

Επιληπτική Κρίση

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΤΣΑΠΑΡΙΔΟΥ, ΙΩΑΝΝΗΣ ΡΕΜΠΙΑΣ, ΘΕΟΔΩΡΑ ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ,
ΠΑΓΩΝΑ ΝΤΙΟΥΔΗ, ΣΟΦΙΑ ΣΑΦΡΑΝΟΓΛΟΥ, ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΙΝΤΕΜΠΙΑΤΖΑΚΗ

Η επιληπτική κρίση και η επιληψία είναι κλινικά φαινόμενα, οφειλόμενα σε ανώμαλη και υπερβολική διεγερσιμότητα των νευρώνων των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και μπορούν να προκαλέσουν απώλεια των αισθήσεων ή σπασμούς, αλλά και μια σειρά από άλλα νευρολογικά συμπτώματα. Ως *επιληπτική κρίση* θεωρείται μια διαλείπουσα, παροξυσμική, στερεότυπη διαταραχή συνείδησης, συμπεριφοράς, συναισθήματος, κινητικής λειτουργίας, αίσθησης ή αισθητικότητας, που οφείλεται σε υπέρμετρες, απότομες και ανώμαλες φλοϊϊκές νευρωνικές εκφορτίσεις. Πρόκειται ουσιαστικά για χημική ή δομική διαταραχή του εγκεφάλου, που εκδηλώνεται με διαδοχικές βιοηλεκτρικές εκκενώσεις, συνήθως σύντομες. Όταν εμφανίζονται επαναλαμβανόμενα επεισόδια επιληπτικής κρίσης, λόγω μιας υπάρχουσας εγκεφαλικής βλάβης, η κατάσταση αυτή αποκαλείται *επιληψία* και είναι χρόνια.

Σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς, ένα επεισόδιο επιληπτικής κρίσης δεν σημαίνει επιληψία. Η επιληπτική κρίση είναι ένα σύμπτωμα, ενώ η επιληψία είναι πάθηση, με διάφορα αίτια. Η σύγχρονη νευρολογική άποψη είναι ότι ο κάθε άνθρωπος «δικαιούται» να έχει ένα επεισόδιο επιληπτικής κρίσης, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στην υπόλοιπη ζωή του θα έχει κι άλλα επεισόδια επιληπτικών κρίσεων (δηλαδή επιληψία). Ως εκ τούτου επιληπτικές κρίσεις μπορούν να εμφανιστούν και σε μη επιληπτικούς ασθενείς, ως συνέπεια επίδρασης βλαπτικών αιτιών στον εγκέφαλο ή γενικευμένων καταστάσεων. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 7-10% του πληθυσμού, ενώ 0,5-1% του πληθυσμού πάσχει από επιληψία. Η συχνότητα εμφάνισης της επιληψίας σε παιδιά σχολικής ηλικίας ανέρχεται σε ποσοστό 0,7%, ενώ περίπου το 1/3 των επιληψιών που αρχίζουν στην παιδική ηλικία θα παρουσιάσουν αυτόματη ύφεση μέχρι την εφηβεία. Τα ποσοστά θνητότητας που αποδίδονται άμεσα στην κρίση ή στον «αφνίδιο ανεξήγητο θάνατο στην επιληψία» (sudden unexplained death in

epilepsy: SUDEP), και όχι στην υποκείμενη συμπτωματική αιτιολογία, κυμαίνονται από 0.001-6% στις επιδημιολογικές μελέτες. Πενήντα εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, μεταξύ αυτών 120.000 στην Ελλάδα, πάσχουν από επιληψία, ενώ οι νέες διαγνώσεις ξεπερνούν τα 2,5 εκατομμύρια ετησίως.

Η διάγνωση της επιληψίας ακολουθεί την εξής σειρά: αναγνώριση των επιληπτικών σπασμών, ταξινόμηση του τύπου σπασμών, αναγνώριση του επιληπτικού συνδρόμου και καθορισμός της αιτιολογίας.

