

A practical clinical definition of epilepsy

*Robert S. Fisher, †Carlos Acevedo, ‡Alexis Arzimanoglou, §Alicia Bogacz, ¶J. Helen Cross, #Christian E. Elger, **Jerome Engel Jr, ††Lars Forsgren, ‡‡Jacqueline A. French, §§Mike Glynn, ¶¶Dale C. Hesdorffer, ##B.I. Lee, ***Gary W. Mathern, †††Solomon L. Moshé, ‡‡‡Emilio Perucca, §§§Ingrid E. Scheffer, ¶¶¶Torbjörn Tomson, ####Masako Watanabe, and *****Samuel Wiebe

Epilepsia, **(*)1-8, 2014
doi: 10.1111/epi.12550



SUMMARY

Epilepsy was defined conceptually in 2005 as a disorder of the brain characterized by an enduring predisposition to generate epileptic seizures. This definition is usually practically applied as having two unprovoked seizures >24 h apart. The International League Against Epilepsy (ILAE) accepted recommendations of a task force altering the practical definition for special circumstances that do not meet the two unprovoked seizures criteria. The task force proposed that epilepsy be considered to be a disease of the brain defined by any of the following conditions: (1) At least two unprovoked (or reflex) seizures occurring >24 h apart; (2) one unprovoked (or reflex) seizure and a probability of further seizures similar to the general recurrence risk (at least 60%) after two unprovoked seizures, occurring over the next 10 years; (3) diagnosis of an epilepsy syndrome. Epilepsy is considered to be resolved for individuals who either had an age-dependent epilepsy syndrome but are now past the applicable age or who have remained seizure-free for the last 10 years and off antiseizure medicines for at least the last 5 years. "Resolved" is not necessarily identical to the conventional view of "remission" or "cure." Different practical definitions may be formed and used for various specific purposes. This revised definition of epilepsy brings the term in concordance with common use.

KEY WORDS: Epilepsy, Seizure, Definition, Unprovoked, Recurrence.

PRAKTINIS KLINIKINIS EPILEPSIJOS APIBRĒŽIMAS

Robert S. Fisher, Carlos Acevedo, Alexis Arzimanoglou, Alicia Bogacz, J. Helen Cross, Christian E. Elger, Jerome Engel Jr, Lars Forsgren, Jacqueline A. French, Mike Glynn, Dale C. Hesdorffer, B.I. Lee, Gary W. Mathern, Solomon L. Moshe, Emilio Perucca, Ingrid E. Scheffer, Torbjorn Tomson, Masako Watanabe, and Samuel Wiebe

[Epilepsia](#). 2014 Apr;55(4):475-82. doi: 10.1111/epi.12550. Epub 2014 Apr 14.

SANTRAUKA

2005 m. sukurtas teorinis apibrėžimas epilepsiją apibūdino kaip galvos smegenų sutrikimą, kuriam būdingas ilgalaikis polinkis kilti epilepsijos priepuoliams. Praktiškai ilgalaikis polinkis kilti epilepsijos priepuoliams paprastai nustatomas pasireiškus dviems epilepsijos priepuoliams, kai laiko tarpas tarp jų viršija 24 val.

Tarptautinė Lyga Prieš Epilepsiją (angl. *International League Against Epilepsy*, ILAE) patvirtino darbo grupės rekomendacijas situacijų, kurios neatitinka dviejų neprovokuotų priepuolių kriterijaus, vertinimui. Darbo grupė pasiūlė, kad epilepsija būtų laikoma galvos smegenų liga, atitinkanti bent vieną iš paminėtų sąlygų: (1) Mažiausiai du neprovokuoti (ar refleksiniai) priepuoliai, kai laiko tarpas tarp jų yra daugiau nei 24 val; (2) Vienas neprovokuotas (ar refleksinis) priepuolis, kai pakartotinių priepuolių tikimybė per ateinančius 10 metų yra tokia pat, kaip po 2 neprovokuotų priepuolių (mažiausiai 60%); (3) Epilepsijos sindromo diagnozė. Epilepsija laikoma atsitraukusia asmenims, kurie turėjo nuo amžiaus priklausomą epilepsijos sindromą ir šiuo metu yra vyresni, nei pasireiškimo amžius, taip pat tiems, kuriems priepuoliai nesikartoja mažiausiai 10 metų, iš kurių mažiausiai 5 pastaruosius metus pacientas nevarato vaistų nuo epilepsijos. „Atsitraukusios“ ligos terminas nėra identiškas tradiciniam „remisijos“ ar „išgijimo“ apibrėžimui.

Skirtingi praktiniai apibrėžimai gali būti suformuluoti ir naudojami įvairiais specifiniais tikslais. Šis patikslintas apibrėžimas labiau atitinka įprastinį ligos supratimą.

RAKTINIAI ŽODŽIAI: Epilepsija, Priepuolis, Apibrėžimas, Neprovokuoti, Pasikartojimas.

2005 m. Tarptautinės Lygos Prieš Epilepsiją (angl. *International League Against Epilepsy*, ILAE) darbo grupė suformulavo teorinius „priepuolio“ ir „epilepsijos“ apibrėžimus (1 lentelė). Teoriniai apibrėžimai įvairiais specifiniais tikslais gali būti pritaikyti darbinių (praktinių) apibrėžimų sukūrimui.

ILAE suformavo darbo grupę, kurios tikslas buvo suformuluoti praktinį epilepsijos apibrėžimą klinikinės diagnozės nustatymui. Šiame straipsnyje apibendrinamos darbo grupės rekomendacijos, taip pat pridedamos papildomos pastabos bei klinikinių atvejų pavyzdžiai, paaiškinantys šių rekomendacijų priežastis bei keletą skirtingų požiūrių. 2013 m. gruodį ILAE vykdomasis komitetas rekomendacijas patvirtino kaip ILAE poziciją.

Kodėl reikėjo keisti epilepsijos apibrėžimą? Pokyčiai galėtų sukelti neaiškumų pacientams, kurie gali pradėti abejoti, ar jie turi epilepsiją, ar ne. Epidemiologai bei kiti mokslininkai turėtų apsispręsti, kurį apibrėžimą – naująjį ar senąjį – naudoti, taip pat įvertinti, kaip tai paveiktų stebimas tendencijas ir palyginimus. Gali prireikti koreguoti taisykles ir nuostatus. Greta šių, galimai neigiamų, pasekmių yra ir teigiamų apibrėžimo peržiūrėjimo aspektų. Remiantis dabartiniu apibrėžimu, reikalingi du priepuoliai, kuriuos skiria daugiau nei 24 val. Kai kurie epileptologai išskiria ir mano esant reikalinga atsižvelgti į situacijas, kai didelė pakartotinių priepuolių tikimybė egzistuoja jau po pirmojo neprovokuoto priepuolio. Pavyzdžiui, viena ekspertų grupė Ispanijoje balsavo už gydymo paskyrimą penkiose iš septynių vertintų hipotetinių situacijų, kuriose buvo apibūdintas vienas įvykęs priepuolis. Sprendimas paskirti gydymą nebūtinai reiškia epilepsijos diagnozę (ir atvirkščiai – epilepsijos diagnozavimas nebūtinai reikalauja gydymo), tačiau tai galima vertinti kaip rodiklį, kad tikimasi didelės pakartotinių priepuolių rizikos. Be to, šiuo metu egzistuojantis apibrėžimas nenumato galimybės pacientui „išaugti“ epilepsijos, nors vyresnio amžiaus pacientai gali būti net ir pamiršę apie du vaikystėje įvykusius priepuolius. Apibrėžimas turėtų atitikti klinikistų ir pacientų požiūrį ir, prisidedamas prie tam tikrų individualių įvertinimų, padėti priimant sprendimus dėl gydymo taktikos.

