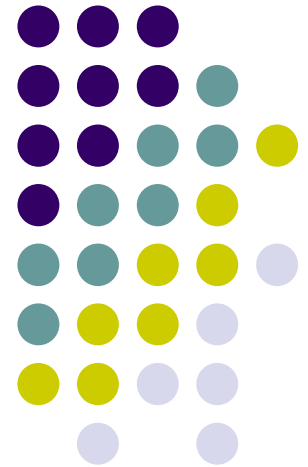


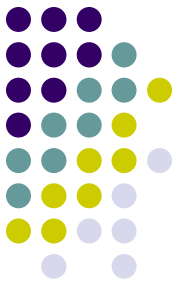
Pierwszy napad w życiu – czy i kiedy leczyć?

Kliknij aby dodać tekst



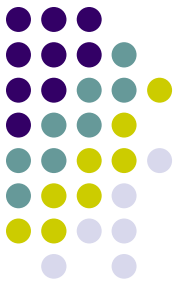
Magdalena Konopko
I Klinika Neurologiczna
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Punkty zainteresowania..



- Pierwsze w życiu napady drgawkowe:
 - Czynniki ryzyka nawrotu
 - Decyzje terapeutyczne
 - Wpływ leczenia na ryzyko kolejnego napadu, wystąpienia działań niepożądanych i jakość życia
- Z pominięciem innych epizodów napadowych (m.in. omdlenia, TIA, epizody hipoglikemii, zaburzenia ruchowe w czasie snu itd.)
- Z pominięciem tzw. napadów prowokowanych

Trochę faktów..



- Ryzyko wystąpienia napadu padaczkowego w ciągu życia wynosi 8-10%¹
- Po I w życiu napadzie prowokowanym ryzyko kolejnego napadu wynosi 3-10%²
- Ryzyko kolejnego napadu po I w życiu napadzie nieprowokowanym wynosi 21-45% i jest najwyższe w ciągu pierwszych 2 lat po napadzie³
- Napady padaczkowe są przyczyną 1,2% konsultacji w oddziałach pomocy doraźnej, z czego ¼ to napady pierwszorazowe⁴

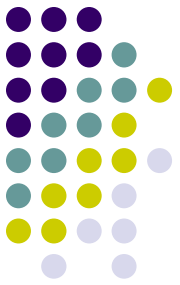
1. Hauser WA, et al. Seizure recurrence after a 1st unprovoked seizure: an extended follow-up. *Neurology* 1990;40:1163-70.

2. Hart YM, et al.. National General Practice Study of Epilepsy: recurrence after a first seizure. *Lancet* 1990; 336(8726):1271-1274.

3. Camfield PR, et al. Epilepsy after a first unprovoked seizure in childhood. *Neurology* 1985;35:1657-60.

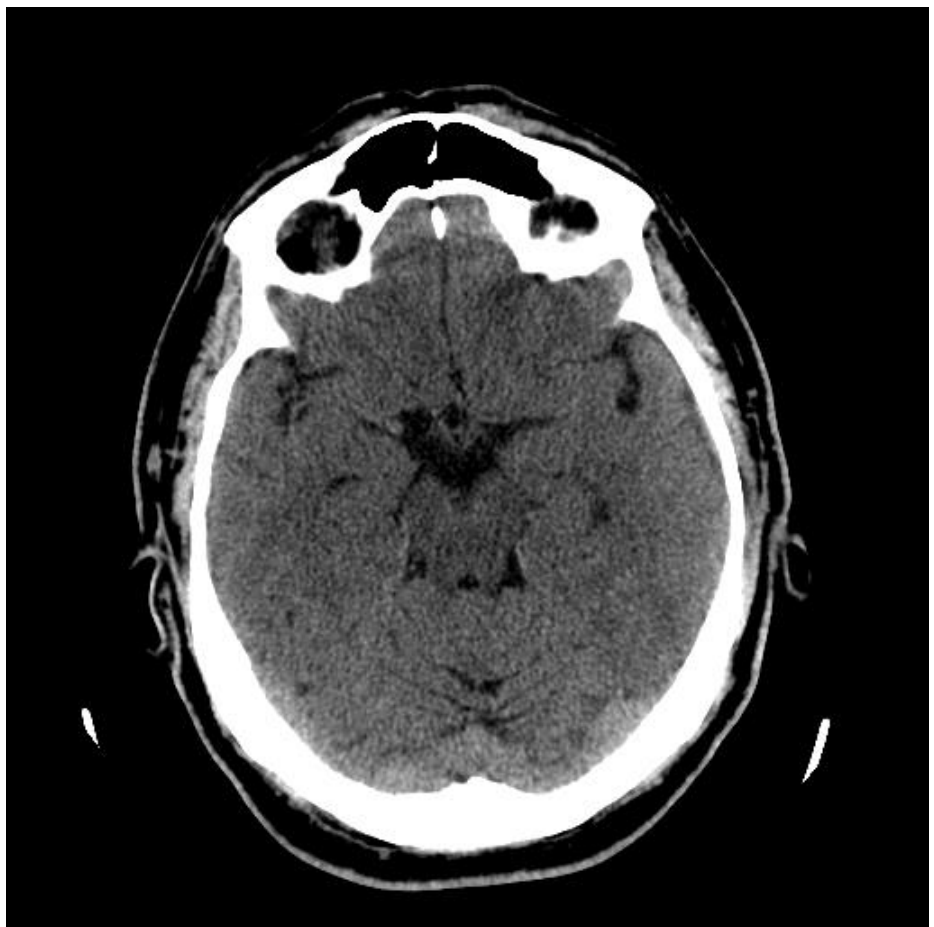
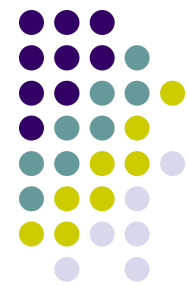
4. Huff JS, et al. Emergency department management of patients with seizures: a multicenter study. *Acad Emerg Med* 2001; 8(6):622-628.

W.M., I. 57

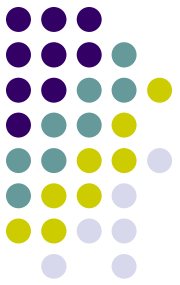


- Przyjęty po I w życiu napadzie drgawkowym
- Nadużywanie alkoholu w wywiadzie
- Choroby somatyczne pacjent negował, leków na stałe nie przyjmował
- Urazy głowy, infekcje, bóle głowy lub inne objawy mogące sugerować wtórną przyczyną napadów, wcześniejsze epizody napadowe, wcześniej występujące objawy neurologiczne chory negował

