

TACTICA TERAPEUTICĂ ÎN EPILEPSIA ROLANDICĂ BENIGNĂ

Diana Coropceanu, Ion Iliciuc

Curs de Neuropediatrică, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Therapeutical strategy in benign rolandic epilepsy

This paper presents our experience in the treatment of 15 patients with benign rolandic epilepsy. It is the most common pediatric epilepsy, which may have a dramatic course. The children were underlined to neurological, electroencephalographic examinations and cerebral IMR investigation. The results of psychological test lead to initiate the correct antiepileptic medication which allowed reducing the number of complications. All patients with benign rolandic epilepsy must therefore be followed carefully.

Rezumat

Acest articol redă tactica terapeutică inițiată la un grup de 15 copii ce suferă de epilepsie rolandică benignă. Este una din cele mai dese forme de epilepsie benignă întâlnită la copii, dar care poate avea un rezultat final dramatic. Pacienții au fost supuși examenului neurologic, electroencefalografic și investigației prin IMR cerebral. Rezultatele obținute în urma testelor psihologice ne pot conduce la inițierea medicației corecte, timpurii care va permite reducerea numărului de complicații. Toți copiii cu epilepsia rolandică benignă necesită o abordare terapeutică mai grijulie.

Actualitatea

Este cea mai frecvent întâlnită formă de epilepsie benignă la vârsta copilăriei. Epilepsia rolandică denumită astfel după regiunea din creier afectată, ce apare exclusiv la copiii cu dezvoltare anterioară normală, cu vârsta cuprinsă între 3-14 ani. Crizele convulsive sunt scurte, încep, de obicei în somn, și dimineața imediat ce copilul se trezește din somn și cauzează o lipsă de tonus a musculaturii feței și imposibilitatea de a vorbi (blocaj al limbajului), cu manifestări afonice (incapacitatea de a produce sunete, ca o consecință a disfuncției laringiene), anartrie (pierderea capacității și coordonării de a articula cuvintele), hipersalivația apare la 1/3 dintre copii, fiind secundară în urma dificultăților de deglutiție. Apar simptome senzitive hemifaciale care se pot generaliza. Criza durează câteva minute și încetează de la sine. Pacienții rămân conștienți. În multe cazuri afecțiunea nu începe să se manifeste în copilărie ci în adolescență.

Epilepsia Rolando se caracterizează prin apariția crizelor parțiale simple, cu fenomene motorii hemifaciale, la care se asociază simptome somatosenzorii cu parestezii unilaterale, ce interesează limba, buzele, gingiile și interiorul obrazilor. Criza nu durează mai mult de 1-2 minute și la terminarea sa copilul este capabil să povestească că episodul a început printr-o senzație de parestezii, amorțeli în limbă, gingii și obraji, dintr-o parte a feței. Criza poate să se extindă la braț (criză brahiofacială) și mai rar la tot hemicorpul (convulsii unilaterale). Aceste simptome au tendință să evolueze spre crize tonico-clonice generalizate. Predominanța e raportată la băieți.

Traseul EEG remarcă vîrfuri centrotemporale (sharp waves) tipice sau vîrfuri (spike), urmate de unde lente, difazice, de voltaj mare, frecvent în bufeuri, cu caracter repetitiv, adesea bilaterale, care sunt activate în somn și au tendință de propagare spre regiunile corticale. Focarul este unilateral în 60% din cazuri și 40% focarul electric este bilateral. Vîrfurile centrotemporale se accentuează la adormire și în toate stadiile somnului, avînd tendință la bilateralizare.

