

Krótko o padaczce

Polsk



norsk epilepsiforbund



HVA ER EPILEPSI?

Et epileptisk anfall er uttrykk for en forbigående funksjonsforstyrrelse i hjernen. Dette skyldes en plutselig og ukontrollert forstyrrelse av hjernebarkens elektriske aktivitet.

Epilepsi er ikke én enkelt sykdom, men et symptom på forskjellige tilstander som har det til felles at de leder til gjentatte epileptiske anfall. Årsaken til epilepsien kan derfor variere fra person til person, og kan være nær sagt alle former for sykdom eller skade i hjernen. I omtrent halvparten av tilfellene klarer en imidlertid ikke å påvise noen sikker årsak.

Alle mennesker kan i prinsippet få et epileptisk anfall under spesielle påkjenninger eller ved visse sykdommer. Personer med epilepsi har en lavere anfallsterskel enn andre, og har derfor tendens til gjentatte anfall.

DE ULIKE ANFALLSTYPENE

Epileptiske anfall deles grovt i to hovedgrupper, kalt generaliserte og fokale, avhengig av hvor i hjernen anfallet starter. Et anfall som ser ut til å starte over hele hjernen samtidig kalles generalisert, mens et anfall som starter i ett bestemt område kalles fokalt.

CZYM JEST PADACZKA?

Napad padaczkowy jest efektem przejściowego zaburzenia czynności mózgu. Jego przyczyną jest nagłe i niekontrolowane zakłócenie elektrycznej aktywności kory mózgowej.

Padaczka (nazywana też epilepsją) nie jest jedną konkretną chorobą, lecz objawem różnych stanów, których wspólną cechą są powtarzające się napady padaczkowe. Z tego względu przyczyna choroby może być dla każdego chorego inna i wynikać z niemal dowolnego schorzenia lub urazu mózgu. W około połowie przypadków nie można jednak wykryć żadnej konkretnej i pewnej przyczyny.

Każdy człowiek poddany szczególnym stresom lub cierpiący na pewne choroby może mieć napad padaczkowy. Osoby z padaczką mają obniżony próg wystąpienia napadu, dlatego też występuje u nich tendencja do wielokrotnego występowania napadów.

RODZAJE NAPADÓW

Napady padaczkowe dzieli się ogólnie na dwie główne grupy – uogólnione i ogniskowe – w zależności od tego, w której części mózgu się zaczynają. Napad, który wydaje się rozpoczynać jednocześnie w całym mózgu, nazywa się uogólnionym, a taki, który zaczyna się w konkretnym obszarze – ogniskowym.

GENERALISERTE ANFALL

Absenser

Kortvarige episoder med bevissthetstap der pasienten plutselig stopper med det han holder på med og ikke svarer på tiltale. Absensene varer bare noen få sekunder og kan opptre mange ganger daglig. Disse anfallene sees oftest hos barn.

Generaliserte tonisk-kloniske anfall (GTK)

Pasienten mister bevisstheten, faller, stivner først til i kroppen for deretter å få kramper både i armer og ben. Under anfallet vil pustebevegelsene stanse midlertidig, det kan komme fråde fra munnen og av og til kan det være ufrivillig avgang av urin og avføring.

Myoklone anfall

Kortvarige rykninger av et par sekunders varighet oftest i armene og skuldrene. Kan typisk utløses lettere ved bevegelser.

Atoniske anfall

Pasienten mister helt plutselig all kraft i kroppen og faller sammen. Skade i forbindelse med det plutselige anfallet forekommer og kan være alvorlige, men anfallene er oftest kortvarige.

NAPADY UOGÓLNIONE

Napady nieświadomości

Krótkie epizody utraty przytomności, podczas których pacjent nagle zastyga i nie reaguje, gdy się do niego mówi. Napady nieświadomości trwają jedynie kilka sekund i mogą występować wiele razy w ciągu doby. Występują najczęściej u dzieci.

Uogólnione napady toniczno-kloniczne

Pacjent traci przytomność, upada, początkowo jego ciało sztywnieje, po czym pojawiają się skurcze ramion i nóg. Podczas napadu może wystąpić chwilowe zatrzymanie oddechu, toczenie piany z ust, a także czasami mimowolne oddanie moczu i kału.