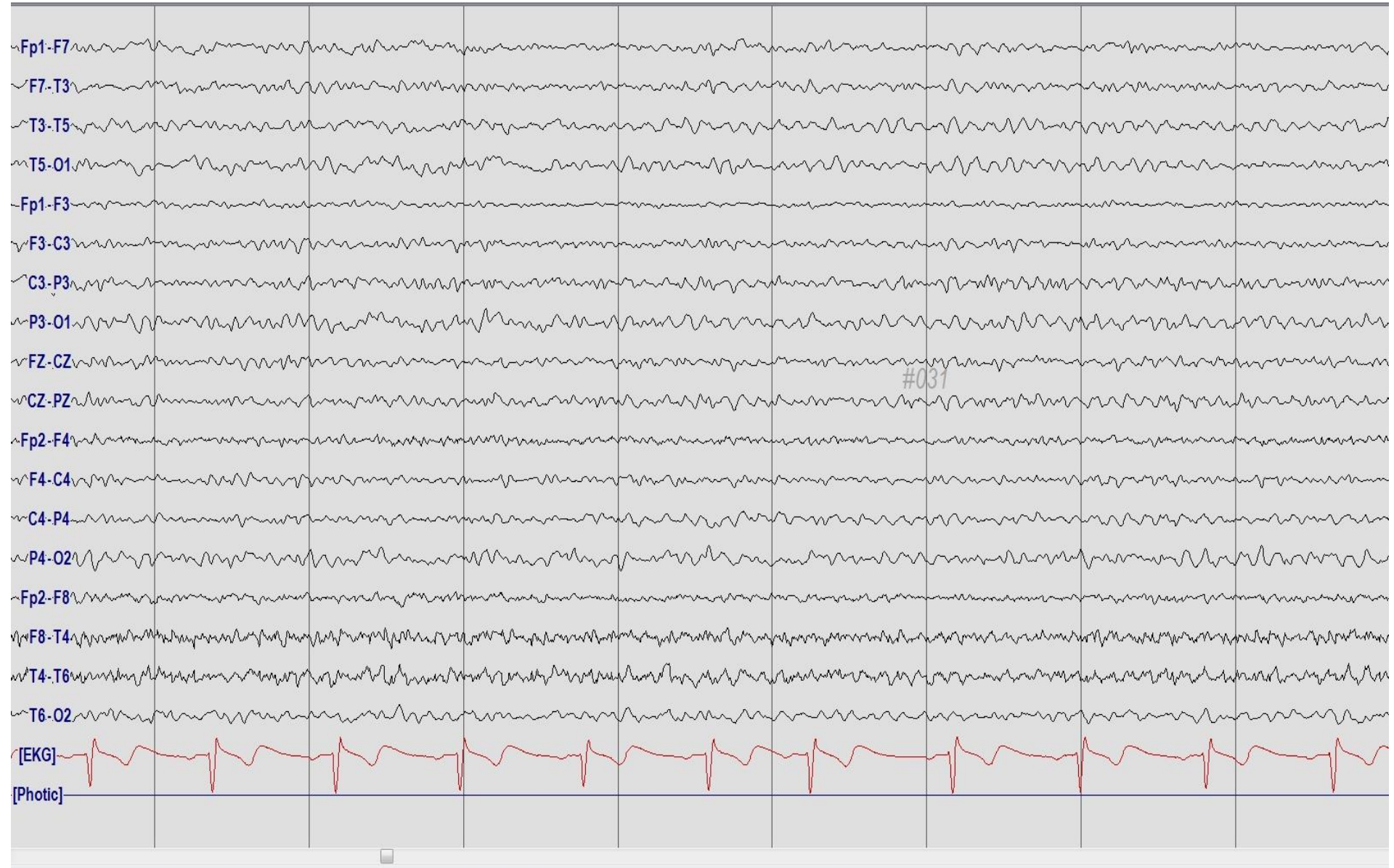
TK m3zgu

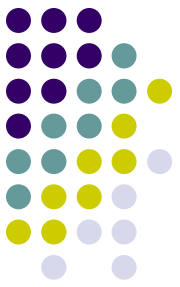


Badania laboratoryjne



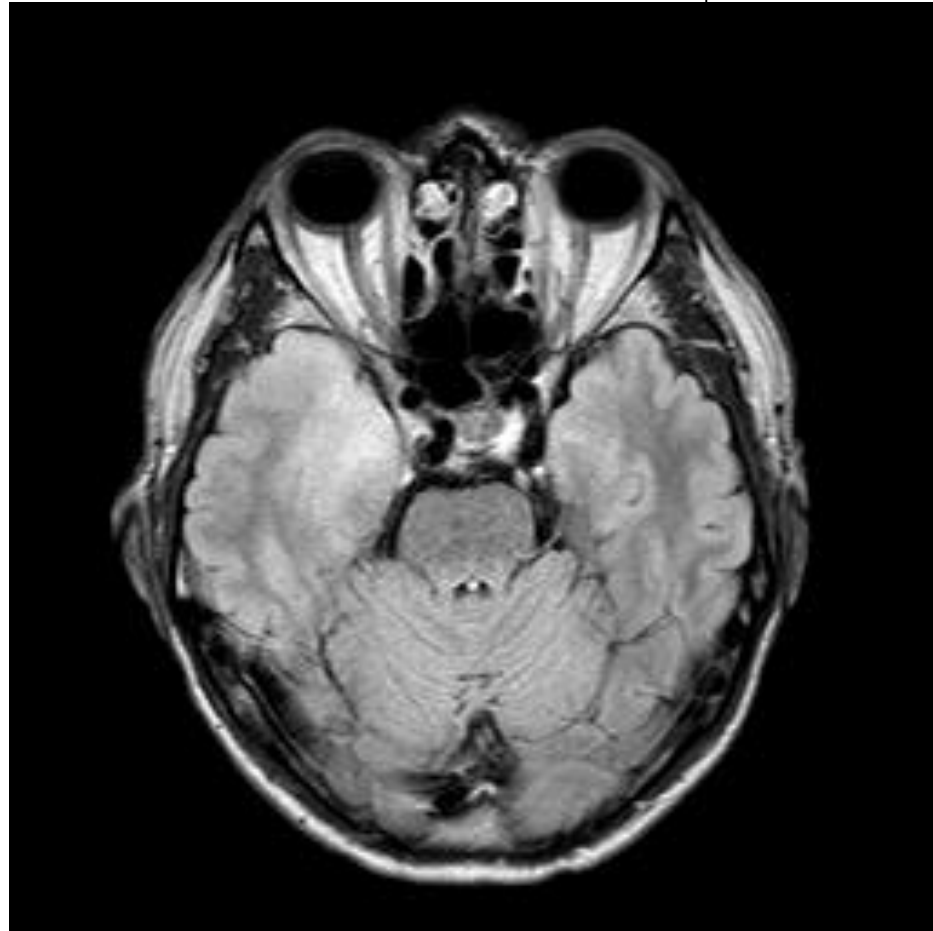
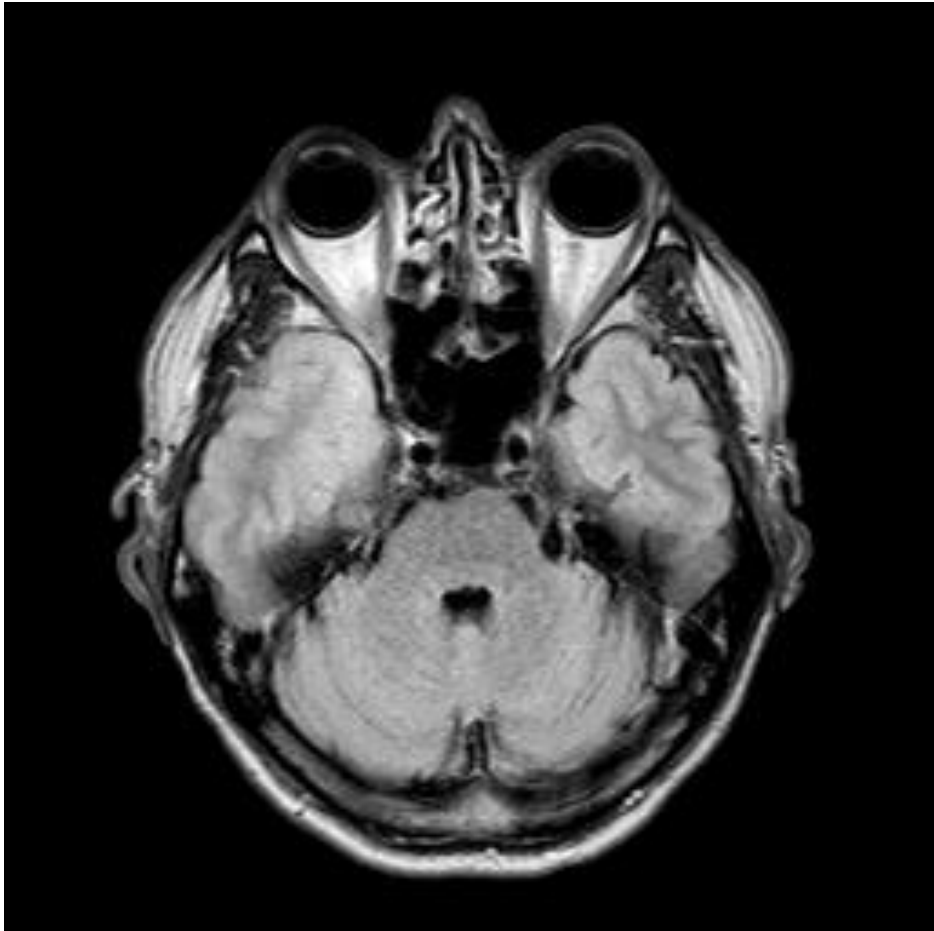
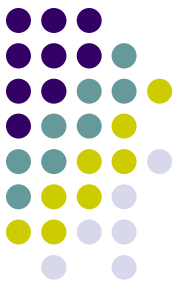
Aminotransferaza alaninowa (ALT)	39.1	U/l	< 41,0	
Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	86.4	U/l	< 40,0	H
Gamma-glutamylotranspeptydaza (GGTP)	186.1	U/l	10,0 - 71,0	H
Morfologia				
WBC	13.62	K/uL	4,0 - 10,0	H
RBC	4.33	M/uL	4,5 - 5,5	L
HCT	40.9	%	40,0 - 50,0	
HGB	14.1	g/dL	13,5 - 17,5	
MCV	94.5	fL	80,0 - 99,0	
MCHC	34.5	g/dL	32,0 - 37,0	
MCH	32.6	pg	27,0 - 33,0	
RDW	13.4	%	11,5 - 14,5	
PLT	203	K/uL	150 - 400	
NEU	11.26	K/uL	2,5 - 6,5	H
Potas w surowicy	3.91	mmol/l	3,50 - 5,50	
Sód w surowicy	135.3	mmol/l	136,0 - 150,0	L



