



lek. Maja Kopytek-Beuzen

PADACZKA

Poradnik dla kobiet

Niniejsza publikacja została wydana przy wsparciu firmy

accord

Wstęp

Specyfika choroby, jaką jest padaczka, różni się diametralnie u chorujących na nią kobiet w porównaniu z chorującymi mężczyznami.

Płeć żeńska warunkuje złożone, wielokierunkowe zależności pomiędzy hormonami płciowymi, napadami padaczkowymi i lekami przeciwpadaczkowymi.

Kobiety chorujące na padaczkę powinny mieć dostęp do zindywidualizowanej terapii dostosowanej nie tylko do rodzaju padaczki i chorób współistniejących, ale i – przede wszystkim – do potrzeb na poszczególnych etapach swojego życia. Dojrzewanie płciowe, miesiączkowanie, antykoncepcja, planowanie rodziny, ciąża, macierzyństwo, kariera zawodowa, menopauza – życie kobiety to nieustanne zmiany, które powinny być brane pod uwagę w trakcie podejmowania decyzji o wyborze leczenia przeciwpadaczkowego.

W Padaczce. Poradniku dla kobiet zamieściłam odpowiedzi na najczęściej zadawane przez pacjentki pytania, które słyszę w codziennej praktyce lekarskiej.

Mam nadzieję, że lektura tej broszury zachęci kobiety do wczesnego podejmowania rozmów z neurologiem na kluczowe dla nich tematy.

lek. Maja Kopytek-Beuzen,
specjalista neurolog

Ciąża



Czy padaczka jest przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę?

Rozpoznanie padaczki samo w sobie nie stanowi przeciwwskazania do zajścia w ciążę. Sytuacja zdrowotna każdej pacjentki jest inna, dlatego jak najwcześniej należy przeprowadzić rozmowę na temat ciąży ze swoim neurologiem.

Czy rozpoznanie padaczki zmniejsza moje szanse na zajście w ciążę?

U kobiet z padaczką, bez żadnych chorób towarzyszących mogących zaburzać płodność, występuje porównywalne prawdopodobieństwo zajścia w ciążę jak u kobiet bez rozpoznania padaczki.

Na podstawie przeprowadzonych badań wiemy również, że u kobiet chorujących na padaczkę częściej stwierdza się zaburzenia endokrynologiczne mogące negatywnie wpływać na płodność. Przykładem jest zespół policystycznych jajników, występujący częściej u kobiet przyjmujących leki przeciwpadaczkowe, w szczególności walproinian sodu. Omówienie tematu planowanej ciąży z lekarzem umożliwi w razie konieczności wczesne zaplanowanie odpowiedniego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.

Czy kobiety chorujące na padaczkę rodzą zdrowe dzieci?

Na podstawie aktualnego piśmiennictwa naukowego wiemy, że u większości pacjentek chorujących na padaczkę ciąża i poród przebiegają prawidłowo. Napady padaczkowe stanowią ryzyko dla mamy i dziecka, dlatego ważne jest, aby młode kobiety jak najwcześniej obejmowane były opieką przez wyspecjalizowane poradnie przeciwpadaczkowe i ginekologiczne.

Najważniejsze, co możesz zrobić w trosce o siebie i dziecko, to zaplanować ciążę z odpowiednim wyprzedzeniem i przygotować się do niej pod systematyczną opieką neurologa.

Czy przebieg padaczki zmienia się podczas ciąży?

Każda kobieta reaguje na ciążę w inny sposób. Ocenia się, że u większości pacjentek liczba napadów w ciąży zmniejsza się lub pozostaje taka sama jak przed ciążą. U ok. 1/3 kobiet liczba napadów może wzrosnąć podczas ciąży, w szczególności jeśli dochodzi do deprywacji snu lub zapominania o regularnym przyjmowaniu leków.

Chciałabym zostać mamą. Co powinnam zrobić?

Gdy tylko pojawi się w Twoim życiu moment, w którym po raz pierwszy zaczniesz rozważać macierzyństwo – poinformuj o tym swojego neurologa. Bardzo ważne jest rozpowszechnianie wiedzy na temat potrzeby zaplanowania ciąży u kobiety chorującej na padaczkę. Pomimo wzrostu świadomości i stanu wiedzy na temat choroby nadal ok. 40% ciąż jest nieplanowanych.

Dlaczego koniecznie muszę zaplanować ciążę?

Zaplanowanie ciąży daje nam czas na sprawdzenie, czy aktualnie stosowane leczenie może być w jej czasie kontynuowane. Istotne jest również wprowadzenie suplementacji kwasem foliowym oraz zaplanowanie pomiaru stężenia leków przeciwpadaczkowych we krwi.

