

# Samenvatting richtlijn ‘Epilepsie. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling’

C.A. van Donselaar en J.A. Carpay

(*Tijdschr Neurol Neurochir 2007;108:31-2*)

## Inleiding

In 2006 is de tweede, herziene versie van de Richtlijn ‘Epilepsie’ gepubliceerd. De richtlijn werd opgesteld door een breed samengestelde commissie en geldt ook voor kinderartsen en -neurologen. De richtlijn is bedoeld voor de neuroloog of kinderarts in de algemene praktijk.

De richtlijn is niet gebaseerd op eigen systematische analyses van de literatuur of meta-analyses. Dat werd, gezien de uitgebreidheid van het onderwerp en het ontbreken van middelen, door de commissie onmogelijk geacht. De richtlijn is gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur en de recent verschenen Engelse (NICE) en Schotse (SIGN) epilepsierichtlijnen, die wel op systematische literatuuranalyses zijn gebaseerd. Zoals wel vaker in de geneeskunde is er op hele praktische vragen, zoals “Wat is het beste eerste keuze anti-epilepticum bij een bepaald type epileptische aanval of type epilepsie?” geen eenduidig antwoord te geven, omdat adequaat onderzoek ontbreekt. In deze gevallen heeft de commissie waar mogelijk een aanbeveling geformuleerd. Het moge ook duidelijk zijn dat sommige aanbevelingen inmiddels al weer achterhaald kunnen zijn, doordat inmiddels nieuwe studies zijn gepubliceerd. De commissie is voornemens de richtlijn jaarlijks op hoofdpunten te herzien en een bijgewerkte versie te publiceren op de website van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie ([www.neurologie.nl](http://www.neurologie.nl)).

## Aanbevelingen

In het algemeen pleit de richtlijn voor een systematische

aanpak van de epilepsie. Dit geldt voor de diagnostiek, de classificatie, voor de verschillende stappen in de behandeling en voor de begeleiding van de patiënt. Hieronder volgt een greep uit de aanbevelingen.

### Diagnostiek en classificatie

De diagnose epileptische aanval wordt primair gesteld op grond van de beschrijving van de aanval. De bevindingen bij EEG-onderzoek kunnen de waarschijnlijkheid van de diagnose epileptische aanval vergroten of verkleinen. Het EEG is onmisbaar voor de identificatie van het epilepsiesyndroom. Bij iedere patiënt moet worden geprobeerd te komen tot een classificatie van het epilepsiesyndroom op basis van de aanvallen, de etiologie en de bevindingen bij aanvullend onderzoek. De term ‘cryptogeen’ wordt vervangen door ‘waarschijnlijk symptomatisch’. De MRI heeft in het algemeen de voorkeur boven CT-onderzoek. MRI-onderzoek bij epilepsie is alleen adequaat wanneer rekening wordt gehouden met de aard van de afwijkingen die men wil aantonen. Bij epilepsie is het bijvoorbeeld vaak gewenst coronale FLAIR-opnames te maken om mesiotemporale sclerose aan te tonen.

### Behandeling

Wanneer zich 2 of meer aanvallen binnen 1 jaar of een status epilepticus hebben voorgedaan, wordt veelal gestart met medicatie. Een afwachtend beleid kan worden gekozen bij een lage aanvalsfrequentie, geringe ernst en gevolgen van de aanvallen of een te verwachten slechte therapietrouw. De voor- en nadelen van behandeling met anti-epileptica dienen met de patiënt te worden besproken.

Bij de keuze van een anti-epilepticum spelen naast

Auteurs: dr. C.A. van Donselaar, afdeling Neurologie, Medisch Centrum Rijnmond – Zuid, Rotterdam, en dr. J.A. Carpay, afdeling Neurologie, Tergooiziekenhuizen, Blaricum.

Correspondentie graag richten aan dr. C.A. van Donselaar, neuroloog, afdeling Neurologie, Medisch Centrum Rijnmond – Zuid, locatie Clara, Olympiaweg 350, 3078 HT Rotterdam, tel: +31 (0)10 291 19 11, e-mailadres: [donselaarc@mrz.nl](mailto:donselaarc@mrz.nl)

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële vergoeding: geen gemeld.

