

هادی منتظر لطف الهی^۱، معصومه
قسمتی^{۲*}

^۱متخصص مغز و اعصاب کودکان استادیار
گروه اطفال، دانشکده پزشکی امام علی
(ع)، دانشگاه علوم پزشکی البرز کرج
ایران
^{۲*}متخصص اطفال، بخش اطفال،
بیمارستان شهید باهنر، دانشگاه علوم
پزشکی البرز، کرج، ایران

تظاهر غیر شایع تشنج پارشیال کمپلکس در یک کودک ۷ ساله در ایران: گزارش یک مورد

تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۹/۱۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۱

چکیده

تشنج پارشیال کمپلکس، به عنوان یک تشنج کانونی با اختلال آگاهی شناخته شده می‌شود. بعد از سال اول زندگی، تشنج پارشیال کمپلکس شایع‌ترین نوع تشنج در بیماران مبتلا به صرع است. به دست آوردن شرح حال دقیق بیمار و اعضای خانواده از مهم‌ترین اقداماتی است که برای تشخیص تشنج باید انجام شود. علائم روان پریشی و اضطراب در افراد ممکن است نتیجه تشنج باشد ولی این مورد خیلی نادر است. پسر ۷ ساله‌ای با شکایت از ترس، گریه، فریاد و احساس مرگ قریب الوقوع و کاهش هوشیاری به اورژانس بیمارستان ما مراجعه کرد. علائم بیمار از دو سال پیش شروع شده بود و با تشخیص ADHD و اختلال اضطرابی تحت درمان با ریسپریدون و ریتالین قرار گرفته بود. آزمایشات آزمایشگاهی بیمار قابل توجه نبود. MRI مغز با پروتکل تشنج و بدون هیچ یافته پاتولوژیک انجام شد. سپس نوار مغزی برای بیمار انجام شد که تشنج فوکال با اختلال سطح هشیاری را تایید کرد. برای بیمار کاربامازپین و فنی توئین تجویز شد و ریسپریدون قطع شد.

کلمات کلیدی: مغز و اعصاب، اطفال، تشنج، تشنج پارشیال کمپلکس

نویسنده مسئول:

متخصص اطفال، بخش اطفال، بیمارستان
شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی البرز،
کرج، ایران

۰۹۱۲۵۶۱۳۹۵۶

Email: masoumehghesmati@yahoo.com

مقدمه

برای تشخیص دقیق و بومی سازی تشنج کانونی کافی نیست. یک پروفایل جامع متابولیک، شمارش کامل خون (CBC)، آنالیز ادرار، سمیت شناسی ادرار معمولاً در ابتدا بررسی می‌شود تا دلایل و عفونت های متابولیکی را رد کند. EEG یک آزمایش مهم برای ارزیابی بیماران مبتلا به تشنج است، اگرچه برای تشخیص ضروری نیست. برخی از بیماران ممکن است نیاز به EEG ویدیویی یا نظارت طولانی مدت بر EEG داشته باشند. EEG Ictal در حدود ۹۵٪ از بیماران مبتلا به تشنج کانونی با اختلال آگاهی غیر طبیعی است. تصویربرداری عصبی اغلب برای رد علل ساختاری مورد نیاز است^{۱-۶}. تشخیص های افتراقی تشنج پارشیال کمپلکس شامل میگرن پیچیده، تشنج ابسنس، صرع میوکلونیک نوجوان، پاراسومنیا، تشنج سایکوزنیک غیر صرعی، اختلالات حرکتی پاروکسیسمال، سنکوپ وازوواگال، تشنج خوش خیم نوزاد و صرع خوش خیم دوران کودکی می‌باشند که به کمک شرح حال، معاینه، آزمایشات، تصویر برداری و EEG قابل افتراق هستند هر چند که در برخی موارد تشخیص پیچیده می‌شود.^۲ به استثنای اتوکسیمید، همه AED های موجود در دسترس در درمان تشنج پارشیال کمپلکس قابل استفاده هستند. انتخاب دارو به ترجیح بیمار، شرایط همراهی، تداخلات دارویی و مشخصات جانبی دارو بستگی دارد. در ابتدا مونوتراپی ترجیح داده می‌شود. برای دستیابی به کنترل تشنج قبل از افزودن یک عامل دیگر، ممکن است دوز افزایش یافته از یک ماده منفرد مورد نیاز باشد. AED های کلاسیک که برای تشنج جزئی پیچیده استفاده می‌شوند شامل کاربامازپین، والپروات، فنی توئین و فنوباریتال است. داروهای جدیدتر در دسترس عبارتند از: لوتراستام، توپیرامات، لاموتریژین، گاباپنتین، اکس کاربازپین، زونیزامید، فلبامات، تیگابین، پرگابالین و لاکوزامید. رایج ترین داروهای ردیف اول کاربامازپین، فنی توئین، اسید والپروئیک و اکس کاربازپین است.^۲ در این مقاله به معرفی یک کودک ۷ ساله با تشنج صرع پارشیال کمپلکس که به علت تظاهرات غیر معمول تحت درمان نادرست بوده است می‌پردازیم.

