

EPILEPSIA LA VÂRSTNICI: CAUZE ALE SUBDIAGNOSTICULUI ȘI HIPERDIAGNOSTICULUI CRIZELOR EPILEPTICE ȘI AL EPILEPSIEI

Diana DRAGAN, Stanislav GROPPA,
IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Rezumat

Epilepsia la persoanele în vârstă este o provocare, atât în plan de diagnostic, de tratament, cât și în plan de prognostic. Diferențierea crizelor epileptice recurente de alte episoade de pierdere tranzitorie a conștiinței la această categorie de vârstă este mai dificilă comparativ cu pacienții tineri. Studiul realizat este o sinteză bibliografică, cu descriere narativă a literaturii de specialitate din ultimele două decenii, dedicate particularităților epilepsiei la vârstnici. Datele au fost colectate din bazele de date PubMed, PubMed Central, Google Academic, Hinari. Scopul lucrării realizate a fost evidențierea principalelor aspecte ale epilepsiei la vârstnici, cu identificarea cauzelor frecvente de erori în diagnosticul diferențial al crizelor epileptice. Incidența epilepsiei este mai mare la vârstnici decât în alte categorii de vârstă. Pacienții vârstnici prezintă cel mai frecvent o semiologie atipică a crizelor epileptice, inclusiv o durată mai lungă a confuziei postcritice, comparativ cu pacienții tineri. Diagnosticarea poate fi dificilă din cauza mai multor factori dependenți de pacient, de medic și de metodele de investigație. Supradiagnosticul și subdiagnosticul sunt frecvente. Identificarea punctelor slabe din fiecare etapă de diagnostic și dezvoltarea unor strategii de abordare a lor sunt esențiale pentru a oferi servicii medicale calitative acestor pacienți.

Cuvinte-cheie: epilepsie, vârstnici, erori de diagnostic

Summary

Epilepsy in the elderly: causes of underdiagnosis and overdiagnosis of seizures and epilepsy

Epilepsy in the elderly is a challenge, both in terms of diagnosis, treatment and prognosis. Differentiating recurrent epileptic seizures from other episodes of transient loss of consciousness in this age group is more difficult compared to young patients. The study is a bibliographic synthesis with a narrative description of the literature of the last two decades, dedicated to the peculiarities of epilepsy in the elderly. Data collection was done using the databases PubMed, PubMed Central, Google Scholar, Hinari. The aim of the paper was to highlight the main aspects of epilepsy in the elderly by identifying common causes of errors in the differential diagnosis of epileptic seizures. The incidence of epilepsy is higher in the elderly than in other age groups. Elderly patients most commonly have an atypical semiology of seizures, including a longer duration of postictal confusion compared to young patients. Diagnosis can be difficult due to several factors' dependent on the patient, doctor and methods of investigation. Overdiagnosis and underdiagnosis are common. Identifying weaknesses at each stage in the diagnostic evaluation and developing strategies to address them are essential to provide quality medical services to these patients.

Keywords: epilepsy, elderly, misdiagnosis

Резюме

Эпилепсия в пожилом возрасте: причины гиподиагностики и гипердиагностики эпилептических припадков и эпилепсии

Эпилепсия у пожилых людей является сложной проблемой с точки зрения диагностики, лечения и прогноза. Отличить рецидивирующие эпилептические припадки от других эпизодов временной потери сознания в этой возрастной группе труднее по сравнению с молодыми пациентами. Исследование представляет собой библиографический синтез с повествовательным описанием литературы последних двух десятилетий, посвященной особенностям эпилепсии у пожилых людей. Сбор данных проводился с использованием баз данных PubMed, PubMed Central, Google Scholar, Hinari. Целью работы было осветить основные аспекты эпилепсии у пожилых людей, выявив общие причины ошибок в дифференциальной диагностике эпилептических припадков. Заболеваемость эпилепсией выше у пожилых людей, чем в других возрастных группах. У пожилых пациентов чаще всего наблюдается атипичная семиология судорог, в том числе более длительная путаница по сравнению с молодыми пациентами. Диагностика может быть трудной из-за нескольких факторов, зависящих от пациента, доктора и методов исследования. Гипердиагностика и гиподиагностика распространены. Выявление слабых сторон на каждом этапе диагностической оценки и разработка стратегий для их устранения имеют важное значение для предоставления качественных медицинских услуг этим пациентам.

