

EPILEPSIE

DIAGNOSE EN AANPAK VAN MOEILIJK
BEHANDELBARE VORMEN

INHOUD

01	Wat is epilepsie?	4
02	Vormen van epilepsie	5
03	Behandeling	6
04	Preheelkundige evaluatie	7
05	Controle van de hersenfuncties	10
06	Invasieve monitoring	11
07	Epilepsiechirurgie	12
08	Neurostimulatie	13
09	Dieetbehandeling	15
10	Conclusie	17
11	Het Referentiecentrum voor Refractaire Epilepsie	18

01 WAT IS EPILEPSIE?

Epilepsie is een aandoening van het centraal zenuwstelsel, meer bepaald van de hersenschors of grijze stof. Als iemand meer dan één niet-uitgelokte epileptische aanval heeft doorgemaakt, spreken we van epilepsie.

Een epileptische aanval is een tijdelijke verandering van de perceptie, het gedrag en/of het bewustzijn. Zo'n aanval treedt op als gevolg van een plotse, abnormale elektrische ontlading - een soort kortsluiting - ter hoogte van de hersenschors.

Ongeveer 1 persoon op de 200 lijdt aan epilepsie (60.000 mensen in België, 50 miljoen wereldwijd). Het aantal mensen dat één keer een epileptische aanval doormaakt, ligt nog hoger: 5 à 10 op de 100. In deze gevallen gaat het niet altijd om epilepsie: voor we de diagnose stellen, moet een patiënt minstens twee aanvallen hebben gehad.

02 VORMEN VAN EPILEPSIE

Aanvalsbegin

Epileptische aanvallen worden ingedeeld op basis van de plaats en de omvang van het aanvalsbegin.

Partiële aanvallen

Wanneer het aanvalsbegin beperkt blijft tot een deel van de hersenschors spreken we van partiële aanvallen. Aangezien bij deze aanvallen vaak slechts een deel van de hersenschors betrokken is, zijn vooral de hersenfuncties die op die plaats liggen verstoord tijdens de aanval.

Veralgemeende of gegeneraliseerde aanvallen

Wanneer van bij de aanvang van de aanval de hersenschors van beide hersenhelften betrokken is, spreken we van een veralgemeende of gegeneraliseerde aanval.

Secundaire generalisatie

Het is ook mogelijk dat een partiële aanval door spreiding van de epileptische activiteit in de hersenen overgaat in een gegeneraliseerde aanval. Dit noemen we secundaire generalisatie.

Onderliggende oorzaak

Epilepsie kan ook worden ingedeeld op basis van de onderliggende oorzaak voor de aanvallen.

- ▶ Wanneer de aanvallen worden veroorzaakt door een hersenafwijking zoals een hersentumor, -infarct of -bloeding spreken we van symptomatische epilepsie.
- ▶ Wanneer er geen onderliggend hersenletsel kan worden aangetoond, spreken we van idiopathische epilepsie.
- ▶ Wanneer we een sterk vermoeden hebben dat er een onderliggend letsel is, maar we dat met de beschikbare onderzoeken niet kunnen opsporen, spreken we van cryptogene epilepsie.

03 BEHANDELING

“Epilepsie is meestal een pillenziekte”

Meestal behandelen we patiënten met een geneesmiddel dat de epileptische aanvallen onderdrukt. Vandaag de dag beschikken we over tal van dergelijke geneesmiddelen, de zogenaamde anti-epileptica: carbamazepine, valproaat, lamotrigine, phenytoïne, topiramaat, levetiracetam, pregabaline, lacosamide, ...

Bij twee derde van de patiënten leidt de behandeling met anti-epileptica tot langdurige aanvalsvrijheid. De kans om van de aanvallen verlost te raken, is het hoogst bij inname van het eerste of het tweede (goed verdragen) anti-epilepticum. Wanneer de eerste twee gekozen anti-epileptica niet werken, is de kans dat de andere dat wel doen vrij klein.

Eén op de drie patiënten blijven na meerdere behandelingspogingen toch nog aanvallen hebben. We spreken dan van therapieresistente of refractaire epilepsie.

