



Infobrochure Epilepsie 33.003N

Inhoudstabel

1.	Wat is epilepsie?	3
1.1.	Een aanval van epilepsie	3
1.2.	Werking hersenen	3
1.3.	Soorten aanvallen.....	3
1.3.1.	Focale aanvallen	4
1.3.2.	Primair gegeneraliseerde aanvallen.....	5
1.4.	Oorzaken.....	5
1.4.1.	Interne factoren	5
1.4.2.	Externe factoren	6
1.5.	Uitlokkingsfactoren	6
1.6.	Diagnose	6
1.6.1.	Beschrijving van de aanval	6
1.6.2.	EEG (Elektro-encefalogram).....	6
1.6.3.	MRI (Magnetic Resonating Imaging).....	6
1.7.	Behandeling	6
1.7.1.	Medicamenteuze behandeling	6
1.8.	Andere linken voor meer informatie	7

1. Wat is epilepsie?

1.1. Een aanval van epilepsie

Een epileptische aanval is een tijdelijke stoornis in de hersenen. Tijdens deze stoornis in de hersenen, komt een teveel aan elektrische activiteit vrij. De stoornis kan op één of meerdere plaatsen ontstaan. Tijdens deze aanval kunnen de cellen in de hersenen op een niet correcte manier met elkaar communiceren, en geven die zo verkeerde signalen door naar andere delen van het lichaam.

Het is mogelijk dat een persoon maar één keer in zijn/haar leven een epileptische aanval krijgt. Wanneer de aanval werd veroorzaakt door een factor die medisch verklaard kan worden en van voorbijgaande aard is, spreekt men van een geprovoceerde aanval.

De diagnose 'epilepsie' wordt pas gesteld, wanneer iemand minimum 2 niet-geprovoceerde aanvallen heeft gehad, die afzonderlijk voorkwamen, met een tussentijd van 24uur. Het is mogelijk om de diagnose te stellen, bij een niet-uitgelokte aanval, wanneer er een verhoogde kans is op nieuwe aanvallen.

1.2. Werking hersenen

Om inzicht te krijgen in de ziekte epilepsie, is het nodig om de werking van de hersenen toe te lichten. De hersenen vormen het controlecentrum van het lichaam. Het is een mechanisme dat je kan vergelijken met een telefooncentrale, waarbij er verschillende telefoonlijnen (zenuwen) lopen tussen de hersenen en de rest van het lichaam. De hersenen sturen en ontvangen boodschappen in de vorm van prikkels of elektrische impulsen. De hersenen bestaan uit miljarden cellen, die constant met elkaar communiceren, door middel van het uitwisselen van elektrische prikkels. Door de continue communicatie is de mens in staat om zijn/haar zintuigen te gebruiken: horen, zien, praten, smaken, bewegen, ...

Het systeem van continue communicatie tussen de hersencellen met de zenuwlijnen naar het lichaam verloopt meestal zonder problemen. In het kader van epilepsie is dit verstoord. Een aantal hersencellen raken verward en veroorzaken zo een soort korstsluiting. Hierdoor worden verkeerde boodschappen naar het lichaam gestuurd, wat zich uit in een aanval.

1.3. Soorten aanvallen

Het soort aanval dat men krijgt, is afhankelijk van de locatie die het eerst getroffen is, de regio van waar het zich uit verspreidt, en de snelheid. Er worden verschillende classificaties gehanteerd.

Focale aanvallen:	Primair gegeneraliseerde aanvallen:
<ul style="list-style-type: none">- Eenvoudige focale aanval- Complexe focale aanval- Secundair gegeneraliseerde aanval	<ul style="list-style-type: none">- Absence- Myoclonische aanval- Clonische aanval- Tonische aanval- Tonisch-clonische aanval- Atonische aanval

1.3.1. Focale aanvallen

Focale aanvallen ontstaan in een beperkte regio van de hersenen, de zogenaamde epilepsiehaard. Naargelang de plek in de hersenen, zal de persoon een welbepaalde ervaring beleven. Deze soort aanvallen kunnen zeer verschillend zijn. Verder kunnen ze zich voordoen met of zonder bewustzijnsdaling.

