

CM 313

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

**PREVALÊNCIA DAS CRISES E SÍNDROMES EPILÉPTICAS EM
UMA CLÍNICA DE EPILEPSIA.**

Autor: Rinaldo Claudino

Doutorando da 12. Fase de Medicina

Florianópolis, Junho de 1994

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

Autor: Rinaldo Claudino

Doutorando da 12. Fase de Medicina

Florianópolis, Junho de 1994

SUMÁRIO

RESUMO.....	2
INTRODUÇÃO.....	3
PACIENTES E MÉTODOS.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSSÃO	12
CONCLUSÃO.....	20
SUMMARY.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt, pela orientação e estímulo.

Ao funcionário Dione do CEMESC, pelo auxílio na elaboração.

À Gisele pela paciência e dedicação.

I - RESUMO

Foram investigados 500 prontuários de pacientes que eram acompanhados na Clínica de Epilepsia da Policlínica de Referência Regional do SUS de Florianópolis SC. Desses 500 prontuários 300 foram excluídos por não apresentarem dados básicos exigidos no protocolo: eletroencefalograma (EEG), idade, sexo, idade de início das crises, tipo de crises. Dos 200 prontuários que preencheram os requisitos básicos todos tinham eletroencefalograma e todos tinham a classificação do tipo de crise e síndrome epiléptica estabelecida. Desse total 119 eram homens e 81 mulheres, idade variando entre 66 e 83 anos - 161 tinham epilepsia com início antes dos 20 anos e 39 após os 20 anos. De acordo com a Classificação Internacional de Crises Epilépticas (CICE) de 1981: 50 tinham crises generalizadas 4 tinham crises parciais simples, 10 tinham crises complexas, 124 tinham crises parciais secundariamente generalizadas, e 12 tinham crises não classificáveis. Segundo a classificação síndrômica de 1989: 137 tinham epilepsias relacionadas a localização, sendo 1 idiopática, 64 sintomáticas, 72 criptogênicas; 50 epilepsias generalizadas, destas 48 eram idiopáticas e 2 eram criptogênicas; 13 epilepsias e síndromes especiais.

Conclusão:

II- INTRODUÇÃO

Epilepsia é o sintoma de processos que afetam o cérebro de variadas formas, mas tem uma expressão final comum e cuja base fisiopatológica, é uma excessiva ou anormal frequência de descargas nos neurônios cerebrais.(8)

É preciso enfatizar que nem uma crise convulsiva, nem a epilepsia é uma doença por si mesma. Antes é sintoma de outros processos que afetam o cérebro de várias maneiras. (8).

Apesar das crises serem as principais manifestações da epilepsia, nem todos os pacientes que tem crises são epiléticos. Muitos nunca terão uma segunda crise, por isso, nunca serão classificados como epiléticos, pois o diagnóstico de epilepsia necessita de recorrentes crises. Nem os pacientes que tem crises recorrentes são classificados primariamente como epiléticos, pois o diagnóstico de epilepsia pressupõe uma lesão estrutural ou alteração fisiológica cerebral.(8)

Um grande número de pacientes experimentam crises como o resultado de um distúrbio metabólico sistêmico como febre, o abuso de drogas ou álcool, uremia ^{ou} etc...Essas crises ocorrem porque o cérebro é afetado por mudanças em sua homeostasia. Se essas condições, são controladas ou abolidas, o paciente nunca mais tem uma nova crise. Em pacientes epiléticos, contudo, uma alteração no cérebro por si mesmo, é a causa das crises que podem continuar enquanto essa alteração existir.(8)

Como último aspecto na definição, as crises febris não são consideradas epiléticas, então a definição de epilepsia na infância está restrita a recorrentes crises afebris.(8)

Estudos de incidência e prevalência da epilepsia tem sido relatadas em muitos países, mas as comparações são frequentemente difíceis, porque os investigadores tem adotado diferentes definições, critérios, diagnósticos variados e diversos esquemas de classificação da epilepsia, além disso a seleção tendenciosa é um fator importante. Contudo, a maioria dos estudos tem encontrado índices de incidência de 20-70 /100.000 habitantes por ano (variação 11-134 /100.000 por ano), e índices de prevalência de 4-10 /1000 na população geral (variação de 1,5-30 /1000). (13,17,18)

A incidência varia consideravelmente com a idade, os índices são maiores na infância, atingem um platô no início da vida adulta e novamente aumentam nas pessoas idosas. Os índices de prevalência mostram um padrão similar, porém menos relacionado com a idade (17).

