της νόσου, η παθογένεια της οποίας, άγνωστη ακόμη παρά τις μεγάλες προόδους, συνδέεται αναπόσπαστα με υψηλού επιπέδου γνώσεις νευροφυσιολογίας και μοριακής βιολογίας, που δεν έχουν κατακτηθεί προσέτι από τον άνθρωπο.

Οπωσδήποτε θα μπορούσε να προστεθεί ότι η ιδιόζουσα, ορισμένες φορές, κλινική εκδήλωση της νόσου (απώλεια συνείδησης, σπασμοί, αφρός από το στόμα κ.λ.π) δημιούργησε από την αρχαιότητα ακόμη την αίσθηση ότι πρόκειται για κάτι ξεχωριστό γι' αυτό και συνδέθηκε με "δαιμόνια" και θεούς.

Εκπληκτική περιγραφή των βιωμάτων του επιληπτικού, επειδή έπασχε από τη νόσο, κάνει στα βιβλία του ο Ντοστογιεφσκυ, του οποίου η παρουσία επικύρωσε και τη δυνατότητα συνύπαρξης επιληψίας μεγαλοφυΐας.

Είναι γνωστό ότι οι επιληπτικές κρίσεις αποτελούν συχνά εκδήλωση άλλων γνωστών νευρολογικών νοσημάτων, εστιακών (όγκοι, αγγειακά επεισόδια κ.α) ή διαχύτων (εγκεφαλίτιδες, νοσήματα μεταβολισμού κ.λ.π). Αυτές περιγράφονται στα πλαίσια της συμπτωματικής επιληψίας.

Στην επιτυχή διάγνωση των νοσημάτων αυτών συνέβαλε τεράστια τα

τελευταία χρόνια η εφεύρεση και εφαρμογή του CT-SCAN.

Σε μια μεγάλη όμως κατηγορία επιληπτικών ασθενών και κυρίως σε παιδιά και εφήβους δεν είναι ορατή, με τα γνωστά σήμερα διαγνωστικά μέσα, η αιτία της οργανικής εγκεφαλικής βλάβης ( ι δ ι ο - κ α θ ε ί ς ε π ι λ η ψ ί ε ς ). Στη διερεύνηση των περιπτώσεων αυτών διατηρεί όλη την αξία της η Ηλεκτροεγκεφαλογραφία, που αποτελεί μια δυναμική μέθοδο καταγραφής της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου.

Στο σημείο αυτό αξίζει να τονιστεί η επιστημονική διαφορά ανάμεσα στους όρους "επιληψία" και "επιληπτική κρίση". Η πρώτη, που εκδηλώνεται με επιληπτικές κρίσεις, αναφέρεται στη νόσο επιληψία ( ιδιοπαθής ), ενώ η δεύτερη δυνατό να αποτελέσει εκδήλωση και ενός μη επιληπτικού ατόμου σε ειδικές συνθήκες ( συμπτωματική ).

Το ενδιαφέρον λοιπόν της έρευνας και στη συνέχεια της θεραπείας συγκεντρώνεται κυρίως στις ιδιοπαθείς επιληψίες, αφού οι συμπτωματικές συνδέονται άμεσα με το αίτιο που ενοχοποιείται για τη δημιουργία τους και η άρση του αιτίου αποτελεί συνήθως και την πρωταρχική θεραπευτική αντιμετώπιση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι

**ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ**

Στην αρχαία Ελλάδα,<sup>1</sup> τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα που ονομάζονταν Ασκληπεία, όπως της Επιδαύρου, της Κω και της Θεσσαλικής Τρίκκης. Στα κέντρα αυτά κατέφευγαν όλων των ειδών άρρωστοι αλλά προπάντων άτομα με παθήσεις που δεν μπορούσαν να θεραπευθούν με τα μέσα που διέθεταν οι κοινοί γιατροί. Τέτοιες παθήσεις συμβαίνει συχνά να είναι ψυχιατρικές-κατά κανόνα σωματόμορφες-και γενικότερα, παθήσεις στις οποίες ο ψυχολογικός παράγοντας παίζει πρωτεύοντα ρόλο.

Μία από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία του-ονείρων που χρησιμοποιούσαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή ονείρων που αντανάκλαζαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική της αιτιολογία.

Ανάμεσα στους Ασκληπιάδες, ιερείς του θεού της ιατρικής στην αρχαία Ελλάδα, υπήρξαν ερευνητικά πνεύματα, όπως ο Άλκιμαίων, μαθητής του Πυθαγόρα, που επιδόθηκε στην ανατομική του ανθρώπινου σώματος και ιδιαίτερα του βολβού του ματιού, από την οποία έβγαλε το συμπέρασμα ότι η έδρα των αισθήσεων είναι ο εγκέφαλος. Ένας άλλος ερευνητής γιατρός ήταν ο Ιπποκράτης. Κατά την παράδοση, απόγονος του ίδιου του θεού Ασκληπιού, μαθήτευσε στα Ασκληπεία της Κω στον 4ο π.Χ αιώνα. Πρώτος αυτός διακήρυξε πως όλες οι αρρώστιες, αρχίζοντας από την επιληψία, την "ιερή" νόσο της ανθρωπότητας, οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία

ργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις, όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπείου για το λόγο αυτό θεωρείται ως ο πατέρας της ιατρικής.

Κατά τον Ιπποκράτη, οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των "χυμών" του σώματος, που τους προσδιόρισε σε τέσσερις-τα αίμα, τη λέμφο, την κίτρινη και τη μαύρη, χολή. Η αναλογία εξάλλου των σωματικών αυτών "χυμών" προσδιορίζει τον ανθρώπινο χαρακτήρα, που κατά το Ιπποκράτειο σύστημα διακρίνεται σε αιματώδη, λεμφατικό και χολερικό.

Κατά την ελληνορωμαϊκή εποχή κυριάρχησαν κυρίως μυστικιστικές, μαγικοθεραπευτικές αντιλήψεις, που με την μορφή της δαιμονολογίας πέρασαν στα ευαγγέλια και το Χριστιανισμό.

Μια από τις φωτεινές εξαιρέσεις ήταν ο Ασκληπιάδης γύρω στα μέσα του 1ου π.χ. αιώνα που φιλοσοφικά ανήκε στην Επικούρεια Σχολή. Ήταν ρήτορας στην αρχή και κατέληξε γιατρός και μάλιστα ψυχίατρος.

Απορρίπτοντας την παράδοση του Ιπποκράτη, περιέγραψε το ανθρώπινο σώμα με βάση την ατομική θεωρία του Δημόκριτου ως μια μάζα ατόμων σε συνεχή κίνηση, η οποία ανάλογα με την απόσταση, μικρή ή μεγάλη, που δημιουργεί ανάμεσα τους, προκαλεί τις διάφορες αρρώστιες.

Η περίοδος της ελληνορωμαϊκής ψυχιατρικής κλείνει με τον Γαληνό γύρω στα 200 μ.χ επτά αιώνες μετά από τον Ιπποκράτη. Αυτός παραδειγματίστηκε από τον πατέρα της ιατρικής αλλά έδωσε πιο μεγάλη προσοχή στο κεντρικό νευρικό σύστημα, θεωρώντας τον εγκέφαλο ως την απόρροια των αισθήσεων και της κινητικότητας και γενικά ως την έδρα των ψυχικών λειτουργιών.

Στην νεότερη εποχή αναζητώντας την έδρα της ψυχής στο νευρικό σύστημα, που ήταν πια φανερό πως εξαρτάται από τον εγκέφαλο, ανατόμοι και φυσιολόγοι μιας πιο πρόσφατης εποχής- αρχίζο-

ντας από τον Ντεκάρτ, που την τοποθέτησε στην επίφυση- έλλεισαν ότι θα ανακάλυπταν κάποια οργανική αιτιολογία, της ψυχικής αρρώστιας. Έτσι ιδρύθηκε η νευρολογία, ως ένας ιδιαίτερος κλάδος της ιατρικής, που περιλάμβανε την ψυχιατρική σαν μια άλλη έκφραση ή άποψη της. Και η σχέση αυτή παρέμεινε αμετάβλητη αρκετούς αιώνες-στη χώρα μας ως εντελώς πρόσφατα.

## Μ Ε Ρ Ο Σ Β΄

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

#### Α. ΕΠΙΛΗΨΙΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος επιληψία αναφέρεται σε ομάδα διαταραχών επεισοδιακής φύσεως που ξεκινούν από διάφορες ανατομικές περιοχές του εγκεφάλου, βασισμένες προφανώς σε κοινούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς διαφορετικές αιτιολογίες και που συνοδεύονται από ποικιλία ηλεκτροεγκεφαλογραφικών ανωμαλιών.<sup>2</sup>

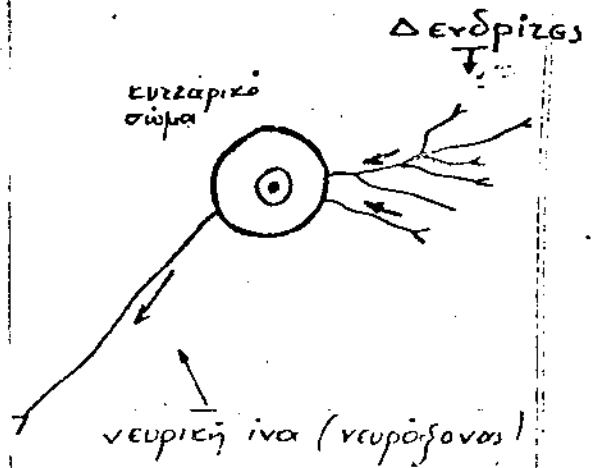
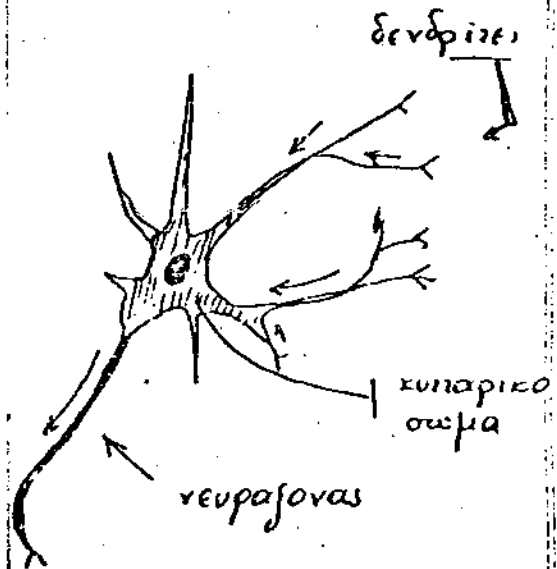
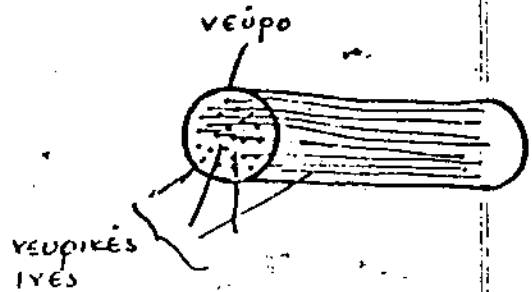
Ο ορισμός της επιληψίας δεν είναι ταυτόσιμος με τον ορισμό της επιληπτικής κρίσης όπως ουστά τον έδωσε ο HUGLINGS JACKSON όταν αναφερόταν σε μια εκδήλωση υπέρμετρης και διαταραγμένης εκφόρτισης του νευρικού ιστού. Αν ο ορισμός αυτός ίσχυε και για την επιληψία θα έπρεπε να περιλάβει και τα άτομα με μια επιληπτική κρίση που μελλοντικά μπορεί ποτέ να μην πάθουν άλλη κρίση.

Η επιληψία όπως σήμερα την ορίζουμε, αποτελεί μια κατάσταση νευρωνικής υπερφόρτισης, μικρής σε χρονική διάρκεια, που μπορεί να οφείλεται σε εξωκρανιακές ή ενδοκρανιακές αιτίες και που χαρακτηρίζεται από περιοδικά επεισόδια διαταραχής ενός ή περισσότερων λειτουργιών κινητικών ή αισθητικών, διαταραχών της συμπεριφοράς, της αντίληψης και της συνείδησης.

#### Β. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

Το νευρικό κύτταρο ή νευρώνας αποτελεί την βασική δομική μονάδα του νευρικού συστήματος. Στον άνθρωπο, το νευρικό σύστημα περιέχει περισσότερους από 10 δισεκατομμύρια νευρώνες.<sup>3</sup>

Ένας τυπικός νευρώνας παρουσιάζει το κυτταρικό σώμα και προ-



σεκβολές που καλούνται δενδρίτες και μια μακριά που καλείται νευρίτης ή νευράξονας.

Ο νευράξονας εκφύεται από τον εκφυτικό κώνο ό-  
που μαζί με τους δενδρίτες αποτελούν την ζώνη του κυττάρου ή δε-  
κτική δηλαδή την περιοχή που μπορεί να δεχτεί ένα ερέθισμα, ενώ  
ο νευράξονας χρησιμεύει για να μεταφέρει το ερέθισμα από την ζώ-  
νη του κυττάρου προς τις τελικές απολήξεις του. Τα σώματα των  
νευρώνων βρίσκονται μέσα στη φαιά ουσία του εγκεφάλου και του  
νωτιαίου μυελού και στα νευρικά γάγγλια, ενώ οι προεκβολές ή  
αποφυάδες τους αποτελούν τη λευκή ουσία και τα περιφερικά νεύ-  
ρα.

Σαν διεγερσιμότητα ή ερεθιστότητα χαρακτηρί-  
ζεται η ικανότητα των διεγέρισμων κυττάρων, των νευρικών και των  
μυϊκών δηλαδή, να αντιδρούν σε κάθε μεταβολή της ενεργειακής ή υ-  
λικής τους ισορροπίας. Αυτή η ικανότητα εκδηλώνεται στα νευρικό  
κύτταρο με τη μορφή ηλεκτροχημικής διαταραχής της κυτταρικής του  
μεμβράνης, που αρχίζει από τη δεκτική ζώνη και μεταδίδεται δια-  
μέσου του νευράξονα μέχρι τις τελικές απολήξεις τους.

Αυτή η ηλεκτροχημική μεταβολή προκαλείται από ένα ερέθισμα,  
που μπορεί να είναι ηλεκτρικό, χημικό ή μηχανικό και παρουσιάζ-  
εται με δύο τύπους: 1. Σαν τοπικό ή μη διαδιδόμενο δυναμικό,  
2. Σαν διαδιδόμενο δυναμικό ή νευρική ώση.

Στη νευρική ώση και μόνο σε αυτή τα νευρικά κύτταρα, και γε-  
νικά οι ερεθισίμοι ιστοί, απαντούν.

Το σύνολο των ηλεκτροδυναμικών μεταβολών που παρουσιάζονται  
σε μια θέση της μεμβράνης του νευράξονα κατά τη δίοδο μιας νευρι-  
κής ώσης, μπορεί να φανεί με την καταγραφή των μεταβολών του δυ-  
ναμικού της μεμβράνης σε σχέση με τον χρόνο, που είναι μικρότε-  
ρος από 10 μικρο- SBC, δηλαδή του δυναμικού δράσης.

Η δράση του ερεθίσματος εκδηλώνεται με μια αύξηση της διαπε-  
ρατότητας της μεμβράνης στα ιόντα Νατρίου και Καλίου με αποτέλε-



ομα μεταβολή του πολωτικού δυναμικού της.

Το δυναμικό δράσης που δημιουργήθηκε σε ένα σημείο της νευρικής ίνας, προωθείται κατά μήκος αυτής με σταθερή ταχύτητα. Ο μηχανισμός προώθησης είναι όμοιος με τη ροή των κυκλικών ρευματιδίων.

Αποτέλεσμα της κυκλικής μετακίνησης των φορτίων, είναι η ελάττωση του δυναμικού της μεμβράνης της γειτονικής περιοχής και η εκπόλωση της κ.ο.κ.

Η κατεύθυνση της προώθησης της νευρικής ώσης σε φυσιολογικές καταστάσεις είναι αυστηρά καθορισμένη. Πάντα από τη δεξιά ζώνη του κυττάρου προς τις τελικές απολήξεις του νευράξονα.

## Γ. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ-ΕΠΙΛΗΠΤΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κάθε επιληπτική κρίση επηρεάζεται και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Ο νευρικός ιστός είναι ευερέθιστος και η νευρωνική ερεθισιμότητα καταστεί δυνατή να δώσει αφορμή σε μία επιληπτική κρίση. Γύρω από αυτό το θέμα θα γίνει αναφορά στους σπουδαιότερους από τους παράγοντες αυτούς:

α) Η ερεθισιμότητα των νευρώνων διατηρείται από επαρκή ισορροπία κατανομής των ηλεκτρολυτών με υπέρμετρη ενδοκυτταρική συγκέντρωση Να ιόντων οδηγεί σε σχετική αποπόλωση, του κυττάρου που αποτελεί πρόσφορο υπόστρωμα για επιληπτική εκφόρτιση

β) Η νευρωνική ερεθισιμότητα μεταβάλλεται από την απελευθέρωση, στην συντακτική κυτταρική μεμβράνη, ευοδωτικών ή ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών. Έτσι απελευθέρωση ακετυλοχολίνης έχει ευοδωτική επίδραση ενώ γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) έχει ανασταλτική επίδραση. Πιθανώς μείωση της αναστολής είναι όσο σημαντική είναι και η αύξηση της ευόδωσης για την πρόκληση νευρωνικής εκφόρτισης.

γ) Υπάρχουν συγκεντρώσεις "ανασταλτικών" νευρώνων σε ορισμένα τμήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος που ελέγχουν την νευρωνική ενέργεια σε άλλα τμήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τέτοιος έλεγχος προλαμβάνει εκφορτίσεις να γίνονται επαναληπτικές. Βλάβη σε τέτοιες περιοχές προκαλεί απώλεια αναστολών για νευρωνική εκφόρτιση.

δ) Ο νευρωνικός ιστός μπορεί να γίνει ευερέθιστος από παράγοντες εξωκρανιακούς που δρουν κατά διάχυτο τρόπο στον εγκέφαλο όπως π.χ η υποξία, η υποασβεστιαμία, η υπογλυκαιμία, η υπερυδάτωση, η αλκάλωση, διάφορες διάχυτες παθολογικές βλάβες στον εγκέφαλο κ.ά. Αυτές οι καταστάσεις μπορούν μόνες τους να προκαλέσουν επιληπτικές κρίσεις, αλλά αν υπάρχει επικρόθετη εστιακή παθολογική βλάβη με τάση να προκαλεί τοπικά υπέρμετρη νευρωνική εκφόρτιση μπορεί η τελευταία να διευκολύνει μία από τις παραπάνω γενικές εξω-

κρανιακές καταστάσεις. ε) Ακόμη και αν δεν υπάρχει κανείς από τους παραπάνω επιληπτογόνους παράγοντες και καταστάσεις, ο εγκέφαλος μπορεί να δώσει ευκαιρία σε επιληπτικές κρίσεις κάτω από φυσιολογικές συνθήκες εάν επιδράσουν σ' αυτόν έντονα εξωτερικά ερεθίσματα όπως π.χ στην περίπτωση του θεραπευτικού ηλεκτροσόκ, σε έντονο φυσικό ή ψυχικό STRESS, σε υψηλό πυρετό κ.λ.π. Κάτω από αυτές τις συνθήκες ξεκινά η ιδέα του επιληπτικού ουδού που διαφέρει από άτομο σε άτομο. Έτσι ανάλογα με τον ουδό αυτό μπορεί μία εκλυτική αιτία σε ένα άτομο να προκαλέσει μια επιληπτική κρίση και όχι σε άλλο.