معرفی کیس

بیمار پسر بچه ۷ ساله ای بود که به علت حملات ترس، گریه، جیغ زدن و احساس مرگ قریب الوقوع و کاهش هشیاری های مکرر

تشنج پارشیال کمپلکس، اکنون با توجه به سیستم طبقه بندی به روز شده از لیگ بین المللی صرع (ILAE)، به عنوان یک تشنج کانونی با اختلال آگاهی شناخته شده می‌شود.^۱ تشنج کانونی با اختلال آگاهی می‌تواند همراه با اورا باشد. اورا می‌تواند از چند ثانیه تا زمانی که ۱ تا ۲ دقیقه قبل از اختلال در آگاهی طول بکشد ادامه یابد. آگاهی به طور معمول در ابتدا حداکثر دچار اختلال می‌شود. تشنج ابسنس گاهی اوقات با همان علائم شناختی همراه است اما EEG متفاوت است. علائم تشنج کانونی با اختلال آگاهی به منطقه از مغزی که از آن ناشی می‌شود بستگی دارد. بیشتر این تشنج‌ها ناشی از لوب تمپورال است. حداقل در ۱۰ تا ۳۰ درصد بیماران منشأ خارج از تمپورال گزارش شده است.^۱ بعد از سال اول زندگی، تشنج پارشیال کمپلکس شایع ترین نوع تشنج در بیماران مبتلا به صرع است. تخمین زده می‌شود که حدود ۳۶٪ از افراد مبتلا به صرع دارای تشنج پارشیال کمپلکس هستند. بروز در کودکان و بزرگسالان بالاتر است و هیچگونه تمایل به جنسیت و نژاد دیده نشده است.^۲ مانند سایر انواع تشنج، تشخیص تشنج کانونی با اختلال هشیاری مبتنی بر شرح حال بالینی است. صرع یک تشخیص بالینی است. مانند هر تشنج دیگر، مهمترین نکته این است که اطمینان حاصل کنیم که اپیزود واقعاً یک تشنج است. به دست آوردن شرح حال دقیق از بیمار و اعضای خانواده از اهمیت ویژه ای برخوردار است. شرح مفصل، به عنوان مثال، توالی وقایع، ماهیت شروع، از دست دادن هوشیاری، هرگونه فعالیت حرکتی یا تشنج، درگیری دو طرفه، گاز گرفتگی زبان، بی اختیاری، خیره شدن، علائم اتوماتیسم، حرکات چشم، فاز پست ایکتال، ریکاوری و ... مدت زمان وقایع برای تشخیص مهم است.^۲ علائم اتوماتیسم مانند مکیدن لب، جویدن، یا بلع ممکن است بدون از دست دادن هوشیاری در هنگام شروع تشنج در تشنج های لوب تمپورال با تشنج محدود به آمیگدال و هیپوکامپ قدامی رخ دهد. اکثر اتوماتیسم‌ها معمولاً با اختلال هوشیاری همراه هستند و هیچگونه ارزش جانبی ندارند. چشمک زدن یا لرزیدن چشم در هنگام شروع تشنج ممکن است نشانگر شروع در لوب اکسیپیتال باشد. اتوماتیسم تقلید و گریه در تشنج کانونی با اختلال آگاهی ناشی از لوب تمپورال غیر غالب گزارش شده است^{۳-۵}. داده های بالینی به تنهایی اغلب

