



Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΤΣΙΑΒΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιαστούν στοιχεία σχετικά με την παιδική επιληψία και να προσδιοριστεί ο ρόλος του νοσηλευτή σε όλα τα επίπεδα.

Υλικό και μέθοδος: το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας ήταν βιβλιογραφία ελληνική και ξένη ενώ παράλληλα χρησιμοποιήθηκαν και έγκυρες διαδικτυακές πηγές.

Συμπεράσματα: τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη συγγραφή της παρούσας εργασίας αφορούν το ρόλο του νοσηλευτή στην εξέλιξη της θεραπευτικής προσέγγισης του παιδιού και τη σημαντικότητα του. Το γεγονός ότι η παιδική ηλικία αποτελεί μια ευαίσθητη ομάδα χρήζει ιδιαίτερης προσέγγισης και αντιμετώπισης και γι αυτό το λόγο το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι εξειδικευμένο, να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας του και να προσφέρει την καλύτερη φροντίδα.

Λέξεις κλειδιά: επιληψία, παιδική ηλικία, νοσηλεύτης

SUMMARY

Purpose: The purpose of this study is to present data on childhood epilepsy and to determine the role of the nurse at all levels.

Material and method: the material used for the writing of this paper was Greek and foreign literature, while valid online sources were used.

Conclusions: The conclusions drawn from the writing of this paper concern the role of the nurse in the development of the child's therapeutic approach and its significance. The fact that childhood is a sensitive group needs special approach and treatment, so nursing staff should be specialized, understand the needs of the patient and his / her family and provide the best care.

Key words: epilepsy, childhood, nurse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
SUMMARY	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	8
1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	8
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	9
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ-ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ.....	10
1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	13
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	13
2.1 ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	13
2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ	14
2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ	15
2.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	18
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	18
3.1 ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	18
3.2 ΚΕΤΟΓΟΝΟΣ ΔΙΑΙΤΑ.....	20
3.3 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	27
ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ	27
4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	27
4.2 ΠΥΡΕΤΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ	28
4.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	34
4.4 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΜΑΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	39
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	39
5.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	39
5.2 ΡΟΛΟΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	40
5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	44
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	44

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Α΄	44
6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Β΄	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	55

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Επιληψία. Πηγή: http://karakasisneuro.com/pathiseis/epilipsia	8
Εικόνα 2: Επιληψία Πηγή: http://www.iefimerida.gr/news/250301/ellinas-epistimonas-egine-melos-tis-akadimias-efeyreton-ton-ipa-thelei-na-nikisei-tin	13
Εικόνα 3: Αντιεπιληπτικά φάρμακα Πηγή: http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/31051/farmaka-kata-tis-epilipsias-dokimazontai-sti-noso-alzheimer.html ..	19
Εικόνα 4: Νευροπλοήγηση Πηγή: http://davaneloskonstantinos.blogspot.gr/2013/06/blog-post_65.html	26
Εικόνα 5: Παιδική επιληψία Πηγή: https://www.lykavitos.gr/archives/441479	28
Εικόνα 6: Παιδική Επιληψία Πηγή: http://doctors.gr/blog/epilipsia-stin-paidiki-kai-efiviki/	37

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ευρώπη έχει παρατηρηθεί ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 1% των παιδιών έχουν εμφανίσει κάποιο τύπο επιληψίας. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της επιληψίας έχουν διαφορετική προσέγγιση στα παιδιά και στους ενήλικες. Ο στόχος της κάθε θεραπευτικής παρέμβασης που θα πραγματοποιηθεί είναι η ορθότερη αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ασθένειας. Αυτό σημαίνει ότι προσεγγίζεται με βάση τον τύπο επιληψίας που έχει παρουσιαστεί, τον τύπο κρίσεων που τη συνοδεύουν καθώς επίσης και την εμφάνιση περαιτέρω συμπτωμάτων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που εμφανίζουν επιληψία δεν παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα διανοητικής λειτουργίας σε σχέση με τα παιδιά που δεν εμφανίζουν την ασθένεια αυτή. Όσον αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες κατά κύριο λόγο είναι αγνώστου αιτιολογίας ενώ σε μικρότερα ποσοστά περιλαμβάνονται οι εκ γενετής ασθένειες, οι λοιμώξεις κλπ. Τέλος, η θεραπευτική αντιμετώπιση έχει παρουσιάσει σημαντική πρόοδο πράγμα που σημαίνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παιδιών παρουσιάζει θετική εξέλιξη μέσω της φαρμακευτικής παρέμβασης ενώ ένα μικρότερο ποσοστό αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

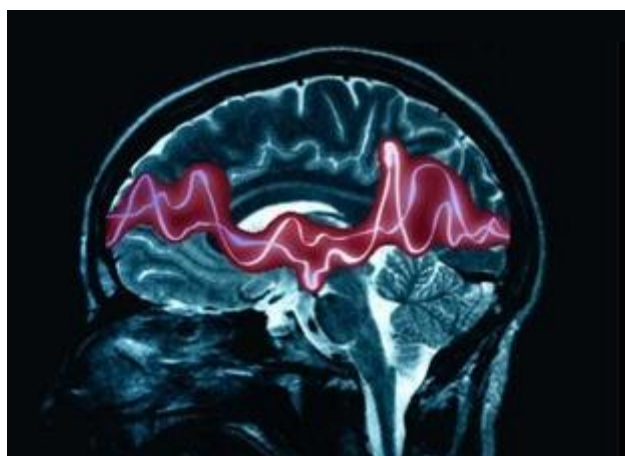
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Επιληψία ονομάζεται η κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από 2 ή περισσότερες επιληπτικές κρίσεις, που δεν προκαλούνται από άμεσο αναγνωρίσιμο αίτιο (πχ μεταβολική διαταραχή όπως υπονατριαιμία, υπασβεστιαίμια, τοξικά αίτια, οξεία λοίμωξη). Χαρακτηρίζεται μια ομάδα παθολογικών καταστάσεων που εκδηλώνεται με τους χρόνιους υποτροπιάζοντες σπασμούς, οι οποίοι εκδηλώνονται με κινητικές, αισθητικές διαταραχές ή διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος με ή χωρίς απώλεια συνείδησης.¹

Η έναρξή τους σε περισσότερο από 50% των περιπτώσεων συμβαίνει στην παιδική ηλικία και το ποσοστό νοσηρότητας ανέρχεται σε 0,7-1%. Ανάλογα με την αιτιολογία, η επιληψία κατηγοριοποιείται σε ιδιοπαθή (αγνώστου αιτιολογίας), συμπτωματική (με υποκείμενη εγκεφαλική νόσο) και κρυπτογενή (υπάρχει αιτιολογικός παράγων αλλά παραμένει άγνωστος). Γενικά η επιληψία είναι μια πολυπαραγοντική νόσος για την εκδήλωση της οποίας αλληλεπιδρούν περιβαλλοντικοί παράγοντες σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα.¹



Εικόνα 1: Επιληψία. Πηγή: <http://karakasisneuro.com/pathiseis/epilipsia>

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο Ιπποκράτης για την επιληψία αφιερώνει ιδιαίτερο έργο με τίτλο «Περί ιερής νόσου». Η αιτία της νόσου αποδίδεται σε οργανική βλάβη του εγκεφάλου και δεν έχει θεία προέλευση. Μάλιστα, για ενίσχυση της άποψης αυτής αναφέρονται σχετικές παρατηρήσεις σε ανατομές εγκεφάλων αιγών.

Αξιοσημείωτη είναι η θεωρία του Ιπποκράτη ότι η έναρξη των επιληπτικών σπασμών σχετίζεται με την ενδομήτρια ζωή «Άρχεται δε φύεσθαι επί του εμβρύου έτι εν τη μήτρη εόντος». Ο Ιπποκράτης πιστεύει πως προδιαθεσικοί παράγοντες της επιληψίας είναι οι μεταβολές των ανέμων και της θερμοκρασίας, η έκθεση της κεφαλής στον ήλιο, το κλάμα, και ο φόβος.²

Για την ιερά νόσο κάνει λόγο και ο Ηρόδοτος ο Αλικαρνασσεύς, ο οποίος τη θεωρεί κληρονομική νόσο. Εκτός από τους προσωκρατικούς και άλλοι συγγραφείς μεταγενέστεροι ασχολήθηκαν με την επιληψία. Ο Αρεταίος ο Καππαδόκης μαζί με το Ρούσο τον Εφέσιο γεφύρωσε το ιατρικό κενό ανάμεσα στην Ιπποκρατική και τη Γαληνική Ιατρική.²

Ο Γαληνός στο έργο του «Τω επιλήπτω παιδί υποθήκη» αναφέρεται στις επιληπτικές κρίσεις των παιδιών (μεγάλη επιληψία και εστιακή) και δίνει οδηγίες για τη διατροφή των πασχόντων (να αποφεύγονται δύσπεπτες τροφές όπως πράσα, σέλινα και διάφορα φρούτα) και τις καθημερινές ασχολίες τους.²

Κατά τη Βυζαντινή περίοδο πρέπει να τονισθεί ότι γίνεται πλέον σαφής διάκριση της αύρας προ της επιληψίας και της παιδικής επιληψίας και ορίζεται ειδική θεραπεία για την επιληπτική κρίση με οσφραντά (εισπνεόμενες ερεθιστικές ουσίες), φλεβοτομία, θεραπευτικούς υποκλυσμούς και σικύες. Η επιληψία θεωρείται ότι οφείλεται σε «δαιμόνιο» και ως αποτέλεσμα εμφράκτου των κοιλιών του εγκεφάλου. Η κλινική της συμπτωματολογία χαρακτηρίζεται από αιφνίδια έναρξη των σπασμών, από την υπερέκκριση σιέλου, από την έναρξη σε παιδική ηλικία. Η επιληψία θεωρείται ανίατο νόσημα, βελτιούμενο πιθανότατα με την πάροδο της ηλικίας.²

Κατά τη Μεσαιωνική περίοδο η θεραπεία της επιληψίας γινόταν με συμβατικά μαγικά και θρησκευτικά μέσα. Τα συμβατικά μέτρα θεραπείας ήταν η δίαιτα και τα φάρμακα. Τα μαγικά: οι διάφορες φάσεις του φεγγαριού, η χρήση του ανθρώπινου αίματος και τα θρησκευτικά: η προσευχή και η νηστεία.

Κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού του 19ου αιώνα, θα σημειωθούν σημαντικές πρόοδοι στην ορολογία, νευροπαθολογία και τη θεραπεία της επιληψίας, ενώ το έργο του John Hughlings Jackson, ο οποίος περιέγραψε τα χαρακτηριστικά της

επιληπτικής εκφόρτισης, θα συμβάλει στο πέρασμα της επιληψίας οριστικά από το χώρο της Ψυχιατρικής, στο χώρο της Νευρολογίας.

Παρά το γεγονός ότι η επιληψία είναι τόσο κοινή νόσος γνωστή από γραπτά κείμενα δύομισι χιλιετίες, εξακολουθεί και σήμερα να είναι μείζον ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα. Σ' αυτό συντελούν οι προκαταλήψεις, οι διαφωνίες ως προς την επιστημονική διευκρίνηση και ταξινόμηση, οι πολλαπλές αιτίες, η ποικιλία κρίσεων κ.λ.π.²

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ-ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Η επιληψία είναι μια από τις συχνότερες χρόνιες νευρολογικές παθήσεις, με επιπολασμό που κυμαίνεται ανάμεσα στο 0,5 και 0,8% του γενικού πληθυσμού. Τουλάχιστον 1 άτομο στα 200 παρουσιάζει ενεργό επιληψία. Η επίπτωση ανάλογα με το φύλο δείχνει μια ήπια επικράτηση στους άντρες. Η ολική επίπτωση της επιληψίας κυμαίνεται ανάμεσα σε 17,3/105 κατ/έτος και 136/105 κατ/έτος.³

Η εμφάνιση της επιληψίας ανάλογα με την ηλικία παρουσιάζει μια δίκουρη κατανομή, με μέγιστα ποσοστά κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου ζωής (86/ 105 κατ/έτος), και παραμένουν υψηλά στις ηλικίες 2 – 10 ετών, παρουσιάζουν προοδευτική ελάττωση μετά τα 10 έτη και σταθεροποιείται σε χαμηλά ποσοστά ανάμεσα στα 30 και 50 έτη. Νέα αύξηση αποδίδεται στις ηλικίες μετά τα 75 έτη.³

Η επιληψία στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου εμφανίζει το 1% του πληθυσμού συνολικά και το 1,2% των παιδιών μέχρι την ηλικία των 15 ετών. Το συνολικό ποσοστό εμφάνισης της επιληψίας στα παιδιά κυμαίνεται από 0,9% έως 1,5% στις διάφορες μελέτες. Ειδικά, στην περιοχή της Ευρώπης διαγιγνώσκονται κατά μέσο όρο 50-55/100.000 νέες περιπτώσεις επιληψίας ετησίως, γεγονός που αντιστοιχεί σε 275.000 ασθενείς.³

Εστιάζοντας στον παιδιατρικό πληθυσμό, το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο και ανέρχεται στο 70/100.000 παιδιών, δηλαδή 130.000 παιδιά και έφηβοι ανά έτος διαγιγνώσκονται με επιληψία στην Ευρώπη. Αντίστοιχα, όσον αφορά τον επιπολασμό των ασθενών με ενεργό επιληψία, υπολογίζεται ότι είναι περίπου 6/1000 άτομα σε όλες τις ηλικίες και 4-5/1000 μέχρι την ηλικία των 15 ετών, γεγονός που σημαίνει ότι περίπου 0.9 εκατομμύριο παιδιά και έφηβοι έχουν ενεργό επιληψία στην Ευρώπη.²

Η συχνότητα εμφάνισης της επιληψίας τείνει να είναι 1,2 -1,5 μεγαλύτερη στα αγόρια σε σύγκριση με τα κορίτσια, αναλογία που διαφέρει στα επιμέρους επιληπτικά σύνδρομα. Επίσης, η συχνότητα της επιληψίας ποικίλει σημαντικά στις διάφορες

ηλικίες. Η υψηλότερη συχνότητα εμφανίζεται στο πρώτο έτος της ζωής και στη συνέχεια υποχωρεί στην παιδική ηλικία παραμένοντας ωστόσο αρκετά υψηλή. Στην εφηβική και ενήλικη ζωή το ποσοστό εμφάνισης επιληψίας βρίσκεται σταθερά σε χαμηλότερα επίπεδα και αγγίζει μια δεύτερη αιχμή συχνότητας σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι στα 70 έως 80% των περιπτώσεων δεν υπάρχει μια προφανής πάθηση του νευρικού συστήματος και οι περιπτώσεις αυτές χαρακτηρίζονται ως **πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής** επιληψία. Το υπόλοιπο 20-30% (**δευτεροπαθής επιληψία**) συσχετίζεται με τραυματισμό κεφαλής, φλεγμονή του ΚΝΣ, όγκους, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή συγγενή νευρολογικά νοσήματα τα οποία επιπρόσθετα παρουσιάζουν εγκεφαλική παράλυση ή νοητική καθυστέρηση.