Από ενδοκυτταρικές καταγραφές<sup>4</sup> έγινε σαφές ότι, οι νευρωνικές εκφορτίσεις κατά τη διάρκεια της επιληπτικής κρίσης, διαφέρουν από τα δυναμικά ενεργείας. Τα τελευταία που αποτελούν φυσιολογικό τρόπο μεταφοράς των νευρωνικών ώσεων δημιουργούνται όταν το δυναμικό ενεργείας της κυτταρικής μεμβράνης, που φυσιολογικά κυμαίνεται από  $-60 \mu V$  ως  $-70 \mu V$ , γίνει θετικότερο κατά  $10 - 15 \mu V$ .

Κατά τη διάρκεια του επιληπτικού φαινομένου ο προσβεβλημένος νευρώνας εκφορτίζει σε πολύ υψηλότερες συχνότητες μέχρι πλήρους εξάντλησής του, χωρίς να παρατηρείται η ανερέθιστη περίοδος, που αποτελεί ουσιώδες γνώρισμα των δυναμικών ενεργείας.

Οι εκφορτίσεις αυτές είναι αποτέλεσμα της επίδρασης γιγαντιαίων και μεγάλης διάρκειας διεγερτικών μετασυναπτικών δυναμικών που σαφώς διαφέρουν των φυσιολογικών καθώς προκαλούν μεταβολή του δυναμικού ηρεμίας της μεμβράνης στο μισό ή ένα τρίτο (δηλαδή κατά  $30-40 \mu V$  περίπου), ενώ το κύτταρο δεν είναι σε θέση, στη διάρκεια αυτού του φαινομένου, να παράγει δυναμικά ενεργείας.

Τα γιγάντια αυτά δυναμικά, γνωστά ως παροξυσμικές εκπολωτικές αποκλίσεις (PAROXYSMAL DEPOLARIZATION SHIFTS, PDS) πιστεύεται ότι αποτελούν το χαρακτηριστικό

νευροπαθολογικό υπόστρωμα της επιληψίας.

Η δημιουργία των PDS πιθανολογήθηκε ότι οφείλεται σε διαταραχή της κυτταρικής μεμβράνης ή σε αλλοίωση των συναπτικών μηχανισμών του νευρώνα.

Η πρώτη εκδοχή φαίνεται λιγότερο πιθανή γιατί στα μεσοδιαστήματα παραγωγής των PDS, η νευρωνική μεμβράνη συμπεριφέρεται με φυσιολογικό τρόπο χωρίς μεταβολή του ουδού της και αλλοίωση των δυναμικών ενεργείας.

Πιθανότερη κρίνεται η τροποποίηση των συναπτικών μηχανισμών, τόσο των διεγερτικών, όσο και των ανασταλτικών, χωρίς όμως να είναι γνωστή η λεπτομερέστερη μεταβολή τους σε μοριακό και δομικό επίπεδο, ώστε να δίνεται κάποια εύλογη ερμηνεία στο φαινόμενο των επαναλαμβανόμενων νευρωνικών εκφορτίσεων σε ασυνήθιστα υψηλές συχνότητες.

Τέλος είναι προφανές ότι οι νευρωνικοί σχηματισμοί στο εσωτερικό της χρόνιας επιληπτογόνου εστίας υφίστανται ένα είδος "ευαισθητοποίησης" στις διεγερτικές ώσεις και "απροθυμίας αντίδρασης" στις ανασταλτικές.

#### Δ. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Η σύγχυση που επικρατεί στη διατύπωση ενός ορθού και γενικά αποδεκτού ορισμού των επιληπτικών κρίσεων επεκτείνεται και στο χώρο της ταξινόμησής τους.

Οι αρχικές διαιρέσεις είχαν καθαρά κλινικό χαρακτήρα. Οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονταν στις "γενικευμένες" και "μερικές", διάκριση που καλύπτει και σήμερα τη μεγαλύτερη αναλογία τους.

Μετά την ανακάλυψη και εφαρμογή της Ηλεκτροεγκεφαλογραφίας (ΗΕΓ) η ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων, πήρε περισσότερο

ηλεκτροκλινικό χαρακτήρα.

Σταθμό στην ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων, αποτέλεσε η διάκρισή τους από τη σχολή Μοντρεάλ σε κεντροεγκεφαλικές και εστιακές καθώς προς την κατεύθυνση αυτή συνηγόρησε αργότερα με πλούσια, αλλά θεωρητικού επιπέδου επιχειρηματολογία και η σχολή της Μασαλίας.

Τα κενά της θεωρίας αυτής, που προέκυψαν κυρίως από έρευνες της σχολής του Παρισιού βάσει των οποίων πολλές φορές γενικευμένες κρίσεις προέρχονται από επιληπτογόνο εστία στο φλοιό ( του μετωπιαίου λοβού ), προσπάθησε να καλύψει η Διεθνής Ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων που προήλθε από κοινή συμφωνία Διεθνών Ομοσπονδιών για την αντιμετώπιση επιληψίας και η οποία δημοσιεύτηκε το 1970 στο περιοδικό EPILEPSIA.

Με βάση την διεθνή ταξινόμηση οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται στις εξής τέσσερις βασικές κατηγορίες: τις μερικές ( PARTIAL ) ή κρίσεις που αρχίζουν τοπικά και καθορίζονται ως παροξυσμοί με αρχικές κλινικές εκδηλώσεις που προέρχονται από την ενεργοποίηση, ανατομική ή (και) λειτουργική περιορισμένου αριθμού νευρώνων του ενός ημισφαιρίου, τις γενικευμένες ή κρίσεις αμφοτερόπλευρες και συμμετρικές ( χωρίς εστιακό χαρακτήρα ) που εκδηλώνονται κλινικά με σπασμούς ή χωρίς σπασμούς και αποδίδονται σε άμεση ενεργοποίηση μέσο-διεγκεφαλικών σχηματισμών, τις ημι-γενικευμένες ή μονόπλευρες με συμμετοχή φλοιωδών ή υποφλοιωδών σχηματισμών όταν η εκφόρτιση αφορά το ίδιο-πάντα ημισφαίριο, ή μεσοδιεγκεφαλικών σχηματισμών όταν η εκφόρτιση αλλάζει πλευρά ( εναλλασσόμενες ή κρίσεις αιώρας ) και τις αταξινόμητες που παρουσιάζουν διάσπαρτη και πολυεστιακή ηλεκτροκλινική εικόνα και αποδίδονται στην ανωριμότητα του εγκεφάλου κατά την νεογνική ηλικία. Οι τελευταίες είναι γνωστές ως κλανητικές κρίσεις.

Έτσι σύμφωνα με την Διεθνή Ταξινόμηση οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται στις εξής επιμέρους μορφές:

(I) ΜΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ.

A. Κρίσεις με απλή ή στοιχειώδη σημειολογία

1. Κινητικές κρίσεις

α. BRAVAIS - JACKSON

β. Σωματοκινητικές (συνεχής μερική επιληψία ή σύνδρομο ΚΟΖΕΩΝΙΚΩΝ, αντανακλαστικές επιληψίες, καλοήθους παιδική επιληψία).

γ. Ανασταλτικές της κινητικότητας.

δ. Σχετικές με τη στάση και θέση του σώματος.

ε. Στροφικές

στ Φωνητικές

ζ. Αφασικές

2. Αισθητικές και αισθητηριακές κρίσεις.

α. Σωματοαισθητικές

β. Οπτικές

γ. Ακουστικές

δ. Οσφρητικές

ε. Γευστικές

στ Ιλίγγων

3. Φυτικές κρίσεις.

α. Πεπτικού συστήματος (κοιλιακή επιληψία)

β. Κυκλοφορικού συστήματος

γ. Αναπνευστικού συστήματος

δ. Ουροποιογεννητικού συστήματος

B. Κρίσεις με σύνθετη σημειολογία.

1. Διαταραχή της συνείδησης (μόνη εκδήλωση)

2. Ψυχοαισθητηριακές κρίσεις

α. Με τη μορφή παραισθήσεων

β. " " " ψευδαισθήσεων

3. Με τη μορφή διαταραχών του λόγου.
  4. Με τη μορφή διαταραχών της μνήμης και σχηματισμού ιδεών.
  5. Ενοστικτοαισθηματικές ( γελαστική επιληψία )
  6. Ψυχοκινητικές ( διάφοροι αυτοματισμοί )
- Γ. Κρίσεις που γενικεύονται δευτεροπαθώς.

## ΥΙ. ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ.

### Α. Αφαιρέσεις

#### 1. Απλές αφαιρέσεις.

- α. Τυπικές ή κρίσεις PETIT MAL.
- β. Άτυπες ή κρίσεις PETIT MAL VARIANT ( σύνδρομο LENNOX GASTAUT ):

#### 2. Σύνθετες αφαιρέσεις.

- α. Μυοκλονικές ή μυοκλονικό PETIT MAL.
- β. Υπερτονικές
- γ. Ατονικές
- δ. Αυτοματικές
- ε. Φυτικές

Β. Μαζικές αμφοτερόπλευρες μυοκλονίες, υποξεία σκληρυντική πανεγκεφαλίτις VAN BOGAERT, προοδευτική μυοκλονική επιληψία UNVERRICHT, μυοκλονική παρεγκεφαλιδική δυσσυνέργεια RAMSAY - HUNT.

Γ. Βρεφικοί σπασμοί ( σύνδρομο WEST )

Δ. Κλονικές κρίσεις

Ε. Τονικές κρίσεις

ΣΤ. Τονικοκλονικές κρίσεις ή GRAND MAL.

Ζ. Ατονικές κρίσεις

Η. Ακίνητες κρίσεις

## ΙΙΙ. ΗΜΙΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΕΣ Η ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ.

- Α. Κλονικές κρίσεις ( σύνδρομο ημισπασμου-ημιπληγίας-επιληψίας )
- Β. Τονικές κρίσεις
- Γ. Τονικοκλονικές κρίσεις

IV. ΑΤΑΞΙΝΟΜΗΤΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ.



## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι Ι

### ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

#### Α. ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Είναι γνωστό ότι οι μερικές και οι γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις που αναφέρθηκαν, παρατηρούνται και κατά την παιδική ηλικία, μεταξύ δε των τελευταίων οι αφαιρέσεις τύπου PETIT MAL, αποτελούν τις κρίσεις που απαντούν πιο συχνά στα παιδιά.

##### α.1. Νεογνικό ίσπασμοί (NEONATAL SEIZURES)

Η βαριά πρόγνωση που αναφέρεται στις κρίσεις αυτές δεν προέρχεται από τους σπασμούς καθεαυτούς αλλά από τις αιτίες που τους προκαλούν, μεταξύ των οποίων οι σοβαρότερες συνδέονται με κακώσεις κατά τον τοκετό ( περιγεννητική ασφυξία, ενδοκρανιακή αιμορραγία κλπ. ).

Ως λιγότερο σοβαρές χαρακτηρίζονται οι ενδοκρανιακές λοιμώξεις ( βακτηριακής ή μη βακτηριακής αρχής ) και τα μεταβολικά νοσήματα ( υπασβεστιαϊμία, υπογλυκαιμία, υπομαγνησαιμία, έλλειψη ή εξάρτηση από την πυριδοξίνη κλπ ). Η έγκαιρη αντιμετώπιση των νεογνικών κρίσεων, που έχουν ιδιαίτερη σημειολογία ( πλανητικές κρίσεις ) και πολλές φορές μεγάλη διάρκεια, αποτελεί πρωταρχική φροντίδα.

##### 2. Βρεφικό ίσπασμοί ( INFANTILE SPASMS )

Γνωστοί και ως σύνδρομο WEST από τον πρώτο που τους περιέγραψε ή υφαρρυθμία από τη χαρακτηριστική μεσοκρिटική Ηλεκτροεγκεφαλογραφική εικόνα ( υψηλού δυναμικού συνεχής παροξυντική δρα-

στηριδότητα από βραδέα κύματα, αιχμές και πολυαιχμές ) ή σπασμοί σε κάμψη ( SPASMES EN FLEXION ) από το χαρακτήρα των κλινικών κρίσεων, αποτελούν βαριά κατάσταση που παρουσιάζεται συνήθως μεταξύ 4-9 μηνών, με ελαφρά υπεροχή στα αγόρια.

Η διάκριση αρχικά του συνδρόμου σε ιδιοπαθές και συμπτωματικό με υπεροχή, ανάλογα προς τις εκτιμήσεις των ερευνητών, της πρώτης κατηγορίας ( 55,7% ) ή της δεύτερης ( 64% ), φαίνεται να υστερείται σήμερα ιδιαίτερης αξίας αφού τελικά το 59% των περιπτώσεων παρουσιάζει νευρολογικά υπολείμματα και μόνο το 11% παραμένει ελεύθερο ανάλογων συμπτωμάτων.

Οι ασθενείς με ιδιοπαθείς βρεφικούς σπασμούς παρουσιάζουν καλύτερη πρόγνωση και ευνοϊκότερη απάντηση στη θεραπεία από εκείνους με συμπτωματικούς βρεφικούς σπασμούς.

Σύμφωνα με μια γενική στατιστική σε ότι αφορά την εξέλιξη των επιληπτικών κρίσεων, το 40% των ασθενών με βρεφικούς σπασμούς απαλλάσσεται των κρίσεων, το 25% βελτιώνεται και το 35% μένει αμετάβλητα.

### 3. Σύνδρομο L E N N O X - G A S T A U T

Αποτελεί σε ποσοστό 10-20% συνέχεια του συνδρόμου WEST και παρουσιάζει, όπως εκείνο, συμπτώματα εγκεφαλοπάθειας, δηλαδή διανοητική καθυστέρηση, ποικιλία επιληπτικών κρίσεων με χαρακτηριστικότερες εκδηλώσεις τις ατονικές κρίσεις και ιδιαίτερα ανώμαλο HEP ( τύπου PETIT MAL VARIANT ) με άτυπα, αμφοτερόπλευρα συνήθως, συμπλέγματα αιχμής- κύματος 1-2 κ/δ, χωρίς το σύγχρονο και ομοιόμορφο χαρακτήρα, που παρουσιάζουν τα συμπλέγματα των αφαιρέσεων PETIT MAL.

Ως ηλικία έναρξης αναφέρεται κυρίως η πρώτη δεκαετία ( κατά προτίμηση μεταξύ 2-4 ετών ) και χαρακτηρίζεται όπως το σύνδρομο WEST σε ιδιοπαθές και συμπτωματικό ( που είναι σαφώς και το συ-

χνότερο ). Το CT-SCAN είναι φυσιολογικό στο 50% των περιπτώσεων περίπου.

Οι κρίσεις του συνδρόμου LENNOX-GASTAUT ανθίστανται γενικά στη θεραπεία.

#### 4. Καλοήγησρο λάνδεϊος επιληψία. ( BENIGN ROLANDIC EPILEPSY )

Παρουσιάζεται μεταξύ 3-10 ετών ( συνήθως 7-10 ), έχει κάποια κληρονομική προδιάθεση, είναι ελαφρά συχνότερη στα κορίτσια και εξαφανίζεται, ασχέτως θεραπείας, γύρω στα 12 χρόνια.

Οι κρίσεις κατά 80% συμβαίνουν στον ύπνο και σε ποσοστό 74%, έχουν εστιακό ( κλονικό ) χαρακτήρα ( εντοπίζεται συνήθως στους πρόσωπο-λαρυγγο-φαρυγγικούς μυς ), ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις ( 26% ), εκδηλώνονται ως γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί.

Η μεσοκριτική ΗΕΓγραφική εικόνα χαρακτηρίζεται από μονόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες θετικές αιχμές στις ρολάνδειες ή μέσες κροταφικές χώρες.

Ορισμένοι ερευνητές αποφεύγουν τη χορήγηση φαρμάκων λόγω της καλοήθους πορείας των κρίσεων.

#### 5. Πυρετικοί σπασμοί ( FEBRILE CONVULSIONS )

Οι πυρετικοί σπασμοί ( ΠΣ ) είναι "σπασμοί που συμβαίνουν σε παιδική ηλικία μεταξύ 3 μηνών και 5 ετών και συνοδεύονται από πυρετό ο οποίος δεν οφείλεται σε ενδοκράνια λοίμωξη. Εξαιρούνται οι περιπτώσεις σπασμών με πυρετό σε άτομα που είχαν προηγουμένως νοσήσει από ακύρετους σπασμούς.<sup>5</sup>

Οι ΠΣ είναι συχνό πρόβλημα δεδομένου ότι 2,2 - 5% του παι-

δικού πληθυσμού θα εμφανίσει τουλάχιστον ένα επεισόδιο πριν από την ηλικία των 5 ετών.

Οι πυρετικοί σπασμοί ( ΠΣ ) σαν συνέπεια έχουν την εμφάνιση και άλλων επεισοδίων ΠΣ. Το 33% των παιδιών με ένα επεισόδιο ΠΣ θα εμφανίσει τουλάχιστον άλλο ένα επεισόδιο, ενώ η πιθανότητα ανέρχεται στο 50% αν η ηλικία κατά το πρώτο επεισόδιο ήταν μικρότερη του ενός έτους.

Η πιθανότητα εμφάνισης επιληψίας μετά από ΠΣ κυμαίνεται μεταξύ 2% και 4%. Αν ληφθεί υπόψη ότι ο κίνδυνος εμφάνισης επιληψίας στο γενικό πληθυσμό είναι, αδρά, 1% συμπεραίνεται ότι οι ΠΣ συνοδεύονται από μια αύξηση του κινδύνου αυτού κατά 2 - 4 φορές. Αν και ο σχετικός αυτός κίνδυνος είναι σημαντικός, ο απόλυτος κίνδυνος παραμένει πολύ μικρός δεδομένου ότι 96 - 98% των ατόμων που νόσησαν από ΠΣ δεν θα εμφανίσουν επιληψία.

Αν η πιθανότητα εμφάνισης επιληψίας είναι πολύ μικρή για το σύνολο των ατόμων που νόσησαν από ΠΣ, οι σχετικές μελέτες έχουν εντοπίσει υποομάδες του συνόλου αυτού με σαφώς μεγαλύτερο κίνδυνο. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο της επιληψίας, είναι οι εξής:

- Προϋπάρχουσα των ΠΣ νευρολογική βλάβη.
- Επιπλεγμένοι ΠΣ, δηλαδή εστιακοί σπασμοί ή σπασμοί διάρκειας άνω των 15 MIN ή περισσότερα του ενός επεισόδια εντός 24 ωρών.
- Οικογενειακό ιστορικό επιληψίας ( γονείς, αδέρφια ).

Η πλειοψηφία των παιδιών με ΠΣ ( περίπου το 65% ) αν δεν έχει κανέναν από τους προαναφερθέντες επιβαρυντικούς παράγοντες ο κίνδυνος επιληψίας υπολογίζεται σε 0,9% μέχρι την ηλικία των 7 ετών και σε 2,5% μέχρι την ηλικία των 20 ετών. Ο κίνδυνος αυτός είναι ο ίδιος ή πολύ λίγο αυξημένος σε σχέση με το γενικό

πληθυσμό ( της ίδιας ηλικίας ).

