

## Pacjent z padaczką w praktyce lekarza geriatry *Epileptic patients in geriatrician's practice*

Agnieszka Łuczak-Piątek, Urszula Skorupka

Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym SPZOZ im. Kardynała Wyszyńskiego w Sieradzu

### Streszczenie

Poniższy tekst ma na celu przedstawienie kilku podstawowych faktów dotyczących etiologii, diagnostyki i leczenia padaczki szczególnie w starszym wieku. Przypominamy także jak udzielać pomocy w razie napadu. Znajdują się tu także przydatne informacje, które możemy przekazywać naszym pacjentom i ich rodzinom. *Geriatrics 2010; 4: 284-288.*

*Słowa kluczowe: padaczka, leki przeciwpadaczkowe, geriatria, pierwsza pomoc, napad padaczkowy*

### Summary

The aim of this paper was to demonstrate some basic facts about etiology, diagnostics and treatment of epilepsy, especially in elderly. The paper describes also the first aid in case of epileptic seizure. Some helpful information that could be passed by the healthcare workers to epileptic patients and their families are provided, as well. *Geriatrics 2010; 4: 284-288.*

*Keywords: epilepsy, antiepileptic drugs, geriatrics, first aid, epileptic fit (seizure)*

*14 lutego obchodzimy dzień Świętego Walentego - patrona zakochanych i... chorych na padaczkę.*

Padaczka należy do schorzeń, z jakimi dość często styka się lekarz opiekujący się osobami w starszym wieku. Pod względem zapadalności na choroby neurologiczne w populacji seniorów plasuje się ona na trzecim miejscu po incydentach naczyniowych i otępieniu. Zachorowalność na padaczkę zwiększa się po 50. roku życia, a po 70. roku życia jest około dwukrotnie wyższa niż w dzieciństwie. Choć choruje na nią około 1% polskiej populacji, to jest około 400 tys. osób, wiedza na temat epilepsji jest w polskim społeczeństwie niewielka i pełna szkodliwych przesądów.

Artykuł ten ma na celu przypomnienie podstawowych faktów dotyczących padaczki, a także przedstawienie nowości w diagnostyce i leczeniu tej patologii, ze szczególnym uwzględnieniem chorych w podeszłym wieku [1-4].

### Padaczka – co to jest i skąd się bierze?

Padaczką nazywamy napadowe zaburzenie funkcji mózgu powstałe na skutek nadmiernych i gwałtownych wyładowań bioelektrycznych w komórkach nerwowych.

Wśród seniorów, w przeciwieństwie do młodszych grup wiekowych, częściej występuje tzw. padaczka objawowa, co oznacza, że można ustalić podłoże pojawienia się napadów.

Najczęstszymi przyczynami padaczki wieku podeszłego są choroby naczyniowe. Udar mózgu stanowi 1/3 przyczyn wszystkich napadów padaczkowych występujących u osób po 60. roku życia. W dalszej kolejności są nowotwory pierwotne i przerzuty do mózgu, choroby zwyrodnieniowe mózgu (np. choroba Alzheimera), zaburzenia metaboliczne, urazy czaszkowo-mózgowe, zakażenia układu nerwowego. Przewlekłe nadużywanie alkoholu także może prowadzić do wystąpienia napadów padaczkowych, często w zespole odstawienia

od alkoholu. U pewnego odsetka przypadków podłoże padaczki pozostaje jednak niewyjaśnione. Nie oznacza to jednak, że nie można jej skutecznie leczyć.

Rozróżnia się wiele rodzajów padaczek i napadów padaczkowych. Dokładne omówienie wszystkich przekracza zakres tego artykułu. Główny podział napadów obejmuje dwie grupy:

1. *Napady częściowe (dawniej ogniskowe)* - rozpoczynające się w ściśle określonym rejonie mózgu - ten typ napadów dominuje u starszych pacjentów.
2. *Napady uogólnione* - gdy do wyładowań dochodzi w obu półkulach jednocześnie.