Czy planując ciążę, będę musiała zmienić moje leczenie?

Neurolog oceni, czy dotychczas stosowane leczenie jest skuteczne i bezpieczne dla Ciebie i dziecka. Jeżeli zajdzie taka konieczność, zmodyfikuje dawkowanie leku lub zmieni go na inny. W takim przypadku potrzebny jest czas na obserwację, czy zmiana leczenia przyniosła oczekiwane rezultaty, to znaczy, czy jest ono skuteczne.

Jak długo będę musiała czekać na odpowiedni moment do zajścia w ciążę?

U każdej pacjentki czas potrzebny na obserwację i dokonywanie ewentualnych zmian w leczeniu jest inny, dlatego warto jak najwcześniej przedyskutować temat macierzyństwa z neurologiem i zaplanować strategię postępowania.

Jak napady w ciąży mogą wpłynąć na moje dziecko?

Zależy to od rodzaju napadu oraz czasu jego trwania. Napady ogniskowe z zachowaną świadomością mają minimalny wpływ na płód. Zaburzenia świadomości w trakcie napadu mogą doprowadzić do uderzenia, upadku, oparzenia lub innej formy urazu, stanowiącego zagrożenie dla mamy i dziecka. Napady drgawkowe niosą za sobą ryzyko spowolnienia akcji serca płodu i zmniejszenie dopływu tlenu do płodu. Ryzyko wystąpienia napadów będzie mniejsze, jeśli odpowiednio przygotujesz się do ciąży pod opieką neurologa.

Co z leczeniem przeciwpadaczkowym w trakcie ciąży?

Stosowane w ciąży leki mogą mieć wpływ na Twoje dziecko już w pierwszych dniach po zapłodnieniu – dlatego tak ważne jest dobranie odpowiedniej terapii jeszcze przed ciążą. Leczenie przeciwpadaczkowe zwiększa ryzyko wystąpienia wad płodu. Ryzyko wydaje się wyższe przy wyższych dawkach leków i jeśli stosowany jest więcej niż jeden lek przeciwpadaczkowy.

Jeżeli nie miałaś napadów przez 9–12 miesięcy poprzedzających ciążę, ryzyko wystąpienia napadu w ciąży jest niższe. Jeżeli napady nie występują już przez co najmniej 3 lata, można rozważyć możliwość odstawienia leczenia i obserwacji, czy napady nie nawrócą. Taka decyzja musi być zawsze podjęta podczas konsultacji neurologicznej, co najmniej rok przed planowaną ciążą.

Bezwzględnie nie należy odstawiać ani zmieniać dawkowania leków przeciwpadaczkowych bez konsultacji z neurologiem.

Czy mogę przestać przyjmować leki przeciwpadaczkowe w okresie ciąży?

U większości kobiet z epilepsją stosowanie leków przeciwpadaczkowych w ciąży jest konieczne. Niekontrolowane napady wydają się stanowić większe ryzyko dla Ciebie i dziecka niż prawidłowo dobrane leczenie. W celu zminimalizowania ryzyka związanego ze stosowaniem leków lekarz, przygotowując Cię do ciąży, indywidualnie dobierze taką terapię, która najskuteczniej opanowuje napady padaczkowe, a jednocześnie charakteryzuje się niskim ryzykiem teratogenności. Zapamiętaj, że każda zmiana w leczeniu powinna być skonsultowana z lekarzem. Samodzielne zmienianie zaleconego dawkowania leków wiąże się z ryzykiem zwiększenia częstości napadów lub wystąpienia stanu padaczkowego, który jest potencjalnym zagrożeniem dla Ciebie i dziecka.

Które leki niosą za sobą najmniejsze ryzyko wystąpienia wad płodu?

Na podstawie najnowszych doniesień naukowych, do leków przeciwpadaczkowych mających najniższy potencjał teratogenności zalicza się lamotryginę (w dawce dobowej niższej niż 325 mg), lewetyracetam i okskarbazepinę.

Biorąc pod uwagę dane z aktualnego piśmiennictwa, ryzyko wystąpienia wad u płodu w przypadku kobiety przyjmującej jeden z wymienionych leków jest podobne do ryzyka występującego u kobiet niestosujących leków przeciwpadaczkowych.

Jakie leki niosą za sobą największe ryzyko wystąpienia wad płodu?

Na podstawie badań naukowych prowadzonych na przestrzeni ostatnich lat okazało się, że przyjmowanie walproinianu niesie za sobą wysokie ryzyko wystąpienia wad wrodzonych u płodu. U dzieci narażonych na działanie tego leku w łonie matki występuje wyższe ryzyko nieprawidłowego długoterminowego neurorozwoju oraz prawdopodobnie autyzmu. Walproinianu nie należy stosować u dziewczynki i kobiet w wieku rozrodczym, chyba że inne metody są nieskuteczne lub nietolerowane.

