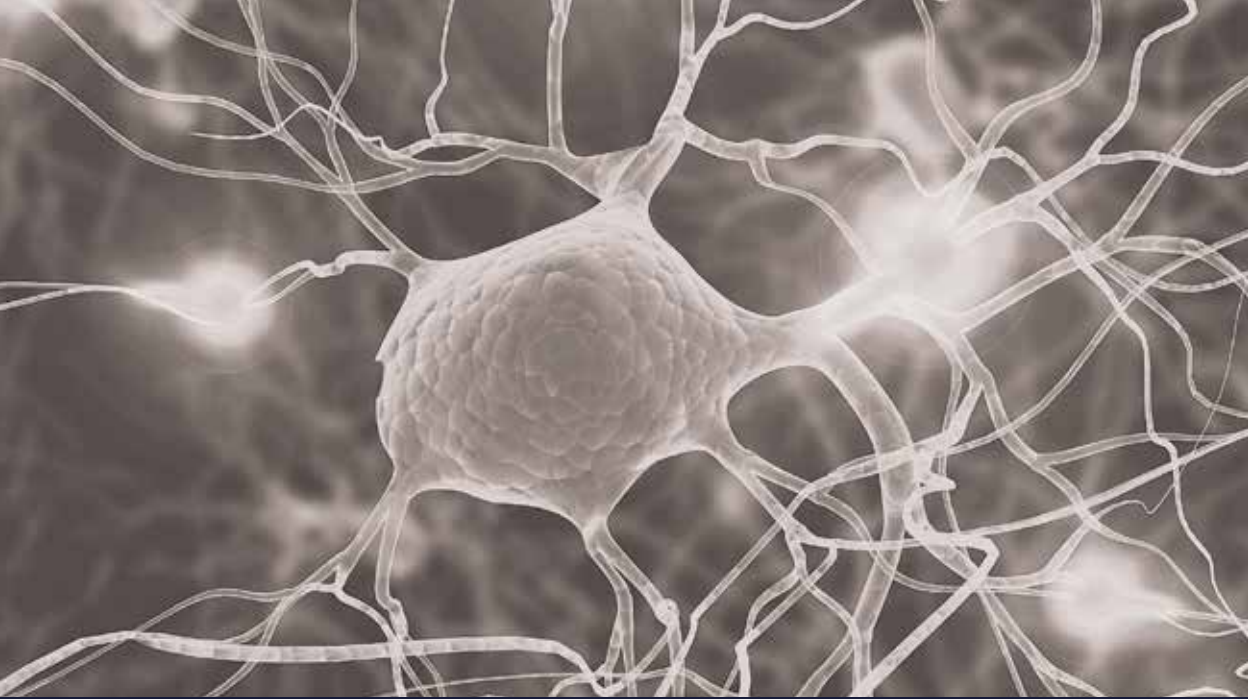




Polskie Towarzystwo Epileptologii



XXXI

Konferencja Naukowa nt. Padaczki

Warszawa, 19–21 maja 2022

---

streszczenia

## Padaczka i Cięża – raport ze stanu wiedzy kobiet chorych na padaczkę – europejskie badanie ankietowe

Joanna Jędrzejczak

Klinika Neurologii i Epileptologii CMKP, Warszawa

**Wprowadzenie.** Z inicjatywy Międzynarodowego Biura ds. Padaczki (International Bureau for Epilepsy – IBE) przeprowadzono w 2021 roku badanie ankietowe w grupie kobiet chorych na padaczkę z 9 krajów Europy (Chorwacji, Czech, Niemiec, Irlandii, Włoch, Polski, Rosji, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii).

**Celem** badania było uzyskanie informacji na temat stanu wiedzy kobiet chorych na padaczkę w Europie. Ankietę przeprowadzono on-line za pomocą programu SurveyMonkey. Biorące w nim udział kobiety zapytano o ich potrzeby informacyjne, wsparcie, jakie otrzymały od profesjonalistów, oraz stopień, w jakim informacje, które otrzymały, wpłynęły na podejmowane decyzje dotyczące ciąży.

**Wyniki** uzyskano u 890 kobiet. Większość badanych kobiet była w wieku od 20 do 39 lat, a padaczkę zdiagnozowano ponad 2 lata przed przeprowadzeniem badania. Ponad połowa (61%) ankietowanych kobiet była już w ciąży. Badanie wykazało, że w zależności od kraju od 34 do 60% kobiet chorych na padaczkę, które zaszły w ciążę, porady dotyczącej ciąży nie otrzymało od lekarza specjalisty. Od 51 do 79% badanych kobiet chorych na padaczkę stwierdziło, że uzyskało informacje na temat zajścia w ciążę. Większość z nich uznała, że były one łatwo dostępne, zrozumiałe i ogólnie pomocne. Od 17 do 50% stwierdziło, że uzyskane informacje pomogły im w podjęciu decyzji o zajściu w ciążę.

