

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΕΠΙΛΗΨΙΑ: Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ-Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ.”



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Θεοδωρακοπούλου Γεωργία

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
Ναούμ Μαρίνα

ΠΑΤΡΑ, Μάιος 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΜΕΡΟΣ - Ι.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ-1: “Γενικά Στοιχεία – Ορισμοί”	5
1.1 Ιστορικά στοιχεία.	5
1.2 Ορισμοί.....	5
1.2.1 Επιληψία.....	5
1.2.2 Επιληπτικός σπασμός.....	6
1.3 Τα αίτια της επιληψίας.....	7
<i>Πρόδρομα συμπτώματα μιας κρίσης.</i>	9
1.5 Διαγνωστικές Μέθοδοι.....	17
1.6 Στατιστικά στοιχεία για την Επιληψία.	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ-2: “Στοιχεία για την Παθοφυσιολογία των Επιληψιών.”.....	22
2.1 Στοιχειώδης Νευροφυσιολογία της Επιληπτικής Εκφόρτισης	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ-3: “Θεραπεία της Επιληψίας.”	23
3.1 Μακροπρόθεσμη εξέλιξη ασθενούς με Επιληψία.	24
3.2 Η χορήγηση αντιεπιληπτικών φαρμάκων.	25
3.3 Άλλοι τρόποι (εκτός από φάρμακα) αντιμετώπισης της επιληψίας.....	35
ΜΕΡΟΣ - ΙΙ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ-4: “Επιληψία και Ζωή. Μύθοι και Πραγματικότητα”	37
4.1 Επιληψία και ζωή.....	37
4.2 Επιληψία Μύθοι και Πραγματικότητα.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ-5: “Επιληψία: Παιδιά- Εφηβεία και Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις”	41
5.1 Σχέση πυρετικών σπασμών και επιληψίας.....	41
5.2 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της επιληψίας στο παδί και την οικογένεια. .	42
5.3 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της επιληψίας σαν χρόνιας σωματικής ασθένειας στο παιδί-ασθενή.....	43
5.4 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της επιληψίας σαν χρόνιας σωματικής ασθένειας στην οικογένεια.	44
5.5 Ενέργειες πρόληψης που χρειάζεται να αναπτύσσονται σχετικά με τις χρόνιες σωματικές ασθένειες.	45
5.6 Κατευθυντήριες γραμμές για την ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού με χρόνια σωματική ασθένεια.	46
5.7 Επιληψία και εφηβεία.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ - 6: “Η ζωή με την επιληψία.”.....	48
6.1 Η ζωή με την επιληψία- πρακτικές πληροφορίες	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ- 7: “Επιληψία και πρώτες Βοήθειες”	54
7.1 Πρώτες βοήθειες στην Επιληψία.....	54
7.2 Πότε πρέπει να μεταφερθεί ο ασθενής στο Νοσοκομείο.	56
7.3 Ειδικά μέτρα για την αντιμετώπιση επεισοδίου σπασμών.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ- 8: “Ο Ασθενής με επιληψία και η κοινωνική του Ζωή”	59
8.1 Η απασχόληση των ατόμων με επιληψία.	59
8.2 Επιληψία και Άθληση.....	62
8.3 Μυϊκή κόπωση και επιληπτική κρίση.	63
8.4 Αθλήματα και κίνδυνοι.....	63
8.5 Άθληση και παιδί.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ – 9: “Η Στάση μας προς τους ασθενείς με Επιληψία. ”	68

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	69
<i>Κύρια Συμπεράσματα.....</i>	<i>69</i>
<i>Τάσεις της έρευνας που γίνεται σήμερα για την επιληψία.....</i>	<i>70</i>
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιληψία είναι μία σοβαρή ασθένεια, που έχει κάνει την εμφάνισή της από την αρχαιότητα. Σήμερα υπολογίζεται ότι περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο πάσχουν από τη νόσο αυτή. Στα παιδιά το ποσοστό της νοσηρότητας είναι περίπου 1% καθιστώντας έτσι την επιληψία κοινό πρόβλημα της παιδικής ηλικίας.

Η ακριβής αιτιολογία της επιληψίας παραμένει ακόμα και σήμερα αναπάντητη, η δε θεραπεία της νόσου σπάνια είναι αποτελεσματική, καθώς δεν γιατρεύει τη νόσο ολοσχερώς, αλλά κυρίως μειώνει τις επιληπτικές κρίσεις. Οι ερευνητικές προσπάθειες σήμερα, στρέφονται στην μελέτη των μηχανισμών που υπάρχουν στον εγκέφαλο για τον έλεγχο της δραστηριότητας των νευρώνων ώστε να αποφεύγονται τα φαινόμενα που οδηγούν σε επιληπτικούς σπασμούς, αλλά και στην ανάπτυξη νέων φαρμάκων και θεραπειών.

Η φροντίδα του ασθενή με επιληψία εστιάζεται στην προαγωγή της υγείας του, της ψυχοκοινωνικής του εξέλιξης, αλλά και κάθε άλλου τομέα που επηρεάζεται από τη νόσο. Ειδικότερα η φροντίδα του παιδιού με επιληψία έχει ξεχωριστή θέση στην αντιμετώπιση της νόσου, αφού τα παιδιά πρέπει να αντιμετωπίζονται όχι σαν «ενήλικοι ασθενείς» αλλά ως οντότητες με την δική τους προσωπικότητα, μοναδικότητα και ιδιαίτερες ανάγκες. Η νοσηλευτική φροντίδα του παιδιού που πάσχει από επιληψία, σχεδιάζεται με βάση όλες τις ανάγκες του, σωματικές, ψυχικές αναπτυξιακές καθώς και τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες της οικογενείας του.

Η κοινοτική νοσηλευτική έχει παίξει μεγάλο ρόλο στην μετατόπιση του επίκεντρου της φροντίδας από το νοσοκομείο στην κοινότητα, καθώς εκεί καλείται να ζήσει και να προσαρμοστεί ο πάσχων και οι γύρω από αυτόν.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαρίστησω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου **κα Γεωργία Θεοδωρακοπούλου**, για τις συμβουλές και τις υποδείξεις της, στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απροσδόκητη εμφάνιση των επιληπτικών κρίσεων, ο φόβος για τυχόν τραυματισμό ή πνιγμό του ασθενούς και η ανησυχία για τη μελλοντική έκβαση της ασθένειας αλλά και το μέλλον του ίδιου του ασθενούς, προκαλούν μεγάλο άγχος και ανασφάλεια στην οικογένειά του. Επίσης, οι κοινωνικές προκαταλήψεις που υπάρχουν για τη νόσο, έχουν ως αποτέλεσμα η διάγνωση της επιληψίας, σε πολλές περιπτώσεις, να αποτελεί "οικογενειακό μυστικό", με δυσμενείς επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή αλλά και την ψυχική υγεία του ασθενούς, αλλά και στην θεραπεία του.

Πολύ συχνά επιβάλλονται υπερβολικοί και άσκοποι περιορισμοί ή απαγορεύσεις στις δραστηριότητες του ασθενούς. Στη φάση της εφηβείας, τέτοιοι περιορισμοί πολύ συχνά έχουν το αντίθετο από το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Υπάρχει μερικές φορές κάποια σύγχυση όσον αφορά στην επίδραση της εφηβείας στην επιληψία. Σε παλαιότερες εποχές πίστευαν ότι στη φάση της εφηβείας οι κρίσεις γίνονται συχνότερες και ότι η εφηβεία είναι η πλέον ακατάλληλη χρονική περίοδος για τυχόν διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Οι σύγχρονες αντιλήψεις ασφαλώς διαφέρουν από τις απόψεις αυτές. Είναι πλέον σαφές ότι η πορεία της επιληψίας κατά την εφηβεία εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τον τύπο της επιληψίας ή το επιληπτικό σύνδρομο που εμφανίζει ο ασθενής.

Όλα τα πιο πάνω δημιούργησαν το ερέθισμα για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας με το σκεπτικό της συλλογής, επεξεργασίας και παρουσίασης δόκιμων πληροφοριών σχετικά με την επιληψία, τον ασθενή και τον περιβάλλον του, με σκοπό να δώσει απαντήσεις σε μια σειρά ερωτήματα που αφορούν στην ασθένεια, την αιτιολογία της, την θεραπεία της, τις πρώτες βοήθειες, την ψυχοκοινωνική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του, αλλά και πληρόφορηση για την γενικότερη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.

ΜΕΡΟΣ - Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ-1: “Γενικά Στοιχεία – Ορισμοί”

1.1 Ιστορικά στοιχεία.

Η λέξη επιληψία προέρχεται από το ελληνικό ρήμα “επιλαμβάνειν” , που σημαίνει: καταλαμβάνω, προσβάλλω αφνίδια).¹

Η επιληψία μια σοβαρή νευρολογική ασθένεια που θεωρούνταν ότι προέρχεται από τους Θεούς, από όπου η ονομασία "ιερά νόσος".¹

Η πίστη ότι η επιληψία ήταν ασθένεια με θεϊκή προέλευση είχε σχηματιστεί στον άνθρωπο από πολύ παλιά. Αρχικά θεωρήθηκε πως υπεύθυνη για τη νόσο ήταν μια θεότητα που ταυτιζόταν με τη Σελήνη και έτσι ονομάστηκε "σεληνιασμός".²

Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν ότι την επιληψία φέρνουν στον άνθρωπο θεότητες όπως η Κυβέλη, ο Ποσειδώνας, ο Άρης, η Εκάτη, ο Ερμής και ο Απόλλωνας, με διαφορετικά συμπτώματα εμφάνισης της νόσου ο καθένας. Παραδείγματος χάριν αν ο άρρωστος τρίζει τα δόντια ή έχει σπασμούς δεξιά, τότε υπεύθυνη είναι η μητέρα των Θεών η Κυβέλη, ενώ αν βγάζει δυνατές κραυγές σαν άλογο, είναι ο Ποσειδώνας.¹

Οι επιληπτικοί στην Καινή Διαθήκη αποκαλούνται "σεληνιαζόμενοι", ονομασία που αποδεικνύει τη συνέχιση της παράδοσης.^{1,2}

Η επιληψία για πρώτη φορά αντιμετωπίζεται ως νόσος με φυσικό αίτιο από τον Ιπποκράτη, ο οποίος προσπαθεί να την αποδεσμεύσει από τις δεισιδαιμονίες και τη θεϊκή της υπόσταση, τοποθετώντας την σε βάση επιστημονική και ονομάζει πάσχον όργανο τον εγκέφαλο.

Η αναγνώριση, όμως, των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και της ανάγκης αντιμετώπισης της παιδικής επιληψίας έγινε πολύ αργότερα από τους βυζαντινούς γιατρούς^{1,2}

1.2 Ορισμοί.

1.2.1 Επιληψία

Επιληψία είναι μία χρόνια διαταραχή του εγκεφάλου, η οποία χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντες δηλ επαναλαμβανόμενους επιληπτικούς σπασμούς.

Η επιληψία ξεκινά από τον εγκέφαλο. Ο εγκέφαλος αποτελείται από εκατομμύρια νευρικά κύτταρα η λειτουργία και η επικοινωνία των οποίων γίνεται με μικρές ποσότητες ηλεκτρικού ρεύματος και με τη βοήθεια μιας πολύ ευαίσθητης χημικής ισορροπίας. Ένας σπασμός συμβαίνει όταν η φυσιολογική αυτή χημική ισορροπία διαταράσσεται, με αποτέλεσμα το ξέσπασμα μιας βραχυχρόνιας ηλεκτρικής «θύελλας». Κατά την διάρκεια αυτής της ηλεκτρικής «θύελλας» στέλνονται τόσα πολλά σήματα ταυτόχρονα ώστε οι μύς του ατόμου που υπέστη αυτή την ηλεκτρική θύελλα να συσπώνονται και να χαλαρώνουν πάρα πολύ γρήγορα χωρίς να μπορεί να τους ελέγξει (επιληπτικός σπασμός) .³

Το άτομο αυτό μπορεί να πέσει στο πάτωμα, να κάνει εμετούς και μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις λιποθυμεί.

Ένα τέτοιο περιστατικό ονομάζεται επιληπτική κρίση και αν σημειώνονται τακτικά τέτοιες κρίσεις σε ένα άτομο, τότε λέμε πως πάσχει από επιληψία.³

Παλιά οι άνθρωποι πίστευαν ότι κάποιος θα μπορούσε να καταπιεί τη γλώσσα του όταν πάθαινε μια επιληπτική κρίση. Αυτό δεν είναι αλήθεια.

Οι σπασμοί είναι το αποτέλεσμα ηλεκτρικών εκφορτίσεων στον εγκέφαλο του αρρώστου. Οι εκφορτίσεις αυτές μεταφέρονται δια μέσου των νεύρων στους μύες οι οποίοι στην αρχή σφίγγουν μετά αρχίζουν να συσπώνται και στην συνέχεια ο άρρωστος χάνει τις αισθήσεις του. Τα αίτια των σπασμων είναι πολλά, όπως θα αναφέρουμε και πιο κάτω.³

Συνεπώς δεν σημαίνει ότι ο κάθε σπασμός είναι επιληπτικός σπασμός.³

1.2.2 Επιληπτικός σπασμός

Είναι αποτέλεσμα ξαφνικών συνήθως συντόμων διαδοχικών βιοηλεκτρικών εκκενώσεων μιας ομάδας εγκεφαλικών κυττάρων (νευρώνων) που προκαλούν διάφορες αφαιρέσεις, κινήσεις, συσπάσεις, συμπεριφορές, αισθήσεις και συγκινήσεις. Εκφορτίσεις που αφορούν ένα συγκεκριμένο τμήμα του εγκεφάλου εκδηλώνονται σε ένα τμήμα του σώματός μας με εστιακές κρίσεις/φαινόμενα και χαρακτηρίζουν τις εστιακές επιληψίες. Εκφορτίσεις που διεγείρουν ταυτόχρονα όλο τον εγκέφαλο είναι γενικευμένες από την αρχή και χαρακτηρίζουν τις γενικευμένες επιληψίες.³

Ο επιληπτικός σπασμός είναι ένα βραχύ επεισόδιο μεταβολής της συμπεριφοράς ή του επιπέδου συνείδησης, το οποίο συνήθως ξεκινάει απότομα, είναι βραχυχρόνιο και τις περισσότερες φορές σταματά μόνο του. Το επεισόδιο αυτό μπορεί να ακολουθείται από μία περίοδο υπνηλίας ή σύγχυσης. Κάθε άτομο μπορεί να εμφανίσει ένα επιληπτικό σπασμό. Δηλαδή ο επιληπτικός σπασμός είναι ο τρόπος με τον οποίο ακόμη και ένας φυσιολογικός εγκέφαλος μπορεί να απαντήσει σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις π.χ, σε μία λοίμωξη του εγκεφάλου όπως μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα ή σε δηλητηρίαση από διάφορες τοξικές ουσίες, όπως αλκοόλ κ.α. Επομένως κάθε επιληπτικός σπασμός δεν σημαίνει επιληψία.³

Συνήθως αυτές οι κρίσεις διαρκούν λίγα λεπτά αλλά κάποτε μπορεί να διαρκέσουν και περισσότερο. Αν και μας φαίνεται περίεργο, συνήθως δεν είναι επίπονες για το ίδιο το άτομο αφού πολλές φορές ούτε καν θυμάται τι έγινε μετά από μια κρίση.

Στον κάθε άνθρωπο, οι λόγοι που παθαίνει τέτοιες κρίσεις είναι διαφορετικοί. Σε κάποιον για παράδειγμα που έχει προδιάθεση, η έλλειψη ύπνου μπορεί να προκαλέσει επιληπτική κρίση. Σε άλλους με προδιάθεση, το να παίζουν παιχνίδια βίντεο είναι αιτία που μπορεί να προκαλέσει κρίση.³

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, ο επιληπτικός σπασμός είναι ένα βραχύ επεισόδιο μεταβολής της συμπεριφοράς ή του επιπέδου συνείδησης, το οποίο συνήθως ξεκινάει

απότομα, είναι **βραχυχρόνιο** (δηλαδή, έχει μικρή διάρκεια) και τις περισσότερες φορές **σταματά μόνο του**.³

Το επεισόδιο αυτό μπορεί να ακολουθείται από μία περίοδο υπνηλίας ή σύγχυσης. Δηλαδή ο επιληπτικός σπασμός είναι ο τρόπος με τον οποίο ακόμη και ένας φυσιολογικός εγκέφαλος μπορεί να απαντήσει σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις π.χ. σε μία λοίμωξη του εγκεφάλου όπως μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα ή σε δηλητηρίαση από διάφορες τοξικές ουσίες π.χ. αλκοόλ κ.α.. Επομένως κάθε άτομο μπορεί να εμφανίσει ένα επιληπτικό σπασμό. Συνεπώς: κάθε **επιληπτικός σπασμός δεν σημαίνει επιληψία**. Ένα άτομο θεωρείται επιληπτικός ασθενής εφόσον έχει υποστεί τουλάχιστον δύο κρίσεις και όταν έχει κρίσεις σε τακτά διαστήματα - ακόμη κι αν αυτό σημαίνει ότι εμφανίζονται μόνο μια φορά το χρόνο.³

Αρα λοιπόν, η εμφάνιση μιας κρίσης δεν οδηγεί αυτομάτως σε διάγνωση επιληψίας. Γι' αυτό το λόγο, η θεραπεία συνήθως δεν αρχίζει αμέσως αφού δεν είναι βέβαιο ότι θα ακολουθήσει άλλη κρίση και επειδή τα συμπτώματα κάποιων άλλων νόσων μπορεί να εκδηλώνονται σαν επιληπτική κρίση.³

Ορισμένες εξετάσεις που αναφέρονται σε επόμενο κεφάλαιο όπως το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, η αξονική και μαγνητική τομογραφία μπορούν να βοηθήσουν για τη διάγνωση της επιληψίας.

Τύποι επιληπτικών σπασμών.

Ο τύπος του σπασμού εξαρτάται από το αν η ηλεκτρική εκκένωση αφορά ένα μόνο τμήμα του εγκεφάλου ή ολόκληρο τον εγκέφαλο, γι' αυτό ο κλασικός διαχωρισμός των σπασμών είναι σε εστιακούς και σε γενικευμένους αντίστοιχα. Οι κλινικές εκδηλώσεις του εστιακού σπασμού εξαρτώνται από την περιοχή του εγκεφάλου που διεγείρεται. Π.χ. κινητική, αισθητική, οπτική, ακουστική κ.ά. ενώ ο πρωτοπαθώς γενικευμένος σπασμός οφείλεται σε μία εκτεταμένη ηλεκτρική εκφόρτιση που συμβαίνει ταυτόχρονα και στα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια. Ο πλέον γνωστός σπασμός είναι ο γενικευμένος τονικοκλονικός σπασμός και συνοδεύεται από πτώση, απώλεια των αισθήσεων, τέντωμα του σώματος και ρυθμικές κινήσεις των μελών. Στα παιδιά συχνά εμφανίζονται και άλλοι τύποι κρίσεων όπως, οι αφαιρέσεις, μυοκλονίες, εστιακοί σπασμοί κ.ά. Πολλοί πιστεύουν ότι οι μεγάλοι σπασμοί(δηλ οι γενικευμένοι τονικοκλονικοί) είναι πιο σοβαροί απ' ό τι οι μικρότεροι (εστιακοί, αφαιρέσεις, μυοκλονίες). Συχνά όμως συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο, δηλ μερικοί μικροί σπασμοί μπορεί να είναι δυσκολότεροι στην αντιμετώπιση τους και να έχουν βαρύτερη πρόγνωση από ότι οι μεγάλοι. Πάντως, η κάθε περίπτωση πρέπει να εξατομικεύεται και το πρόβλημα του παιδιού να συζητείται με το γιατρό του.³

1.3 Τα αίτια της επιληψίας.

Η επιληψία μπορεί ν' αναπτυχθεί λόγω ηλεκτοφυσιολογικών ανωμαλιών στις διασυνδέσεις μεταξύ των νευρώνων και μια ανισορροπία στο σύστημα των χημικών ουσιών που λειτουργούν σαν αγγελιαφόροι μεταξύ των νευρώνων και μεταβιβάζουν τα νευρικά ερεθίσματα από το ένα κύτταρο στο άλλο.³

Συνεπώς: Η επιληψία είναι μια ασθένεια με πολλές αιτιολογίες, αφού οποιαδήποτε κατάσταση μπορεί να επηρεάσει την κανονική λειτουργία των νευρώνων μπορεί να προκαλέσει επιληψία.

Όταν η αιτία των σπασμών είναι άγνωστη (πλέον συνηθισμένη περίπτωση), τότε η επιληψία λέγεται ιδιοπαθής (πρωτοπαθής).³

Όταν μια βλάβη στον εγκέφαλο από σοβαρό τραύμα στο κεφάλι, υπογλυκαιμία, όγκο, αιμορραγία, δηλητηρίαση, λοίμωξη (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα) ή από μια άλλη ασθένεια ή ακόμα λόγω ανώμαλης ανάπτυξης του εγκεφάλου μπορεί να οδηγήσει σε επιληψία τότε η επιληψία αυτή, λέγεται συμπτωματική (δευτεροπαθής)³

Όταν πιθανολογείται κάποιο νόσημα, αλλά παρά τις εξετάσεις που γίνονται δε διαπιστώνεται, τότε η επιληψία λέγεται κρυπτογενής. Ή "κρυψιγενής επιληψία".³

Πριν από 20 ή 30 χρόνια η κατηγορία των κρυψιγενών επιληψιών ήταν πολύ μεγάλη, γεγονός που αποτελούσε έκφραση ελλειπούς γνώσης, ενώ σήμερα με τις αρτιότερες εργαστηριακές μεθόδους είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε συχνά τα αίτια της επιληψίας.³

Με τα σημερινά δεδομένα, η επιληψία αγνώστης αιτιολογίας (ιδιοπαθής) ανέρχεται περίπου στο 65% των περιπτώσεων επιληπτικών σπασμών.

Μερικές από τις παρακάτω αποτελούν γνωστές αιτίες επιληψίας (συμπτωματική):³

- Διαταραχές της εγκεφαλικής ανάπτυξης. (20,00%)

Εδώ συμπεριλαμβάνονται διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος που συμβαίνουν κατά την εμβρυογένεση (δυσπλαστικά - δυσγενετικά σύνδρομο), χρωμοσωμιακές ανωμαλίες, νευροδερματικά σύνδρομα, ενδογενείς διαταραχές του μεταβολισμού κ.α Μερικοί από τους γνωστούς αιτιολογικούς παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν προγεννητικές διαταραχές της εγκεφαλικής ανάπτυξης και να οδηγήσουν σε επιληψία είναι λοίμωξη της Εγκύου, χρήση οινόπνευματος ή ναρκωτικών ουσιών, ορισμένα φάρμακα κ.λπ.

Εγκεφαλικές διαταραχές λόγω προβλημάτων κατά τον τοκετό (περιγεννητική ασφυξία).

Τέτοιες καταστάσεις συνήθως εμφανίζονται σε δύσκολους και παρατεταμένους τοκετούς, σε κακή θέση του Εμβρύου, αιμορραγίες κατά τον τοκετό, χρήση ειδικών οργάνων (εμβρυουλκός) και βεβαίως σε τοκετό προώρου, νεογνού. Φλεγμονώδεις παθήσεις των μηνίγγων και του εγκεφάλου (4,00%) Μηνιγγίτιδες ή και εγκεφαλίτιδες μπορεί να οδηγήσουν σε βλάβη των νευρικών κυττάρων με αποτέλεσμα την εμφάνιση επιληψίας.³

- Νευροεκφυλιστικά νοσήματα.(0,70%)

Οι σπασμοί αποτελούν πρώιμο σημείο εκφυλιστικών παθήσεων της φαίας ουσίας, συχνά δε συνοδεύουν αδιευκρίνιστες προϊούσες νευρολογικές παθήσεις όπως π.Χ. το σύνδρομο Rett. Στο σημείο αυτό πάντως είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι μεταξύ των αιτιολογικών παραγόντων π.Χ. περιγεννητικής βλάβης ή

φλεγμονώδους πάθησης (μηνιγγίτιδας) κ.λπ. και της εμφάνισης της επιληψίας μπορεί να μεσολαβήσει αρκετό χρονικό διάστημα. Έτσι εάν η επιληψία ξεκινά ακόμη και αρκετά χρόνια μετά τη γέννηση, πρέπει κανείς να σκεφτεί και τους ανωτέρω αναφερθέντες αιτιολογικούς παράγοντες.³

- Εγκεφαλικές κακώσεις.(4,70%)

Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια με την αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των εγκεφαλικών κακώσεων σαν αιτίες εμφάνισης επιληψίας.³

- Όγκοι εγκεφάλου.(1,50%)

Υπάρχουν όγκοι εγκεφάλου που για αρκετό χρονικό διάστημα παρουσιάζουν ως μοναδικό σύμπτωμα επιληπτικές κρίσεις. Γι αυτό κρίνεται σκόπιμο να διερευνάται αμέσως το αίτιο της επιληψίας καθότι σε περίπτωση όγκων, η δυνατότητα χειρουργικής αφαίρεσής τους προσφέρει την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση.³

- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Αλκοολισμός.(1,50%)

Φλεγμονώδεις παθήσεις εγκεφάλου: Αυτές βέβαια είναι πολύ σπάνιες σαν αιτία επιληψίας στην ενήλικη ζωή, σ' αντίθεση με την παιδική ηλικία, μ' εξαίρεση την αυξανόμενη συχνότητα του AIDS που πιθανώς παίζει σημαντικότερο ρόλο τα τελευταία χρόνια.³

Εξωγενείς παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν ένα επιληπτικό σπασμό.

Συνήθως οι σπασμοί συμβαίνουν χωρίς κανένα εκλυτικό αίτιο. Όμως συχνά εξωτερικοί παράγοντες μπορεί να υποβοηθήσουν την εμφάνισή τους. Αν τους γνωρίζουμε, μπορούμε να τους αποφύγουμε και να μειώσουμε τη συχνότητα των κρίσεων. Ένας από τους πιο συνηθισμένους παράγοντες είναι ο πυρετός, ιδιαίτερα όταν είναι υψηλός. Επίσης η έλλειψη ύπνου, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η σωματική και πνευματική καταπόνηση, το στρες και η εμμηνορρυσία στις γυναίκες. Ιδιαίτερα επικίνδυνος είναι ο συνδυασμός στέρησης ύπνου και οιοπνεύματος.³

Τέλος το φως που αναβοσβήνει μπορεί να προκαλέσει σπασμούς σε άτομα με φωτοευαισθησία. Συχνά οι γονείς συμβουλεύουν τα παιδιά να αποφύγουν αθλητικές δραστηριότητες με το φόβο ενός σπασμού, ενώ είναι πολύ σύνηθες αυτό να συμβεί στο σπίτι,

παρά όταν το παιδί παίζει. Όταν ο ασθενής εντοπίσει εξωγενείς εκλυτικούς παράγοντες, σκόπιμο είναι να το αναφέρει στο γιατρό γιατί πιθανόν να υπάρχουν ιδιαίτεροι τρόποι αντιμετώπισης.

Πρόδρομα συμπτώματα μιας κρίσης.

Σε πολλούς ασθενείς όμως, η κρίση έρχεται εντελώς απροειδοποίητα. Ορισμένοι ασθενείς αισθάνονται εκ των προτέρων ότι έρχεται μια κρίση. Για παράδειγμα, την προηγούμενη ημέρα μπορεί να αισθάνονται πιο ευέξαπτοι, να έχουν πονοκέφαλο, να αισθάνονται ζαλάδα ή να έχουν μια περίεργη αίσθηση στο στομάχι (π.χ μια παράξενη

μυρωδιά ή γεύση ή ακόμη μια αναστάτωση στο στομάχι). Αυτό ονομάζεται **αύρα παροξυσμού ή επιληπτική αύρα**.⁴

Η σοβαρότητα της κρίσης από άτομο σε άτομο ποικίλλει. Σε ορισμένους ασθενείς η κρίση δεν είναι εμφανής, ενώ άλλοι ασθενείς χρειάζεται να εισαχθούν στο νοσοκομείο.

1.4 Μορφές (είδη) επιληψίας.

Υπάρχουν περισσότερα από 20 διαφορετικά είδη και μορφές κρίσεων.⁵

Η ιατρική, βασισμένη σε συγκεκριμένα κριτήρια (αίτιο, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, το μέρος του σώματος που προσβάλλει) χωρίζει την επιληψία σε διάφορες μορφές.

Γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί (μεγάλη κρίση-Grand mal).

Αυτές είναι το είδος των κρίσεων που οι περισσότεροι θεωρούν ως επιληψία.

Η μεγάλη επιληπτική κρίση (που ονομάζεται επίσης και grand-mal) περιγράφει μια τυπική μορφή σοβαρής επιληψίας, κατά τη διάρκεια της οποίας οι μύες του σώματος παρουσιάζουν σπασμούς, ενώ στην αρχή είναι άκαμπτοι, και μετά περνούν σε φάσεις εναλλαγής χαλάρωσης και σύσπασης. Αυτό συνήθως έχει σαν αποτέλεσμα, ο ασθενής να πέφτει στο έδαφος με σπασμούς και βγάζοντας αφρούς από το στόμα.⁵

Γενικά, οι κρίσεις αυτές διαρκούν δύο ή τρία λεπτά, στη διάρκεια των οποίων το άτομο χάνει τις αισθήσεις του.

Στη συνέχεια, τα τινάγματα λιγοστεύουν και το άτομο ξαναβρίσκει τις αισθήσεις του, αν και μπορεί να είναι σε σύγχυση ή να νιώθει κουρασμένο και για αρκετή ώρα μετά.

Ειδικότερα στα παιδιά, εκτός από τους σπασμούς (απότομες, επαναλαμβανόμενες, ρυθμικές συσπάσεις όλων των μυών του σώματος) μπορεί να παρουσιάσουν και τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Απότομο κλάμα
- Απώλεια συνείδησης
- Απώλεια ούρων ή κοπράνων
- Πολλά σάλια στο στόμα
- Ταχυκαρδία

Συνήθως τα παιδιά μετά το τέλος της κρίσης κοιμούνται.⁶

Μεγάλη κρίση-Grand mal ^{6,7}



1. Τονική Φάση 2. Κλονική Φάση 3.Φάση μετά την κρίση
(τονική συστολή του (αμφίπλευροι σπασμοί) ("εξάντληση")
συνόλου των μυών)

Μικροί σπασμοί (Petit mal) –Αφαιρέσεις ^{6,7}

Ø Αφαιρέσεις

Αυτό το είδος επιληψίας είναι σπάνιο στους ενήλικες. Στην περίπτωση αυτή, το άτομο έχει "διαλείψεις" συνείδησης που συνήθως συνοδεύονται από αφηρημένο κενό βλέμμα και στροφή των βολβών του ματιού. Αυτές οι κρίσεις διαρκούν λίγα μόνο δευτερόλεπτα.

Τα παιδιά που παρουσιάζουν αυτού του είδους την επιληψία, ξαφνικά σταματούν αυτό που κάνουν και παρουσιάζουν βλέμμα απλανές και καθλωμένο (καρφώνουν τα μάτια τους σε συγκεκριμένο σημείο).

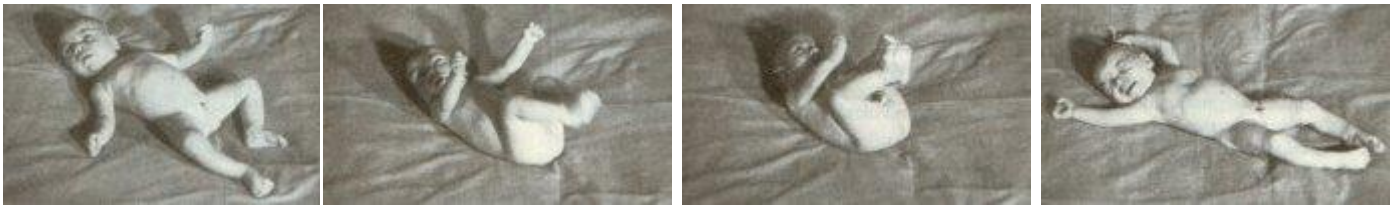
Κάποιες φορές μπορεί τα μάτια να γυρίσουν προς τα πάνω και να φαίνεται το ασπράδι του ματιού ή να ανοιγοκλείνουν πολύ γρήγορα. Τέτοια επεισόδια μπορεί το παιδί να εμφανίζει μέχρι και 100 την ημέρα. Η συνηθισμένη ηλικία εμφάνισης αυτής της μορφής επιληψίας είναι 5-8 χρονών.

