

Stroke



EPILEPSIE

DIENST STROKE-UNIT

Informatie voor patiënten

AZ OUDENAARDE
VZW



www.azoudenaarde.be

Volg ons op   

1. Wat is epilepsie?

Epilepsie, vroeger ook vallende ziekte genoemd, is te wijten aan een tijdelijke stoornis van de elektrische activiteit van de hersencellen waardoor iemand een aanval krijgt.

Epilepsie is een chronische aandoening. De aanvallen herhalen zich kort na elkaar of verspreid over langere periodes.

Een eenmalige aanval noemt men nog geen epilepsie. Epilepsie kan het gevolg zijn van een hersenletsel, een ziekte, een tumor..., maar er is niet altijd een duidelijke oorzaak vast te stellen.

2. Zijn er verschillende vormen van epilepsie?

Er is niet "één" of "dé" epilepsie, maar er zijn verschillende vormen van epilepsie.

Elke epilepsievorm heeft zijn eigen kenmerken, naargelang de oorzaak, de uitingsvorm of type aanvallen, de frequentie en intensiteit ervan, de leeftijd waarop de aanvallen begonnen, de gevoeligheid voor behandeling, de evolutie van de aanvallen ...

Men heeft de verschillende soorten aanvallen van epilepsie geïnclassificeerd volgens hun verschijningsvorm (vaak wordt hun kenmerkend EEG-beeld ook vernoemd).

A. Gegeneraliseerde aanvallen

Deze kenmerken zich door een plotse ontlading waarbij beide hersenhelften betrokken zijn, dit gaat gepaard met plots bewustzijnsverlies, kramptoestand, tonusverlies, schokkende bewegingen.



- de tonisch clonische aanvallen (grand-mal):

De patiënt valt tijdens de tonische fase verstijfd neer, de spieren spannen zich op, de ademhaling stopt door de kramptoestand van de borstkasspiers (20-30 seconden), en gaat langzaam over in de clonische fase die gekenmerkt wordt door ritmische schokkende bewegingen, vooral van armen en benen.

De ademhaling komt terug, stotend, met overvloedige speekselproductie. Door een eventuele tongbeet kan dit speeksel bloederig zijn. Urineverlies kan ook optreden. Deze fase duurt doorgaans enkele minuten en wordt gevolgd door een soort relaxatie. De patiënt voelt zich moe en uitgeput en wil meestal slapen.

- **de absences** zijn gekenmerkt door een plots optredende bewustzijnsdaling waarbij de patiënt abrupt stopt met zijn bezigheden, dit meestal niet langer dan 30 seconden. Bijkomende verschijnselen kunnen het wegdraaien van de ogen, schokjes in het gezicht of automatismen (zoals doelloze handelingen) zijn.

Het bewustzijn keert volledig terug en de patiënt gaat gewoon door met zijn werkzaamheden zonder vaak te weten dat er een aanval was. De term 'petit mal' gebruikt men voor de typische absences, zonder bijkomende verschijnselen als automatismen.

- **de myoclonische** aanvallen geven korte trekkingen in spiergroepen of geïsoleerde spieren. Deze spierschokken kunnen eenmalig zijn of in series voorkomen, en soms zo hevig zijn dat de patiënt daarbij valt of voorwerpen die hij in de hand hield door de schok in de lucht gooit. Deze aanvallen komen vaak voor in de periode kort na het ontwaken of direct na het in slaap vallen.

- **de tonische aanvallen** manifesteren zich door een verstijving van de ledematen in een verwrongen houding, waarbij de patiënt niet steeds valt. Meestal draait hij hierbij om zijn as door een omslaande



krampbeweging van hoofd en romp. Het herstel is sneller dan bij de tonisch-clonische aanval.

- **clonische aanvallen** lijken goed op tonisch-clonische aanvallen doch de stijfkramp ontbreekt. Ze treden vaak op in series en de schokken nemen langzaam in frequentie af. Het herstel is meestal snel.

