



## NIEUWSBRIEF 2/2009

### EPILEPSIE BIJ OUDEREN

#### Epidemiologie

De incidentie van nieuw ontstane epilepsie is hoger bij ouderen dan bij andere leeftijdsgroepen. In de leeftijdscategorie 40-59 jaar bedraagt de incidentie 52-59/100.000 terwijl dit oploopt tot 127/100.000 bij mensen ouder dan 60.

#### Klinische presentatie

In tegenstelling tot andere leeftijdscategorieën, zijn focale epileptische insulden erg frequent (70%). Secundaire generalisatie treedt op bij 60% van deze focale epileptische insulden. Slechts 30% van de epileptische insulden bij ouderen zijn primair gegeneraliseerd.

De klinische presentatie verschilt in vergelijking met andere leeftijdsgroepen. Een aura komt minder vaak voor bij ouderen en wordt -indien aanwezig- vaak op een atypische manier beschreven (bv. duizeligheid). Post-ictale verwardheid duurt langer bij ouderen, soms dagenlang. In dat geval kan deze verwardheid verkeerdelijk worden toegeschreven aan cognitieve deterioratie, aan een andere medische aandoening, of aan de inname van (psychotrope) farmaca.

#### Oorzaken

In ongeveer 40% van de ouderen met epilepsie kan geen oorzaak worden aangetoond. Bij 60% van de ouderen met epilepsie wordt wel een oorzaak weerhouden. CVA is de meest voorkomende oorzaak (40%). Meestal treedt het eerste epileptisch insult binnen het jaar na het ontstaan van het CVA op. Het risico op epilepsie is groter in geval van corticale betrokkenheid dan bij subcorticale CVA's. De ziekte van Alzheimer en andere neurodegeneratieve dementies zijn verantwoordelijk voor 10-15% van epilepsie bij ouderen. Deze aandoeningen verhogen het risico op epilepsie met een factor 5 à 10. Er is geen verband tussen de ziekteduur van de dementie en het optreden van epileptische insulden. Ongeveer 5% van epilepsie bij ouderen wordt veroorzaakt door hersentumoren (primaire hersentumoren of metastasen). Post-traumatische epilepsie vertegenwoordigt 1-3% van epilepsie bij ouderen. Tenslotte kunnen epileptische insulden ook uitgelokt worden door metabole aandoeningen of afwijkingen (hypo- en hyperglycemie, elektrolytenstoornissen, uremie, leverfalen) en de inname (of onttrekking) van psychofarmaca en middelen (alcohol).

#### Differentiële diagnose

Volgende aandoeningen of condities moeten in de differentiële diagnose overwogen worden:

##### Cardiovasculair:

- Vasovagale syncope en andere reflexsyncopes
- Sick sinus syndroom en andere ritmestoornissen
- Posturale hypotensie

##### Endocrien/metabool:

- hypoglycemie

##### Neurologisch:

- TIA
- Drop attacks
- Transient Global Amnesia
- Slaapstoornissen als REM-sleep behavioural disorder

Ouderen met recidiverende partieel complexe epileptische insulden kunnen verkeerdelijk als dementerend beschouwd worden. In geval van een post-ictale Toddse parese kan een epileptisch insult een TIA/CVA nabootsen. Een TIA in het vertebrobasilair systeem kan gepaard gaan met bewustzijnsverlies en aldus een epileptisch insult nabootsen. Het bestaan van andere neurologische uitval tijdens de fase van bewustzijnsverlies kan helpen om een CVA te onderscheiden van een epileptisch insult. Een CVA en hartritmestoornissen (asystolie, ventrikeltachycardie) kunnen gevolgd worden door een epileptisch insult.

Syncope versus epilepsie is een vaak voorkomende differentiaal diagnose bij ouderen. Een syncope kan een epileptische aanval nabootsen daar deze gepaard gaat met een bewustzijnsvermindering of -verlies,

tonusverlies en eventueel vallen. Ook bij een syncope kunnen kortstondig myoclonieën voorkomen. Volgende tabel kan helpen om een onderscheid te maken tussen een syncope of een epileptisch insult:

<b>Syncope</b>	<b>Epileptisch insult</b>
Treedt enkel in wakkere toestand op	Kan optreden tijdens de slaap
Trigger kan aanwezig zijn (bv. verandering van lichaamshouding)	Trigger is afwezig
Aura: visusverandering ('licht gaat uit'), eventueel vagale symptomen	Aura: kan aanwezig zijn, afhankelijk van lokalisatie epileptische focus
Enkele myoclonieën kunnen voorkomen maar geen landurige, ritmische tonisch-clonische bewegingen	Tonisch-clonische bewegingen, verlengde hypertonie
Snel herwinnen van bewustzijn alhoewel transiënte verwardheid na syncope kan optreden	Eerder langdurige post-ictale fase met verwardheid
Geen inter-ictale epileptische ontladingen op EEG	Inter-ictale epileptische ontladingen op EEG bij 1/3 van de patiënten