Ключевые слова: эпилепсия, пожилые люди, неправильный диагноз

Introducere

Epilepsia este o patologie neurologică caracterizată prin predispoziția creierului de a genera crize epileptice și prin consecințele ei neurobiologice, cognitive, psihologice și sociale. Conform ultimei definiții date de Liga Internațională Împotriva Epilepsiei (ILAE), diagnosticul de epilepsie poate fi stabilit în cazul prezenței a cel puțin două crize epileptice neprovocate într-un interval de timp mai mare de 24 de ore, sau a unei crize neprovocate, asociate cu un risc crescut de recurență a crizelor epileptice în următorii 10 ani, sau sunt întrunite criteriile clinico-electroencefalografice ale unui sindrom epileptic [1]. Epilepsia la vârstnici este o provocare, atât în plan de diagnostic, de tratament, cât și de prognostic. Diferențierea crizelor epileptice recurente de alte epi-

soade de pierdere tranzitorie a conștienței la persoanele în vârstă este o provocare din cauza dificultăților de a obține o anamneză precisă, un tablou clinic atipic, precum și din cauza asocierii frecvente cu diverse comorbidități [2]. În cazul unei gestionări defectuoase, epilepsia poate avea un impact major asupra vieții persoanelor în vârstă, crescând gradul de anxietate prin augmentarea fricii de cădere și leziuni corporale, poate submina încrederea în sine, poate reduce mobilitatea și independența.

În prezent, în Republica Moldova nu există studii care ar fi analizat punctele slabe din fiecare etapă a evaluării de diagnostic, ceea ce confirmă necesitatea unor cercetări suplimentare în acest domeniu.

Scopul studiului realizat a fost evidențierea principalelor aspecte ale epilepsiei la vârstnici cu identificarea cauzelor frecvente de erori în diagnosticul diferențial al crizelor epileptice și în stabilirea diagnosticului de epilepsie.

Materiale și metode

Pentru realizarea studiului au fost folosite bazele de date *PubMed*, *PubMed Central*, *Google Academic*, *Hinari*, utilizând cuvintele-cheie *epilepsie*, *vârstnici*, *erori de diagnostic*. Din aproximativ 127 de surse bibliografice care vizau erorile de diagnostic al epilepsiei, au fost selectate 37 de publicații din perioada 1999-2020 ce corespundeau criteriilor de includere, și anume cele care au cercetat persoanele cu vârstă peste 60 de ani, articolele de sinteză a literaturii de specialitate, studii populaționale, studii caz-control și clinice randomizate cu excluderea articolelor de opinie și a celor mai vechi de anul 1999.

Rezultate obținute

Epilepsia este a treia cea mai frecventă patologie neurologică la vârstnici după accidentul vascular cerebral și demență [3]. Contrar miturilor că epilepsia este o patologie asociată copiilor, totuși incidența epilepsiei la vârstnici până la 80 de ani este de două ori mai mare, comparativ cu cea a copiilor [4]. Astfel, incidența epilepsiei, în mai multe studii, variază de la 62,6/100.000 la tineri până la 85,9/100.000 la vârstă de 65-79 de ani și 135/100.000 la persoanele cu vârstă de peste 80 de ani [5]. Aproximativ 25% din epilepsia nou-diagnosticată se dezvoltă după vârstă de 65 de ani [3, 6]. Persoanele în vârstă ce suferă de epilepsie au un risc de deces de 2-3 ori mai mare, comparativ cu populația generală [7]. Concomitent, proporția epilepsiei structurale/simptomatice tinde să crească odată cu vârstă. Studiile epidemiologice au demonstrat că epilepsia idiopatică/genetică se identifică în aproximativ 38% cazuri la persoanele de peste 60 de ani, comparativ cu copiii de 0-9 ani – 67%

cazuri [4]. Incidența și prevalența înalte ale epilepsiei structurale/simptomatice este rezultatul prezenței factorilor de risc multipli, a comorbidităților asociate și a bolilor legate de îmbătrânire, însoțite de un risc crescut de recurență a crizelor epileptice, comparativ mai frecvent decât la copii și adulți.

Patologia cerebrovasculară este responsabilă de aproximativ 50% din cazurile de epilepsie nou-diagnosticate la persoanele după vârstă de 60 de ani [3, 5, 6]. Aproximativ 10% din pacienții ce suportă accident vascular cerebral (AVC) și o pătrime din cei cu crize epileptice tardive în perioada post-AVC (mai mult de două săptămâni după AVC) au riscul de a dezvolta epilepsie în următorii cinci ani [8]. Totuși, 50% din etiologia epilepsiilor la persoanele de vârstă a treia rămâne necunoscută [5], din motivul că procesul de îmbătrânire în sine poate fi un factor de risc pentru crizele epileptice.

În ciuda riscului înalt, recunoscut la populația vârstnică, de a dezvolta crize epileptice, diagnosticul corect al acestor crize și al epilepsiei este destul de dificil [9]. Într-un studiu populațional cu implicarea pacienților cu vârstă peste 60 de ani cu epilepsie nou-diagnosticată, durata medie de la debutul simptomelor până la diagnosticare a fost de 2,3 ani și doar 37% din pacienți au fost diagnosticați corect la momentul evaluării inițiale [10]. Astfel, supradiagnosticul, subdiagnosticul, precum și întârzierea stabilirii diagnosticului, sunt legate direct de multipli factori, dependenți de pacient, medic și investigațiile efectuate [11, 12]. Unele dintre obstacole în stabilirea unui diagnostic adecvat la pacienții vârstnici sunt: (1) istoricul/anamneza bolii limitată și absența descrierilor exacte din lipsa martorilor; (2) subdiagnosticul cauzat de diferențele din semiologia crizelor epileptice; (3) hiperdiagnosticul din motivul frecvenței ridicate a comorbidităților medicale, care adesea se presupune a fi cauza simptomelor; (4) specificitatea și sensibilitatea reduse ale electroencefalogrammei (EEG) și supraaprecierea datelor neuroimagistice.

