

Epilepsi

- vad primärvårdsläkare behöver veta

Johan Zelano
Specialistläkare, docent i neurologi
Sahlgrenska universitetssjukhuset



Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Disposition

- Ny definition & klassifikation av epilepsi
- Utmaningar i VGR
- Första epileptiskt anfall
- Anfall vid känd epilepsi
- Bilkörning
- Läkemedelsbehandling – nyheter
- Särskilda patientgrupper



Om epilepsi



Bild från la Salpetiere, UK Epilepsy society

- En varaktig predisposition för epileptiska anfall. Diagnosen fordrar minst ett epileptiskt anfall (ILAE).
- Prevalens ca 0,6%, dvs 60.000 personer
- Högst incidens hos barn och äldre.



Epilepsiklassifikation

- Definition av epilepsi (Fisher 2014)
- Ny anfallsklassifikation (Fisher 2017)
- Ny epilepsiklassifikation (Scheffer 2017)
- Svenska översättningar

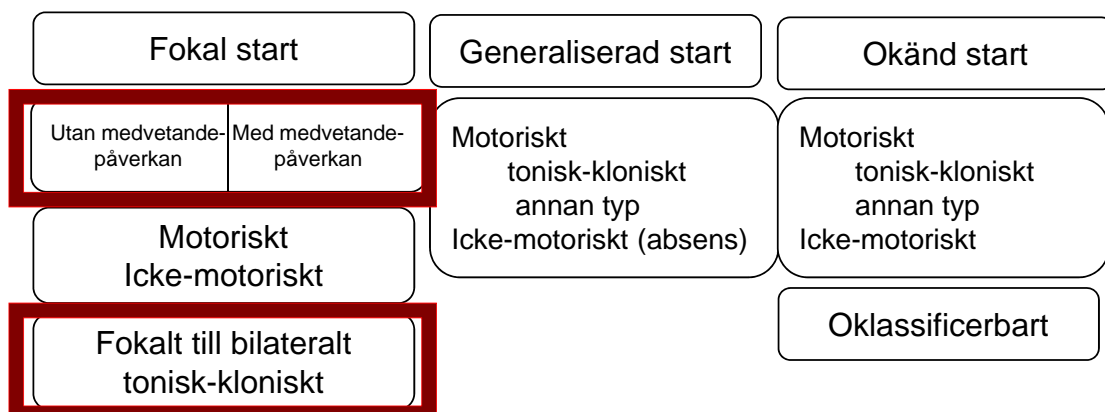


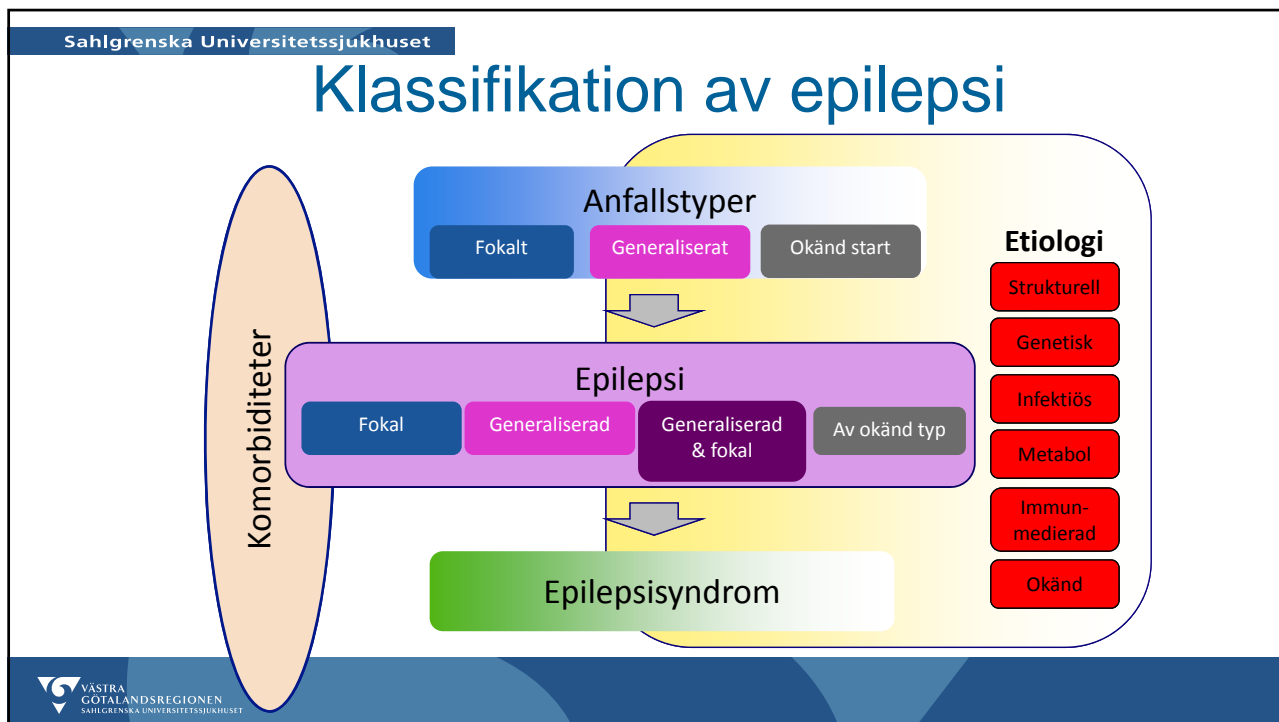
Vem har epilepsi?