Στο υπολειπόμενο περίπου 35% των παιδιών με ΠΣ αν υφίστανται ένας ή περισσότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες ο κίνδυνος επιληψίας αυξάνεται ανάλογα με το είδος και τον αριθμό των επιβαρυντικών παραγόντων.

Έτσι σε μελέτη 666 παιδιών με ΠΣ, εκείνα που παρουσίαζαν από πριν νευρολογικές διαταραχές ή άτυπες ή μεγάλης διάρκειας κρίσεις εγκατέστησαν μελλοντικά επιληψία σε ποσοστό 17%.

Ο αριθμός των κρίσεων δεν φαίνεται να επιβαρύνει την πρόγνωση στα παιδιά χωρίς προηγούμενα νευρολογικά προβλήματα, ενώ επηρεάζει το μέλλον των βεβαρημένων παιδιών.

Επίσης η πρόγνωση είναι καλύτερη όταν οι σπασμοί εμφανίζονται μεταξύ 2 - 4 ετών και βαρύτερη σε μικρότερη και μεγαλύτερη ηλικία.

**β. Παρακολούθηση νοητικής κατάστασης επιληπτικών παιδιών.**

Η εκτίμηση της πορείας της νοητικής καταστάσεως των επιληπτικών ατόμων είναι δύσκολη. Ειδικότερα στα παιδιά είναι δυσκολότερη για τον επιπρόσθετο λόγο ότι ο παιδικός εγκέφαλος και οι ψυχικές λειτουργίες των παιδιών βρίσκονται σε διαρκή εξέλιξη και όλοι οι παράγοντες όσο οι ενδογενείς (εγκεφαλική βλάβη, σπασμοί κλπ), όσο και οι εξωγενείς (φάρμακα, περιβάλλον κλπ) αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στην εξέλιξη της νοητικής καταστάσεως των επιληπτικών παιδιών, ώστε να γίνεται σαφής λόγος για νοητική έκπτωση σε αυτά.<sup>6</sup>

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η παρακολούθηση της νοητικής καταστάσεως 36 επιληπτικών παιδιών που νοσηλεύτηκαν στο Δημόσιο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης από 2 - 10 χρόνια, σε σύγκριση και συσχετισμό με ισάριθμα παιδιά που νοσηλεύτηκαν

σε αυτό για διανοητική ανεπάρκεια, δηλ. στο ίδιο περιβάλλον και στο ίδιο χρονικό διάστημα.

Εξετάσθηκαν οι εξής παράμετροι: Παρακολούθηση ΔΝ, χρόνο ενάρξεως σπασμών, φύλο, ηλικία, τύπο και συχνότητα επιληπτικών προσβολών, τόπο καταγωγής και κατοικίας, φαρμακευτική αγωγή, ΗΕΓ διάγραμμα, οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, ένταξη σε ομάδα, συμπεριφορά και παρακολούθηση του Δ.Ν. Η παρακολούθηση της νοητικής καταστάσεως των παιδιών και των δύο ομάδων έγινε με νοομετρικές εξετάσεις που επαναλαμβάνονταν ανά εξάμηνο.

Βγήκαν τα εξής συμπεράσματα: Στασιμότητα με ποσοστό 39%,

ελαφρά μείωση του Δείκτη Νοημοσύνης ( ΔΝ ) σε ποσοστό 53% και έκπτωση σε ποσοστό 8%. Το ποσοστό αυτό της έκπτωσης του ΔΝ επηρεάστηκε από ορισμένους παράγοντες που είναι οι πιο κάτω:

1. Συχνότητα και τύπος επιληπτικών προσβολών. Όσο συχνότερες ήταν οι επιληπτικές προσβολές τόσο μεγαλύτερη ήταν και η μείωση του ΔΝ. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων ερευνητών, που υποστηρίζουν ότι κατά την διάρκεια των επιληπτικών κρίσεων προκαλούνται εγκεφαλικές βλάβες, λόγω ανοξίας και ως εκ τούτου έκπτωση των νοητικών λειτουργιών ( KIRMAN 1957, Κώνστας 1964, Σεραφετινίδης 1957 ).

2. Χρόνος ενάρξεως Ε-προσβολών. Όσο ενωρίτερα άρχισαν οι επιληπτικές προσβολές τόσο μεγαλύτερη βρέθηκε η μείωση του ΔΝ.

3. Η επίμακρον χορήγηση αντι Ε- φαρμάκων, σε επίμονες μη ελεγχόμενες δια αυτών επιληπτικές κρίσεις.

4. Το αποδιοργανωμένο και με διάχυτες βλάβες ΗΕΓ αποτελεί, κατά τη γνώμη μας, σημείο κακής πρόγνωσης για τον ΔΝ των επιληπτικών παιδιών. Δεν διαπιστώθηκε σχέση μεταξύ ορισμένου τύπου ΗΕΓ και βαρύτητας εκκρίσεων, ως και μειώσεως του ΔΝ:

5. Οι παράγοντες: μη καλή συμπεριφορά και συνεργασία.

γ. Επίδραση της επιληψίας των παιδιών στην οικογένεια.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η επίδραση της επιληψίας των παιδιών στην οικογένεια όπως και τους τρόπους με τους οποίους η οικογένεια αντιμετωπίζει τόσο την ίδια την νόσο όσο και τις επιπτώσεις της.<sup>7</sup>

Η ερευνητική ομάδα αποτελέσθηκε από 35 μητέρες επιληπτικών παιδιών που έπαιρναν θεραπεία και παρακολουθούνταν ιατρικά για τουλάχιστον δύο χρόνια. Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 39 μητέρες παιδιών με μεσογειακή αναιμία.

Το είδος των κρίσεων ήταν πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς γενικευμένες τονικοκλονικές ή εστιακές κρίσεις (συμπεριλαμβανομένων κροταφικών). Σε όλα τα παιδιά η θεραπεία ρυθμίστηκε μετά την ακριβή διάγνωση, ενώ οι γονείς είχαν πάρει οδηγίες για την φαρμακευτική και ψυχολογική αντιμετώπιση των παιδιών τους.

Επίσης είχε δοθεί στους γονείς η διαβεβαίωση ότι σήμερα οι περισσότερες επιληπτικές κρίσεις ελέγχονται και δεν θα πρέπει να θεωρούνται εμπόδιο στη φυσιολογική ζωή του ατόμου.

Η ομάδα των μαρτύρων (ελέγχου) αποτελέστηκε από 39 γονείς παιδιών με μεσογειακή αναιμία που παρακολουθούνται στο τμήμα μεσογειακής αναιμίας της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο Παίδων "Αγ. Σοφία".

Επιλέχτηκε αυτή η ομάδα ελέγχου γιατί, σε αντίθεση με την επιληψία, η μεσογειακή αναιμία είναι μία νόσος που δεν θεραπεύεται. Οι γονείς το γνωρίζουν και έχουν δικαιολογημένο άγχος όχι μόνο για την πρόγνωση της νόσου αλλά και για τυχόν ελλείψεις αίματος και αντιδράσεις στη μετάγγιση και/ή την αποσιδήρωση.

Ένα βασικό κοινό σημείο και των δύο ομάδων είναι η ύπαρξη του ενδεχομένου για ένα οξύ συμβάν δηλ., μια επιληπτική κρίση ή μια μετάγγιση με αντίδραση.

Σε όλες τις μητέρες δόθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο. Τα ερω-

τμήματα κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα συνδυασμού γνώσεων, αισθημάτων, φόβων και πρακτικών προβλημάτων στην αντιμετώπιση της κάθε νόσου. Το ερωτηματολόγιο είναι το παρακάτω:

1. Ποιές είναι οι γνώσεις σας, γενικά, για τη νόσο.
2. Ποιές είναι οι γνώσεις σας για τα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν επιληπτικές κρίσεις.
3. Γενικοί φόβοι για την νόσο ( για θάνατο, μόνιμη βλάβη κ.α )
4. Φόβοι για το "κουσούρι".
5. Φόβοι για κληρονομικότητα.
6. Φόβοι για διανοητική έκπτωση.
7. Φόβοι για δυσμενή επίπτωση στην μελλοντική επαγγελματική εξέλιξη του παιδιού.
8. Φόβοι για τη δημιουργία και τις επιδράσεις σε μια μελλοντική οικογένεια του παιδιού.
9. Γενικοί φόβοι για τη θεραπεία.
10. Φόβοι για τυχόν βλάβες στον εγκέφαλο από τη θεραπευτική αγωγή.
11. Φόβοι για βλάβες σε άλλα όργανα ( στομάχι κλπ. )
12. Παρέμβαση της αντίδρασης ( άγχους ) των γονιών στην πρώτη επιληπτική κρίση του παιδιού.
13. Εκτίμηση του άγχους για τις μετέπειτα επιληπτικές κρίσεις.
14. Εκτίμηση του δεσμού μητέρας - παιδιού.
15. Τυχόν απόκριση της διάγνωσης και σε τι βαθμό.
16. Αισθήματα ενοχής και σε τι βαθμό.
17. Επίδραση στις ενδοοικογενειακές σχέσεις.
18. Τρόποι τήρησης θεραπείας ( τακτική, ακατάστατη και σε τι βαθμό ).
19. Τυχόν αλλαγές γιατρών και συχνότητα.
20. Τυχόν σιέψεις και/ή ταξίδια για θεραπεία στο εξωτερικό.

Από τις παραπάνω ερωτήσεις, οι δύο πρώτες αναφέρονται στις γνώσεις για τη νόσο. Η 3η μέχρι και η 13η ερώτηση σχετίζονται με



τους φόβους - ανησιχίες των γονέων. Η 14η, 15η και 16η αναφέρονται σε ψυχικά χαρακτηριστικά των γονέων. Οι τελευταίες 4 ερωτήσεις σχετίζονται με τις επιδράσεις της νόσου στην οικογένεια.

Στις απαντήσεις των γενικών ερωτήσεων λήφθηκε υπόψη το επίπεδο πρόσφατης των γονέων.

Η στατιστική σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο σύνολο της βαθμολογίας των ερωτήσεων των δύο ομάδων. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς των επιληπτικών παιδιών έχουν επηρεαστεί δυσμενέστερα σε σχέση με τους γονείς των παιδιών της ομάδας της μεσογειακής αναιμίας.

Ετη στατιστική σύγκριση των βαθμολογιών στις 11 ερωτήσεις που σχετίζονται με τους φόβους και ανησιχίες των γονέων, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Οι φόβοι δηλ. και οι ανησιχίες των γονέων στα επιληπτικά παιδιά είναι μεγαλύτεροι από τα παιδιά με μεσογειακή αναιμία.

Τέλος, στη βαθμολογία των 7 ερωτήσεων που αναφέρονται σε ψυχικά χαρακτηριστικά των γονέων και στις επιδράσεις της νόσου στην οικογένεια, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των ερωτήσεων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας στηρίζουν την άποψη ότι ειδικές ψυχοκοινωνικές επιπλοκές σε χρόνιες νόσους, σχετίζονται (σε διαφορετικό βαθμό ) με ορισμένες από τις νόσους αυτές.

Αποδείχθηκε η δυσμενή επίδραση της επιληψίας των παιδιών στην οικογένεια, η οποία σχετίζεται με τις επιληπτικές κρίσεις που, όπως είναι γνωστό δύσκολα κατανοούνται και προκαλούν ιδιαίτερο άγχος και σύγχυση στους γονείς.

## Β. ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Με τον όρο αυτό θα έλεγε κανείς ότι θα έπρεπε να περιοριζόμαστε στις γυναίκες που παρουσιάζουν κρίσεις αποκλειστικά στην περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, αλλά περιλαμβάνει γενικά και τις περιπτώσεις εκείνες που εμφανίζουν αύξηση της συχνότητας και της βαρύτητας των κρίσεων κατά την ειδική αυτή περίοδο.<sup>8</sup>

### 1. Ε π ί δ ρ α σ η τ η ς ε π ι λ η ψ ί α ς σ τ η ν κ ύ η σ η τ ο υ τ ο κ ε τ ό κ α ι τ η λ ο χ ε ί α .

Νέες έρευνες υποδηλώνουν ότι οι επιληπτικές σαν ομάδα έχουν τάση αναπαραγωγής σε μικρότερη ηλικία από το γενικό πληθυσμό.

Σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες, φαίνεται ότι παρουσιάζουν μια προοδευτικά αυξανόμενη γονιμότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Η αδράνεια της μήτρας αποτελεί σημαντική αιτία αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Ο αριθμός των αναφερόμενων επιπλοκών, που πιθανόν έχουν σχέση με τη μείωση των συσπάσεων της μήτρας και στη συνέχεια αιμοραγία, είναι μεγαλύτερο σε γυναίκες με επιληψία από ότι σε φυσιολογικές ομάδες ελέγχου. Είναι πιθανό ότι η αντιεπιληπτική αγωγή, κυρίως η υδανταΐνη και η φαινοβαρβιτάλη, είναι υπεύθυνες επειδή προκαλούν θρομβοπενία και ελλάτωση της βιταμίνης Κ.

Η βρεφική θνησιμότητα σε αρρώστους με επιληψία εμφανίζεται αυξημένη στο διπλάσιο σε μερικές ομάδες απ'ότι θα αναμενόταν. Σε μια φιλανδική μελέτη ήταν σχεδόν τρεις φορές υψηλότερη από ότι θα αναμενόταν. ( HILLESMAA 1981 )

Οι επιληπτικές γυναίκες φαίνεται ότι έχουν περισσότερους πρόωρους τοκετούς συγκριτικά με τις μη επιληπτικές. ( BJERKE-DAL 1981 ) Έτσι ο μέσος όρος του σωματικού βάρους του νεογνού κατά τον τοκετό είναι μικρότερος και η συχνότητα νεογνών χαμηλού βάρους, κάτω των 2500 γρ., υψηλότερη σε νεογνά επιληπτικών

μητέρων. Τα ευρήματα αυτά δηλώνουν ότι η ενδομήτρια ανάπτυξη καθυστερεί περισσότερο ή συχνότερα στις επιληπτικές μητέρες από ότι στις μητέρες χωρίς επιληψία, επειδή οι διαφορές στο βάρος των νεογνών φαίνονται μεγαλύτερες απ'ότι θα περίμενε κανείς από την αυξημένη συχνότητα των πρόωρων τοκετών. Ο κίνδυνος γέννησης παιδιών με δυσπλασίες είναι περίπου 1,25 φορές υψηλότερος σε μητέρες με επιληψία απ'ότι σε μητέρες χωρίς επιληψία.

## 2. Επίδραση της κύησης, του τοκετού και της λοχείας στην επιληψία.

Η επίδραση της κύησης στη συχνότητα των κρίσεων φαίνεται ότι ποικίλει. Συχνά η συχνότητα των σπασμών μεταβάλλεται, κυρίως αυξάνεται σε σχέση με τη βαρύτητα της επιληψίας, πριν από την κύηση. Πολλές έρευνες συμπεραίνουν ότι οι μεταβολές στη συχνότητα των κρίσεων στη διάρκεια της κύησης σε σύγκριση με την περίοδο πριν από την κύηση είναι απρόβλεπτες. Πολλοί παράγοντες μπορεί να έχουν σχέση με επιδείνωση π.χ η ηλικία της μητέρας, ο αριθμός των κύησης, ο τύπος και η διάρκεια της επιληψίας, ο αριθμός των κρίσεων πριν από την κύηση, το φύλο και το βάρος γεννήσεως του παιδιού και η λήψη φαρμάκων. Οι HUHMAR και JARVINEN ( 1961 ) βρήκαν μια σαφή σχέση μεταξύ της βαρύτητας της επιληψίας και της επιδείνωσης στη διάρκεια της κύησης: 70% των αρρώστων με βαριά επιληψία επιδεινώθηκαν.

Η συχνότητα των σπασμών μελετήθηκε σε σχέση με τα διάφορα τρίμηνα της κύησης, τον τοκετό, και τη λοχεία ( γαλουχία ). Αυξημένη συχνότητα βρέθηκε στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Η εξέλιξη μιας κύησης δεν μπορεί να προβλεφτεί από προηγούμενες κυήσεις. Έχει επίσης παρατηρηθεί επιδείνωση σε σχέση με τον τοκετό και τη γαλουχία. Οποιοδήποτε κι αν είναι τα αποτελέσματα στη κύηση, η γενική γνώμη είναι ότι η συχνότητα των σπασμών επιστρέφει, στο πριν από την κύηση επίπεδο, μετά τον τοκετό.

Μερικοί βασικοί φυσιολογικοί μηχανισμοί έχουν αποδειχτεί σαν υπεύθυνοι για την αυξημένη συχνότητα των κρίσεων, π.χ η υπέρπνοια, η αύξηση του βάρους και οι ορμονικές μεταβολές. Η υπέρπνοια με μια μεταβολή του pH, μπορεί να προκαλεί κρίσεις, καθώς είναι γνωστό ότι η υπέρπνοια προκαλεί ανωμαλίες στο ΗΕΓ και προδιαθέτει σε κλινική εκδήλωση κρίσεων σε ύποπτες περιπτώσεις προφανώς οφειλόμενες σε μια αυξημένη ευαισθησία του αναπνευστικού κέντρου.

Η αύξηση του βάρους, που οφείλεται κατά ένα μέρος στην αυξημένη κατακράτηση νατρίου και ύδατος, μπορεί επίσης να είναι υπεύθυνη για την αύξηση των κρίσεων. Η επίδραση των ορμονών στην αυξημένη ετοιμότητα των εγκύων επιληπτικών γυναικών για κρίσεις, είναι δύσκολο να καθοριστεί.

Ο CANGER ( 1981 ) βρήκε ότι οι ορμονικές συγκεντρώσεις είναι το ίδιο υψηλές όπως και σε μη επιληπτικές γυναίκες έγκυες ενώ άρρωστοι με αυξημένη συχνότητα κρίσεων έχουν ελαφρά υψηλότερο επίπεδο οιστρογόνων απ'ό,τι άλλοι άρρωστοι.

Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτά, έχει αποδειχθεί ότι τα οιστρογόνα έχουν κάποια επιληπτογόνο δράση.

### 3. Επιληψία της κύησης

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως ο όρος "επιληψία της κύησης" αναφέρεται για αρρώστους που έχουν σπασμούς μόνο στη διάρκεια της κύησης ή της λοχείας. Σε πολλές περιπτώσεις που έχουν ανακοινωθεί οι σπασμοί εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στη διάρκεια της κύησης και συνεχίστηκαν και μετά την κύηση. Επειδή τόσο η κύηση όσο και η επιληψία είναι σχετικά κοινές καταστάσεις, η συμπτωματική εμφάνιση της πρώτης κρίσης στη διάρκεια της κύησης δεν είναι σπάνια. Η εμφάνιση κρίσεων σε μια κύηση δεν έχει προγνωστική αξία για την πορεία άλλων κυήσεων στη συνέχεια.

Οι κρίσεις εμφανίζονται συχνότερα προς το τέλος της κύησης. Έχει ανακοινωθεί ότι οι κρίσεις έχουν σχέση με μια υψηλή συχνότητα εστιακών κλινικών ή και ΗΕΓραφικών εκδηλώσεων.

