

F. ANEXE

Anexa 1. Ghidul pentru pacient cu epilepsie și persoanele care asistă [43].

În conformitate cu ghidul pentru pacient și familia sa, (Devinsky, 2007; adaptat de AAN, 2013), sunt stabiliți următorii pași, necesar de efectuat, în caz când o persoană dezvoltă criză epileptică:

1. întoarcerea persoanei lateral pentru prevenirea sufocării prin lichide sau vomă.
2. aranjarea capului pe suprafață moale (pernă) pentru evitarea traumelor.
3. desfacerea hainelor strânse în jurul gâtului.
4. păstrarea căilor respiratorii permeabile; dacă e necesar apucarea ușoară a mandibulei și aplecarea capului posterior.
5. de a nu restricționa mișcările persoanei, în afara cazului când persoana se află în pericol.
6. de a nu aplica nimic în gura persoanei (medicamente sau lichide), cu excepția indicațiilor îngrijitorului.
7. eliminarea obiectelor ascuțite sau solide, care ar putea provoca leziuni pe parcursul crizei epileptice.
8. notarea duratei crizei epileptice și simptomele ce survin, care ar putea fi utile de povestit medicilor de urgență.
9. asistarea persoanei pe durata întregii crize.
10. solicitarea ambulanței în cazul când persoana se traumează, dacă persoana nu respiră sau alte motive complicate.

Planificarea comportamentală a unei persoane ce dezvoltă criză epileptică.

1. purtarea unei brățări cu informația despre MAE administrate.
2. îndeplinirea agendei crizelor (data, ora și durata crizei epileptice; factorii declanșatori posibili și descrierea crizei).
3. organizarea numerelor de contact în caz de urgență.
4. recunoașterea auzului și semnelor de debut al crizei epileptice și deplasarea spre localuri sigure sau ocuparea pozițiilor neprimejdioase.
5. recunoașterea trigger-ilor proprii ce pot declanșa criza epileptică (de exemplu, deprivarea de somn, abuz alcool, stres, modificări hormonale).
6. protejarea de circumstanțe periculoase (colțuri ascuțite, înălțimi, bazine, șeminee etc).
7. reanalizarea planului referitor la rude și îngrijitori de copii

Anexa 2. Epilepsia la femei, ghid și conduită [39]

În scopul de a permite luarea unor decizii și pentru a reduce neînțelegerile, femeile și fetele cu epilepsie și partenerii lor, este necesar, să li se ofere informații exacte și consiliere cu privire la contracepție, concepție, sarcină, îngrijirea copiilor, alăptării, și particularităților de conduită în menopauza. Informații despre contracepție, concepție, sarcina sau menopauza este necesar să fie acordate femeilor și fetelor înaintea activității sexuale, sarcina sau menopauza, și să fie adaptate la nevoile individuale ale acestora. De asemenea, ar trebui să se acorde aceste informații, după cum este necesar, pentru oamenii care sunt implicați în cercul femeilor și fetelor cu epilepsie. Acestea pot include familia lor și/sau îngrijitorii.

1. Personalul medical care tratează, îngrijesc, sau susțin femeile și fetele cu epilepsie trebuie să fie familiarizat cu informații relevante și disponibilitatea consilierii.
2. Discutați cu femeile și fetele cu potențial fertil (inclusiv fete tinere care sunt susceptibile de a avea nevoie de tratament în anii lor de viață fertilă), cu părinții acestora și/sau îngrijitorii, dacă este cazul, riscul de malformații cauzat de MAE și posibilele deficiențe de neurodezvoltare la un copil nenăscut. Evaluați riscurile individuale și beneficiile tratamentului cu MAE. Sunt disponibile date limitate cu privire la riscuri pentru copilul nenăscut asociate cu medicamente mai noi. Discutați în mod specific riscul utilizării continue a Acidum Valproicum asupra copilului în timpul sarcinii, fiind conștient de faptul că doze de Acidum Valproicum mai mari de 800 mg/zi și politerapia cu Acidum Valproicum sunt asociate cu un risc mai mare.
3. Fiți la curent cu cele mai recente date privind riscurile pentru făt asociate cu MAE atunci când se

prescrie la femeile și fetele cu potențial fertil.

4. Toate femeile și fetele ce administrează MAE trebuie să li se administreze 5 mg pe zi de Acidum Folicum înainte de orice posibilă sarcină.