Ankietowane twierdziły, że zazwyczaj otrzymywały informacje i porady lekarskie od neurologów lub ginekologów. Kolejnym najbardziej prawdopodobnym źródłem był internet, a następnie samodzielne znalezienie informacji w inny sposób. Jak wynika z ankiety od 60 do 90% kobiet chorych na padaczkę dowiedziało się o tym ryzyku właśnie dopiero wtedy, gdy były już w ciąży. Od 1/3 do 2/3 ankietowanych, zależnie od kraju, stwierdziło, że nie otrzymało żadnych informacji na temat antykoncepcji.

**Wnioski.** Przeprowadzone badanie wykazało, że nadal jest wielka potrzeba działania w zakresie edukacji i wsparcia każdej kobiety chorej na padaczkę, która chciałaby mieć dziecko. Z otrzymanych ankiet wynika, że wiele kobiet otrzymuje porady i sporą wiedzę na ten temat. Jednak są i takie, dla których otrzymane informacje były na tyle groźne i mylące, że część z nich nie zdecydowała się, by mieć dzieci lub bała się zajść w ciążę z tego powodu.

## Stan padaczkowy w ciąży. Czy są nowe wytyczne?

Joanna Jędrzejczak

Klinika Neurologii i Epileptologii CMKP, Warszawa

**Wprowadzenie.** Stan padaczkowy (SP) podczas ciąży jest stanem nagłym, zagrażającym życiu matki i płodu. Postępowanie w SP komplikują modyfikacje farmakokinetyczne związane z ciążą oraz ryzyko dla płodu związane ze stosowaniem leków przeciwpadaczkowych (LPP) i leków anestetycznych. Dotychczas nie opracowano standardowego protokołu leczenia SP w ciąży.

**Omówienie.** Właściwe leczenie SP w czasie ciąży jest niezwykle ważne i wymaga udziału wielodyscyplinarnego zespołu. Lekami z wyboru w leczeniu SP w ciąży są benzodiazepiny. Lewetyracetam i fenytoina są najbardziej odpowiednimi lekami drugiego rzutu. Kwas walproinowy powinien być podawany tylko wtedy, gdy inne LPP zawiodły i najlepiej unikać go w pierwszym trymestrze ciąży. W przypadku opornego na leczenie SP konieczne jest zastosowanie leków anestetycznych przy czym preferowanymi lekami są propofol i midazolam. Siarczan magnezu jest lekiem pierwszego rzutu w leczeniu SP w rzucawce. W przypadku nieskuteczności środków znieczulenia ogólnego zaleca się przerwanie ciąży poprzez poród lub aborcję.

**Wniosek.** Konieczne są dalsze badania w celu określenia najbezpieczniejszego i najskuteczniejszego protokołu leczenia.

## Nowe leki przeciwpadaczkowe u kobiet w wieku rozrodczym. Co o nich wiemy?

Beata Majkowska-Zwolińska

Centrum Diagnostyki i Leczenia Padaczki, Fundacja Epileptologii, Warszawa

**Wprowadzenie.** Od czasu pojawienia się pierwszego leku przeciwdrgawkowego poszukiwanie potencjalnych i bezpiecznych leków przeciwpadaczkowych (LPP) dobrze kontrolujących napady wciąż trwa, a jego celem jest znalezienie skutecznego leku, który charakteryzowałby się brakiem lub minimalnymi działaniami niepożądanymi, w tym wadami wrodzonymi u dzieci matek przyjmujących LPP.

**Celem** prezentacji jest omówienie najnowszych danych dotyczących teratogenności oraz metabolizmu najnowszych LPP w okresie ciąży.

**Omówienie.** Bezpieczeństwo teratogenne najnowszych LPP nie zostało dotychczas ustalone ze względu na niewielką liczbę badań klinicznych i eksperymentalnych. Jednakże odnotowano pewne sporadyczne przypadki występowania niewielkich wad wrodzonych dotyczące niektórych LPP, pochodzących z opisów przypadków, danych z nadzoru po wprowadzeniu leków do obrotu i danych przedklinicznych. Podobnie dane dotyczące metabolizmu i terapeutycznego monitorowania w czasie ciąży stężenia najnowszych LPP takich jak brywaracetam, lakozaamid i perampanel są skąpe. Wyniki ostatnio przeprowadzonych badań kohortowych wskazują, że zwiększony w czasie ciąży metabolizm leków jest bardziej powszechniejszy wśród LPP niż wcześniej sądzono, a aktywne monitorowanie leków powinno być standardem u pacjentek przyjmujących te leki.

**Wnioski.** Ponieważ nawet 50% cięż u kobiet chorych na padaczkę jest nieplanowanych, stosując LPP u kobiet w wieku rozrodczym należy pamiętać o ich potencjale teratogennym i zmianach farmakokinetycznych zachodzących w czasie ciąży.

