

KÜSIMUS

Kas fertiilses eas epilepsia diagnoosiga tüdruku või naise nõustamine või mittenõustamine vähendab reproduktiivse düsfunktsiooni ja soovimatu raseduse, rasedus- ja sünnitusaegsete tüsistuste ning lapse kaasasündinud kahjustuste tekke tõenäosust?

SIHTRÜHM:

epilepsia diagnoosiga fertiilses eas tüdruk või naine

SEKKUMINE:

raseduseelne nõustamine

VÕRDLUS:

mittenõustamine

**PEAMISED
TULEMUSNÄITAJAD:**

Nõustamise mõju tulemusnäitajatele: reproduktiivne düsfunktsioon, rasedusaegsed, sünnijärgsed tüsistused; Nõustamise mõju tulemusnäitajale: soovimatu rasedus (efektiivse kontratseptsiooni meetodi valik, IUD); IUD nõustamine vs mittenõustamine; Epileptilised hood raseduse ajal; enne rasedust nõustatud vs raseduse ajal nõustatud naised; Rasedusaegsete epileptiliste hoogude puudumine; raseduseelset nõustamist mitte saanud naised vs raseduseelset nõustamist saanud naised; Raseduse katkemine; raseduseelset nõustamist mitte saanud naised vs raseduseelset nõustamist saanud naised; Raseduse katkestamine leitud anomaalia tõttu; rasedust planeerivad naised vs rasedad naised; Enneaegne sünnitus; rasedust planeerivad naised vs rasedad naised; Enneaegne sünnitus; raseduseelset nõustamist mitte saanud naised vs raseduseelset nõustamist saanud naised; Keisrilõige; raseduseelset nõustamist mitte saanud naised vs raseduseelset nõustamist saanud naised; Suured kongenitaalsed malformatsioonid lapsel; rasedust planeerivad naised vs rasedad naised; Suured kongenitaalsed malformatsioonid; raseduseelset nõustamist mitte saanud naised vs raseduseelset nõustamist saanud naised; Foolhappe tarvitamine (kaudne tulemusnäitaja - lapse kognitiivsed ja käitumuslikud häired); raseduseelset nõustamist mitte saanud naised vs raseduseelset nõustamist saanud naised; Raseduse katkemine, keisrilõige, kongenitaalsed malformatsioonid, rasedusaegsed epileptilised hood; rasedust planeerinud (nõustamist saanud) naised vs rasedust mitteplaneerinud (nõustamist mittesaanud) naised; Teadlikkuse tõstmine (kaudne tõendus); nõustamine (Decision aid sekkumine) vs mittenõustamine; Informatsioon, mida epilepsiaga naised vajavad (kaudne tõendus); Informatsioon, mida epilepsiaga naised vajavad (kaudne tõendus); Informatsioon, mida epilepsiaga naised vajavad (kaudne tõendus); Informatsioon, mida epilepsiaga naised vajavad (kaudne tõendus); Rasedusaegsete epileptiliste hoogude seos raseduse tüsistustega ; Rasedusaegsete epileptiliste hoogude seos raseduse tüsistustega; Rasedusaegsete epileptiliste hoogude seos raseduse tüsistustega; Rasedusaegsete epileptiliste hoogude seos lapse IQ-ga; Rasedusaegsete epileptiliste hoogude seos lapse IQ-ga; Epilepsiaga seotud naiste suurem raseduse ajal; Epileptiliste hoogude esinemine raseduse ajal; Epileptiliste hoogude esinemine raseduse ajal; Epileptiliste hoogude esinemine raseduse ajal; Informatsioon valproaadi ära jätmise kohta, kui naine on juba rase; Epilepsia risk lapsel, kelle vanemal on epilepsia; Epilepsia risk lapsel, kelle vanemal on epilepsia; Epilepsia risk lapsel, kelle vanemal on epilepsia; Epilepsia risk lapsel, kelle vanemal on epilepsia; Vanematel epilepsia alguse vanuse mõju lapse epilepsia tekkeriskile; Epilepsia risk lapsel, kui vanemal on fokaalne epilepsia; Epilepsia pärandumise riskist informeerimise olulisus; Perinataalsete tüsistuste risk epilepsiaga versus ilma epilepsiata naistel; Perinataalsete tüsistuste risk epilepsiaga versus ilma epilepsiata naistel; Perinataalsete tüsistuste risk epilepsiaga versus ilma epilepsiata naistel;