Als pillen niet werken

Als blijkt dat iemand refractaire epilepsie heeft, kunnen we nagaan of epilepsiechirurgie een oplossing kan bieden. Bij zo'n ingreep verwijdert een neurochirurg het stukje hersenweefsel dat verantwoordelijk is voor de aanvallen. Bij refractaire epilepsie geeft een ingreep de grootste kans om van de aanvallen verlost te raken.

Om te bepalen of iemand met refractaire epilepsie een geschikte kandidaat is voor epilepsiechirurgie moeten we een aantal zaken nagaan:

- ▲ In welk gedeelte van de hersenschors ontstaan de aanvallen?
- ▲ Kan dit gedeelte van de hersenen heelkundig worden verwijderd zonder neurologische uitval te veroorzaken?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden, voeren we een preheelkundige evaluatie uit. Die bestaat uit een reeks onderzoeken, met als hoekstenen een video-EEG monitoringssessie en een NMR-scan van de hersenen. Daarnaast worden meestal ook een PET-scan van de hersenen en een neuropsychologisch onderzoek verricht.

Het Referentiecentrum voor Refractaire Epilepsie (RCRE) van het UZ Gent doet ook onderzoek naar nieuwe technieken om de epileptogene zone nog beter te lokaliseren. Zo werden in de voorbije jaren magneto-encefalografie (MEG) en een NMR-scan van de hersenen met oppervlaktespoelen aan de preheelkundige evaluatie toegevoegd om na te gaan welke rol ze kunnen spelen in de toekomst.

04 PREHEELKUNDIGE EVALUATIE

Video-EEG monitoring

Voor een video-EEG monitoringonderzoek wordt u in het ziekenhuis opgenomen. Tijdens de opname meten we enkele dagen continu de elektrische activiteit van de hersenen met een elektro-encefalografie of EEG. Tegelijk maken we een video-opname van u, zodat we de epileptische aanvallen kunnen registreren op EEG en video. Daarom wordt uw anti-epileptische medicatie tijdens de opname soms aangepast en kunnen we u eventueel wakker houden.

Als we tijdens een video-EEG monitoringssessie epileptische aanvallen registreren, kunnen we op basis van de veranderingen die tijdens de aanval zichtbaar zijn op het EEG en de video-opname bepalen op welke plaats in de hersenen de aanvallen ontstaan.

De video-EEG monitoringonderzoeken vinden plaats in het Centrum voor neurofysiologische monitoring van het UZ Gent. In dit centrum werkt een multidisciplinair team van artsen, verpleegkundigen en paramedici die dag en nacht bezig zijn met de registratie van de hersenactiviteit voor epilepsie, slaapproblemen en wiegendoodscreening. We hebben daarvoor 16 bedden.



NMR-scan van de hersenen

Een nucleaire magnetische resonantie (NMR)-scan van de hersenen is het tweede belangrijke onderzoek bij de preheelkundige evaluatie van refractaire epilepsie. Tijdens dit onderzoek maken we gedetailleerde beelden van de hersenen. Op deze beelden kunnen we eventuele hersenafwijkingen die verantwoordelijk zijn voor de epilepsie (bv. een litteken in de hersenen als gevolg van een val, een hippocampale sclerose, een aangeboren migratiestoornis in de hersenen) opsporen.

Neuropsychologisch onderzoek

Tijdens het neuropsychologisch onderzoek krijgt u de opdracht om samen met de neuropsycholoog verschillende taken uit te voeren. Zo tracht de neuropsycholoog in te schatten hoe goed u scoort op vaardigheden zoals geheugen, taal, motoriek, ... Een tekort voor een bepaalde vaardigheid kan wijzen op een probleem in een specifieke zone in de hersenen. Deze zone kan betrokken zijn bij het ontstaan van de epileptische aanvallen.

PET-scan van de hersenen

Een PET-scan van de hersenen brengt het metabolisme of energieverbruik van de hersenen in beeld. Via een gemerkte stof die in de bloedsomloop wordt ingespoten, gaan we na welke gebieden in de hersenen tussen de aanvallen door niet normaal functioneren en dus mogelijk betrokken zijn bij het ontstaan van epileptische aanvallen.

Ictale SPECT

Een SPECT-scan brengt de doorbloeding van de hersenen in beeld. Net zoals bij een PET-scan gebeurt dit door vóór het scannen een gemerkte stof in de bloedsomloop te injecteren. Wanneer deze stof wordt geïnjecteerd op het moment dat een aanval net begint, wordt ze vooral opgenomen op de plaats waar de aanval is ontstaan. Dit gebied licht dan feller op dan andere hersengebieden. Zo kunnen we dus achterhalen welk gedeelte van de hersenen verantwoordelijk is voor de aanvallen.