Istoricul limitat al bolii

Un istoric amănunțit al bolii este esențial în stabilirea unui diagnostic diferențial adecvat pentru pacienții vârstnici cu eventuale crize epileptice. Din păcate, mulți pacienți în vârstă locuiesc singuri și, în lipsa martorilor, s-ar putea să nu poată furniza informații detaliate despre episoadele de alterare a conștienței. O altă problemă în evaluarea pacientului vârstnic sunt abilitățile de comunicare limitate, cauzate de deficiențele cognitive din demență, deficitul neurologic sau fizice ale vorbirii. De asemenea, dereglările de memorie din comorbiditățile neurologice și psihiatrice complică stabilirea semiologiei crizei epileptice [11].

În cazul vârstnicilor care locuiesc în casele de bătrâni sau au îngrijitori, obținerea unui istoric clinic privind episoadele de alterare a conștiinței este anevoioasă și se cer eforturi suplimentare pentru a contacta membrii familiei sau personalul capabili să ofere o descriere exactă [9].

Polimorfismul clinic al crizelor epileptice la vârstnici

Dificultățile în colectarea anamnezei se reflectă și asupra aprecierii corecte a semiologiei crizelor epileptice la vârstnici în lipsa înregistrărilor video sau a descrierilor obiective ale martorilor. Însă, chiar și în prezența unor înregistrări video, este necesar de a ține cont de faptul că crizele epileptice la persoanele în vârstă se pot manifesta cu simptome atipice, nespecifice – vizuale, cognitive, comportamentale, care frecvent sunt subtile și mai greu de recunoscut ca având o bază epileptică [13]. În aceste cazuri, singura soluție de stabilire corectă a diagnosticului este evaluarea pacientului de către un specialist în epileptologie și, desigur, monitorizarea electroencefalografică de lungă durată.

Pentru a determina diferențele în manifestarea clinică a crizelor epileptice la vârstnici, în special a celor focale, Kellinghaus și colab. au analizat 73 de crize epileptice înregistrate electroencefalografic la persoanele peste 60 de ani. Ei au observat că semiologia crizelor epileptice tipice este aceeași la tineri și la vârstnici, cu excepția crizelor focale cu bilateralizare tonico-clonică și a crizelor focale motorii clonice, care s-au dovedit a fi mai puțin frecvente [14]. Concomitent, Silveira și colab. au evaluat semiologia crizelor epileptice focale la 50 de persoane cu vârsta peste 55 de ani și au remarcat că, comparativ cu tinerii, la vârstnici stabilirea diagnosticului de epilepsie este dificil, deoarece crizele epileptice focale se manifestă frecvent prin perioade scurte de confuzie, lacune în memorie sau episoade cu fixarea privirii/"staring" cu fenomene motorii subtile sau absente [15].

Starea postcritică reprezintă perioada dintre sfârșitul crizei epileptice și reluarea performanțelor neuropsihologice [16]. Aceasta se manifestă clinic printr-o varietate de tulburări senzoriale, cognitive și motorii, precum confuzie, cefalee și dereglări de memorie [17]. Confuzia din perioada postcritică, în special la vârstnicii cu disfuncție cerebrală de diversă etiologie, poate dura până la câteva ore [16], iar uneori poate fi confundată cu stările de confuzie din demențe [18]. Aceasta întârzie diagnosticul de epilepsie și inițierea unei terapii antiepileptice adecvate. Uneori, în perioada postcritică poate fi prezentă o pareză tranzitorie unilaterală (pareza Todd), ce poate fi interpretată eronat la vârstnici drept un

atac ischemic tranzitoriu sau un accident vascular cerebral [17, 19].

Conform datelor din literatura de specialitate [9,14,15,17], în prezent există mai multe teorii privind cauza semiologiei atipice a crizelor epileptice focale la bătrâni, ceea ce ar putea fi explicat prin: diferențe în localizarea zonei de inițiere a crizei epileptice, la bătrâni fiind o predilecție către zonele cerebrale extratemporale (AVC frecvent în artera cerebrală medie, cu implicarea lobului frontal); modificarea patternului de propagare a activității neuronale în timpul crizei epileptice; îmbătrânirea creierului; medicația asociată. Cu toate acestea, influența îmbătrânirii creierului asupra expresiei clinice a crizelor epileptice rămâne necunoscută și necesită studii adăugătoare.