## **Γ. ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΗΨΙΕΣ**

Στα πλαίσια της αντανακλαστικής επιληψίας ( REFLEX EPILEPSY ) περιγράφονται κρίσεις που συνήθως εκδηλώνονται με τη μορφή μυοκλονικών ή τονικού σπασμού ( που είναι όμως δυνατό να εξελιχθούν σε GRAND MAL ) ως αντίδραση ( απάντηση ) σε κάποιο εξωτερικό ερεθίσμα, σε άτομα που μπορεί να παρουσιάζουν και αυτόματες κρίσεις.

Πολλές φορές το σταιχείο του αιφνιδιασμού, συγκεκριμένης προέλευσης ερεθίσματος, αρκεί για την εμφάνιση της κρίσης. Ο συνηθέστερος εκλυτικός παράγοντας για ανάλογες κρίσεις είναι τα πρόσμενα ακουστικά ερεθίσματα και σπανιότερα τα σωματοαισθητικά.

Στις περιπτώσεις αυτές αναφέρονται καλά θεραπευτικά αποτελέσματα από τη χορήγηση λοραζεπάμης ( TAVOR ) ενώ τα κλασσικά αντι-Ε έρχονται σε δεύτερη μοίρα.

Η γνωστότερη όμως κατηγορία κρίσεων είναι αυτές που ακολουθούν τα φωτεινά ερεθίσματα και κυρίως όταν αυτά έχουν διαλείποντα χαρακτήρα ( π.χ το αναβοσβήσιμο των φώτων στις χορευτικές αίθουσες ) ή παρουσιάζουν εναλλασσόμενες μεταβολές της φωτεινότητός τους ( π.χ η τηλεόραση ).

Στη φωτογενή επιληψία εκτός από την φαρμακευτική θεραπεία, σε ορισμένες περιπτώσεις η χρησιμοποίηση ειδικών ματογυαλιών που φιλτράρουν την ερυθρή ακτινοβολία του φωτός έχει καλά αποτελέσματα.

Περιγράφονται επίσης σπανιότερες μορφές αντανακλαστικών επιληψιών, όπως η επιληψία κατά την ανάγνωση, η μουσικογενής επιληψία, η αυτοπροκαλούμενη επιληψία κ.α, που απαιτούν ειδική αντιμετ-

τώπιση προς την πλευρά του εκλυτικού παράγοντα, είτε με κατάλληλα μηχανικά ( συχνά πολυδάπανα ) μέσα, είτε με την εφαρμογή θεραπείας της συμπεριφοράς.

#### Α. ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ( STATUS EPILEPTICUS )

Πρόκειται για κρίσεις που διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα ( 30-60 λεπτά τουλάχιστον ) ή επαναλαμβάνονται συχνά ώστε στο μεταξύ τους διάστημα η συνείδηση να μη διαυγάζει. Ο χαρακτηρισμός έχει σχετική αξία αφού στα νεογνά και τα βρέφη που οι κρίσεις διαρκούν συνήθως πολύ ούρος δεν χρησιμοποιείται με τόσο ευκολία.

Το STATUS EPILEPTICUS ( SE ) αποτελεί το πιο επείγον από τα σοβαρά θεραπευτικά προβλήματα στη νευρολογία, με μεγάλη θνησιμότητα που κυμαίνεται στις διάφορες στατιστικές, ανάλογα με την αιτία που το προκαλεί, από 21% ως 50%, εφόσον βέβαια πρόκειται για κρίσεις που εκδηλώνονται με γενικευμένους σπασμούς ( GRAND MAL ).

Σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση και ανάλογα με τη μορφή των κρίσεων, οι επιληπτικές καταστάσεις δυνατό να ενταχθούν σε τρεις μεγάλες ομάδες: τις μερικές, τις γενικευμένες και τις ημιγενικευμένες. Οι περισσότεροι όμως ερευνητές, για πρακτικούς κυρίως λόγους, προτιμούν το διαχωρισμό τους με κριτήριο τους σπασμούς, δηλαδή σ' αυτές που εκδηλώνονται με σπασμούς και σ' αυτές που δεν παρουσιάζουν σπασμούς.

#### 1. Επιληπτική κατάσταση με σπασμούς

Η χαρακτηριστικότερη και βαρύτερη μορφή κρίσεων στην ομάδα αυτή είναι το STATUS GRAND MAL.

Η πρωταρχική φροντίδα στην περίπτωση εισόδου ενός τέτοιου ασθενούς στην κλινική είναι να καθοριστεί, η αιτία του SE, εάν δηλαδή πρόκειται για παλαιό επιληπτικό ή για ασθενή που παρουσιάζει για πρώτη φορά σπασμούς, αφού σύμφωνα με έγκυρες στατιστικές

η τελευταία εκδοχή συγκεντρώνει περισσότερες πιθανότητες ( 56% )

Εάν ο ασθενής είναι παλιός επιληπτικός η άμεση διερεύνηση της αιτίας του SE έρχεται σε δεύτερη μοίρα και προέχει η συμπτωματική αντιμετώπιση των εκδηλώσεων από τις οποίες απειλείται η ζωή του ασθενούς.

Εάν το SE αποτελεί την πρώτη εκδήλωση μη επιληπτικού ατόμου τότε θα πρέπει παράλληλα με την προσπάθεια καταστολής των σπασμών να ελεγχθεί και η αιτία τους, ώστε να αντιμετωπισθεί, κατά το δυνατόν, η κατάσταση αιτιολογικά.

Έτσι θα πρέπει να διερευνηθεί το ενδεχόμενο της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης ( βυθοσκοπήση ) και η αιτιολογία της ( εγκεφαλίτιδες , όγκοι, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ). Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να γίνει επείγοντως CT-SCAN και ενδεχομένως οσφυονωτιαία παρακέντηση μετά την άρση της ενδοκρανιακής υπέρτασης.

Η αιφνίδια αύξηση της αρτηριακής πίεσης ( υπερτασική εγκεφαλοπάθεια ) σε συνδυασμό, ορισμένες φορές, με δυσλειτουργία των νεφρών ( εκλαμψία ) ή περιπτώσεις καρδιοπνευμονικής ανακοπής ( έμφραγμα ), απαιτούν ειδική αντιμετώπιση παράλληλα με την προσπάθεια καταστολής των σπασμών.

Το φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση του SE είναι οι βενζοδιαζεπίνες και κυρίως η διαζεπάμη και η κλοναζεπάμη. Αυτή αποτελεί την πρώτη φάση της αντιμετώπισης του SE, που συνήθως γίνεται στο εξωτερικό ιατρείο ή θάλαμο και αν δεν αποδώσει τα αναμενόμενα ( καταστολή των κρίσεων - αποκατάσταση της συνείδησης ) τότε η κατάσταση χαρακτηρίζεται βαρύτατη και ο ασθενής επιβάλλεται να εισαχθεί άμεσα στο θάλαμο εντατικής παρακολούθησης.

Κατά την δεύτερη φάση, λίγες ώρες μετά την εγκατάσταση του SE GRAND MAL δημιουργείται ήδη εγκεφαλική υποξία με αποτέλεσμα να παραβλάπτονται οι αμυντικοί μηχανισμοί του οργανισμού για την καταστολή του επιληπτικού φαινομένου ( βασικότεροι είναι τα κύτταρα PURKINJE της παρεγκεφαλίδας ) που είναι ιδιαι-

τερα ευάλωτοι στην ένδεια οξυγόνου.

Η κατάσταση αυτή είναι δυνατό να επιδεινωθεί από τον υπο-αερισμό των πνευμόνων λόγω της υπολειτουργίας του αναπνευστικού κέντρου, των πύκνωσων εκκρίσεων και της συνυπάρχουσας πιθανότατα πνευμονίας από αναρρόφηση (γιαυτό κατάλληλη θέση). Η συνύπαρξη ηλεκτρολυτικών διαταραχών δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στην αντιμετώπιση των ασθενών.

Η εξέλιξη αυτή που δεν είναι ασυνήθης, επιβάλλει τη διατήρηση των αεροφόρων οδών στην καλύτερη δυνατή κατάσταση και την εξαρχής χορήγηση οξυγόνου. Το κυκλοφορικό σύστημα πρέπει να ελέγχεται συστηματικά.

Η περίοδος αυτή είναι κρίσιμη για την ζωή του ασθενούς γιατί στην τρίτη φάση, ο ασθενής θα αποκατασταθεί ή θα οδηγηθεί στο μοιραίο.

Εάν μετά τις παραπάνω ρυθμίσεις οι ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού ελεγχθούν ικανοποιητικά και οι κρίσεις σταματήσουν είναι δυνατόν η συνείδηση να αποκατασταθεί στα επόμενα δύο 24ωρα.

Οι συχνότερες αιτίες θανάτου στο SE είναι: η καρδιακή και κυκλοφορική κατάρριψη, η καταστολή του αναπνευστικού κέντρου, το εγκεφαλικό οίδημα, η βρογχοπνευμονία και η πνευμονία από αναρρόφηση, η κεντρικού τύπου υπέρπυρεξία, η διαταραχή των ηλεκτρολυτών, η νεφρική ανεπάρκεια και τέλος οι βλάβες του εγκεφαλικού παρεγχύματος από ανοξία του εγκεφάλου.

2. Επιληπτική κατάσταση χωρίς σπασμούς.

Ως συχνότερη μορφή περιγράφεται το STATUS PETIT MAL που αναφέρεται στις τυπικές αφαιρέσεις. Στις περιπτώσεις αυτές εντατική αντιμετώπιση ενδείκνυται όταν οι κρίσεις διαρκούν πέρας της



ώρας λόγω, κυρίως της αναστολής των πνευματικών λειτουργιών που προκαλούν.

Με την χορήγηση διαζεπάμης αποκαθίσταται γρήγορα η πνευματική λειτουργία και ομαλοποιείται το ΗΕΓράφημα.



## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι V

### A. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Σύμφωνα με έρευνες η επιληψία είναι το πιο συχνό νευρολογικό νόσημα αφού η συχνότητά της στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 2,3 - 9: 1000 άτομα. Η τόσο υψηλή αυτή συχνότητα δίνει το μέτρο της σημασίας που έχει η γενετική θεώρηση της επιληψίας.<sup>9</sup>

Η συζήτηση για την κληρονομικότητα της επιληψίας έχει αρχίσει ήδη από τον Ιπποκράτη, αλλά παρά τον εξαιρετικά μεγάλο αριθμό εργασιών, δεν υπάρχουν παγιωμένες απόψεις.

Οι λόγοι που το πρόβλημα παραμένει στη βάση του άλυτο είναι πολλοί. Ο πιο σημαντικός ίσως είναι η προσπάθεια πολλών ερευνητών να μελετήσουν τη γενετική της επιληψίας θεωρώντας την σαν μια ενιαία οντότητα, ενώ κανένας κλινικός νευρολόγος δεν αμφιβάλλει για την τεράστια ετερογένεια των καταστάσεων που καλύπτονται κάτω από τον όρο "Επιληψία".

### Μ ε θ ο δ ο λ ο γ ι κ ή π ρ ο σ έ γ γ ι σ η

Δύο είναι οι κύριες μέθοδοι προσελάσεως ενός τέτοιου προβλήματος: Μελέτες με διδύμους και μελέτες με οικογένειες. Οι μελέτες με οικογένειες στήρίζονται στη λογική ότι αν ένα νόσημα δεν έχει γενετική βάση οι διάφοροι συγγενείς των αρρώστων οφείλουν να πάσχουν με τη συχνότητα που πάσχει ο γενικός πληθυσμός. Όσο μεγαλύτερη από το γενικό πληθυσμό είναι η επίπτωση στους συγγενείς των αρρώστων τόσο μεγαλύτερη είναι η συμμετοχή γενετικών παραγόντων.

Παρόμοια είναι και η λογική των εργασιών με διδύμους. Σ' αυτή την περίπτωση εξετάζεται ο βαθμός συμφωνίας (σε τι αναλογία δηλαδή πάσχουν και τα δύο δίδυμα) που υπάρχει στα μονοζυγωτικά

και στα διζυγωτικά δίδυμα. Δεδομένου ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα αποτελούν το ίδιο ακριβώς γενετικό υλικό ενώ τα διζυγωτικά δίδυμα μοιάζουν μεταξύ τους όσο δύο αδέρφια, όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορά συμφωνίας μονοζυγωτικών - διζυγωτικών διδύμων τόσο πιο μεγάλη θεωρείται ότι είναι η συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην αιτιολογία της νόσου.

Ενώ όμως η μεθοδολογία των μελετών με οικογένειες και διδύμους είναι η ίδια για όλα τα νοσήματα, η ιδιομορφία της Επιληψίας κάνει τα πράγματα πολύ πιο πολύπλοκα γιατί:

- 1) Ποιά είναι τα απαραίτητα στοιχεία για να χαρακτηριστεί μια κρίση απώλειας συνειδήσεως επιληπτική κρίση
- 2) Πόσες κρίσεις χρειάζονται για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ότι "πάσχει από Επιληψία"
- 3) Αν κάποιος στην οικογένεια εμφάνιζε πυρετικούς σπασμούς, θεωρείται ότι πάσχει από Επιληψία ή όχι;
- 4) Πόσο καιρό μετά την έναρξη των κρίσεων στον ένα δίδυμο πρέπει να περιμένει κανένας πριν αποφασίσει οριστικά αν οι δίδυμοι είναι σε συμφωνία ή όχι;

Μελέτες με οικογένειες: Στις μελέτες αυτές υπάρχει το παράδοξο εργασίες με την ίδια μεθοδολογία να φθάνουν σε διαφορετικά συμπεράσματα. Οι περισσότερες εργασίες θεωρούν πολύ σημαντική τη συμβολή γενετικών συντελεστών αλλά υπάρχουν και αναφορές που θέλουν το ρόλο της κληρονομικότητας από ασήμαντο μέχρι ανύπαρκτο. Πάντως, δεν φαίνεται να υπάρχει μεγάλη αμφιβολία ότι οι συγγενείς των επιληπτικών αρρώστων έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιληπτικές κρίσεις απ'ότι ο γενικός πληθυσμός. Τα ευρήματα αυτών των μελετών φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Βιβλιογραφική αναφορά	Τύπος κρίσεων	Αριθμός	Πατέρας	Μητέρα	Αδελφός	Αδελφή	Γιος	Κορη	Σύνολο
Aström (1950)	Γενικευμένες	897	-	1.3	-	-	1.5	-	3.0
Harvati (1951)	Ίδιοπαθείς συμπτωματικές	162	2.8	-	3.2	-	3.9	-	4.4
Lennox (1960)	Ίδιοπαθείς συμπτωματικές	4231	3.9	2.1	4.0	2.4	3.6	-	3.2
Μεττάκος και Μεττάκος (1960)	Κεντροεγκεφαλικές	68	5.9	-	13.3	9.4	-	12.2	-
Kiuse (1968)	Petit mal (αστοτικό)	76	-	3.1	-	-	4.5	-	-
Maitnes και Weber (1963)	Petit mal (άφοιρσεις)	129	3.9	-	2.3	2.5	5.4	-	-
Deuse και συν (1969)	Φωτοευαίσθητη	100	1.2	-	4.7	4.3	7.6	-	-
Τσουρί (1977)	Petit mal Μυοκλονικό	319	1.9	-	4.4	3.6	4.6	1.2	8.9

Μελέτες με διδύμους: Εδώ παρά τις κάποιες μεθοδολογικές τους δι-  
~~αφορές όλες σχεδόν οι εργασίες καταλήγουν στο ότι η συμφωνία των~~  
 διδύμων και για τις επιληπτικές κρίσεις και για τα Ηλεκτροεγκεφα-  
 λογραφικά ευρήματα είναι σημαντικά μεγαλύτερη στα μονοζυγωτικά  
 ( 40 - 90% ) παρά στα διζυγωτικά ( 5 - 20% ) δίδυμα. Οι παρακάτω  
 πίνακες δείχνουν τις κυριότερες μελέτες επιληπτικών διδύμων και  
 την χρησιμοποίηση ΗΕΓραφικών δεδομένων στις μελέτες διδύμων  
 που εμφανίζουν επιληψία.

Πίνακας 2. Συμφωνία για έπιληψια μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων

Βιβλιογραφική αναφορά	Μονοζυγωτικά		Διζυγωτικά	
	Συμφωνία	Σύνολο	Συμφωνία	Σύνολο
Rosanoff και συν. (1934)	14	23	20	84
Aström (1950)	-	2	-	14
Eilebjerg (1952)	3	7	-	12
Slater (1953)	-	2	-	12
Bormann (1956)	2	5	2	15
Kamide, Inoue, Suzuki (1957-60)	14	26	1	14
Lennox (1960)	58	95	10	130
Bracconi (1962)	13	20	4	31

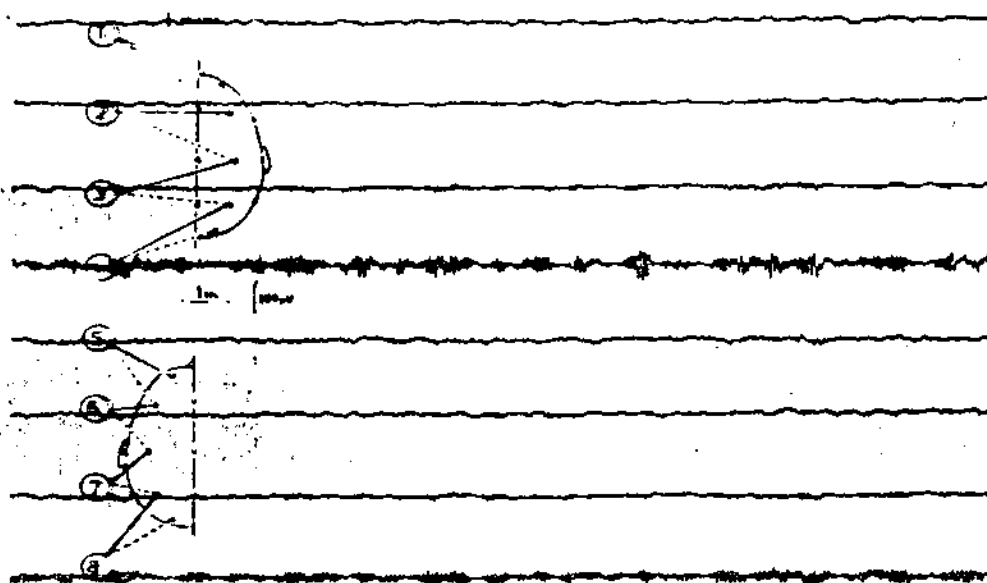
Πίνακας 3. Βαθμός συμφωνίας μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων με βάση κλινικά και Η.Ε.Γραφικά ευρήματα.