TAUST:

HINNANG

Probleem

Kas probleem on prioriteetne?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input checked="" type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda 	<p>Senine tõendusmaterjal kinnitab, et fertiilses eas epilepsiaga naiste nõustamine ravi ja planeeritava raseduse küsimustes on prioriteetne.</p> <p>Nõustamise olulisust on rõhutatud kolmes rahvusvahelises ravijuhendis, mille kvaliteedi hinnati AGREE II instumendiga:</p> <p>1) National Institute for Health and Excellence (NICE). Epilepsies: diagnosis and management. 2012, viimane uuendus 2020.</p> <p>2) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Epilepsy in Pregnancy. Green-top Guideline. 2016, viimane uuendus 2018.</p> <p>3) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Diagnosis and management of epilepsy in adults. 2015, viimane uuendus 2018.</p> <p>Kogu kaasaegne epilepsiaga naise käsitus põhineb õigeaegsel ja tõenduspõhisel nõustamisel erinevatel eluetappidel - tüdruk, noor naine, rasedust planeeriv naine, rase naine, naine sünnitusjärgsel perioodil.</p>	

Soovitud mõju

Kui suur on eeldatav soovitud mõju?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tühine <input type="radio"/> Väike <input type="radio"/> keskmine <input checked="" type="radio"/> Suur <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda 	<p>Tõendusmaterjali nõustamise efektiivsuse kohta negatiivsete tulemusnäitajate vältimiseks või vähendamiseks on suhteliselt vähe. Randomiseeritud kontrolluuringuid sellel teemal ei ole. Leidub üksikuid madalama kvaliteediga retrospektiivsed jälgimisuuringud (14, 15, 16, 17, 18).</p> <p>Tõendusmaterjali vähesuse ja madala kvaliteedi põhjusteks võib muuhulgas olla järgmine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raseduseelse nõustamise efektiivsust peaks parimal juhul hindama ema ja lapsega seotud tulemusnäitajate mõõtmisel: langenud malformatsioonide tase, lapse parem neurokognitiivne areng, tüsistuste vähenemine raseduse ajal (hoogude sagenemine, suremus ja muud). Sellised uuringud aga vajavad väga suurte populatsioonide jälgimist ja palju ressursse. • Nõustamise mõju hindavaid prospektiivseid randomiseeritud kontrolluuringuid ei saa teha ka eetilistel kaalutlustel, sest ei ole eetiline moodustada kohorti naistest, keda ei nõustata. 	

- Raseduseelse nõustamise mõju hinnata ka asendusmarkerite (*surrogate markers*) või kaudsete tulemusnäitajate abil: naiste suurenenud teadlikkus rasedusega seotud küsimustes pärast nõustamist, vähenenud planeerimata raseduste arv, suurenenud raseduseelne foolhappe kasutamine, õige kontratseptsiooni meetodi valik, naise rohkem kaasamine otsustamise protsessi.

Teemaga seotud uuringutes on leitud järgmist:

- Raseduse katkemine oli sagedasem nõustamata naiste rühmas võrreldes nõustamist saanud naiste rühmaga (3/59 (5,1%) vs 0/85), suured kongenitaalsed malformatsioonid esinesid sagedamini nõustamata naiste rühmas (11/59 (18,6%) vs 0/85); enneaegne sünnitus oli veidi sagedasem nõustamata naiste rühmas (3/59 (5,1%) vs 2/85 (2,2%)), aga uuringu valim oli väga väike ning tulemused ei olnud statistiliselt olulised (v.a malformatsioonide esinemine) (15). Uuringusse kaasati rasedust planeerivad naised ja juba rasedad naised, rasedust planeerivad naised said nõustamist, juba rasedad naised said tavapärasest ravi (neile sellist nõustamist ei tehtud). Nõustamine toimus haiglas. Nõustamine oli väga põhjalik ning hõlmas palju teemasid.
- Teises uuringus planeerimata (nõustamata) raseduse puhul esines võrreldes planeeritud (nõustatud) rasedusega sagedamini: enneaegne sünnitus (49/240 (20,4%) vs 6/182 (3,3%), $p < 0,001$), keisrilõige (135/240 (56,3%) vs 82/182 (45,1%), $p = 0,023$) ja suured kongenitaalsed malformatsioonid (18/240 (7,5%) vs 3/182 (1,6%), $p = 0,006$) (17). Uuringusse kaasati rasedust planeerivad naised, keda nõustas haiglas epileptoloog. Nõustamine sisaldas ravimi tüübi ja doosi optimeerimist, foolhappe määramist. Vajadusel tehti kordusvisiit.
- Epileptiliste hoogude esinemist raseduse ajal kirjeldati kolmes uuringus: enne rasedust nõustatud naistel esines vähem hooge (4/46 (8,7%)) kui raseduse ajal nõustatud naistel (14/44 (31,8%)), $p < 0,01$ (16); enne rasedust mittenõustatud naistel esines vähem hoovabadust (66/289 (22,8%)) kui enne rasedust nõustatud naistel (77/188 (41%)), $p < 0,001$ (17); rasedust planeerinutel (nõustatud) naistel esines raseduse ajal vähem epileptilisi hooge kui rasedust mitteplaneerinud naistel 8/51 (15,7%) vs 28/81 (34,6%), $p = 0,018$ (18). Viimases uuringus vaadati ka nõustamise efekti sellistele tulemusnäitajatele nagu: raseduse katkemine, enneaegne sünnitus, keisrilõige, kongenitaalsed malformatsioonid, madal Apgari skoor lapsel, väike sünnikaal, lapse intensiivravivajadus, kuid statistiliselt olulisi seoseid ei leitud. Sabers 2009 uuringus nõustati

noori epilepsiaga naised epilepsia kliinikus. Nõustamine oli põhjalik: kontratseptsioon, AED annuse muutmine hormonaalse kontratseptiivi ära jätmisel, info, et raseduse ajal AED annust tõstetakse. ABE 2014 uuringus nõustas neuroloog või neurokirurg rasedust planeerivaid naised haiglas. Nõustamine oli üsna põhjalik: diagnoosi ülevaatamine, AED annuse ülevaatamine.

Ravijuhendi "Epilepsia käsitlemine fertiilses eas naistel ja rasedatel" käsitlevas esimese kliinilise küsimuse juures tulemusnäitajate "reproduktiivne düsfunktsioon: viljatus, polütsüstilised munasarjad; soovimatu rasedus; preeklampsia; eklampsia, ema intensiivravi vajadus, sünnitusaegne verejooks, väike kasv ja peaümbermõõt gestatsiooninäidala kohta, vaimne alaareng, kognitiivsed ja käitumuslikud häired" ja raseduseelse nõustamise kohta uuringuid ei leitud.

Mõnes uuringus on raseduseelse nõustamise efektiivsust hinnatud asendusmarkerite (kaudsete tulemusnäitajate) abil:

