



Πρόγραμμα Σεμιναρίων
Προκαταρκτικής Κλινικής Εκπαίδευσης (ΠΚΕ)
του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ)

«Επεισόδια απώλειας συνείδησης (Λιποθυμία, συγκοπή, σπασμοί σε ενήλικες)»



Διονύσιος Σ. Πανδής
Νευρολόγος - Επιληπτολόγος

Α' Νευρολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Μια συνηθισμένη κλινική περίπτωση



- Νεαρή γυναίκα, 22 ετών, παραπέμπεται στο ΤΕΠ λόγω επεισοδίου απώλειας συνείδησης.
- Η ίδια δε διατηρεί ανάμνηση του επεισοδίου.
- Οι μάρτυρες αναφέρουν σπασμούς.
- Τίποτα αξιοσημείωτο από το ατομικό της αναμνηστικό.
- Φαίνεται καταρχήν υγιής.

Περίγραμμα

- Ορισμοί: Τι είναι η επιληπτική κρίση και τι το συγκοπικό επεισόδιο
- Επιδημιολογία: Πόσο συχνά απαντούν
- Διαφορική διάγνωση
- Κλινικές εκδηλώσεις: Χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα
- Video παρουσιάσεις (“μια εικόνα, χίλιες λέξεις”)
- Παρακλινικός έλεγχος
- Βασικές αρχές αντιμετώπισης και πρόγνωση
- Συμπεράσματα

Ορισμοί

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Ηλεκτρικό φαινόμενο:

Παροδική εμφάνιση σημείων ή/και συμπτωμάτων εξαιτίας μιας ανώμαλης, εκσεσημασμένης και υπερσύγχρονης νευρωνικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο.

ΣΥΓΚΟΠΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Αιμοδυναμικό φαινόμενο:

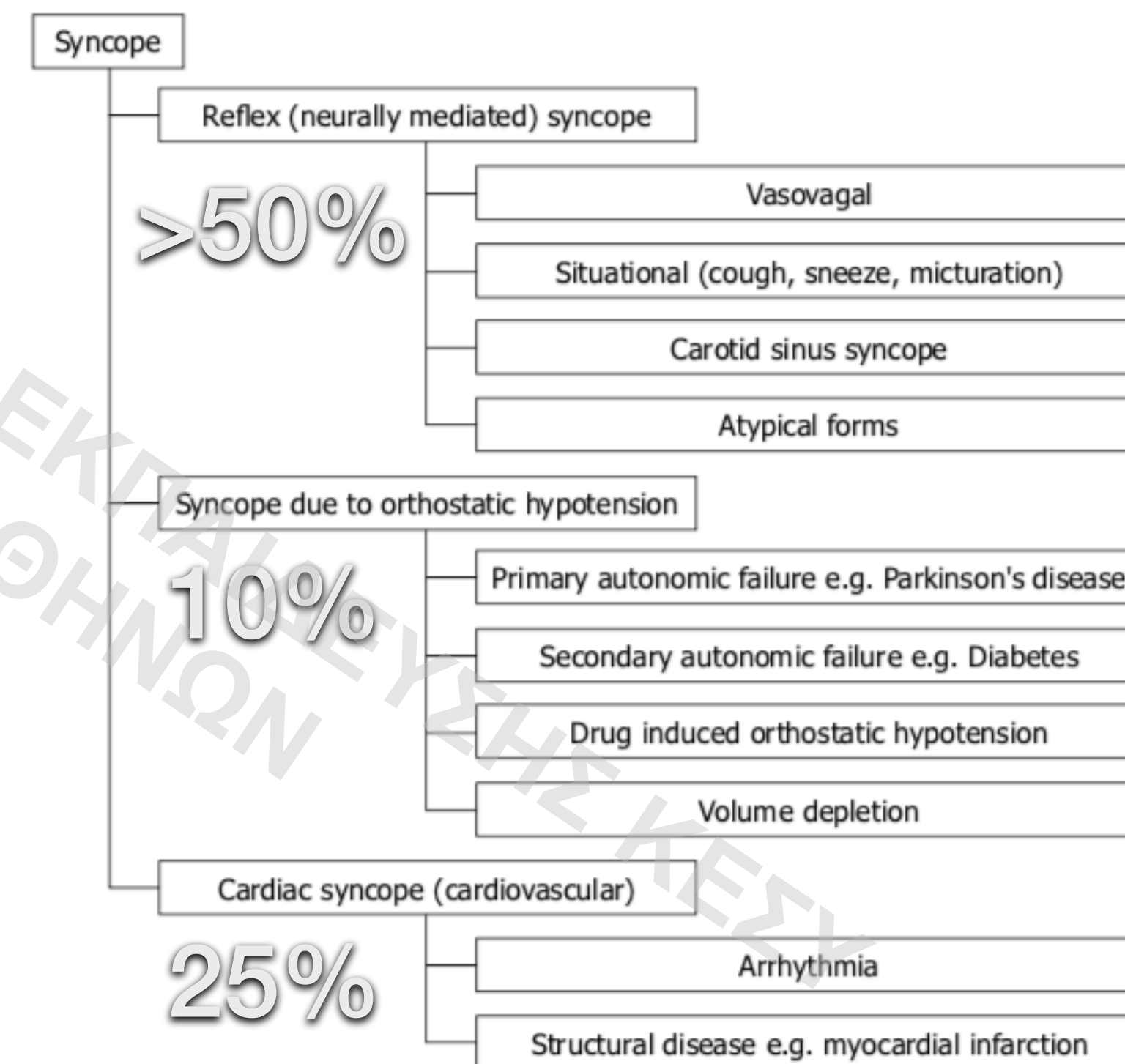
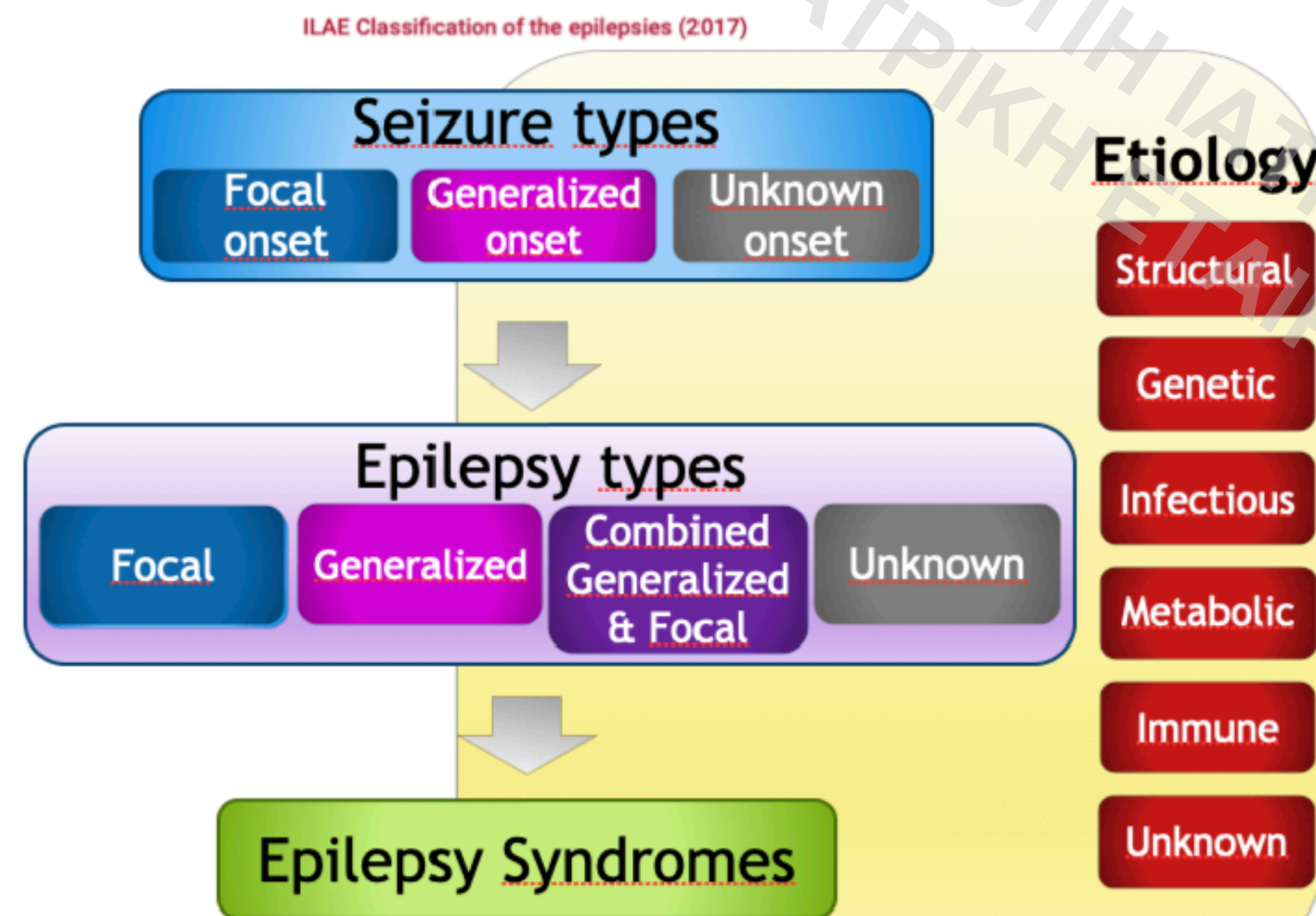
Παροδική, μερική ή πλήρη, απώλεια συνείδησης εξαιτίας μειωμένης αιματικής ροής και παροχής O₂ στον εγκέφαλο.