Η αναγνώριση των επιληπτικών σπασμών εξαρτάται αποκλειστικά από το καλό ιστορικό και την περιγραφή των επεισοδίων. Η κλινική εξέταση συχνά είναι φυσιολογική. Είναι απαραίτητη η λεπτομερής περιγραφή του επεισοδίου από έναν αυτόπτη μάρτυρα. Υπάρχουν κάποια προειδοποιητικά συμπτώματα, σε ορισμένους ασθενείς. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι θα ακολουθήσει η «κυρίως» κρίση. Τέτοια συμπτώματα είναι στομαχικές ενόχλησεις, περιέργες μυρωδιές, οπτικές διαταραχές, ευχάριστη ή δυσάρεστη αίσθηση, φόβος ή πανικός, ζάλη, πονοκέφαλος ή ναυτία. Μια επιληπτική κρίση μπορεί να σταματήσει απότομα και ο ασθενής να επανέλθει στην πρότερη κατάσταση, χωρίς ανάμνηση του συμβάντος. Σε άλλες περιπτώσεις ο ασθενής «βγαίνει» σταδιακά από την κρίση με συμπτώματα όπως ζάλη, υπνηλία, πονοκέφαλο, φόβο, σύγχυση, αίσθημα ντροπής, δυσκολία στην ομιλία, μυϊκή αδυναμία ή δίψα.

Η συχνότητα και το είδος των κρίσεων διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή και εμφανίζονται με πολλές μορφές, ανάλογα με το σημείο του εγκεφάλου που σχετίζεται. Μπορούν να εκδηλωθούν με απώλεια των αισθήσεων ή όχι. Ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των επιληπτικών κρίσεων είναι:

- σπασμοί, είτε κλονικοί (όταν δηλαδή εμφανίζεται τρόμος των άνω ή των κάτω άκρων), είτε τονικοί (όταν τα άνω

ή τα κάτω άκρα μένουν καθηλωμένα σε σύσπαση), είτε μυοκλονικοί,

- γρήγορο ανοιγοκλείσιμο των ματιών (σπασμοί στους βλεφαρικούς μύες) ή βολβοστροφή
- αισθητικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα μούδιασμα ή αίσθηση ηλεκτρικού ρεύματος,
- οπτικές, ακουστικές ή οσφρητικές διαταραχές,
- δυσκολία στην ομιλία ή διακοπή αυτής, σιελόρροια, μασητικοί ήχοι και κινήσεις, τρίξιμο των δοντιών και δάγκωμα της γλώσσας,
- απώλεια ούρων ή και κοπράνων,
- περιέργη αιφνίδια συμπεριφορά, όπου ο ασθενής καθηλώνει το βλέμμα του «σαν χαμένος» και κάνει αυτόματες στερεοτυπικές κινήσεις, όπως τρίβει τα χέρια του, κάνει σαν να μασάει, περπατάει γύρω γύρω σαν σε κύκλο,
- αιφνίδια απώλεια του μυϊκού τόνου σε όλο το σώμα, κατά την οποία ο ασθενής σωριάζεται στο έδαφος.

Υπάρχουν 20 υποκατηγορίες επιληψίας, εντούτοις όλες μπορούν να ενταχθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η Διεθνής Ένωση κατά της Επιληψίας ταξινομεί τις επιληπτικές κρίσεις με τον ακόλουθο τρόπο:

- εστιακές (partial seizures), όπου η ηλεκτρική δραστηριότητα ξεκινάει σε ένα σημείο του εγκεφάλου.
- γενικευμένες (primary generalized seizures), όπου η ηλεκτρική δραστηριότητα ξεκινάει από την αρχή, ταυτόχρονα και στα δύο ημισφαίρια.

