

ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Δημήτριος Κουντούρης

Δρ. Νευρολόγος - Ψυχίατρος

Περιεχόμενα

ΕΠΙΛΗΨΙΑ	4
BURRIL CROHN – ΕΠΙΛΗΨΙΑ	4
ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CROHN	4
ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗ CROHN – ΕΠΙΛΗΨΙΑ	4
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, CROHN, ΕΠΙΛΗΨΙΑ	5
ΑΚΡΑΤΕΙΑ, ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	5
ΜΥΣ, ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΣΕ CROHN	5
ΝΟΣΟΣ CROHN, ΑΙΜΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ	5
CROHN, ΔΕΡΜΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	6
ΑΝΟΙΑ, ΣΠΟΓΓΩΔΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	6
ΣΠΟΓΓΩΔΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ, ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ (ΗΕΓ)	6
ΑΣΘΕΝΗ ΗΛΕΚΤΡΙΚΑ ΠΕΔΙΑ	7
Ο ΗΛΕΚΤΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	7
ΗΛΕΚΤΡΙΣΜΟΣ, ΜΝΗΜΗ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	7
ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ	7
ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΧΛΩΡΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	8
«ΑΞΟΝΑΣ» ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ-ΕΝΤΕΡΟΥ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	8
«ΕΝΤΕΡΙΚΗ» ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	8
ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ	9
ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΕΣ	10
ΕΝΤΕΡΟ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	10
ΕΝΤΕΡΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	10
HUMAN MICROBIOME PROJECT	10
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΝΕΥΡΟΝΙΚΑ ΤΟΞΑ	11
ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΑΝΟΙΑ, LEWYBODY.....	11
ΕΠΙΛΗΨΙΑ , ALZHEIMER.....	11
ALZHEIMER, ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΧΡΟΝΟΣ	12
ALZHEIMER, ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΓΕΝΕΤΙΚΗ	12
ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ALZHEIMER, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ.....	13
ΜΝΗΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΛΕΙΨΕΙΣ.....	13

ΣΥΣΠΑΞΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ	13
ΕΛΑΦΡΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	13
ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ, ΑΜΝΗΣΙΑ	14
ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ	14
ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ, ΑΝΟΙΕΣ, ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ	14
ΑΝΟΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (ΜΤ)	14
ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΑΝΟΙΑ, ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ (ΗΕΓ).....	15
ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ	15
ΚΑΙΝΟΦΑΝΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ	15
ΟΣΑ ΤΑ «ΦΥΛΑ», ΤΟΣΟΙ ΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΙ	15
ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	16
ΘΥΜΟΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ	16
ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ	16
Η «ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ» ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ.....	17
«ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΟΣ», ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΣ ΘΥΜΟΣ	17
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ, ΘΥΜΟΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	17
ΘΥΜΟΣ: ΚΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ Ή ΕΠΙΛΗΨΙΑ	17
ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ, ΘΥΜΟΣ, ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	18
ΔΙΝΟΥΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΟΝ ΘΥΜΟ;	18
ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ, ΘΥΜΟΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ	18
ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	18
«ΜΟΝΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ» ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	19
ΚΛΙΝΙΚΑ «ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΟ» ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	19
ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ (ΣΚΠ)	19
ΠΡΟΣΘΙΟΣ ΜΕΤΩΠΙΑΙΟΣ ΛΟΒΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	19
Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥΡΙΚ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	20
ΑΛΖΧΕΙΜΕΡ, ΑΝΟΙΑ ΠΡΟΜΕΤΩΠΙΑΙΟΥ ΛΟΒΟΥ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ	20
ΣΤΑΔΙΑΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑΣ.....	20
ΑΝΟΙΑ ΠΡΟΜΕΤΩΠΙΑΙΟΥ ΛΟΒΟΥ, ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ.....	21

ΕΠΙΛΗΨΙΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Πολλοί γιατροί πριν δώσουν μια αντιεπιληπτική αγωγή θέλουν να δουν μια και περισσότερες κρίσεις του ασθενούς ή πολλές φορές να έχουν και τη μαρτυρία κάποιου τρίτου ο οποίος θα είναι σε θέση να εξηγήσει τα συμπτώματα των κρίσεων που παρατήρησε. Επειδή μια επιληπτική αντίδραση δε σημαίνει πάντοτε και επιληψία τίθεται το ερώτημα πως και με ποιόν τρόπο εάν έχουμε τη σιγουριά εάν είναι κάτι τέτοιο και με τι τρόπο μπορούμε να αποφανθούμε εάν πρόκειται για ιδιοπαθή γενικευμένη κατάσταση ή αν είναι συσχετισμένη με τοπικές αλλοιώσεις και διαφοροποιήσεις:

Στη Βιονευρολογική διαθέτουμε όλο εκείνο το διαγνωστικό εξοπλισμό (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, χαρτογράφηση, 24ωρη καταγραφή με στερεοεγκεφαλογράφημα, σύστημα ελέγχου ισορροπίας, κ.α.) που μας επιτρέπει το γρήγορο και πλήρη έλεγχο, ανώδυνα και αναίμακτα.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Πέραν των γιατρών οι οποίοι επιμελούνται και γνωματεύουν όλες τις ανάλογες διαγνωστικές εξετάσεις, υπάρχουν ειδικοί χειριστές για τη χρήση των αναλόγων μηχανημάτων που προωθούν τη διάγνωση. Μέχρι στιγμής είναι το μοναδικό ελληνικό τμήμα με χιλιάδες καταγραφές, διασταύρωση και αρχειοθέτηση πληροφοριών και παρακολούθηση χρόνιων περιστατικών.

BURRIL CROHN – ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Ένας ιδιαίτερα παρατηρητικός και οξυδερκής γιατρός, το 1932 στην Νέα Υόρκη παρουσιάζει μία «ομάδα» γαστρεντερικών συμπτωμάτων με ιδιαίτερο νοσολογικό χαρακτήρα. Από τότε, η ομάδα αυτή των συμπτωμάτων έχει το όνομά του και ονομάζεται νόσος του Crohn. Το χαρακτηριστικό της είναι πως τα περισσότερα των συμπτωμάτων είναι χαρακτηριστικά διαταραχών από το στόμα έως τον πρωκτό και παρουσιάζουν κυρίως επώδυνη κοιλιακή διαταραχή και διάρροιες. Τα τελευταία χρόνια όμως, η έρευνα για το σύνδρομο του Crohn προχωράει συνεχώς, πιστοποιώντας ότι σχεδόν πάντα συνοδεύεται και από επιληπτικού τύπου διαταραχές, ιδιαίτερα δε, όταν υπάρχουν συμμετοχές από δέρμα, οφθαλμό, αρθρώσεις, και φλεγμονές.

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ CROHN

Σε αρκετές κλινικές εικόνες έχουμε την κοινή εμφάνιση μικρών ή μεγάλων επιληπτικών κρίσεων, κυρίως σε παιδιά, με ταυτόχρονη εμφάνιση γαστρεντερικών διαταραχών. Σε μεγάλο ποσοστό, όταν υπάρχει αυτός ο συνδυασμός συμπτωμάτων εμφανίζονται και διάφορων μορφών αλλεργίες, χαρακτηριζόμενες τις περισσότερες φορές σαν άτυπες κλινικές μορφές Crohn, δημιουργώντας στους γιατρούς έντονους προβληματισμούς για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, η καταγραφή ενός 24h ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος είναι ουσιαστική και σε ότι αφορά τη θεραπευτική αγωγή, σωτήρια, λόγω των λύσεων που δίνει.

ΔΙΕΙΣΔΥΤΙΚΗ CROHN – ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η διεισδυτική (structuring) μορφή της Crohn είναι χαρακτηριστική στο ότι δημιουργεί τοπικές αποφράξεις και συρίγγια μεταξύ εντέρου και άλλων ιστών. Κυρίως δε, μεταξύ εντέρου δέρματος ή εντέρου και ουροδόχου κύστης. Επίσης είναι χαρακτηριστικό, ότι λόγω της υπάρχουσας

φλεγμονώδους διαταραχής της χλωρίδας του εντέρου, δημιουργεί επιληπτικού τύπου διαταραχές κυρίως στον κροταφικό λοβό, λόγω του ότι μειώνει σε μεγάλο βαθμό τη σεροτονίνη. Η σεροτονίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής που ρυθμίζει τη μεταφορά εγκεφαλικών σημάτων κυρίως στο στέλεχος και κροταφικό λοβό, ρυθμίζοντας την καλή διάθεση του ατόμου. Αυτός είναι και ο λόγος που στις περιπτώσεις structuringCrohn οι συναισθηματικές διαταραχές έχουν τον πρώτο λόγο.

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, CROHN, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η νόσος του Crohnόταν εμφανίζεται ταυτόχρονα με εμφανείς κρίσεις ή κρυπτογενή επιληψία, υπάρχει πάντα μια συγκεντρωτική κλινική εικόνα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, πρέπει πάντοτε να «πέφτει» μια μεγάλη υποψία σε ότι αφορά το περιβάλλον σαν αιτιολογικό παράγοντα, ιδιαίτερης σημασίας.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αυξημένου ειδικού βάρους σε αυτές τις περιπτώσεις είναι κυρίως τοξίνες, φάρμακα, διάφορες λοιμώξεις, αλλά και πηγές έντονου στρες. Βέβαια, το στρες αυτό είναι για όλους, αλλά οι ασθενείς με Crohn έχουν μια ιδιαίτερη ευαισθησία προδιάθεσης γι' αυτό.

Πάντοτε όμως στις καταστάσεις αυτές, ο παράγων αυτός πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη τόσο για ψυχοθεραπευτική όσο και φαρμακευτική κάλυψη.