## Mioklonie – problem duży czy mały?

Ewa Nagańska

Klinika Neurologii i Epileptologii SPSK CMKP, Warszawa

**Wprowadzenie.** Mioklonie definiowane są jako nagłe, krótkotrwałe, mimowolne ruchy powodowane przez gwałtowne skurcze mięśni. Mogą być klasyfikowane według różnych kryteriów, m.in. etiologii, lokalizacji, bodźca wywołującego, zakresu objawów. Mioklonie padaczkowe mogą być jedyną manifestacją napadu padaczkowego lub jednym z wielu rodzajów napadów w przebiegu zespołu padaczkowego. Kliniczna manifestacja mioklonii może mieć zmienne nasilenie na kolejnych etapach choroby. Prawidłowe rozpoznanie warunkuje przede wszystkim sposób leczenia, ale także umożliwia ocenę rokowania.

**Cel.** Prezentacja kilku przypadków klinicznych związanych z trudnościami diagnostycznymi. Pacjenci hospitalizowani w celu weryfikacji typu incydentów napadowych oraz ewentualnej modyfikacji leczenia. W każdym przypadku podstawowe pytania dotyczyły konieczności i zakresu prowadzenia leczenia, a także zasadności kierowania pacjenta na badania genetyczne.

**Omówienie.** Obserwacje kliniczne oraz wyniki przeprowadzonych badań potwierdzały kliniczne wątpliwości dotyczące wcześniejszych rozpoznań. Część pytań pozostała bez odpowiedzi.

**Wnioski.** Rozpoznanie mioklonii bywa często trudne, przede wszystkim w kontekście decyzji o wprowadzeniu lub kontynuowaniu leczenia farmakologicznego. W sytuacjach budzących wątpliwości, przed rozpoczęciem farmakoterapii, uzasadnione jest wykonanie badania wideometrycznego.

## Trudności w różnicowaniu incydentów napadowych

Piotr Bogucki

Klinika Neurologii i Epileptologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

**Wprowadzenie.** Zaburzenia ruchowe, ze względu na bogatą symptomatologię, niejednokrotnie stanowią wyzwanie diagnostyczne. Wywiad, obserwacja kliniczna oraz wykonywanie badań dodatkowych w tym badania EEG z monitorowaniem wideo, ułatwiają postawienie ostatecznego rozpoznania.

**Cel.** Prezentacja pacjentki z podejrzeniem padaczki diagnozowanej z powodu nasilenia częstości występowania incydentów utraty przytomności oraz ruchów obejmujących mięśnie twarzy z wokalizacją, prowokowanych najczęściej fotostymulacją.

**Metoda.** Prezentacja pacjentki z rozpoznawaną chorobą tików z podejrzeniem występowania napadów psychogennych: 14-letnia pacjentka z rozpoznaną chorobą tików i zaburzeniami adaptacyjnymi, u której występowały incydenty utraty przytomności i zasłabnięcia od 2 lat, których częstość wzrosła do kilku w ciągu doby oraz ruchy głowy z wokalizacją występujące niekiedy spontanicznie i zawsze przy prowokacji fotostymulacją. Na podstawie badania wideo-EEG rozpoznano napady rzekomopadaczkowe. Badania kardiologiczne ujawniły występowanie bloku AV II stopnia.

**Wyniki.** Obserwacja pacjentki, w tym wykonanie badania EEG z fotostymulacją i jednoczesnym monitorowaniem wideo, a także przeprowadzona diagnostyka kardiologiczna, umożliwiły postawienie rozpoznania występowania napadów psychogennych oraz zaawansowanego bloku AV II st.

**Wnioski.** Różnicowanie napadowo występujących zaburzeń ruchowych, ze względu na rozbudowaną symptomatologię oraz złożoną etiologię jest trudne i wymagające wnikliwej obserwacji. Wykonywanie badań dodatkowych, w tym ocena zapisów EEG z monitorowaniem wideo, niekiedy ułatwia rozpoznanie.

## Ogniskowa padaczka. Jak semiologia napadu pomaga w lokalizacji obszaru padaczkorodnego

Andrzej Rysz

Klinika Neurochirurgii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

**Wprowadzenie.** Znany już pod koniec XIX w. obraz kliniczny napadów otworzył możliwości skutecznego leczenia chirurgicznego padaczek ogniskowych. Semiologia napadu ogniskowego była wtedy jedyną, ale wystarczającą informacją o początku napadu w obszarze elokwentnym kory mózgowej.

**Cel.** Ocena możliwości lokalizacji obszaru padaczkorodnego na podstawie semiologii napadów zarejestrowanych w czasie badań wideo-EEG.