Πιο συγκεκριμένα οι εστιακές κρίσεις διακρίνονται σε:

A) Απλές εστιακές κρίσεις (χωρίς διαταραχή της συνείδησης)

Οι κρίσεις αυτές εκδηλώνονται με κινητικά ή σωματοαισθητικά συμπτώματα. Επίσης μπορεί να υπάρξουν συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα ή την ψυχική σφαίρα

B) Σύμπλοκες εστιακές κρίσεις (με διαταραχή της συνείδησης)

Μπορεί να εμφανιστούν με συμπτώματα όπως των απλών εστιακών κρίσεων και στην εξέλιξη της κρίσης να εμφανιστεί διαταραχή του επιπέδου συνείδησης. Περαιτέρω μπορεί να εμφανιστούν με αυτοματισμούς.

Γ) Με διαταραχή της συνείδησης από την έναρξη

Μπορεί να εμφανιστούν με συμπτώματα όπως αυτά των απλών εστιακών κρίσεων ή με αυτοματισμούς.

Δ) Εστιακές κρίσεις δευτερογενώς γενικευόμενες

Πρόκειται για απλές εστιακές κρίσεις εξελισσόμενες σε σύμπλοκες και τελικά σε γενικευμένες.

Οι γενικευμένες κρίσεις (με σπασμούς ή χωρίς σπασμούς) διακρίνονται σε:

A) Αφαιρέσεις (Petit mal)

Σχετίζονται με ολόκληρο τον εγκέφαλο και είναι συνηθέστερες σε παιδιά. Αρχίζουν και σταματούν ξαφνικά. Κατά την διάρκειά τους, το άτομο δεν αντιλαμβάνεται αυτά που συμβαίνουν γύρω του. Διαρκούν λίγα δευτερόλεπτα και ο ασθενής συνεχίζει την δραστηριότητα του.

B) Μυοκλονικές κρίσεις

Πρόκειται για ανεξέλεγκτους σπασμούς των μυών. Συνήθως συμβαίνουν λίγο μετά το περπάτημα ή πριν το άτομο κοιμηθεί, όταν είναι καταπονημένο. Στην γενικευμένη κρίση υπάρχει απώλεια των αισθήσεων, αλλά είναι πολύ σύντομη και περνά σχεδόν απαρατήρητη.

Γ) Κλονικές κρίσεις

Δ) Τονικές κρίσεις

Προκαλούν ακαμψία των μυών κι αν το άτομο είναι σε όρθια θέση σωριάζεται στο πάτωμα. Αυτές οι κρίσεις μπορεί να συμβούν σε συστοιχίες κατά τη διάρκεια του ύπνου, αλλά αν το άτομο είναι ξυπνητό, συχνά μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό στο κεφάλι λόγω της πτώσης.

E) Τονικο-κλονικές κρίσεις (Grand Mal)

Οι τονικοκλονικές κρίσεις είναι γενικευμένες κρίσεις που σχετίζονται με ολόκληρο τον εγκέφαλο. Είναι το είδος της κρίσης που οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ως επιληψία. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν προειδοποιητικά συμπτώματα, πριν αρχίσει η κρίση. Κατά την διάρκεια της τονικής φάσης, ο ασθενής γίνεται άκαμπτος και καταρρέει. Ενώ κατά την διάρκεια της κλονικής φάσης, τα άκρα του αρχίζουν να συσπώνται με δυνατές, συμμετρικές και ρυθμικές κινήσεις. Άλλα συμπτώματα είναι η σιελόρροια, η ερυθρότητα του προσώπου, η απώλεια ούρων και σπέρμα η απώλεια κοπράνων.

Παράλληλα μπορεί να εμφανίσει εμέτους ή να τραυματίσει τη γλώσσα του, δαγκώνοντας την. Μερικές φορές δύναται να προκληθούν σωματικές κακώσεις, αν προσκρούσει σε κοντινά αντικείμενα, κατά την πτώση ή το τράνταγμα. Η κρίση συνήθως σταματά μετά από λίγα λεπτά. Τότε το άτομο παρουσιάζει σύγχυση και αίσθηση απώλειας της ισορροπίας. Αυτό μπορεί να διαρκέσει για ώρες.