Voor de uitvoering van een ictale SPECT wordt u opgenomen op een video-EEG monitoringkamer. We proberen om aanvallen te registreren. Wanneer een aanval optreedt, injecteert een verpleegkundige zo snel mogelijk na het aanvalsbegin de gemerkte stof. Eén à twee uur later wordt dan de SPECT-scan uitgevoerd. Een ictale SPECT kan enkel gebeuren bij mensen met een voldoende hoge aanvalsfrequentie.

Magneto-encefalografie (MEG)

Sinds 2008 doet het Referentiecentrum voor Refractaire Epilepsie van het UZ Gent onderzoek naar de toegevoegde waarde van magneto-encefalografie (MEG) bij de preheekkundige evaluatie. Met een MEG kunnen we de magnetische velden meten die de hersenen produceren. Deze magnetische velden kunnen net als de elektrische activiteit in de hersenen abnormaal zijn bij mensen die lijden aan epilepsie.

De registratie duurt meestal een uur en geeft ons bijkomende informatie over de plaats van het aanvalsbegint. Voor deze metingen is erg gespecialiseerde en dure apparatuur nodig. Er is in België één MEG-apparaat. Dat staat in het MEG-centrum in het Erasmus Ziekenhuis in Brussel. Het RCRE van het UZ Gent is een van de stichtende leden van dit MEG-centrum. Sinds 2008 kunnen we patiënten die preheekkundig worden geëvalueerd in het UZ Gent een MEG-onderzoek aanbieden.



NMR-scan van de hersenen met oppervlaktespoel

Naast MEG onderzoeken we ook andere nieuwe technieken. Zo kunnen we een NMR-scan van de hersenen met oppervlaktespoel uitvoeren. Dat is vooral nuttig als op de klassieke NMR-scan van de hersenen geen afwijkingen te zien zijn.

Door een oppervlaktespoel te gebruiken, kunnen we een specifiek gebied in de hersenen onder de loep nemen. De beelden zijn daardoor nog gedetailleerder. Zo worden soms kleine letsels zichtbaar die dat op een standaard NMR-scan niet waren.

Het is niet mogelijk om de volledige hersenen op deze manier te scannen. We voeren dit onderzoek enkel uit als we met de andere onderzoeken een regio detecteren waarvan we vermoeden dat die de epilepsie veroorzaakt.

05 CONTROLE VAN DE HERSENFUNCTIES

Wanneer duidelijk is op welke plaats in de hersenen de aanvallen ontstaan, volgen meestal een aantal onderzoeken die nodig zijn om te bepalen waar belangrijke functies zoals taal, geheugen, motoriek en sensibiliteit liggen in de hersenen. De belangrijkste onderzoeken in dit stadium van de pre-heelkundige evaluatie zijn een functionele NMR-scan van de hersenen (fMRI) en de Wada-test.

De chirurg heeft deze informatie nodig bij de planning van de operatie, om de kans op problemen na de operatie zo klein mogelijk te houden.

FMRI

Bij een fMRI ligt de patiënt in een scanner en voert tijdens het onderzoek opdrachten uit. De radio-loog kan vragen om met de vingers of de voeten te bewegen, of taken uit te voeren die te maken hebben met taal of geheugen. Door tijdens deze opdrachten met fMRI de doorbloeding en het verbruik van zuurstof in de hersenen te meten, kunnen we nagaan welke zone in de hersenen verantwoordelijk is voor die bepaalde functie.

Wada-test

Een Wada-test wordt uitgevoerd om na te gaan waar de geheugen- en de taalfuncties in de hersenen liggen. Hiervoor worden de linker- en rechterhersenhelft om de beurt verdoofd. Dit gebeurt door de verdovende stof amobarbital via een katheter te injecteren in de grote hersenbloedvaten.

Tijdens de verdoving van elke hersenhelft, die maar enkele minuten duurt, tonen we 11 kaartjes met woorden, voorwerpen en situaties die de patiënt moet onthouden. Als de verdoving is uitgewerkt, gaan we na hoeveel van de getoonde figuren de patiënt zich nog herinnert. Tijdens de verdoving wordt ook de taal getest. Wanneer de taaldominante hersenhelft wordt verdoofd, kan de patiënt enkele minuten niet meer spreken.