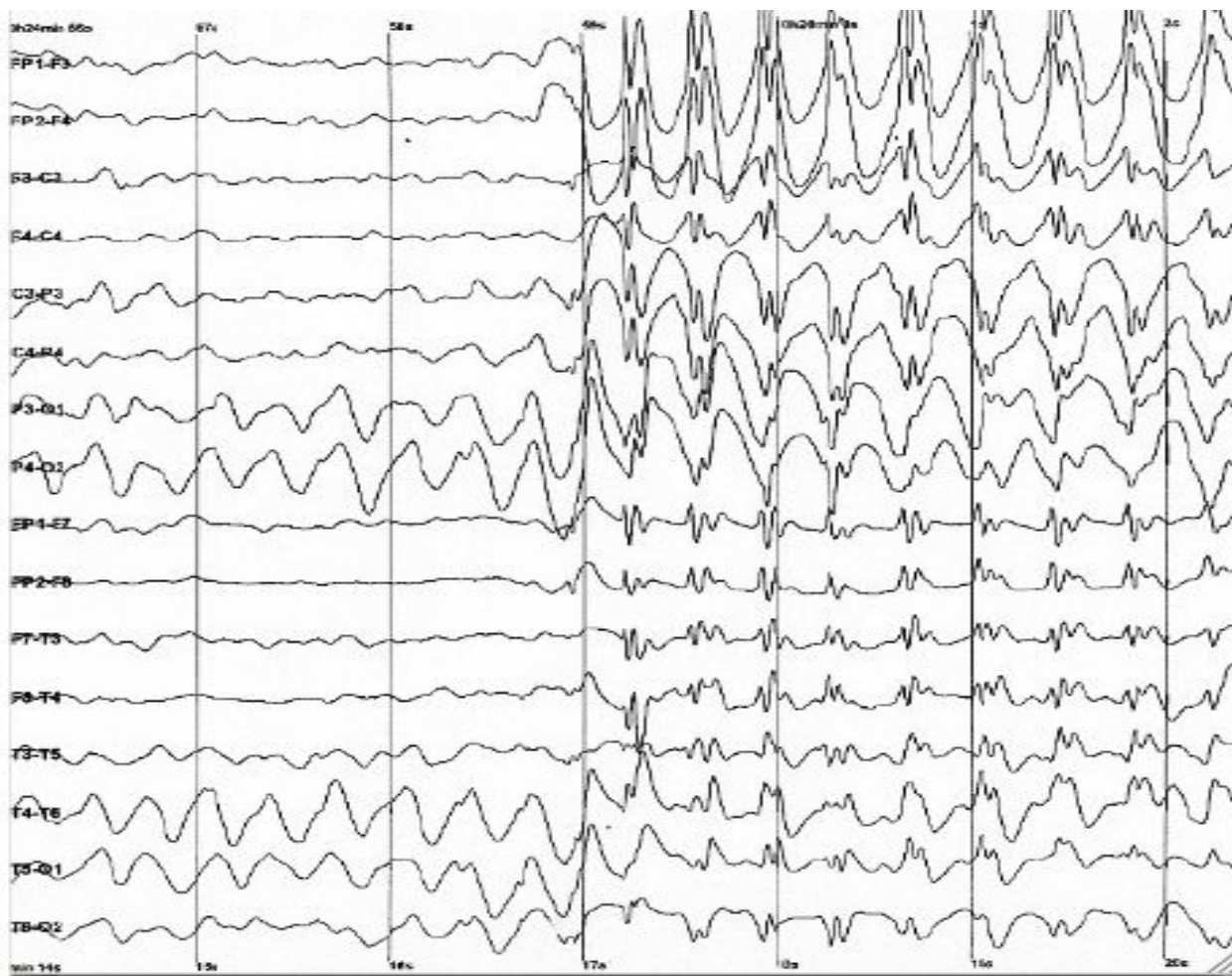


Fig. 1. EEG-unde sharp waves, unde spike-unde lente localizate centrotimporal bilateral.

Obiectivele

Determinarea polimorfismului clinic, traseului EEG și abordarea strategiei terapeutice în epilepsia rolandică benignă.

Material și metode

A fost realizat un studiu a copiilor diagnosticați cu epilepsia benignă rolandică pentru evaluarea manifestărilor clinice, electroencefalografice și neuroimagistice, determinarea strategiei terapeutice VPA versus CBZ și apariția anormalităților cognitive la copiii ce suferă de epilepsia rolando. Au fost incluși în studiu copiii care au întrunit criteriile de diagnostic pentru epilepsia rolando conform comisiei de clasificare și terminologie a ILAE (1989, 2001): crize parțiale simple, motorii, faciale, unilaterale, asociate cu simptome somatosenzoriale, cu tendință la generalizare secundară, tabloul neuroimagistic detestă absența leziunilor anatomice ale SNC.