Η κρίση αφαίρεσης είναι μια επιληπτική κρίση ελαφριάς μορφής και μικρής διάρκειας, κατά την οποία συνήθως παρουσιάζεται μόνο μια μεταβολή της συνείδησης. Ο ασθενής δεν λιποθυμά, αλλά συνεχίζει αυτομάτως την δραστηριότητά του μετά την πρόσκαιρη απώλεια συνείδησης. Παρόλα αυτά κάτι τέτοιο μπορεί να είναι επικίνδυνο - φανταστείτε να διασχίζει κάποιος το δρόμο ενώ του παρουσιάζεται μια πρόσκαιρη κρίση αφαίρεσης! Οι περισσότεροι ασθενείς που πλήττονται από αυτόν τον τύπο επιληπτικών κρίσεων είναι παιδιά. Επειδή πολλές φορές η κρίση αφαίρεσης εμφανίζεται στο σχολείο, συχνά οι δάσκαλοι περιγράφουν τα παιδιά αυτά ως «αφηρημένα». Γι' αυτό το λόγο οι δάσκαλοι πρέπει να ενημερώνονται εάν ένα παιδί παρουσιάζει κρίση αφαίρεσης. Θα είναι πιο εύκολο να καταλάβει έτσι ο δάσκαλος γιατί το παιδί φαίνεται να έχει το μυαλό σε άλλα πράγματα για λίγα δευτερόλεπτα. ^{6,7}

Ø Μικροί σπασμοί

Οι Παιδικοί ή βρεφικοί σπασμοί είναι μια συγκεκριμένη μορφή των "μικρών" κρίσεων. Εμφανίζονται σχεδόν μόνο σε παιδιά κάτω του ενός έτους. Στη Γερμανία, αυτοί σπασμοί είναι πιο γνωστοί κάτω από την ονομασία BNS. Το "B" για "Blitz" που σημαίνει "αστραπή", το "v" για "nick" που σημαίνει μια κίνηση κατα την οποία "χαμηλώνει" κάποιος προς τα εμπρός, "s" για "**Salaam**" σημαίνει τη χειρονομία του χαιρετισμού.⁷

Κρίση τύπου Salaam σε νεογνό ηλικίας 5 μηνών.⁷
(Διάρκεια 2-3 δευτερόλεπτα).



α) Πριν την κρίση

β) Απότομο τέντωμα των μπράτσων και κάμψη των ποδιών

γ) τονικός σπασμός και κάμψη ποδιών

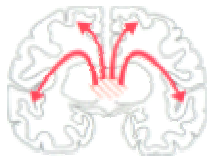
δ) χαλάρωση και κλάμα από αντίδραση

Ταξινόμηση επιληπτικών κρίσεων

Σήμερα, στην ιατρική, μιλάμε λιγότερο για «Μεγάλη» ή «Μικρή» κρίση και περισσότερο για κρίσεις "γενικευμένες" και για "μερικές ή εστιακές" κρίσεις. (πίνακας 1).

- Γενικευμένες κρίσεις

Οι γενικευμένες κρίσεις, αντίθετα, χαρακτηρίζονται από πυροδότηση εκφορτίσεων από κεντρικούς εγκεφαλικούς σχηματισμούς, με ταυτόχρονη, σχεδόν συμμετρική, επέκταση και στα δύο ημισφαίρια και με απώλεια των αισθήσεων από την αρχή της κρίσης.^{7,8}



Γενικευμένη κρίση: Τα δύο ημισφαίρια πλήτονται ταυτόχρονα

Αφαιρέσεις.

Η μορφή αυτή ιδιοπαθούς γενικευμένης επιληψίας αποτελεί το 5% των παιδικών επιληψιών και αφορά περίπου σε ένα στα 1.000 παιδιά. Διακρίνονται 2 επιληπτικά

σύνδρομα αφαιρέσεων. Οι παιδικές αφαιρέσεις (Childhood absence epilepsy) με ηλικία έναρξης από τον τρίτο μέχρι το δέκατο χρόνο ζωής και οι εφηβικές αφαιρέσεις (Juvenile absence epilepsy) με έναρξη μετά το 10ο χρόνο ζωής. Οι παιδικές αφαιρέσεις εμφανίζονται πριν από τα 10 χρόνια και είναι συχνότερες στα κορίτσια. Οι κρίσεις διαρκούν 5-20sec και προκαλούνται εύκολα με υπέρπνοια, ενώ οι ασθενείς εμφανίζουν συνήθως πολλές δεκάδες κρίσεων την ημέρα. Τα επεισόδια συνήθως ελέγχονται εύκολα φαρμακευτικά, ενώ παρατηρείται αυτόματη ίαση στο 80-90% των περιπτώσεων στην αρχή της εφηβείας.

Αντίθετα, στις εφηβικές αφαιρέσεις (με έναρξη μετά τα 10 χρόνια), η συχνότητα είναι η ίδια στα δύο φύλλα, οι κρίσεις είναι πολύ αραιότερες και βραχύτερες, ενώ έως και 80% των ασθενών εμφανίζουν και γενικευμένες τονικο-κλονικές κρίσεις. Η πρόγνωση είναι αρκετά καλή, σαφώς, όμως, σε μικρότερο ποσοστό από τις παιδικές αφαιρέσεις.^{6,9}

Νεανική μυοκλονική επιληψία (Juvenile myoclonic epilepsy).

Αυτή η ιδιοπαθής γενικευμένη επιληψία είναι συχνή (αποτελεί το 5-12% όλων των επιληψιών) και έχει ίση κατανομή στα δύο φύλα. Στην ηλικία των 12 με 18 χρόνων που εμφανίζεται, παρατηρούνται 1-3 νέες περιπτώσεις/1.000 εφήβους/έτος. Θετικό οικογενειακό ιστορικό (για ιδιοπαθή γενικευμένη επιληψία) υπάρχει στο ένα τρίτο των ασθενών. Οι ασθενείς αρχικά εμφανίζουν βραχείες πρωινές μυοκλονίες των άνω άκρων. Τα χέρια του ασθενούς "τινάζονται" και του πέφτουν αντικείμενα που κρατά, ενώ πολύ συχνά οι μυοκλονίες αυτές δεν αξιολογούνται από το οικογενειακό περιβάλλον. Στις περισσότερες περιπτώσεις ακολουθούν γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις μετά 1-3 χρόνια (>85%). Δεν είναι σπάνιο να συνυπάρχουν εφηβικές αφαιρέσεις (15%) ή φωτοευαισθησία (30-40% των περιπτώσεων). Ο έλεγχος των κρίσεων συνήθως επιτυγχάνεται εύκολα με τη φαρμακευτική αγωγή, όμως, η διακοπή της οδηγεί κατά κανόνα σε υποτροπή. Απαραίτητη είναι η ενημέρωση του ασθενούς ότι η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής θα είναι πολύ μακρά, ίσως και ισόβια.^{3,9}

Επιληψία με γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις στην αφύπνιση.

Πρόκειται για ιδιοπαθή γενικευμένη επιληψία που εμφανίζεται στην αρχή της εφηβείας. Θετικό οικογενειακό ιστορικό υπάρχει στο 13% των ασθενών και οι κρίσεις είναι σχετικά σπάνιες. Οι πρωινές κρίσεις κατά την αφύπνιση εκλύονται ευκολότερα εάν έχει προηγηθεί ξενύχτι, χρήση οινοπνεύματος ή κατά τη φάση της εμμήνου ρύσεως. Σε αρκετές περιπτώσεις, η πρώτη κρίση του επιληπτικού αυτού συνδρόμου εμφανίζεται με τα πρώτα έμμηνα.

Φωτοευαίσθητη επιληψία. Ως φωτοευαισθησία ορίζεται η ανεύρεση παθολογικού ΗΕΓ ή και κλινική αντίδραση στα διαλείποντα φωτεινά ερεθίσματα (κατά το ΗΕΓ). Τέτοια φωτοευαισθησία εμφανίζει μέχρι και 2% του πληθυσμού. Αντίθετα, φωτοευαίσθητη επιληψία είναι η εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων που προκαλούνται σε συνθήκες καθημερινής ζωής (π.χ. τηλεόραση, video games, φωτορυθμικά, ήλιος μέσα από δένδρα). Σε ποσοστό 40% των ασθενών, η φωτοευαίσθητη επιληψία είναι αμιγής, δηλαδή κρίσεις εμφανίζονται μόνο μετά από κατάλληλο φωτοερεθισμό. Σε ποσοστό 60%, όμως, των ασθενών είναι μικτή, δηλαδή εμφανίζονται κρίσεις και αυτόματα, επιπλέον εκείνων που προκαλούνται από φωτοερεθισμό. Φωτοπροκλητές

κρίσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε διάφορα επιληπτικά σύνδρομα. Οι κρίσεις στη φωτοευαίσθητη επιληψία συνήθως είναι γενικευμένες τονικοκλονικές (84% των περιπτώσεων), ενώ σπανιότερες είναι αφαιρέσεις (6%), εστιακές (2.5%) ή μυοκλονίες (1.5%). Η ηλικία έναρξης της φωτοευαίσθητης επιληψίας είναι τα 8-19 χρόνια και είναι συχνότερη στα κορίτσια, ενώ είναι πολύ συχνό να υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό. Σε παιδιά με φωτοευαίσθητη επιληψία, σκόπιμο είναι να λαμβάνονται κάποια προληπτικά μέτρα. Πρέπει να υπάρχει φως στο δωμάτιο με την τηλεόραση και ο ασθενής να παρακολουθεί τη συσκευή από απόσταση τουλάχιστον 3 μέτρων.

Προτιμότερες είναι οι συσκευές με οθόνη 100Hz ή υγρών κρυστάλλων. Προσοχή απαιτούν το περιεχόμενο ηλεκτρονικών παιχνιδιών (video games), μερικά των οποίων έχουν πολύ γρήγορες εναλλαγές εικόνων, καθώς και τα φωτορυθμικά χορευτικών κέντρων. Συνιστάται οι έφηβοι να φορούν σκούρα γυαλιά ηλίου και να καλύπτουν το ένα μάτι σε "δύσκολες" στιγμές. Πρέπει να τονισθεί ότι φωτοευαισθησία παρουσιάζει μόνο 5-6% των παιδιών με επιληψία και δεν υπάρχει λόγος να επιβάλλονται άσκοποι περιορισμοί σε όλα τα παιδιά με επιληψία.^{3,9}

- Εστιακές κρίσεις

Στις εστιακές κρίσεις, η ηλεκτρική εκφόρτιση εμφανίζεται σε ένα σημείο του φλοιού και ή παραμένει εντοπισμένη στο σημείο αυτό, ή επεκτείνεται σε γειτονικές περιοχές, ή και επεκτείνεται στο απέναντι ημισφαίριο. Στην τελευταία αυτή περίπτωση (εστιακή κρίση με δευτερογενή γενίκευση) υπάρχει πάντα απώλεια των αισθήσεων. Ο τύπος αυτός των κρίσεων είναι ο συχνότερος τύπος κρίσεων στα παιδιά.

Επειδή όπως προαναφέρθηκε οι κρίσεις αυτές είναι αποτέλεσμα υπερβολικής ηλεκτρικής εκφόρτισης, που περιορίζεται σε μια περιοχή του εγκεφάλου, το παιδί μπορεί να παρουσιάζει σπασμούς σε ένα μέρος του σώματος (για παράδειγμα δεξί χέρι και πόδι), ή να παρουσιάζει διαταραχές της όρασης, ακοής ή άλλων αισθήσεων, ή να χαρακτηρίζονται από ανάρμοστη ή απρόσφορη συμπεριφορά. Τα παιδιά αυτά δε χάνουν τις αισθήσεις τους.

Υπάρχει όμως περίπτωση οι σπασμοί αυτοί στην συνέχεια να γενικευτούν και να ακολουθήσει και απώλεια της συνείδησης. Τότε λέγονται σύνθετοι σπασμοί.

Οι κρίσεις αυτές μπορούν να διαρκέσουν δύο έως πέντε λεπτά.

Δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο ένα άτομο να παρουσιάζει περισσότερες από μία μορφές κρίσεων.^{8,9}



β) μερική (=εστιακή κρίση):

Η κρίση ξεκινά μέσα σε ένα ημισφαίριο του εγκεφάλου^{7,9}

- Επιληπτικά σύνδρομα.

Υπάρχουν επιληπτικές καταστάσεις που δεν μπορούν να ταξινομηθούν σε μια από τις πιο πάνω κατηγορίες. Ανάλογα με τα συμπτώματα, την αιτιολογία, τα ηλεκτροεγκεφαλικά ευρήματα κατατάσσονται σε πιο μικρές κατηγορίες.

Αυτό γίνεται για λόγους συνεννόησης μεταξύ των γιατρών, για τον καθορισμό κοινής θεραπείας και για να γνωρίζει ο άρρωστος την πρόγνωση της συγκεκριμένης μορφής επιληψίας.

Ο καθορισμός του τύπου της επιληπτικής κρίσης ενός ασθενούς δεν βοηθά ιδιαίτερα τον ιατρό στο να κατευθύνει το διαγνωστικό έλεγχο, να καθορίσει τη θεραπευτική αντιμετώπιση και να δώσει προγνωστικές πληροφορίες. Για παράδειγμα, ασθενής που εμφανίζει απλές εστιακές κρίσεις επιληψίας είναι δυνατόν να εμφανίζει καλοήγη εστιακή επιληψία, που έχει άριστη πρόγνωση ή αντίθετα δευτεροπαθή εστιακή επιληψία (π.χ. Epilepsia partialis continua) που έχει δυσμενέστατη πρόγνωση. Για το λόγο αυτό, τα τελευταία 20 χρόνια γίνεται γενικά αποδεκτή η ανάγκη αναγνώρισης διαφόρων επιληπτικών συνδρόμων. Ένα επιληπτικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένη ηλικία εμφάνισης, οικογενειακό και ατομικό ιστορικό, χαρακτηριστικό τύπο και συχνότητα επιληπτικών κρίσεων, συγκεκριμένα εγκεφαλογραφικά και απεικονιστικά χαρακτηριστικά καθώς και πρόγνωση.

Υπάρχουν πολλά είδη εστιακών και γενικευμένων επιληψιών, επιληπτικών συνδρόμων ή σπασμών. Άλλα σύνδρομα είναι ιδιοπαθή (υπάρχει κληρονομική προδιάθεση, δεν υπάρχει αιτία), άλλα είναι ιδιοπαθή και καλοήγη (φεύγουν με την πάροδο του χρόνου), άλλα είναι συμπτωματικά (ανευρίσκεται αιτία) ή πιθανόν συμπτωματικά.⁹

Τα επιληπτικά σύνδρομα διακρίνονται σε ιδιοπαθή (απουσία εγκεφαλικής βλάβης, συχνή η γενετική προδιάθεση), σε συμπτωματικά (αποτέλεσμα εστιακής ή διάχυτης εγκεφαλικής βλάβης) και σε κρυπτογενή (εγκεφαλική βλάβη πιθανολογείται, αλλά δεν ανιχνεύεται με τα διατιθέμενα μέσα). Στους πίνακες 2 και 3 αναγράφονται μερικά από τα συχνότερα επιληπτικά σύνδρομα της παιδικής ηλικίας. Τα περισσότερα από τα επιληπτικά σύνδρομα εμφανίζονται σε συγκεκριμένη ηλικία. Θα γίνει σύντομη αναφορά σε επιληπτικά σύνδρομα που είτε πρωτοεμφανίζονται, είτε υποχωρούν κατά τη φάση της εφηβείας. Καλοήγητος εστιακή επιληψία με κεντροκροταφικές αιχμές (Ρολάνδειος επιληψία, Benign partial epilepsy with centrotemporal spikes - BECTS). Το ιδιοπαθές αυτό επιληπτικό σύνδρομο είναι η συχνότερη μορφή επιληψίας στα παιδιά (16% των παιδιών με επιληψία). Η ηλικία έναρξης κυμαίνεται από τα 3 έως τα 11 χρόνια. Οι κρίσεις χαρακτηρίζονται από κλονικές κινήσεις της γωνίας του στόματος ή της παρειάς, σιελόρροια, αιμωδία. Σπάνια, παρατηρείται επέκταση στο χέρι ή το πόδι ή και γενίκευση. Οι κρίσεις είναι σπάνιες (οι μισοί ασθενείς μέχρι 5 επεισόδια) και συνήθως εμφανίζονται στον ύπνο, με διάρκεια 1-2min. Αυτόματη ίαση παρατηρείται στο 98-100% με την έναρξη της εφηβείας.^{8,9}

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : «ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ»

Εστιακές
Απλές (χωρίς διαταραχή συνείδησης)
Σύνθετες (με διαταραχή συνείδησης)
Εστιακές με δευτερογενή γενίκευση
Αταξινόμητες
Γενικευμένες
Αφαίρεση
Κλονική
Τονική
Τονικοκλονική
Μυοκλονική
Ατονική

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: «ΕΠΙΛΗΨΙΑΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΕ ΚΡΙΣΕΙΣ ΕΣΤΙΑΚΟΥ ΤΥΠΟΥ»

Ιδιοπαθή
Καλοήθης εστιακή με κεντροκροταφικές αιχμές (BECTS, BRE)
Σύνδρομο Παναγιωτόπουλου (PS)
Καλοήθης παιδική με ινιακές αιχμές (EBOS)
Δευτεροπαθή (“συμπτωματικά”)
Epilepsia partialis continua (σ. Kojewnikow)
Κροταφικού λοβού
Μετωπικού λοβού
Βρεγματικού λοβού
Ινιακού λοβού
Κρυπτογενική

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: «ΕΠΙΛΗΨΙΑΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΕ ΚΡΙΣΕΙΣ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΤΥΠΟΥ»

Ιδιοπαθή
Καλοήθεις οικογενείς νεογνικοί σπασμοί (BFNC)
Παιδικές αφαιρέσεις (CAE)
Εφηβικές αφαιρέσεις (JAE)
Νεανική μυοκλονική (JME)
Γενικευμένη τονικοκλονική στην αφύπνιση (GTCA)
Δευτεροπαθή (“συμπτωματικά”)
Πρώιμη μυοκλονική εγκεφαλοπάθεια
Πρώιμη βρεφική επιληπτική εγκεφαλοπάθεια

1.5 Διαγνωστικές Μέθοδοι.

Με την πρώτη υποψία της επιληψίας θα πρέπει κανείς να συμβουλευθεί τον γιατρό του. Περισσότερο από το 80% των επιληπτικών μπορούν να επιτύχουν πλήρη ή μερικό έλεγχο των κρίσεων με φάρμακα, εφ'όσον γίνει σωστή διάγνωση. Παρ' όλα αυτά ένα ποσοστό μικρότερο του 15% αυτών που θα πάρουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή, παρουσιάζει ανθεκτικές στη θεραπεία κρίσεις και μπορεί να ωφεληθεί από τη χειρουργική παρέμβαση.

Επίσης, αν η επιληψία εμφανισθεί στην ενηλικίωση, συχνά είναι σημάδι κάποιας άλλης λανθάνουσας ασθένειας, η οποία μπορεί επίσης να θεραπευθεί.^{3,9}

Η διάγνωση της Επιληψίας θα τεθεί από γιατρούς οι οποίοι έχουν την κατάλληλη εμπειρία και γνώσεις. Η διάγνωση στηρίζεται αφενός στην προσεκτική αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενούς (τι ακριβώς συνέβη, πότε και κάτω από ποιες συνθήκες) και αφετέρου στην πραγματοποίηση ορισμένων ειδικών εξετάσεων. Οι κυριότερες από τις ειδικές αυτές εξετάσεις είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και η αξονική τομογραφία (βλ. πιο κάτω)

Σε ό,τι αφορά στο ιστορικό του ασθενούς, πρέπει να λάβει κανείς υπ' όψιν του ότι ο γιατρός είναι απίθανο να είναι μάρτυρας σε μία κρίση του ασθενούς, αλλά και ότι ο ασθενής δεν θυμάται τι συνέβη και άρα δεν μπορεί να περιγράψει. Συνεπώς ο γιατρός μπορεί να βοηθηθεί πάρα πολύ αν του περιγραφεί επακριβώς η κρίση και τα χαρακτηριστικά της από κάποιον που ήταν παρών όταν συνέβη.

Από ποιά αίτια μπορούν να προκαλούνται οι συγκεκριμένες κρίσεις βοηθούν να καταλάβουμε δύο είδη τέστ, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και η αξονική τομογραφία. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δείχνει την ηλεκτροφυσιολογική δραστηριότητα του εγκεφάλου την οποιαδήποτε δεδομένη στιγμή. Μπορεί να δείχνει μία μη φυσιολογική δραστηριότητα του τύπου που συνήθως συναντάται στην επιληψία και μπορεί να δείξει ποιο τμήμα του εγκεφάλου δεν λειτουργεί φυσιολογικά. Το άλλο τεστ που μπορεί να ζητήσει ο γιατρός είναι η αξονική τομογραφία, που δίνει πληροφορίες για τη δομή του εγκεφάλου.^{5,9}

A. Ιστορικό

Τη μεγαλύτερη σημασία για την διάγνωση της επιληψίας έχει το ιστορικό, πληροφορίες δηλαδή που θα σας ζητήσει ο παιδίατρος σε σχέση με το επεισόδιο που είχε το παιδί και γενικότερα οτιδήποτε αφορά το παιδί σας. Αν εσείς οι γονείς δεν ήσασταν κοντά στο παιδί όταν είχε το επεισόδιο, τότε είναι χρήσιμο να πάρετε μαζί σας στο γιατρό οποιοδήποτε ήταν μάρτυρας του επεισοδίου. Ο γιατρός θα ζητήσει πληροφορίες για την ώρα του επεισοδίου, πόσο διήρκεσε, τις ακριβείς αντιδράσεις του παιδιού, ποια η σειρά των συμπτωμάτων, τι έκανε με το τέλος της κρίσης κλπ.

B. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι απαραίτητο σε κάθε άρρωστο που υποψιαζόμαστε ότι μπορεί να έχει επιληψία. Πρέπει όμως να γνωρίζετε ότι το

φυσιολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν αποκλείει την επιληψία, και από την άλλη δε σημαίνει πως όποιος έχει παθολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, έχει και επιληψία. Ο γιατρός θα αξιολογήσει το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα σε σχέση με το ιστορικό και τα ευρήματα από την εξέταση που θα κάνει στο παιδί. Ειδικότερα,⁹

Το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ):

Είναι η καταγραφή με μορφή κυμάτων της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου και είναι η πλέον απαραίτητη και χρήσιμη εξέταση σε κάθε άτομο με υπόνοια επιληπτικής διαταραχής. Πρόκειται για μια τελείως ανώδυνη και ακίνδυνη εξέταση που πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα εργαστήρια. Η εξέταση μπορεί να γίνει τόσο στην διάρκεια της εγρήγορσης όσο και του ύπνου. Σε ορισμένες περιπτώσεις ζητείται από τον ασθενή να κάνει στέρηση ύπνου, δηλαδή να μείνει άγρυπνος την νύκτα πριν την εξέταση του. Το ΗΕΓ περιλαμβάνει και δύο ειδικές δοκιμασίες: την δοκιμασία της υπέρπνοιας (ζητείται από τον εξεταζόμενο να εισπνέει και να εκπνέει πολύ βαθιά για 3 λεπτά) και την δοκιμασία των φωτεινών ερεθισμάτων (μια ειδική λάμπα αναβοσβήνει για λίγα λεπτά με προοδευτικά αυξανόμενη συχνότητα σε μικρή απόσταση από το πρόσωπο του εξεταζόμενου).

Η Επιληψία χαρακτηρίζεται από την παρουσία συγκεκριμένου τύπου ανωμαλιών στο ΗΕΓ που ονομάζονται επιληπτόμορφες. Εκτός μάλιστα από την επιβεβαίωση της παρουσίας μιας επιληπτικής διαταραχής, το ΗΕΓ βοηθά πάρα πολύ και στον καθορισμό του τύπου και του είδους του προβλήματος. Είναι συνεπώς η πλέον χρήσιμη εξέταση σε κάθε περίπτωση που υποπτευόμαστε την Επιληψία. Η αξιολόγηση όμως των αποτελεσμάτων του ΗΕΓ πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή για τους εξής λόγους: Πρώτον, *ένα άτομο με Επιληψία μπορεί να μην εμφανίζει στο ΗΕΓ τις αναμενόμενες χαρακτηριστικές ανωμαλίες.*

Η πιθανότητα αυτή μειώνεται εάν η εξέταση γίνει μετά από στέρηση ύπνου, εάν εκτός από εγρήγορση καταγραφεί και ύπνος ή εάν το ΗΕΓ επαναληφθεί περισσότερες από μία φορές. Δεύτερον, *οι χαρακτηριστικές επιληπτόμορφες ανωμαλίες μπορεί εμφανίζονται και σε άτομα που ΔΕΝ έχουν Επιληψία.* Συμπερασματικά το ΗΕΓ πρέπει να αξιολογείται με μεγάλη προσοχή και πάντα σε συνδυασμό με το ιστορικό του εξεταζόμενου έτσι ώστε να αποφευχθούν οι διάφορες διαγνωστικές «παγίδες».⁹

Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων (ειδικά σε δύσκολες περιπτώσεις όπου μελετάται το ενδεχόμενο χειρουργικής παρέμβασης) ο ασθενής πρέπει να κάνει πολυήμερη εξέταση με ΗΕΓ , ενδεχομένως και με την χρήση ειδικών ηλεκτροδίων που τοποθετούνται επάνω ή μέσα στον ίδιο τον εγκέφαλο, και ταυτόχρονη καταγραφή με video. Αυτού του τύπου η διερεύνηση μπορεί να γίνει μόνον σε απόλυτα εξειδικευμένα ιατρικά κέντρα και εφόσον βέβαια κριθεί ότι είναι απολύτως απαραίτητη.⁶ Συνεπώς, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα καταγράφει την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου. Είναι μια ανώδυνη και ακίνδυνη εξέταση. Ο ασθενής ξαπλώνει σε ένα κρεβάτι, τοποθετούνται σε συγκεκριμένα σημεία πάνω στο κεφάλι ηλεκτρόδια τα οποία συνδέονται με τον ηλεκτροεγκεφαλογράφο. Κατά την εξέταση ο ασθενής δεν αισθάνεται τίποτε. Απλά γίνεται η καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου σε ένα χαρτί.

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα μπορεί: ⁹

1. Να επιβεβαιώσει ότι το παιδί έχει επιληψία.
2. Να προσδιορίσει την μορφή της επιληψίας (όχι πάντα).
3. Να προσδιορίσει παράγοντες που προκαλούν επιληψία(π.χ φωτεινά ερεθίσματα).

Γ. Αξονική (CT) και η Μαγνητική τομογραφία (MRI) του εγκεφάλου

Ο γιατρός μερικές φορές μπορεί να ζητήσει να γίνει αξονική τομογραφία εγκεφάλου ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Οι εξετάσεις αυτές σκοπό έχουν να απεικονίσουν τον εγκέφαλο και να δει ο γιατρός αν υπάρχει κάποια αιτία για την επιληψία του ασθενούς . Ειδικότερα:

Η Αξονική (CT) και η Μαγνητική Τομογραφία (MRI) του εγκεφάλου, απεικονίζουν τον ανθρώπινο εγκέφαλο η πρώτη με την χρήση ακτινοβολίας και η δεύτερη με την χρήση μαγνητικών πεδίων. Η Μαγνητική Τομογραφία δίνει πολύ λεπτομερέστερες εικόνες του εγκεφάλου και είναι η προτιμώμενη εξέταση σε περιστατικά Επιληψίας. Εάν όμως πράγματι χρειάζεται απεικονιστική εξέταση του εγκεφάλου και ποιου τύπου, είναι αποφάσεις που θα ληφθούν από τον γιατρό που παρακολουθεί τον ασθενή. ⁹

Πρέπει εδώ να διευκρινίσουμε ότι οι Τομογραφίες του εγκεφάλου δεν δείχνουν εάν κάποιος έχει Επιληψία ή όχι αλλά μπορούν να αποκαλύψουν την αιτία της Επιληψίας εφ' όσον βέβαια αυτή οφείλεται σε κάποια ορατή εγκεφαλική βλάβη (συγγενείς ανωμαλίες, δυσπλασίες, νεκρωτικές περιοχές, όγκοι, ανωμαλίες αγγείων κλπ). Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών με Επιληψία, ειδικά αυτοί που ανήκουν στην ιδιοπαθή αιτιολογία, δεν έχει καμιά ανωμαλία στην Αξονική ή την Μαγνητική Τομογραφία του εγκεφάλου.

Σε ένα μικρό αριθμό ασθενών, και μόνον εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο από τον θεράποντα ιατρό, χρειάζονται και άλλες ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις όπως η λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία (fMRI) και ή μελέτη του εγκεφαλικού μεταβολισμού με τις εξετάσεις PET ή SPECT. Να τονισθεί ότι πολλές από αυτές τις εξετάσεις δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν στην Ελλάδα. ⁹

1.6 Στατιστικά στοιχεία για την Επιληψία.

Όπως εύκολα συμπεραίνεται από τα πιο πάνω, ο καθένας μας μπορεί να παρουσιάσει επιληψία, ανεξαρτήτως φύλου ή χρώματος.

Μπορεί να εμφανισθεί στη γέννηση ή αργότερα στη μετέπειτα ζωή ενός ανθρώπου. Μπορεί να είναι το αποτέλεσμα για το παιδί προβλημάτων υγείας που είχε η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, επιπλοκών στον τοκετό, μπορεί να προέλθει από τραύματα στο κεφάλι, από ορισμένες δηλητηριώδεις ουσίες, από εγκεφαλικές φλεγμονές και περιστασιακά από όγκους ή από αποπληξία (αγγειακά εγκεφαλικά

επεισόδια). Τις περισσότερες φορές όμως, οι κρίσεις αυτές συμβαίνουν για λόγους που δεν μπορούμε καθόλου να εντοπίσουμε.

Οποιαδήποτε και αν είναι η αιτία, υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο που πάσχουν από επιληψία.

Σε γενικές γραμμές αυτό αντιστοιχεί σε 0,5 έως 0,8% του πληθυσμού.^{4,9} Συγκριτικά, περίπου ο ίδιος αριθμός ανθρώπων στην Ευρώπη πάσχουν από διαβήτη.

Η επιληψία εμφανίζεται συνήθως πριν τα 15 ή μετά τα 65 χρόνια, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών υπέστη την πρώτη κρίση μεταξύ της ηλικίας των 10 και 20 ετών.

Η επιληψία είναι εξίσου συνήθης στους άνδρες και στις γυναίκες.^{4,9}

Ειδικότερα για τα παιδιά υπολογίζεται ότι περίπου ένα στα εκατό παιδιά σχολικής ηλικίας έχει επιληψία.

Η μέση αναλογία της ενεργού επιληψίας (δηλ. συνεχιζόμενες επιληπτικές κρίσεις και ανάγκη θεραπείας) είναι περίπου 7 ανά 1000 άτομα του γενικού πληθυσμού. Έτσι 40-45 εκατομμύρια άτομα στον κόσμο έχουν επιληψία σε οποιαδήποτε δοθείσα στιγμή (40 εκ. στις αναπτυσσόμενες χώρες, 10 εκ. στις αναπτυγμένες χώρες). Στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 100.000 άτομα με επιληψία.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ), το 80% των ατόμων με επιληψία στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν λαμβάνει καμία αντιεπιληπτική αγωγή.[‡]

Λόγω του ότι η επιληψία είναι πιο διαδεδομένη στα άτομα με διανοητική καθυστέρηση, πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της επιληψίας και της ευφυΐας. Κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει, παρόλο που είναι γεγονός ότι η επιληψία σοβαρής μορφής μπορεί να καθυστερήσει την ανάπτυξη ενός παιδιού. Για πολλά άτομα είναι μια ασθένεια που επηρεάζει δραστικά την καθημερινή τους ζωή.