## Diagnose

De diagnose van epilepsie bij ouderen is vaak moeilijker dan bij volwassenen. Dit kan liggen aan de atypische klinische presentatie, onvolledige anamnese en heteroanamnese (bv. alleenstaande ouderen) en aspecifieke EEG afwijkingen. In geval van het gelijktijdige bestaan van dementie wordt de diagnose van epilepsie verder bemoeilijkt.

Het diagnostische nazicht bij ouderen met een eerste epileptisch insult is gericht op het bevestigen van de diagnose, het achterhalen van een onderliggende oorzaak en de differentiële diagnose. Een goede (hetero)anamnese is uiteraard onontbeerlijk. Een volledig bloedonderzoek moet o.m. metabole en elektrolytenstoornissen uitsluiten. Een EEG alsook structurele beeldvorming van de hersenen (CT/MRI) moeten worden uitgevoerd. In geval van een differentiële diagnose syncope-epileptisch insult, moet een orthostatische bloeddrukmeting worden uitgevoerd en moet een cardiovasculair nazicht (EKG, echocardiografie, Holter-monitoring, evt. tilt-test) overwogen worden.

## Behandeling

In eerste instantie moet -indien mogelijk- de onderliggende oorzaak behandeld worden (bv metabole en elektrolytenstoornissen). Farmaca die epileptische aanvallen kunnen uitlokken moeten worden geïdentificeerd en zo mogelijk worden stopgezet.

In geval van een eerste epileptisch insult dat geacht wordt het gevolg te zijn van een hersenletsel, is het instellen van een anti-epileptische behandeling aangewezen. Als geen duidelijke oorzaak wordt weerhouden, moet het individuele risico op recurrenente epileptische insulten worden ingeschat. Bij ouderen zonder duidelijk aantoonbare onderliggende oorzaak voor epilepsie is het risico op recurrenente epileptische insulten hoger dan in andere leeftijdscategorieën. Alleszins is een anti-epileptische behandeling aangewezen in geval van recurrenente epileptische insulten.

Het verdient aanbeveling om bij ouderen de posologie van anti-epileptica trager op te bouwen en een lagere onderhoudsdosis in te stellen dan wat gangbaar is bij volwassenen. Men dient rekening te houden met het feit dat anti-epileptica zich farmacokinetisch anders gedragen bij ouderen dan bij volwassenen. Dit kan onder meer te wijten zijn aan lagere eiwitbinding en verminderde lever- en/of nierfunctie. Bovendien zijn ouderen gevoeliger voor nevenwerkingen die hun oorsprong vinden in het centrale zenuwstelsel en hebben ouderen vaak andere aandoeningen waarvoor ze andere medicijnen gebruiken. Bij ouderen met focale epilepsie is lamotrigine het eerste keuze anti-epilepticum. Levetiracetam is een goed alternatief omwille van het gunstige veiligheids- en farmacokinetisch profiel. Bij ouderen met nieuw ontstane primair gegeneraliseerde epilepsie wordt valproaat aanbevolen als eerstelijns behandeling. Als het niet duidelijk is of een epileptisch insult primair of secundair gegeneraliseerd is, wordt best geopteerd voor een behandeling met valproaat.

## Besluit

Epileptische insulten komen vaker voor bij ouderen dan bij andere leeftijdsgroepen. Het merendeel van de epileptische insulten zijn focale epileptische insulten. CVA is de voornaamste oorzaak van epilepsie bij ouderen. De differentiële diagnose 'syncope-epileptisch insult' komt vaak voor en kan moeilijk zijn. Als farmaca worden lamotrigine (alternatief: levetiracetam) en valproaat aanbevolen voor respectievelijk focale en primair gegeneraliseerde epilepsie.

*Deze nieuwsbrief kwam tot stand onder de redactie van Prof. Dr. Sebastiaan Engelborghs en de Raad Van Bestuur van de Vlaamse Liga tegen Epilepsie, vzw. Het gebruik van de informatie vermeld in deze Nieuwsbrief doet niets af van de persoonlijke en professionele verantwoordelijkheid van de arts/hulpverlener.*

*Aanbevolen referenties: Boon et al., Acta Neurol Belg 2008, 108: 118-130; Sheorajpanday & De Deyn, Clin Neurol Neurosurg 2007, 109: 727-743.*