Αιτιολογία και ταξινόμηση

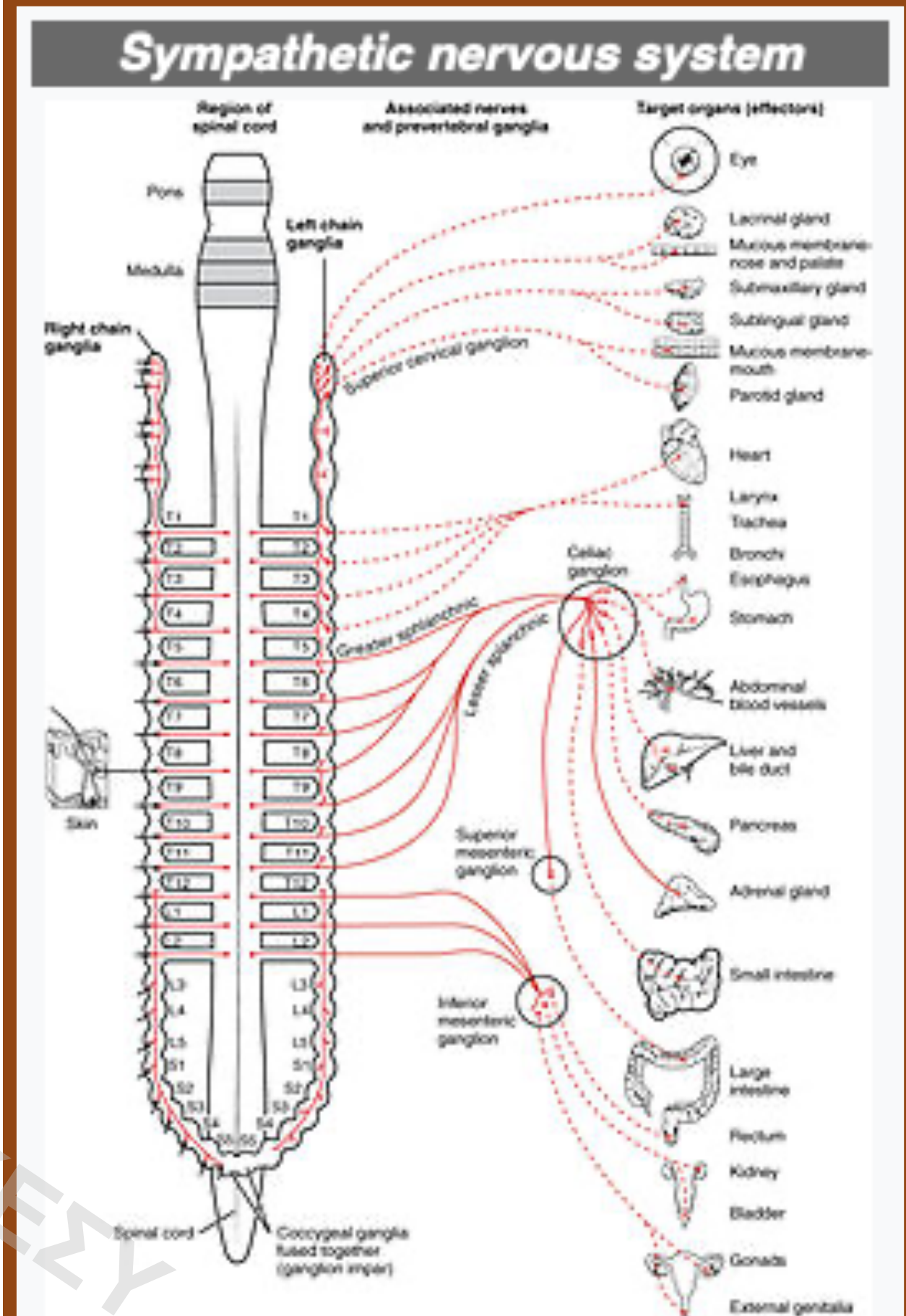
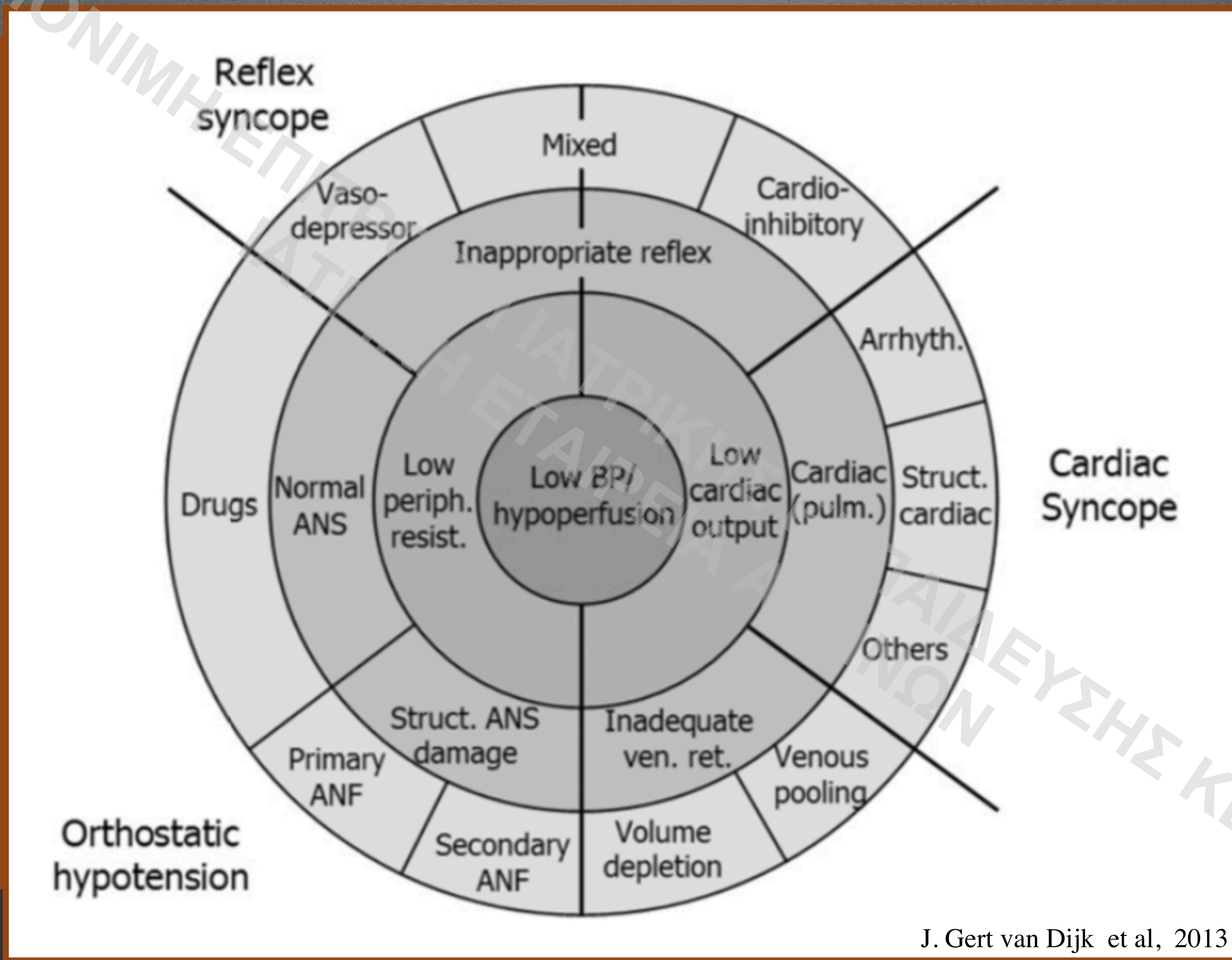
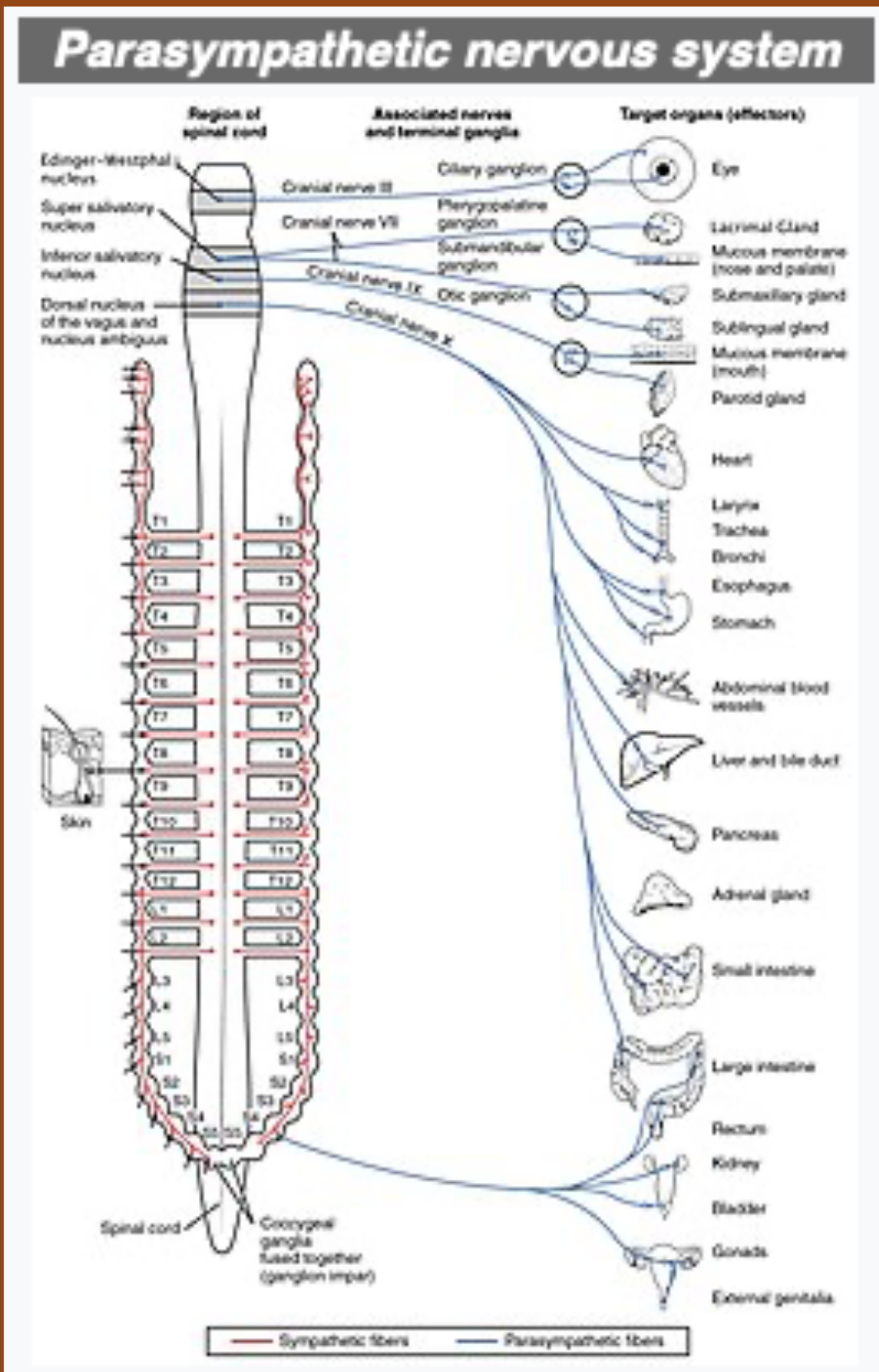
ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

ΣΥΓΚΟΠΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Co-morbidities



Παθοφυσιολογία της συγκοπής



Διάκριση συγκοπής

1

καρδιογενής

Απότομη μείωση καρδιακής παροχής

Αρρυθμίες

Δομικές βλάβες (στένωση αορτής)

Μυοκαρδιοπάθειες

Holter

2

ορθοστατική

Δυσавтоνομία

Νευρολογικές παθήσεις

Φαρμακα

Φλεβική ανεπάρκεια

Πτώση ΑΠ

(ΣΑΠ >20mmHg ΔΑΠ >10mmHg)

3

αντανακλαστική

Αγγειοδιαστολή και βραδυκαρδία

Φόβος

Πόνος

Βήχας

Ούρηση-αφόδευση

Tilt test

Επιδημιολογία

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

10% πιθανότητα εμφάνισης 1 επιληπτικής κρίσης

2-5% η δια βίου πιθανότητα επιληψίας,
1% πάσχει από επιληψία αυτή τη στιγμή

Διφασική ηλικιακή κατανομή (παιδική-3η ηλικία)

WHO., 2019

ΣΥΓΚΟΠΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

50% πιθανότητα συγκοπής

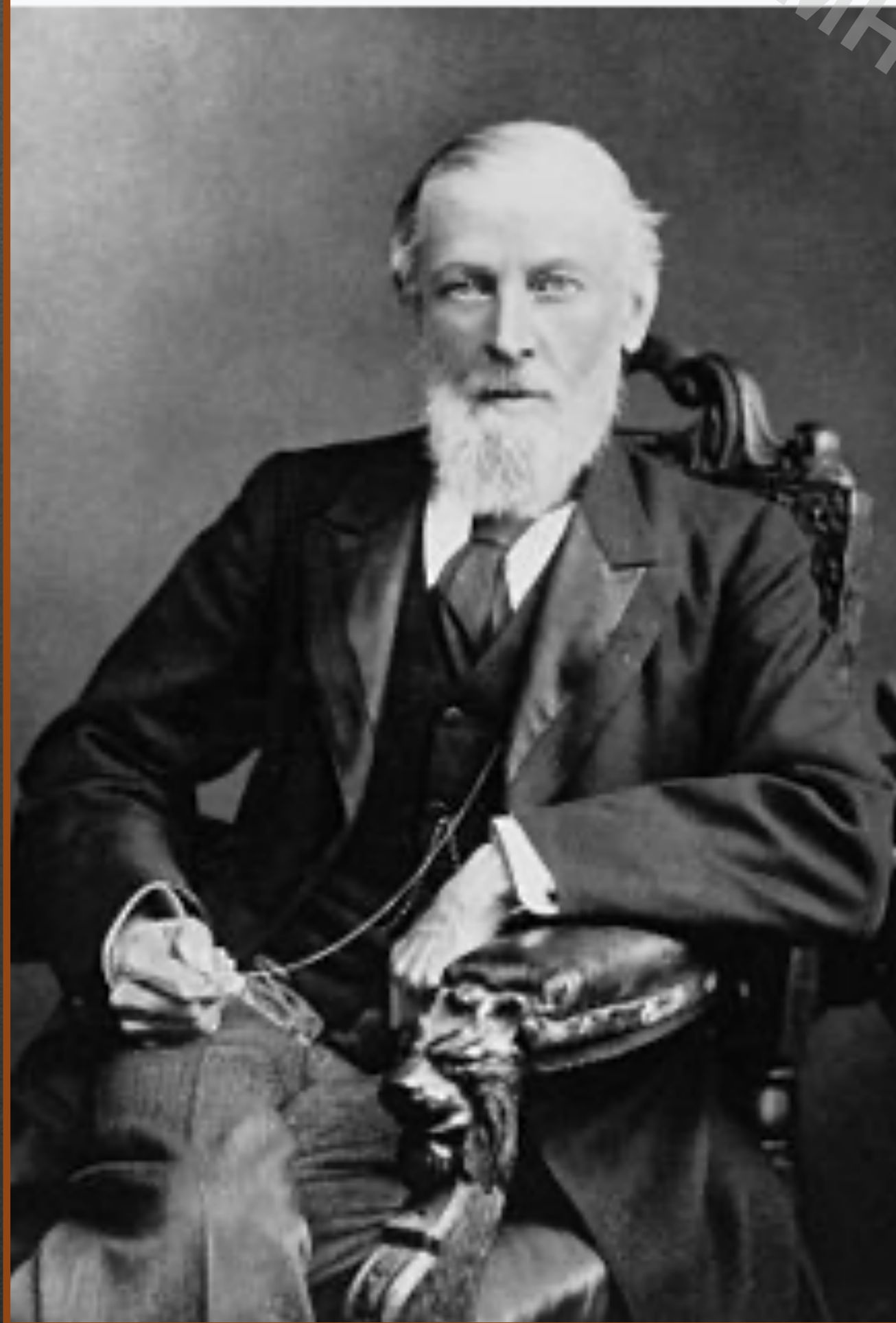
25-35% πιθανότητα υποτροπής

Διφασική ηλικιακή κατανομή(εφηβεία-3η ηλικία)