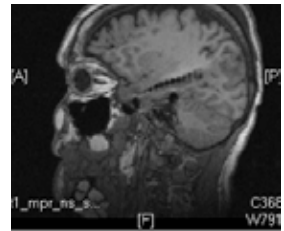
06 INVASIEVE MONITORING

Bij een minderheid (ongeveer 1 op de 10) van de patiënten slagen we er met bovenstaande onderzoeken niet in om met zekerheid de plaats van aanvalsbegint te bepalen. In dat geval is het soms nodig om een invasieve video-EEG-monitoring te verrichten.

Tijdens een invasieve video-EEG monitoring is het doel opnieuw om aanvallen te registreren op video en EEG. Maar bij een invasieve video-EEG monitoring worden de elektroden niet alleen op de hoofdhuid geplakt (niet-invasief) maar ook rechtstreeks op of in de hersenen aangebracht door de neurochirurg (invasief). Dankzij deze bijkomende elektroden kunnen we op een erg nauwkeurige manier nagaan waar de aanvallen precies beginnen.

De neurochirurg kan naargelang de situatie verschillende soorten elektroden plaatsen: subdurale elektroden en/of diepte-elektroden.

Diepte-elektroden zijn lange, naaldvormige elektroden die slechts enkele mm dik zijn en die in de hersenen worden aangebracht. De plaatsing gebeurt onder stereotactische begeleiding, waardoor de elektrode heel nauwkeurig naar een specifieke structuur of een specifiek letsel in de hersenen kan gericht worden.



Diepte-elektroden

Subdurale elektroden zijn elektroden die op een siliconelaagje liggen en die op de oppervlakte van de hersenen kunnen worden aangebracht. Als de elektroden op één rij liggen spreken we van een subdurale strip. Wanneer verschillende rijen naast elkaar liggen spreken we van een subdurale grid.

Vaak worden tijdens een invasieve video-EEG monitoring de ingeplante elektroden niet alleen gebruikt om de plaats van aanvalsbegint te bepalen, maar ook om na te gaan welke functies (bv. taal, motoriek, sensibiliteit) in de buurt van de elektroden liggen. Dit gedeelte van het onderzoek, dat pas plaatsvindt nadat voldoende aanvallen zijn geregistreerd, noemen we functionele mapping. De elektroden die op de hersenen liggen worden daarbij even niet gebruikt om te meten maar wel om te stimuleren. Er worden via de elektroden kleine stroompjes naar de hersenschors gestuurd. Als op de plaats waar de gestimuleerde elektrode zich bevindt een welbepaalde functie gelegen is (bv. de motoriek van de linkerduim), dan zal de stimulatie een verandering in deze functie veroorzaken (bv. trekkingen van de linkerduim). Dit onderzoek is pijnloos en veroorzaakt geen schade aan het hersenweefsel.



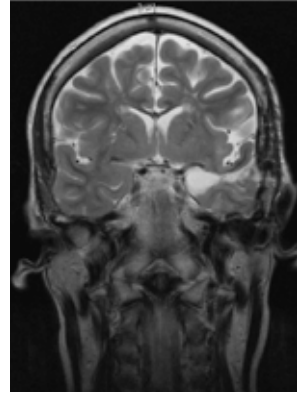
Subdurale elektroden

07 EPILEPSIECHIRURGIE

Na de preheekkundige evaluatie worden de resultaten van de onderzoeken besproken op een multidisciplinaire vergadering. Tijdens dit overleg bespreken neurologen, neuroradiologen, neurochirurgen en neuropsychologen of een operatie mogelijk is.

Dit zijn de voorwaarden om voor een operatie in aanmerking te komen:

- ▲ De plaats waar de aanvallen beginnen moet met grote zekerheid bepaald zijn.
- ▲ De uitgevoerde onderzoeken moeten aantonen dat dat specifieke gedeelte van de hersenen kan verwijderd worden zonder dat er daardoor neurologische uitval wordt veroorzaakt.