Ο κίνδυνος τραυματισμού εξαρτάται από το είδος της κρίσης και αφορά κυρίως τις κρίσεις εκείνες κατά τις οποίες παρουσιάζεται απώλεια των αισθήσεων χωρίς προειδοποίηση και πτώση στο έδαφος με ή χωρίς σπασμούς.⁹

Ø Επιληψία και θνησιμότητα

Το ποσοστό θνησιμότητας στους επιληπτικούς ασθενείς είναι 2 έως 3 φορές υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού.⁹

Ο Θάνατος μπορεί να έχει άμεση σχέση με την αιτία της επιληψίας (αλκοολισμός, όγκος, ελφυλιστική πάθηση κλπ) ή να συμβαίνει συμπτωματικά στη διάρκεια μιας κρίσης: επιληπτική κατάσταση, εισρόφηση, ασφυξία, δευτεροπαθής κρανιοεγκεφαλική κάκωση, πνιγμός, κ.λ.π..

[‡] Δημοσίευμα στην ηλεκτρονική έκδοση της εφημερίδας «Η ΑΥΓΗ», Συντάκτης : Μιχαλάκος Θωμάς ,
Ημ/νία καταχώρησης : 12/02/2001 21:06:54

Οι ασθενείς που εμφανίζουν επιληψία με τονικοκλονικές κρίσεις φαίνεται να διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο.

Είναι γεγονός όμως ότι ο κίνδυνος τραυματισμού και του ξαφνικού απροσδόκητου θανάτου από τις κρίσεις είναι υψηλός.⁹

Πρόσφατα πολλές εργασίες έχουν αφιερωθεί στον αυξημένο κίνδυνο ανεξήγητου αιφνίδιου θανάτου (SUDDS= Sudden Unexplained Death Syndrome) στον επιληπτικό ασθενή. Ο θάνατος αυτός υπολογίζεται στο 10% των θανάτων των επιληπτικών ασθενών και το μεγαλύτερο κίνδυνο φαίνεται ότι διατρέχουν ασθενείς που εμφανίζουν νυκτερινές επιληπτικές κρίσεις. Οι μηχανισμοί που εμπλέκονται είναι κυρίως καρδιογενείς: καρδιακή ανακοπή, οξεία καρδιακή αρρυθμία κατά την κρίση με παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία. Έχουν επίσης ενοχοποιηθεί η αναπνευστική ανακοπή και η μηχανική «ασφυξία», οι οποίες συμβαίνουν στην άμεση μετακριτική φάση. Ωστόσο τα φυσιολογικά ευρήματα στην αυτοψία καθιστούν τα αίτια του θανάτου σχεδόν υποθετικά.

Ο κίνδυνος του ξαφνικού απροσδόκητου θανάτου ποικίλλει. Παράγοντες αυξημένου κινδύνου είναι: νεαροί ενήλικες, γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις, νυκτερινές κρίσεις, απότομες και γρήγορες αλλαγές των φαρμάκων και οι αρρυθμιστες κρίσεις. Ο κίνδυνος στα άτομα υψηλού κινδύνου είναι 1:100, ενώ στον γενικό πληθυσμό 1:1000 (παρόμοιος του κινδύνου από 10 σιγαρέτα ημερησίως). Ξαφνικοί θάνατοι σε παιδιά κάτω των 16 ετών συμβαίνουν σπάνια, κυρίως σε παιδιά που έχουν και άλλα νευρολογικά ελλείμματα.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ-2: “Στοιχεία για την Παθοφυσιολογία των Επιληψιών.”

Η έρευνα στην επιληπτολογία συνδέεται με τη μελέτη της φύσης των γενεσιουργών κυκλωμάτων των επιληπτικών κρίσεων, την αξιολόγηση των μηχανισμών που εμπλέκονται στην εμφάνιση, στην εξάπλωση και στον τερματισμό των επιληπτικών εκφορτίσεων και τον προσδιορισμό των συνθηκών που ευνοούν τη μετάβαση από την μεσοκριτική στην κριτική κατάσταση. Μοντέλα σε ζώα και μελέτες *in vitro* επιτρέπουν νευροχημικές και ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες σε κυτταρική και υποκυτταρική κλίμακα, οι οποίες εκτιμούν τις ανατομικές συνέπειες της επανάλληψης των κρίσεων και επιτρέπουν την τελειοποίηση καινούργιων αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Τέλος σημαντική πρόοδος έχει προέλθει από την μοριακή γενετική, η οποία επέτρεψε την ταυτοποίηση ορισμένων γονιδίων που εμπλέκονται στην επιληπτογένεση, καθώς επίσης των αντιστοίχων πρωτεϊνών και υποδοχέων. Παρά τις όποιες προόδους, είναι γεγονός ότι πολλοί μηχανισμοί της επιληπτογένεσης, που αποτελεί μία κατ' εξοχήν πολυπαραγοντική εξεργασία, ξεφεύγουν ακόμα από την αντίληψή μας.⁹

2.1 Στοιχειώδης Νευροφυσιολογία της Επιληπτικής Εκφόρτισης

Η εμφάνιση μιας επιληπτικής εκφόρτισης προϋποθέτει την ύπαρξη μιας ιδιοπαθούς ή επίκτητης διαταραχής της νευρονικής διεγερσιμότητας⁹

Δύο παράγοντες χαρακτηρίζουν τους επιληπτικούς νευρώνες: η *υπερδιεγερσιμότητα*, η οποία ορίζεται ως η τάση ενός νευρώνα να δίνει γένεση σε επαναλαμβανόμενες εκφορτίσεις σαν απάντηση σε ένα ερέθισμα, το οποίο φυσιολογικά δεν προκαλεί παρά ένα δυναμικό ενεργείας και ο *υπερσυγχρονισμός*, ο οποίος ορίζεται ως η ιδιότητα μιας ομάδας νευρώνων να παράγουν συγχρόνως σειρές δυναμικών. Αυτές οι στοιχειώδεις ηλεκτροφυσιολογικές διαταραχές μπορούν να προέλθουν από διάφορες βιοχημικές ανωμαλίες που τροποποιούν τις ιδιότητες των νευρωνικών μεμβρανών: ανωμαλίες των τασεοεξαρτωμένων διόδων του νατρίου, του ασβεστίου ή του καλίου, έλλειμμα στις μεμβράνικες ΑΤΡάσεις που είναι υπεύθυνες για την μεταφορά ιόντων, δυσλειτουργία της ανασταλτικής νευροδιαβίβασης μέσω γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), άυξηση της διεγερτικής νευροδιαβίβασης μέσω των διεγερτικών αμινοξέων όπως το γλουταμικό και το ασπαρτικό. Η πιο στοιχειώδης έκφραση της επιληπτικής εκφόρτισης στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα επιφάνειας είναι το σύμπλεγμα αιχμή – κύμα. Η αιχμή προέρχεται από ένα άθροισμα νευρωνικών παροξυσμικών εκπολώσεων (PDS, paroxysmal depolarization shift), οι οποίες δίνουν γένεση σε ριπές δυναμικών ενεργείας (bursts). Το βραδύ κύμα προκύπτει από το άθροισμα των επαναπολώσεων των νευρωνικών σωμάτων από τα εξερχόμενα ρεύματα καλίου και τα εισερχόμενα ρεύματα χλωρίου, τα οποία συνδέονται με την ενεργοποίηση του υποδοχέα GABA A. Το βραδύ κύμα μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελεί την ηλεκτροφυσιολογική έκφραση ενός προστατευτικού φαινομένου με σκοπό να περιοριστεί η διάχυση των διεγερτικών εκφορτίσεων.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ-3: “Θεραπεία της Επιληψίας.”

Ο επιληπτικός ασθενής στην ουσία πάσχει μόνο κατά τη διάρκεια της κρίσης. Συνεπώς, ο σκοπός της αγωγής είναι να ελαχιστοποιηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο ο κίνδυνος εμφάνισης κρίσης. Στους περισσότερους ασθενείς, η χρήση φαρμακευτικής αγωγής μειώνει αισθητά αυτό τον κίνδυνο. Ένα άτομο θεωρείται επιληπτικός ασθενής εφόσον έχει υποστεί τουλάχιστον δύο κρίσεις και όταν έχει κρίσεις σε τακτά διαστήματα - ακόμη κι αν αυτό σημαίνει ότι εμφανίζονται μόνο μια φορά το χρόνο. Άρα λοιπόν, η εμφάνιση μιας κρίσης δεν οδηγεί αυτομάτως σε διάγνωση επιληψίας. Γι' αυτό το λόγο, η θεραπεία συνήθως δεν αρχίζει αμέσως αφού δεν είναι βέβαιο ότι θα ακολουθήσει άλλη κρίση και επειδή τα συμπτώματα κάποιων άλλων νόσων μπορεί να εκδηλώνονται σαν επιληπτική κρίση.⁹

Αντιμετώπιση της επιληψίας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις που η Επιληψία έχει ιδιαίτερα καλοήγη χαρακτηριστικά (αυτό συμβαίνει συχνά στην παιδική ηλικία) και οι κρίσεις είναι σπάνιες και ήπιου χαρακτήρα, μπορεί να κριθεί ότι δεν χρειάζεται καμιά θεραπευτική παρέμβαση αλλά προσεκτική παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς. Η ίδια πολιτική μη θεραπευτικής παρέμβασης ακολουθείται συνήθως και μετά ένα μεμονωμένο επιληπτικό φαινόμενο. Εάν επίσης οι κρίσεις εμφανίζονται αποκλειστικά σε σχέση με κάποιο συγκεκριμένο εκλυτικό παράγοντα (πχ. τηλεόραση) τότε η αποφυγή έκθεσης σε αυτόν τον παράγοντα μπορεί να είναι αρκετή για να αποφευχθούν άλλες κρίσεις. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις επαναλαμβανόμενων επιληπτικών κρίσεων είναι απαραίτητη κάποια μορφή προφυλακτική θεραπεία για να αποφευχθούν περαιτέρω κρίσεις.⁹

Η κύρια μορφή θεραπείας της Επιληψίας είναι η καθημερινή χορήγηση ειδικών φαρμάκων που ονομάζονται αντιεπιληπτικά για όσο χρονικό διάστημα αυτό κρίνεται απαραίτητο από τον γιατρό. Το διάστημα αυτό σπανίως είναι μικρότερο από 2-3 έτη. Πρέπει να τονισθεί ότι τα αντιεπιληπτικά φάρμακα καταστέλλουν τις κρίσεις αλλά δεν μπορούν να θεραπεύσουν οριστικά και ριζικά τον ασθενή (αυτό συμβαίνει σε πολλές περιπτώσεις αλλά λόγω της ωρίμανσης του εγκεφάλου και όχι λόγω των φαρμάκων).

Υπάρχουν αρκετά αντιεπιληπτικά φάρμακα ενώ τα τελευταία χρόνια παράγονται συνεχώς και νέα φάρμακα. Άλλα από αυτά είναι κατάλληλα για διάφορα είδη κρίσεων και πολλές μορφές Επιληψίας ενώ άλλα είναι κατάλληλα μόνον για πολύ συγκεκριμένες μορφές Επιληψίας. Η επιλογή του πλέον κατάλληλου φαρμάκου, η ακριβής δοσολογία, η παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν παρενέργειες και ή ανάγκη τροποποίησης της θεραπείας, εάν αυτό χρειαστεί, είναι ευθύνη του θεράποντος ιατρού. Σε αρκετές περιπτώσεις θα χρειαστεί κάποιο χρονικό διάστημα «δοκιμών» με διάφορα φάρμακα και δόσεις πριν ο γιατρός καταλήξει στον εντοπισμό του πλέον κατάλληλου για τον ασθενή φαρμάκου.

Ευθύνη του ασθενούς ή των γονιών του (στην περίπτωση που ο ασθενής είναι ανήλικος) είναι η πιστή εφαρμογή των οδηγιών του γιατρού, η ενημέρωση του για κάθε αρνητική εξέλιξη και γενικά η σταθερή συνεργασία μαζί του.

Πολύ χρήσιμη είναι επίσης η τήρηση, εκ μέρους του ασθενούς, ενός «ημερολογίου» των κρίσεων στο οποίο απεικονίζεται με ακρίβεια η πορεία του προβλήματος.

Σε γενικές γραμμές τα αντιεπιληπτικά φάρμακα είναι αρκετά αποτελεσματικά καθώς στους περισσότερους ασθενείς σταματούν τελείως τις κρίσεις ή έστω τις μειώνουν πολύ και τις κάνουν ηπιότερες. Δυστυχώς όμως αυτό δεν συμβαίνει πάντα καθώς υπάρχουν ασθενείς που παρά την φαρμακευτική αγωγή συνεχίζουν να παρουσιάζουν κρίσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται λεπτομερή επαναξιολόγηση του ασθενούς και προσεκτική χρήση φαρμάκων άλλων από αυτά που έχουν ήδη αποτύχει. Παρόλα αυτά παραμένει ένα σχετικά μικρό ποσοστό ασθενών που εξακολουθεί να παρουσιάζει κρίσεις ενώ έχουν εξαντληθεί τα περιθώρια βοήθειας από την φαρμακευτική αγωγή. Στις περιπτώσεις αυτές μιλάμε για φαρμακοανθεκτική μορφή της Επιληψίας.¹⁰

3.1 Μακροπρόθεσμη εξέλιξη ασθενούς με Επιληψία.

Για να απαντηθεί αυτό το ερώτημα πρέπει να κατανοηθεί ότι η Επιληψία δεν είναι μια ασθένεια με χαρακτηριστικά και πορεία που είναι κοινά μεταξύ των ασθενών, έτσι ώστε δεν έχει ουσιαστικά νόημα να μιλάμε γενικά και με ενιαίο τρόπο για την μακροπρόθεσμη πορεία της. Αντιθέτως υπάρχουν πολλά είδη ή τύποι Επιληψίας (δεξ στο Πρώτο Μέρος του άρθρου για τα είδη της Επιληψίας) που η μακροπρόθεσμη πορεία τους είναι τελείως διαφορετική του ενός από το άλλο. Στην μία άκρη του φάσματος βρίσκονται ασθενείς με καλοήθεις μορφές Επιληψίας (ιδιαίτερα συχνές στα παιδιά) που αφού εμφανιστούν για λίγα χρόνια «σβήνουν» οριστικά και ο ασθενής δεν έχει κανένα πρόβλημα στην υπόλοιπη ζωή του. Τέτοια παραδείγματα είναι η παιδική αφαιρετική Επιληψία και η παιδική Ρολανδική Επιληψία. Στην άλλη άκρη του φάσματος είναι οι ασθενείς στους οποίους η Επιληψία επιμένει για πολλά χρόνια, ίσως και δια βίου, και που ενδεχομένως δεν είναι δυνατόν να ελεγχθούν πλήρως με τα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Μεταξύ αυτών των δύο ακραίων καταστάσεων βρίσκονται πολλοί ασθενείς με ενδιάμεση ως προς την βαρύτητα της Επιληψίας πορεία. Ο σημαντικότερος παράγοντας που καθορίζει την πορεία της Επιληψίας είναι αιτία της. Εάν οφείλεται σε κάποια σοβαρή διαταραχή ή βλάβη του εγκεφάλου τότε δεν μπορούμε να είμαστε πολύ αισιόδοξοι ενώ εάν είναι ιδιοπαθούς αιτιολογίας τα πράγματα είναι σαφώς καλύτερα.¹⁰

Η πρόβλεψη για την μακροπρόθεσμη εξέλιξη της Επιληψίας γίνεται εξατομικευμένα δηλαδή αφορά κάθε φορά τον συγκεκριμένο ασθενή με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που έχει η περίπτωση του. Πρέπει εδώ να σημειώσουμε ότι σε πολλές περιπτώσεις σχετικά ακριβής πρόβλεψη για την πορεία ενός ασθενούς είναι πολύ δύσκολο ή ακόμα και αδύνατο να γίνει ακόμα και από τους εμπειρότερους γιατρούς. Θα χρειαστεί τότε μεγάλη υπομονή εκ μέρους του ασθενούς ή των γονιών του έτσι ώστε η ίδια η πορεία του περιστατικού κατά τα πρώτα χρόνια να καθορίσει τον καλοήθη ή όχι χαρακτήρα του προβλήματος.

Θετικά στοιχεία για μια καλή μακροπρόθεσμη εξέλιξη της Επιληψίας είναι τα εξής:¹⁰

- Να μην υπάρχουν άλλου είδους νευρολογικά προβλήματα όπως νοητική καθυστέρηση, κινητικές διαταραχές ή άλλες νευρολογικές παθήσεις.
- Στην Μαγνητική Τομογραφία του εγκεφάλου να μην υπάρχουν εγκεφαλικές βλάβες.

- Το ΗΕΓ να είναι φυσιολογικό.
- Να υπάρχει πλήρης διακοπή των κρίσεων μετά την έναρξη της αντιεπιληπτικής φαρμακευτικής θεραπείας.
- Να αναγνωρισθεί, από τον γιατρό, ότι η Επιληψία του παιδιού ανήκει σε κάποιο συγκεκριμένο «καλοήθες» σύνδρομο με εκ των προτέρων προβλεπόμενη καλή πορεία.

3.2 Η χορήγηση αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Η χορήγηση αντιεπιληπτικής θεραπείας δεν είναι θέμα απλής συνταγογραφίας και μόνο. Βεβαίως, η αντιεπιληπτική αγωγή καθοδηγείται, όπως άλλωστε γενικά συμβαίνει, από αρχές και κανόνες που στηρίζονται εν μέρει στην εμπειρία, αλλά κυρίως στην επιστημονική έρευνα, δηλαδή στα αποτελέσματα συγκριτικών κλινικών μελετών. Ωστόσο, έχει κάποιες ιδιαιτερότητες και διέπεται, περισσότερο από κάθε άλλο είδος φαρμακευτικής αγωγής, από μια φαρμακοκινητική λογική. Επιλέγεται με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας και η έναρξή της, ο τρόπος χορήγησης, η διάρκεια, καθώς και ο τρόπος διακοπής της υπακούουν σε συγκεκριμένους κανόνες.¹¹

Μόνο με τη γνώση των βασικών αρχών χορήγησης των αντιεπιληπτικών φαρμάκων μπορεί να εξαλειφθεί το φαινόμενο της ύπαρξης υποθεραπευόμενων ή υπερθεραπευόμενων ασθενών, ένα φαινόμενο που είναι επίζημιο και για τους ίδιους τους ασθενείς αλλά και για το κοινωνικό σύνολο. Θα πρέπει δε να είναι κανείς σχολαστικός και να τις εφαρμόζει πιστά, μην ξεχνώντας ποτέ ότι μπορεί για το γιατρό η συνταγογράφηση ενός αντιεπιληπτικού φαρμάκου να είναι ζήτημα ενός ή δύο λεπτών, για τον ασθενή όμως μπορεί να είναι η απαρχή μιας επώδυνης και μακροχρόνιας ταλαιπωρίας.¹¹

Έναρξη της θεραπείας

Έχει αναπτυχθεί έντονος προβληματισμός σχετικά με το πότε πρέπει να αρχίσει η χορήγηση της αντιεπιληπτικής αγωγής.

Παλαιότερα, η επικρατούσα άποψη ήταν να αρχίζει κανείς την αντιεπιληπτική θεραπεία από την πρώτη επιληπτική κρίση. Η τακτική αυτή στηριζόταν στη λογική του έγκαιρου ελέγχου των κρίσεων, διότι επιστεύετο ότι όσο περισσότερο διατρέχει η νόσος χωρίς θεραπεία, τόσο πιο δύσκολα ελέγχεται και συνεπώς πιο εύκολα μεταπίπτει στη χρονιότητα.¹² Μια μελέτη που έγινε στις αρχές της δεκαετίας του '70 επιβεβαίωσε αυτή την άποψη. Σύμφωνα με το σχεδιασμό της μελέτης αυτής, τέθηκαν σε παρακολούθηση δύο ομάδες των 100 παιδιών (η κάθε μία) μετά την πρώτη τους επιληπτική κρίση. Η μια ομάδα έμεινε χωρίς φαρμακευτική αγωγή, ενώ η άλλη έλαβε φαινοβαρβιτάλη. Τέσσερα χρόνια αργότερα, τα 91 από τα παιδιά που δεν έλαβαν φαρμακευτική αγωγή είχαν εμφανίσει τουλάχιστον μία επιληπτική κρίση στο διάστημα που μεσολάβησε. Αντίθετα, μόνο τα 19 από όσα έλαβαν αγωγή, παρουσίασαν 1 ή περισσότερες επιληπτικές κρίσεις στη διάρκεια της παρακολούθησης.¹²

Σήμερα, τα πράγματα έχουν αλλάξει. Η χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής εξαρτάται από την πιθανότητα υποτροπής της κρίσης. Με την προϋπόθεση, φυσικά, ότι η κρίση που λογίζεται ως πρώτη είναι πραγματικά η πρώτη, γιατί αρκετές φορές η λήψη ενός καλού ιστορικού αποκαλύπτει την προϋπαρξη και άλλων κρίσεων, που δεν αξιολογήθηκαν από τον ασθενή, το περιβάλλον του ή το θεράποντα γιατρό του.

Εκτιμάται ότι ένα ποσοστό της τάξης του 9–10% του γενικού πληθυσμού θα εμφανίσει σε κάποια φάση της ζωής του ένα επεισόδιο απώλειας συνείδησης,^{13, 14} σχετιζόμενο με οξεία προσβολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Από τα άτομα αυτά, μόνο το 1/3 θα νοσήσει μελλοντικά από επιληψία και μάλιστα το 30% θα εμφανίσει τη δεύτερη κρίση μέσα σε 1 χρόνο, το 40% μέσα σε 2 χρόνια και το 50% μέσα σε 5 χρόνια.¹⁵

Έτσι, αντιεπιληπτική αγωγή δεν θα πρέπει να χορηγείται από την πρώτη, αλλά μετά από τη δεύτερη επιληπτική κρίση. Κατ' εξαίρεση, αντιεπιληπτική αγωγή χορηγείται από την πρώτη κρίση, όταν η πιθανότητα υποτροπής είναι αυξημένη, όπως συμβαίνει σε μία από τις κατωτέρω περιπτώσεις:¹⁶

α. Η κρίση είναι εστιακή ή είναι γενικευμένη με εστιακή έναρξη

β. Στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) υπάρχει επιληπτόμορφη δραστηριότητα ή εστιακή ανωμαλία.

γ. Στην αντικειμενική εξέταση ή σε απεικονιστική εξέταση υπάρχουν εστιακά ευρήματα.

Βεβαίως, αγωγή θα χορηγηθεί από την πρώτη κρίση, ακόμη και εάν δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις, σε περίπτωση που κάποιος το επιθυμεί, π.χ. για λόγους κοινωνικούς ή άλλους.

Προβληματισμός υπάρχει επίσης και για την περίπτωση όπου το χρονικό διάστημα ανάμεσα στην πρώτη και στη δεύτερη κρίση είναι σχετικά μεγάλο, δεδομένου ότι η χορήγηση της αντιεπιληπτικής αγωγής διακόπτεται τουλάχιστον μετά από μια ζετία. Παράλληλα, έχει δείχθει ότι όσοι εμφάνισαν δεύτερη επιληπτική κρίση δεν θα κάνουν κατ' ανάγκη και τρίτη, παρά μόνο το 50–70% από αυτούς.^{17, 18} Έτσι, στις περιπτώσεις αυτές, δεν είναι λάθος να περιμένει κανείς την επόμενη κρίση.

Μονοθεραπεία - πολυφαρμακία.

Ο παραδοσιακός τρόπος αντιμετώπισης των επιληπτικών κρίσεων, ο οποίος σήμερα ακολουθείται από ελάχιστους, είναι η χορήγηση συνδυασμού πολλών φαρμάκων σε μικρές ή μέτριες δόσεις, με το σκεπτικό ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι αθροιστικό και η τοξικότητα μικρή λόγω των χαμηλών δόσεων. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν έχει αποδειχθεί για τα αντιεπιληπτικά φάρμακα (ΑΕΦ). Σε μια πολυκεντρική μελέτη,¹⁹ που έγινε στις αρχές της δεκαετίας του '70 σε 11.720 ασθενείς που έπασχαν από επιληψία, βρέθηκε ότι κάθε ασθενής ελάμβανε κατά μέσο όρο 3,2 φάρμακα, των οποίων η πλειοψηφία ήταν αντιεπιληπτικά και τα υπόλοιπα βιταμίνες ή νευροληπτικά. Το 4,2% των ασθενών είχε τεθεί σε μονοθεραπεία και το 29,4% ελάμβανε συνδυασμό δύο φαρμάκων. Στο υπόλοιπο 66,4% χορηγούνταν από 3 έως 12 φάρμακα!

Σήμερα, με τον καλύτερο σχεδιασμό των ερευνητικών πρωτοκόλλων και την προσθήκη των ΑΕΦ νέας γενιάς, τα πράγματα άλλαξαν. Έχει πλέον δειχθεί ότι με την πολυφαρμακία, εκτός του ότι είναι πιθανότατα η μη συμμόρφωση στην αγωγή, αυξάνεται η πιθανότητα μη ελέγχου των κρίσεων, αλλά κυρίως αυξάνεται η πιθανότητα εκδήλωσης τοξικών φαινομένων. Σε τέτοια περίπτωση, ειδικά όταν πρόκειται για ιδιοσυγκρασιακή ανεπιθύμητη ενέργεια, ο θεράπων ευρίσκεται σε αδιέξοδο, γιατί δεν είναι εύκολο να προσδιορίσει το υπεύθυνο φάρμακο.

Έτσι, σήμερα, ο γενικά παραδεκτός τρόπος αντιμετώπισης των επιληπτικών κρίσεων είναι η ορθολογική μονοθεραπεία.²⁰ Έχει αποδειχθεί^{21, 22} ότι ένα ποσοστό γύρω στο 75% των ατόμων που πάσχουν από επιληψία θα επιτύχει με ένα μόνο φάρμακο (όχι κατ' ανάγκη με το πρώτο επιλεγέν) πλήρη ή ικανοποιητικό έλεγχο των κρίσεών του. Από αυτούς, το 40% περίπου θα επιτύχει πλήρη έλεγχο,²³ από δε τους υπόλοιπους μόνο το 10–40% θα ωφεληθεί σημαντικά από την πολυφαρμακία.^{24, 25,26} Το εναπομένον περίπου 25% του συνόλου των ασθενών πάσχει από τη λεγόμενη «ανθεκτική ή χρόνια επιληψία» και δεν μπορεί να ρυθμιστεί με κανένα συνδυασμό φαρμάκων.^{27,28,29}

Βεβαίως, στις ανθεκτικές μορφές επιληψίας είναι αναγκασμένος να καταφύγει κανείς στην πολυφαρμακία. Όμως, με κριτήριο το μέγιστο θεραπευτικό όφελος και την ασφάλεια του ασθενούς, καλό είναι η αγωγή να περιορίζεται και πάλι στη χορήγηση συνδυασμού δύο ή, το πολύ, τριών φαρμάκων. Φυσικά, ορισμένοι ασθενείς, ειδικώς αυτοί που εμφανίζουν περισσότερες του ενός τύπου κρίσεις, συχνά έχουν την ανάγκη λήψης τριών ή περισσότερων φαρμάκων.

Εκλογή του κατάλληλου φαρμάκου

Μέχρι σήμερα δεν έχει ανακαλυφθεί το ιδεώδες ΑΕΦ. Το φάρμακο, δηλαδή, που είναι ασφαλές και αποτελεσματικό, που έχει καλή συχνότητα ημερήσιας χορήγησης, που χορηγείται εύκολα από όλες τις οδούς, που έχει μεγάλη βιοδιαθεσιμότητα, που δεν συνδέεται σε υψηλό βαθμό με τις πρωτεΐνες, που δεν ασκεί επαγωγική ή ανασταλτική δράση και του οποίου η αποβολή ακολουθεί γραμμική κινητική.

Από την άλλη πλευρά, δεν υπάρχουν αντιεπιληπτικά ευρέος φάσματος, γεγονός που σημαίνει ότι ένα φάρμακο μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματικό για κάποιον ασθενή, αλλά μπορεί να μη ρυθμίζει ή ενδέχεται και να αυξάνει τη συχνότητα των κρίσεων κάποιου άλλου. Άρα, δεν απομένει πλέον παρά να επιλέξει κανείς, ανάμεσα σε μια σειρά φαρμάκων, το καταλληλότερο.

Βασικό ρόλο στην εκλογή του κατάλληλου ΑΕΦ παίζει ο τύπος των κρίσεων. Ο τύπος των κρίσεων τεκμαίρεται από πληροφορίες που συλλέγονται από τον ασθενή και κυρίως από τους μάρτυρες μιας κρίσης και αφορούν στα γεγονότα που προηγήθηκαν της κρίσης, στον τρόπο έναρξης και εξέλιξής της, καθώς και στη συμπεριφορά του ασθενούς κατά τη μετακριτική περίοδο. Χωρίς την εξακρίβωση του τύπου της επιληπτικής κρίσης, τις περισσότερες φορές η θεραπεία είναι καταδικασμένη σε αποτυχία.

Στη συνέχεια, γίνεται μια επιλογή ανάμεσα στα ΑΕΦ που είναι κατάλληλα για το συγκεκριμένο τύπο κρίσεων. Σ'αυτή την επιλογή θα ληφθούν υπόψη ορισμένες παράμετροι, όπως η ηλικία του ασθενούς, το φύλο, η γενική σωματική και ψυχική του κατάσταση, τυχόν συνυπάρχοντα νοσήματα και το τοξικό προφίλ κάθε φαρμάκου. Έτσι, αποκλείονται φάρμακα αποτελεσματικά μεν, αλλά τοξικά και φάρμακα ασφαλέστατα, αλλά λίγο αποτελεσματικά. Για παράδειγμα, αποφεύγει κανείς να χορηγήσει σε παιδί φάρμακα που προκαλούν καταστολή (φαινοβαρβιτάλη, πριμιδόνη, βενζοδιαζεπίνες) ή διαταραχή της συμπεριφοράς (φαινοβαρβιτάλη, πριμιδόνη), σε γυναίκα φάρμακα που ενδέχεται να προκαλέσουν υπερτροφία ούλων, υπερτρίχωση, ακμή (φαινοτοΐνη) ή αύξηση του σωματικού βάρους (βαλπροϊκό) κ.ο.κ. Επίσης, δεν χορηγούνται σε άνδρα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν ανικανότητα (πριμιδόνη) ή βιγκαμπατρίνη σε άτομα με ιστορικό ψυχικής νόσου. Σε καρδιοπαθείς ασθενείς πρέπει να είναι κανείς ιδιαίτερα προσεκτικός. Έτσι, σε άτομο με καρδιακή ανεπάρκεια θα αποφευχθεί η χορήγηση ΑΕΦ που μπορεί να προκαλέσουν κατακράτηση υγρών (καρβαμαζεπίνη, οξκαρβαζεπίνη) και σε ασθενείς με διαταραχές του ρυθμού η χορήγηση καρβαμαζεπίνης. Παράλληλα, στους ηλικιωμένους είναι προτιμητέα η χορήγηση φαρμάκων με τις μικρότερες επιπτώσεις στις γνωσιακές λειτουργίες (βαλπροϊκό, καρβαμαζεπίνη, οξκαρβαζεπίνη, λαμοτριγίνη).

Σε γενικές γραμμές, δηλαδή, στη διαδικασία εκλογής του κατάλληλου ΑΕΦ θα πρέπει να σταθμιστεί το όφελος που θα προκύψει για τον ασθενή, προς τη ζημία που ενδέχεται να του προκαλέσει η λήψη του φαρμάκου («ωφέλειν ή μη βλάπτειν»).

Καλό είναι, φυσικά, το κόστος του επιλεγέντος φαρμάκου να είναι μικρό. Ωστόσο, η τιμή δεν μπορεί να αποτελεί κριτήριο χορήγησης ενός φαρμάκου. Εννοείται ότι, επί ισοδυνάμων φαρμάκων (το ίδιο αποτελεσματικών και με ταυτόσημο τοξικό προφίλ), πρέπει να προτιμάται το φθηνότερο. Ο καθορισμός των τιμών των φαρμάκων είναι έργο της Πολιτείας.

