

אפילפסיה ושינה: תשובות לשאלות נפוצות

כולנו יודעים שאנחנו חושבים יותר בבהירות, מגיבים מהר יותר ובאופן כללי מתפקדים טוב יותר אחרי שינת לילה טובה. שינה זו חשובה במיוחד אם יש לך אפילפסיה. רוב סוגי האפילפסיה מושפעים על ידי שינה, אולם מידת ההשפעה משתנה בין הסוגים ובין חולה לחולה. ההשפעות של ההתקפים והתרופות האנטי אפילפטיות על איכות השינה יכולות להפוך את העניין למורכב עוד יותר. הבה נבחן את הצדדים השונים של היחסים שבין שינה לאפילפסיה.

לפעמים אני "קופץ" תוך כדי שינה. האם זו אפילפסיה?

דברים משונים רבים יכולים להתרחש בזמן השינה. רבים מהם אינם אפילפסיה ורובם נורמאליים:

- קרוב לוודאי שחווית "קפיצה" פתאומית של השרירים (myoclonus, רתת שריר עוויתי) בחלק מהשרירים או בכל השרירים ממש כשנרדמת, וייתכן שהדבר העיר אותך בבהלה. זוהי תופעה נורמאלית, במקרה זה לא מדובר באפילפסיה.
- אנשים רבים (במיוחד ילדים) רואים בשנתם מחזות מבהילים, אשר לעיתים מלווים בקוצר נשימה או צעקות. זה קורה במהלך השלבים העמוקה יותר של השינה ונקראים פחד-שינה. האדם עשוי להיות מאוד מבולבל כשהוא מתעורר, דבר הגורם לכך להראות כמו התקף. פחד-שינה אינם אפילפסיה, ולעיתים נדירות דורשים טיפול, אלא אם הם קורים בתדירות גבוהה.
- כמו כן, סהרוריות (Somnambulism, הליכה מתוך שינה) והרטבה הן תופעות נפוצות יותר בקרב ילדים. האדם יהיה לחלוטין לא מודע למעשיו, אך אין מדובר באפילפסיה.
- בתסמונת "הרגל חסרת המנוחה", דגדוג או עקצוצים מורגשים ברגל בזמן שמנסים להירדם, ורק תזוזה מפסיקה את התחושה. ה"קפיצות" הנוצרות ברגל בשל כך יכולות להידמות לאפילפסיה, אך אין מדובר באפילפסיה.
- תנועות רגעיות מתוך שינה כוללות תזוזה קצבית וקטנה של הרגל או שתי הרגליים. בדרך כלל האדם אינו מתעורר מכך, ובדרך כלל אין הדבר דורש טיפול.
- אם התנועה בזמן השינה הינה אלימה מאוד, ייתכן כי האדם סובל מהפרעת התנהגות בשם "REM". באופן נורמאלי, אנו משותקים בזמן שאנו חולמים. בהפרעת התנהגות REM, השיתוק הנורמאלי לא קיים והאדם פשוט יכול "להציג" את חלומותיו. ייתכן שיהיה צורך לטפל בהפרעה הזו, אך לא מדובר באפילפסיה.

האם סוגים מסוימים של אפילפסיה קשורים לשינה?

- אפילפסיה אינה מחלה אחת בודדה, וקיימים סוגים רבים של התקפים. חלקם מתרחשים באופן אקראי. אחרים אינם אקראיים ויכולים להיות בעלי קשר חשוב לשינה. חלק מהסוגים מאוד צפויים. אם אתה מקפיד על רישום של ההתקפים, אתה והרופא יכולים לזהות את דפוסי ההתקפים ולהתמודד איתם בצורה טובה יותר.
- אחד מסוגי האפילפסיה היותר מקושרים לשינה נקרא "התעוררות גרנד-מאל". אם יש לך אפילפסיה מסוג זה, יש לך התקפים טונים-קלונים (גרנד-מאל), אך הם קורים רק רגע לפני או אחרי שאתה מתעורר. בדרך כלל ההתקפים מופיעים בבוקר, אך הם יכולים גם להתרחש כשתתעורר מתנומה קצרה. בדרך כלל תרופות נגד התקפים יכולות לשלוט בכך, אך עליך להיות זהיר בכל מקרה בזמן שיש סיכון גבוה להתקף. אל תפעיל מכונות ואל תשגיח על ילדים קטנים מיד לאחר שאתה מתעורר.