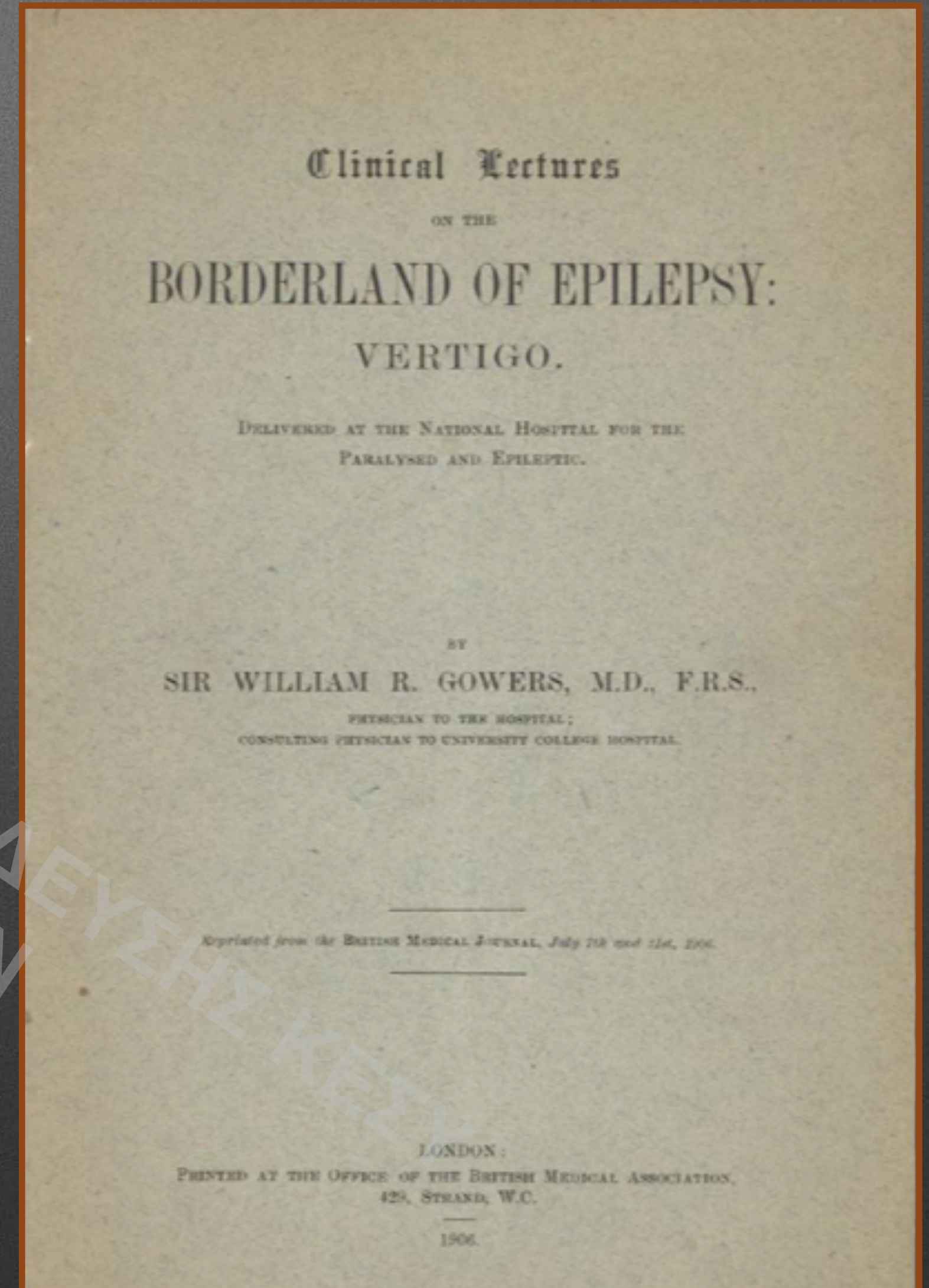
NICE., 2017

“Μιμητές” των επιληπτικών κρίσεων

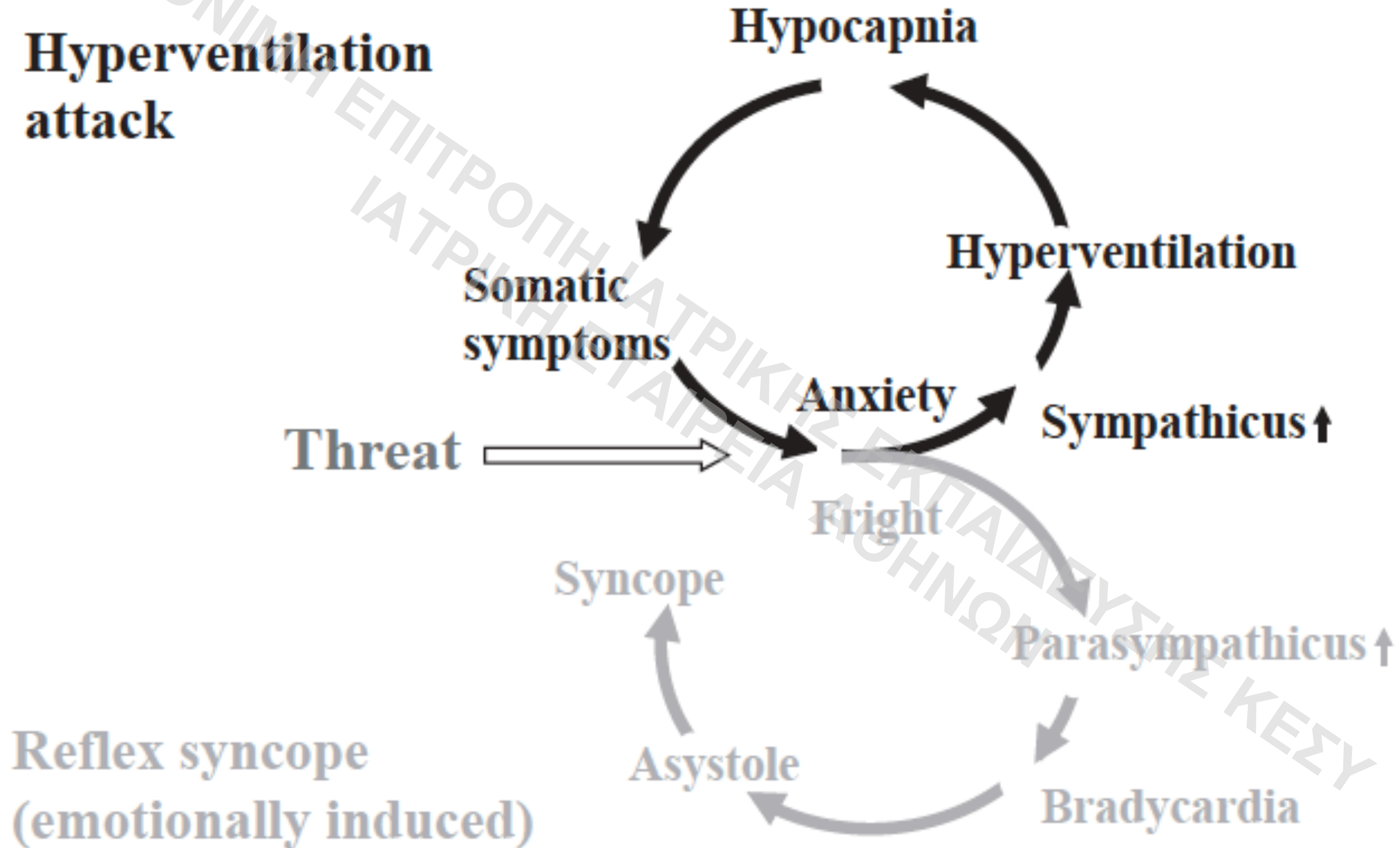
Sir William Gowers
1845-1915



Δεν υπάρχουν μόνο
Επιληψία & Συγκοπή



Αγχώδεις εκδηλώσεις και ψυχογενείς κρίσεις



Ημικρανία

Ημικρανία



Οπτική αύρα

Ινιακές κρίσεις



“Migralepsy”

Επιληψία πάνω σε ημικρανιακή κρίση
Ημικρανία μετά την επιληπτική κρίση



Αυξημένη συννοσηρότητα

3-4 φορές συχνότερα



Κοινή γενετική βάση

π.χ. Το γονίδιο της οικογενούς ημιπληγικής ημικρανίας μπορεί να προκαλεί και επιληπτικές κρίσεις.



Επιμέρους χαρακτηριστικά του ίδιου συνδρόμου

Π.χ. MELAS

Διαφορική Διάγνωση

Σημεία διάκρισης

1. Διάρκεια οπτικής αυρας
2. Χαρακτηριστικά «αυρας»
3. Κεφαλαλγία

1. Συγχυση

Επιληψία

Δευτερόλεπτα έως λίγα λεπτά

Λαμπερά, χρωματιστά, στρογγυλά σχήματα που ξεκινούν από το ένα ημισφαίριο και κινούνται

Ηπια

Συχνή

Ημικρανία

5-60 λεπτά

Τεθλασμένες γραμμές που αναβοσβήνουν, έχουν κεντρική έναρξη με περιφερική επέκταση και αφήνουν σκότωμα

Μετριας έως σοβαρής εντασης, ετερόπλευρη, σφύζουσα με συνοδο ηχω και φωτοφοβία

Απούσα

Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια



Α Ε Ε

▶ Παροδικά ΑΕΕ

Αρνητικά φαινόμενα (ημιπάρεση) μόνο μετακριτικά ή σε σπάνιες μορφές εστιακής μετωπιαίας επιληψίας

▶ Βαρεία στένωση καρωτίδων

Βραχείες επαναλαμβανόμενες κλονικές συσπάσεις (limb shaking) των άκρων, ιδίως των κατω

Παροδική σφαιρική αμνησία

Μεγάλη διάρκεια με διαταρχή μνημης και όχι συνείδησης

ΠΡΟΣΟΧΗ στην παροδική επιληπτική αμνησία

Παραυπνίες

Παραυπνίες

➤ Non REM

Συγχυτικές αφυπνίσεις
Νυχτερινός τρόμος
Υπνοβασία

➤ REM

RBD



ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΕΣΥ

Παροξυσμικές δυσκινησίες

Παροξυσμικές δυσκινησίες (δυστονία, χορεία, βαλλισμός)

Πολλαπλά σύντομα
(< 1 λεπτό)
καθημερινά επεισόδια

Κινησιογενής

Μετά από εκούσια κίνηση

Σπανιότερα
(< 1 /εβδομάδα)
μεγαλύτερης διάρκειας
(10 -60 λεπτά)

Μη Κινησιογενής

Καφεΐνη
Αλκοολ
Στέρηση ύπνου
Stress

Ποικίλης συχνότητας
και διάρκειας
(από sec έως 2 ώρες)