A maioria dos estudos mostram um leve predomínio na epilepsia no sexo masculino. Uma outra estatística interessante é a prevalência durante a vida (ou prevalência total), que é a medida do numero de pessoas na população que alguma vez teve epilepsia, as estimativas variam de 2% a 5% da população (a última esta de acordo com a Organização Mundial de Saúde). Assim, talvez, 1 em cada 20 habitantes tenha tido uma crise epilética em algum momento de suas vidas e, considerando uma estimativa conservadora, 1 em cada 200 vai ter epilepsia.(17)

Estes cálculos indicam que a eplepsia é a condição neurológica séria mais prevalente: o índice de prevalência é 10 vezes o da esclerose múltipla e 100 vezes o das doenças do motoneurônio.(17)

Embora o grau de severidade da epilepsia e as incapacidades associadas sejam desconhecidas na população geral, as estimativas de estudos oficiais nos EUA, sugerem que cerca de um terço dos casos prevalentes tem menos do que uma crise por ano, um terço tem entre 1 a doze crises anuais, e um terço tem mais que uma crise mensal, e 20% mais que 1 crise por semana. Numa aproximação muito grosseira, cerca de 40% de todos os pacientes tem apenas epilepsia, e o restante tem distúrbios comportamentais, neurológicos ou intelectuais concomitantes.(4,13,17)

Por muitos anos, várias comissões foram instituídas pela Liga Internacional Contra Epilepsia (LICE), para estabelecer uma classificação e terminologia das crises e síndromes epiléticas que pudessem ser universais. A era moderna da classificação começa em Marseiller e Heemstede em 1964, com uma proposta de classificação para as crises epiléticas, uma classificação clínica e eletroencefalográfica das crises em 1969.(6,17,19)

Vinte anos mais tarde a última classificação da epilepsia e crises epiléticas foi adotada. As razões para este interesse na classificação tornaram-se evidentes na área de desenvolvimento de novas drogas antiepiléticas que tornaram-se cada vez mais específicas para o tratamento de tipos de crises específicas. Como exemplo claro, temos o desenvolvimento da Etasuximede em 1960, e da Carbamazepina em 1964, que enfatizaram a necessidade da acurada distinção entre as crises parciais complexa e as generalizadas tipo ausência. (6,17,19)

O presente estudo propõe-se a classificar pacientes segundo as normas de sistematização da LICE de 1981 a 1989, procurando evidenciar as vantagens e desvantagens de cada sistematização, e comparar os resultados obtidos com o da literatura internacional.

III - PACIENTES E METODOS

Foram analisados retrospectivamente 500 prontuários de pacientes portadores de epilepsia cuja data da 1ª consulta variava entre janeiro/90 e dezembro/92, e cujos números estavam compreendidos entre 500 e 1000(inclusive estes). Os prontuários pesquisados pertencem ao arquivo da Clínica Multidisciplinar de epilepsia da Policlínica de Referência Regional do SUS de Florianópolis-SC.

Deste estudo foram excluídos 300 prontuários por não preencherem os quesitos básicos do protocolo, a saber: diagnóstico de epilepsia, presença de eletroencefalograma, classificação por tipo de crise e síndrome já definida, idade de início das crises, idade do paciente e sexo.

Os pacientes estudados haviam sido previamente avaliados e vinham sendo acompanhados pelo Dr. Paulo Cesar Trevisal Bittencourt, na clínica acima referida, estando já definido o diagnóstico da epilepsia e classificados segundo critérios clínicos e eletroencefalográficos.