O *napadach częściowych prostych* mówimy, gdy podczas napadu zachowana jest świadomość. *Napady częściowe złożone* przebiegają natomiast z zaburzeniami świadomości i niepamięcią objawów. Najbardziej znane wśród lekarzy innych niż neurologia specjalności są uogólnione napady toniczno-kloniczne (charakteryzują się utratą przytomności, uogólnionymi drgawkami toniczno-klonicznymi i zaburzeniami autonomicznymi). Są to jednocześnie najcięższe spośród wszystkich typów napadów. Padaczkę należy jednak także podejrzewać u chorych, którzy mają na przykład napadowe zaburzenia świadomości bez drgawek albo jedynie nawracające połowicze drętwienie ciała. Trzeba zatem pamiętać, że każde nagłe, napadowe, krótkotrwałe, stereotypowe zaburzenie ze strony układu nerwowego, pojawiające się bez jasnej przyczyny powinno być traktowane jako możliwy napad padaczkowy. Lekarz rodzinny, internista lub geriatra kieruje wówczas pacjenta do neurologa. Warto poinformować, aby na wizytę u specjalisty stawiała się także osoba, która była świadkiem napadu i potrafi go opisać. Może ona udzielić wielu informacji, które wpłyną na skuteczność leczenia.

Lekarz neurolog, po tradycyjnym badaniu fizykalnym zazwyczaj zleca wykonanie badania neuroobrazowego (tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans głowy), badania EEG i ewentualnie testów laboratoryjnych. W oparciu o wyniki tych badań, wywiad i obraz kliniczny napadów wdraża leczenie i/lub decyduje o potrzebie dalszej diagnostyki. W większości wypadków wymienione wcześniej badania pozwalają na uzyskanie wiadomości niezbędnych w początkowym okresie procesu terapeutycznego. W razie wątpliwości specjalista może skierować na badanie wideo EEG. W czasie tego badania, które może trwać wiele godzin, jednocześnie z rejestracją fal EEG dokonywany jest zapis wideo zachowania chorego.

Czasem istnieje konieczność rejestracji wideo EEG w czasie snu. Badanie wideo EEG pozwala precyzyjnie ustalić rodzaj napadu [1,4-6].

## Jednorazowy napad to jeszcze nie padaczka!

Nawet do 10% ludzi może doświadczyć w ciągu swojego życia napadu padaczkowego. Padaczkę rozpoznaje się jedynie u co dziesiątego z nich, jeśli napad powtórzy się bez uchwytnej przyczyny. Z drugiej strony nie każdy napad drgawkowy ma charakter padaczkowy. Napady występujące pod wpływem określonych czynników (podwyższona temperatura ciała, ostry uraz głowy, zaburzenia metaboliczne, brak snu, alkoholowy zespół abstynencyjny) są nazywane napadami objawowymi i nawet jeśli się powtarzają, nie są na ogół uznawane za padaczkę. Tak jest np. w przypadku drgawek gorączkowych u dzieci lub napadów wywołanych nadużywaniem alkoholu.

Diagnostyką i leczeniem padaczki zajmują się neurologi. Najczęstszym sposobem leczenia jest farmakoterapia. Terapię rozpoczyna specjalista neurolog, zazwyczaj od klasycznych leków przeciwpadaczkowych (LPP). W wielu wypadkach uwalniają one pacjenta od napadów. Jeśli jednak dwa prawidłowo stosowane schematy leczenia okażą się nieskuteczne, lub chory nie toleruje leczenia klasycznymi LPP ze względu na działania niepożądane, włącza się leki nowszej generacji. W ostatnich latach dokonał się wielki postęp w leczeniu padaczki. Pojawiło się i nadal pojawia wiele innowacyjnych leków przeciwpadaczkowych, które są nadzieją dla pacjentów z lekooporną postacią padaczki.

Jeśli obraz choroby jest stabilny, napady nie zdarzają się częściej niż zwykle, nie pojawiają się nowe objawy uszkodzenia OUN lub dokuczliwe działania niepożądane leków przeciwpadaczkowych – pacjent może otrzymywać recepty na LPP od swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Padaczka jest chorobą przewlekłą, większość LPP jest dla pacjentów refundowana, jeśli na receptce umieścimy adnotację „P”. Chory powinien mieć jednak możliwość konsultacji z neurologiem w razie pogorszenia kontroli częstości napadów, wystąpienia działań niepożądanych leków, bądź pojawienia się innych niepokojących objawów. Pacjent powinien regularnie zgłaszać się na wyznaczone wizyty kontrolne w poradni neurologicznej.