Contracepția

1. La femeile cu potențial fertil, posibilitatea de interacțiune cu contraceptivele orale trebuie discutată și este necesară o evaluare cu privire la riscurile și beneficiile tratamentului individual cu MAE.
2. Femeile cu potențial fertil, inclusiv fetele tinere, care sunt susceptibile de a avea nevoie de tratament cu MAE în anii lor de viață fertilă, posibilitatea de interacțiune cu contraceptive orale trebuie discutate cu familia și/sau îngrijitorii ei și o este necesară o evaluarea cu privire la riscurile și beneficiile tratamentului individual cu MAE.
3. Trebuie să fie discutate riscurile și beneficiile diferitor metode contraceptive, inclusiv dispozitivelor intrauterine de eliberare a hormonului, cu femeile și fetele în perioada fertilă.
4. Progestogen (pilula sau implant) nu sunt recomandate ca metodă sigură de contracepție la femeile și fetele care administrează MAE inductoare enzimatică.
5. Folosirea metodelor de barieră suplimentare trebuie să fie discutate cu femeile și fetele care administrează MAE inductoare enzimatică și a contraceptivelor orale sau injecții/depozit de progestogen.
6. În cazul în care este necesară contracepția de urgență pentru femeile și fetele care iau MAE inductoare enzimatică, tipul și doza de contracepție de urgență ar trebui să fie în conformitate cu rezumatul caracteristicilor produsului.
7. Femeile și fetele care administrează Lamotriginum trebuie să fie informate că utilizarea simultană a oricărui contraceptiv pe bază de estrogen poate duce la o reducere semnificativă a concentrațiilor plasmatică de Lamotriginum și respectiv poate favoriza pierderea controlului crizelor convulsive. Atunci când o femeie sau fată începe sau încetează să administreze aceste contraceptive, este necesară ajustarea dozei de Lamotriginum.

Sarcina

1. Femeile cu epilepsie au nevoie de informații exacte în timpul sarcinii, precum riscul de SE și SUDEP trebuie discutate cu toate femeile care intenționează să sisteze terapia MAE.
2. Medicul trebuie să discute cu femeia beneficiile relative și riscurile legate de MAE pentru a permite ei să ia o decizie informată.
3. Femeile cu crize tonico-clonice generalizate în anamneză trebuie să fie informate că fătul poate avea un risc relativ mai mare de prejudiciu în timpul unei crize, deși riscul absolut rămâne foarte scăzut, iar nivelul de risc depinde de frecvența crizelor epileptice.
4. Femeile trebuie să fie informate că nu există nici o dovadă că crizele focale, crizele tip absență și crizele mioclonice afectează sarcina sau fătul.
5. Femeile trebuie să fie informate că creșterea frecvenței crizelor este puțin probabilă în timpul sarcinii sau în primele câteva luni după naștere.
6. Femeile trebuie să fie informate că riscul unei crize epileptice tonico-clonice în timpul travaliului și în primele 24 de ore după naștere este scăzut (1-4%).
7. Femeile trebuie să fie informate că, deși acestea sunt susceptibile pentru a avea sarcini sănătoase, riscul de complicații în timpul sarcinii și nașterii este mai mare decât în cazul femeilor fără epilepsie.
8. Supravegherea femeilor însărcinate trebuie să fie efectuată în comun de medicul obstetrician și specialist (epileptolog/neurolog).
9. USG de înaltă rezoluție este indicată femeilor însărcinate care administrează MAE, cu scopul detectării anomaliilor structurale. Această investigație trebuie să fie efectuată la 18-20 de săptămâni de gestație de către un ultrasonografist instruit, iar evaluarea mai timpurie poate permite detectarea malformațiilor majore.
10. Riscul de convulsii în timpul travaliului este scăzut, dar este suficient pentru a justifica recomandarea ca nașterea să aibă loc într-o unitate de obstetrică cu facilități pentru resuscitarea maternă și neonatală și tratarea crizelor epileptice materne.
11. Toți copiii născuți de la mame care au administrat MAE inductoare enzimatică trebuie să

primească la naștere 1 mg de vitamina K parenteral pentru profilaxia diatezei hemoragice a nou-născutului.

12. Consilierea genetică ar trebui să fie luată în considerare în cazul în care unul dintre parteneri/părinți suferă de epilepsie, în special în cazul în care partenerul are epilepsie idiopatică și un istoric familial pozitiv de epilepsie.
13. Cu toate că există un risc crescut de crize epileptice la copii de la părinți cu epilepsie, copiii, tinerii și adulții cu epilepsie trebuie informați că probabilitatea ca un copil să fie afectat este în general scăzută. Cu toate acestea, acest lucru va depinde de istoricul familial.
14. O planificare a sarcinii avansate, inclusiv dezvoltarea protocoalelor locale de îngrijire, trebuie puse în aplicare în unitățile de obstetrică unde se nasc copii de la femei ce suferă de epilepsie.
15. Este necesar să existe monitoring-ul regulat, planificarea nașterii, precum și legătura dintre specialistul sau echipa de epilepsie și obstetrician.
16. Scopul tratamentului AE este eliberarea de crize epileptice înainte de concepție și în timpul sarcinii (în special pentru femeile cu crize tonico-clonice generalizate), dar se ia în considerare riscul efectelor adverse ale MAE și utilizarea celei mai mici doze eficiente a fiecărui MAE, evitând dacă este posibil politerapia.
17. De obicei nu este necesară monitorizarea nivelurilor serice ale MAE în timpul sarcinii. În cazul în care frecvența crizelor crește sau este susceptibilă de a crește, monitorizarea nivelurilor serice ale MAE (în special ale Lamotriginum și Phenytoinum, care pot fi afectate în mod special în timpul sarcinii) poate fi utilă atunci când este necesară ajustarea dozei.