Τέλος υπάρχουν και οι ατονικές ή αστατικές κρίσεις. Πρόκειται για κρίσεις που δεν είναι δυνατόν να ταξινομηθούν λόγω ελλειπών στοιχείων ή ασαφούς συμπτωματολογίας.

Η αναγνώριση του επιληπτικού συνδρόμου γίνεται από τον καθορισμό του τύπου των κρίσεων, από την ηλικία εμφάνισης, από τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά ευρήματα, από τα συνοδά συμπτώματα και από το οικογενειακό ιστορικό.

Η αιτιολογία της επιληψίας μπορεί να παραμένει άγνωστη και τότε η νόσος χαρακτηρίζεται *ιδιοπαθής*. Στις υπόλοιπες

περιπτώσεις, τα αίτια μπορεί να είναι συγγενή ή επίκτητα. Στα συγγενή αίτια ενδέχεται να υπάρχει συσχετισμός της συγγενούς (εκ γενετής) επιληψίας με τοξικές ή τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου του εμβρύου ή με κληρονομικούς παράγοντες. Στα επίκτητα αίτια περιλαμβάνονται οι διαταραχές της ανατομικής συνοχής του εγκεφαλικού ιστού, όπως τραύματα ή αιματώματα από κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, αγγειακές δυσπλασίες, όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος, φλεγμονές των μηνίγγων, ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, καθώς επίσης και παράγοντες που επηρεάζουν την ηλεκτρική λειτουργία του εγκεφάλου, όπως χρόνια κατάχρηση οινόπνευματος (αλκοολικές κρίσεις), λήψη φαρμάκων ή ουσιών (πχ κοκαΐνη, αμφεταμίνες, ecstasy), λήψη οπιοειδών (προποξυφαΐνη), λήψη ορισμένων αντιβιοτικών (σιπροφλοξασίνη) και ακόμη η απότομη διακοπή φαρμάκων ή ουσιών (οινόπνευματος, αντιεπιληπτικών φαρμάκων, ή βαρβιτουρικών). Πρόσθετες περιπτώσεις είναι η υπερθερμία, η υποξυγοναιμία, η υποογκαιμία, οι μεταβολικές διαταραχές (όπως υπογλυκαιμία, ουραιμία, υπονατρίαemia). Ανάμεσα στα άλλα, επιληπτική κρίση μπορεί να προκαλέσει η νόσος Alzheimer στα όψιμα στάδια και η υψηλή πυρετική κίνηση (πυρετικοί σπασμοί στα παιδιά).

Σε έναν ασθενή με γνωστό πρόβλημα επιληψίας, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα να εμφανιστεί μια κρίση. Οι παράγοντες αυτοί (triggering factors) είναι η διακοπή των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, η μέθη, η έλλειψη ύπνου, η σωματική εξάντληση, η ψυχική καταπόνηση (stress), η διακοπή φαρμάκων που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα (όπως βαρβιτουρικά ή βενζοδιαζεπίνες), ένα εμπύρετο νόσημα και η έμμηνος ρύση. Γενικά η πλειονότητα των επιληπτικών μπορεί να ζει μία απολύτως φυσιολογική ζωή, με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Αναφορικά με την γενετική, στο 70-75% των παιδιών με επιληψία δεν ανευρίσκεται καμιά αιτία, ενώ τουλάχιστον το 30-50% αυτών των παιδιών έχουν μια γενετική προδιάθεση και ειδικά αυτά με πρωτοπαθή γενικευμένη επιληψία. Έχουν βρεθεί πολλά γονίδια που σχετίζονται με τη δημιουργία της επιληψίας. Αυτό που μεταβιβάζουν αυτά τα γονίδια είναι η αυξημένη προδιάθεση για επιληψία.