	Μονοζυγωτικά		Διζυγωτικά	
	Συμφωνία	Ασυμφωνία	Συμφωνία	Ασυμφωνία
Με βάση τις έπιληπτικές κρίσεις	14	12	1	13
Με συνδυασμό κλινικών και Η.Ε.Γραφικών ευρημάτων	20	6	7	7

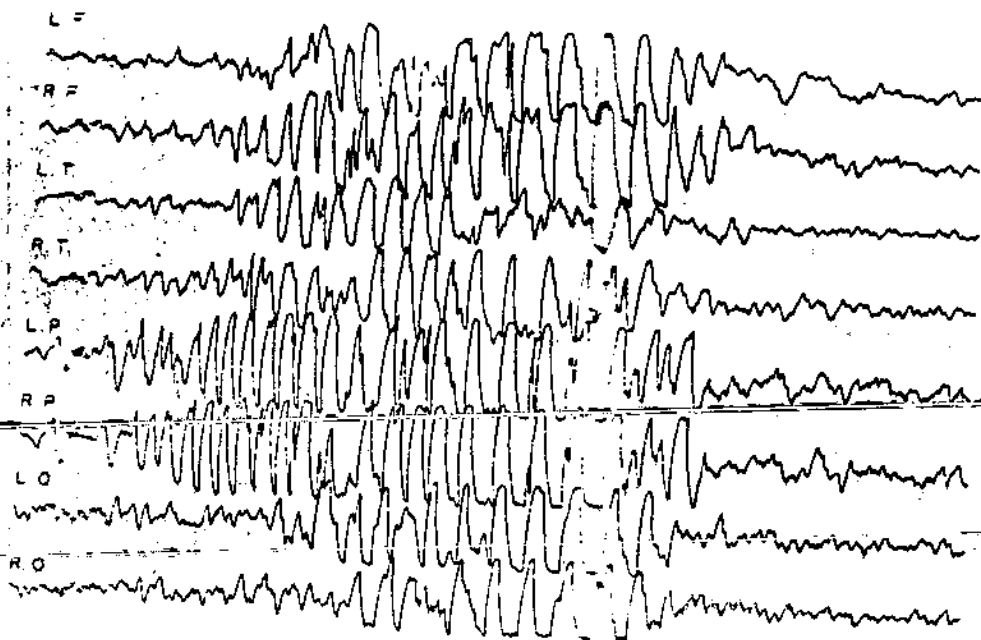
Η συμβολή του ΗΕΓράφηματος στη γενετική της Επιληψίας.

Με την εισαγωγή της ΗΕΓραφίας ανοίχτηκαν νέοι ορίζοντες στη μελέτη της γενετικής της Επιληψίας. Η έλλειψη διεισδυτικότητας των "γονιδίων της Επιληψίας" σε κλινικό επίπεδο μπορεί τώρα να αναγνωρισθεί σε νευροφυσιολογικό επίπεδο. Ακόμα περισσότερο, η "έλλειψη διεισδυτικότητας" στο διάγραμμα ηρεμίας, μπορεί με κάποια ενεργοποίηση να "μετατραπεί σε διεισδυτικότητα". Για παράδειγμα, θα πρέπει να αναφερθεί η άποψη των ΜΕΤΡΑΚΟΣ και ΜΕΤΡΑΚΟΣ (1966) ότι ενώ το 37% των αδελφών των επιληπτικών αρρώστων φέρουν το υποτιθέμενο αυτόσωμο επικρατητικό γονίδιο (όπως διαπιστώνεται ΗΕΓραφικά), μόνο το 8% "πάσχουν" σε κλινικό επίπεδο.

Στην Επιληψία κοινό χαρακτηριστικό όλων των μορφών των παροξυσμών είναι μια ανώμαλη, συγχρονισμένη νευρωνική εκφόρτιση στον εγκέφαλο (υπερσυγχρονισμός). Ηλεκτροεγκεφαλογραφικώς η φυσιολογική εγκεφαλική δραστηριότητα απεικονίζεται στην εικόνα 1, οι εκφορτίσεις δε της επιληψίας στην εικόνα 2.



Εικ. 1.



Εικ. 2.

### Γενετική επιληπτικών νοσημάτων.

Κάθε επιληπτικό νόσημα έχει τη δική του γενετική ιδιομορφία. Θα αναφερθούν όμως τα δεδομένα για τέσσερις νοσηρές καταστάσεις που καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος του επιληπτικού φάσματος.

#### Προσδευτική μυοκλονική επιληψία.

Η νόσος αυτή έχει ιδιαίτερο ιστορικό ενδιαφέρον γιατί τα δεδομένα της χρησιμοποιήθηκαν για να αποδειχθούν για πρώτη φορά υποχωρητική κληρονομικότητα στον άνθρωπο. Από καθαρά γενετική άποψη, η πάθηση αυτή ακολουθεί το πρότυπο των συγγενών διαταραχών του μεταβολισμού. Μεταβιβάζεται δηλαδή με υποχωρητικό τρόπο με ένα γονίδιο που όταν βρίσκεται σε ομόζυγη κατάσταση προκαλεί ανεπάρκεια κάποιου ενζύμου με αποτέλεσμα την άθροιση στο νευρικό σύστημα μιας ουσίας που μοιάζει με άμυλο. Όσον αφορά την ανάπτυξη

ετεροζυγωτών ( φορέων ) της νόσου δεν φαίνεται να υπάρχουν αναφορές για κλινικές, Η.Ε.Γραφικές ή άλλες μεθόδους που να την επιτρέπουν. Έχει όμως αναφερθεί ότι όταν στον άρρωστο δείκτη υπάρχουν σωματία, LAFORD, τα σωματία αυτά μπορεί να υπάρχουν και στα κλινικά υγιή αδέρφια του. Όπως όλα τα υποχωρητικά νοσήματα έτσι και η μυοκλονική επιληψία είναι πιο συχνή σε παιδιά από γάμους μεταξύ συγγενών. Τέλος, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις όπου σε μέλη οικογενειών αρρώστων με μυοκλονική επιληψία υπάρχουν άλλου τύπου επιληπτικές κρίσεις αλλά δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμα με μαθηματικό τρόπο η σχέση της μυοκλονικής επιληψίας προς άλλες μορφές επιληψίας.

#### Πυρετικοί σπασμοί.

Γενετικοί παράγοντες έχουν από πολλά χρόνια ενοχοποιηθεί στην αιτιολογία των πυρετικών σπασμών που είναι μια συνηθισμένη κατάσταση στην πρώτη παιδική ηλικία. Ο LENNOX το 1960 μελετώντας παιδιά με διάφορους τύπους επιληπτικών κρίσεων που άρχισαν στην παιδική ηλικία ανέφερε ότι στο 53% των παιδιών με πυρετικούς σπασμούς υπάρχει κάποιος συγγενής με επιληπτικές κρίσεις, έναντι 33% των παιδιών με σπασμούς χωρίς πυρετό και 23% των παιδιών με PETIT MALE. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση πυρετικών σπασμών. Εκεί που υπάρχει κάποια αντιγνωμία είναι ο τύπος της κληρονομικής συμμετοχής. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η ευπάθεια σε πυρετικούς σπασμούς έχει πολυπαραγοντική βάση αλλά οι περισσότεροι ευνοούν την άποψη ότι η προδιάθεση αυτή μεταδίδεται με επικρατητικό γονίδιο που έχει ατελή διεισδυτικότητα.

#### Εστιακές επιληπτικές κρίσεις.

Παρά το ότι εστιακές επιληψίες δεν θεωρούνται κλασσικά σαν καταστάσεις με γενετική συμμετοχή, υπάρχουν σήμερα αρκετά ισχυρές ενδείξεις ότι οι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν ουσιαστικά στην εμφάνιση τέτοιων κρίσεων. Ήδη από το 1951 ο LENNOX παρατή-

ρησε ότι η συχνότητα επιληπτικών κρίσεων στους συγγενείς αρρώστων με εστιακές κρίσεις είναι 4 φορές μεγαλύτερη απ'ότι στο γενικό πληθυσμό. Σε μια άλλη προσέγγιση οι RIMOIN και METRAKOS ( 1964 ) μελέτησαν αρρώστους που είχαν συγγενή ημιπληγία με και χωρίς επιληπτικές κρίσεις και βρήκαν ότι οι συγγενείς των ημιπληγικών με επιληψία έχουν επιληψία σε πολύ μεγαλύτερη αναλογία απ'ότι οι συγγενείς των ημιπληγικών χωρίς επιληψία. Σε μια άλλη μελέτη βρέθηκε ότι οι συγγενείς των αρρώστων που έχουν κλινική κροταφική λοβεκτομή για κροταφικές κρίσεις έχουν τρεις φορές περισσότερες επιληπτικές κρίσεις απ'ότι ομάδα μαρτύρων. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγουν κι άλλες μελέτες γεγονός που έκανε πολλούς να υποστηρίζουν την άποψη ότι το φάσμα της ιδιοπαθούς επιληψίας πρέπει να διευρυνθεί για να περιλάβει πολλές περιπτώσεις με εστιακές κροταφικές ή "κροταφο-κεντρικές" ανωμαλίες.

Κεντρεφαλικές επιληψίες

Το πιο ενδιαφέρον κλινικο-εγκεφαλικό φαινόμενο είναι ίσως το PETIT MAL. Πριν από αρκετά χρόνια οι METRAKOS και METRAKOS ( 1960, 1961 ) έδωσαν πολλές ενδείξεις ότι το PETIT MAL είναι το αποτέλεσμα μιας προδιαθέσεως που κληρονομείται με επικρατητικό γονίδιο του οποίου η διεισδυτικότητα μεταβάλλεται με την ηλικία. Πρόσφατα η γενετική του PETIT MAL μελετήθηκε από τη σχολή της HAIDELBERG που θεωρεί ότι η γενετική συμμετοχή στο PETIT MAL ακολουθεί το πρότυπο της πολυπαραγοντικής κληρονομικότητας.

Για τον τρόπο που μεταβιβάζεται η Επιληψία έχει γίνει μεγάλη συζήτηση. Ο αριθμός των γονιδίων που συμμετέχουν και η ποικιλία στην έκφραση και στη διεισδυτικότητά του έχουν κάνει το θέμα μαθηματικά θεωρητικό έξω από τις δυνατότητες του κλινικού νευρολόγου. Οι διάφορες θεωρίες είναι ίσως χρήσιμες για μία γενική θεώρηση του προβλήματος της αιτιοπαθογένειας της επιληψίας αλλά πρακτικοί λόγοι επιβάλλουν οι " ιδιοπαθείς επιληψίες να θεωρούνται (και έχει σήμερα επικρατήσει) σαν νοσήματα που με-



ταβιβάζονται με πολυπαραγοντικό τρόπο και με κληρονομησιμότητα 75-80%.

Με βάση τα δεδομένα της πολυπαραγοντικής κληρονομικότητας είναι δυνατός ο υπολογισμός του κινδύνου νοσήσεως από επιληψία των διαφόρων συγγενών των αρρώστων και έτσι η γενετική συμβουλή είναι μια πολύτιμη δυνατότητα. Για παράδειγμα, υπολογίστηκαν με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή οι πιθανότητες νοσήσεως των μελών μιας οικογένειας ανάλογα με τον αριθμό των επιληπτικών και των υγιών ατόμων που την αποτελούν. Ο υπολογισμός έγινε με βάση τα δεδομένα για τον ελληνικό πληθυσμό που αναφέρει ο Παπούλιας (1973).

Η παρουσίαση των δεδομένων δεν είναι παρά μια πολύ αδρή σκιαγράφηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η γενετική μελέτη της επιληψίας. Η αναφορά τεσσάρων χαρακτηριστικών επιληπτικών οντοτήτων κάθε άλλο παρά καλύπτει το φάσμα των επιληψιών, αφού επιληπτικές κρίσεις είναι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά πολλών γενετικών συνδρόμων που μεταβιβάζονται με βάση τα χαρακτηριστικά της μενδελιανής κληρονομικότητας.

#### Β. ΗΛΕΚΤΡΟΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Μελετήθηκαν σε 50 γονείς και 42 αδελφούς 27 επιληπτικών ατόμων, οι ειδικές ηλεκτροεγκεφαλικές ανωμαλίες.

Εμφανίζονται σε ποσοστό 20% στους γονείς και 21,5% στους αδελφούς ενώ στα γενικό πληθυσμό σε 0-4,4%. Πιστεύεται ότι οφείλεται σε αυτοσωματική επικρατητική μεταβίβαση και ότι δεν υποδηλώνει μελλοντική εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων.<sup>10</sup>

Είναι γνωστό πως μία επιληπτική διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί με σχεδόν οποιαδήποτε μορφή ηλεκτροεγκεφαλικών ανωμαλιών. Μεταξύ των πολλών ηλεκτροεγκεφαλογραφικών εικόνων υπάρχουν μερικές ειδικές εικόνες που χαρακτηρίζουν την επιληψία. Τέτοιες ό-

μως εικόνες ειδικές εμφανίζονται σε κάποια ποσοστό και στα υγιή μέλη των οικογενειών των επιληπτικών ατόμων.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να ερευνηθούν κλινικά και ηλεκτροεγκεφαλογραφικά τα μέλη της πυρινικής οικογένειας των επιληπτικών ατόμων και να γίνει αξιολόγηση και συσχέτιση των ευρημάτων από τα πάσχοντα μέλη και από τα υγιή.

Συνολικά εξετάσθηκαν όπως είπαμε 27 επιληπτικά άτομα, 50 γονείς και 42 αδέρφια επιληπτικών ατόμων. Η έρευνα περιλαμβάνει νευρολογική εξέταση, ψυχιατρική εξέταση και ηλεκτροεγκεφαλογραφικό έλεγχο.

Τα επιληπτικά άτομα είναι μέσης ηλικίας 21ος χρόνων, δέκα άνδρες και δεκαεφτά γυναίκες. Πρωτοπαρουσίασαν κρίσεις σε μέση ηλικία 10 χρόνων. Το οικογενιακό τους ιστορικό είναι αρνητικό για επιληπτικές κρίσεις. Περιγεννητικές βλάβες δεν αναφέρονται. Αναφέρονται όμως βρεφικοί σπασμοί σε 6 περιπτώσεις και ήπιες κακώσεις κεφαλής χωρίς διαταραχές συνειδήσεως σε 7. Ανάλογα με το είδος των κρίσεων και τις ηλεκτροεγκεφαλογραφικές ανωμαλίες ταξινομήθηκαν σε δεκαεννιάγενικευμένες και οκτώ εστιακές. Νοσηλεύτηκαν τουλάχιστο μια φορά στο Αιγινήτιο Νοσοκομείο με μέσο χρόνο νοσηλείας εικοσιδύο ημέρες. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός για ανεύρεση αιτίου που θα μπορούσε να ευθύνεται για τις κρίσεις. Όλοι ήταν καλυμμένοι με αντιεπιληπτικά φάρμακα. Οι περισσότεροι υποφέρουν ακόμη από επιληπτικές κρίσεις που όμως είναι σημαντικά αραιότερες και ηπιότερες τώρα. Οι υπόλοιποι (18%) είναι ελεύθεροι κρίσεων το τελευταίο έτη.

Τα μέλη των οικογενειών των επιληπτικών ατόμων περιλαμβάνουν πενήντα (50) γονείς, εικοσιτρείς (23) άνδρες, εικοσιεπτά (27) γυναίκες και σαρανταδύο (42) αδέρφια, είκοσι (20) άρρενα, εικοσιδύο (22) θήλεα. Η μέση ηλικία των γονέων είναι σαραντατέσσερα (44) και των αδελφών εικοσιτρία (23).

Το οικογενιακό τους ιστορικό, εξαιρουμένου φυσικά του επιληπτικού μέλους, είναι αρνητικό για επιληψία. Περιγεννητικές βλάβες και βρεφικοί σπασμοί δεν αναφέρονται. Ήπιες κακώσεις κεφαλής έχουμε σε τρεις (3) γονείς και πέντε (5) αδέρφια. Τρεις (3) από τους γονείς αναφέρουν χρόνιες κεφαλαλγίες, ενώ δύο από τα αδέρφια παρουσιάζουν μέτρια διανοητική καθυστέρηση. Κανένας δεν παίρνει επιληπτικά φάρμακα. Γίνεται περιστασιακή χρήση αναλγητικών και ελασδόνων ηρεμιστικών από επτά (7) γονείς.

Σύμφωνα με τις ακόλουθες τρεις κατηγορίες ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος:

α. ΗΕΓράφημα φυσιολογικό ή οριακό.

β. ΗΕΓράφημα ελαφρά και διάχυτα ανώμαλο χωρίς ειδικές εικόνες, αλλά με παραξυντικές εκφορτίσεις.

γ. ΗΕΓράφημα με ειδικές εκφορτίσεις από αιχμές διάσπαρτες, αιχμηρά κύματα και συμπλέγματα αιχμής κύματος.

Τα αποτελέσματα είναι τα εξής:

1. Ο ΗΕΓραφικός έλεγχος των πασχόντων ατόμων έδειξε τρία φυσιολογικά διαγράμματα (11%), πέντε (19%) διάχυτα ανώμαλα χωρίς εστιακές ή ειδικές εικόνες και δεκαεννιά (19) (70%) με ειδικές εκφορτίσεις από αιχμές διάσπαρτες, αιχμηρά κύματα ή συμπλέγματα αιχμής κύματος. Και τα τρία φυσιολογικά διαγράμματα αφορούσαν εστιακή επιληψία και παρέμειναν στα όρια του φυσιολογικού.

2. Ο ΗΕΓραφικός έλεγχος των γονέων των επιληπτικών ατόμων έδειξε 28 (56%) φυσιολογικά διαγράμματα, δώδεκα (12) (24%) διάχυτα ανώμαλα, με ή χωρίς παραξυντικές βραδυρυθμίες και δέκα (10) (20%) με ειδικές εκφορτίσεις από αιχμές διάσπαρτες, αιχμηρά κύματα ή συμπλέγματα αιχμής - κύματος.

3. Ο ΗΕΓραφικός έλεγχος των αδελφών των επιληπτικών ατόμων έδειξε εικοσιτέσσερα (24) (57%) φυσιολογικά διαγράμματα, εννιά (9) (21,5%) διάχυτα ανώμαλα και επίσης εννιά (9)

( 21,5%) με ειδικές εκφορτίσεις από αιχμές διάσπαρτες, αιχμηρά κύματα ή συμπλέγματα αιχμής κύματος.

Τα αποτελέσματα δείχνουν, ότι 10 (20%) γονείς και 9 (21,5%) αδέρφια επιληπτικών ατόμων παρουσιάζουν ειδικές ΗΕΓραφικές εικόνες "επιληπτικού τύπου", χωρίς όμως εμφάνιση κλινικών κρίσεων.

Από τους ξένους ερευνητές, ο VERCELLETTO που μελέτησε γονείς με ένα επιληπτικό παιδί, βρίσκει παροξυντικές ανωμαλίες επιληπτικού τύπου σε ποσοστό 30%, ενώ λίγο μεγαλύτερο βρίσκει ο LENNOX.

Πράγματι λοιπόν οι στενοί συγγενείς των επιληπτικών ατόμων  
έχουν αρκετά μεγάλες πιθανότητες να παρουσιάζουν ΗΕΓραφικές ανωμαλίες επιληπτικού τύπου. Ποιά όμως είναι η σημασία τους και η σχέση τους με πραγματική επιληψία είναι ακόμη άγνωστο. Σε ένα ποσοστό 14% σύμφωνα με τον ZIVIN και AJMONE MARSAN προαναγγέλλουν από νωρίς την έναρξη των κρίσεων, και μάλιστα αν έχει προηγηθεί εγκεφαλική βλάβη, τραυματική, αγγειακή, μεταχειρουργική ή χορήγηση κορτικοστεροειδών και κυτταροστατικών φαρμάκων. Πάντως φαίνεται ότι στις οικογένειες που οι ΗΕΓραφικές ανωμαλίες εκτός από τον πάσχοντα υπάρχουν ταυτόχρονα σε ένα από τους γονείς και σε ένα αδελφό τουλάχιστον, οι κρίσεις του άρρωστου μέλους είναι συχνότερες, έχουν μία πολυμορφία και είναι πιο ανθεκτικές στη θεραπεία.