As variáveis sexo, idade, nível de atendimento e tipo de atividade exercida ajudaram-nos a traçar um perfil da população estudada, enquanto que o tipo de crise, resultado do eletroencefalograma (EEG), resultado da tomografia computadorizada (TC) e idade de início das crises foram utilizadas para classificar os pacientes segundo o tipo de crise ou tipo de síndrome.

IV - RESULTADOS

No estudo de 200 pacientes da Clínica Multidisciplinar de Epilepsia da Policlínica de Referência Regional do SUS de Florianópolis, foram analisadas a história clínica (diagnóstico clínico) desses pacientes, que foram então classificados segundo a sistematização de 1981 e segundo a classificação de 1989 da LICE

Segundo a sistematização de 1981 os pacientes assumiram a seguinte distribuição: generalizada 50 casos, parcial simples 4 casos, parcial complexa 10, parcial secundariamente generalizada 124 casos, e crises não classificáveis 12 casos.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação de 1981 da LICE.

Fonte CEMESC

Tipo de Crise	N	%
Generalizadas	50	25,00
Parcial Simples	4	2,00
Parcial Complexa	10	5,00
Parcial Secundariamente Generalizada	124	62,00
Crises não classificáveis	12	6,00
Total	200	100,00

Segundo a sistematização de 1989 os pacientes apresentaram a seguinte distribuição: 137 casos de epilepsia ou síndromes localizadas das quais 1 era idiopática, 64 sintomáticas e 72 criptogênicas, 50 casos de epilepsia ou síndromes generalizadas das quais 48 eram idiopáticas e 2 sintomáticos, 13 casos de síndromes especiais.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo a classificação de 1989 da LICE.
Fonte CEMESC

Tipo de Crise	N	%
Epilepsias e Síndromes relacionadas a localização	137	68,50
Idiopáticas		
Epilepsia Rolândica	01	0,50
Sintomáticas		
Epilepsia do lobo temporal	54	27,50
Epilepsia do lobo frontal	09	4,50
Epilepsia do lobo parietal	01	0,50
Criptogênicas	72	36,00
Epilepsias e Síndromes Generalizadas	50	25,00
Idiopáticas		
Ausência da infância	05	2,50
Ausência juvenil	02	1,00
Tônico clônica generalizada	38	19,00
Epilepsia mioclônica juvenil	03	1,50
Criptogênicas ou sintomáticas		
Síndrome de West	01	0,50
Epilepsia com crise mioclônica instável	01	0,50
Sintomáticas	-	-
Epilepsias e Síndromes Indeterminadas Focais ou Generalizadas	-	-
Síndromes Especiais	13	6,50
Convulsões febris	02	1,00
Crises isoladas	10	5,00
Crises ocorrendo apenas com quadros metabólicos ou tóxicos agudos	1	0,50
Total	200	100,00

Segundo o consenso internacional os pacientes foram divididos quanto a idade de início das crises em: Epilepsia tardia (aquela que começa acima dos 20 anos de idade) e Epilepsia que começa antes dos 20 anos de idade.

Tabela 3 - Pacientes segundo a idade de início das crises.
Fonte CEMESC

Idade de início das crises	N	%
Abaixo dos 20 anos de idade	161	80,50
Acima dos 20 anos de idade	39	19,50
Total	200	100,00

Segundo a faixa etária os pacientes foram divididos em 5 faixas etárias. A distribuição desses pacientes ficou a seguinte: 09 pacientes entre 0 e 10 anos, 55 pacientes entre 11 e 20 anos, 109 pacientes entre 21 e 40 anos, 20 pacientes entre 41 e 60 anos, 7 pacientes com mais de 60 anos.

Tabela 4 - Distribuição dos Pacientes Segundo a Faixa Etária.
Fonte CEMESC

Faixa etária	N	%
0 - 10 anos	09	4,50
11 - 20 anos	55	27,50
21 - 40 anos	109	54,50
41 - 60 anos	20	10,00
> 60 anos	7	3,50
Total	200	100,00

Dentre os 200 pacientes estudados, 119 eram do sexo masculino e 81 do sexo feminino.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes segundo o sexo.
Fonte CEMESC.