1 lentelė. Teorinis epilepsijos ir epilepsijos priepuolio apibrėžimas (2005 m. pranešimas)

Epilepsijos priepuolis	Trumpalaikiai simptomai ar požymiai, pasireiškiantys dėl nenormalaus perdėto ar sinchroniško galvos smegenų neuronų aktyvumo.
Epilepsija	Galvos smegenų sutrikimas, kuriam būdingas ilgalaikis polinkis kilti epilepsijos priepuoliams bei neurobiologinės, kognityvinės, psichologinės ir socialinės tokios būklės pasekmės. Epilepsijos apibrėžimui reikalingas bent vienas epilepsijos priepuolis.

PRAKTINIS KLINIKINIS EPILEPSIJOS APIBRĖŽIMAS

Teoriškai epilepsija nustatoma po bent vieno neprovokuoto priepuolio, kai yra didelė pakartotinių priepuolių rizika, nors nėra aišku, kokia tiksliai rizika tai turėtų būti. Po vieno neprovokuoto priepuolio pasikartojimo rizika kitam priepuoliui yra 40-52%. Įvykus dviems neprovokuotiems nefebriliniams priepuoliams jų pasikartojimo rizika per ateinančius 4 metus siekia 73% (95% patikimumo intervalas (angl. *Confidence Interval, CI*) – 59-87%, taigi apytiksliai 60-90%).

Dviejų neprovokuotų priepuolių sąlyga epilepsijos apibrėžime yra patogi, tačiau kai kuriose klinikinėse situacijose nepakankama. Vienas neprovokuotas priepuolis gali pasireikšti pacientui, prieš tai turėjusiam galvos smegenų pažeidimą, tokį kaip galvos smegenų infarktas, centrinės nervų sistemos (CNS) infekcija ar trauma. Pacientams su tokiais smegenų pažeidimais antro neprovokuoto priepuolio rizika yra panaši į kartotinių priepuolių riziką po dviejų neprovokuotų priepuolių. O jeigu du pacientai, kuriems yra įvykęs bent vienas epilepsijos priepuolis, turi panašią pakartotinių priepuolių riziką, galima teigti, kad abu šie atvejai turėtų būti traktuojami kaip epilepsija.

Remiantis senuoju apibrėžimu pacientas, kuriam pasireiškia fotosensityvi epilepsija, neturėtų būti laikomas sergančiu epilepsija, kadangi priepuoliai yra išprovokuoti šviesų. Tuo tarpu kiti pacientai gali neturėti priepuolių daugiau nei 50 metų, tačiau vis tiek bus laikomi sergančiais epilepsija.

Tam, kad praktinis (darbinis) epilepsijos apibrėžimas atitiktų epileptologų požiūrį, ILAE darbo grupė rekomendavo praplėsti epilepsijos apibrėžimą, įtraukiant sąlygas, nurodytas 2 lentelėje. Taip pat darbo grupė apibrėžime nustatė ir laiko ribas.

Keletui naujojo apibrėžimo elementų reikalingi paaiškinimai.

<p>2 lentelė. Darbinis (praktinis) klinikinis epilepsijos apibrėžimas.</p> <p>Epilepsija – tai galvos smegenų liga, atitinkanti bent vieną iš paminėtų sąlygų:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mažiausiai du neprovokuoti (ar refleksiniai) priepuoliai, kai laiko tarpas tarp jų yra daugiau nei 24 val. 2. Vienas neprovokuotas (ar refleksinis) priepuolis, kai pakartotinių priepuolių tikimybė per ateinančius 10 metų yra tokia pat, kaip po 2 neprovokuotų priepuolių (mažiausiai 60%). 3. Epilepsijos sindromo diagnozė. <p>Epilepsija laikoma atsitraukusia pacientams, kurie turėjo nuo amžiaus priklausomą epilepsijos sindromą ir šiuo metu yra vyresni, nei pasireiškimo amžius, taip pat tiems, kuriems priepuoliai nesikartoja mažiausiai 10 metų, iš kurių mažiausiai 5 pastaruosius metus pacientas nevartoja vaistų nuo epilepsijos.</p>
--

Epilepsija paprastai buvo vadinama sutrikimu ar sutrikimų grupe, o ne liga, siekiant pabrėžti, kad terminas apima daugelį skirtingų ligų ir būklių. Vis dėlto terminas „sutrikimas“ nurodo funkcijos pažeidimą, kuris nebūtinai yra ilgalaikis. Tuo tarpu „ligos“ terminas daugiau (nors ir ne visada) yra siejamas su ilgalaikiu normalios funkcijos sutrikimu.

Nemažai heterogeninių sveikatos problemų, tokių kaip vėžys ar diabetas, susideda iš daugelio subsutrikimų, tačiau vis tiek yra vadinamos „ligomis“.

Terminas „sutrikimas“ visuomenėje yra prastai suprantamas ir sumenkina epilepsijos svarbą. ILAE ir Tarptautinis Epilepsijos Biuras (angl. *International Bureau for Epilepsy*, IBE) pastaruoju metu sutaria, kad epilepsija turėtų būti vadinama liga.

Du neprovokuoti priepuoliai.

Epilepsija nustatoma pacientui, kuriam yra įvykęs epilepsijos priepuolis ir kurio galvos smegenys dėl tam tikrų priežasčių pasižymi pataloginiu ir ilgalaikiu polinkiu kilti pakartotiniams epilepsijos priepuoliams. Šis polinkis galėtų būti įsivaizduojamas kaip pataloginis priepuolių kilimo slenkščio sumažėjimas, lyginant su nesergančiais asmenimis. 2 lentelės 1 punkte aprašytas dabartinis įprastai naudojamas epilepsijos apibrėžimas, kai epilepsija nustatoma po dviejų neprovokuotų priepuolių, kai laiko tarpas tarp jų yra daugiau nei 24 val. Priepuoliai, kuriuos išprovokuoja praeinantys veiksniai, laikinai sumažinantys priepuolių kilimo slenkstį kitais atžvilgiais sveikose galvos smegenyse, nėra vertinami epilepsijos diagnozės nustatyme. „Provokuotas priepuolis“ taip pat galėtų būti vadinamas „reakciniu priepuoliu“ ar „ūmiu simptominiu priepuoliu“. Provokuojantys faktoriai neturėtų būti painiojami su etiologija, kadangi kai kurios etiologinės priežastys sukelia ilgalaikį polinkį kilti priepuoliams. Pavyzdžiui, galvos smegenų navikas gali sukelti priepuolį, tačiau tai nebus prainantis veiksnys.

Būklė, kai kartojasi refleksiniai priepuoliai (pavyzdžiui, kaip atsakas į fotostimuliaciją), reprezentuoja provokuotus priepuolius, kurie turėtų būti laikomi epilepsija. Nors priepuoliai yra provokuoti, polinkis pakartotinai reaguoti į stimulus priepuoliu atitinka teorinį epilepsijos apibrėžimą, kadangi refleksinės epilepsijos yra susiję su ilgalaikiu nenormaliu polinkiu kilti tokiems priepuoliams.