- **Eenvoudige focale aanval: geen bewustzijnsdaling**

Wanneer de stoornis optreedt in een beperkt gedeelte van de hersen, blijft de persoon bij bewustzijn en is er de mogelijkheid om de symptomen te beschrijven. De symptomen zijn verbonden aan de plaats van de stoornis in de hersenen:

- Aanval in de motorische zone: schokken van een bepaald lichaamsdeel (arm, been...)
- Aanval in de gevoelszone: tintelingen in de huid, branderig of prikkelend gevoel, ...
- Aanval in de gezichtszone: lichtflitsen, kleur- en lichthallucinaties, veranderingen in het uiterlijk van gezichten, voorwerpen, ...
- Aanval in gebieden van het gehoor, de reuk of smaak: vreemde smaak, rare geluiden of geuren, ...

- **Complexe focale aanval: wel bewustzijnsdaling**

Wanneer een aanval zich verder uitbreidt (naar andere structuren van het bewustzijnscentrum of naar een groter deel van de hersenen), dan wordt het bewustzijn in mindere of meerdere mate verstoord. De uiting van een aanval is per persoon anders en uiteenlopend. Men voert eenvoudige herhaalde activiteiten uit : automatische bewegingen zoals kauwen en slikken, aan kledij prutsen, rondwandelen,

De aanval duurt enkele minuten. De persoon is na de aanval vaak verward en het volledig bewustzijn komt terug.

- **Secundair gegeneraliseerde aanval**

In deze situatie gaat de aanval zich verder uitbreiden in de gehele hersenen. Dit gebeurt soms zo snel dat men het niet opmerkt, dat er eerder een plaatselijk (focaal) begin was.

- **Een aura voorafgaand aan een aanval**

Bepaalde personen kunnen de komst van een epilepsieaanval voelen aankomen. Dit door middel van een aura. De sensatie van een aura is heel afhankelijk van de plaats waar de ontlading in de hersenen start:

- Opstijgend gevoel in de maag
- Lichtflitsen zien
- Rare geurgewaarwordingen
- Een bepaalde emotie

1.3.2. Primair gegeneraliseerde aanvallen

Wanneer de epileptische aanval de volledige hersenen treft, wordt dit een gegeneraliseerde aanval genoemd. Bij deze soort aanval ontstaat een onmiddellijke bewustzijnsdaling. Hierbij ontstaan meerdere soorten gegeneraliseerde of veralgemeende aanvallen.

- **Absence of afwezigheid**

Bij een absence heeft de persoon een kort bewustzijnsverlies, en is op dat moment niet aanspreekbaar. Vaak uit dit zich in dromerig staren en knipperen van oogleden. Dit kan meerdere malen op een dag voorkomen.

- **Tonisch-clonische aanval**

Een tonisch-clonische aanval start met een tonische fase: het gehele lichaam gaat verstijven en de persoon valt neer. Door de samentrekking van de borstspieren wordt lucht naar buiten geperst, waardoor er een schreeuw ontstaat. De kauwspieren spannen zich aan, waardoor de tanden op elkaar worden geklemd. Af en toe raakt de tong geklemd tussen de tanden en zorgt dit voor een tongbeet. Tijdens de verkramping, is de ademhaling verstoord en hierdoor loopt de betrokkene blauw aan. Deze fase duurt 10-30 sec.

Deze fase wordt gevolgd door de clonische (ritmische samentrekkingen) die gemiddeld 30-60 sec. duurt. Dit is gekenmerkt door het afwisselend samentrekken en loslaten van de spieren over het hele lichaam. Geleidelijk nemen de schokkende bewegingen af tot men weer volledig ontspannen is. Verder verliest men onvrijwillig urine en heeft men een diepe en rochelende ademhaling. Afhankelijk van de persoon zal die meteen nadien ontwaken; anderen blijven in een diepe slaap voor een langere periode.

- **Tonische aanval**

Bij deze soort aanval verliest de persoon het bewustzijn en verstijven de spieren. De persoon valt als een plank neer.

- **Atone aanval**

Bij een atone aanval gaan plots alle spieren verslappen en verliest de persoon het bewustzijn. Men valt plots neer als een bloemzak.

- **Clonische aanval**

Bij een clonische aanval treden alleen schokken op (beide lichaamshelften), meestal in de armen of benen. De aanval is kort (1min.) en er is bewustzijnsverlies.

- **Myoclonische aanval**

Bij deze laatste soort aanval trekken de spieren zich spontaan samen, wat zich uit in een schokje. Dit betekent echter niet dat elke spiertrekking wijst op epilepsie.