ΑΚΡΑΤΕΙΑ, ΠΕΡΙΠΡΩΚΤΙΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Υπάρχουν χαρακτηριστικές κλινικές εικόνες, όπου κατά διαστήματα μέσα στη μέρα μπορούν να εμφανίσουν, ιδιαίτερα σε παιδιά, επεισόδια ακράτειας κοπράνων με περιπρωκτική δυσφορία, ιλίγγους και αφαιρέσεις. Στις περιπτώσεις αυτές, κατά μεγάλη πιθανότητα, πρόκειται για κλινικές εικόνες της νόσου του Crohn με κρυπτογενή επιληψία.

Η χρόνια ύπαρξη των συμπτωμάτων αυτών και η μη έγκαιρη αντιμετώπισή τους, προσθέτει στην όλη κλινική εικόνα επιπλέον προβλήματα. Έτσι έχουμε την ταυτόχρονη εμφάνιση αποστημάτων, περιπρωκτικών φλεγμονών, ή πρωκτικές σχισμές. Όλες αυτές οι καταστάσεις συνοδεύονται από έντονα συμπτώματα δυσφορίας, σύγχυσης και αγωνιώδους συμπεριφοράς. Σε θεραπευτική αδράνεια ή αδυναμία, έχουμε αύξηση της επιληπτικής συμπεριφοράς.

ΜΥΣ, ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ ΣΕ CROHN

Σε χρόνιες καταστάσεις της νόσου του Crohn δεν πρέπει να διαφεύγει από τον κλινικό γιατρό και ο έλεγχος των μυών. Οι εντερικές διαταραχές του Crohn, όταν μάλιστα συνοδεύονται από επιληπτικές κρίσεις, δημιουργούν προβλήματα τόσο στους μύες όσο και στις αρθρώσεις. Έχουμε έτσι την κλινική εικόνα της μυελίτιδας ή ακόμη ενθεσίτιδας, όταν υπάρχει ταυτόχρονη προσβολή και των αρθρώσεων.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις πρόκειται για αυτοάνοσες κατά περίπτωση παραλλαγές της ίδιας κλινικής εικόνας. Οι παραλλαγές αυτές σε άπειρους γιατρούς ή θεραπευτές με μη επαρκή γνώση του θέματος, δημιουργούν προβλήματα.

ΝΟΣΟΣ CROHN, ΑΙΜΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Συνήθως το τρίπτυχο της νόσου του Crohn, επιληπτικών κρίσεων και διαταραχών του αίματος είναι ταυτόχρονα μια αυτοάνοση διαταραχή της ιδιοσυγκρασίας του ασθενούς. Σε αυτές τις περιπτώσεις,

οι πιο επικίνδυνες κλινικές εκφράσεις του συμπλέγματος είναι η αναιμία ή ακόμη περισσότερο μια αυτοάνοση αιμόλυση και ταυτόχρονα οι αυξημένες εντερικές αιμορραγίες με σύγχρονες επιληπτικές κρίσεις.

Πρόκειται σε όλες αυτές τις περιπτώσεις για κλινικές καταστάσεις που χρήζουν άμεσης συνεχούς και ιδιαίτερα προσεκτικής θεραπευτικής αντιμετώπισής τους από έμπειρους γιατρούς. Στις περιπτώσεις αυτές, οι επιπλοκές μεταξύ των συμπτωμάτων μπορεί αρκετές φορές να έχουν απρόβλεπτο και ιδιαίτερα επικίνδυνο χαρακτήρα.

CROHN, ΔΕΡΜΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Σε ορισμένες κλινικές εικόνες, ιδιαίτερα ατόμων με αυτοάνοση προδιάθεση, έχουμε την εμφάνιση «πλεξίματος» συμπτωμάτων, μεταξύ της νόσου Crohn, διαταραχών δέρματος και επιληπτικών κρίσεων. Συνήθως στις περιπτώσεις αυτές, κυριαρχούν οι διαταραχές του δέρματος όπως το οζώδες ερύθημα ή το γαγγραινικό πυόδερμα, συχνά συνοδευόμενα και από θρομβώσεις της περιοχής ή αναιμίας με λέπτυνση των οστών. Ταυτόχρονα, παρατηρούνται χειλίτιδες και στοματοπροσωπικές κοκκιωματώσεις.

Στις κλινικές αυτές εικόνες «δε χωράει» αναβολή διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών. Ο μεγάλος κίνδυνος είναι η μη έγκαιρη αναγνώριση του «ενιαίου» της κλινικής εικόνας, ο πολυμερισμός των ιατρών και μια πιθανή «διαμάχη» ειδικοτήτων.

ΑΝΟΙΑ, ΣΠΟΓΓΩΔΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η Σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια συζητήθηκε τα τελευταία χρόνια, τόσο από ιατρικούς κύκλους όσο και από τα ΜΜΕ ιδιαίτερα έντονα και με διάρκεια.

Ιδιαίτερα την εποχή που αναφέρθηκε η νοσολογική της σχέση, λόγω των πρωτεϊνών prions με την νόσο των «τρελών αγελάδων», δημιουργήθηκε κυριολεκτικά ένα επικοινωνιακό φόβητρο.

Κλινικά, πρόκειται για έναν συνδυασμό κλινικών συμπτωμάτων άνοιας και επιληπτικών κρίσεων στα αρχικά στάδια, που εάν δεν υπάρξει θεραπευτική αγωγή, τα συμπτώματα αυξάνονται ραγδαία. Στα τελευταία στάδια προστίθενται έντονες μυοκλονικές ψυχώσεις και παρατεταμένες αϋπνίες. Έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία, κυρίως θεραπευτική, τα συμπτώματα αυτά να εντοπίζονται το δυνατόν γρηγορότερα.

Αυτό σήμερα είναι εφικτό χάρη στα σύγχρονα διαγνωστικά μέσα όπως η μαγνητική τομογραφία και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

ΣΠΟΓΓΩΔΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ, ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ (ΗΕΓ)

Το ΗΕΓ είναι, διαγνωστικά, προγνωστικά και θεραπευτικά, το κύριο μέσο ιατρικής χρήσης στις περιπτώσεις της σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας. Η τελευταία παρουσιάζει στα διάφορα κλινικά της στάδια αλλά και ακόμη πριν εκδηλωθεί κλινικά, μια τεράστια «ποικιλία» επιληπτικών κρίσεων. Αυτές ξεκινούν σαν μορφές στιγμιαίας σύγχυσης και καταλήγουν μέχρι και σε διάφορες μορφές statusepilepticus.

Οι παθολογικές εκφορτώσεις στο ΗΕΓ έχουν τη μορφή των παροξυσμικών, βραδένων ομοιόμορφων κυμάτων ή περιοδικών αιχμηρών κυμάτων. Εμφανίζονται επίσης στα πρώιμα στάδια και τα λεγόμενα PSWCs (PeriodicSharpWaveComplexes). Δηλαδή ομαδικό σχηματισμοί αιχμηρών και οξεόμορφων σχημάτων που ξεκινούν κυρίως από το αριστερό ημισφαίριο. Στην περίπτωση της

σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας ο διεξοδικός έλεγχος του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος και η επανάληψή του είναι στην κυριολεξία απολύτως αναγκαία.

ΑΣΘΕΝΗ ΗΛΕΚΤΡΙΚΑ ΠΕΔΙΑ

Ο ΗΛΕΚΤΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η βάση κάθε επιληπτικής κρίσης είναι μια ηλεκτρική διαταραχή στα εγκεφαλικά κύτταρα. Μικρές ομάδες νευρώνων στον εγκέφαλο παράγουν κατά μόνας ασθενή ηλεκτρικά πεδία. Τα ηλεκτρικά αυτά πεδία ενεργούν όπως τα κύματα του νερού όταν πέσει μια πέτρα στην επιφάνειά του. Εξαπλώνονται δηλαδή ομόκεντρα. Με αυτόν τον τρόπο, επηρεάζουν γειτονικά νευρικά κύτταρα και διαμορφώνουν τα δικά τους ασθενή ηλεκτρικά πεδία. Ο εγκέφαλος μέσω των πεδίων αυτών βρίσκεται καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας σε μία ηλεκτροδυναμική ισορροπία.

Μια παθολογική ανατάραξη αυτής της ηλεκτροδυναμικής ισορροπίας έχει σαν αποτέλεσμα ηλεκτρικές αναταράξεις που καταστρέφουν τα νευρικά κύτταρα μέσω υπερσυγχρόνων επιληπτικών κρίσεων.

Η καλή γνώση των ηλεκτρικών πεδίων του εγκεφάλου και εν γένει της ηλεκτρικής δραστηριότητάς του, σήμερα είναι δυνατή μέσω του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ). Με αυτό το διαγνωστικό μέσο, πλέον μπορούμε και διακρίνουμε τις διαταραχές των ήπιων ηλεκτρικών πεδίων και ρυθμίζουμε τις ανάλογες θεραπείες.

ΗΛΕΚΤΡΙΣΜΟΣ, ΜΝΗΜΗ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Τοπικά ασθενή ηλεκτρικά ρεύματα στον εγκέφαλο αλληλοεπηρεάζονται κατά την πορεία της ημέρας και νύχτας στον εγκέφαλο, δημιουργώντας μεταξύ τους, που είναι και η βάση εγκεφαλικών λειτουργιών. Η σημαντικότερη διασύνδεση είναι αυτή του κεντρικού ρυθμιστή της εγκεφαλικής ηλεκτρικής δραστηριότητας του υποθαλάμου με το κέντρο διαχείρισης της μνήμης, που είναι ο υποθάλαμος. Αυτός είναι και ο λόγος που επιληπτικές κρίσεις και διαταραχές της μνήμης συμβαδίζουν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, η κλινική περίπτωση του Alzheimer.

Γι' αυτόν τον λόγο ο διεξοδικός έλεγχος της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου μέσω του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ) σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι ιδιαίτερα σημαντικός.

ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Έχουν περάσει πάρα πολλά χρόνια εντατικής έρευνας για να σχηματιστεί μια γνώση γύρω από την επίδραση της εντερικής λειτουργίας στον εγκέφαλο. Μάλιστα, τα δύο τελευταία χρόνια έχει προχωρήσει αυτή η έρευνα τόσο πολύ, ιδιαίτερα σε αμερικανικά ερευνητικά ινστιτούτα, που πλέον ξέρουμε ότι η εγκεφαλική δραστηριότητα και η εντερική λειτουργία είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση. Αυτή η σχέση αλληλεπίδρασης δημιουργεί ποικίλες διαταραχές που παίρνουν τη μορφή κλινικών συνδρόμων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός τέτοιου συνδρόμου είναι η πάθηση του ευερέθιστου εντέρου.

Πριν όμως ακόμα εμφανισθούν έντονα κλινικά σύνδρομα εξ' αιτίας της διαταραχής της «σχέσης» εντέρου-εγκεφάλου, παρουσιάζονται σύγχρονα συντονισμένες παθολογικές εκφορτώσεις εγκεφαλικών νευρώνων, που είναι προάγγελοι επιληπτικών κρίσεων. Δηλαδή τέτοιες διαταραχές προκαλούν τη δημιουργία και επιληπτικών συνδρόμων.

Οι νέες αυτές γνώσεις οδηγούν στην εκτίμηση ότι στις περιπτώσεις έντονων γαστρεντερικών διαταραχών πρέπει κανείς να υποψιάζεται και μια «υποβόσκουσα» επιληπτική δραστηριότητα. Και τουλάχιστον, έστω και μια φορά να προτείνεται και ένας ηλεκτροεγκεφαλογραφικός έλεγχος.

ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΧΛΩΡΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Ήδη κατά τη διάρκεια της κίνησης η εντερική χλωρίδα και ο εγκέφαλος αναπτύσσονται παράλληλα και αλληλοεπηρεάζονται. Η χλωρίδα του εντέρου συγκεντρώνει μια «ατελείωτη» ποικιλία βακτηριδίων τα οποία παράγουν ένα πλήθος μεταβολιτών με διάφορες λειτουργίες που επηρεάζουν έντονα και τον εγκέφαλο. Στοιχεία των μεταβολιτών αυτών, όπως τα διάφορα λιπαρά οξέα, έχουν «λόγο» τόσο στον σχηματισμό όσο και στη λειτουργία του εγκεφαλικού φραγμού. Ο εγκεφαλικός φραγμός είναι ένα «δίχτυ» κυτάρων που προστατεύει τον εγκέφαλο από την είσοδο ανεπιθύμητων ουσιών στο περιβάλλον του.

Στο σημείο αυτό είναι ουσιώδης ο ρόλος ειδικά ενός συγκεκριμένου μεταβολίτη της εντερικής χλωρίδας του βουτυρικού οξέος. Η ουσία αυτή παίζει τεράστιο ρόλο στη συνοχή του δικτύου του εγκεφαλικού φραγμού. Διαταραχές της σύνθεσής της και της λειτουργίας της προκαλούν βλάβες στον φραγμό, που έχουν σαν αποτέλεσμα, τις περισσότερες φορές, την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων.

«ΑΞΟΝΑΣ» ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ-ΕΝΤΕΡΟΥ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Τα τελευταία πέντε χρόνια, εντατικές έρευνες σε όλα σχεδόν τα δυτικά πανεπιστήμια έφεραν στο φως νέες γνώσεις σχετικές με την αλληλεπίδραση που έχει ο εγκέφαλος με το έντερο. Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει μια δυναμική σχέση μεταξύ εντερικής χλωρίδας και εγκεφάλου. Η σχέση αυτή έχει ιδιαίτερη λειτουργική σημασία έτσι, που μπορεί επιστημονικά να γίνει δεκτός ο όρος εντεροεγκεφαλικός άξονας. Στον άξονα αυτόν διαδραστικά συμπράττουν κυρίως ο εγκεφαλικός φραγμός καθώς επίσης ουσίες που παράγονται από τη χλωρίδα του εντέρου, όπως τμήματα βακτηριδίων, κυτοκίνες και ιδιαίτερα σεροτονίνη.

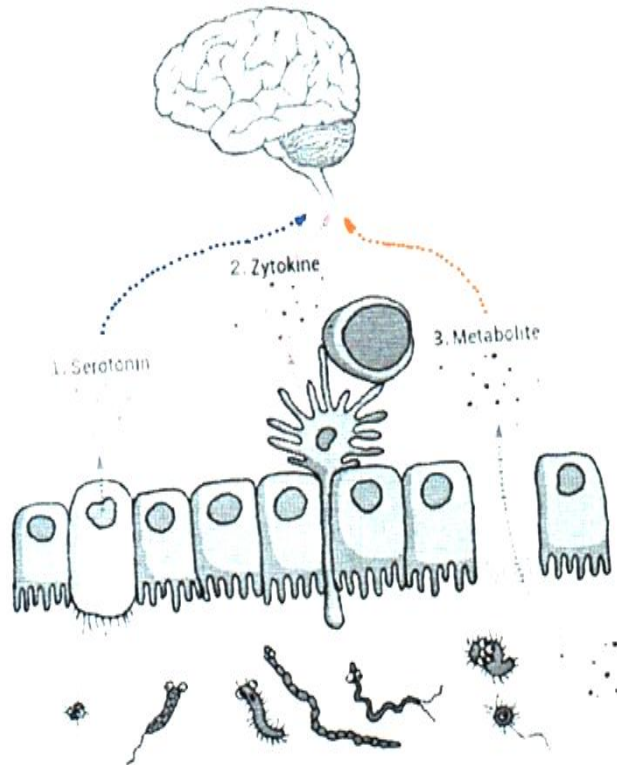
Η ισορροπία στον άξονα αυτόν είναι ουσιαστική για να υπάρχει μια κλινική «ηρεμία». Τυχόν διαταραχές της ισορροπίας, δημιουργούν σχεδόν κατά κανόνα, παθολογικές σύγχρονες υπερεκφορτώσεις εγκεφαλικών νευρώνων. Δηλαδή, δημιουργούν εγκεφαλικές καταστάσεις που διαπλάθουν το υπόστρωμα επιληπτικών κρίσεων διαφόρων μορφών. Αυτό κάνει τον έλεγχο της γαστρεντερικής λειτουργίας σε όλες τις μορφές επιληπτικών κρίσεων απαραίτητο.

«ΕΝΤΕΡΙΚΗ» ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η σεροτονίνη είναι ένας εκ των βασικότερων και πλέον γνωστών νευροδιβαβιστών του νευρικού συστήματος. Οι δράσεις της σεροτονίνης στον εγκέφαλο είναι ποικίλες, κυρίως όμως γνωρίζουμε από τις έρευνες των τελευταίων δεκαετιών, την επιρροή που έχει στη διαμόρφωση των συναισθημάτων και ιδιαίτερα της κατάθλιψης.

Έχει όμως πρόσφατα πιστοποιηθεί και ένας ιδιαίτερος ρόλος της στις επιληπτικές κρίσεις. Αυτός ο ρόλος φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σπουδαίος διότι η σεροτονίνη έχει μια ισχυρή επιρροή στη μεταβίβαση και δημιουργία σημάτων, που προκαλούν με τη σειρά τους επιληπτικές κρίσεις.

Στην έρευνα λοιπόν για την αλληλουχία σεροτονίνης-επιληπτικών κρίσεων βρέθηκε ότι περίπου κατά 40% η ουσία αυτή παράγεται στο έντερο. Εντερικές λοιπόν διαταραχές με επακόλουθο την ανωμαλία σωστής παραγωγής σεροτονίνης, οδηγεί πιθανόν σε επιληπτικές κρίσεις. Αν και τα ερωτήματα της λειτουργίας αυτής είναι ακόμη υπό διερεύνηση, υπάρχουν άφθονες ενδείξεις για κλινικούς συνδυασμούς π.χ. επιληψίας, κατάθλιψης και γαστρεντερικών διαταραχών ή επιληπτικού τύπου ημικρανίες και αύρα.



Με διαφορετικές ουσίες, όπως είναι η σεροτονίνη (μπλε) , Κυτοκίνες (ροζ) και μεταβολίτες (πορτοκαλί) , καθοδηγεί το έντερο τον εγκέφαλο.

ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Το ανοσοποιητικό σύστημα έχει κάποια ειδικά κύτταρα που όταν διεγείρονται προκαλούν την παραγωγή αντισωμάτων για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε κινδύνου προσβάλει τον οργανισμό. Τα σωματίδια αυτά, των οποίων η παραγωγή πυροδοτεί την έναρξη αυτής της ανοσολογικής διαδικασίας, είναι οι λεγόμενες κυτοκίνες. Η «αλυσίδα» παραγωγής των κυτοκινών ξεκινάει από τα μικρόβια της εντερικής χλωρίδας. Έτσι λοιπόν έχουμε σε κάθε έκφραση σχεδόν οποιασδήποτε αμυντικής αντίδρασης του οργανισμού, την παρουσία της λειτουργικής χλωρίδας του εντέρου. Αυτή είναι, σε ότι αφορά την παραγωγή των κυτοκινών, ιδιαίτερα έντονη στις διάφορες νευροφυσιολογικές διαδικασίες αντίδραση και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που εμφανίζονται και τα διάφορα επιληπτικά σύνδρομα. Τα τελευταία χρόνια σχεδόν το μεγαλύτερο βάρος της έρευνας για τη θεραπευτική αγωγή τέτοιων καταστάσεων έχει επικεντρωθεί στο σημείο αυτό.

ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΕΣ

Τα βακτηρίδια του εντέρου παράγουν σειρές ειδικών μορίων, κυρίως του βουτυρικού οξέος, που επηρεάζουν ιδιαίτερα έντονα τη λειτουργία του αιματικού φραγμού του εγκεφάλου. Δηλαδή, έχουν την ικανότητα να «ανοιγοκλείνουν» την πόρτα εισόδου διαφόρων ουσιών απευθείας στον εγκέφαλο. Με αυτόν τον τρόπο, ουσιαστικά επηρεάζουν άμεσα τη λειτουργία του και την άμυνά του.

