

Algemeen medische informatie

Epilepsie

Bij het grote publiek is epilepsie één der meest gevreesde aandoeningen en er zijn ongetwijfeld ook tandartsen die huiveren bij het idee een epilepsie-patiënt in de stoel te krijgen. Betere kennis van deze aandoening kan veel van deze (onterechte) angst wegnemen. Verder is het van belang dat de tandarts weet van eventuele bijwerkingen van bepaalde anti-epileptische middelen, zoals de gingiva-hyperplasie door fenytoïne (*J Am Dent Assoc* 1995; 126: 1641-7).

Epilepsie komt veel vaker voor dan de meeste mensen denken. Vier tot vijf procent van de bevolking maakt onder provocerende omstandigheden (bijvoorbeeld tijdens een koortsaanval of hyperventilatie) wel eens een aanval door. Min of meer regelmatige epileptische aanvallen ziet men bij ongeveer 1 op de 200 mensen. De aanvallen beginnen meestal in de kindertijd. Een andere veel voorkomende aanvangsleeftijd is boven de 50 jaar, als gevolg van een beroerte of een gezwell in de hersenen.

Onder epilepsie verstaat men een chronische, aanvalsgewijs optredende verstoring van de elektrische activiteit in de grote hersenen. Daarbij treden gelijktijdige ontladingen op van grote aantallen zenuwcellen in de hersenschors, met als gevolg klinisch waarneembare verschijnselen, zoals bewustzijnsverlaging, onwillekeurige spiertrekkingen, abnormale zintuiglijke sensaties, alleen of in combinatie.

Epileptische aanvallen worden overeenkomstig de meest recente classificatie van de International League against Epilepsy (ILAE-classificatie) onderverdeeld in vier hoofdgroepen: 1. partiële of focale epilepsie (waarbij de afwijking plaatselijk begint), 2. primair gegeneraliseerde epilepsie (waarbij de elektrische activiteit vanaf het begin verspreid over de hersenen aanwezig is), 3. mengvormen met zowel gegeneraliseerde als focale aanvallen en, 4. een groep speciale syndromen (bijvoorbeeld koortsstuipen). Het is van belang om bij elke patiënt de aanvallen zorgvuldig te classificeren om zo de meest geschikte behandeling te kunnen kiezen (*New Engl J Med* 1996; 334: 168-75).

Partiële epileptische aanvallen

Bij partiële of focale epilepsie beginnen de abnormale elektrische ontladingen plaatselijk in de hersenen. Mensen met deze vorm van epilepsie raken (in eerste instantie) niet buiten bewustzijn, maar hebben last van verschijnselen die samenhangen met de functie van dat bepaalde hersendeel.

Zo leiden aanvallen die beginnen in de temporale hersenkwab (psychomotore of temporale epilepsie) tot een vreemd gevoel in de buik of merkwaardige waarnemingen en geuren. Daarna daalt het bewustzijn en maakt de patiënt allerlei automatische gebaren, zoals kauwen, wrijven of zelfs eenvoudige routine-handelingen, die overigens vaak ontsporen (bijvoorbeeld thee zetten zonder water).

Andere vormen van partiële epilepsie beginnen in de primaire motorische of sensibele hersenschors en verbreiden zich van daaruit eventueel verder. Deze zogenoemde Jackson-aanvallen leiden tot tintelingen (paresthesieën) of spiertrekkingen in de bijbehorende spieren of de overeenkomstige huidgebieden, bijvoorbeeld in de hand en van daaruit verder over de arm en eventueel naar de rest van het lichaam. Zo'n aanval

kan secundair uitgroeien tot een gegeneraliseerde epileptische aanval, zodat de patiënt alsnog het bewustzijn verliest.

Partiële epileptische aanvallen ziet men vaak op oudere leeftijd. Ze zijn dan het gevolg van een focale afwijking in de hersenen, bijvoorbeeld een litteken na een hersenbloeding of plaatselijke prikkeling door een hersentumor.

Gegeneraliseerde epileptische aanvallen

Primair gegeneraliseerde epilepsie begint doorgaans op de kindertijd. Men onderscheidt drie soorten: tonisch-clonische aanvallen, absences en aanvallen van myoclonieën.