Gdy leczenie farmakologiczne okaże się nieskuteczne, w pewnych ściśle wyselekcjonowanych

przypadkach można zastosować leczenie operacyjne. Podczas zabiegu usuwa się wówczas ognisko padaczkowe. Najpierw trzeba je jednak precyzyjnie zlokalizować i wiedzieć, że podczas jego resekcji nie dojdzie do uszkodzenia innych istotnych dla funkcjonowania człowieka obszarów mózgu. W paliatywnym leczeniu padaczki stosuje się także metody selektywnego przecinania dróg szerzenia się napadów. Inną metodą leczenia padaczki lekoopornej jest wszczepienie stymulatora nerwu błędnego [4-8].

## To napad! Co robić?

Widok pacjenta w czasie uogólnionego napadu drgawkowego jest zwykle dla obserwatorów silnym przeżyciem. Rodziny chorego pod wpływem emocji nie potrafią sobie później przypomnieć wielu istotnych danych (na przykład, czy drgawki występowały po jednej stronie, czy symetrycznie; czy napad poprzedził zwrot gałek ocznych lub głowy w jedną stronę). Wszyscy świadkowie są przekonani o konieczności szybkiego działania. Nie mają jednak, jak pokazały badania statystyczne, zbyt dużej wiedzy na temat udzielania pomocy choremu w czasie napadu. Wielu respondentów badania sondażowego przeprowadzonego wśród dorosłych osób wyraziło pogląd, że konieczne jest włożenie twardego przedmiotu do ust pacjenta, aby uchronić język, inni byli przekonani, że chorego należy z całej siły przytrzymać lub dać mu

coś do picia. Osoby z otoczenia chorego obawiają się, że może on umrzeć w czasie napadu. Na szczęście nie zdarza się to zbyt często [3-6].

## Tego nie sposób zapamiętać!

Farmakologiczne leczenie padaczki to proces wieloletni, wielu chorych musi przyjmować leki przeciwpadaczkowe (LPP) przez całe życie. W tym czasie doświadczają oni różnych chorób, wymagających przyjmowania leków z innych grup terapeutycznych. Pacjent w podeszłym wieku chorujący na padaczkę przyjmuje z powodu innych schorzeń średnio 7 innych preparatów. LPP wchodzi w liczne, rozmaite interakcje ze sobą i z lekami z innych grup. Objawy niepożądane samych LPP, lecz także ich niekorzystnych interakcji, mogą z większym prawdopodobieństwem pojawić się u starszych pacjentów. Dzieje się tak ze względu na pogłębiające się z wiekiem zmiany wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu i wydalania leków. Lekarz neurolog, a tym bardziej podstawowej opieki zdrowotnej, nie jest z reguły w stanie zapamiętać na co dzień tych wszystkich złożonych zależności. Warto jednak wiedzieć o kilku podstawowych faktach. Leki, które najczęściej wchodzi w interakcje z LPP to: leki przeciwkrzepliwe, antyarytmiczne, antybiotyki, leki immunosupresyjne i przeciwnowotworowe oraz doustne środki antykoncepcyjne. Wśród leków dość często stosowanych przez lekarza POZ na szczególne wyróżnienie zasługują:

Pierwsza pomoc w razie napadu	
Należy:	Czego NIE robić!
umieścić chorego w bezpiecznym miejscu (np. z dala od niebezpiecznych przedmiotów, ruchu ulicznego)	nie otwierać zaciśniętych szczęk, nawet jeśli krwawi przygryziony język
chronić przed urazami głowę chorego - podłożyć coś miękkiego, rozluźnić ubranie w okolicy szyi	nie wkładać żadnych przedmiotów do ust
zapewnić drożność dróg oddechowych,	nie podawać żadnych leków ani płynów doustnie
począkać aż napad ustąpi (starać się zapamiętać czas jego trwania)	nie cucić, nie polewać wodą
ułożyć pacjenta w pozycji bocznej bezpiecznej	nie budzić po napadzie
stałe obserwować chorego - opis napadu to ważna informacja dla neurologa (ewentualny zwrot głowy lub gałek ocznych - w którą stronę?, drgawki połowiczne?)	Chory z rozpoznaną i leczoną padaczką, któremu przytrafi się napad <u>nie wymaga skierowania do szpitala</u> , jeśli incydent miał przebieg i czas trwania typowy dla tego pacjenta, a stan chorego wrócił po napadzie do normy.
po napadzie pozwolić na sen	
większość napadów uogólnionych ustępuje po 2-3 min; <b>gdy napad się przedłuża-wezwać pogotowie ratunkowe</b> , można założyć dożylne i oczekując na przyjazd zespołu ratownictwa podać dorosłemu 10 mg diazepam, można też zastosować gotową doodbytniczą wlewkę z diazepamem	
pozostać przy chorym aż odzyska pełną przytomność	