1.4. Oorzaken

In de meeste gevallen is een specifieke oorzaak van epilepsie niet vast te stellen. Om de ontwikkeling van epilepsie te kunnen onderscheiden, maken we een onderverdeling in interne- en externe factoren

1.4.1. Interne factoren

Bij interne factoren is er een neiging om aanvallen te doen. Hierbij spreekt men van 'een lage aanvalsdrempel'. Deze verlaagde drempel is een uiting van een onstabiel celmembraan, te wijten aan het rijpingsproces van de hersenen of aan een individuele gevoeligheid.

1.4.2. Externe factoren

Aanvallen kunnen ook veroorzaakt worden door zeer uiteenlopende hersenenletsels, bijvoorbeeld ten gevolge van een verkeersongeval, vaatmisvorming, een infectie, hersenletsel of tumor, ... In andere gevallen kunnen zij worden veroorzaakt door biochemische of hormonale veranderingen.

Al deze aanvallen zijn vaak te wijten aan een samenhang van externe en interne factoren.

1.5. Uitlokkingsfactoren

Voorts zijn er ook factoren die een aanval kan uitlokken, maar deze zijn dan geen oorzaak. In verschillende situaties kunnen aanvallen worden uitgelokt, zoals bij overmatige stress, angst, verveling, alcoholgebruik, een sterk onverwacht geluid, een fel of flitsend geluid. Ook door onregelmatige inname van de medicatie kunnen aanvallen terug optreden of verergeren.

1.6. Diagnose

Om een diagnose te stellen, wordt een anamnese afgenomen en enkele onderzoeken uitgevoerd. De oorzaken en de soort epilepsie moet onderzocht en gedefinieerd worden, zodat men een correcte behandeling kan opstarten.

1.6.1. Beschrijving van de aanval

Omdat een arts een diagnose zou kunnen stellen, is het belangrijk om zo nauwkeurig mogelijk de aanval te beschrijven. Meestal is het best als dit door een omstander gebeurt, die kan het best omschrijven wat er juist gebeurde.

Naast de beschrijving zullen nog twee belangrijke onderzoeken gebeuren: het elektro-encefalogram en een MRI-scan.

1.6.2. EEG (Elektro-encefalogram)

Het eerste onderzoek, dat eeg wordt genoemd, is een onderzoek waarbij men de elektrische activiteit van de hersenen zal meten. Er worden elektroden op de hoofdhuid geplaatst. Dit is volkomen veilig onderzoek, waarbij we de verschillen in de abnormale hersenactiviteit onderzoeken. Het is een cruciaal onderzoek waarbij epilepsie kan worden bevestigd en bovendien het soort epilepsie worden gezien.

1.6.3. MRI (Magnetic Resonating Imaging)

Bij sommige personen is een MRI-scan aangewezen. Dit onderzoek is pijnloos en zonder gevaar. Hierbij gaat de radioloog een beeld maken van de hersenen. Er worden een aantal foto's gemaakt, die door de computer in kaart worden gebracht. Het onderzoek helpt de specialist om een mogelijke oorzaak van de aanval te achterhalen.

1.7. Behandeling

1.7.1. Medicamenteuze behandeling

Epilepsie wordt doorgaans behandeld met medicatie die ook wel anti-epileptica (AE) wordt genaamd. Hierdoor kan de frequentie van aanvallen dalen of de aanval kan volledig wegblijven. Mediatie wordt toegediend onder de vorm van pillen, maar kan, in uitzonderlijke gevallen ook worden toegediend via de ader, in korrel of siroop.

Er bestaan verschillende soorten AE, de keuze hangt af van de vorm epilepsie, de soort aanval en de individuele medische geschiedenis van de persoon. Er is soms enige tijd nodig om de juiste dosering van het geschikte medicijn te vinden. Dit noemen we het instellen van de medicijnen.

Ongeveer 30% van de patiënten krijgt zijn of haar aanvallen niet onder controle met medicatie. Een hogere dosis wordt soms overwogen, maar is niet altijd mogelijk gezien de nevenwerkingen (bv. duizeligheid en slaperigheid).

Wanneer men met medicamenteuze behandeling de aanvallen niet onder controle kan krijgen, kan er een andere manier van behandelen worden voorgesteld. Dit is bijvoorbeeld chirurgie, een Nervus Vagus Stimulator (NVS), een ketogeen dieet of Deep Brain Stimulation (DBS). Voor deze soort behandelingen wordt voor meer informatie doorverwezen naar uw specialist.

1.8. Andere linken voor meer informatie

Vlaamse Epilepsie Liga

<https://www.epilepsieliga.be>