הרבה סוגים נוספים של אפילפסיה כוללים התקפים המתרחשים לעיתים, אך לא תמיד, מיד לאחר התעוררות. אפילפסיה מיוקלנית ג'וונלית, או Juvenile JME ("של צעירים"), בדרך כלל מופיעה בקרב נערים. במצב זה יופיעו קפיצות מהירות ומבודדות של השרירים (בדומה למה שרוב האנשים חווים כשהם נרדמים) הנקראות מיוקלונוס. אם זהו סוג האפילפסיה שיש לך, יתכן שיש לך גם התקפי גרנד-מאל, בדרך כלל מוקדם בבוקר. לרוב תרופות נגד התקפים יכולות לשלוט בהתקפים אלה.

סוג אחר של התקפים נוטה להתרחש במהלך השינה במקום בהתעוררות. התקפי אונה פרונטלית הם סוג של אפילפסיה חלקית המתחילה באונה הפורנטלית (הקדמית), החלק של המוח שמאחורי עצם המצח. התקפי אונה פרונטלית הינם רגועים (בדרך כלל לא יותר מ-2 דקות) ולעיתים אלימים. הם בדרך כלל או תמיד מתרחשים בזמן השינה ויכולים להיות מלווים בבלבול רגעי. לתרופות האנטי אפילפטיות יש הצלחה גדולה יותר בשליטה על התקפים מהסוג הזה אם ההתקפים מתרחשים רק בזמן השינה.

גם לילדים יכולה להיות סוג של אפילפסיה שההתקפים שלה מוגבלים לזמן השינה. הסוג הנפוץ ביותר נקרא אפילפסיה רולנדית שפירה (BRE), על שם האיזור במוח שבו היא מתחילה. רעידות של הפנים, הגפיים, או שניהם

בצד אחד של הגוף מתחילות כמעט תמיד בזמן השינה. הילד יתעורר בדרך כלל ויהיה מבוהל. ניתן להשתמש ב- EEG בכדי לאשש את האבחנה. חשוב לוודא האם באמת יש לילד BRE, מפני שהיא בדרך כלל מחמירה. לא תמיד ממליצים על טיפול, במיוחד אם ההתקפים נדירים ומתרחשים בזמן השינה. אם נעשה שימוש בתרופות נגד התקפים, הן יהיו די יעילות ולרוב במינונים נמוכים.

למה הרופא אמר לי לא לישון לפני בדיקת ה- EEG?

למרות שההתקפים הם בדרך כלל בלתי צפויים, אנו יודעים כי דברים מסויימים מגבירים את הסבירות שהם יקרו. סוגים רבים של לחץ נפשי ופיזי, כולל חולי או חוסר שינה, יכולים להגביר את הסבירות להתקף. לכן על אנשים עם אפילפסיה להימנע מחוסר שינה ושתיית אלכוהול המפריעה לשינה רגילה. רופא המאמין כי יש לך אפילפסיה ימליץ על ביצוע בדיקת EEG בכדי לאשש את האבחנה וללמוד על סוג האפילפסיה שיש לך. כיוון שחלק מההפרעות ניתנות לצפייה רק בזמן השינה, חשוב שתישן במהלך הבדיקה. לכן יבקשו ממך להגיע לבדיקה לאחר שלא ישנת זמן רב, למרות שהדבר מנוגד להמלצות בדרך כלל, מפני שהבדיקה תהייה יותר מדוייקת ושלמה. הדבר גם יגדיל את הסבירות לכך שההפרעות יופיעו במהלך הבדיקה.

מדוע אני ישנוני במשך היום?