**Metoda.** Diagnostyka napadu rozpoczyna się od opisu semiologii i na tej podstawie można zlokalizować obszar padaczkorodny z ogniskiem padaczkowym. Następnym krokiem jest rozpoznanie typu padaczki i ustalenie jej etiologii. Na przykład znalezienie defektu genetycznego lub specyficznej zmiany padaczkorodnej. Ważne jest poznanie etiologii na każdym etapie diagnostyki, ponieważ na tej podstawie można zastosować najbardziej skuteczne metody leczenia napadów i niekiedy wyleczyć z padaczki. Trzeci możliwy poziom diagnostyki to określenie zespołu padaczkowego na podstawie klasyfikacji zespołów padaczkowych.

**Omówienie.** Pomimo wielu metod diagnostyki padaczki ogniskowej semiologia napadu może być jedyną możliwą do uzyskania informacją o obszarze padaczkorodnym. W szczególności, jeśli mamy za mało informacji diagnostycznych, na przykład u pacjenta, który miał tylko jeden napad ogniskowy w życiu. Dodatkowo semiologia napadu udokumentowana zapisem wideo-EEG ułatwia rozpoznanie napadów niepadaczkowych i leczenie zaburzeń konwersyjnych. Przedstawione badania wideo-EEG pacjentów w zestawieniu z innymi badaniami pokazują możliwości lokalizacji obszaru padaczkorodnego, a także rozpoznania napadów niepadaczkowych.

**Wnioski.** Rozpoznanie typu padaczki i lokalizacja obszaru padaczkorodnego zależy w znacznym stopniu od dokładnie zebranego wywiadu, a w szczególności od informacji o ich przebiegu na podstawie badania wideo-EEG.

## Napady rzekomopadaczkowe czy padaczkowe – trudności diagnostyczne. Prezentacja przypadku

Iwona Halczuk, Paweł Halczuk, Joanna Falk, Edyta Remijas, Konrad Rejda

Katedra i Klinika Neurologii Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Wprowadzenie.** Zdarza się, że pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi prezentują różnego rodzaju epizody napadowe rozpoznawane jako napady rzekomopadaczkowe, zwłaszcza jeśli pojawiają się w sytuacjach stresowych, a ich obraz kliniczny od początku wskazuje na zaburzenia rzekomopadaczkowe. Niekiedy jednak wśród tych zaburzeń napadowych rzekomopadaczkowych mogą pojawiać się prawdziwe napady padaczkowe, o tyle trudne do rozpoznania, że ich morfologia może być dość skąpa, a dodatkowo wzbogacana i maskowana przez obraz kliniczny zaburzeń rzekomopadaczkowych, krótki czas trwania i ustępowanie skorelowane z działaniem podawanego – w celu przerwania napadów rzekomopadaczkowych – placebo. Dopiero skrupulatna rejestracja śródnapadowej czynności bioelektrycznej mózgu i identyfikacja zmian typowych dla napadów padaczkowych może umożliwić właściwe rozpoznanie.

**Omówienie.** Celem pracy było przedstawienie przypadku pacjentki, u której początkowo rozpoznawano zaburzenia konwersyjne manifestujące się wyłącznie napadami rzekomopadaczkowymi. Przeprowadzony proces diagnostyczny potwierdził występowanie u pacjentki także napadów padaczkowych, których skąpa morfologia była maskowana obrazem klinicznym zaburzeń rzekomopadaczkowych, co utrudniało rozpoznanie. Dopiero zapis czynności elektroencefalograficznej w trakcie zdarzeń napadowych, traktowanych początkowo jako wyłącznie rzekomopadaczkowe, umożliwił potwierdzenie rozpoznania napadów padaczkowych.

**Wnioski.** Zaburzenia nerwicowe mogą się manifestować napadami rzekomopadaczkowymi, które dominując w obrazie klinicznym mogą utrudniać identyfikację współistniejących prawdziwych napadów padaczkowych. Dokładna analiza zapisu elektroencefalograficznego w trakcie występujących zaburzeń napadowych będzie pomocnym narzędziem diagnostycznym w identyfikacji rodzaju zaburzeń napadowych.



## Wpływ leków stosowanych w SM na ryzyko obniżenia progu drgawkowego

Alina Kułakowska

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Wprowadzenie i omówienie.** Współwystępowanie padaczki i stwardnienia rozsianego (SM) nie jest częste, ale napady padaczkowe występują częściej u chorych na SM niż w populacji ogólnej (ok. 1% vs ok. 2%). Napady padaczkowe rzadko stanowią pierwszą manifestację stwardnienia rozsianego, zazwyczaj zdarzają się u pacjentów z postacią wtórnie postępującą SM w zaawansowanym stadium choroby i najczęściej są to napady częściowe wtórnie uogólniające się. Jest to tłumaczone obecnością ognisk demielinizacji o lokalizacji korowej i uszkodzeniem istoty szarej mózgu. Jednakże dyskutowana też jest rola zapalenia w patogenezie SM i padaczki oraz wzajemnego nasilania się procesów patologicznych leżących u podłoża obu chorób. Jeżeli napady padaczkowe wystąpią w trakcie rzutu choroby zazwyczaj nie wymagają terapii przeciwpadaczkowej, ale podania glikokortykosteroidów. Natomiast jeżeli wystąpienie napadów padaczkowych nie jest związane z rzutem SM, wówczas najczęściej konieczne jest włączenie leków przeciwpadaczkowych.