Συμπερασματικά, ποτέ μία ειδική ΗΕΓραφική εικόνα δεν είναι παθογνωμική για την επιληψία επειδή μπορεί να εμφανιστεί και σε υγιείς και σε αρρώστους, από άλλα, εκτός της επιληψίας, νοσήματα. Όμως, επειδή πάλι, μπορεί από πολύ νωρίς να προαναγγείλλει την επέλευση των κρίσεων, πρέπει την παρουσία τους να την αντιμετωπίζουμε με προσοχή και επιφύλαξη.

## Γ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

### Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Είναι η γραφική παράσταση της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου, με τη βοήθεια ενός μηχανήματος, του ηλεκτροεγκεφαλογράφου. Η δραστηριότητα αυτή καταγράφεται ως σειρά κυματοειδών σχηματισμών, η οποία εκφράζει μεταβολές του ηλεκτρικού δυναμικού. Ηλεκτρικές ανωμαλίες οδηγούν στην διάγνωση της επιληψίας ή άλλης παθολογικής λειτουργίας του εγκεφάλου.

Κατά την παραμονή της εξέτασεως γίνεται λούσιμο της κεφαλής. Ο ασθενής δεν μένει νηστικός."

### Οσφυονωτιαία Παρακέντηση.

Η εξέταση αυτή επιτυγχάνεται με την εισαγωγή μίας βελόνας στον υπαραχνοειδή χώρο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, με άσηπτη τεχνική.

#### Γίνεται με:

- Την λήψη δείγματος εγκεφαλονωτιαίου υγρού προς εξέταση.
- Την μέτρηση της πίεσεως του ΕΝ υγρού.
- Την αφαίρεση υγρού με σκοπό την ελάττωση της αυξημένης πίεσεως.
- Την έγχυση φαρμάκου με θεραπευτικό σκοπό.
- Την εισαγωγή σκιερής ουσίας ή αέρος προκειμένου να γίνει ακτινολογικός έλεγχος του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό όπως ξέρουμε περιβάλλει τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό, συντελεί στην διατήρηση μιας σχετικής σταθερής ενδοκρανιακής πίεσεως.

Είναι δυνατό να βρεθούν παθολογικά στοιχεία στο ΕΝ υγρό, όπως π.χ.

- αύξηση του αριθμού των λευκοκυττάρων
- θολότητα, πύον
- Βρυθρά αιμοσφαίρια

- Αύξηση του λευκώματος
- Βακτηρίδια.
- Αύξηση της πίεσης.

Κατά το STATUS EPILEPTICUS η οσφουονωτιαία παρακέντηση είναι ιδιαίτερα σημαντική.

#### SCANNING ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.

Με το SCANNING εγκεφάλου ενίεται ενδοφλεβίως μία ραδιενεργός ουσία το τεχνήτιο ( 99 T) και μετά 3 - 4 ώρες γίνεται σπινθηρογράφημα. Ανώμαλος καθήλωση δεικνύει την εντόπιση της βλάβης.

Η ραδιενεργός ουσία, η οποία χορηγείται για την εκτέλεση του σπινθηρογραφήματος προσλαμβάνεται υπό του χοριοειδούς πλέγματος του εγκεφάλου. Η πρόσληψη αυτή όμως, παρεμποδίζει πολλές φορές την ερμηνεία των ευρημάτων, δεδομένου ότι δίνει ψευδείς εικόνες του εγκεφάλου με αυτανόητες συνέπειες και ταλαιπωρίες για τον ασθενή. Για αυτό χορηγείται στον ασθενή από το στόμα υπερχλωρικό κάλι σε δόση 500 χιλ. προς παρεμπόδιση καθηλώσεων του 99 T στο χοριοειδές πλέγμα.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

#### A. ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Εκτός από τα αντιεπιληπτικά φάρμακα και τη χειρουργική θεραπεία, οι επιληπτικοί ασθενείς είναι δυνατό να βοηθηθούν ως ένα βαθμό και από ορισμένες άλλες μεθόδους θεραπείας που έχουν κυρίως σχέση με τη διατροφή και τη ρύθμιση των ψυχικών τους λειτουργιών.

Τα ευεργετικά αποτελέσματα από την **κετογενή δίαιτα**<sup>12</sup>, που πρόσφατα βρήκε ένθερμους υποστηρικτές, είναι γνωστά από πολλά χρόνια ίσως από τη βιβλική ακόμη εποχή.

Η κετογενής δίαιτα συνίσταται στη λήψη άφθονων λιπών και ελαχίστων υδατανθράκων με αποτέλεσμα να δημιουργείται κέτωση και οξέωση (όπως σε περιπτώσεις νηστείας). Μετά ορισμένες θεραπείας το ΚΝΣ προάγει εν μέρει την καύση των κετονικών σωμάτων με αποτέλεσμα και εφόσον διατηρείται η δίαιτα να υπάρχει κάποια αντι-Ε δράση. Οι λεπτομέρειες του μηχανισμού δράσης δεν είναι γνωστές. Πάντως, πιθανότατα, η κετογενής δίαιτα προάγει στον εγκέφαλο την ενεργοποίηση ορισμένων ενζυμικών συστημάτων με ανασταλτική δράση, αφού οι μεταβολές του ύδατος - ηλεκτρολυτών, της οξεοβασικής ισορροπίας και της ποσότητας των λιπιδίων δεν φαίνονται ικανές να ερμηνεύσουν το φαινόμενο.

Η μέθοδος, που είναι δαπανηρή, εφαρμόζεται σε βαριές μορφές επιληψίας (π.χ. σύνδρομα WEST και LENNOX-GASTAUT) που είναι ανθεκτικές στα φάρμακα και έχει καλύτερα αποτελέσματα στα παιδιά και στην αρχή της εφαρμογής της, ενώ με το πέρασμα του χρόνου η αποτελεσματικότητά της ελατώνεται.

**Οι ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες**

είναι δυνατό να βοηθήσουν επιληπτικούς ασθενείς, ενώ η μέθοδος της χ α λ ά ρ ω σ η ς απαλλάσσει από το δευτεροπαθές άγχος για το φόβο της επικείμενης κρίσης.

Εννοείται ότι στις περιπτώσεις αυτές μπορούν να χορηγηθούν και αγχολυτικά φάρμακα μεταξύ των οποίων η λοραζεπάμη ( TAVOR ) κρίνεται προτιμότερη.

Οι μέθοδοι α ν τ α μ ο ι β ή ς και τ ι μ ω ρ ί α ς <sup>13</sup> εφαρμόζονται με μικρή αποτελεσματικότητα σε παιδιά και εφήβους με διανοητική καθυστέρηση και σε συχνές αυτοπροκαλούμενες κυρίως επιληπτικές κρίσεις.

Η χορήγηση ψ υ χ ο τ ρ ο π ῶ ν φ α ρ μ ά κ ῶ ν <sup>14</sup> είναι απαραίτητη όταν η επιληψία συνδυάζεται με ψυχωσικές εκδηλώσεις ή γνήσιες ψυχώσεις. Εάν η ψύχωση σχετίζεται με την επιληψία, τότε ο καλύτερος έλεγχος των κρίσεων βελτιώνει συνήθως και τη συμπεριφορά των ασθενών. Εάν η επιληψία και η ψύχωση είναι ανεξάρτητες τότε απαιτούνται επιδεξιότεροι χειρισμοί στο συνδυασμό αντι-Ε και αντιψυχωσικών φαρμάκων ( π.χ. εάν οι κρίσεις ελέγχονται ικανοποιητικά και το πρόβλημα επικεντρώνεται στην ψύχωση είναι δυνατό μικρή ελάττωση των αντι-Ε να βελτιώσει την ψυχική εικόνα των ασθενών. )

Οι μέθοδοι β ι ο α ν ά δ ρ α σ η ς <sup>15</sup> στηρίζονται κυρίως σε παρατηρήσεις στις γάτες οι οποίες παρουσιάζουν υψηλότερο ουδό στην πειραματική επιληψία όταν οι εγκεφαλικοί ρυθμοί στις αισθητικο-κινητικές περιοχές αποκτούσαν συχνότητα 12-16 κ/δ.

Σε επιληπτικά άτομα έγιναν προσπάθειες για την ενίσχυση του ύψους των εγκεφαλικών ρυθμών γενικότερα, σε περιπτώσεις που κυριαρχούσαν ταχέες δραστηριότητες χαμηλού δυναμικού.

Η ευνοϊκή επίδραση της μεθόδου στα ζώα, που αποδίδεται σε ενίσχυση ενός κεντρικού ανασταλτικού συστήματος, δεν φαίνεται επί του παρόντος τουλάχιστον, να προφέρει στους ανθρώπους ουσιαστική βοήθεια.



## Β. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Νευροχειρουργική αντιμετώπιση<sup>16</sup> των επιληπτικών κρίσεων επι-  
χειρείται σε δύο περιπτώσεις: α) όταν η αιτία των κρίσεων είναι  
ορατή και οφείλεται σε κάποια χωροκατακτητική επεξεργασία ( άγ-  
κη, αιμάτωμα, απόστημα, αγγειακή δυσπλασία ), και β) όταν η αι-  
τία δεν είναι ορατή με τα γνωστά μέσα διάγνωσης και επιχειρεί-  
ται η αφαίρεση μιας συγκεκριμένης περιοχής ( επιληπτογόνος εστία )  
βάσει νευροφυσιολογικών παρατηρήσεων και δεδομένων.

Από νευρολογικής πλευράς ενδιαφέρουν κυρίως οι περιπτώσεις  
της δεύτερης κατηγορίας στις οποίες η νευροχειρουργική επέμβαση  
συζητείται μόνο για ανθεκτικές στα φάρμακα σοβαρές περιπτώσεις  
μονοεστιακής επιληψίας, όπως είναι συνήθως ορισμένες ψυχοκινητι-  
κές επιληψίες.

Οι πρώτες επιστημονικά τεκμηριωμένες προσπάθειες στον τομέα  
αυτό ξεκίνησε από τον Καναδά και απέβλεπαν στην αφαίρεση γνωστών  
τραυματικών επιληπτογόνων αυλών στα φλοιό.

Αργότερα καθώς οι γνώσεις των νευροφυσιολόγων τελειοποιήθη-  
καν μετά την ανακάλυψη της ΗΕΓραφίας και ηλεκτροφλοιογραφίας τα  
δεδομένα των ηλεκτροφυσιολογικών ερευνών άρχισαν να εφαρμόζονται  
σε ευρύτερη κλίμακα στην πράξη. Αρχικά, και σε περιπτώσεις ψυχο-  
κινητικής επιληψίας, επιχειρήθηκε μερική κροταφική λοβεκτομή χω-  
ρίς να θιγεί ο ιππόκαμπος και ο αμυγδαλοειδής πυρήνας, σχηματι-  
σμοί οι οποίοι αργότερα, μετά την εφαρμογή της στερεοταξικής τεχ-  
νικής στη διερεύνηση της επιληπτογόνου ζώνης, αποδείχτηκε ότι εί-  
ναι δυνατό να αφαιρεθούν.

Τα τελευταία 25 χρόνια στο Νοσοκομειακό Κέντρο SAINTE - ANNE  
( Παρίσι ) έχει δημιουργηθεί παράδοση στη διερεύνηση και τη χει-  
ρουργική αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων από νευροφυσιολό-  
γους και νευροχειρουργούς. Η τακτική που ακολουθείται είναι, σε

γενικές γραμμές, αυτή που περιγράφηκε και παλιότερα.

Δυστηρά επιλεγμένοι ασθενείς, με τα κριτήρια που αναφέρθηκαν, ηλικίας συνήθως 15-40 ετών, που επιθυμούν ζωηρά να χειρουργηθούν, υποβάλλονται αρχικά σε μια προκαταρκτική έρευνα.

Η έρευνα, που επιχειρείται σε νοσοκομειακό περιβάλλον, περιλαμβάνει την κλινική παρακολούθηση των αρρώστων, την πλήρη ΗΕΓγραφική τους διερεύνηση και τέλος το νευροακτινολογικό έλεγχο με στερεοταξικές συνθήκες.

Αφού χαρτογραφηθεί επακριβώς η επιληπτογόνος ζώνη ακολουθεί μετά ένα μήνα περίπου, η χειρουργική αφαίρεση της υπεύθυνης περιοχής.

Τα αποτελέσματα της νευροχειρουργικής επέμβασης εξαρτώνται από την ορθή νευροφυσιολογική διερεύνηση και σε τελική ανάλυση από το σωστό καθορισμό της επιληπτογόνου ζώνης.

Σύμφωνα με τις στατιστικές από την Νέα Υόρκη σε σύνολο 124 ασθενών με κροταφική επιληψία αναφέρεται πλήρης ίαση (έλεγχος των κρίσεων) στο 21%, σημαντική βελτίωση στο 46% και αμετάβλητη κατάσταση στο 33%.

Βυναϊκότερες φέρονται οι στατιστικές από το Παρίσι. Σε 220 ασθενείς με εστιακή επιληψία αναφέρεται πλήρη ίαση στο 54%, μεγάλη βελτίωση στο 19%, απλώς βελτίωση στο 15% και αμετάβλητη κατάσταση στο 9%.

Οι διαφορές στα αποτελέσματα προφανώς οφείλονται στα διάφορα κριτήρια επιλογής των ασθενών.

Είναι γενικά αποδεκτά ότι τα καλύτερα αποτελέσματα από τη νευροχειρουργική επέμβαση παρατηρούνται στην ψυχοκινητική επιληψία όπου και ανάλογα με τους νευρωνικούς σχηματισμούς που συμμετέχουν στη δημιουργία του επιληπτικού φαινομένου είναι δυνατή η αφαίρεση ως και ολολήρωσής του κροταφικού λοβού χωρίς σοβαρές αναπηρίες.

Επεμβάσεις γίνονται επίσης και στις επιληψίες του μετωπιαίου λοβού.

Ημισφαιρική επιχειρείται σε παιδιά με ημιπληγία και βαριά επιληψία, ενώ σε ασθενείς με βαριές μορφές του συνδρόμου LENNOX GASTAUT επιχειρείται διατομή του μεσολοβίου και του προσθίου συνδέσμου.

### Γ. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ.

Εκτός από την καθημερινή χρήση στη σωστή δασολογία των αντιεπιληπτικών φαρμάκων θα γίνει αναφορά και σε ορισμένες άλλες αρχές, που κρίνονται απαραίτητες για την ομαλότερη διαβίωση των ασθενών.

Η χρήση ο ι ν ο π ν ε υ μ α τ ω δ ώ ν απαγορεύεται. Δεν αποτελεί βέβαια σοβαρό παράπτωμα η λήψη ενός ποτηριού μύρας ή κρασιού, αλλά η κατάχρησή τους και ιδίως η προτίμηση αποσταγμάτων αντενδύονται.

Η ε ξ α ν τ λ η τ ι κ ή ε δ ί α ι τ α όταν συνδυάζεται με κατάργηση του πρωϊνού γεύματος, δημιουργεί καταστάσεις υπογλυκαιμίας, η οποία ως γνωστό ευνοεί την επέλευση των επιληπτικών κρίσεων.

Η χρησιμοποίηση κ α φ έ, τ σ α γ ι ο ύ και κ ό λ α ς πρέπει να γίνεται σε λογικά πλαίσια. Η κατάχρηση καφεΐνης πρέπει να αποφεύγεται.

Πρέπει επίσης να αποφεύγονται οι τροφές που δημιουργούν ή επιτείνουν τη δ υ σ κ ο ι λ ι ό τ η τ α και βρεθεί τρόπος ρύθμισης των κενώσεων γιατί η δυσφορία και τα φασκώματα στα έντερα αυξάνουν τις πιθανότητες κρίσης.

Το κ ά π ν ι σ μ α εκτός από σπάνιες περιπτώσεις (αγγειο-

κινητική δράση της νικοτίνης ) δε φαίνεται να επηρεάζει τη συχνότητα των κρίσεων.

Οι λίγες και άτακτες ώρες ύπνου φαίνεται να επηρεάζουν σαφώς την εμφάνιση των γενικευμένων κυρίως κρίσεων των οποίων η συχνότητα αυξάνεται.

Έχει ήδη αναφερθεί, στα πλαίσια της αντανεκλαστικής επιληψίας, ότι ορισμένοι ασθενείς ( εξωτερικοί ) παράγοντες παρασύρουν και συγχρονίζουν τους εγκεφαλικούς ρυθμούς προκαλώντας επιληπτικές κρίσεις, όταν δρούν σ'ένα ευαίσθητο υπόστρωμα καθολικής εγκεφαλικής δυσλειτουργίας ή εστιακής βλάβης.

Στις περιπτώσεις αυτές, παράλληλα με τη θεραπεία, οι ασθενείς πρέπει να αποφεύγουν ορισμένες καταστάσεις ( όπως π.χ κέντρα ψυχαγωγίας με υπερβολικό θόρυβο και αναβόσθημα των φώτων ) που δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες επέλευσης της κρίσεως.

Η επαγγελματική αποκατάσταση των επιληπτικών παρουσιάζει ορισμένες φορές προβλήματα. Στα επαγγέλματα που θεωρούνται ακατάλληλα για τους επιληπτικούς αναφέρονται παρακάτω: του επαγγελματία οδηγού οχημάτων και του χειριστή μηχανημάτων, σε εργάτη που δουλεύει σε ύψος ή σκαλωσιές, του χειρουργού, της νοσοκόμου, του αστυνομικού, του πυροσβέστη, του φρουρού, του ναυαγοσώστη, του δασκάλου κολύμβησης, των βρεφοκόμων κλπ.

Η οδήγηση αυτοκινήτου αποτελεί μεγάλο πρόβλημα στην επαχή μας αφού είναι γνωστή η εξάρτηση της καθημερινής ζωής απ' αυτήν.

Ο κίνδυνος του ατυχήματος από μια κρίση είναι μεγάλος όχι μόνο για τον οδηγό αλλά και το περιβάλλον.

Για τους λόγους αυτούς μόνο ειδικοί νευρολόγοι είναι δυνατό να αποφανθούν για την ικανότητα οδήγησης των επιληπτικών.

Οι μη ελεγχόμενες κρίσεις GRAND MAL, οι κρίσεις ψυχοκινητικής επιληψίας αλλά και οι αφαιρέσεις ακούη, αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα οδήγησης.

Οι αυστηρά εστιακές κρίσεις ( κινητικές ή αισθητικές ) που δε γενικεύονται ή κρίσεις των οποίων προηγούνται πάντα πρόδρομα συμπτώματα ( αύρα ), είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν με επιείκεια και με την εντολή οι ασθενείς να ακινητοποιούν τα οχήματά τους στην άκρη του δρόμου μόλις εμφανισθούν τα αρχικά συμπτώματα.