Τρόπος έναρξης της θεραπείας

Η αντιεπιληπτική αγωγή είναι μακροχρόνια. Άρα, πρέπει κανείς να εκπονήσει ένα μακράς διάρκειας θεραπευτικό σχέδιο και να το υποβάλλει στον ασθενή (ή στους οικείους του, εάν είναι παιδί). Και επειδή είναι απαραίτητη η πλήρης συμμόρφωση του ασθενούς προς την αγωγή, ο γιατρός είναι παράλληλα υποχρεωμένος να του εξηγήσει ορισμένα πράγματα. Να απαιτήσει από αυτόν την απαρέγκλιτη τήρηση του ωραρίου λήψης των φαρμάκων, να του υποδείξει τον τρόπο αντίδρασης στην εμφάνιση μιας ανεπιθύμητης ενέργειας (ιδιοσυγκρασιακής ή δοσοεξαρτώμενης) και να του συστήσει την ταυτόχρονη τροποποίηση ορισμένων συνηθειών της ζωής του.

Στη συνέχεια, αφού έχει επιλεγεί το κατάλληλο φάρμακο, αρχίζει η χορήγησή του από το βράδυ με μικρή δόση, η οποία ανά τακτά διαστήματα (π.χ. ανά 5ήμερο, ανά εβδομάδα) αυξάνει σταδιακά. Έτσι, αποφεύγεται η εμφάνιση δοσοεξαρτώμενων ανεπιθύμητων ενεργειών, ειδικότερα για τα φάρμακα που προκαλούν καταστολή, και επομένως εξασφαλίζεται η συμμόρφωση προς την αγωγή. Η αύξηση της δόσης πρέπει να συνεχιστεί μέχρι τη μέγιστη ανεκτή δοσολογία. Δηλαδή, η ημερήσια δόση του φαρμάκου εκλογής αυξάνεται, σταδιακά, μέχρις ότου ελεγχθούν πλήρως οι κρίσεις του ασθενούς ή εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες.^{30,31,32} Βεβαίως, στις περιπτώσεις όπου απαιτείται άμεσος έλεγχος των κρίσεων (π.χ. μεγάλη συχνότητα

κρίσεων ή περίοδος μετά από ένα status) η αύξηση της δοσολογίας θα γίνει απότομα. Δηλαδή, το επιλεγέν φάρμακο θα χορηγηθεί σε δόση εφόδου, χωρίς να ληφθεί υπόψη η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών (ενδεχομένως, ο ασθενής θα πρέπει να παραμείνει κλινικής για λίγες ημέρες).

Όταν το ΑΕΦ εκλογής κρίνεται αναποτελεσματικό, πρέπει να αντικαθίσταται. Πριν αποσυρθεί, ως αναποτελεσματικό, ένα ΑΕΦ, θα πρέπει να έχει μεσολαβήσει ένα ελάχιστο χρονικό διάστημα αναμονής μετά την τελευταία αύξηση της δόσης του, το οποίο είναι διαφορετικό για κάθε φάρμακο και ισούται περίπου με το 5πλάσιο του χρόνου ημίσειας ζωής του (που είναι ο απαιτούμενος χρόνος για να φθάσει η συγκέντρωση του φαρμάκου σε επίπεδα σταθερής κατάστασης).³³ Έτσι, για να αποφανθεί κανείς ότι η καρβαμαζεπίνη είναι αναποτελεσματική για κάποιον ασθενή, πρέπει να περιμένει το λιγότερο 60 (5x12) ώρες μετά την τελευταία αύξηση της δοσολογίας, για τη λαμοτριγίνη το λιγότερο 1 εβδομάδα (5x29 ώρες), για τη φαινοβαρβιτάλη το λιγότερο 3 εβδομάδες (5x90 ώρες) κ.ο.κ. Η απόσυρση του φαρμάκου γίνεται σταδιακά, για την αποφυγή ενός status, με ταυτόχρονη εισαγωγή του ΑΕΦ δεύτερης επιλογής για το συγκεκριμένο τύπο κρίσεων. Κατ' άλλους, χωρίς να αποσυρθεί το αποτυχόν ως μονοθεραπεία ΑΕΦ, προστίθεται το δεύτερης επιλογής ΑΕΦ μέχρι την επίτευξη του ελέγχου των κρίσεων και στη συνέχεια αποσύρεται το αρχικό.

Ορισμένοι, όμως, αντί της προσφυγής στην εναλλακτική μονοθεραπεία, προτιμούν να διατηρήσουν το ΑΕΦ εκλογής (που ωστόσο απέτυχε) στη μέγιστη ανεκτή δοσολογία και να προσθέσουν ένα δεύτερο φάρμακο (καταφεύγουν, δηλαδή, σε συμπληρωματική θεραπεία).

Τρόπος λήψης και συχνότητα χορήγησης της αγωγής

Όταν ο ασθενής σιτίζεται κανονικά, δεν τίθεται ζήτημα τρόπου λήψης του φαρμάκου. Τα προβλήματα εμφανίζονται σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί να λάβει το φάρμακο από το στόμα (π.χ. όταν κάποιος εμφανίζει εμέτους, όταν μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση δεν διατηρεί τις αισθήσεις του, όταν έχει υποβληθεί σε αμυγδαλεκτομή κ.λπ.) και όταν ευρίσκεται σε status epilepticus. Τότε το φάρμακο πρέπει να χορηγηθεί από άλλη οδό, ενδοφλέβια ή από το ορθό. Αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα για κάποιο φάρμακο να μπορεί να χορηγηθεί από όλες τις οδούς. Στο ζήτημα αυτό πλεονεκτούν η φαινοτοΐνη, το βαλπροϊκό και η φαινοβαρβιτάλη, ενώ φάρμακα πολύ αποτελεσματικά, όπως η καρβαμαζεπίνη, η οξκαρβαζεπίνη και η λαμοτριγίνη, μειονεκτούν.

Η ημερήσια συχνότητα χορήγησης ενός ΑΕΦ δεν είναι αυθαίρετη. Υπακούει και αυτή σε κανόνες. Συγκεκριμένα, εξαρτάται από το χρόνο ημίσειας ζωής του φαρμάκου. Έτσι, το διάστημα δύο διαδοχικών δόσεων ενός φαρμάκου δεν θα πρέπει να ξεπερνά το χρόνο ημίσειας ζωής του.

Αυτό σημαίνει ότι φάρμακα με μικρό χρόνο ημίσειας ζωής πρέπει να χορηγούνται συχνά μέσα στο 24ωρο, σε αντίθεση με φάρμακα με μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής, τα οποία μπορεί να χορηγηθούν λίγες ή και μία φορά ημερησίως.*

Για παράδειγμα, η τιαγκαμπίνη (μέσος χρόνος ημίσειας ζωής 5–7 ώρες) και η γκαμπαπεντίνη (μέσος χρόνος ημίσειας ζωής 6–8 ώρες) θα χορηγηθούν 3 φορές ημερησίως. Ίδια είναι και η συχνότητα χορήγησης της καρβαμαζεπίνης (μέσος χρόνος ημίσειας ζωής 12 ώρες), του βαλπροϊκού (μέσος χρόνος ημίσειας ζωής 12 ώρες) και της οξκαρβαζεπίνης (μέσος χρόνος ημίσειας ζωής 12 ώρες). Η τοπιραμάτη (μέσος χρόνος ημίσειας ζωής 22 ώρες) και η λαμοτριγίνη (μέσος χρόνος ημίσειας ζωής 29 ώρες) πρέπει να χορηγηθούν 2 φορές ημερησίως, ενώ η χορήγηση της φαινοβαρβιτάλης, που έχει μέσο χρόνο ημίσειας ζωής περίπου 90 ώρες, μία φορά την ημέρα είναι αρκετή. Πρέπει να γνωρίζει κανείς ότι τα φάρμακα με μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής δεν αυξάνουν την αποτελεσματικότητά τους, εάν χορηγηθούν συχνότερα μέσα στο 24ωρο.

Βεβαίως, ο κανόνας έχει και τις εξαιρέσεις του. Έτσι, εάν ένα φάρμακο κρίνεται απαραίτητο, αλλά δεν γίνεται ανεκτό επειδή προκαλεί γαστρεντερικές διαταραχές (π.χ. πριμιδόνη, βαλπροϊκό), θα πρέπει να ληφθεί σε συχνές (και μικρότερες) δόσεις μέσα στο 24ωρο (ανεξάρτητα από το χρόνο ημίσειας ζωής του) ή κατά τη διάρκεια των γευμάτων, έτσι ώστε να επιβραδυνθεί ο ρυθμός απορρόφησης του και να μειωθεί η τιμή της μεγίστης συγκέντρωσής του στο πλάσμα. Παρόμοια είναι και η τακτική που ακολουθείται στην περίπτωση εγκύου που λαμβάνει αντιεπιληπτική αγωγή.³⁴

* Η βιγκαπατρίνη,^{33,34,35} αν και έχει χρόνο ημίσειας ζωής 5–7 ώρες, λόγω του ότι είναι μη αναστρέψιμος αναστολέας της GABA-αμινοτρανσφεράσης, του ενζύμου που διασπά το GABA, μπορεί να χορηγηθεί 2 φορές ημερησίως.

Ο μεταβολισμός της φαινυτοΐνης είναι διαφορετικός από άνθρωπο σε άνθρωπο, γι' αυτό άλλωστε ο χρόνος ημίσειας ζωής της κυμαίνεται από 6–60 ώρες. Έτσι, αν και θα μπορούσε να χορηγηθεί 2 φορές ημερησίως, καλό είναι να χορηγείται 3 φορές στο 24ωρο.^{33,34,35}

Διάρκεια της θεραπείας

Ένα άλλο σημείο σοβαρού προβληματισμού αποτελεί η διάρκεια χορήγησης της αντιεπιληπτικής θεραπείας, της οποίας η μακρά διάρκεια δεν είναι άμοιρη εμφάνισης τοξικών φαινομένων και από το ΚΝΣ^{1, 37} και από άλλα συστήματα.^{38,39} Το χρονικό διάστημα που πρέπει ο ασθενής να παραμείνει ελεύθερος κρίσεων, ώστε να αποφασιστεί η διακοπή της αντιεπιληπτικής αγωγής, βασίζεται μεν στις παρατηρήσεις και τα αποτελέσματα επιδημιολογικών μελετών, αλλά είναι μάλλον αυθαίρετο. Έτσι, έχει οριστεί ότι στα παιδιά, όπου ο κίνδυνος εμφάνισης σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών είναι αυξημένος, η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται εάν παραμένουν ελεύθερα κρίσεων επί μια 2ετία. Στους ενήλικες, η αγωγή διακόπτεται όταν αυτοί παραμένουν ελεύθεροι κρίσεων επί μια 3ετία.

Εκτιμάται ότι, μετά τη διακοπή της αντιεπιληπτικής αγωγής, το 20% των ασθενών θα εμφανίσει υποτροπή μέσα σε 1 χρόνο και περίπου το 25% μέσα σε 2 χρόνια.^{49,50} Όταν παρέλθουν δύο χρόνια από τη διακοπή των φαρμάκων, η υποτροπή των κρίσεων είναι εξαιρετικώς σπάνια.⁴⁰⁻⁴¹

Δεν είναι πάντως απαραίτητο να επαναληφθεί η χορήγηση της αντιεπιληπτικής αγωγής αμέσως μετά την πρώτη υποτροπή. Καλό είναι να αναμένεται η δεύτερη, επειδή σε ορισμένους ανθρώπους η δεύτερη υποτροπή επέρχεται μετά από 5 ή και 10 χρόνια. Μεγαλύτερη πιθανότητα να υποτροπιάσουν έχουν όσοι εμφανίζουν μικτό τύπο κρίσεων, κροταφικές κρίσεις, όσοι έχουν ανώμαλο ΗΕΓ, όσοι εμφανίζουν συνοδό νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο και όσοι πάσχουν από νεανική μυοκλονική επιληψία.^{43, 44, 45} Παρομοίως, αυξημένη πιθανότητα υποτροπής έχουν εκείνοι που μέχρι να ελεγχθούν εμφάνιζαν μεγάλο αριθμό κρίσεων, καθώς και εκείνοι που μετά τη διακοπή της αγωγής θα κάνουν χρήση οινοπνευματωδών ποτών ή θα έχουν περιορισμένο σε διάρκεια ύπνο.

Εννοείται ότι σε ηλικιωμένους ασθενείς, που ζουν μόνοι τους ή που έχουν κακή γενική κατάσταση (οπότε τυχόν υποτροπή των κρίσεων μπορεί να είναι προβληματική ή επικίνδυνη, ενώ ένα status μοιραίο), δεν είναι λάθος να συνεχιστεί η θεραπεία, έστω και εάν παραμένουν ελεύθεροι κρίσεων για μεγάλο διάστημα.

Τρόπος διακοπής της θεραπείας

Η αντιεπιληπτική αγωγή πρέπει να διακόπτεται αργά και σταδιακά και αυτό είναι ένα θέμα στο οποίο όλοι συμφωνούν. Ωστόσο, δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς το ρυθμό διακοπής της θεραπείας. Έτσι, σε περίπτωση μονοθεραπείας, ορισμένοι προτείνουν η διακοπή να γίνεται σταδιακά μέσα σε 6 περίπου εβδομάδες, με ρυθμό μείωσης της δόσης 12–20% εβδομαδιαίως.⁴⁶ Άλλοι συνιστούν η διακοπή να γίνεται με βραδύτερο ρυθμό, π.χ. με μείωση του 25% της δόσης ανά 3μηνο.⁴⁷ Σε περίπτωση πολυθεραπείας, τα φάρμακα αποσύρονται το ένα μετά το άλλο, με τελευταίο το βασικό ή κύριο φάρμακο.

Ένα υπόδειγμα⁴⁸ διακοπής της θεραπείας σε περίπτωση που ο ασθενής λαμβάνει συνδυασμό 3 ΑΕΦ είναι το ακόλουθο: Αρχικά, διακόπτεται το πρώτο φάρμακο (κάποιο από τα συμπληρωματικά), σταδιακά μέσα σε διάστημα 10 εβδομάδων. Στη συνέχεια, η δοσολογία παραμένει αμετάβλητη για 6 εβδομάδες. Μετά, διακόπτεται το

επόμενο φάρμακο (συμπληρωματικό ή κύριο), σταδιακά, πάλι μέσα σε 10 εβδομάδες και στη συνέχεια η δόση παραμένει σταθερή για 6 εβδομάδες. Στο τέλος, αποσύρεται σταδιακά και το τρίτο φάρμακο, το οποίο θα πρέπει να είναι το φάρμακο εκλογής για τον τύπο των κρίσεων του ασθενούς.

Η φαινυτοΐνη και το βαλπροϊκό μπορεί να αποσυρθούν με σχετικώς ταχύ ρυθμό, με μικρό, γενικά, κίνδυνο υποτροπής, σε αντίθεση με την καρβαμαζεπίνη, τα βαρβιτουρικά και τις βενζοδιαζεπίνες, των οποίων η διακοπή πρέπει να γίνεται βραδέως.⁴⁹

Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της επιληψίας

Στην επιληψία σχεδόν πάντα χορηγούνται αντιεπιληπτικά φάρμακα. Πρόσφατες μελέτες και σε ανεπτυγμένες και σε αναπτυσσόμενες χώρες έχουν δείξει, ότι μέχρι το 70% των νεοδιαγνωσμένων παιδιών και ενηλίκων με επιληψία αντιμετωπίζονται επιτυχώς με αντιεπιληπτικά, ώστε να μην έχουν πλέον κρίσεις, υπό την προϋπόθεση να παίρνουν τα φάρμακά τους τακτικά (δες Πίνακα 3.4).

Πίνακας 3.4: Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της επιληψίας

Παρεμβάσεις	% χωρίς κρίσεις μετά ένα έτος
Αδρανές φάρμακο	δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία
Καρβαμαζεπίνη	52
Φαινοβαρβιτάλη	54-73
Φαινυτοΐνη	56

Πηγές:

Feksi AT et al. (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *The Lancet*, 337 (8738): 406-409.

Pal DK et al. (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *The Lancet*, 351 (9095): 19-23.

Μετά από 2-5 έτη επιτυχούς αγωγής (παύση των κρίσεων), η αγωγή μπορεί να διακοπεί στο 60-70% των περιπτώσεων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις η αγωγή πρέπει να συνεχιστεί δια βίου, και, υπό την προϋπόθεση ότι θα είναι τακτική, σε πολλές περιπτώσεις πιθανόν να μην υπάρχουν κρίσεις, ενώ σε άλλες η συχνότητα και σοβαρότητα θα είναι μειωμένες. Για μερικούς ασθενείς με ανθεκτική στην θεραπεία επιληψία, η νευροχειρουργική θεραπεία μπορεί να είναι επιτυχής. Η ψυχολογική και κοινωνική στήριξη είναι επίσης πολύτιμη.

Η φαινοβαρβιτάλη έχει γίνει το πλέον εν χρήσει αντιεπιληπτικό στις αναπτυσσόμενες χώρες, ίσως διότι τα άλλα φάρμακα στοιχίζουν 5-20 φορές περισσότερο.

Μια μελέτη στην αγροτική Ινδία βρήκε ότι το 65% όσων ελάμβαναν φαινοβαρβιτάλη αντιδρούσαν καλά στη θεραπεία, και το ίδιο ποσοστό ίσχυε για την φενυτοΐνη. Οι παρενέργειες ήταν παρόμοιες και για τα δύο φάρμακα (Mani et al 2001). Μια μελέτη στην Ινδονησία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, παρόλα τα κάποια μειονεκτήματα, η φαινοβαρβιτάλη θα πρέπει να χρησιμοποιείται κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μελέτες στον Ισημερινό και την Κένυα συνέκριναν τις φαινοβαρβιτάλη και την καρβαμαζεπίνη και βρήκαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια (Scot et al 2001). Στις περισσότερες χώρες, το κόστος της αγωγής με φαινοβαρβιτάλη είναι μικρό.⁴⁹

Σύνοψη - Συμπεράσματα

1. Μερικές φορές υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία, άλλες, όχι. Σε μερικούς ασθενείς η επιληψία μπορεί ακόμη και να εξαφανιστεί χωρίς λόγο, ενώ σε άλλους ασθενείς οι κρίσεις είναι τόσο ελαφριάς μορφής που δεν απαιτείται θεραπεία.⁵⁰

2. Δυστυχώς δεν υπάρχει ένα μαγικό φάρμακο που να θεραπεύει την επιληψία. Τα φάρμακα που παίρνουν οι ασθενείς με επιληψία στόχο έχουν να εμποδίσουν την εμφάνιση των σπασμών.^{6, 50}

3. Δίνουμε φάρμακα γιατί κατά τη διάρκεια μιας κρίσης μπορεί να συμβούν τραυματισμοί, ατυχήματα που μπορεί να είναι και θανατηφόρα. Οι συχνές επιληπτικές κρίσεις μπορεί να μειώσουν την μνήμη και την συγκέντρωση. Ειδικότερα στα παιδιά οι ανεξέλεγκτες κρίσεις δημιουργούν προβλήματα στην ένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο.

Τα φάρμακα λοιπόν που παίρνουν οι ασθενείς με επιληψία σκοπό έχουν να ελέγξουν τις κρίσεις. Υπάρχουν σήμερα στην ιατρική πληθώρα φαρμάκων για την επιληψία και σχεδόν πάντοτε θα βρεθεί το κατάλληλο φάρμακο ή ο κατάλληλος συνδυασμός φαρμάκων που θα ελέγξει τους σπασμούς στον ασθενή.^{6, 50}

3. Για την διακοπή της θεραπείας θα πρέπει, συνήθως να παραμείνει ο ασθενής ελεύθερος κρίσεων για δυο χρόνια και στη συνέχεια γίνεται σταδιακή διακοπή του φαρμάκου. Υπάρχουν όμως μορφές επιληψίας που χρειάζονται θεραπεία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Αυτό θα το κρίνει ο γιατρός. Επίσης υπάρχουν περιπτώσεις που ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να παίρνει το φάρμακο για ολόκληρη τη ζωή του.^{6, 50}

Όταν ένας ασθενής χρειάζεται πραγματικά θεραπεία, η πρώτη προσέγγιση είναι φαρμακευτική. Υπάρχουν διάφορα διαθέσιμα φάρμακα για την επιληψία· μια θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική για ένα συγκεκριμένο ασθενή ή ένα είδος επιληπτικής κρίσης, ενώ για κάποιον άλλο ασθενή ή είδος κρίσης μια διαφορετική θεραπεία μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική. Μπορεί επίσης ένας ασθενής να διαπιστώσει ότι μια ορισμένη θεραπεία του προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες. Συνεπώς, ο γιατρός πρέπει να ψάξει μέχρι να διαπιστώσει ποια φάρμακα (ή συνδυασμός φαρμάκων) λειτουργούν καλύτερα για κάθε ασθενή.

Ο σκοπός της αντιεπιληπτικής αγωγής, όπως προαναφέρθηκε, είναι να σταματήσει ή να ελαχιστοποιήσει τον αριθμό των κρίσεων έχοντας τις λιγότερες δυνατές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Υπάρχει μία πληθώρα αντιεπιληπτικών φαρμάκων από την οποία ο ειδικός μπορεί να επιλέξει ανάλογα με: ^{4, 50}

- Ø τον τύπο των κρίσεων
- Ø την αποτελεσματικότητα της αγωγής
- Ø την ηλικία και το τρόπο ζωής του ασθενή
- Ø τις ανεπιθύμητες ενέργειες της αγωγής
- Ø την πιθανότητα του φαρμάκου για αλληλεπιδράσεις με άλλα συγχορηγούμενα φάρμακα
- Ø την ευκολία στη χρήση που το φάρμακο παρέχει

Πάντως, ακόμη κι αν οι κρίσεις εξαφανιστούν με τη βοήθεια της φαρμακευτικής αγωγής, η ίδια η ασθένεια σπάνια εξαφανίζεται και συχνά απαιτείται θεραπεία για όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς. ^{3, 4, 50}

Ορισμένα αντι-επιληπτικά φάρμακα χάνουν σταδιακά την αποτελεσματικότητά τους με την πάροδο του χρόνου. Ο εγκέφαλος παύει να αντιδρά στο φάρμακο· ο ασθενής δηλαδή αναπτύσσει «αντίσταση» στη συγκεκριμένη αγωγή.

Συνήθως, όταν συμβεί κάτι τέτοιο ο γιατρός αποφασίζει ότι είναι καιρός να χορηγήσει άλλο φάρμακο. ^{9, 50}

Για περίπου 80% των ασθενών που πάσχουν από επιληψία, η πάθησή τους μπορεί να ελεγχθεί με τα σύγχρονα φάρμακα και με χειρουργικές μεθόδους. ⁵¹

Ορισμένα αντι-επιληπτικά φάρμακα μπορεί να επηρεάζουν την δράση ορισμένων άλλων φαρμάκων όπως των αντισυλληπτικών.

Το 70% των ασθενών που παρουσιάζουν επιληψία και παίρνουν αντιεπιληπτικά ελέγχονται πολύ ικανοποιητικά με ένα φάρμακο. Περίπου 20% βελτιώνονται με την προσθήκη δεύτερου ή τρίτου φαρμάκου και μόνο το 10% των επιληπτικών δεν ανταποκρίνονται, με αποτέλεσμα να αλλάζουν φάρμακα ή να αναζητούν άλλους τρόπους θεραπείας όπως π.χ. η χειρουργική.

Παγκοσμίως γίνονται συνεχείς προσπάθειες βελτίωσης των θεραπευτικών μέσων προσφέροντας ελπίδες για επιτυχέστερη αντιμετώπιση της ασθένειας.

Το 1997 η Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) των ΗΠΑ ενέκρινε τη χρήση της συσκευής διέγερσης του πνευμονογαστρικού νεύρου για την θεραπεία ασθενών που η επιληψία τους είναι ανθεκτική στα φάρμακα.⁵¹

Στην Ελλάδα υπάρχουν όλα τα μέσα διάγνωσης και αντιμετώπισης της επιληψίας, ώστε να μην χρειάζεται η μετάβαση στο εξωτερικό, παρά μόνο για πολύ ειδικές περιπτώσεις.^{7, 51}

4. Οι περισσότεροι ασθενείς με επιληψία θα ανταποκριθούν στην αντεπιληπτική αγωγή, είτε σε μονοθεραπεία, είτε σε πολυθεραπεία. Στην περίπτωση που ασθενής δεν ανταποκρίνεται στην αγωγή τότε αυτό μπορεί να σημαίνει ότι:

1. Το φάρμακο δεν είναι το σωστό.
2. Η δοσολογία είναι μικρότερη αυτής που ο ασθενής χρειάζεται.
3. Το φάρμακο δεν δίδεται σωστά. (π.χ. μερικοί γονείς παιδιών με επιληψία θρυματίζουν κάποια χάπια ενώ δεν πρέπει),
4. Τα διάφορα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και δεν λειτουργούν σωστά.
5. Ο ασθενής δεν συμμορφώνεται στηνθεραπεία (π.χ το παιδί ασθενής δεν παίρνει τα φάρμακα).
6. Η επιληψία είναι ανθεκτική στην αγωγή. Στην τελευταία αυτή περίπτωση είναι σημαντικό να σκεφθούμε άλλους τρόπους αντιμετώπισης όπως χειρουργική θεραπεία που προαναφέραμε και άλλα (πχ κετονική δίαιτα)

5. Η σωστή δοσολογία ορισμένων φαρμάκων προσδιορίζεται με τον έλεγχο της συγκέντρωσής τους στο αίμα. Αυτό που είναι ακόμη σημαντικότερο είναι να γνωρίζει ο γιατρός την αντίδραση του ασθενούς σε ένα συγκεκριμένο φάρμακο και εάν έχει παρουσιάσει παρενέργειες.^{9, 51}

6. Η ακριβής ώρα λήψης της φαρμακευτικής αγωγής δεν είναι εξέχουσας σημασίας. Ωστόσο, εάν ακολουθείται τακτική σειρά μειώνεται ο κίνδυνος να ξεχάσει ο ασθενής να πάρει τα φάρμακά του. Εάν υπάρχει ευαισθησία στο στομάχι, είναι καλύτερα ο ασθενής να παίρνει τα φάρμακά του μαζί με τα γεύματα, κατά προτίμηση με νερό ή γάλα. Τα ανθρακούχα ποτά μειώνουν την απορρόφηση κάποιων φαρμάκων.^{9, 51}

3.3 Άλλοι τρόποι (εκτός από φάρμακα) αντιμετώπισης της επιληψίας.

Στις περιπτώσεις που η Επιληψία δεν ελέγχεται με τα φάρμακα αναζητούνται άλλοι τρόποι βοήθειας του ασθενούς. Οι εναλλακτικές μορφές παρέμβασης που μπορεί να χρησιμοποιηθούν, πάντα κατά την κρίση των ειδικών γιατρών, είναι οι εξής (θα αναφερθούν απλώς χωρίς να επεκταθούμε σε λεπτομέρειες):

Η κετογονός δίαιτα.

Είναι μια ειδικού τύπου διατροφή που εφαρμόζεται μόνον σε παιδιά και στηρίζεται στην χορήγηση τροφών πολύ πλούσιων σε λιπαρές ουσίες (λίπη, έλαια), με αποτέλεσμα να δημιουργείται στον οργανισμό μια κατάσταση που λέγεται **κέτωση**.^{6, 63, 19} Αυτή η αλλαγή σε μερικά άτομα μπορεί να μειώσει την τάση για εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων. Η δίαιτα αυτή θεωρείται ότι μπορεί να έχει

ικανοποιητικά αποτελέσματα σε προσεκτικά επιλεγμένα περιστατικά. Σχετικά μειονεκτήματα της κετογόνου δίαιτας είναι ότι τα φαγητά δεν είναι πάντα εύγευστα ή εύκολο να ετοιμαστούν, απαιτείται αυστηρή συμμόρφωση με τις οδηγίες και συχνή παρακολούθηση από ομάδα ειδικών ιατρών και διαιτολόγων. Σε ορισμένα Κέντρα του εξωτερικού χρησιμοποιείται σε αρκετά μεγάλη έκταση και, όπως αναφέρεται, με αρκετή επιτυχία. Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιείται συχνά και υπάρχει περιορισμένη εμπειρία στο θέμα αυτό.

Η χειρουργική θεραπεία.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι πολύ δύσκολες και γίνονται μόνο σε πολύ λίγα εξειδικευμένα κέντρα.^{3,9, 52} Εάν είναι γνωστή η περιοχή του εγκεφάλου που προκαλεί τις κρίσεις, ο νευροχειρουργός μπορεί να προσπαθήσει να την καταστήσει αβλαβή ή να την αφαιρέσει με στόχο την απαλλαγή του ασθενούς από την κρίσεις ή έστω την μείωση τους. Είναι κρίσιμο να διασφαλιστεί ότι στην πορεία δεν θα υποστεί βλάβη οποιοδήποτε άλλο τμήμα του εγκεφάλου. Μερικές φορές είναι απαραίτητο ο ασθενής να είναι ξύπνιος κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας διαδικασίας, έτσι ώστε να γίνονται ενδιάμεσοι έλεγχοι για να διασφαλιστεί ότι εξακολουθούν να λειτουργούν συγκεκριμένες εγκεφαλικές λειτουργίες.

Για να συζητηθεί μια τέτοια δραστική παρέμβαση απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις, όπως:

- Πρώτον, πρέπει να είναι απόλυτα βέβαιο ότι έχει εξαντληθεί κάθε περιθώριο βοήθειας από την αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή.
- Δεύτερον, πρέπει να διαπιστωθεί με ειδικές εξετάσεις που ακριβώς βρίσκεται η επιληπτική εστία.
- Τρίτον, πρέπει να εκτιμηθεί εάν η αφαίρεση της συγκεκριμένης περιοχής του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στον ασθενή ή όχι.
- Τέταρτον, τόσο η προεγχειρητική εκτίμηση όσο και η χειρουργική επέμβαση πρέπει να γίνουν σε Ιατρικά Κέντρα με μεγάλη εμπειρία στα θέματα αυτά.

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται εδώ και αρκετές δεκαετίες στο εξωτερικό και θεωρείται ότι έχει αρκετά καλά αποτελέσματα εφόσον έχει γίνει σωστή επιλογή των ασθενών με τον κατάλληλο προεγχειρητικό έλεγχο. Στην Ελλάδα η χειρουργική θεραπεία της Επιληψίας έχει αρχίσει να εφαρμόζεται σχετικά πρόσφατα.^{3, 52}

Ο Ερεθιστής του Πνευμονογαστρικού νεύρου (VNS):

Είναι μια σχετικά νέα μορφή θεραπείας που συνίσταται στον διαρκή ηλεκτρικό ερεθισμό του εγκεφάλου μέσω ενός ηλεκτροδίου που τοποθετείται στο πνευμονογαστρικό νεύρο (βρίσκεται στην περιοχή του τραχήλου) και είναι συνδεδεμένο με έναν ηλεκτρικό «βηματοδότη» ο οποίος τοποθετείται κάτω από το δέρμα στην άνω περιοχή του θώρακα. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι δεν δημιουργεί ιδιαίτερες επιπλοκές, είναι σχετικά απλή στην τοποθέτηση της και δεν παρεμβαίνει στον ίδιο τον εγκέφαλο.

Ωστόσο η αποτελεσματικότητά της είναι μέτρια και δεν είναι βέβαιο ότι θα βοηθήσει πάντα τον ασθενή.^{10, 52}

ΜΕΡΟΣ - II

ΚΕΦΑΛΑΙΟ-4: “Επιληψία και Ζωή. Μύθοι και Πραγματικότητα”

4.1 Επιληψία και ζωή

Δεδομένου ότι η επιληψία ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό με τα φάρμακα, η ζωή του ασθενούς δεν επηρεάζεται σημαντικά.

Σε ό,τι αφορά την απασχόληση, ορισμένα επαγγέλματα και ορισμένα εργασιακά περιβάλλοντα, όπως για παράδειγμα η απασχόληση σε βαριά μηχανήματα, παρουσιάζουν πράγματι κίνδυνο. Υπάρχει όμως ένα τεράστιο φάσμα εργασιακών συνθηκών όπου η επιληψία δεν δημιουργεί καθόλου πρόβλημα ή σε ελάχιστο βαθμό. Η επιληψία δεν πρέπει να επηρεάζει τα ενδιαφέροντα των ατόμων όσον αφορά τον αθλητισμό και τη σωματική άσκηση.