Aktualnie zarejestrowanych jest kilkanaście preparatów korzystnie modyfikujących przebieg stwardnienia rozsianego (DMT) o różnych mechanizmach działania. W charakterystykach niektórych tych produktów leczniczych (np. interferonów beta) wśród możliwych działań niepożądanych wymienione są napady drgawkowe oraz zalecana jest ostrożność przy ich stosowaniu u chorych na padaczkę. Jednak zdecydowana większość DMT, w tym najczęściej obecnie stosowany w Polsce fumaran dimetylu i najsilniej działające: przeciwciała monoklonalne oraz doustna kladrybina, nie wpływają na próg drgawkowy ani nie wykazują interakcji z lekami przeciwpadaczkowymi.

**Wniosek.** Występowanie padaczki u chorych na SM jest częstsze niż w populacji ogólnej. Większość dostępnych leków modyfikujących przebieg SM nie wpływa na próg drgawkowy ani nie wykazuje interakcji z lekami przeciwpadaczkowymi.

## Czy udar jest zawsze udarem; naśladowcy i kameleony

Danuta Ryglewicz

Na przestrzeni ostatnich 2, 3 dekad istotnie poszerzyła się wiedza dotycząca etiopatogenezy wielu chorób neurologicznych w tym możliwości ich diagnozowania oraz leczenia. Skuteczna terapia wymaga jednak szybkiej diagnozy, zwłaszcza w odniesieniu do takich zespołów chorobowych jak udar mózgu, przemijające zaburzenia krążenia mózgowego (TIA – *transitory ischemic attack*), padaczka, stany migrenowe, ostre zaburzenia metaboliczne.

Już ponad 40 lat temu Fischer opisywał trudności w różnicowaniu incydentów TIA oraz nie-drgawkowych napadów padaczkowych (inhibitory seizures). Aktualnie prowadzone badania wskazują, że nieprawidłowe rozpoznania mogą dotyczyć 20–25% chorych.

W odniesieniu do błędów diagnostycznych dotyczących ostrych, napadowo występujących zespołów neurologicznych, zwłaszcza zaburzeń krążenia mózgowego, wymienia się 2 rodzaje błędów diagnostycznych określanych mianem „Stroke Mimics” (naśladowcy) i „Stroke Chameleons” (kameleony).

Stroke Mimics to zespoły chorobowe, w których w oparciu o objawy kliniczne rozpoznawany jest udar mózgu lub zespół TIA, a w rzeczywistości przyczyny występowania objawów neurologicznych są inne, np. ogniskowe napady padaczkowe lub migrena. Jednym z najczęstszych błędnych jest fałszywie dodatnia diagnoza udaru mózgu u osoby z porażeniem ponapadowym Todda.

Stroke Chameleons natomiast są zespołami, w których objawy takie jak napadowo występujące zaburzenia świadomości, zawroty głowy, zaburzenia pamięci są rozpoznawane mylnie jako udar lub przemijające zaburzenia krążenia mózgowego w rzeczywistości zaś objawy te spowodowane są ogniskowym niedokrwieniem mózgu, np. zespołem Limb Shaking TIA, w którym występują napadowo przez okres <5 min. rytmiczne ruchy mimowolne obejmujące całą kończynę górną lub dolną, a w 30% przypadków obie.

W trakcie wykładu zostaną przedstawione możliwości różnicowania tych zespołów w oparciu o objawy kliniczne, badanie EEG oraz badania neuroobrazowe.

## Czy możemy skutecznie leczyć padaczki ogniskowe?

Joanna Jędrzejczak

Klinika Neurologii i Epileptologii CMKP, Warszawa

**Wprowadzenie.** Niezależnie od etiologii nawracające napady padaczkowe narażają pacjentów na różne konsekwencje fizyczne, psychiczne i społeczne. Wyeliminowanie napadów jest ostatecznym celem leczenia przeciwpadaczkowego. U większości pacjentów, u których rozpoznano padaczkę, istnieje duże prawdopodobieństwo uzyskania dobrej kontroli napadów za pomocą terapii lekami przeciwpadaczkowymi (LPP). Niestety, pomimo wprowadzenia w ostatnim czasie nowych LPP, u około 1/3 chorych na padaczkę występują napady odporne na farmakoterapię.

Wczesna identyfikacja pacjentów, u których wystąpi oporność na leki, mogłaby pomóc w skierowaniu ich na odpowiednie leczenie nefarmakologiczne, ale heterogenność choroby i różny wzorzec czasowy lekooporności padaczki może utrudniać taką identyfikację.