Η διάγνωση της επιληψίας τίθεται όταν καταγράφονται τουλάχιστον δύο κρίσεις στην διάρκεια ενός έτους. Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, αφού ο επιπόλαιος χαρακτηρισμός ενός ασθενή ως επιληπτικού έχει σοβαρές συνέπειες για τη ζωή του.

Η εξέταση που θέτει τη σφραγίδα της διάγνωσης είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ). Ενδεχομένως να χρειαστούν και απεικονιστικές εξετάσεις όπως αξονική ή

μαγνητική τομογραφία ή και νεότερες εξετάσεις όπως το PET, το SPECT και η μαγνητο-εγκεφαλογραφία (MEG). Ακολουθεί πλήρης νευρολογική και καρδιολογική εξέταση, αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις.

Σε περίπτωση γενικευμένης κρίσης, δεν γίνονται προσπάθειες διακοπής της. Οι πρώτες βοήθειες απαιτούν ιδιαίτερη ψυχραιμία και παραμονή δίπλα στον ασθενή. Συγκεκριμένα:

- α) Προστασία του ασθενή από πιθανό τραυματισμό με την απομάκρυνση σκληρών αντικειμένων από τον χώρο. Ταυτόχρονα τοποθέτηση μαλακού στηρίγματος κάτω από το κεφάλι του, χαλάρωση των ενδυμάτων και απομάκρυνση τεχνητής οδοντοστοιχίας ή γυαλιών.
- β) Προστασία του ασθενή από πιθανή εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου και υποβοήθηση της αναπνευστικής λειτουργίας, με την τοποθέτηση του διά ήπιων χειρισμών στο πλευρό του, όσο το δυνατόν συντομότερα
- γ) Αποφυγή προσπάθειας για μετακίνηση του ασθενή, βίαιη διάνοιξη του στόματος, τοποθέτηση αντικειμένων στο στόμα και περιορισμό των σωματικών κινήσεων.
- δ) Προσπάθεια επικοινωνίας με τον ασθενή, ώστε να διαπιστωθεί η ανάκτηση των αισθήσεων του, καταγραφή της διάρκειας της κρίσης και απομάκρυνση των θεατών.

Μετά την κρίση απαιτείται τοποθέτηση του ασθενή σε πλάγια αριστερή θέση με στροφή της κεφαλής προς το έδαφος. Υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης εμέτων, μετά την κρίση, και εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου, πριν ακόμη ανακτηθούν πλήρως οι αισθήσεις. Είναι απαραίτητη η επιτήρηση του ασθενή για χρονικό διάστημα 5 – 20 λεπτά και δεν επιτρέπεται η χορήγηση νερού, φαρμάκων ή τροφής μέχρι να επανέλθει πλήρως.

Εάν υπάρξουν συνεχόμενα μικρότερα επεισόδια σπασμών, μεταξύ των οποίων ο ασθενής δεν ανακτά την συνείδησή του ή ένα επεισόδιο σπασμών που διαρκεί περισσότερο από 30 λεπτά, τότε αυτό χαρακτηρίζεται ως επιληπτική κατάσταση (status epilepticus) και χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης, που περιλαμβάνει τα επείγοντα μέτρα και την φαρμακευτική αντιμετώπιση, όπως φαίνονται στον Πίνακα 1.

Όσον αφορά την φαρμακευτική αντιμετώπιση, μελέτες έχουν αναδείξει την λοραζεπάμη ως φάρμακο εκλογής στην ενδοφλέβια χορήγηση έναντι της μιδαζολάμης, της διαζεπάμης, της φαινοβαρβιτάλης και της φαινυτοΐνης. Η μιδαζολάμη προτιμάται στην ενδομυϊκή χορήγηση (μπορεί να δοθεί επίσης δια της ρινικής ή στοματικής οδού), όπου δεν είναι δυνατή η εξασφάλιση φλεβικής γραμμής.