Όσον αφορά τους πυρετικούς σπασμούς υποτροπιάζουν σε ένα ποσοστό 25%, αλλά ο κίνδυνος εκδήλωσης πυρετικών σπασμών κυμαίνεται από 2-4%. Εάν οι πυρετικοί σπασμοί είναι επιλεγμένοι, ο κίνδυνος εκδήλωσης μιας επιληψίας στο μέλλον είναι εξαπλάσιος από τον κίνδυνο των απλών πυρετικών σπασμών. Ακόμα και στα παιδιά με απλούς πυρετικούς σπασμούς ο κίνδυνος εκδήλωσης επιληψίας είναι διπλάσιος απ' ό,τι στα παιδιά που δεν έπαθαν πυρετικούς σπασμούς. Τέλος, οι επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού έχουν ενοχοποιηθεί κατά το παρελθόν σαν μια σοβαρή αιτία επιληψίας, χωρίς όμως να έχει επιβεβαιωθεί από επιδημιολογικές έρευνες.³

1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Από άποψη αιτιολογίας υπάρχουν δύο μεγάλες κατηγορίες επιληπτικών κρίσεων. Την πρώτη κατηγορία συνιστά η λεγόμενη ιδιοπαθής ή κεντροεγκεφαλική επιληψία στην οποία παρά το σχολαστικό εργαστηριακό έλεγχο δεν ανευρίσκεται αιτία. Οι κρίσεις είναι συνήθως γενικευμένες. Η κληρονομικότητα φαίνεται ότι παίζει κάποιο, έστω και αμφιλεγόμενο, ρόλο στην εκδήλωση των κρίσεων της κατηγορίας αυτής. Είναι γνωστή η περίπτωση οικογενειών με ένα μέλος της να πάσχει από γενικευμένη επιληψία και ορισμένα εκ των υπολοίπων να εμφανίζουν ΗΕΓγραφικές ανωμαλίες. Άλλωστε υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι αφαιρέσεις μεταβιβάζονται κατά τον αυτόσωμο επικρατητικό τύπο. Παρ' όλα αυτά ορισμένες φορές σε περιπτώσεις ιδιοπαθούς επιληψίας ανευρίσκονται, παθολογοανατομικά, μικρές εστίες «γλοιώσεως», απότοκοι ενδεχομένως κακώσεων ή εγκεφαλικών (αλλά και γενικών) λοιμώξεων της παιδικής ηλικίας, οι οποίες δεν έγιναν αντιληπτές ή δεν αξιολογήθηκαν αναλόγως και οι οποίες μάλλον δεν είναι άσχετες προς τις επιληπτικές κρίσεις.⁴

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τις λεγόμενες δευτεροπαθείς ή συμπτωματικές επιληψίες οι οποίες σχετίζονται κατά κάποιο τρόπο με έναν επίκτητο οργανικό παράγοντα. Οι κρίσεις της κατηγορίας αυτής είναι προφανώς εστιακές, μπορεί όμως να είναι και γενικευμένες, αλλά βεβαίως με εστιακή έναρξη. Φαίνεται ότι ο γενετικός παράγοντας παίζει κάποιο ρόλο, μικρότερο ενδεχομένως, και σε αυτή τη μορφή των επιληψιών, υπόθεση η οποία όμως αμφισβητείται από πολλούς.⁴

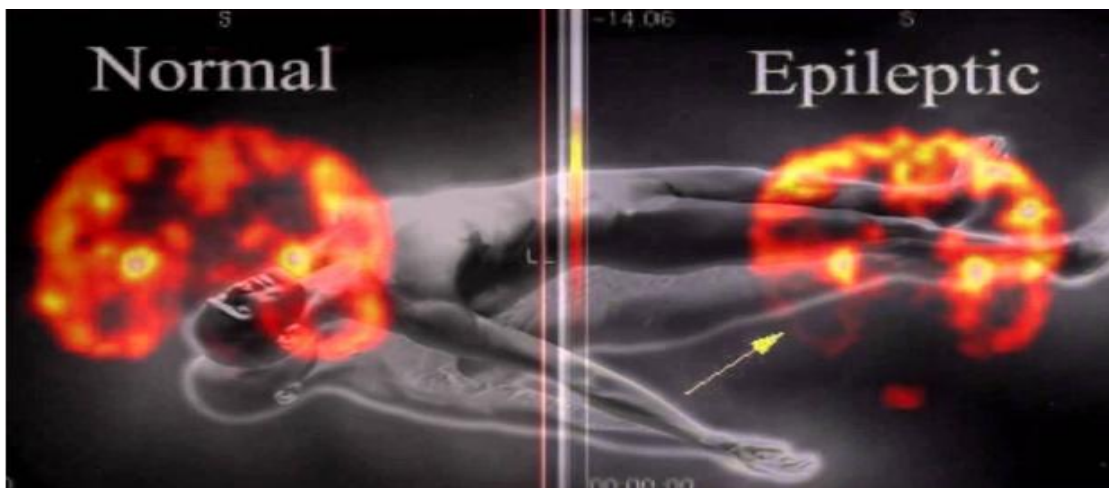
Γενικώς, το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από επιληψία ανάμεσα στους συγγενείς των επιληπτικών ανέρχεται σε 3%, ποσοστό το οποίο είναι σχεδόν τριπλάσιο της συχνότητας της νόσου στο γενικό πληθυσμό. Στην Ελλάδα επίσημα στατιστικά δεδομένα που αφορούν στα αίτια της επιληψίας δεν υπάρχουν. Στις δυτικές κοινωνίες η εγκεφαλική αγγειοπάθεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία επιληπτικών κρίσεων σε ενήλικες, ενώ σε ποσοστό 3-6% των περιπτώσεων η αιτία είναι χωροκατακτητική επεξεργασία του εγκεφάλου. Μάλιστα έχει υπολογισθεί ότι ένα ποσοστό γύρω στο 30% των όγκων του εγκεφάλου, εκδηλώνεται με επιληπτική κρίση. Στο 6% περίπου των περιπτώσεων οι κρίσεις σχετίζονται με την αιθυλική αλκοόλη, σε ποσοστό 3% η αιτία είναι κρανιοεγκεφαλική κάκωση, στο 3% οι κρίσεις είναι μεταλοιμώδεις, διάφορες αιτίες καλύπτουν το 7% των περιπτώσεων, ενώ στο υπόλοιπο 60% των περιπτώσεων δεν αναγνωρίζεται σαφές αίτιο.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

2.1 ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η επιληπτική δραστηριότητα εκδηλώνεται στα πολύπλοκα νευρωνικά κυκλώματα της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου. Η τυποποιημένη και ασύγχρονη δραστηριότητα των νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού, η οποία αποτελεί τη φυσιολογική βάση των εγκεφαλικών απαρτιωτικών λειτουργιών, υποκαθίσταται από μια ανώμαλη και συγχρονισμένη εκφόρτιση νευρωνικών σχηματισμών του φλοιού. Αυτή η παθολογική ηλεκτρική δραστηριότητα των εγκεφαλικών νευρώνων όταν, είναι περιορισμένη σε μια μικρή περιοχή της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου ονομάζεται επιληπτογόνος εστία. Τέτοιες ασυμπτωματικές εστίες μπορεί στη συνέχεια να εξαπλωθούν, με φυσιολογικούς μηχανισμούς, σε παρακείμενους φαιούς σχηματισμούς και να εγκαταστήσουν τελικώς μια ευρύτερη λειτουργική διαταραχή προκαλώντας την εμφάνιση εστιακής εγκεφαλικής συμπτωματολογίας. Οι εστίες αυτές μπορεί να επεκταθούν μέσω παθολογικών συνδέσεων σε όλο το ημισφαίριο ή ακόμη και στα δύο ημισφαίρια. Αν δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες μπορεί να επεκταθούν και σε υποφλοιώδεις σχηματισμούς προκαλώντας γενικευμένη εκφόρτιση του εγκεφαλικού φλοιού και των υποφλοιωδών συνδέσεων του.⁵



Εικόνα 2: Επιληψία Πηγή: <http://www.iefimerida.gr/news/250301/ellinas-epistimonas-egine-melos-tis-akadimias-efeyreton-ton-ipa-thelei-na-nikisei-tin>

Έτσι, η μεγάλη ποικιλία κλινικών μορφών των επιληπτικών κρίσεων οφείλεται στην αλληλεπίδραση των εξής παραγόντων:

1. σε εντοπισμένες, συγγενείς ή επίκτητες, αλλοιώσεις της δομής του εγκεφάλου οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα μια τάση για (παθολογικό) συγχρονισμό,
2. σε βιοχημικούς ή μεταβολικούς παράγοντες που δρουν τοπικά ή συστηματικά και οι οποίοι μεταβάλλουν τον ουδό εκφόρτισης των νευρώνων του εγκεφάλου,
3. σε παραλλαγές των συνδέσεων μεταξύ φλοιωδών και υποφλοιωδών κυτταρικών σχηματισμών,
4. στο βαθμό ανάπτυξης και εξέλιξης του εγκεφάλου κατά την παιδική ηλικία, την εφηβεία και την ενήλικα ζωή. Οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους παράγοντες αυτούς καθορίζουν το ύψος του οδού επιληπτικής εκφόρτισης, την οδό και την ταχύτητα εξάπλωσης της εξάπλωσης από μια επιληπτογόνο εστία, την παρουσία ή μη γενικευμένων σπασμών και την πιθανότητα υποτροπής του επεισοδίου. Οι λειτουργίες τις οποίες επιτελούν, υπό φυσιολογικές συνθήκες, οι περιοχές του εγκεφάλου από τις οποίες ξεκινά και δια των οποίων επεκτείνεται η παθολογική εκφόρτιση, καθορίζουν και τον τύπο των κρίσεων του κάθε ασθενούς.⁵

2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ

Το ανατομικό υπόβαθρο των επιληπτικών κρίσεων, η κλινική εικόνα με την οποία εκφράζονται και τα ΗΕΓγραφικά χαρακτηριστικά τους επέτρεψαν την ταξινόμηση και ομαδοποίησή τους σε δύο ομάδες. Τις εστιακές επιληπτικές κρίσεις και τις γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις

Οι Εστιακές κρίσεις χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, με βάση το αν υπάρχει διαταραχή της συνείδησης:⁴

Εστιακές Απλές (απλή συμπτωματολογία): κρίσεις με κυρίως κινητικά, αισθητικά ή οπτικά γεγονότα κατά τη διάρκεια των οποίων δεν διαταράσσεται η συνείδηση. Σπανιότερα η κρίση μπορεί να συνίσταται σε αιφνίδιο αίσθημα φόβου, πόνο στην κοιλιακή χώρα, απρόκλητο γέλιο, αφασικές εκδηλώσεις κυρίως τύπου εκπομπής, οσφρητικές ψευδαισθήσεις (δυσάρεστες), αίσθημα ήδη εκδοθέντος ή ποτέ εκδοθέντος, έμετος-ωχρότητα, ανόρθωση των τριχών ή άλλες διαταραχές από το αυτόνομο κλπ. Η συμπτωματολογία της κρίσης εξαρτάται από την περιοχή του εγκεφαλικού φλοιού που παρουσιάζει επιληπτική δραστηριότητα (μετωπιαίος-βρεγματικός-ινιακός λοβός κλπ).

Εστιακές Σύνθετης Συμπτωματολογίας: Σ' αυτές υπάρχει διαταραχή (θόλωση) της συνείδησης που συνήθως συνοδεύεται από διαταραχή της συμπεριφοράς,

αυτοματισμούς (περίεργα κινητικά συνήθως γεγονότα όπως πλατάγισμα των χειλέων, μασητικές κινήσεις, ρυθμικό τρίψιμο της παλάμης στο στήθος κλπ). Πιο συχνά αυτές οι κρίσεις ξεκινούν στον κροταφικό λοβό και λιγότερο συχνά στο πρόσθιο ή το βασικό (κογχικό) τμήμα του μετωπιαίου λοβού.³

Η Εστιακή Κρίση Απλής Συμπτωματολογίας μπορεί με την επέκταση της επιληπτικής δραστηριότητας να εξελιχθεί σε κρίση σύνθετης συμπτωματολογίας και κατόπι με περαιτέρω επέκταση σε γενικευμένη κρίση (δευτερογενώς γενικευμένη). Σε αυτή την περίπτωση, η απλή εστιακή κρίση είναι η Αύρα (αρχική εκδήλωση της επιληπτικής κρίσης η οποία μπορεί ή όχι να μεταπέσει σε σύνθετη ή/και δευτεροπαθώς γενικευμένη).

Γενικευμένες κρίσεις Χαρακτηρίζονται από πλήρη απώλεια της συνείδησης (δεν υπάρχει καμία επαφή με το περιβάλλον). Μπορεί να συνοδεύονται από απώλεια της όρθιας θέσης ή και μη (πχ αφαιρέσεις). Μπορεί να μην υπάρχουν σπασμοί (πχ αφαιρέσεις, ατονικές κρίσεις). ΗΕΓγραφικά η επιληπτική εκφόρτιση (δραστηριότητα) καταγράφεται σύγχρονα και στα δύο ημισφαίρια.⁵

2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Η διάγνωση της επιληψίας ακολουθεί την εξής σειρά: αναγνώριση των επιληπτικών σπασμών, ταξινόμηση του τύπου σπασμών, αναγνώριση του επιληπτικού συνδρόμου και καθορισμός της αιτιολογίας.⁶

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 ενοχλήσεις, περίεργες 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.⁶

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:⁵

- ∅ 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 μουδιάσματα 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.⁵

2.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της επιληψίας είναι κλινική, βασίζεται στη λεπτομερή περιγραφή των γεγονότων που βιώνουν οι ασθενείς πριν, κατά και μετά την κρίση, και είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ένας μάρτυρας. Λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις τα διαγνωστικά λάθη θα πρέπει να αποφεύγονται. Έτσι, ο πρώτος βασικός κανόνας για τη διάγνωση της επιληψίας είναι ότι ποτέ η διάγνωση δεν γίνεται χωρίς αδιάσειστα κλινικά στοιχεία.⁶

Ποσοστό 20- 45% των περιπτώσεων των αθεράπευτων κρίσεων έχουν μια ψυχολογική παρά φυσική προέλευση. Με αυτήν την μορφή επιληψίας, γνωστή ως ψευδοεπιληψία ή ψυχογενής επιληψία, ο ασθενής δεν έχει καμία συνειδητή πρόθεση του καταναγκασμού κρίσης και δεν παρουσιάζει την ασυνήθιστα συναισθηματική συμπεριφορά ή τα σημάδια της υστερίας. Η ψευδοεπιληψία μπορεί συνήθως να διακριθεί από την αληθινή επιληψία χρησιμοποιώντας ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ). Η αιτία ψευδοεπιληψίας είναι άγνωστη.⁶

Ένα παροξυσμικό επεισόδιο που επιφέρει μία αλλαγή στο επίπεδο συνείδησης οδηγεί φυσικά στην επίκληση της διάγνωσης μιας επιληπτικής κρίσης. Όμως τα διαγνωστικά λάθη είναι πολύ συχνά. Η κύρια διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τις αιτίες παροξυσμικής διαταραχής των εγκεφαλικών λειτουργιών. Οι γενικευμένες και εστιακές κρίσεις περιλαμβάνουν: αγγειογενή και καρδιογενή συγκοπικά επεισόδια, ψευδοεπιληπτικές κρίσεις, και μόνο στις εστιακές εμφανίζεται και υπογλυκαιμία. Οι σύνθετες εστιακές κρίσεις περιλαμβάνουν: ψευδοεπιληπτικές κρίσεις, κρίσεις πανικού, καταστροφική συμπεριφορά. Οι απλές εστιακές κρίσεις με κινητικά σημεία περιλαμβάνουν: ψευδοεπιληπτικές κρίσεις. Οι απλές εστιακές κρίσεις με αισθητικά σημεία περιλαμβάνουν: παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο, ημικρανία με αύρα. Τέλος οι απλές εστιακές κρίσεις με ψυχικά σημεία περιλαμβάνουν: κρίση πανικού, αμνησικό επεισόδιο.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

3.1 ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ο θεμελιώδης τρόπος για την αντιμετώπιση της επιληψίας είναι η φαρμακευτική αγωγή. Σκοπός είναι να προστατευθεί ο ασθενής από τις κρίσεις, χωρίς να έχει η θεραπεία επίδραση στη φυσιολογική γνωστική λειτουργία (ή όταν πρόκειται για παιδιά στην ανάπτυξη της φυσιολογικής διανοητικής λειτουργίας) και χωρίς την πρόκληση επιβλαβών συστηματικών παρενεργειών. Αν είναι δυνατό, θα πρέπει να χορηγηθεί η χαμηλότερη δυνατή δόση ενός και μόνο επιληπτικού φαρμάκου.⁶

Η ακριβής γνώση του είδους των επιληπτικών κρίσεων που εμφανίζει ο ασθενής, του φάσματος της επίδρασης των διατιθεμένων αντιεπιληπτικών φαρμάκων και λίγων βασικών αρχών της φαρμακοκινητικής, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τον πλήρη έλεγχο 60-75% περίπου των ασθενών με επιληψία. Πολλοί ασθενείς φαίνεται ότι είναι ανθεκτικοί στα φάρμακα ή εμφανίζουν παρενέργειες, επειδή τα φάρμακα που έχουν επιλεγεί δεν είναι κατάλληλα για το είδος (είδη) των κρίσεων ή δεν χορηγούνται στις κατάλληλες δόσεις.

Η δυνατότητα προσδιορισμού των επιπέδων των αντιεπιληπτικών φαρμάκων στον ορό καθιστά δυνατή την αριστοποίηση του δοσολογικού σχήματος και την παρακολούθηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία. Έτσι, οι ασθενείς μπορούν να τεθούν σε φαρμακευτική αγωγή και μετά από κατάλληλη περίοδο εξισορρόπησης (συνήθως μερικές εβδομάδες, αλλά τουλάχιστον πέντε χρόνους ημιζωής). Η ποσότητα του φαρμάκου στον ορό μπορεί να προσδιορίζεται και να συγκρίνεται με τα θεραπευτικά επίπεδα που είναι παραδεκτά για κάθε φάρμακο. Η χρήση των επιπέδων στο αίμα για τη ρύθμιση των δόσεων μπορεί να αντισταθμίζει την ποικιλία που εμφανίζουν οι άρρωστοι, ως προς την απορρόφηση ή το μεταβολισμό των φαρμάκων.⁶

Πολλά αντιεπιληπτικά φάρμακα συνδέονται με πρωτεΐνες του ορού, ενώ το μη συνδεδεμένο ή ελεύθερο φάρμακο είναι εκείνο που βρίσκεται σε ισορροπία με τους εξωκυττάριους χώρους στον εγκέφαλο. Το επίπεδο του ελεύθερου φαρμάκου συσχετίζεται πολύ καλά με τον έλεγχο των κρίσεων. Εντούτοις, το επίπεδο του «ολικού» φαρμάκου είναι αυτό που προσδιορίζεται στον ορό με συμβατικές βιοχημικές μεθόδους. Στις περισσότερες περιπτώσεις αρκεί για να διαπιστωθεί αν το

αντιεπιληπτικό φάρμακο βρίσκεται σε θεραπευτικά πλαίσια. Μερικές φορές τα επίπεδα των αντιεπιληπτικών φαρμάκων στον όρο αίματος μπορεί να είναι υψηλά, ενώ ο ασθενής συνεχίζει να έχει κρίσεις, χωρίς να εμφανίζει φαρμακολογικές παρενέργειες του αντιεπιληπτικού φαρμάκου. Στις περιπτώσεις αυτές είναι πιθανόν ότι η σύνδεση με τις πρωτεΐνες του ορού είναι μεγαλύτερη από όσο αναμένεται και ότι ο ασθενής λαμβάνει μικρότερη ποσότητα φαρμάκου σε σχέση με το μη συνδεδεμένο διαθέσιμο φάρμακο.

Η αύξηση της δόσης μπορεί να προκαλέσει έλεγχο των κρίσεων χωρίς καμία παρενέργεια (αν και τα επίπεδα στο αίμα θα βρίσκονται πάνω από τα θεραπευτικά όρια). Κατά τον ίδιο τρόπο, άτομα με μειωμένη ηπατική ή νεφρική λειτουργία μπορεί να έχουν χαμηλές πρωτεΐνες ορού ή «τοξίνες» στο αίμα που μειώνουν την σύνδεση του φαρμάκου. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να εκδηλωθεί τοξικότητα, με ασυνήθως χαμηλά επίπεδα φαρμάκου στον ορό, εξαιτίας του σχετικά υψηλότερου επιπέδου του ελεύθερου φαρμάκου.⁷



Εικόνα 3: Αντιεπιληπτικά φάρμακα Πηγή: <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/31051/farmaka-kata-tis-epilipsias-dokimazontai-sti-noso-alzheimer.html>

Πολλοί επιληπτικοί πρέπει να λαμβάνουν αντιεπιληπτικά φάρμακα εφ' όρου ζωής. Εντούτοις, ένα μεγάλο ποσοστό επιληπτικών μπορεί να απαλλαγεί από τις κρίσεις με κατάλληλη θεραπεία και περίπου οι μισοί από τους ασθενείς αυτούς μπορεί ενδεχομένως να σταματήσουν τα φάρμακα τους, και να μην εμφανίζουν άλλες κρίσεις.⁷

Ο ασθενής που δεν έχει εμφανίσει κρίσεις για τέσσερα χρόνια ή είχε σχετικά λίγες κρίσεις προτού να επιτευχθεί ο έλεγχος τους ή χρειάστηκε μόνο ένα φάρμακο ή δεν εμφανίζει παθολογικά νευρολογικά σημεία και οργανική βλάβη που να δικαιολογεί τις κρίσεις που έχει φυσιολογικό EEG στο τέλος της θεραπείας, έχει τις μεγαλύτερες πιθανότητες να παραμένει χωρίς κρίσεις, εάν τα φάρμακα ελαττωθούν βραδέως (πάνω από 3 έως 6 μήνες). Ανώμαλο EEG δεν αποτελεί αντένδειξη για τη διακοπή των φαρμάκων.⁶

Όταν συζητεί κανείς τη διακοπή της αντιεπιληπτικής θεραπείας πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη τις συνέπειες της υποτροπής κρίσεων. Μια επιληπτική κρίση σε ασθενή, που στο παρελθόν ελεγχόταν καλά και ο οποίος δεν συνήθισε να λαμβάνει προφυλάξεις, μπορεί να είναι επικίνδυνη για τη ζωή του ή να οδηγήσει στην απώλεια της άδειας οδήγησης ή την απώλεια της εργασίας του. Εντούτοις, εφόσον όλα τα φάρμακα είναι δυνητικά τοξικά και εφόσον η συμμόρφωση στα φάρμακα ποικίλλει συχνά στο υγιές άτομο, θα άξιζε να επιχειρηθεί μια προσεκτική δοκιμή βαθμιαίας μείωσης των φαρμάκων, σε άτομα που εκπληρώνουν τις παραπάνω προϋποθέσεις και αποδέχονται τον κίνδυνο.⁷

3.2 ΚΕΤΟΓΟΝΟΣ ΔΙΑΙΤΑ

Η κετογόνος διαίτα χρησιμοποιείται για την θεραπεία της επιπλεγμένης επιληψίας σε παιδιά όταν η φαρμακολογική θεραπεία από μόνη της δεν έχει επιτυχία. Η θεραπεία προϋποθέτει ότι το παιδί, για μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, ακολουθεί μία προσεκτικά υπολογισμένη διατροφή, πλούσια σε λιπαρά, που καλύπτει τις ημερήσιες ανάγκες σε πρωτεΐνες και προσφέρει το ελάχιστο σε υδατάνθρακες. Το λίπος που παρέχει η τροφή αυτή μεταβάλλεται στο ήπαρ σε κετονοσώματα που ο οργανισμός χρησιμοποιεί ως κύρια πηγή ενέργειας.⁸

Ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση πλαστού καταβολισμού και εκκρίνει, λόγω της διαίτας, μεγάλη ποσότητα από κετόνες στα ούρα. Παρ' όλα αυτά το pH στο αίμα είναι φυσιολογικό, το πλεόνασμα βάσης είναι φυσιολογικό ή χαμηλό και το ζάχαρο στο αίμα βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Σε περίπτωση λοιμώξεων, με συμπτώματα κυρίως από το γαστρεντερικό σωλήνα, δηλαδή εμετούς ή διάρροια, ο ασθενής που τρέφεται με την κετογόνο δίαιτα μπορεί πιο γρήγορα να εμφανίσει βαριάς μορφής κέτωση και οξέωση. Η δίαιτα είναι προσαρμοσμένη να παρέχει την ίδια ποσότητα σε θερμίδες σε σχέση με την διατροφή που έκανε πριν ο ασθενής σε συνάρτηση με το βάρος και την ηλικία του. Αν ο ασθενής είναι υπέρβαρος ή αντίθετα ελλιποβαρής, η δίαιτα υπολογίζεται σύμφωνα με το ιδεώδες βάρος του σε σχέση με την ηλικία του. Η δίαιτα απαρτίζεται συνήθως από 80 % λιπαρά και 20 % υδατάνθρακες και πρωτεΐνη. Η αξιολόγηση της θεραπείας με την κετογόνο δίαιτα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.⁸

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ο βασικότερος παράγοντας για να πετύχει η θεραπεία με την κετογόνο δίαιτα είναι η σωστή πληροφόρηση και η συνδρομή των γονέων και όλης της οικογένειας του ασθενή.

Οι γονείς πρέπει να κατανοούν ότι η διατροφή αυτή απαιτεί προγραμματισμό, ότι το φαγητό πρέπει να ζυγίζεται και ότι η συγκεκριμένη διατροφή πρέπει να τηρείται αυστηρά.

Για αυτόν τον λόγο πρέπει στην αρχή της θεραπείας οι γονείς να μπορούν να συναντήσουν τον παιδονευρολόγο και τον διαιτολόγο μαζί.

ΠΡΟΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ

Λίστα καταγραφής επιληπτικών κρίσεων για 3 μήνες πριν την έναρξη της θεραπείας. Καταγραφή της διατροφής του ασθενή από τους γονείς για 4 ημέρες πριν την έναρξη της θεραπείας με στόχο την λεπτομερή ενημέρωση του θεράποντα ιατρού αναφορικά με την ποσότητα των θερμίδων που λαμβάνει καθημερινά ο ασθενής καθώς και τις διατροφικές προτιμήσεις που διαφέρουν από παιδί σε παιδί.⁸

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Κατά την έναρξη της δίαιτας γίνεται υποχρεωτικά εισαγωγή στο νοσοκομείο. Ο ασθενής πρέπει να είναι νηστικός το πρώτο 24ωρο. Πρέπει να γίνουν οι απαραίτητες αιματολογικές εξετάσεις και να μπει φλεβοκαθετήρας όπου παρέχεται φυσιολογικός ορός για να διασφαλιστεί η επαρκής ενυδάτωση του ασθενή.

Η δίαιτα εισάγεται σταδιακά από την δεύτερη μέρα. Η ποσότητα του λίπους αυξάνεται βαθμιαία σε ένα τελικό επίπεδο που διαφέρει από παιδί σε παιδί. Η σχέση λίπους προς πρωτεΐνη και υδατάνθρακες είναι περίπου 3:1 στα μικρότερα παιδιά και 4:1 στα μεγαλύτερα. Τις πρώτες μέρες εφαρμογής της δίαιτας δίνεται ταυτόχρονα η ευκαιρία στους γονείς να αποκτήσουν πληροφορίες σχετικά με τον σχεδιασμό τις λεπτομέρειες και τις τυχόν παρενέργειες που μπορούν να παρουσιαστούν κατά την διάρκεια της θεραπείας. Τα περισσότερα παιδιά μπορούν να βγούν από το νοσοκομείο μετά από τέσσερις μέρες και να συνεχίσουν την δίαιτα από το σπίτι με συχνή επαφή με τον παιδονευρολόγο και τον διαιτολόγο σε εξωτερική βάση. Η δίαιτα ακολουθείται το λιγότερο για περίοδο τριών μηνών και συνήθως για ένα χρόνο.⁸

ΜΟΡΦΗ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ

Η δίαιτα βασίζεται στον υπολογισμό της διατροφής του ασθενή μετρώντας την ποσότητα θερμίδων, πρωτεΐνης και υδατανθράκων ανά κιλό βάρους σε σχέση με την ηλικία του παιδιού. Αυτό προκύπτει είτε από λίστες για τον υπολογισμό της ποσότητας πρωτεΐνης / ημέρα ή σε ορισμένες περιπτώσεις με την χρήση της θερμιδομετρίας. Για παράδειγμα ένα παιδί ηλικίας 4 μηνών που ζυγίζει 6 κιλά υπολογίζουμε ότι χρειάζεται 648 kcal / ημέρα. Στα μικρά παιδιά η δίαιτα αυτή έχει την μορφή 3:1 που σημαίνει 3 μέρη λιπαρά και ένα μέρος πρωτεΐνες και υδατάνθρακες μαζί. Στο παράδειγμα μας η ποσότητα λιπαρών υπολογίζεται στα 63 g / ημέρα, η ποσότητα των πρωτεϊνών στα 13.2 g / ημέρα και η ποσότητα των υδατανθράκων στα 7.8 g / ημέρα.⁷

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η κετογόνος δίαιτα φαίνεται να είναι αποτελεσματική σε όλα τα είδη της επιληψίας βελτιώνοντας την γενική κατάσταση του ασθενή, μειώνοντας την συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων και κάποιες φορές φερνοντας τις σε πλήρη έλεγχο. Ένα ποσοστό παιδιών ενδέχεται σταδιακά να σταματήσει να παίρνει φάρμακα. Η δίαιτα συνίσταται σε παιδιά με επιπλεγμένη επιληψία και συχνά επεισόδια επιληπτικών κρίσεων που έχουν δοκιμάσει συνδυασμό δύο τουλάχιστον αντιεπιληπτικών φαρμάκων χωρίς αποτέλεσμα. Η κετογόνος δίαιτα αποτελεί την θεραπεία επιλογής για κάποια συγκεκριμένα επιληπτικά σύνδρομα. Αναλυτικότερα:⁸

- Τους βρεφικούς σπασμούς

- Την μυοκλονική αστατική επιληψία ή σύνδρομο DOOse
- Την οζώδη σκλήρυνση
- Την έλλειψη γλυκομεταφορέας (GLUT 1)
- Το σύνδρομο Dravet
- Το σύνδρομο Rett
- Το σύνδρομο LennOx-Gastaut.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η δίαιτα δεν συνίσταται ως πρώτη επιλογή σε ασθενείς με φλοιική δυσπλασία που μπορεί να χειρουργηθεί, αντενδείκνυται σε ορισμένες παθήσεις του μεταβολισμού, κυρίως της καρνιτίνης και των λιπαρών οξέων, αναλυτικότερα:

- Έλλειψη καρνιτίνης.
- Έλλειψη τρανσλοκάσης της καρνιτίνης.
- Έλλειψη παλμιτικής τρανσφεράσης.