Διαταραχές του εντέρου στην κατεύθυνση αυτή δημιουργούν αλυσιδωτές βιοχημικές αντιδράσεις που έχουν σαν αποτέλεσμα διάφορες επιληπτικές κρίσεις. Γνωρίζοντας κανείς την ψυχολογία των λειτουργιών αυτών μπορεί άμεσα να επέμβει θεραπευτικά σε παθήσεις με γαστροεντερικές διαταραχές και επιληπτικά σύνδρομα.

Η συνεχής μελέτη αυτών των καταστάσεων έφερε εμπειρικά και τη διαγνωστική ρουτίνα του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος στις γαστροεντερικές διαταραχές.

ΕΝΤΕΡΟ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Εκτεταμένες έρευνες στο πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια τα τελευταία χρόνια έδειξαν ότι συγκεκριμένοι μεταβολίτες της εντερικής χλωρίδας, ανάλογα με τη σύνθεση και την περιεκτικότητά τους, «ανεβοκατεβάζουν» τα επίπεδα της σεροτονίνης στο έντερο. Τα επίπεδα αυτά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να φθάσουν και το 90% της συνολικής παραγωγής τους. Η έλλειψη δε, της σεροτονίνης είναι ένας «θεμέλιος λίθος» για την εμφάνιση καταθλιπτικών συνδρόμων. Πλέον, είναι εμφανής σε ότι αφορά την παθογένεια της κατάθλιψης, η σχέση που υφίσταται με την εντερική λειτουργία. Έτσι επιβεβαιώνεται η παλιά εμπειρία που σε περιπτώσεις εντερικών διαταραχών, όπως π.χ. στο ευερέθιστο έντερο ή γαστρορραγία χορηγούνται και αντικαταθλιπτικά.

Επίσης είναι πλέον κατανοητό γιατί στην κατάθλιψη έχουμε σχεδόν πάντα διαταραχές πέψης και δυσκοιλιότητας.

ΕΝΤΕΡΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Στο Σικάγο του Ιλινόις, στο τελευταίο συνέδριο των νευροεπιστημόνων έγιναν μερικές σπουδαίες παρουσιάσεις. Το θέμα ήταν γύρω από την επανανεύρωση και μυελινώσεις.

Σύμφωνα με τους νευροεπιστήμονες εκεί, τμήματα μεταβολιτών της εντερικής χλωρίδας και μάλιστα συγκεκριμένων βακτηριδίων, βοηθούν ουσιαστικά στην επαναμυελίνωση νευρών που έχουν προσβληθεί πειραματικά από την σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι ίδιες παρατηρήσεις ισχύουν και για κάποια επιληπτικά σύνδρομα.

Μάλιστα παρουσιάστηκε για πρώτη φορά και η πρόταση της «συμβιοτικής βιοθεραπείας», μιας μορφής συγκεκριμένης αγωγής στην κατεύθυνση αυτή.

Η συμβιοτική βιοθεραπεία, ρίχνει νέες γέφυρες στην αναμόρφωση της δομής και λειτουργίας των νευρικών κυττάρων, ρυθμίζοντας τη χλωρίδα του εντέρου.

HUMAN MICROBIOME PROJECT

Το human microbiome project είναι ήδη το πρώτο πρόγραμμα έρευνας, χρηματοδοτούμενο από πολλές πλευρές, που τρέχει σε ότι αφορά τις έρευνες του άξονα «εγκεφάλου-εντέρου» και των νευρολογικών συνεπειών της δυσλειτουργίας του. Τα αποτελέσματα των ερευνών αναμένεται να αναδείξουν θεραπευτικές λύσεις για τα νευρολογικά προβλήματα εξ' αιτίας των διαταραχών αυτών. Παράλληλα δε, να δοθεί η ευκαιρία αναθεώρησης των αποφάσεων για τα προβλήματα και τους τρόπους διατροφής σε διάφορες ηλικίες και διάφορες καταστάσεις.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΝΤΕΡΟΥ, ΝΕΥΡΟΝΙΚΑ ΤΟΞΑ

Εγκεφαλικές έρευνες μέσω της λειτουργίας μαγνητικής τομογραφίας έχουν δείξει και αποδείξει ότι, στοιχεία της μικροβιακής χλωρίδας επηρεάζουν και διαμορφώνουν τη λειτουργία νευρωνικών δικτύων μεταξύ αμυγδαλής και πρόσθιου λοβού του εγκεφάλου. Μάλιστα, αυτή η επιρροή είναι ιδιαίτερα έντονη στις βρεφικές και παιδικές ηλικίες. Έτσι λοιπόν, είναι πλέον γνωστό ότι στοιχεία της εντερικής χλωρίδας επηρεάζουν άμεσα τη συμπεριφορά φόβου-απάθειας που κατευθύνεται από την αμυγδαλή και τροποποιείται από τον πρόσθιο λοβό. Καθαρά θεραπευτικά, η γνώση αυτού του συνδυασμού δίνει τη δυνατότητα οργανικών χημικών παρεμβάσεων στο έντερο, με στόχο τη θεραπεία τέτοιων ψυχικών προβλημάτων.

Ακόμη, μια συντονισμένη διατροφική παρέμβαση με ανάλογη προσαρμογή της λειτουργίας του νευρονικού τόξου αμυγδαλής-πρόσθιου λοβού, δίνει τη δυνατότητα τροποποίησης της συμπεριφοράς προς τη σωστή κατεύθυνση.

ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΑΝΟΙΑ, LEWYBODY

Διεθνώς η νόσος Lewybody (LewyBodyDemenz) είναι μια σχετικά νέα έννοια και πολύ λίγες κλινικές παγκοσμίως έχουν σήμερα τόσο τον εξοπλισμό όσο και τις γνώσεις για την έγκυρη διάγνωση και πιστοποίηση του κλινικού «εύρους» της νόσου.

Ιδιαίτερες δυσκολίες στην κατεύθυνση αυτή δημιουργούν και οι περιπτώσεις των επιμέρους άλλων νοσολογικών καταστάσεων που κατά κανόνα συνοδεύουν αυτές τις νοσολογικές εικόνες, κυρίως οι επιληπτογενείς κρίσεις σε συνδυασμό με τις οπτικές ψευδαισθήσεις και τις διαταραχές του ύπνου.

Οι «παράπλευρες» αυτές συμπτωματολογίες σκεπάζουν πολλές φορές την κλινική εικόνα της άνοιας δυσκολεύοντας πολύ την τελική διάγνωση. Γενικά, είναι ουσιώδες σε αυτές τις περιπτώσεις να γνωρίζει τόσο ο γιατρός όσο και το περιβάλλον του ασθενούς ότι η Lewy-BodyDemenz εμφανίζει πάντα μια παράλληλη επιληπτική δραστηριότητα στον εγκέφαλο.

ΕΠΙΛΗΨΙΑ , ALZHEIMER

Αναμφισβήτητα, εδώ και πολλά χρόνια είναι γνωστό στους γιατρούς ότι υπάρχει μια έντονη κλινική σχέση της νόσου του Αλτσχάιμερ με τις επιληπτικές κρίσεις.

Έχουν γίνει προσπάθειες εδώ και δεκαετίες να προσδιορισθεί αυτή η σχέση αριθμητικά. Υπάρχουν κάποια αποτελέσματα που αναφέρονται σε ποσοστό συνύπαρξης των δύο νοσημάτων, μεταξύ 15% έως 70%.

Η απόκλιση αυτή είναι τόσο μεγάλη διότι η κάθε στατιστική μελέτη γινόταν ή και γίνεται ακόμη με διαφορετικά μεθοδικά κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού περιστατικών και κάτω από ουσιαστικές διαφορές ορισμών ορολογίας.

Το μεγάλο όμως χάσμα προκύπτει λόγω του ότι δε λαμβάνονται ή δε λαμβάνεται υπόψη η καταγραφή του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ) και των αποτελεσμάτων του στις περιπτώσεις αυτές.

Σε ελάχιστες περιπτώσεις που ελήφθησαν υπόψη, τα διαγνωστικά κριτήρια του ΗΕΓ για τους ασθενείς Αλτσχάιμερ, η πιστοποίηση των επιληπτικών κρίσεων έλαβε ένα τεράστιο ποσοστό. Σε σημείο που να θεωρείται ότι οι κρίσεις αυτές είναι βασικό στοιχείο του Αλτσχάιμερ και ότι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι πλέον απαραίτητο διαγνωστικό μέσο για τη διάγνωση της νόσου.

ALZHEIMER, ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΧΡΟΝΟΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει μια προσπάθεια μέσω του ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος (ΗΕΓ) να καλυφθεί το διαγνωστικό κενό που υπάρχει τουλάχιστον στις περιπτώσεις της υποψίας στην αρχή της παθολογικής εξέλιξης της νόσου. Αυτό είναι ιδιαίτερα σπουδαίο λόγω του ότι πιστοποιημένα η νόσος του Αλτσχάιμερ μπορεί να διαγνωσθεί μετά θάνατον.

Σποραδικές έρευνες των τελευταίων ετών έδειξαν ότι ακόμη και πριν την εμφανή έναρξη των κλινικών συμπτωμάτων, το ΗΕΓ μπορεί να μας δώσει σειρά χαρακτηριστικών «δεμάτων» καταγραφών ειδικών για τη νόσο. Μάλιστα μέσω της επανάληψης των εξετάσεων ΗΕΓ μπορούμε να παρακολουθήσουμε τόσο την εξέλιξη της νόσου όσο και την πορεία μιας τυχόν θεραπευτικής αγωγής. Λόγω του ότι το κύριο χαρακτηριστικό είναι οι υπερσύγχρονες επιληπτομορφικές εκφορτώσεις, μπορεί να γίνουν και προβλέψεις. Έτσι λοιπόν, μέσω ΗΕΓ λαμβάνονται υπ' όψιν και οι παθολογικές καταστάσεις που έχουν σχέση με τον παράγοντα χρόνο της νόσου. Ένα στοιχείο που πέρα από τις προγνώσεις, μπορεί να είναι αρωγός και στην θεραπευτική προσπάθεια.