de te verwachten effectiviteit en het bijwerkingen-profiel, ook individuele factoren een rol, zoals zwangerschapswens, gebruik van orale anticonceptiva, overgewicht, oudere leeftijd, comorbiditeit en -medicatie. Carbamazepine, lamotrigine, natriumvalproaat en oxcarbazepine zijn te beschouwen als eerstekeuzemiddelen. Klinisch bewijs voor superioriteit van 1 van de nieuwe middelen ontbreekt. Er zijn geen gecontroleerde studies met voldoende bewijs om het beste 'add-on' anti-epilepticum te identificeren. Bij de oudere patiënt moet extra aandacht worden geschonken aan comorbiditeit, therapietrouw en mogelijke interacties met comedatie. Bij iedere patiënt die 2 jaar aanvalsvrij is, dient de mogelijkheid van staken van de medicatie te worden besproken. Wanneer na 2 jaar medicamenteuze behandeling of na falen van 3 anti-epileptica nog geen bevredigend resultaat is bereikt, dient men verwijzing naar gespecialiseerde epilepsiezorg voor een tweede mening, uitbreiding van de epilepsiediagnostiek en/of onderzoek naar de mogelijkheid van epilepsiechirurgie te overwegen. Bij medicamenteus moeilijk instelbare epilepsie kan nervusvagusstimulatie een werkzaam alternatief zijn, zeker in die gevallen waarbij epilepsiechirurgie niet is geïndiceerd.

### *Status epilepticus*

Iedere instelling dient over een protocol te beschikken voor de behandeling van een convulsieve status epilepticus. Men spreekt van een dreigende status epilepticus bij een aanvalsduur langer dan 5-10 minuten. Direct ingrijpen is dan geïndiceerd, zeker bij gegeneraliseerde convulsieve activiteit. Het hanteren van de oude grens van 30 minuten voordat men van een status epilepticus spreekt, is klinisch niet zinvol. Wanneer na het initiële couperen van de epileptische aanval het bewustzijn niet snel verbetert, dient aan een non-convulsieve status te worden gedacht en is een EEG mogelijk geïndiceerd.

### *Begeleiding*

De behandeling dient gebaseerd te zijn op de individuele behoefte van de patiënt die vaak anders denkt over de gevolgen van aanvallen, bijwerkingen, risico's in zijn/haar dagelijks leven dan de behandelende arts. Zowel in het begin van de behandeling als tijdens de follow-up dient een aantal onderwerpen systematisch aan bod te komen, zoals de aanvallen, het medicatiebeleid, de bijwerkingen van de medicatie, mogelijke interacties, de leefregels, de psychosociale

gevolgen en eventuele beperkingen. Het onderkennen en mogelijk voorkómen van bijwerkingen is een belangrijk aspect van de behandeling. 'Actieve opsporing' is van cruciaal belang. Hinderlijke bijwerkingen kunnen een goede reden zijn om van anti-epilepticum te switchen. Leefregels moeten zijn gebaseerd op een inschatting van het individuele risico op ongevallen door een aanval. Er is een kleine kans op plotselinge, onverwachte dood bij mensen met epilepsie ('sudden unexpected death in epilepsy': SUDEP). Dit onderwerp hoeft niet routinematig besproken te worden, maar de betrokkene dient uiteraard wel geïnformeerd te worden, wanneer deze gericht naar informatie over SUDEP vraagt.

### *Zwangerschap en contraceptie*

Starten met orale anticonceptiva en zwangerschap doet de serumspiegels van lamotrigine flink dalen. De dosering dient daarom op geleide van serumspiegels in de loop van de zwangerschap te worden aangepast. Valproaat kan bij vrouwen worden gebruikt ondanks het mogelijk verhoogde risico op polycysteus ovariumsyndroom. Bij een duidelijke toename van het lichaamsgewicht dient wisselen van de medicatie of nader gynaecologisch onderzoek te worden overwogen. Staken van de anti-epileptische medicatie vlak voor of tijdens de zwangerschap wordt afgeraden. Wel kan de medicatie soms worden aangepast of eventueel (tijdelijk) worden gestaakt, wanneer daar ruim voldoende tijd voor is. De dosering dient alleen op klinische gronden te worden aangepast met de al genoemde uitzondering van lamotrigine. Dierexperimentele gegevens wijzen op een gunstig profiel van de meeste nieuwe anti-epileptica, maar gegevens over de klinische toepassing zijn schaars. Gebruik van anti-epileptica is geen contra-indicatie voor borstvoeding.

### *Verwijzing derde lijn*

Bij twijfel aan de diagnose epilepsie dient men verwijzing voor aanvullende diagnostiek te overwegen, evenals bij ernstige problemen op het gebied van psychiatrische stoornissen, leer- en gedragsproblemen en sociale problematiek. Wanneer de kans op het ontstaan van psychosociale problematiek groot is, kan vroegtijdige verwijzing voor epilepsiespecialiseerde psychosociale begeleiding zinvol zijn. Bij verwijzing naar een derdelijnszorginstelling dient duidelijk te worden afgesproken wat de aard en de wederzijdse verwachting van de verwijzing zijn.