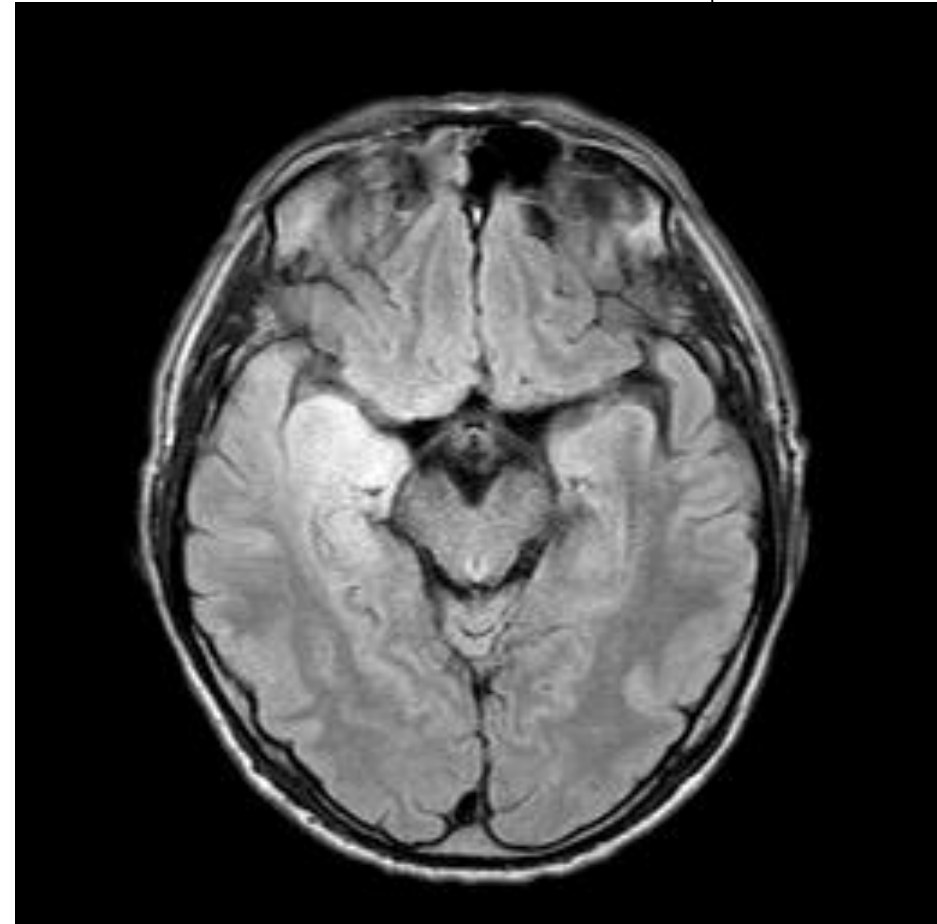
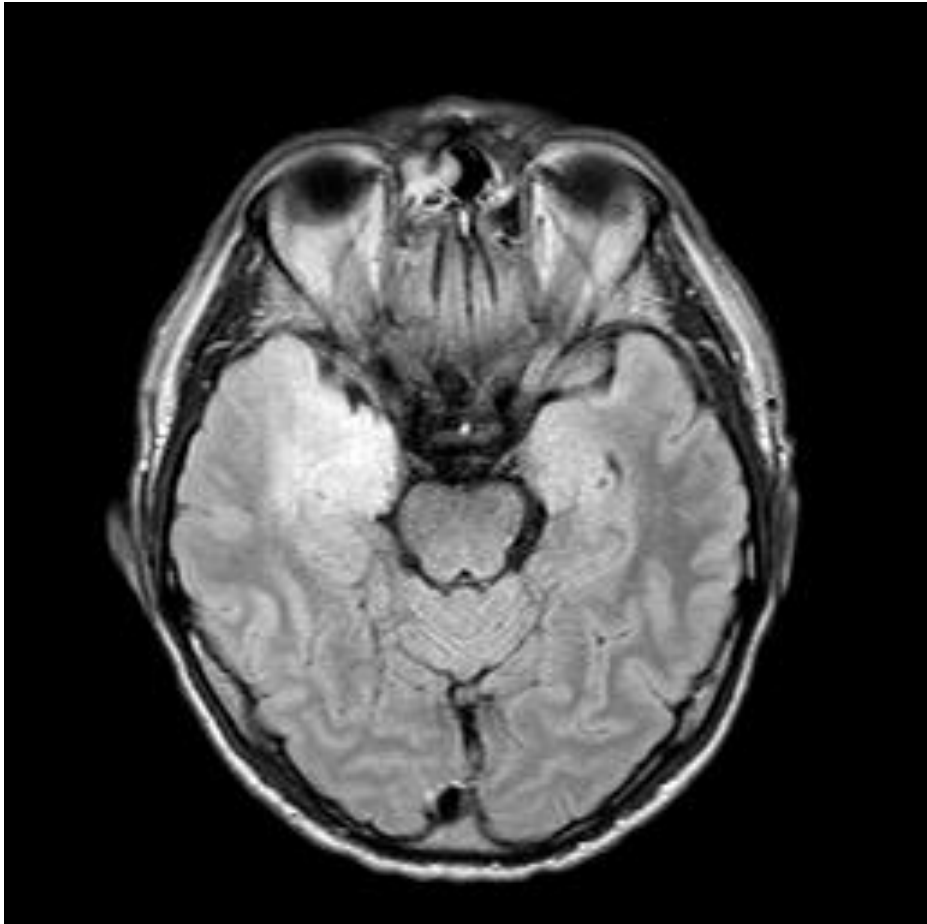
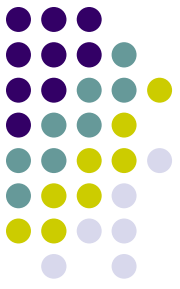


Decyzja terapeutyczna?