warfaryna, amiodaron i klarytromycyna. W ich przypadku łączne stosowanie z LPP może być potencjalnie toksyczne. Nowoczesne LPP, które nie są metabolizowane w wątrobie, charakteryzują się dużo mniejszą ilością interakcji farmakologicznych, w stosunku do LPP starszej generacji. Każdy pacjent, który otrzymuje leki przeciwpadaczkowe powinien informować lekarzy innych specjalności o tym fakcie. Warto zajrzeć wówczas do załączonej do leku ulotki lub Pharmindex'u.

Przyjmowanie niektórych LPP, ze względu na ich działania niepożądane, wymaga okresowego badania morfologii krwi z rozmazem i prób wątrobowych. Badania te może zlecać lekarz rodzinny współpracujący z neurologiem [1,5,7,9,10].

### Kilka smutnych faktów...

- Zamiast padaczki błędnie rozpoznaje się najczęściej: TIA, zaburzenia umysłowe, splątanie, zaburzenia świadomości, omdlenie, otępienie, napady MAS.
- Rozpoznanie padaczki może budzić u pacjenta i jego rodziny wiele emocji - lęk, bunt, smutek, złość. Pacjent oczekuje od lekarza postawienia natychmiastowej diagnozy i jest bardzo rozczarowany, jeśli mimo wdrożenia leczenia napady nadal się pojawiają. Choć to trudne, należy pacjentowi wytłumaczyć, że dobranie odpowiedniego leku i dojście do skutecznej dawki może trwać długo.
- Niezwykle istotne jest regularne zażywanie leków i ściśle przestrzeganie zaleconego dawkowania. Należy uświadomić pacjentowi lub opiekunowi, że samowolne odstawienie leków może skutkować wystąpieniem groźnego dla życia stanu padaczkowego.
- Najczęstsze działania niepożądane LPP, będące przyczyną odstawienia leku przeciwpadaczkowego lub zmniejszenia jego dawki to: zaburzenia równowagi, senność, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego i zawroty głowy.
- LPP, zwłaszcza starszej generacji, mogą powodować powikłania metaboliczne. Niektóre zwiększają ryzyko osteoporozy, co przekłada się na częstsze złamania (powstające również po upadkach w czasie napadu). Pewne LPP mogą mieć niekorzystny wpływ na chorobowość i śmiertelność z powodu chorób naczyniowych. Mogą także wpływać na gospodarkę hormonami płciowymi.
- Nowoczesne leki przeciwpadaczkowe, które nie

wchodzą w tak liczne interakcje lekowe ani nie powodują niekorzystnych zaburzeń metabolicznych, co jest szczególnie istotne u starszych pacjentów, są refundowane jedynie w przypadku padaczki lekoopornej.

- Okres splątania po napadach może utrzymywać się u pacjentów w podeszłym wieku nawet kilka dni (!). U młodych osób trwa zwykle do 10 minut. Także groźny dla życia stan padaczkowy znacznie częściej zdarza się u starszych chorych.
- Umieralność wśród chorych na padaczkę jest niemal trzykrotnie większa niż wśród ogólnej populacji. Najczęstsze przyczyny zgonów to zakażenie dróg oddechowych, nowotwory, wypadki i samobójstwa. Przyczyną tych ostatnich jest często depresja, która dotyka od 40 do aż 75% leczonych z powodu padaczki. Aż 17% wszystkich zgonów u osób z padaczką to nagły niespodziewany zgon chorego na padaczkę (ang. *sudden unexpected death in epilepsy SUDEP*). Przyczynami SUDEP mogą być zadławienie w czasie napadu, szkodliwe działanie leku, napady z zaburzeniami rytmu serca. Często jednak w pośmiertnych badaniach stężenia leków przeciwdrgawkowych ujawnia się, że przyczyną zgonu było nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich (np. nagłe odstawienie leków).
- Padaczka jest problemem społecznym ze względu na niepełnosprawność pacjentów i potrzebę zapewnienia im opieki. Często niestety instytucjonalnej. [1-6,11,12]