- **atonische aanvallen** zijn gekenmerkt door een plotse spierslakte (tonusverlies) waardoor de patiënt op de grond valt. Soms kan enkel het hoofd plots voorover slaan door verlies van tonus in de nek en armspieren.

B. Partiële aanvallen

Deze worden ook focale aanvallen genoemd en ontstaan in een deel van de hersenen, in één hersenhelft.

- de elementaire (enkelvoudige) partiële aanvallen:

zijn gekenmerkt door storingen in één enkel deel van de hersenen, waarbij het bewustzijn vaak blijft (zeker in het begin). De patiënt weet zelf dat hij op dat moment een aanval heeft, maar dit wordt niet altijd door de omstaanders waargenomen. Afhankelijk van de plaats waar de **focus (epileptische haard)** zich in de hersenschors bevindt, spreekt men van partiële aanvallen met motorische (i.v.m. bewegingen), sensibele (vreemde gevoelens), sensorische (zintuiglijke waarnemingen), autonome (i.v.m. onwillekeurige lichaamsfuncties) en psychische (i.v.m. psychische functies zoals stemming, de herinnering, het denken...) verschijnselen.

- de complex-partiële aanvallen:

deze aanvallen hebben een samengesteld verloop en er komen vaak verschillende verschijnselen voor. Hierbij is het bewustzijn gestoord. De patiënt heeft een starende blik, ziet bleek, en vertoont



automatismen zoals wrijven, friemelen, doelloos rondlopen, slik- en smakbewegingen met de mond. De aanval begint meestal met een **aura** waarbij de persoon soms een eigenaardig gevoel krijgt in de maagstreek of buik, ofwel een eigenaardige geur- of smaaksensatie heeft...

Na de aanval is de patiënt nog enige tijd verward en kan zich vaak niets herinneren van de aanval, of enkel dat hij met iets bezig was. Bij dit soort aanvallen is de storing meestal gelegen in de **temporale kwab (slaapkwab)** van de hersenen en noemt men ze ook wel psychomotore aanvallen.

Partiële aanvallen kunnen zich ontwikkelen tot **secundair veralgemeende aanvallen**, met bewustzijnsverlies en spiertrekkingen. De STATUS EPILEPTICUS kan bij alle aanvalsvormen voorkomen. Het is een toestand van **herhaalde aanvallen zonder dat er van herstel van bewustzijn tussen twee aanvallen sprake is**. Medisch ingrijpen is hier geboden.

Bij een status van clonisch-tonische aanvallen is spoedopname in een ziekenhuis soms nodig.

3. Hoe wordt epilepsie vastgesteld?

De arts ziet zelden de patiënt tijdens een aanval. Om te kunnen vaststellen of het om epilepsie gaat of welk aanvalstype de patiënt heeft, heeft hij enkele hulpmiddelen:

- De beschrijving van hetgeen gebeurd is door een getuige, omdat bij de patiënt het bewustzijn meestal gestoord was bij de aanval, tijdstip en duur van de aanval, verschijnselen eventueel voor, tijdens en na de aanval, soms uitlokkende factoren in de voorgeschiedenis van de patiënt (anamnese).



- Daarnaast zullen een reeks laboratoriumonderzoeken volgen zoals bloedonderzoek, urinetest... om na te gaan of het eventueel gaat om bv. een afwijking in de stofwisseling of een vergiftiging...
- Een EEG-onderzoek: meten en registreren van de elektrische activiteit (spanningsverschillen) van de hersenen. Dit gebeurt door op welbepaalde punten op het hoofd draden te kleven die naar een versterker leiden. De impulsen worden versterkt en weergegeven in een aantal golflijnen waaruit de specialist kan opmaken of deze registratie epileptische kenmerken bevat. Het onderzoek is pijnloos.
- Het EEG is niet onfeilbaar. Als het geen kenmerkende afwijkingen bevat, kan iemand toch epilepsie hebben, omdat er op het moment van de registratie geen epileptische activiteit aanwezig is of deze gebeuren in andere delen (bv. dieper) van de hersenen. Het EEG kan soms ook kenmerkende epilepsie-afwijkingen vertonen zonder dat de persoon klachten of verschijnselen heeft als aanvallen. Het kan dus toevallig zijn dat die persoon een aanleg voor epilepsie heeft zonder echt epilepsie te hebben.
- In gespecialiseerde centra kan men tegenwoordig aan langdurige registratie doen al of niet gekoppeld aan videoapparatuur om de observatie optimaal te laten verlopen. Het EEG is dus een aanvulling of bevestiging van een nauwkeurige observatie.
- In sommige gevallen wordt, vooral als het EEG en de anamnese daartoe aanleiding geven, ook een röntgenonderzoek van de hersenen uitgevoerd, meestal een CT-SCAN (computertomografie) waarbij afbeeldingen worden gemaakt van kleine plakjes van de hersenen.



