

Reina Roivainen

Ikääntynyt ja epilepsia



Ikääntynyt ja epilepsia

3. uudistettu painos 2010

Kirjoittaja: Reina Roivainen
LT, neurologian erikoislääkäri

Valokuvat: Kuntoutusylilääkäri Martti Solismaa

Julkaisija: Epilepsialiitto ry

Ulkoasu ja taitto: Arja Latvaniemi, Astehelsinki

ISBN 978-952-5387-28-5

Oppaan kustantamista on tukenut UCB Pharma Oy Finland



Sisältö

Lukijalle	5
Mitä epilepsia on	
Sähköiset aivomme	6
Ikääntyneiden epilepsia	
Yleistä	8
Epilepsian syyt ikääntyneillä	8
Kohtaustyytit ikääntyneillä	10
Miten epilepsia todetaan	
Diagnoosin osa-alueet	11
Aivojen kuvantaminen	11
EEG-tutkimus	12
Dignostiikka usein haastavaa	13
Epilepsian hoito	
Hoidon yleiset periaatteet	15
Hoidon seuranta	17
Vain otettu lääke auttaa	20
Lääkehoidon haittavaikutukset	20
Lääkkeiden yhteisvaikutukset	21
Epilepsian ennuste	21
Muut hoitovaihtoehdot	22
Lääkkeen purku	22

Muisti ja mieliala

Epilepsia ja muisti	23
Epilepsia ja mieliala	24

Epilepsia ja arkielämä

Yleistä	25
Liikunta	25
Seksuaalisuus	25
Ravitsemus	26
Luonnonlääkkeet ja vaihtoehtoishoidot	27
Epilepsia ja ajokyky	27
Alkoholi	30
Rokotukset	32
Vilkkuvalo	32
Matkailu	32
Ensiapulääkitys	32
Epilepsialiitto sairastavan tukena	34
Lähteitä	34



Lukijalle

Edelleen törmää ajoin käsitykseen, että epilepsiaan voi sairastua vain lapsena. Epilepsia on kuitenkin yli 65-vuotiaiden kolmanneksi yleisin neurologinen sairaus aivoverenkiertohäiriöiden ja dementoivien sairauksien jälkeen. Yli 65-vuotiaista suomalaisista epilepsiaa sairastaa yli 1% väestöstä. Riski sairastua on yli kaksinkertainen verrattuna 25–55-vuotiaisiin, jolla ikäryhmällä sairastumisriski on matalimmillaan. Suurten ikäluokkien vanhetessa ja väestörakenteen muuttuessa epilepsia yleistyy edelleen.

Lapsuudessa sairastuessa taustalla on useammin perinnöllisiä tekijöitä, synnynnäisiä aivojen rakenteellisia poikkeavuuksia tai sikiökautinen vaurio. Eri epilepsiasairaudet poikkeavat merkittävästi toisistaan myös yli 65-vuotiailla. Ikääntyessä ilmeneviin epilepsioihin liittyy erityispiirteitä, joilla on merkitystä hoidon kannalta. Li-

tännäissairaudet ja -lääkehoidot tekevät sopivan hoidon löytymisestä vaativaa.

Yleispäteviä, kaikkia koskevia ohjeita on vaikea antaa. Osalla elämänmuutos epilepsiaan sairastuessa on raju. Toisilla vaikeinta voi olla lääkkeenottoon totuttautuminen. Epilepsia voi puhjeta hyväkuntoisella, aktiivista vaihetta elävällä harmaalla pantterilla tai liittyä sellaiseen aivojen sairauteen, josta seuraa välittömiä muita hermoston puutosoireita. Ääripäässä epilepsia voi kohdata vaikeasti dementoitunutta henkilöä elämän viime vaiheen sairautena.

Tämän oppaan tekstin pohjana on kuntoutusylilääkäri Martti Solismaan laatima teksti Epilepsia ja ikääntyminen-oppaasta. Kiitän professori Reetta Kälviäistä asiantuntija-avusta oppaan tarkastamisessa ja Martti Solismaata oppaan kuvituksesta.

Reina Roivainen



Mitä epilepsia on?

Sähköiset aivomme

Aivot ovat yksi luonnon monimutkaisimmista järjestelmistä. Aivojen kuorikerroksessa on miljardeja hermosoluja, joista jokainen on yhteydessä toisiin soluihin jopa tuhansilla hermosäikeillä. Näin muotoutuvat aivojen toiminnan pohjana olevat hermoverkostot, jotka vastaavat aistihavainnoista, niiden käsittelystä, ajattelusta, puheesta ja muiden elintoimintojen säätelystä. Ulkopuolinen informaatio saavuttaa aivot aistijärjestelmien kautta muovaten hermoverkostojen joustavaa ja alati muuttuvaa toimintaa.

Viesti hermosolussa kulkee sähköisenä kalvojännitteenä edeten hermosäiettä pitkin solukalvossa. Sähköisen jännitteen muutoksen käynnistävät hermovälittäjäaineet, joita vapautuu hermosäikeiden päätteistä solujen liitoskohdissa eli synapseissa. Välittäjäaineen kiinnittyessä toisen hermosolun päättekalvolla oleviin reseptoreihin seuraa muutos solun sähköisessä jännitteessä ja viesti lähtee etenemään edelleen seuraaviin soluihin. Solun sisäisten monimutkaisten toisiolähettijärjestelmien kautta välittyy muutoksia myös mm. solun aineenvaihduntaan, RNA- ja proteiinisynteesiin sekä välittäjäaineiden vapautumisen herkkyyteen.

Osa välittäjäaineista on kiihdyttäviä eli n.s. eksitatorisia kuten glutamaatti ja osa estäviä eli inhibitorisia, kuten GABA (gamma-amino-voihappo). Osa toimii näiden välisen tasapainon säätelijänä. Myös umpieritysjärjestelmän tuottamat hormonit vaikuttavat hermosolujen toimintaan. Näihin kuuluvat esimerkiksi kilpirauhasen tuottamat hormonit, naishormonit eli estradioli ja keltarauhashormoni, mieshormoni testosteroni kuten n.s. stressihormonitkin eli lisämunuaisen erittämät kortisoli ja adrenaliini.

Monimutkaisen järjestelmän olettaisi olevan altis häiriöille. Miljoonien kilometrien säieverkostoon suhteutettuna häiriötiloja syntyy aivoihin lopulta suhteellisen harvoin. Kodinelektroniikasta poiketen aivoilla on sisäisiä korjausjärjestelmiä. Hermoverkosto sisältää sisäänrakennettuja palautejärjestelmiä jotka tasapainottavat yliaktiivisten alueiden toimintaa. Soluja ympäröivät tuki- eli gliasolut osallistuvat kasvutekijöiden eritykseen ja vaurioituneiden säikeiden uudelleenkasvun käynnistykseen ja ohjaukseen. Verkoston muut solut voivat korvata vaurioituneita eli kompensoida puuttuvia yhteyksiä. Monipuoliset virikkeet ja toiminta pitävät näitä mekanismeja yllä ja elinvoimaisina.

(Taulukko 1)

Paikallisalkuisten kohtausten luokittelu ja tavalliset oireet

Yksinkertainen paikallisalkuinen kohtaus

Tajunta säilyy normaalina

Motoristiset oireet:

- Raajojen kouristelu
- Katseen, pään tai vartalon asennon muutos
- Ääntely, puheen pysähtyminen

Aistimusoireet:

- Tunto-, näkö- tai kuulo-oire
- Haju- tai makuoire
- Huimaus

Autonomiset eli sisälmyshermosto-oireet:

- Sydämentykytyks
- Rintalastan takainen nouseva tuntemus
- Ihon punoitus, kalpeneminen

Psykykkiset oireet:

- Puheen tuoton häiriö
- Muistihäiriö
- Ennen koetun tunne (déjà vu)
- Pelon, ahdistuksen, mielihyvän tunne

Monimuotoinen paikallisalkuinen kohtaus

Ilmenee kuten yksinkertainen kohtaus. Lisäksi henkilön **tajunta hämärtyy** jossakin kohtauksen vaiheessa.

Kohtaukseen saattaa liittyä tahattomia epä-tarkoituksenmukaisia liikkeitä eli automatismeja. Tällaisia ovat esim. suun maiskuttelu ja vaatteiden hypistely.

Toissijaisesti yleistynyt kohtaus

Paikallisalkuinen kohtaus voi yleistyä tajuttomuus-kouristuskohtaukseksi, jos aivo-sähköinen purkaus leviää kohtauspesäkkeestä molempiin aivopuoliskoihin.

Henkilö menettää tajuntansa ja kaatuu. Ihonväri muuttuu sinertäväksi ja suusta voi tulla vaahtoa. Lihakset jäykistyvät, henkilö voi purra kieleensä. Virtsa ja uloste voivat karata.

Jäykistymisvaihetta (tooninen vaihe) seuraavat noin 20 sekunnin kuluttua pari minuuttia kestävät, nykivät, lihaskouristukset (klooninen vaihe). Kohtausta seuraa ns. jälkiuni, josta henkilö on herätettävissä.

Herättyään henkilö on jonkin aikaa sekava. Tajunta voi olla hämärtynyt. Päänsärkyä ja lihaskipuja voi esiintyä.

Mikroskooppisia vaurioita voi silti olettaa ker-tyvän myös normaalin aivojen ikääntymisen ai- kana. Epilepsian kehittymisen kannalta keskeisiä ovat ikääntyessä ilmenevät hermoston rappeuma- sairaudet ja aivojen altistuminen muitakin elin- järjestelmiä vaurioittaville verisuonisairauksille. Vauriot ja niiden käynnistämä hermoverkoston uudelleenjärjestäytyminen altistavat sähköisten häiriöpesäkkeiden synnylle. Epätasapaino kiih- dyttävien ja estävien hermovälittäjäainejärjestel- mien välillä johtaa purkaukselliseen aivosähkötoi-

minnan häiriöön. Syntyy ohimenevä aivojen toi- mintahäiriö, jonka luonne määräytyy häiriöalue- een sijainnin ja laajuuden mukaan. Vika voi ra- jautua paikallisen hermoverkon alueelle tai levitä salamannopeasti laajoille aivoalueille. Epilepsia- kohtauksessa kyseessä on siis ylimääräisen pur- kausaktiivisuuden aiheuttama aivojen toiminta- häiriö ja siitä seuraava ei-tahdonalainen, hallit- sematon toiminta. Tavallisia oireita ovat tajun- nan häiriöt, kouristelu, aistihäiriöt tai poikkeava käyttäytyminen. |

Ikääntyneiden epilepsia

Yleistä

Eri epilepsiasairauksia tunnetaan satoja. Epilepsiaa luokitellaan monin eri tavoin: Taulukossa 1 luokittelu on tehty kohtausten oireiden ja taustamekanismin (paikallisalkuinen) perusteella. Olennainen on myös erottelu taustasairauden tai muun syyn eli etiologian perusteella. Nämä jaottelut ovat tärkeitä ennusteen ja hoidon määrityksen kannalta.