- Två oprovocerade anfall >24 timmar isär
- Ett oprovocerat anfall och en risk som ovan (>60%)
- Ett epilepsisyndrom

Man har inte längre epilepsi om man inte haft anfall på tio år, varav fem utan behandling eller om man bedöms vara förbi åldern för ett åldersberoende syndrom.

Ny klassifikation av anfall





Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Feldiagnostik

- Feldiagnostik av epilepsi: 16-23% (refraktär 26-42%)
- Kostnader i mångmiljonklassen.
- Omprövning tar >7-10 år.
- En felaktig diagnos för med sig de flesta negativa aspekter av epilepsi.

I efterhand ses ofta

- otillräcklig anamnes
- för stor tilltro till "red flags"
- tidig övertolkning av EEG
- oro över förloppet utan intervention

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENNSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

M Oto, Seizure 2017

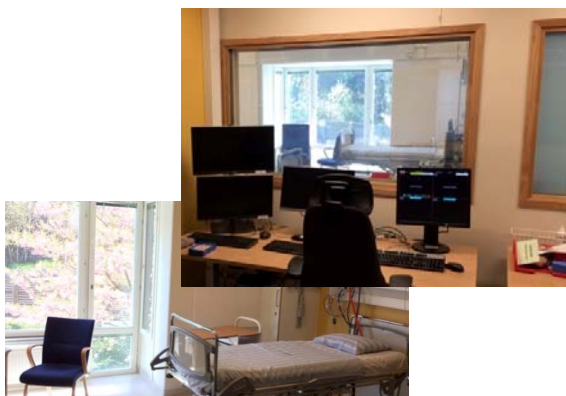
Våra utmaningar

- För få patienter utreds med avseende på epilepsikirurgi.
- För få patienter genomgår diagnostiskt video-EEG för att säkerställa diagnosen.
- Omkring 11.000 patienter med epilepsi i VGR.

Vuxna med epilepsidiagnos med ett respektive två besök i specialistsjukvård



Nationella riktlinjer



- Socialstyrelsen har gjort nationella riktlinjer för epilepsisjukvård. Slutlig version 2019.
- Betonar vikten av avancerad utredning av patienter med läkemedelsresistens och teamomhändertagande.

Samverkan primärvård/neurologi

- **Neurologi:** Utredning och behandlingsstart, bedömning vid försämrad anfallssituation, licensläkemedel eller komplicerade regimer, utsättning, kvinnor i fertil ålder, körkortssintyg
- **Allmänmedicin:** Remittera vid debut, uppföljning vid stabil anfallssituation, kontakt med neurolog vid frågor

Första epileptiskt anfall

Okomplicerad synkope

- Långvarigt stående, eller liknande episoder som kunnat förhindras genom att lägga sig ner.
- Utlösande faktor (smärta, åsyn av blod etc)
- Presynkopala symtom som svettning eller värmekänsla
- Tonusförlust
- Obskurationsfenomen
- Medvetandeförlust 30 s

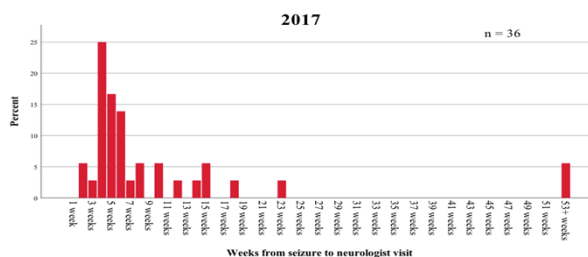
Epileptiskt anfall

- Tungbett
- Huvudvridning
- Minneslucka för bevitnat ovanligt beteende
- Postiktalitet
- Utdragna ryckningar
- Medvetandeförlust 5 min

(Dock inte om liknande symtom tidigare kunnat avhjälpas genom att lägga sig ner, blekhet under eller svettning före episoden eller situationsutlöst).