Sexo	N	%
Masculino	119	59,50
Feminino	81	40,50
Total	200	100,00

Dos 200 pacientes estudados 10 procuraram a clinica de epilepsia como nível primário de atendimento e 190 procuraram em nível secundário.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes segundo nível de atendimento.
Fonte CEMESC.

Nível de atendimento	Nº	%
Nível primário	10	5,00
Nível secundário	190	95,00
Total	200	100,00

Os 200 pacientes em estudo tinham eletroencefalograma prévio, e foram distribuídos quanto ao foco, de irritação apresentado no eletroencefalograma. Assim temos: 34 pacientes com foco generalizado, 09 pacientes com foco frontal, 5 pacientes com foco temporal, 14 pacientes com EEG irregular e 92 com EEG normal.

**Tabela 7 - Distribuição dos pacientes segundo tratado do eletroencefalograma.
Fonte CEMESC.**

Foco no EEG	N	%
Normal	92	46,00
Temporal	51	25,50
Occipital	-	-
Frontal	09	4,50
Parietal	-	-
Generalizado	34	17,00
Irregular	14	7,00
Total	200	100,00

Setenta e nove pacientes dos 200 em estudo, tinham tomografia axial computadorizada. Destes 51 não tinham qualquer anormalidade, 27 tinham anormalidade com correlação clínica, 1 tinha anormalidade sem correlação clínica.

**Tabela 8 - Resultado das Tomografias Axiais Computadorizada de 79 pacientes estudados.
Fonte CEMESC**

TC	N	%
Sem anormalidades	51	25,50
Anormal com correlação clínica	27	13,50
Anormal sem correlação clínica	01	0,50
Não realizada	121	60,50
Total	200	100,00

V - DISCUSSÃO

Não há dúvidas, de que o conhecimento da classificação das crises ou síndromes epiléticas é essencial para o médico que trata de pacientes epiléticos, fazer uma correta classificação de uma crise ou síndrome epilética, é de grande importância para a escolha terapêutica e para estabelecer-se o prognóstico de pacientes epiléticos. Uma classificação apropriada, pode eliminar gastos com investigações adicionais, naquelas síndromes que estão ligadas a causas específicas. (3,4)

Devidos a grandes esforços na pesquisa da etiologia e da patofisiologia da epilepsia, o conhecimento neste campo tem aumentado nos últimos anos e atualmente já é conhecido a etiologia de algumas síndromes. Esses progressos levaram a Liga Internacional Contra a Epilepsia (LICE) a estabelecer sucessivas comissões no sentido de promover uma adequada classificação para as crises e ou síndromes epilepticas. (3,8)

Na classificação da epilepsia pode ser levado em consideração vários aspectos, tais como: clínicos (usualmente o tipo de crise), traçado eletroencefalográfico, etiologia, fisiopatologia, anatomia, idade. Uma vez que consideramos a epilepsia um sintoma ao invés de uma condição em si, e a fisiopatologia é na maioria das vezes obscura, a classificação é inevitavelmente arbitrária.(6,17)

Em 1969, a LICE estabeleceu um esquema de aplicação universal. Este esquema revisto em 1981, e adotado mundialmente, é uma classificação por tipo de crise na qual os dados do eletroencefalograma são considerados enquanto a etiologia, idade e localização anatômicas são ignorados. Considerando que essa classificação não leva em conta aspectos da heterogeneidade da epilepsia, em 1989 a LICE, idealizou

um novo esquema - a classificação das epilepsias, síndromes epiléticas e, distúrbios relacionados com crises que, agora, é amplamente utilizado, sendo uma tentativa de categorizar as epilepsias de modo mais compreensível (6,17,19)