Osa lapsilla ja nuorilla esiintyvistä yleisistä epilepsiasairauksista perustuu muuten normaalin ja vauriottoman hermoverkoston hermosolujen poikkeavaan ärtyvyyteen esimerkiksi ionikanavien herkkyyden pohjalta. Näille epilepsiasairauksille on ominaista ilmaantuminen tietyssä kehitysvaiheessa lapsuudessa tai nuoruudessa, perinnöllisten tekijöiden merkitys sekä normaali aivojen kuvantamislöydös. Taustamekanismina ja kohtauksiin yhdistyvänä piirteenä on sähköisen purkaustoiminnan käynnistyminen molempien aivopuoliskojen hermoverkoissa samanaikaisesti, jolloin puhutaan yleistyneistä epilepsioista. Näihin luetaan lapsuuden ja nuoruusiän poissaoloepilepsiat ja nuoruusiän myoklonusepilepsia, jotka nimensä mukaisesti alkavat lapsuudessa tai nuoruusiässä. Kyseiset epilepsiasairaudet kuitenkin osalla henkilöistä jatkuvat ja vaativat lääkehoidon vielä eläke-iässä. Pienellä osalla epilepsiaa sairastavista saattaa esiintyä elämän varrella oireettomia kausia eli remissio-vaiheita. Siksi on tärkeää

selvittää, onko aidosti kyseessä vasta ikääntyneenä alkanut epilepsia.

Ikääntyneiden henkilöiden vasta-alkavissa epilepsiasairauksissa vastaavia suoraan yleistyviä kohtautyyppettä nähdään harvoin. Lähinnä näitä voidaan nähdä sairauksissa, jossa kyseessä on laajasti hermosoluja vaurioitava eli laajojen aivoalueiden lisääntyntä ärtyvyyttä aiheuttava sairaus, esimerkiksi Alzheimerin tauti. Tällöin tyyppillisiä kohtauksia ovat ns. myokloniat, äkilliset lihassäpsäykset, joiden hyvänlaatuisuus, fysiologinen muoto on useille tuttu nukahtamisvaiheesta. Myös tajuttomuus-kouristuskohtaukset voivat syntyä vastaavalla mekanismilla. Yleensä ikääntyneen tajuttomuus-kouristuskohtauksissa on kuitenkin kyseessä paikallisalkuinen eikä suoraan yleistyvä kohtaus. Purkaustoiminta voi sähköisille ilmiöille ominaisesti salamannopeasti levitä laajalle alueelle aivokuorelle molempiin aivopuoliskoihin, jolloin kyseessä on paikallisalkuinen, toissijaisesti yleistynyt kohtaus.

Epilepsian syyt ikääntyneillä

Kun epilepsia puhkeaa ikääntyneellä henkilöllä, on lähes aina kyseessä paikallisalkuinen epilepsia. Epilepsian syy on tällöin usein osoitettavissa. Vanhetessa yleistyvät aivoverenkiertohäiriöt, kuten aivoinfarkti (aivovaltimotukos), aivoverenvuoto sekä lukinkalvonalainen vuoto. Harvinainen aivoverenkiertohäiriön syy ikääntyneillä on sinurom-



boosi eli aivojen laskimojärjestelmän tukos. Yhteensä aivoverenkiertohäiriöt ovat syynä epilepsiaan 25–50% yli 65-vuotiaista. Varman syyn jäädessä auki osassa epilepsiatapauksista lienee lisäksi taustalla aivoverenkiertohäiriöihin luettava mikroangiopatian hiljainen muoto. Kyseessä on erityisesti verenpainetautiin yhdistyvä, joskus hitaasti ja ilman äkillisiä voimakasoisia vaihei-

ta kehittyvä pienten aivoverisuonten rappeuma ja mikroskooppiset tukokset.

Aivoinfarktin tai aivoverenvuodon sairastuminen 3–4 kertaistaa riskin sairastua myös epilepsiaan. Epilepsia puhkeaa n. 5–20%:lla yleensä 1/2–2 vuoden sisällä aivoverenkiertohäiriöstä. Dementoivat degeneratiiviset aivosairaudet erillisenä tai yhdistyneenä aivoverenkierron häiri-

öihin ovat taustalla 10–20 % :lla epilepsiaan sairastuvista. Aivokasvaimet sekä aivovammat ovat syynä alle 5 %: lla. Erityisesti aivojen kuorikerroksen vaurio altistaa epilepsialle, joten ekstrapyramidaalijärjestelmän sairauksiin, kuten Parkinsonin tauti, ei liity suurentunutta epilepsiariskiä. Harvinaisia epilepsian syitä ovat mm. keskushermostotulehduksen jälkitila, synnynnäinen aivo-verisuonten rakennevika (arteriovenöosi malformaatio), aivonestekierron häiriö (normaalipaine hydrokefalus) ja aineenvaihduntasairaudet.

Yleisistä aineenvaihduntasairauksista diabetekseen liittyen erityisesti hypoglykemia (matala verensokeri) voi aiheuttaa aivovaurion ja tätä kautta epilepsiaan sairastumisen. Sydänsairauksiin liittyen vakava rytmihäiriö tai sydänpysähdys voivat vaurioittaa aivoja johtaen epilepsian kehittymiseen.

Tutkimuksista huolimatta 25–40 %:ssa tapauksissa epilepsian syy jää tuntemattomaksi.

Aina ei voida nimetä yksittäistä syytä epilepsiaan sairastumiseen. Niinpä riski sairastua epilepsiaan on kohonnut vielä 10 vuotta lieväästeisenkin aivovamman jälkeen, joskin tuolloin enää 1,5-kertainen muuhun väestöön verrattuna. Toisaalta riskiin sairastua epilepsiaan muun aivosairauden yhteydessä vaikuttavat myös muut yksilölliset hermokudoksen osin perinnölliset ominaisuudet. Jos lähisukulaississa on epilepsiaa sairastavia, on mm. aivovamman jälkeinen riski sairastua epilepsiaan kaksinkertainen.

Kohtaustyyppit ikääntyneillä

Monimuotoiset paikallisalkuiset eli ns. psykomotoriset kohtaukset ovat yleisiä (n. 40 %:lla potilaista), mutta kohtausten luonne voi olla erilainen kuin nuorilla aikuisilla. Hyvin pienelle aivoalueelle rajautuvat kohtaukset eli aurat/ ”ennakotuntemukset” eivät ole yhtä yleisiä kuin alle

50-vuotiailla. Automatismeja eli tiedostamattomia toistuvia toimintoja (nieleskely, suun maiskuttelu, käsien toistuvat, päämäärättömät liikkeet) ei aina havaita, ja koko kohtaus voi ilmetä vain lähinnä sekavuutena tai toimintojen pysähtymisenä. Paikallisalkuiset kohtaukset yleistyvät toonis-kloonisiksi eli tajuttomuus-kouristuskohtauksiksi harvemmin kuin nuorilla aikuisilla. Kohtaukset ja niihin liittyvät jälkioireet voivat kuitenkin olla pitkiä: motoriset oireet voivat kestää tunteja, sekavuus ja muistihäiriöt jopa päiviä.

Osa vanhusten epileptisistä kohtauksista esiintyy vain äkillisen muun neurologisen häiriön yhteydessä. Tyypillisiä ovat aivoverenkiertohäiriö, muu vaikea yleissairaus tai aineenvaihdunnallinen häiriö. Akuutin vaiheen kohtauksiksi eli äkilliseen muuhun sairastumiseen liittyväksi katsotaan viikon kuluessa sairastumisesta ilmaantuvat kohtaukset. Tällaiset kohtaukset voivat liittyä myös alkoholin tai rauhoittavien lääkkeiden käytöstä vieroitukseen. Akuutin vaiheen kohtaukset ovat usein yksittäisiä kouristuskohtauksia, mutta ne saattavat uusiutua vaatiessa ainakin väliaikaista kohtauksia estävää lääkehoitoa sairauden aikana. Akuutin vaiheen kohtaukset lisäävät myös varsinaiseen epilepsiaan sairastumisen riskiä. Epilepsiastahan puhutaan vasta, jos henkilöllä on taipumus saada toistuvasti kohtauksia ilman erityistä, poikkeavaa laukaisevaa tekijää.

Pitkittyneen kohtauksen eli status epilepticuksen ilmaantuvuus on vanhuksilla moninkertainen nuoriin aikuisiin nähden. Yleensä tilanne liittyy muuhun, äkilliseen aivosairauteen. Ei-kouristuksellisen pitkittyneen kohtauksen oirekuva voi olla hämäävä: tajunnan taso voi olla vain osittain heikentynyt tai potilas on vain sekava, hidastunut tai jopa harhainen. |

Miten epilepsia todetaan?

Diagnoosin osa-alueet

Epilepsiadiagnoosi perustuu kolmeen osa-alueeseen:

- 1) kohtauskuvaus, erityisesti tilanteen mahdollisesti nähneen henkilön kuvaus
- 2) aivojen kuvantaminen
- 3) EEG

Diagnoosi edellyttää neurologian erikoislääkärin arviota. Joskus erityisesti ikääntyneen henkilön epilepsian toteaminen edellyttää hyvinkin monialaista yhteistyötä. Yksinasuvilla henkilöillä voidaan tarvita lisätutkimuksia tai pitempi seuranta-aika varmaan taudinmäärittelyyn pääsemiseksi.

Neurologisessa yksikössä pyritään aluksi selvittämään kohtauksen taustasyitä. Jo henkilön varhaisissa vaiheissa voi tulla esiin epilepsian sairastumisriskiin vaikuttavia tekijöitä. Olennaista on myös tietää aiemmat sairaudet, sairaalahoidot ja mahdolliset vammat.

Ajatellen erottelua muista sairauksista ja altistavista tekijöistä otetaan sydänfilmi (EKG) ja keuhkokuva. Päihteiden kuten alkoholijuomien ja tupakan käyttömäärät korreloivat hermoston yleistilaan ja esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöihin sairastumisen riskiin. Verikokeilla suljetaan pois mm. anemiaa, joka voi sekoittavana tekijänä altistaa pyörtymiselle. Aineenvaihduntajärjestelmään liittyviä häiriötekijöitä suljetaan pois verensokerin ja elimistön natrium, kalium ja kalsium-tasojen mittauksella. Maksan ja munuaisten suuntaa-antavat toimintakokeet ovat tärkeitä myös hoidon suunnittelua varten. Samoin sydänfilmissä joskus esiin tulevilla vähäisellä joh-

tumishidastumalla on merkitystä epilepsialääkkeen valinnalle. Neurologinen status eli puhekyvyyn, muistin, aivohermojen toiminta, tunnon, lihasvoimien, tasapainon ja koordinaation arvio erityisesti kohtauksen jälkeen on tärkeää hermostollisten taustasyiden arvioimiseksi. Usein epilepsiaa sairastavan vointi ja neurologinen status ovat kuitenkin kohtausten välillä täysin normaalit.

Aivojen kuvantaminen

1970-luvun lopulla kehitetty aivojen tietokonekerroskuvaus (TT) paransi epilepsian syiden selvittämistä merkittävästi. TT-kuvauksessa röntgensäteiden avulla saadaan tietokoneen muovaama poikkileikkaukskuva aivoista useassa eri tasossa. TT-kuvaus on edelleen ensisijainen tutkimus esimerkiksi aivojen äkillisten verenkiertohäiriöiden epäilyssä. Epilepsian syiden tarkassa selvittämisessä 1980-luvun lopulta vähittäin käyttöön otettu magneettikuvaus on syrjäyttänyt TT-tutkimuksen. Magneettikuvaus (MRI) perustuu röntgensäteiden sijasta kudoksen altistamisen voimakkaalle magneettikentälle. Magneettimpulssit aiheuttavat kudoksessa hetkellisiä ionitason muutoksia, jotka ovat herkillä antureilla mitattavissa. Kuvaus on TT-kuvausta tarkempi ja magneettikuvaustekniikat ovat edelleen kehittyneet nopeaan tahtiin viimeisen vuosikymmenen aikana. Mikroskooppiselle tasolle ei kuitenkaan vielä päästä, joten aivojen magneettikuvaus voi olla täysin normaali vaikeakin epilepsiaa sairastavalla. Magneettikuvausta ei voida tehdä, jos potilaalla on sydämentahdistin, sähköinen pumppulaite tai esim. vanhoja metallisirpaleita kehossa.