Zapamiętaj!

Zmiana leczenia przeciwpadaczkowego każdorazowo powinna być zalecona przez neurologa. Modyfikacja terapii na własną rękę może bardziej zaszkodzić, niż pomóc.

Planuję ciążę, ale jestem leczona walproinianem sodu. Co mam robić?

- Stosuj antykoncepcję.
- Umów się na konsultację z lekarzem kompetentnym w zakresie leczenia padaczki.
- Włącz się aktywnie w proces wyboru najbardziej optymalnego dla Ciebie leku przeciwpadaczkowego.
- Do czasu konsultacji nie zmieniaj dawkowania walproinianu sodu ani innych dotychczas stosowanych leków przeciwpadaczkowych.

Jestem w ciąży, stosuję walproinian sodu, co mam robić?

- Umów się na konsultację z lekarzem kompetentnym w zakresie leczenia padaczki w celu weryfikacji stosowanej terapii.
- Do tego czasu nie zmieniaj dawkowania walproinianu sodu ani innych dotychczas stosowanych leków przeciwpadaczkowych. Zmiana dawkowania leków wiąże się z ryzykiem wystąpienia napadu lub stanu padaczkowego, będących potencjalnym zagrożeniem dla Ciebie i dziecka.

Kiedy powinnam rozpocząć stosowanie kwasu foliowego?

Suplementację kwasem foliowym powinno się wprowadzić co najmniej 3 miesiące przed zajściem w ciążę.

Jak długo mam stosować suplementację kwasem foliowym?

Przyjmowanie kwasu foliowego kontynuujemy przez całą ciążę, połóg oraz okres karmienia piersią.

Jaką dawkę kwasu foliowego powinnam zażywać?

Według aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Epileptologii i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego zalecana dawka folianów

to 0,4 mg (400 µg), powiększone o 0,4 mg (400 µg), najlepiej w formie aktywnych folianów.

Czy mogę zastosować wyższe dawki kwasu foliowego?

Na podstawie powyżej wspomnianych wytycznych wysokie dawki folianów, 5 mg na dobę, zaleca się wyłącznie w przypadku występowania wad cewy nerwowej u kobiety lub jej partnera oraz ich potomstwa. Stosowanie dawek powyżej 5 mg jest nieuzasadnione i może prowadzić do obniżenia progu drgawkowego i zwiększenia częstości napadów padaczkowych.

Czy powinienam wykonywać badania poziomu leku przeciwpadaczkowego we krwi?

Wiemy, że ze względu na zmiany, jakie zachodzą podczas ciąży w kobiecym organizmie, stężenia lamotryginy, lewetyracetamu i okskarbazepiny mogą się zmieniać na poszczególnych etapach ciąży. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Epileptologii i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego poziom wymienionych leków powinien zostać zbadany przed ciążą oraz przynajmniej raz w każdym jej trymestrze. Decyzję, czy i kiedy wykonywać badanie poziomu leku przeciwpadaczkowego, podejmie neurolog i zaleci Ci wykonanie pomiarów w odpowiednim momencie.

Jak przygotować się do ciąży?

- Jak najwcześniej umów się na wizytę i porozmawiaj z neurologiem o planowanej ciąży. Lekarz oceni, czy aktualne leczenie może być kontynuowane w ciąży, czy napady są dobrze kontrolowane, ewentualnie zaleci zmiany. Planując ciążę, zyskujesz czas na dobór skutecznej i bezpiecznej terapii.
- Systematycznie przyjmuj zalecone leki przeciwpadaczkowe.
- Wprowadź suplementację kwasem foliowym.
- Wyeliminuj papierosy, alkohol i inne używki oraz unikaj przyjmowania leków niezaleconych przez lekarza.
- Stosuj zbilansowaną dietę.
- Unikaj znanych Ci czynników mogących zwiększać ryzyko wystąpienia napadu, takich jak: zmęczenie, niewyspanie czy stres.

Zapamiętaj!

Są dwa ważne momenty w życiu kobiety, w których powinna ona porozmawiać ze swoim neurologiem:

- rozpoczęcie aktywności seksualnej
- rozpoczęcie rozważania macierzyństwa.



Poród

Czy kobieta z padaczką może rodzić siłami natury?

Tak, ogromna większość kobiet z padaczką może urodzić dziecko siłami natury. W zależności od przebiegu Twojej choroby lekarz podejmie decyzję o najbezpieczniejszej formie rozwiązania ciąży.

Jakie jest ryzyko, że w trakcie porodu dostanę napadu padaczkowego?