- De NMR of MRI-SCAN (nucleaire magnetische resonantie) neemt beelden van de hersenen zonder dat er röntgenstralen bij te pas komen, maar waarbij de hersenstructuren met behulp van sterke magneten zichtbaar worden.
- De PET-SCAN (positron emissie tomografie) geeft een beeld van het energieverbruik van de hersenen. Zo kan men epileptische haarden detecteren.

4. De behandeling van epilepsie

De behandeling berust momenteel grotendeels op het gebruik van medicatie, anti-epileptica genoemd. Deze genezen de epilepsie niet, ze onderdrukken slechts de aanvallen. De medicatie moet regelmatig ingenomen worden, meestal meermaals per dag, en dit vaak voor een jarenlange periode.

Wanneer men de medicatie vroegtijdig stopt, bestaat er een grotere kans op een terugkeer van de aanvallen. Hoe die medicijnen juist werken, is nog niet bekend. Om aanvallen te kunnen tegengaan, moet het lichaam beschikken over een kleine voorraad medicatie in het bloed, de bloedspiegel. De lever breekt deze medicatie vrij snel af, zodat het nodig is jouw medicatie regelmatig in te nemen om die voorraad op peil te houden.

Alle anti-epileptica hebben bijwerkingen, die niet alleen kunnen optreden bij een overdosering. Ook bij een geringe dosis kan de patiënt last ondervinden omdat hij overgevoelig is voor het middel.

De keuze van het anti-epilepticum wordt in de eerste plaats bepaald door het type aanval en het soort epilepsie, maar is heel individueel. Soms is het moeilijk om het juiste medicijn te vinden, in de juiste dosering, zonder veel bijwerkingen, maar toch met bevredigende resultaten wat betreft het onderdrukken van de aanvallen. Niemand reageert op dezelfde manier op dezelfde medicatie/dosering!



Andere behandelingsvormen :

- Het al of niet aanvalsvrij worden, kan sterk afhankelijk zijn van andere invloeden: het zich houden aan bepaalde leefregels zoals bv. voldoende slaap. Een regelmatige afwisseling van het biologisch ritme is zeer belangrijk.
- Zelfhulp, psychologische en maatschappelijke hulp kunnen ook een belangrijke rol spelen.
- Neurochirurgie gebeurt bij patiënten met partiële aanvallen, die niet reageren op andere therapieën. Dit gebeurt enkel onder bepaalde voorwaarden en na een reeks grondige testen en onderzoeken.

Alternatieve behandelingen: alternatieve geneeskunde biedt kennelijk voor sommige patiënten hulp bij epilepsie. Voor de meeste vormen ervan is er geen reden tot afwijzen als ze maar zinvol blijken.

Soms kunnen ze een psychologisch positief effect geven, omwille van de extra tijd en aandacht die wordt besteed aan de patiënt.

Sommige zijn een vorm van ontspanning, waardoor de patiënt zich rustiger voelt en minder stress ervaart, en zodoende minder aanvallen krijgt.

Men mag echter geen valse verwachtingen scheppen en plotseling staken van de anti-epileptica, buiten de behandelende arts om, is sterk af te raden. Vraag steeds overleg tussen de behandelende arts (neuroloog) en de alternatieve arts.