Βλάβες στην β-οξειδωση των λιπαρών οξέων:

- Έλλειψη ακυλοανυδράσης βραχείας αλύσου (SCAD deficiency).
- Έλλειψη ακυλοανυδράσης μετρίας αλύσου (MCAD deficiency).
- Έλλειψη ακυλοανυδράσης μακράς αλύσου (LCAD deficiency).
- Έλλειψη 3 υδροξυακυλοσυνενζύμου Α μετρίας αλύσου.
- Έλλειψη 3 υδροξυακυλοσυνενζύμου Α μακράς αλύσου.
- Έλλειψη πυροσταφυλικής καρβοξυλάσης.⁸

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Οι παρενέργειες της κετογόνου δίαιτας είναι γνωστές και αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη θεραπεία. Έτσι κατά την έναρξη της δίαιτας στο νοσοκομείο, ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει υπογλυκαιμία ή / και μεταβολική οξέωση. Αργότερα όταν ο ασθενής συνεχίσει τη δίαιτα στο σπίτι μπορεί να παρουσιάσει, δυσκοιλιότητα, ναυτία, ελλιπή αύξηση βάρους και ύψους και σε μερικές περιπτώσεις νεφρολιθίαση.⁸

3.3 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εξέλιξη της φαρμακευτικής θεραπείας της επιληψίας κατά την τελευταία 20ετία έχει οδηγήσει σε θεαματική βελτίωση της ποιότητας ζωής στην πλειοψηφία των πασχόντων, σε βαθμό ώστε η πάθηση μπορεί να διατρέχει χωρίς να γίνεται αντιληπτή από το κοινωνικό ή εργασιακό περιβάλλον. Η πρόοδος αυτή έχει συμβάλλει θετικά, αλλά δεν έχει εξαφανίσει το «στίγμα» και τη μυθολογία που συνοδεύουν, δυστυχώς, την πάθηση. Σήμερα λοιπόν, περίπου το 60% των πασχόντων, εφόσον συμμορφώνονται απαρέκκλιτα με τις συστάσεις του γιατρού τους, μπορούν είτε να ιαθούν πλήρως είτε να αναμένουν πολύ καλό έλεγχο των κρίσεων. Κι αυτό είναι μια αναμφισβήτητα μεγάλη πρόοδος.⁹

Αφού τεθεί η διάγνωση από το νευρολόγο (με ειδικές εξετάσεις, κυρίως ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου), η λήψη του κατάλληλου «αντιεπιληπτικού» φαρμάκου μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης των κρίσεων ή τις εξαφανίζει.

Δεδομένου ότι η επιληψία, σύμφωνα με τις παγκόσμιες στατιστικές, αγγίζει 4-10 ασθενείς ανά 1000 άτομα πληθυσμού, η προβολή αυτής της αναλογίας στα ελληνικά δεδομένα σημαίνει ότι η επιληψία αφορά άμεσα, ως προς την ποιότητα ζωής τους, ίσως και 100.000 συμπατριώτες μας (χωρίς να συνυπολογίζονται οι οικογένειές τους).⁹

Το 40% περίπου των πασχόντων εμφανίζει τις αποκαλούμενες «φαρμακο-ανθεκτικές» μορφές της νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές τα φάρμακα δεν μπορούν να προσφέρουν ικανοποιητικό έλεγχο των κρίσεων ή το επιτυγχάνουν σε δόσεις και συνδυασμούς τέτοιους, που προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ως αποτέλεσμα, η ποιότητα ζωής των πασχόντων, σε προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο, διαταράσσεται σοβαρά, σχεδόν όσο και με τις κρίσεις. Εξάλλου, σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να συνυπολογιστεί το σημαντικό κόστος της εσαεί χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, δεδομένου ότι τα νέα φάρμακα είναι αρκετά δαπανηρά.⁹

Οι φαρμακο-ανθεκτικοί ασθενείς, είναι οι καταρχήν υποψήφιοι για εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, ανάμεσα στις οποίες προεξάρχει η νευροχειρουργική. Η επιτυχής χειρουργική αντιμετώπιση της επιληψίας όντως απαλλάσσει πλήρως τον ασθενή από τους περιορισμούς του τρόπου ζωής του, από την ανάγκη για συνεχή λήψη φαρμάκων και, σε ένα βαθμό, από την ιατρική παρακολούθηση. Είναι όμως όντως οι δύο στους πέντε πάσχοντες από επιληψία κατάλληλοι για χειρουργική αντιμετώπιση; Η απάντηση είναι, δυστυχώς, όχι.

Όταν κάποιος πρόκειται να υποστεί εγχείρηση στον εγκέφαλο, δηλαδή στο πιο ευαίσθητο και πολύπλοκο όργανο του σώματος, πολλές παράμετροι λαμβάνονται υπόψιν. Και αρχικά το γεγονός ότι ο ασθενής έχει άριστο προσδόκιμο επιβίωσης. Η επιληψία σε ελάχιστες συγκριτικά περιπτώσεις απειλεί τη ζωή και η επέμβαση γίνεται μόνο για βελτίωση της ποιότητάς της. Επομένως ο υπεύθυνος γιατρός οφείλει να θέσει αυστηρότατους όρους και όσο το δυνατόν περισσότερες ασφαλιστικές δικλείδες, τόσο ως προς το αποτέλεσμα της επέμβασης, όσο και ως προς τις πιθανές βλάβες που μπορεί αυτή να προκαλέσει.⁹

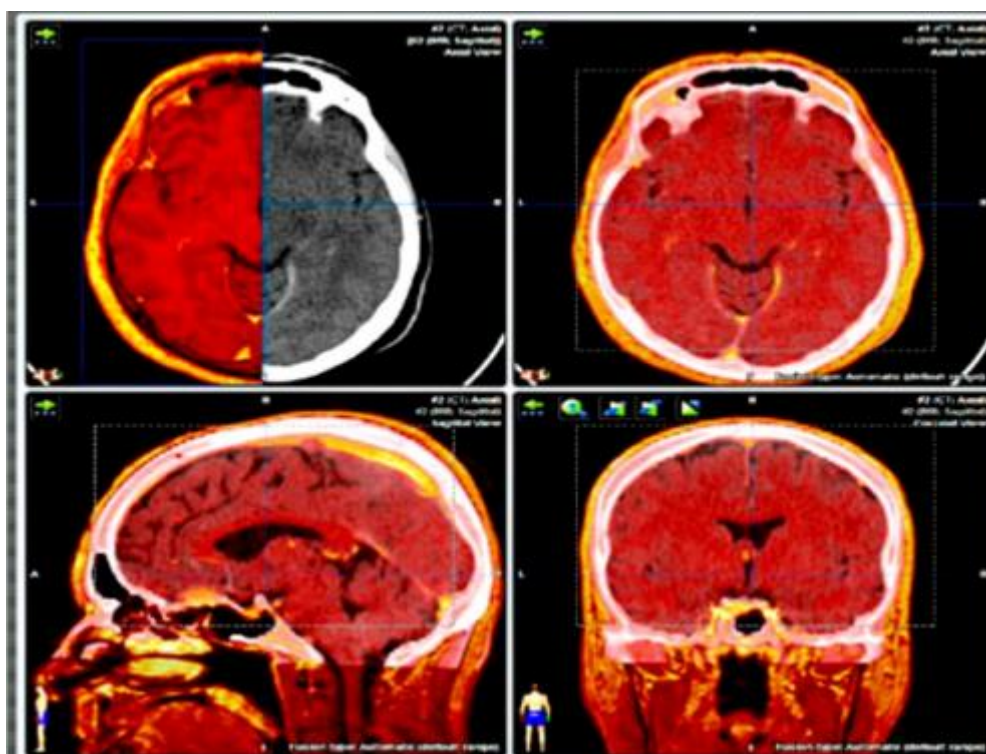
Η φιλοσοφία των σύγχρονων χειρουργικών επεμβάσεων για την επιληψία είναι η αφαίρεση του τμήματος του εγκεφάλου που λειτουργεί παθολογικά (ονομάζεται «επιληπτική εστία»), το οποίο «παρασύρει» σε παθολογική λειτουργία και άλλα, «υγιή» τμήματα του εγκεφάλου. Σε μεγάλο όμως ποσοστό των περιπτώσεων, επιληπτική εστία δεν μπορεί να εντοπιστεί, είτε γιατί δεν υπάρχει (όπως στις «γενικευμένες» μορφές της επιληψίας) είτε γιατί δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια με τις σημερινές υπάρχουσες μεθόδους («κρυπτογενείς εστιακές επιληψίες»).

Ο εντοπισμός επιληπτικής εστίας και η αφαίρεσή της συνήθως δεν έχουν επιπτώσεις στον ασθενή, αφού η εγκεφαλική αυτή περιοχή είναι ατροφική και δεν συμμετέχει στην εγκεφαλική λειτουργία. Ωστόσο, μια δεύτερη βασική προϋπόθεση (που αφορά στην ασφάλεια της επέμβασης) είναι να μην αφαιρεθούν μαζί με τα παθολογικά τμήματα περιοχές που λειτουργούν κανονικά και, ακόμα περισσότερο, περιοχές στις οποίες επαφίεται αποκλειστικά κάποια συγκεκριμένη λειτουργία (όπως για παράδειγμα του λόγου ή της μνήμης), με συνέπεια να προκληθεί στον ασθενή αφασία ή αμνησία μετά από την επέμβαση. Ο κίνδυνος αυτός εξαλείφεται μέσω του σύγχρονου «προεγχειρητικού ελέγχου της επιληψίας». Κατά την τεχνική της νευροπλοήγησης, μέσω υπολογιστικού λογισμικού στο οποίο εισάγονται τα κατάλληλα απεικονιστικά και λοιπά δεδομένα, αναπαριστάται πιστά σε 3 διαστάσεις η δομή του εγκεφάλου του ασθενούς, καθώς και οι προς αφαίρεση ή προς διάσωση περιοχές. Ακολούθως, η αναπαράσταση αυτή τροφοδοτείται διαρκώς, κατά την επέμβαση, από δεδομένα «πραγματικού χρόνου», που αφορούν στη θέση των χειρουργικών εργαλείων. Η τεχνική ξεκίνησε να εφαρμόζεται από το 1996 σε παγκόσμιο επίπεδο.⁷

Η «εικονική πραγματικότητα» της νευροπλοήγησης έρχεται να προστεθεί στην άμεση οπτική πληροφορία. Η αξία αυτής της πρόσθετης πληροφορίας ίσως να ηχεί υπερβολική για άλλα όργανα, αλλά για τον εγκέφαλο, όπου τα πάντα κρίνονται σε

επίπεδο χιλιοστών (η διάμετρος της κεντρικής περιοχής που είναι υπεύθυνη για την ομιλία δεν ξεπερνά τα 3-4 εκατοστά!), είναι ανεκτίμητη.

Η τρέχουσα άποψη λοιπόν είναι ότι η νευροπλοήγηση συνιστά σημαντικό βήμα προόδου στη χειρουργική αντιμετώπιση της επιληψίας, αλλά η αντιμετώπιση αυτή ενδείκνυται για ένα σχετικά μικρό ποσοστό επιληπτικών ασθενών και προϋποθέτει απαραίτητως μια συντονισμένη παρέμβαση από ειδικευμένους στην πάθηση επιστήμονες, από τον προσδιορισμό της καταλληλότητας του ασθενούς, έως την επέμβαση και τη μετεγχειρητική παρακολούθησή του.⁹



Εικόνα 4: Νευροπλοήγηση Πηγή: http://davaneloskonstantinos.blogspot.gr/2013/06/blog-post_65.html

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

4.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η επιληψία εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες. Κάποια είδη επιληψίας εμφανίζονται σε μικρά παιδιά και εφήβους, και εκτιμάται ότι 3-5% όλων των παιδιών θα παρουσιάσουν κάποια στιγμή μία επιληπτική κρίση. Σήμερα θεωρείται ότι η επιληψία είναι η τάση που έχουν ορισμένα άτομα να παρουσιάζουν σπασμούς ή κρίσεις ή επεισόδια. Στον κόσμο υπάρχουν περίπου 50 εκατομμύρια άτομα με επιληψία (40 εκατομμύρια στις αναπτυσσόμενες χώρες και 10 εκατομμύρια στις αναπτυγμένες χώρες). Στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 100.000 άτομα με επιληψία. Η επιληψία είναι μια ασθένεια, η οποία δεν γνωρίζει γεωγραφικά, κοινωνικά ή εθνικά σύνορα, επηρεάζει εξίσου και τα δύο φύλα και μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε ηλικία.¹⁰

Εντούτοις, το 70% των επιληπτικών κρίσεων στα παιδιά υποχωρούν μετά ή κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ενώ κάποιες επιληπτικές κρίσεις, π.χ. μετά από υψηλό πυρετό, είναι περιστασιακές και δεν καταλήγουν ποτέ σε μόνιμη επιληψία.

Πρόσφατα μια έρευνα συνέδεσε την πιθανότητα επιληψίας στο παιδί με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα στη μητέρα, ενώ μια παλαιότερη είχε ενοχοποιήσει τη λήψη αντιβιοτικών από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης.¹⁰

Στην περίπτωση της πρώτης μελέτης, που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *Neurology*, οι ερευνητές του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Κοπεγχάγης ανέλυσαν στοιχεία για σχεδόν 2 εκατομμύρια παιδιά για διάστημα 16 ετών. Από αυτά, τα 31.500 (1,6%) εμφάνισαν επιληψία, ενώ τα 13.500 (0,7%) γεννήθηκαν από μητέρες με ρευματοειδή αρθρίτιδα.¹⁰

Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν ρευματοειδή αρθρίτιδα κατά τη στιγμή της γέννας, ήταν 90% πιθανότερο να εμφανίσουν επιληψία αργότερα. Το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 26% για τα παιδιά των οποίων οι μητέρες διαγνώστηκαν με ρευματοειδή αρθρίτιδα μετά τον τοκετό. Στην δεύτερη έρευνα, που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *PLOS ONE*, επιστημονική ομάδα του Νοσοκομείου *Great Ormond Street* και του Πανεπιστημίου του Λονδίνου, μελέτησε 200.000 παιδιά στη Μ. Βρετανία.¹⁰

Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι τα παιδιά που είχαν εκτεθεί γενικώς σε αντιβιοτικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν κινδύνευαν να εκδηλώσουν επιληψία. Όμως, για κάθε

μια από τις 150 εγκύους που πήρε μακρολίδη αντί για πενικιλίνη, οι ερευνητές κατέγραψαν ένα επιπλέον παιδί που γεννήθηκε με εγκεφαλική παράλυση ή επιληψία. Η λέξη «επιληψία» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη και η ιδέα ότι ο επιληπτικός καταλαμβάνεται από υπερφυσικές θεϊκές ή δαιμόνιες δυνάμεις, έκανε τους ανθρώπους να πιστεύουν ότι η επιληπτική κρίση ήταν ένας κακός οιωνός. Η πρόγνωση των επιληψιών στα παιδιά είναι καλή, μιας που το 80% τελικά θα απαλλαγεί από τις κρίσεις. Παρόλα αυτά, ένα ποσοστό μικρότερο του 15% αυτών που θα πάρουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή, παρουσιάζει ανθεκτικές στη θεραπεία κρίσεις και μπορεί να ωφεληθεί από την χρήση της κετογόνου διαίτας ή τη χειρουργική παρέμβαση με τοποθέτηση πνευμονογαστρικού νευροδιεγέρτη ή ακόμα και τη χειρουργική εγκεφάλου, εάν μπορέσει να αναδειχτεί φλοιϊκή δυσπλασία.¹¹



Εικόνα 5: Παιδική επιληψία Πηγή: <https://www.lykavitos.gr/archives/441479>

4.2 ΠΥΡΕΤΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Οι πυρετικοί σπασμοί αποτελούν το πιο κοινό τύπο σπασμών της παιδικής ηλικίας, συμβαίνουν στο 2-5% του παιδικού πληθυσμού στην Ευρώπη και Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Η συχνότητα σε άλλες χώρες ποικίλει μεταξύ 5-10% στην Ινδία, 8,8% στην Ιαπωνία και 14% στην Γκάνα. Συνήθως υπάρχει θετικό

οικογενειακό ιστορικό στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον στο 25 έως 40% των περιπτώσεων. Παιδιά με θετικό οικογενειακό ιστορικό πυρετικών σπασμών σε ένα από τους δύο γονείς έχουν 4,4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης πυρετικών σπασμών από το γενικό πληθυσμό, ενώ ο κίνδυνος αυξάνει κατά 20 φορές αν και οι δύο γονείς έχουν ιστορικό πυρετικών σπασμών. Τα αδέρφια παιδιών με πυρετικούς σπασμούς έχουν 3,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης πυρετικών σπασμών από το γενικό πληθυσμό. Ακόμη και οι δεύτερου βαθμού συγγενείς (ανιψιός, ανιψιά) έχουν 2,7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης πυρετικών σπασμών από το γενικό πληθυσμό. Οι ιογενείς λοιμώξεις αποτελούν την πιο συχνή αιτία πυρετού που σχετίζεται με εμφάνιση πυρετικών σπασμών. Οι πιο κοινοί ιοί που αποτελούν αιτία πυρετού σχετιζόμενη με εμφάνιση πυρετικών σπασμών είναι ο ερπητοϊός 6, ο ερπητοϊός 7 και οι ιοί ινφλουέντζας Α και Β. Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης πυρετικών σπασμών υπάρχει την ημέρα του εμβολιασμού με το τριπλό εμβόλιο (διφθερίδας, τετάνου και κοκκύτη).¹²

Οι πυρετικοί σπασμοί είναι ένα αρκετά συνηθισμένο και σχετικά ακίνδυνο φαινόμενο. Γύρω στο 5% του παιδιατρικού πληθυσμού ενδέχεται να παρουσιάσει πυρετικούς σπασμούς. Τυπικά συμβαίνει σε παιδιά ηλικίας 6 μηνών έως 5 χρονών με μέσο όρο της ηλικίας που παρουσιάζονται γύρω στους 18 μήνες. Είναι πιο συνηθισμένο στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Συμβαίνει κατά κανόνα σε υγιή παιδιά που ανεβάζουν γρήγορα πυρετό συνήθως πάνω από 39 C. Οι πυρετικοί σπασμοί είναι σπασμοί σε παιδιά ηλικίας από 6 μηνών έως 5 χρονών που έχουν πυρετό με θερμοκρασία ορθού πάνω από 38 C χωρίς στοιχεία ενδοκρανιακής λοίμωξης ή νευρολογικής ασθένειας.¹²

ΤΥΠΟΙ

- Απλοί πυρετικοί σπασμοί:

Ένα επεισόδιο με γενικευμένους σπασμούς και στα 4 άκρα και διάρκεια μικρότερη από 15 λεπτά.