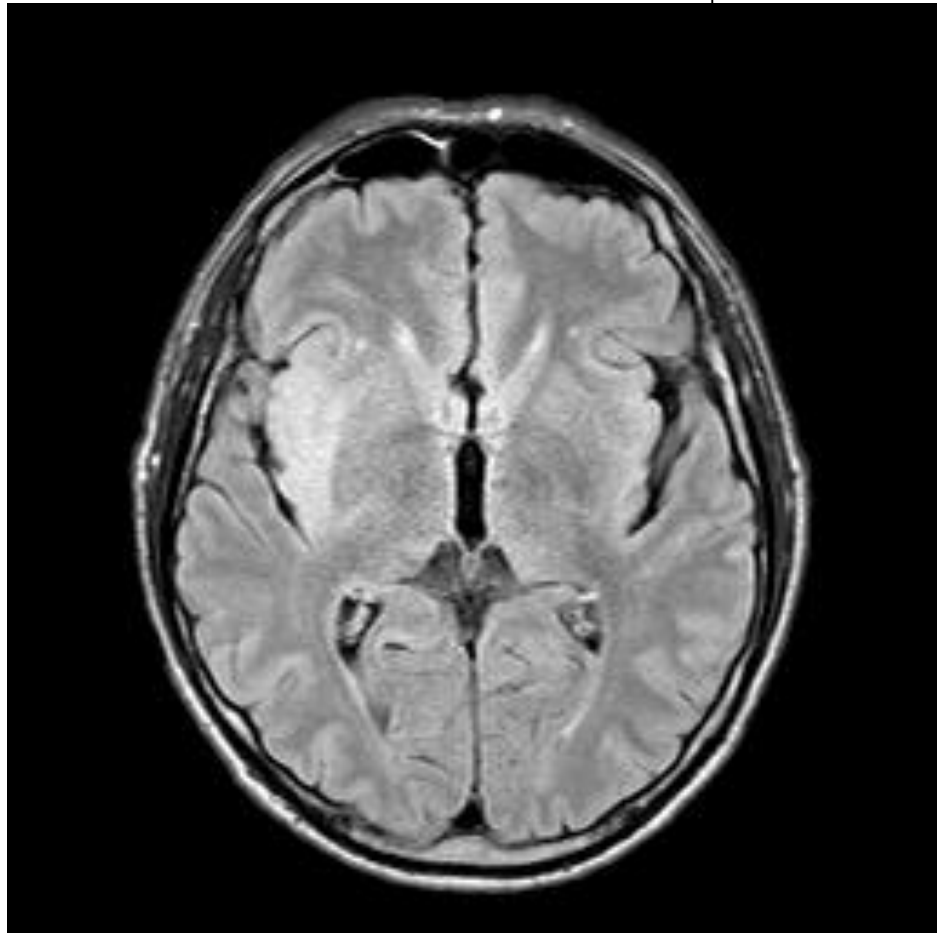
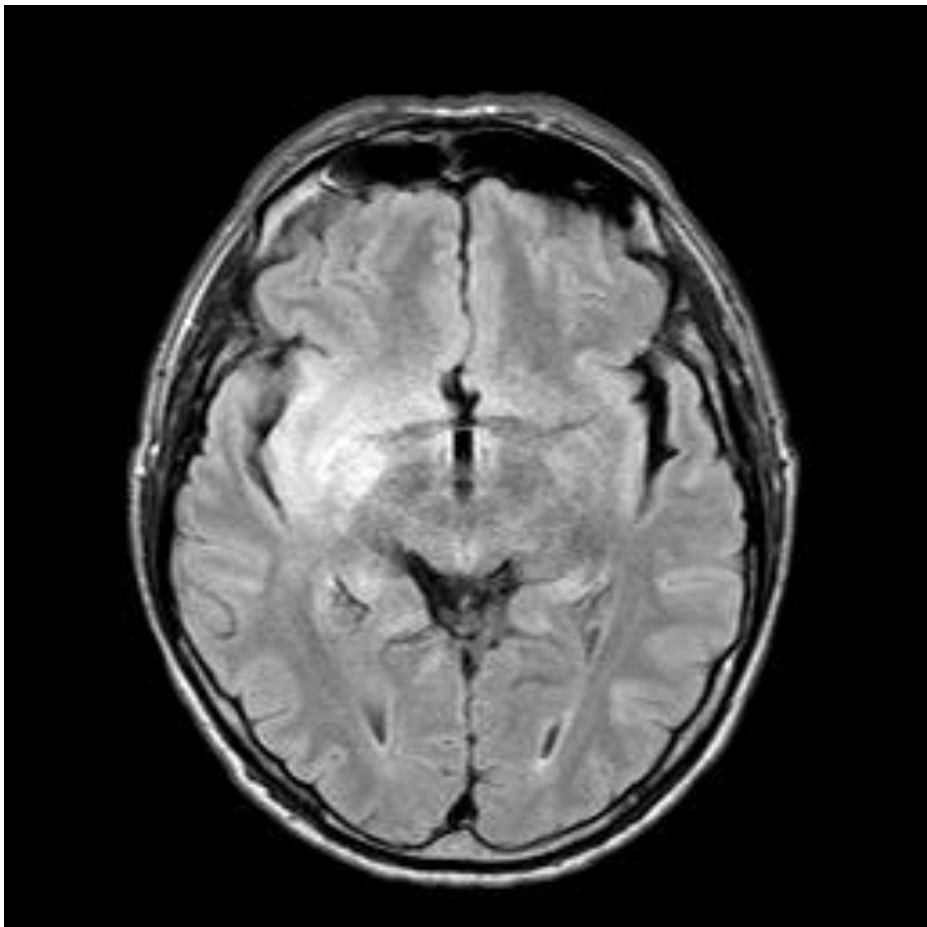
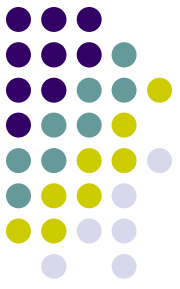
MR móżgu



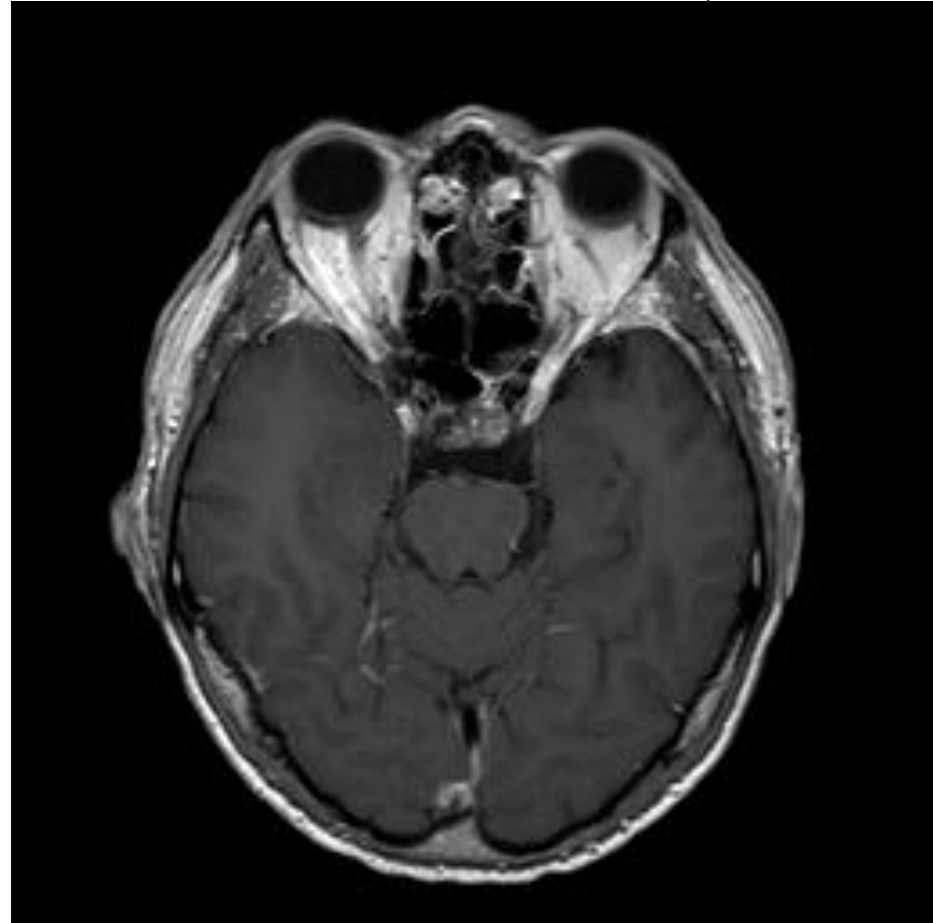
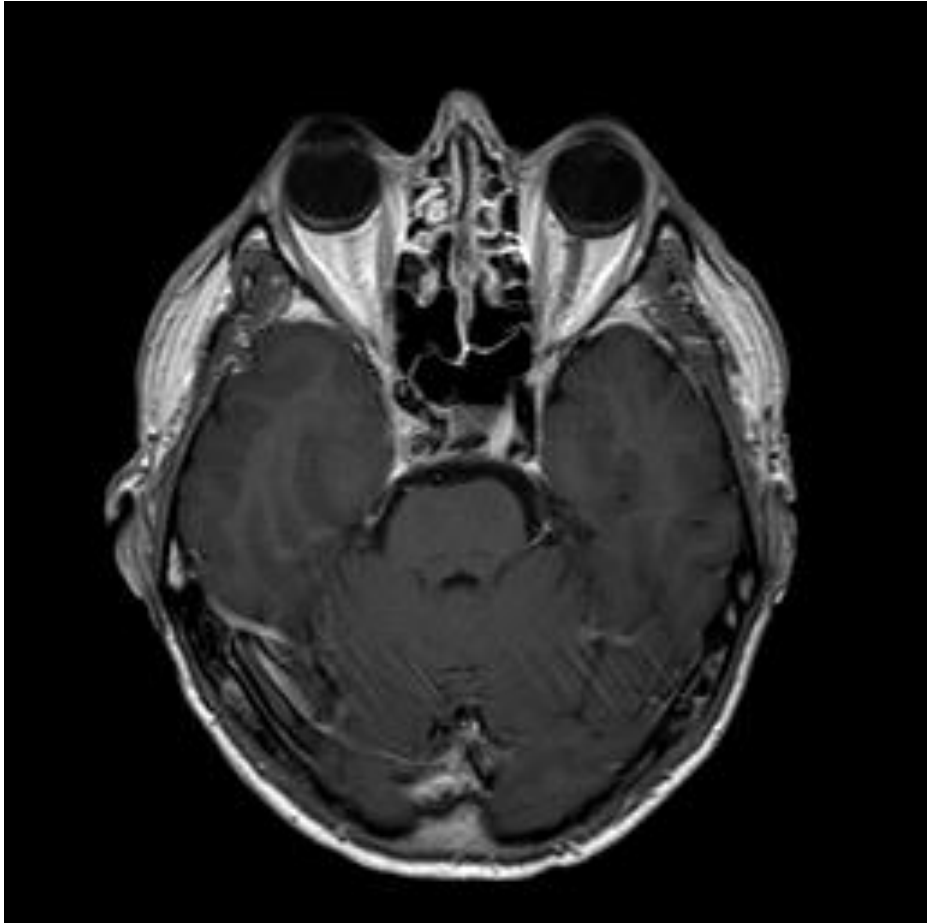
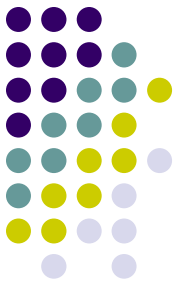
MR móżzgu