Het meest indrukwekkend is de tonisch-clonische aanval, ook wel de grand mal-aanval genoemd. Aan deze vorm van epilepsie is de volksnaam 'vallende ziekte' ontleend. Zo'n aanval kan worden voorafgegaan door een aura: een vreemd gevoel, een vreemde smaak of geur. De eigenlijke aanval zet in met plotseling bewustzijnsverlies en een tonisch verkrampen van alle spieren. De patiënt kan daardoor vallen, zich in de tong bijten of urine laten lopen. De kans op letsel is groot. Na ongeveer een halve minuut volgt een fase met heftige clonische spiertrekkingen die langzaam minder worden. Daarna blijft de patiënt enige tijd bewusteloos (postictaal coma), wat kan overgaan in slaap. Wanneer deze aanvallen zich herhalen zonder dat tussendoor het bewustzijn terugkeert, spreekt men van een status epilepticus. Dat is een levensbedreigende toestand, omdat door zuurstofgebrek hersenoedeem kan optreden.

Een vorm van gegeneraliseerde epilepsie die praktisch uitsluitend bij kinderen voorkomt, is de absence of petit mal-aanval. Een absence duurt meestal kort, enkele seconden tot een halve minuut. Het kind houdt plotseling op met datgene waarmee het bezig is, staart voor zich uit en reageert niet meer. De ogen draaien iets omhoog en er zijn vaak kleine ritmische schokjes zichtbaar van de oogleden of de mond. Daarna houdt de aanval net zo plotseling weer op als deze begonnen is en het kind gaat gewoon verder met zijn spel. Dergelijke aanvalletjes kunnen zeer frequent optreden (tot tientallen per dag). Bij een kwart van de patiënten verdwijnt de afwijking spontaan na de puberteit, bij de rest gaat het op den duur over in grand mal.

De derde vorm van gegeneraliseerde epilepsie, aanvallen van myoclonieën, is zeer zeldzaam. Daarbij gaat het om zeer kortdurende heftige spierschokken zonder bewustzijnsverlies.

Overige vormen van epilepsie

Naast een aantal zeldzame epileptische syndromen (die verder niet zullen worden besproken), zijn er ook nog de koortsstuipen. Kinderen kunnen tijdens ziekten met hoge koorts namelijk ook gegeneraliseerde epileptische aanvallen doormaken. Men spreekt dan van febriële convulsies. Die komen bij zeker 2% tot 3% van alle kinderen voor tijdens een koortperiode. Vaak is er daarbij een zekere familiale predispositie. Zo iets hoeft absoluut geen consequenties te hebben; slechts een klein deel van deze kinderen (5% tot 10%) krijgt later ook buiten koortperiodes epilepsie.

Niet epileptische 'aanval': hyperventilatie

Soms wordt een aanval van hyperventilatie verward met epilepsie. Tijdens een situatie vol spanning kan iemand onbewust te diep gaan ademhalen. Hierbij treden in wisselende mate tal van lichamelijke verschijnselen op: 'duizeligheid' een gevoel van benauwdheid, hartkloppingen, pijnlijke steken in de borst (links, in plaats van onder het borstbeen, zoals bij een hartaandoening!), zweten, prikkelingen in de vingers en rond de mond, een dik gevoel in de keel en kramp in de handen met een typische strekstand van de vingers (de zogenoemde main d'accoucheur). Deze verschijnselen berusten op een stijging van de pH doordat er te veel kooldioxide wordt uitgeademd. Dat leidt tot een daling van de hoeveelheid vrij (geïoniseerd) calcium in het bloed. Bij niet alle patiënten is het beeld even duidelijk; vooral als het symptomencomplex chronisch wisselend aanwezig is, wordt het moeilijk de hyperventilatie als zodanig te herkennen. Zoals bekend, moet men bij een acute aanval de patiënt in een plastic zak laten ademen. Overigens moet men zich bewust zijn dat hyperventilatie op zich een epileptische aanval kan uitlokken.

Anti-epileptica

Voor de tandarts is het, zoals gezegd, van belang te weten dat het veel gebruikte anti-epileptische middel fenytoïne een tandvleeshyperplasie kan veroorzaken, vooral bij kinderen. Daarom geeft men bij de behandeling van partiële epileptische aanvallen meestal de voorkeur aan carbamazepine, dat deze bijwerking niet heeft. Dat wil niet zeggen dat carbamazepine een onschuldig middel is: alle anti-epileptica veroorzaken een keur van klachten. Berucht is het feit dat verschillende anti-epileptica de effectiviteit van de anticonceptiepil verminderen.

Prognose

Als patiënten vrij blijven van aanvallen, kan de medicatie vaak met succes worden afgebouwd. In een recent onderzoek in een aantal Britse huisartspraktijken onder 1091 patiënten met nieuw gediagnosticeerde epilepsie bleek (na een follow-up van 9 jaar) 86% van de patiënten de laatste 3 jaar aanvalsvrij en 68% de laatste 5 jaar (*Lancet* 1995; 346: 140-44). Het ging hier overigens om patiënten die zich bij de huisarts gemeld hadden en er waren dus ook mensen bij met minder ernstige vormen van epilepsie. Ook was de epilepsie bij lang niet alle patiënten bewezen. Het is namelijk niet gemakkelijk epilepsie met zekerheid vast te stellen; een arts is zelden in de gelegenheid een aanval zelf waar te nemen, laat staan te onderzoeken. Veel gegevens berusten dus op een hetero-anamnese van iemand

die bij een aanval aanwezig was. Tussen de aanvallen door vertoont slechts een deel van de patiënten op een routinematig afgenomen elektro-encefalogram (EEG) epileptische afwijkingen, zelfs als men een aanval probeert uit te lokken met hyperventilatie en lichtflitsstimulatie. Daarnaast vertoont 5% à 10% van de gewone bevolking lichte EEG-afwijkingen zoals die ook bij epilepsie worden gezien.

De epilepsie-patiënt in de tandheelkundige praktijk

De meeste mensen die lijden aan epilepsie, bereiken met anti-epileptica een goede controle over hun aanvallen en kunnen dus een gewone, routinematige tandheelkundige behandeling ondergaan. Men moet echter wel bedenken dat epileptische aanvallen kunnen worden uitgelokt door een heel scala aan factoren, waaronder angst, ziekte, vermoeidheid, veranderingen in de stofwisseling en hyperventilatie, allemaal zaken die een rol kunnen spelen tijdens een tandheelkundige behandeling. Het is dus verstandig rekening te houden met een eventuele aanval en voorafgaande aan de behandeling is dus een grondige medische anamnese op zijn plaats. Daarin moeten vragen gesteld worden als: Aan welke vorm van epilepsie lijdt U? Hoe goed zijn de aanvallen onder controle? Hoe vaak treden ze op en hoe lang duren ze? Waardoor wordt een aanval gewoonlijk uitgelokt? Hoe ziet zo'n aanval eruit? Tegelijk kan men dan ook achterhalen welke medicatie de patiënt gebruikt, zodat in te schatten is welke bijverschijnselen er eventueel kunnen optreden. Als dergelijke informatie van te voren verzameld is, wordt de behandeling van een epilepsie-patiënt veel gemakkelijker; een aanval is beter te voorkomen en, mocht die zich onverhoopt toch voordoen, dan is men er beter op voorbereid. In een dergelijk geval staat voorop dat men de patiënt moet beschermen tegen verder letsel. De tandheelkundige stoel moet zo laag mogelijk bij de grond in een achteroverliggende stand gezet worden. Men kan proberen tongbeet te voorkomen door iets tussen de tanden te steken. Gebruik daarvoor echter geen hout of een ander breekbaar materiaal, want men moet de kracht van de kaken bij een epilepsie-patiënt niet onderschatten. Neem liefst iets van rubber (Mayo-tube of een bijtblok) of eventueel een zakdoek. Zorg dat de luchtweg open blijft, let op de hartfrequentie en de bloeddruk en neem contact op met een arts voor onmiddellijke medische nazorg.

Mocht een patiënt in een status epilepticus belanden, iets wat zich overigens slechts zelden voordoet, dan dient deze zo spoedig mogelijk in een gespecialiseerd neurologisch centrum te worden opgenomen voor intensieve therapie en verdere diagnostiek.

J.B. Meijer van Putten, wetenschapsjournalist