Προσπαθείας

Παρατεινόμενη άσκηση
Νηστεία

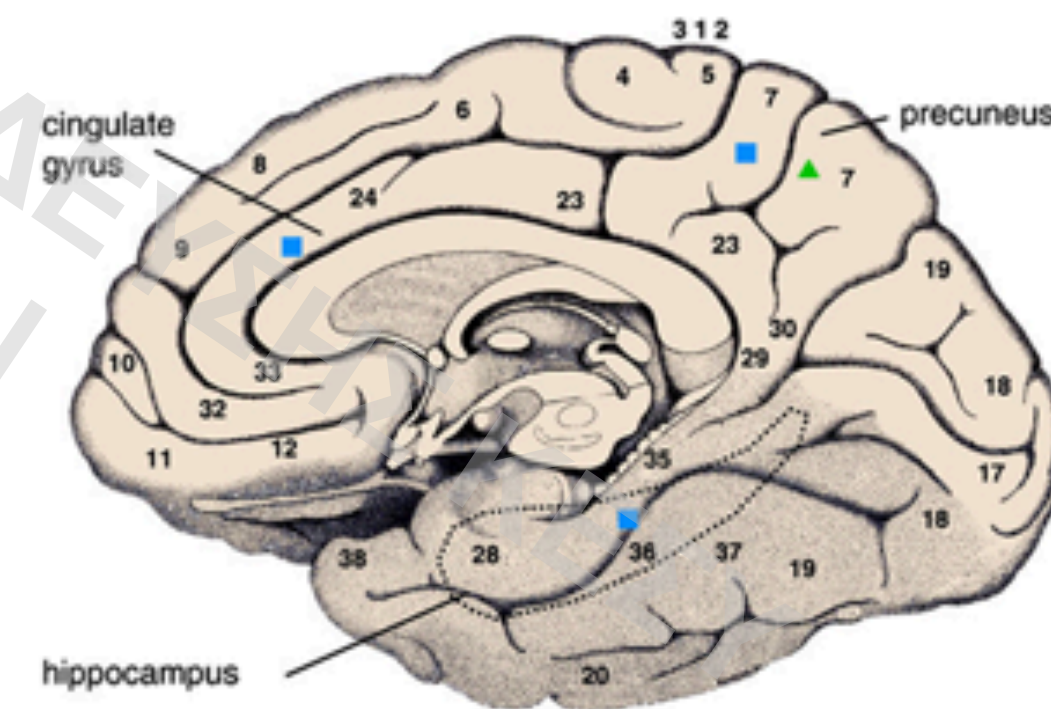
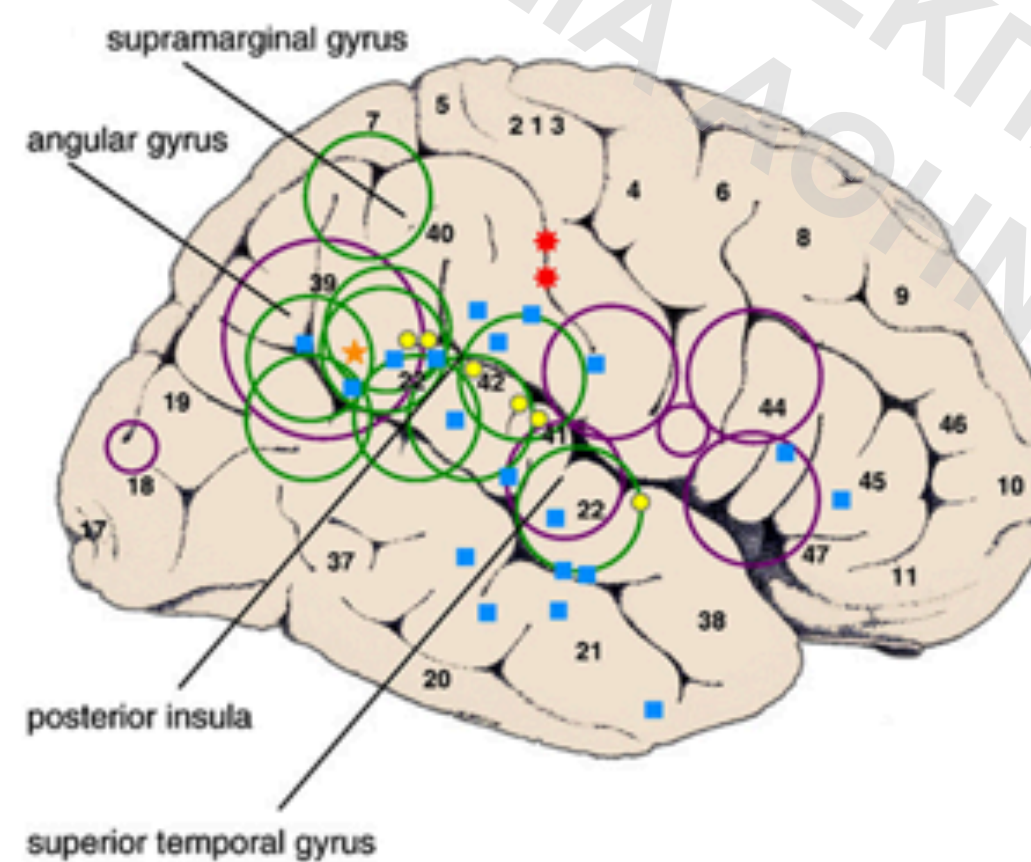
Ίλιγγος

Ίλιγγος

Επιληπτικός ίλιγγος, ζάλη ή εμβοές

Πολύ σπανιος
Διάρκει λίγα sec

Κροταφικής συνήθως ή βρεγματικής προέλευσης



- Penfield and Kristiansen, 1951
- Penfield, 1957
- Smith, 1960
- ★ Blanke, 2000
- ★ Blanke, 2002
- Kahane, 2003
- ▲ Wiest, 2004

Υπογλυκαιμία

Υπογλυκαιμία



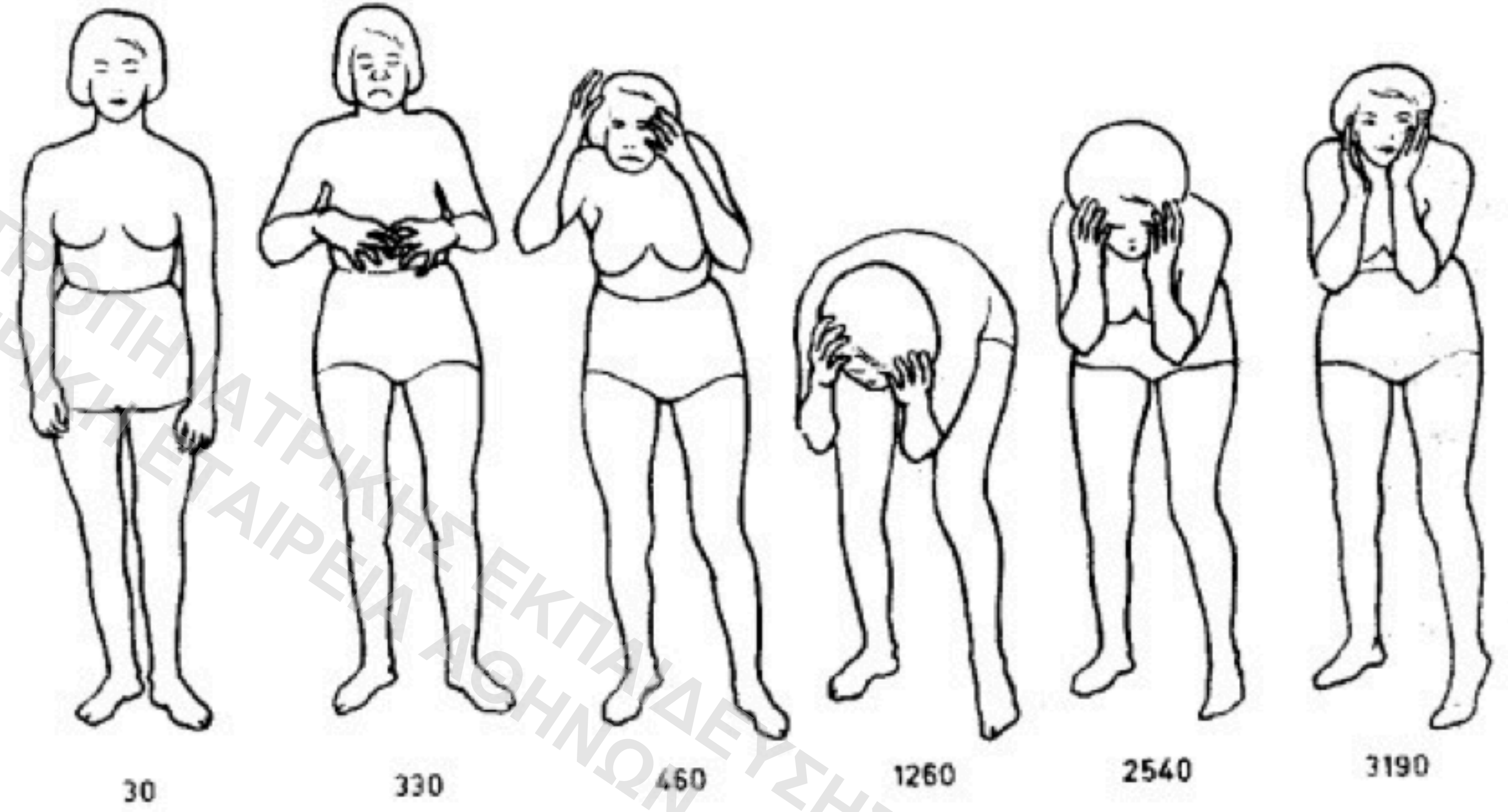
Ιστορικό ΣΔ- Ινσουλινώματα;

Εφίδρωση

Επικείμενο αίσθημα

Υπερεκπληξία

ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΦΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΛΟΗΝΩΝ ΔΕΥΣΗΣ ΚΕΣΥ



Καταπληξία

Καταπληξία

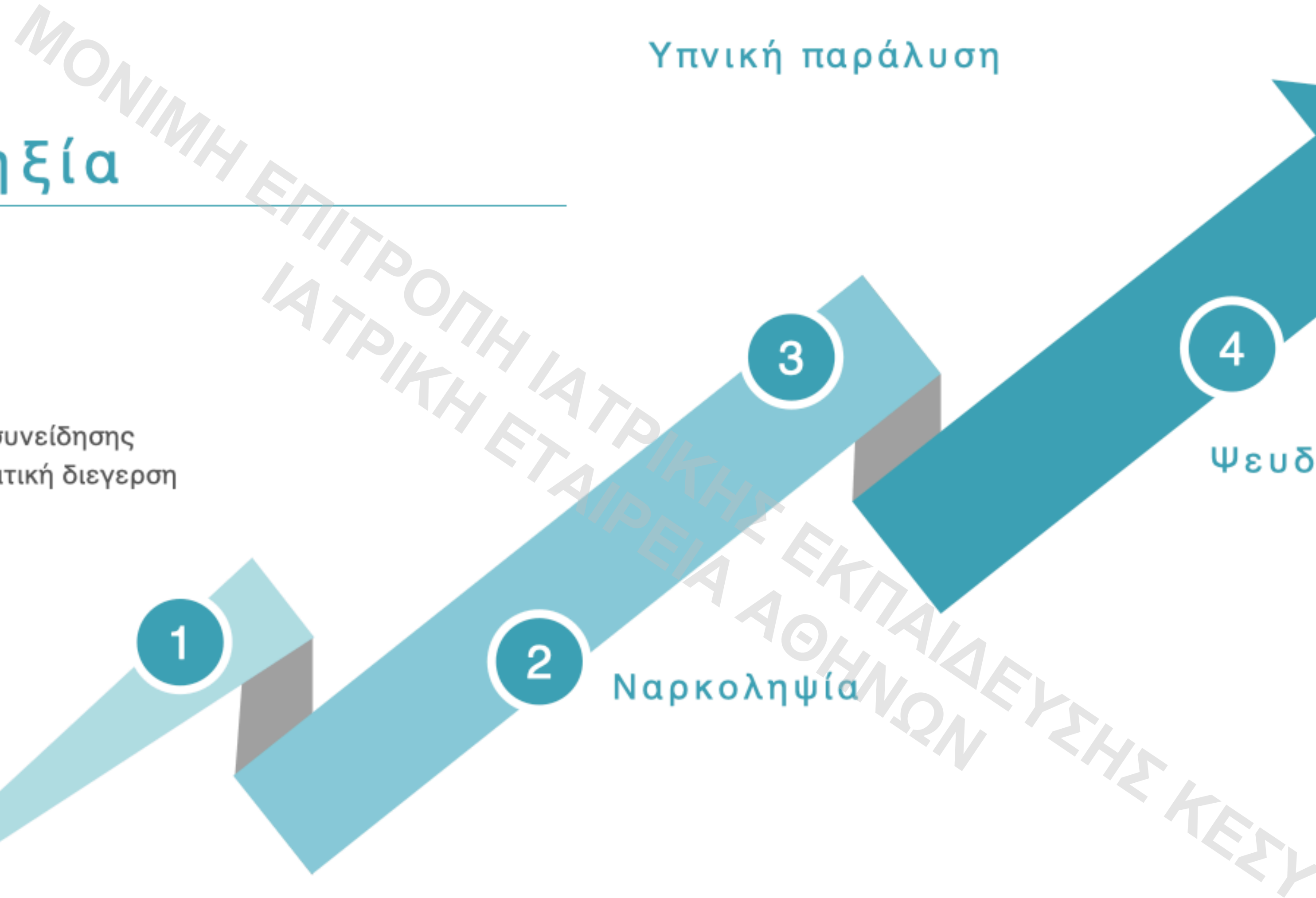
Καταπληξία

Πτώση χωρίς απώλεια συνείδησης
Προηγείται συναισθηματική διεγερση
(π.χ. βήχας)

Υπνική παράλυση

Ψευδαισθήσεις

Ναρκοληψία



Διάσειση



Διάσειση

ΚΑΘΕ ΣΠΑΣΜΟΣ **ΔΕΝ**
ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ!