Diagnostisesti tai hoidollisesti vaikeissa erityistilanteissa hyödynnetään joskus myös epilepsiassa aivojen sokeriaineenvaihduntaa kuvaavaa positroniemissiotomografiaa (PET) tai verenkierron suhteellista vilkkautta aivoalueilla kuvaavaa SPECT-isotooppikuvausta.

EEG-tutkimus

Elektroenkefalografia (EEG) eli aivosähköfilmi tehdään, jos alkuselvityksen jälkeen epäillään henkilöllä olleen epileptisiakohdauksen. EEG:ssä

voidaan nähdä kohtausten välillä suurentuneeseen kohtausalttiuteen viittaavia häiriöitä. Esimerkiksi paikallisesti korostuen saatetaan nähdä ns. teräviä aaltoja, piikkejä tai purkauksia, jotka yhdistyvät suurempaan kohtausriskiin. Spesifisiä epileptisiä muutoksia on kuvattu alle 40 %:lla vanhuspotilaista eli harvemmin kuin lapsilla tai nuorilla. Ikääntyessä EEG:ssä näkyvät häiriöt terveessäkin väestössä lisääntyvät, jonka takia EEG-tutkimuksen merkitys kohtausten erotusdiagnostiikassa on rajallinen. Lisäksi EEG voi

olla vaikeassakin epilepsiassa kohtausten välillä täysin normaali. EEG-löydösten tarkka tulkin-ta suhteessa kohtauskuvaan ja epäiltyyn sairau-teen on olennaista tutkimuksen hyödyntämises-sä. Ikääntyneen hoidon seurannassa tai lääkehoi-don purkuharkinnassa EEG:llä ei ole merkitystä.

EEG-tutkimuksessa pään iholle kiinnitettävät herkät levyanturit eli elektrodit mittaavat kallon läpi tulevaa, summautunutta isoivojen kuori-kerroksen sähköistä toimintaa. Tutkimus on ki-vuton ja riskitön ja kestää noin puoli tuntia. Eri-tyistilanteissa voidaan tehdä pitkiä 1–2 vuoro-kauden ns. kasetti-EEG rekisteröintejä. Vaikeisa ja diagnostisesti vaativissa tilanteissa myös osasto-olosuhteet edellyttävää video-EEG rekis-terointia voidaan käyttää.

Diagnostiikka usein haastavaa

Ikääntyneillä yleiset oheissairaudet voivat muun-taa oireiden kuvaa ja esimerkiksi kohtauksista toipuessa esiintyviä oireita ohjaten aluksi ajatuk-sia väärään suuntaan. Epilepsiadiagnoosin pää-sy saattaa siksi viedä pitkän aikaa. Edellä kuvat-tujen kohtauspiirteiden erojen lisäksi myös muut sairaudet voivat aiheuttaa kohtausoireita. Koro-naaritautia tai sydämen vajaatoimintaa sairasta-valla sydämen merkittävät rytmihäiriöt tajutto-muuskohtauksen taustalla ovat tärkein poissul-jettava asia.

Yleisiä sekoittavia tekijöitä ovat verenpaineen vaihtelu ja pyörtymisen. Tyyppitilanteiden lis-äksi pyörtymisen voi joskus tapahtua myös ma-kuuasennossa ja ilman ennako-oireita. Kohta-ukseen voi liittyä lyhyt kouristus/ lihasnykäyk-siä ja myös loukkaantumisen kaatuessa. Erityi-sesti yöllisen WC-käynnin yhteydessä pyörtymi-seen voi liittyä virtsan karkaaminen. Pieniinkin alkoholimääriin ja tai viileästä lämpimään siirty-miseen liittyy pintaverisuonten laajenemista, jo-

ka voi altistaa yllättävälle pyörtymiselle. Tajun-ta saattaa palata vanhukselle hitaammin kuin nuorille aikuisille pyörtymisen yhteydessä, mut-ta epilepsiakohtauksille ominaista pitkittynyttä jälkisekavuutta ei pitäisi esiintyä. Useita häiriöi-tä voi myös esiintyä samanaikaisesti; epilepsia ei suojaa pyörtymiseltä.

Lääkkeisiin liittyvät verenkierrölliset tai vire-ystilaan vaikuttavat haitat voidaan sekoittaa epi-lepsiaan. Alkoholin liikakäyttö on yleinen ero-tusvaikeuksia aiheuttava syy. Psykkiset sairau-det, kuten ahdistuneisuus ja paniikkihäiriö voi-vat ilmetä kohtausmaisina oireina. Psykkiset taustatekijät eivät ole aina ilmeisiä. Luonteeltaan epävarmojen, vaikeiden kohtausoireiden selvitte-lyyn kuuluu huolellinen psykiatrinen arvio. Fy-siologiset oireet eli elimistön normaaliin toimin-nan säätelyyn liittyvät tuntemukset voivat joskus korostua muun stressitekijän, kuten univajeen yhteydessä haittaaviksi.

Ohimenevät aivoverenkiertohäiriöt eli TIA-kohtaukset voidaan myös sekoittaa epilepsiakohta-uksiin. TIA-kohtauksiin ei yleensä kuitenkaan lii-ty tajunnan häiriötä vaan neurologinen puutosoi-re, kun epilepsiakohtauksissa pääosin on kyseessä ylimääräinen oire. Ohimenevä täydellinen muis-tinmenetys eli globaaliamnesia on usein yksittäi-senä, muutaman tunnin kestäväenä kohtauksena il-menevä hyväennusteinen lähimuistin häiriö.

Osa unihäiriöistä muistuttaa epilepsiakohta-uksia. Levottomiin jalkoihin voi yhdistyä ns. yöl-linen myoklonus, jossa nukkuessa esiintyy lyhyi-tä, alaraajojen toistuvia yöllisiä liikkeitä. Näihin ei liity tajunnanhäiriötä tai yläraajojen oireita, mutta ne voivat heikentää yöunen laatua. REM-unen käytöshäiriöön liittyy REM-univaiheen eli ns. unennäkönen aikaisen lihasvelttouden puut-tuminen, josta häiriönä seuraa unelle poikkeava voimakasasteinen liikehdintä. |



Epilepsian hoito

Hoidon yleiset periaatteet

Lääkehoidon aihe on alttius toistuville kohtauksille. Nyrkkisääntönä lääkehoidon suosittelulla pidetään kahta ilman altistavia tekijöitä ilmennyttä kohtausta 1–2 vuoden aikana. Lääkehoito voidaan aloittaa jo yhden kohtauksen jälkeen, jos potilaalla on edeltävä neurologinen sairaus, kuten aivohalvauksen tai aivovamma, johon kohtausalttius selvästi liittyy. Harkinta on kuitenkin aina yksilökohtaista. Lääkehoito on luonteeltaan kohtauksia ennalta ehkäisevä ja vaatii säännöllisen, jokapäiväisen lääkkeen käytön. Lääkehoito on aina pitkäkestoinen, usein elinikäinen. Hoitoa ei pidä aloittaa kokeeksi. Jos varmaan, täsmälliseen diagnoosiin ei ole päästy esitietojen ja lisätutkimustenkaan jälkeen, on usein parasta jäädä seuraamaan tilannetta ilman lääkitystä.

Hoidon tavoite on aina kohtauksettomuus, sillä kohtaukset vaikuttavat haitallisesti aivoihin. Enevästi ajatellaan, että epilepsia ei ole ainoastaan kohtauksina näkyvä sairaus vaan siihen yhdistyy

kohtausten välillä käynnissä oleva epileptogeeninen, aivojen toimintaa häiritsevä prosessi. Siksi mahdollisimman varhainen ja aktiivinen hoito on perusteltua. Huonossa hoitotasapainossa kohtauksen arvaamattomuus rajoittaa toimintamahdollisuuksia ja altistaa vakaville loukkaantumisille.

Hyvä hoito vaatii asiantuntevan lääkehoidon suunnittelun, aloituksen ja seurannan. Lääkäri ja potilas keskustelevalta lääkehoidon aiheista, toteutuksesta, sen pitkäaikaisuudesta ja mahdollisista haittavaikutuksista. Tarkat tiedot omasta elämäntilanteesta, -tavoista, tärkeistä harrastuksista ja läheistenkin tilanteesta ovat olennaisia tekijöitä hoidon suunnittelussa.

Hyvän hoidon toteutuminen edellyttää perustiedot sairaudesta. Epilepsian hoito vaatii pitkäjännitteisyyttä, sillä erityisesti diagnoosi- ja hoidon aloitusvaiheessa sairaus saattaa edellyttää muutoksia aiempiin suunnitelmiin. Hoito on syytä priorisoida eli nostaa hoidettavien asioiden tärkeysjärjestyksessä kärkisijoille. Hoitamattomana

epilepsia saattaa rampauttaa toimintakykyä monilla elämäntilanteilla pitkäaikaisesti.

Hyvän hoitotasapainon saavuttamisessa on tärkeää, et-

Lääkehoidon valinta epilepsiaa sairastavilla: Taulukko 2

Lääkehoidon valintaan vaikuttavat monet yksilölliset, potilaaseen ja hänen epilepsiaansa liittyvät tekijät sekä lisäksi useat käytettävissä oleviin lääkkeisiin liittyvät tekijät

Potilas	Epilepsia	Lääkkeet
<ul style="list-style-type: none">ikäsukupuoliraskaus-suunnitelmatmuut perussairaudetmotivaatio lääkehoitoonlääkityshistoriahenkilökohtaiset näkemykset	<ul style="list-style-type: none">uusi diagnoosikohtaustyyppitoireyhtymävaikeusaste	<ul style="list-style-type: none">tehovaikutusmekanismihaittavaikutuksetkäyttömuodotfarmakokinetiikkayhteisvaikutuksetkäyttöaiheetaloitusnopeushintaa



tä lääkekorvattavuuteen ja sosiaaliturvaan liittyvät asiat ovat kunnossa. Epilepsian hoitoyksiköistä löytyy tarvittaessa sosiaalityöntekijän, yleensä myös kuntoutusohjaajan neuvontaa ja ohjausta eri tilanteisiin. Ensisijainen yhteydenottotaho ja hoidon koordinaattori on epilepsiahoitaja. Hän ohjaa kunkin yksikön työnjaon mukaisesti oikean asiantuntijan luo.

Turvallisuusriskien vähentämisen takia yli 65-vuotiaita on usein rajattu pois lääketutkimuksista mm. muiden sairauksien ja lääkehoitojen yleisyyden takia. Ikääntyneiden erityisryhmässä suoraan näyttöön perustuvaa tietoa epilepsialääkkeiden tehosta ja turvallisuudesta on vähän. Pääosin sovelletaan nuorten ja keski-ikäisten aikuisten tutkimustuloksiin perustuvaa tietoa.