- Randomiseeritud kontrolluuringus leiti, et naised, kes olid nõustatud rasedusega seotud küsimustes, olid hiljem teadlikumad epilepsia ja rasedusega seotud probleemidest (Cohen'i $d = 1,24$; 95% CI 0,77–1,83). Neil oli ka vähem otsustamise konflikti (Cohen'i $d = 0,59$; 95% CI 0,21–0,99) (19). Uuringusse kaasati naised vanuses 18–45, keda nõustas uurija. Nõustamine toimus telefoni teel, uuritavaid anti lugemismaterjal. Nõustamine oli väga põhjalik, kuid põhines peamiselt raamatu lugemisel kodus.
- Ühes jälgimisuuringus leiti, et noorte epilepsiaga naiste nõustamine sobiva kontratseptsiooni meetodi suhtes (IUD) on seotud hilisema naise valikuga kõige efektiivsema meetodi kasuks (12/27 (44,4%) vs 2/31 (6,5%)) OR = 0,15 (0,03–0,71) (14). Uuringusse kaasati naised vanuses 18–45 eluaastat, nõustas neuroloog haiglas. Nõustati kontratseptsiooni meetodi valiku ning antikongvulsantide ja hormonaalsete kontratseptiivide koostoime osas. Sekretariaadi hinnangul on tegemist kaudse näitajaga, mis kirjeldab tulemusnäitajat "soovimatu rasedus".
- Ülejäänud uuringud näitasid, et epilepsiaga naiste informeeritus antud teemal on soovitusel madalam. Epilepsiaga naised soovivad saada rohkem informatsiooni ja nõustamist fertiilsuse, kontratseptsiooni ja rasedusega seotud teemadel. Naised huvitavad teemad on: epilepsia/epilepsiaravi toime lootele, raseduse mõju

hoogude sagedusele, lapsel epilepsia arenemise risk (20, 21, 22, 23).

Konvulsiiivsete hoogude mõju rasedusele

- Enamikes uuringutes on leitud seos raseduse ajal konvulsiiivsete epileptiliste hoogude esinemise ja raseduse negatiivsete tulemuste vahel. Ühe või rohkema konvulsiiivse epileptilise hoo esinemine raseduse ajal (versus hoovaba rasedusega) oli seotud lühema gestatsiooni vanusega 37,5 (35,1–41,6) vs 39,7 (29,1–46,3) nädalat, enneaegse sünnituse riskiga 4 (14) vs 8 (115); $p = 0,042$ ja madalama poiste sünnikaaluga (2,900 [2,050–3,870] vs 3,205 [1,575–4,355] g; $p = 0,040$) (Rauchenzauer et al., 2013). Epileptiliste hoogude esinemise puhul raseduse ajal esineb rohkem alakaaluliste laste sünde OR = 1,36 (95% CI 1,01-1,88), enneaegset sünnitust OR = 1,63 (95% CI 1,21-2,19), väikese kasvuga laste sünde gestatsiooniea kohta (SGA) OR = 1,37 (95% CI 1,09-1,70), võrreldes naistega, kellel ei ole epilepsiat (Chen et al., 2009). Epileptiliste hoogude esinemine raseduse ajal võib olla seotud laste madalama IQ-ga: 84,4 (SD 6,8) ($n = 42/248$) vs 93,2 (SD 17,7) ($n = 112/248$) lastel, kelle emad olid hoovabad (24). On oluline ka meeles pidada ema terviseriske perinataalsel perioodil. Epilepsiaga naiste suremus perinataalses perioodis võib olla oluliselt kõrgem, mis on põhiliselt seotud sagedaste konvulsiiivsete hoogude esinemisega (26).

Epilepsia kulg raseduse ajal

- EURAP registri andmetel 2013. aasta seisuga olid 2/3 epilepsiaga naistest raseduse ajal hoovabad. Idiopaatilise generaliseerunud epilepsia puhul see näitaja oli kõrgem (73,6%) ja fokaalse epilepsia puhul madalam (59,5%) (1). Mõnevõrra madalam hoovabaduse osakaal oli KREP registri uuringul – 47,8%. Hoogude esinemise põhilisteks riskifaktoriteks olid: fokaalsed hood (OR 1,6, 95% CI 1,2–2,0); polüteraapia (OR 2,98, 95% CI 2,3–3,9) ja epileptilise hoo esinemine viimase kuu jooksul enne rasedust (OR 15, 95% CI 9–25,1) (3). Austraalia epilepsiaravimite ja raseduse registri andmetel 50,3% naistest olid hoovabad raseduse ajal. Põhiline raseduse hoovabadust ennustav faktor oli hoogude puudumine ühe aasta jooksul enne rasedust (7).