תחושת נמנום במשך היום אינה נדירה אצל אנשים עם אפילפסיה. אם הדבר מטריד אותך עליך לפנות לרופא. יתכן שיהיה זה קשור להתקפים חוזרים או לתרופות שאתה נוטל, או שזו אותה ישנוניות שחווים אנשים רבים בשל העובדה שאינם ישנים מספיק או ששנתם מופרעת על ידי רעש, אלכוהול או קפאין. אם יש לך אפילפסיה אין הדבר מונע ממך לחוות הפרעות שינה שאינן קשורות למחלה. אם יש לך הפרעות שינה הן יכולות להחמיר את האפילפסיה שלך, והאפילפסיה יכולה להפוך את השינה לגרועה יותר. כך אתה עלול לפתח מעגל של החמרת האפילפסיה ובעיית השינה, שיכול להקשות על הטיפול בכל אחת מהבעיות. אם יש לך אפילפסיה, עליך להקדיש תשומת לב מיוחדת לתנאי השינה שלך ולהפרעות אפשריות. הפרעת השינה המדאיגה ביותר בקרב אנשים עם אפילפסיה היא דום נשימה בשינה (sleep apnea), בה הנשימה מופסקת רגעית במהלך השינה. תופעה זו קיימת אצל לפחות 2% מהאוכלוסייה, ושכיחה יותר אצל אנשים עם משקל עודף. כשהשינה מעמיקה, נתיב האוויר מתרפה יתר על המידה, ונחסם. המוח מזהה את המחסור בחמצן שנובע מכך, והאדם מתעורר (לרוב בנחירה קולנית) וחוזר לנשום. לעיתים תכופות אין הוא זוכר את ההתעוררות, אך הדבר קורה במשך כל הלילה והשינה איננה נורמאלית. לכן האדם יהיה ישנוני רוב הזמן וימצא בסיכון להירדמות בזמן נהיגה לדוגמא. חשוב במיוחד לזהות ולטפל בדום נשימה בשינה אם יש לך אפילפסיה. חוסר השינה יכול להחמיר את האפילפסיה, כמו גם המחסור בחמצן שמגיע למוח שלך בזמן השינה. יתכן שתמשיך לחוות התקפים (במיוחד בזמן השינה) גם אם אתה נוטל את התרופות שאחרת היו יעילות. גם הישנוניות וגם האפילפסיה שלך ישתפרו אם דום הנשימה בשינה יטופל.

האם העובדה שיש לי התקפים כשאני ישן היא בעייתית?

ההתקפים נמשכים רק כדקה או שתיים בדרך כלל, ורוב האנשים מתאוששים מהר ויכולים לתפקד באופן די נורמאלי כבר לאחר 10 או 15 דקות. ההתאוששות מהתקף כללי יכולה לקחת קצת יותר זמן. אך חלק משמעותי מהאנשים עם אפילפסיה מרגישים כי הם אינם מתפקדים באורח אופטימלי במשך יום או יומיים לאחר ההתקף. קבוצת אנשים זו כוללת בתוכה רבים שעוברים התקפים בשנתם.

באופן מסויים, התקפים תוך כדי שינה פחות מפריעים. וודאי שהסבירות לפגיעה עקב נפילה או תאונה כלשהי קטנה יותר. יתכן שתתקשה לעבוד או להתרכז למחרת היום. לא כל הסיבות ברורות, אך ההפרעה לשינה כנראה משחקת תפקיד חשוב בכך.

ההשפעה של האפילפסיה על דפוסי השינה היא הרבה יותר משמעותית ומתמשכת מאשר ההשפעה של התעוררות בזמן ההתקף על דפוסי השינה. השינה מורכבת ממכלול מסובך של מעגלים, בהם מתקדמים האנשים תוך כדי השינה דרך שלבים שונים. השלבים המוקדמים, 1 ו-2, מתרחשים מיד לאחר ההרדמות, ואורכים כחצי מזמן השינה הכולל. בלילה נורמאלי, אתה תתקדם לאחר מכן לשינה עמוקה יותר, שלבים 3 ו-4, הנקראים גם שינת גלים- איטיים. שינת REM (rapid eye movement, תנועת עיניים מהירה) היא השלב הבא, שבו אתה חווה את החלומות המציאותיים ביותר. באופן נורמאלי, אנשים עוברים דרך המעגלים הללו מספר פעמים במהלך הלילה.