Hoito aloitetaan aina yhdellä, kohtaustyyppiin sopivalla lääkkeellä. Tavoitteena on mah-

dollisimman hyvä teho, yksinkertainen annostelu ja haittavaikutusten minimointi. Paikallisalkuisissa epilepsioissa aikuisilla ensisijaislääkkeitä ovat karbamatsepiini ja okskarbatsepiini ja näitä lääkkeitä voidaan käyttää ensisijaishoitona myös ikääntyneillä. Karbamatsepiinin ja okskarbatsepiinin käyttöä voi rajoittaa osalla potilaista ilmenevä veren natrium-määrän laskeminen (hyponatermia), jota lisää mm. nesteentulolääkitys. Ensisijaislääkkeistä käytetään ikääntyneillä siksi usein myös valproaattia, jolla myös muiden yhteisvaikutusten esiintyminen on vähäisempää.

Mikään lääke ei ole ikääntyneiden hoidossa ehdottomasti vältettävä. Mikäli haitat tai teho osoittautuvat ongelmiksi ensisijaislääkkeiden käytössä, tulevat kyseeseen vaihtoehtoina tai yhdistelmähoidon lisälääkkeinä paikallisalkuisessa



epilepsiassa lamotrigiini, pregabaliini, levetirasetami, tsonisamidi, topiramaatti tai lakosamidi. Vigabatriini ja fenobarbitaali on pitkäaikaishaittojen mahdollisuuden ja fenytoiini myös riskialttiin kyllästyvän poistumamekanisminsa takia rajattu käyttöön vain erityistilanteissa.

Yli 65-vuotiailla erityisesti bentsodiatsepiinihoidon käyttö (klonatsepaami, klobatsaami) tulisi tarkoin harkita, koska näiden lääkkeiden kordinaatiota ja vireystilaa heikentävät vaikutukset ovat ikääntyneillä korostuneet. Lisäksi epilepsialääkkeistä lähinnä vain näihin liittyy toleranssi-ilmiötä eli lääkkeen tehon menetyksen ja myös riippuvuuden kehittymisen riskiä.

Suotuisiakin sivuvaikutuksia epilepsialääkkeillä on: gabapentiini, karbamatsepiini, ja pregabaliini ovat tehokkaita neuropaattisen eli hermokivun estolääkkeitä esimerkiksi diabetekseen tai hermo-

juurivaurioon liittyvän selkävaurion hoidossa. Pregabaliini voi myös korjata ikääntyessä usein rikkoiseksi muuttuvaa unen rakennetta. Muun särky-lääkkeen tai kivunestolääkkeen tarve tällöin pienenee. Valproaatti ja topiramaatti tehoavat migreenikohtausten estossa ja pregabaliini auttaa yleistyneen ahdistuneisuuden hallinnassa. Lamotrigiinia ja valproaattia käytetään mielialaa tasaavina lääkkeinä kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä.

Hoidon seuranta

Epilepsian diagnosointi ja hoidon aloitus kuuluvat neurologisiin yksiköihin. Hyvässä hoitotasapainossa epilepsiaa sairastavan seuranta voi tapahtua terveyskeskuksessa. Tällöinkin erityiskysymyksissä ja hoidon ongelmia ilmetessä tarvitaan ajoon neurologin konsultaatiota. Monisairailta iäkkäillä henkilöillä monimutkaisen lää-

(Taulukko 3)

Luettelo epilepsialääkkeistä ja niiden tavallisimmista haittavaikutuksista aikuispotilailla.

Haittavaikutukset ovat yksilöllisiä ja osa niistä häviää tai vähenee ajan myötä tai niihin voidaan vaikuttaa muuttamalla lääkemannosta tai annosteluohjetta. Jos potilas saa sietämättömiä, vakavia haittavaikutuksia, on lääkettä vaihdettava. Nämä vakavat haittavaikutukset ovat onneksi harvinaisia. Uusimpien lääkkeiden kaikki haittavaikutukset eivät ehkä vielä ole tiedossamme.

Nimi	tavallisia, lieviä haittavaikutuksia	sietämättömiä, vakavia haittavaikutuksia
Eslikarbatsepiini	huimaus päänsärky kaksoiskuvat pahoinvointi	sydämen rytmihäiriöt
Etosuksimidi	väsymys päänsärky hikka käyttäytymismuutokset vatsavaivat	luuydinvaurio
Fenytoiini	väsymys tasapainohäiriöt näköhäiriöt ikenien liikakasvu ääreishermoston vaurio myokloniset lihasnykäykset	yliherkkyysihottuma luuydinvaurio maksavaurio
Gabapentiini	väsymys tasapainohäiriöt vapina masentuneisuus painonnousu myokloniset lihasnykäykset	psykykkiset häiriöt
Karbamatsepiini	väsymys tasapainohäiriöt näköhäiriöt ripuli sydämen rytmihäiriöt natriumin niukkuus veressä myokloniset lihasnykäykset	yliherkkyysihottuma luuydinvaurio maksavaurio
Klobatsaami ja klonatsepaami	väsymys ärtyisyys alentunut lihasjänteys tiedonkäsittelyn ja oppimisen ongelmat huimaus painonnousu	psykykkiset häiriöt
Lakosamidi	huimaus päänsärky kaksoiskuvat pahoinvointi	sydämen rytmihäiriöt

Nimi	tavallisia, lieviä haettavaikutuksia	sietämättömiä, vakavia haettavaikutuksia
Lamotrigiini	väsymys tasapainohäiriöt näköhäiriöt päänsärky	yliherkkyyshottuma
Levetirasetami	väsymys huimaus tasapainohäiriöt hermostuneisuus	psykkiset häiriöt
Okskarbatsepiini	väsymys huimaus natriumin niukkuus veressä myokloniset lihasnykäykset	yliherkkyyshottuma
Pregabaliini	huimaus näön hämärtäminen turvotus lievä painonnousu väsymys myokloniset lihasnykäykset	silmien turvotus näön voimakas äkillinen hämärtäminen raajojen voimakas turvotus voimakas painonnousu
Rufinamidi	väsymys, uneliaisuus päänsärky huimaus pahoinvointi, oksentelu	yliherkkyyshottuma
Stiripentoli	pahoinvointi, oksentelu	luuydinvaurio
Tiagabiini	huimaus väsymys masentuneisuus vapina myokloniset lihasnykäykset	psykkiset häiriöt
Topiramaatti	väsymys tasapainohäiriöt tiedon käsittelyn ja oppimisen ongelmat masentuneisuus painon lasku tuntohäiriöt	psykkiset häiriöt munuaiskivet voimakas painonlasku äkillinen silmänpaineen nousu
Tsonisamidi	väsymys tasapainohäiriöt tiedon käsittelyn ja oppimisen ongelmat masentuneisuus painonlasku	yliherkkyyshottuma psykkiset häiriöt voimakas painonlasku munuaiskivet
Valproaatti	väsymys vapina pahoinvointi hiustenlähtö lievä painonnousu hormonaaliset häiriöt	maksavaurio vuototaipumus voimakas painonnousu
Vigabatriini	väsymys tasapainohäiriöt levottomuus painonnousu myokloniset lihasnykäykset	psykkiset häiriöt näkökentän kaventuma

kehoidon yhteensovitus saattaa joskus parhaiten onnistua hoitoyksiköissä, joissa on käytettävissä geriatriin eli vanhusten terveyteen ja hoitoon erityiskoulutetun erikoislääkärin asiantuntemus.

Lääkehoidon aloitusvaihe vaatii seuranta-terveydenhuollon yksikössä toteutuen yksinkertaisimmillaan puhelinoiton muodossa. Nykyisten ensisijaislääkkeiden turvallinen käyttö edellyttää veriarvojen tarkastuksia hoidon ensimmäisen puolen vuoden aikana. Aika ajoin tarkistuksia tarvitaan tämän jälkeenkin joko epilepsia- tai muun lääkityksen tai voimien muuttuessa. Tarve vaihtelee kuitenkin käytetyn lääkehoidon mukaan, eivätkä kaikki nykyisin käytetyt epilepsialääkkeet edellytä verikoeseurantaa. Tärkeää sopivan lääkehoidon löytymisessä on yhteydenpito hoitotahoon, koska lääkehoito ja sen annostelu on aina yksilöllinen. Epilepsiahoitajan merkitys työryhmässä tässä vaiheessa korostuu. Epäillyt haittaoireet ja kohtaustuntemukset lieväasteisinakin kannattaa kirjata ylös. Kun näiden tarkka luonne ja esiintymisaika on selvillä, on johtopäätösten teko huomattavasti helpompaa. Hoitopaikasta tai Epilepsialiitosta voi saada tätä seuranta varten kohtauskalenterin.

Mikäli lääke ei sovi tai teho ei ole riittävä siedetyllä annoksella, voidaan siirtyä eri lääkkeiden vaikutusmekanismeja tai muita ominaisuuksia hyödyntävään yhdistelmähoitoon. Epilepsialääkkeiden vaikutustapoja ovat mm. solukalvon ioniläpäisevyyttä säätelevien kanavien toiminnan muokkaus, inhibitorisen GABA-välittäjäaineen vaikutuksen voimistaminen eri reittejä käyttäen sekä estävät vaikutukset kiihdyttävien eli eksitaattorien välittäjäaineiden yliaktiiviseen viestinvälitykseen.

Verenpaineen hoidossa käytetään usein jo hoidon alusta lähtien erilaisia vaikutusmekanismeja omaavien lääkkeiden yhdistelmähoitoa. Epilepsian hoidossa tätä ei pidetä ensisijaisena

hoitostrategiana, koska pyritään mahdollisimman yksinkertaiseen lääkehoitoon. Syynä ovat epilepsialääkkeille ryhmänä ominaiset keskushermostohaittavaikutukset eli väsymys ja huihaus. Näiden oireiden hallinta on helpointa yksinkertaisella lääkehoidolla ja ne korostuvat, jos pyritään kovin monimutkaiseen lääkeyhdistelmään eli yli kahden lääkkeen käyttöön.

Vain otettu lääke auttaa

Epilepsialääkkeet otetaan pääosin kahdesti päivässä, osalle lääkkeitä riittää kerran päivässä annostelu. Lääkkeillä on pitkä puoliintumisaika, jonka takia lääkkeen vakaa taso verenkierrossa saavutetaan vasta useita päiviä aloituksen ja/tai annosnoston jälkeen. Yksittäinenkin lääkkeen unohtaus lisää vähäisesti kohtausriskiä, mutta ei toki vie lääketasoa pieniksi. Jos yksittäiset lääkeunohdukset kovin helposti johtavat kohtauksiin tulisi harkita varmemmalle estotasolle siirtymistä eli annosnostoa. Niin matkapuhelinhälytyksiä, kuin erimallisia lääkeannostelijoita on hyvä käyttää lääkkeenoton rutinoinnin tukena. Myös haittavaikutuksia voidaan vähentää annostelun selkeydellä ja säännöllisyydellä sekä lääkkeen muistamista tukevalla järjestelyillä kotona. Lähiomaisella voi olla etenkin aluksi lääkkeenoton varmistajana suuri merkitys. Läheinen voi joskus myös havaita niin kohtauksia kuin lääkkeenhoidon aiheuttamia muutoksia esimerkiksi käytöksessä tai mielialassa herkemmin kuin potilas itse.

