

## **EPILEPSIA ABSENȚĂ A COPILĂRIEI - ABORDARE CLINICĂ ȘI TERAPEUTICĂ**

**Cornelia Calcîi, Svetlana Hadjiu, Irina Anton, Cristina Guțu, Mariana Robu, Rodica Bubușca**

Departamentul Pediatrie, Clinica neuropediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP  
ICȘDOSMC

### **Summary**

#### ***Childhood absence epilepsy – clinical and therapeutic approach***

Epilepsy with Absence of seizures (petit mal) is a form of idiopathic generalized epilepsy. Absence seizures usually occur only in children (age of onset is 4-15 years, but most commonly from 5 to 7 years, and rarely after 20 years) and young people. It is uncommon in adults. They are often not noticed for some time, as it can appear that the affected person is simply daydreaming. If they are frequent, a child's education may suffer, as they will not be able to concentrate on lessons. The most important part of making a diagnosis is to have a clear description from parents or teachers of what happens during a suspected seizure. In the study was assessed the frequency, clinical manifestations, electroencephalographic course and treatment in absence epilepsy at children.

### **Rezumat**

Epilepsia absență a copilului face parte din epilepsiile generalizate idiopatice. Vîrsta de debut este între 4 și 15 ani, cu o predominanță feminină, cu un vîrf la 5-7 ani, și rareori după 20 de ani. După debut pot trece săptămîni sau chiar luni pînă cînd un adult să le observe, deoarece crizele de picnolepsie pot fi confundate cu episoade de “visare” ale copilului. Dacă crizele sunt frecvente, educația copilului poate suferi, deoarece acesta va întîlni dificultăți de concentrare la ore. Deaceea este foarte importantă cunoașterea aspectului clinic al acestor tipuri de crize, abordarea terapeutică a sindromului dat și cunoașterea prognosticului pe viitor. În studiu a fost apreciată frecvența, manifestările clinice, traseul electroencefalografic și tactica de tratament în epilepsia absență la copii.

### **Actualitatea**

Epilepsia absență a copilului este o formă de epilepsie generalizată idiopatică, determinată genetic, care afectează întreg cortexul cerebral. Apare doar la o anumită vîrstă, afectează copii anterior sănătoși, fără deficit neurologic și intelectual, fără leziune anatomică a creierului (dar cu o anamneză eredo-colaterală agravată – suferință epileptică la rude). Crizele sunt frecvente: zeci, sau chiar sute pe zi. Uneori, ele apar în combinație cu alte crize, au o remisie spontană și se supun ușor tratamentului. De obicei, cauza crizelor rămîne necunoscută, iar copilul nu mai prezintă alte probleme neurologice. Cunoașterea aspectului clinic, paraclinic și abordarea terapeutică a acestui sindrom epileptic este foarte importantă pentru dezvoltarea de mai departe a organismului în creștere. [1, 4, 7].

### **Scopul**

Aprecierea frecvenței, manifestărilor clinice, traseului electroencefalografic și abordarea tacticii de tratament în epilepsia absență la copii.

### **Materiale și metode**

În studiu au fost înrolați 15 copii, cu vîrstele cuprinse între 3 și 18 ani (6 băieți și 9 fete), care au prezentat crize convulsive de tip absență, fiind internați în secția de neurologie din incinta ICȘDOSM și C, în lunile aprilie 2011 – februarie 2012. Toți copiii din lotul de studiu au fost examinați prin metoda clinică (anamneza, antecedentele eredo-colaterale, examenul clinic și neurologic complex), electroencefalografică (EEG) și neuroimagică (CT cerebrală, RMN cerebrală) la necesitate. Tabloul clinic în criza tip absență s-a caracterizat prin: suspendarea

conștienței timp de 5 - 30 secunde, cu întreruperea activității, lipsa răspunsului verbal, însă fără pierderea tonusului muscular și fără cădere, privirea fixă, cu scurte mișcări clonice ale capului, în special ale globilor oculari, pleoapelor, membrilor superioare. Conștiența a fost pe deplin restabilită imediat după criză, fără nici un pic de confuzie, amnezie postcritică.

### Rezultatele

Din cei 15 copii care au prezentat crize convulsive tip absențe, s-a determinat o predominanță feminină: 9 copii (60 %) fete, iar în 40 % cazuri băieți (6 copii). În urma analizei rezultatelor s-a confirmat că, vârsta medie de debut a primei crize epileptice s-a notat la 5-7 ani. Examenul neurologic a inclus examenul funcției nervilor cranieni, starea tonusului muscular, reflexele osteo-tendinoase, reflexele patologice etc. Deasemenea s-a observat prezența sau absența retardului în dezvoltarea neuro-psihică și/ sau motorie. A fost diagnosticată reținere de grad ușor în dezvoltarea neuro-psihică la 2 copii (13,3%) din cei 15, incluși în studiu, ceea ce ne confirmă că epilepsiile absențe a copilăriei sunt niște sindroame benigne ce nu se asociază cu alterarea neuro-psihică a copilului.

Examenul neurologic și neuroimagic nu a evidențiat semne neurologice de focar. În ceea ce privește anamneza eredo-colaterală, la 35% copii s-a marcat un istoric familial de epilepsie (diverse tipuri de convulsii). Predispoziția ereditară atribuită etiologiei absențelor este convingător dovedită prin numeroase studii epidemiologice și genetice. În 1911, Davenport și Weeks studiind 177 de familii a pacienților cu epilepsie absență, a demonstrat riscul de apariție a bolii la descendenții direcți în medie de 50%. S-a apreciat că atunci când de epilepsie suferă mama riscul este mai mare, decât dacă este bolnav tatăl [5]. Din cei 15 copii, 13 copii (87%) au manifestat absențe tipice, iar la 2 copii (13%) au fost întâlnite absențe atipice. În 100% de cazuri pe traseele EEG au fost stabilite schimbări sub formă de unde cu caracter epileptic cu frecvența de 3 cicluri pe sec. Toți copiii au fost supuși tratamentului antiepileptic (monoterapie sau politerapie, în dependență de gravitatea cazului). Au primit răspuns pozitiv la primul antiepileptic (Valproat) 12 copii (80%), iar 2 copii (13%) au necesitat terapie combinată (VPA cu Lamotrigină) din cauza rezistenței la tratament, iar 1 copil (7%) a primit Ethosuximid, evoluția fiind favorabilă. Etosuximidul (Suxilep) este în general preparatul de elecție pentru epilepsiile de tip absență. În cazul nostru, nu s-a administrat la toți copiii, deoarece acesta încă nu este omologat în Republica Moldova.

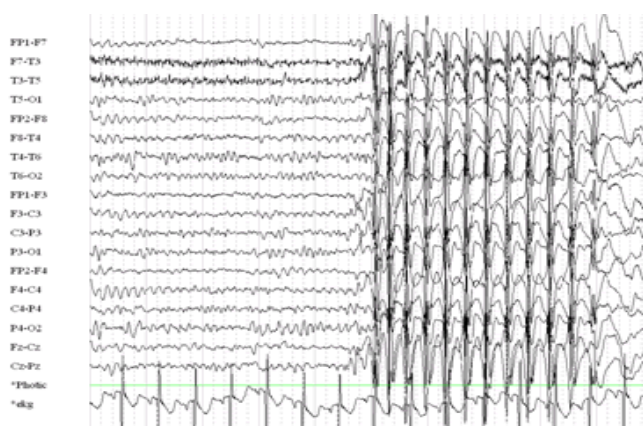


Fig.1. Traseu EEG cu absență tipică ( copil F. 6 ani).