CLASSIFICAÇÃO DAS EPILEPSIAS POR TIPO DE CRISE, SEGUNDO A SISTEMATIZAÇÃO DA LICE DE 1981:

Nesta classificação, as crises estão divididas em três grupos principais: crises generalizadas; crises parciais (focal); crises não classificáveis. As crises generalizadas subdividem-se em tônico-clônicas (grande mal), ausências (pequeno mal), mioclônicas, atônicas e clônicas. As crises parciais são divididas em parciais simples, e parciais complexas (de acordo com a preservação ou alteração de consciência - simples e complexa, respectivamente). As crises generalizadas são aquelas nas quais as descargas epiléticas envolvem ambos os hemisférios cerebrais amplo e simultaneamente desde o início da crise, enquanto nas crises parciais a atividade epileptica está limitada a uma área focal do cérebro. A atividade epilética das crises parciais (tanto simples como complexa) pode difundir-se tornando-as generalizadas e, neste caso, a crise é denominada secundariamente generalizada.(6,17)

Na literatura mundial, tem sido relatadas distribuições extremamente diferentes dos vários tipos de crises em estudo de epilepsia na população, mas variabilidade provavelmente reflete as diferenças nos métodos diagnósticos.(7,11,17)

Embora muitos estudos, (em especial aqueles realizados em países subdesenvolvidos) tenham relatado crises generalizadas como o tipo mais comum, os estudos que incluem uma investigação neurológica rigorosa, geralmente, tem relatado que as crises parciais complexas e secundariamente generalizadas representam cerca de 60% dos casos prevalentes, as crises generalizadas tonico-clônicas representam

cerca de 30%, ausência generalizada ("pequeno mal") e mioclônicas menos que 5%.(17)

No Reino Unido, o Estudo Nacional de Epilepsia na Prática Geral ("NGPSE") é um estudo populacional prospectivo, em andamento há 5 anos, através da qual estão sendo coletados dados de história natural e epidemiológica de uma população não selecionada. Neste levantamento de novos casos, o índice de crises (a crise determinando o diagnóstico) foi de 16% de crises parciais complexas, 4% de crises parciais simples, 36% de crises de crises secundariamente generalizadas, 33% de crises generalizadas tônico-clônica primárias, 1% de ausências e 1% de crises mioclônicas (17). Um estudo realizado no norte da Suécia em 1985, confirmou uma prevalência de mais de 60% de crises parciais.(10)

Como o exposto acima, estudos realizados em países do terceiro mundo vem mostrando sistematicamente um predomínio de crises generalizadas. No Brasil um trabalho retrospectivo de 210 casos realizado em Curitiba no ano de 1988, 1989, 1990, apresentou os seguintes resultados: 48% de crises generalizadas, 31,4% de crises parciais secundariamente generalizadas, 8,5% de crises parciais complexas, 3,3% de crises parciais simples, e 6,6% de crises inclassificáveis.(1) Estudo realizado em Kelibia na Tunisia em, 1985 averigou uma prevalência de quase 90% de crises tônico-clônicas generalizadas.(2) Excessão a essa regra, foi o estudo realizado em Peradeniya no Sri-Lanka com um estudo prospectivo de 1250 pacientes dos quais 64,6% tinham crises parciais secundariamente generalizadas, 8,8% tinham crises parciais complexas, 0,4% tinham crises simples, 23,3% tinham crises generalizadas e 2,9% tinham crises inclassificáveis.(18)

No nosso estudo encontramos 62% de crises ~~parciais~~ secundariamente generalizadas, 5% de crises parciais complexas, 2% de crises ~~parciais~~ simples, 25% de

Não
precis
de
cas
crises

crises generalizadas, 6% de crises não classificáveis. Resultados esses, compatíveis com a grande maioria dos estudos realizados no mundo inteiro.(2)

Preferimos nos apoiar nessa grande maioria de estudos realizados no mundo inteiro e creditar os resultados contraditórios de alguns, a incorreta classificação das crises parciais secundariamente generalizadas, como é a opinião do próprio autor de um deles.(2)

