

INITIELE AANPAK VAN EPILEPSIE

Bij vele patiënten die een eerste epileptische aanval doorgemaakt hebben, lijkt initieel afwachten gerechtvaardigd: het niet onmiddellijk starten van een chronische anti-epileptische behandeling lijkt het verloop van de epilepsie op lange termijn niet negatief te beïnvloeden. Wanneer beslist wordt een chronische behandeling te starten, is de keuze van het anti-epilepticum afhankelijk van o.a. het type epilepsie. Bij de vrouw stelt de keuze een aantal specifieke problemen. Op welk ogenblik een chronische anti-epileptische behandeling kan worden gestopt, is niet duidelijk; deze beslissing dient individueel te gebeuren.

Epilepsie wordt gedefinieerd als het optreden van minstens twee aanvallen die niet uitgelegd kunnen worden door onderliggende aandoeningen of omstandigheden. Bij ongeveer 70% van de volwassenen met new-onset epilepsie gaat het om partiële (focale) aanvallen. In de meerderheid van de gevallen is de oorzaak van de aanval niet bekend. Omdat epileptische aanvallen zelden gezien worden door de arts, berust de diagnose meestal op een zorgvuldige anamnese, aangevuld met geselecteerde testen. Bij aanvallen die optreden in het kader van bv. metabole aandoeningen (bv. uremie, hypoglykemie, hyperglykemie, leverfalen), infectieuze aandoeningen (bv. meningitis, encefalitis) of geneesmiddelenintoxicaties, is een behandeling met anti-epileptica soms tijdelijk noodzakelijk, maar in die gevallen kan de anti-epileptische behandeling meestal worden gestopt eens de patiënt is hersteld.

Starten van een chronische behandeling na een eerste aanval

Er blijft discussie bestaan over de vraag of reeds na een eenmalige aanval een onderhoudsbehandeling dient te worden gestart. In afwezigheid van predisponerende factoren (bv. epileptiforme activiteit op EEG of een bekende oorzaak zoals vroeger hoofdtrauma), maakt slechts 25% van de patiënten een nieuwe aanval door binnen de twee jaar, en zelfs in aanwezigheid van bovenvermelde risicofactoren bedraagt de kans op heroptreden binnen de twee jaar niet meer dan 40%. In gerandomiseerde studies bij patiënten met een eenmalige aanval of met zeldzame aanvallen is aangetoond dat onmiddellijk behandelen de kans op heroptreden in het eerste en tweede jaar vermindert met 30 tot 60% vergeleken met uitstellen van de behandeling tot wanneer een nieuwe aanval optrad; de kans om gedurende twee jaar aanvalsvrij te zijn van jaar 3 tot jaar 5 na randomisatie, bleek echter niet verminderd te zijn. Initieel afwachten lijkt dus het langetermijnverloop van epilepsie niet te beïnvloeden, en is bij vele patiënten gerechtvaardigd.

Bij patiënten bij wie de diagnose van epilepsie vaststaat, is een chronische anti-epileptische behandeling bijna steeds gerechtvaardigd.

De keuze van het anti-epilepticum

De laatste jaren zijn meerdere nieuwe anti-epileptica beschikbaar gekomen, wat de keuze van de initiële behandeling bemoeilijkt. [Zie Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium, hoofdstuk 6.6. i.v.m. de beschikbare anti-epileptica en hun voornaamste ongewenste effecten en interacties]

- Anti-epileptica zoals valproïnezuur, lamotrigine, topiramaat en levetiracetam zijn een goede initiële keuze bij de meeste volwassen patiënten, onafhankelijk van het type aanval of syndroom.
 - Anti-epileptica zoals carbamazepine, fenytoïne, gabapentine, tiagabine, oxcarbamazepine en pregabaline, dienen te worden voorbehouden voor patiënten met focale epilepsie met partiële en secundair gegeneraliseerde aanvallen. Deze middelen zijn minder doeltreffend dan de hierboven vermelde anti-epileptica bij idiopathische gegeneraliseerde epilepsiesyndromen (bv. juveniele myoclonale epilepsie en absences bij kinderen), en ze kunnen bij deze patiënten zelfs bepaalde types van epilepsie verslechteren.
- Vergelijkende studies suggereren dat bij partiële aanvallen de doeltreffendheid van de verschillende anti-epileptica gelijkaardig is. Bij gegeneraliseerde aanvallen is valproïnezuur mogelijk een betere keuze dan lamotrigine en topiramaat.
- De keuze van de behandeling bij de vrouw stelt specifieke problemen.
- Er is het risico van teratogeniteit, dat met geen enkel anti-epilepticum kan worden uitgesloten; voor valproïnezuur is het risico van majeure congenitale afwijkingen mogelijk groter dan voor andere anti-epileptica [zie ook Folia december 2006].
 - Verder kunnen bepaalde anti-epileptica, met name carbamazepine, fenytoïne en de barbituraten en, in minder mate oxcarbazepine en topiramaat, door inductie van CYP-iso-enzymen, de doeltreffendheid van orale anticonceptiva verminderen.
 - Er zijn aanwijzingen dat de plasmaspiegels van lamotrigine dalen door gebruik van orale anticonceptiva, alsook tijdens de zwangerschap.
 - Ten slotte zijn met anti-epileptica, vooral valproïnezuur, endocriene ongewenste effecten beschreven, in het bijzonder polycystisch ovariumsyndroom (o.a. onregelmatige menstruele cycli, gewichtstoename, hyperandrogenisme).

Stoppen van de anti-epileptische behandeling

Op welk ogenblik een chronische anti-epileptische behandeling best kan worden gestopt, is onduidelijk. Bij patiënten die gedurende twee jaar aanvalsvrij waren en bij wie de anti-epileptische behandeling werd gestopt, varieerde in verschillende studies de incidentie van recidiefaanvallen van 12 tot 66%. Als risicofactoren voor recidieven worden beschouwd: het optreden van epilepsie tijdens de adolescentie, partiële aanvallen, abnormaal EEG, en specifieke epilepsiesyndromen. De beslissing om de anti-epileptische behandeling te stoppen dient individueel te gebeuren, waarbij ook rekening wordt gehouden met de voorkeur van de patiënt.

Naar

French JA en Pedley TA. Initial management of epilepsy. *New Engl J Med* 2008;359:166-76