Ryzyko wystąpienia napadu drgawkowego podczas porodu jest małe, statystycznie ocenia się je na 1–2%. Ryzyko, że napad drgawkowy wystąpi w ciągu 24 h po porodzie, również wynosi 1–2%.

W jakich sytuacjach rozważyć się przeprowadzenie cięcia cesarskiego?

Cięcie cesarskie może być brane pod uwagę, jeżeli w trakcie ciąży wystąpił znaczny wzrost napadów padaczkowych, pojawiły się napady gromadne lub istnieje duże ryzyko wystąpienia stanu padaczkowego.

Każdorazowo to lekarz, biorąc pod uwagę sytuację kliniczną pacjentki, podejmuje decyzję o wyborze sposobu rozwiązania.



Czy mogę mieć znieczulenie zewnątrzoponowe?

Tak, wykonanie znieczulenia zewnątrzoponowego może korzystnie wpłynąć na przebieg porodu.

Czy są specjalne zalecenia dotyczące przebiegu porodu naturalnego u kobiet z padaczką?

Większość kobiet chorujących na padaczkę rodzi dzieci bez żadnych komplikacji. Bardzo ważne jest, żeby nie pomijać zażywania leków przeciwpadaczkowych bez względu na to, na jakim etapie jest akcja porodowa. Należy je stosować regularnie co 12 h, tak jak każdego dnia.

Poród może być bardzo wyczerpującym procesem, szczególnie taki, który trwa wiele godzin. Brak snu może zwiększyć ryzyko wystąpienia napadu. Wczesne wykonanie znieczulenia zewnątrzoponowego pomaga zniwelować ból porodowy, zmniejszyć stres i może dać rodzącej szansę do drzemki, szczególnie w fazie porodu, kiedy skurcze są rzadsze.

Czy po porodzie moje leczenie przeciwpadaczkowe ulegnie zmianie?

Jeżeli podczas ciąży dawkowanie leków zostało zmienione, porozmawiaj z lekarzem na temat powrotu do dawki przed ciążą. Omów dokładnie ten temat ze swoim neurologiem po to, żeby utrzymać kontrolę nad napadami oraz zachować właściwy poziom leku we krwi.



Karmienie piersią

Przyjmuję leki przeciwpadaczkowe. Czy mogę karmić piersią?

Tak, kobiety z padaczką przyjmujące leki przeciwpadaczkowe w ciąży powinny być zachęcane do karmienia piersią. Na podstawie przeprowadzonych badań oceniono, że nie ma ryzyka wzrostu powikłań poznawczych u noworodków karmionych piersią przez mamy przyjmujące leki przeciwpadaczkowe. Ponadto rozwój psychomotoryczny dzieci karmionych piersią dłużej niż 6 miesięcy okazał się lepszy w porównaniu z dziećmi, które nie były karmione naturalnie lub były karmione krócej.

Czy każdy lek przeciwpadaczkowy przenika do kobiecego mleka?

Wszystkie leki przeciwpadaczkowe przenikają do gruczołu sutkowego, jednak ich stężenie w mleku jest zazwyczaj znacznie niższe niż we krwi karmiącej kobiety. Korzystne może być zaplanowanie karmień tak, aby pory przyjmowania leków przeciwpadaczkowych wypadały bezpośrednio po karmieniu.

Kiedy powinnam podjąć decyzję o karmieniu piersią?

Każdorazowo, przygotowując się do porodu, kobieta powinna omówić ten ważny temat z prowadzącym ją neurologiem. Ogromna większość kobiet może

bezpiecznie karmić piersią swoje dziecko. Postępowanie po porodzie powinno być oczywiście uzależnione od czynników indywidualnych dla każdej kobiety, takich jak: częstość i rodzaj napadów padaczkowych, rodzaj i ilość przyjmowanych leków oraz zmiany ich dawkowania w trakcie ciąży czy w okolicy terminu porodu.

Zapamiętaj!

Przygotowując się do porodu, omów temat karmienia piersią ze swoim neurologiem. Obserwuj zachowanie noworodka po porodzie. Jeżeli zauważysz sennosć, trudności w karmieniu lub dużą pobudliwość, nadmierny płacz – poinformuj o tym położną i lekarza.

Połów i opieka nad dzieckiem

Czy występujące u mnie napady mogą być groźne dla mojego nowo narodzonego dziecka?

Zagrożenie dla mamy i dziecka zależy od rodzaju i czasu trwania napadu padaczkowego. Napady padaczkowe, zarówno uogólnione, jak i ogniskowe, mogą prowadzić do przypadkowych upadków i urazów. Dlatego tak ważne jest dobranie skutecznego leczenia jeszcze w okresie planowania macierzyństwa. Regularne wizyty neurologiczne w trakcie trwania ciąży i po porodzie umożliwią właściwą modyfikację leczenia, jeśli zajdzie taka potrzeba.