**Omówienie.** Hipoteza celu i hipoteza transportera są najczęściej cytowanymi teoriami próbującymi wyjaśnić oporną padaczkę, ale żadna z nich nie wyjaśnia w pełni neurobiologicznych podstaw farmkooporności.

Obecnie dyskusja koncentruje się na „za” i „przeciw” kilku głównym teoriom, w tym hipotezie farmakokinetycznej, hipotezie sieci neuronalnej, hipotezie wewnętrznej ciężkości, hipotezie wariantu genu.

W oparciu o analizę piśmiennictwa można stwierdzić, że czynnikami ryzyka oporności na leczenie są: nieprawidłowy zapis EEG (zarówno fale wolne, jak i wyładowania padaczkowe), stan padaczkowy, etiologia objawowa, natomiast zły krótkoterminowy wynik leczenia, opóźnienie rozwoju układu nerwowego i duża początkowa częstość napadów nie są stałymi czynnikami ryzyka padaczki odpornej na leki ze względu na dużą heterogenność, a efekt predykcyjny napadów o początku ogniskowym nie był stabilny. Identyfikacja pacjentów chorych na padaczkę oporną na leki jest ważna dla optymalizacji terapii lekowej. Zalecana jest racjonalna politerapia w celu znalezienia skuteczniejszych kombinacji o mniejszej liczbie działań niepożądanych.

**Wnioski.** Czynniki ryzyka w praktyce klinicznej są pomocne w przewidywaniu przez lekarzy przebiegu klinicznego padaczki w krótkim czasie po jej rozpoznaniu, a wczesna identyfikacja wystąpieniem trudnej do opanowania padaczki jest ważna dla poradnictwa, jak i dla rozważenia przez lekarzy alternatywnych metod leczenia.

## Nowa opcja terapeutyczna w leczeniu padaczek ogniskowych: cenobamat

Beata Majkowska-Zwolińska

Centrum Diagnostyki i Leczenia Padaczki, Fundacja Epileptologii, Warszawa

**Wprowadzenie.** Około 30% pacjentów nie reaguje zadawalająco na obecnie stosowane leki przeciwpadaczkowe (LPP), mimo że w ciągu ostatnich 30 lat do praktyki klinicznej wprowadzono ponad 20 generacji LPP, w tym 10 nowych LPP w latach 2008–2020.

Tak więc zapotrzebowanie na nowe LPP pozostaje niezaspokojone. Szanse na uzyskanie ustąpienia napadów po zastosowaniu różnych leków w padaczce odpornej na leki wynoszą zaledwie 5–10%. Dlatego konieczne jest poszukiwanie leków, które mogłyby pomóc w uzyskaniu trwałej kontroli napadów.

**Omówienie.** Cenobamat jest nowym LPP dostępnym w Europie i Stanach Zjednoczonych, stosowanym w leczeniu opornych napadów ogniskowych u dorosłych. Mechanizmy odpowiedzialne za jego działanie przeciwnapadowe obejmują wzmocnienie stanu inaktywacji kanałów sodowych bramkowanych napięciem z blokadą przetrwałego prądu sodowego oraz dodatnią modulację allosteryczną receptorów GABA<sub>A</sub> w miejscu wiązania nie związanym z benzodiazepinami. Końcowy okres półtrwania wynosi 50–60 godzin, co umożliwia dawkowanie raz na dobę. Skuteczność i bezpieczeństwo stosowania oceniano w dwóch randomizowanych, podwójnie zaślepionych, kontrolowanych placebo badaniach dotyczących leczenia dodanego u dorosłych z napadami ogniskowymi. W obu badaniach cenobamat istotnie zmniejszał częstość napadów ogniskowych przy stosunkowo dużej liczbie napadów, które nie wystąpiły. Do najczęściej zgłaszanych działań niepożądanych w badaniach z podwójnie ślepą próbą należały zawroty głowy, senność, ból głowy, zmęczenie i diplopia. Obniżenie dawki początkowej cenobamatu i spowolnienie tempa miareczkowania umożliwiło zmniejszenie ryzyka wcześniej obserwowanych przypadków DRESS, które nie wystąpiły już podczas leczenia długotrwałego.

**Wniosek.** Cenobamat w terapii dodanej wykazuje potencjał dużej skuteczności w zmniejszaniu liczby napadów u pacjentów z oporną na leczenie padaczką ogniskową – zmniejszeniu w stopniu większym niż obserwowano to w przypadku innych LPP.

## Napadowe dyskinezy

Dariusz Koziorowski

Klinika Neurologii WNoZ, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Napadowe dyskinezy charakteryzują się występowaniem krótkotrwałych incydentów ruchów mimowolnych. W większości przypadków w okresie międzynapadowym stan neurologiczny jest prawidłowy.