Första anfall

- Remiss till akut / neurolog
- Provocerande faktorer?
Radiologi?
- Prioriterat spår – ofta SVF
hjärntumör följt av snabbt
nybesök



Ökvist 2018

Handläggning anfall känd epilepsi

- Var det ett epileptiskt anfall?
- Har patienten skadat sig?
- Har patienten tagit sina läkemedel?
- Bilkörning
- Journalkopia till behandlande neurolog för kännedom

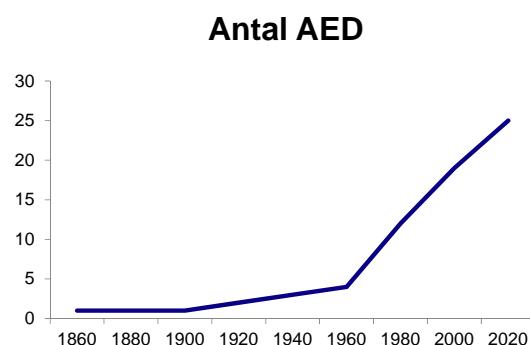
Hinder för körkort

- Transportstyrelsens hemsida
- Första anfall: 6 månader personbil, 5 år tungt fordon.
- Vid epilepsi: 12 månader respektive 10 år.
- Vid provocerande faktor (inte sömnbrist, alkohol etc) kan 3 månader räcka för personbil.
- Anmälningsskyldighet, även vid journalgenomgång

Läkemedelsbehandling

Antiepileptika

- Nya antiepileptika som regel lättare att använda – inte enzyminducerande och få interaktioner.
- Dock inte mer effektiva.



Enzyminducerande antiepileptika

- Karbamazepin, fenytoin, mfl är leverenzym-inducerande (se FASS).
- Sänker nivåer av många andra läkemedel – blodtryck, NOAK, p-piller, etc

Interaktioner D3 Riskprofil II

Interaktioner
Tjänsten ger en generell information utifrån substansens egenskaper och tar i

Visa A-interaktioner

4 interaktioner mellan valda läkemedel

+ Plendil	53	D3			
+ Pradaxa	123			C1	B3
simvastatin Enteralt och Parenteralt	108			C3	B3
+ Tegretol	410	D3	C3	C1	

Allmän strategi

- Läkemedel baserat på typ av epilepsi, därefter patientkaraktäristika.
- Som regel två försök med monoterapi, därefter kombinationsbehandling. Vid läkemedelsresistens avancerad utredning.

Serumkoncentrationer

- Fenytoin bra att koncentrationsövervaka. För karbamazepin terapeutiskt riktområde, för övriga är koncentration-effekt samband mkt individuellt.
- Serumnivå mest värdefullt i relation till tidigare värden, tex vid misstänkta biverkningar.

Reklistan

- Fokal start: karbamazepin, lamotrigin, levetiracetam
- Generaliserad start: lamotrigin, levetiracetam

Långtidsbiverkningar

- Osteoporos, kognitiv påverkan, blodbildspåverkan etc är exempel på långtidsbiverkningar som kan uppmärksammas i primärvård.
- Motiverar inte regelbunden testning/provtagning/bentäthetsmätning – men observans på symtom.
- Skriv till neurolog vb.