Ο ίδιος θεραπευτικός αλγόριθμος αντιμετώπισης της επιληπτικής κατάστασης στην Επείγουσα Ιατρική εφαρμόζε-

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ (σε λεπτά από την έναρξη των σπασμών)	ΣΚΟΠΟΣ
Προστασία των αεροφόρων οδών και εξασφάλιση της ανταλλαγής αερίων με την σωστή τοποθέτηση της κεφαλής	Άμεσα (0–2 min)	Βατότητα αεραγωγού Διατήρηση επιπέδων O ₂ στο αίμα.
Διασωλήνωση(αν υπάρχει υποψία αυξημένης ενδοκράνιου πίεσης ή δεν εξασφαλίζεται η ανταλλαγή των αερίων)	Άμεσα (0–10 min)	Εξασφάλιση επαρκούς οξυγόνωσης και αερισμού.
Ζωτικά Σημεία (Κορεσμός O ₂ , Αρτηριακή Πίεση, Σφύξεις)	Άμεσα (0–2 min)	Έλεγχος ζωτικών σημείων και κορεσμού O ₂
Αγγειοσπαστική στήριξη της Αρτηριακής Πίεσης (εάν Συστολική Αρτηριακή Πίεση<90 mmHg ή Μέση Αρτηριακή Πίεση<70 mmHg	Άμεσα (5-15 min)	Διατήρηση της Πίεσης Διήθησης Εγκεφάλου (CPP)
Stick Μέτρησης Σακχάρου	Άμεσα (0–2 min)	Διάγνωση Υπογλυκαιμίας
Εξασφάλιση περιφερικής ενδοφλέβιας γραμμής (IV) 1.Άμεση χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής (Βενζοδιαζεπίνη) 2.Ρύθμιση κυκλοφορικού συστήματος 3.Αν υπάρχει υποψία	Άμεσα (0–2 min)	Εξασφάλιση χορήγησης θεραπευτικής αγωγής 1.Έλεγχος σπασμών 2.Εξασφάλιση αιματικής ροής 3.Αποκατάσταση έλλειψης

κατάχρησης αλκοόλ ή κακής θρέψης (θειαμίνη, χορήγηση υπέρτονου διαλύματος γλυκόζης)		θειαμίνης, διόρθωση υπογλυκαιμίας
Άμεσος έλεγχος του StatusEpilepticus με αντιεπιληπτικά φάρμακα	Άμεσα, μετά την αρχική χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής (5–10 min)	Έλεγχος σπασμών
Νευρολογική Εκτίμηση	Επείγον (5–10 min)	Αξιολόγηση επιπέδου συνείδησης, κινήσεων της κόρης του οφθαλμού, κινητικής λειτουργίας και αισθητήριας λειτουργίας
Αιματολογικός, Βιοχημικός, Τοξικολογικός έλεγχος	(5 min)	Διάγνωση απειλητικών για την ζωή διαταραχών του μεταβολισμού
Θεραπεία Επιληπτικής Κατάστασης, που δεν υποχωρεί.	Επείγον (20-60min μετά την 2 ^η χορήγηση αντιεπιληπτικών φαρμάκων)	Διακοπή σπασμών, στρατηγική θεραπείας ανάλογη με την ανταπόκριση του ασθενή
Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως	Επείγον (0-60min)	Εκτίμηση ισοζύγιου υγρών και κυκλοφορίας.
Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα	Επείγον (15-60min)	Εκτίμηση και διάκριση μεταξύ πρωτοπαθών και δευτεροπαθών σπασμών. Διάγνωση υποκείμενης βλάβης. Εκτίμηση ανταπόκρισης στη θεραπεία
Διαγνωστικές-Απεικονιστικές Εξετάσεις (Αξονική ή Μαγνητική	Επείγον (0-60min)	Διάγνωση μηνιγγίτιδας, εγκεφαλίτιδας, άλλης υποκείμενης βλάβης