Κλινική και παρακλινική προσέγγιση

Μαρτυρίες για
το επεισόδιο



Τι ένοιωσε ο ασθενής;
Τι είδαν οι μάρτυρες;
Ποια η διάρκεια;
Υπήρχαν μετακρισκά;

Εκλυτικοί
παράγοντες



Στέρξηση ύπνου
Αλκοολ
Τοξικές ουσίες

Προδιαθεσικοί
παράγοντες



Κληρονομικό
ιστορικό
Συγγοσηρότητα

Αντικειμενική
εξέταση



Σύγχυση
Εστιακά
ελλείμματα

Παρακλινικός
έλεγχος



Νευροαπεικόνιση
ΗΕΓ

Αποκλεισμός
άλλων αιτίων



?

Κλινικές εκδηλώσεις

	ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ (ΜΕ ΣΠΑΣΜΟΥΣ)	ΣΥΓΚΟΠΗ
Αύρα	Ποικίλη, συνήθως επιγαστρική	Στένωση όρασης, εφίδρωση, ναυτία, ζάλη
Έναρξη	Συνήθως απότομη	Συνήθως λιγότερο απότομη
Διάρκεια	Συνήθως 1-2 λεπτά	Συνήθως < 30 sec
Οφθαλμοί	Συνήθως ανοιχτοί	Συνήθως κλειστοί στην αρχή
Χρώμα δέρματος	Συνήθως κυάνωση	Συνήθως ωχρότητα
Δήγμα γλώσσας	Συνήθως πλαϊνό & έντονο	Σπάνια μπροστινό & ήπιο
Απώλεια ούρων	Σύνηθες	Όχι σπάνιο
Ανάνηψη	Σταδιακή	Άμεση
Πρόκληση	Όχι	Ναι
Κινητικές εκδηλώσεις	Άμεσοι παρατεταμένοι, ρυθμικοί & σύγχρονοι σπασμοί	Καθυστερημένοι, σύντομοι & ασύγχρονοι

Μια τυπική επιληπτική κρίση με σπασμούς

ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΕΣΥ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

Ένα συγκοπικό επεισόδιο με “σπασμούς”

ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΕΣΥ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ

Διάγνωση

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Κλινικές περιγραφές

Κλινική εξέταση

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)

MRI εγκεφάλου

ΣΥΓΚΟΠΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Κλινικές περιγραφές

Κλινική εξέταση

ΗΚΓ

Υπέρηχος καρδιάς

Tilt test

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Κλινικές πληροφορίες

Κλινική εξέταση (ΑΝΕ, ΑΠ, σφύξεις)

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)

ΗΚΓ

MRI εγκεφάλου

Υπέρηχος καρδιάς

Tilt test

Μάλαξη καρωτιδικού κόλπου

Άλλα: τροπονίνη, BNP, απεικόνιση καρδιάς/καρωτίδων

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Το πιο χρήσιμο αλλά προσοχή: αμνησία ασθενών, “αναξιοπιστία” μαρτύρων

Συνήθως φυσιολογική

Αυξημένη/όχι απόλυτη ειδικότητα αλλά χαμηλή ευαισθησία (50-80%)

Διαγνωστικό στο 3-5%

> 50% κ.φ. στις επιληψίες

Χαμηλή διαγνωστική αξία εκτός αν υπάρχει ιστορικό ή ΗΚΓ ανωμαλίες

Προσοχή στη χαμηλή ειδικότητα

Προσοχή σε πρόσφατα ΑΕΕ και αθηρωμάτωση καρωτίδων

Χαμηλή δισγνωστική αξία εκτός ενδείξεων



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Seizure

journal homepage: www.elsevier.com/locate/yseiz



Interobserver variability of seizure semiology between two neurologist and caregivers

Gulcin Benbir*, Derya Yavuz Demiray, Sakir Delil, Naz Yeni

Istanbul University Cerrahpasa Faculty of Medicine, Department of Neurology, Istanbul, Turkey

ARTICLE INFO

Article history:

Received 19 January 2013

Received in revised form 1 April 2013

Accepted 2 April 2013

Keywords:

Seizure semiology

Interobserver rate of agreement

Kappa analysis

Intraclass correlation coefficients

ABSTRACT

Purpose: We aimed to compare the extent of inter-observer variability in the description of seizure semiology between both neurologists and caregivers.

Method: We prospectively investigated 93 consecutive patients monitored over the past 5 years in our video-EEG unit. The videotaped seizures of the patients were reviewed independently by two neurologists who were blind to the clinical data. The questionnaires were completed by neurologists and caregivers. Interobserver rate of agreement between neurologists and caregivers was analyzed by using the kappa analysis and intraclass correlation coefficients.

Results: There was excellent agreement for questions regarding whether the patient's eyes remained open, laterality of head deviation, arm movements, and ictal period. On the other hand, interobserver rate of agreement was fair to moderate for the laterality of hand automatisms, the presence of nose-wiping, and oral clonic jerks.

Conclusion: Besides variability in interobserver agreement among clinicians, the variability or concordance between physicians and caregivers are also of great importance, especially in case of epilepsy, where the accurate description of the attacks is the major determinant of an accurate diagnosis.

© 2013 British Epilepsy Association. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.

“Δυσδιάκριτες” οι αυτοματικές κινήσεις

Questions	Analysis between doctors		Analysis between caregivers and doctors		Reliability analysis		
	κ value	p value	κ value	p value	ICC value	p value	95% CI lower-upper limit
1. Were the eyes open?	0.95	<0.001	Yes: 0.85 No: 1.00	0.001 0.002	0.89	<0.001	0.85–0.92
2. Was the head turning?	0.71	<0.001	Yes: 0.69 No: 0.69	<0.001 0.001	0.68	<0.001	0.55–0.72
3. If yes, to which side?	0.92	<0.001	Right: 1.00 Left: 0.85 Bilateral: 1.00	<0.001 <0.001 0.083	0.82	<0.001	0.69–0.89
4. Was it forced?	0.77	<0.001	Yes: 0.76 No: 0.73	<0.001 0.006	0.66	<0.001	0.46–0.79
5. Did the patient wipe his/her nose?	0.69	<0.001	Yes: 0.81 No: 0.50	<0.001 <0.001	0.65	<0.001	0.51–0.76
6. If yes, with which hand(s)?	0.88	0.010	Right: 0.42 Left: 0.38 No answer: 0.57	0.054 0.020 0.121	0.37	0.249	–1.66–0.90
7. Did the patient make manual automatic movements like playing his/her clothes, stuff around etc.?	0.92	0.006	Yes: 0.74 No: 0.50	<0.001 0.071	0.74	<0.001	0.64–0.82
8. If yes, on which side?	0.79	<0.001	Right: 0.37 Left: 0.33 Bilateral: 1.00	0.250 0.414 <0.001	0.37	0.076	–0.19–0.70
9. Did the patient have oral movements like lip smacking?	0.89	<0.001	Yes: 0.96 No: 0.53	<0.001 0.046	0.78	<0.001	0.70–0.85
10. Did the patient have rhythmic jerks around his/her mouth?	1.00	<0.001	Yes: 0.47 No: 0.84	0.070 <0.001	0.54	<0.001	0.34–0.68

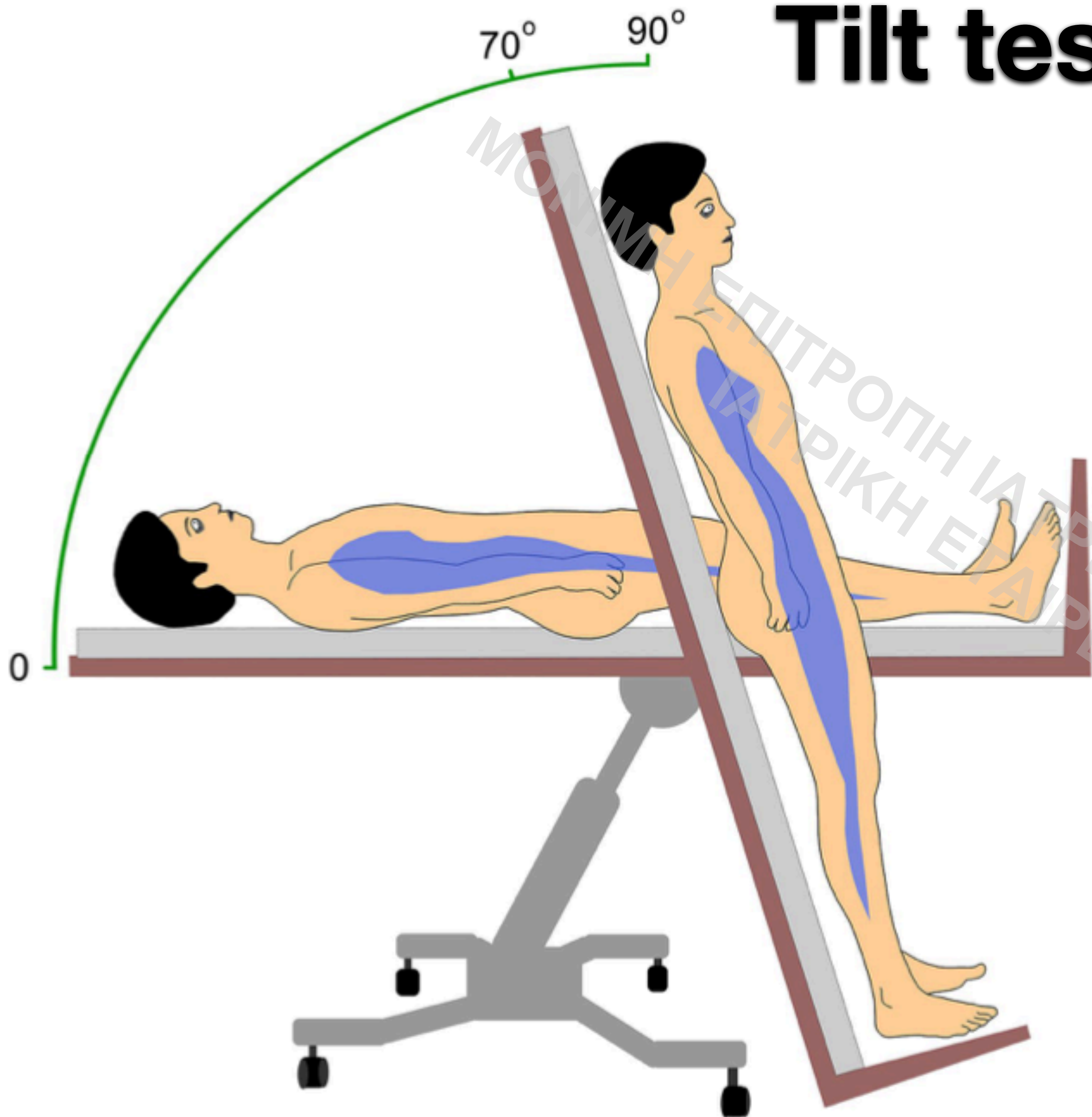
“Δυσδιάκριτες” ενίοτε και οι εντονότερες κινήσεις, ιδίως στα κάτω άκρα