- Επιπλεγμένοι πυρετικοί σπασμοί:

Ένα επεισόδιο με γενικευμένους σπασμούς διάρκειας μεγαλύτερης από 15 λεπτά ή πολλαπλά επεισόδια με σπασμούς μέσα σε ένα εικοσιτετράωρο ή σπασμοί μόνο σε μία πλευρά του σώματος.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Οι σπασμοί παρουσιάζονται σε παιδιά που ανεβάζουν απότομα πυρετό, δεν είναι απαραίτητο να εμφανιστούν μόλις ξεκινήσει ένα πυρετικό επεισόδιο. Μπορεί να παρουσιαστούν πριν καταλάβουμε ότι το παιδί έχει πυρετό. Τυπικά το παιδί παρουσιάζει σπασμούς όπου χάνει τις αισθήσεις του, έχει τα μάτια συνήθως ανοικτά, το βλέμμα προσηλωμένο μπροστά ή πλάγια, οι μύες του σώματος γίνονται άκαμπτοι και μετά παρουσιάζονται σπασμοί και στα τέσσερα άκρα. Το δέρμα γίνεται ωχρό και μερικές φορές κυανό.¹⁰

ΑΙΤΙΑ

Οι πυρετικοί σπασμοί οφείλονται στο συνδυασμό χαμηλής ανοχής του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) για σπασμούς με έναν εξωγενή παράγοντα που είναι ο πυρετός. Οι λόγοι της χαμηλής ανοχής του ΚΝΣ για σπασμούς φαίνεται να είναι γενετικοί. Στατιστικά το 24% των παιδιών έχει οικογενειακό ιστορικό με πυρετικούς σπασμούς και το 4% έχει οικογενειακό ιστορικό με επιληψία. Ο υποθάλαμος που είναι το κέντρο του εγκεφάλου όπου ρυθμίζεται η θερμοκρασία του σώματος φαίνεται να έχει κεντρικό ρόλο όπως επίσης και κάποιες συγγενείς καναλοπάθειες όπως οι : SCN1A, SCN9A, GPR98, GABRG2.¹²

Ο πυρετός που προκαλεί πυρετικούς σπασμούς φαίνεται συχνότερα ότι οφείλεται σε κάποιες συγκεκριμένες λοιμώξεις όπως κάποιες γαστρεντερίτιδες (Shigella, Rotavirus) και κάποιες λοιμώξεις του άνω αναπνευστικού όπως HHV6 και HHV7.

Επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι πυρετικοί σπασμοί οφείλονται στο συνδυασμό χαμηλής ανοχής του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) για σπασμούς με έναν εξωγενή παράγοντα, που είναι ο πυρετός.

Οι λόγοι της χαμηλής ανοχής του ΚΝΣ για σπασμούς φαίνεται να είναι γενετικοί. Στατιστικά, το 24% των παιδιών έχει οικογενειακό ιστορικό με πυρετικούς σπασμούς και το 4% έχει οικογενειακό ιστορικό με επιληψία.¹²

Όσον αφορά την επιληψία οι κρίσεις των σπασμών διακρίνονται σε εστιακές και γενικευμένες. Στις εστιακές η ηλεκτρική εκφόρτιση προέρχεται από ένα συγκεκριμένο σημείο του εγκεφαλικού φλοιού. Στις απλές εστιακές κρίσεις δεν υπάρχει διαταραχή της συνείδησης, ενώ αντίθετα υπάρχει διαταραχή στις σύνθετες. Οι εστιακές κρίσεις με δευτερογενή γενίκευση είναι οι πλέον συχνές στα παιδιά. Εάν επιτύχουμε καλή περιγραφή της κρίσης, παρατηρούμε ότι οι περισσότερες γενικευμένες κρίσεις ξεκινούν με εστιακές εκδηλώσεις και γενικεύονται λίγο αργότερα. Οι γενικευμένες κρίσεις είναι από την αρχή τους γενικευμένες με αμφοτερόπλευρα κινητικά φαινόμενα

και με ταυτόχρονες, από τα δύο ημισφαίρια, εκφορτίσεις στο ΗΕΓ. Στις κρίσεις αυτές υπάρχει πάντοτε απώλεια αισθήσεων από την αρχή του επεισοδίου. Η κλινική προβολή των κρίσεων εστιακού τύπου εξαρτάται, σε μεγάλο βαθμό, από το σημείο προέλευσης της ηλεκτρικής εκφόρτισης.¹¹

Έτσι, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν εκδηλώσεις από το κινητικό, το αισθητικό ή το αυτόνομο σύστημα ή ακόμα και ψυχικές διαταραχές. Στις περισσότερες από τις κρίσεις εστιακού τύπου δε χρειάζεται να γίνει άμεση ιατρική θεραπευτική παρέμβαση, καθώς οι κρίσεις δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τον ασθενή. Οι κρίσεις γενικευμένου τύπου περιλαμβάνουν τις αφαιρέσεις, τις μυοκλονικές και τις ατονικές κρίσεις. Η πλέον εντυπωσιακή, φυσικά, είναι η τονική κρίση (με ταυτόχρονη σύσπαση καμπτήρων και εκτεινόντων μυών), η κλονική (με εναλλάξ σύσπαση καμπτήρων και εκτεινόντων) ή ο συνδυασμός των δύο, δηλαδή η γενικευμένη τονικοκλονική κρίση ("μεγάλη" επιληπτική κρίση σε μετάφραση του Γαλλικού *grand mal*). Οι παρατεταμένες γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις είναι δυνατόν να έχουν αρνητικές συνέπειες και είναι εκείνες για τις οποίες απαιτείται άμεση ιατρική επέμβαση.¹⁰

Η διάρκεια των επεισοδίων σπασμών συνήθως είναι μικρή. Χωρίς φαρμακευτική παρέμβαση τα μισά επεισόδια διαρκούν λιγότερο των 5 λεπτών, ενώ μόνο ποσοστό 29% διαρκεί περισσότερο από 10 λεπτά. Διάρκεια μεγαλύτερη των 30 λεπτών παρατηρείται σε ποσοστό 12%. Φαίνεται, πάντως, ότι κρίση που δεν σταματά τα πρώτα 5 με 10 λεπτά, συνήθως δεν σταματά γρήγορα μόνη της. Το 1824 ο Calmeil χρησιμοποίησε τον όρο *etat de mal* για να περιγράψει παρατεταμένες επιληπτικές κρίσεις. Με τον όρο επιληπτική κατάσταση (*status epilepticus*) ορίζεται κρίση που παρατείνεται πέραν των 30 λεπτών ή επαναλαμβανόμενες κρίσεις μικρότερης διάρκειας (με συνολική διάρκεια μεγαλύτερη των 30 λεπτών) χωρίς ανάκτηση των αισθήσεων στα μεσοδιαστήματα.¹²

Μορφές επιληπτικής κατάστασης

Υπάρχουν διάφορες μορφές επιληπτικής κατάστασης. Παρατεταμένες κρίσεις εστιακού τύπου συνήθως είναι λιγότερο επικίνδυνες. Ενδιαφέρουσα είναι η επιληπτική κατάσταση χωρίς σπασμούς (*nonconvulsive status epilepticus*). Ο ασθενής βρίσκεται για μεγάλο διάστημα (ώρες ή μέρες) σε συγχυτική κατάσταση. Με προσεκτική επισκόπηση ανιχνεύονται ήπιες μυοκλονίες ή βλεφαροκλονίες, σιελόρροια ή αστάθεια, ενώ το εγκεφαλογράφημα χαρακτηρίζεται από συνεχείς παροξυσμικές εκφορτίσεις. Φυσικά, η πλέον εντυπωσιακή είναι η επιληπτική

κατάσταση με γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς, η οποία και απαιτεί επείγουσα ιατρική παρέμβαση.¹²

Συχνότητα

Υπολογίζεται ότι υπάρχουν 50 περιπτώσεις επιληπτικής κατάστασης, ανά 100.000 κατοίκους, ανά έτος. Οι περισσότερες από τις μισές συμβαίνουν σε παιδιά μικρότερα των 3 χρόνων. Στον ελληνικό παιδικό πληθυσμό αναμένονται 1000 περίπου περιπτώσεις το χρόνο, δηλαδή 2 με 3 περιπτώσεις την ημέρα. Στο ένα τρίτο των περιπτώσεων η επιληπτική κατάσταση αποτελεί την πρώτη εκδήλωση επιληψίας ή πυρετικών σπασμών. Το ένα τρίτο αφορά σε ασθενείς με γνωστή επιληψία, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις είναι αποτέλεσμα οξείας εγκεφαλικής βλάβης. Υπολογίζεται ότι το 25% των περιπτώσεων επιληπτικής κατάστασης στα πρώτα 5 χρόνια ζωής αφορά σε παιδιά με πυρετικούς σπασμούς. Πρέπει να σημειωθεί ότι από τα παιδιά με πυρετικούς σπασμούς ποσοστό 5% θα παρουσιάσει παρατεταμένο επεισόδιο, με χαρακτηριστικές επιληπτικές κατάστασης. Τα αίτια εμφάνισης επιληπτικής κατάστασης ποικίλουν σημαντικά. Αλλαγές στις δόσεις αντιεπιληπτικών φαρμάκων ή απότομη διακοπή τους, λοιμώξεις του ΚΝΣ, δηλητηριάσεις, διάφορα φάρμακα, τραύματα του εγκεφάλου, ισχαιμικές ή αιμορραγικές εγκεφαλικές βλάβες, ηλεκτρολυτικές ή ορμονικές διαταραχές, καθώς και νευροεκφυλιστικά νοσήματα αποτελούν μερικά από τα συχνότερα αίτια του προβλήματος.¹³

Επιπτώσεις

Παρατεταμένη κρίση σπασμών δημιουργεί σημαντικές διαταραχές. Η αυξημένη έκκριση κεταχολαμινών έχει ως αποτέλεσμα ταχυκαρδία, αρρυθμίες και αρτηριακή υπέρταση. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να συμβεί καρδιακή κάμψη και πνευμονικό οίδημα. Ο σπασμός των αναπνευστικών μυών έχει ως αποτέλεσμα υποαερισμό, αναπνευστική οξέωση και υποξία. Λευκοκυττάρωση, υπερπυρεξία και ραβδομύλυση δεν είναι σπάνιες. Σημαντικές είναι, όμως και οι επιπτώσεις στον ίδιο τον εγκέφαλο. Από τους διάφορους διεγερτικούς νευροδιαβιβαστές η γλουταμίνη φαίνεται να παίζει το σημαντικότερο ρόλο.¹³

Κατά την κρίση η γλουταμίνη συνδέεται με υποδοχείς NMDA (N-methyl-D-aspartate). Η ενεργοποίηση των υποδοχέων αυτών έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της διέγερσης με μηχανισμό "ανοίγματος" διαύλων εισόδου ασβεστίου και νατρίου. Η αύξηση του ενδοκυττάρου ασβεστίου και νατρίου έχει ως αποτέλεσμα την επίταση

της εκπόλωσης και την παράταση των σπασμών. Επίσης, η αύξηση του ενδοκυττάριου ασβεστίου ενεργοποιεί λιπάσες και πρωτεάσες με αποτέλεσμα δυσλειτουργία των μιτοχονδρίων και κυτταρικό θάνατο. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι βλάβες των νευρώνων είναι περισσότερες σε περιοχές πλούσιες σε γλουταμινικούς υποδοχείς (π.χ. μεταχιακό σύστημα).¹²

Αντιμετώπιση

Η κρίση των γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών, συνήθως, προκαλεί πανικό στο περιβάλλον του παιδιού. Πολλοί γονείς νομίζουν ότι το παιδί πεθαίνει. Ο συνηθισμένος σπασμός των μασητήρων και η κυάνωση οδηγούν πολλούς γονείς σε άσκοπους ή και επικίνδυνους χειρισμούς για το βίαιο άνοιγμα του στόματος. Πολλοί γονείς χρησιμοποιούν τα δάκτυλά τους, ενώ άλλοι μεταλλικά αντικείμενα (π.χ. κουτάλι, κατσαβίδι). Οι άσκοποι αυτοί χειρισμοί έχουν συχνά ως αποτέλεσμα τραυματισμό των δακτύλων, σπάσιμο δοντιών και κακώσεις της στοματικής κοιλότητας. Πολλοί γονείς ανησυχούν ότι "γύρισε η γλώσσα του" ή ότι το παιδί "θα κόψει ή θα καταπιεί τη γλώσσα του". Κατάλληλη ενημέρωση των γονέων είναι απαραίτητη.¹⁴

Το παιδί πρέπει να τοποθετείται σε πλαγία θέση και με την κεφαλή σε έκταση για τον ευθυσμό της αναπνευστικής οδού. Πρέπει να προφυλάσσεται το κεφάλι του από τραυματισμό και να του χορηγείται οξυγόνο, όταν αυτό είναι δυνατό. Απαγορεύεται η τοποθέτηση σκληρών αντικειμένων μέσα στο στόμα, το κράτημα της γλώσσας και η προσπάθεια ακινητοποίησης του παιδιού. Φυσικά, δεν πρέπει να χορηγούνται υγρά από το στόμα ούτε να επιχειρείται δροσερό λουτρό σε παιδί με πυρετικούς σπασμούς. Δεν υπάρχει λόγος να γίνει τεχνητή αναπνοή, εκτός αν παρουσιαστεί άπνοια μετά το τέλος των σπασμών. Ασθενείς με κρίσεις που διαρκούν περισσότερο από 5 λεπτά ή που υποτροπιάζουν πρέπει να μεταφέρονται σε νοσοκομείο, κατά προτίμηση συνοδευόμενοι από ιατρό ή νοσηλεύτη.^{12,14}

Η διατήρηση καλής οξυγόνωσης του εγκεφάλου, η διακοπή της κρίσης το ταχύτερο δυνατό και η πρόληψη νέου επεισοδίου είναι ουσιαστικής σημασίας. Η αναγνώριση του εκλυτικού αιτίου (π.χ. υπογλυκαιμία, λοίμωξη κ.λπ.), η διόρθωση μεταβολικών διαταραχών και η πρόληψη συστηματικών επιπλοκών είναι επίσης σημαντικές. Φυσικά, θα ακολουθήσει αξιολόγηση και θεραπεία του αιτίου των σπασμών. Ο θεράπων ιατρός κατά τη διάρκεια του επεισοδίου πρέπει να ελέγχει το καρδιαγγειακό σύστημα και τα ζωτικά σημεία και να φροντίζει για τη διατήρηση ανοικτών αναπνευστικών οδών, την αναρρόφηση εκκριμάτων και την παροχή οξυγόνου.^{14,15}

4.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Το επιληπτικό παιδί έχει τη σφραγίδα μιας δυσάρεστης αρρώστιας. Είναι γνωστό, πως αυτό και μόνο είναι η αιτία έντονων διαταραχών στον ψυχισμό του παιδιού. Υπάρχουν βέβαια και μορφές επιληψίας, που προκαλούν (οργανικές) δυσλειτουργίες στο Κ.Ν.Σ. Σε τέτοιες βαριές μορφές, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι πολύ δυσάρεστα. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις, τα αποτελέσματα μιας τέτοιας δυσλειτουργίας, είναι λιγότερο δυσάρεστα, ή λείπουν τελείως. Τα φάρμακα, τέλος, μπορεί να επηρεάσουν το παιδί δυσάρεστα. Αυτό εξαρτάται από τη δόση και το είδος του φαρμάκου.¹⁶

Μεγάλη σημασία πρέπει να δίδεται στους ψυχικούς παράγοντες. Αυτοί, μόνοι τους, ή μαζί με τους οργανικούς παράγοντες, έχουν συχνά πολύ έντονα βλαπτικά αποτελέσματα. Όμως και οι οργανικοί παράγοντες υπάρχουν και πρέπει να είναι γνωστοί για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση τους.