Ongeveer de helft van de patiënten die de preheekkundige evaluatie doorlopen, blijkt uiteindelijk een geschikte kandidaat te zijn voor epilepsiechirurgie. Tijdens de ingreep verwijdert de neurochirurg het hersenweefsel dat verantwoordelijk is voor de aanvallen (= resectie). Afhankelijk van de situatie schommelt de kans op blijvende aanvalsvrijheid na epilepsiechirurgie tussen de 50 en 75 procent.

Als een operatie geen optie is

Voor de andere helft van de patiënten is een hersenoperatie niet mogelijk. Daar zijn verschillende redenen voor:

- ▲ Soms vinden we in de hersenen verschillende zones die verantwoordelijk zijn voor de epilepsie (= multifocale epilepsie).
- ▲ Soms vinden we de zone waar de aanvallen beginnen niet met de beschikbare technieken.
- ▲ Soms is het niet mogelijk om een operatie uit te voeren zonder belangrijke functies te verstoren.

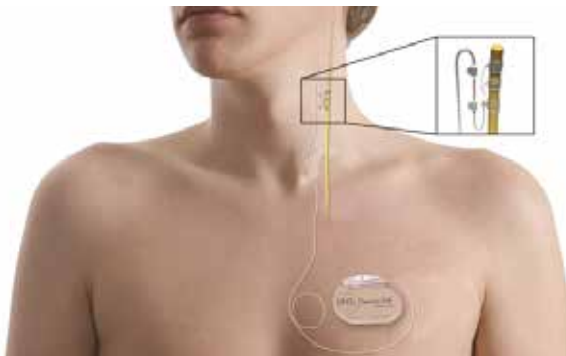
Voor deze patiënten zoeken we naar alternatieve behandelingen die de aanvalsfrequentie zoveel mogelijk verminderen. Een eerste optie is neurostimulatie, een tweede behandeling met een dieet.

08 NEUROSTIMULATIE

Neurostimulatie is een behandeling voor refractaire epilepsie waarbij het zenuwstelsel elektrisch of magnetisch wordt gestimuleerd. Deze stimulatie kan zowel buiten de schedel (extracranieel) als binnen de schedel (intracranieel) gebeuren.

Nervus vagus stimulatie

Nervus vagus stimulatie (NVS) is een gevestigde behandeling voor refractaire epilepsie. Tijdens een korte chirurgische ingreep brengen we een kleine elektrode aan rond een zenuw in de hals, de (linker) nervus vagus. Deze elektrode wordt verbonden met een batterij of pulsgenerator die onder het sleutelbeen wordt ingeplant.



Na de ingreep kan de zenuw in de hals via de elektrode worden gestimuleerd. Deze stimulatie gebeurt met onderbrekingen (intermittent), meestal gedurende 30 seconden om de 5 of 10 minuten. Op dat ogenblik kan de patiënt een prikkeling in de keel voelen of even hees worden.

Eén derde van de patiënten die behandeld worden met NVS ondervindt een vermindering van het aantal aanvallen met meer dan 50 procent. Vijf à tien procent van de patiënten wordt volledig aanvalsvrij. Daarnaast ondervindt ongeveer één derde een aanvalsvermindering van 30 tot 50 procent. Bij één derde van de patiënten heeft de behandeling geen resultaat. Het is helaas niet mogelijk om te voorspellen hoe iemand op de behandeling met NVS zal reageren.

Een van de grote voordelen van NVS is dat het niet de typische bijwerkingen heeft van medicijnen, zoals vermoeidheid en concentratiestoornissen. Het is ook aangetoond dat NVS een positief effect heeft op het gemoed en de alertheid.

Patiënten die hun aanvallen voelen aankomen, kunnen de magneet ook gebruiken. Door de magneet over de pulsgenerator van de NVS te bewegen, kan de patiënt (of een familielid) zelf een bijkomende stimulatie starten. Bij sommige patiënten kan deze bijkomende stimulatie ervoor zorgen dat de aanval stopt of minder lang duurt.

Diepe hersenstimulatie

Bij diepe hersenstimulatie (DHS) wordt een gedeelte van de hersenen elektrisch gestimuleerd. Deze stimulatie gebeurt via één of meerdere diepte-elektroden die ingeplant worden in de hersenen en die verbonden zijn met een pulsgenerator. DHS wordt al geruime tijd gebruikt voor de behandeling van de ziekte van Parkinson maar is nog volop in ontwikkeling en dus te beschouwen als een experimentele behandeling.