Comparada à antiga classificação, essa sistematização representou um indiscutível avanço tanto pela simplificação, quanto para a escolha terapêutica.(15)

Para a terapêutica, a classificação entre generalizada x parcial e simples x complexa é essencial. Por outro lado as crises generalizadas requerem um tratamento diferente, dependendo do tipo de crise. Nesse caso esta sistematização traz uma diferenciação clara entre os diversos tipos de crises generalizadas, que respondem diferentemente ao mesmo tratamento. Por exemplo crises generalizadas tônico-clônicas x crises de ausência. Mas não faz distinção entre as crises parciais originárias de diferentes zonas do encéfalo.(15)

A subdivisão de crises parciais em simples e complexas enfatiza uma característica essencial que em muitos casos tem uma repercussão significativa na qualidade de vida de pacientes epiléticos. Especificamente, crises parciais, sem perda da consciência tem um pequeno impacto na qualidade de vida desses pacientes, enquanto crises parciais com perda da consciência tem um impacto grande na qualidade de vida destes, logo, quando da análise do sucesso de um tratamento, é extremamente importante analisar cuidadosamente o impacto do tipo de crise. Uma queda na frequência de crises parciais complexas tem um efeito muito melhor na qualidade de vida dos pacientes do que a queda na frequência de crises simples. (15)

Essas considerações mostram porque a Classificação Internacional de Crises Epiléticas (CICE) tem sido adotada universalmente. Dentre as suas vantagens podemos enumerar: (1) simplicidade, (2) boa correlação terapêutica, (3) relação com qualidade de vida. Contudo a CICE tem sido menos popular entre neurologistas que fazem triagem de pacientes para cirurgia, devido a sua carência de informações em relação a zona epileptogênica.(15)

Dentre as desvantagens desta sistematização podemos enumerar: Primeira - A linguagem é imprecisa. Por definição uma crise parcial simples refere-se a todas as crises parciais em que a consciência está preservada, e isso inclui qualquer crise onde não haja distúrbio de consciência. Assim não há qualquer indicação do local de origem (foco) da crise, que pode ser qualquer local no cérebro. O mesmo aplica-se as crises parciais complexas. Por exemplo tanto uma clônica direita quanto uma crise psicomotora são chamadas de crises parciais complexas, negligenciando toda a sintomatologia que pode dar indicações do foco da crise.(15)

Segunda - Infelizmente não é sempre possível determinar com precisão se as crises eram generalizadas ou parciais, ou se a consciência estava alterada ou ausente durante a crise. As vezes torna-se necessário um longo estudo de video acoplado ao EEG(pacientes sendo filmados e submetidos ao EEG simultaneamente durante 24 horas ou mais). Esse estudo só é possível em poucos casos, e certamente não se aplica a maioria dos pacientes epiléticos.(15)

Terceira - Não há noção clara de prognósticos. Por exemplo: convulsão neonatal benigna e síndrome de West são ambas crises generalizadas. Mas enquanto a primeira tem bom prognóstico a segunda tem um prognóstico sombrio.(15)

Quarta - Há uma dependência do EEG, por isso a crise só pode ser identificada acuradamente se há concordância com o traçado eletroencefalográfico. Por exemplo:

um episódio de pura perda da consciência seria classificado como ausência se o EEG tivesse pontas ondas de 3HZ generalizadamente, mas seria chamada de parcial complexa se o EEG tivesse um foco claro de descarga. O EEG é no entanto dispensável em alguns casos.(15)

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS EPILEPSIAS, SÍNDROMES EPILEPTICAS SEGUNDO A SISTEMATIZAÇÃO DA LICE DE 1989

A mais recente classificação, que data de 1989 é baseada na origem das crises. Por essa sistematização as síndromes divididas primariamente em generalizadas e focais, conforme seja desencadeada inicialmente em todo o cérebro simultaneamente, ou em uma região do cérebro respectivamente. São posteriormente subclassificadas em idiopáticas quando a crise é com certeza ou muito provavelmente genética, sintomática quando secundárias a uma causa identificável e criptogênica quando tem origem desconhecida.(6, 15)