5. De eerste hulp bij aanvallen

De vijf hoofdregels zijn:

1. Sla niet in paniek en blijf bij de patiënt.
2. Probeer te voorkomen dat de patiënt tijdens de aanval (nog meer) letsel oploopt (bv. verwijder voorwerpen waaraan hij zich kan kwetsen).
3. Zorg dat de ademhaling, en dus de toevoer van zuurstof, zo weinig mogelijk gehinderd wordt.
4. Het tegenhouden van de schokkende bewegingen of iets tussen de tanden wringen is af raden en doet meer kwaad dan goed.
5. Behoed de patiënt voor onaangename ervaringen na de aanval, en vertel hem op een rustige manier wat er is gebeurd op het moment dat hij terug bij bewustzijn is.

Specifieke hulp bij de verschillende aanvalsvormen:

a. de tonisch-clonische aanval (grote aanval):

- Maak knellende kledingstukken los, leg iets onder het hoofd en probeer de patiënt in veiligheidshouding te leggen, het hoofd opzij zodat eventueel speeksel uit de mond kan vloeien en de tong de luchtpijp niet kan afsluiten.
- Laat de patiënt niet drinken, hij is vaak te suf en de kans op verslikken is groot.
- Het is meestal niet nodig de 100-hulpdienst te bellen, de aanval gaat vanzelf over. Medische hulp is nodig als de aanval niet over gaat, de schokken blijven duren (langer dan vijf minuten) en de patiënt niet tot het bewustzijn komt (status) of als deze zich door de aanval gekwetst heeft
- De vijf hoofdregels toepassen.



b. bij absences is geen directe tussenkomst nodig, het bewustzijn komt snel terug, maar bij bv. een kind in de klas is het nodig de gemiste leerstof te herhalen. Indien zich een absence voordoet midden in het drukke verkeer kan er toch een gevaarlijke situatie ontstaan, waarbij het nodig is de persoon zo snel mogelijk in veiligheid te brengen.

c. de partieel complexe aanval gaat gepaard met verlaagd bewustzijn, en de patiënt doet vaak automatische bewegingen. Laat hem zijn gang gaan, maar blijf in de buurt en voorkom dat de persoon in gevaarlijke situaties terechtkomt zonder hem onder dwang te willen stilhouden, hij kan zich ertegen verzetten en mogelijk agressief reageren.

6. 1 op 150 mensen heeft epilepsie

Het merendeel van de personen met epilepsie heeft een normale intelligentie. Epilepsie kan eventueel gepaard gaan met een mentale achterstand of psychische stoornis bij hersenbeschadiging.

Iedereen kan epilepsie krijgen, het heeft niets te maken met leeftijd, intelligentie of karakter en is ook niet besmettelijk of gevaarlijk voor de omgeving.

Onbegrip kan het voor mensen met epilepsie moeilijk maken te leven met hun aandoening. Het is daarom hard nodig dat iedereen begrijpt wat epilepsie is en accepteert dat deze mensen niet anders zijn dan anderen! Epilepsie is wat je hebt, niet wat je bent!



7. Rijbewijs en epilepsie

Hieronder worden enkele vragen beantwoord over epilepsie en rijbewijs.

Wanneer is iemand rijgeschikt?

De vraag of iemand rijgeschikt is, betekent of hij aan de medische criteria voldoet om te mogen rijden, of hij als het ware ‘gezond genoeg’ is. In het geval van epilepsie is het criterium ‘een periode aanvalsvrij’ belangrijk voor de bepaling van de rijgeschiktheid.

Als een persoon een bepaalde periode aanvalsvrij is en hij voldoet aan de andere voorwaarden, kan hij een – meestal in tijd beperkt - voorlopig rijbewijs gaan halen op de gemeente. Dit indien hij natuurlijk zijn rijexamen ooit met goed gevolg heeft afgelegd.

Waarom zijn de regels veranderd?