Napady miokloniczne

Krótkie, silne skurcze, najczęściej ramion i barków, trwające kilka sekund. Zazwyczaj częściej pojawiają się podczas ruchu.

Napady atoniczne

Pacjent nagle traci całą siłę w ciele i upada. Taki nagły atak może skutkować urazami, czasami poważnymi, jednak zwykle trwa to krótko.

FOKALE ANFALL

Fokale anfall uten påvirkning av bevisstheten

Disse anfallene varierer svært i utforming avhengig av hvilket område i hjernen de springer ut fra. Anfallene kan f.eks. arte seg som rykning i en hånd, rar følelse i benet, underlig smak, lukt eller sug i magen. Enkelte har også psykiske symptomer som angst eller frykt. Felles for denne anfallstypen er at bevisstheten hele tiden er bevart. Pasienten kan derfor følge med på det som skjer og også fortsette en samtale under anfallet.

Fokale anfall med påvirkning av bevisstheten

Også disse anfallene kan variere svært i utforming. Felles for denne anfallstypen er at bevisstheten er redusert, men dette kan være i svært varierende grad. Pasienten blir typisk fraværende, stopper ofte å snakke, kan for eksempel fomle med klærne, gjøre tyggebevegelser, fukte leppene, svelge, repetere om og om igjen ting de holder på med eller de kan reise seg og gå litt planløst rundt. Dette er den vanligste anfallstypen ved epilepsi.

Fokale anfall med sekundær generalisering

Alle fokale anfall både med og uten påvirket bevissthet kan gå over i et generalisert anfall, oftest et GTK anfall. Svært mange av de GTK anfall man ser er nettopp sekundært generalisert.

NAPADY OGNISKOWE

Napady ogniskowe bez zaburzeń świadomości

Ich postać może być bardzo różna, zależnie od tego, w którym obszarze mózgu powstają. Mogą na przykład objawiać się skurczami dłoni, dziwnym uczuciem w nogach, odczuwaniem nietypowego smaku, zapachu albo ssania w żołądku. Niektórzy doznają również objawów psychicznych, takich jak lęk lub strach. Wspólne dla tego typu ataków jest zachowanie świadomości podczas całego ataku. Pacjent zdaje sobie więc w czasie napadu sprawę, co się dzieje, a także może prowadzić rozmowę.

Napady ogniskowe z zaburzeniami świadomości

Również tego rodzaju ataki mogą przebiegać w bardzo różny sposób. Ich wspólną cechą jest ograniczenie świadomości, jednak zakres świadomości może być inny u poszczególnych osób. Pacjent jest zazwyczaj jakby nieobecny myślami, często przestaje mówić, może na przykład gnieść ubranie, wykonywać ruchy żujące, zwilżać usta, przełykać, powtarzać czynności albo wstać i chodzić bez celu. Jest to najbardziej rozpowszechniony typ napadów padaczkowych.

Napady ogniskowe z uogólnieniem wtórnym

Wszystkie napady ogniskowe, z zaburzeniami świadomości lub bez takich zaburzeń, mogą przejść w napad uogólniony, zwykle toniczno-kloniczny. Bardzo wiele napadów toniczno-klonicznych to właśnie napady ogniskowe, które przeszły w uogólnione.

Status epilepticus

En sjelden gang ser man at et epileptisk anfall ikke stopper, eller starter opp igjen rett etter at det foregående er avsluttet. Denne tilstanden kalles status epilepticus. Dette er en alvorlig tilstand som krever øyeblikkelig sykehusinnleggelse.

Hvilke undersøkelser er aktuelle?

Utredningen starter med en grundig undersøkelse hos nevrolog, evt. barnelege med spesialkunnskap om epilepsi, der en går nøye går gjennom anfallene og pasientens sykehistorie for øvrig. De to sentrale, supplerende undersøkelsene er EEG og MR.

EEG

Første undersøkelse er oftest en EEG undersøkelse der en ved hjelp av elektroder festet til hodebunnen registrerer hjernens elektriske aktivitet. Ofte er det nødvendig med gjentatte registreringer og også registrering etter en natt uten søvn hvis man ikke fanger opp unormal, epileptisk aktivitet første gang. I enkelte tilfeller kan man gå videre med langtidsregistreringer av EEG som også inkluderer samtidig video for nærmere anfallsobservasjon.