W jaki sposób mogę zmniejszyć ryzyko wystąpienia napadów w okresie poporodowym?

Zmęczenie i natłok nowych obowiązków mogą doprowadzić do pominięcia dawki leku. Systematyczne przyjmowanie leków przeciwpadaczkowych w tym okresie jest bardzo ważne. Równie istotne są wsparcie oraz aktywny udział

partnera i rodziny w opiece nad noworodkiem. Wiemy, że niewystarczająca ilość snu i zmęczenie zwiększają ryzyko wystąpienia napadu padaczkowego. Kluczowe są pomoc lub zastąpienie kobiety podczas nocnych karmień, po to, aby zapewnić jej co najmniej 4–6 h nieprzerwanego, regularnego snu.

Czy oprócz systematycznego przyjmowania leków zalecanych przez lekarza oraz zaplanowania odpoczynku mogę jeszcze coś zrobić, żeby dobrze przygotować się do opieki nad noworodkiem?

Tak, odpowiednie przygotowanie się do narodzin jest bardzo ważne.

Warto omówić z neurologiem możliwości adaptacji mieszkania/otoczenia i wprowadzenia do codziennego życia konkretnych nawyków, które w przypadku wystąpienia napadu pozwolą zmniejszyć ryzyko urazów zarówno u mamy, jak i u dziecka.

Jakie konkretne nawyki mogą poprawić bezpieczeństwo moje i dziecka?

Jeżeli w czasie ciąży występowały napady padaczkowe, zaleca się, aby kobieta, jeśli jest to możliwe, zawsze karmiła dziecko w obecności kogoś z rodziny.

Ponadto w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Epileptologii i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego wymienia się następujące strategie bezpieczeństwa:

- Dziecko powinno być przewijane i przebierane raczej na podłodze niż na stole.
- Dziecko powinno być karmione na podłodze na miękkiej powierzchni.
- Dziecko należy myć na macie na podłodze, a nie w wanience.
- Płytę kuchenną należy zabezpieczyć barierką ochronną.
- Nie powinno się nosić dziecka w nosidle przednim ani tylnym.

Zapamiętaj!

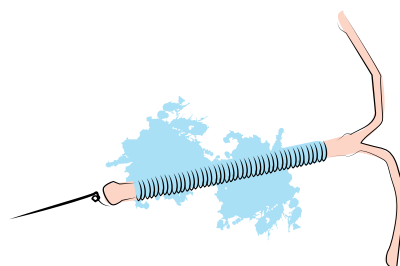
Bezpieczeństwo Twoje i dziecka w okresie połogu jest kluczową kwestią, jaką należy przedyskutować z neurologiem podczas wizyt jeszcze w trakcie ciąży.

W okresie połogu istnieje ryzyko wystąpienia depresji poporodowej.

Czy dotyczy to również kobiet z padaczką?

Tak, ocenia się, że mamy z padaczką są bardziej narażone na jej wystąpienie niż kobiety bez padaczki. Objawami depresji poporodowej mogą być: obniżony nastrój, zmęczenie, brak apetytu, napięcie lub pojawiający się lęk. Ważna jest świadomość, że takie objawy mogą wystąpić po porodzie i że w przypadku ich wystąpienia należy odpowiednio szybko skonsultować się z lekarzem.

Antykoncepcja



Czy kobieta chorująca na padaczkę może stosować antykoncepcję?

Tak. Kobieta rozpoczynająca życie seksualne powinna stosować antykoncepcję, aby skutecznie zabezpieczyć się przed nieplanowaną ciążą i móc podjąć decyzję o tym, czy i kiedy zająć w ciążę. Świadome zaplanowanie momentu zajścia w ciążę ma kluczowe znaczenie w epileptologii.

Czy mogę zastosować dowolną formę antykoncepcji?

Pełna dowolność dotyczy antykoncepcji niehormonalnej, która nie wchodzi w interakcje z lekami przeciwpadaczkowymi, dlatego możesz ją wprowadzić bez względu na to, jakie leki przeciwpadaczkowe przyjmujesz.

Do metod antykoncepcji niehormonalnej zaliczamy:

1. metody barierowe:

- prezerwatywy męskie i kobiece
- kapturek naszyjkowy
- diafragma i gąbka dopochwowa ze środkiem plemnikobójczym

2. wkładkę antykoncepcyjną zawierającą miedź.

Czy mogę stosować antykoncepcję hormonalną?

Ze względu na złożone zależności między antykoncepcją hormonalną a niektórymi lekami przeciwpadaczkowymi oraz możliwym zwiększonym ryzykiem wystąpienia napadów należy zachować szczególną ostrożność, decydując się na wybór tej formy zabezpieczenia przed ciążą i każdorazowo przedyskutować ten temat z neurologiem.

Hormonalna antykoncepcja dwuskładnikowa (estrogenowo-gestagenowa), niezależnie od formy i drogi podania, może nasilać częstość występowania napadów padaczkowych, dlatego Polskie Towarzystwo Epileptologii i Polskie Towarzystwo Ginekologii stoją na stanowisku, że ta forma antykoncepcji nie powinna być stosowana u kobiet z padaczką.

Skąd mam wiedzieć, czy połączenie mojego leku przeciwpadaczkowego z antykoncepcją hormonalną jest możliwe?

Pewne leki przeciwpadaczkowe mogą wchodzić w interakcje z antykoncepcją hormonalną, obniżając jej skuteczność. Jednocześnie antykoncepcja hormonalna może wpływać na stężenie we krwi niektórych leków przeciwpadaczkowych. Właśnie ze względu na te złożone zależności bardzo ważne jest, aby omówić z lekarzem wybór, wprowadzenie i każdorazową zmianę stosowanej metody antykoncepcji hormonalnej.

Leki przeciwpadaczkowe, które nie wpływają na efektywność antykoncepcji i mogą być łączone ze wszystkim rodzajami antykoncepcji hormonalnej:

1. lakoamid
2. lewetyracetam
3. pregabalina
4. walproinian sodu

5. inne:

- acetazolamid
- benzodiazepiny, np. diazepam, klobazam, klonazepam
- etosuksymid
- gabapentyna
- tiagabina
- wigabatryna
- zonisamid.

Leki przeciwpadaczkowe, które mogą zmniejszać skuteczność antykoncepcji hormonalnej (induktory enzymatyczne):

- karbamazepina
- fenobarbital
- fenytoina
- okskarbazepina
- prymidon
- rufinamid
- topiramat
- felbamat.

Stosuję wymieniony powyżej lek zmniejszający skuteczność antykoncepcji. Jakich jej form nie mogę używać? Jakie rodzaje antykoncepcji mogę zastosować?

Stosując induktory enzymatyczne, nie można jednocześnie stosować:

- antykoncepcji hormonalnej dwuskładnikowej (estrogenowo-gestagenowej), niezależnie od formy podania (forma doustna, plastry, pierścienie dopochwowe)
- antykoncepcji hormonalnej wyłącznie gestagennej w formie doustnej, plastrów czy pierścieni dopochwowych
- antykoncepcji awaryjnej.

Antykoncepcja, którą można stosować podczas leczenia induktorami enzymatycznymi, to według aktualnych wytycznych:

1. metody barierowe (prezerwatywy męskie i kobiece, kapturek naszyjkowy, diafragma i gąbka dopochwowa ze środkiem plemnikobójczym)
2. wkładka antykoncepcyjna zawierająca miedź
3. antykoncepcja wyłącznie gestagenna w postaci:
 - wewnątrzmacicznego systemu uwalniającego lewonogestrel
 - implantu podskórnego zawierającego etonogestrel
 - domięśniowego podawania octanu medroksyprogesteronu, skutecznego pod warunkiem skrócenia czasu pomiędzy zastrzykami do 8–10 tygodni.

Czy mogę jednocześnie stosować lamotryginę i doustną antykoncepcję hormonalną?

Lamotrygina jest aktualnie najczęściej stosowanym lekiem przeciwpadaczkowym u kobiet w wieku rozrodczym. Stosując lamotryginę, należy pamiętać o kilku ważnych aktualnie uznawanych zasadach:

- Stosowanie lamotryginy nie obniża skuteczności antykoncepcji.
- Wprowadzanie hormonalnej doustnej antykoncepcji dwuskładnikowej podczas stosowania lamotryginy niesie za sobą ryzyko obniżenia poziomu tego leku we krwi, a co za tym idzie – zwiększenia liczby napadów.
- Hormonalna antykoncepcja zawierająca wyłącznie progestageny (minipigułki) nie zmniejsza stężenia lamotryginy i może być jednocześnie z nią stosowana.

Zapamiętaj!

Aktualnie na rynku mamy wiele różnych form antykoncepcji – skonsultuj się z lekarzem, aby indywidualnie do Twoich potrzeb dobrać bezpieczną i skuteczną metodę zabezpieczenia.

Padaczka katamenialna

Co to jest padaczka katamenialna?

Pojęcie padaczki katamenialnej stosuje się w sytuacji występowania zwiększonej częstości napadów w ściśle określonym i powtarzalnym okresie cyklu miesięczkowego. U jednych kobiet mogą to być dni poprzedzające miesiączkę, u innych dni menstruacji lub okolice owulacji.

Jak często występuje padaczka katamenialna?

Szacuje się, że aż 35% kobiet chorych na padaczkę dostrzega zwiększenie liczby napadów w związku z miesiączką.

Jaka jest przyczyna padaczki katamenialnej?

Występowanie i powtarzalność napadów padaczkowych w konkretnym momencie cyklu wynika z regularnych zmian stężeń hormonów płciowych w organizmie kobiety.

Według klasycznego schematu hormony płciowe mają wpływ na pobudliwość komórek nerwowych: estrogeny zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia napadu, a progesteron zmniejsza takie prawdopodobieństwo. Zmiany stężeń tych hormonów uznaje się za podłoże padaczki katamenialnej.

W którym momencie cyklu miesięczkowego najczęściej pojawiają się napady padaczkowe?

Profesor A.G. Herzog, neurolog specjalizujący się w padaczce katamenialnej, wyróżnia jej trzy główne typy:

- okołomenstruacyjny (35,7–40%): zwiększenie częstości napadów w okresie 3 dni przed miesiączką lub po niej
- okołoowulacyjny (28,5–34%): zwiększenie częstości napadów w okresie 5 dni około owulacji
- anowulacyjny (41,4–47,4%): zwiększenie częstości napadów w ciągu całego drugiego okresu lutealnego cyklu miesięcznego.

Czy padaczkę katamenialną można skutecznie leczyć?

Jeżeli mamy do czynienia ze współistniejącą lekoopornością, należy rozważyć wprowadzenie alternatywnych do leków przeciwpadaczkowych możliwości terapii. Sposób leczenia i jego potencjalna skuteczność zależą od typu padaczki katamenialnej.

Co zrobić, jeśli podejrzewam u siebie padaczkę katamenialną?

Bardzo ważne jest stworzenie kalendarza, naniesienie w nim dat miesiączek oraz dat i rodzajów napadów padaczkowych. Przedstawienie lekarzowi powyższych notatek z ostatnich kilku miesięcy umożliwi ocenę związku czasowego między momentem wystąpienia napadów a poszczególnymi fazami cyklu miesięczkowego.



Menopauza

Czy menopauza może mieć wpływ na aktywność mojej choroby?

Z najnowszego piśmiennictwa wynika, że u większości kobiet menopauza nie zmienia przebiegu choroby. Wyjątkiem bywają kobiety chorujące na padaczkę katamenialną, u których zaobserwowano zwiększenie liczby napadów padaczkowych w okresie poprzedzającym menopauzę – w trakcie menopauzy następowała poprawa.

Jakie jest postępowanie u kobiety chorującej na padaczkę w okresie menopauzy?

Kobiety chorujące na padaczkę katamenialną są w okresie okołomenopauzalnym obserwowane przez neurologa prowadzącego pod kątem zmiany



częstości napadów padaczkowych. Pamiętajmy, że każda ewentualna modyfikacja leczenia powinna być zalecona przez lekarza.

Czy istnieje związek między menopauzą, padaczką i osteoporozą?

Zmiany hormonalne zachodzące podczas menopauzy w organizmie kobiety zwiększają ryzyko pojawienia się osteoporozy. To ryzyko bywa wyższe u pacjentek przyjmujących przez długi czas leki przeciwpadaczkowe będące induktorami enzymatycznymi. Jeżeli neurolog uzna, że jest to wskazane, zaleci wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych.

Czy mogę stosować hormonalną terapię menopauzy?

Hormonalna terapia zastępcza nie jest rekomendowana dla kobiet chorujących na padaczkę. Wykazano, że zastosowanie jej w okresie okołomenopauzalnym u części pacjentek powodowało wzrost częstości napadów padaczkowych.

Decyzja dotycząca wprowadzenia hormonalnej terapii zastępczej i stosowanej dawki powinna być zawsze podejmowana indywidualnie. Lekarz bierze pod uwagę wiele czynników, takich jak: potrzeby kobiety, rodzaje i częstość napadów padaczkowych, stosowane leczenie, współistniejące choroby, wiek pacjentki w momencie wystąpienia menopauzy i nasilenie objawów klimakterium. Zgodnie z tym ocenia potencjalne korzyści oraz ryzyko związane z wprowadzeniem hormonalnej terapii zastępczej.

Na podstawie przeprowadzonych badań wiemy na przykład, że miejscowa terapia estrogenowa w niskich dawkach nie wpływa na przebieg padaczki. Można ją więc stosować u tych pacjentek z epilepsją, u których objawy ograniczają się do atrofi sromu i pochwy, np.: suchości, podrażnienia, pieczenia, zaburzeń w oddawaniu moczu czy stanów zapalnych.

Zapamiętaj!

*Omów temat menopauzy zarówno z ginekologiem,
jak i neurologiem.*

lek. Maja Kopytek-Beuzen

neurolog specjalizująca się w leczeniu pacjentów
chorujących na padaczkę

www.kopytek-beuzen.pl

Facebook: Kobiecość i Padaczka



Piśmiennictwo:

1. Appendix C. AAN summary of evidence – based guideline for clinicians: management issues for women with epilepsy – focus on pregnancy: vitamin K, folic acid, blood levels, and breastfeeding. *Continuum* (Minneapolis). 2016; 22: 285-6.
2. Banach R, Boskovic R, Einarson T et al. Long-term developmental outcome of children of women with epilepsy, unexposed or exposed prenatally to antiepileptic drugs: a meta-analysis of cohort studies. *Drug Saf*. 2010; 33(1): 73-9.
3. Bjørk MH, Veiby G, Engelsen BA et al. Depression and anxiety during pregnancy and the postpartum period in women with epilepsy: A review of frequency, risks and recommendations for treatment. *Seizure*. 2015; 28: 39-45.
4. Christensen J, Petrenaite V, Atterman J et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia*. 2007; 48(3): 484-9.
5. Dupont S. Spécificités de la prise en charge de la femme épileptique. *Presse Med*. 2018; 47(3): 251-60.
6. Gaffield ME, Culwell KR, Lee CR. The use of hormonal contraception among women taking anticonvulsant therapy. *Contraception*. 2011; 83(1): 16-29.
7. Herzog AG. Catamenial epilepsy: Update on prevalence, pathophysiology and treatment from the findings of the NIH Progesterone Treatment Trial. *Seizure*. 2015; 28: 18-25.
8. Herzog AG, Fowler KM, Sperling MR et al. Distribution of seizures across the menstrual cycle in women with epilepsy. *Epilepsia*. 2015; 56(5): e58-e62.
9. Irelli EC, Morano A, Cocchi E et al. Doing without valproate in women of childbearing potential with idiopathic generalized epilepsy: Implications on seizure outcome. *Epilepsia*. 2019; 61(1): 1-8.
10. Jędrzejczak J, Bomba-Opoń D, Jakiel G et al. Managing epilepsy in women of childbearing age – Polish Society of Epileptology and Polish Gynecological Society Guidelines. *Ginekol Pol*. 2017; 88(5): 278-84.
11. Johnson EL, Burke AE, Wang A et al. Unintended pregnancy, prenatal care, newborn outcomes, and breastfeeding in women with epilepsy. *Neurology*. 2018; 91(11): e1031-e9.
12. Meador KJ, Baker GA, Browning N et al. NEAD Study Group. Fetal antiepileptic drug exposure and cognitive outcomes at age 6 years (NEAD study): a prospective observational study. *Lancet Neurol*. 2013; 12(3): 244-52.
13. Razaz N, Torbjörn T, Wikström AK, et al. Association Between Pregnancy and Perinatal Outcomes Among Women With Epilepsy. *JAMA Neurol*. 2017; 74(8): 983-91.
14. Reddy DS. Clinical pharmacokinetic interactions between antiepileptic drugs and hormonal contraceptives. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2010; 3(2): 183-92.
15. Sen A, Nashef L. New regulations to cut valproate-exposed pregnancies. *Lancet*. 2018; 392(10146): 458-60.
16. Stephen LJ, Harden C, Torbjörn T et al. Management of epilepsy in women. *Lancet Neurol*. 2019; 18(5): 481-91.
17. Sveberg L, Svalheim S, Taubøl E. The impact of seizures on pregnancy and delivery. *Seizure*. 2015; 28: 35-8.
18. Sveinsson O, Torbjörn T. Epilepsy and Menopause: Potential Implications for Pharmacotherapy. *Drugs Aging*. 2014; 31(9): 671-5.
19. Turner K, Zambrelli E, Bassanese G et al. Effects of postpartum depression on the behaviour of children born to mothers with epilepsy. *Seizure*. 2019; 73: 31-8.
20. Verotti A, D'Egidio C, Agostinelli S et al. Diagnosis and management of catamenial seizures: a review. *Int J Womens Health*. 2012; 4: 535-41.

PROJEKT GRAFICZNY
Inga Król

WYDAWCA

 **medical education**
grupa wydawnicza

Medical Education sp. z o.o. sp.k.

ISBN 978-83-65471-95-6

Wydanie pierwsze, Warszawa 2020
© Medical Education sp. z o.o. sp.k.

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Żadna część tej pracy nie może być powielana i rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie i w jakiegokolwiek sposób (elektroniczny lub inny), włącznie z fotokopiowaniem, nagrywaniem na nośniki magnetyczne, optyczne lub inne media bez zgody wydawcy.

Niniejsza publikacja została wydana przy wsparciu firmy

accord