11. If yes, to which side?	0.94	<0.001	Right: 0.40 Left: 1.00 Bilateral: 1.00	0.020 0.003 0.047	0.84	<0.001	0.61-0.94
12. Did the patient have stiffening in his/her arm(s)?	1.00	<0.001	Yes: 0.87 No: 0.52	<0.001 0.073	0.70	<0.001	0.57-0.79
13. If yes, on which arm(s)?	0.91	<0.001	Right: 1.00 Left: 1.00 Bilateral: 0.77	<0.001 <0.001 <0.001	0.87	<0.001	0.80-0.92
14. Did the patient have rhythmic movements in his/her arm(s)?	0.94	<0.001	Yes: 0.61 No: 1.00	<0.001 <0.001	0.69	<0.001	0.56-0.78
15. If yes, on which arm(s)?	0.85	<0.001	Right: 0.36 Left: 0.57 Bilateral: 0.92	<0.001 0.071 <0.001	0.87	<0.001	0.71-0.95
16. Did the patient have stiffening in his/her leg(s)?	0.86	<0.001	Yes: 0.57 No: 0.69	0.091 0.046	0.64	<0.001	0.50-0.75
17. If yes, on which leg(s)?	0.82	<0.001	Right: 1.00 Left: 0.92 Bilateral: 0.81	0.057 <0.001 0.001	0.69	0.001	0.42-0.85
18. Did the patient have rhythmic movements in his/her leg(s)?	1.00	<0.001	Yes: 0.25 No: 1.00	0.007 <0.001	0.73	<0.001	0.63-0.81
19. If yes, on which leg(s)?	0.83	<0.001	Right: 1.00 Left: 0.37 Bilateral: 0.63	0.046 0.155 0.011	0.70	0.002	0.30-0.89
20. Were the movements regular?	0.92	<0.001	Yes: 0.94 No: 0.83	<0.001 <0.001	0.74	<0.001	0.60-0.84
21. How long did the attack last?	0.85	<0.001	Seconds: 0.88 Less than 5 min: 0.73 Less than 10 min: 0.54 More than 10min: 0.54	<0.001 <0.001 0.083 0.001	0.84	<0.001	0.77-0.89

“Δύσκολη” ενίοτε και η εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης

Questions	Analysis between doctors		Analysis between caregivers and doctors		Reliability analysis		
	κ value	p value	κ value	p value	ICC value	p value	95% CI lower-upper limit
22. Was the patient conscious?	0.68	<0.001	Yes: 0.59 No: 0.81	<0.001 0.002	0.64	<0.001	0.49–0.75
23. Did the patient cry after the attack?	1.00	<0.001	Yes: 0.56 No: 1.00	0.011 0.002	0.63	<0.001	0.48–0.74

Tilt test



a Initial Orthostatic Hypotension

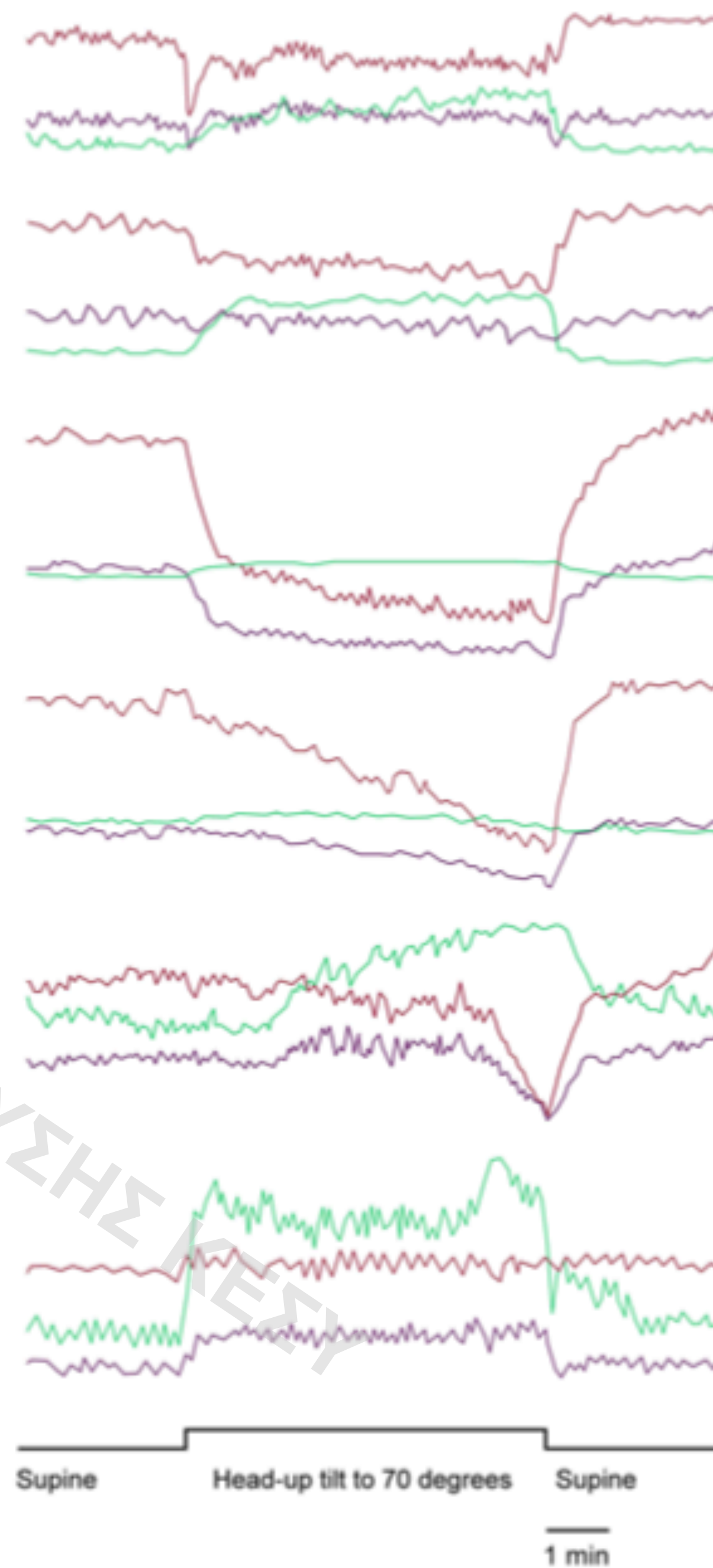
b Non-neurogenic Orthostatic Hypotension

c Neurogenic Orthostatic Hypotension

d Delayed Orthostatic Hypotension

e Neurally Mediated Syncope

f Postural Tachycardia Syndrome



Δοκιμασία ανάκλισης (Tilt table testing)

Τεχνική:

Παραμονή σε ύπτια θέση επί 15 λεπτά. Ανάκλιση σε γωνία 70 μοιρών επί 15 λεπτά. Χορήγηση 500μg nitroglycerin υπογλωσσίως.

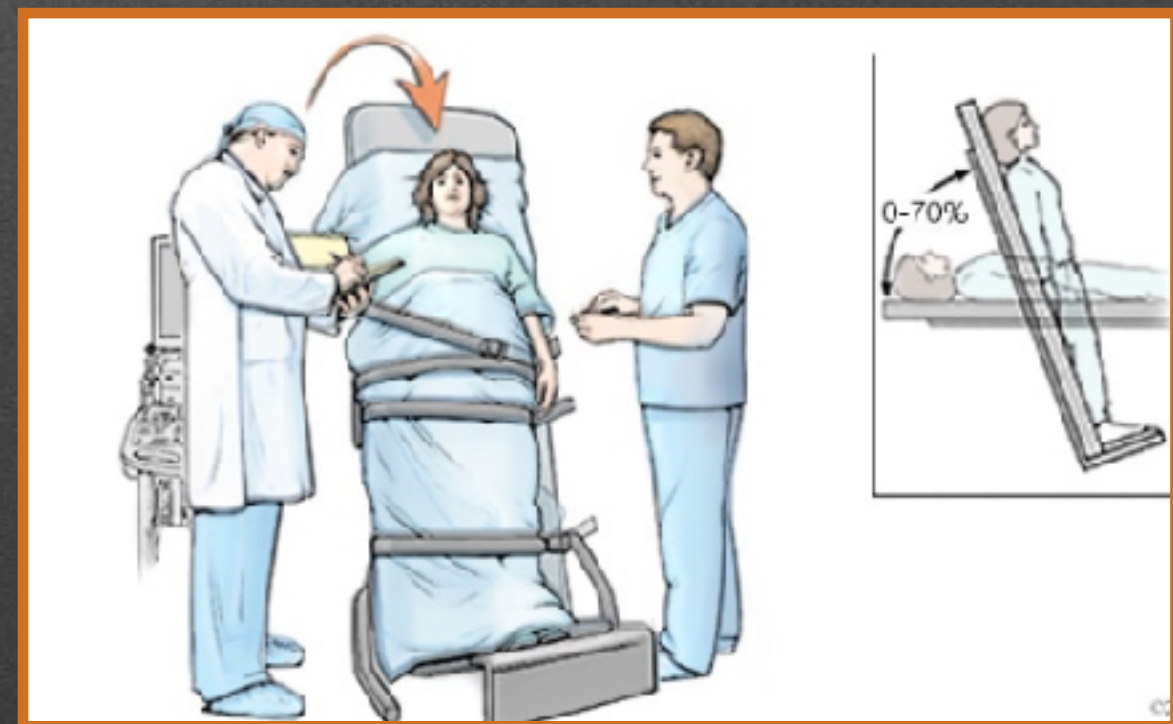
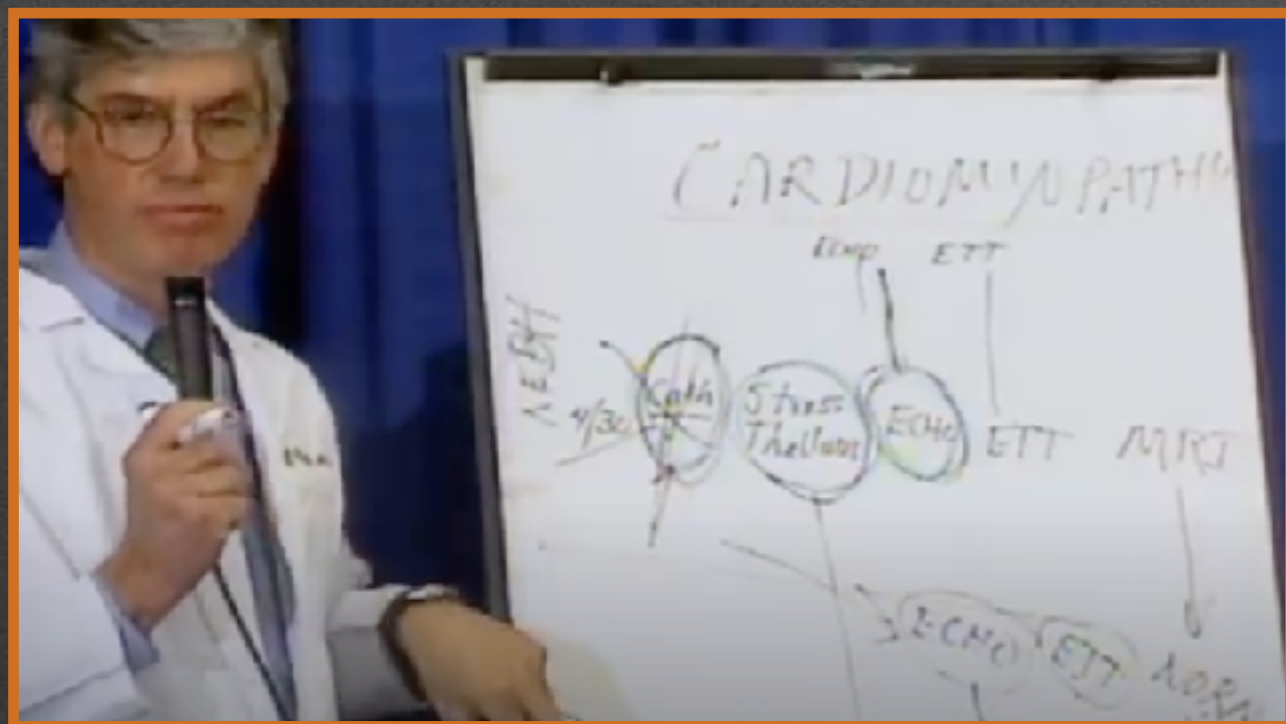
Χρόνος (min)	Συστολική ΑΠ (mmHg)	Διαστολική ΑΠ (mmHg)	Καρδιακή Συχνότητα (bpm)
Baseline	100	70	80
0 λεπτό	105	70	81
2	100	80	85
4	95	60	87
6	60	60	83
8			

Συμπέρασμα: Αναπαραγωγή της υπό διερεύνηση συμπτωματολογίας με καρδιοανασταλτικού τύπου II B απάντηση (παύλα >15 sec) και εμφάνιση τονικοκλονικών σπασμών.