Priepuoliai po sumušimo, taip pat karščiavimo ar alkoholio nutraukimo metu galėtų būti provokuotų priepuolių, kurie neturėtų būti laikomi epilepsija, pavyzdžiais.

Terminas „neprovokuotas“ nurodo, kad nėra laikinų ar grįžtamų veiksnių, tuo metu sumažinančių priepuolių kilimo slenkstį ir sukeliančių priepuolį. Vis dėlto „neprovokuotas“ nėra tikslus apibūdinimas, kadangi mes niekada negalime būti tikri, kad nebuvo jokio provokuojančio veiksnio. Ir atvirkščiai – provokuojančio veiksnio identifikavimas nebūtinai paneigia ilgalaikės epileptogeninės anomalijos buvimą. Individui, turinčiam ilgalaikį polinkį kilti priepuoliams, jį sukelti gali ir nedidelė provokacija, kuri neturėtų poveikio tokio polinkio neturinčiam. Apibrėžimo kūrimo darbo grupė pripažįsta, kad provokuoto ir neprovokuoto priepuolių ribos nėra tikslios, tačiau ši diskusija atidedama vėlesniems aptarimams.

Didelė pasikartojimo rizika

2 lentelės 2 punkte apibrėžtas antras epilepsijos diagnozavimo kelias. Jo tikslas yra apimti situacijas, kuriose kai kurie gydytojai ir ekspertai epileptologai pacientus vertina kaip turinčius epilepsiją net ir įvykus tik vienam neprovokuotam priepuoliui, kadangi egzistuoja itin didelė priepuolių pasikartojimo rizika.

Tokių atvejų pavyzdžiai galėtų būti pacientai, kuriuos vienas priepuolis ištiko praėjus bent mėnesiui po galvos smegenų infarkto ar vaikai, kuriems pasireiškė vienas priepuolis, tačiau kartu yra aiški struktūrinė

ar atoki simptominė priežastis bei registruojamas epilepsiforminis aktyvumas encefalografijos (EEG) metu. Dar vienas pavyzdys galėtų būti pacientai, kuriems specifinio epilepsijos sindromo, susijusio su ilgalaikiu priepuolių kilimo slenkščio sumažėjimu, diagnozė gali būti nustatoma po vienintelio priepuolio.

Pirmasis priepuolis gali pasireikšti ir epilepsine būkle, tačiau vien tai savaime nereiškia epilepsijos.

Daugeliu individualių atvejų tiksliai priepuolių pasikartojimo rizika nėra aiški. Vis dėlto, jeigu gydančiam gydytojui yra žinoma, kad pažeidimas sukėlė ilgalaikį polinkį kilti neprovokuotiems priepuoliams ir priepuolių pasikartojimo rizika yra panaši į esančią po dviejų neprovokuotų priepuolių (ką mes visi sutariame esant epilepsija), tomet pacientas turėtų būti laikomas turinčiu epilepsiją. Specifinio skaičiaus pasirinkimas galėtų būti laikomas pernelyg tikslu, tačiau bendram palyginimui galima pasakyti, kad po dviejų neprovokuotų priepuolių ši rizika siekia 60-90% (I pastaba). 60% slenkstis pakankamai viršija po vieno priepuolio esančią 50% pasikartojimo per 5 metus riziką, kuri buvo nustatyta Jungtinėje Karalystėje vykusiame ankstyvos epilepsijos ir vieno priepuolio (angl. *early epilepsy and single seizures* (MESS)) tyrime. Svarbu paminėti, kad vienas priepuolis ir struktūrinis pažeidimas ar vienas priepuolis ir epilepsiforminis aktyvumas EEG nėra automatiškai atitinkantys šį darbinio apibrėžimo kriterijų, kadangi duomenys gali skirtis atskiruose tyrimuose ir specifinėmis klinikinėmis aplinkybėmis. Olandijos epilepsijos studijoje vaikams su epilepsiforminiu aktyvumu EEG priepuolių pasikartojimo rizika per 2 metus po vieno įvykusio priepuolio siekė 71%, tačiau Shinnar ir bendraautorių tyrime vaikams su pirmu idiopatinio priepuoliu ir nenormalia EEG priepuolių pasikartojimo rizika per 3 metus tebuvo 56%. Nėra jokios formulės, kuri galėtų būti pritaikoma papildomų rizikos veiksnių įvertinimui, kadangi trūksta duomenų, kaip įvairūs rizikos veiksniai sumuojasi tarpusavyje. Atvejai turi būti vertinami individualiai.

Priepuolių pasikartojimo rizika priklauso nuo laiko – kuo ilgesnis laiko tarpas yra praėjęs nuo paskutinio priepuolio, tuo mažesnė pasikartojimo rizika.

Pataisytas apibrėžimas nereikalauja iš gydytojo nustatyti tikslią priepuolių pasikartojimo riziką kiekvienu atveju. Nesant aiškios informacijos apie pasikartojimo riziką, ar net žinių apie tokią informaciją, epilepsija apibrėžiama, kaip ir numatyta, po antrojo neprovokuoto priepuolio. Kitavertus, jeigu yra prienama informacija, rodanti, kad antrojo priepuolio rizika viršija tą, kuri paprastai laikoma epilepsija (apie 60%), tuomet liga gali būti diagnozuojama.

Epilepsijos sindromas

Nėra prasminga sakyti, kad pacientas turi epilepsijos sindromą, tačiau neturi epilepsijos. Jei egzistuoja epilepsijos sindromo įrodymų, tuomet epilepsija gali būti laikoma egzistuojančia, nors pakartotinių priepuolių rizika ir yra žema. Taip yra gerybinės epilepsijos su centro-temporaliniais pikais (angl. *Benign Epilepsy with Centro-Temporal Spikes*, BECTS) atveju.

Išskirtiniai sindrominiai atvejai gali egzistuoti, kai priepuoliai kliniškai apskritai nepasireiškia, kaip gali būti besitęsiančių pikų ir bangų miego metu ir Landau-Kleffner sindromo atveju.

Reikšmė gydymui

Diagnozavus epilepsiją po vieno įvykusio neprovokuoto priepuolio, kai yra didelė priepuolių pasikartojimo rizika, galima pradėti, tačiau galima ir nepradėti gydymo. Pasiūlytas praktinis apibrėžimas paremia gydytoją, kuris nori pradėti gydymą pacientui, turinčiam didelę priepuolių pasikartojimo riziką po vieno įvykusio neprovokuoto priepuolio, tačiau sprendimas paskirti gydymą yra atskiras nuo diagnozės nustatymo ir turėtų būti priimamas individualiai, priklausomai nuo paciento norų, individualaus rizikos ir

naudos santykio bei turimų galimybių. Gydytojas turėtų įvertinti antrojo priepuolio išvengimo naudą ir su gydymu susijusią riziką, vaistų pašalinius poveikius bei išlaidas pacientui.

Taigi epilepsijos diagnozės nustatymas ir gydymo paskyrimas yra du susiję, tačiau skirtingi sprendimai. Daugelis epileptologų gydymą kurį laiką skiria po ūmaus simptominio priepuolio (pvz. esant herpetiniam encefalitui), nors tokiu atveju epilepsijos nėra. Tuo tarpu pacientams su neišreikštais ar retais priepuoliais, taip pat jeigu pacientas gydymo atsisako, medikamentai gali būti neskiriami net ir esant neginčijamai epilepsijos diagnozei.