Μπορεί κανείς να ασχοληθεί με τα περισσότερα αθλήματα, εκτός από αυτά όπου η επιληψία θα μπορούσε να επηρεάσει σοβαρά την ασφάλεια του ή την ασφάλεια των γύρω του. Οι επιληπτικές κρίσεις μπορούν να συμβούν λόγω έλλειψης ύπνου. Πρέπει ο τακτικός ύπνος να γίνει ουσιώδες τμήμα της καθημερινής ζωής του ασθενή.

Προσοχή χρειάζεται με το αλκοόλ, γιατί μπορεί να αλληλεπιδράσει με τα φάρμακα που παίρνει κανείς. Επιπλέον, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει σπασμούς. Τα τεστ δείχνουν ότι το 20% των αλκοολικών ανδρών και το 10% των αλκοολικών γυναικών πάνω από τα 25, εμφανίζουν "μεγάλους" σπασμούς, συνήθως 12 με 48 ώρες μετά την διακοπή του αλκοόλ.

Η επιληψία δεν εμποδίζει στο να φέρει κανείς στον κόσμο φυσιολογικά και υγιή παιδιά, όμως θα πρέπει να γίνει πρώτα συζήτηση με τον γιατρό που παρακολουθεί την ασθενή γυναίκα, δεδομένου ότι μπορεί να χρειάζεται να γίνουν ορισμένες αναπροσαρμογές στα φάρμακά της ώστε να ελαχιστοποιηθεί κάθε κίνδυνος για το έμβρυο. Δεν πρέπει να αλλάζονται τα φάρμακα του ασθενούς, εκτός αν αυτές είναι οι οδηγίες του γιατρού του.

4.2 Επιληψία Μύθοι και Πραγματικότητα

Το στίγμα που ακολουθεί την επιληψία εμποδίζει αυτά τα άτομα να συμμετέχουν σε ομαλές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, του γάμου, της εργασίας και των σπορ.

Στις μέρες μας, πολλοί άνθρωποι από όλες τις κοινωνικές βαθμίδες υποφέρουν από επιληψία και προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι υπάρχουν ακόμη κάποια "σκοτεινά σημεία" σχετικά με τη νόσο. Ο φόβος ενδεχόμενου στιγματισμού ή προκατάληψης έχει πράγματι ως αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να κρύβουν ότι πάσχουν από επιληψία από φίλους, εργοδότες και, μερικές φορές, ακόμη και από μέλη της ίδιας τους της οικογένειας.

Χωρίς αμφιβολία, η επιληψία έχει μια καθόλου ζηλευτή θέση στο μυαλό των

ανθρώπων, πιθανότατα εξαιτίας της εικόνας που έχουν στο μυαλό τους για τις επιληπτικές κρίσεις: σπασμοί, πτώση στο έδαφος, αφροί στο στόμα και σπασμωδικές κινήσεις των άκρων. Καλό θα είναι να διασαφηνίσουμε από την αρχή ότι αυτές οι εικόνες, αν και εντυπωσιακές, δεν είναι πια τόσο κοινές. Μια κρίση μπορεί να έχει απλά τη μορφή ζάλης ή απώλειας των αισθήσεων.

Πολλοί ασθενείς αποφεύγουν να ζητούν ιατρική βοήθεια γιατί φοβούνται την αντίδραση των άλλων. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας [Π.Ο.Υ] εκτιμά πως περίπου πενήντα εκατομμύρια άνθρωποι σε όλον τον κόσμο πάσχουν από επιληψία και από αυτούς τα 3/4 θα μπορούσαν να έχουν μια φυσιολογική ζωή αν έπαιρναν αντιεπιληπτικά φάρμακα που κοστίζουν ελάχιστα.**

Στην Ελλάδα, όπως τόνισε ο πρόεδρος της Ελληνικής Ένωσης κατά της Επιληψίας Αθ. Κοβάνης, διευθυντής του νευρολογικού τμήματος του νοσοκομείου Παίδων "Αγ. Σοφία", με αφορμή το 7ο Μεσογειακό Συνέδριο Επιληψίας, ο φόβος, η παρανόηση και η άσχημη συμπεριφορά των κακώς πληροφορημένων ανθρώπων υποχρεώνει σε κρυφό πόνο και συνεχές άγχος περισσότερους από Έκατό χιλιάδες Έλληνες οι οποίοι γνωρίζουν ότι πάσχουν από επιληψία να ζουν συνήθως μία τέτοια κρυφή και αγχώδη ζωή. Το γεγονός ότι οι πάσχοντες δεν μιλούν για την κατάστασή τους ούτε στον στενό τους περίγυρο προκαλεί μεγαλύτερα προβλήματα, αφού η ενημέρωση των οικείων για την αντιμετώπιση της επιληπτικής κρίσης είναι συνήθως σωτήρια για τους πάσχοντες.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της λανθασμένης πληροφόρησης για την επιληψία είναι το γεγονός ότι σε ορισμένες χώρες οι επιληπτικοί δεν επιτρέπεται να μετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες γιατί πιστεύεται πως η ασθένειά τους είναι μεταδοτική. Είναι χαρακτηριστικό πως στη Βρετανία ο νόμος που απαγόρευε στους επιληπτικούς να παντρεύονται, καταργήθηκε μόλις το 1970.**

Στις γραμμές που ακολουθούν επιχειρείται να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα που για πολλά χρόνια αποτελούσαν πηγή παραξήγησης και ταμπού, ώστε να φωτιστούν οι "σκοτεινές" και "παρεξηγημένες" πτυχές της νόσου.

Η επιληψία δεν είναι κληρονική.

Όμως όταν ένας από τους γονείς ή στενούς συγγενείς έχει επιληψία, τότε το παιδί έχει λίγο μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό να παρουσιάσει επιληψία. Ενώ στον γενικό πληθυσμό η πιθανότητα είναι 1%, στα παιδιά γονέων με επιληψία είναι 6%.^{9.53}

Ο ασθενής με επιληψία μπορεί να παντρευτεί.

Ελάχιστα άτομα με επιληψία δεν μπορούν να παντρευτούν και αυτό συνήθως είναι αποτέλεσμα κάποιας άλλης συνυπάρχουσας πάθησης. Βασική προϋπόθεση όμως είναι η ορθή ενημέρωση του μελλοντικού συντρόφου από την αρχή.^{9.53}

** Δημοσίευμα στην ηλεκτρονική έκδοση της εφημερίδας «Η ΑΥΓΗ», Συντάκτης : Μιχαλάκος Θωμάς ,
Ημ/νία καταχώρησης : 12/02/2001 21:06:54

Η γυναίκα με επιληψία μπορεί να μείνει έγκυος.

Με την προϋπόθεση ότι θα έχει στενή παρακολούθηση από τον θεράποντα γιατρό της. Σε γενικές γραμμές τα άτομα που πάσχουν από επιληψία μπορούν να τεκνοποιήσουν. Στις περισσότερες περιπτώσεις, όλα πάνε καλά και το παιδί είναι υγιές.^{9.53}

Ωστόσο, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι ελαφρώς μεγαλύτερος ο κίνδυνος να παρουσιάσει το παιδί κάποια ανωμαλία, λόγω πιθανών επιληπτικών κρίσεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και της φαρμακευτικής αγωγής που θα παίρνει η μητέρα. Παρόλα αυτά, η ασθενής δεν θα πρέπει να σταματήσει τη φαρμακευτική αγωγή λόγω εγκυμοσύνης εάν δεν συμβουλευτεί πρώτα το γιατρό γιατί κάτι τέτοιο μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κρίσεων, που είναι επιβλαβείς για το έμβryo. Μπορεί κανείς βέβαια, να μειώσει τον κίνδυνο ανωμαλίας παίρνοντας φυλλικό οξύ^{52.53} όσο προσπαθεί να συλλάβει, και συνεχίζοντας την αγωγή μέχρι και το δεύτερο μήνα της κύησης. Οι πιθανότητες των γυναικών με επιληψία να έχουν ένα φυσιολογικό και υγιές παιδί είναι πέραν του 90%.^{6.53}

Η επιληψία δεν είναι μεταδοτική.

Αν λοιπόν έχετε κάποιον γνωστό ή φίλο ο οποίος αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα, μπορείτε να συνεχίζετε να τον συναναστρέφεστε.^{9.54}

Η Επιληψία δεν είναι ούτε προκαλεί νοητική καθυστέρηση.

Λόγω του ότι η επιληψία είναι πιο διαδεδομένη στα άτομα με διανοητική καθυστέρηση, πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της επιληψίας και της ευφυΐας. Η αντίληψη αυτή ήταν πολύ εντονότερη στα παλαιότερα χρόνια, όταν οι άνθρωποι δεν γνώριζαν τις αιτίες της επιληψίας και έτσι την είχαν κατατάξει ανάμεσα στις ψυχιατρικές παθήσεις. Κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει, παρόλο που είναι γεγονός ότι η επιληψία σοβαρής μορφής μπορεί να καθυστερήσει την ανάπτυξη ενός παιδιού.^{9.54}

Σήμερα γνωρίζουμε ότι οι κρίσεις οφείλονται σε μία διαταραχή του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να μην θεωρείται πια νόσος του πνεύματος.

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών δεν παρουσιάζει ούτε ψυχικές διαταραχές ούτε χαμηλή νοημοσύνη. Τα παιδιά και οι έφηβοι που πάσχουν από επιληψία μπορούν να παρακολουθούν κανονικό σχολείο χωρίς δυσκολίες. Όπως και στον υπόλοιπο πληθυσμό συναντά κανείς υψηλής, μέτριας ή χαμηλής νοημοσύνης πάσχοντες από επιληψία. Άλλωστε η ιστορία έδειξε ότι σπουδαίοι άνθρωποι όπως :

- Ο Μέγας Αλέξανδρος, Ο Μέγας Ναπολέων,
- Ο Ιούλιος Καίσαρας, Η Ιωάννα Ντ'Αρκ,
- Ο Λουδοβίκος ΙΙ, Ο Κάρολος V,
- Ο Λένιν (Βλαδίμηρος Ιλιτς), Πάπας Πίος ΙΧ,
- Ο μουσικός Παγκανίνι, Ο ζωγράφος Βαν Γκογκ,
- Οι συγγραφείς Μπαίρον, Ντοστογιέφσκι, Φλωμπέρ, ο Μολιέρος, κλπ...
- Η αμερικανίδα ηθοποιός Μαργκότ Χεμινγουέι,
- Ο ερευνητής Άλφρεντ Νόμπελ (εφευρέτης της δυναμίτιδας και δημιουργός των βραβείων Νόμπελ), Ο φιλόσοφος Σωκράτης, κλπ..

είναι μερικοί μόνον επιληπτικοί ασθενείς που η ασθένεια τους δεν τους εμπόδισε να διακριθούν και να δώσουν το δικό τους στίγμα στην ιστορία, στα Γράμματα και στις Τέχνες. Παρά τα πιο πάνω ακόμα και σήμερα υπάρχουν άνθρωποι που πιστεύουν εσφαλμένα ότι όλα τα άτομα που πάσχουν από Επιληψία έχουν και προβλήματα νοητικής καθυστέρησης.

Ειδικότερα για ένα παιδί που εμφανίζει Επιληψία υπάρχει έντονη ανησυχία των γονιών για το ενδεχόμενο να εμφανίσει στην συνέχεια το παιδί τους νοητικά προβλήματα. Οι ανησυχίες αυτές στηρίζονται στο πραγματικό γεγονός ότι **ορισμένοι** ασθενείς με Επιληψία σ' ένα ποσοστό 10%-20% παρουσιάζουν πράγματι και νοητική καθυστέρηση (διαταραχές νοημοσύνης ή συμπεριφοράς). Σε αυτές τις περιπτώσεις όμως τα νοητικά προβλήματα δεν οφείλονται στην Επιληψία αλλά στην εγκεφαλική ανωμαλία ή βλάβη που υπάρχει και προκαλεί αφενός τα νοητικά προβλήματα και αφετέρου την Επιληψία. Για παράδειγμα, ένα παιδί με κάποια συγγενή ανωμαλία του εγκεφάλου μπορεί να εμφανίσει εκτός από επιληπτικές κρίσεις και νοητική καθυστέρηση η οποία βεβαίως δεν οφείλεται στην Επιληψία αλλά στην υφιστάμενη ανωμαλία του εγκεφάλου.

Οι συχνότερες αιτίες διαταραχής νοημοσύνης ή συμπεριφοράς είναι:

- Ø Βαριά εγκεφαλική βλάβη από προγεννητικά, περιγεννητικά ή μεταγεννητικά αίτια.
- Ø Εξελισσόμενες (νευροεκφυλιστικές) εγκεφαλικές παθήσεις.
- Ø Δυσμενείς περιβαλλοντικοί παράγοντες π.χ.. υπερπροστασία κακές διαπροσωπικές σχέσεις στην οικογένεια κ.ά.
- Ø Συνεχώς επαναλαμβανόμενες επιληπτικές κρίσεις, που προκαλούν διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα μείωση της μνήμης ευερεθιστότητα, επιβράδυνση των αντιδράσεων κ.α.

Εάν ο ασθενής δεν έχει ήδη πριν την εμφάνιση της Επιληψίας νοητικά προβλήματα είναι πολύ απίθανο ότι στην συνέχεια θα εμφανίσει νοητικές δυσκολίες. Μπορούμε λοιπόν να διαβεβαιώσουμε τους γονείς ενός νοητικά φυσιολογικού παιδιού ότι η εμφάνιση στο παιδί τους μιας επιληπτικής διαταραχής δεν πρόκειται, κατά κανόνα, να επηρεάσει αρνητικά την νοητική του εξέλιξη.^{53, 54}

Δεν είναι διαφορετικά τα άτομα που παρουσιάζουν επιληψία.

Τα άτομα που έχουν αυτή την ασθένεια, δεν είναι καθόλου διαφορετικά από εμάς. Πολλά από αυτά παίρνουν φάρμακα με τα οποία μπορούν να ελέγχουν τις κρίσεις τους. Μπορούν να κάνουν ακριβώς τα ίδια πράγματα με εμάς, απλά πρέπει να είναι λίγο πιο προσεκτικοί, ας πούμε στους χώρους όπου βρίσκονται. Δηλαδή πρέπει να προνοούν ώστε σε περίπτωση που πάθουν μια κρίση, να μην βρίσκονται σε κάποιο χώρο που να τους θέσει σε κίνδυνο, π.χ. σε μια βεράντα σε μεγάλο ύψος, μόνοι στη θάλασσα ή στο μπάνιο.

Η πρόκληση θανάτου από επιληψία.

Είναι πολύ σπάνια, αν ο ασθενής κάνει συνεχώς σπασμούς χωρίς να σταματήσει, για διάστημα μεγαλύτερο των 30 λεπτών (επιληπτική κατάσταση), τότε υπάρχει μικρή πιθανότητα να προκληθεί θάνατος. Θάνατος όμως μπορεί να προκληθεί και από τραυματισμούς κατά την διάρκεια μιας κρίσης, για αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στις δραστηριότητες του ασθενούς.^{9, 54}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ-5: “Επιληψία: Παιδιά- Εφηβεία και Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις”

Η επιληψία αποτελεί κοινό πρόβλημα της παιδικής ηλικίας. Υπολογίζεται ότι περίπου 1% των παιδιών εμφανίζει το πρόβλημα. Η απροσδόκητη εμφάνιση των κρίσεων, ο φόβος για τυχόν τραυματισμό ή πνιγμό του παιδιού και η ανησυχία για τη μελλοντική έκβαση προκαλούν μεγάλο άγχος και ανασφάλεια στην οικογένεια. Άλλωστε, οι κοινωνικές προκαταλήψεις που υπάρχουν για τη νόσο, έχουν ως αποτέλεσμα η διάγνωση της επιληψίας, σε πολλές περιπτώσεις, να αποτελεί "οικογενειακό μυστικό". Πολύ συχνά επιβάλλονται υπερβολικοί και άσκοποι περιορισμοί ή απαγορεύσεις στις δραστηριότητες του παιδιού. Στη φάση της εφηβείας, τέτοιοι περιορισμοί πολύ συχνά έχουν το αντίθετο από το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Υπάρχει μερικές φορές κάποια σύγχυση όσον αφορά στην επίδραση της εφηβείας στην επιληψία. Σε παλαιότερες εποχές πίστευαν ότι στη φάση της εφηβείας οι κρίσεις γίνονται συχνότερες και ότι η εφηβεία είναι η πλέον ακατάλληλη χρονική περίοδος για τυχόν διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Οι σύγχρονες αντιλήψεις ασφαλώς διαφέρουν από τις απόψεις αυτές. Είναι πλέον σαφές ότι η πορεία της επιληψίας κατά την εφηβεία εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τον τύπο της επιληψίας ή το επιληπτικό σύνδρομο που εμφανίζει ο ασθενής.

5.1 Σχέση πυρετικών σπασμών και επιληψίας

Συχνά συμβαίνει, ένα παιδί που παρουσιάζει πυρετό, ξαφνικά αρχίζει να παρουσιάζει συσπάσεις στα χέρια και στα πόδια και ταυτόχρονα χάνει την επαφή του με το περιβάλλον. Υπάρχουν περιπτώσεις που αντί των συσπάσεων το παιδί παρουσιάζεται από την αρχή πολύ χαλαρό, όπως τον "πεθαμένο" ή όπως το "ζυμάρι". Έτσι συνήθως περιγράφουν οι γονείς το παιδί. Σημαντικό επίσης είναι ότι πολλές φορές οι γονείς αντιλαμβάνονται τον πυρετό αφού το παιδί κάνει τους σπασμούς. Εκτός από τους σπασμούς και την απώλεια των αισθήσεων τα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν προσήλωση βλέμματος και περιστοματική κυάνωση. Προσήλωση βλέμματος, σημαίνει ότι το παιδί "καρφώνει" τα μάτια του σε συγκεκριμένο σημείο χωρίς να τα κινεί και βλέπετε ένα μεγάλο μέρος από το "ασπράδι" του ματιού. Περιστοματική κυάνωση είναι μπλε προς μαύρο χρώμα γύρω από το στόμα του παιδιού. Οι σπασμοί αυτοί εμφανίζονται, κυρίως σε παιδιά ηλικίας 6 μηνών με πέντε χρονών ,κατά την διάρκεια του πυρετού, γι' αυτό και λέγονται πυρετικοί σπασμοί. Συνήθως παρουσιάζονται την πρώτη μέρα του πυρετού.

Συνήθως διαρκούν γύρω στα 5-10 λεπτά, αλλά ο χρόνος αυτός φαίνεται στους γονείς σαν ένας ολόκληρος αιώνας.

Οι πυρετικοί σπασμοί είναι μια πολύ συχνή κατάσταση αφού 3 στα εκατό παιδιά θα παρουσιάσουν πυρετικούς σπασμούς. Μεγάλη σημασία έχει αν οι γονείς έκαναν πυρετικούς σπασμούς. Σε τέτοια περίπτωση η πιθανότητα να παρουσιάσει πυρετικούς σπασμούς το παιδί είναι αρκετά πιο μεγάλη.

Πολλοί γονείς φοβούνται ότι οι σπασμοί μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον εγκέφαλο, νοητική υστέρηση ή μαθησιακά προβλήματα. Τίποτα από τα πιο πάνω δεν ισχύει.

Οι πυρετικοί σπασμοί μπορεί να υποτροπιάσουν, να επαναλαμβάνονται δηλαδή μέχρι που το παιδί να γίνει 5 χρονών, αλλά δεν αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για να αναπτύξει το παιδί επιληψία στο μέλλον. Η πιθανότητα να επαναληφθούν οι σπασμοί είναι μεγαλύτερη μέσα στο πρώτο εξάμηνο από το πρώτο επεισόδιο και όσο περνά ο καιρός οι πιθανότητες μειώνονται σταθερά.⁵⁵

Το παιδί με σπασμούς χρειάζεται οπωσδήποτε να εξεταστεί από τον παιδίατρο του. Το πιο σημαντικό είναι να ανακαλύψει που οφείλεται ο πυρετός. Συνήθως είναι αποτέλεσμα κάποιας ιώσεως αλλά μπορεί να οφείλεται και σε οποιαδήποτε μικροβιακή λοίμωξη, ακόμα και μηνιγγίτιδα. Για αυτό ο γιατρός εξετάζοντας το παιδί θα αποφασίσει τι εξετάσεις χρειάζεται να κάνει το παιδί. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ο παιδίατρος μπορεί να ζητήσει να γίνει ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, όταν δηλαδή οι σπασμοί ξεφεύγουν από τα συνηθισμένα (για παράδειγμα διαρκούν περισσότερο από 15 λεπτά).⁵⁵

Αντιμετώπιση πυρετικών σπασμών.

Δεν υπάρχει θεραπεία για τους πυρετικούς σπασμούς. Τα παιδιά που κάνουν πυρετικούς σπασμούς σταματούν από μόνα τους συνήθως πριν από την ηλικία των πέντε χρονών. Υπάρχουν γιατροί που σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να χορηγήσουν κάποιο φάρμακο καθημερινά. Η χορήγηση αντισπασμωδικών φαρμάκων κατά την διάρκεια του πυρετού βρέθηκε ότι δεν βοηθά.⁵⁵

Για την αντιμετώπιση των πυρετικών σπασμών πρέπει να ακολουθούνται οι πιο κάτω οδηγίες:.⁵⁹

- Πρέπει να διατηρήσουμε την ΨΥΧΡΑΙΜΙΑ μας.
- Βάζουμε το παιδί σας στα πλάγια, έτσι ώστε αν κάνει εμετό να μην πνιγεί.
- Δεν πρέπει να προσπαθήσουμε να του κάνουμε τεχνική αναπνοή, δεν τη χρειάζεται. Το μόνο που μπορεί να πετύχετε είναι να το τραυματίσετε.
- Δε χρειάζεται να βάλετε οτιδήποτε στο στόμα.
- Βάλτε ένα υπόθετο για να ρίξετε τον πυρετό και πηγαίνετε στον παιδίατρο σας.
- Δεν χρειάζεται να τρέχετε με ιλιγγιώδη ταχύτητα, το παιδί σας δεν κινδυνεύει.
- Αν δεν είναι το πρώτο επεισόδιο, πιθανό ο γιατρός σας να σας έχει δώσει ειδικό φάρμακο (διαζεπάμη) σε υπόθετο που σταματά τους σπασμούς. Χρησιμοποιείστε το όπως ακριβώς σας έχει εξηγήσει ο γιατρός σας.

Οι οδηγίες αυτές, όπως θα δούμε και σε επόμενο κεφάλαιο, παρουσιάζουν ομοιότητες με αυτές που ακολουθούμε και στους επιληπτικούς σπασμούς.

5.2 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της επιληψίας στο παιδί και την οικογένεια

Σαν χρόνια σωματική ασθένεια ή διαταραχή ορίζεται κάθε οργανική διαταραχή η οποία διαρκεί άνω των τριών μηνών ή συνεπάγεται μία περίοδο νοσηλείας άνω του ενός μήνα, η οποία προκαλεί περιορισμούς στη κλίμακα των ικανοτήτων και των συμπεριφορών του ατόμου και επιφέρει μεταβολές στη κοινωνική του λειτουργικότητα ή στην άσκηση των κοινωνικών του ρόλων.

Η επιληψία όπως και η μεσογειακή αναιμία, η δρεπανοκυτταρική αναιμία, οι

αιμορραγικές διαθέσεις, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, οι καρδιακές παθήσεις, κλπ , μπορούν να θεωρηθούν χρόνια σωματικές ασθένειες.

Η χρόνια σωματική ασθένεια επιβαρύνει την παιδική ηλικία με οργανικά και λειτουργικά προβλήματα, επανειλημμένες ιατρικές επισκέψεις, πολύπλοκες εξετάσεις, συχνές νοσηλείες, αβεβαιότητα για το μέλλον και σύνθετα δευτερογενή ψυχολογικά, κοινωνικά και εκπαιδευτικά προβλήματα. Λόγω των πολλαπλών προβλημάτων τα οποία δημιουργεί θεωρείται πηγή χρόνιου στρες για το παιδί και την οικογένεια.

5.3 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της επιληψίας σαν χρόνιας σωματικής ασθένειας στο παιδί-ασθενή.

Από τις περισσότερες μελέτες προκύπτει ότι τα παιδιά τα οποία πάσχουν από χρόνιες σωματικές ασθένειες ή διαταραχές έχουν 1,5 έως 3 φορές περισσότερες πιθανότητες από ό,τι οι υγιείς συνομήλικοί τους να παρουσιάσουν ψυχικά, συμπεριφερολογικά και μαθησιακά προβλήματα. Υπάρχουν όμως και μελέτες οι οποίες αναφέρουν ότι δεν παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες από ό,τι οι άλλοι συνομήλικοί τους.

Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα τα οποία είναι δυνατόν να παρουσιάσουν είναι ποικίλα. Ειδικότερα αναφέρονται διαταραχή της εικόνας εαυτού, άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα συμπεριφοράς και δυσκολίες στο σχολείο. Σχετίζονται με τις αντιδράσεις του ίδιου του παιδιού, της οικογένειάς του και του ευρύτερου κοινωνικού τους περιβάλλοντος προς τη χρόνια σωματική ασθένεια. Η εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στο παιδί εξαρτάται από πολλούς άλλους παράγοντες: τις προσωπικές ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά του παιδιού, τις προϋπάρχουσες εμπειρίες της ζωής του, την ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς του, την προσωπικότητα και τις σχέσεις των γονέων του.^{56,57}

Ο αποχωρισμός του παιδιού από την οικογένεια για λόγους νοσηλευτικής περίθαλψης είναι δυνατόν να αποβεί ψυχοτραυματικός παράγοντας και να επηρεάσει την εξέλιξή του. Μελέτες υποστηρίζουν ότι υπάρχει μία συσχέτιση των εισαγωγών σε νοσοκομείο και της εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας στην εφηβεία. Προβλήματα είναι δυνατόν να προκληθούν και από περιορισμούς στην κινητικότητα και την διαίτα τους οποίους επιβάλλουν ορισμένες χρόνιες σωματικές ασθένειες. Από έρευνες προκύπτει ότι παιδιά τα οποία υπόκεινται σε περιορισμό της κινητικότητας, γίνονται φοβισμένα, παθητικά και εξαρτημένα από τους ενήλικες. Παιδιά με διαβήτη ή με νεφροπάθειες, η επιληψία, έχει φανεί ότι αισθάνονται διαφορετικά και ότι είναι υποκείμενα διακρίσεων και απόρριψης.^{56,57}

Η τακτική ιατρο-νοσηλευτική φροντίδα επίσης είναι δυνατόν να αποβεί για το παιδί παράγοντας δημιουργίας τάσης αυξημένης εξάρτησης και παλινδρόμησης με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η φυσιολογική του πορεία προς την ωρίμανση και την ανεξαρτητοποίηση. Επί πλέον οι επεμβάσεις στο σώμα του (ενέσεις, εγχειρήσεις) και η λήψη φαρμάκων είναι δυνατόν να γίνονται αφορμές ενεργοποίησης ιδεών και φαντασιώσεων (ευνουχισμού, επίθεσης, κ.α.), οι οποίες να του προκαλούν έντονο άγχος.

Οι συχνές απουσίες από το σχολείο σε περίπτωση επιπλοκών της ασθένειας είναι δυνατόν να αποτελέσουν επιπρόσθετο επιβαρυντικό παράγοντα και να επηρεάσουν αρνητικά την ομαλή ψυχοκοινωνική ωρίμανση του παιδιού. Σχετικά με αυτό υποστηρίζεται ότι η θετική στάση του εκπαιδευτικού προσωπικού και των συμμαθητών προς τη χρόνια σωματική ασθένεια θεωρείται διευκολυντικός παράγοντας της προσαρμογής του παιδιού στο σχολείο και συνακόλουθα της ομαλής εξέλιξής του.

Επί πλέον έχει φανεί ότι η παρατεταμένη χρόνια εμπειρία της ασθένειας είναι δυνατόν να οδηγεί το περιβάλλον του παιδιού να το αντιμετωπίζει μόνο με "ρόλο ασθενή". Στην περίπτωση αυτή το παιδί δέχεται διαρκώς ανοικτά ή συγκαλυμμένα μηνύματα ότι σαν ασθενής μειονεκτεί και ότι αναμένονται από αυτό λιγότερα σε σχέση με τους συνομηλίκους του. Το αποτέλεσμα της υιοθέτησης μιας ελλειμματικής εικόνας εαυτού από το παιδί το θέτει σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξει συναισθηματικές και λειτουργικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς.^{56.57}

5.4 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της επιληψίας σαν χρόνιας σωματικής ασθένειας στην οικογένεια.

Η χρόνια σωματική ασθένεια του παιδιού επηρεάζει άμεσα και με πολλούς τρόπους το οικογενειακό του περιβάλλον. Οι ιατρικές επισκέψεις και εξετάσεις, η χορήγηση φαρμάκων, οι κατ'οίκον θεραπείες και οι ανάγκες νοσηλείας του παιδιού διαταράσσουν και μεταβάλλουν την κανονική ροή της οικογενειακής ζωής.^{56.57}

Η χρόνια σωματική ασθένεια στο παιδί, λόγω της διαρκούς επιβάρυνσης την οποία προκαλεί, επιφέρει ενδοοικογενειακά συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η φύση και η έκταση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων τα οποία αντιμετωπίζει η οικογένεια εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες: την βαρύτητα και την πρόγνωση της ασθένειας, τα τυχόν συνοδά της προβλήματα, το είδος της ασθένειας (κληρονομική ή επίκτητη), την ηλικία του παιδιού κατά την έναρξη της ασθένειας, την ψυχική ωριμότητα των γονέων και την ύπαρξη ή όχι προηγούμενης ψυχικής διαταραχής σε μέλη της οικογένειας.^{56.57}

Σε συναισθηματικό επίπεδο, κατά την διάγνωση της χρόνιας σωματικής ασθένειας του παιδιού οι γονείς αντιδρούν με άγχος, ανησυχία, φόβους και ενοχή. Υποστηρίζεται ότι οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν έκφραση του θρήνου τους για την απώλεια του υγιούς "φυσιολογικού" παιδιού το οποίο ανέμεναν να έχουν. Τα συναισθήματα αυτά όταν παρατείνονται στον χρόνο είναι δυνατόν να οδηγήσουν τους γονείς σε καταστάσεις χρόνιας κατάθλιψης. Αποτέλεσμα είναι να παρεμποδίζεται η προσαρμογή τους στη νέα κατάσταση, να αδυνατούν να αποδεχθούν το πρόβλημα του παιδιού και να επηρεάζεται η σχέση τους μαζί του σε σημαντικό βαθμό. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι αρκετά συχνή η ανάπτυξη υπερπροστασίας και υπεραπασχόλησης προς το παιδί. Επίσης δεν είναι ασυνήθιστη η εμφάνιση εκ μέρους των γονέων τάσεων απόκρυψης της ασθένειας από το κοινωνικό περιβάλλον. Οι σχέσεις του ζευγαριού είναι δυνατόν να επιβαρυνθούν. Αναζωπυρώνονται παλαιά ενδοοικογενειακά προβλήματα και οι γονείς αδυνατούν να συνεργασθούν μεταξύ τους. Τότε το σχήμα το οποίο τείνει να επικρατεί είναι η μητέρα να επιφορτίζεται μόνη την φροντίδα της ασθένειας του παιδιού, ενώ ο πατέρας δεν ασχολείται καθόλου με αυτήν.^{56.57}

Σε κοινωνικό επίπεδο, πολλές οικογένειες αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα απομόνωσης και περιθωριοποίησης λόγω του κοινωνικού στίγματος το οποίο φέρει ακόμα η χρόνια σωματική ασθένεια. Επίσης λόγω των αναγκών φροντίδας του παιδιού με την ασθένεια οι γονείς είναι δυνατόν να αντιμετωπίζουν εργασιακά προβλήματα (τακτικές απουσίες, διακοπή της εργασίας). Επιπλέον αναγκάζονται να επωμίζονται και το οικονομικό κόστος της ασθένειας. Πολλές σχετικές δαπάνες καθώς είναι μη εμφανείς (μετακινήσεις, έκτακτα έξοδα, ειδικές θεραπείες, ειδικός εξοπλισμός, κ.α.) δεν καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και καταλήγουν να επιβαρύνουν τον οικογενειακό οικονομικό προϋπολογισμό.^{56.57}

Υποστηρίζεται ότι τα αδέρφια παιδιού με χρόνια σωματική ασθένεια έχουν αυξημένη πιθανότητα να αντιμετωπίσουν και αυτά ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Ορισμένοι γονείς στη προσπάθειά τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς παιδιού είναι δυνατόν να παραμελούν τα αδέρφια του, να γίνονται ιδιαίτερα επιεικείς προς αυτά λόγω της ενοχής τους ή να τα επιβαρύνουν με υψηλές προσδοκίες. Οι γονείς, οι οποίοι δεν είναι συναισθηματικά διαθέσιμοι στις ανάγκες των παιδιών, είναι δυνατόν να επιχειρούν να τους επιβάλλονται με τακτικές σκληρής πειθαρχίας ή να τα εγκαταλείπουν σε συναισθηματική μοναξιά. Οι συνήθεις αντιδράσεις των υγιών παιδιών της οικογένειας προς τη χρόνια σωματική ασθένεια του αδερφού τους είναι άγχος, απόρριψη, ενοχές και αναίτιοι φόβοι για την προσωπική τους υγεία.^{56.57}

5.5 Ενέργειες πρόληψης που χρειάζεται να αναπτύσσονται σχετικά με τις χρόνιες σωματικές ασθένειες.