ALZHEIMER, ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΓΕΝΕΤΙΚΗ

Ένας από τους δικαιολογημένους φόβους που έχουν τόσο οι ασθενείς για τους επιγόνους του, αλλά και οι συγγενείς για τους εαυτούς τους, είναι το κληρονομικό δυναμικό της γενετικής προδιάθεσης του Αλτσχάιμερ. Η προδιάθεση αυτή μπορεί μέχρι ένα σημείο να ελεγχθεί νευροφυσιολογικά, συγκρίνοντας τα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά (ΗΕΓ) δείγματα των διαφόρων ατόμων της ίδιας οικογενειακής προέλευσης, συγκρίνοντας συγκεκριμένες ομάδες εκφορτώσεων ΗΕΓ και ιδίως επιληπτικού τύπου. Λαμβανομένης υπ' όψιν της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας του Αλτσχάιμερ, αυτό είναι τρομερά δύσκολο να γίνει με άλλες μεθόδους, ακόμη και γενετικά τεστ.

Το ΗΕΓ έχει βρεθεί ότι μπορεί να δώσει, αν όχι αποδείξεις λόγω του στατιστικά μικρού αριθμού συγκέντρωσης δειγμάτων, ενδείξεις πιθανής γενετικής επιβάρυνσης. Αυτό μπορεί αυτόματα να γίνει η αρχή μιας εξατομικευμένης διαγνωστικής διαδικασίας που σχεδόν πάντα αποδίδει ουσιαστικές πληροφορίες.

ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΑΛΧΕΙΜΕΡ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

Στην κυριολεξία, μέχρι πριν δύο χρόνια η κλινική νευρολογία πολύ δύσκολα μπορούσε να στοιχειοθετήσει έστω την υπόνοια μια αρχόμενης ασθένειας Αλτσχάιμερ. Τελευταίες βιοχημικές εξετάσεις αλλά κυρίως εξελισσόμενες διαγνωστικές διαδικασίες της μαγνητικής τομογραφίας και του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ), συνεπικουρούμενες και από την διαρκώς αυξανόμενη ιατρική πείρα πάνω στην πλατφόρμα αυτή, ανοίγουν συνεχώς νέους διαγνωστικούς και θεραπευτικούς δρόμους για τη νόσο αυτή.

Σήμερα πλέον, είναι αδιανόητο, αν όχι «απαγορευμένο», να μην εξαντλείται η πληθώρα αυτή των διαγνωστικών μέσων έγκαιρα για τη διάγνωση και τροποποίηση της θεραπευτικής αγωγής για τη νόσο του Αλτσχάιμερ.

Το ευχάριστο είναι ότι οι νέοι γιατροί και κοινό κατάλληλα πληροφορημένο από τα ΜΜΕ, ζητούν τον έλεγχο αυτό που ανοίγει νέους δρόμους στην αντιμετώπιση της νόσου.

ΜΝΗΜΗ ΚΑΙ ΔΙΑΛΕΙΨΕΙΣ

Στις μέσες ηλικίες, δηλαδή μετά τα 50 έτη, τακτικά εμφανίζεται στα άτομα αυτά το δίπολο των στιγμιαίων επαναλαμβανόμενων διαλείψεων και εκτεταμένων κενών μνήμης.

Στις περιπτώσεις αυτές, όταν γίνεται διεξοδικός νευρολογικός έλεγχος συμπληρωμένος μάλιστα και από ηλεκτροεγκεφαλογραφική (ΗΕΓ) εξέταση, παρουσιάζονται εντυπωσιακά πολλές τακτικές επιληπτικού τύπου εκφορτώσεις, αρκετές φορές μάλιστα συνεπικουρούμενες και από ανάλογα κλινικά στοιχεία. Στην σύγχρονη, ιδιαίτερα στρεσογόνο, εποχή είναι ανάγκη σε μεγαλύτερα άτομα που παρατηρούνται αυτές οι διαταραχές να γίνεται έγκαιρα και ο ανάλογος έλεγχος, έτσι ώστε να εξασφαλίζονται οι αναγκαίες προϋποθέσεις για την επιτυχημένη αγωγή.

ΣΥΣΠΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΟΓΟΥ

Μια μικτή συμπτωματολογία περιοδικών κενών μνήμης συνοδευόμενων από συσπάσεις προσωπικών μυών και ταυτόχρονη δυσχέρεια λόγου, είναι ένα τρίπτυχο συμπτωματολογίας που υποδεικνύει τις περισσότερες φορές μια επιληπτική προδιάθεση και απαρχές μιας ανοϊκής εξέλιξης.

Πρόκειται για το timing της άμεσης διαγνωστικής διαδικασίας μέσω μαγνητικής τομογραφίας και ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ), ώστε να αποκλεισθεί η μία ή άλλη νόσος. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί η απόλυτη αναγκαιότητα αυτών των εξετάσεων άμεσα. Αν αφεθεί ο χρόνος και δοθεί η «ευχέρεια» εξέλιξης της νοσηρής κατάστασης χωρίς την έγκαιρη φαρμακευτική αγωγή, τότε είναι βέβαιη η ανάπτυξη μιας πολύ άσχημης νοσολογικής εξέλιξης με τεράστιες δυσκολίες αντιμετώπισης.

ΕΛΑΦΡΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Το κυριότερο πρόβλημα των νευροεπιστημών στις αγγλοσαξωνικές χώρες είναι τα τελευταία χρόνια αυτό του Αλτσχάιμερ. Στην προσπάθεια δε, που γίνεται για την κατανόηση της νοσολογικής και κλινικής του συμπεριφοράς, Αμερικανοί ερευνητές προτείνουν, μεταξύ άλλων, και τον όρο ελαφρά γνωστική ανεπάρκεια (Mild Cognitive Impairment–MCI). Πρόκειται για το θεωρούμενο προστάδιο της κλινικής εμφάνισης του Αλτσχάιμερ και η διάρκειά του πιθανολογείται μεταξύ 5-7 έτη.

Κατά την περίοδο αυτή, παρατηρείται μια μικρή έως μεγάλη διαταραχή-απώλεια της μνήμης χωρίς όμως παρουσία άλλων εκπτώσεων των γνωστικών διαταραχών.

Έρευνες για τις περιπτώσεις **MCI** έδειξαν ότι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) έχει πολύ σαφείς ενδείξεις παθολογικών εξελίξεων για τη χρονική περίοδο αυτή.

Πρόκειται συγκεκριμένα για την καταγραφή ειδικών στοιχείων ΗΕΓ που καταδεικνύουν την ύπαρξη επιληπτογενούς δραστηριότητας στον εγκέφαλο, η οποία προφανώς δημιουργεί και την κλινική συμπτωματολογία της MCI.

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ, ΑΜΝΗΣΙΑ

Η εμφάνιση της αμνησίας κάθε κλινικής μορφής και έκτασης είναι πάντοτε ένα αποτέλεσμα μιας διαταραγμένης εγκεφαλικής δραστηριότητας που σχεδόν πάντα καταγράφεται και στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα με σχετική ευκρίνεια.

Αυτός είναι ο λόγος που σε κάθε περίπτωση μεγάλης ή μικρής εμφάνισης επεισοδίου αμνησίας ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου του ατόμου είναι αναγκαία μια ηλεκτροεγκεφαλογραφική καταγραφή προκειμένου να πιστοποιηθεί η έκταση της δυσλειτουργίας και να αρχίσει η ουσιαστική θεραπευτική αγωγή.

ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ

Η κλινική και παθολογική σχέση μεταξύ επιληψίας και άνοιας είναι σαν τη φωτιά με το πετρέλαιο. Η ύπαρξη της μίας νοσολογικής διαδικασίας ενισχύει την άλλη και όταν αρχίζουν να συνυπάρχουν δυναμώνει η συμπτωματολογία και των δύο, αλλά ταυτόχρονα παράγεται και μια καινούρια, ιδιαίτερα όσον αφορά την ένταση των επιληπτικών κρίσεων.

Σ' έναν κόσμο που γηράσκει με γεωμετρική πρόοδο, αναμενόμενα ο συνδυασμός άνοιας με επιληψία αυξάνεται έντονα τα τελευταία χρόνια. Οι αριθμοί είναι αμείλικτοι και η γρήγορη ανάπτυξη δεν επιτρέπει πια διεξοδικές στατιστικές αναλύσεις.

Σε ατομικό επίπεδο πρέπει πλέον να θεωρείται δυνατόν ότι κάθε μορφή άνοιας ανά πάσα στιγμή μπορεί να προκαλέσει επιληπτικές κρίσεις ή και να προκληθεί από αυτές.

Δηλαδή, σε αυτές τις περιπτώσεις ανά πάσα στιγμή η ειδική ιατρική συμβουλή είναι απαραίτητη.

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ, ΑΝΟΙΕΣ, ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Η τακτική ταυτόχρονη εμφάνιση μεικτών κλινικών συμπτωμάτων άνοιας και επιληψίας, άρχισε να γίνεται ιατρικά ενδιαφέρουσα για έρευνα από τις αρχές του 21^{ου} αιώνα.

Συγκεκριμένα, μιας ιδιαίτερης προσοχής στατιστική έρευνα έγινε από γιατρούς της διάσημης αμερικάνικης σχολής Mayo-Clinic με το επίσης αμερικανικό AlzheimerDiseaseResearchCenter. Τα δύο αυτά ινστιτούτα συγκέντρωσαν αποτελέσματα της τάξης 4% ασθενειών με ταυτόχρονη εμφάνιση και των δύο κλινικών εικόνων. Ένα ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό, εάν λάβει κανείς υπόψη ότι και στις δύο περιπτώσεις διαγνώσεων υπάρχουν πολύ πλατιές «γκρίζες ζώνες», όπου συνυπάρχουν μεν τα διαφορετικά συμπτώματα χωρίς όμως να είναι κλινικά εμφανή.

ΑΝΟΙΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (ΜΤ)

Η Μαγνητική Τομογραφία αποτελεί ένα σπουδαίο διαγνωστικό εργαλείο τόσο για την άνοια όσο και την επιληψία. Από διάφορες εξεταστικές ερευνητικές ομάδες έχει βρεθεί ότι τα παθολογικά ευρήματα ΜΤ σε ομάδες ασθενών με «μικτή» συμπτωματολογία, ανέρχεται σε ποσοστό 80-87%. Αν δε, η ανάλυση των συμπτωμάτων γίνει με ακόμη επιλεκτικότερο τρόπο, τότε δεν έχει σημασία μόνο το παθολογικό εύρημα αλλά και το «τι είδους» είναι αυτό.

Έχει βρεθεί μέχρι στιγμής ότι τα ευρήματα αυτά είναι κυρίως απομυελινώσεις και «ουλές» εγκεφαλικών εμφραγμάτων ή αιμορραγιών.

Έχει γίνει πλέον σαφές ότι και μόνο η υπόνοια κάποιας συμπτωματολογίας του είδους, αρκεί σαν ένδειξη για την εξέταση του ασθενούς με την ΜΤ του εγκεφάλου.

ΕΠΙΛΗΨΙΑ, ΑΝΟΙΑ, ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ (ΗΕΓ)

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950 το ΗΕΓ καθιερώθηκε από τις γερμανικές νευρολογικές κλινικές σαν το «απόλυτο» διαγνωστικό μέσο για τις επιληψίες. Βέβαια στα χρόνια που ακολούθησαν, οι έρευνες σχετικά με το ΗΕΓ διεκπεραιώθηκαν και για τις άνοιες αλλά και για τον κλινικό συνδυασμό επιληψίας και άνοιας.

Πληθώρα ηλεκτροεγκεφαλογραφικών ευρημάτων από τότε, έχουν καθιερωθεί σαν «ειδικοί» δείκτες τόσο διαγνωστικά για τη μια και την άλλη περίπτωση, αλλά ταυτόχρονα και για την εκτίμηση της πρόγνωσης και ρύθμισης της θεραπείας.

Γενικά, σήμερα το ΗΕΓ είναι το «απόλυτο εργαλείο» για όλες αυτές τις περιπτώσεις και συντροφεύει τον γιατρό απαραίτητα σε όλο το στάδιο της κλινικής εξέλιξης των «μεικτών» αυτών νοσολογικών καταστάσεων.

ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Η λειτουργία του εγκεφάλου σαφώς και διαφέρει σε ειδικές κατευθύνσεις σχετικές με ορμονικές προδιαγραφές σε άνδρες και γυναίκες. Βεβαίως, στην περίπτωση των επιληπτικών κρίσεων η νοσολογική διαδικασία του εγκεφάλου θεωρείται η ίδια, διότι και η ανατομική δομή του εγκεφάλου θεωρείται ταυτόσημη και στα δύο φύλα.

Τις τελευταίες δεκαετίες όμως αρχίζουν και διαφοροποιούνται συνεχώς οι αντιλήψεις μιας «πολυδιαφορετικότητας» ως προς το φύλο. Πλέον στους νευροφυσιολογικούς κύκλους μπαίνει σαν θέμα συζήτησης και η πλατωνική θεώρηση ότι η φύση είναι μια μίμηση κάποιων αρχέτυπων και όχι οντολογικά πρωτογενής. Άρα και στο θέμα των επιληπτικών κρίσεων σε σχέση με το φύλο του ασθενούς μπαίνει πλέον, έστω σαν θέμα συζήτησης, και θέμα κοινωνικής ή βιολογικής θεώρησης του φύλου. Ανάλογα δε, προκύπτει και μια νέα θεώρηση όσον αφορά την επιληπτική δραστηριότητα.

ΚΑΙΝΟΦΑΝΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ

Η διαφορετικότητα των σεξουαλικών προσανατολισμών δεν είναι μόνο ένα θέμα συζητήσεων σε ότι αφορά νομική κατοχύρωση και σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Είναι παράλληλα και ένα θέμα νευροφυσιολογικής αναζήτησης. Δηλαδή, το αν αυτή η διαφορετικότητα, οι καινοφανείς σεξουαλικοί προσανατολισμοί έχουν ένα διαφορετικό νευροφυσιολογικό ισοδύναμο. Αν δηλαδή π.χ. το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) κατά την καταγραφή του «ακολουθεί» αυτές τις ιδιαιτερότητες και τις εντοπίζει. Το όλοι μπορεί να θεωρηθεί σαν απαρχή μιας νέας έρευνας ως προς τη νομική πλευρά του θέματος εάν το κοινωνικό καινοφανές γεγονός έχει και μια «υπόσταση» από κάποια ιατρικά επίσημα αναγνωρισμένη εξέταση.

ΟΣΑ ΤΑ «ΦΥΛΑ», ΤΟΣΟΙ ΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΙ

Την τελευταία δεκαετία συζητείται έντονα και ιδιαίτερα τελευταία και από νευροεπιστημονικές πηγές σκέψης, η θεωρία του «κοινωνικού φύλου» σε σχέση με το βιολογικό φύλο και κατά πόσο το πρώτο είναι μια «τεχνολογική» μίμηση του δεύτερου. Το μεγάλο ερώτημα είναι εάν ο εγκέφαλος ακολουθεί αυτές τις «παραλλαγές» και «διαφορετικότητες», ή αν η λειτουργία παραμένει σταθερή και κάθε

πιθανή απόφασή του εν προκειμένω προς την κοινωνική θεώρηση, θεωρηθεί μια δυσλειτουργία που μπορεί να επαληθευτεί ηλεκτροεγκεφαλογραφικά (ΗΕΓ).

ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η διαπαιδαγώγηση και ιδιαίτερα η σεξουαλική, έχει άμεση εγκεφαλική «πρόσβαση». Μέσω αυτής δημιουργούνται χιλιάδες νέες συνάψεις στον εγκέφαλο, δημιουργώντας νέα νευρονικά κυκλώματα τα οποία με την σειρά τους παρουσιάζουν στερεότυπες αλλά και «ρευστές» νέες συμπεριφορές.

Η εγκεφαλική δραστηριότητα διαφοροποιείται ανάλογα με τα ερεθίσματα και την πλαστικότητα των νέων συνάψεων. Κατ' αυτήν την έννοια, υπάρχει και η τεκμηριωμένη πλέον υπόθεση της πιθανής εμφάνισης μιας νέας κοινωνικο-βιολογικής συμπεριφοράς, που πιθανόν να δημιουργεί και τη βάση για ένα νέο μοντέλο σεξουαλικής συμπεριφοράς.

ΘΥΜΟΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Είναι ο θυμός αρρώστια; Είναι απλώς μια συναισθηματική εκδήλωση ή μπορεί να είναι και τα δύο; Και αν είναι και τα δύο, που επικαλύπτονται τα όρια φυσιολογικού και παθολογικού;

Είναι ερωτήματα που με την πρόοδο της ανθρώπινης εξέλιξης γίνονται επίκαιρα όλο και περισσότερο και απαιτούν βέβαια και ιατρικές αναλύσεις. Τα τελευταία χρόνια και ιδιαίτερα πρόσφατα, μπορούμε πλέον στην Ιατρική και ιδιαίτερα στην νευροφυσιολογία, να ελέγχουμε όλο και πληρέστερα τα συναισθήματα και διεξοδικότερα μάλιστα με τις σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους. Οι νέες δε, γνώσεις βοηθούν περισσότερο στην κατανόηση των καταστάσεων θυμού και βελτιώνουν την κοινωνική του θεώρηση αλλά, σε ορισμένες περιπτώσεις, και τη θεραπεία.

Ξέρουμε πλέον σήμερα ότι η «γένεση» του θυμού ξεκινάει στον μεσεγκέφαλο και πιο συγκεκριμένα, σε μια περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται αμυγδαλή.

Στην αμυγδαλή «συντονίζεται» η επεξεργασία της κλινικής έκφρασης, διάρκειας και έντασης των καταστάσεων θυμού.

Σήμερα η νευρολογία είναι πλέον σε θέση να ελέγχει τις λειτουργίες της αμυγδαλής και κατ' επέκταση, την ένταση του θυμού. Χρησιμοποιώντας διάφορα ηλεκτροεγκεφαλογραφικά μέσα μπορεί να κάνει καταγραφές που πιστοποιούν και διαβαθμίζουν τις παραμέτρους του θυμού, ιδιαίτερα αν έχουν και επιληπτογενή συμπτώματα.

ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Υπάρχουν ορισμένα σύνδρομα θυμού, που κλινικά ακόμα υποδεικνύουν μια επιληπτική συμπεριφορά. Πρόκειται για κάποιες μορφές εκρήξεων θυμού με μεγάλη ψυχική έκταση και τάση για βίαιες ενέργειες. Έρευνες δεκάδων ετών και ιδιαίτερα στις αγγλοσαξωνικές χώρες έχουν καταχωρήσει αυτές τις καταστάσεις σαν παθολογικό σύνδρομο με την ονομασία Intermittent Explosive Disorder. Ιδιαίτερα χαρακτηριστική είναι η κλινική του εικόνα στις παιδικές ηλικίες εντός σχολείου. Είναι εξαιρετικά δύσκολο όμως, τόσο η διάγνωση όσο και η ψυχιατρική «οριοθέτηση» του συνδρόμου μόνο από την κλινική εικόνα και τον φαινότυπο του ατόμου.