A comissão também classificou um número de síndromes epiléticas dentro das 2 categorias principais (generalizadas ou localizadas) e combinando-as com os sinais e sintomas das síndromes que podiam ser clinicamente reconhecidas.(6, 15)

Finalmente estabeleceu-se também uma categoria a parte que são as chamadas síndromes especiais, constituídas pelas convulsões febris, crises isoladas ou únicas e crises ocorrendo apenas com quadros metabólicos ou tóxicos agudos.(6, 15)

No nosso estudo a distribuição dos pacientes ficou sendo a seguinte: 68,5% de epilepsias e síndromes relacionadas a localização sendo que destas 0,5% eram idiopáticas, 32,0% sintomáticas e 36% criptogênicas, 25% de epilepsias e síndromes generalizadas, sendo que destas 24% eram idiopáticas e 1% criptogênicas, 6,5% de

síndromes especiais. A classificação por tipo de síndrome ficou aquela vista no tópico resultados.(6,15)

Uma síndrome epiléptica é definida como um distúrbio epiléptico caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem simultaneamente. Essas características incluem tipo(s) de crise(s), etiologia, anatomia, fatores precipitantes, idade de início das crises, severidade, cronicidade, possível ciclismo diurno e circadiano das crises e prognóstico. (6, 15)

A classificação das síndromes epilépticas não é um processo estático e novas síndromes são delineadas a cada ano. Algumas destas síndromes são muito específicas, enquanto outras representam conceitos amplos.(6,15)

Se um diagnóstico sindrômico pode ser feito, ele frequentemente proporcionará muito mais informações, por exemplo, sobre idade de início, etiologia, tipo de crise, fatores provocadores de crises, cronicidade, prognóstico e escolha do tratamento.(6,15)

Uma vez que muitas síndromes epilépticas são relacionadas a idade, a idade de início das crises pode dar um indício para o correto diagnóstico sindrômico, mas raramente, por si, pode fornecer informações adicionais. Algumas síndromes tem uma etiologia específica, enquanto outras são menos específicas. Assim uma única síndrome pode compreender dois subtipos, por exemplo, síndrome de West junto com síndrome de Lennox-Gastaut.(6,15)

Como mencionamos acima, algumas síndromes englobam mais do que um tipo de crise, algumas das quais podem ser sutis. Frequentemente, só um questionamento detalhado com o paciente revelará sua existência. Comparada aos tipos clássicos de crises algumas podem ser atípicas, podendo confundir o diagnóstico diferencial. As crises epilépticas podem ainda ser o resultado de fatores ~~provocadores~~ de crises

específicas como: fotossensibilidade ou privação de sono, que pode conseqüentemente ser evitados por medidas preventivas.(1)

VI - CONCLUSÃO

Nesse estudo, segundo a CICE de 1981 : 69% dos pacientes tinham crises parciais, enquanto pela Classificação Sindrômica de 1989: 68,5% dos pacientes tinham crises relacionadas a localização.

A CICE de 1981, representou um grande passo na internacionalização da terminologia e um importante progresso na conduta terapêutica de pacientes epiléticos, não obstante a necessidade atual de um diagnóstico sindrômico, deve continuar sendo usado na caracterização das crises epiléticas.

A classificação sindrômica de 1989, não vem substituir a CICE de 1981 e sim utilizar-se desta e de outros dados valiosos antes negligenciados, para estabelecer uma nova abordagem na classificação das epilepsias.