### Discuții

Picnolepsia (petit mal) nu este un tip de epilepsie frecvent întâlnit în practica medicală. Circa 6 % din copiii ce fac crize epileptice prezintă crize tip absență. Accesele de acest fel apar mai frecvent la fete decât la băieți [4, 5]. În cazul studiului nostru, din toți copiii cu diverse tipuri de epilepsie internați în secțiile specializate, absențele au constituit 5,5%, ceea ce corelează cu

datele din alte studii [6]. Aproximativ 75% dintre acestea apar pînă la vîrsta de 20 de ani, după datele V.K. Pozdeev, 2009 [5].

Crize generalizate nemotorii (conform Clasificării Internaționale a crizelor epileptice 1989, 2001) sunt următoarele:

- absențe tipice: simple și compuse.
- absențe atipice [2].

Crizele epileptice sunt determinate de hiperexcitabilitatea celulelor nervoase și a transmiterii influxului nervos. Aceste perturbări sunt urmarea unor dereglări ale homeostaziei mediului extracelular perineuronal sau a perturbărilor metabolice neuronale datorate, fie implicării neuronilor în procesele inflamatorii cerebrale, fie unor anomalii metabolice congenitale, fie unor cauze necunoscute. Indiferent de cauza convulsiilor, se produc perturbări ale schimburilor ionice neuronale transmembranare. Se produce depolarizarea membranei, scăderea stabilității sale electrice și creșterea excitabilității neuronale [4]. Astfel, convulsiile apar în rezultatul perturbării potențialului de repaos al celulelor nervoase prin mecanismele: 1. Lipsa substratului energetic necesar pentru transportul ionilor de Na<sup>+</sup> și K<sup>+</sup>, cauzată de anoxie, hipoglicemie, deficit enzimatic etc., 2. Depolarizare prin tulburări hidro-electrolitice, 3. Tulburări de sinteză a neurotransmițătorilor (acetilcolină, noradrenalină, acid gamma aminobutiric, acid glutamic etc.). Există un deficit de neuroni inhibitori intermediari, în special de neuroni care utilizează ca neurotransmițător acidul gamma-aminobutiric (GABA). Acest fapt, joacă un rol primar în procesul de epileptogeneză. La baza mecanismului de acțiune fiziopatologic a unui neuron epileptic este decalajul depolarizării paroxismale a potențialului membranar și tendința majorată către depolarizare [4].

Criza de absență tipică începe cu o scurtă și bruscă suspendare a conștienței timp de 5-30 secunde, cu întreruperea activității, lipsa răspunsului verbal, însă fără pierderea tonusului muscular și deci, fără cădere. Pacientul are privirea fixă, se asociază uneori scurte mișcări clonice ale capului, în special ale globilor oculari, pleoapelor, membrelor superioare. Crizele sunt precipitate de hiperventilație. Conștiența este pe deplin restabilită imediat după criză, fără nici un pic de confuzie. De obicei, persoana care a prezentat criza de absență nu-și amintește ce s-a întâmplat (amnezie postcritică). Dacă aceste episoade nu sunt sesizate de familie pentru a fi tratate, pot deveni frecvente și se pot agrava [4, 6, 7].

După debut pot trece săptămâni sau chiar luni pînă ce un adult să le observe, deoarece crizele de picnolepsie pot fi confundate cu episoade de "visare" ale copilului. În acest caz dacă strigăm copilul sau dacă îi ducem mîna în fața ochilor, acesta va clipi și va răspunde. Crizele pot fi precedate în mica copilărie de convulsii febrile și urmate în adolescență de crize tonico-clonice generalizate.

Absența atipică se caracterizează prin pierderea bruscă și de durată mai lungă (peste 30 secunde) a conștienței, cu întreruperea activității, fixarea privirii, lipsa răspunsului verbal, urmată de o amnezie postcritică, cu păstrarea automatismelor. Nu are loc o cădere a bolnavului [7].