Er zijn al verschillende studies gebeurd waarbij het effect van DHS ter hoogte van verschillende hersengebieden (bv. de thalamus) werd onderzocht bij patiënten met refractaire epilepsie. In het UZ Gent zijn ook al studies met DHS gebeurd waarbij de plaats in de hersenen waar de aanvallen ontstaan, wordt gestimuleerd. In deze studies was dat bij alle geselecteerde patiënten de hippocampus. Binnen een groep van 11 patiënten, die gemiddeld al meer dan 7 jaar met hippocampale DHS worden behandeld, zijn drie patiënten aanvalsvrij, ondervinden drie patiënten een aanvalsreductie van meer dan 90 procent, ondervinden drie patiënten een aanvalsreductie van meer dan 50 procent, ondervindt één patiënt een milde aanvalsreductie van 30 tot 50 procent en ondervindt één patiënt geen verbetering.

Momenteel loopt in het RCRE van het UZ Gent een studie waarbij het effect van epilepsiechirurgie wordt vergeleken met dat van diepe hersenstimulatie.

09 DIEETBEHANDELINGEN

Ketogeen dieet

In 1921 werd het ketogeen dieet door dr. Wilder voorgesteld als behandeling voor refractaire epilepsie. Een ketogeen dieet beperkt zowel de koolhydraat-, eiwit- als calorie-inname sterk. Het dieet bestaat voor 80 procent uit vet, voor 15 procent uit eiwitten en voor slechts 5 procent uit koolhydraten. Daardoor is het dieet moeilijk te volgen met gewone voedingsproducten. Meestal moeten vetrijke oplossingen of bereidingen gemaakt worden, wat het dieet vooral voor volwassenen en adolescenten erg moeilijk maakt. Het dieet wordt vandaag dan ook vooral gebruikt bij levensbedreigende vormen van epilepsie op kinderleeftijd. Bij de helft van deze kinderen verminderen de aanvallen met minstens de helft dankzij het dieet. Hoe het dieet dit effect teweegbrengt is nog steeds onbekend.

Studies met adolescenten en volwassenen hebben aangetoond dat het dieet hetzelfde effect heeft in deze populatie maar door de strikte beperking van wat mag gegeten worden heel moeilijk haalbaar is. De bijwerkingen van het dieet zijn meestal van voorbijgaande aard. Het kan gaan om constipatie, vermoeidheid, misselijkheid. Eerder zeldzaam treden ook ernstige bijwerkingen op zoals hypoglycemie, nierstenen, acute pancreatitis, cardiomyopathie. Het ketogeen dieet moet dan ook steeds onder de begeleiding van een diëtist gevolgd worden.

Aangepast Atkinsdieet

In de jaren '70 ontwikkelde dr. Atkins in de Verenigde Staten een nieuw dieet om efficiënt gewicht te verliezen, het Atkinsdieet. Bij dit dieet wordt de hoeveelheid koolhydraten sterk beperkt tot ongeveer 20 g per dag, maar is er geen beperking van de inname van eiwitten of calorieën. Wanneer je het Atkinsdieet volgt, bestaat je dagelijks dieet uit 60 procent vetten, 30 procent eiwitten en 10 procent koolhydraten. Dat houdt in je geen brood, pasta, aardappelen en andere rijke bronnen van koolhydraten of suikers mag eten. Ook niet alle fruitsoorten zijn toegestaan. Wel mag je vlees, verschillende groenten, kaas, ... eten zolang je rekening houdt met het aantal koolhydraten per voedingsproduct.

Het Atkinsdieet is dus heel wat minder restrictief en smakelijker dan het ketogeen dieet. Toch gaat bij het Atkinsdieet het lichaam net zoals bij het ketogeen dieet over tot de productie van ketonen. Deze bevinding heeft de interesse van de epilepsiewereld gewekt. Verschillende groepen hebben al studies uitgevoerd met een aangepaste vorm van het Atkinsdieet bij patiënten met refractaire epilepsie. Ook in het RCRE van het UZ Gent hebben we zo'n studie opgezet. Alle studies tonen duidelijk aan dat het dieet haalbaar is voor kinderen, adolescenten en volwassenen en dat het gunstige effect op de aanvalsfrequentie vergelijkbaar is met dat van het ketogeen dieet. De bijwerkingen van het aangepaste Atkinsdieet zijn mild maar verder vergelijkbaar met die van het ketogeen dieet. Daarenboven melden verschillende patiënten dat ze zich tijdens het dieet beter voelen en meer energie hebben.