Magnettomografi (MR)

Dette er en undersøkelse der man tar snittbilder av hjernen i ulike plan. MR undersøkelsen er meget nøyaktig slik at selv små forandringer i hjernen kan sees på bildene.

Stan padaczkowy

W rzadkich przypadkach napad padaczkowy nie mija albo tuż po jego zakończeniu pojawia się następny. Jest to tak zwany stan padaczkowy. To bardzo poważny stan, który wymaga natychmiastowej hospitalizacji.

Jakie badania się przeprowadza?

Analiza rozpoczyna się od dokładnego zbadania przez neurologa lub ewentualnie pediatrę specjalizującego się w padaczcze. Podczas tego badania szczegółowo omawia się napady i pozostałą historię choroby pacjenta. Dwa najważniejsze testy uzupełniające to EEG i MRI.

Badanie elektroencefalograficzne (EEG)

Zwykle najpierw przeprowadza się badanie EEG, podczas którego, za pomocą elektrod przymocowanych do skóry głowy, rejestruje się aktywność elektryczną mózgu. Często konieczne jest wielokrotne przeprowadzanie tego badania, a także prowadzenie rejestracji po nieprzespanej nocy, jeśli za pierwszym razem nie wykryje się nienormalnej, padaczkowej aktywności. W niektórych przypadkach można wykonywać długookresowe zapisy EEG z jednoczesnym filmowaniem zachowania pacjenta, co umożliwia dokładniejsze obserwowanie napadów.

Rezonans magnetyczny (MRI)

Jest to badanie polegające na sporządzaniu obrazów przekrojów mózgu w różnych płaszczyznach. Badanie MRI jest niezwykle dokładne, dzięki czemu na obrazach widać nawet drobne zmiany w mózgu.

Andre undersøkelser

Cerebral computertomografi (CT) er en annen måte å fremstille snittbilder av hjernen på. I noen tilfeller kan CT benyttes i stedet for, eller som supplement til MR.

Andre undersøkelser som benyttes i spesielle tilfeller er undersøkelser av hjernens blodgjennomstrømning (SPECT) eller energiomsetning (PET).

Det kan også en sjelden gang være aktuelt å undersøke spinalvæsken ("ryggmargsprøve") eller se etter spesifikke genetiske markører når man leter etter årsaken til epilepsien. Nevropsykologisk testing gjøres også hos enkelte for å se om blant annet funksjoner som hukommelse og konsentrasjon er påvirket av epilepsien.

BEHANDLING

Behandling av epilepsi kan deles i tre punkter

1 – Anfallsforebyggende tiltak

I mange tilfeller kan opptreden av epileptiske anfall tilbakeføres til spesielle anfallsutløsende forhold som f.eks. søvnmangel, lite mat, stort alkoholforbruk eller psykisk stress. Det er viktig at hver pasient nøye ser om det kan være forhold av betydning for anfallsutløsning nettopp hos ham eller henne, idet dette kan gi mulighet til anfallsforebygging uten bruk av medisiner.

Inne badania

Innym sposobem tworzenia obrazów przekrojów mózgu jest tomografia komputerowa (TK). W niektórych przypadkach TK stosuje się zamiast badania MRI lub jako jego uzupełnienie.

Dalsze badania, stosowane w szczególnych przypadkach, to badanie przepływu mózgowego krwi (SPECT) lub metabolizmu (PET).

W rzadkich przypadkach wykonuje się także badanie płynu mózgowo-rdzeniowego („punkcja lędźwiowa”) lub poszukiwanie specyficznych markerów genetycznych, gdy szuka się przyczyny padaczki. U niektórych pacjentów wykonuje się również testy neuropsychologiczne, aby stwierdzić, czy padaczka wywiera wpływ na takie funkcje jak pamięć i koncentracja.

LECZENIE:

Leczenie padaczki można podzielić na trzy rodzaje.

1. Zapobieganie napadom

W wielu przypadkach występowanie napadów padaczkowych można powiązać z konkretnymi wywołującymi je czynnikami, takimi jak brak snu, niedobór żywności, nadmierne spożycie alkoholu czy stres psychiczny. Każdy pacjent powinien wiedzieć, czy takie czynniki mogą mieć w jego przypadku znaczenie dla wywoływania napadów, ponieważ może to umożliwić zapobieganie im, bez korzystania z leków.

2. Medikamentell behandling

Valg av medikament vil avhenge av pasientens anfallstype, ikke sjelden kan det være nødvendig å prøve seg frem over noe tid for å finne det preparatet som har best virkning.

Det opptrer meget sjelden alvorlige bivirkninger ved bruk av antiepileptika og medisinene er gjennomgående ikke vanedannende. Blant de mer vanlige bivirkninger er tretthet, allergiske reaksjoner, hudutslett, vektendringer, endret hårvekst og kvalme (dette vil særlig være en bivirkning i begynnelsen av behandlingen). Det er imidlertid store individuelle forskjeller. Bivirkningene går vanligvis tilbake når en skifter medikament. Epilepsimedisin må tas regelmessig og over flere år. Først etter 3-5 år uten anfall kan en vurdere å slutte med medisinene. Her er det imidlertid nødvendig med individuell vurdering.

3. Kirurgisk behandling

For en liten gruppe pasienter kan det være aktuelt å fjerne det anfallsgivende området kirurgisk.

KAN MAN LEVE NORMALT MED EPILEPSI?

Prognosen vil avhenge av årsaken til epilepsien. Gjennomgående kan man si at 60-70% av alle med epilepsi kan gjøres anfallsfrie. Barn med absenser har en god prognose og opptil 80% oppnår anfallsfrihet. Ved GTK anfall regner en med at 60% kan gjøres anfallsfrie ved enkel medikasjon og blant pasienter med fokale anfall med nedsatt bevissthet blir grovt sett ca 1/3 anfallsfrie,

2. Przyjmowanie leków

Wybór leku będzie zależał od rodzaju napadów, nierzadko znalezienie najskuteczniejszego preparatu będzie wymagać wielu prób i błędów.

Poważne działania niepożądane związane ze stosowaniem leków przeciwpadaczkowych występują bardzo rzadko, zwykle też leki te nie są uzależniające. Do najczęstszych działań niepożądanych należą: zmęczenie, reakcje alergiczne, wysypka skórna, zmiany masy ciała, zaburzenia wzrostu włosów i nudności (nudności pojawiają się zwykle na początku leczenia). Objawy mogą być jednak bardzo różne. Działania niepożądane zazwyczaj powracają po zmianie leku. Leki przeciwpadaczkowe należy przyjmować regularnie przez wiele lat. O zaprzestaniu leczenia farmakologicznego można zacząć myśleć dopiero po upływie 3-5 lat bez napadów. Niezbędna jest tu indywidualna ocena.

3. Leczenie chirurgiczne

W przypadku niewielkiej grupy pacjentów może być konieczne chirurgiczne usunięcie obszaru mózgu, który wywołuje napady.

CZY MOŻNA NORMALNIE ŻYĆ Z PADACZKĄ?

Rokowanie zależy od przyczyny choroby. Ogólnie można powiedzieć, że napady można wyeliminować u 60-70% pacjentów. Dzieci z napadami nieświadomości mają dobre rokowania – napady udaje się wyeliminować u 80% z nich. W przypadku uogólnionych napadów toniczno-klonicznych po zastosowaniu leków można liczyć na brak napadów u 60%

1/3 blir betydelig bedre, mens 1/3 fortsetter å ha en del anfall. Selv om en del personer med epilepsi ikke blir helt anfallsfrie, klarer de fleste seg bra, kan ta vanlig utdanning og delta i arbeidslivet på lik linje med alle andre.

FØRSTEHJELP VED EPILEPTISKE KRAMPEANFALL

1. Vær rolig. Ta tiden på anfaller.
2. Pass på at personen ikke skader seg under anfaller.
3. Når krampene har gitt seg, er det viktig å sørge for frie luftveier. Legg gjerne personen i stabilt sideleie.
4. Ring 113 om krampene ikke har gitt seg innen 5 minutter, eller om de starter igjen før personen våkner.

FØRSTEHJELP VED FOKALE ANFALL

- vær rolig, sørg for at personen ikke skader seg selv.
- bli ved personen til han har gjenfunnet full bevissthet og klarer seg selv.

Det finnes en egen interesseorganisasjon for mennesker med epilepsi og deres pårørende Norsk Epilepsiforbund (NEF) er en landsomfattende interesseorganisasjon med ca 5500 medlemmer. Organisasjonen ble stiftet i 1974. Gjennom de mange lokalforeningene/fylkeslagene kan du møte mennesker

pacjentów, natomiast w przypadku osób z napadami ogniskowymi z zaburzeniami świadomości mniej więcej u 1/3 napady zanikają, u 1/3 następuje znaczna poprawa, a u 1/3 napady wciąż czasami występują. Mimo że niektóre osoby z padaczką nie są w stanie pozbyć się napadów, większość dobrze sobie radzi w życiu, może normalnie się kształcić i z powodzeniem funkcjonować w życiu zawodowym.

PIERWSZA POMOC W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA DRGAWEK PADACZKOWYCH

1. Zachować spokój. Odczekać, aż napad ustąpi.
2. Zadbać, by chory nie zrobił sobie krzywdy podczas ataku.
3. Po ustąpieniu drgawek należy udrożnić drogi oddechowe. Dobrze jest ułożyć chorego w bezpiecznej pozycji.
4. Jeśli drgawki nie ustąpią w ciągu 5 minut, lub gdy zaczną się ponownie, zanim chory oprzytomnieje, zadzwonić na numer 113.

PIERWSZA POMOC W PRZYPADKU NAPADÓW OGNISKOWYCH

- zachować spokój, zadbać o to, by chory nie zrobił sobie krzywdy;
- pozostać przy chorym do chwili odzyskania przez niego pełnej świadomości i możliwości normalnego funkcjonowania.

W Norwegii istnieje organizacja wsparcia dla osób z padaczką i ich rodzin – Norsk Epilepsiforbund (NEF). Jest to ogólnokrajowe stowarzyszenie, do którego należy około 5500 członków.

i samme situasjon som deg selv. Her møtes voksne, ungdom og barn og deres foreldre. For de fleste er denne kontakten en svært god støtte i hverdagen. NEF har en egen barne- og ungdomsorganisasjon, NEFU.

HVA GJØR NEF?

NEF tar sikte på å:

- være rådgiver for mennesker med epilepsi og deres pårørende
- arbeide kontinuerlig overfor sentrale og lokale myndigheter for å bedre tilbudene til mennesker med epilepsi.
- Informere om epilepsi
- Utgi brosjyrer, tidskrift og bøker som sprer kunnskap om epilepsi
- Danne selvhjelpsgrupper
- Støtte epilepsiforskningen i Norge

Målet er ikke nådd for

- hvert menneske med epilepsi kan fungere i forhold til sine personlige forutsetninger
- vi kan leve i et samfunn hvor epilepsi er alminneliggjort

Organizacja została założona w 1974 roku. W wielu lokalnych stowarzyszeniach i klubach można spotkać ludzi będących w tej samej sytuacji. Spotykają się tu dorośli, młodzież oraz dzieci i ich rodzice. Dla większości kontakt ten to bardzo skuteczne wsparcie w codziennym życiu. NEF ma oddzielną organizację dla dzieci i młodzieży – NEFU.

CZYM ZAJMUJE SIĘ NEF?

Cele NEF to:

- doradztwo dla ludzi cierpiących na padaczkę i ich rodzin – stały dialog z władzami centralnymi i lokalnymi, którego celem jest zwiększenie wsparcia dla osób z padaczką
- informowanie o padaczce
- wydawanie broszur, czasopism i książek, które upowszechniają wiedzę o chorobie
- tworzenie grup samopomocowych
- wspieranie badań nad padaczką w Norwegii

Cele NEF zostaną w pełni osiągnięte dopiero wtedy, kiedy:

- każda osoba z padaczką będzie mogła funkcjonować według swojej woli
- w społeczeństwie kwestia padaczki będzie sprawą powszechnie znaną.



Kontaktinformasjon/Dane kontaktowe:

Norsk Epilepsiforbund

Karl Johans gate 7

0154 Oslo

+47 22 47 66 00

nef@epilepsi.no

www.epilepsi.no