Τομογραφία, Οσφουονωτιαία Παρακέντηση)		
Τοποθέτηση καθετήρα μέτρησης Ενδοκράνιου Πίεσης	Επείγον (0-60min μετά την διάγνωση του απεικονιστικού ελέγχου)	Μέτρηση και έλεγχος της Ενδοκράνιου Πίεσης

Πίνακας 1. Θεραπευτικός αλγόριθμος αντιμετώπισης της επιληπτικής κατάστασης στην Επείγουσα Ιατρική

ται και στα παιδιά. Δεν υπάρχει καμία απόδειξη ότι ανταποκρίνονται διαφορετικά στην αντιεπιληπτική αγωγή σε σύγκριση με τους ενήλικες. Ωστόσο παράγοντες, όπως η φαρμακοκινητική και ο κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, πρέπει να συνυπολογίζονται για την σωστή επιλογή του φαρμάκου και της δοσολογίας του, όταν πρόκειται για παιδιατρικούς ασθενείς.

Συμπερασματικά, επιληψία είναι η κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από αυτόματη, διακοπτόμενη, ανώμαλη ηλεκτρική δραστηριότητα σε ένα τμήμα του εγκεφάλου, που κλινικά εκδηλώνεται με τη μορφή σπασμών. Τα αίτια ποικίλουν. Η αδρή διάκριση γίνεται ανάμεσα σε παθολογικές, μεταβολικού τύπου, καταστάσεις και σε δομικά αίτια.

Η επιληψία ταξινομείται σε γενικευμένη και σε εστιακή. Η επιληπτική κρίση απαιτεί νευρολογική και καρδιολογική εκτίμηση και άμεση μεταφορά στο νοσοκομείο. Στην περίπτωση γενικευμένης κρίσης, οι πρώτες βοήθειες συνίστανται κυρίως στην προφύλαξη του ασθενούς από κακώσεις και στην αποφυγή εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου. Στα πλαίσια της Επείγουσας Ιατρικής, η επιληπτική κατάσταση μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία, εφαρμόζοντας συγκεκριμένα βήματα. Η διάγνωση της επιληψίας θα βασιστεί στην περιγραφή της κρίσης. Η παρουσία μάρτυρα τη στιγμή της κρίσης και ο παρακλινικός έλεγχος μπορούν να βοηθήσουν, δίνοντας πολύτιμες πληροφορίες.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brophy G M., Bell R, Claassen J, et al. Guidelines for the Evaluation and Management of Status Epilepticus. Neurocritical Care Society Status Epilepticus Guideline Writing Committee 2012;
2. www.epilepsyaustralia.net
3. Μανωλίδου Ζ., Ευσταθίου, Π. ΕΠΙΛΗΨΙΑ (επιληπτική κρίση), 2012, www.iatropedia.gr
4. Chapell R, Reston J, Snyder D, et al. Management of treatment-resistant epilepsy. Volume 1: evidence report and appendices. Volume 2: evidence tables. Drug treatment strategies. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment; 77. 2003.
5. Harden CL, Pennell PB, Koppel BS, et al. Practice parameter update: management issues for women with epilepsy - focus on pregnancy (an evidence-based review): vitamin K, folic acid, blood levels, and breastfeeding. Report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology and American Epilepsy Society. Neurology 2009; 73(2): 142-149.
6. Ranganathan LN, Ramaratnam S. Vitamins for epilepsy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2.
7. Oddo M, Carrera E, Claassen J, Mayer SA, Hirsch LJ. Continuous electroencephalography in the medical intensive care unit. Crit Care Med. 2009;37(6):2051-6.
8. Πρώτες βοήθειες για επιληπτική κρίση, www.epinet.org.au
9. Επιληψία, Διάγνωση, Θεραπεία, Πρώτες Βοήθειες, <http://www.epilepsy-greece.gr/>
10. Μαλακά - Ζαφειρίου Κ: Παιδιατρική, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2003.