Opisano następujące typy dyskinez napadowych:

- prowokowane ruchem (PKD, *paroxysmal kinesigenic dyskinesia*),
- nieprowokowane ruchem (PNKD, *non-kinesigenic dyskinesia*),
- prowokowane wysiłkiem (PED, *exercise induced dyskinesia*) oraz
- dyskinezy napadowe przysenne (PHD, *paroxysmal hypnogenic dyskinesia*).

Charakter zaburzeń może być wrodzony lub nabyty. Nabyte dyskinezy napadowe są stosunkowo rzadkie i mogą występować na przykład w chorobach demielinizacyjnych. Typowo genetycznie napadowe dyskinezy związane są z mutacjami w genach kodujących kanały jonowe. Symptomatologia jest dość zróżnicowana. Jednak rozpoznanie jest bardzo istotne z punktu widzenia różnicowania z napadami padaczkowymi, ale również możliwością leczenia.

## Aura migrenowa bez bólu głowy

Marta Leńska-Mieciek

Klinika Neurologii i Epileptologii SPSK CMKP, Warszawa

**Wprowadzenie.** Aura migrenowa, której nie towarzyszy ból głowy, stanowi poważne wyzwanie diagnostyczne, szczególnie jeśli u danego pacjenta występuje po raz pierwszy. Przy rozpoznaniu należy uwzględnić kryteria przedstawione w 3 wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (The International Classification of Headache Disorders 3<sup>rd</sup> edition – ICHD-3).

**Omówienie.** W trakcie typowej aury migrenowej bez bólu głowy występują jej w pełni odwracalne objawy z typowymi cechami przedstawionymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy. W czasie aury lub w ciągu 60 min. od jej ustąpienia nie występuje ból głowy. Aura migrenowa bez bólu głowy jest rozpoznawana częściej w grupie osób starszych i u kobiet. Typowym objawem są zaburzenia widzenia. Diagnostyka różnicowa obejmuje przede wszystkim napady padaczkowe i przemijające zaburzenia krążenia mózgowego. Pacjenci z pierwszym w życiu incydem aury migrenowej bez bólu głowy powinni mieć wykonane badanie rezonansu magnetycznego mózgu, badania naczyniowe (rezonans magnetyczny naczyń mózgowych i badanie ultrasonograficzne tętnic dogłowych), badanie elektroencefalograficzne oraz badania laboratoryjne. Brak jest uznanych zaleceń co do sposobu leczenia, natomiast przeciwwskazane jest stosowanie tryptanów.

**Wnioski.** Uwzględnienie w diagnostyce różnicowej przemijających zaburzeń neurologicznych aury migrenowej bez bólu głowy umożliwia postawienie właściwego rozpoznania w tej grupie chorych i ich odpowiednie leczenie.

## Bóle głowy a padaczka

Ewa Nagańska

Klinika Neurologii i Epileptologii SPSK CMKP, Warszawa

**Wprowadzenie.** Ponapadowy ból głowy zgłaszany jest przez około 45% osób chorych na padaczkę. Najczęściej, ale nie tylko, występuje po napadach ogniskowych z zaburzeniami świadomości z obustronną propagacją do dwustronnego toniczno-klonicznych. Ból głowy może być oznaką zbliżającego się napadu. Wyjątkowym rodzajem bólu głowy u osób chorych na padaczkę jest ból napadowy, będący w rzeczywistości objawem napadu padaczkowego. Innym dość powszechnym rodzajem bólu głowy jest migrenowy ból głowy. Migrena ma pewne wspólne cechy z padaczką.

**Cel.** Poszukiwanie punktów wspólnych, elementów łączących bóle głowy i padaczkę. Omówienie aktualnego postępowania w przypadku współwystępowania objawów.

**Omówienie.** Przedstawiono przegląd aktualnych danych z literatury na temat współwystępowania bólów głowy u pacjentów chorych na padaczkę.

**Wnioski.** Napady migreny, tak jak napady padaczkowe, mogą być wywołane przez stres, zmęczenie, miesiączkę i alkohol. Aura przed migreną jest podobna do aury przed napadem. Również aktywność mózgu rejestrowana przez EEG może być podobnie nieprawidłowa podczas napadu migreny, jak i padaczki. Nadal istnieją wątpliwości, czy migrenowy ból głowy może prowadzić bezpośrednio do napadu padaczkowego. Decyzja dotycząca farmakoterapii w takich sytuacjach jest nadal przedmiotem wielu dyskusji. Preparaty kwasu walproinowego są zarejestrowane do stosowania w zapobieganiu bólom głowy i mogą być pierwszym lekiem z wyboru w przypadku współwystępowania objawów, ale...