Kvinnor i fertil ålder

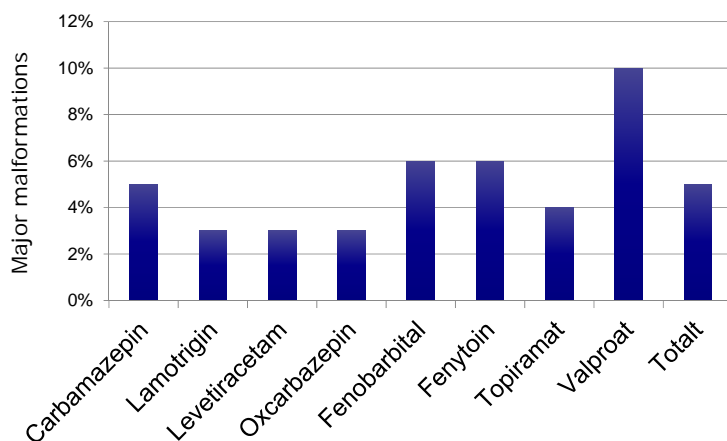
- Kvinnor i fertil ålder med läkemedelsbehandlad epilepsi ska ha kontakt med neurolog.
- Antiepileptika ökar risk för missbildningar, valproat numera kontraindicerat om annan behandling finns.

Vad gör neurologen?

Ofta följs serumkoncentrationer månadsvis vid graviditet.

Amning som regel ok för fullgångna barn.

EURAP - graviditetsregister



Tomson, Lancet
neurology 2018

7355 graviditeter

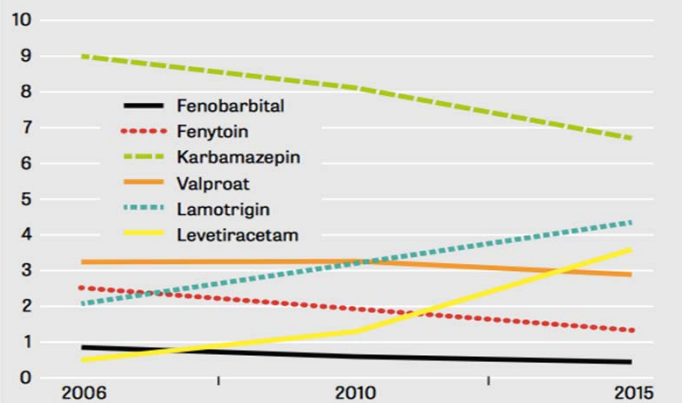
Depression/ångest

- Epilepsi ska inte hindra behandling av psykiatriska sjukdomar.
- Mkt ovanligt med anfall till följd av SSRI
- Vanlig användning av sömnmedicin ok, betänk dock risk för utsättningsanfall om stående bensodiazepinbehandling.
- Kommunicera gärna med patientens neurolog, förändring i patientens antiepileptiska behandling nyligen?

Äldre

- Nedsatt metabolism, kan behöva dosjustering
- Ofta samtidig annan medicinering – man försöker som regel undvika karbamazepin, fenytoin och valproat – men undantag finns.
- Lamotrigin eller levetiracetam ofta bra om fokal epilepsi
- Utsättning/nedtrappning? Hör med neurolog först – inte okomplicerat