התקף תוך כדי שינה משפיע על דפוסי השינה למשך שאר הלילה. השינה נעשית קלילה יותר, עם יותר משלב 1 של שינה והתעוררויות תכופות. ההשפעה הרצינית ביותר היא על שינת-ה-REM, שמופחתת מאוד ולעיתים אפילו לא מתקיימת כשההתקף מגיע מוקדם בשינה. התקפים במהלך היום גם יכולים להשפיע על שינת REM, אך באופן חלש יותר.

למה עלינו לדאוג בקשר לשינויים הללו? אנו עדיין לא מבינים לגמרי את התפקיד של שינת REM, אך קיימות עדויות רבות לכך שהיא חשובה. אם לא "תקבל" מספיק שינת REM בלילה מסויים, בפעם הבאה שתישן תחוה יותר שינת REM בכדי לפצות על כך (נקרא גם ריבאונד של REM). הדבר מצביע על חשיבותה של שינת ה-REM, אך לא אומר לנו מדוע. ישנן הוכחות לכך שהיא חשובה לסוגים מסויימים של זכרון, וקרוב לוודאי שגם לריכוז. לכן, אם תחסר לך שינת REM, יהיו לך קשיים בזכרון ובריכוז למחרת, גם אם לא תרגיש מנומנם.

אנו לא יודעים על דרך ליצור יותר שינת REM, אז מה עליך לעשות אם שנתך הופרעה על ידי התקף? ברור כי יש לנסות לעצור את ההתקפים, ואם הם לא נמצאים תחת שליטה על הרופא שלך להפנות אותך למרכז טיפול באפילפסיה. תרופות שונות יכולות להביא לשליטה בהתקפים, ויתכן שתהייה מועמד מתאים לעבור ניתוח לפתרון הבעיה. אם אין זה אפשרי להפסיק את כל ההתקפים, עליך להקפיד לישון מספיק, במיוחד ביום או יומיים שלאחר ההתקף.

האם התרופות נגד ההתקפים ישפיעו על השינה שלי?

רוב האנשים עם אפילפסיה נוטלים תרופות. בין אם הן מצליחות להביא לשליטה מוחלטת בהתקפים ובין אם לא, הן גורמות בין השאר לעייפות, בעיות בזכרון, או קשיי ריכוז. חלקן, כגון phenobarbital ו-Klonopin (clonazepam), משמשות אפילו כתרופות הרגעה. הן משנות את מבנה השינה ומשפיעות על שינת ה-REM. אפילו תרופות כמו Dilantin או Phenytek (phenytoin) ו-Tegretol או Carbatrol (carbamazepine) שאינן נחשבות מרגיעות, מפחיתות את שינת ה-REM וגורמות לבעיות בזכרון. Lamictal (lamotrigine) עלולה לגרום לבעיות הירדמות.

לתרופות אנטי אפילפטיות אחרות, כגון Neurontin (gabapentin) ו-Depakote (valproate), יש השפעה קטנה על השינה. אנו עוד לא מכירים את ההשפעות של חלק מהתרופות החדשות כמו Trileptal (oxcarbazepine), ו-Keppra (levetiracetam), ו-Zonegran (zonisamide).

סטודנטית בת 25 עם אפילפסיה, שההתקפים שלה כללו בהייה, מצמצמי שפתיים והפרעות בדיבור, לא הייתה זוכרת את שאירע במהלך ההתקף. ראשית היא נטלה Tegretol, אך כשהמינון הוגדל היא הרגישה עייפה במשך רוב היום והתקשתה להתרכז בשיעורים. היא לא חוותה יותר התקפים וחשבה שהיא ישנה טוב. כיוון שהיא הרגישה עייפה כל הזמן, התרופה הוחלפה ל-Neurontin. כמעט מיד היא הרגישה יותר עירנית ואנרגטית. לא היו לה יותר התקפים, והיא הרגישה הרבה יותר טוב. ה-Tegretol השפיע ככל הנראה על איכות השינה שלה לרעה, והפך אותה ללא יעילה. התיקון בתרופה הביא להטבה, והיא שבה לתפקד באופן מיטבי.

