



UNIVERSITY OF TAMPERE

This document has been downloaded from
Tampub – The Institutional Repository of University of Tampere

Publisher's version

Authors: Keränen Tapani, Eriksson Kai
Name of article: Tarkka diagnoosi on epilepsian hoidon perusta
Year of publication: 2009
Name of journal: Duodecim
Volume: 125
Number of issue: 22
Pages: 2497-2498
ISSN: 0012-7183
Discipline: Medical and Health sciences / Neurology and psychiatry
Language: fi
School/Other Unit: School of Medicine

URL:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98438&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

URN: <http://urn.fi/urn:nbn:uta-3-809>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.

”Epilepsia NAS” ei kelpaa 2000-luvulla

Tarkka diagnoosi on epilepsian hoidon perusta

Epilepsia on taipumus saada toistuvasti epileptisiä kohtauksia ilman poikkeuksellisia altistavia tekijöitä. Arviolta 8–10 % väestöstä saa elämänsä aikana vähintään yhden epileptisen kohtauksen ja 4–5 % sairastuu epilepsiaan. Aktiivisen epilepsian (ainakin yksi epileptinen kohtaus viimeisten viiden vuoden aikana) esiintyvyys aikuisilla on suomalaisen tutkimuksen mukaan 6,3/1 000 (Keränen ym. 1989). Epilepsian ilmaantuvuus on suurinta varhaislapsuudessa ja ikääntyneillä (Aikuisten epilepsiat: Käypä hoito -suositus 2008).

Epilepsiadiagnoosi perustuu ensisijaisesti potilaan ja silminnäkijöiden kohtauskuvaukseen, jota täydentävät aivosähkökäyrätutkimus (EEG) ja aivojen kuvantamistutkimukset. Lääkärin tulee määrittää potilaan kohtaustyyppi ja mahdollinen epilepsiaoireyhtymätyppi sekä selvittää epilepsian etiologia (Engel 2001). Mahdollisimman täsmällinen diagnostiikka on onnistuneen hoidon edellytys. Kuitenkin aivan liian usein potilaan diagnoosiksi esitetään edelleen pelkkä ”epilepsia NAS”. Tätä ei voida enää hyväksyä.

Kohtaustyyppi määritetään kohtauskuvauksen ja EEG-löydöksen perusteella. Ensisijaisesti pitäisi pyrkiä erottamaan paikalliskuinen ja yleistynyt kohtaustyyppi. Paikalliskuissa kohtauksissa esiintyy usein esioire eli aura, motorinen oire voi alkaa paikallisesti esimerkiksi toisesta kädestä tai suupielestä, ja EEG:ssä saatetaan todeta epileptinen paikallislöydös. Kohtaukseen liittyvät voimakkaat motoriset oireet, kuten riehuminen ja huuta-

minen, viittaavat otsalohkopesäkkeeseen ja näköoireet, esimerkiksi tähtien tai värillisten pallojen näkeminen, takaraivolohkojen aktivoitumiseen (Eriksson ym. 2005). Ohimolohkoalkuisille kohtauksille ominaisia toiminnan piirteitä ovat pysähtyminen, tuijottava katse, suun alueen automaattiset liikkeet ja tajunnan häiriintyminen. Yleistyneissä kohtauksissa kliiniset oireet ja EEG viittaavat molempien aivopuoliskojen yhtäaikaiseen aktivoitumiseen (Eriksson ym. 2005). Tyypillinen pois-aolokohtaus on esimerkki yleistyneestä kohtauksesta: tajunta häiriintyy äkillisesti ilman auraa, silmät voivat kääntyä ylös tai silmäluomet räpyttelevät, kohtauksen kesto on lyhyt (sekunteja), eikä jälkioireita esiinny. Eräissä tapauksissa kohtaustyyppin täsmällinen diagnosointi edellyttää video-EEG-tutkimusta (Mervaala ym. tässä numerossa).

Epilepsiaoireyhtymä on kokonaisuus, jonka muodostavat kohtaustyyppi, kohtausten alkamisikä ja tutkimuslöydökset (esimerkiksi EEG). Tämä kokonaisuus on samaa oireyhtymää sairastavilla samanlainen etiologiasta riippumatta (Engel 2001). Oireyhtymädiagnoosin merkitys on huomattava yksittäisten potilaiden tarvitsemien lisätutkimusten, hoidon ja ennusteen arvioinnissa (Eriksson ym. 2005). Kuitenkin vain noin kolmasosalla hiljattain sairastuneista todetaan jokin tietty epilepsiaoireyhtymä, jonka ennuste tunnetaan (Aikuisten epilepsiat: Käypä hoito -suositus 2008). Myös niillä potilailla, joilla ei päästä oireyhtymädiagnosiin, epilepsiatyyppin mah-

dollisimman tarkka määrittäminen on tärkeää.

Hoidon kannalta on ensiarvoista erottaa paikallisalkuinen ja yleistynyt epilepsia tai epilepsiaoireyhtymä. Idiopaattiset yleistyneet epilepsiaoireyhtymät ilmaantuvat tavallisimmin alle 20 vuoden iässä. Idiopaattinen viittaa häiriön syntyyn ilman aivojen rakenteellista poikkeavuutta. Tyypillinen idiopaattinen epilepsiaoireyhtymä on nuoruusiän myoklonus-epilepsia (NME), jossa esiintyy myoklonisia lihasnykäyksiä, tajuttomuus-kouristuskohtauksia ja poissaolo-kohtauksia. NME:n diagnoosi on usein selkeä, mutta diagnostiikkaa vaikeuttaa ja voi viivästyttää se, että potilaat itse eivät tunnista poissaolo- ja myoklonisia kohtauksia. Lisäksi EEG:ssä saattaa ilmetä fokaalisia piirteitä. Yleisin aikuisten paikallisalkuinen epilepsia on ohimolohkoepilepsia, joka on usein symptomaattinen. Symptomaattisella epilepsialla tarkoitetaan tilaa, jonka etiologia liittyy erilaisiin aivojen rakenteellisiin muutoksiin.

Epilepsian lääkehoito määräytyy sairauden ja kohtausten tyyppin mukaan. Sopimattoman lääkevalinnan seurauksena kohtauksia ei saada loppumaan tai ne voivat jopa pahentua lääkityksen takia (Keränen ja Holopainen tässä numerossa). Lapsuusiän epilepsioissa on huomattava, että epilepsiaoireyhtymä saattaa eri ikävaiheissa muuttua. Esimerkiksi osalle infantiilispasmiä potevista lapsista kehitty-

myöhemmin Lennox–Gastaut’n oireyhtymä (Eriksson ym. 2005). Tämänkin vuoksi diagnoosi ja hoito on tarvittaessa arvioitava uudelleen.

Epilepsian syy pyritään selvittämään aina aivojen kuvantamistutkimuksilla, joista suositeltavin on magneettikuvaus, ja joskus genituttimuksella (Lehesjoki ja Gaily tässä numerossa, Vanninen ja Vanninen tässä numerossa). Magneettikuvaus voi osoittaa löydöksiä, jotka vaativat neurokirurgista hoitoa, esimerkiksi aivokasvaimen. Magneettikuvauksen perusteella voidaan saada myös viitteitä kohtausten ennusteesta: jos ohimolohkoepilepsiapotiilaalla nähdään ohimolohkon sisäosissa ns. hippokampussklerooosi, kohtaukset loppuvat lääkehoidolla vain 10–30 %:ssa tapauksissa ja epilepsian kirurginen hoito on tehokkaampaa (Eriksson ym. 2005, Putkonen ja Kälviäinen tässä numerossa).

Epilepsian hoidossa tulisi huomioida kohtausten lisäksi potilaan muut mahdolliset neurologiset oireet ja niiden vaatimat hoito- ja kuntoutustoimet. Mahdollisimman tarkka epilepsiaoireyhtymädiagnoosi auttaa hoitovalinnoissa, vaikeahoitoisuuden varhaisessa tunnistamisessa ja epilepsian kognitiivisten, sosiaalisten ja ammatillisten vaikutusten arvioinnissa sekä tarvittavien tukitoimien suunnittelussa (Eriksson ym. 2005, Nylen ym. tässä numerossa). ■



Kuva: Marja Haapio

TAPANI KERÄNEN, LKT, professori
Kuopion yliopisto, farmakologian ja toksikologian laitos
PL 1627, 70211 Kuopio



KAI ERIKSSON, LT, dosentti, ylilääkäri
TAYS:n lastenneurologian yksikkö
PL 2000, 33521 Tampere

KIRJALLISUUTTA

- Keränen T, Riekkinen PJ, Sillanpää M. Incidence and prevalence of epilepsy in adults in eastern Finland. *Epilepsia* 1989;30:413–21.
- Aikuisten epilepsiat [verkkoversio]. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim

- ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [päivitetty 28.10.2008]. www.kaypahoito.fi
- Engel J Jr, International League Against Epilepsy (ILAE). A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE Task

Force on Classification and Terminology. *Epilepsia* 2001;42:796–803.

- Eriksson K, Peltola J, Kälviäinen R. Kohtausten hoidosta epilepsian hoitoon – tunnista epilepsiaoireyhtymä. *Duodecim* 2005;121:505–12.

SIDONNAISUUDET

TAPANI KERÄNEN: Osallistunut eri lääketehaiden järjestämiin koulutustilaisuuksiin ja niiden suunnitteluun kutsuttuna luennoitsijana (GlaxoSmithKline, Oy H Lundbeck Ab, UCB Pharma, Pfizer, Orion Pharma). Toiminut lääkeyrityksen asiantuntijana (GlaxoSmithKline, Oy H Lundbeck Ab, UCB Pharma). Tehnyt eri yhtiöille lääketutkimusta korvausta vastaan (Eisai, Novartis, Janssen-Cilag, Pfizer, Johnson&Johnson PRD). Osallistunut ulkomaisiin kongresseihin eri lääketehaiden rahoituksella (Eisai, Orion Pharma, Pfizer, UCB Pharma, GlaxoSmithKline).

KAI ERIKSSON: Osallistunut eri lääketehaiden järjestämiin koulutustilaisuuksiin ja niiden suunnitteluun kutsuttuna luennoitsijana (GlaxoSmithKline, UCB Pharma, Pfizer). Toiminut lääkeyrityksen asiantuntijana (UCB Pharma). Tehnyt eri yhtiöille lääketutkimusta korvausta vastaan (Novartis, Janssen-Cilag, Pfizer, Johnson&Johnson PRD). Osallistunut ulkomaisiin kongresseihin eri lääketehaiden rahoituksella (Eisai, Pfizer, UCB Pharma, GlaxoSmithKline).