Haittavaikutusten huomiointi ikääntyneillä

Ikääntymiseen liittyvistä ilmiöistä lääkkeiden imeytymiseen liittyvillä muutoksilla ei katso- ta olevan suurta merkitystä epilepsian lääkehoidossa. Sen sijaan veren valkuaisaine- eli albumiinitasot ovat vanhuksilla pienempiä kuin nuorilla

aikuisilla. Tämä voi johtaa vapaan eli vaikuttavan lääkepitoisuuden osuuden merkittävään kasvuun osalla lääkkeistä (mm. fenytoiini ja valproaatti). Rasvaliukoisten lääkkeiden jakautumistila kasvaa ikääntymisen myötä, jolloin lääkkeen vaikutusaika pitenee. Maksan CYP-entsyymijärjestelmän hajottamien lääkkeiden (esim. fenytoiini, karbamatsepiini, valproaatti) poistuma on vanhuksilla hidastunut. Munuaisten kautta erittyvien lääkkeiden (gabapentiini, levetirasetaami, pregabaliini ja topiramaatti) puoliintumisaika samoin pitenee vanhuksilla. Nämä voivat vaatia käytössä olevan lääkeannoksen muuttamista pitkään epilepsiaa sairastaneilla. Ikääntyneille suositellaan yleensä pienempiä alku- ja ylläpitoannoksia kuin nuorille aikuisille, ja annoksia on myös syytä suurentaa hitaammin.

Muidenkin mekanismien pohjalta alttius haittavaikutuksille kasvaa. Ikääntyneillä allergisten monielinreaktioiden riski on kohonnut. Lääkkeiden sydänvaikutukset, johtumisen hidastuma saattavat lisätä rytmihäiriöalttiutta. Ikääntymiselle kaikkiaan on ominaista elimistön biologisen tasapainotilan säätelyjärjestelmien heikentyminen. Toipuminen häiriötiloista vie enemmän aikaa. Erityisen herkkä häiriöille on aivojen monimutkainen tasapainotila jo aistijärjestelmien haurastumisen kautta.

Yhteisvaikutukset

Epilepsialääkkeillä on kliinisesti merkittäviä yhteisvaikutuksia eräiden muiden lääkkeiden kanssa. Maksasentsyymien toimintaa nopeuttavat lääkkeet (fenytoiini, karbamatsepiini) heikentävät joidenkin verenpaine-psykeen- ja kolesterolilääkkeiden tehoa. Verenohennushoidon (Marevan) käyttö voi vaatia lisäkontroleja ja erityistä huolellisuutta INR-arvon seurannassa. Yleisessä käytössä olevista lääkkeistä mm. erytromysiini,

diltiatseemi ja verapamiili suurentavat karbamatsepiinin pitoisuuksia.

Lääkkeillä voi olla myös samantyyppisiä haittavaikutuksia. Esimerkiksi nesteenpoistolääkkeen yhdistäminen natriumtasoon vaikuttavaan epilepsialääkkeeseen tulisi suunnitella huolellisesti ja tarvittaessa kontrolloida vaikutus verikokein. Muut keskushermostovaikuttavat lääkkeet, kuten pakkauksessaan punaisella kolmiolla varustetut kipulääkkeet voivat yhdessä epilepsialääkityksen kanssa aiheuttaa poikkeavaa väsymystä tai jopa sekavuutta.

Osa epilepsialääkkeistä maksan entsyymijärjestelmän aktivoitumisen kautta nopeuttaa D-vitamiinin hajotusta. Niinpä epilepsia, epilepsialääkitys ja ikä joudutaan huomioimaan lisäriskitekijöinä osteoporoosin estohoitoa mietittäessä myös terveyskeskuslääkärin ja gynekologin vastaanotolla. Mahdollisten yhteisvaikutusten selvittämiseksi tulisi kertoa käytössä olevista lääkkeistä ja muutoksista, myös luonnonlääkkeistä. Yhteisvaikutusten tunnistamiseen kiinnitetään paljon huomiota myös apteekeissa. Aina yhteisvaikutus ei ole merkittävä, kuten esimerkiksi paikallisesti annosteltavien estradiolivalmisteiden kanssa. Lääkepakkausten ja apteekin varoitukset voi tarvittaessa varmentaa hoitopaikasta.

Epilepsian ennuste

Ikääntyneenä alkavan epilepsian ennuste on yleensä hyvä. Noin puolelle potilaista sopii ensimmäinen aloitettu lääke. Mikäli teho ei ole kohtauksen hallintaan riittävä, edetään aluksi annostoin siedon mukaan. Lääkevaihto tulee kyseeseen, jos ensimmäinen lääke ei sovi tai annostoon ei ole enää mahdollisuutta. Valtaosa, jopa 60–80 % potilaista, joilla epilepsia on alkanut 65 ikävuoden jälkeen, tulee kohtauksettomaksi lääkehoidolla. Aivoverenkiertohäiriöihin liit-

tyvät kohtaukset reagoivat lääkitykseen paremmin kuin rakenteellisiin syihin liittyvät paikallisalkuiset kohtaukset yleensä.

Hoito on usein elinikäinen ja sopivan hoidon voidaan odottaa toimivan pitkäaikaisesti edelleen vanhetessa. Sovituksen tarvetta annoksessa tai muun lääkehoidon valinnassa voi tulla. Osa iäkkäistä epilepsiapotilaista kärsii kuitenkin vaikeahoitoisesta epilepsiasta. Kun haittavaikutukset estävät lääkkeiden käyttöä tai kohtauksia esiintyy vielä lääkehoidon aikana, kärsivällisyys ja hoitoon sitoutuminen ovat koetuksella. Erityisesti tällöin on hyvä tuoda kaikki omat huomiot ja epäilyt avoimesti esiin. Huolellinen lääkehaun jatkaminen on kuitenkin ainoa keino sopivimman hoidon löytymiseen. Vaihtoehtoja lääkevalmisteista onneksi nykyään löytyy.

Muut hoitovaihtoehdot

Kun epilepsian taustalla on esimerkiksi aivokasvain, tulee leikkaushoito usein kyseeseen kasvun pysäyttämiseksi tai hidastamiseksi. Epilepsian hoito samalla yleensä helpottuu, joskin lääkehoitoa pääsääntöisesti edelleen tarvitaan. Varsinainen epilepsiakirurgia eli leikkaushoito, jonka tavoitteena on ainoastaan kohtausalttiuden hallinta, on hyvin harvoin ikääntyneen hoitomuoto. Parhaat tulokset leikkaushoidolla nähdään silloin, kun kyseessä on ohimolohkon sisäosan rappeumaan (ns. temporaalinen mesiaaliskleroosi) tai synnynnäisiin kehityksellisiin aivojen rakennepoikkeavuuksiin liittyvä epilepsia. Nämä sairaudet tulevat käytännössä esiin alle 50-vuotiaana. Jo leikkaushoitomahdollisuuden selvitys vaatii tarkkoja, osin raskaita ja kajoavia tutkimuksia. Aivokudoksen leikkaus on aina mahdollinen vain alueelle, jonka toimintaa muut aivoalueet voivat riittävästi kompensoida. Ikääntyessä nämä korvausreservit ovat rajalliset ja myös yleiset leikkausriskit kasvavat.

Sähköinen hermokudoksen stimulaatio vähentää tai lievittää osalla potilaista kohtauksia. Suomessa on käytössä ns. vagushermostimulaatio, joka tulee kyseeseen erittäin vaikeahoitoisessa epilepsiassa. Tällöin arvioidaan, että kohtausvähennemästäkin saadaan todennäköisesti merkittävä elämänlaadullinen hyöty. Vagusstimulaattorihoitoon eteneminen vaatii käytännössä vastaavat vaativat tutkimukset kuin leikkaushoidon harkinta. Stimulaattorin asennus vaatii neurokirurgin tekemän toimenpiteen yleisanestesiassa; pariston uusiminen edellyttää uuden toimenpiteen noin 5 vuoden välein.

Lääkkeen purku

Hyvin sopineen lääkityksen löydyttyä ei ole esitetä jatkaa tätä loppuelämää. Erityisesti nykyisin käytetyistä ensisijaislääkkeistä on jo vuosikymmenten kokemus.

Lääkehoidon vaikutustapa on ensisijaisesti luonteeltaan kohtauksia ennalta ehkäisevä, vaikka saattaakin tasata ylimääräistä purkausaktiivisuutta pitkäaikaisesti. Kyseessä ei siis ole lääkekuuri.

Lääkehoidon purkua voidaan miettiä pitkän 3–5 vuotta kohtauksettoman jakson jälkeen. Edellytyksenä on, että lääkehoidolle on saatu hyvä vaste nopeasti, eikä epilepsian taustalla ole todettu muuta aivosairautta tai rakennepoikkeavuutta. Vaikka tunnetaan tekijöitä, jotka ennustavat purun onnistumista, varmaa ennustetta ei voida antaa. Mikäli lääkepurku on jo aiemmin epäonnistunut, ei uusia yrityksiä suositella. Purku tehdään aina porrastetusti ja purkuvaiheen aikana on tärkeää olla yhteydessä hoitopaikkaan myös kohtausepäilyistä. Lääkehoidon purkuun liittyy riski kohtausten paluusta. Tällöin seuraa myös pieni riski, että aiempaa hyvää hoitotasapainoa ei enää saavuteta yhtä helposti. |



Muisti ja mieliala

Epilepsia ja muisti

Epilepsian hoidon yhteydessä tuodaan usein esiin huoli mahdollisista muistihäiriöistä. Epilepsian perussyyn eli esimerkiksi aivoinfarktiin tai demen-toivaan sairauteen voi liittyä luonnollisesti merkit-täviä ja tuntevia muistin, ja muunkin älyllisen toi-mintakyvyn vaikeuksia. Kohtausalttius voi yhdis-tyä myös muuhun, hienovaraisempaan aivojen toi-minnan häiriöön. Ohimolohkon sisäosan alueen toimiessa epileptogeenisenä vyöhykkeenä on myös muistissa useammin todettavissa häiriöitä. Otsa-lohkoepilepsioihin voi yhdistyä tarkkaavuuden ja toiminnan ohjauksen viitteellisiä muutoksia, jot-ka heijastuvat myös muistin toimintaan. Epilep-sian hyvä hoitotasapaino yhdistyy pääsääntöisesti myös hyvään muistitoimintojen säilymiseen.

Muistin toiminnan säätely on monitekijäistä ja sairastamisen vaikutukset eri muistitoimintoi-hin ovat moniulotteiset. Lähes kaikkien elinjär-jestelmien sairaudet voivat vaikuttaa lähimuis-tin toimintaan ja uuden oppimiseen väliaikaises-ti. Kipu ja särky tuntuvat myös muistin heikenty-

misenä. Nukkumisen vaikeutuessa univaje kuor-mittaa muistikapasiteettia.