Au fost colectate datele anamnestice, morfologia crizelor, antecedentele erodocolaterale. Pacienții au fost supuși examenului somatic, neurologic, psihologic, investigațiilor EEG și examinare neuroimagistică cerebrală (IMR).

Înregistrările EEG au fost efectuate cu 19 electrozi conform sistemului internațional 10/20. Copiii au fost divizați în două subgrupe: I grupă a inclus 8 pacienți ce au primit tratament antiepileptic cu VPA și grupul II – 7 copii, ce au fost supuși tratamentului cu preparate antiepileptice din grupa CBZ.

Rezultate și discuții

Rezultatele clinice obținute la pacienți au indicat o predominanță masculină (12 băieți, 3 fete). Vârsta medie de debut a cuprins 9,33 ani. La acești copii crizele s-au manifestat prin

următoare simptomatologie: crize parțiale simple, cu component motor și senzitiv, crize parțiale simple cu generalizare secundară, crize tip mioclonice. Simptomele clinice obținute din anamneză sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Manifestările clinice

Simptomul primordial	Nr. de pacienți care au prezentat simptomul menționat (%)
Parestezia	10 (66%)
Tulburări de vorbire	8 (53%)
Hipersalivația	5 (33%)
Crize secundar generalizate	4 (26%)
Mioclonus	3 (20%)

Manifestările clinice au fost prezente la copii, acestea au corelat cu modificările tipice electroencefalografice, ceea ce nu a exclus diagnosticul de epilepsie benignă rolandică. Menționăm faptul că nu au fost prezente episoade de status epileptic la nici unul dintre copii și nici paralizie post-critică Todd.

Examenul neurologic nu a evidențiat semne neurologice de focar.

Examenul psihologic a determinat tulburări cognitive specifice, întârzierea dezvoltării lingvistice ușoare. Testele psihologice la copiii din primul grup au remarcat nivelul IQ-103, comparativ cu copiii ce au primit tratament cu CBZ, având IQ-79.

Printre copiii supuși tratamentului antiepileptic, au primit răspuns la primul antiepileptic (8 copii – VPA; 3 copii – CBZ); 4 copii au fost trecuți de la CBZ la medicația cu VPA, din cauza persistării crizelor convulsive. Tratamentul medicamentos antiepileptic a implicat utilizarea acestuia ca monoterapie.

Evoluția a fost favorabilă la copiii monitorizați. Sistarea terapiei se poate iniția la 2-3 ani de la ultimul acces, chiar dacă pe EEG persistă descărcări de vârful centrotemporale.

Concluzie

Epilepsia rolando rămîne o formă benignă de epilepsie din punct de vedere a manifestărilor clinice a crizelor care sunt rare și dispar odată cu vârsta. Tulburările de memorie, de vorbire, deficitul de atenție, nivelul diminuat a IQ, care corelează cu apariția spike-lor ne sugerează că tratamentul antiepileptic ar trebui început chiar dacă nu au fost remarcate crize convulsive. Nu este o evidență strictă că unele antiepileptice sunt mai bune decît altele, la mulți CBZ este preferată sau chiar lamotrigina e preferențială (Catania et al., 1999). La fel sunt cazuri că CBZ induce apariția crizelor mioclonice și/sau atacuri de absențe. Studiul nostru a remarcat eficacitate în urma administrării tratamentului antiepileptic cu valproatul de sodiu.