Ondanks deze veelbelovende eerste resultaten moeten nog meer studies gebeuren om de effecten binnen een grotere groep patiënten te bevestigen.

10 CONCLUSIE

Als een patiënt met epilepsie geen baat heeft bij anti-epileptische medicatie, is het belangrijk om na te gaan of hij in aanmerking komt voor epilepsiechirurgie. Deze behandeling biedt in dat geval namelijk de grootste kans op langdurige aanvalsvrijheid. Om na te gaan of iemand een geschikte kandidaat is voor chirurgie moet een preheelkundige evaluatie gebeuren in een Referentiecentrum voor Refractaire Epilepsie, zoals het RCRE van het UZ Gent. Tijdens deze evaluatie wordt nagegaan of een operatie mogelijk is. Als dat niet het geval is, kijken we naar andere behandelingen zoals neurostimulatie of een dieet.

In de Referentiecentra voor Refractaire Epilepsie wordt voor elke patiënt individueel nagegaan wat de meest geschikte behandelingen zijn om de aanvallen zoveel mogelijk te verminderen.

11 HET REFERENTIECENTRUM VOOR REFRACTAIRE EPILEPSIE VAN HET UZ GENT

Epilepsiepatiënten vormen een belangrijke patiëntengroep in de neurologische kliniek en polikliniek van het UZ Gent sinds de verhuis van de dienst Neurologie van het burgerlijk ziekenhuis de Bijloke naar de campus Academisch Ziekenhuis in de jaren 1960. Ook in de psychiatrische kliniek werden veel patiënten met epileptische aanvallen behandeld. Dit gebeurde met het toen beperkte aantal beschikbare geneesmiddelen.

De eerste ervaringen met epilepsiechirurgie in België vonden plaats in Luik en Brussel. Pas in 1990 werd de eerste geïntegreerde video-EEG-monitoringseenheid en het eerste multidisciplinair epilepsiechirurgieprogramma in België opgericht. Dat gebeurde in het UZ Gent. De opnamecapaciteit werd in een periode van 20 jaar van één bed naar de huidige capaciteit van 16 video-EEG-monitoringbedden (in combinatie met slaapregistratie) uitgebouwd. Deze infrastructuur is ingebed in het Centrum voor neurofysiologische monitoring (CNM) van het UZ Gent, dat sinds 1 juni 2010 geopend is. Het is een van de grootste epilepsie-monitoringseenheden in Europa en is door zijn gecombineerde aanpak van patiënten met epilepsie en slaapstoornissen vrij uniek.

Het Referentiecentrum voor Refractaire Epilepsie van het UZ Gent heeft een specifieke erkenning van het RIZIV voor de diagnostiek, behandeling en revalidatie van mensen met moeilijk behandelbare epilepsie. Het herbergt een groot epilepsiechirurgiecentrum en heeft een sterke focus op wetenschappelijk onderzoek en innovatie.

Het UZ Gent voerde als eerste ziekenhuis in België een implantatie met een nervus vagusstimulator voor epilepsie en een diepe hersenstimulatie in de temporaalkwab voor epilepsie uit. Daarenboven is aan het RCRE een internationale onderzoeksgroep (Laboratorium voor Klinische en Experimentele Neurofysiologie of LKEN) gekoppeld die actief is op het gebied van klinische en experimentele neurofysiologie, beeldvorming, stamcellen en neuromodulatie. Neuromodulatie is een van de centrale onderzoeksthema's van het Instituut voor Neurowetenschappen van de Universiteit Gent en het UZ Gent.

Centrum voor neurofysiologische monitoring

Ingang 12, route 1492

T +32 (0)9 332 44 65

F +32 (0)9 332 49 71 (t.a.v. RCRE)

epilepsiecentrum@uzgent.be

Deze brochure werd enkel ontwikkeld voor gebruik binnen het UZ Gent. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het UZ Gent.

Universitair Ziekenhuis Gent

C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent

T +32 (0)9 332 21 11 | E info@uzgent.be

www.uzgent.be

Volg ons op