Sairastumiseen liittyvä alitajuinen stressi ja suunnitelmien muutostarpeet vievät osansa kes-kittymiskyvystä ja henkisistä voimavaroista, ei-vätkä asiat jää mieleen aiempaan tapaan. Pitkä-aikaiseen stressiin liittyvät fyysiset muutokset, kuten kortisolin erityis omaa epädullisia vaiku-tuksia mm. ohimolohkojen toimintaan. Vaiku-tukset eri muistitoimintoihin voivat olla pitkäai-kaisia. Hoidon edistyessä ja diagnoosiin tullessa etäisyyttä vointi, vireystila ja näiden myötä muis-ti kohenevat usein selvästi. Aktiivinen harrastus-toiminta, yhteydenpito läheisiin ja päivärytmin säännöllisyys ylläpitävät muistia. Kannattaa huo-mata, että aivot ovat kehittyneet aikana, jolloin niiden vastaanottama informaatiotulva oli huo-mattavasti vähäisempi. Muistitoiminnot ovat ny-kyisessä elämänrytmissä koetuksella. Muistitu-kien käyttö yleistyy luontaisestikin monilla kes-ki-iässä, mutta vaatii joskus erityistä huomiota ja järjestelmällisyyden opettelua.

Erityisesti epilepsian lääkehoidon vaikutuksia muistiin pelätään myös turhaan. Lääkehoidolla ajatellaan olevan erityisesti pitkällä tähtäimellä suotuisa vaikutus muistin toimintaan kohtausalttiuden taustahäiriön hoidon myötä. Lääkehoidon väsyttävä vaikutus erityisesti hoidon aloitusvaiheessa voi vaikuttaa siihen, kuinka hyvin jaksaa keskittyä ja sulkea pois häiriötekijöitä. Ikääntyneillä merkittävin muistin toimintaa rasittava lääkehoito on unilääkkeiden jatkuva käyttö. Epilepsialääkkeistä unilääkkeiden sukulaisvalmisteita, bentsodiatsepiineja ja myös suuriannoksista topiramaattihoitoa tulisi välttää, jos muistin toiminnassa epäillään ongelmaa.

Muistin merkittävää häiriötä epäiltäessä on joskus tarpeen kartoittaa ikääntyneillä yleisiä muistiin vaikuttavia elimellisiä taustatekijöitä verikokein: verensokeritasoa, B-ryhmän vitamiinien imeytymistä, maksan ja munuaisten toimintaa sekä kilpirauhasen toimintaa.

Muistitoimintoja voidaan arvioida eri menetelmin, joiden perusteella voidaan miettiä edelleen lisäselvitystarvetta. Tärkeä osa ovat omaisten havainnot käytännön tilanteista, joihin on käytettävissä myös erityisesti tarkoitusta varten suunniteltuja kyselylomakkeita.

Hoitoyksikössä tehtävistä muistitutkimuksista suppein on Mini-Mental-State (MMSE) -tehtäväsarja. Erityiskoulutettu sairaanhoitaja voi tehdä CERAD-kartoituksen ja näitä tehtäväsarjoja voidaan myös seurannassa uusina. Epäselvissä tilanteissa tarvitaan laaja neuropsykologinen tutkimus. Noin kolme tuntia kestäväällä vaativalla tutkimuksella voidaan tarkemmin selvittää yleistä älyllistä toimintakykyä, päättelykykyä, tietojen ja aistihavaintojen käsittelyä, tarkkaavaisuutta, toimintaotetta ja nopeutta sekä muistin toimintaa että näissä ilmeneviä häiriöitä.

Epilepsia ja mieliala

Ahdistuneisuus ja masennus vaikuttavat negatiivisesti muistin toimintaan. Ikääntyneillä masennus ei aina näy koettuna, voimakkaana mielialan muutoksena. Joskus pääosassa ovat fyysiset oireet: ruokahaluttomuus, laihtuminen, kivut, uni-vaikkeudet ja jaksamattomuus. Mielenkiinto läheisiin vähenee, henkilö eristäytyy ja kodinhoito jää. Mikäli itse tai läheinen havaitsee masennukseen viittaavia oireita, on näistä hyvä hakeutua lääkärin – yleensä ensisijaisesti terveyskeskuslääkärin – vastaanotolle. Jos epilepsian hoito on hiljattain aloitettu, on yhteydenotto myös neurologiseen yksikköön tärkeä. Epilepsialääkkeet voivat osalla käyttäjistä aiheuttaa ärtyvyyttä, ruokahalun muutoksia ja myös merkittäviä mielialan muutoksia. Hoidon aloitusvaihe ja annostovaiheet ovat tässä kriittinen seurattava aika. Monilla lääkkeillä on toki mielialan hoitoa tukevaakin vaikutusta ja huoli mielialasta on hyvä tuoda esiin epilepsian hoidon aloituksen yhteydessä. Elämäntilanteen ja muun sairaushistorian mukaan epilepsiaan sairastuminen voi joskus olla ”kamelin selän katkaiseva” asia myös mielialan suhteen. Muu masennuksen hoito eli lääkehoito ja/tai terapiakäynnit tulisi tällöin viipymättä käynnistää. Jos vakavan masennuksen oireita ilmenee, pelkästään epilepsialääkkeen muutoksen vaikutusta ei kannata jäädä odottamaan. Terveyskeskuksesta käynnistyvien ensisijaisten hoitotoimenpiteiden lisäksi saatetaan tarvita psykiatrin arviota ja tiivistä hoitoa.

Mielialalääkitys on yhteen sovitettavissa epilepsialääkityksen kanssa, mutta muun keskushermostoon vaikuttavan lääkehoidon aloituksen jälkeinen aika on aina huolellisesti seurattava. Suurella osalla henkilöistä serotoniini-järjestelmään vaikuttavat masennuslääkkeet kuitenkin ilmeisesti jopa suojaavat epilepsiakohtauksilta. |

Epilepsia ja arkielämä

”Eihän epilepsiaan enää vanhana sairastuta – eikä sitä meillä suvussakaan ole”.

Epilepsiadiagnoosi on monelle raskas asia. Joskus sairautta on mahdotonta hyväksyä. Epilepsiaa leimaavat edelleen osin vanhoista uskomuksista kumpuava ennakkoluulot, jotka voivat rajoittaa monella tavoin toimintaa henkilön lähipiirissä. Psykkiset ja sosiaaliset rajoitteet ovat usein suhteettoman suuret verrattuna epilepsian aiheuttamiin todellisiin rajoitteisiin ja riskeihin.

Epilepsia tuo elämään lisäkuormaa. Miten oppia elämään epävarmuuden tunteen kanssa? Monet arkiset asiat, kotiaskeetit, harrastukset, autolla ajo, asiointi, joudutaan arvioimaan uudelleen. Oman lisänsä tuovat säännöllinen lääkähoidon toteutus, tutkimukset ja kontrollit. Rooli perheen, sukulaisten ja ystävien parissa voi muuttua. Sairastuminen aiheuttaa aina paljon kysymyksiä: miksi juuri minun piti sairastua? Miten selviydyn sairauden kanssa? Miten hoito tehoaa? Tieto sairaudesta voi aiheuttaa häpeää ja syyllisyyttä, jopa masennusta. Sairauden takia voi joutua luopumaan monista itselle tärkeistä asioista. Mitä niiden tilalle? Keinot sopeutua uuteen tilanteeseen ovat hyvin yksilöllisiä ja erilaisia. Sisäisten tekijöiden kuten persoonallisuuden, elämäntilanteen tunteen ja elämäntilanteen merkitys sopeutumisessa on suuri. Toisaalta luopumisen prosessiin kuuluu aina mahdollisuus luovutteen. Aivan uusia ovia voi avautua, kun yksi ovi sulkeutuu. Ympäristö ja lähipiiri voivat helpottaa, joskus myös mutkistaa, uuteen tilanteeseen sopeutumista.

Riittävä tiedon saanti, luottamus hoitohenkilökuntaan sekä avoin ja pitkä jänteinen yhteistyö

omassa terveydenhuollon yksikössä ovat omiaan vähentämään ahdistusta, pelkoja ja turvattomuuden tunnetta uudessa elämäntilanteessa. Järjestötoimintaan ja Epilepsialiiton kurssitoimintaan osallistuminen tuo vertaistukea ja turvaa toisten kokemusten kautta. Avoin suhtautuminen epilepsiaan vähentää ennakkoluuloja ja helpottaa kanssakäymistä myös omassa lähipiirissä.

Liikunta

Epilepsiaan sairastuminen on vaihe, jossa voimavaroja kannattaa varata oman terveyden ja yleiskunnon kohotukseen. Useimmat kuntoliikuntalajit sopivat myös epilepsiaa sairastaville, eikä fyysinen rasitus itsessään altista epilepsiakohtauksille. Vähentynyt lihasvoima, huono tasapaino ja vähäinen liikkuminen ovat myös kaatuilun riskitekijöitä. Nousujohteista tasapaino- ja lihasvoimaharjoitusta ei ole missään vaiheessa liian myöhäistä aloittaa. Fyysisellä aktiivisuudella voidaan lievittää vanhenemiseen liittyvää biologisen kapasiteetin vähenemistä. Vastaavasti henkisten virikkeiden käyttö ja älyllisten haasteiden vastaanotto pitävät yllä älyllisen toimintakyvyn reserviä.

Seksuaalisuus

Epilepsia ei aiheuta estettä normaalille sukupuolielämälle. Epilepsian taustasairauksiin voi kuitenkin liittyä merkittäviä rajoituksia tai muutoksia. Seksuaalisuuden merkitys ei ole kaikille ihmisille vakio. Niin seksuaalisen aktiivisuuden määrä kuin ilmenemismuodot vaihtelevat kaikissa ikäryhmissä, eikä standardia voida määrittää. Mielenkiinto seksiin vähenee monilla ikäntymisen myötä. Taustalla lienevät niin hormoni-

toiminnan hidastuminen kuin joskus kumppanin puute, mutta mielenkiinto saattaa painottua myös muille elämäalueille. Muutos, nähdään se sitten vanhenemisena tai kehityksenä, voi tapahtua eri tahtia kumppanin kanssa.

Sairastumisvaiheeseen voi liittyä väliaikaista seksuaalista haluttomuutta ja/tai kyvyttömyyttä yhdistyen osalla mielialan muutokseen. Lääkehoidolla voi olla niin hormonitoiminnan kuin keskushermoston kautta välittyviä epäedullisia vaikutuksia, mutta niiden merkitys on harvoin kovin suuri. Arviointia vaikeuttaa joskus lääkeshoidon aloituksen osuminen sairauteen sopeutumisen kriisiaikaan. Taustatekijöitä tässäkin on-

gelmassa saattaa siis löytyä useita, kuten ratkaisukeinojakin. Vaivan pitkittyessä lääkevaihtokin voi tulla kokeiltavaksi. Erektiohäiriölääkkeet ovat yhdistettävissä epilepsian lääkehoitoon eivätkä ne altista kohtauksille. Muut sairaudet voivat joskus olla näiden käytölle este.

Ravitsemus

Epilepsiaa sairastavalle suositellaan samoja ravitsemuksen perusperiaatteita kuin muulle väestölle. Lasten vaikeahoitoisessa epilepsiassa harvinaisena käytetty ketogeeninen dieetti ei sovi ikään-tyneille, eikä ns. paasto sovi epilepsiaa sairastavalle. Proteiinimäärää korostavalle dieetille ei



epilepsia aiheuta estettä, ja ikääntyvällä niin ruoan riittävään valkuaisaine- kuin energiasisältöön tulisi kiinnittää huomiota. Runsaskuinen ruokavalio, jossa syödään pieniä annoksia säännöllisin väliajoin tasaa verensokeritason ja vireystilan vaihteluja. Suomalaisen ruokavaliossa marjojen, vihannesten ja hedelmien määrä jää edelleen suosituksia pienemmäksi ja hyvänlaatuisten rasvojen (kalarasvat, kasvisöljyt) osuutta voitaisiin edelleen lisätä eläinrasvojen määrää vähentäen.

Lääkkeisiin yhdistyvä vatsaärsytystä voidaan yleensä vähentää yhdistämällä lääkkeenotto ruokailuun. Natriumhukanvälttämiseksi ylimääräistä nesteen nauttimista tulisi välttää. Vesipullo kannattaa ottaa mukaan vain helteellä tai poikkeavan fyysisen rasituksen yhteydessä. Myös ruokasuolan käyttö kannattaa pyrkiä kokonaisterveydentilan ja verisuonten kunnon kannalta suositusten mukaiseen 10 g vuorokausirajaukseen. Pimeän talvikauden aikana suositellaan D-vitamiini-kalsiumkorvausta kaikille suomalaisille. Ikääntyvällä epilepsiapotilaalla D-vitamiini- ja kalsiumlisän käytön tulisi olla ympärivuotista luuston suojaamiseksi osteoporoosilta. Vitamiini- ja hivenainevalmisteita voi käyttää etenkin, jos ruokavalio ei ole riittävän monipuolinen. Vitamiinit ja hivenaineet kannattaa ostaa apteekista ja valita varsinaisista lääkevalmisteista, jotka on tutkittu huolella.

Luonnonlääkkeet ja vaihtoehtoishoidot

Luonnonlääkkeet ovat lääkkeen tavoin käytettäviä tuotteita, jotka on valmistettu ilman monimutkaisia käsittelyjä luonnon raaka-aineista, tavallisimmin kasvien osista. Luonnonlääkkeiden tehoa ei tarvitse osoittaa tutkimuksin eikä niiden sisällöstä tai sen vaihtelusta ole tarkkaa tietoa. Varsinaisia lääkkeitä koskevat säädökset ovat tässä suhteessa erittäin tiukat.

Luonnonlääkkeet toimivat itsehoidossa psyykkisenä tukena ja niillä saattaa olla tehoakin. Esimerkiksi unettomuuden hoidossa käytetyt valmisteet saattavat olla lievästi väsyttäviä.

Ongelma on se, että luonnonlääkkeitä pidetään laajalti haitattomina. Tämä ei pidä paikkaansa, sillä myös luonnonlääkkeet saattavat aiheuttaa esimerkiksi yliherkkyysoireita ja maksavaurioita.

Epilepsiaa sairastavilla ongelmaksi saattaa muodostua luonnonlääkkeiden mahdollisesti sisältämien kasvien osien aiheuttama kohtauskynnyksen aleneminen. Tällaista on todettu mm. unettomuuden hoitoon tarkoitettujen luonnonlääkkeiden käytön yhteydessä. Luonnonlääkkeiden käytöstä on keskusteltava hoitavan lääkärin kanssa. Usein kuitenkin lääkärinkin on mahdollton saada tietoa luonnonlääkkeen sisällöstä ja ottaa kantaa sen mahdollisiin haittavaikutuksiin.

Vitamiini- ja hivenainevalmisteita voi käyttää etenkin, jos ruokavalio ei ole riittävän monipuolinen. Vitamiinit ja hivenaineet kannattaa ostaa apteekista ja valita varsinaisista lääkevalmisteista, jotka on tutkittu huolella.

Muut vaihtoehtoiset hoitomuodot eivät todennäköisesti alenna kohtauskynnystä ja joillekin potilaille saattaa olla hyötyä esimerkiksi akupunktuurista tai erilaisista hierontahoidoista rentouttavana tukihoidona.

Epilepsian lääkehoito on siis kuitenkin ensisijainen hoitomuoto ja vaihtoehtoishoitoja voi käyttää ainoastaan varsinaisen hoidon lisänä.

Epilepsia ja ajokyky

Epileptinen kohtaus merkitsee aina välitöntä moottoriajoneuvon ajokieltoa, jonka kesto riippuu kohtauksen luonteesta. Yksittäisen kohtauksen jälkeen ajokielto on 3 kk. Tänä aikana selvitetään neurologisilla perustutkimuksilla kohtauk-



(Taulukko 4)

Epilepsiaan liittyvien riskien hallinta

Epilepsia-kohtaus voi aiheuttaa vaaratilanteita kotona. Vaaratilanteiden ehkäisemiseksi on hyvä muistaa muutamia perusasioita.

Kohtauksille altistavien tekijöiden välttäminen sekä turvallisuuden huomiointi sisältää vähän sellaisia toimenpiteitä, mitä ei voitaisi suositella elämänlaadun kannalta kaikille.

Hyvin toteutettu lääkehoito on perusta kohtausriskin vähentämiselle

- säännöllinen lääkkeenotto, muistilista, annoslokerikko
- kotisairaanhoidon ja -palvelun tuki, esim. yksin asuulla

Kohtauksille altistavien tekijöiden välttäminen

- alkoholin liikakäyttö, nimenomaan krapulavaihe altistaa kohtauksille
- valvominen
- liiallinen stressi
- vaikeat tulehdussairaudet (esim. keuhkokuume)
- rauhoittavien lääkkeiden tai epilepsialääkkeiden äkillinen lopettaminen
- syömättömyys
- tietyt lääkeaineet; kerro aina lääkäreille epilepsialääkityksestä

Turvalliset asuinolosuhteet

- minimoi riski pudota tai kaatua korkealta (portaat, telineet)
- minimoi palovammariski
- minimoi sähkötapaturmariski

Harrastusten turvallisuus

- vältä vaarallisten työkoneiden käyttöä
- lähde vesille tai uimaan vain seurassa, ei yksin
- älä sauno yksin; saunominen sinänsä ei yleensä lisää kohtausriskiä
- ennakoi palovammariski saunoessasi, sijoita kiuas turvallisesti, mieluiten kaiteen taakse
- matkaillessasi ulkomailla vältä suuria uni-valverytmin häiriöitä
- varaa matkalle lääkkeitä useampaan kuin yhteen laukkuun, esim. käsimatkatavaroihin ja matkalaukkuun
- matkalla on hyvä olla mukana hoitavan lääkärin tekemä lyhyt englanninkielinen yhteenveto epilepsiasta ja sen lääkkehoidosta

sen luonne sekä saadaan käsitys, miten todennäköisesti kohtaus uusii.

Epilepsiadiagnosiin liittyy yhden vuoden mittainen ajokielto. Mikäli kohtaukset reagoivat hyvin lääkeshoidolle eikä uusia kohtauksia tule, voi henkilö taas kuljettaa yksityisesti ABE-luokan moottoriajoneuvoa. Ajokorttiluokissa C, CE, D ja DE sekä ammattiajolupaa edellyttävissä kul-

jetustehtävissä yksikin epileptinen kohtaus syys- tä riippumatta aiheuttaa pysyvän ajokiellon. Nämä rajoitteet määräytyvät EU:n ajokorttidirektiivin perusteella. Rajoitteiden tavoite on luonnollisesti turvata henkilön oma ja muiden liikenteessä olevien turvallisuus. Epilepsian lisäksi ikäihmisen ajokykyä arvioitaessa otetaan huomioon muut mahdolliset ajokykyyn vaikuttavat sairaudet, ku-



ten dementoiva sairaus tai aivoverenkiertohäiriön jälkitila. Ajolupaa ei voida myöntää, jos kohtauksia ei saada hoidolla hallintaan. Jos epilepsialääkitys on lopetettu ja henkilö saa epilepsiakohtauksen, ajokielto kestää 1 kk sen jälkeen, kun lääkehoito on uudelleen saatu hoitotasolle. Säännöllinen lääkehoito ja kohtaukseen vaikuttavien tekijöiden minimointi ovat erityisen tärkeitä niillä, jotka kuljettavat moottoriajoneuvoa liikenteessä.

Epilepsialiitto on julkaissut erillisen oppaan ”**Epilepsia ja ajokyky**”, jossa on tarkempaa tietoa.

Alkoholi

Alkoholin haitallisten hermostovaikutusten takia käytölle ei voida määrittää turvallista alarajaa missään ikäryhmässä. Humalahakuisen alkoholin käytön jälkeinen päivä on alttiimpi epilepsiakohtaukselle, erityisesti jos samalla lääkkeenotto on unohtunut. Lääkkeitä käyttävien kannattaa olla aina erityisen varovaisia alkoholin käytössä. Yllättäviä yhteisvaikutuksia voi esiintyä varsinkin henkilöillä, jotka käyttävät alkoholia satunnaisesti. Muiden lääkkeiden käyttö lisää

edelleen mahdollisuutta yhteisvaikutuksiin alkoholin kanssa. Onnittelumaljalle tai lasille viiniä ruoan kanssa ei epilepsia tai epilepsialääkitys kuitenkaan aiheuta estettä.

Yli 65-vuotiaille henkilöille ei voida asettaa samoja alkoholin riskikäytön rajoja kuin työikäisille. Sama alkoholiannos saa vanhuksilla veren alkoholipitoisuuden suuremmaksi kuin nuoremmilla, koska kehon vesipitoisuus ja alkoholin jakautumistilavuus pienenee ikääntyessä. Mahalaukun alkoholia hajottava alkoholidehydrogenaasi-entsyymi vähenee. Alkoholin hermostovaikutukset (humaltuminen, tasapainon heikentyminen) korostuvat ikääntyneinä, koska tasapainon hallinta on alentunut mm. aistijärjestelmien heikkenemisen kautta.

Yli 65-vuotiailla alkoholin käyttömäärän ja kuolleisuuden tilastollisen riskin käyrä on U-muotoinen. Alkoholia yli kolme annosta viikossa käyttävien naisten ryhmässä kuolleisuus lähtee jyrkään nousuun ja miehillä vastaavasti, kun seitsemän annosta viikossa ylittyy. Siksi on esitetty suosituksia, että yli 65-vuotiaiden ei pitäisi käyttää

Epilepsia-kohtauksen ensiapu

Tajuttomuus-kouristuskohtaus

Kohtauksen saanut menettää tajuntansa, kaatuu ja vartalo jäykistyy. Kieli tai poski voi jäädä hampaiden väliin, jolloin suusta vuotaa verta. Jäykistymistä seuraavat nykivät kouristukset. Hengitys salpautuu muutamaksi sekunniksi ja suusta voi tulla vaahtoa. Kouristuksia voi seurata jälkiuni, josta henkilö on jo herätettävissä.

1. Pysy rauhallisena. Jokainen voi auttaa epilepsia-kohtauksen saanutta. Ensiavun antaminen ei vaadi erityistaitoja.
2. Älä yritä estää kouristusliikkeitä, mutta huolehdi siitä, ettei henkilö niiden aikana kolhi päätään (pehmuste pään alle) tai muuten vahingoita itseään. Kouristelu kestää yleensä vain 1–2 minuuttia.
3. Älä laita suuhun mitään, sillä se vaikeuttaa hengittämistä.
4. Käännä henkilö kylkiasentoon heti, kun kouristukset vähenevät. Näin hengitystiet pysyvät avoimina ja mahdolliset eritteet pääsevät valumaan ulos.
5. Varmista, että henkilö pystyy hengittämään ja ilmavirta tuntuu.
6. Jos kouristelu kestää yli 5 minuuttia tai kohtaus uusii ennen kuin henkilö on ehtinyt toipua edellisestä kohtauksesta, soita hätäkeskukseen (112).
7. Varmista, että henkilö on kunnolla toipunut, vastaa kysymyksiin ja tietää, minne on menossa, ennen kuin jätät hänet. Soita hätäkeskukseen, jos henkilö on loukkaantunut kohtauksen aikana.

Tajunnanhämmärtymiskohtaus

Kohtauksen aikana henkilö vaikuttaa sekavalta eikä ole täysin tietoinen ympäristöstään. Hän saattaa toistaa tiettyä mekaanista liikettä, esim. kävelee päämäärättömästi, hieroo käsiään, nyyppi vaatteitaan tai maiskuttee. Tajunta on hämmärtynyt, hän ei tajua, mitä tapahtuu, eikä pysty vastaamaan kysymyksiin asiallisesti.

1. Pysyttele kohtauksen saaneen henkilön lähetyvillä ja yritä tarvittaessa varovasti ohjailla häntä siten, ettei hän vahingoita itseään. Kohtaus kestää yleensä vain muutaman minuutin.
2. Älä yritä estää henkilön liikkumista, sillä hän todennäköisesti vastustaa sinua.
3. Anna kohtauksen mennä ohi itsestään. Ellei niin käy 5 minuutin kuluessa, soita hätäkeskukseen (112).
4. Varmista, että henkilö on kunnolla toipunut, vastaa kysymyksiin ja tietää, minne on menossa, ennen kuin jätät hänet. Soita hätäkeskukseen, jos henkilö on loukkaantunut kohtauksen aikana.

**Tarvittaessa
kysy neuvoa yleisestä
häätänumerosta 112.**



Lähde: Suomen Punainen Risti
(kuva Niklas Meltio)

säännöllisesti enempää kuin 1 alkoholiannos päivässä tai 7 annosta viikossa, eikä kerralla yli kahta annosta. Epilepsiaa sairastaville voidaan suosittaa samoja rajoja kuin muille yli 65-vuotiaille.

Rokotukset

Epilepsiaa sairastava voi ottaa normaalisti rokotukset eikä niihin liity lisääntyneitä kohtausriskiä tai yhteisvaikutusongelmia muun lääkehoidon kanssa. Malarian estohoitoa mietittäessä epilepsia on aina huomioitava ja tarvittaessa valittava lääkevalmiste, joka ei lisää kohtausherkkyttä.

Vilkkuvalo

Pääosa valoherkistä epilepsioista alkaa lapsuudessa tai nuoruudessa eikä kyseessä ole kovin yleinen ilmiö ikääntyneen epilepsiassa. Valoherkkyys reagoi lääkehoidolle, kuten muutkin kohtaukset. Minikäänlaisia rajoitteita tietokoneiden käytössä tai tv:n katselussa ei tältä kannata tarvita. Myös K-50 diskoteekit ovat sallittuja epilepsiaa sairastaville.

Matkailu

Epilepsia ei ole este pitkillekään matkoille. Matkalle kannattaa varata lääkkeitä useaan laukkuun niin käsimatkatavaroihin kuin ruumaan menevään laukkuun. Reseptit tulisi olla mukana; myös tullissa tarvitaan ajoin todiste lääkkeiden käyttötärpeestä. Suomen ulkopuolella reseptillä ei saa apteekista suoraan lääkettä. Osassa maita lääkkeitä on vapaasti käsikaupassa, mutta kannattaa huomioida, että valmisteet eivät aina vastaa ominaisuuksiltaan Suomessa myynnissä olevia. Hoitopaikasta voi pyytää englanninkielistä yhteenvetoa epilepsiasta ja sen lääkehoidosta lisäturvaksi matkoille. Joissain maissa saatetaan tällainen todistus vaatia reseptien lisäksi myös tullissa.

Matkat kannattaa suunnitella huolellisesti etukäteen. Altistumista suurille uni-valverytmin

häiriöille voi välttää matkustusaikoja ja mahdollisuuksien mukaan suoria lentoja valitsemalla. Elimistön sopeutumista aikaeroon ei ole juuri mahdollista nopeuttaa, vuorokausirytmii siirtyä noin tunnin päivässä. Suosituksena on silti aikaerorasituksen yhteydessä pyrkiä nopeasti kohdemaan rytmiin. Valoaltistus, ulkona liikkuminen aamulla valoisassa tahdistaa päivärytmii. Myös lääkkeen otossa tulisi pyrkiä kohdemaan rytmiin. Jos lääkkeenoton väliä joudutaan vuorokausirytmii sopeutuessa muuttamaan, tulisi ensisijaisesti lyhentää väliä edellisestä lääkkeenottokerrasta. Keskellä yötä ei kannata herätä ottaman lääkkeitä, koska lääkkeiden imeytyminen ei tapahdu otollisesti elimistön lepoaikana.

Ensiapulääkitys

Epilepsiahoitoon on olemassa ensiapulääkkeitä: diatsepaami (Stesolid) peräruiskeena tai midatsolaami (Epistatus) posken limakalvolle annosteltuna, joka on erityisluvallinen valmiste. Pääsääntöisesti epilepsiahoito loppuu kuitenkin itsestään 1–2 minuutin sisällä. Ylimääräisen lääkkeen anto voi pitkittää kohtauksesta toipumista ja altistaa hengityslamalle. Säännöllisessä käytössä olevat epilepsialääkkeit eivät auta kohtauksilanteissa eikä niiden nieleminen onnistu.

Vaikeahoitoisessa epilepsiassa, jossa poikkeuksellisesti on taipumus pitkittyviin kohtauksiin tai kohtaussarjoihin, voidaan hoitopaikassa käydä läpi ensiapulääkkeen käyttö. Ensiapulääkkeen määrää hoitava lääkäri, joka yhdessä hoitajan kanssa ohjaa oikean käytön lääkettä annosteleville henkilöille.

Ensiapulääkkeitä antaa aina toinen henkilö, potilaan omainen tai esimerkiksi päiväkodin, koulun tai hoitokodin työntekijä. Ensisijaista on aina pyrkiä vaikeissakin tilanteissa peruslääkityksen eli epilepsian säännöllisen, ennaltaehkäisevän lääkehoidon tehostamiseen. |



Epilepsialiitto sairastavan tukena

Epilepsialiitto on valtakunnallinen potilasjärjestö epilepsiaa sairastaville ja heidän läheisilleen. Epilepsialiiton tavoitteena on avoin ja asiallinen suhtautuminen epilepsiaan sekä laadukas hoito ja kuntoutus kaikille sairastaville. Tärkeimmät toimintamuotomme ovat edunvalvonta, vaikuttaminen, tiedotus, kuntoutus ja epilepsiyhdistystoiminnan tukeminen.

Neuvonta vastaa kysymyksiisi

Soita Epilepsialiiton neuvontapuhelimeen, kun mieltäsi askarruttavat omaan tai läheisesi epilepsiaan liittyvät asiat. Neuvontamme tavoitteena on

tukea epilepsiaa sairastavan arkielämän sujumista ja tukipalveluiden löytämistä. **Epilepsialiiton neuvontapuhelin vastaa arkisin klo 9–15 numerossa 09 3508 2310.**

Epilepsialiiton aluesihteerit antavat yksilöllistä neuvontaa oman alueensa asiakkaille. Heidät voi myös kutsua kertomaan epilepsiaa esimerkiksi palvelutalon henkilökunnalle tai erilaisille senioriryhmille. Lisäksi voit olla yhteydessä oman alueesi epilepsiyhdistykseen, jossa voit tavata muita epilepsiaa sairastavia henkilöitä ja heidän läheisiään. Yhteystiedot löydät www.epilepsia.fi -sivustolta yhdistysten verkkosivuilta.

Ensitiето

Epilepsian hoitoon liittyvistä asioista kannattaa ensisijaisesti kysyä omalta lääkäriltä ja hoitajalta. He tuntevat tilanteesi tarkemmin ja ohjaavat sinua yksilöllisesti. Ota heihin rohkeasti yhteyttä silloin, kun hoitoon tai sairauden kanssa pärjäämiseen liittyvät asiat painavat mieltäsi!

Ensitetopäivät

Sairaaloissa järjestetään myös ensitetopäiviä vastasairastuneille ja omaisille. Ensitetopäivissä saat tietoa lääkäriltä, hoitajalta, sosiaalityöntekijältä ja kuntoutusohjaajalta ja voit tavata muita epilepsiaan sairastuneita ja heidän läheisiään.

Epilepsialiiton aluesihteerit osallistuvat ensitetopäiviin ja kertovat liiton toiminnasta ja kuntoutuspalveluista. Kysy tarkempia tietoja ensitetopäivistä keskussairaalan kuntoutusohjaajalta, sosiaalityöntekijältä tai hoitajalta. Tietoa saa myös Epilepsialiiton aluesihteeireiltä.

Kuntoutumiskurssit

Liitto järjestää valtakunnallisia ja alueellisia kuntoutumiskursseja sekä tukiryhmiä epilepsiaa sairastaville. Osaan kursseista voi osallistua myös puoliso tai muu läheinen. Kurssit tarjoavat mahdollisuuden pysähtyä suunnittelemaan omaa elämää epilepsian takia muuttuneessa tilanteessa. Tavoitteena on antaa osallistujille arkielämän tilanteissa tarvittavaa tietoa ja ohjausta sekä mahdollisuuden jakaa kokemuksia samanlaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa.

Tuetut lomiat

Liitosta voi kysyä epilepsiaa sairastaville henkilöille tarjolla olevista tuetuista lomista, joita lomajärjestöt järjestävät. Lomalaisten valinnassa otetaan huomioon taloudellisen tilanteen lisäksi myös terveydelliset ja sosiaaliset perusteet.

Epilepsiatietoa

Liitto julkaisee neurologian asiantuntijoiden laattimia oppaita ja esitteitä epilepsiasta. Suurin osa julkaisuista on maksuttomia. Oppaat ovat katsottavissa ja tulostettavissa myös www.epilepsia.fi -sivuilla.

Epilepsialehti

Epilepsialehti välittää uusinta tietoa epilepsiasta ja sen hoidosta ja haastattelee epilepsiaa sairastavia. Lehti kertoo myös kuntoutumiskursseista, lomista ja uusista esitteistä. Yhdistykset tiedottavat tapahtumistaan yhdistyspalstalla. Lehti ilmestyy kuusi kertaa vuodessa. Liittymällä jäseneksi lehden saa jäsenetuna yhdistyksen jäsenmaksun hinnalla. Epilepsiatyötä voi tukea myös liittymällä kannatusjäseneksi. Lehdestä on saatavilla ruotsinkielinen tiivistelmä ja kasettiversio heikkonäköisille ja sokeille.

Epilepsiayhdistykset

Eri puolilla Suomea toimii 28 epilepsiayhdistystä kerhoineen. Ne järjestävät mm. jäseniltoja ja -kerhoja, asiantuntijaluentoja, retkiä, matkoja ja muita paikallisia tapahtumia.

Yhteystiedot:

Malmin kauppatie 26, 00700 Helsinki
puh 09 350 8230, fax 09 350 82 322,
www.epilepsia.fi, e-mail: epilepsialiitto@epilepsia.fi
puhelinneuvonta 09 350 82 310, arkisin klo 9–15



epilepsialiitto

Epilepsialiitto–Epilepsiförbundet ry

Malmin kauppatie 26, 00700 Helsinki

puh. (09) 350 8230, fax (09) 350 82 322

e-mail: epilepsialiitto@epilepsia.fi

www.epilepsia.fi