

Itä-Suomen yliopisto tiedottaa

Ohimolohkoepilepsian kirurginen hoito kannattaa

Väitös neurokirurgian alalta 24.4.2010

Väittelijä LL Arto Immonen

Väitösaika ja -paikka 24.4.2010 klo 12, Auditorio 1, Kuopion yliopistollinen sairaala

Merkittävä osa ohimolohkoepilepsian kirurgisen hoidon läpikäyneistä aikuispotilaista saa hoidosta pysyvän avun. Kuopion Epilepsiakeskuksen potilaille tehdyn seurantatutkimuksen tulokset ovat kansainvälisesti vertailukelpoisia.

Epilepsian hoidon tavoitteena on kohtauksettomuus. Erityisesti vaikeahoitoiseen epilepsiaan ja toistuviin kohtauksiin liittyy lisääntynyt kuoleman riski, jota voidaan vähentää lääke- ja leikkaushoidolla. Epilepsiaa hoidetaan ensisijaisesti pitkäaikaisella kohtauksia ehkäisevällä lääkityksellä, mutta noin 20 prosenttia potilaista kärsii nykyisin lääkehoidolle huonosti reagoivasta epilepsiasta. Osa näistä eli noin viisi prosenttia uusista potilaista hyöttyy epilepsian kirurgisesta hoidosta. Epilepsian kirurgisella hoidolla tarkoitetaan neurokirurgista toimenpidettä, jonka ensisijaisena tarkoituksena on lopettaa tai vähentää potilaalla esiintyviä kohtauksia.

Ohimolohkoepilepsia on aikuisilla yleisin lääkehoidolle reagoimattoman epilepsian muoto. Arto Immosen väitöstutkimus osoitti, että aikuisten ohimolohkoepilepsian leikkaushoidon pitkäaikaisseurannan tulokset valtakunnallisessa Kuopion Epilepsiakeskuksessa ovat kansainvälisesti vertailukelpoisia muiden epilepsian hoitoon keskittyvien keskusten tulosten kanssa. Merkittävä osa eli 70 prosenttia vaikeasta epilepsiasta kärsineistä potilaista hyöttyy leikkauksesta, ja hoidon hyvä vaste säilyy myös pitkällä aikavälillä. Hoitotulos ensimmäisen vuoden kuluttua leikkauksesta ennustaa tulosta pitkäaikaisseurannassa.

Ohimolohkoepilepsian kirurginen hoito todettiin kannattavaksi myös niillä potilailla, joilla ei aivojen magneettitutkimuksessa todettu poikkeavia löydöksiä ennen leikkausta. Ohimolohkoepilepsian kirurgiseen hoitoon ei liittynyt kuolleisuutta. Leikkaushoidon haitat ovat hyväksyttävissä suhteutettuna siitä saatuun hyötyyn.

Pitkäaikaisseurantatutkimuksessa oli mukana 140 ohimolohkoepilepsian vuoksi vuosina 1988–1999 leikattua potilasta. Toispuoleista ohimolohkoepilepsiaa sairasti heistä 103, joista 46 prosenttia oli leikkauksen jälkeen täysin kohtauksettomia. Keskimääräinen seuranta-aika oli yli 5 vuotta. Kymmenellä prosentilla potilaista esiintyi kohtausta ennakoivia tuntemuksia ja 15 prosentilla korkeintaan kaksi kohtausta vuodessa seurannan aikana. Hyvä hoitotulos saavutettiin siten 71 prosentilla potilaista.

Kaikille niille potilaille, joilla ei leikkausta edeltävässä korkeakenttä-magneettitutkimuksessa todettu poikkeavia muutoksia, tehtiin epilepsiapesäkkeen paikantamiseksi kallonsisäinen EEG- rekisteröinti. Näistä vuosina 1990–2006 leikatuista 38 potilaasta 40 prosenttia oli kohtauksettomia tai heillä esiintyi vain kohtausta ennakoivia tuntemuksia keskimäärin yli viisi vuotta kestäneessä seurannassa. Leikkaushoidon tulokset ovat kuitenkin paremmat niillä potilailla, joilla magneettikuvauksessa todetaan aivoissa paikallinen poikkeava löydös. Siten menetelmien kehittyttyä olisi suositeltavaa arvioida vielä uudelleen epilepsiakirurgian suhteen niitä potilaita, joilla aiemmat aivojen magneettitutkimukset on aikanaan tulkittu normaaleiksi.

Ohimolohkoleikkauksiin liittyvät komplikaatiot selvitettiin vuosina 1988–2006 leikatuilla 229 potilaalla. Vakavia kirurgisia ja neurologisia puutosoireita aiheuttavia komplikaatioita, jotka olivat todettavissa vielä kolme kuukautta ohimolohkoleikkauksen jälkeen, havaittiin vain kahdella prosentilla eli viidellä potilaalla; näistä tavallisin oli toispuoleinen näkökenttäpuutos. Ohimeneviä komplikaatioita esiintyi kymmenellä prosentilla eli 23 potilaalla.

Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat sairastaneet keskimäärin 19 vuotta ja pisimmillään 47 vuotta ennen leikkaushoitoa. Monelle potilaalle ehtii näin pitkään sairastaessa kehittyä jo merkittäviä toimintakyvyn rajoitteita eikä pelkkä kohtauksettomuuden saavuttaminen enää riitä palauttamaan työkykyä tai parantamaan psykososiaalista tilannetta. Jotta leikkaushoidosta saataisiin paras kokonaishyöty, olisi potilaat tulevaisuudessa pyrittävä ohjaamaan jatkoselvittelyihin valtakunnallisesti keskitettyä erityistason hoitoa tarjoavaan keskukseen jo huomattavasti varhaisemmassa vaiheessa ennen liitännäisongelmien kehittymistä. Lääkkeisiin tai niiden yhdistelmiin reagoimattomuuden selvittämiseen ei yleensä tarvita enempää kuin 2–3 vuotta siitä, kun epilepsiakohtauksia alkaa esiintyä toistuvasti.

LL Arto Immosen väitöskirja Surgical treatment of refractory temporal lobe epilepsy: Preoperative evaluation and seizure outcome (Lääkehoidolle reagoimattoman ohimolohkoepilepsian kirurginen hoito: leikkausta edeltävät selvittelyt ja hoidon tulokset) tarkastetaan Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunnassa. Vastaväittäjänä on neurokirurgian professori **Esa Heikkinen** Oulun yliopistosta ja kustoksena neurokirurgian emeritusprofessori **Matti Vapalahti** Itä-Suomen yliopistosta.

Lisätietoja: Arto Immonen, Arto.Immonen@kuh.fi, p. 044 717 2318