Bibliografie

1. Canavese C et al. Are dyslexia and dyscalculia associated with Rolandic epilepsy? *Epileptic disorders*, 2007, vol. 9, nr.4, pag. 432-6.
2. Cerminara C et al. Lamotrigine – induced seizure aggravation and negative myoclonus in idiopathic rolandic epilepsy. *Neurology*, 2004, July 27, pag. 373-375.
3. Hughes J. Benign epilepsy of childhood with centrotemporal spikes: to treat or not to treat, that is the question. *Epilepsy*, 2010, pag. 1528-33.
4. Holtmann M et al. Benigne epilepsietypische Potentiale des Kindesalters (Rolando – spikes) – neurobiologische und neuropsychologische Befunde und ihre klinische Bedeutung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *PsyJournals*, 2004, vol. 32, nr.2, pag. 117-129.
5. Koutroumanidis M. Panayiotopoulos syndrome: an important electroclinical example of benign childhood system epilepsy. *Epilepsia*, 2007, 48(6), pag. 1044-1053.

6. Fusco L et al. Rolandic epilepsy: an uncommon presentation with leg motor seizures. *Epilepsia*, 2010, 51(12) pag. 2488-91.
7. Lundberg S. Rolandic epilepsy, 2004, pag. 12-24.
8. Northcott E. Memory and phonological awareness in children with benign rolandic epilepsy compared to a matched control group. Elsevier, Inc., 2007, vol. 75, pag. 57-62.
9. Popescu V. *Neurologie pediatrică*, 2001, vol. I, pag. 728-29.
10. Verotti A et al. Cognitive and linguistic abnormalities in benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes. *Acta paediatrica*, 2011.
11. Chrysostomos P et al. Benign childhood focal epilepsies: assessment of established and newly recognized syndromes. *Brain*, 2008, 131, pag. 2264-2286.

PARALIZIA CEREBRALĂ, PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC PRECOCE

Liliana Ciobanu, Ion Iliciuc, Svetlana Hadjiu, Cornelia Calcii

Departamentul Pediatrie, Clinica Neuropediatrie,
USMF „Nicolae Testemițanu, IMSP ICȘOSMC.

Summary

Cerebral palsy, particularities of early diagnosis

The study included 158 children (aged 1 week-24 months), with motor and associated non-motor disorders. This work warns of the importance of early diagnostic particularities that would allow early initiation of treatment in order to improve neurodevelopment and prevention of motor disability in children.

Rezumat

Studiul a inclus 158 copii (cu vârsta 1 săptămână-24 luni), cu tulburări motorii și non-motorii asociate. Această lucrare atenționează asupra importanței cunoașterii unor particularități de diagnostic precoce, care ar permite inițierea unui tratament timpuriu, cu scop de ameliorare a neurodezvoltării și profilaxia handicapului motor.

Actualitatea

Sănătatea copiilor este una din prioritățile de dezvoltare a unei etnii, a unei societăți, a unui stat.

Paralizia Cerebrală (PC) în lume se întâlnește în 1-5 cazuri la 1000 născuți-vii, în mediu pe glob în 2 – 2,5 cazuri la 1000 născuți-vii, în tarile Europei occidentale, în mediu 2 cazuri la 1000 născuți-vii. De menționat faptul ca acești indici rămân a fi relativ stabili în lume ultimii 60 ani. PC predomină la sexul masculin.

PC este una din cele mai frecvente condiții de invalidizare în copilărie. În Republica Moldova, conform datelor Centrului National de Management în Sănătate, PC ocupă locul 4 în structura invalidității, reprezentând 17% în 2008, 15% în anul 2009 [2].

Mai multe definiții ale PC există deja în literatura de specialitate. Cu toate acestea, deși pot varia în cuvinte, ele sunt în mare parte similare, și au fost rezumate după cum urmează în ultima definiție a PC propusă de International Workshop on Definition and Classification of Cerebral palsy de la Bethesda, Maryland, din 11-13 iulie 2004: *Paralizia Cerebrala descrie un grup de tulburări de dezvoltare a funcției motorii și/ sau posturale, care cauzează limitarea activității, care sunt atribuite tulburărilor non-progresive, ce apar în creierul în dezvoltare fetal sau al copilului.*

Pe lângă afectarea motorize, care este un criteriu obligatoriu, PC este aproape întotdeauna însoțită de alte manifestări secundare, afectării SNC: tulburări de sensibilitate, tulburări cognitive, de comunicare, de percepție și/sau tulburări comportamentale, convulsii [12]. Această