Alăptarea la sân

1. Femeile cu epilepsie trebuie să fie încurajate să alăpteze, cu excepția unor circumstanțe foarte rare. Alăptarea pentru cele mai multe femei și fete care administrează MAE este, în general, sigură și trebuie să fie încurajată.
2. Decizia cu privire la terapia cu MAE și alăptare între femeie și specialist trebuie să se bazeze pe riscurile și beneficiile alăptării față de riscurile potențiale ale MAE care ar putea afecta copilul.

După naștere

1. Părinții cu copii nou-născuți sau cu copii mici ar trebui să fie informați că introducerea câtorva măsuri simple de precauție și siguranță pot reduce semnificativ riscul de accidente și de minimizare a anxietății. O naștere ce se apropie poate fi o oportunitate ideală de a revizui și lua în considerare cele mai bune și cele mai utile măsuri pentru a începe asigurarea unei siguranțe maxime atât pentru mamă cât și pentru copii.
2. Informațiile trebuie acordate tuturor părinților cu privire la măsurile de siguranță care trebuie luate atunci când se îngrijește un copil.
3. Părinții trebuie informați că riscul de accidentare a sugarului cauzat de crizele epileptice maternale este scăzut.

Anexa 3. Epilepsia la vârstnici, ghid și conduită [39, 44]

Pentru persoanele în vârstă (>65 ani), se oferă servicii similare celor ce se oferă pentru populația generală. Este necesar de a acorda o atenție deosebită particularităților farmacocinetice și farmacodinamice în polipragmazia și comorbiditățile la persoanele în vârstă cu epilepsie. Luați în considerare utilizarea unor doze mai mici de MAE și, unde este posibil, utilizarea formelor medicamentoase cu eliberare prelungită.

Factorii de risc:

- Tulburările neurodegenerative și demența sunt responsabile de 10-20% din totalul epilepsiilor la persoanele în vârstă, iar pacienții cu boala Alzheimer au un risc de zece ori mai mare de a dezvolta epilepsie decât cei fără această condiție.
- Boala cerebrovasculară și accidentul vascular cerebral sunt factorii de risc importanți pentru dezvoltarea epilepsiei. Accidentul vascular cerebral poate prezenta până la 50% din cazurile epilepsiei în care o cauză poate fi identificată, și riscul de epilepsie crește de până la 20 ori în primul an după un AVC.

- La o persoană în vârstă cu crize apărute de novo, este importantă efectuarea screening-ului funcției cognitive și evaluarea prezenței factorilor de risc cerebrovasculari cu un tratament corespunzător ulterior.

Prezentare

- Comparativ cu pacienții mai tineri, pacienții în vârstă posedă o mai mare probabilitate de crize în somn, crize focale fără generalizare, etiologie simptomatică la distanță, modificări focale la EEG și de leziune epileptogenă la neuroimagerie.

Tratamentul AE

- Tratamentul AE poate fi complicat de coexistența frecventă a epilepsiei și demenței, de comedicație, precum și de probabilitatea înaltă de efecte adverse dependente de doză și idiosincrazie.
- Utilizarea Carbamazepinum este limitată de proprietățile sale enzimactice inductoare; de asemenea, prezintă un risc mai mare de hiponatremie, mai ales la pacienții care administrează diuretice.
- Lamotriginum sau, eventual, Levetiracetamum, trebuie luate în considerare la inițierea tratamentului AE la persoanele în vârstă cu crize focale.
- La vârstnicii nou diagnosticați cu crize cu debut focal Lamotriginum are un profil de tolerabilitate mai bun decât Carbamazepinum cu eliberare normală.
- Levetiracetamum produce mai puține efecte adverse cognitive decât Lamotriginum sau fenobarbitalul la vârstnicii cu epilepsie și boala Alzheimer.
- Topiramatul în doze mici (25-50 mg pe zi) poate fi de asemenea util ca monoterapie sau terapie adjuvantă la persoanele în vârstă.
- La selectarea MAE este importantă considerarea următoarelor aspecte: profilul efectelor adverse, regimul de dozare, interacțiunile medicamentoase, doză joasă la inițiere, regim lent de titrare, doza joasă de întreținere.
- Cu managementul adecvat, persoanele în vârstă cu epilepsie par să posedă un prognostic mai bun decât adulții mai tineri, un procent semnificativ mai mare devenind liberi de crize, de multe ori la doze mai mici de MAE.