به اورژانس بیمارستان ما مراجعه نمود. علائم بیمار از ۲ سال پیش شروع شده و با تشخیص ADHD و اختلال اضطرابی تحت درمان با ریسپیریدون و ریتالین بوده است که به علت عدم کنترل علائم مراجعه نموده بود. مادر بیمار سابقه تروما به سر بیمار در ۲ سالگی را ذکر می‌کرد. حملات به صورت میانگین ۵ بار در ماه بوده و به صورت توهم بینایی، احساس ترس، گریه، جیغ زدن، احساس مرگ قریب الوقوع و خیره شدن بوده و به دنبال آن لرزش اندام‌ها، اتوماتیسم، علائم اتونوم و کاهش سطح هشیاری رخ می‌داده که مجموعاً ۱ تا ۲ دقیقه به طول می‌انجامیده است. از این رو بیمار در سرویس نورولوژی اطفال تحت بستری قرار گرفت. آزمایشات بیمار (شامل بررسی سلول‌های خونی، الکتروولیت‌ها، عملکرد کبدی و کلیوی و متابولیک) نرمال بودند. در ادامه برای بیمار MRI مغزی با پروتکل تشنج انجام شد که یافته پاتولوژیکی یافت نشد. سپس برای بیمار EEG انجام شد که تایید کننده تشنج فوکال با اختلال سطح هشیاری بود. در ادامه برای بیمار کاربامازپین و فنی توئین تجویز شد و ریسپیریدون متوقف شد. سپس در پیگیری ۶ ماهه بیمار حملات تشنج تکرار نشد و علائم بیمار کاملاً کنترل شد.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه به معرفی یک کودک ۷ ساله با علائم شبه اختلال اضطرابی و توهم بینایی به مدت ۲ سال پرداختیم که در بررسی‌های به عمل آمده تشخیص صرع پارشیال کمپلکس برای وی داده شد و تحت درمان با داروهای ضد صرع قرار گرفت که منجر به بهبودی

کامل علائم شد. در سال ۲۰۱۹ Sultan و همکاران به معرفی یک مرد ۲۵ ساله با علائم اختلال هشیاری، توهم، هذیان و پرخاشگری‌های مکرر با تشخیص نهایی صرع پارشیال کمپلکس پرداختند که به دنبال درمان با داروهای ضد صرع علائم بیمار کاملاً بهبود یافت^۹ که علائم بیمار در این مطالعه بسیار شبیه علائم بیمار ما می‌باشد. از طرفی در سال ۲۰۱۵ Sakai و همکاران یک خانم ۷۵ ساله با تشخیص صرع پارشیال کمپلکس را معرفی نمودند که دارای توهم بینایی تکرار شونده بود^{۱۰}. در مطالعه دیگر در سال ۱۹۸۴ چهار بیمار بالغ با علائم حمله پانیک، توهم بینایی و پرخاشگری و تشخیص نهایی صرع پارشیال کمپلکس معرفی شدند که با درمان ضد صرع بهبود علائم حاصل شد^{۱۱}. در مطالعه ای دیگر در سال ۲۰۱۴ یک خانم ۲۴ ساله با تشخیص صرع پارشیال کمپلکس دچار علائم سایکوتیک (توهم شنوایی و هذیان پارانوئید) شد که به دنبال درمان ضد صرع علائم بیمار بهبود یافت^{۱۲}. از طرفی در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۳ انجام شد ارتباط بین علائم حمله پانیک و صرع در لوب تمپورال مطرح گردید^{۱۳}. از طرفی در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۸ انجام شد نشان داده شد که کودکان مبتلا به ADHD دارای خطر افزایش یافته تشنج هستند اما داروهای درمان ADHD این خطر را افزایش نمی‌دهند^{۱۴} که در مطالعه حاضر برای بیمار تشخیص ADHD داده شده بود و تحت درمان با متیل فنیدیت بود. با توجه به مطالعه حاضر و یافته‌های مطالعات قبلی به نظر می‌رسد که شرح حال دقیق و کامل کلید تشخیص صرع و افتراق آن از سایر بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌های روانپزشکی باشد. پزشکان باید توجه داشته باشند که هر چند به صورت نادر اما علائم سایکوتیک و اضطرابی در افراد می‌تواند ناشی از تشنج باشد.