Επίσης ασθενείς που ελέγχονται ικανοποιητικά από τη θεραπεία και δεν έχουν παρουσιάσει στη διάρκεια ενός τουλάχιστο έτους κρίση είναι δυνατό, με την προϋπόθεση της συνεχούς λήψης φαρμάκων, να οδηγούν.

Το ΗΕΓΓΡΑΦΗΜΑ εφόσον είναι ομαλό δυνατό να αποτελέσει θετικό στοιχείο σε ελεγχόμενους από τη θεραπεία ασθενείς, αλλά ουδέποτε αποτελεί μόνο του καθοριστικό παράγοντα για τη χορήγηση αδείας οδήγησης.

Εάν ο ασθενής έχει προκαλέσει ατύχημα συνέπεια της κρίσης είναι φρόνιμο να του αφαιρείται η άδεια οδήγησης και να του εκθέτονται λεπτομερώς οι κίνδυνοι που διατρέχει αυτός και το περιβάλλον του.

Η απασχόληση με τον αθλητισμό δεν πρέπει να απαγορεύεται αλλά και να μην ξεπερνά το μέτρο. Πολλές φορές η απότομη και εντατική σωματική άσκηση ( υπέρπνοια, υπερκαπνία ) συντελεί στην αύξηση της συχνότητας των κρίσεων. Άμεσος κίνδυνος υπάρχει από την κολύμβηση που πρέπει να γίνεται με επίβλεψη και να αποφεύγονται οι καταδύσεις. Τα ομαδικά αθλήματα δεν απαγορεύονται αλλά η υπερβολική πολλές φορές σκληρότητα οδηγεί σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις που δυνατό να επιδεινώσουν τη συχνότητα των κρίσεων.

Ο γάμος δεν απαγορεύεται στους επιληπτικούς αλλά είναι

συνετό ο ( η ) υγιής σύζυγος να ξέρουν εκ των προτέρων την πάθηση του συντρόφου που διάλεξαν.

Η απόκρυψη της νόσου αποτελεί λόγω διαζυγίου.

Η τεκνοποίηση ορθό είναι να αποφεύγεται στις περιπτώσεις που και οι δύο γονείς είναι επιληπτικοί. Όταν ο ένας των γονέων είναι επιληπτικός οι πιθανότητες να νοσήσει το παιδί είναι μικρές.

Οι επιληπτικοί μπορούν να έχουν φυσιολογική σεξουαλική ζωή αρκεί οι δραστηριότητές τους αυτές να μη συνοδεύονται από κατάχρηση οινόπνευματων και αγρυπνίες. Η σεξουαλική εγκράτεια δεν επηρεάζει την συχνότητα των κρίσεων. Πολλές φορές ασθενείς με ψυχοκινητική επιληψία και υποσεξουαλικότητα βελτιώνονται από την αντιεπιληπτική θεραπεία.

Τα έντονα σ υ γ κ ι ν η σ ι α κ ά S T R E S S πρέπει να αποφεύγονται γιατί δυνατό να αυξήσουν την συχνότητα των κρίσεων. Σε περιπτώσεις αναπόφευκτων συμβάντων ( θάνατοι, διαζύγια κλπ ) συνιστάται η σύγχρονη λήψη αγχολυτικών φαρμάκων και ενδεχομένως μικρή αύξηση της δοσολογίας των αντιεπιληπτικών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις α ι σ θ ή μ α τ α ε ν ο χ ή ς τ ω ν γ ο ν έ ω ν για το επιληπτικό τους παιδί οδηγούν σε άρνηση της νόσου, υπερπροστασία του ασθενούς και παραμέληση των υγιών παιδιών, φαινόμενα που απαιτούν ψυχοδυναμική αντιμετώπιση.

Σε ό,τι αφορά τη φ ο ί τ η σ η σ τ ο σ χ ο λ ε ί ο τα επιληπτικά παιδιά δυνατό να αντιμετωπίσουν προβλήματα. Εάν η επιληψία συνοδεύεται από διανοητική καθυστέρηση τότε η φοίτηση πρέπει να γίνεται σε ειδικά σχολεία. Όταν η νοημοσύνη είναι φυσιολογική τότε πολλά εξαρτώνται από τη συμπεριφορά του δασκάλου, που θα πρέπει αφενός να προστατέψει το μικρό ασθενή από ενδεχόμενες κοροϊδίες των συμμαθητών του και αφετέρου να τονώσει το ηθικό του χωρίς να φανεί ότι δείχνει υπερπροστασία.

Οι επιληπτικοί ασθενείς και κυρίως αυτοί που παρουσιάζουν

ψυχοκινητική επιληψία έρχονται ορισμένες φορές σε σύγκρουση με το νόμο.

Τα ιατροδικαστικά προβλήματα που προκύπτουν απαιτούν πάντα τη συμβουλή του πραγματογνώμονα, αφού είναι γνωστό ότι οι πράξεις των επιληπτικών κατά ( ή ) τη μετακριτική περίοδο είναι δυνατό να έχουν μειωμένο καταλογισμό ή και το ακαταλόγιστο.

Μ Ε Ρ Ο Σ Γ΄

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VI

Α. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η Επιληψία θεωρούμενη σαν ένα από τα πιο σοβαρά νευρολογικά νοσήματα, απαιτεί επείγουσα αντιμετώπιση ιδιαίτερα κατά την εμφάνιση των κρίσεων. Σ' αυτή τη φάση η νοσηλεύτρια καλείται, αφού αναγνωρίσει τα συμπτώματα, να συμμετάσχει ασκώντας τα καθήκοντά της στην όλη προσπάθεια για την θεραπεία του ασθενή.

Τα κλινικά συμπτώματα της επιληψίας είναι:

1. Η μεγάλη επιληπτική κρίση ( GRAND MAL )

2. Η μικρή επιληπτική κρίση ( PETIT MAL )

Η μεγάλη επιληπτική κρίση χαρακτηρίζεται από:

1. Αιφνίδια απώλεια συνειδήσεως.
2. Ωχρότητα προσώπου και στη συνέχεια κυάνωση.
3. Κραυγή ( λόγω σπασμού των μυών του θώρακος και του λάρυγγος.)
4. Δήξη ( δάγκωμα της γλώσσας λόγω συσπάσεως των μασητήρων )
5. Τονικούς σπασμούς ( εκτάσεως )

Η διάρκεια της πιο πάνω φάσεως κυμαίνεται μεταξύ 30'' και εντός λεπτού. Ακολουθεί η φάση των κλονικών σπασμών ( αλληλοδιαδοχή χαλάσεως και συσπάσεως ), η οποία χαρακτηρίζεται από:

1. Βαθείες εισπνοές
2. Έντονους σπασμούς σε ολόκληρο το σώμα
3. Έξοδος αφρού από το στόμα ( από το ανακάλυμα του σάλιου και από τις κινήσεις της γλώσσας ).
4. Αφθονη εφίδρωση
5. Απώλεια ούρων

Η δεύτερη φάση διαρκεί 1' - 2' και ακολουθεί πλήρης μυϊκή χαλάρωση.



λαση. Το άτομο πέφτει σε ύπνο βαθύ για 30 περίπου και επανέρχεται εμφανίζοντας ελαφρά σύγχυση. Αν ερωτηθεί τι του συνέβει είναι δυνατό να απαντήσει ότι ζαλίσθηκε και δεν θυμάται τίποτα ή περιγράφει προειδοποιητικά σημεία - κινητικά ή αισθητικά τα οποία καλούνται " αύραι".

Η μικρή επιληπτική κρίση ( PETIT MAL ) χαρακτηρίζεται από βραχεία στιγμιαία διακοπή στο ρου της συνειδήσεως, η οποία φαίνεται ως αφαίρεση. Το άτομο προσηλώνει το βλέμα του σε ένα αντικείμενο.

Αν κρατά κάτι το αφήνει να πέσει. Η κρίση διαρκεί δευτερόλεπτα και το άτομο δεν θυμάται τι συνέβει.

Η αδελφή παρατηρεί όλα τα συμπτώματα. Οι σαφείς παρατηρήσεις της αδελφής μπορεί να βοηθήσουν το γιατρό να προσδιορίσει την περιοχή της βλάβης στον εγκέφαλο και να καθορίσει τον τύπο της θεραπείας.

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει το σχεδιάγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας.<sup>17</sup>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Πηγές πληροφοριών  
α. ο ίδιος ο άρρωστος  
β. οι γονείς  
γ. οικογένεια αρρώστου

Ιστορικό υγείας  
α. ιστορικό προηγούμενων κρίσεων  
β. οικογενειακό ιστορικό επιληψίας

Φυσική εκτίμηση  
α. έλεγχος δρόματος: κυάνωση, εκδορές, αγγείωμα

1. αναζήτηση ρινο - ωτορραγίας, εξέταση σφυγμού, αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας  
έλεγχος απώλειας ούρων

1. Αδυναμία επικοινωνίας του ίδιου λόγω απώλειας συνειδήσεως.

3. α. Από τα αναπνευστικά λόγω υπολειτουργίας του, υποαριαισμός πνευμόνων, τραχειοβροχικές εκκρίσεις, άφροδι.

β. Από το κυκλοφορικό από αυξημένη αρτηριακή πίεση.

γ. Απώλεια συνειδήσεως

1. Η Αδελφή διευκολύνει την προσαρμογή του ασθενούς στα Νοσοκομεία.

2. Αναγράφει με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά της κρίσεως. Πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό του ασθενούς, αν είναι παλιός επιληπτικός ή νέος, την συχνότητα, διάρκεια και χαρακτηριστικά των κρίσεων.

3. α. Διατήρηση αεραφόρων οδών σε καλή κατάσταση με τη χορήγηση αζυγώνου προς αποφυγή εγκεφαλικής υποξίας. Τα ρούχα να χαλαρώνονται π.χ κολλάρο, γραβάτα και ζώνη για να μην εμποδίζουν την ανακνοή. Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι για να αποφευχθεί η εισρόφηση από τις τραχειοβροχικές εκκρίσεις, που θα είχαν σαν αποτέλεσμα πιθανή πνευμονία. Αναρρόφηση των στοματοφαρυγγικών εκκρίμάτων. Έλεγχος ρυθμού ανακνοής καθώς και την περίπτωση εμφάνισης άπνοιας.

β. Αποκατάσταση καρδιακής λειτουργίας και σταθερής και σταθερής αρτηριακής πίεσης. Έλεγχος αυτής και του σφυγμού, θερμοκρασίας.

γ. Ρύθμιση των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού συνελάγεται έλεγχων κρίσεων και αποκατάσταση συνείδησης. Η αδελφή σημειώνει αν ο ασθενής έχασε τις αισθήσεις του, αν αντινιδρούσε, αν είχε σύγχυση, αν είχε απώλεια ούρων.

Σ Χ Ε Δ Ι Α Γ Ρ Α Μ Μ Α Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Σ Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Σ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

δ.1) έλεγχος κεφαλής για τραυματισμό

δ1) Σπασμοί γενικευμένου κίνδυνος καταγμάτων

δ.1) Κατά την διάρκεια των σπασμών η αδελφή αναγράφει την θέση της κεφαλής, του κορμού και των άκρων. Προστατεύει το κεφάλι με την τοποθέτηση μαξιλαριού ή μιας διπλωμένης κουβέρτας. Οι κινήσεις του ασθενούς δεν περιορίζονται, γιατί κάτι τέτοιο δυνατό να τις αυξήσει. Αν δεν υπάρχει σπαστικότητα προκαλείται κάταγμα. Απομακρύνονται αντικείμενα που μπορεί να κτυπήσει ο ασθενής.

δ. 2) έλεγχος για δάγκωμα ( δήξη ) γλώσσας

δ2) Κίνδυνος τραυματισμού γλώσσας από σπασμένα δόντια

δ.2) Η αδελφή αναγράφει αν ο ασθενής έσφιξε τα δόντια του ή δάγκωσε τη γλώσσα του. Με ένα γλώσσακάτοχα ή ένα μαλακό αντικείμενο (βαμβάκι τυλιγμένο με γάζα ) το τοποθετεί μεταξύ των δοντιών για την πρόληψη δαγκώματος της γλώσσας. Αν τα δόντια είναι ήδη κλειστά δεν πρέπει να ανοίγονται με τη βία, για να μην επεκταθεί ο κίνδυνος της ήδη δαγκωμένης γλώσσας από σπασμένα δόντια.

δ. 3) έλεγχος οπτικού πεδίου

δ3) Απώλεια συνειδήσεως Έχει επηρεαστεί ο εγκέφαλος.

δ.3) Πρέπει να αναγράφεται αν οι οφθαλμοί εξέκλιναν, άνω, κάτω, πλαγίως και αν οι κόρες άλλαξαν μέγεθος, αν αντέδρασαν στο φως κατά την κρίση ή μετά την κρίση. Η αδελφή χορηγεί τα φάρμακα που έχουν παραγγείλει από το γιατρό, και παρακολουθεί την επίδραση αυτών για τυχόν τοξικές παρενέ-

## B / ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ ΑΝΑΓΝΩΣΕΩΣ ( READING EPILEPSY )

Όπως είναι γνωστό,<sup>18</sup> πρωτοπαθής Επιληψία αναγνώσεως ( PRIMARY READING EPILEPSY ) είναι η ιδιαίτερη μορφή επιληψίας στην οποία οι ασθενείς κατά την διάρκεια ανάγνωσης και με αποκλειστικό πυροδοτικό ερέθισμα την ανάγνωση, παρουσιάζουν σπασμωδικές κινήσεις της σιαγόνας και της στοματικής περιοχής οι οποίες μπορεί να συνδιασθούν και με γενικευμένη κρίση.

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Πρόκειται για την κοπέλα Α.Γ, 18 ετών, δεξιόχειρα. Το ιστορικό της είναι ελεύθερα νευρολογικού νοσήματος και δεν αναφέρεται κληρονομική επιληπτική επιβάρυνση.

Σε ηλικία 15 ετών άρχισε να παρουσιάζει σποραδικά σκιρτήματα του σαγονιού της κατά τη διάρκεια παρατεταμένης ανάγνωσης. Σιγά - σιγά χρειαζόταν όλο και μικρότερης διάρκειας ανάγνωση για να προκληθούν οι στοματικές κινητικές εκδηλώσεις, έτσι που τελικά κατέληξαν να πυροδοτούνται όχι μόνο με την απλή ανάγνωση μιας επιγραφής ή του τίτλου ενός βιβλίου, αλλά και με την προσπάθεια να θυμηθεί ένα κείμενο ή με την αυτόματη μνημονική ανάκληση μιας γραπτής λέξης ή φράσης.

Προοδευτική εξέλιξη είχαν επίσης και οι κινητικές εκδηλώσεις. Είχαν αρχίσει με απλά τινάγματα του σαγονιού της και εξελίχθηκαν σε τυπικούς, ρυθμικούς κλονικούς σπασμούς των μασητήρων, των περιστοματικών μυών και της γλώσσας. Με το πέρασμα του χρόνου άρχισαν να συμμετέχουν και μύς της ευρύτερης στοματο-φαρυγγικής περιοχής προκαλώντας αίσθημα πνιγμονής.

Το τελευταίο τρίμηνο πριν αρχίσει θεραπεία είχαν επιπλαιεί και μύς της αναπνοής ώστε κατά την κρίση να αλλοιώνεται ο ρυθμός και ο αυτόματισμός της προκαλώντας αίσθημα πνιγμού στην άρρωστη,

ένδεκα δε φορές κατάληξε σε τυπική μεγάλη επιληπτική κρίση, πάντα με δήξη της αριστερής παρυφής της γλώσσας.

Στα πρώτα στάδια της νόσησης, τα στοματικά σκιρτήματα σταματούσαν μόνα τους, παρά τη συνέχιση της ανάγνωσης. Μετά τον δευτερο χρόνο όταν οι κρίσεις εξελίχθηκαν σε παρατεταμένους στοματικούς μυοκλονικούς σπασμούς, αρκούσε η διακοπή της ανάγνωσης για να σταματήσουν οι κρίσεις. Τελευταία όταν στις κινητικές εκδηλώσεις συμμετείχε και διαταραχή του ρυθμού της αναπνοής δεν αρκούσε πλέον η διακοπή της ανάγνωσης και για να σταματήσουν οι κρίσεις έπρεπε η άρρωστη να αυτασυγκεντρωθεί στην έντονη προσπάθεια να πάρει βαθειά αναπνοή. Όσες φορές δεν το μπόρεσε αυτό, έννοιωσε έντονο μούδιασμα στην περιστεματική περιοχή και ακολούθησε απώλεια συνειδήσεως με γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς.

Η πυροδότηση των κρίσεων δεν είχε σχέση με το περιχόμενο του κειμένου που διάβαζε, ούτε με το αν η ανάγνωση γινόταν φωναχτά ή από μέσα της. Σε στιγμές συναισθηματικής φόρτισης η κινητοποίηση των κρίσεων ήταν ευκολότερη και η διακοπή τους δυσχερέστερη, αλλά και αντίθετα παρατηρείτο και αναστολή των κρίσεων παρουσία τρίτων προσώπων ή άλλων αστάθμητων συγκινησιακών παραγόντων.

Η ψυχολογική κατάσταση της άρρωστης είχε γίνει δραματική. Άτομο συναισθηματικά ανώριμο με έντονα στοιχεία ευυποβολιμότητας και συχνές εκρηκτικές αντιδράσεις σε στιγμές συναισθηματικής φόρτισης, ζούσε διαρκώς με το φόβο της μεγάλης επιληπτικής κρίσης. Κυκλοφορούσε με το χέρι διαρκώς μπροστά στο στόμα της για να μη γίνονται αντιληπτές οι σπασμωδικές κινήσεις του στόματος αν τύχαινε κάτι να διαβάσει και βρισκόταν σε διαρκή ετοιμότητα να πάρει την βαθειά αναπνοή. Δεν μπορούσε να μελετήσει για το σχολείο και στις πανελλαδικές εξετάσεις είχε προσέλθει με τις γνώσεις που είχε αποστηθήσει από τις παραδόσεις.

Έγιναν τρία ΗΕΓ χωρίς προσπάθεια ανάγνωσης και δεν είχαν παθολογικά ευρήματα. Ο ΗΕΓραφικός έλεγχος με ταυτόχρονη ανάγνωση δεν έδωσε πάλι κανένα εύρημα. Η έλλειψη των κρίσεων υποστήριξε η άρρωστη ότι συνέβαινε συχνά όταν πειραματικά προσπαθούσε να τις προκαλέσει σε τρίτους.

Σε μια άλλη προσπάθεια με το ίδιο κείμενο ΗΕΓραφικώς καταγράφηκε ριπή, όπου άρχισε και η κλινική στοματική κρίση.

Με την χορήγηση αντι-Ε αγωγής μειώθηκαν οι κρίσεις και σπάνια να εμφανίζονται τα σκιρτήματα του σαγονιού κατά την ανάγνωση. Σε ψυχολογική όμως ένταση άρχισαν να παρουσιάζονται στιγμιαίες στοματικές εκδηλώσεις στην διάρκεια ομιλίας.

Στη συνέχεια ο πίνακας με την νοσηλευτική φροντίδα.