Η ανάπτυξη ενεργειών σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης σε θέματα υγείας ώστε να αποφεύγονται γεννήσεις παιδιών με χρόνιες σωματικές ασθένειες ή διαταραχές είναι απαραίτητη. Στα μέτρα αυτά χρειάζεται να συμπεριλαμβάνονται η παροχή γενετικών συμβουλών, τα προγράμματα πρόληψης των κληρονομικών νοσημάτων, οι καλές συνθήκες διατροφής και διαβίωσης των εγκύων, οι καλές συνθήκες τοκετού και η παρακολούθηση των νεογέννητων από οργανωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.^{56.57}

Για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων παιδιών με χρόνια σωματική ασθένεια και των οικογενειών τους είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού.

Επιπλέον σημαντική είναι και η ευαισθητοποίηση των εκπαιδευτικών σε συναφή θέματα για να παρέχουν την βοήθεια την οποία χρειάζονται τα παιδιά και οι έφηβοι με χρόνια σωματική ασθένεια κατά την σχολική τους ζωή. Χρειάζεται επίσης να υποστηρίζεται γενικότερα η προαγωγή της ψυχικής υγείας με συγκεκριμένες δράσεις με στόχο την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του παιδιού και την τροποποίηση των αρνητικών κοινωνικών στάσεων προς τα άτομα με χρόνιες σωματικές ασθένειες ώστε να ενισχύεται η κοινωνική τους ένταξη.^{56.57}

5.6 Κατευθυντήριες γραμμές για την ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού με χρόνια σωματική ασθένεια.

Στόχοι της κατάλληλης φροντίδας του παιδιού με χρόνια σωματική ασθένεια είναι η μείωση στο ελάχιστο των βιολογικών συνεπειών της ασθένειας, η ενίσχυση της φυσιολογικής του ανάπτυξης και εξέλιξης, η υποστήριξη του δυναμικού του σε όλα τα επίπεδα και η πρόληψη και αντιμετώπιση των συναισθηματικών και κοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας στο παιδί και στην οικογένεια. Η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των επιπτώσεων της χρόνιας σωματικής ασθένειας, τόσο σε ιατρικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, απαιτεί την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας μέσω συντονισμένων ιατρικών, ψυχολογικών, εκπαιδευτικών και κοινωνικών υπηρεσιών. Η παρεχόμενη φροντίδα στο παιδί χρειάζεται να είναι οικογενειοκεντρική διότι μοιράζεται από κοινού με την οικογένεια τις επιπτώσεις της ασθένειας. Επίσης πρέπει να βασίζεται σε υπηρεσίες ενταγμένες στην κοινότητα για να αποφεύγονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις της αδυναμίας και της ανεπάρκειας τις οποίες επιφέρουν στο παιδί οι συχνές επισκέψεις στα νοσοκομεία.^{56.57}

Η λειτουργία παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα και σε γενικά νοσοκομεία είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών αναγκών του παιδιού και της οικογένειας. Η διεπιστημονική ομάδα ψυχικής υγείας του παιδιού μέσω της Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής Ψυχιατρικής παρέχει συμβουλευτικό και εκπαιδευτικό έργο προς τις υγειονομικές μονάδες φροντίδας των παιδιών με την χρόνια σωματική ασθένεια, συμβουλευτικές και ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες στο παιδί και την οικογένεια και όποτε κρίνεται αναγκαίο συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς των σχολείων.^{56.57}

Ειδικότερα, στόχοι της συμβουλευτικής και ψυχοθεραπευτικής εργασίας είναι ο εντοπισμός των ψυχολογικών προβλημάτων, η διευκρίνιση των απρόσφορων συναισθηματικών αντιδράσεων και των ενδοψυχικών συγκρούσεων και η συζήτηση των βαθύτερων συναισθημάτων για την ασθένεια, του άγχους για τους κινδύνους της ασθένειας στη ζωή του παιδιού και των δυσκολιών που δημιουργούνται στη ζωή των ατόμων εξαιτίας της ασθένειας. Το παιδί και η οικογένειά του έχει φανεί ότι μέσω συμβουλευτικής και ψυχοθεραπευτικής εργασίας μειώνουν το άγχος και την ενοχή, διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ τους, μειώνουν τις συγκρούσεις τους, βελτιώνουν τις σχέσεις τους και αποκτούν μια περισσότερο ρεαλιστική στάση απέναντι στην ασθένεια.^{56.57}

Για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και εξέλιξη του παιδιού με χρόνια σωματική ασθένεια προτείνεται να τηρούνται οι ακόλουθες οδηγίες:

Το παιδί πρέπει να βοηθείται στην κατανόηση της ασθένειάς του, να δέχεται τις απαραίτητες κατά περίπτωση θεραπείες και να του επισημαίνεται ότι τυχόν επιπλοκές οι οποίες εμφανίζονται στην πορεία της ασθένειας δεν σημαίνουν απαραίτητα επιδείνωση. Επιπλέον χρειάζεται να ενθαρρύνεται να αντιμετωπίζει το μέλλον με αισιοδοξία και να ενισχύεται η προσωπική συμμετοχή του σε θέματα διαχείρισης της ασθένειας με σκοπό την προώθηση της αυτονομίας του.

- Η οικογένεια πρέπει να στηρίζεται από τον οικογενειακό ιατρό, και όταν χρειάζεται από ειδικό ψυχικής υγείας, για να αποδεχθεί την ασθένεια του παιδιού.

- Οι γονείς πρέπει να συμπεριφέρονται στο παιδί με τρόπο ανάλογο με εκείνον με τον οποίο συμπεριφέρονται στα υγιή αδέρφια του.
- Οι γονείς χρειάζεται να ενθαρρύνονται να συνεργάζονται με κοινωνικές υπηρεσίες και με υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την επίλυση τυχόν προβλημάτων τα οποία αντιμετωπίζουν.
- Το παιδί πρέπει να υποστηρίζεται στην ένταξη στο σχολείο. Οι εκπαιδευτικοί χρειάζεται να ενημερώνονται σχετικά με την χρόνια ασθένεια και να αποφεύγουν να παρέχουν ειδικά προνόμια στο παιδί ή να του επιβάλλουν περιορισμούς (εκτός των ιατρικά ενδεδειγμένων) έτσι ώστε να προωθείται η αυτονομία του. Το παιδί πρέπει να διευκολύνεται στην κοινωνική του ένταξη. Η υπερπροστασία του χρειάζεται να αποφεύγεται διότι το οδηγεί σε εξάρτηση.
- Στον έφηβο πρέπει να διατίθεται επαγγελματικός προσανατολισμός με σκοπό την προετοιμασία για την επαγγελματική του αποκατάσταση και εάν κρίνεται αναγκαίο να του παρέχεται ειδική επαγγελματική κατάρτιση και ειδικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.^{56, 57}

5.7 Επιληψία και εφηβεία

Η εξέλιξη της επιληψίας σε σχέση με την εφηβεία εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το επιληπτικό σύνδρομο που εμφανίζει ο ασθενής. Σε μερικά επιληπτικά σύνδρομα παρατηρείται αυτόματη ίαση με την έναρξη της εφηβείας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι παιδικές αφαιρέσεις, η καλοήθης εστιακή επιληψία με κεντροκροταφικές αιχμές και το σύνδρομο Παναγιωτόπουλου (σε αυτό το τελευταίο, η υποχώρηση των κρίσεων γίνεται ακόμη νωρίτερα). Αντίθετα, υπάρχουν επιληπτικά σύνδρομα που πρωτοεμφανίζονται στην εφηβεία (π.χ. εφηβικές αφαιρέσεις, νεανική μυοκλονική επιληψία, επιληψία με γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις στην αφύπνιση, φωτοευαίσθητη επιληψία). Τα περισσότερα από τα επιληπτικά σύνδρομα αυτής της κατηγορίας ανήκουν στην κατηγορία των ιδιοπαθών γενικευμένων επιληπιών και καθορίζονται γενετικά.

Η ηλικία της εφηβείας είναι η ηλικία της αμφισβήτησης. Δεν είναι επομένως περίεργο ότι ο έφηβος με επιληψία αντιδρά με ανάλογο τρόπο. Η αμφισβήτηση της διάγνωσης καθώς και της ανάγκης συστηματικής χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής είναι συνήθεις αντιδράσεις. Είναι φυσικό να υπάρχει δυσκολία αποδοχής της χρονιότητας της νόσου και αμφισβήτηση των κάποιων αναγκαίων περιορισμών (άθληση, ξενύχτι, οινόπνευμα κ.λπ.). Αρκετά συχνή είναι και η "δοκιμαστική" διακοπή φαρμάκων. Οι έφηβοι συχνά εκφράζουν ανησυχίες για τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων (μείωση νοητικών ικανοτήτων, αύξηση βάρους, διαταραχές κύκλου κ.λπ.), καθώς και για τη μελλοντική έκβαση και για τις τυχόν επιδράσεις στην επαγγελματική και οικογενειακή αποκατάσταση. Πιστεύεται ότι είναι απαραίτητη η ειλικρινής ενημέρωση του εφήβου για το πρόβλημα και τις αληθινές του διαστάσεις.^{8, 57}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ - 6: “Η ζωή με την επιληψία.”

Το άτομο που πάσχει από επιληψία μπορεί να ζήσει μια κανονική ζωή, εφόσον ελέγχει τις κρίσεις του, παίρνοντας τα φάρμακα που του συνέστησε ο γιατρός του. Στις γραμμές που ακολουθούν δίνονται χρήσιμες πληροφορίες που αφορούν στην καθημερινότητα αλλά και στην ποιότητα της ζωής του ασθενούς με επιληψία.

6.1 Η ζωή με την επιληψία- πρακτικές πληροφορίες .

1. Πόση οινοπνευματώδων ποτών από ασθενή που λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για την επιληψία.

Ένα ποτήρι οινοπνευματώδους ποτού περιστασιακά δεν είναι βλαβερό. Ωστόσο, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα όταν πίνουν οινοπνευματώδη.⁵⁸

2. Οδήγηση οχημάτων από ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για την επιληψία.

Συνήθως τα άτομα που έχουν παρουσιάσει για πρώτη φορά επιληπτική κρίση δεν επιτρέπεται να οδηγήσουν για έξι μήνες (αυτό μπορεί να διαφέρει από χώρα σε χώρα). Εάν δεν βρεθεί συγκεκριμένο αίτιο για την κρίση αυτή και το ΗΕΓ είναι φυσιολογικό, τότε το άτομο μπορεί να και πάλι να οδηγήσει μετά από τρεις μήνες.

Ένα άτομο με μεγαλύτερο ιστορικό επιληψίας πρέπει να μην παρουσιάσει κρίσεις για ένα χρόνο προκειμένου να του επιτραπεί και πάλι να οδηγεί. Επίσης, όταν σημειωθεί αλλαγή στη φαρμακευτική αγωγή (διαφορετικό φάρμακο ή αλλαγή της δοσολογίας) ο πάσχων πρέπει να μην παρουσιάσει επιληπτική κρίση για ένα χρόνο για να του επιτραπεί και πάλι η οδήγηση (Αυτό το χρονικό διάστημα μπορεί επίσης να ποικίλει από χώρα σε χώρα. Συμβουλευτείτε το γιατρό σας σχετικά.)⁵⁸

3. Ανεπιθύμητες ενέργειες των αντι-επιληπτικών φαρμάκων.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντι-επιληπτικών φαρμάκων είναι συνήθως ελαφρές και παροδικές. Οι συνήθεις παρενέργειες περιλαμβάνουν πονοκέφαλο, υπνηλία και κόπωση. Άλλες πιο σοβαρές και λιγότερο συνήθεις παρενέργειες περιλαμβάνουν: δερματικό έκζεμα, ηπατικές και νεφρικές διαταραχές, πονόλαιμο, απώλεια μαλλιών ή αναιμία. Οι παρενέργειες αυτές μπορεί να μειωθούν με τη μείωση της δοσολογίας. Η δοσολογία θα πρέπει πάντα να ρυθμίζεται από το γιατρό που παρακολουθεί τον ασθενή.⁵⁸

4. Σχέση αντι-επιληπτικών φαρμάκων με τα αντισυλληπτικά χάπια.

Ορισμένα αντι-επιληπτικά φάρμακα επιταχύνουν τη διάσπαση των αντισυλληπτικών χαπιών στο συκώτι. Μια απρόσμενη αιμορραγία μπορεί να σημαίνει ότι το χάπι λειτουργεί λιγότερο αποτελεσματικά από ότι συνήθως. Μερικές φορές εμφανίζεται αιμορραγία μεταξύ περιόδων. Σε αυτή την περίπτωση, το αντισυλληπτικό χάπι είναι λιγότερο αξιόπιστο. Σε συνεργασία με το γιατρό, η γυναίκα θα πρέπει να επιλέξει ένα

ισχυρότερο χάπι ή τη λήψη δύο χαπιών. Μπορεί επίσης να επιλέξει κάποια άλλη αντισυλληπτική μέθοδο, εκτός από το χάπι ή σε συνδυασμό με αυτό. Συμβουλευτείτε το γιατρό σας σχετικά.⁵⁸

5. Σημαντικότητα χορήγησης φυλλικού οξέως κατά την κύηση ασθενούς με επιληψία.

Τα αντι-επιληπτικά φάρμακα αυξάνουν τον κίνδυνο ανωμαλιών στο κεντρικό νευρικό σύστημα του εμβρύου. Η χρήση του φυλλικού οξέως τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και αρκετούς μήνες πριν από αυτή μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ανωμαλιών στο νευρικό σωλήνα του εμβρύου. Η ασθενής θα πρέπει να συζητήσει τη χρήση φυλλικού οξέως με το γιατρό της.⁵⁸

6. Αντι-επιληπτικά φάρμακα και εθισμός.

Τα αντι-επιληπτικά φάρμακα δεν προκαλούν εθισμό. Εάν ο ασθενής σταματήσει τη λήψη τους μετά από αρκετά χρόνια, μπορεί να παρουσιάσει ανησυχία και αϋπνία. Ωστόσο, αυτά τα συμπτώματα είναι βραχυπρόθεσμα.⁵⁸

7. Χρονικό διάστημα που πρέπει να παίρνει ο ασθενής την αντι-επιληπτική αγωγή.

Ορισμένοι ασθενείς χρειάζεται να παίρνουν αντι-επιληπτική φαρμακευτική αγωγή για όλη τους τη ζωή. Ευτυχώς, αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Εάν ο ασθενής δεν έχει παρουσιάσει επιληπτικές κρίσεις για περισσότερα από δύο έως τέσσερα χρόνια, μπορεί να συμβουλευτεί το γιατρό του για την πιθανότητα να σταματήσει σταδιακά την αγωγή. Όμως δεν είναι βέβαιο ότι οι κρίσεις θα έχουν σταματήσει για πάντα.⁵⁸

Η λήψη των αντι-επιληπτικών φαρμάκων δεν πρέπει να σταματά απότομα και με πρωτοβουλία του ασθενούς. Κάτι τέτοιο αυξάνει τον κίνδυνο επιληπτικής κρίσης. Ο ασθενής θα πρέπει να συμβουλευτεί πρώτα το γιατρό του.⁵⁸

8. Η σχέση της θέασης τηλεόρασης με την πρόκληση επιληπτικής κρίσης. Προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνονται.

Επειδή οι εικόνες της τηλεόρασης τρεμοπαίζουν με μεγάλη ταχύτητα μπορεί να ερεθιστεί ο εγκέφαλος με τέτοιο τρόπο ώστε να προκληθεί επιληπτική κρίση (φωτοκινητική επιληψία) σε ένα άτομο με τέτοια προδιάθεση. Η διάγνωση τίθεται εύκολα με το ΗΕΓ.

Στις περιπτώσεις αυτές η τηλεόραση πρέπει να περιορίζεται ή και να αποφεύγεται και να λαμβάνονται οπωσδήποτε οι παρακάτω προφυλάξεις:

. Να τοποθετείται η συσκευή τουλάχιστον 3 μέτρα μακριά και να είναι στο ίδιο επίπεδο με τα μάτια

. Μέσα στο δωμάτιο να υπάρχει διάχυτο φως και καλύτερα μία μικρή λάμπα πάνω από τη συσκευή της τηλεόρασης.

. Να αποφεύγεται η γρήγορη αλλαγή των καναλιών, να προτιμάται το τηλεκοντρόλ, και μάλιστα με κλείσιμο του ενός ματιού. Υπάρχουν ειδικά γυαλιά για την τηλεόραση, ενώ τα γυαλιά ηλίου δεν είναι βοηθητικά. Τα γυαλιά της τηλεόρασης χρησιμοποιούνται μαζί μ' ένα ειδικό φίλτρο που τοποθετείται πάνω στην οθόνη της τηλεόρασης έτσι ώστε τα φωτεινά ερεθίσματα να εισέρχονται μόνο από το ένα μάτι. Στην ουσία το αυτό επιτυγχάνεται κι αν το παιδί την ώρα της τηλεθέασης καλύψει το ένα μάτι του.

. Μικρή συσκευή τηλεόρασης είναι προτιμότερη από μία μεγάλη. Σε όλες τις άλλες μορφές επιληψίας ισχύει ότι και για τα υγιή παιδιά. Δηλαδή, οι υπερβολές ν' αποφεύγονται και τα παιδιά ποτέ αργά το βράδυ να μην παρακολουθούν τηλεοπτικά προγράμματα.^{3.58}

9. Η σχέση των Video-παιχνιδιών με την πρόκληση επιληπτικών κρίσεων.

Τα τελευταία χρόνια έγινε σημαντική έρευνα γύρω από την επίδραση των Video-παιχνιδιών και έδειξε ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερος κίνδυνος από αυτά στο παιδί με επιληψία. Αν το παιδί είναι φωτοευαίσθητο, είναι προτιμότερο να παίζει παιχνίδια σε κανονική οθόνη computer ή στις ειδικές κονσόλες για τα παιχνίδια αυτά, παρά στην οθόνη της τηλεόρασης.^{3.58}

10. Η επίδραση της Ντίσκο στην πρόκληση επιληπτικής κρίσης.

Τα φωτορυθμικά της ντίσκο μπορεί να προκαλέσουν σπασμούς σε μερικά φωτοευαίσθητα νεαρά άτομα, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται με ζέστη, θόρυβο, ξενύχτι, σωματική κόπωση και οιοπνευματώδη. Στην πραγματικότητα υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος φωτορυθμικών (strobe lights) που προκαλούν σπασμούς σε φωτοευαίσθητο άτομο. Αν μία disco χρησιμοποιεί τέτοια φώτα είναι καλύτερο ν' αποφεύγεται. Επίσης αν ένα άτομο εκτεθεί αιφνίδια σε φωτορυθμικά που του προκαλούν ενόχληση μπορεί να μειώσει την ευαισθησία του και να προστατεύσει τον εαυτό του καλύπτοντας με το χέρι το ένα μάτι.^{3.58}

11. Εργασία με υπολογιστή και πρόκληση επιληπτικής κρίσης.

Τα κομπιούτερ και η τηλεόραση δεν λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο και τα φωτεινά ερεθίσματα που παρέχουν δεν έχουν τις ίδιες ιδιότητες. Η φυσιολογική εργασία στον υπολογιστή δεν προκαλεί επιληπτικές κρίσεις. Η οθόνη τρεμοπαίζει με συχνότητα που δεν προκαλεί οποιαδήποτε εγκεφαλική αντίδραση. Ωστόσο, το να παίζει κανείς έντονα παιχνίδια στον υπολογιστή που έχουν συχνές αναλαμπές φωτός είναι ένα εντελώς διαφορετικό ζήτημα. Ο συνδυασμός της υπερέντασης και των αναλαμπών είναι ικανός να προκαλέσει επιληπτική κρίση, σε άτομα με τέτοια προδιάθεση.^{3.58}

Γενικά το παιδί με επιληψία μπορεί να χρησιμοποιεί computer υπό την προϋπόθεση ότι η οθόνη είναι ενδεδειγμένη για το computer και όχι μία κοινή οθόνη τηλεόρασης. Αν και σ' αυτή την περίπτωση οι γονείς δεν αισθάνονται ασφάλεια, τότε μπορεί να χρησιμοποιήσουν οθόνη LCD (Liquid Crystal Display) που είναι ασφαλής.^{3.58}

12. Η ενάσχοληση ασθενούς με επιληψία με τα Σπορ.

Η σημασία του παιχνιδιού και γενικά των σπορ στη ανάπτυξη και ανάδειξη των ικανοτήτων του παιδιού, είναι πλέον σ' όλους γνωστή. Φυσικά δεν εξαιρείται το παιδί με επιληψία. το οποίο με το παιχνίδι αποκτά περισσότερη αυτοπεποίθηση με αποτέλεσμα πιο υπεύθυνη συμπεριφορά και πιο αποτελεσματική θεραπεία. Υπάρχουν βέβαια κάποιες βασικές οδηγίες που αφορούν σε πρώτη γραμμή την αποφυγή κινδύνου να τραυματισθεί το παιδί ιδιαίτερα στο κεφάλι, αν κατά τη διάρκεια της άθλησης συμβεί κάποιος επιληπτικός σπασμός. Οι υπερβολές σε ορισμένα σπορ μπορεί να είναι επικίνδυνες για την εμφάνιση κρίσεων. Πάντως όταν σ' ένα παιδί σχολικής ηλικίας εμφανισθούν για πρώτη φορά κρίσεις καλό είναι για 2-3 μήνες να αποφευχθούν ορισμένα αθλήματα π.χ. κολύμβηση.

Γενικά ισχύουν οι ακόλουθοι κανόνες: ^{3, 58}

Κολύμβηση: Αυτή επιτρέπεται μόνον υπό την επιτήρηση ενήλικου, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για κολύμβηση σε ανοιχτή θάλασσα αλλά και στη πισίνα, ενώ συνίσταται επίβλεψη ακόμη και όταν το παιδί βρίσκεται στην μανιέρα. Γενικώς πρέπει να αποφεύγονται τα μακροβούτια και οι καταδύσεις.

Ποδηλασία: Επιτρέπεται εφόσον ο ασθενής είναι ελεύθερος σπασμών για 3-6 μήνες έτσι ώστε να μην θέτει σε κίνδυνο τον εαυτό του και τους άλλους. Όλα τα παιδιά πρέπει να φέρουν προστατευτικό κράνος στο κεφάλι και να αποφεύγουν τους πολυσύχναστους δρόμους.

Χειμερινά σπορ: Σπορ όπως σκι είναι επιτρεπτά αρκεί να αποφεύγεται η πτώση από ύψος. Και οι παγοδρομίες επιτρέπονται αρκεί να υπάρχει προφύλαξη της κεφαλής με κράνος.

Ενόργανος γυμναστική: Επίπονες και επικίνδυνες ασκήσεις και συνεχείς προπονήσεις με σκοπό τον πρωταθλητισμό πρέπει να συζητώνται με το θεράποντα. Γενικά πρέπει να αποφεύγονται αθλήματα όπως μποξ, ιππασία, δισκοβολία, πέταμα με ανεμόπτερο, ράλι με μοτοσικλέτα ή αυτοκίνητο. (βλ. “Επιληψία και Άθληση”)

13. Τα προβλήματα που έχει ένα παιδί με επιληψία στον παιδικό σταθμό και το σχολείο.

Ως γνωστόν η καλύτερη παιδαγωγική προετοιμασία όλων των παιδιών για το κανονικό σχολείο επιτυγχάνεται όταν αυτό προηγουμένως έχει παρακολουθήσει ένα παιδικό σταθμό. Το ίδιο ισχύει και για τα παιδιά που πάσχουν από επιληψία ειδικότερα όταν με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή έχουν οι σπασμοί τους σημαντικά βελτιωθεί ή σταματήσει. Θα πρέπει ωστόσο να ενημερωθεί η βρεφονηπιαγωγός για την ασθένεια του παιδιού και τις πιθανές διαταραχές συμπεριφοράς που αυτό μπορεί να παρουσιάζει. Τα παιδιά που εμφανίζουν έντονη νευρική και ανησυχία αρχικά πρέπει να παραμένουν για λίγες ώρες στο σταθμό προσαρμοζόμενα σταδιακά στο περιβάλλον. Παιδιά με ψυχονοητική καθυστέρηση είναι καλό να παρακολουθούν ειδικό παιδικό σταθμό, όπου οι ομάδες των παιδιών είναι πολύ μικρές, η νηπιαγωγός μπορεί να τα φροντίζει περισσότερο, ν' απασχολείται μαζί τους λόγω και των ειδικών γνώσεων και εμπειριών που διαθέτουν σε θέματα παιδιών με ειδικά προβλήματα. Το αυτό ισχύει και για το σχολείο. Επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει, ότι τα παιδιά με επιληψία με φυσιολογική ψυχοκινητική εξέλιξη όταν αναπτύσουν πνευματική δραστηριότητα εμφανίζουν μικρότερο αριθμό σπασμών.

Σκόπιμο είναι βέβαια ν' αποφεύγεται κάθε υπερβολή.

Τα σημαντικότερα προβλήματα που εμφανίζονται στο σχολείο είναι:

- . έντονη ανησυχία σε σημείο πολλές φορές ν' ενοχλούνται τα υπόλοιπα παιδιά.
- . βραδύτητα στην εκτέλεση εντολών μ' αποτέλεσμα να μην προλαβαίνουν τις σχολικές τους υποχρεώσεις.
- . διάσπαση συγκέντρωσης προσοχής.
- . γρήγορη κόπωση.

Τα προβλήματα αυτά πρέπει οι γονείς να συζητούν με τους εκπαιδευτικούς προς όφελος του παιδιού. Ωστόσο 30% όλων των παιδιών με επιληψία δεν είναι ικανά να παρακολουθήσουν ένα κανονικό σχολείο.^{3.58}

Το γεγονός αυτό βέβαια δεν επιθυμούν οι γονείς για να μην μειονεκτεί το παιδί τους έναντι των υπολοίπων συμμαθητών του. Πρέπει όμως να γνωρίζουν ότι περισσότερο νιώθει μειονεκτικά και ταλαιπωρείται, όταν το αποτέλεσμα της προσπάθειάς του - παρά την επιπλέον βοήθεια στο σπίτι- είναι στο σχολείο αρνητικό. Έτσι το παιδί είναι απογοητευμένο, φοβισμένο δεν επιθυμεί να συνεχίσει την προσπάθειά του, ενώ σε ένα ειδικό σχολείο μπορεί να έχει πολύ καλή επίδοση και να νιώθει και τι ίδιο ευχαριστημένο.

Σημαντικό είναι πάντως να ενημερώνεται ο δάσκαλός του σχολείου για την πάθηση του παιδιού για να μπορούν να αντιμετωπίσουν τυχόν απρόοπτες καταστάσεις και να δείξουν κατανόηση στις τυχόν ιδιαιτερότητες.^{3.58}

14. Τι πρέπει να γνωρίζουν οι παιδαγωγοί.

Αν οι κρίσεις συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ημέρας, είναι σκόπιμο να πληροφορήσουμε όσους είναι επιφορτισμένοι με την ημερήσια φροντίδα του παιδιού. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν η διάγνωση έχει γίνει πρόσφατα και η πιθανότητα υποτροπής των κρίσεων είναι μεγάλη. Ο παιδαγωγός πρέπει να γνωρίζει πώς είναι οι κρίσεις του παιδιού έτσι ώστε να τις αναγνωρίσει και να ειδοποιήσει τους γονείς. Αν δοθεί φαρμακευτική αγωγή ο παιδαγωγός / θα πρέπει να πληροφορηθεί για πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου π.χ. υπνηλία οι οποίες ίσως να επηρεάσουν την επίδοση του παιδιού στο σχολείο.

Θα πρέπει να παραδεχθούμε ότι αρκετές φορές η αντιμετώπιση εκ μέρους των παιδαγωγών δεν είναι η πρέπουσα και ενδεδειγμένη, συνήθως γιατί δεν έχουν εκπαιδευθεί σωστά πάνω στα θέματα υγείας των παιδιών και λιγότερο συχνά γιατί αντιμετωπίζουν το θέμα με αρνητισμό και ευθυνοφοβία. Ο γονέας στην περίπτωση αυτή πρέπει να ζητήσει τη βοήθεια του γιατρού του παιδιού του ο οποίος γραπτά ή προφορικά θα δώσει τις αναγκαίες εξηγήσεις και πληροφορίες.

Αν οι κρίσεις του παιδιού είναι πλήρως ελεγχμένες ή μόνον νυκτερινές ο γονέας αφού συζητήσει και με το γιατρό του, μπορεί να αποφασίσει να μην ανακοινώσει το θέμα στο σχολείο.^{3,58}

15. Αντιμετώπιση του παιδιού που επαναστατεί στη λήψη φαρμάκων του.

Ίσως το φάρμακο να έχει άσχημη γεύση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις το μέλι, η μαρμελάδα ο χυμός κόμης και το γάλα ή τσάϊ μπορούν να βοηθήσουν. Μερικές φορές τα χάπια που έχουν γραφτεί από τον γιατρό είναι μεγάλα και δυσκολεύουν το παιδί να τα καταπιεί. Η αλλαγή τους σε σιρόπι είναι αναγκαία. Πολλά παιδιά δεν θέλουν να πάρουν τα φάρμακά τους γιατί ακούν από τους γονείς, ότι αυτά είναι επικίνδυνα και έχουν επιπλοκές.

Άλλοτε πάλι γιατί η σχέση μαζί τους είναι διαταραγμένη και μ' αυτόν τον τρόπο θέλουν να τους τιμωρήσουν μη ικανοποιώντας τη επιθυμία τους. Είναι λοιπόν σημαντικό οι γονείς να ξεπεράσουν οι ίδιοι τους φόβους τους απέναντι στα φάρμακα και ν' αντιμετωπίζουν τη διαδικασία της χορήγησής τους χωρίς υπερβολές και ανασφάλεια.^{3,58}

16. Τι πρέπει να γνωρίζουν τα άτομα με επιληψία

- Να ακολουθούν τη θεραπεία σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.
- Να αναφέρουν στον γιατρό τυχόν παρενέργειες από τα φάρμακα.
- Να μη διακόπτουν απότομα τα αντιεπιληπτικά φάρμακα.
- Να ζουν φυσιολογική ζωή. Ανάλογα με τον έλεγχο αλλά και το είδος των κρίσεων μπορεί να υπάρχουν ειδικοί περιορισμοί.⁵⁹

17. Τι πρέπει να αποφεύγουν τα άτομα με επιληψία.