Crizele primar generalizate tonico-clonice, mio-clonice sau absente cu debut la persoanele în vârstă sunt rare, dar au fost raportate cazuri sporadice de epilepsie mioclonică a adultului și la vârsta de 75 de ani [17]. Frecvent, acestea sunt consecința unei predispoziții genetice către crize epileptice manifestate în copilărie, cu rezolvare ulterioară și reapariție la o vârstă mai înaintată.

În 30% din cazuri, la persoanele în vârstă, epilepsia debutează cu status epileptic convulsiv sau nonconvulsiv [3]. Statusul epileptic nonconvulsiv (NCSE) la vârstnici este o entitate clinică adesea greu de recunoscut, din motivul semiologiei neurologice focale „tăcute”, precum afazia, neglijența spațială unilaterală [20], sau difuze – confuzie/stare mentală alterată, letargie, care pot fi confundate cu accidentul vascular cerebral, coma, tulburările psihiatrice [21]. Cea mai mare creștere a incidenței de NCSE apare după vârsta de 60 de ani, iar rata mortalității crește dependent de vârstă, anoxie și durata statusului epileptic [3].

Comorbidități ce mimează crizele epileptice

Evaluarea pacientului cu episoade recurente de pierdere tranzitorie a conștiinței după vârsta de 60 de ani necesită o abordare multidisciplinară (*figura 1*), luând în considerare faptul că pacientul în vârstă prezintă în medie șase comorbidități asociate, comparativ cu tinerii, care au în medie două comorbidități [22]. În studiul *Veterans Administration Cooperative Study #428* (VACS #428) [9], în timpul evaluării inițiale de către medicii de asistență primară/medicii de familie, epilepsia a fost diagnosticată la doar 73% din pacienții care au fost ulterior diagnosticați cu epilepsie. Crizele tonico-clonice generalizate au fost recunoscute mai frecvent decât crizele focale cu alterarea conștiinței [8]. Crizele epileptice la pacienții vârstnici pot fi confundate cu sincopa,

aritmia cardiacă, atacul ischemic tranzitor, accidentul vascular cerebral, amnezia tranzitorie globală, boală neurodegenerativă, tulburarea de comportament în timpul somnului REM (RBD), tulburările metabolice, cele psihogene și cu alte patologii [22].

Sincopa convulsivă este cea mai frecventă cauză de eroare în stabilirea diagnosticului de epilepsie, atât la persoanele tinere, cât și la cele în vârstă, din motivul supraestimării mișcărilor involuntare de tip mioclonic, fenomenelor motorii tonice, incontinenței urinare și atribuirii incorecte unei geneze epileptice [8, 23]. Secusele mioclonice din sincopă, de obicei, sunt cu durată scurtă [24], asimetrice, asincrone și nesuținute; sunt asociate frecvent cu anoxia cerebrală prelungită din dereglările de ritm cardiac. Dar trebuie să se țină cont de asistolia din ictusul epileptic de lob temporal, ce poate mima sincopa cardiogenă [25]. Sincopa poate fi confirmată, dacă simptomele tipice apar în asociere cu o aritmie înregistrată în timpul monitorizării ambulatorii electrocardiografice de lungă durată (Holter ECG) sau în timpul testului mesei înclinate (Tilt table test) [12].

În cazul prezenței episoadelor paroxistice cu simptome neurologice de focar, pacientul adesea este evaluat pentru atac ischemic tranzitoriu sau accident vascular cerebral, și nu pentru criză epileptică. Motivul constă în prevalența și incidența înaltă a atacului ischemic tranzitoriu și a AVC la persoanele peste 65 de ani, mai ales dacă sunt prezenți și factorii de risc cardiovascular, precum hipertensiunea arterială, obezitatea abdominală, hiperlipidemia sau ateroscleroza vaselor cerebrale. Colectarea detaliată a semiologiei este cheia spre evitarea subdiagnosticului. Atacul ischemic tranzitoriu sau accidentul vascular cerebral se manifestă mai frecvent prin simptome negative (pareză, hipoestezie/anestezie, dereglări de vorbire/limbaj), de obicei durează mai mult și sunt rareori asociate cu afectarea conștienței [12], comparativ cu crizele epileptice focale, unde predomină simptomele pozitive (mișcări involuntare, posturi anormale ale membrilor) [9, 12].

Tulburările de somn sunt obișnuite vârstei înaintate, având o prevalență de până la 7,7% [26]. Adesea sunt trecute cu vederea, nu sunt raportate și sunt interpretate greșit ca crize epileptice, în special tulburările de mișcare în timpul somnului REM (RBD), teroarea nocturnă, apneea obstructivă în somn. Diagnosticul diferențial este dificil, dar trăsăturile clinice și polisomnografia video sunt utile în clarificarea diagnosticului [12].

Crizele psihogene neepileptice (PNES) constau în episoade recurente de simptome neurologice

tranzitorii, care imită crizele epileptice, sunt de natură psihologică și nu se datorează modificărilor neurofiziologice anormale la nivelul creierului. Incidența crizelor psihogene neepileptice scade cu vârsta de la 25-30% în unitățile de monitorizare electroencefalografică în cazul tinerilor până la 14% la persoanele în vârstă [27]. Duncan și colab. au identificat că după vârsta de 55 de ani, mai predispuși de a dezvolta crize psihogene neepileptice sunt bărbații cu comorbidități medicale grave, care mai frecvent raportează traume psihologice legate de asistența medicală și mai puțin probabil să raporteze un istoric de abuz sexual [28].

Tulburările metabolice sistemice – hipoglicemia/hiperglicemia, tulburările electrolitice, reacțiile adverse la medicamente etc., de asemenea pot provoca simptome neurologice tranzitorii, inclusiv confuzie, dereglări de conștiență sau rareori simptome neurologice focale, ce pot fi confundate cu crizele epileptice [9]. În același timp, tulburările metabolice sunt o cauză frecventă de crize epileptice simptomatice sau provocate, dar nu și de epilepsie.

Alte afecțiuni neurologice, precum amnezia tranzitorie globală, tulburările de mișcare (de ex., tremorul fiziologic sau parkinsonian, distoniile medicamentoase, hiperkineziile), demența cu corpi Lewy sunt frecvent interpretate drept crize epileptice, iar pentru diferențierea lor se cere monitorizarea electroencefalografică de lungă durată [24].

Aspecte neurofiziologice și imagistice ale epilepsiei la vârstnici

Electroencefalografia (EEG) este o metodă indispensabilă în identificarea epilepsiei, clasificarea tipului de crize și a sindroamelor epileptice. La persoanele în vârstă, o singură evaluare electroencefalografică standard (EEG standard) are sensibilitate și specificitate reduse în diagnosticul epilepsiei [29, 30]. Motivul este frecvența joasă a descărcărilor epileptiforme intercritice la doar 6,7% din cazuri la persoanele peste 80 de ani [9], comparativ cu 77% din cazuri la copiii până la 10 ani [31]. Însă monitorizarea electroencefalografică de lungă durată este foarte valoroasă în diferențierea crizelor epileptice de alte stări paroxismice descrise mai sus [31, 32].

Este importantă, de asemenea, evitarea interpretării eronate a unor pattern-uri electroencefalografice normale (de ex., wicket rhythm/wicket spikes, lentoare intermitentă temporală, small sharp spikes, subclinal rhythmic EEG discharge of adults – SREDA), ce se întâlnesc mai frecvent odată cu înaintarea în vârstă [33] și pot conduce la stabilirea incorectă a unui diagnostic de epilepsie [34], inclusiv inițierea unui tratament antiepileptic inutil.

Identificarea unei leziuni structurale epileptogene prin tehnicile de neuroimagistică este deosebit de valoroasă la pacienții vârstnici cu o singură criză epileptică neprovocată, deoarece influențează decizia terapeutică cu inițierea în cel mai scurt timp a unui tratament antiepileptic și stabilirea diagnosticului de epilepsie [29]. Cu toate acestea, prezența acestor anomalii structurale nu demonstrează că un episod cu pierderea conștienței este obligatoriu epileptic și se cere o evaluare amănunțită a semiologiei evenimentului [12]. În același timp, supraaprecierea rolului unor leziuni cerebrale de a fi implicate în mecanismele epileptogene poate limita căutarea altor anormalități imagistice odată ce ele au fost găsite, inclusiv atribuirea unui efect de cauzalitate evenimentului paroxistic, chiar dacă nu este de genă epileptică. Cel mai frecvent, leziunile cărora li se atribuie un potențial epileptogen sunt leucoaraioza periventriculară, zonele subcorticale de hipersemnal T2p/IRM, atrofia cerebrală [29], inclusiv variantele normale precum chistul restant al sulcusului hipocampal și chistul fisurii coroide. Evaluarea pacientului cu crize epileptice sau cu epilepsie de către un expert în neuroimagistică și utilizarea protocoalelor IRM dedicate epilepsiei cresc semnificativ probabilitatea unui management corect al diagnosticului [35].

Strategii de tratament

Pacienții cu crize epileptice provocate/simpptomatice pe fundal de tulburări metabolice, electrolitice nu au nevoie de tratament antiepileptic (MAE), ci trebuie tratată cauza ce stă la baza lor. În cazul crizelor epileptice neprovocate recurente, este absolut necesară inițierea unui tratament antiepileptic cât mai curând posibil. Spre deosebire de tineri, tratamentul antiepileptic la pacienții vârstnici poate fi inițiat după suportarea unei singure crize epileptice neprovocate, în cazul unei semiologii focale [12]. Acest lucru se datorează faptului că crizele focale (frecvente în rândul persoanelor în vârstă) au un risc crescut de recurență, deoarece acestea reflectă în cea mai mare parte o patologie focală [8]. Selecția medicamentului antiepileptic depinde de: tipul crizelor epileptice, reacțiile adverse, comorbiditățile asociate, starea fizică a pacientului, funcția rinichilor, a ficatului, medicamentele utilizate concomitent și interacțiunea posibilă dintre ele, precum și de alți parametri clinici [12].

În tratamentul antiepileptic al persoanelor în vârstă poate fi utilizată medicația antiepileptică din vechea generație: carbamazepina, acidul valproic, fenobarbitalul, dar totuși se preferă cele din noua generație: lamotrigina, levetiracetamul, gabapentina, cu un control bun al crizelor în monoterapie și în doze

mici [8, 10, 11, 12]. Reacțiile adverse în această grupă de vârstă au o rată și intensitate mai mare comparativ cu cei tineri, de aceea aplicarea premisei "începe de jos și continuă încet" ("start low and go slow") este esențială [36]. Reacțiile adverse ce afectează funcția cognitivă sunt frecvent motivul aderenței joase la tratament și cauza ineficienței terapiei antiepileptice [10]. De obicei, tratamentul este de lungă durată și majoritatea pacienților vârstnici primesc medicație antiepileptică pe tot parcursul vieții.

Discuții

Percepția semiologiei crizelor epileptice atipice la vârstnici se bazează în principal pe concluziile câtorva studii efectuate pe loturi mici de bolnavi, în centrele de epileptologie înalt specializate [2, 14, 15, 21], de aceea ele nu reflectă semiologia crizelor epileptice la pacienții cu epilepsie controlată medicamentos. Pe viitor, sunt necesare studii populaționale, prospective, în conformitate cu Clasificarea crizelor epileptice a Ligii Internaționale Împotriva Epilepsiei (ILAE) din 2017, pentru a concretiza semiologia crizelor la bătrâni.

În studiile analizate [2, 9, 18, 22, 25, 34], din motivul că multiplele comorbidități coexistente influențează asupra rezultatului cercetării, până în prezent nu există studii clinice randomizate, care să spună cu exactitate când și cum poate fi retrasă în siguranță medicația antiepileptică la persoanele în vârstă.

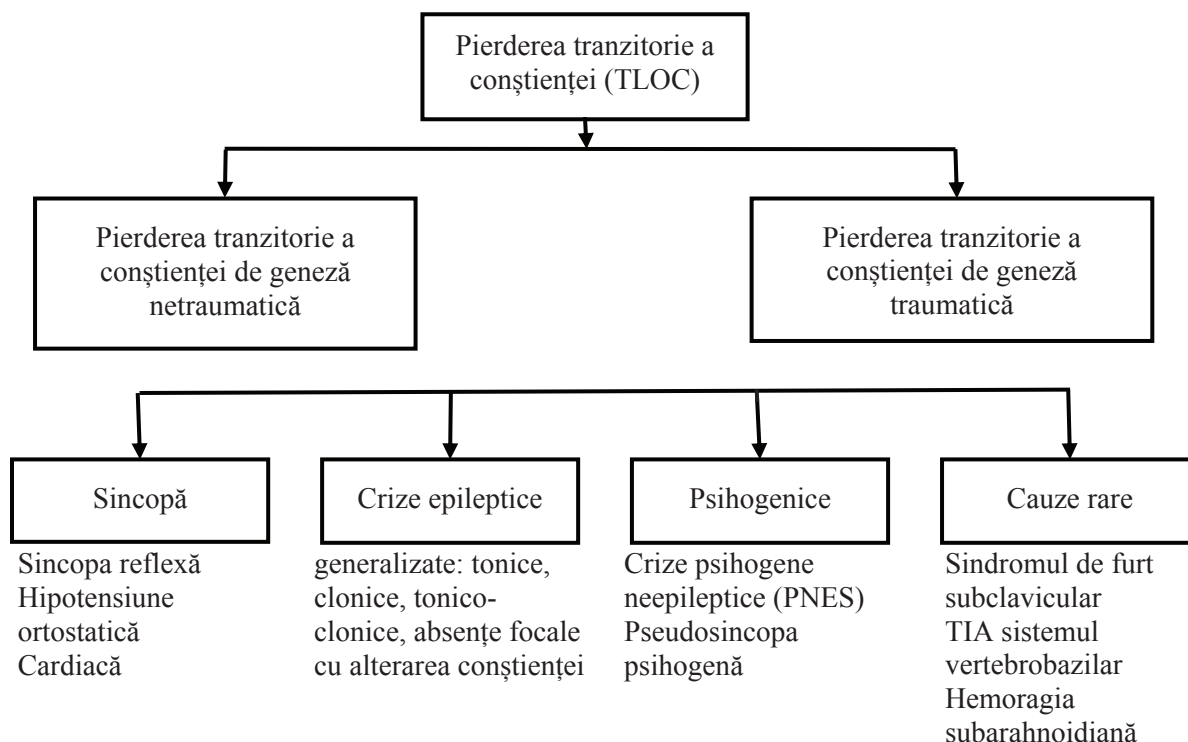
Luând în considerare îmbătrânirea populației Republicii Moldova, realizarea studiilor ulterioare este esențială pentru a dezvolta unele strategii comprehensive de abordare a crizelor epileptice și a epilepsiei, pentru crearea unui ghid de evaluare sau a unui protocol clinic național privind epilepsia la vârstnic, cu scopul de a spori calitatea vieții acestor pacienți.

Concluzii

Cercetările din ultimii ani denotă faptul că epilepsia este o condiție neurologică întâlnită mai frecvent la vârstnici decât în alte grupe de vârstă, cu risc crescut de mortalitate prematură și calitate redusă a vieții. La persoanele în vârstă există numeroși factori ce favorizează întârzierea diagnosticului de epilepsie dependenți de pacient, de medic și de investigațiile efectuate. Colectarea amănunțită a istoricului clinic, a circumstanțelor producerii și descrierea detaliată a evenimentului paroxistic de către martorii obiectivi sunt momente-cheie în diferențierea diagnosticului de epilepsie.

Crizele epileptice în cazul vârstnicilor prezintă câteva particularități clinice care trebuie luate în

Schema de evaluare a pacientului cu pierderi tranzitorii ale conștienței conform recomandărilor Societății Europene de Cardiologie [37]



calcul, și anume: lipsa aurei epileptice, frecvența redusă a automatismelor, fenomene motorii șterse și stare postcritică prelungită. Mișcările involuntare din sincopa convulsivă sunt deseori interpretate drept crize epileptice, ducând la stabilirea unui diagnostic eronat de epilepsie și inițierea unui tratament anti-epileptic inutil. Succesul în diagnosticul diferențial al crizelor epileptice este asigurat de monitorizarea electroencefalografică de lungă durată și IRM de calitate înaltă, cu utilizarea protocoalelor dedicate epilepsiei. Identificarea timpurie a pacienților cu crize epileptice recurente încă la nivelul primar de asistență medicală, cu inițierea unui tratament anti-epileptic adecvat, sau referirea la un centru specializat de nivel terțiar în cazurile dificile vor spori calitatea vieții persoanelor în vârstă.

Bibliografie

1. Fisher R.S., Acevedo C., Arzimanoglou A., et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. In: *Epilepsia*. 2014, nr. 55, pp. 475–482.
2. Massengo S.A., Ondze B., Bastard J., et al. Elderly patients with epileptic seizures: In-patient observational study of two French community hospitals. In: *Seizure*. 2011, vol. 20(3), pp. 231–239.
3. Ghosh S., Jehi L.E. New-onset epilepsy in the elderly: Challenges for the internist. In: *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2014, vol. 81(8), pp. 490–498.
4. Beghi E., Giussani G. Aging and the Epidemiology of Epilepsy. In: *Neuroepidemiology*. 2018, nr. 51, pp. 216–223.
5. Hauser W.A., Annegers J.F., Kurland L.T. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935–1984. In: *Epilepsia*. 1993, nr. 34, pp. 453–468.
6. Sander J.W., Hart Y.M., Johnson A.L., Shorvon S.D. National General Practice Study of Epilepsy: newly diagnosed epileptic seizures in a general population. In: *Lancet*. 1990, nr. 336, pp. 1267–1271.
7. Lhatoo S.D., Johnson A.L., Goodridge D.H., et al. Mortality in epilepsy in the first 11 to 14 years after diagnosis: multivariate analysis of a long-term, prospective, population-based cohort. In: *Ann. Neurol*. 2001, nr. 49, pp. 336–344.
8. Acharya J., Acharya V. Epilepsy in the elderly: Special considerations and challenges. In: *Annals of Indian Academy of Neurology*. 2014, vol. 17(5), p. 18.
9. Elder C.J., Mendiratta A. Seizures and Epilepsy in the Elderly: Diagnostic and Treatment Considerations. In: *Curr. Geri. Rep*. 2020, nr. 9, pp. 10–17.
10. Ramsay R.E., Rowan A.J., Pryor F.M. Special considerations in treating the elderly patient with epilepsy. In: *Neurology*. 2004, vol. 62 (5, Suppl. 2), pp. 24–29.
11. Stefan H. Epilepsy in the elderly: facts and challenges. In: *Acta Neurologica Scandinavica*. 2011, vol. 124(4), pp. 223–237.
12. Brodie M.J., Elder A.T., Kwan P. Epilepsy in later life. In: *Lancet Neurol*. 2009, nr. 8, pp. 1019–1030.
13. Mendiratta A., Pedley T.A. Seizures and Epilepsy in the Elderly. In: Shorvon S., Pedley T.A., editors. *The Epilepsies 3. 1st ed. Blue Books of Neurology*. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009. p. 177–193.
14. Kellinghaus C., Loddenkemper T., Dinner D.S., et al. Seizure semiology in the elderly: a video analysis. In: *Epilepsia*. 2004, vol. 45(3), pp. 263–267.

