

## Klasyfikacja padaczek i napadów padaczkowych

### Classification of epilepsies and epileptic seizures

Joanna Jędrzejczak

Klinika Neurologii i Epileptologii Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

**Słowa kluczowe:** klasyfikacja, napad padaczkowy, padaczka

**Key words:** classification, epileptic seizure, epilepsy

Stworzenie i przyjęcie klasyfikacji napadów padaczkowych i padaczek jest istotnym elementem w porozumiewaniu się między naukowcami i lekarzami; lekarzem pierwszego kontaktu i specjalistą; neurologami i epileptologami — jest niezbędne w badaniach nad stosowaniem i oceną skuteczności leków, oceny przedoperacyjnej. Klasyfikacja jest podstawą w ocenie wyników badań naukowych, klinicznych rozpoznań, leczenia i rokowania. Odgrywa olbrzymią rolę w procesie nauczania lekarzy.

Próby klasyfikacji stanowią odbicie aktualnej wiedzy na temat padaczek, stąd wraz z jej rozwojem klasyfikacje ulegają pewnym zmianom. Razem z rosnącą wiedzą i rozwojem technik diagnostycznych niektóre nazwy stają się przestarzałe i niedokładne. Najlepszym przykładem są nazwy *petit mal* („mały napad”) i *grand mal* („duży napad”). Określenia te przed zastosowaniem badania EEG oznaczały jakikolwiek napad z małymi czy słabymi objawami czynności ruchowej — mały napad, w przeciwieństwie do *grand mal*, w którym wyraz zaburzeń ruchowych był silny. Obecnie nazwy te zastąpiono innymi terminami opartymi na znajomości zapisów EEG i objawów klinicznych.

Działania Międzynarodowej Ligi Przeciwpadaczkowej na rzecz stworzenia klasyfikacji padaczek znacząco usprawniło i pozwoliło na komunikację pomiędzy neurologami, epileptologami na całym świecie oraz wpłynęło na rozwój badań zarówno podstawowych, jak i klinicznych. Obserwowany ostatnio postęp w technikach neurodiagnostycznych, nowe spojrzenie na neuronalne mechanizmy padaczki i gwałtowny rozwój genetyki molekularnej w znaczący sposób poprawiły nasze rozumienie napadu padaczkowego i padaczek w stosunku do lat poprzednich, kiedy tworzono obecne klasyfikacje. Od 1970 roku proponowano wiele klasyfikacji, a ostatnią opublikowano w 1989 roku — jest to klasyfikacja zespołów padaczkowych i padaczek [1, 2].

W 1981 roku zaproponowano Międzynarodową Klasyfikację Napadów Padaczkowych i w 1989 adoptowano Międzynarodową Klasyfikację Padaczek i Zespołów Padaczkowych. Według tego systemu padaczki podzielono na 4 główne grupy: związane z umiejscowieniem i uogólnione, padaczki o nieustalonym początku i zespoły specjalne. Każda grupa jest później podzielona na padaczki o znanej przyczynie — objawowe, idiopatyczne (samoist-

ne) — w których przyczyna jest nieznaną, z wyjątkiem etiologii genetycznej, lub kryptogenna. Należy pamiętać, że ten sam typ napadu może występować w różnych zespołach padaczkowych, ale również różne typy napadów mogą należeć do tego samego zespołu padaczkowego. Wyodrębnienie zespołów padaczkowych umożliwia większą precyzję rozpoznania poprzez większą liczbę informacji (wywiad, wiek wystąpienia pierwszego napadu, badanie neurologiczne, wyniki badań dodatkowych: EEG, badanie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego mózgu) i, co niezwykle ważne, pozwala na postawienie rokowania, czego nie można uzyskać na podstawie klasyfikacji napadów.

Opublikowana w 1981 roku Propozycja Międzynarodowej Ligi Klasyfikacji Napadów Padaczkowych, zwana „kliniczno-elektroencefalograficzną”, jest oparta na typie klinicznym napadu oraz zapisie EEG w czasie napadu i między napadami (tab. 1).

Należy podkreślić, że określenie typu napadu ma decydujące znaczenie dla wyboru właściwego, skutecznego leku przeciwpadaczkowego. Stąd tak istotna jest rola wywiadu i opis samego napadu ze zwróceniem uwagi przede wszystkim na jego początek. Kolejnym ważnym elementem pozwalającym na postawienie trafnej diagnozy jest badanie EEG, które może ujawnić zmiany ogniskowe charakterystyczne dla napadów częściowych.

Mimo że klasyfikacje te nadal są szeroko akceptowane i mają olbrzymie znaczenie kliniczne, stało się jasne, że istnieje potrzeba wprowadzenia do klasyfikacji nowych informacji o rosnącym znaczeniu, takich jak ocena przedchirurgiczna, próby lekowe i badania epidemiologiczne. Dlatego też Międzynarodowa Liga Przeciwpadaczkowa podjęła prace oceniające potrzebę rewizji obecnej klasyfikacji i terminologii. Odkąd w 1997 roku grupa robocza do Spraw Klasyfikacji i Terminologii oceniała tę klasyfikację, wprowadzono już kilka zmian [3–5].

Obecnie trwają prace nad czterema dokumentami. Pierwszy ma mieć charakter opisowy zaburzeń napadowych, jednakże będzie to raczej rodzaj słownika niż klasyfikacji. Drugi oparty na znanym lub przypuszczalnym patomechanizmie napadu i anatomicznym podłożu ma zastąpić obecną klasyfikację opartą właśnie na symptomatologii. W trzeciej klasyfikacji zespołów padaczkowych i padaczek, będącej kontynuacją obecnej Klasyfikacji Padaczek, Zespołów Padaczkowych i Związanych Zaburzeń weźmie się pod uwagę unikatową w niektórych przypadkach etiologię na przykład pojedynczego genu. Czwarta, zupełnie nowa, klasyfikacja dotycząca zaburzeń funkcjonowania związanych z napadami czy padaczkami ma być oparta na nowej klasyfikacji neurologicznej opracowywanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*). Konsekwentnie jednak komisja zajmująca się tym problemem postanowiła, aby nie proponować jej zamiary, dopóki nie zostanie stworzona zdecydowanie lepsza klasyfikacja.

Tabela 1. Propozycja Rewizji Klinicznej i Elektroencefalograficznej klasyfikacji Napadów Padaczkowych z 1981 roku

<p><b>I. Napady częściowe (rozpoczynające się ogniskowo)</b></p> <p><b>I. A. Napady częściowe proste</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Z objawami ruchowymi</li> <li>Z zaburzeniami somatosensorycznymi</li> <li>Z objawami autonomicznymi</li> <li>Z zaburzeniami psychicznymi</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>Z objawami ruchowymi: <ol style="list-style-type: none"> <li>ogniskowe ruchowe</li> <li>Jacksonowskie</li> <li>zwrotne</li> <li>postawne</li> <li>fonacyjne (wokalizacja lub zatrzymanie mowy)</li> </ol> </li> <li>Z objawami swoiście czuciowymi lub somatyczno-czuciowymi: <ol style="list-style-type: none"> <li>somatyczno-czuciowe</li> <li>wzrokowe</li> <li>słuchowe</li> <li>węchowe</li> <li>smakowe</li> <li>zawroty</li> </ol> </li> <li>Z objawami autonomicznymi (dolegliwości epigastryczne, bladeć, pocenie się, zaczerwienienie, „gęsia skórka”, rozszerzenie źrenic)</li> <li>Z objawami psychicznymi (zaburzenia wyższych czynności mózgu); te objawy rzadko występują bez zaburzeń świadomości i są częściej klasyfikowane jako napady częściowe złożone: <ol style="list-style-type: none"> <li>z zaburzeniami rozumienia mowy</li> <li>z zaburzeniami dysmetycznymi (<i>déjà vu</i>)</li> <li>z objawami zaburzeń poznawczych (stan marzenia)</li> <li>z objawami afektywnymi (strach, złość)</li> <li>złudzenia (makropsje)</li> <li>omamy</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Zapis EEG w napadach częściowych prostych:</b> ogniskowe, przeciwstronne wyładowania rozpoczynające się w odpowiadającym miejscu reprezentacji korowej (nie zawsze rejestrowane w badaniu z powierzchni czaszki)</p> <p><b>I. B. Napady częściowe złożone</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Początek częściowy prosty, po czym dołącza się zaburzenie świadomości: <ol style="list-style-type: none"> <li>z cechami napadów częściowych (jak A 1–4) i dołączającymi się zaburzeniami świadomości</li> <li>z automatyzmami</li> </ol> </li> <li>Z zaburzeniami świadomości od początku: <ol style="list-style-type: none"> <li>tylko z zaburzeniami świadomości</li> <li>z automatyzmami</li> </ol> </li> </ol> <p><b>I. C. Napady częściowe rozwijające się w uogólnione</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Napady częściowe proste przechodzące w uogólnione</li> <li>Napady częściowe złożone przechodzące w uogólnione</li> <li>Napady częściowe proste przechodzące w złożone, a następnie w uogólnione</li> </ol> <p><b>Zapis EEG w napadach częściowych złożonych:</b> jednostronne lub często dwustronne wyładowania rozlane lub ogniskowe z okolicy skroniowej lub czołowo-skroniowej</p> <hr/> <p><b>II. Napady uogólnione (drgawkowe lub niedrgawkowe)</b></p> <hr/> <p><b>II. A. 1. Napady nieświadomości:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>tylko z zaburzeniami świadomości</li> <li>z łagodną składową kloniczną</li> <li>ze składową atoniczną</li> <li>ze składową toniczną</li> <li>z automatyzmami</li> <li>ze składową autonomiczną</li> </ol> <p>Objawy (b–f) mogą być izolowane lub występować w zespołach</p>	<p><b>Zapis EEG w typowych napadach nieświadomości:</b> zwykle regularne i symetryczne dwustronne wyładowania zespołów iglicy i fali wolnej 3 Hz, ale również 2–4 Hz; mogą występować również zespoły wieloiglic i fal wolnych</p> <p><b>II. A. 2. Nietypowe napady nieświadomości</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>zmiany w napięciu mięśni są bardziej wyraźne niż w grupie A. 1</li> <li>początek i/lub koniec napadu nie jest nagły</li> </ol> <p><b>Zapis EEG w nietypowych napadach nieświadomości:</b> zapis jest bardziej heterogeny; zmiany pod postacią nieregularnych zespołów iglicy i fali wolnej, czynności szybkiej są dwustronne, ale często nieregularne i niesymetryczne</p> <p><b>II. B. Napady miokloniczne, zrywania miokloniczne (pojedyncze lub mnogie)</b></p> <p><b>Zapis EEG:</b> wieloiglice i fale wolne, iglice i fale wolne lub fale ostre i fale wolne</p> <p><b>II. C. Napady kloniczne</b></p> <p><b>Zapis EEG:</b> szybka czynność (10 Hz lub więcej) i fale wolne, niekiedy iglice i fale wolne</p> <p><b>II. D. Napady toniczne</b></p> <p><b>Zapis EEG:</b> niskonapięciowa szybka czynność lub szybki rytm 9–10 Hz, o zmniejszającej się częstotliwości i zwiększającej się amplitudzie</p> <p><b>II. E. Napady toniczno-kloniczne</b></p> <p><b>Zapis EEG:</b> Czynność 10 Hz lub więcej o zmniejszającej się częstotliwości i zwiększającej się amplitudzie podczas fazy tonicznej, wymieszany z falami wolnymi</p> <p><b>II. F. Napady atoniczne (astatyczne)</b></p> <p><b>Zapis EEG:</b> wieloiglice i fale wolne lub płaska niskonapięciowa szybka czynność (może nastąpić połączenie napadów B i F, B i D)</p> <hr/> <p><b>III. Napady niesklasyfikowane</b></p>
---	---

### Piśmiennictwo

- Komisja Klasyfikacji i Terminologii ILAE. Commission on classification and terminology of International League Against Epilepsy. Proposal for classification of epilepsies and epileptic syndrome. *Epilepsia* 1989; 30: 389–399.
- Williamson P.D., Engel J. Jr. Complex partial seizures. W: Engel J. Jr, Pedley T.A. (red.). *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Lippincot-Raven Publishers, Philadelphia 1997; 557–565.
- Everitt A.D., Sander J.W. Classification of the epilepsies: time for a change? A critical review of the International Classification of the Epilepsies and Epileptic Syndromes (ICEES) and its usefulness in clinical practice and epidemiological studies of epilepsy. *Eur. Neurol.* 1999; 42: 1–10.
- Wieser H.G., Blume W.T., Fish D. i wsp. ILAE Commission Report. Proposal for a new classification of outcome with respect to epileptic seizures following epilepsy surgery. *Epilepsia* 2001; 42: 282–286.
- Panayiotopoulos C.P. *Epileptic syndromes and their treatment*. Springer-Verlag, London 2007.

**Adres do korespondencji:** dr hab. med. Joanna Jędrzejczak, prof. CMKP  
Klinika Neurologii i Epileptologii  
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego  
ul. Czerniakowska 231, 00–416 Warszawa  
tel.: 0 22 584 13 01  
e-mail: joannajedrzejczak6@wp.pl