## Padaczka lekooporna – trudności terapeutyczne w codziennej praktyce lekarskiej (wybrane zagadnienia)

Barbara Błaszczuk<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Wydział Nauk Medycznych WSEPiNM, Kielce

<sup>2</sup> Specjalistyczny Gabinet Neurologiczny, Kielce

**Wprowadzenie.** Za padaczkę lekooporną zgodnie z definicją ILAE uważa się padaczkę, w której pomimo stosowania w pełnej dawce co najmniej 2 leków przeciwpadaczkowych (LPP) zalecanych w danym zespole padaczkowym nie uzyskuje się kontroli napadów. Dotyczy to około 30% chorych na padaczkę. Mimo upływu lat i wprowadzenia do leczenia nowych LPP sytuacja znacząco się nie poprawiła. Wciąż poszukujemy nowych sposobów postępowania terapeutycznego.

**Omówienie.** Zaprezentowane zostaną przypadki chorych z ogniskową padaczką lekooporną stwarzające trudności terapeutyczne: brak skuteczności terapii, a także wystąpienie objawów niepożądanych stosowanych LPP. W przedstawionych przypadkach podjęto decyzje o zamianie leczenia lewetyracetamem (LEV) na brywaracetam (BRV) – z dobrym skutkiem. Podjęcie takiej decyzji oparto o doświadczenia własne, a także publikacje prezentujące skuteczność powyższej terapii przedstawianą przez wiele ośrodków jako doniesienia z codziennej praktyki klinicznej. Uwagę zwraca publikacja włoska prezentująca doświadczenia praktyczne wieloośrodkowe dotyczące terapii BRV dużej grupy, bo aż 1029 pacjentów chorych na padaczkę ogniskową (badanie BRIVAFIRST). Pełną analizę porównującą te dwa leki (LEV vs BRV), ich skuteczność, objawy uboczne oraz sposób zamiany przedstawiono w raporcie kanadyjskim z 1 grudnia 2020 r. przygotowanym dla medyków [CADTH]. Publikacje pokazują nie tylko dobre efekty szybkiej zamiany leczenia LEV na BRV, ale także wpływ takiej decyzji na jakość życia chorych czy korzystny wpływ na zmniejszenie kosztów terapii.

**Wnioski.** Codzienna praktyka pokazuje, że w przypadkach padaczki lekoopornej ogniskowej, przy braku skuteczności terapii LEV bądź wystąpieniu objawów ubocznych, głównie psychiatrycznych i behawioralnych (depresji, lęku, zaburzeń nastroju), po LEV należy rozważyć zamianę LEV na BRV.



## Obraz kliniczny młodzieńczej padaczki mioklonicznej (JME) o początku w pierwszej dekadzie życia

Alicja Goszczańska-Ciuchta, Elżbieta Szczepanik

Klinika Neurologii Dzieci i Młodzieży Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

**Wprowadzenie.** Obraz kliniczny JME u młodzieży i dorosłych jest dobrze poznany i zdefiniowany, natomiast rozpoznanie JME u pacjentów poniżej 10. roku życia budzi duże wątpliwości.

**Omówienie.** W prezentacji przedstawiono grupę 34 dzieci, u których padaczka rozpoczęła się w pierwszej dekadzie życia, leczonych w Klinice Neurologii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka. Trzynastu chorych prezentowało klasyczny obraz młodzieńczej padaczki mioklonicznej, u 19 dzieci rozpoznano dziecięcą padaczkę z napadami nieświadomości (CAE), a w toku dalszej obserwacji, po dołączeniu się napadów mioklonicznych i uogólnionych toniczno-klonicznych, zweryfikowano diagnozę. Przeanalizowano wywiad rodzinny w kierunku padaczki i (lub) drgawek gorączkowych, typ pierwszych napadów padaczkowych, częstość występowania napadów nieświadomości w trakcie trwania choroby oraz zapis EEG.

**Wniosek.** Obraz czynności bioelektrycznej mózgu w zapisach EEG oraz częstość występowania fotowrażliwości mogą być czynnikami różnicującymi CAE i CAE/JME na początku choroby.

## Migrena i padaczka – magiczny duet

Marcin Kopka

Centrum Medyczne NeuroProtect, Warszawa

Padaczka i migrena są jednymi z częściej występujących schorzeń neurologicznych. Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że migrena i padaczka współwystępują częściej niż można byłoby się spodziewać na podstawie danych statystycznych. Innymi słowy stwierdzenie jednego schorzenia zwiększa prawdopodobieństwo występowania drugiego. Migrena i padaczka są dwoma odrębnymi schorzeniami, które można rozróżnić na podstawie wywiadu i przebiegu klinicznego. Z powodu nakładających się objawów klinicznych ich odróżnienie czasami może być trudne. W rodzinnej migrenie hemiplegicznej różne mutacje mogą powodować migrenę, padaczkę lub oba schorzenia. Niektóre leki mogą być skuteczne zarówno w migrenie, jak i padaczce. Dokładnie przeprowadzony wywiad oraz badanie przedmiotowe pozostają nadal najlepszymi narzędziami klinicysty. Pomimo tego, że związek między migreną a padaczką znany jest od dawna, pozostaje nie całkiem jasny.