Laiko tarpas tarp neprovokuotų priepuolių

Laiko tarpas tarp dviejų neprovokuotų priepuolių, kurie kartu būtų laikomi epilepsija, kelia diskusijų. Priepuoliai, pasireiškę per 24 val. vienas nuo kito, pasižymi daugmaž tokia pat rizika tolimesniems priepuoliams, kaip ir vienas priepuolis. Darbo grupė išlaikė dabartinę nuostatą, kad neprovokuoti priepuoliai, pasireiškę per 24 val. vienas nuo kito, vertinant pasikartojimo riziką gali būti laikomi vienu neprovokuotu priepuoliu.

Kai kurios institucijos epilepsiją laiko egzistuojančia, tačiau esančia remisijoje, jeigu priepuoliai nesikartoja 5 metus. Vis dėlto epilepsijos apibrėžime nėra nurodyta tolimesniausia laiko riba, iki kurios pasireiškęs antrasis neprovokuotas priepuolis vis dar būtų laikomas pakankamu epilepsijos diagnozei. Taigi, epilepsija galėtų būti diagnozuojama net jeigu neprovokuotas priepuolis pasireikštų 1 metų amžiaus, o antrasis – 80 metų amžiaus (tokia situacija kartais apibūdinama kaip oligoepilepsija). Darbo grupė pripažįsta, kad tokiomis aplinkybėmis priepuolių priežastys gali būti skirtingos ir tokiu atveju epilepsijos nebūtų (II pastaba). Vis dėlto darbo grupė nesutarė dėl specifinio laiko tarpo tarp priepuolių, kuriam praėjus laikrodis galėtų būti „atsuktas atgal“ ir epizodas nebebūtų laikomas antru priepuoliu. Ateityje, atlikus daugiau tyrimų, tokio intervalo nustatymas gali tapti reikalingas.

Atsitraukusi epilepsija

Ar, vieną kartą diagnozavus epilepsiją, ji išlieka visam gyvenimui? Tradicinis apibrėžimas galimybių diagnozei panaikinti nenumato. Tačiau ar turėtų vaikystėje absansus patyręs žmogus, jau keletą dešimtmečių nebeturintis priepuolių ir nevartojantis prieštraukulinių vaistų, vis dar būti laikomas sergančiu epilepsija? Kaip ir pacientai su medialinės temporalinės skilties epilepsija, kuriems atlikta rezekcija dėl hipokampo sklerozės – ar turėtų jie būti laikomi sergančiais epilepsija, jeigu priepuoliai nesikartoja ir medikamentai nevartojami jau 10 metų po operacijos?

Ilgalaikį priepuolių nesikartojimą gali lemti keletas skirtingų aplinkybių ir gydymo metodų. Nenormalus polinkis kilti neprovokuotiems priepuoliams gali išlikti, tačiau priepuoliai būti sėkmingai kontroliuojami medikamentais. Vaikai gali „išaugti“ epilepsiją, kaip BECTS atveju. Kai kuriems pacientams gali būti pritaikytas radikalus chirurginis gydymas, po kurio priepuoliai niekada nebesikartoja.

Darbo grupė ieškojo apibrėžimo, kuris leistų įvardinti epilepsijos pabaigą. Medicininėje literatūroje laikinam ligos atsitraukimui naudojamas terminas „remisija“, tačiau jis yra prastai suprantamas visuomenėje. Be to, terminas „remisija“ nepakankamai gerai perteikia ligos nebuvimą. „Išgydyta epilepsija“ reikštų, kad priepuolių rizika ateityje yra ne didesnė, nei sveikoje populiacijoje. Vis dėlto turint epilepsiją anamnezėje tokia žema rizika niekada nebesiekžiama. Todėl darbo grupė pasirinko frazę „atsitraukusi epilepsija“ (III pastaba). Jei epilepsija yra atsitraukusi, tai nurodo, kad šiuo metu asmuo epilepsijos daugiau neturi, tačiau nėra garantijos, kad ji niekada nebesireikš.

Kokie laiko intervalai ir aplinkybės turėtų apibrėžti atsitraukusią epilepsiją (IV pastaba)? Priepuolių pasikartojimo rizika priklauso nuo epilepsijos tipo, amžiaus, sindromo, etiologijos, gydymo bei daugelio kitų faktorių. Yra žinoma, kad juvenilinė miokloninė epilepsija lemia padidintą priepuolių riziką keletą dešimtmečių, tačiau remisijų vis dėlto pasitaiko. Struktūriniai galvos smegenų pažeidimai, tokie kaip žievės vystymosi malformacijos, gali sukelti ilgalaikį priepuolių rizikos padidėjimą. Priepuoliai gali atsinaujinti praėjus įvairiems laiko tarpams nuo remisijos dėl epileptogeninio pažeidimo (tokio kaip kaverninė malformacija) pašalinimo.

Atliktas tyrimas kuriame dalyvavo 347 vaikai, pasiekę mažiausiai 5 metų trukmės „pilną remisiją“ su mažiausiai 5 metų trukmės laikotarpiu nevartojant vaistų nuo epilepsijos. Tyrimo metu nustatytas vėlyvų atkryčių dažnis buvo 6%. Vienas iš jų pasireiškė praėjus 8 metams nuo pastarojo priepuolio. Nebuvo pateikti atkryčių dažnio duomenys pacientams, kurie turėjo 10 metų trukmės „pilną remisiją“, tačiau jis būtų mažesnis nei 6%.

Po chirurginio temporalinės skilties epilepsijos gydymo 54,2% pacientų priepuoliai atsinaujina per 6 mėnesius. Tuo tarpu tik 1,9% – po 4 metų. Panašūs rezultatai gauti ir kito tyrimo metu, kur nustatytas vos 0,6% priepuolių dažnis per metus pacientams, kurie po operacijos 3 metus neturėjo priepuolių.

Po neprovokuotų priepuolių pasikartojimo rizika mažėja bėgant laikui, tačiau ji gali niekada nebepasiekti sveikiems individams, niekada neturėjusiems priepuolio, būdingos rizikos. Dauguma pasikartojimų yra ankstyvi. Po vieno neprovokuoto priepuolio 80-90% iš pacientų, kuriems pasireiškia antras priepuolis, jį patiria per 2 metus nuo pirmojo. Vieno tyrimo metu po antro neprovokuoto priepuolio stebėti pakartotiniai priepuoliai pasireiškė per 4 metus, tačiau nė vieno nestebėta per po toėjusius 3, o tai rodytų, kad rizika, nors ir ne lygi nuliui, tačiau yra žema. Jungtinėje Karalystėje atliktos Nacionalinės Bendrosios Praktikos Epilepsijos Studijos metu nustatyta, kad po 6 mėnesių periodo be traukulių jų pasikartojimo rizika per ateinančius 3 metus siekia 44%, po 12 mėnesių – 32%, o po 18 mėnesių – 17%. Nėra išsamių duomenų apie pasikartojimo riziką po ilgo epizodo be traukulių ir nevartojant vaistų nuo epilepsijos. Atokūs atkryčiai yra reti po 5 metų. Praėjus 10 metų nevartojant vaistų nuo epilepsijos traukulių rizika tikriausiai yra labai žema (V pastaba).