Mida teha, kui naine rasestus mitte soovitatavat epilepsiaravimit kasutades

- Tõenduspõhist informatsiooni selle kohta, mida teha, kui naine juba rasestus mittesoovitava (enamasti valproaadi) ravimi tarvitamise foonil praktiliselt ei ole. 2015. aastal ilmus arvamusartikkel ajakirjas Epilepsia. Tegemist on maailma juhtivate ekspertide ühisarvamusega antud teemal. Autorid rõhutavad seda, et kui naine on juba rasestunud VPA-ravi foonil, siis on vajalik erakorraline epilepsia spetsialisti konsultatsioon. Selle konsultatsiooni eesmärgiks on naist nõustada ja anda informatsiooni kasu ja riskide kohta erinevate strateegiate valikul. Lisaks, tuleb informeerida naist prenataalse skriiningu vajalikkusest ja ka selle piirangutest. Valproaadi ära jätmine, valproaadi annuse vähendamine või teise epilepsiaravimi vastu vahetamine tõenäoliselt ei vähenda potentsiaalsete malformatsioonide riski, kuid ohustab hoogude sagenemisega raseduse ajal (8). Ainus uuring, mis püüab vastata sellele küsimusele põhineb EURAP registri andmetel. Siin vaadati üle hoogude esinemise sagedust naistel, kes juba rasestusid VPA-ravi foonil ja vahetasid (N = 38) või lõpetasid (N = 93) seda ravimit raseduse esimese trimestri ajal. Seda võrreldi naistega, kes jätkasid VPA raviga (N = 1588). Konvulsiivsete hoogude sagedus oli kaks korda kõrgem nii VPA-vahetatud (29%) kui ka VPA-lõpetatud (33%) grupis, võrreldes nendega, kes jätkasid selle raviga (16%) (9).

Epilepsia pärandumise risk

- Epilepsia on heterogeenne haigus, mida põhjustavad nii geneetilised kui ka keskkonna faktorid. Kromosomaalsed anomaaliad ja üksiku geeni mutatsiooniga seotud epilepsiad esinevad harva. Riski hindamine põhineb epidemioloogilistel uuringutel, kui vaadati epilepsia esinemise riski perekondades, kus oli epilepsiaga patsient. Kaheksat epidemioloogilist uuringut sisaldav metanalüüs näitab, et epilepsia risk järglastel, kelle vanematel oli diagnoositud epilepsia varieerus 2.4% ja 4.6% vahel (10). Epilepsiaga emadel on selle haigusega lapse saamise risk on SMR 4.4 (95% CI 2.6-7.1). Epilepsiaga isadel selle haigusega lapse saamise risk on SMR 1.6 (95% CI 0.6-3.6) (11). Ka epilepsia alguse vanus vanematel võib ennustada epilepsia esinemise riski lapsel. Vanematel, kellel epilepsia algas enne 15. eluaastat, selle haiguse tekkerisk lapsel on SMR 3.0 (95% CI 2.41-3.83).

	<p>Epilepsia algus pärast 15. eluaastat on seotud 3,4 kordse riskiga lapsel, SMR 3.4 (95% CI 2.66-4.34). Kui epilepsia algas pärast 35. eluaastat, siis selle haiguse tekkerisk lapsel ei ole tõusnud SMR 1.1 (95% CI 0.35-2.53) (12). Juhul, kui haigus esineb rohkem kui ühel esimese astme sugulasel, epilepsia tekkerisk lapsel võib tõusta kuni 40%-ni (13). Geneetilise generaliseerunud epilepsia esinemise puhul, epilepsia tekkerisk patsiendi esimese astme sugulasel on 5,3% (25). Fokaalsete (mitte-geneetiliste) epilepsiate puhul ei ole näidatud oluliselt suurenenud riski epilepsia edasikandumiseks. Fokaalse epilepsiaga vanematel lapse generaliseeritud epilepsia ja fokaalse epilepsia riski oli vastavalt RR 1,8 (95% CI 0.52-5.94) ja RR 2,1 (0.94-4.55) (27). Patsiendi lapse saamise otsus võib oluliselt olla mõjutatud ülehinnatud haiguse pärandumise riskist (2).</p> <p>Perinataalsete tüsistuste risk epilepsiaga versus ilma epilepsiata naistel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolme analüüsitud uuringu põhjal epilepsiaga naiste perinataalsete tüsistuste risk on mõnevõrra kõrgem, võrreldes epilepsiata naistega. Epilepsiaga naistel võib olla tõusnud preeklampsia, raseduseagse infektsiooni, platsenta irdumise, induktsiooni, keisrilõige risk. Epilepsiaga naiste lastel võib olla kõrgem tõenäosus surnultsündimise, enneaegse sündimise, neonataalse infektsiooni, kongenitaalsete malformatsioonide, asfüksiaga seotud tüsistuste, madala Apgari skoori, neonataalse hüpoglükeemia, respiratoorse distress sündroomi risk (4, 5, 6). 	
<p>Soovimatu mõju Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?</p>		
<p>OTSUS</p>	<p>TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL</p>	<p>TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED</p>
<p> <input type="radio"/> Suur <input type="radio"/> keskmine <input type="radio"/> Väike <input checked="" type="radio"/> Tühine <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda </p>	<p>Kaasatud uuringutes puudus epilepsiaga naise raseduseelsel nõustamisel soovimatu mõju.</p>	

Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> ● Väga madal ○ madal ○ keskmine ○ väga ○ kaasatud uuringud puuduvad 	<p>Randomiseeritud kontrolluuringuid epilepsiaga naiste nõustamise teemal ei ole. Leidub üksikuid väga madala kvaliteediga retrospektiivsed jälgimisuuringud. Kokkuvõttes on nõustamise mõju käsitlevate uuringute tõendatuse aste väga madal.</p>	

Väärtushinnangud

Kas see, kuivõrd inimesed (inimeste erinevad alarühmad) peamisi tulemusi väärtustavad, varieerub või kui ebakindlad me nende hinnangutes oleme?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> ○ oluline ebakindlus või varieeruvus ○ võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus ○ oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub ● oluline ebakindlus või varieeruvus puudub 	<p>Eraldi väärtushinnanguid käsitlevate uuringute otsingut ei tehtud, kuid kaasatud uuringute põhjal võib järeldada, et epilepsiaga naised väärtustavad raseduseelset nõustamist ja soovivad seda saada.</p>	

Mõjude tasakaal

Kas sekkumise soovitud ja soovimatu mõju vahetõrpe viitab sekkumise või võrdlus(tegevuse) ülekaalule?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> ○ soosib võrdlust ○ pigem soosib võrdlust ○ ei soosi sekkumist ega võrdlust ○ pigem soosib sekkumist ● soosib sekkumist ○ Varieerub ○ Ei oska öelda 	<p>Kaasatud uuringutes nõustamise soovimatu mõju puudub. Mittenõustamise puhul esines negatiivseid tulemeid sagedamini. Seega on sekkumise (nõustamise) korral patsiendi kasu suurem kui kahju.</p>	

Vajaminevad ressursid

Kui suur on ressursivajadus (kulud)?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> suur kulu <input checked="" type="radio"/> keskmine kulu <input type="radio"/> mitteamendatav kulu ja sääst <input type="radio"/> keskmine sääst <input type="radio"/> suur sääst <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda 	<p>Eraldi ressursivajadust käsitlevate uuringute otsingut ei tehtud. Selle kliinilise küsimuse raames tehtud otsinguga ressursivajadusi käsitlevaid uuringuid ei leitud.</p>	<p>Epilepsiaga naiste nõustamine võiks toimuda neuroloogi, aga ka perearsti ja -õe, günekoloogi või ämmaemanda vastuvõtul. Nõustamisele ja küsimustele vastamisele kulub aega, mida peab leidma tavavastuvõtu ajal.</p> <p>Kõik neuroloogid, perearstid, -õed, günekoloogid ja ämmaemandid ei ole antud teemadega kursis, ning teatud ressursid lähevad ka nende teadlikkuse tõstmisele.</p>

Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus

Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Väga madal <input type="radio"/> madal <input type="radio"/> keskmine <input type="radio"/> väga <input checked="" type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad 	<p>Eraldi ressursivajadust käsitlevate uuringute otsingut ei tehtud. Selle kliinilise küsimuse raames tehtud otsinguga ressursivajadusi käsitlevaid uuringuid ei leitud.</p>	

Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> soosib võrdlust <input type="radio"/> pigem soosib võrdlust <input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust <input type="radio"/> pigem soosib sekkumist <input type="radio"/> soosib sekkumist <input type="radio"/> Varieerub <input checked="" type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad 	<p>Eraldi kulutõhusust käsitlevate uuringute otsingut ei tehtud. Tõendusmaterjalina arvesse võetud uuringutes kulutõhusust ei käsitletud.</p>	<p>Töörühm arvab, et nõustamine on seotud eeldavalt kuluga, aga pikemas perspektiivis hoitakse ära kulusid.</p>
---	---	---

Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> vähendab võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt vähendab võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust <input checked="" type="radio"/> tõenäoliselt suurendab võrdsust <input type="radio"/> suurendab võrdsust <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda 	<p>Eraldi uuringute otsingut ei tehtud.</p>	<p>Arstide teadmised ja oskused epilepsiaga tüdrukute ja naiste nõustamise osas on ebaühtlased. Kui epilepsiaga naine elab väiksemas asulas, siis raseduseelse nõustamise kättesaadavus võib olla tema jaoks raskem, kui suurtes linnades elavatel patsientidel.</p> <p>Ühest küljest parandame teenust - suurendame tervishoiutöötajate teadmisi ja teeme seeläbi nõustamise rohkematele kättesaadavaks. Teisest küljest soovime nõustada, aga kui kättesaadavus on väiksemas kohas kehvem, siis vähendame võrdsust. Seda probleemi vähendab jällegi lähenemine, et nõustamisega tegelevad ka perearstid ja -õed ning günekoloogid ja ämmaemandad ning nad on teadlikud, millal patsient neuroloogi juurde saata.</p>

Vastuvõetavus

Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
-------	---------------------------	------------------------

<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input checked="" type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	Eraldi uuringute otsingut ei tehtud.	Nii patsiendid, kui ka arstid ja õed peaksid olema huvitatud nõustamisest.
Teostatavus Kas sekkumine on teostatav?		
OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input checked="" type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	Eraldi tõendust rakendatavuse kohta Eestis ei ole.	

OTSUSTE KOKKUVÕTE

	OTSUS						
PROBLEEM	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVITUD MÕJU	Tühine	Väike	keskmine	Suur		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVIMATU MÕJU	Suur	keskmine	Väike	Tühine		Varieerub	Ei oska öelda
TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
VÄÄRTUSHINNANGUD	oluline ebakindlus või varieeruvus	võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus	oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub	oluline ebakindlus või varieeruvus puudub			
MÕJUDE TASAKAAL	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVAD RESSURSID	suur kulu	keskmine kulu	mittearvestatav kulu ja sääst	keskmine sääst	suur sääst	Varieerub	Ei oska öelda

	OTSUS						
VAJAMINEVATE RESSURSSIDE TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
KULUTÕHUSUS	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	kaasatud uuringud puuduvad
VÕRDESED VÕIMALUSED	vähendab võrdsust	tõenäoliselt vähendab võrdsust	tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust	tõenäoliselt suurendab võrdsust	suurendab võrdsust	Varieerub	Ei oska öelda
VASTUVÕETAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
TEOSTATAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda

SOOVITUSE LIIK

Tugev soovitus mitte teha <input type="radio"/>	Nõrk soovitus sekkumise vastu <input type="radio"/>	Nõrk soovitus kas sekkumise või alternatiivi poolt <input type="radio"/>	Nõrk soovitus sekkumise poolt <input type="radio"/>	Tugev soovitus teha <input checked="" type="radio"/>
--	--	--	--	---