Σύσταση: Συντηρητική αντιμετώπιση

Μια τραγική λάθος αξιολόγηση

ΜΟΝΙΜΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΕΣΥ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ



Προγνωστικοί παράγοντες συγκοπής

ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

High risk (hospital admission recommended)*

Clinical history suggestive of arrhythmic syncope (e.g., syncope during exercise, palpitations, or syncope without warning or prodrome)

Comorbidities (e.g., severe anemia, electrolyte abnormalities)

Electrocardiographic history suggestive of arrhythmic syncope (e.g., bifascicular block, sinus bradycardia < 40 beats per minute in absence of sinoatrial block or medication use, QRS preexcitation, abnormal QT interval, ST segment elevation leads V₁ through V₃ [Brugada pattern], negative T wave in right precordial leads and epsilon wave [arrhythmogenic right ventricular dysplasia/cardiomyopathy])

Family history of sudden death

Hypotension (systolic blood pressure < 90 mm Hg)

Older age†

Severe structural heart disease, congestive heart failure, or coronary artery disease

ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Low risk (outpatient evaluation recommended)‡

Age less than 50 years†

No history of cardiovascular disease

Normal electrocardiographic findings

Symptoms consistent with neurally mediated or orthostatic hypotension syncope

Unremarkable cardiovascular findings

The European Society of Cardiology guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eur Heart J. 2009
Sheldon RS, Morillo CA, Krahn AD, et al. Standardized approaches to the investigation of syncope: Canadian Cardiovascular Society position paper. Can J Cardiol. 2011

Εξαιρέσεις (1)



Ictal asystole: A systematic review

*Dalma Tényi, *Csilla Gyimesi, †Péter Kupó, *Réka Horváth, *Beáta Bóné, ‡Péter Barsi, *§Norbert Kovács, †Tamás Simor, ¶Zsuzsa Siegler, **László Környei, ¶András Fogarasi, and *§József Janszky

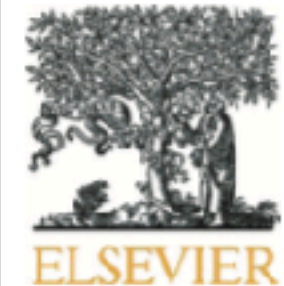
Epilepsia, 58(3):356–362, 2017
doi: 10.1111/epi.13644

Epilepsy & Behavior 90 (2019) 168–171

Contents lists available at ScienceDirect

Epilepsy & Behavior

journal homepage: www.elsevier.com/locate/yebeh



Review

Epileptic seizures associated with syncope: Ictal bradycardia and ictal asystole



Carlos Paul Monté^{a,b,*}, Carlos Jules Monté^b, Paul Boon^{a,c}, Johan Arends^{a,d}

- Κρισική βραδυκαρδία: 5%, συνήθως σε φαρμακοανθεκτική, εστιακή επιληψία του αριστερού κροταφικού λοβού
- Κρισική ασυστολία: 0.5% (EMU) έως 2-15% (ILRs)

Epilepsia, 38(1):118–121, 1997
Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia
© International League Against Epilepsy

Brief Communication

Complex Partial Seizure Provocation by Vasovagal Syncope: Video-EEG and Intracranial Electrode Documentation

Gregory K. Bergey, Allan Krumholz, and C. Pam Fleming

Maryland Epilepsy Center, Departments of Neurology, University of Maryland School of Medicine and Medical Center, Baltimore, Maryland, U.S.A.

ORIGINAL ARTICLE

Anoxic-epileptic seizures: observational study of epileptic seizures induced by syncopes

I A Horrocks, A Nechay, J B P Stephenson, S M Zuberi



Arch Dis Child 2005;90:1283–1287. doi: 10.1136/adc.2005.075408

- Μεμονωμένες αναφορές (case reports)
- Σπάνια στις ανοξικής αιτιολογίας

Αντιμετώπιση & Πρόγνωση

ΕΠΙΛΗΨΙΑ	ΣΥΓΚΟΠΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ
Αντικρυσική φαρμακευτική αγωγή	Συντηρητική αγωγή (τεχνικές, β blockers, αντικαταθλιπτικά), βηματοδότης
Πολύ καλή αποτελεσματικότητα (70%)	Μέτριας αποτελεσματικότητας τα συντηρητικά μέτρα, λύση ο βηματοδότης επί ενδείξεων
0.1% η θνητότητα*	18-23% στα καρδιογενή αίτια, 0-12% σε μη καρδιογενή

Επιληπτική κρίση vs Επιληψία

A practical clinical definition of epilepsy

*Robert S. Fisher, †Carlos Acevedo, ‡Alexis Arzimanoglou, §Alicia Bogacz, ¶J. Helen Cross, #Christian E. Elger, **Jerome Engel Jr, ††Lars Forsgren, ‡‡Jacqueline A. French, §§Mike Glynn, ¶¶Dale C. Hesdorffer, ##B.I. Lee, ***Gary W. Mathern, †††Solomon L. Moshé, ‡‡‡Emilio Perucca, §§§Ingrid E. Scheffer, ¶¶¶Torbjörn Tomson, ###Masako Watanabe, and ****Samuel Wiebe

Epilepsia, 55(4):475–482, 2014

Epilepsy is a disease of the brain defined by any of the following conditions

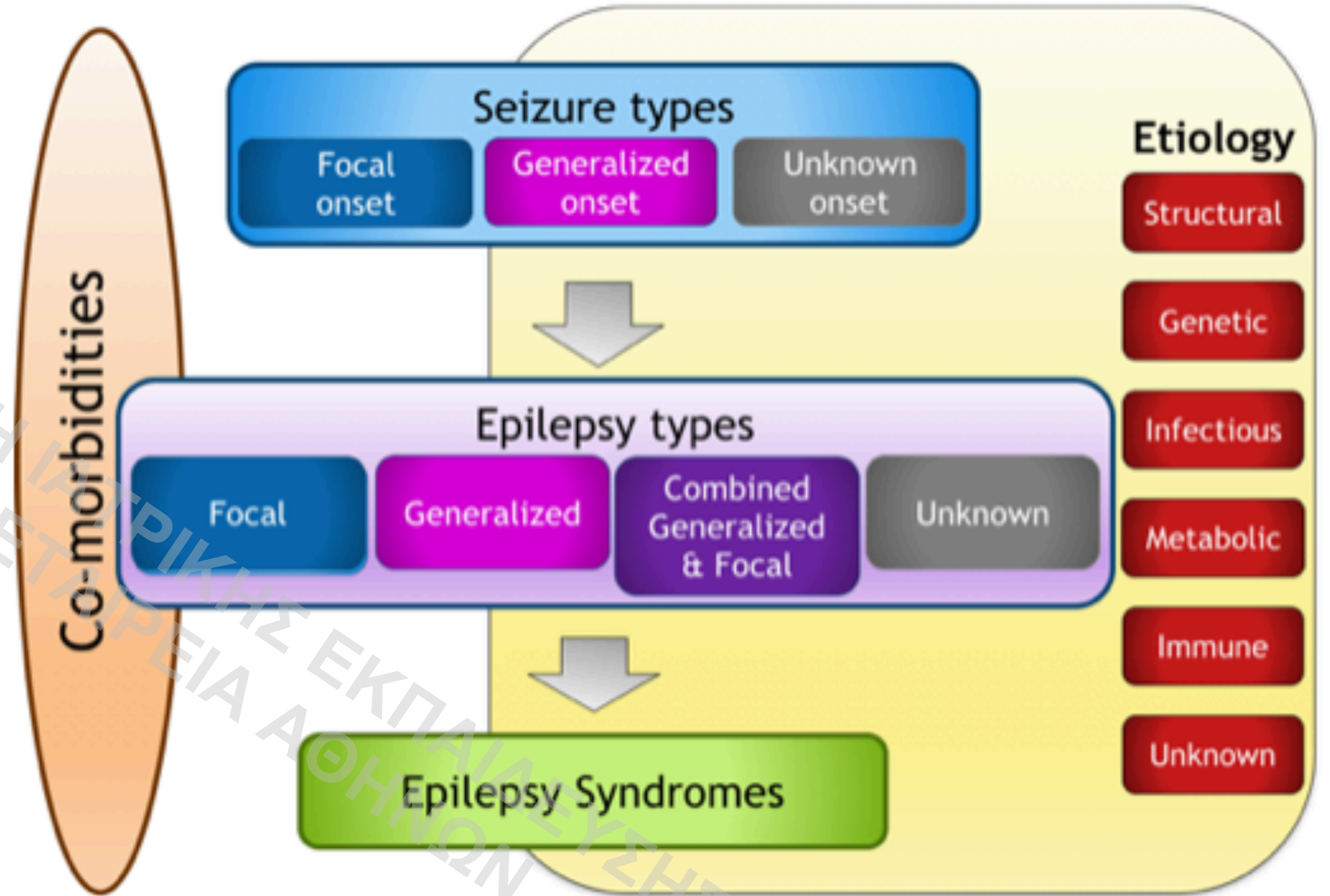
1. A least two unprovoked (or reflex) seizures occurring >24 h apart
2. One unprovoked (or reflex) seizure and a probability of further seizures similar to the general recurrence risk (at least 60%) after two unprovoked seizures, occurring over the next 10 years
3. Diagnosis of an epilepsy syndrome

Epilepsy is considered to be resolved for individuals who had an age-dependent epilepsy syndrome but are now past the applicable age or those who have remained seizure-free for the last 10 years, with no seizure medicines for the last 5 years.