לא כולם רגישים לתרופה זו או אחרת, ולחלק אין שום בעייה עם Tegretol. אך אם נדמה לך שהזכרון והריכוז שלך מושפעים לרעה, יתכן כי התרופה מפריעה לך בשנתך (אפשרות זו סבירה עוד יותר אם אין לך התקפים, דבר היכול לגרום לקשיים דומים). שאל את הרופא שלך בקשר לשימוש בתרופה אחרת.

שמעתי על סוגים שונים של בדיקות EEG ואחרות. איזה מהן עליי לעבור?

בדיקת ה-EEG היא בדיקה בטוחה לחלוטין שאינה כואבת כלל, והיא מבוצעת למרבית האנשים שחושדים שיש להם התקפים. הבדיקה מראה את גלי המוח, והרופא יכול לחפש בהם את הדפוסים האופייניים לאפילפסיה. כפי שהוזכר קודם לכן, כיוון שהשינויים בגלי המוח מתרחשים בשכיחות גבוהה יותר בזמן השינה, הרופא ינסה לבצע הקלטות גם כשאתה ער וגם בשנתך.

לפעמים הרופא יבקש ממך להישאר ער כל הלילה לפני בדיקת ה-EEG. בגלל המחסור בשינה, המוח שלך ישדר יותר גלים לא-נורמאליים מהרגיל, והבדיקה יכולה להועיל מאוד בביצוע אבחנה מדוייקת.

אם האבחנה עדיין לא בטוחה לאחר כמה בדיקות EEG, יתכן שהרופא ימליץ על בדיקה ממושכת, הנקראת גם EEG אמבולטורי. סוג זה של הקלטה יראה דגימה ארוכה של גלי המוח שלך, שתכלול את השינה העמוקה שבדרך כלל אינה מוקלטת בבדיקת EEG רגילה. אתה יכול לעבור את הבדיקה הזו בבית, עם ציוד שתיקח איתך, או שתוכל להישאר בבית החולים לזמן מה.

דרך נוספת להבהיר את האבחנה של האפילפסיה היא להכניס אותך לבית חולים ליחידת הקלטה משולבת של וידאו ו-EEG למשך מספר ימים. במשך הזמן הזה אתה תצולם בזמן שגלי המוח שלך מוקלטים. הדבר מאפשר למומחים לקבוע אם השינויים בפעילות גלי המוח אצלך הם עקביים לפעילות התקפית, ואף לסייע בקביעת המיקום של מוקד ההתקפים במוח.

בדיקת EEG רגילה אינה מבצעת הערכה של הפרעות שינה. לרוב האנשים עם אפילפסיה אין הפרעות שינה, אך אם יש לך גם אפילפסיה וגם הפרעה כגון דום נשימה בשינה, כדאי שתבצע בדיקות שינה, שבמהלכן תצטרך לישון במעבדה. יבצעו ניטור של תנועות העיניים, מתח השרירים, נשימה, ושל גלי המוח בכדי לראות אם דפוסי השינה שלך נורמאליים, ואם הם לא, בכדי לקבוע מהי הבעייה שיש לך.

מה כדאי שאזכור בקשר לשינה?

אנשים עם אפילפסיה פגיעים במיוחד להפרעות בשינה, ולרוע המזל התרופות וההתקפים יכולים לתרום לכך. אם יש לך בעיות עם ישנוניות או עם ריכוז וזכרון, גם כשנראה לך שאתה ישן מספיק, יתכן שאתה צריך להחליף את התרופות שלך או לבצע בדיקת שינה. בכדי להשיג את רמת התיפקוד הטובה ביותר שלך, עליך לשים לב ליחס שבין ההתקפים שלך לשינה שלך.

מאת ד"ר קרל וו. בזיל, Ph.D, המכון הנורולוגי בניו-יורק, ניו-יורק, 9.9.03
תרגום: בן אבינר, מרכז חינוך לאפילפסיה ע"ש אניטה קאופמן, מרכז רפואי-אוניברסיטאי סורוקה, ספט' 2006