JÄRELDUSED

Soovitus

KOPEERIDA WORDIST

Põhjendus

Kaalutlused alamrühmade osas

Rakenduskaalutlused

Jälgimine ja hindamine

VIIDETE KOKKUVÕTE

1. Battino D, Tomson T, Bonizzoni E, et al. Seizure control and treatment changes in pregnancy: observations from the EURAP. *Epilepsia*; 2013.
2. Helbig KL, Bernhardt BA, Conway LJ, et al. Genetic risk perception and reproductive decision making among people with epilepsy. *Epilepsia*; 2010.
3. Thomas SV, Syam U, Devi JS. Predictors of seizures during pregnancy in women with epilepsy. *Epilepsia*; 2012.
4. Razaz N, Tomson T, Wikström AK, et al. Association Between Pregnancy and Perinatal Outcomes Among Women With Epilepsy. *JAMA neurology*; 2017.
5. Fairgrieve SD, Jackson M, Jonas P, et al. Population based, prospective study of the care of women with epilepsy in pregnancy. *BMJ (Clinical research ed.)*; 2000.
6. Olafsson E, Hallgrímsson JT, Hauser WA, et al. Pregnancies of women with epilepsy: a population-based study in Iceland. *Epilepsia*; 1998.
7. Vajda FJ, Hitchcock A, Graham J, et al. Seizure control in antiepileptic drug-treated pregnancy. *Epilepsia*; 2008.
8. Tomson T, Marson A, Boon P, et al. Valproate in the treatment of epilepsy in girls and women of childbearing potential. *Epilepsia*; 2015.
9. Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, et al. Withdrawal of valproic acid treatment during pregnancy and seizure outcome: Observations from EURAP. *Epilepsia*; 2016.
10. Winawer MR, Shinnar S. Genetic epidemiology of epilepsy or what do we tell families?. *Epilepsia*; 2005.
11. Ottman R, Annegers JF, Hauser WA, et al. Higher risk of seizures in offspring of mothers than of fathers with epilepsy. *American journal of human genetics*; 1988.
12. Ottman R, Annegers JF, Risch N, et al. Relations of genetic and environmental factors in the etiology of epilepsy. *Annals of neurology*; 1996.
13. Doose H, Neubauer BA. Preponderance of female sex in the transmission of seizure liability in idiopathic. *Epilepsy research*; 2001.
14. Espinera AR, Gavvala J, Bellinski I, et al. Counseling by epileptologists affects contraceptive choices of women with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*; 2016.
15. Betts T, Fox C. Proactive pre-conception counselling for women with epilepsy-is it effective?. *Seizure*; 1999.
16. Sabers A, . Influences on seizure activity in pregnant women with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*; 2009.
17. Zhang YY, Song CG, Wang X, et al. Clinical characteristics and fetal outcomes in women with epilepsy with planned and unplanned pregnancy: A retrospective study. *Seizure*; 2020.
18. Abe K, Hamada H, Yamada T, et al. Impact of planning of pregnancy in women with epilepsy on seizure control during. *Seizure*; 2014.
19. McGrath A, Sharpe L, Lah S, et al. Evaluation of a Decision Aid for Women with Epilepsy Who Are Considering Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Med Decis Making*; 2017.
20. Crawford P, Lee P. Gender difference in management of epilepsy-what women are hearing.. *Seizure*; 1999.
21. Crawford P, Hudson S. Understanding the information needs of women with epilepsy at different lifestages. *Seizure*; 2003.
22. McGrath A, Sharpe A, Lah S, et al. Pregnancy-related knowledge and information needs of women with epilepsy: a systematic review. *Epilepsy & Behavior*; 2014.
23. Dierking C, Porschen T, Walter U, et al. Pregnancy-related knowledge of women with epilepsy - An internet-based survey in German-speaking countries. *Epilepsy & Behavior*; 2018.
24. Adab N, Kini U, Vinten J, et al. The longer term outcome of children born to mothers with epilepsy. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*; 2004.
25. Bianchi A, Viaggi S, Chiocci E, et al. Family study of epilepsy in first degree relatives: data from the Italian Episcreeen. *Seizure*; 2003.
26. Edey S, Moran N, Nashef L. SUDEP and epilepsy-related mortality in pregnancy. *Epilepsia*; 2014.
27. Ottman R, Lee JH, Hauser WA, et al. Are generalized and localization-related epilepsies genetically distinct?. *Archives of neurology*; 1998.