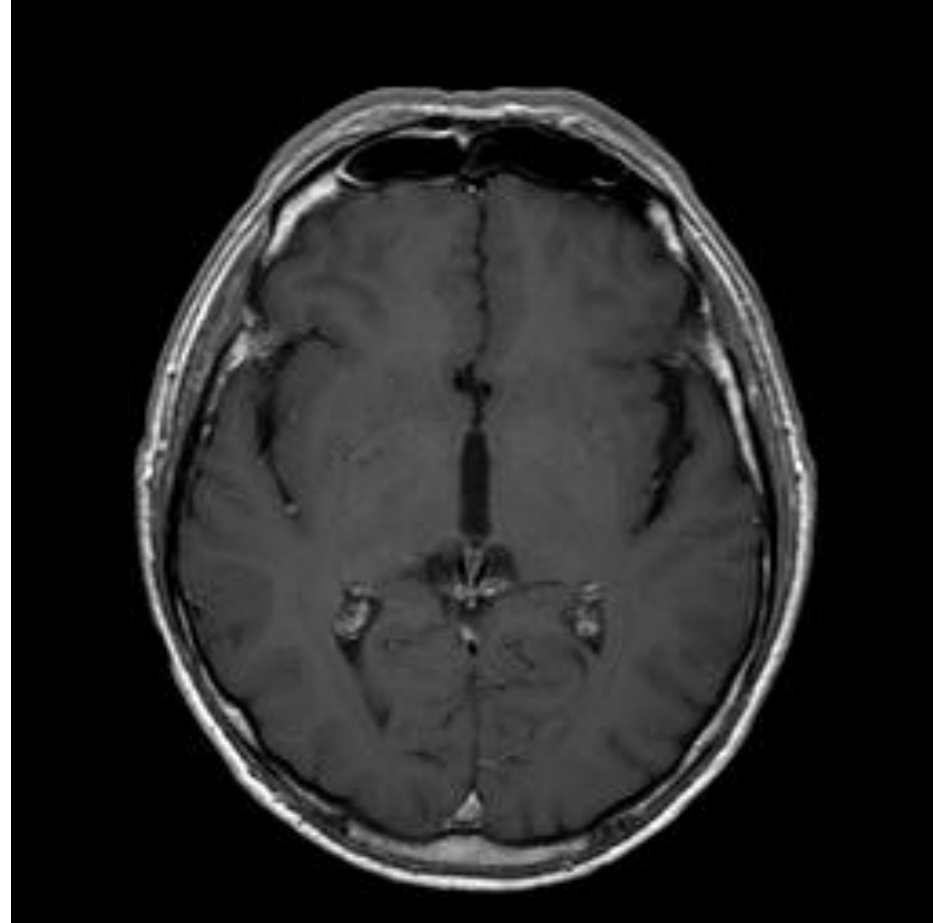
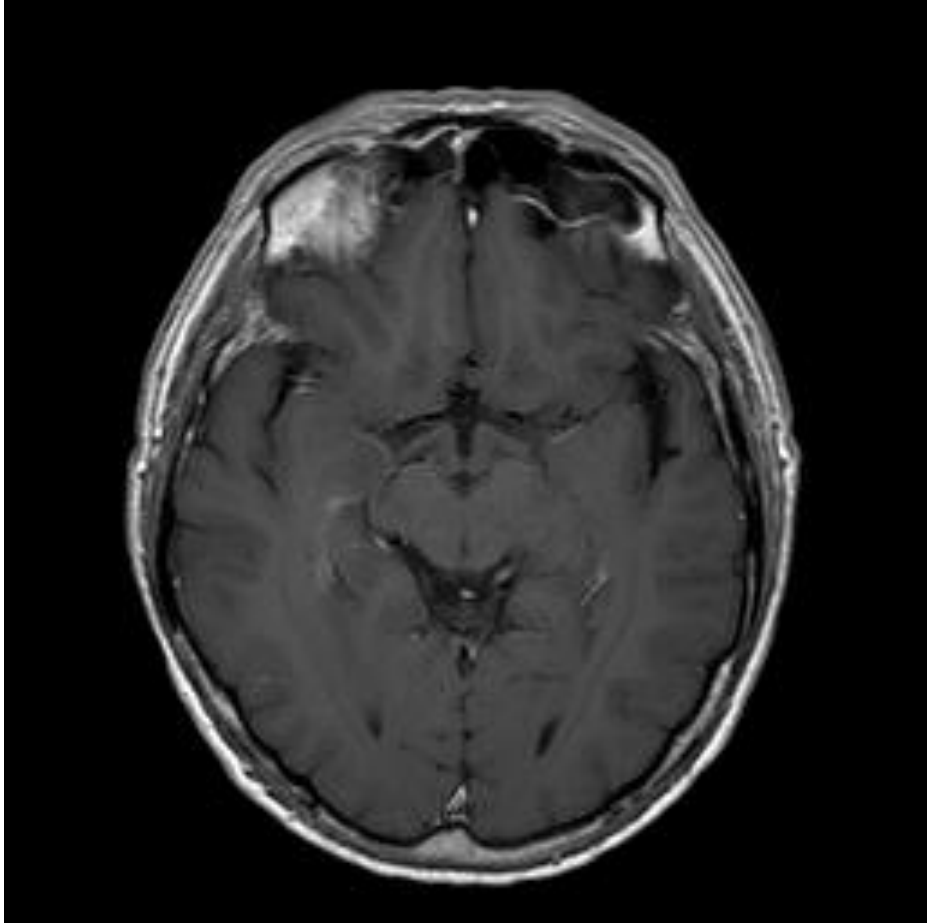
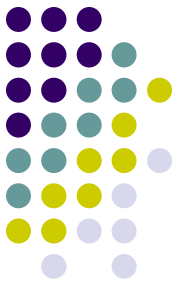
MR m6zgu

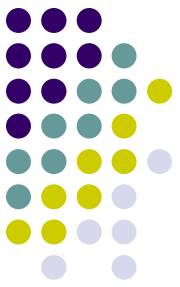


MR móżgu



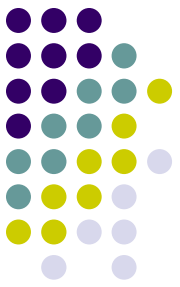
MR m3zgu





Decyzja terapeutyczna?

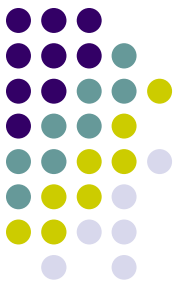
Zmiany ogniskowe OUN a ryzyko kolejnego napadu



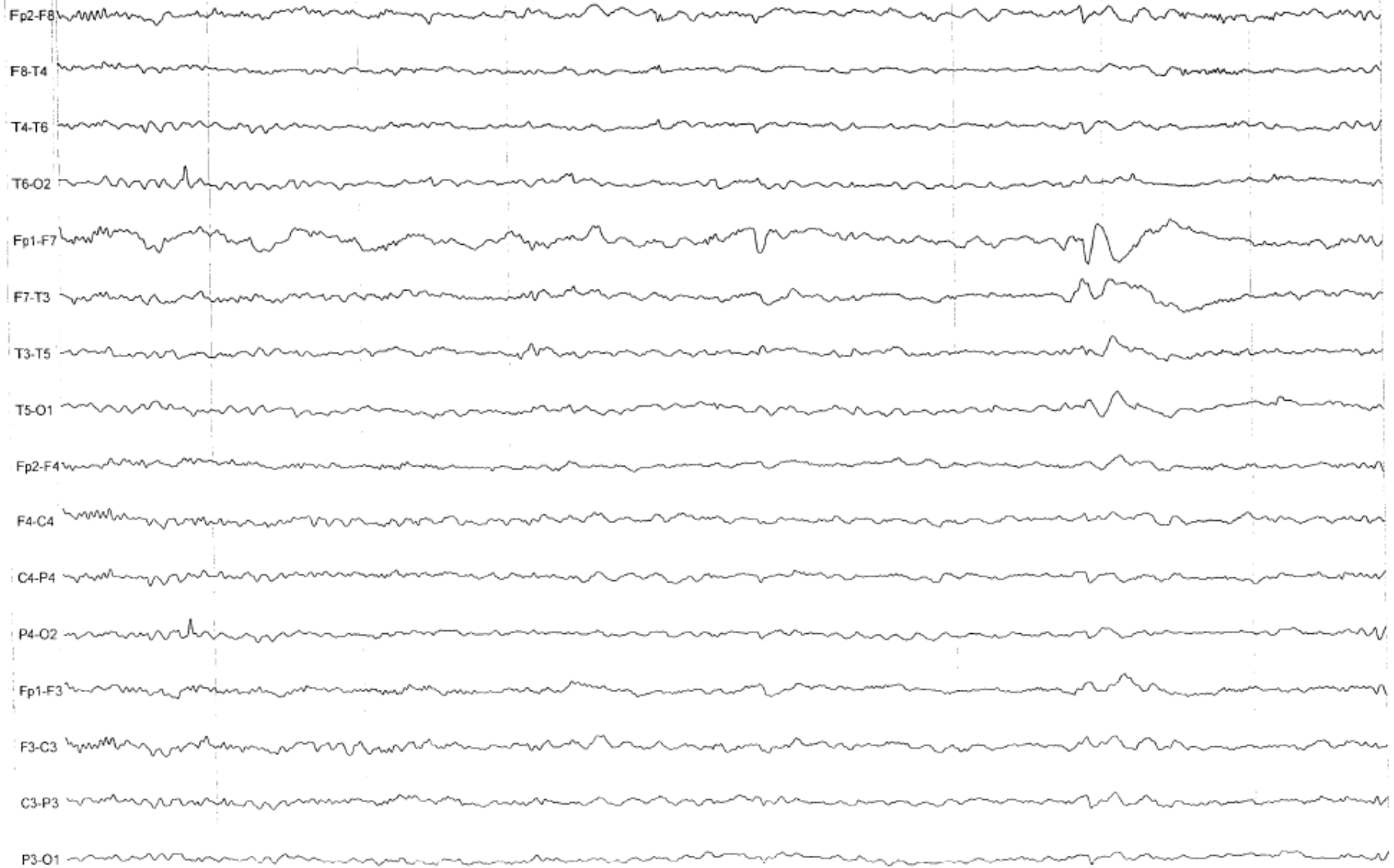
- Ryzyko kolejnego napadu po I w życiu napadzie drgawkowym u osób z uszkodzeniem OUN (m.in. po przebytych udarze, urazie, zapaleniu, w przebiegu chorób zwyrodnieniowych OUN) jest 2-krotnie wyższe niż u osób bez zmian ogniskowych w OUN^{1,2} i wynosi odpowiednio:
 - 26%, 41% i 48% w ciągu roku, 3 i 5 lat od I napadu w porównaniu z 10%, 24% i 29% u osób po I napadzie o niejasnej etiologii ³