Σ Χ Ε Δ Ι Α Γ Ρ Α Μ Μ Α Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Σ Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Σ Ε Π Ι Λ Η Ψ Ι Λ Ζ Α Ν Α Γ Ν Ω Ξ Ε Ξ Ε

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Σποραδικά σκιστήματα σαγονισού κατά παρατεταμένη ανάγνωση, αλλά και σε κάθε προσπάθεια μνημονικής ανάκλησης ενός κειμένου ή επιγραφής.

2. Συμμετοχή μυών της ευρύτερης στοματο-φαρυγγικής περιοχής με αίσθημα πνιγμονής.

3. Αλλαίωση ρυθμού και αυτοματισμού αναπνοής, προκαλώντας αίσθημα πανικού στην άρρωστη.

4. Δίξη της αριστερής παρυφής της γλώσσας.

1. Τυπικοί, ρυθμικοί κλωνικοί σπασμοί των μασητήρων.

2. Συμμετοχή και των πρεϊστοματικών μυών.

3. Συμμετοχή και των μυών της αναπνοής.

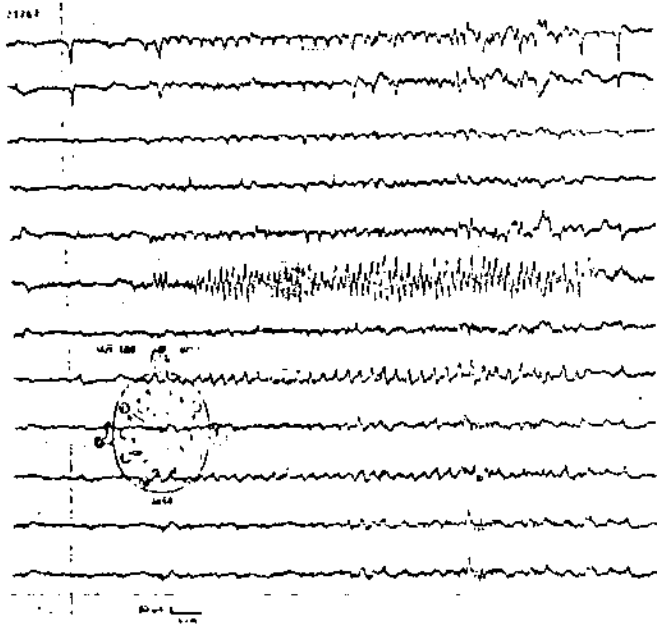
4. Κατέληξε σε τυπική μεγάλη επιληπτική κρίση.

1. Η αδελφή σε μια τέτοια περίπτωση αφού έρθει σε επαφή με την ασθενή εφαρμόζει την μέθοδο της ακουστικής Συζητεί το πρόβλημα, και αφήνει την ασθενή να εκφράσει τους φόβους και τις αμφιβολίες. Η μέθοδος αυτή είναι θεραπευτική αφού οι φόβοι της ασθενούς ίσως χάσουν την βαρύτητα και τους αντιληφθεί σαν λιγότερα σοβαρούς.

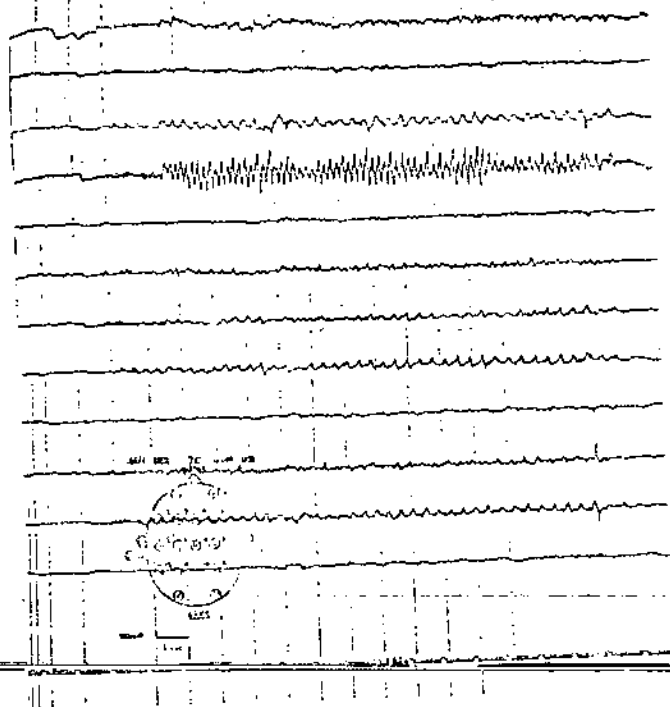
2. Το ευύποβόλιμο του χαρακτήρος της ασθενούς ευνοεί τις θεραπευτικές προσεγγίσεις, επομένως σημαντικό ρόλο παίζει η εμπιστοσύνη του ασθενή στον εαυτότου.

3. Η ευθάρυνση για να διασφαλίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή στον εαυτέ του συμβάλλει θετικά στη θεραπεία.

4. Ενισχύουμε ψυχολογικά την ασθενή και δεν την εγκαταλείπαμε. Κάνουμε όλες τις κινήσεις προς αποφυγή τραυματισμού της γλώσσας, τοποθέτηση μαλακού αντικειμένου ανάμεσα στα δόντια.



Εικ. 1



Εικ. 2

Παροξυσμικές τεκφορτίσεις άχλης κύματος με σαφή υπεραρχή στην αριστερά πρόσθια κροταλική περιοχή, με ταυτοχρόνους κλονικούς σπασμούς της στοματικής περιοχής, 1 περίπου λεπτό μετά την έναρξη ανάγνωσης.



Σ Χ Ε Δ Ι Α Γ Ρ Α Μ Μ Α Ν Ο Σ Η Λ Ε Ψ Τ Ι Κ Η Σ Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Ε Α Σ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5. Η ανάγνωση αιτία των κρίσεων

5. Εξέλιξη των κρίσεων σε παρατεταμένους μυοκλονικούς σπασμούς. Σε διακοπή της ανάγνωσης και με προσπάθεια έντονης βαθειάς εισπνοής σταματούσε η κρίση.

6. Απώλεια συνειδήσεως

6. Σε αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης, ακολουθούσε έντονο μούδιασμα περιστασιακής περιοχής και γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς.

7. Άσχημη ψυχολογική κατάσταση της άρρωστης.

7. Η κινητοποίηση των κρίσεων ευκολότερη.

8. Ψυχολογική ένταση και φόβος εμφάνισης της μεγάλης επιληπτικής κρίσης.

8. Παρουσιάζονται σωματικές εκδηλώσεις κατά την διάρκεια προφορικού λόγου. Σημειώθηκε απόπειρα αυτοκτονίας.

5. Η αυτοσυγκέντρωση παίζει σημαντικό ρόλο στην καταστολή της κρίσης. Η αδελφή απασχολεί την άρρωστη και της προτείνει ενδιαφέροντες απασχολήσεις.

6. Η αδελφή ελέγχει για απώλεια ούρων και προστατεύει την ασθενή σ' αυτή την φάση από τυχόν τραυματισμό.

7. Ψυχολογική ενδοχήση. Η αδελφή δεν εγκαταλείπει την ασθενή και την ρωτά σχετικά για την κρίση αν είχε αισθήσεις, και τι αντιλήφθηκε.

8. Η αδελφή κατανοεί το πρόβλημα, δείχνει την συμπάθειά της και το ενδιαφέρον της και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της ασθενούς.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V I I

ΣΚΕΥΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΜΕΤΡΑ - ΣΚΟΠΟΙ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ - ΣΥΜΠΕ-  
ΡΑΣΜΑΤΑ

Έχοντας πια σήμερα σαν δεδομένο την παραδοχή της ύπαρξης της ιδιοπαθούς επιληψίας από όλους τους ψυχιάτρους και τους συγγραφείς, είναι εξίσου δεδομένο και παραδεκτό ότι, έχουμε πολλούς ασθενείς που εμφανίζουν πυκνές επιληπτικές κρίσεις, παρά το κοκτέιλ των αντιεπιληπτικών φαρμάκων που παίρνουν. Για αυτούς δεχόμαστε ότι εμφανίζουν ορισμένες χαρακτηριστικές εκδηλώσεις και πάντα τις ίδιες: Είναι σχολαστικοί, υπέρλεπτολόγοι, τυπικοί, με εξεζητημένη ευγένεια, δουλοπρεπείς, υποβόλιμοι, επιθετικοί και εκρηκτικοί.

Όλα αυτά βρίσκονται σε όλους που έχουν πολλές επιληπτικές κρίσεις και επί μακρόν, και πάντα τα ίδια.

Αυτά λοιπόν το "καλούψωμα" του συνόλου των εκδηλώσεων στις κοινωνικές τους εκδηλώσεις το αναμόστανε "Επιληπτικό χαρακτήρα".<sup>19</sup>

Αυτόν όμως τον Επιληπτικό χαρακτήρα, τώρα πολλοί γιατροί και συγγραφείς τον αμφισβητούν, και δίνουν την εξήγηση της χαρακτηριστικής αυτής συμπεριφοράς σε μια ψυχική καταπίεση, μια ψυχική ανάγκη στο γεγονός της μόνιμου αναπηρίας τους από την επιληψία, που σ' αυτήν συμμετέχει η προσεκτική συμπεριφορά της κοινωνίας, και ο αποκλεισμός τους από πολλά επαγγέλματα, και ότι δεν είναι αιτία αυτών όλων η ίδια η επιληψία.

Νομίζουμε ότι η θέση αυτή των αρνητών του επιληπτικού χαρακτήρος, τους εξαναγκάζει στη διανοητική ευθύνη, να δώσουν μια ικανοποιητική απάντηση στο εξής απλό ερώτημα:

"Αν η αιτία αυτού του "καλούψωματος" των εκδηλώσεων των επιληπτικών, είναι η γνώση όπως λένε της μόνιμου αναπηρίας των, η διακ-

ριτική συμπεριφορά της κοινωνίας, ο αποκλεισμός τους από διάφορα επαγγέλματα, κλπ, κατά τον ίδιο συλλογισμό δεν θα πρέπει να έχουμε και τις ειδικές αυτές εκδηλώσεις, και πάντα τις ίδιες, σ' όλους οι οποίοι έχουν μια μόνιμη αναπηρία. η κοινωνία είναι διακριτική και αποκλείονται από διάφορα επαγγέλματα; Όπως οι πάσχοντες από οφθαλμοφανείς αναπηρίες. Αυτοί με πολυομυελίτιδα, διάφορες δυσμορφίες, μαιευτικές παραλύσεις, Βατταρισμό κλπ. Σε αυτούς δεν είναι διακριτική η κοινωνία; Δεν αποκλείονται από σωρεία επαγγελμάτων;"

Είναι αλήθεια ότι όλοι αυτοί έχουν κάποιο μικρό αίσθημα κατωτερότητας. Αλλά, άλλοι απ' αυτούς φιλοσοφήσανε τα αίτια και το ξεπεράσανε, άλλοι καταρθώσανε και δεν το δείχνουν, και άλλοι το δείχνουν. Τα επιμέρους όμως ενοχλήματα που συνιστούν το αίσθημα κατωτερότητας, σε καμιά περίπτωση δεν "καλουπώνονται".

Κατά τον συλλογισμό των αρνητών, θα έπρεπε να έχουμε στους πάσχοντες από βατταρισμό, σταθερώς την ίδια συμπεριφορά στην κοινωνία από όλους αυτούς. Αυτό όμως δεν συμβέγει. Θα έπρεπε κατά μείζονα λόγο να συμβαίνει, μια και σε οποιαδήποτε κοινωνική εκδήλωση οι άνθρωποι αυτοί έχουν παρούσα και φανερή την αναπηρία τους. Ενώ ο επιληπτικός, έχει και βάσιμες ελπίδες σε μια δεδομένη κοινωνική εκδήλωση να μην εμφανιστεί η κρίση, οπότε δεν είναι δυνατό να γνωρίζουν οι άλλοι την αναπηρία του. Αυτή την ξέρουν οι συγγενείς και μερικοί φίλοι. Ενώ των άλλων οι αναπηρίες είναι πάντα παρούσες. Παρ' όλα αυτά δεν υπάρχουν ειδικές εκδηλώσεις γι' αυτούς.

Έτσι λοιπόν η "καλούπωση" των εκδηλώσεων των επιληπτικών αυτών, μας κάνει να παραδεχτούμε την συμμετοχή της επιληψίας.

Τελικά όσον αφορά την βελτίωση της πρόγνωσης των επιληπτικών εκδηλώσεων αποτελεί η καλύτερη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και η επιτυχέστερη και πολλές φορές τόσο δύσκολη προσαρμογή τους προς το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και οι απαιτήσεις

τους και είναι πολλές φορές παρατηρημένο, ότι οι δυσκολίες δεν προέρχονται μόνον από την εκ μέρους του κοινωνικού περιβάλλοντος δυσκολία αφομοιώσεως των πασχόντων από επιλήφια, αλλά προέρχονται και εκ μέρους της δυσκολίας των ίδιων των αρρώστων να προσκαθήσουν να εξοικειωθούν καλύτερα και να προσαρμοστούν στις συνθήκες του περιβάλλοντος. Αυτό θα επιτευχθεί όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, με την κατανόηση και την κατάλληλη καθοδήγηση του αρρώστου σε θέματα γενικού και κοινωνικού περιεχομένου αναφορικά με την κατάσταση του.

## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Λοιπόν παραμερίζοντας κάθε μυστικοπάθεια ή πρόληψη, μπορεί να πει κανένας ότι η ψυχιατρική - νευρολογία, σε σχέση με τις υπόλοιπες επιστήμες που ασχολούνται με την υγεία του ανθρώπου, είναι ακόμα η λιγότερο επιστημονική. Και αυτό διότι ο όρος ψυχιατρική - νευρολογία που κατά κοινή αντίληψη είναι ακόμη λίγο πολύ ταυτόσημες έννοιες - περιλαμβάνουν μια τόσο υπερβατή έννοια, την ψυχή, η οποία δυσκολεύει στο να αντιμετωπιστεί με επιστημονικά, εμπειρικά κριτήρια.

Η πρακτική ψυχιατρική βρίσκεται ακόμη στα σπάργανα και η αποτελεσματικότητα ή μη των σημερινών προσπαθειών δεν μπορεί να φανούν σύντομα. Η έρευνα για τις ασθένειες αυτές είναι περιορισμένη λόγω έλλειψης πολλές φορές πληροφοριών από τα ίδια τα άτομα και λόγω οικονομικών πόρων.

Οι μόνες διαθέσιμες στατιστικές είναι των Νοσοκομείων που δείχνουν την καλύτερευση ή επιδείνωση των ατόμων που εισέρχονται ως εξωτερικοί ασθενείς είτε ως εσωτερικοί.

Πάντως εμείς ελπίζουμε και συνόμα ευχόμαστε η επιστήμη να βρεί το δρόμο της και τώρα, και να δώσει φως, ελπίδα, δύναμη στον άνθρωπο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Π. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ: " Εισαγωγή στην ψυχιατρική ", Εκδόσεις Θεμέλιο  
ΑΘΗΝΑ 1986.
2. ΙΩΑΝ/ ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ: " Εισαγωγή στα θεραπευτικά προβλήματα της  
επιληψίας ", περιοδικό ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, Τεύχος 18: 281 - 282, ΑΘΗΝΑ  
1981.
3. ΙΩΑΝ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ( Ιατρού Φυσιολόγου ): " Φυσιολογία του  
ανθρώπου ", Ιατρικές Εκδόσεις ΣΙΩΚΗ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1983.
4. Α. ΚΑΖΗΣ (ΥΦΗΓΗΤΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝ/ΜΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΧΕΠΑ):  
"Θεραπεία της Επιληψίας", Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και  
Περιοδικών, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1987.
5. Ν. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ: " Ψυρετικός σπασμός και Επιληψία", Περιοδικό  
Ιατρική, Τεύχος 55: 459-463, ΠΑΤΡΑ 1989.
6. Κ.Γ ΚΩΝΣΤΑΣ: " Η διανοητική έκπτωση επί των επιληπτικών και-  
διών ", περιοδικό Νευροψυχιατρικά Χρονικά, :1 - 18 , 1964.
7. Ε. ΠΑΠΑΘΩΜΟΠΟΥΛΟΣ, Δ.Χ ΜΠΟΣΙΝΑΚΗΣ: " Το πρόβλημα της επαγγελ-  
ματικής αποκατάστασης των διανοητικών καθυστερημένων παιδιών"  
Ιατρικά Χρονικά, Τεύχος 2ο, Αθήνα 1973.
8. PHILBERT ANETTE, DAM MOGBENS, ZACHARAKIS GEORGE: " Η επιληπτική  
μητέρα και το παιδί της", περιοδικό Εγκέφαλος, Τεύχος 21:81-92,  
1984.
9. Δ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ: " Γενετική και Νευρικό σύστημα", έκδοση ΛΙΤΣΑ  
ΑΘΗΝΑ 1979.
10. Χ. ΠΗΤΤΑΣ, Α. ΣΙΑΦΑΚΑΣ, ΛΟΥΛΑΚΑΚΗ, ΣΚΑΡΠΑΛΕΖΟΣ: " Ηλεκτροκλι-  
νική μελέτη επιληπτικών οικογενειών ( πρόδρομη ανακοίνωση ),  
περιοδικό Εγκέφαλος, Τεύχος 18: 95-97, ΑΘΗΝΑ 1981.
11. ΑΔ. ΜΟΥΣΟΥΡΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: " Σημειώσεις Νευρολογίας", ΠΑΤΡΑ 1988.
12. Ι. ΜΙΧΕΛΟΓΙΑΝΝΗΣ, Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ, - ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΥ: "Επίδραση της  
επιληψίας των παιδών στην ελληνική οικογένεια", περιοδικό  
Παιδιατρική, Τεύχος 48: 89 - 94, ΑΘΗΝΑ 1985.

13. J/ WOLPE: " THE PRACTISE OF BEHAVIOR THERAPY, ELMSFORD, N.Y: PERGAMON PRESS, 1969.
14. L/ WRIHT: " AVERSIVE CONDITIONING OF SELF-INDUCED SEIZURES, BEHAVIOR THER., 1973:4:712.
15. TRIMPLE MR NONES MACTY: " ANTIDEPRESSANTS IN EPILEPSY, EPILEPSIA 1978:19:241.
16. MB. STERMAN: NEUROPHYSIOLOGIC AND CLINICAL STUDIES OF SENSO-RIMOTOR EEG BIOFEEDBACK TRAINING: SOME EFFECTS OF EPILEPSY. BIOFEEDBACK: BEHAVIOR MEDICINE. BOSTON: GRUME AND STRATTON, 1973:567.
17. ΚΥΡΙΑΚΗ ΝΑΝΟΥ: " ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ", ΠΑΤΡΑ 1989.
18. Ε. ΤΕΡΕΝΤΙΟΣ, Α. ΤΖΗΜΑΣ: " READING EPILEPSY", Ανακοίνωση στο IV Συνέδριο της Διεθναύς Εταιρείας Ελλήνων Νευροεπιστημόνων, Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιώς, 1986.
19. ΔΗΜ. ΣΙΩΤΗΣ (Νευρολόγος - Ψυχίατρος ): " Απόδειξις της πρόξενως του επιληπτικού χαρακτήρος", περιοδικό Εγκέφαλος, Τεύχος 18: 142 - 143, 1981.



---

Η βιβλιογραφία είναι νοσημένη με τη μέθοδο CAMBRIDGE.