Diagnosticul se stabilește pe baza anamnezei, examenului neurologic și obiectiv complex, datelor electroencefalografice (EEG), care sunt tipice în această formă de epilepsie. EEG denotă complexe undă-vîrfuri de 3Hz (3c/sec.) care pot fi induse prin hiperventilație. Pot fi observate și crize atipice cu frecvența puțin mai mare sau mai mică de 3Hz, ce pot coexista cu alte tipuri de crize [6]. Medicamentele de primă elecție sunt valproatele (VPA) și ethosuximida pentru absențele tipice, iar pentru cele atipice numai valproatele. Mai poate fi folosită și lamotrigina (Lamictal), ca monoterapie sau în asociere cu VPA [7].

La aproximativ două treimi dintre adulții tineri absența epileptică răspunde pozitiv la tratament. La restul poate progresa către crize generalizate primare sau absențe epileptice atipice [6, 7].

## Concluzii

1. Frecvența epilepsiei-absență în cazul studiului nostru a constituit 5.5%.

2. S-a constatat vârsta medie de debut pentru epilepsiile tip absență la 5-7 ani, cu o predominanță feminină (60 % din cazuri).

3. Printre epilepsiile absențe au predominat cele cu crize petit mal tipice la 13 copii (87%), în celelalte cazuri au fost întâlnite absențele atipice.

4. La majoritatea copiilor s-a înregistrat un răspuns pozitiv în tratament la primul antiepileptic (VPA) - 80%.

5. Crizele se remit rapid sub medicație antiepileptică specifică, evoluția pe termen lung fiind în general una bună.

### **Bibliografie**

1. Arthur K. Asbury, Guy M. Mckhaun, W. Ian McDonald, *Diseases of the Nervous System: Clinical Neurobiology*”, Vol.II, Philadelphia, London, 1986, 3; 201-350.
2. *Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. Epilepsia*, 1981.
3. Crespel A., Gélisse P. *Atlas d'électroencéphalographie*. Tome I. Paris: John Libbey Eurotext, 2; 91-180, 2005.
4. Popescu V. *”Neurologie pediatrică”*, Vol.I, 23; 831-938, 2001, Teora.
5. Nordli DR Jr., Pedley T.A. *The Use of Electroencephalography in the Diagnosis of Epilepsy in Childhood*, in Pellock J.M., Bourgeois BFD, Dodson W.E., Nordli D.R. Jr, Sankar R. *Pediatric Epilepsy. Diagnosis and Therapy*. Third Edition. DEMOS, New York, 42; 2008, 130-238,
6. Shinnar S., O'Dell C, Berg A. *Distribution of epilepsy syndromes in a cohort of children prospectively monitored from the time of their first unprovoked seizures. Epilepsia* , 1999, 35; 731-938.
7. Saint-Martin A., Carcangiu R., Arzimanoglou A., Massa R., Thomas P., Motte J., Marescaux C., Metz-Lutz M.N., Hirsch E. *Semiology of typical and atypical Absence seizures: a video-EEG analysis. Epileptic Disorders*, 32; 331-338 2001, vol 3.

## **PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ALE ENCEFALITEI HERPETICE LA NOU-NĂSCUȚI ȘI COPII DE VÂRSTĂ FRAGEDĂ**

**Svetlana Hadjiu, Cornelia Călcîi, Mariana Robu, Cristina Guțu, Irina Anton, Elena Rusu**  
Departamentul Pediatrie, Clinica de neuropediatrie,  
USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Peculiarities of diagnosis and treatment of herpes encephalitis in newborns and young children***

Frequency of the viral herpes infection is in a continuous growth. Herpes encephalitis of newborns and children of early age is characterized through a lagged development. In children the incidence of herpes encephalitis is found in three distinct periods of life: neonatal, the stage among 6 months and 3 years and children over 5 years. The assessment of clinical features at different ages needs to be known in order to initiate a diagnostic algorithm as early as it is possible.

### **Rezumat**

Frecvența infecției herpetice este într-o continuă creștere. Encefalita herpetică la nou-născuți și copii de vârstă fragedă se caracterizează printr-o evoluție gravă. La copii incidența encefalitei herpetice se constată în trei perioade distincte ale vieții: perioada neonatală, între