Την τελευταία δεκαετία, με τη μαγνητική τομογραφία ποζιτρονίων και την πολύωρη ηλεκτροεγκεφαλογραφική καταγραφή σε εξέλιξη, η διάγνωση του intermittent explosive disorder είναι πλέον εύκολη και οι θεραπευτικές υποδείξεις έγκαιρες.

Σχεδόν πάντα δε, πιστοποιείται ηλεκτροεγκεφαλογραφικά μια ειδική προδιάθεση.

Η «ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ» ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΘΥΜΟΥ

Οι παθολογικές εκρήξεις του θυμού με οριακές ποινικές ευθύνες υπολογίζονται στην Ευρώπη στο 7-8 του πληθυσμού. Είναι όμως γεγονός ότι δεν έχουν μελετηθεί ικανοποιητικά. Η αναγκαία και διεξοδική κυρίως έρευνα αυτού του θυμού, γίνεται μέσω ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ). Το ΗΕΓ σ' αυτές τις περιπτώσεις, σε μεγάλο ποσοστό, δείχνει παθολογικές επιληπτικού τύπου εκφορτώσεις. Αυτές οι εκφορτώσεις είναι τακτικές σε άτομα που ασκούν οικογενειακή βία, κακοποίηση συντρόφων, επιθετική συμπεριφορά οδήγησης.

Ιδιαίτερα ενδεικτικές για επιληπτικού χαρακτήρα εκφορτώσεις εντοπίζονται σε παιδιά και εφήβους ανεξαρτήτου φύλου. Σε παιδιά με τέτοιες επιθετικές συμπεριφορές και ναρκισσιστικές τάσεις, ιδιαίτερα ο νευροφυσιολογικός έλεγχος με τις σημερινές γνώσεις που έχουμε, είναι όχι μόνο επιβεβλημένος αλλά πολλές φορές σωτήριος.

Σωτήριος, διότι μπορεί να υποδείξει άμεση θεραπευτική εφαρμογή.

«ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΟΣ», ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΣ ΘΥΜΟΣ

Ο θυμός σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να έχει τα χαρακτηριστικά μιας επιληπτικής κρίσης. Δηλαδή να αρχίζει με μια άναρθρη κραυγή με έντονα κινητικά ξεσπάσματα, που εδώ ειδικά έχουν έντονο βίαο χαρακτήρα με επίθεση σε πρόσωπα ή αντικείμενα. Αρκετές φορές υπάρχουν, με ταυτόχρονη απουσία κάθε αντίληψης και κριτικής, τάσεις αυτοτραυματισμού.

Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) είναι παθολογικό και η ανάγκη άμεσης θεραπευτικής υποστήριξης μεγάλη. Η έκταση και η διάρκεια αυτής της υποστήριξης γίνεται εμφανής μελετώντας τα παθολογικά ευρήματα του ΗΕΓ.

Στις περιπτώσεις αυτές οι συντονισμένες ιατρικές προσπάθειες αποδίδουν πάντα καρπούς, διευκολύνοντας τα άτομα αυτά να φύγουν από τον φαύλο κύκλο της επιθετικής συμπεριφοράς (Intermittent Explosive Disorder).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ, ΘΥΜΟΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Όταν έχουμε άτομα που κυρίως στην εφηβεία παρουσιάζουν εκρήξεις, κατά την κοινή λογική, αναίτιου θυμού με τάσεις βίας, τότε κλινικά δύο είναι τα βασικά σημεία που πρέπει να μας τραβήξουν την προσοχή και εκεί να εστιασθεί κάθε βοήθεια. Το πρώτο είναι εάν τα άτομα αυτά έχουν ήδη δημιουργήσει μια επιθετική συμπεριφορά.

Δηλαδή, μια συνεχή ευερέθιστη με τάσεις βίας και υποβαθμισμένης κοινωνικής συμπεριφοράς προσωπικότητα, ανεξάρτητα από τα κατά καιρούς επεισόδια θυμού και εκρήξεις βίας. Στις περιπτώσεις αυτές όποτε γίνεται, εφόσον είναι δυνατόν, ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), τότε αυτό είναι παθολογικό με ενδεικτικά για επιληπτική δραστηριότητα καταγεγραμμένα στοιχεία.

ΘΥΜΟΣ: ΚΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ Ή ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Είναι μια ερώτηση που τα τελευταία χρόνια είναι στις νευροεπιστήμες ιδιαίτερα επίκαιρη. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, νευροψυχιατρικά είναι ενδιαφέρον η προκείμενη εγκεφαλική δημιουργία-δυσλειτουργία του θυμού. Αμιγώς του θυμού έξω από επικοινωνιακές, κοινωνικές και ηθικές, ακόμη και δικονομικές προσεγγίσεις.

Απ' ότι φαίνεται, οι έρευνες αυτές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι στην περίπτωση του θυμού, υπάρχει μια εκτεταμένη βιοχημική διαταραχή σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου, που παρουσιάζει μια αναλογία στα κλινικά συμπτώματα του θυμού.

Γνωρίζοντας πλέον αυτή την επιληπτοφορμική διαδικασία, γίνεται αντιληπτή η ανάγκη της διεξοδικής εξέτασης ατόμων με συχνά επεισόδια θυμού, ιδιαίτερα στις νεανικές ηλικίες.

ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗ, ΘΥΜΟΣ, ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η σεροτονίνη, μια ουσία νευροδιαβιβαστής, φαίνεται να προσφέρει κάποια βοήθεια στις περιπτώσεις «επιληπτικού» θυμού, συνδεδεμένες με πράξεις βίας. Στα άτομα αυτά, έχει παρατηρηθεί ότι η μείωσή της ή έλλειψή της στον εγκέφαλο, φέρνει τέτοιες βιοχημικές διαταραχές που οδηγούν σε εκρήξεις θυμού με επιληπτογενείς συμπεριφορές.

Ευτυχώς σήμερα, οι γιατροί διαθέτουν αρκετά μεγάλη ποικιλία φαρμάκων-ρυθμιστών της σεροτονίνης που σε συνδυασμό με άλλα ψυχοφάρμακα μπορούν να ρυθμίζουν μέχρι ένα σημείο την επιθετική συμπεριφορά. Βέβαια, στις περισσότερες περιπτώσεις χρειάζεται επιπλέον φαρμακευτική αγωγή και κυρίως αντιεπιληπτικού τύπου.

ΔΙΝΟΥΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΟΝ ΘΥΜΟ;

Αναμφισβήτητα ναι. Το θέμα, ποια θεραπεία και ποια δοσολογία, αφορά τον γιατρό που χειρίζεται την κατάσταση. Ότι αφορά την χορήγηση αγωγής, ισχύει το «καλύτερα δέκα φορές περισσότερο, παρά μια φορά λιγότερο». Με το δεδομένο ότι οι παρενέργειες αυτού του τύπου φαρμακευτικής αγωγής είναι μηδενικές, δεν αξίζει κανείς να μη «ρискάρει» μια ακίνδυνη φαρμακευτική αγωγή, απέναντι στις τεράστιες, τακτικά αναμενόμενες κοινωνικές συνέπειες ενός εκρηκτικού θυμού (Intermittent Explosive Disorder).

ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ, ΘΥΜΟΣ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Σε περιπτώσεις επιθετικής συμπεριφοράς (intermittent explosive disorder), ιδιαίτερα σε παιδιά, έχει διαπιστωθεί η ταυτόχρονη ύπαρξη μιας βραδυκαρδίας που συμβαδίζει με τα παθολογικά ευρήματα ενός ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ). Στις περιπτώσεις αυτές ήδη από τη βρεφική ηλικία έχουμε ένα νευρωνικό κύκλωμα στον εγκέφαλο και με την παθολογική λειτουργία του κέντρου επιβράβευσης όπου επιβάλλεται ένας βραδύς καρδιακός ρυθμός με την παρουσία επιθετικής αντικοινωνικής συμπεριφοράς και πιθανών επιληπτικών κρίσεων.

Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται άμεση διαγνωστική και θεραπευτική «επέμβαση».

ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Υπάρχει μια ιδιαίτερα επικίνδυνη μορφή διαταραχής του καρδιακού ρυθμού, τακτικά με «μοιραίες» συνέπειες, η λεγόμενη «μαρμαρυγή». Στις περισσότερες φορές έχουμε την εμφάνιση της μαρμαρυγής, ύστερα από ιδιαίτερη συναισθηματική ένταση, συνήθως με επεισόδια θυμού. Στις καταστάσεις αυτές μαρμαρυγής παρουσιάζονται έντονες παθολογικές εκφορτώσεις εγκεφαλικών νευρώνων με τη μορφή μικρών ή μεγάλων επιληπτικών κρίσεων. Οι επιληπτικές αυτές κρίσεις τις περισσότερες φορές δεν γίνονται κλινικά αντιληπτές, διότι σκεπάζονται από την υπόλοιπη κλινική συμπτωματολογία και τη γενική σύγχυση. Το αποτέλεσμα είναι ότι με αυτή την κατάσταση δεν αντιμετωπίζονται θεραπευτικά με επάρκεια και επιδεινώνουν την όλη συμπτωματολογία.

Βέβαια, σήμερα αυτό είναι γενικά γνωστό και γι' αυτό σε όλα τα σύγχρονα καρδιολογικά κέντρα υπάρχει πάντα μέριμνα σ' αυτές τις περιπτώσεις και για την καταγραφή ενός ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ), τα αποτελέσματα του οποίου λαμβάνονται θεραπευτικά υπόψη.

«ΜΟΝΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ» ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η «μονοσυμπτωματική» επιληπτική κρίση είναι ένας ιατρικός νεολογισμός, χρήσιμος κυρίως για την επικοινωνία μεταξύ γιατρών. Στην ουσία, αναφέρεται σε μια επιληπτική κρίση, που συνοδεύεται από ένα σύμπτωμα ή ένα παθολογικό στοιχείο π.χ. μια σιελόρροια. Συνήθως, επειδή οι ολιγοσυμπτωματικές ή ακόμη χειρότερα μονοσυμπτωματικές κλινικές εικόνες δεν λαμβάνονται έγκαιρα υπ' όψιν από γιατρούς και ασθενείς, η επιμονή σ' αυτούς τους όρους είναι αναγκαία. Δεδομένο απαραίτητο, αν σκεφθεί κανείς ότι σε πολλές αρρώστιες ουσιαστική θεραπεία μπορεί να είναι επιτυχής, εάν η διάγνωση είναι ιδιαίτερα έγκαιρη.