FIGUR 2. Läkemedelsförskrivning

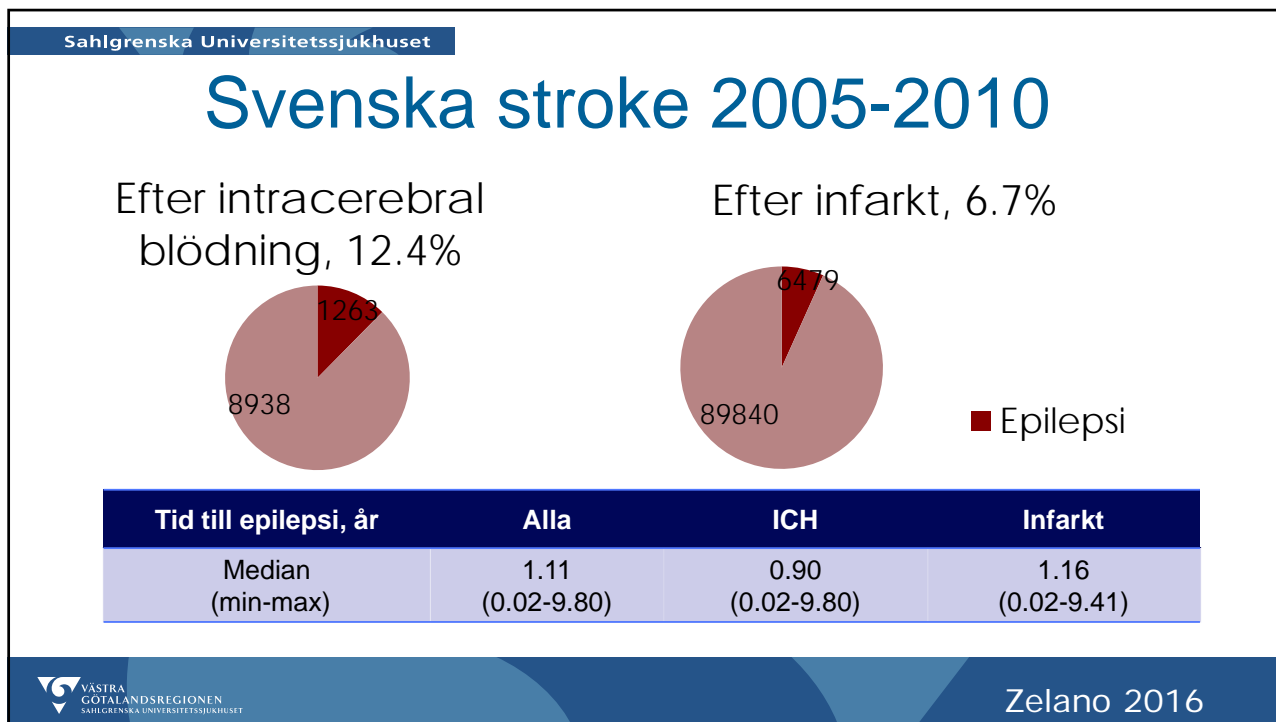


► Förskrivningsdata för personer i åldrarna 60 år och uppåt. Antalet personer per 1 000 invånare som behandlas med de läkemedel som rekommenderas för äldre patienter, levetiracetam och lamotrigin, ökar.

Epilepsi efter stroke



- Vanligaste orsaken till epilepsi efter medelåldern
- Risk för epilepsi ca 5-15%
- Ökad risk vid större skada, blödning eller skada i hjärnbarken.



Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Val av preparat

- Consoli 2012: Levetiracetam (n = 52) vs karbamazepin (n = 54). Samma effekt. LEV hade färre biverkningar.
- Gilad 2007: Lamotrigin (n = 32) vs Karbamazepin (n = 32). Samma effekt. LTG hade färre biverkningar.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN SAHLGRENNSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Flerfunktionshinder

- Patienten kan ofta inte tala för sig
- Risk för övermedicinering
- Målet alltid att ta bort tonisk-kloniska anfall. Därutöver är livskvalitet viktigt utfallsmått – biverkningar av AED har man varje dag.
- Stereotypa beteenden inte alltid anfall

HLA-B*15:02

- Personer med etniskt ursprung från Asien (ffa Kina, Thailand, Malaysia, Filippinerna, Indien, Indonesien, Hongkong, Vietnam)
- **Karbamazepin**, (fenytoin, lamotrigin, oxcarbazepin, fenobarbital)

FALLBESKRIVNING

Svår reaktion av antiepileptikum hos kvinna med ursprung från Asien

KARBAMAZEPININDUCERAT STEVENS-JOHNSONS SYNDROM/TOXISK EPIDERMAL NEKROLYS VANLIGARE HOS PERSONER MED VISS ASIATISK HÄRKOMST

Stavrosida Anastasou | Karbamazepin är sedan länge ett förstahandsmedel vid bröst och rygg (Figur 1), blåröda makulor på armar,

LT 2017, Anastasopoulou

Utsättning av AED

- Vid mångårig anfallsfrihet vill en del patienter sluta med läkemedel.
- Olika prognostiska faktorer ger olika risk som är olika acceptabel i olika livsfaser.
- Grov tumregel: risken för anfall dubblad vid utsättning.
- Remittera till neurolog

Vanliga frågor om epilepsibehandling

Patienten kan inte svälja?

- Svar: ersätt med infusion/lösning/krossbar. FASS!

Missad dos/kräkts?

- Svar: Patienter ofta i steady-state. Står i FASS för varje läkemedel hur man ska göra. Ofta sunt förnuft.

Vilket läkemedel ska jag sätta in?

- Rådgör med neurolog. Man väljer främst med avseende på patientens karakteristika och övrig medicinering. Behöver ofta inte göras akut.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Fortbildningschans!

Kongress om
cerebrovaskulär
sjukdom och
epilepsi. Många
väldigt bra svenska
och internationella
föreläsare.



20-22 Februari

UNIVERSITY OF GOTHENBURG



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENNSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET