

Epilepsia uma doença com múltiplas faces

Nesta edição, solicitamos ao Dr. Francisco Sales, neurologista presidente cessante da Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, que nos elucidasse sobre a patologia epilética, com especial enfoque no subgrupo da epilepsia refratária.



A epilepsia é uma doença neurológica paroxística que afeta o normal funcionamento elétrico do cérebro, manifestando-se através de crises momentâneas e repetitivas. Se num indivíduo saudável as células cerebrais transmitem impulsos nervosos que permitem que a comunicação ocorra de forma natural, no caso de um doente epilético “um conjunto de células ganha uma autonomia que o resto do cérebro não consegue inibir e que, em crise, efetuam descargas elétricas”. Na eventualidade de o restante cérebro conseguir inibir essas descargas, falamos de uma crise epilética focal, caso contrário as descargas propagam-se conduzindo ao aparecimento de outros sintomas que, no limite, se substanciam em convulsões. Esta é a forma mais dramática de manifestação da epilepsia e pode ser a forma final de todas as crises focais que existem no cérebro.

Se num indivíduo saudável as células cerebrais transmitem impulsos nervosos que permitem que a comunicação ocorra de forma natural, no caso de um doente epilético “um conjunto de células ganha uma autonomia que o resto do cérebro não consegue inibir e que, em crise, efetuam descargas elétricas”.

Crises Focais

A complexidade da epilepsia prende-se também com a região do córtex onde ocorre a descarga, alterando a sua função. Imaginemos que esse foco epilético centra-se nos lóbulos occipitais – “controlam” a nossa visão –, essa descarga vai refletir-se numa perturbação momentânea da visão. Evidentemente, estes sinais dificultam um correto e rápido diagnóstico por parte da Medicina Geral e Familiar, dado que facilmente direcionam o diagnóstico para outro tipo de patologias mais frequentes (enxaquecas, por exemplo). Vejamos outro caso: se o doente apresentar uma epilepsia ao nível dos lóbulos temporais – que controlam a memória, a linguagem, a percepção, a emoção, o normal funcionamento dos nossos órgãos, etc. – e queixar-se de crises de medo sem razão aparente, transpiração excessiva, etc. esses sinais podem ser associados a ansiedade ou episódios de pânico, dificultando uma vez mais o correto e célere diagnóstico.

De acordo com os dados epidemiológicos, estima-se que numa população de 100 mil habitantes sejam esperados anualmente 50 novos casos de epilepsia. Assim, um clínico geral que acompanhe entre 1500 a 2000 utentes terá entre 7 a 10 doentes epiléticos na sua listagem. O volume de casuística não permite que este profissional associe, rapidamente, os sintomas acima descritos à doença em causa. O fator clínico determinante para se pensar numa epilepsia será a estereotipia dos sintomas e a sua recorrência.

Em caso de dúvida, os fluxogramas utilizados a nível internacional permitem hoje ajudar os profissionais de Medicina Geral e Familiar a perceber se devem ou não referenciar determinado doente. “No fun-

do, a pontuação alcançada no término de um questionário permite avaliar se determinado indivíduo deve ser referenciado”, explica o Dr. Francisco Sales.

Risco de Epilepsia

“Os principais picos de manifestação da epilepsia ocorrem na infância e no idoso”, explica-nos o especialista. “Na criança existem muitas epilepsias genéticas, que ocorrem no contexto de uma hereditariedade complexa que relaciona fatores ambientais e genéticos, e que se manifesta nos primeiros anos de vida”. Um grupo de casos de epilepsias deve-se a malformações do desenvolvimento cerebral e reflete-se frequentemente no primeiro ano de vida. Surge também a epilepsia relacionada com o sofrimento perinatal, mais frequente num tempo em que a mortalidade infantil era maior e as





“Portanto, quando falamos de epilepsia, temos que pensar de modo multiaxial e caracterizar o tipo de crise, a localização, o tipo de epilepsia e do síndrome epilético, antecipando a causa que está por detrás do problema, e simultaneamente analisando outras doenças que estejam associadas”, continua o especialista.

técnicas de acompanhamento do parto não apresentavam a segurança do atual estado da arte.

Outro pico da doença manifesta-se no idoso, associada a acidente vascular cerebral ou doenças degenerativas (demências), que tendem a progredir em número face à maior esperança média de vida.

Os casos que se revelam na vida adulta podem ocorrer pelo surgimento de um tumor cerebral, ou, na sequência dos traumatismos cranianos originados por exemplo, pelos acidentes de viação, assumindo a designação de epilepsias pós-traumáticas (realidade que está a baixar nos últimos anos).

“Portanto, quando falamos de epilepsia, temos que pensar de modo multiaxial e caracterizar o tipo de crise, a localização, o tipo de epilepsia e do síndrome epilético, antecipando a causa que está por detrás do problema, e simultaneamente analisando outras doenças que estejam associadas”, continua o especialista.

Epilepsia Refratária

Cerca de 60% a 70% dos doentes com epilepsia e uma vez medicados de forma correta, “de uma forma global ficam bem”. O médico realça que o diagnóstico de epilepsia implica que um indivíduo com mais de 18 anos, com carta de condução, fique impossibilitado de conduzir pelo menos durante um ano, até estar estabilizado por via da medicação. “O diagnóstico de epilepsia ocasiona, por muito que não se queira, algum estigma. Por exemplo, o doente partilha o diagnóstico apenas com um conjunto restrito de pessoas. Inclusivamente, no contexto da relação entre funcionário e patrão, o primeiro tende a não referir que tem a doença com receio de algumas represálias. (embora o patrão possa também ter epilepsia!).

Mas, na realidade, cerca de 60-70% destes doentes, uma vez medicados, normalizam, pese embora todos os cuidados e alterações do estilo de vida que têm que adotar”. Do ponto de vista mais genérico da doença, podemos assim considerar que estes doentes

A epilepsia refratária corresponde a um subgrupo da epilepsia, cerca de um terço do volume total de doentes. Falamos de pessoas que se caracterizam por manifestarem falta de resposta aos primeiros fármacos instituídos.

tes estão bem – dado que conseguem, se devidamente controlados, manter o seu quotidiano – quando comparados com um grupo mais restrito de epilepsias que designamos por epilepsias refratárias.

Se cerca de 70% da população com epilepsia responde aos primeiros fármacos, os restantes 30% correspondem a um subgrupo – epilepsia refratária – que não vai responder às medicações habituais. A isto acresce o facto deste grupo de doentes terem outras comorbilidades que agravam o seu prognóstico, nomeadamente defeitos cognitivos com um espectro alargado da parte cognitivo-comportamental, que podem ir desde os mais simples – défice de atenção, impulsividade – até atrasos cognitivos mais marcantes. Não raras vezes esses doentes têm também comorbilidades psiquiátricas, “depressão, ansiedade, até patologias mais graves como psicose”. Acresce ainda o facto de estas pessoas, naturalmente, manifestarem maiores dificuldades de relacionamento interpessoal, sendo mais complicado manterem um emprego, e até uma vida pessoal, estável.

Este grupo de doentes carece de diversos cuidados numa abordagem clínica multidisciplinar. Daí nasce a necessidade da criação de centros de referência de epilepsia refratária capazes de dar resposta às variadas carências apresentadas – problemas médicos, psiquiátricos, cognitivos, comportamentais, sociais, etc. Para o Dr. Francisco Sales “do ponto de

vista médico estes doentes são um enorme desafio. Não respondem à medicação e continuam a ter crises apesar de cumprirem escrupulosamente os diferentes esquemas terapêuticos”.

Segundo a prática clínica atual, os doentes que não respondam positivamente ao segundo fármaco administrado “devem ser rapidamente encaminhados para um centro de referência de modo a serem avaliados e, com a tecnologia disponível, seja estudada a possibilidade de aplicação de novos fármacos, de cirurgia ou de neuroestimulação”. Presentes em alguns hospitais centrais, os centros de referência de epilepsia refratária detêm equipas que trabalham continuamente na busca de novos medicamentos, novos ensaios terapêuticos, novos tratamentos – cirurgia, neuroestimulação, dieta cetogênica, etc.

Os centros de referência surgem com o intuito de oferecer a esta franja populacional cuidados de saúde direcionados, prestados por uma equipa multidisciplinar com grande capacidade assistencial, formativa e de investigação clínica, teórica e experimental. Estes foram os requisitos que presidiram à sua instalação. Segundo a visão do Dr. Francisco Sales “houve uma necessidade de instituir essa figura, mas na prática nenhum dos centros de referência presentes no país detém essa capacidade. A meu ver, num país tão pequeno, faria muito mais sentido concentrar esta experiência num centro de excelência dotado de todas as condições logísticas, dos melhores recursos humanos, de equipamento de ponta, garantindo assim o financiamento necessário para toda a atividade a desenvolver - assistencial, formativa ou de investigação”. O médico acrescenta: “Andar a multiplicar estas unidades com capacidade cirúrgica, que por si só são extremamente caras, não faz sentido. Atualmente, cada centro de referência realiza perto de 20 cirurgias/ano, sendo que um centro europeu com muita experiência opera uma média de 100 casos/ano”, alerta.