### ... i kilka pozytywnych wiadomości

#### Słynne osoby, które cierpiały na padaczkę:

Aleksander Wielki
Gajusz Juliusz Cezar
Papież Pius IX
Napoleon Bonaparte
Lord Byron
Gustaw Flaubert
Karol Dickens
Soren Kierkegaard
Fiodor Dostojewski
Alfred Nobel
Hektor Berlioz
Vincent van Gogh
Agatha Christie
Truman Capote
Florence Griffith Joyner

- U ponad 70% pacjentów udaje się opanować chorobę przez zastosowanie leków. Chorzy ci są nie raz przez wiele lat wolni od napadów.
- Aby podnieść na duchu swoich pacjentów warto im przypomnieć, że mimo padaczki można odnieść w życiu sukces. Aleksander Wielki, Juliusz Cezar czy Napoleon byli wielkimi wodzami. Gustaw Flaubert, Karol Dickens i Fiodor Dostojewski stworzyli wspaniałe powieści. Dzieła Vincenta van Gogha osiągają astronomiczne ceny na licytacjach, a Florence Griffith Joyner była wielokrotną medalistką olimpijską.
- Informacji na temat swojej choroby oraz kontaktu z innymi ludźmi mającymi padaczkę pacjenci mogą szukać w Internecie.

Polecane adresy to: [www.tacyjakja.pl](http://www.tacyjakja.pl), [www.sami-sobie.clan.pl](http://www.sami-sobie.clan.pl), [www.epilepsy.org.pl](http://www.epilepsy.org.pl), [www.padaczka.bialystok.org.pl](http://www.padaczka.bialystok.org.pl), [www.neuronet.pl](http://www.neuronet.pl), [www.emedica.pl](http://www.emedica.pl), [www.padaczka.net](http://www.padaczka.net)  
[2,4-6]

Adres do korespondencji:  
Agnieszka Łuczak-Piątek  
Oddział Neurologii z Pododdziałem  
Udarowym SPZOZ  
im. Kardynała Wyszyńskiego w Sieradzu  
98-200 Sieradz; ul. Armii Krajowej 7  
Tel.: (+48) 503 913 450  
E-mail: [agalucz@o2.pl](mailto:agalucz@o2.pl)

## Piśmiennictwo

1. Zagrajek MM, Pokryszko-Dragan, Bilińska M. Padaczka u osób w podeszłym wieku. *Wiadomości Lekarskie* 2006,LIX:411-5.
2. Wolańczyk T. Epitafia. Szkice z dziejów epileptologii, Wydawnictwo KR, Warszawa 2007.
3. Badanie opinii publicznej PRO-EPI przeprowadzone przez Instytut Badawczy PENTOR w lutym i marcu 2009 na zlecenie Polskiego Towarzystwa Epileptologii i firmy UCB.
4. Jędrzejczak J. Padaczka. Najtrudniejsze są odpowiedzi na proste pytania. Poznań: Wydawnictwo medyczne Termedia; 2008.
5. Mazurkiewicz-Beldzińska M. Książeczka dla pacjentów, ich najbliższych i opiekunów. Lublin: Wydawnictwo BiFolium; 2009.
6. Sander JW, Hart YM. Padaczka - pytania i odpowiedzi. Bielsko-Biała: Alfa-medica Press; 2002.
7. Błaszczak B. Współczesne leczenie padaczki wybrane zagadnienia. Warszawa: Wydawnictwo ANmedia; 2008.
8. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Hauser WA, Mathern G, et al. Definicja padaczki lekoopornej: propozycja uzgodniona przez doraźną grupę zadaniową ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Medycyna Praktyczna Neurologia* 2010;2:9-20.
9. Mani R, Pollard JR. Leki przeciwpadaczkowe a leki z innych grup. Jakie interakcje mogą powstać. *Neurologia po dyplomie* 2009;4:54-63.
10. Ramsay RE, Rowan AJ, Pryor FM. Special considerations in treating the elderly patient with epilepsy. *Neurology* 2004;6(Suppl 2):S24-9.
11. Arif H, Buchsbaum R, Pierro J, Whalen M, Sims J, Resor SR Jr, et al. Comparative effectiveness of 10 antiepileptic drugs In older adults with epilepsy. *Arch Neurol* 2010; 67:408-15.
12. Mintzer S. Powikłania metaboliczne stosowania leków przeciwpadaczkowych. *Current Opinion in Neurology* 2010,23:164-9.