Μάλιστα, πολλές φορές ο γιατρός έχει επιτυχία στη θεραπεία όταν «μαντεύει» τη διάγνωση πριν τα συμπτώματα γίνουν εμφανή για τον ασθενή. Γι' αυτό τον λόγο το «μονοσυμπτωματικό» έχει μεγάλη σημασία.

ΚΛΙΝΙΚΑ «ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΟ» ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η έννοια του «κλινικά απομονωμένου συνδρόμου» -clinical isolated syndrome (CIS)- παρουσιάσθηκε την τελευταία 20ετία στις αγγλοσαξωνικές χώρες κατά την προσπάθεια καταχώρησης και αξιολόγησης των διαφόρων κλινικών συνδρόμων της σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ).

Έτσι λοιπόν, για τις περιπτώσεις αυτές, χρησιμοποιείται ο όρος αυτός όταν έχουμε μια κλινική εκδήλωση του φάσματος ΣΚΠ για χρονικό διάστημα πέραν του 24h. Σε αυτές τις περιπτώσεις το χαρακτηριστικό είναι ότι όταν εξαφανίζεται το ένα σύμπτωμα π.χ. μια οπτική νευρίτιδα ή μια επιληπτική κρίση με τη μορφή της μονοπάρεσης, τότε το μόνο που απομένει είναι τυχόν παθολογικά ευρήματα όπως χαρακτηριστικές απομυελινώσεις, ύστερα από διάφορες εξετάσεις, όπως είναι τα προκλητά δυναμικά ή η μαγνητική τομογραφία.

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ (ΣΚΠ)

Υπάρχουν κάποιες κλινικές περιπτώσεις ΣΚΠ που εμφανίζονται για σύντομο χρονικό διάστημα (συνήθως λίγες μέρες) με ένα σύμπτωμα π.χ. θάμβος όρασης και επιληπτικές κρίσεις. Συνήθως αυτές οι καταστάσεις «μπερδεύουν» γιατρούς και ασθενείς λόγω της σύντομης χρονικής διάρκειας της εμφάνισης. Έτσι υπάρχουν δυσκολίες σε διάγνωση και κατ' επέκταση στη θεραπεία.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις ταιριάζει περισσότερο ο χαρακτηρισμός του απομονωμένου κλινικά συνδρόμου. Για την θεραπεία του είναι λογικό να συνεκτιμούνται τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας και νευροφυσιολογίας (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, προκλητά δυναμικά). Όσο πιο έντονα και χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα αυτά π.χ. πολλαπλές απομυελινωτικές εστίες, τόσο πιο γρήγορη και εντατική είναι η ανάλυση της εφαρμογής μιας θεραπευτικής αγωγής.

ΠΡΟΣΘΙΟΣ ΜΕΤΩΠΙΑΙΟΣ ΛΟΒΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Ο πρόσθιος μετωπιαίος λοβός είναι η έδρα του σχεδιασμού σχεδόν για όλα τα θηλαστικά. Στον υψηλότερο βαθμό βέβαια αυτό συμβαίνει στον άνθρωπο όπου και είναι ταυτόχρονα το «κέντρο» της λογικής.

Ο πρόσθιος μετωπιαίος λοβός είναι ένα πολύ πυκνό δίκτυο νευρώνων που επικοινωνούν μεταξύ τους αλλά και ταυτόχρονα με ποικίλα νευρωνικά τόξα σε όλον τον εγκέφαλο, δημιουργώντας έτσι το υπόβαθρο για πολλές λειτουργίες.

Σημαντικές και σχεδόν αποκλειστικές νευρωνικές διασυνδέσεις όμως έχει ο πρόσθιος μετωπιαίος λοβός με τον «αρχαϊκό εγκέφαλο» στο στέλεχος του εγκεφάλου. Οι διασυνδέσεις αυτές του επιτρέπουν να ρυθμίζει τις εντάσεις και αναστολές του συναισθήματος.

Δυσλειτουργίες του μετωπιαίου λοβού, έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση, σε τοπικό επίπεδο, διαταραγμένων ηλεκτρικών εκφορτώσεων και κατ' επέκταση επιληπτικών κρίσεων. Οι επιληπτικές αυτές κρίσεις από τον μετωπιαίο λοβό προς άλλα τμήματα του εγκεφάλου, αποτελούν ένα ξεχωριστό κεφάλαιο της νευρολογίας. Αυτό όμως που κυριαρχεί σε αυτές τις περιπτώσεις είναι οι διαταραχές της λογικής και του συναισθήματος.

Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥΡΙΚ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Υπάρχει μια μορφή άνοιας με αργή πορεία εξέλιξης, όπου κατά κύριο λόγο κυριαρχούν επιληπτικές κρίσεις χωρίς σπασμούς αλλά με έντονες διαταραχές του λόγου και των πράξεων. Η μορφή αυτή της επιληπτικού τύπου άνοιας περιγράφηκε διεξοδικά πρώτη φορά το 1892 από τον γιατρό PICK και φέρει από τότε το όνομά του.

Πρόκειται για μια νευρολογική αρρώστια όπου διαφαίνονται συγκεκριμένες τοπικές αλλοιώσεις στον μετωπιαίο λοβό και κυρίως στο πρόσθιο τμήμα, γι' αυτό και η νόσος συμπεριλαμβάνεται στις άνοιες του προμετωπιαίου λοβού. Κατά κύριο λόγο παρατηρούνται αλλοιώσεις των πρωτεϊνικών τμημάτων τακ στους νευρώνες.

Η αρρώστια του Pick πρέπει να διαγνωσκειται γρήγορα και να εφαρμόζονται άμεσα όλες οι δυνατές θεραπευτικές πρακτικές, διότι η εξέλιξή της είναι γρήγορη. Σε σύντομο χρόνο ανάμεσα σε επιληπτικές κρίσεις παρουσιάζεται πλήρης αδυναμία λόγου και πράξεων.

ALZHEIMER, ΑΝΟΙΑ ΠΡΟΜΕΤΩΠΙΑΙΟΥ ΛΟΒΟΥ, ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Οι επιληπτικές κρίσεις είναι το κοινό που έχουν η νόσος του Alzheimer με αυτή του Pick (προμετωπιαίου λοβού). Οι επιληπτικές κρίσεις διαφέρουν στην παρουσία τους αρκετές φορές, αλλά κυρίως εμφανίζονται σπάνια με τονικά κλονικούς σπασμούς. Οι δυο ασθένειες έχουν επίσης και τελείως διαφορετικό κλινικό υπόβαθρο. Στην νόσο του Alzheimer είναι χαρακτηριστικές οι συγκεντρώσεις παθολογικού αμυλοειδούς μεταξύ των νευρών. Στην άνοια του προμετωπιαίου λοβού είναι οι διαταραχές της πρωτεΐνης tau που προκαλούν τη βλάβη.

Έτσι ενώ στο Alzheimer έχουμε μια γρήγορη εξέλιξη με καταστροφή κυρίως της μνήμης, στου προμετωπιαίου λοβού ατροφίες έχουμε μια διαταραχή αργής εξέλιξης του σχεδιασμού, λόγου και πράξεων με αποδόμηση της προσωπικότητας. Ανάλογη είναι βέβαια και η θεραπευτική προσέγγιση.

ΣΤΑΔΙΑΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΔΕΞΙΟΤΗΤΑΣ

Κυρίως στις προχωρημένες ηλικίες, παρουσιάζονται ξαφνικά δυσκολίες λόγου με ταυτόχρονη αδυναμία συντονισμού κινήσεων για την εκτέλεση απλών εργασιακών πράξεων. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται συγχύσεις ή διαλείψεις και κατόπιν επεισόδια απώλειας μνήμης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι πάντα ύποπτη μία αρχόμενη εκφυλιστική διαδικασία των νευρικών κυττάρων του πρόσθιου μετωπιαίου λοβού.

Ανάλογα, δε, με την ένταση ή κατανομή των συμπτωμάτων παρουσιάζονται διαφορές που δημιουργούν εικόνες πολλαπλών συνδρόμων. Γι' αυτό τον λόγο, η άμεση νευρολογική εξέταση με απεικονιστικές μάλιστα μεθόδους, όπως της μαγνητικής τομογραφίας και του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος είναι απολύτως αναγκαία.

ΑΝΟΙΑ ΠΡΟΜΕΤΩΠΙΑΙΟΥ ΛΟΒΟΥ, ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Στις περιπτώσεις πιστοποιημένης άνοιας του προμετωπιαίου λοβού και μάλιστα όταν υπάρχει και παρουσία επιληπτογενούς δραστηριότητας, πρέπει πάντοτε να ελέγχεται και ο παράγων της κληρονομικότητας. Πρόκειται συνήθως για μεταλλάξεις στο χρωμόσωμα 17 του γονιδίου tau, που σήμερα είναι σχετικά εύκολο να εντοπισθεί.

Βέβαια, με τη σημερινή οικονομική κρίση είναι πολύ δύσκολο μια τέτοια διαγνωστική διαδικασία να γίνει εξέταση ρουτίνας όπου υπάρχει η υπόνοια μιας τέτοιας παθολογικής διαδικασίας. Πάντως, κάτω από προϋποθέσεις μπορεί να εκτελεσθεί και το κλινικό κέρδος είναι τεράστιο. Τεράστιο, διότι μπορεί κανείς να επέμβει θεραπευτικά πριν ακόμη εμφανισθούν τα συμπτώματα.