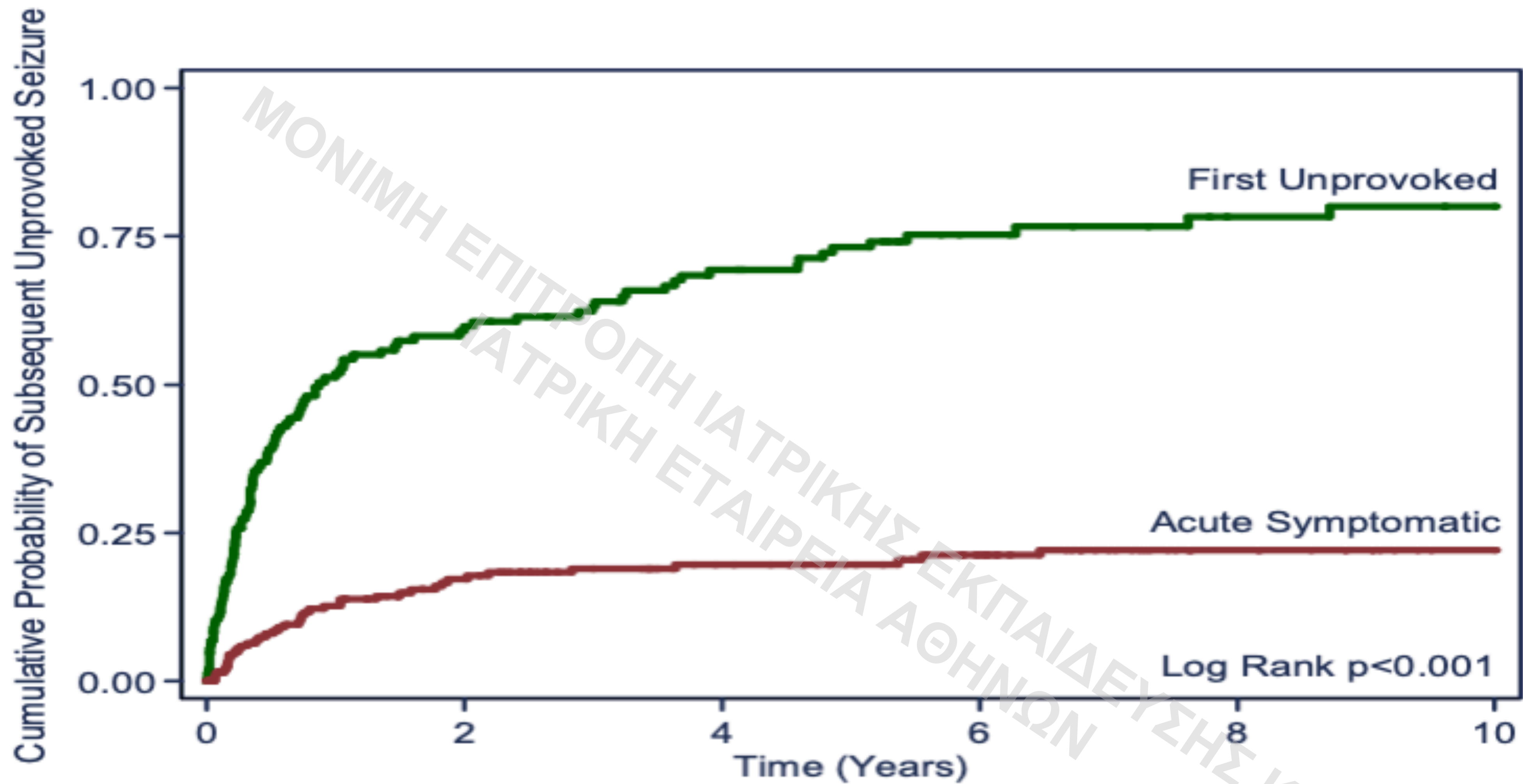
Προκλητές κρίσεις

Πυρετικοί σπασμοί
Στέρηση αλκοόλ
Μεταβολικές διαταραχές (Na, Ca, Mg, Glu, O2)
Τοξίκωση (ουσίες, φάρμακα)
Συγκοπή με σπασμούς (convulsive syncope)
Οξύς τραυματισμός (acute concussive convulsion)
"Πρώιμες" κρίσεις μετά από οξεία εγκεφαλική βλάβη

Απρόκλητες κρίσεις



ILAE classification 2014



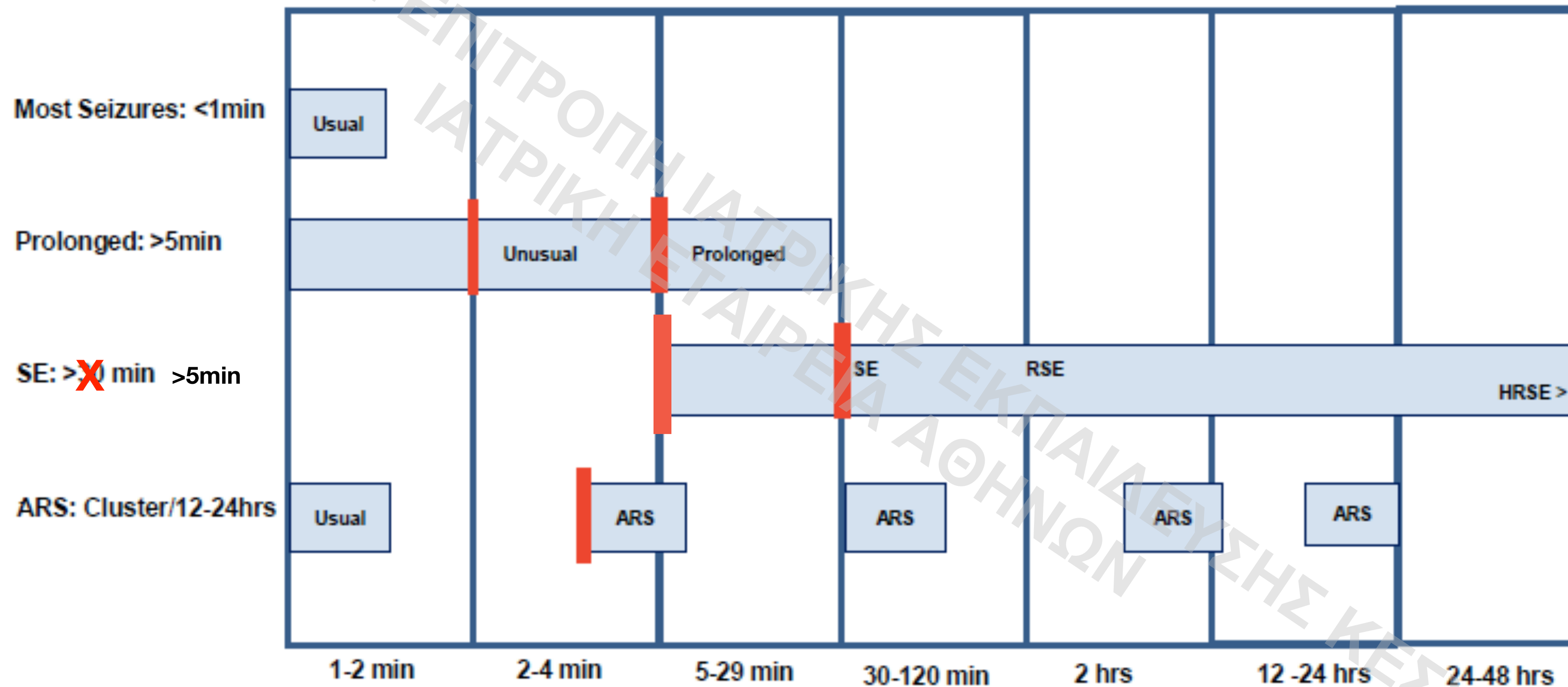
Univariate RR=0.2, 95% CI=0.1-0.3

Adjusted RR=0.02 (95% CI=0.2-0.4), adjusting for age gender and SE

Βασικές αρχές αντιμετώπισης επιληπτικών κρίσεων

Types of Seizure Emergencies

Seizure Duration



Lowenstein DH, Bleck T, Macdonald RL: It's time to revise the definition of status epilepticus. *Epilepsia* 1999, 40:120-122.

Mitchell WG Status Epilepticus and Acute Serial Seizures in Children. *J Ch Neur* 2002;17:536.

- Status Epilepticus είναι μια κατάσταση που προκαλείται είτε από αποτυχία των μηχανισμών εκείνων που είναι υπεύθυνοι για τον τερματισμό των κρίσεων είτε από έναρξη άλλων μηχανισμών που οδηγούν σε ανώμαλες παρατεταμένες κρίσεις (χρονικό σημείο t1).
- Είναι επίσης μια κατάσταση που μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες (χρονικό σημείο t2) όπως νευρωνικός θάνατος, τραυματισμό και αλλαγή νευρωνικών δικτύων, εξαρτούμενων από τον τύπο και τη διάρκεια των κρίσεων

Τύπος SE	t1	t2
Γενικευμένο SE με σπασμούς	5min	30min
Εστιακό	10min	60min

Αρχική αντιμετώπιση: Βενζοδιαζεπίνες

Medication	Formulation	Dose
Diazepam	Oral tablet	Frequently prescribed as a dose of 2.5–10 mg for adults
Diazepam	Oral solution	1.0–2.5 mg pediatric >6 months
Diazepam	Rectal gel	0.5 mg/kg for ages 2–5
Diazepam	Intramuscular	0.3 mg/kg for ages 6–11 0.2 mg/kg for age at least 12
Lorazepam	Oral tablet	Frequently prescribed as a dose of 0.5–2.0 mg
Lorazepam	Sublingual	0.05–0.1 mg/kg in children
Lorazepam	Intranasal	0.1 mg/kg in children
Midazolam	Buccal	Studies have examined 0.2–0.5 mg/kg Marketed in 2.5–10 mg prefilled syringes
Midazolam	Intranasal	Not specified; studies have examined 0.2–0.3 mg/kg

Πρωτόκολλο αντιμετώπισης convulsive status epilepticus

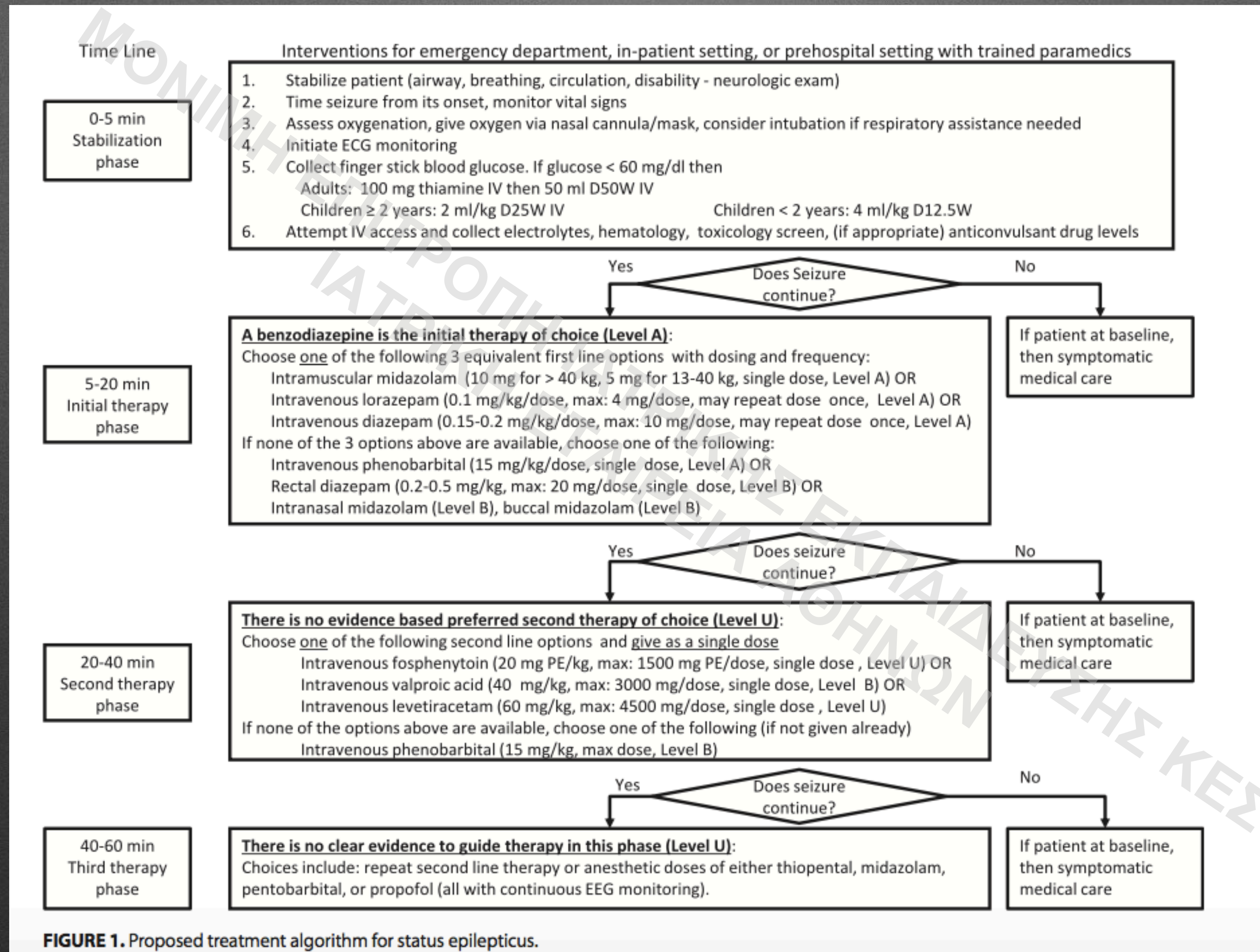


FIGURE 1. Proposed treatment algorithm for status epilepticus.

Συμπεράσματα

- Τα επεισόδια απώλειας συνείδησης απαιτούν προσεκτική αξιολόγηση
- Συγκοπή και επιληψία μπορεί να “μιμηθούν” η μια την άλλη αλλά ας μην ξεχνούμε και τους άλλους “μιμητές”
- Το κλινικό ιστορικό διατηρεί πρωτεύοντα λόγο ενώ ο παρακλινικός έλεγχος χρήζει προσεκτικής αξιολόγησης
- Διεπιστημονική συνεργασία και παραπομπή σε ειδικά κέντρα θα χρειασθεί σε επιλεγμένα περιστατικά



Η ιατρική απαιτεί
γνώση,
παρατήρηση και
κριτική σκέψη



Διονύσιος Σ. Πανδής
Νευρολόγος - Επιληπτολόγος