15. Silveira D.C., Jehi L., Chapin J., et al. Seizure semiology and aging. In: *Epilepsy Behav.* 2011, nr. 20, pp. 375–377.
16. Theodore W.H. The postictal state: effects of age and underlying brain dysfunction. In: *Epilepsy Behav.* 2010, nr. 19, pp. 118–120.
17. Pottkämper J.C.M., Hofmeijer J., van Waarde J.A., van Putten M.J.A.M. The postictal state – What do we know? In: *Epilepsia*. 2020. Disponibil pe: doi:10.1111/epi.16519
18. Vu L.C., Piccenna L., Kwan P., O'Brien T.J. New-onset epilepsy in the elderly. In: *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2018.
19. Masterson K., Vargas M.I., Delavelle J. Postictal deficit mimicking stroke: Role of perfusion CT. In: *J. Neuro-radiol.* 2009, nr. 36, pp. 48–51.
20. Rüegg S. Nonconvulsive Status Epilepticus in Adults: Types, Pathophysiology, Epidemiology, Etiology, and Diagnosis. In: *Neurology International Open*. 2017, vol. 01(03), pp. 189–203.
21. Rudin D., Grize L., Schindler C., et al. High prevalence of nonconvulsive and subtle status epilepticus in an ICU of a tertiary care center: A three-year observational study. In: *Epilepsy Res.* 2011, nr. 96, pp. 140–150.
22. Keezer M.R., Sisodiya S.M., Sander J.W. Comorbidities of epilepsy: current concepts and future perspectives. In: *Lancet Neurol.* 2016, nr. 15, pp. 106–115.
23. Zaidi A., Clough P., Cooper P., et al. Misdiagnosis of epilepsy: Many seizure-like attacks have a cardiovascular cause. In: *Journal of the American College of Cardiology*. 2000, vol. 36(1), pp. 181–184.
24. Shmueli S., et al. Differentiating motor phenomena in tilt-induced syncope and convulsive seizures. In: *Neurology*. 2018, nr. 90: e1339.
25. Lee S.K. Epilepsy in the Elderly: Treatment and Consideration of Comorbid Diseases. In: *J. Epilepsy Res.* 2019, vol. 9(1), pp. 27–35.
26. Benbadis S. The differential diagnosis of epilepsy: a critical review. In: *Epilepsy Behav.* 2009, vol. 15(1), pp. 15–21.
27. McBride A.E., Shih T.T., Hirsch L.J. Video-EEG monitoring in the elderly: a review of 94 patients. In: *Epilepsia*. 2002, vol. 43(2), pp. 165–169.
28. Duncan R., Oto M., Martin E., Pelosi A. Late onset psychogenic nonepileptic attacks. In: *Neurology*. 2006, vol. 66(11), pp. 1644–1647.
29. Arabi M., Dirani M., Hourani R., et al. Frequency and Stratification of Epileptogenic Lesions in Elderly with New Onset Seizures. In: *Front Neurol.* 2018, nr. 30(9), p. 995.
30. Phabphal K., Geater A., Limapichat K., et al. Risk factors of recurrent seizure, co-morbidities, and mortality in new onset seizure in elderly. In: *Seizure*. 2013 vol. 22(7), pp. 577–580.
31. Widdess-Walsh P., Sweeney B. J., Galvin R., McNamara B. Utilization and Yield of EEG in the Elderly Population. In: *Journal of Clinical Neurophysiology*. 2005, vol. 22(4), pp. 253–255.
32. Chiosa V.A. Sleep-related Epilepsy Diagnosis: Standard Video EEG or Video EEG Telemetry? In: *ICNBME*. 2019, nr. 77, pp. 523–528.
33. Van Cott A.C. Epilepsy and EEG in the Elderly. In: *Epilepsia*. 2002, nr. 43, pp. 94–102.
34. Smith D. The misdiagnosis of epilepsy and the management of refractory epilepsy in a specialist clinic. In: *QJM*. 1999, vol. 92(1), pp. 15–23.
35. Wellmer J., Quesada, C.M., Rothe L., et al. Proposal for a magnetic resonance imaging protocol for the detection of epileptogenic lesions at early outpatient stages. In: *Epilepsia*. 2013, vol. 54(11).
36. Hanlon J.T., Lindblad C.I., Hajjar E.R., McCarthy T.C. Update on drug-related problems in the elderly. In: *American Journal Geriatric Pharmacotherapy*. 2003, vol. 1(1), pp. 38–43.
37. Brignole M., Moya A., de Lange F., et al. ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. In: *European Heart Journal*. 2018, vol. 39(21), pp. 1883–1948.

Diana Dragan, cercetător științific,
Laboratorul de neurobiologie și genetică medicală,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
Institutul de Medicină Urgentă,
tel.: 069962864,
e-mail: dispinu@gmail.com