We kijken even in de recente geschiedenis. Voor de wetgeving betreffende epilepsie en rijbewijs in België dateert de laatste wijziging van 1998. Deze regels waren nog steeds geldig tot september 2010. In 2004 vroeg de Europese commissie de lidstaten om experts te zenden naar een werkgroep om regels op te stellen die voor heel Europa zouden gelden. Het rapport van die werkgroep werd voltooid in april 2005 en werd in belangrijke mate beïnvloed door de al bestaande Belgische regels. Om administratief-technische redenen konden deze Europese regels pas in september 2009 in een Europese wet worden omgezet. Vanaf dat moment hadden alle lidstaten van de Europese Unie (EU) een jaar de tijd om hun nationale regels te veranderen. Volgens een Koninklijk Besluit van 10 september 2010 zijn de Belgische regels aangepast aan de Europese.

Wat is er anders aan deze regels, hoe zijn ze ontstaan?

Rijden nadat men één of meer aanvallen van epilepsie gehad heeft, houdt meer risico in dan wanneer men nooit aanvallen gehad heeft. In de Europese werkgroep werd de vraag gesteld hoeveel ‘extra’ risico



iemand mag lopen om te mogen rijden. De regels zijn consistent gebaseerd op het criterium dat iemand met epilepsie (of na een eerste aanval) die met een voertuig wil rijden, een 2 tot 3 maal hoger risico mag lopen dan het gemiddelde van de bevolking. Dit lijkt veel, maar in feite is het vergelijkbaar met het risico van een plus-70-jarige bestuurder. Bij het vaststellen van dit criterium werd niet alleen het risico overwogen, maar ook het ongemak en de soms belangrijke sociale gevolgen die niet-rijden met zich mee kan brengen (bv. verlies van werk).

Waar het om gaat, is het risico op een ongeval. Dit is afhankelijk van het risico op een aanval, en wordt kleiner naarmate men langer aanvalsvrij is. Dit risico op een volgende aanval is verschillend naargelang de situaties. Het is bij voorbeeld hoger nadat iemand meerdere aanvallen gehad heeft dan wanneer iemand slechts één aanval gehad heeft. Daarom verschillen de periodes dat iemand aanvalsvrij moet zijn alvorens te rijden ook in de verschillende situaties. Er zijn natuurlijk ook andere factoren belangrijk, onder meer de tijd die men doorbrengt achter het stuur, of men met passagiers rijdt, of men een vrachtwagen of een bus bestuurt. Deze laatste situatie wordt apart en strenger beoordeeld: men dient een keuring te ondergaan voor 'groep 2' rijbewijs. Daarvoor dient de kans op een aanval uitermate klein te zijn en dus zijn de vereiste aanvalsvrije periodes langer.

Wie beslist over de rijgeschiktheid?

GROEP 1: Bij alle neurologische aandoeningen, dus ook epilepsie, beslist de neuroloog over de rijvaardigheid en de duur daarvan. Behalve indien er naast de epilepsie óók een voor het rijden relevante neurologische uitval bestaat (zogenaamde 'verminderde functionele vaardigheid'), dan beslist de arts van het CARA over de rijvaardigheid. Dit geldt ook voor kandidaten van groep 2. CARA is een afdeling van



het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) die belast is met keuringen voor rijgeschiktheid.

GROEP 2: Uitspraak over de rijgeschiktheid van groep 2 gebeurt door een zogenaamde ‘keurende arts’, dit is meestal de bedrijfsarts, maar het kan ook door een aantal andere organisaties. Een advies van de neuroloog is verplicht bij groep 2.

Tot zover de vernieuwde regels. Wat kan je doen als je het oneens bent met de beslissing van de neuroloog?

Er is geen officiële instantie waar je in beroep kan gaan. Wel kan je een advies vragen aan de Adviescommissie van de met epilepsie verbonden risico's, een commissie die door de Belgische Liga tegen Epilepsie is ingesteld. Best gebeurt dit via de maatschappelijk assistenten van de Vlaamse Liga tegen Epilepsie uit jouw provincie. Het uitgegeven advies is niet bindend, maar is wel vaak voldoende om de arts die de beslissing neemt te overtuigen.