- Να κάνουν μπάνιο με κλειστή πόρτα.
- Να κολυμπούν μόνοι.
- Να οδηγούν αυτοκίνητο εάν δεν έχουν ρυθμιστεί απόλυτα οι κρίσεις τους.
- Να αποφεύγουν ορισμένες δραστηριότητες (π.χ. υποβρύχιο ψάρεμα) και επαγγέλματα (π.χ. οικοδόμος, οδηγός λεωφορείου, αεροπόρος).⁵⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ- 7: “Επιληψία και πρώτες Βοήθειες”

7.1 Πρώτες βοήθειες στην Επιληψία.

Για να είμαστε σε θέση να αντιμετωπίσουμε ένα επεισόδιο σπασμών (δηλαδή μια γενικευμένη τονικοκλονική κρίση) προσφέροντας τις απαραίτητες πρώτες βοήθειες πρέπει να έχουμε μια στοιχειώδη ενημέρωση για το τι συμβαίνει στην διάρκεια ενός τέτοιου επεισοδίου.

Η εικόνα του ασθενούς είναι χαρακτηριστική. Η έναρξη είναι αιφνίδια, το άτομο συνήθως χάνει τις αισθήσεις του και πέφτει κάτω, υπάρχει ένα γενικευμένο σφίξιμο του κορμιού που ακολουθείται από ρυθμικές και έντονες συσπάσεις όλων των άκρων. Τα μάτια είναι ανοιχτά και γυρισμένα προς τα επάνω (βολβοστροφή), το στόμα είναι σφιχτά κλειστό, η αναπνοή βγαίνει με ρόγχο, το πρόσωπο και τα χείλη μπορεί να κυανώνονται (μπλαβίζουν) λόγω πτωχής οξυγόνωσης. Μπορεί ακόμη να τρέχουν σάλια με αφρό από το στόμα του ασθενούς ενώ, σπανιότερα, παρατηρείται απώλεια ούρων ή κοπράνων.^{3.60}

Μια γενικευμένη τονικοκλονική κρίση συνήθως διαρκεί λίγα λεπτά αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η διάρκεια της μπορεί να είναι αρκετά μεγαλύτερη. Όταν το επεισόδιο τελειώσει ο ασθενής αρχίζει να συνέρχεται σταδιακά αλλά είναι συγχυτικός ή «θολωμένος» και, σπανιότερα, μπορεί να παρουσιάζει υπερδιέγερση. Συνήθως θέλει να κοιμηθεί μετά το επεισόδιο και όταν ξυπνά είναι καλά ή έχει πονοκέφαλο. Η φάση αυτή ονομάζεται μετακρυσική φάση και κρατά από λίγα λεπτά μέχρι και λίγες ώρες.

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό των επεισοδίων σπασμών ο ασθενής συνέρχεται χωρίς καμιά βλάβη στην υγεία του. Αυτό ισχύει ακόμα και εάν δεν βρίσκεται δίπλα του κάποιος για να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες. Επικίνδυνο γίνεται ένα επεισόδιο σπασμών είτε εάν η διάρκεια του είναι πολύ μεγάλη είτε εάν συμβεί σε συνθήκες που μπορεί να οδηγήσουν σε ατύχημα. Για παράδειγμα μια κρίση που θα συμβεί όταν ο ασθενής κολυμπάει στην θάλασσα ή οδηγεί αυτοκίνητο ή βρίσκεται κάπου ψηλά, από όπου μπορεί να πέσει στο έδαφος, μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες.

Οι πρώτες βοήθειες σε ένα επεισόδιο σπασμών είναι οι εξής :^{3.10.60}

Τι πρέπει να κάνουμε.

- Ø Παραμένουμε ψύχραιμοι. Κοιτάμε την ώρα ώστε να ξέρουμε πόσο θα διαρκέσει το επεισόδιο. Καθησυχάζουμε όσους βρίσκονται κοντά και αφήνουμε την κρίση να εξελιχθεί χωρίς να προσπαθήσουμε να την στανατήσουμε.
- Ø Να βάλουμε ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι ή κάποιο μαλακό ρούχο (σακάκι, κλπ).
- Ø Να βγάλουμε τα γυαλιά (μυωπίας, κλπ) ή την οδοντοστοιχία, αν φοράει και να απομακρύνουμε αντικείμενα που μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό του ασθενούς.

- Ø Το πιο σημαντικό μέτρο που πρέπει να πάρουμε είναι να τοποθετήσουμε τον ασθενή (μετά την κρίση) στην σωστή θέση έτσι ώστε να διευκολυνθεί η αναπνοή του και να μην καταπιεί ενδεχόμενα εμέσματα. Το κορμί πρέπει να είναι γυρισμένο στο ένα πλάι με το πρόσωπο στριμμένο ελαφρά προς τα κάτω, ώστε να διατηρηθούν ανοικτοί οι αεραγωγοί προς αποφυγή πνιγμονής.
- Ø Εναλλακτικά μπορούμε να φέρουμε το κορμί στην πρηνή θέση δηλαδή «μπρούμυτα», με το κεφάλι πάλι στραμμένο προς το ένα ή το άλλο πλάι. **ΔΕΝ** τοποθετούμε τον ασθενή στην ύπτια θέση, δηλαδή «ανάσκελα», γιατί έτσι δυσχεραίνεται η αναπνοή του.
- Ø Παραμένουμε δίπλα του χωρίς να προσπαθούμε να ακινητοποιήσουμε το



Η σωστή θέση τοποθέτησης ενός ασθενούς στην διάρκεια ενός επεισοδίου σπασμών

κορμί και τα άκρα που συνήθως τινάζονται. Απομακρύνουμε από κοντά του διάφορα αντικείμενα στα οποία θα μπορούσε να χτυπήσει.

Για να διευκολυνθεί η αναπνοή χαλαρώνουμε – εάν χρειάζεται – τα ρούχα στην περιοχή του λαιμού και εάν υπάρχει σιελόρροια καθαρίζουμε με ένα ύφασμα το στόμα.

Ø **ΔΕΝ** προσπαθούμε να βάλουμε τα δάκτυλα μας ή κάποιο άλλο σκληρό αντικείμενο στο στόμα του ασθενούς για να αναπνέει καλύτερα. Η πολύ διαδεδομένη ιδέα ότι την στιγμή των σπασμών ο ασθενής μπορεί «να καταπιεί την γλώσσα του» και συνεπώς πρέπει να την τραβήξουμε έξω είναι απλά μύθος. Με τέτοιους χειρισμούς μάλλον δυσχεραίνουμε περισσότερο την αναπνοή του ασθενούς και επίσης κινδυνεύουμε να τον τραυματίσουμε ή να τραυματιστούμε εμείς οι ίδιοι.

Ø Μόλις ο ασθενής αρχίσει να συνέρχεται εάν μεν θέλει να κοιμηθεί τον αφήνουμε να το κάνει εάν δε είναι διεγερτικός προσπαθούμε με ήπιο τρόπο να τον ηρεμήσουμε.

Ø Να παραμείνουμε για 15 – 20 λεπτά της ώρας και να ελέγξουμε την αναπνοή και το χρώμα του.

Ø Να δείξουμε κατανόηση μετά την κρίση

Ø Να προσφερθούμε να καλέσουμε ταξί, συγγενή ή φίλο για να βοηθήσουν το άτομο να πάει σπίτι αν φαίνεται μπερδεμένο ή εάν δεν μπορεί να πάει σπίτι μόνο του.

Όσον αφορά τους μικρούς σπασμούς, δε χρειάζεται συνήθως να πάρουμε μέτρα παρά μόνο εάν είναι πολύ έντονοι και έχουν τάση για επιδείνωση και μεγάλη διάρκεια. Συνήθως η παρατήρηση των κρίσεων και η παρουσία μας δίπλα στον ασθενή είναι πιο σημαντικές από βεβιασμένες και έντονες ενέργειες.

Ένα σημαντικό ερώτημα πρακτικού χαρακτήρα είναι εάν πρέπει απαραίτητως να μεταφερθεί ο ασθενής στο Νοσοκομείο μετά από ένα επεισόδιο σπασμών. Αυτό θα καθοριστεί αφενός από την διάρκεια και βαρύτητα του επεισοδίου και αφετέρου από το εάν είναι ήδη γνωστό από τι πάσχει (πχ από διαγνωσμένη Επιληψία) ή το επεισόδιο των σπασμών ήταν κάτι καινούργιο και μη διερευνημένο.^{3,60}

Τι να μη κάνουμε.

- Να μη επιχειρούμε μετακίνηση, ενώ ο σπασμός εξελίσσεται, εκτός εάν υπάρχει άμεσος κίνδυνος π.χ. αν ο σπασμός συμβαίνει σε έναν δρόμο που περνάνε αυτοκίνητα ή πάνω σε ένα κεφαλόσκαλο ή κοντά σε νερό κ.ά..
- Να μη προσπαθήσουμε να συγκρατήσουμε τις κινήσεις
- Να μην τον σηκώσουμε.
- Να μη βάλουμε αντικείμενα σκληρά όπως κουτάλι ή μολύβι ανάμεσα στα δόντια, για τον κίνδυνο τραυματισμού ή τα δάκτυλά μας για να μην καταλήξουμε σε κάκωσή τους.
- Να μη προσπαθήσουμε να δώσουμε νερό ή φάρμακο από το στόμα κατά τη διάρκεια του σπασμού.
- Να προσπαθήσουμε να κάνουμε τεχνητή αναπνοή εκτός από τη σπάνια περίπτωση που ο ασθενής δεν αναπνέει.
- Να μην ενοχλήσουμε το άτομο την ώρα, που το επεισόδιο έχει μόλις τελειώσει, αλλά να τον αφήσουμε να συνέλθει με ηρεμία και ησυχία, επιβεβαιώνοντας τον ότι όλα θα πάνε καλά.^{3,60}

Πότε δεν είναι αναγκαστικά απαραίτητη η μεταφορά του ασθενούς στο Νοσοκομείο.

Εάν είναι γνωστό από τι πάσχει ο ασθενής, το επεισόδιο είχε ολιγόλεπτη διάρκεια και ο ασθενής αρχίζει σύντομα να συνέρχεται, η μεταφορά του στο Νοσοκομείο δεν είναι αναγκαστικά απαραίτητη. Μπορεί να αφεθεί να συνέλθει στο σπίτι του εφόσον υπάρχει κάποιος συνοδός.¹⁹

7.2 Πότε πρέπει να μεταφερθεί ο ασθενής στο Νοσοκομείο.

- Εάν δεν είναι γνωστό από τι πάσχει ο παθών.
- Εάν ο σπασμός διαρκεί περισσότερο από τις συνηθισμένες κρίσεις του ασθενούς ή διαρκεί περισσότερο από 10 - 15 λεπτά, ή εάν η κρίση επαναληφθεί ή εάν υπάρχει πρόβλημα με την αναπνοή του.
- Εάν ο ασθενής δεν συνέρχεται εύκολα μετά τον τερματισμό της κρίσης ή ένας μεγάλος σπασμός ακολουθείται από τον άλλο χωρίς ανάκτηση των αισθήσεων στο μεσοδιάστημα.
- Εάν ο ασθενής χτυπήσει το κεφάλι του πέφτοντας στη έναρξη του σπασμού και δεν ανακτά τις αισθήσεις του ενώ ο σπασμός έχει ήδη σταματήσει, λόγω πιθανής κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης από την πτώση.

- Εάν υπάρχει τραυματισμός που δεν αντιμετωπίζεται στο σπίτι.
- Σε κάθε περίπτωση που ο συνοδός δεν αισθάνεται βέβαιος για το πώς πρέπει να ενεργήσει είναι προτιμότερο ο ασθενής να μεταφερθεί στο Νοσοκομείο.

Η αναπνοή σχεδόν πάντα επανέρχεται αυτόματα μετά από μια κρίση. Αν ο ασθενής δεν αναπνέει, αυτό σηματοδοτεί επιπλοκή της κρίσης. Το βλέπουμε όταν υπάρχει έλλειψη δυνατότητας αναπνοής, καρδιακή προσβολή ή χτύπημα στον λαιμό. Σε αυτές τις ασυνήθιστες περιστάσεις πρέπει να αρχίσει αμέσως CPR (καρδιοαναπνευστική ανάνηψη). Αν υπάρξουν επαναλαμβανόμενες κρίσεις ή μία κρίση διαρκέσει πάνω από πέντε λεπτά, το άτομο πρέπει να έχει άμεση ιατρική βοήθεια. Επαναλαμβανόμενες ή παρατεταμένης διάρκειας κρίσης μπορεί να είναι status epilepticus (κρίσεις που δεν σταματούν), που απαιτεί επείγουσα ιατρική βοήθεια.^{10. 60}

7.3 Ειδικά μέτρα για την αντιμετώπιση επεισοδίου σπασμών.

Τα παρακάτω μέτρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνον εφόσον έχουν συστηθεί από τον γιατρό του ασθενούς.

1. Σε πολλές περιπτώσεις ο γιατρός κρίνει σκόπιμο να εφοδιασθούν οι γονείς ή οι συνοδοί ενός ασθενούς με ένα φάρμακο σε μορφή μικρού κλύσματος το οποίο μπορούν οι ίδιοι να χορηγήσουν από το ορθό (σαν υπόθετο) σε περίπτωση επεισοδίου σπασμών.

Το φάρμακο αυτό περιέχει την φαρμακευτική ουσία Διαζεπάμη. Κυκλοφορεί με το εμπορικό όνομα STESOLID σε συσκευασίες των 5 ή των 10 mgr και χορηγείται από το φαρμακείο μόνον με ειδική ιατρική συνταγή. Η Διαζεπάμη είναι ένα ισχυρό αντισπασμωδικό φάρμακο που απορροφάται πολύ γρήγορα από το έντερο, δρα γρήγορα, η δράση του διαρκεί μικρό χρονικό διάστημα και βοηθά να τερματιστεί γρήγορα το επεισόδιο. Στο νοσοκομείο συχνά δίνεται ενδοφλεβίως, αλλά στο σπίτι μπορείτε να χορηγήσετε το φάρμακο από το ορθό και η αποτελεσματικότητα είναι σχεδόν η ίδια.^{10. 61}

Η χρήση της Διαζεπάμης είναι απλή, πολύ αποτελεσματική και απόλυτα ασφαλής πρακτική καθώς δεν έχει καμιά σοβαρή παρενέργεια. Σε ελάχιστες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθούν υπνηλία και αστάθεια στην βάδιση για λίγες μόνον ώρες μετά την χορήγηση της. Μπορεί να χορηγηθεί με ασφάλεια από τον γονιό, τον συνοδό ή τον εκπαιδευτικό του παιδιού. Θεωρείται απαραίτητο βοήθημα για ένα άτομο με Επιληψία και στην πατρίδα μας χρησιμοποιείται ευρύτατα, ειδικά στην παιδική ηλικία.

Αποθήκευση της διαζεπάμης

Το σκεύασμα πρέπει να φυλάσσεται μακριά από τα παιδιά σε ένα δροσερό μέρος. Πρέπει να ελέγχεται η ημερομηνία λήξης, ώστε το φάρμακο να αντικαθίσταται μετά το πέρας αυτής της ημερομηνίας.⁶¹

Ο γιατρός που θα χορηγήσει το φάρμακο οφείλει να εξηγήσει στον γονιό ή συνοδό πότε, πως και σε ποια δόση πρέπει να χορηγείται το φάρμακο. Σε γενικές γραμμές ισχύουν οι εξής οδηγίες :

Το φάρμακο χορηγείται μόνον εάν το επεισόδιο ξεπεράσει σε διάρκεια τα 3 – 5 λεπτά. Η δόση για ένα παιδί βάρους έως 10 κιλά είναι 5 mgr ενώ για παιδιά μεγαλύτερου βάρους και για ενήλικες είναι 10 mgr . Εάν το επεισόδιο των σπασμών επιμένει περισσότερο από περίπου 10 λεπτά μετά την αρχική χορήγηση της Διαζεπάμης μπορεί να χορηγηθεί και μια δεύτερη παρόμοια δόση. Σε αυτή την περίπτωση βέβαια θα πρέπει ήδη να έχει ξεκινήσει η διαδικασία μεταφοράς του ασθενούς στο πλησιέστερο Νοσοκομείο.^{10, 61}

2. Εάν ο γιατρός το κρίνει σκόπιμο μπορεί να συστήσει στους γονείς ή συνοδούς του ασθενούς να εφοδιαστούν με έναν αεραγωγό δηλαδή έναν ειδικό μικρό πλαστικό σωλήνα που μπορεί εύκολα να τοποθετηθεί στο στόμα του ασθενούς σε περίπτωση επεισοδίου σπασμών ώστε αφενός να διευκολύνει την αναπνοή και αφετέρου να προστατεύει από το ενδεχόμενο της εισρόφησης. Ο αεραγωγός πρέπει να έχει μέγεθος κατάλληλο για την ηλικία του ασθενούς και ο συνοδός πρέπει να εξοικειωθεί (είναι πολύ εύκολο) με την χρήση του.^{10, 61}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ- 8: “Ο Ασθενής με επιληψία και η κοινωνική του Ζωή”

8.1 Η απασχόληση των ατόμων με επιληψία.

Οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από επιληψία δεν έχουν ανάγκη από κάποια ειδική βοήθεια ώστε να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στην παραγωγική διαδικασία.

Αν και η ανεργία είναι ανώτερη αυτής του γενικού πληθυσμού, το 70%- 80% των ασθενών εξασκούν αποτελεσματικά κάποια εργασία, μερικές φορές όμως η επιληψία μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές δυσκολίες στην εύρεση και διατήρηση μίας θέσης εργασίας.^{9,62}

Ο σκοπός των ακόλουθων κατευθυντήριων γραμμών συνίσταται στην εισαγωγή και την εφαρμογή ορισμένων θεμελιωδών και τεκμηριωμένων αρχών στην εργασιακή πραγματικότητα, έτσι ώστε να βελτιωθούν οι εργασιακές ευκαιρίες των ανθρώπων με επιληψία.

Στο πλαίσιο της διατύπωσης των κατευθυντήριων γραμμών για την εργασία, Επιτροπή του International Bureau for Epilepsy,¹³ βασίστηκε σε κάποιες γενικότερα αποδεκτές αρχές ως προς την επιληψία, την σφαιρική αντιμετώπισή της και τα δικαιώματα των ανθρώπων με ειδικές ανάγκες.

Η επιληψία είναι μία λειτουργική διαταραχή του εγκεφάλου, που εκδηλώνεται στους πάσχοντες με επαναλαμβανόμενες κρίσεις. Υπάρχουν ποικίλες μορφές επιληπτικών κρίσεων που διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους ως προς την συχνότητα και την βαρύτητά τους.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι κρίσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά αλλά και μακροπρόθεσμα με ειδική θεραπεία, δηλαδή με φαρμακευτική αγωγή και μέτρα για την ακολουθητέα συμπεριφορά. Τόσο η διάγνωση όσο και η εμφάνιση κρίσεων δεν θα έπρεπε να θέσουν υπό αμφισβήτηση την ικανότητα ενός ανθρώπου, να ασκήσει ένα αμειβόμενο επάγγελμα.

Στις σπάνιες εκείνες περιπτώσεις όπου οι περιορισμοί για συγκεκριμένες εργασιακές θέσεις καθίστανται απαραίτητοι, θα πρέπει η ανάλογη απόφαση να βασίζεται σε μία δίκαια αξιολόγηση τόσο των ειδικών εργασιακών απαιτήσεων, διανοητικών και φυσικών, όσο και του συγκεκριμένου πάσχοντα. Διαφορετικά τέτοιοι περιορισμοί αποτελούν δυσμενή διάκριση εις βάρος του.

Όλοι οι άνθρωποι με επιληψία θα πρέπει να έχουν τις ίδιες δυνατότητες πρόσβασης όπως κάθε άλλος άνθρωπος στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, τις υπηρεσίες αποκατάστασης, τα προγράμματα εργασίας και την κοινωνική υποστήριξη, ούτως ώστε να επιτύχουν τον καλύτερο δυνατό έλεγχο της πάθησής τους και να εξασφαλίσουν περισσότερες ευκαιρίες απασχόλησης.

Οι πάσχοντες από επιληψία θα πρέπει κατά τις διαδικασίες εύρεσης εργασίας, επιλογής υποψηφίων και πρόσληψης να απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους υπόλοιπους εργαζόμενους.⁶²

Κατευθυντήριες γραμμές για την δίκαια μεταχείριση των ανθρώπων με επιληψία στον εργασιακό τομέα:⁶²

- Ιατρική περίθαλψη
- Αξιολόγηση καταλληλότητας για ειδικές εργασιακές θέσεις
- Επιλογή υποψηφίων
- Παροχή βοήθειας στον εργασιακό χώρο

Ιατρική περίθαλψη

Είναι γνωστό ότι τόσο ο καλός έλεγχος των κρίσεων και γενικότερα η καλή προσαρμογή στην πάθηση αυτή όσο και η ψυχική υγεία και οι εργασιακές ικανότητες ενός ατόμου με επιληψία, μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά τις εργασιακές ευκαιρίες του.

Κατά την αξιολόγηση ενός εργαζομένου ή υποψηφίου ο εργοδότης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα ακόλουθα σημεία αναφορικά με την επιληψία και τις ενδεχόμενες επιπτώσεις της στην απόδοση του εργαζομένου :

Υπάρχουν ποικίλες μορφές επιληπτικών κρίσεων.

Πολλοί άνθρωποι βιώνουν μία μοναδική κρίση σε όλη τους τη ζωή (Σε τέτοιες περιπτώσεις σπάνια γίνεται λόγος για επιληψία)

Η πρώτη επιληπτική κρίση μπορεί να έχει πολύ αρνητικές επιπτώσεις στην αυτοπεποίθηση ενός ατόμου και είναι πολύ πιθανό, το συγκεκριμένο άτομο να χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση σχετικά με την πάθηση

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι κρίσεις είναι δυνατό να κατασταλούν εντελώς μέσω ανάλογης θεραπείας. Συνήθως η θεραπεία αυτή γίνεται με τη βοήθεια φαρμάκων με αντιεπιληπτική δράση, τα οποία πρέπει να λαμβάνονται τακτικά και συνήθως για μία σειρά ετών. Εφόσον τα φάρμακα αυτά χορηγούνται σωστά, δεν θα έπρεπε να επιφέρουν παρενέργειες, οι οποίες να επιβαρύνουν φανερά την παραγωγική ικανότητα του ατόμου.

Οι περιπτώσεις όπου τα άτομα με επιληψία υφίστανται κρίσεις στον εργασιακό χώρο ή η αποδοτικότητά τους επιβαρύνεται από τα χορηγούμενα φάρμακα, είναι περιορισμένες. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η γνωμοδότηση από έναν ειδικευμένο στην θεραπεία της επιληψίας γιατρό οδηγεί συχνά στον περιορισμό των κρίσεων και την μείωση των παρενεργειών.

Αναρρωτικές άδειες και εργατικά ατυχήματα δεν είναι συχνότερα σε ανθρώπους με επιληψία απ' ό,τι στους άλλους εργαζόμενους.

Οι εργαζόμενοι που πάσχουν από επιληψία θα πρέπει να τυγχάνουν της ίδιας ασφαλιστικής κάλυψης όπως όλοι οι εργαζόμενοι.⁶²

Αξιολόγηση καταλληλότητας για ειδικές εργασιακές θέσεις.

Η συντριπτική πλειοψηφία των υφιστάμενων εργασιακών θέσεων είναι κατάλληλη για ανθρώπους με επιληψία.

Η ιατρική άποψη που ενδεχομένως θα ζητηθεί κατά την αξιολόγηση της καταλληλότητας ανθρώπων με επιληψία για ειδικές εργασιακές θέσεις, θα πρέπει να αναφέρεται στις απαιτήσεις της συγκεκριμένης εργασιακής θέσης και να βασίζεται στις σύγχρονες γνώσεις για την επιληψία και τις από αυτήν προερχόμενες κρίσεις. Γενικευμένες απαγορεύσεις, που δεν αφορούν συγκεκριμένες περιπτώσεις, θα πρέπει να αποφεύγονται.

Σε εργασιακές θέσεις, όπου ο κίνδυνος να βλάψει κανείς τον εαυτό του ή τους άλλους είναι αυξημένος, θα πρέπει να εξεταστούν οι δυνατότητες μείωσης του κινδύνου αυτού μέσω οργανωτικών ανακατατάξεων. Μόνο σε περιπτώσεις όπου κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό, μπορούν να θεωρηθούν δικαιολογημένοι κάποιοι περιορισμοί στην εργασιακή δραστηριότητα των ατόμων που πάσχουν από επιληψία.

Εάν ένας επιληπτικός κατέχει τα απαραίτητα προσόντα και/ή προϋπηρεσία, θα πρέπει κατά κανόνα να θεωρείται ότι είναι και ο κατάλληλος.⁶²

Επιλογή υποψηφίων

Στις περιπτώσεις όπου ζητείται ιατρική γνωμάτευση, θα πρέπει αυτή να υποβάλλεται σε ξεχωριστή επεξεργασία από τα υπόλοιπα δικαιολογητικά υποψηφιότητας και να αξιολογείται από ένα αρμόδιο πρόσωπο.

Το ενδιαφέρον στις συνεντεύξεις θα πρέπει να εστιάζεται περισσότερο στις ικανότητες του ατόμου με επιληψία και όχι στους πραγματικούς ή υποτιθέμενους περιορισμούς που αυτή του επιβάλλει.

Οι επιπτώσεις της επιληψίας ενός υποψηφίου στην εργασιακή του απόδοση θα πρέπει να θίγονται μόνο αφού η καταλληλότητά του για μία συγκεκριμένη εργασία έχει διαπιστωθεί από τον εργοδότη.

Εάν κατά την αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας επιζητείται ιατρική γνωμοδότηση θα πρέπει οι παρεχόμενες συμβουλές να βασίζονται στη λεπτομερή γνώση της εν λόγω εργασιακής θέσης καθώς και του είδους της επιληψίας του υποψηφίου.⁶²

Παροχή βοήθειας σε ασθενή με επιληψία στον εργασιακό χώρο.

Στην περίπτωση που ένας εργαζόμενος παρουσιάζει για πρώτη φορά επιληπτικές κρίσεις, ο εργοδότης οφείλει να τον αντιμετωπίσει με κατανόηση και να του δώσει την ευκαιρία να υποβληθεί σε ιατρική θεραπεία, προτού πάρει κάποια απόφαση σχετική με την εφεξής εργασιακή του ικανότητα.

Εάν υπάρχει η πιθανότητα να παρουσιαστούν επιληπτικές κρίσεις στον εργασιακό χώρο, θα πρέπει ο εργοδότης να βοηθήσει τον εργαζόμενο να ενημερώσει τους συναδέλφους του σχετικά με την πάθησή του.

Στους εργαζόμενους/συναδέλφους που ενδέχεται να είναι παρόντες σε μία επιληπτική κρίση, θα πρέπει να δοθούν ανάλογες πληροφορίες καθώς και βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών. Εάν είναι απαραίτητοι κάποιοι περιορισμοί σε ορισμένες εργασιακές δραστηριότητες, τότε θα πρέπει να καθοριστούν με σαφήνεια τα χρονικά περιθώρια και οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες οι περιορισμοί αυτοί τίθενται σε ισχύ, ελέγχονται και αίρονται.

Εάν ακόμα και μετά από ανάλογη ιατρική θεραπεία είναι απαραίτητη η μετάθεση σε μία άλλη εργασιακή θέση, τότε θα πρέπει όσο το δυνατό νωρίτερα να καταστεί δυνατή μία ανάλογη επαγγελματική καθοδήγηση και υπηρεσίες αποκατάστασης.⁶²

8.2 Επιληψία και Άθληση.

Η συζήτηση για την επιληψία τα τελευταία χρόνια, δεν περιορίζεται μόνον στα αντιεπιληπτικά φάρμακα και τις άλλες θεραπευτικές μεθόδους, αλλά περιστρέφεται και γύρω από ζητήματα κοινωνικοποίησης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών με επιληψία. Οι αρχικές απαγορεύσεις στους ασθενείς αυτούς για οποιαδήποτε σχεδόν δραστηριότητα προκειμένου να αποφευχθούν ατυχήματα, έχουν αντικατασταθεί με οδηγίες λιγότερο "απαγορευτικές", αφού λαμβάνονται υπόψη στατιστικά δεδομένα που αφορούν τον τύπο της επιληψίας, την μορφή της δραστηριότητας, τον βαθμό επικινδυνότητας κλπ.

Ένα από τα συχνότερα ερωτήματα που τίθενται, κυρίως από νεαρής ηλικίας ασθενείς, είναι εάν μπορούν να αθληθούν, σε ποια αθλήματα και μέχρι ποιου βαθμού. Η γενικότερη αντίληψη που δυστυχώς επικρατεί ακόμη και σήμερα ότι ο ασθενής με επιληψία χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση, επηρεάζει γονείς, δασκάλους, γυμναστές και δυστυχώς ακόμη και γιατρούς. Έτσι συχνά ο γιατρός θέτει υπερβολικές απαγορεύσεις και περιορισμούς, προκειμένου να προφυλαχθεί ο ασθενής.⁶³

Ο κίνδυνος που διατρέχει ο ασθενής με επιληψία, όταν του επιβάλλονται συνεχείς απαγορεύσεις και περιορισμοί, να χάσει την αυτοεκτίμησή του, να εξαρτηθεί από άλλους και να δημιουργηθούν έντονες ανασφάλειες, είναι συχνά ίσος ή και μεγαλύτερος από τον κίνδυνο τραυματισμού στη διάρκεια της άθλησης και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη πριν δοθούν οι ανάλογες οδηγίες και τεθούν οι σχετικές απαγορεύσεις.

Συχνά ο νευρολόγος έχοντας να αντιμετωπίσει, εκτός από την νόσο αυτή καθαυτή, σειρά κοινωνικών προβλημάτων του ασθενούς με επιληψία, αφήνει το θέμα του αθλητισμού σε δεύτερη μοίρα και αρκείται σε γενικές συμβουλές, αποφεύγοντας να απαντήσει ευθέως σε ερωτήματα που τίθενται από τους ασθενείς ή τους γονείς τους.

Για να δοθεί μία σαφής απάντηση στο εάν επιτρέπεται ή όχι να λαμβάνει μέρος ο ασθενής με επιληψία σε αθλητικές δραστηριότητες, θα πρέπει να διερευνηθεί α) εάν η σωματική άσκηση ή η μυϊκή κόπωση γενικότερα, είναι εκλυτικός παράγοντας ή

αυξάνει τις πιθανότητες να προκληθεί επιληπτική κρίση και β) πόσο κινδυνεύει ο ασθενής από μία επιληπτική κρίση την ώρα της άθλησης.⁶³

8.3 Μυϊκή κόπωση και επιληπτική κρίση.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν μελέτες που αναφέρονται σε μεμονωμένες περιπτώσεις ασθενών που παρουσίασαν επιληπτικές κρίσεις την ώρα της άσκησης. Αυτό αποδόθηκε χωρίς να τεκμηριωθεί, σε στιγμιαία υποξία του εγκεφάλου. Ακολούθησαν μελέτες με μεγάλες σειρές ασθενών, στις οποίες διαπιστώνεται ότι όχι μόνον δεν προκαλούνται επιληπτικές κρίσεις, αλλά αποτρέπονται από την σωματική φυσική άσκηση.⁶³ Η τελευταία αυτή διαπίστωση έγινε τόσο από την μακροχρόνια παρακολούθηση ασθενών, πριν και μετά από πρόγραμμα άσκησης αλλά και με ΗΕΓραφική καταγραφή την ώρα της άσκησης. Ο αριθμός των επιληπτικών εκφορτίσεων στο ΗΕΓράφημα, κατά την διάρκεια της σωματικής άσκησης, μειώνονταν σημαντικά. Σε άλλη μελέτη, διαπιστώνεται ότι σε ποσοστό πάνω από 50% η άθληση δεν είχε καμία επίδραση στην πρόκληση των κρίσεων, ενώ στο 36% των ασθενών η άθληση μείωσε τον αριθμό των κρίσεων.⁶³ Στην ίδια μελέτη, σε ποσοστό 10% οι ασθενείς συνέδεαν την άσκηση με πρόκληση κρίσεων, αλλά μόνον στο 2% από αυτούς αποδείχθηκε ότι η άθληση αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για επιληπτικές κρίσεις. Στην τελευταία κατηγορία, η πλειοψηφία των ασθενών παρουσίαζε δευτερογενή επιληψία. Ένας από τους παράγοντες που πιθανολογείται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προφύλαξη του ασθενούς από κρίσεις κατά την άσκηση, είναι η απώλεια υγρών που προκαλείται από την εφίδρωση. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να δίδεται οδηγία, να αποφεύγεται μετά το τέλος της άσκησης η απότομη και υπερβολική ενυδάτωση. Ένα ερώτημα που τίθεται συχνά, είναι εάν ένα παιδί με αφαιρετικές επιληπτικές κρίσεις μπορεί να αθλείται, με δεδομένο ότι η υπέρπνοια είναι εκλυτικός παράγοντας κρίσης. Πρέπει να τονιστεί ότι η κρίση 'αφαίρεσης' προκαλείται στον ασθενή, όταν τον υποβάλουμε σε παρατεταμένη υπέρπνοια κατά την ηρεμία με σκοπό να προκληθεί μεταβολική αλκάλωση, λόγω της υποκαπνίας, η οποία ευθύνεται για την πρόκληση της κρίσης.

Αντίθετα, στην διάρκεια της μυϊκής άσκησης, η παραγωγή γαλακτικού οξέος και άλλων παραγόντων καύσης, προκαλούν μεταβολική οξέωση. Η ταχύπνοια που παρατηρείται κατά την άθληση προσπαθεί απλά να αντιρροπήσει την οξέωση αυτή και όχι να προκαλέσει αλκάλωση και αύξηση του κινδύνου για κρίση.

Τελικά η μυϊκή κόπωση και η άθληση γενικότερα δεν προκαλεί επιληπτικές κρίσεις, ίσως και να τις αποτρέπει. Η περιγραφή περιορισμένων περιπτώσεων που αυξάνονται οι κρίσεις κατά την άθληση, οδήγησε στην άποψη ότι υπάρχει ένα είδος αντανάκλαστικής επιληψίας, η "προκαλούμενη από άθληση επιληψία", στην οποία η άθληση αποτελεί εκλυτικό παράγοντα πρόκλησης επιληπτικής κρίσης. Σε αυτή την περίπτωση και μόνο πρέπει να αποφεύγεται η άθληση. Ιδιαίτερη περίπτωση 'άθλησης' αποτελεί η πυγμαχία, η οποία απαγορεύεται γιατί προκαλούνται επιληπτικές κρίσεις ως αποτέλεσμα κακώσεων του εγκεφάλου και όχι άλλων μηχανισμών που σχετίζονται με την σωματική άσκηση.⁶³

8.4 Αθλήματα και κίνδυνοι

Ο κίνδυνος που υπάρχει για την ζωή του ασθενούς εάν πάθει επιληπτική κρίση την ώρα της άθλησης, εξαρτάται από το είδος του αθλήματος. Υπάρχουν αθλήματα με

μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό επικινδυνότητας και με βάση αυτό χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες.⁶³

A. Αθλήματα χαμηλού κινδύνου:

- Τροχάδην
- Ποδόσφαιρο
- Άλματα (ύψος, μήκος)
- Αεροβική γυμναστική
- Χορός
- Πινγκ-πονγκ
- Ξιφασκία
- Μπόουλινγκ
- Γκολφ
- Χόκεϊ
- Κρίκετ
- Μπεις μπολ.

Στην κατηγορία αυτή κατατάσσονται αθλήματα που δεν διατρέχει κίνδυνο ο ασθενής ακόμη και εάν υποστεί επιληπτική κρίση ή ο κίνδυνος δεν είναι στατιστικά μεγαλύτερος από οποιοδήποτε άλλο τυχαίο συμβάν την ώρα της άθλησης, σε οποιοδήποτε υγιές άτομο. Συνεπώς οι ασθενείς με επιληψία μπορούν χωρίς επίβλεψη, να ασχολούνται με τα αθλήματα αυτά.⁶³

B. Αθλήματα μέτριου κινδύνου.

- Βόλεϊ
- Μπάσκετ μπολ
- Τένις
- Ράγκμπι
- Ποδηλασία
- Τοξοβολία
- Κυνήγι
- Ψάρεμα
- Υποβρύχια κατάδυση (χωρίς συσκευή)
- Ιππασία
- Πατίνια (σε έδαφος ή πάγο)
- Χόκεϊ σε πάγο
- Κολύμπι
- Θαλάσσιο σκι
- Σκι
- Ενόργανη γυμναστική
- Βουτιές από χαμηλή εξέδρα
- Κανό

Στην κατηγορία αυτή τα αθλήματα ενέχουν μικρού βαθμού κίνδυνο, εάν συμβεί επιληπτική κρίση. Οι ασθενείς μπορούν να επιδίδονται σε τέτοια αθλήματα εφόσον

βρίσκονται υπό επίβλεψη. Πρέπει να συνοδεύονται από άτομο ενημερωμένο και ικανό να παρέχει τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση κρίσης. Σε κάποιες περιπτώσεις θα πρέπει να φορούν προστατευτικό κράνος στην διάρκεια της άθλησης (σκι, πατίνια, ιπασία). Άλλες δραστηριότητες όπως θαλάσσιο σκι, καταδύσεις κλπ θα πρέπει να γίνονται σε οργανωμένες παραλίες με παρουσία ναυαγοσώστων και όχι σε ερημικές τοποθεσίες.⁶³

Γ. Αθλήματα υψηλού κινδύνου.

- Πυγμαχία
- Αναρρίχηση
- Πτώση με αλεξίπτωτο (αετός κλπ)
- Ιστιοσανίδα
- Υποβρύχια κατάδυση
- Bungee jumping

Τα αθλήματα αυτής της κατηγορίας απαγορεύονται σε ασθενείς με επιληψία. Επιτρέπονται μόνον εάν περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς κρίσεις μετά την διακοπή των φαρμάκων. Το διάστημα αυτό πιστεύονταν παλαιότερα ότι πρέπει να είναι 5 χρόνια, σήμερα τα 2 χρόνια θεωρούνται αρκετά, ακόμη και για τα "ακραία" αυτά αθλήματα.

8.5 Άθληση και παιδί

Θεωρείται σκόπιμη η αναφορά στην παιδική και εφηβική ηλικία, τόσο γιατί η έναρξη της νόσου αφορά κυρίως την ηλικία αυτή, αλλά και γιατί τα παιδιά και οι έφηβοι σήμερα ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο για τέτοιες δραστηριότητες. Πριν από 20 περίπου χρόνια για να λάβει μέρος ένα παιδί σε αθλητικές δραστηριότητες, ακόμα και στην απλή γυμναστική του σχολείου, έπρεπε να έχει περάσει χρονικό διάστημα ενός έτους χωρίς κρίση. Φυσικά σήμερα δεν επικρατούν οι ίδιες απόψεις. Στα παιδιά, περισσότερο και από τους ενήλικες πρέπει να ληφθούν υπόψη οι κίνδυνοι για την διατάραξη της ψυχικής τους υγείας από υπερβολικές απαγορεύσεις που οδηγούν σε εξάρτηση το παιδί, του αυξάνουν το αίσθημα της "ιδιαιτερότητας" και το οδηγούν στην απομόνωση.

Παρότι η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη, υπάρχουν μελέτες που παρακολούθηθηκαν με video-HEΓ καταγραφή παιδιά με επιληψία στη διάρκεια φυσικής άσκησης. Στα περισσότερα παρατηρήθηκε μείωση των επιληπτόμορφων εκφορτίσεων, ενώ σε μικρό αριθμό παιδιών διαπιστώθηκε αύξηση των εκφορτίσεων αυτών αποκαλύπτοντας "προκαλούμενη από άθληση επιληψία". Συνεπώς εκτός από τις περιπτώσεις αποδεδειγμένα εξαρτώμενων από την άθληση κρίσεων (αντανεκλαστική επιληψία) στις υπόλοιπες μορφές το μοναδικό μας μέλημα είναι να προστατεύσουμε το παιδί από τραυματισμούς σε περίπτωση που συμβεί κρίση την ώρα της άθλησης.

Θεωρείται ότι όταν τηρούνται οι κανόνες ασφαλείας που πρέπει για όλα τα παιδιά, από γονείς, γυμναστές και προπονητές, το παιδί μπορεί να συμμετέχει στις περισσότερες αθλητικές δραστηριότητες με τις οποίες ασχολούνται τα παιδιά της ηλικίας του. Έτσι αυξάνεται η αυτοπεποίθηση του παιδιού, αποφεύγεται η

απομόνωση που συχνά οδηγείται, αποφεύγεται η υπερπροστασία και η εξάρτηση από τους γονείς και αποτρέπεται το άγχος και η κατάθλιψη που συχνά αναπτύσσουν παιδιά με επιληψία.⁶³

Κολύμβηση

Επειδή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, θεωρήθηκε σκόπιμο να γίνει σύντομη αναφορά για την κολύμβηση στην παιδική ηλικία.

Θεωρητικά ο κίνδυνος να πνιγεί ένα παιδί με επιληψία στη θάλασσα ή την πισίνα είναι μεγάλος, γιατί μπορεί αυτό να συμβεί ακόμη και σε βάθος 10 εκατοστών, εάν συμβεί επιληπτική κρίση. Πρακτικά όμως θάνατος από πνιγμό σε παιδιά με επιληψία είναι εξαιρετικά σπάνιο και ασυνήθιστο.⁶³

A) Κολύμπι στην θάλασσα:

Όλα τα παιδιά πρέπει να κολυμπούν στην θάλασσα κάτω από προϋποθέσεις όπως α) να μην πηγαίνουν στην παραλία χωρίς συνοδό, β) να μην απομακρύνονται στα βαθιά χωρίς συνοδό ικανό να τα βοηθήσει σε περίπτωση ανάγκης, γ) να μην χρησιμοποιούν φουσκωτά σκάφη, στρώματα κλπ χωρίς συνοδό. Θεωρούμε ότι εάν οι παραπάνω καθώς και άλλες ανάλογες οδηγίες που ισχύουν για όλα τα παιδιά, εφαρμοστούν και σε όσα πάσχουν από επιληψία τότε αυτά μπορούν με ασφάλεια να απολαύσουν την θάλασσα.⁶³

B) Κολύμπι σε πισίνα:

Συχνά τίθεται το ερώτημα εάν κάποιο παιδί με επιληψία μπορεί να ασχοληθεί με αθλήματα της πισίνας όπως κολύμπι ή υδατοσφαίριση. Η απόφαση είναι πιο δύσκολη εάν το παιδί ασχολείται ήδη με τα παραπάνω αθλήματα, πριν εμφανιστούν οι επιληπτικές κρίσεις. Στις περιπτώσεις αυτές που όπως συμβαίνει συνήθως, το παιδί έχει ιδιαίτερο 'μεράκι' για το συγκεκριμένο άθλημα, δεν είναι εύκολο να τεθεί το παιδί σε απαγόρευση. Οι οδηγίες που θα δοθούν πρέπει να είναι συγκεκριμένες και να αποφευχθούν υπερβολές που μόνον κακό θα κάνουν στο παιδί, αντί να το προφυλάξουν.

Σε όλες τις πισίνες που αθλούνται παιδιά από τη μικρότερη έως την μεγαλύτερη ηλικία, υπάρχει επίβλεψη από έμπειρους προπονητές, που είναι

σε θέση να απομακρύνουν με ασφάλεια από το νερό οποιοδήποτε παιδί παρουσιάσει πρόβλημα μέσα στην πισίνα. Να προσθέσουμε επίσης ότι συμβάματα όπως σοβαροί τραυματισμοί ή συγκοπτικά επεισόδια, μέσα στην πισίνα είναι πολύ πιο συνηθισμένα από τις επιληπτικές κρίσεις.

Πιστεύεται τελικά ότι παιδιά με επιληψία, εφόσον τηρούνται οι προϋποθέσεις όπως συμμόρφωση και ανταπόκριση στην θεραπεία, ενημέρωση του προπονητή και σωστή επίβλεψη, μπορούν να παρακολουθούν με ασφάλεια και αυτά τα αθλήματα. Γνωρίζουμε εξάλλου παιδιά με επιληψία που όχι απλώς συμμετέχουν αλλά έχουν διακριθεί σε τέτοια αθλήματα.

Οι ασθενείς με επιληψία δεν πρέπει να οδηγούνται στο περιθώριο με συνεχείς απαγορεύσεις και αποκλεισμούς.

Η συμμετοχή τους στον αθλητισμό δεν πρέπει να αποκλείεται εύκολα και αβασάνιστα. Μόνον στις σπάνιες εκείνες περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει επιληπτικές κρίσεις "προκαλούμενες από μυϊκή κόπωση" πρέπει να αποφεύγεται η άθληση.

Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις, αφού συνεκτιμηθούν και ληφθούν υπόψη παράγοντες όπως η μορφή της επιληψίας, ο βαθμός ελέγχου των κρίσεων, η συμμόρφωση του ασθενούς με την φαρμακευτική αγωγή, η συνεργασία με τον ασθενή και το περιβάλλον του, πρέπει να δίδονται οι κατάλληλες οδηγίες για την ασφάλειά του και να αφήνεται ελεύθερος, ίσως και να παροτρύνεται να ασχοληθεί με όποιο άθλημα επιθυμεί.⁶³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ – 9: “Η Στάση μας προς τους ασθενείς με Επιληψία.”

Η γλώσσα που χρησιμοποιούμε προκειμένου να αναφερθούμε σε κάποιον άνθρωπο με προβλήματα (π.χ αναπηρία, επιληψία, κλπ) απεικονίζει τις αντιλήψεις μας για τα χαρακτηριστικά, τις επιθυμίες και τις ανάγκες που ενδεχομένως να έχει αυτός ο άνθρωπος. Αυτό είναι αλήθεια, ανεξαρτήτως από το εάν χρησιμοποιούμε τη γλώσσα συνειδητά ή ασυνείδητα. Οι περιγραφές που χρησιμοποιούμε έχουν αρνητική επίδραση στη δημιουργία των πρώτων εντυπώσεων για τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου ανθρώπου και των προσδοκιών που η κοινωνία μπορεί να έχει από αυτό τον άνθρωπο. Η γλώσσα δίνει υλική υπόσταση στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τους ανθρώπους, στον τρόπο που τους μεταχειριζόμαστε και στον τρόπο με τον οποίο προσφέρουμε υπηρεσίες. Η γλώσσα είναι φορέας ηθικών αξιών. Έχει δύναμη η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να χαρακτηρίσει κάποιον άνθρωπο είτε θετικά είτε αρνητικά. Η γλώσσα που χρησιμοποιείται σήμερα και την οποία θα μπορούσαμε να ονομάσουμε “διαγνωστική γλώσσα” (language of diagnosis) ανάγει το ανθρώπινο πρόβλημα σε κυριότερο χαρακτηριστικό, προκειμένου να περιγράψει κάποιον άνθρωπο λ.χ. ο τυφλός, ο επιληπτικός, ο ανάπηρος κ.ο.κ. Έτσι το διαγνωστικό χαρακτηριστικό γίνεται το σημαντικότερο χαρακτηριστικό του ανθρώπου και επαναπροσδιορίζει την ταυτότητά του. Μετά, είναι δύσκολο να αντιληφθούμε τί βρίσκεται πίσω από την ετικέτα, ώστε να γνωρίσουμε την πραγματική ταυτότητα του ανθρώπου.⁶⁴

Προτάσεις καλής συμπεριφοράς †

- Να χρησιμοποιείτε τα ονόματα των ανθρώπων και να αποφεύγετε χαρακτηρισμούς που στιγματίζουν, μειώνουν ή κηλιδώνουν.
- Περιγράψτε τους ανθρώπους και αφήνετε τα χαρακτηριστικά τους να προκύπτουν φυσιολογικά από τα συμφραζόμενα.
- Αποφεύγετε ακόμα τους γενικούς όρους λ.χ. ανάπηρος, καθυστερημένος, τυφλός, ΑμΕΑ κ.ο.κ.
- Επίσης, όταν δε μπορείτε να αποφύγετε τους χαρακτηρισμούς, βάζετε τη λέξη άνθρωπος εμπρός από το είδος της αναπηρίας που έχει αυτός ο άνθρωπος. Λ.χ. άνθρωπος με αναπηρία, μαθητής με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες κ.ο.κ.
- Χρησιμοποιείτε τους όρους άνθρωποι με αναπηρίες, παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, άνθρωποι που εμποδίζονται να... όταν πραγματεύεστε γενικά θεωρητικά κοινωνικά ζητήματα.
- Όταν αναφέρεστε σε κάποιον άνθρωπο που συμμετέχει σε πρόγραμμα αποκατάστασης ή σε δραστηριότητα, χρησιμοποιείτε τον όρο συμμετέχων που αποτελεί τον αξιοπρεπέστερο χαρακτηρισμό.
- Όταν τέλος αναφέρεστε στους ανθρώπους που έχουν σχέση με τις κοινωνικές υπηρεσίες τότε ο όρος χρήστης είναι ο καλύτερος, ιδιαιτέρως όταν αυτές αφορούν ζητήματα μεταρρύθμισης των κοινωνικών υπηρεσιών.

† Από εισήγηση του William Mcqueen στο 3ο Διεθνές Συνέδριο του κινήματος Πρώτα οι Άνθρωποι (People First Movement)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κύρια Συμπεράσματα.

Η επιληψία δεν είναι μεταδοτική αλλά και ούτε κληρονομική.

Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από επιληψία ζουν μια κανονική ζωή. Παρά το γεγονός ότι η επιληψία δεν μπορεί να ιανθεί, εντούτοις σε αρκετούς ασθενείς φεύγει.

Οι σπασμοί στις περισσότερες περιπτώσεις δεν προκαλούν βλάβη στον εγκέφαλο.

Σε αρκετές περιπτώσεις ιδιαίτερα σε παιδιά αλλά και σε ενήλικες ασθενείς, αναπτύσσονται προβλήματα συναισθηματικά και συμπεριφοράς. Οι καταστάσεις αυτές αναπτύσσονται σαν αποτέλεσμα της αμηχανίας και της απογοήτευσης που νιώθουν οι ασθενείς μπροστά στην ασθένεια αυτή.

Οι κοινωνικές επιπτώσεις που μπορούν να έχουν οι ενδεχόμενες επιληπτικές κρίσεις επιδεινώνουν τη συναισθηματική κατάσταση. Στο σχολείο οι συμμαθητές μπορεί να ενοχλούν και να πειράζουν τα παιδιά που πάσχουν και δεν είναι σπάνιες οι φορές που αυτά μπορεί να θέλουν ν' αποφύγουν το σχολείο για τους λόγους αυτούς.

Για πολλούς ασθενείς με επιληψία, ο κίνδυνος των σπασμών περιορίζει την ανεξαρτησία και αυτονομία τους. Υπάρχουν χώρες όπου δεν τους επιτρέπεται να έχουν άδεια οδήγησης. Επίσης οι ψυχαγωγικές και αθλητικές δραστηριότητες στις οποίες μπορούν να συμμετάσχουν είναι περιορισμένες.

Επιπρόσθετα οι ασθενείς με επιληψία βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο για δύο καταστάσεις που μπορούν ν' απειλήσουν τη ζωή τους. Η πρώτη είναι η επιληπτική κατάσταση (status epilepticus) όπου συμβαίνουν επανειλημμένοι επιληπτικοί σπασμοί χωρίς μεσοδιαστήματα ανάληψης της συνείδησης του ασθενούς. Η δεύτερη είναι ο ξαφνικός και ανεξήγητος θάνατος.

Ο κίνδυνος τραυματισμού και του ξαφνικού απροσδόκητου θανάτου από τις κρίσεις είναι υψηλός

Ο κίνδυνος τραυματισμού εξαρτάται από το είδος της κρίσης και αφορά κυρίως τις κρίσεις εκείνες κατά τις οποίες παρουσιάζεται απώλεια των αισθήσεων χωρίς προειδοποίηση και πτώση στο έδαφος με ή χωρίς σπασμούς.

Ο κίνδυνος του ξαφνικού απροσδόκητου θανάτου ποικίλλει. Παράγοντες αυξημένου κινδύνου είναι: νεαροί ενήλικες, γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις, νυκτερινές κρίσεις, απότομες και γρήγορες αλλαγές των φαρμάκων και οι αρρυθμιστες κρίσεις.

Τάσεις της έρευνας που γίνεται σήμερα για την επιληψία.

Οι επιστήμονες μελετούν για ν' αναπτύξουν νέα αντι- επιληπτικά φάρμακα με στόχο να βελτιώσουν την θεραπεία για την επιληψία. Γίνονται έρευνες που στόχο έχουν να διαλευκάνουν καλύτερα με ποιο τρόπο οι χημικές ουσίες μεταβιβάζουν τους ερεθισμούς από το ένα νευρικό κύτταρο στο άλλο.^{65, 66}

Μελετούνται οι μηχανισμοί που υπάρχουν στον εγκέφαλο για να ελέγχεται η δραστηριότητα των νευρώνων και ν' αποφεύγονται φαινόμενα που οδηγούν σε σπασμούς. Ο ρόλος των μη νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου βρίσκεται υπό διερεύνηση για να φανεί ο ρόλος τους στα επιληπτικά φαινόμενα.

Ένας άλλος τομέας στον οποίο γίνεται έρευνα είναι η αναγνώριση των γονιδίων που μπορούν να επηρεάζουν την επιληψία. Οι πληροφορίες αυτές θα επιτρέψουν την πρόληψη της επιληψίας και να βοηθήσουν στην επιλογή καλύτερης θεραπείας.^{65, 66}

Διάφορες άλλες μορφές θεραπείας δοκιμάζονται από τους γιατρούς για την αντιμετώπιση της επιληψίας. Αυτές περιλαμβάνουν χειρουργικές επεμβάσεις για την κροταφική επιληψία, μεταμόσχευση εμβρυϊκών νευρώνων από ζώα, μεταμόσχευση αρχέγονων κυττάρων και έχουν σα στόχο τον έλεγχο και καταστολή των σπασμών.⁶⁶

Γίνονται προσπάθειες για την δημιουργία μιας συσκευής η οποία θα μπορεί να προβλέπει τους σπασμούς 3 λεπτά προτού εκδηλωθούν.

Βελτιώνονται από τους ερευνητές συνεχώς οι απεικονιστικές μέθοδοι για τον εγκέφαλο όπως η αξονική και μαγνητική τομογραφία που στόχο έχουν να δώσουν όσο το δυνατό καλύτερες πληροφορίες για τον ασθενή και την επιληψία του.

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, σε μερικές περιπτώσεις σε παιδιά, εάν δοθεί μια συγκεκριμένη διατροφή (κετογενής), πλούσια σε λίπη και χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες τότε η συχνότητα των σπασμών πιθανόν να μειώνεται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. http://www.iatrikionline.gr/deltio_50d/09.htm , (1/4/2007)
2. Παπαμιχαήλ Ε., Επιληψία και Ιπποκράτης, Περιοδικό Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, Αθήνα, 1982, σ.283-285.
3. Δρ. Σιρίγου Παπαβασιλείου Α., Δρ. Νικολάου Παπαναγιώτου Α., Παιδική Επιληψία, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1998, σ.55-85, 100-155
4. <http://www.janssen-cilag.gr/disease/index.jhtml?itemname=epilepsy> , (1/4/2007)
5. <http://www.novartis.gr/servlet/gr.novartis.servlets.ContentServlet?action=epilipsia#one> ,(1/4/2007)
6. <http://www.paidiatros.com/PrintArticles.asp?parent=129> ,(3/4/2007)
7. <http://www.epilepsiemuseum.de/francais/prominente.html#text2> , (3/4/2007)
8. http://www.iatrikionline.gr/Deltio_51c/11.htm , (3/4/2007)
9. THOMAS P., ARZIMANOGLOU A., Επιληψίες, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα 2002, σ. 21-27, 31-35,60-63,101-124,143-147, 248-264, 271-287
10. <http://www.neuroped.gr/parents/getPDF.asp?id=22> ,(4/4/2007)
11. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Ν., Γενικές Αρχές Χορήγησης Αντιεπιληπτικών Φαρμάκων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(5), Αθήνα Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2000, , σ. 518-523
12. LIVINGSTON S. *Comprehensive Management of Epilepsy in Infancy, Childhood and Adolescence*. Thomas, Springfield, Illinois 1972, p. 332–343
13. HART YM, SANDER JWAS, JOHNSON AL, SHORVON SD. The national general practice study of epilepsy: recurrence after the first seizure., *Lancet* 1990, p. 336, 1271–1274
14. ENGEL J Jr., The epilepsies, editons *Cecil Textbook of Medicine*. Saunders, Philadelphia, 1992, p. 2202–2213
15. ANNEGERS JF., Epidemiology and genetics of epilepsy., *Neurol Clin* , 1994, p.15–29
16. TREIMAN DM., Current treatment strategies in selected situations in epilepsy., *Epilepsia* ,199, p. 17–23
17. HAUSER WA, ANDERSON VE, LOWENSON RB, McROBERTS SM., Seizure recurrence after a first unprovoked seizure., *N Engl J Med* 1982, p. 522–528
18. HIRTZ DG., ELLENBERG JH., NELSON KB., The recurrence of nonfebrile seizures., *Neurology*, 1984, p. 637–641
19. GUELEN PJM, VAN DER KLEIJN E, WOULDSTRA U., Statistical analysis of pharmacokinetic parameters in epileptic patients chronically treated with antiepileptic drugs., editions *Clinical Pharmacology of AEDs* Springer, Berlin 1975, p. 2–10
20. REYNOLDS EH, SHORVON SD., Monotherapy or polytherapy for epilepsy?, *Epilepsia*, 1981, p. 22,1–10
21. WILDER BJ., Treatment consideration in anticonvulsant monotherapy, *Epilepsia*, 1987, p. 1–7
22. SANDER JWAS., Some aspects of prognosis in the epilepsies: a review., *Epilepsia*, 1993, p. 1007–1016
23. PELLOK JM., Antiepileptic drug therapy in the USA: a review of clinical studies and unmed needs., *Neurology* 1995, p. 17– 24

24. MATTSON RH, CRAMER JA, COLLINS JF., Comparison of CBZ, PB, PHE and PRI in partial and secondary tonic-clonic seizures., *N Engl J Med* 1985, p. 145–151
25. BRODIE MJ., Drug interactions in epilepsy., *Epilepsia* 1992, 33(Suppl 1), p.13–S22
26. CALLAGHAN N, GOGGIN T., Adjunctive therapy in resistant epilepsy, *Epilepsia* ,1988, 29(Suppl 1), p. 29–35
27. ANNEGERS JF, HAUSER WA, ELVEBACK LR., Remission of seizures and relapse in patients with epilepsy., *Epilepsia*, 1979, p. 729–737
28. GOODRIDGE DMG, SHORVON SD., Epilepsy in a population 6.000., *Br Med J* 1983, p. 643–646
29. REYNOLDS EH, ELWES RDC, SHORVON SD., Why does epilepsy come intractable?, *Lancet* 1983, p. 952–954
30. Aicardi J., Diseases of the nervous system in childhood., 2e ed. Mc Keith Press Cambridge University Press, London 1998, p. 555-559
31. HOLMES GL. *Diagnosis and Management of Seizures in Children.*, Saunders, Philadelphia 1987: p. 72–111
32. FERRENDELLI JA., Rational polypharmacy in the treatment of epilepsy., Proceedings of a symposium held in Oslo during the 20th International Epilepsy Congress, 1993
33. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Ν., Παραδοσιακά αντιεπιληπτικά φάρμακα., *Επιληψία/Κλινική Φαρμακολογία.*, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 1995, σ. 51–86
34. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Ν., Η αντιεπιληπτική αγωγή και οι εν γένει χειρισμοί κατά τη διάρκεια της κύησης., *Επιληψία και Κύηση.*, Εκδόσεις Βασιλειάδη, Αθήνα, 1999, σ. 91–99
35. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Ν., Εφαρμογές., *Αλληλεπιδράσεις Αντιεπιληπτικών Φαρμάκων στην Κλινική Πράξη.*, Εκδόσεις CN&N, Αθήνα 1998, σ. 19–30
36. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Ν., ΖΑΛΟΝΙΣ Ι, ΚΟΚΟΤΙΣ Ρ, ΑΝΘΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Μ, ΣΙΑΦΑΚΑΣ Α, ΜΑΛΛΙΑΡΑ Σ., Cognition in epilepsy: a multichannel ERP (P300), study. *Acta Neurol Scand*, 1992, p. 462–465
37. TRIMPLE MR., Anticonvulsant drugs and cognitive function: a review of the literature., *Epilepsia* , 1987, p. 37–45
38. SCHMIDT D., Discontinuation of antiepileptic drugs., editions *The Epilepsies.*, Butterworth, London 1985, p. 227–241
39. CHADWICK D., The discontinuation of antiepileptic therapy. ,editions *Recent Advances in Epilepsy.* Churchill-Livingstone, Edinburgh, 1985 p.111–124
40. ARTS WFM, VISSER LH, LOONEN MCB., Follow-up of 164 children with epilepsy after withdrawal of antiepileptic therapy., *Epilepsia*, 1988, p. 244–250
41. MASTROPAOLO C, TONDI M., Prognosis after therapy discontinuation in children with epilepsy., *Eur Neurol* ,1992, p. 141–145
42. ANNEGERS JF., Epidemiology and genetics of epilepsy., *Neurol Clin*,1994, p. 15–29
43. TODD H., The late prognosis of epilepsy in childhood: results of a prospective follow-up study., *Epilepsia*, 1984, p. 137–144
44. THURSTON JH, THURSTON DL, HIXON BB, KELLER AJ., Prognosis in childhood epilepsy. Additional follow-up of 148 children 15 to 23 years after withdrawal of anticonvulsant therapy., *N Engl J Med* 1982, p. 831–836
45. RESOR SR Jr, RESOR LD., The neuropharmacology of juvenile myoclonic epilepsy., *Clin Neuropharmacol*, 1990, p. 465–491

46. DEAN JC, PENRY JK., General principles. Discontinuation of antiepileptic drugs., editions *Antiepileptic Drugs*. Raven Press, New York, 1989, p. 133–142
47. TREIMAN DM., Current treatment strategies in selected situations in epilepsy., *Epilepsia*, 1993, p. 17–23
48. FORSTER FM, BOOKER HE., The epilepsies and convulsive disorders., *Clin Neurol* ,1991, p. 1–68
49. THEODORE WH., Clinical pharmacology of antiepileptic drugs., *Neurol Clin*, 1990, p. 177–191
50. <http://www.janssen-cilag.gr/disease/index.jhtml?itemname=epilepsy&s=1> (4/4/2007)
51. <http://www.ninds.nih.gov/> , (20/4/2007)
52. <http://epilhpsia.blogspot.com/2006/08/ketogenic-diet.html> , (20/4/2007)
53. <http://www.pediatros.com/MAIN/1,0,1173,284-Epilipsia-Syhnes-erotiseis.aspx> ,(20/4/2007)
54. <http://www.medlook.net/Kids/epilepsy.asp> ,(20/4/2007)
55. <http://www.paidiatros.com/PrintArticles.asp?parent=131> , (20/4/2007)
56. Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ., Ψυχοκοινωνικά προβλήματα παιδιών με χρόνιες παθήσεις, Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1987, σ. 309-330.
57. <http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=155&mode=thread&order=0&thold=0> (24/4/2007)
58. <http://www.janssen-cilag.gr/disease/index.jhtml?itemname=epilepsy&s=1> , (24/4/2007)
59. <http://www.hri.org/cgi-bin/brief?/news/greek/eragr/2006/06-11-23.eragr.html> ,(24/4/2007)
60. <http://www.noesi.gr/book/syndrome/epilepsy?PHPSESSID=31b6b4cbdd6e8bcf2a7f6f096499207d> , (24/4/2007)
61. <http://www.klinikiagiosloukas.gr/article.php?magazine=19&article=91> ,(4/5/2007)
62. <http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=237&mode=thread&order=0&thold=0> , (4/5/2007)
63. <http://www.iator.gr/kotsalis/epilipsia%20athletic.htm> ,(4/5/2007)
64. <http://www.disabled.gr/lib/?p=6969> ,(10/5/2007)
65. <http://www.epilepsy-greece.com/whatis.html> ,(10/5/2007)
66. Παντελιάδης Χ. Σπασμοί - επιληψία στην παιδική και εφηβική ηλικία. Θεσσαλονίκη 2003. σ. 24-56, 101-153