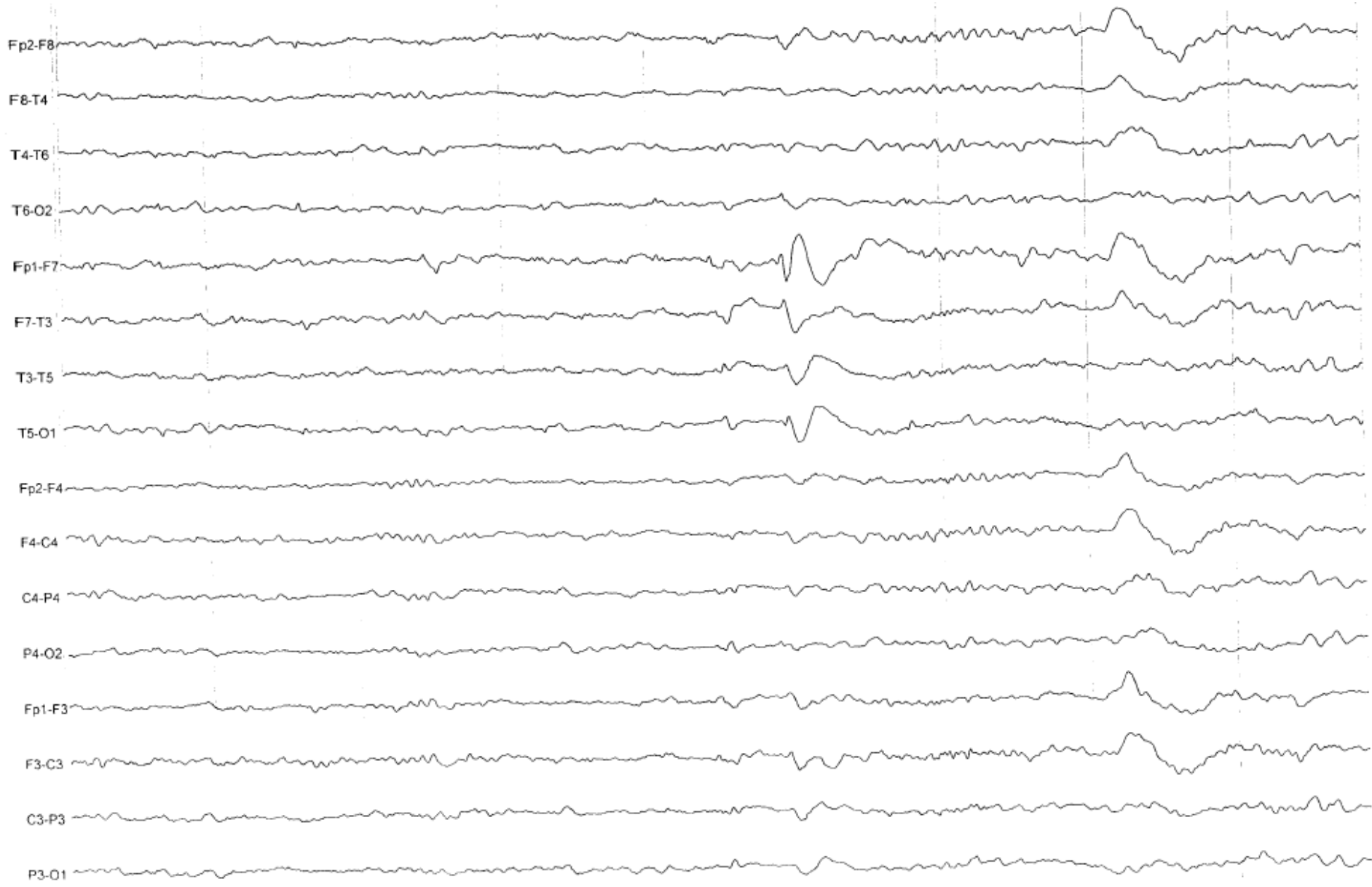
1. Berg AT, et al. The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure: a quantitative review. *Neurology* 1991;41:965–972.
2. Berg AT. Risk of recurrence after a first unprovoked seizure. *Epilepsia* 2008;49(suppl 1):13–18.
3. Hauser WA, et al. Seizure recurrence after a 1st unprovoked seizure: an extended follow-up. *Neurology* 1990;40:1163–1170.

R.D., I. 43

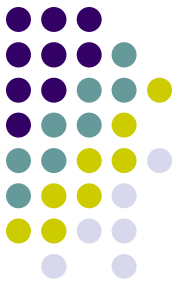


- przyjęty po I w życiu napadzie drgawkowym
- chory podaje epizod spożycia większej ilości alkoholu i uraz głowy w dniu poprzedzającym epizod drgawkowy
- Choroby somatyczne: dna moczanowa, leczona allopurinolem.
- W TK mózgu wykonanej przy przyjęciu bez istotnych zmian ogniskowych i pourazowych
- W bad. laboratoryjnych: ↑ AST, ALT
- w rutynowym EEG – zapis ze zmianami w lewej okolicy czołowo-skroniowej pod postacią fal delta, widocznymi jedynie w czasie senności
- Wykonano badanie EEG po deprywacji snu...



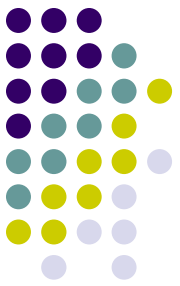


MR mózgu – bez nieprawidłowości



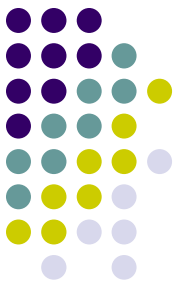
Decyzja terapeutyczna?

R.D., I. 43



- Biorąc pod uwagę wywiad zadziałania czynnika zewnętrznego (uraz głowy, spożycia alkoholu) zdecydowano o niewłączaniu leków przeciwpadaczkowych
- Ze względu jednak na dodatni wynik badania EEG po nocy bezsennej (aktywacja zapisu) wskazana dalsza opieka neurologiczna, unikanie czynników wyzwalających napad i konieczne włączenie leczenia przeciwpadaczkowego w przypadku kolejnego epizodu napadowego.