Reference

1. Fisher RSJCN, reports n. The new classification of seizures by the International League Against Epilepsy 2017. 2017;17(6):48.
2. Kumar A, Sharma S. Seizure, Complex Partial. StatPearls [Internet]: StatPearls Publishing; 2018.
3. Koubeissi M. Seize the Day for a Day With No Seizures: Modifiable Midlife Risk Factors Identified. *Epilepsy currents* 2019;19(1):27-8.
4. Danzer SC. Double agent mTOR. *Epilepsy currents*. 2019;19(1):44-6.
5. Van Ness PC. Are Seizure Detection Devices Ready for Prime Time? *Epilepsy currents* 2019;19(1):36-7.

6. Jang HJ, Cho KO. Dual deep neural network-based classifiers to detect experimental seizures. *The Korean journal of physiology & pharmacology : official journal of the Korean Physiological Society and the Korean Society of Pharmacology* 2019;23(2):131-9.
7. Ssentongo P. Prevalence and incidence of new-onset seizures and epilepsy in patients with human immunodeficiency virus (HIV): Systematic review and meta-analysis. *Epilepsy & behavior : E&B.* 2019;93:49-55.
8. Husain AM .Continuous EEG Monitoring-The Neurologist's Crystal Ball. *Epilepsy currents* 2019;19(1):24-6.
9. Sultan S, Omar Fallata E. A Case of Complex Partial Seizures Presenting as Acute and Transient Psychotic Disorder. *Case reports in psychiatry* 2019;2019:19012.۵۱
10. Sakai T, Kondo M, Tomimoto H. [Complex partial status epilepticus with recurrent episodes of complex visual hallucinations: study by using 123I-IMP-SPECT, brain MRI and EEG]. *Rinsho shinkeigaku = Clinical neurology* 2015;55(8):580-4.
11. Greenberg DB, Hochberg FH, Murray GB. The theme of death in complex partial seizures. *The American journal of psychiatry* 1984;141(12):1587-9.
12. Naha S, Naha K, Hande HM, Vivek G. A young woman with seizures and psychosis. *BMJ case reports* 2014;2014.
13. Sazgar M, Carlen PL, Wennberg R. Panic attack semiology in right temporal lobe epilepsy. *Epileptic disorders : international epilepsy journal with videotape* 2003;5(2):93-100.
14. Wiggs KK, Chang Z, Quinn PD, Hur K, Gibbons R, Dunn D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder medication and seizures. *Neurology* 2018;90(13):e1104-e10.

Hadi Montazerlotfelahi
Masoumeh ghesmati²

¹Paediatric Neurologist,
Assistant professor, Department
of pediatrics, Faculty of
Medicine, Imam Ali
Hospital, Alborz university of
medical Science, Karaj, Iran
² pediatric specialist, pediatric
Department shahid Bahonar
Hospital, Alborz University of
Medical Sciences, Karaj, Iran.

Uncommon Manifestation of Complex Partial Seizure in a 7 Years old Child ; a Case Report

Received: 30 Nov 2020 ; Accepted: 23 Aug 2021

Abstract

Complex partial seizures are known as focal seizures with impaired awareness. Excluding the first year of life, complex partial seizures are the most frequent type of seizures in patients with epilepsy. A detailed history of the patient and family members is a vital element in diagnosing seizures. Although rare, psychotic and anxiety symptoms in individuals may be the result of the seizure.

A 7-year-old boy referred to our hospital emergency room complaining of fear, crying, screaming, and the imminent death sensation and decreased consciousness. The patient's symptoms started two years ago. He was treated with Risperidone and with the impression of ADHD and anxiety disorder.

The patient's laboratory tests were unremarkable. A brain MRI was performed with a seizure protocol, with no pathological findings. EEG was then performed for the patient, which confirmed focal seizures with impaired awareness. The patient was prescribed carbamazepine and phenytoin, and Risperidone was stopped.

Keywords: Neurology, Pediatrics, Seizure, Complex partial seizure

*Corresponding Author:

Taleghani Boulevard, Taleghani
square, Alborz University of
Medical Sciences (ABZUMS),
Karaj, Iran;

Tel: 09125613956
E-mail: masoumehghesmati@yahoo.com