Welke zijn de wettelijke verplichtingen?

Vanaf het moment dat iemand twijfelt of hij rijgeschikt is – voor ons geval betekent dat indien iemand een aanval gehad heeft (en daardoor twijfel moet hebben of hij nog wel rijgeschikt is) - mag hij geen motorvoertuig meer besturen tot er een medische keuring geweest is. Als de arts besluit dat hij niet mag rijden en dit aan de patiënt mededeelt, moet deze zijn rijbewijs medisch laten schorsen bij de bevoegde overheid (dienst bevolking van de gemeente waar je woont), binnen de vier werkdagen. Je moet daarbij zeggen dat het tijdelijk is.

Een belangrijke regel: ook al heb je je rijbewijs teruggekregen, dit is slechts geldig tot de volgende aanval! Als je dus onverhoopt vóór het verstrijken van de termijn van het rijbewijs opnieuw een aanval doet,



mag je vanaf dan niet meer rijden. Ook moet je het rijbewijs medisch laten schorsen.

Wanneer krijg je je rijbewijs weer terug?

Indien je opnieuw voldoet aan de medische criteria, schrijft de neuroloog een rijgeschiktheidsattest 'formulier VII' waarop hij vermeldt wat de duur is van de rijgeschiktheid en ook de eventuele beperkingen. Hiermee ga je een (meestal tijdelijk) rijbewijs halen bij de gemeente. Dit is de eerste keer een jaar geldig. Blijven de medische controles goed, dan krijg je in de meeste gevallen een rijgeschiktheidsattest tot 5 jaar na de laatste aanval. Daarna kan er doorgaans een permanente rijgeschiktheid verkregen worden. Voor de duidelijkheid: je moet je rijexamen niet overdoen!

Wat als je je niet aan de regels houdt?

Als je wettelijk niet mag rijden en je doet het toch, dan neem je een te groot risico voor jezelf en ook voor anderen. Ook ben je formeel niet verzekerd, aangezien je geen geldig rijbewijs hebt.

Als je voor een bepaalde duur opnieuw rijgeschikt verklaard wordt, moet je rijden met een tijdelijk rijbewijs dat afgeleverd wordt door de Dienst Bevolking. Blijf je rijden met je oud (permanent geldig) rijbewijs gedurende deze periode, dan kan dit problemen opleveren met de verzekering omdat je formeel 'niet in regel' bent en de verzekering gerechtigd is niet uit te betalen in geval van schade.

Wat als je zelf de regels niet veilig genoeg vindt?

Het licht verhoogd risico wordt door de wetgever aanvaardbaar geacht. Maar vind je zelf dit risico te hoog, dan kan het nuttig zijn het volgende te weten: de bestuurder zelf loopt het grootste risico tijdens het rijden, het risico is bijna even groot voor wie naast hem zit en iets minder voor de andere passagiers.



Er is natuurlijk ook een risico voor de andere weggebruikers. In geval van twijfel kan men het risico verminderen door geen passagiers mee te nemen, zo min mogelijk te rijden en rustig te rijden.

8. Geraadpleegde bronnen

www.epilepsiegroep-ikaros.be

9. Bezoekuren van de Stroke-unit

Van 11u30 – 12u30

Van 16u30 – 19u30

Graag niet meer dan 2 personen per patiënt.



Voor meer info raadpleeg:

Dr. De Poorter M.C.

Neuroloog

055 33 67 91

Dhr. Wim Van der Haeghen

Hoofdverpleegkundige Stroke-unit

055 33 63 00

Verpleegkundige Stroke-unit

055 33 63 01

Heb je nog vragen
of opmerkingen
over deze brochure?
We houden graag
rekening met jouw
suggesties!

AZ Oudenaarde vzw

AZ OUDENAARDE
VZW



Minderbroedersstraat 3, 9700 Oudenaarde

T 055 33 61 11 - F 055 33 66 95

info@azoudenaarde.be

www.azoudenaarde.be

AZO/STR/033

Laatst aangepast op 22/10/2019

V.U.: AZ Oudenaarde