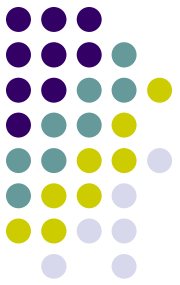
Nieprawidłowości w EEG a ryzyko kolejnego napadu



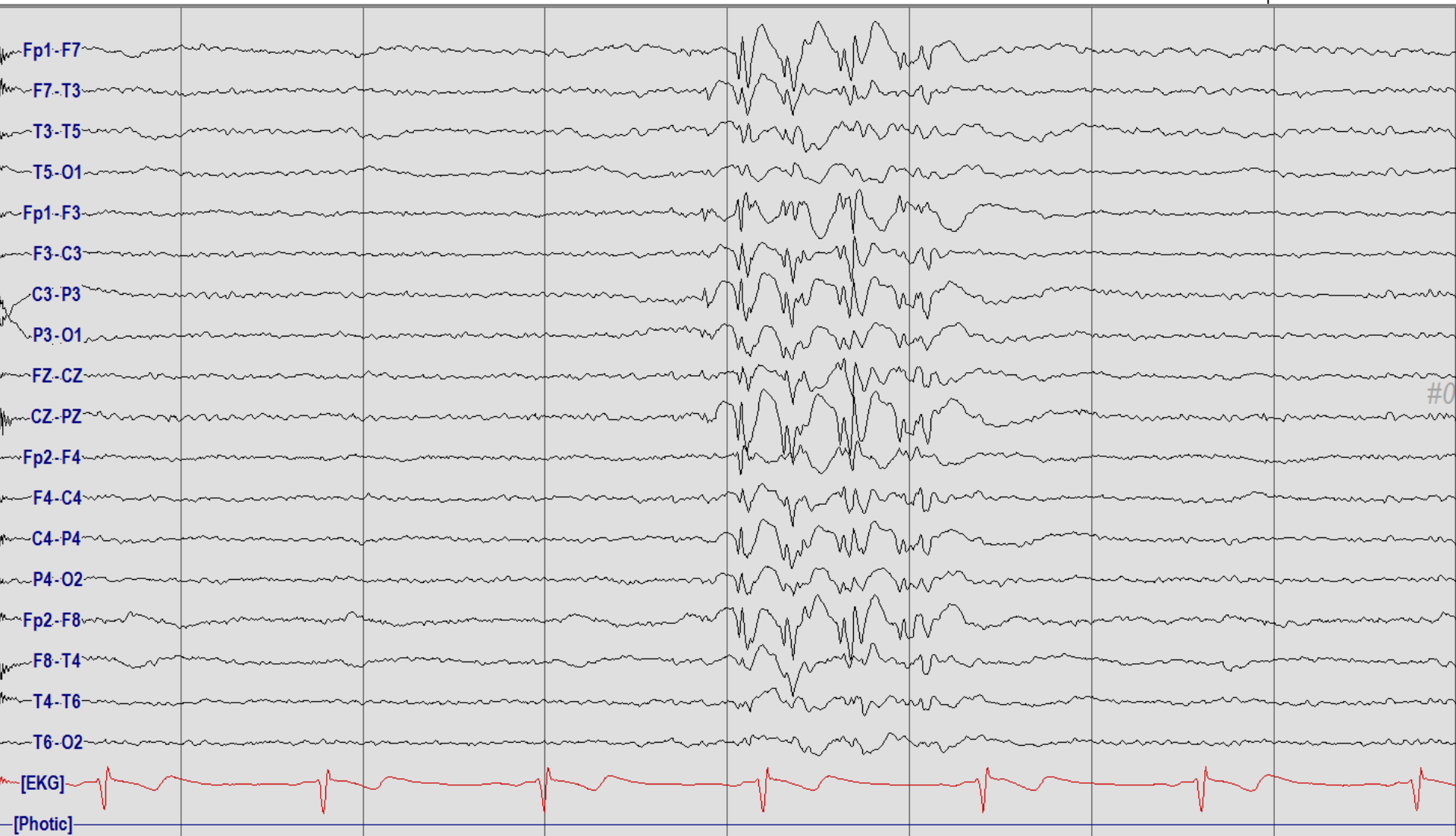
- Sprzeczne dane u dorosłych:
 - Wg Donselaara i wsp. u osób po I w życiu napadzie ryzyko kolejnego napadu w ciągu 2 lat wynosi: 83% u osób ze zmianami napadowymi w EEG, 41% u osób z innymi niż napadowe nieprawidłowościami w EEG, 12% u osób bez nieprawidłowości w zapisie EEG¹
 - brak związku²
 - jedynie zmiany uogólnione pod postacią zespołów fal ostra fala wolna zwiększają ryzyko kolejnego napadu³
 - zmiany napadowe uogólnione lub ogniskowe wiążą się ze zwiększonym ryzykiem kolejnego napadu⁴

1. Van Donselaar CA, et al. Idiopathic first seizure in adult life: who should be treated? *BMJ* 1991;302(6777):620-623.
2. Hopkins A, et al. The first seizure in adult life. Value of clinical features, electroencephalography, and computerised tomographic scanning in prediction of seizure recurrence. *Lancet* 1988;1(8588):721-6.
3. Hauser WA, et al. First seizure definitions and worldwide incidence and mortality. *Epilepsia* 2008;49(Suppl. 1):8-12.
4. Krumholz A, et al. Practice Parameter: evaluating an apparent unprovoked first seizure in adults (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Epilepsy Society. *Neurology*. 2007;69(21):1996-2007.

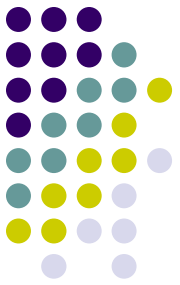
H.D., 72



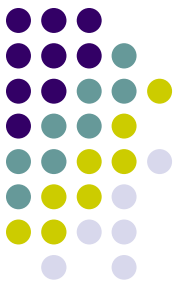
- Przyjęty po 2 napadach padaczkowych w ciągu 24 godzin (31.12. i 01.01) z prężeniami, przygryzieniem języka, oddaniem moczu
- Negował wcześniejsze epizody mogące nosić znamiona napadów padaczkowych
- W wywiadzie: w 2013 roku upadek z wysokości z urazem głowy, NT, jaskra, złamanie kompresyjne L2-L3.







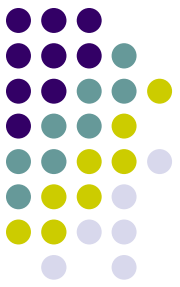
Decyzja terapeutyczna?



Podsumowanie

- U chorych po I w życiu nieprovokowanym napadzie padaczkowym ryzyko kolejnego napadu jest zwiększone
- Czynniki ryzyka ponownego napadu:
 - Przebyte strukturalne uszkodzenie OUN
 - Nieprawidłowości w EEG (rutynowym lub po deprivacji snu)
 - Nieprawidłowości w neuroobrazowaniu
 - Napad, który wystąpił w czasie snu

Leczyć czy nie leczyć?



- Wdrożenie leczenia przeciwpadaczkowego po I w życiu nieprovokowanym napadzie:
 - zmniejsza ryzyko kolejnego napadu w ciągu 2 lat o średnio 35%,
 - nie wpływa na jakość życia
 - nie zwiększa prawdopodobieństwa utrzymania remisji w obserwacji długoterminowej (tj. >3 lat)¹
- Ryzyko wystąpienia działań niepożądanych

Zalecenia AAN



- po I w życiu nieprovokowanym napadzie padaczkowym należy poinformować chorego:
 - o ryzyku kolejnego napadu, zwłaszcza w przypadku istnienia czynników ryzyka
 - o wpływie leczenia przeciwpadaczkowego na ryzyko kolejnego napadu w obserwacji krótko- i długoterminowej oraz o ryzyku działań niepożądanych
- Wdrożyć leczenie po co najmniej jednym kolejnym napadzie padaczkowym
- Rozważyć wdrożenie leczenia po I w życiu napadzie u chorych z grupy podwyższonego ryzyka kolejnego napadu