SUMMARY

We studied 500 handbooks of patients that have were missing in a government epileptics clinic on Florianópolis, the capital at Santa Catarina a stat in the south of Brazil. 300 from these 500 hand books were ented off, because they didn't had basics datas, asked in protocol. EEG, age, sex, age that started the seizures, type of seizure. Every thers (200) had EEG and every 200 had established the classification of type of seizure and syndrome. From these 200, 119 were males and 81 were womem, age between 6 and 83 years old. 161 had started the seizures before the 20 years old and 39 after the 20 years old. In according with the international epileptics seizures classification from 1981 50 had generalized seizures, 4 had simple partial seizures, 10 had complex partial seizures, 124 had partial seizures, with secondary generalized and 12 had indetermined localization seizures. In according with syndromics classification from 1989: 137 had localization epilpsies, 1 from these was idiopathic, 64 were symptomatics, 72 were cryptogenics; 50 generalized epilpsies, 48 from these were idiopathics and 2 cryptogenics, 13 had special epilepsies and syndromes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ARRUDA, W. O. Etiology of Epilepsy, a prospective sutudy of 210 cases. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 49(3) : 251-254, 1991.
- 02 . ATTIA, N. Prevalence of Epilepsy in Kelibia, Tunisia. Epilepsia. 34 (6) : 1028-1032, 1993.
03. BITTENCOURT, P.C. Redução de drogas em pacientes com epilepsias refratárias a politerapia anti epiléptica. p.36-42, 1993.
04. BITTENCOURT, P.C. Redução de drogas em pacientes com epilepsias refratárias a politerapia anti epiléptica. p. 85-88, 1993.
05. CHADWICK, D. Diagnóstico da Epilepsia In: The Lancet. Epilepsia. London:Biogalência, 1990. p. 39-50.
06. COMMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. Proposal for the revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. Epilepsia. 30 : 389-398. 1989.
07. COMMISSION ON EPIDEMIOLOGY AND PROPOSIS INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. Epilepsia. 34 (4) : 592-596, 1993
08. DAM, M. ed. A pratical aproach to epilepsy. London, Pergamon Press, 1991, p. 1-16.
09. DAM. M. ed. A pratical aproach to epilepsy. London, Pergamon Press. 1991. p. 41-60.
10. FORSGREN, L. Prevalence of Epilepsy in adults in northen sweden. Epilepsia 33(3):450-458, 1992.

11. GOODRIGE, D.M. SHORVON, S. D. Incidence and prevalence studies in epilepsy and their methodological problems. *Archiew. Neurol. Neurosug. Psychiats.* 50 (7): 29-39. 1987.
12. GRAM, L. Crises e Síndromes epilépticas. In: *The Lancet. Epilepsia.* London: Biogalência, 1990. p. 17-22.
13. HAUSER, W. A.; KURLAND, L. T. The epidemiology of epilepsy in Rochester, Minnesota, 1935 through 1967. *Epilepsia.* 16 : 1-66. 1975.
14. JENSEN, J.P.; FOLDSPRANG, A. Natural History of epileptic seizures. *Epilepsia.* 24: 297-312. 1983.
15. LÜDERS, H.O.; BURGESS, R. SOHEYL, N. Expandig the international calssification of seizures to provide localization information. *Neurology.* 43 : 1650-1655. 1993.
16. MANFORD, M. HAR, Y.M.; SNADER, J.W.A.S.; & SHORVON, S.D. The national general practice study of epilepsy. The syndromic classification of the international league against epilepsy applied to epilepsy in a general population. *Arch Neurol.* 49 : 801-808. 1992.
17. SHORWON, S.D. Epidemiologia, classificação, história natural e genética de epilepsias. In: *The Lancet. Epilepsia.* London: Biogalência, 1990, p. 3-13.
18. SENANAYAKE, N. Classification of Epileptic seizures. A hospital-Based stdy of 1250 patients in a developing country. *Epilepsia,* 34(5) : 407-418. 1993.
19. THE COMISSION ON CLASSIFICATION AND TERMINOLOGY OF THE INTERNATIONAL LEAGUE AGAINST EPILEPSY. Proposal for revised Clinical and a electroencefalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia.* 22: 489-501, 1981.

TCC
UFSC
CM
0313

N.Cham. TCC UFSC CM 0313
Autor: Claudino, Rinaldo
Titulo: Prevalência das crises e síndrom



972802112

Ac. 253474

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM