

III.4.5. Az epilepszia kezelése

Az epilepszia kezelésének ismertek gyógyszeres és nem-gyógyszeres módjai. A kezelés célja a rohammentesség biztosítása, azonban ez csak a betegek kb. 65-70%-ában lehetséges. A fennmaradó esetek képezik a terápia-rezisztens csoportot.

Jelenleg több mint 20 különböző antiepileptikum áll rendelkezésünkre, a hatóanyagok listáját tartalmazza a 9. ábra.

Hagyományos antiepileptikumok
Carbamazepin
Clonazepam
Diazepam
Ethosuximide
Phenobarbitál
Phenitoin
Primidone
Valproát
Második generációs antiepileptikumok
Felbamat
Gabapentin
Lacosamid
Lamotrogin
Levetiracetam
Oxcarbazepine
Pregabalin
Tiagabin
Topiramate
Vigabatrin
Zonisamid

9. ábra: A leggyakrabban használt antiepileptikumok listája

Az epilepszia gyógyszeres kezelését általában akkor kezdjük, ha a beteg legalább két alkalommal szenvedett el nem-provokált epilepsziás rohamot. Ha azonban képzőközzel kimutatott szerkezeti károsodás okoz rohamot, vagy ha az epilepszia első alkalommal status epilepticus formájában jelentkezik, akkor már az első roham után indokolt a gyógyszeres kezelést megkezdeni.



Az antiepileptikus kezelés alapelvei a következők

1. A gyógyszeres kezelést monoterápiában kell megkezdeni.
2. A roham típusa határozza meg az elsőként választandó szert.
3. A lehető legalacsonyabb hatásos dózist kell alkalmazni (a gyógyszer vérszintjének meghatározása segíthet a non-compliance megítélésében).
4. A gyógyszer adagját csak lassan, fokozatosan szabad emelni (start low and go slow). Általában megfelelő, ha a beteg hetente emeli a gyógyszer adagját, egészen addig, amíg rohammentességet nem érünk el, vagy amíg mellékhatás nem jelentkezik.
4. Hatástalanság esetén második szert kell kipróbálni. Átmenetileg a két gyógyszert a beteg együtt szedi, amíg a másodikként adott gyógyszer vérszintje a terápiás tartományba nem kerül, ekkor lehet elkezdeni az első, hatástalan szer megvonását.
5. Amennyiben a második monoterápia sem hatásos, akkor két antiepileptikumot kell alkalmazni. A legoptimálisabb kombináció megtalálásához több próbálkozásra is szükség lehet.
6. A krónikus kezelés kapcsán jelentkezhetnek mellékhatások, ezek felismeréséhez rendszeres laboratóriumi kontrol vizsgálatok szükségesek. Az antiepileptikumok leggyakoribb

mellékhatásait mutatja be a 10. ábra.

7. A beteg egyéni szempontjainak figyelembe vétele a gyógyszerválasztást befolyásolja (pl. terhességet tervező betegek valproátot lehetőleg ne adjunk).

8. Mindig figyelemmel kell lenni a beteg által szedett egyéb gyógyszerekre, a lehetséges interakciók miatt (máj enzim induktorok, inhibitorok, stb).

6. Gyógyszer-rezisztens fokális epilepszia esetén mérlegelni kell a műtéti megoldást.

Antiepileptikumok jellegzetes mellékhatásai

Carbamazepin, oxcarbazepin: hyponatremia, aplasticus anaemia, toxikus epidermalis necrolysis

Valproát: hajhullás, hízás, tremor, amenorrhoea, necrosis hepatica, pancreatitis

Lamotrigin: Stevens-Johnson szindróma, toxikus epidermalis necrolysis

Levetiracetam: aluszékonyság, irritabilitás

Phenitoin: choreoathetosis, encephalopathia, hirsutismus, gingiva hyperplasia, neuropathia, SLE, megaloblastos anaemia, hypocalcemia

Ethosuximide: encephalopathia, SLE

Barbiturátok: depresszió, álmoság, megaloblastos anaemia, SLE

Gabapentin: kábasság, szédülés

Topiramate: kognitív zavar, fogyás, vesekő

10. ábra: Az antiepileptikumok leggyakoribb mellékhatásai

A jelenleg rendelkezésre álló adatok alapján elmondható, hogy parciális rohamokban a carbamazepin vagy a lamotrigine az elsőként választandó gyógyszer, míg generalizált rohamokban a valproát hatékonysága a legjobb. Absence rohamokban hagyományosan az ethosuximide az elsőként választandó szer, azonban mind a valproát mind a lamotrigine szintén jó hatékonyságú. Az egyik legújabb antiepileptikum a levetiracetam, mely előnyös tulajdonságai és nagy hatékonysága miatt gyakran alkalmazott készítmény.

Az epilepszia gyógyszeres kezelésének felfüggesztését akkor lehet javasolni, ha a beteg 3-5 évig roham- és panaszmentes. A gyógyszer elhagyásáról a beteg és az orvos közösen dönt. A gyógyszert elhagyni csak lassan, az adagok fokozatos csökkentésével lehet, a folyamat akár több hónapig is tarthat.

Nem javasolható gyógyszerelhagyás, amennyiben korábbi kísérlet alkalmával a rohamok visszatértek, amennyiben az epilepszia korábban gyógyszer-rezisztens volt, ha fokális idegrendszeri károsodás ismert, ill. juvenilis myoklonus epilepsiában.

A gyógyszerre nem, vagy rosszul reagáló fokális epilepszia esetén a műtéti megoldás lehetőségét fel kell vetni. A műtéti kivizsgálás összetett feladat, melyet egy speciális team végez, melynek tagja neurológus, epilepszia specialista, neuropszichológus, képalkotó vizsgálatokban járatos specialista és idegsebész.

A kivizsgálás része a hagyományos EEG, a koponya MR, a video-EEG monitorizálás, a neuropszichológiai tesztelés, szükség esetén az intrakraniális elektródokkal végzett video-EEG monitorozás, FDG-PET, interiktális SPECT vizsgálat. Funkcionális MR vizsgálat elsősorban akkor jön szóba, ha az eltávolítani kívánt epilepsiás fókuszt a beszéd kérgi reprezentációs területéhez közel helyezkedik el.

Jól kiválasztott betegeken végzett, megfelelően előkészített műtétek

| jelentős életminőség javulást eredményeznek.