Τα προβλήματα που κυρίως παρουσιάζονται, είναι η σχέση επιληψίας και απόδοσης στο σχολείο -διανοητικής ανάπτυξης, το υπερκινητικό σύνδρομο και ανάλογες διαταραχές συμπεριφοράς, όπως και πλήθος ψυχολογικών παραγόντων, που επηρεάζουν το παιδί.¹⁶

Οι γονείς, το περιβάλλον, οι δάσκαλοι, αλλά και το ίδιο το παιδί, αντιδρούν λίγο πολύ, με άγχος στη διάγνωση της επιληψίας. Αυτό παρατηρείται ανεξάρτητα με το χαρακτηρισμό και την ονομασία που θα δώσει ο γιατρός, ή και οι ίδιοι άμεσα ή έμμεσα ενδιαφερόμενοι. Το ίδιο το παιδί, όταν είναι κάπως μεγαλύτερο, ξέρει πως βρίσκεται σε ιατρική παρακολούθηση, πως πρέπει να παίρνει φάρμακα, πως «κάτι μπορεί να του συμβεί».¹⁶

Οι γονείς αντιδρούν στη διάγνωση με άγχος. Το άγχος αυτό προκαλείται και από τις ίδιες τις κρίσεις. Σε μια, βραχείας διάρκειας, κρίση Grand-mal, που τον ειδικό δεν τον φοβίζει, οι γονείς είδαν το παιδί τους για λίγο, πως «έμεινε -σαν νεκρό». Αυτός ο φόβος δεν έχει σχέση με τη μόρφωση των γονέων. Άλλου είδους κρίσεις προκαλούν διαφόρου βαθμού άγχος, ανάλογα με την εμφάνιση τους. Οι ανησυχίες που εκφράζονται από τους γονείς, για τη διανοητική κατάσταση του παιδιού, για την ψυχική του υγεία. Κι ακόμη για το πως θα αντιδράσουν τα άλλα παιδιά, οι γνωστοί, τι θα γίνει στο μέλλον, εάν το παιδί μπορέσει να κάνει οικογένεια κ.α. Τόσο ο γιατρός που θα διαγνώσει και θα ασχοληθεί με τη θεραπεία όσο και ο νοσηλευτής που θα παρέχει ποιοτική φροντίδα θα πρέπει να απαντήσουν σ' αυτές τις γεμάτες ανησυχία

ερωτήσεις των γονέων και να πουν τη γνώμη τους αν το παιδί πρέπει να παρακολουθηθεί και από παιδοψυχίατρο και ψυχολόγο. Είναι βασικό να γνωρίζουμε, πως ο γονέας δεν μπορεί να καταλάβει εύκολα, τι είναι αυτή η νόσος. Στην περίπτωση που αυτός είναι μορφωμένος και διαβάζει εκλαϊκευμένα άρθρα ή βιβλία, μπορεί να κατανοήσει αρκετά πράγματα. Το πως θα αντιδράσει, εξαρτάται περισσότερο από την προσωπικότητα του.¹⁷

Η προσκόλληση των γονέων στο παιδί και η υπερπροστασία, είναι από τις συχνές αντιδράσεις τους. Δεν είναι σπάνιο να κοιμούνται τα παιδιά αυτά με τους γονείς τους και μέχρι αρκετά μεγαλύτερες ηλικίες. Συχνά οι γονείς δεν αφήνουν τα παιδιά αυτά να παίξουν, ή να πηγαίνουν στην εξοχή, ή ακόμη και να κάνουν γυμναστική κ.λ.π. Τα παιδιά με βαριές επιληψίες είναι λίγα. Για τα άλλα πρέπει να συμβουλευονται οι γονείς, να τα αφήνουν να ζούνε όπως όλα τα φυσιολογικά παιδιά. Προσοχή, χρειάζεται στο μπάνιο, στο ποδήλατο και άλλες επικίνδυνες περιπτώσεις. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η προσοχή των γονέων χρειάζεται, αλλά πρέπει να μη γίνεται τούτο αντιληπτό από τα παιδιά. Χρειάζεται ακόμα να εξηγηθεί στους γονείς, πως μια κρίση μικρής διάρκειας, πρέπει να ξεχνιέται γρήγορα. Θα ξέρουν πως μόνο οι παρατεταμένες κρίσεις είναι επικίνδυνες.¹⁷

Ο δάσκαλος που θα αντιμετωπίσει την εικόνα του παιδιού που θα πάθει μια κρίση στο σχολείο, μπορεί να μην αντιδράσει σωστά. Η κατανόηση για το παιδί και την αρρώστια του, θα γίνει όταν αυτός, πληροφορηθεί κατάλληλα για τη φύση της αρρώστιας. Τότε, ο δάσκαλος μπορεί με τη σειρά του, να εξηγήσει στα παιδιά της τάξεως το γεγονός και όπως έχει διαπιστωθεί, αυτά δείχνουν κατανόηση και το παιδί δεν επιβαρύνεται. Δεν πρέπει να δημιουργηθεί η εντύπωση πως το παιδί έχει κάποια αναπηρία, ή πως δεν πρέπει να προσπαθεί να αποδίδει όπως και τα άλλα παιδιά. Δεν πρέπει να ξεχνιέται, πως τα παιδιά με επιληπτικές κρίσεις έχουν πράγματι συχνά προβλήματα μαθήσεως τα οποία όμως, συνήθως δεν είναι σοβαρά. Τα προβλήματα αυτά, εκτός από τους ψυχολογικούς παράγοντες, οφείλονται στη νόσο και στα φάρμακα. Τούτο είναι γνωστό από πολλά χρόνια. Τα τελευταία όμως χρόνια φάνηκε πως τα προβλήματα αυτά δεν είναι συνήθως σοβαρά. Αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη ιατρική θεραπεία και βοήθεια στο σχολείο. Βέβαια υπάρχουν και οι λιγότερες περιπτώσεις των παιδιών που δεν θεραπεύονται και που καταλήγουν σε ιδρύματα.¹⁷

Το παιδί επηρεάζεται συχνά από τους γονείς και το σχολείο. Τονίζεται και πάλι, η καλή πρόγνωση των περισσότερων περιπτώσεων επιληπτικών κρίσεων. Αυτό ισχύει, έστω και αν οι επιληπτικές εκφορτίσεις και τα φάρμακα επηρεάζουν συχνά σε κάποιο βαθμό τον ψυχισμό και τη σχολική απόδοση το παιδιού. Αυτό σημαίνει πως

αρκετά παιδιά, χρειάζονται μια κάποια βοήθεια. Δεν σημαίνει πως πρόγνωση γίνεται κακή. Έστω όμως, σαν παράδειγμα, ένα παιδί της σχολικής ηλικίας που παθαίνει μια κρίση Grand-mal και καμιά άλλη πλέον στη ζωή του. Είναι πολύ πιθανό, ότι η κρίση αυτή θα του αλλάξει τη ζωή, με το άγχος του περιβάλλοντος, τα διάφορα ερωτήματα που θα δημιουργηθούν, την αβεβαιότητα για το μέλλον κλπ, Ελπίζεται πως δεν θα αργήσει να αλλάξει η άσχημη προκατάληψη για την «ιερά νόσο». Από την άλλη πλευρά, χρειάζεται σωστή ψυχολογική και ιατρική συμπαράσταση στα παιδιά με επιληπτικές κρίσεις. Στην Ελλάδα υπάρχουν πολλά χιλιάδες τέτοια παιδιά. Δεν υπάρχει ένα ειδικό κέντρο για τέτοια παιδιά που βέβαια χρειάζεται. Μια τέτοια κεντρική οργάνωση ίσως φανεί αναγκαία στο μέλλον. Μπορεί όμως να οργανωθεί κατά τόπους καλύτερη αντιμετώπιση. Δεν πρέπει να δίδονται μόνο φάρμακα σε ένα οργανισμό... Πρέπει, να παρακολουθείται και η προσωπικότητα.¹⁶

Οι νεογνικοί βρεφικοί σπασμοί, επηρεάζουν συνήθως οργανικά τα παιδιά σε έντονο βαθμό. Το παιδί παρουσιάζει ψυχοκινητική καθυστέρηση. Θα κάνει εντύπωση η λεπτομερής περιγραφή από τους γονείς για τις κρίσεις. Αυτό σημαίνει πως βρίσκονται σε άγχος και συνέχεια παρακολουθούν το παιδί. Φυσιολογικές σχέσεις με το παιδί (και ίσως και μεταξύ των γονέων) δεν υπάρχουν πια.

Σε μεγαλύτερες ηλικίες, οι κρίσεις που παρατηρούνται δεν είναι συνήθως σοβαρός μορφής. Στις σοβαρές μορφές επιληψίας όμως, που αρχίζουν αργότερα, οι αντιδράσεις των γονέων είναι συνήθως πιο δυσάρεστες. Το παιδί, που μέχρι τότε ήταν καλά, αρρωστά με επιληψία... Στις σοβαρές επιληψίες, οι αντιδράσεις των γονέων μοιάζουν με αυτές που παρατηρούνται στο σύνδρομο West. Στις άλλες μορφές κρίσεων, η κατάσταση δεν είναι τόσο σοβαρή. Η συμπαράσταση του γιατρού και του ψυχολόγου, για την ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού, είναι αναγκαία. Θα ρυθμιστεί η θεραπεία, έτσι ώστε το παιδί να μην γίνει υπερκινητικό και να μην παρουσιάζει βραδυψυχισμό. Πρέπει ν' αντιμετωπίζεται ακόμη, τυχόν υπερκινητικό σύνδρομο, ή έντονες διαταραχές συμπεριφοράς, φαρμακευτικά εφόσον είναι αναγκαίο». Δεν πρέπει να παραγνωρίζονται και προβλήματα μαθήσεως που πρέπει να αντιμετωπιστούν με σχετική βοήθεια. Τότε είναι η περίοδος που επέρχεται, το μεγαλύτερο βάρος από το κοινωνικό περιβάλλον. Τα παιδιά που έochυν κρίσεις είναι αγχώδη, απομονωμένα, κατέχονται από αβεβαιότητα, είναι συχνά ευερέθιστα, καμιά φορά επιθετικά, μπορεί δε ακόμη, να παρουσιάσουν ενούρηση και άλλες μη οργανικές διαταραχές. Πρέπει να καταβάλλονται προσπάθειες ώστε να πάνε όσο το δυνατό λιγότερα παιδιά, με δύσκολες επιληψίες σε ειδικά σχολεία.¹⁷



Εικόνα 6: Παιδική Επιληψία Πηγή: <http://doctors.gr/blog/epilipsia-stin-paidiki-kai-efiviki/>

Όσο ένα παιδί με κρίσεις μεγαλώνει και φτάνει στην ήβη, τόσο περισσότερο προσοχή χρειάζεται. Αρχίζουν διαταραχές στη συμπεριφορά λόγω της ήβης και επί πλέον υπάρχει το πρόβλημα της νόσου. Συχνά χρειάζεται μια ειδική συμπαράσταση στην περίοδο της ήβης, που συνήθως δεν είναι δύσκολο να παρασχεθεί. Στις περιπτώσεις των κροταφικών κρίσεων, τα άτομα επηρεάζονται καμιά φορά αρκετά δυσάρεστα, κατά την περίοδο της ήβης. Είτε οι κρίσεις αυτές προϋπήρχαν, είτε αρχίζουν κατά την ήβη, επιδρούν στην προσωπικότητα, λόγω της προκαλούμενης δυσλειτουργίας του ρινεγκεφάλου. Δεν αποκλείεται όμως να παίζουν ρόλο και ψυχολογικά, κυρίως, προβλήματα και η δυσλειτουργία του ρινεγκεφάλου να μην είναι τόσο ουσιώδης. Ενδείξεις για τη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων, παρέχει μια μελέτη ατόμων στην περίοδο της ήβης, που είχαν στο ιστορικό τους κρίσεις Grand-mal. Μια ομάδα από αυτά, είχε πολλές κρίσεις, ή και νευρολογικά ευρήματα. Η άλλη ομάδα, είχε ελάχιστες κρίσεις, μη εμφανείς. Τα άτομα δηλ. της δεύτερης ομάδας, στην πράξη, είχαν γίνει καλά, έστω και αν χρειαζόταν ακόμη φαρμακευτική αγωγή. Και στις δύο ομάδες η σχολική απόδοση ήταν γενικά καλή. Στη δεύτερη ομάδα, τα ψυχολογικά προβλήματα, ήταν πολύ πιο έντονα. Τα άτομα που είχαν φτάσει μέχρι την ήβη με ένα πρόβλημα γνωστό σ' αυτά και στο περιβάλλον τους, το αντιμετώπιζαν πιο ρεαλιστικά και θαρραλέα. Η καλή απόδοση τους στο σχολείο τους είχαν ανοίξει δρόμο για την παραπέρα ζωή.¹⁸

4.4 ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΜΑΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και εξέλιξη του παιδιού με επιληψία προτείνεται να τηρούνται οι ακόλουθες οδηγίες:

- Το παιδί πρέπει να βοηθείται στην κατανόηση της ασθένειάς του, να δέχεται τις απαραίτητες κατά περίπτωση θεραπείες και να του επισημαίνεται ότι τυχόν επιπλοκές οι οποίες εμφανίζονται στην πορεία της ασθένειας δεν σημαίνουν απαραίτητα επιδείνωση.
- Επιπλέον χρειάζεται να ενθαρρύνεται να αντιμετωπίζει το μέλλον με αισιοδοξία και να ενισχύεται η προσωπική συμμετοχή του σε θέματα διαχείρισης της ασθένειας με σκοπό την προώθηση της αυτονομίας του.
- Η οικογένεια πρέπει να στηρίζεται από τον οικογενειακό ιατρό, και όταν χρειάζεται από ειδικό, για να αποδεχθεί την ασθένεια του παιδιού.¹⁸
- Οι γονείς πρέπει να συμπεριφέρονται στο παιδί με τρόπο ανάλογο με εκείνον με τον οποίο συμπεριφέρονται στα υγιή αδέρφια του. Επίσης, οι γονείς χρειάζεται να ενθαρρύνονται να συνεργάζονται με κοινωνικές υπηρεσίες και με υπηρεσίες ψυχικής υγείας για την επίλυση τυχόν προβλημάτων τα οποία αντιμετωπίζουν. Το παιδί πρέπει να υποστηρίζεται στην ένταξη στο σχολείο.
- Οι εκπαιδευτικοί χρειάζεται να ενημερώνονται σχετικά με την χρόνια ασθένεια και να αποφεύγουν να παρέχουν ειδικά προνόμια στο παιδί ή να του επιβάλλουν περιορισμούς (εκτός των ιατρικά ενδεδειγμένων) έτσι ώστε να προωθείται η αυτονομία του.¹⁸
- Το παιδί πρέπει να διευκολύνεται στην κοινωνική του ένταξη.
- Η υπερπροστασία του χρειάζεται να αποφεύγεται διότι το οδηγεί σε εξάρτηση.
- Στον έφηβο πρέπει να διατίθεται επαγγελματικός προσανατολισμός με σκοπό την προετοιμασία για την επαγγελματική του αποκατάσταση και εάν κρίνεται αναγκαίο να του παρέχεται ειδική επαγγελματική κατάρτιση και ειδικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.^{19,20}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

5.1 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παιδαγωγική, ψυχολογική, και κοινωνική φροντίδα του επιληπτικού ασθενή αποτελεί ένα βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης. Ο απρόβλεπτος χαρακτήρας της εμφάνισης των κρίσεων, η έδρα τους σε ένα όργανο εξαιρετικά εύθραυστο και μυστηριώδες, η ανάγκη παρατεταμένης θεραπείας, πιθανή πηγή ενοχλητικών ανεπιθύμητων ενεργειών, η απουσία άμεσου και αντικειμενικού βιώματος της ασθένειας προκαλούν μία έντονη αίσθηση ευθραυστότητας και αποσταθεροποίηση. Ορισμένοι ασθενείς θεωρούν τον εαυτό τους δυσβάστακτα ανάπηρο από μία ελάχιστα ενεργό επιληψία. Αντίθετα, άλλοι ασθενείς παρουσιάζουν μία μη ελεγχόμενη επιληψία και τίθενται, από άρνηση απέναντι στην ασθένεια, σε καταστάσεις δυνητικά επικίνδυνες για τους ίδιους και για τους άλλους. Ο ασθενής βοηθούμενος από το γιατρό και το νοσηλεύτη, πρέπει διαρκώς να αναπροσαρμόζει τη θέση του απέναντι στον εαυτό του και απέναντι στους άλλους στο πλαίσιο μιας κοινωνίας κατά κανόνα ελάχιστα επιεικούς.¹⁹

Εκτός από τη συχνότητα των κρίσεων και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, η αντικειμενική και υποκειμενική απήχηση της επιληψίας στην καθημερινή ζωή αποτελεί ένα από τα πιο ισχυρά κριτήρια για την αξιολόγηση της “ποιότητας ζωής” των ασθενών. Υπάρχουν διάφορες κλίμακες αυτοεκτίμησης που με αυτές μπορούμε να αξιολογήσουμε το επίπεδο της ποιότητας ζωής των επιληπτικών ασθενών.

Οι κίνδυνοι των επιληπτικών κρίσεων διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο των κρίσεων και την ώρα του εικοσιτετράωρου που εμφανίζονται. Θεμελιώδη παράγοντα αποτελεί η αλλαγή του επιπέδου συνείδησης και ή μία πτώση κατά τη διάρκεια της κρίσης. Μία επιληψία με καθημερινές απλές εστιακές κρίσεις μπορεί έτσι να προκαλεί μικρότερη αναπηρία από μία επιληψία με εβδομαδιαίες σύνθετες εστιακές κρίσεις. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν αποδιοργάνωση της συνείδησης από την αρχή χωρίς προειδοποιητικό σύμπτωμα, μειονεκτούν έναντι των ασθενών που εμφανίζουν μια δευτεροπαθή αλλαγή του επιπέδου της συνείδησης. Ορισμένοι ασθενείς ωφελούνται πράγματι από τα αρχικά δευτερόλεπτα της κρίσης για να αποφύγουν πιθανές απειλές του άμεσου περιβάλλοντος. Για τους ασθενείς που διατρέχουν μέγιστο κίνδυνο μπορεί να είναι χρήσιμο να φέρουν μια κάρτα που να αναφέρει την

ταυτότητα του ασθενούς, τα στοιχεία του θεράποντος ιατρού και των συγγενών του, ιατρικές πληροφορίες και συμβουλές μπροστά σε μία κρίση.²⁰

5.2 ΡΟΛΟΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Πολλοί ασθενείς βρίσκουν τη διάγνωση της επιληψίας σκληρή για να συμβιβαστούν αλλά οι πληροφορίες που παρέχονται από εξειδικευμένους νοσηλευτές (Ε.Ν.), ως συμβουλές και με τη μορφή ενημερωτικών φυλλαδίων θα μπορούσε να τους βοηθήσει να κατανοήσουν τη διάγνωση και να αντιμετωπίσουν την κατάστασή τους με θετικό τρόπο.

Αυτό το είδος των πληροφοριών μπορεί να περιλαμβάνει:

- Γενικές πληροφορίες σχετικά με την επιληψία και τα αίτια της
- Παροχή συμβουλών, ενημέρωσης και εκπαίδευσης
- Πληροφορίες για τα είδη των κρίσεων και ότι συμβαίνει κατά τη διάρκεια της κρίσης
- Λεπτομέρειες για την αξιολόγηση και τα test (συμπεριλαμβανομένης της περιγραφής της κρίσης και την ιστορία, ΗΕΓ και απεικόνιση των νεύρων)
- Πότε και πού μπορούν να λάβουν βοήθεια περιλαμβανομένων των Ε.Ν. ,σύμβουλους με στοιχεία επικοινωνίας και στήριξη από ομάδες και εθελοντικές οργανώσεις
- Ενημέρωση για τις επιπτώσεις στον τρόπο ζωής κυρίως σε θέματα όπως η απασχόληση, σχολείο, οδήγηση, ασφάλεια, αθλητισμός, αναψυχή, σχέσεις, σχεδιασμός πριν από την εγκυμοσύνη και προγραμματισμό αντισύλληψης
- Πληροφόρηση για τα ναρκωτικά και το κατά πόσο επηρεάζουν στην εμφάνιση κρίσεων
- Πρόγνωση της νόσου και προοπτικές για το μέλλον.²¹

Επίσης οι νοσηλευτές συμβουλεύουν τους ασθενείς και στα παρακάτω θέματα:

Οικιακοί κίνδυνοι

Τα άτομα με σοβαρή μορφή επιληψίας έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να τραυματιστούν κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, για αυτό χρειάζονται προστασία. Η εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την αποφυγή κινδύνου είναι μια σύνθετη απόφαση που επιβαρύνεται με αβεβαιότητα. Στο σπίτι του ασθενούς, οι πιο συχνοί τραυματισμοί συμβαίνουν στο μπάνιο, στην κουζίνα ή κατά τη διάρκεια καθόδου ή ανόδου μιας σκάλας. Οι τραυματισμοί μπορούν να επιδεινωθούν από εγκαύματα εξ επαφής (πλάκες ψησίματος, καλοριφέρ, σίδερα) ή από εκτόξευση ζεστών υγρών (μεταφορά

χύτρας, ντους). Αυτοί οι οικιακοί κίνδυνοι θα προληφθούν με απλά μέσα: έπιπλα χωρίς εξέχουσες γωνίες, χαμηλή κλίση, σύστημα ασφαλείας για τη ροή ζεστού νερού προστασία των πλακών ψησίματος. Η αποφυγή μέτρων προστασίας μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες, μερικές φορές, απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Μια συστηματική προσέγγιση της διαχείρισης κινδύνου θα μπορούσε να βελτιώσει την ισορροπία μεταξύ κινδύνου και την ποιότητα ζωής.

Αθλητισμός

Η εξάσκηση μιας αθλητικής δραστηριότητας είναι ένας σημαντικός παράγοντας της κοινωνικής ολοκλήρωσης. Οι απαγορεύσεις εξαρτώνται από τον τύπο των κρίσεων και τον κίνδυνο να εμφανιστούν κατά την αθλητική δραστηριότητα. Ορισμένες δραστηριότητες απαγορεύονται επειδή η ζωή του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο από μία σοβαρή κρίση: υποβρύχιες καταδύσεις, ιστιοπλοΐα, αλπινισμός, εναέρια σπορ, μηχανικά σπορ. Η ιππασία πρέπει να επιτρέπεται μόνο στους καλά ελεγχόμενους ασθενείς. Ο αθλητισμός ή η γυμναστική δεν αντενδείκνυνται. Η οδήγηση ποδηλάτου μπορεί να επιτραπεί ακόμη και αν υπάρχει μικρός κίνδυνος ατυχήματος. Συνιστάται να φορούν κράνος. Ο πνιγμός παραμένει η κύρια αιτία θανάτου λόγω ατυχήματος των επιληπτικών, πολύ μπροστά από τα τροχαία ατυχήματα ή τα ατυχήματα στη δουλειά. Το κολύμπι σε βαθιά θάλασσα και σε πισίνα δεν επιτρέπεται λοιπόν παρά μόνο όταν οι κρίσεις ελέγχονται καλά με την προϋπόθεση ότι το άτομο συνοδεύεται ή είναι υπό επίβλεψη. Τα ντους πρέπει να προτιμούνται από τα μπάνια. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να υπάρχει κατά τις θεραπευτικές τροποποιήσεις ή κατά τη διακοπή της θεραπείας. Για τα άλλα σπορ, ο κίνδυνος ατυχήματος δε διαφέρει σημαντικά από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Ομαδικά αθλήματα συνιστώνται.²¹

Άδεια οδήγησης και οδήγηση αυτοκινήτου

Η οδήγηση αυτοκινήτου από επιληπτικά άτομα περικλείει τον κίνδυνο τροχαίων ατυχημάτων, με συνέπεια ποικίλα ιατρικά και νομικά προβλήματα. Αυτό έχει οδηγήσει τα διάφορα κράτη να θεσπίσουν νομικούς κανόνες στην προσπάθειά τους να ελέγξουν και να ελαχιστοποιήσουν τους κινδύνους, που δυστυχώς σπανίως τηρούνται. Παρόλα αυτά όμως χορηγείται άδεια οδήγησης σε επιληπτικά άτομα εφόσον έχει περάσει ένα ή δυο έτη από την τελευταία επιληπτική κρίση.²⁰

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η πρώτη νοσηλεύτρια εξειδικευμένη σε επιληψία βρέθηκε στο Doncaster το 1988, στο πλαίσιο μιας κοινότητας. Ωστόσο, ήταν σαν να μην υπήρχε μέχρι το 1993 όπου απέκτησε αναγνώριση για το μοναδικό της ρόλο. Τα στοιχεία είναι πλέον διαθέσιμα και υποστηρίζουν ότι η συνάντηση με Ε.Ν. μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρονται στους επιληπτικούς ασθενείς και στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη φροντίδα. Απόδειξη για τις αξιώσεις αυτές προέρχεται από μια τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη, η οποία είχε αναλάβει να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών που εργάζονται σε κλινικές με επιληπτικούς ασθενείς στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.^{21,22}

Η μελέτη αυτή περιλάμβανε 251 ενήλικες ασθενείς και έγινε στη περιοχή του Νότιου Τάμεση. Τα συνολικά συμπεράσματα από την έρευνα ήταν ότι οι νοσηλευτές ήταν εξυπηρετικοί και βοηθούσαν σε μεγάλο βαθμό τα επιληπτικά άτομα. Υπήρξε σημαντική βελτίωση στο επίπεδο των συμβουλών όσον αφορά την φαρμακευτική θεραπεία, την συμμόρφωση στην αγωγή και του τρόπου ζωής. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συμφωνούν με ορισμένες άλλες έρευνες στις οποίες η αποτελεσματικότητα Ε.Ν. στη παρέμβαση είχε εξετασθεί.²²

Η παρέμβαση του εξειδικευμένου νοσηλευτή στην κρίση επιληψίας έχει ως εξής:

- Μόλις ο ασθενής κάνει κρίση, το πρώτο βήμα είναι να προστατευτεί από τραυματισμούς και να παρέχεται όσο το δυνατόν είναι εφικτό προστασία της ιδιωτικής του ζωής από περαστικούς και περίεργους. Δεν θα τον συγκρατήσουμε ή να δοκιμάσουμε να αποτρέψουμε την κρίση, αλλά αποσύρονται επιβλαβή αντικείμενα από γύρω του, χρησιμοποιείται μια μέθοδο που να μην τον τρομάζει και οδηγείται μακριά από σκάλες ή άλλες δυνητικά επιβλαβείς καταστάσεις.
- Αν είναι σε όρθια ή καθιστή στάση τοποθετείται στο πάτωμα και αφήνουμε ελεύθερο χώρο (εφόσον είναι δυνατόν) γύρω του, ειδικά γύρω από το κεφάλι του. Μετακινείται κάθε αντικείμενο που μπορεί να βλάψει τον ασθενή, συμπεριλαμβανομένων των επίπλων. Αν είναι σε κρεβάτι, αφαιρούνται τα μαξιλάρια και τοποθετείται προστατευτικό κρεβατιού.
- Προστατεύεται ο αεραγωγός του ασθενή σε όλη τη διάρκεια της κρίσης. Χαλαρώνεται η ένδυση και αφαιρούνται τα γυαλιά αν φοράει. Δεν τοποθετούμε τίποτα στο στόμα του. Μπορεί να εμποδίσει τον αεραγωγό και μπορεί να καταπιεί ή να δαγκώσει το αντικείμενο. Μένουμε μαζί του σε όλη την διάρκεια τις κρίσης, και σίγουρα να μετρούμε την διάρκεια της.