Klinicistai turės individualiai nuspręsti, ar epilepsija yra atsitraukusi. Darbo grupė pasirinko atsitraukusią epilepsiją laikyti pacientams, kurie turėjo nuo amžiaus priklausomą epilepsijos sindromą ir šiuo metu yra vyresni, nei pasireiškimo amžius, taip pat tiems, kuriems priepuoliai nesikartoja mažiausiai 10 metų, iš kurių mažiausiai 5 pastaruosius metus nėra vartojami vaistai nuo epilepsijos. Šiame straipsnyje neapsiimama apibrėžti aplinkybių, kuriomis epilepsija būtų laikoma galutinai išgydyta.

Nepatikslinta informacija

Klinicisto požiūriu, naujasis praktinis epilepsijos apibrėžimas, siejantis epilepsiją su iš anksto nustatyta priepuolių pasikartojimo rizika, suteikia daugiau aiškumo ir yra naudingas diagnozės nustatymo procese. Vis dėlto optimaliam apibrėžimo pritaikymui dažnai reikalingi specialūs diagnostikos ir interpretavimo įgūdžiai, ypač vertinant priepuolių pasikartojimo riziką bei nustatant sindromus. Tai gali nebūti plačiai prieinama visais atvejais, ypač pirminės sveikatos priežiūros grandyje. Dar svarbesnis yra daugelyje situacijų neišvengiamas neužtikrintumas vertinant potencialų MRT nustatytų pažeidimų epileptogeniškumą. Pavyzdžiui, atskiriems pacientams su neurocisticerkoze viena ar daugiau galvos smegenų cistų gali būti ir atsitiktinis radinys be jokio epileptogeninio aktyvumo. Rizika nėra prilyginama

priežasčiai. Esant abejonių pacientas turėtų būti nukreiptas į specializuotą epilepsijos centrą, turintį daugiau patirties diagnostikoje.

Nesant video-EEG įrašė dokumentuoto pacientui tipiška pasireiškiančio neprovokuoto priepuolio bus situacijų, kai epilepsijos diagnozė išliks abejotina. Vienas iš būdų įvertinti tokias situacijas būtų apibrėžti būklę, vadinamą „tikėtina (ar galima) epilepsija“ (VI pastaba). Toks požiūris taikomas kitų ligų atveju, pvz. išsėtinės sklerozės McDonald kriterijuose, šoninės amiotrofinės sklerozės El Escorial kriterijuose, migrenos bei kraujagyslinės demencijos diagnostikoje. ILAE darbo grupė mano egzistuojant subtilų, tačiau svarbų skirtumą tarp pasakymų, kad pacientas „turi tikėtiną epilepsiją“ ir „tikriausiai turi epilepsiją“. Nesant patikimos informacijos pastarasis teiginys, ar bet koks teiginys, išreiškiantis neužtikrintumą, atrodo teisingesnis. Todėl darbo grupė neapibrėžė tikėtiną epilepsiją kaip konkretaus vieneto, tačiau ši galimybė paliekama ateičiai.

PRAKTINIO APIBRĖŽIMO PASEKMĖS

Apibrėžimai turi pasekmes. Žiūrint iš paciento pozicijų, epilepsija yra susijusi su stigma ir psichologinėmis, socialinėmis, kognityvinėmis bei ekonominėmis pasekmėmis, kurios yra tokios svarbios, kad net buvo įtrauktos į teorinį epilepsijos apibrėžimą. Naujasis praktinis apibrėžimas galėtų pagerinti išeitis atkreipdamas klinacistų dėmesį į priepuolių pasikartojimo rizikos įvertinimo reikalingumą po vienintelio neprovokuoto priepuolio bei kai kuriais atvejais padėdamas lengviau paskirti gydymą po pirmųjų neprovokuotų priepuolių. Sprendimai turėtų būti priimami individualiai, kadangi diagnozavus epilepsiją nėra būtina paskirti gydymą, o kai kuriems pacientams gydymas gali būti pagrįstas net ir nesant epilepsijos diagnozės. Praktinis apibrėžimas, įgalinantis ankstyvesnę diagnozės nustatymą, bus ypač naudingas apsaugant nuo bereikalingos fizinių sužeidimų bei socialinių pasekmių rizikos, kurią sukelia pakartotiniai priepuoliai pacientams, turintiems didelę priepuolių pasikartojimo riziką. Pataisytas apibrėžimas taip pat suteikia platesnes galimybes ligos eigą modifikuojančioms intervencijoms, kurios apsaugo nuo epilepsijos progresavimo bei gretutinių ligų atsiradimo.

Negalima nuspėti, kaip apibrėžimo pataisymai paveiks epilepsijos paplitimo skaičiavimus. Ateityje epidemiologinės studijos, siekiant išsaugoti vientisumą, gali pasirinkti senąjį darbinį apibrėžimą. Jei bus naudojamas naujasis apibrėžimas, kai kurie pacientai, anksčiau laikyti sergančiais epilepsija, daugiau šios diagnozės nebeturės dėl naujai įvesto „atsitraukusios epilepsijos“ apibrėžimo. Tuo tarpu kiti pacientai, atitinkantys „vieno priepuolio ir didelės pasikartojimo rizikos“ kriterijų gali papildomai prisidėti prie epilepsija sergančiųjų grupės.

Epilepsijos apibrėžimas paveiks diagnostiką ir gydymą tiek daug, tiek ir mažai išteklių turinčiose bendruomenėse. Darbo grupė stengėsi epilepsiją apibrėžti taip, kad apibrėžimas galėtų būti pritaikomas tiek su, tiek ir be brangių technologijų, kurios gali nebūti visuotinai prieinamos.

Tikslus epilepsijos diagnozės nustatymas asmenims, kuriems liga prieš tai nebūtų buvusi diagnozuota gali turėti tiek neigiamų, tiek ir teigiamų pasekmių. Pavyzdžiui, iš finansinės pusės, ligos diagnozavimas leidžia gauti nacionalinio sveikatos draudimo kompensacijas medikamentams, kurie kitu atveju turėtų būti apmokėti paties paciento. Iš kitos pusės, daugelis sergančiųjų epilepsija patiria sunkumų gaunant gyvybės ar medicininį draudimą. Kai kurie neturėdami gyvybės draudimo negali įsigyti ir būsto.

Kai kuriuos pacientus, kurie prieš tai nebuvo laikyti sergančiais epilepsija, gali stipriai paveikti stigma, su pasekmėmis išsilavinimui ar vedyboms. Įgalinimas paskelbti epilepsiją „atsitraukusia“ gali sumažinti stigmą pacientams, kurie galėtų nebebūti laikomi sergančiais epilepsija.

Teigiami padariniai ekonomikai ir sveikatai tik didės, kai tikslesnė diagnostika lems adekvatų prevencinį gydymą prieš pasireiškiant antrajam priepuoliui.

Į pacientus su refleksinėmis epilepsijomis anksčiau nebuvo atkreiptas dėmesys dėl reikalavimo, kad priepuoliai būtų neprovokuoti. Refleksinių epilepsijų sindromų įtraukimas į praktinį klinikinį epilepsijos apibrėžimą leis šiuos pacientus įtraukti į epilepsijos bendruomenę.

Pataisytas praktinis apibrėžimas, apibūdintas šiame pranešime, yra skirtas klinikinės diagnozės nustatymui ir gali nebūti tinkamas visiems moksliniams tyrimams. Skirtingi darbiniai apibrėžimai bus naudojami priklausomai nuo individualių tikslų. Palyginimai gali būti daromi ir naudojant tradicinį „dviejų neprovokuotų priepuolių“ epilepsijos apibrėžimą. Tyrėjai privalo aiškiai nurodyti apibrėžimą, kuris yra naudojamas atskiruose tyrimuose ar publikacijose.

Pataisytas apibrėžimas yra reikšmingas įstatymams bei sveikatos ekonomikai. Asmeninį gyvenimą įtakojančios taisyklės, tokios kaip vairavimo apribojimai, daugiau yra susiję su priepuoliu dažniu bei jų pasikartojimo rizika, nei su epilepsijos diagnoze, tačiau taip yra ne visada. Kai kuriose šalyse epilepsijos diagnozė pati savaime apriboja vairavimo teisių galiojimo laiką ar galimą gauti teisių kategoriją. Rekomendacijos dėl dalyvavimo tam tikrose sportinėse veiklose gali sukelti apribojimus pacientams, kuriems diagnozuota epilepsija, nepriklausomai nuo priepuolių anamnezės. Diagnozė gali paveikti ir draudimo sąlygas bei socialines pašalpas. Tai, kiek pataisytas apibrėžimas pakeis pacientų kuriems diagnozuota epilepsija skaičių, gali turėti finansinių pasekmių tiek individui, tiek ir visuomenei. Nors išlaidos visuomenei nebūtinai padidės, ypač jei naujos darbinės diagnozės susistemins dabartinį epileptologų požiūrį ir lems geresnę pacientų, kurie turi didelę ar mažą pakartotinių priepuolių tikimybę, priežiūrą.

IŠVADOS

Anksčiau epilepsija buvo apibrėžiama kaip mažiausiai du neprovokuoti priepuoliai, kai laiko tarpas tarp jų viršija 24 val. Pataisytas praktinis apibrėžimas nurodo, kad epilepsija taip pat gali būti diagnozuojama po vieno neprovokuoto traukulių priepuolio, kai yra kitų faktorių, susijusių su didele ilgalaikio priepuolių slenksčio sumažėjimo tikimybe ir, tuo pačiu, didele priepuolių pasikartojimo rizika. Ši rizika turėtų atitikti trečiojo priepuolio pasireiškimo riziką po dviejų neprovokuotų priepuolių – apytiksliai ne mažiau 60%. Tokia rizika būna esant atokiems struktūriniais pažeidimams (tokiems kaip galvos smegenų infarktas, CNS infekcija ar tam tikros galvos smegenų traumos), diagnozavus specifinius epilepsijos sindromus ar, tam tikromis aplinkybėmis, esant kitiems rizikos faktoriams. Pacientai su refleksiniais (pvz. fotosensyviais) priepuoliais taip pat laikomi turinčiais epilepsiją. Šis apibrėžimas labiau atitinka įprastinį termino supratimą epileptologų tarpe (VII pastaba).

Epilepsija nebūtinai trunka visą gyvenimą ir yra laikoma atsitraukusia, jeigu pacientui priepuoliai nesikartoja mažiausiai 10 metų, iš kurių mažiausiai 5 pastaruosius iš jų nėra vartojami vaistai nuo epilepsijos, taip pat pacientams, kurie yra vyresni nei turėto nuo amžiaus priklausomo epilepsijos sindromo pasireiškimo amžius.

Naujasis apibrėžimas yra sudėtingesnis nei senasis. Nėra daug studijų, tyrusių priepuolių pasikartojimo riziką, todėl dauguma epilepsijos diagnozių vis dar bus nustatoma dokumentavus du neprovokuotus priepuolius. Kaupiantis žinioms apie priepuolių pasikartojimo riziką konkrečių situacijų metu, epilepsijos apibrėžimo pritaikymas taps tikslesnis ir naudingesnis.

ATVEJŲ PAVYZDŽIAI (VIII pastaba)

1. *Du priepuoliai.* 25 metų amžiaus moteris patyrė du neprovokuotus priepuolius, tarp kurių praėjo vieneri metai. *Komentaras:* Ši pacientė turi epilepsiją remiantis abiem – tiek senuoju, tiek naujuoju apibrėžimais.
2. *Galvos smegenų infarktas ir priepuolis.* 65 metų amžiaus vyrui, prieš 6 savaites patyrusiam galvos smegenų infarktą kairės vidurinės smegenų arterijos baseine, pasireiškė neprovokuotas priepuolis. *Komentaras:* Priepuolis, pasireiškęs po tokio laiko tarpo po galvos smegenų infarkto (taip pat infekcijos ar traumos), literatūros duomenimis pasižymi didele (>70%) neprovokuotų traukulių pasikartojimo rizika. Todėl remiantis naujuoju (bet ne senuoju) apibrėžimu, šis pacientas turėtų epilepsiją.
3. *Refleksiniai priepuoliai į šviesos dirgiklius.* 6 metų amžiaus berniukui žaidžiant videožaidimą, kurio metu buvo blykčiojančių šviesų, pasireiškė du priepuoliai. Laiko tarpas tarp priepuolių – 3 dienos. Kitų priepuolių nebuvo. EEG užfiksuotas nenormalus atsakas į fotostimuliaciją. *Komentaras:* Remiantis naujuoju (bet ne senuoju) apibrėžimu šis berniukas turi epilepsiją. Nors priepuoliai yra provokuoti šviesų, išlieka nenormalus ilgalaikis polinkis kilti priepuoliams esant blykčiojančioms šviesoms.
4. *Gerybinė epilepsija su centro-temporaliniais pikais (angl. Benign Epilepsy with Centro-Temporal Spikes, BECTS).* 22 metų amžiaus vyras, būdamas 9, 10 ir 14 metų amžiaus yra patyręs priepuolius užmigimo metu su veido trūkčiojimu. Nuo to laiko priepuolių nebuvo. Esant 9 metų amžiaus EEG stebėti centrotemporaliniai pikai. 16 metų amžiaus buvo nutrauktas gydymas. *Komentaras:* Šiam pacientui epilepsija laikoma atsitraukusia, kadangi yra praėjęs pasireiškimo amžius nuo amžiaus priklausomam epilepsijos sindromui. Senajame apibrėžime sąlygų, kurioms esant epilepsija galėtų būti laikoma atsitraukusia, nėra.
5. *Vienas priepuolis ir displazija.* 40 metų vyras patyrė židininį priepuolį, pasireiškusį kairiosios rankos trūkčiojimu, su antrine generalizacija į toninį-kloninį priepuolį. Tai buvo vienintelis priepuolis. Magnetinio rezonanso tomografijoje (MRT) stebima galima žievės displazija dešiniojoje kaktinėje skiltyje. EEG dešinėje frontotemporaliai stebimi interiktaliniai pikai. *Komentaras:* Nors dauguma klinikistų gana pagrįstai šiam pacientui skirtų prieštraukulinį gydymą, tiksli priepuolių pasikartojimo rizika nėra žinoma, todėl epilepsija negalėtų būti diagnozuojama nei pagal senąjį, nei pagal naująjį apibrėžimą. Tolimesnės epidemiologinės studijos galėtų patikslinti šios situacijos vertinimą.
6. *Du seniai įvykę priepuoliai.* 85 metų amžiaus vyras yra patyręs du židininčius priepuolius, būdamas 6 ir 8 metų amžiaus. EEG, MRT, kraujo tyrimai ir šeiminė anamnezė nespecifiški. Pacientas nuo 8 iki 10 metų amžiaus gydytas prieštraukuliniais medikamentais, kurie vėliau nutraukti. Tolimesnių priepuolių nebuvo. *Komentaras:* Remiantis naujuoju apibrėžimu, epilepsija yra atsitraukusi,

kadangi priepuoliai nesikartojo daugiau nei 10 metų ir prieštraukuliniai vaistai nevartojami mažiausiai 5 metus. Tai negarantuoja, kad ateityje priepuolių nebus, tačiau šiuo metu pacientas turi teisę būti laikomas neturinčiu epilepsijos.

7. *Priepuoliai su ilga pertrauka.* 70 metų amžiaus moteris patyrė du neprovokuotus priepuolius būdama 15 ir 70 metų amžiaus. EEG, MRT ir šeiminė anamnezė be pakitimų. *Komentaras:* Remiantis abiem – senuoju ir naujuoju – apibrėžimais ši moteris būtų laikoma sergančia epilepsija. Nepaisant diagnozės nustatymo, daugelis klinicistų gydymo dėl priepuolių retumo neskirtų. Epilepsijos diagnozė negalėtų būti nustatyta, jeigu tyrimais pavyktų įrodyti, kad priepuolių kilmė buvo skirtinga.
8. *Nepatikslinta informacija.* 20 metų amžiaus vyras patyrė 3 epizodus, kurių niekas nematė, pasireiškusius staigia baime, sunkumu kalbant ir poreikiu vaikščioti. Jis nenurodo atminties spragų epizodų metu. Kitų simptomų nebuvo. Pacientas neturi jokių rizikos veiksnių epilepsijai, taip pat nežinoma apie jokus prieš tai buvusius priepuolius. EEG ir MRT be pakitimų. *Komentaras:* Diagnozuoti epilepsijos šiam vyrui neįmanoma nei pagal naująjį, nei pagal senąjį apibrėžimą. Epizodai diferencijuotini su židininiais priepuoliais, tačiau epilepsijos diagnozei reikalingas bent vienas įvykęs epilepsijos priepuolis. Ateities aptarimų metu galėtų būti apibrėžtos „galimos“ ir „tikėtinos“ epilepsijos ribos.

PASTABOS

- I. Darbo grupei buvo sunku tiksliai nustatyti specifinį rizikos lygį, kuris kiekybiškai apibrėžtų „išliekantį polinkį“ kilti priepuoliams. Visi sutaria, kad pacientas, kuriam pasireiškė du neprovokuoti priepuoliai, turi epilepsiją. Tokiam pacientui trečio priepuolio rizika yra apytiksliai 3 iš 4, o 95% patikimumo intervalas yra apie 60-90%. Todėl darbo grupė sutarė, kad pacientas, turintis panašią riziką po vieno neprovokauto priepuolio taip pat turėtų būti laikomas turinčiu epilepsiją. Skaičius „>60%“ turėtų būti laikomas apytikslėmis gairėmis, o ne griežta riba.
- II. Kai kurie siūlo apibrėžti laiko tarpą, per kurį du neprovokuoti priepuoliai turi pasireikšti, kad galėtų būti diagnozuojama epilepsija. Nesant bendro susitarimo ar įrodymų, kuriais būtų galima paremti specifinio laiko tarpo pasirinkimą buvo paliktas pirminis, pasireiškimo per visą gyvenimą, variantas.
- III. Šio apibrėžimo aspekto priežastys buvo dvejopos. Pirmiausia, daugelis klinicistų, pacientų ir jų šeimų epilepsiją laiko praėjusia, jeigu nebesikartoja priepuoliai ir nėra vartojami vaistai nuo epilepsijos. Antra priežastis buvo darbo grupės noras pašalinti stigmą, susijusią su epilepsijos diagnozavimu visam gyvenimui. Kiti apsvartyti terminai buvo remisija, galutinė remisija, visiška remisija, neaktyvi epilepsija, nesama epilepsija, daugiau nesama epilepsija bei pasveikimas. Dauguma šių terminų neperteikia idėjos, kad epilepsijos nebėra. Tuo tarpu pasveikimas nurodytų visišką gydymo sėkmę ir priepuolių rizikos susilyginimą su bendrąja populiacija.
- IV. Įrodymų, kuriais remiantis būtų galima nustatyti specifinį reikalingą priepuolių nesikartojimo laiko tarpą, nėra daug. Turimi skaičiavimai nurodo palaipsnį rizikos mažėjimą einant laikui, o ne konkretų atskaitos tašką. Kai kurių nuomone tinkamesnis terminas būtų 5 metai, tačiau bent 5% pacientų per metus patiria priepuolius po 5 metų trukmės priepuolių nebuvimo. Nesant priepuolių

pastaruosius 10 metų ir nevartojant vaistų nuo epilepsijos pastaruosius 5 iš jų daugeliu atvejų galima tikėtis, kad ateityje priepuoliai nebesikartos.

- V. Nors egzistuoja įrodymų, kad žemas atkryčių dažnis išlieka ir po 5 metų trukmės priepuolių nesikartojimo, nėra jokių įrodymų apie priepuolių pasikartojimo dažnį po 10 metų trukmės priepuolių nebuvimo. Šis laiko tarpas ir buvo pasirinktas, kaip ilgesnis nei 5 metai ir, tikėtina, susijęs su labai žemu atkryčių dažniu.
- VI. Klausimas, ar reikalinga apibrėžti „tikėtinos epilepsijos“ bei „galimos epilepsijos“ būklės, sukėlė daugiausia diskusijų šiuose svarstymuose. Galiausiai sprendimas buvo priimtas remiantis daugumos nuomone, taip ir nepasiekus bendro sutarimo. Tikėtinos epilepsijos terminas buvo svarstomas dviems scenarijams. Pirmasis iš jų – kai pasireiškia vienas neprovokuotas priepuolis ir kito priepuolio rizika yra didelė, tačiau ne labai didelė. Antrasis apėmė ribotos informacijos atvejus, kai situacija atrodo panaši į epilepsiją, tačiau trūksta patikimų priepuolių apibūdinimų ar kitų esminių duomenų. Įgalinimas diagnozuoti „galimą epilepsiją“ antrojo scenarijaus atveju galėtų pakenkti diagnozės patikslinimo procesui, sudarant sąlygas išvengti reikalingų išsamių tyrimų. Darbo grupė pripažino, kad „galimos epilepsijos“ apibrėžimas galėtų būti naudingas, tačiau nuspręsta, kad norint sukurti nuoseklų ir naudingą apibrėžimą reikalingi išsamūs svarstymai ateityje.
- VII. Ankstesnis rankraščio juodraštis buvo paskelbtas ILAE internetiniame puslapyje komentavimui. Gauti 315 komentarų, iš kurių kai kurie buvo labai išsamūs. Dauguma nuomonių buvo palankios, tačiau buvo ir labai apgalvotų ir tvirtai išsakytų prieštaravimų. Reikalavimas gydančiam gydytojui žinoti tikslią priepuolių pasikartojimo riziką buvo laikomas neracionaliu. Autoriai su šia kritika sutinka. Daugelis komentatorių buvo už, tačiau daugelis ir prieš epilepsijos vadinimą liga, o ne sutrikimu. Šis klausimas buvo perimtas atitinkamų IBE ir ILAE vykdomųjų komitetų ir nuspręsta pasirinkti terminą „liga“. Frazė „daugiau nesama epilepsija“ nebuvo priimtina atsakiusiems į komentarus ir ji buvo pakeista į „atsitraukusi epilepsija“. Daugelis komentatorių siūlė epilepsiją laikyti atsitraukusia po 5 metų traukulių nesikartojimo, naudojant ar nenaudojant prieštraukulinį gydymą. Darbo grupės nuomone „atsitraukusi“ epilepsija turėtų reikšti, kad priepuolių pasikartojimo rizika yra pakankamai žema, kad jos būtų galima nebepaisyti, o tam reikalingas griežtesnis laiko tarpas. Todėl buvo pasirinktas 10 metų laikotarpis be priepuolių, kai 5 iš jų nevartojami vaistai nuo epilepsijos. Keletas komentatorių norėjo pašalinti slidžias provokuoto ir neprovokuoto priepuolio sąvokas. Toks pakeitimas būtų gana esminis, keičiantis mūsų požiūrį į ūmius simptominius priepuolius, šiuo metu sudarančius 40% visų priepuolių. Ši diskusija buvo palikta ateičiai. Apskritai autorių nuomone „minios išmintis“ ne tik sustiprino ir patikslino argumentus, bet ir, svarbiausia, priartino apibrėžimą prie praktikuojančių klinikistų epilepsijos suvokimo.
- VIII. Šie pavyzdžiai buvo pristatyti 2013 m. birželio mėnesį ILAE kongreso prezidiumo simpoziume, daugiau nei 1000 epileptologų auditorijai. Dalyvių balsavimas dėl epilepsijos diagnozavimo pateiktuose atvejuose stipriai koreliavo su patikslinto apibrėžimo sąlygomis. Nors tai nebuvo mokliškai pagrįsta apklausa, gauti atsakymai parodė, kad epileptologų požiūris į epilepsiją sutampa su pataisytu apibrėžimu.

Literatūros šaltiniai:

1. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005;46:470–472. ^[1]_[SEP]
2. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940–1980. *Epilepsia* 1991;32:429–445. ^[1]_[SEP]
3. Villanueva V, Sanchez-Alvarez JC, Pena P, et al. Treatment initiation in epilepsy: an expert consensus in Spain. *Epilepsy Behav* 2010;19:332–342. ^[1]_[SEP]
4. Berg AT, Shinnar S. The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure: a quantitative review. *Neurology* 1991;41:965–972. ^[1]_[SEP]
5. Hauser WA, Rich SS, Lee JR, et al. Risk of recurrent seizures after two unprovoked seizures. *N Engl J Med* 1998;338:429–434. ^[1]_[SEP]
6. Hesdorffer DC, Benn EK, Cascino GD, et al. Is a first acute symptomatic seizure epilepsy? Mortality and risk for recurrent seizure. *Epilepsia* 2009;50:1102–1108. ^[1]_[SEP]
7. Beghi E, Carpio A, Forsgren L, et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia* 2010;51:671–675. ^[1]_[SEP]
8. Harding G. The reflex epilepsies with emphasis on photosensitive epilepsy. *Suppl Clin Neurophysiol* 2004;57:433–438. ^[1]_[SEP]
9. Wilden JA, Cohen-Gadol AA. Evaluation of first nonfebrile seizures. *Am Fam Physician* 2012;86:334–340. ^[1]_[SEP]
10. Stroink H, Brouwer OF, Arts WF, et al. The first unprovoked, untreated seizure in childhood: a hospital based study of the accuracy of the diagnosis, rate of recurrence, and long term outcome after recurrence. Dutch study of epilepsy in childhood. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64:595–600. ^[1]_[SEP]
11. Camfield P, Camfield C. Unprovoked status epilepticus: the prognosis for otherwise normal children with focal epilepsy. *Pediatrics* 2012;130:e501–e506. ^[1]_[SEP]
12. Shinnar S, Berg AT, Moshe SL, et al. Risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure in childhood: a prospective study. *Pediatrics* 1990;85:1076–1085.
13. Kim LG, Johnson TL, Marson AG, et al. Prediction of risk of seizure recurrence after a single seizure and early epilepsy: further results from the MESS trial. *Lancet Neurol* 2006;5:317–322.
14. Hart YM, Sander JW, Johnson AL, et al. National General Practice Study of Epilepsy: recurrence after a first seizure. *Lancet* 1990;336:1271–1274.
15. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, et al. (2010) Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. *Epilepsia* 2010; 51:676–685.

16. Sinclair DB1, Snyder TJ. Corticosteroids for the treatment of Landau- Kleffner syndrome and continuous spike-wave discharge during sleep. *Pediatr Neurol* 2005;32:300–306.
17. Neligan A, Hauser WA, Sander JW. The epidemiology of the epilepsies. *Handb Clin Neurol* 2012;107:113–133.
18. Rajna P, Solyom A. Oligoepilepsy: a real entity or the benign form of epileptic disorder?. *Ideggyogy Sz* 2011;64:344–349.
19. Geithner J, Schneider F, Wang Z, et al. Predictors for long-term seizure outcome in juvenile myoclonic epilepsy: 25–63 years of follow-up. *Epilepsia* 2012;53:1379–1386.
20. Rowland NC, Englot DJ, Cage TA, et al. A meta-analysis of predictors of seizure freedom in the surgical management of focal cortical dysplasia. *J Neurosurg* 2012;116:1035–1041.
21. Kim W, Stramotas S, Choy W, et al. Prognostic factors for post- operative seizure outcomes after cavernous malformation treatment. *J Clin Neurosci* 2011;18:877–880.
22. Berg AT, Testa FM, Levy SR. Complete remission in nonsyndromic childhood-onset epilepsy. *Ann Neurol* 2011;70:566–573.
23. Goellner E, Bianchin MM, Burneo JG, et al. Timing of early and late seizure recurrence after temporal lobe epilepsy surgery. *Epilepsia* 2013;54:1933–1941.
24. Buckingham SE, Chervoneva I, Sharan A, et al. Latency to first seizure after temporal lobectomy predicts long-term outcome. *Epilepsia* 2010;51:1987–1993.
25. Lindsten H, Stenlund H, Forsgren L. Remission of seizures in a population-based adult cohort with a newly diagnosed unprovoked epileptic seizure. *Epilepsia* 2001;42:1025–1030.
26. Lossius MI, Hessen E, Mowinckel P, et al. Consequences of antiepileptic drug withdrawal: a randomized, double-blind study (Akershus Study). *Epilepsia* 2008;49:455–463.
27. Chadwick D, Taylor J, Johnson T. Outcomes after seizure recurrence in people with well-controlled epilepsy and the factors that influence it. The MRC Antiepileptic Drug Withdrawal Group. *Epilepsia* 1996;37:1043–1050.
28. Monteiro L, Coelho T, Stocker A. Neurocysticercosis—a review of 231 cases. *Infection* 1992;20:61–65.
29. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol* 2011;69:292–302.
30. Beghi E, Balzarini C, Bogliun G, et al. Reliability of the El Escorial diagnostic criteria for amyotrophic lateral sclerosis. *Neuroepidemiology* 2002;21:265–270.
31. Silberstein S, Loder E, Diamond S, et al. Probable migraine in the United States: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) study. *Cephalalgia* 2007;27:220–229.
32. Tang WK, Chan SS, Chiu HF, et al. Impact of applying NINDS- AIREN criteria of probable vascular dementia to clinical and radiological characteristics of a stroke cohort with dementia. *Cerebrovasc Dis* 2004;18:98–103.

Iš anglų kalbos vertė gyd. Eglė Audronytė