- Μετά που θα έχει υποχωρήσει η κρίση, ελέγχεται αν υπάρχει τραυματισμός στον ασθενή. Αν ο ασθενής δεν αναπνέει ή δεν έχει σφυγμό μετά την κρίση, άμεσα αρχίζει καρδιοαναπνευστική ανάνηψη. Διαφορετικά, τοποθετείται ο ασθενής στο πλάι για πρόληψη εισρόφησης εκκρίσεων.
- Όταν η κρίση έχει τελειώσει, τοποθετείται ο ασθενής στο πλάι στη θέση διάσωσης, αν αναπνέει και έχει σφυγμό. Χορηγείται οξυγόνο και φαρμακευτική αγωγή αν χρειαστεί.²³
- Σημειώνεται ο χώρος και ο χρόνος που άρχισε η κρίση και το πώς εξελίχθηκε, αν υπήρχαν προειδοποιητικά σημάδια. Πόσο διήρκησε η τελευταία κρίση, ποιά ήταν η διάρκεια της κάθε φάσης της κρίσης, μήπως ο ασθενής εμφάνισε ακράτεια, αν έχει επίγνωση για το τι του συνέβη, αν έχασε την συνείδηση του οποιαδήποτε στιγμή. Ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν μια "αύρα", αλλαγή στην οσμή, γεύση, οπτική αντίληψη, ακοή ή την συναισθηματική κατάσταση λίγο πριν από την κρίση. Εκτελείται μια νευρολογική εξέταση, αναπροσανατολίζεται ο ασθενής και αφήνεται να κοιμηθεί μετά που η κρίση θα έχει λήξει. Πραγματοποιείται συνεχής παρακολούθηση σε περίπτωση που η κρίση επανεμφανιστεί.
- Όταν ο ασθενής είναι ξύπνιος και είναι σε εγρήγορση, εκτιμάται η κατάσταση του και τον καθησυχάζουμε. Θα πρέπει να υπάρχει ιδιαίτερη ευαισθησία και υποστήριξη απέναντι στον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του.
- Προετοιμάζεται ο ασθενής για διαγνωστικές εξετάσεις, όπως επιβάλλεται μετά την κρίση.²⁴
- Καταγράφονται τα γεγονότα σύμφωνα με την διάρκεια της κρίσης και το είδος, συμπεριλαμβανομένου τα μέρη του σώματος που συμμετείχαν σε αυτήν.
- Διερευνούνται οι παράγοντες που μπορεί να έχουν σχέση με την εμφάνιση της κρίσης όπως χαμένες δόσεις των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, ασθένεια, εμμηνόρροια, ή άγχος.^{23,24}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Α΄

Ασθενής ηλικίας 10 ετών νοσηλεύεται στο περιφερειακό νοσοκομείο Ρίου «παναγία η βοήθεια». Η εισαγωγή του νοσοκομείο κρίθηκε απαραίτητα λόγω πολλαπλών επιληπτικών κρίσεων.

Η πρώτη επιληπτική κρίση εμφανίστηκε σε ηλικία τριών ετών. Σε αυτή την ηλικία ο ασθενής εξετάστηκε από νευρολόγο και η ιατρική γνωμάτευση αποφάνθηκε ότι πάσχει από επιληψία. Η ιατρική οδηγία ανέφερε την ανάγκη λήψης φαρμακευτικής αγωγής και τη συχνή εξέταση του παιδιού από τους ειδικούς ιατρούς.

Όπως αναφέρθηκε το οικείο του περιβάλλον επειδή η κατάσταση της υγείας του παρουσίασε βελτίωση κρίθηκε σκόπιμο με δική τους πρωτοβουλία να διακόψουν τη φαρμακευτική αγωγή. Αποτέλεσμα του παραπάνω γεγονότος ήταν η επιληπτική κρίση διάρκειας 1,5 λεπτού που θορύβησε τους γονείς και μετέφεραν το παιδί στο τμήμα επαγόντων περιστατικών.

Κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο το παιδί εμφανίζει φόβο στη συνεργασία του με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, φόβο για την πορεία της υγείας του και έντονη κεφαλαλγία.

Τέλος, στις ημέρες της παραμονής του στο νοσοκομείο παρουσίασε μια επιληπτική κρίση διάρκειας ενός λεπτού.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Κεφαλαλγία	Εξάλειψη συμπτωμάτων κεφαλαλγίας Ανακούφιση του ασθενούς	Λήψη ζωτικών σημείων. Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος	Χορήγηση Apotel κατόπιν ιατρικής οδηγίας Ο θάλαμος του ασθενούς διατηρήθηκε ήρεμος και ελαφρός σκοτεινός κατά τις ώρες κοινής ησυχίας.	Ανακούφιση από τα συμπτώματα και εξάλειψη του πόνου

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Επιληπτική κρίση	Προστασία ασθενούς από πιθανή σωματική βλάβη	Μέτρηση επιληπτικής κρίσης . Ορθή τοποθέτηση ασθενούς	Διατηρούμε την ψυχραιμία μας και χρονομετρούμε την κρίση Απομάκρυνση αντικείμενων γύρω από τον ασθενή. Τοποθέτηση ασθενούς σε θέση ανάληψης Διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού. Τοποθέτηση του κεφαλιού του στο πλάι ώστε να μην καταπιεί ενδεχόμενα εμέσματα.	Ο ασθενής τέθηκε σε ορθή και ασφαλή θέση και επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Φόβος	Μείωση του φόβου του ασθενούς	<p>Δημιουργία θετικής υποστηρικτικής σχέσης με τον πάσχοντα και κλίματος αισιοδοξίας.</p> <p>Διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος, εξασφαλίζοντας πλήρη ψυχοσωματική ανάπαυση</p>	<p>Παρασχέθηκε ψυχολογική υποστήριξη ζωηρού ενδιαφέροντος και κατανόσεως της ανησυχίας και του φόβου που διακατέχουν τον πάσχοντα</p> <p>Ενημέρωση του ασθενούς για την ορθή αντιμετώπιση του προβλήματος μέσω της συνεργασίας του με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό</p>	<p>Εγκαθιδρύθηκε θετική στάση έναντι της ασθένειας , πίστη και αισιοδοξία για την πορεία της υγείας του</p> <p>Ο ασθενής έχει πλέον εμπιστοσύνη την θεραπευτική ομάδα</p>

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Β΄

Ασθενής ηλικίας 9 ετών νοσηλεύεται στη νευρολογική κλινική παρουσιάζοντας γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς σε καθημερινή βάση. Ο ασθενής σε ηλικία 3 ετών παρουσίασε ατροφία δεξιού άκρου. Επισκέφτηκαν νευρολόγο ο οποίος κατόπιν εξετάσεων συνέστησε μια φαρμακευτική αγωγή. Το παιδί μέχρι τότε δεν είχε παρουσιάσει καμία επιληπτική κρίση. Σε διάστημα 15 ημερών μετά τη λήψη φαρμακευτική αγωγής το παιδί παρουσιάζει την πρώτη επιληπτική κρίση το βράδυ. Έκτοτε διεγνώσθη με επιληψία και δεξιά ημιπληγία. Ο γιατρός συνέστησε συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή την οποία το παιδί ελάμβανε με αποτέλεσμα για μεγάλο χρονικό διάστημα να μην παρουσιάζει επιληπτικές κρίσεις.

Λίγες μέρες πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο το παιδί παρουσιάζει ημερησίως αρκετές κρίσεις. Τις πρώτες μέρες που εισήχθη στο νοσοκομείο παρουσιάζει αρκετές κρίσεις. Πραγματοποιείται αλλαγή της φαρμακευτικής του αγωγής με αποτέλεσμα τη μείωση των κρίσεων. Ο ασθενής παρουσιάζεται κουρασμένος και άτονος.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Δυσκολία προσαρμογής του ασθενούς στο περιβάλλον</p>	<p>Να προσαρμοστεί ο ασθενής στο περιβάλλον και να ασχοληθεί με δραστηριότητες</p>	<p>Εφαρμογή ενεργειών προκειμένου να προσαρμοστεί ο ασθενής</p>	<p>Ενθάρρυνση του παιδιού να παίζει με τα παιχνίδια στο σαλόνι</p> <p>Ενθάρρυνση του παιδιού να έρχεται σε επαφή με τα άλλα παιδιά</p> <p>Συζήτηση με το παιδί για τους λόγους που έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο και για την ασθένεια του.</p>	<p>Ο ασθενής βελτιώνεται. Συμμετέχει σε δραστηριότητες, κοινωνικοποιείται και παίζει με τα άλλα παιδιά</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Ατονία</p>	<p>Να αποκτήσει ο ασθενής τις δυνάμεις του</p>	<p>Εξασφάλιση σωστού περιβάλλοντος για την καλύτερη ανάπαυση του ασθενούς</p> <p>Έλεγχος του ασθενούς</p> <p>Διατήρηση ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος</p>	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε σωστή θέση στο κρεβάτι</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων ανά τακτά χρονικά διαστήματα</p> <p>Περιορισμός του επισκεπτηρίου</p> <p>Έλεγχος του χρόνου παραμονής των επικεπτών στο θάλαμο</p>	<p>Ο ασθενής μετά από κάποιες μέρες απέκτησε σε μεγάλο βαθμό τις δυνάμεις του.</p>

		Εφαρμογή σωστής διατροφής	Γεύματα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και συμπληρώματα διατροφής σε συνεργασία με διατροφολόγο	
--	--	------------------------------	---	--

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Ανικανότητα του ασθενούς να φροντίσει τον εαυτό του.</p>	<p>Φροντίδα του ασθενούς</p>	<p>Διατήρηση ασφαλούς χώρου</p> <p>Συζήτηση με τους γονείς για τη σωστή φροντίδα του ασθενούς</p> <p>Έλεγχος ζωτικών σημείων του ασθενούς</p>	<p>Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων</p> <p>Τοποθέτηση προστετευτικών στο κρεβάτι του ασθενούς</p> <p>Πραγματοποιήθηκαν πολύωρες συζητήσεις με τους γονείς για την ασφάλεια του ασθενούς και για τη σωστή φροντίδα του</p> <p>Ελέγχθηκαν ανά τακτά</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε η σωστή φροντίδα του ασθενούς και η συνεχής παρακολούθησή του.</p>

			χρονικά διαστήματα η αναπνοή του ασθενούς, ο σφυγμός, η αρτηριακή πίεση, η θερμοκρασία	
--	--	--	--	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο αριθμός των ατόμων που εμφανίζουν επιληψία παγκοσμίως ανέρχεται σε πάνω από 40 εκατομμύρια. Όσον αφορά την Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 100.000 άτομα πάσχουν από επιληψία. Σε γενικές γραμμές οι συγκεκριμένη ασθένεια μπορεί να προσβάλλει τον οποιοδήποτε ανεξάρτητα από την ηλικία του, το φύλο του, την καταγωγή του κλπ. Όσον αφορά την παιδική ηλικία παρατηρούνται 1000 περίπου περιπτώσεις επιληπτικής κατάστασης το χρόνο, δηλαδή 2 με 3 περιπτώσεις την ημέρα. Σε γενικές γραμμές η πρόγνωση της επιληπτικής κατάστασης στην παιδική ηλικία φαίνεται να είναι πολύ καλή καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που θα εμφανίσει επιληψία μπορεί να απαλλαγεί από τις κρίσεις.

Σχετικά με τους πυρετικούς σπασμούς παρουσιάζονται σε ηλικίες από 6 έως 5 χρονών και εμφανίζονται περισσότερο στα αγόρια. Οι αιτιολογικοί παράγοντες αφορούν τον υψηλό πυρετό ενώ το ένα τρίτο αφορά ασθενείς με γνωστή επιληψία. Αξίζει να αναφερθεί ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 5% των παιδιών που θα παρουσιάσουν πυρετικούς σπασμούς θα εμφανίσουν κάποιο επεισόδιο επιληπτικής κρίσης μετέπειτα.

Η παιδική ηλικία αποτελεί μια ευαίσθητη ομάδα η οποία θα πρέπει να προσεγγίζεται ιδιαίτερα προσεκτικά. Ειδικά για τα παιδιά που διαγιγνώσκονται με επιληψία θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή τόσο από το οικογενειακό τους περιβάλλον όσο και από το σχολείο και το εξειδικευμένο προσωπικό που βρίσκεται δίπλα του. Σε πρώτη φάση επικρατεί άγχος και φόβος και από το παιδί αλλά και από το περιβάλλον του και γι αυτό το λόγω είναι απαραίτητες ορισμένες ενέργειες προκειμένου να συνεχιστεί ομαλά η ανάπτυξη του παιδιού σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας του.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εξέλιξη της θεραπευτικής προσέγγισης του παιδιού είναι σημαντικός. Αρχικά θα πρέπει να ενημερώσει το παιδί και να το βοηθήσει να κατανοήσει την ασθένεια του και να το καθησυχάσει. Επίσης, σημαντική είναι και η ενημέρωση και η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού. Θα πρέπει να τους βοηθήσει να κατανοήσουν ότι είναι βασικό να συμπεριφέρονται φυσιολογικά στο παιδί τους ενώ παράλληλα θα πρέπει να τους στηρίζει ψυχολογικά. Βασική θεωρείται και η συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με το υπόλοιπο εξειδικευμένο προσωπικό όπως είναι το ιατρικό προσωπικό, ο ψυχολόγος κλπ για την καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση της επιληψίας στα παιδιά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Fejerman N. A typical rolandic epilepsy. *Epilepsia* 2009, 50 (Suppl. 7): 9–12
2. Μανωλίδου Ζ., Ευσταθίου, Π. Επιληψία (επιληπτική κρίση), 2012, www.iatrOpedia.gr
3. Panayiotopoulos C.P. Epidemiology Of epilepsies. In: A clinical guide to epileptic syndromes and their treatment. Second Edition, London 2007,p.14-15
4. Jacqueline A. French, Mike Glynn et al., ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy, Official Journal of the International League Against Epilepsy, 14 April 2014
5. 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
6. 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.
7. http://www.iatrikionline.gr/deltio_49/stro5.htm
8. http://www.paidoneurologos.gr/ketogonos_diaita_therapeia_se_paidia.html
9. <https://sites.google.com/site/corfuneurologist/home/selida-ypo-kataskeue/cheirurgike-therapeia-tes-epilepsias>
10. Douglas R., Pellock M., Wheless J. et al., Pediatric Epilepsy: Diagnosis and Therapy, Demos Medical, New York, 2017

11. 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.
12. http://www.paidoneurologos.gr/pyretikoi_spasmoi_sta_paidia.html
13. Callenbach P, Bouma P, Geerts AT, et al., Long term Outcome Of benign childhood epilepsy with centrottemporal spikes: Dutch Study Of Epilepsy in Childhood. Seizure 2010,19: 501–506
14. Geerts A, Arts WF, Stroink H, et al. Course and prognosis of childhood epilepsy : a 15-year follow-up Of the Dutch study Of epilepsy in childhood. Epilepsia 2010,51(7): 1189–1197
15. Deprez L, Jansen A, De Jonghe P. Genetics Of epilepsy syndromes starting in the first year of life. Neurology. 2009; 72:273-81.
16. Ασημόπουλος, Χ. (2003). Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας σωματικής ασθένειας στο παιδί και την οικογένεια.
Διαθέσιμο: <http://www.childmentalhealth.gr>.
17. Seirli M. Psychosocial profile of patients with epilepsy, Graduate Thesis 2008, University Of Piraeus, Dept. Of Statistics and Insurance Science. (In Greek)
18. <http://www.Onmed.gr/ygeia/stOry/350549/epilipsia-sta-paidia-ti-tin-prokalei-kai-pos-antimetopizetai>

19. Suleiman J., F. Brilot et al., Autoimmune epilepsy in children: Case series and proposed guidelines for identification, Official Journal of the International League Against Epilepsy, 28 March 2013
20. Bien CG, Vincent A, Barnett MH, Becker AJ, Blumcke I, Graus F, Jellinger KA, Reuss DE, Ribalta T, Schlegel J, Sutton I, Lassmann H, Bauer J. (2012) Immunopathology of autoantibody-associated encephalitides: clues for pathogenesis. *Brain* **135**:1622–1638.
21. M. Goodwin et al, The role of the clinical nurse specialist in epilepsy, *Seizure* 2004; 13: 87–94
22. John Foley et al, Improving the epilepsy service: the role of the specialist nurse, *Seizure* 2000; 9: 36–42
23. Smith, G., Janelle L., Jonathan C. MD CE: Epilepsy Update, Part 2: Nursing Care and Evidence-Based Treatment, *AJN, American Journal of Nursing*: [June 2015 - Volume 115 - Issue 6 - p 34–44](#)
24. Adam L. Hartman, Cynthia Di Laura Devore, and the SECTION ON NEUROLOGY, COUNCIL ON SCHOOL HEALTH, Rescue Medicine for Epilepsy in Education Settings, *American Academy of Pediatrics*, January 2016, VOLUME 137 / ISSUE 1