

تشنج Absence یا آبسانس

■ دکتر مرتضی رضوانی کاشانی - متخصص کودکان و فوق تخصص بیماری‌های مغز و اعصاب کودکان

یکی از شایع‌ترین علل مراجعه کودکان به کلینیک‌های مغز و اعصاب اطفال، بروز حملات پاروکسیسمال و یا ناگهانی است که شامل حملات تشنجی می‌شود. طبق آمار ۵-۳٪ کودکان دچار حملات تشنجی از انواع مختلف خواهند شد و از این مقدار حدود ۱٪ موارد را حملات تشنجی بدون تب شامل می‌شود. این آمار کمابیش در تحقیقاتی که در کشور خودمان نیز به ثبت رسیده اثبات شده است.

تعریف:

طبق تعریف تشنج شامل حملات ناگهانی ایمپالس‌های غیر طبیعی مغزی است که ممکن است به صورت حرکات غیر طبیعی قسمتی و یا کل بدن باشد و در این صورت به آن convulsion می‌گویند؛ یا این که به صورت کاهش هوشیاری و یا احساس تحریک حس به خصوصی باشد و هیچ نشانه حرکتی همراه نداشته باشد که با آن non convulsive seizure گفته می‌شود.

تشنج آبسانس (Absence):

یکی از حملات صرعی نسبتاً شایع سنین کودکی است که به طور مشخص از انواع صرع‌های non convulsive محسوب می‌شود. این نوع تشنج که «صرع کوچک» یا (petit mal) نیز نامیده می‌شود، به صورت قطع ناگهانی فعالیت و کاهش هوشیاری لحظه‌ای بروز می‌نماید. این نوع صرع حدود ۱۰٪ کلیه صرع‌های اطفال را تشکیل می‌دهد و همچنین شایع‌ترین نوع تشنجی است که تشخیص داده نشده و والدین آن را فراموش می‌کنند.

شایع‌ترین سن بروز آن حدود دهه اول عمر است و به طور واضح در دهه‌های بعدی میزان بروز آن افت می‌کند. این نوع بیماری در دختران شیوع بیشتری دارد. صرع آبسانس تیپیک زیر ۲ سال بسیار نادر بوده و حدوداً به طور شایع از سن ۴ سالگی شروع می‌شود. به طور مشخص صرع کوچک (petit mal) به دو دسته تیپیک و آتیپیک تقسیم بندی می‌شود. نوع تیپیک آن کوتاه مدت (کمتر از ۳۰ ثانیه) بوده و هرگز همراه او را (Aura) و یا post ictal نیست. کاهش ناگهانی و لحظه‌ای هوشیاری و به ندرت همراه با پلک زدن و بدون هیچ گونه اختلال حرکتی است. کاهش هوشیاری سطوح مختلفی دارد و اغلب کودکان در آن لحظه متوجه اطراف نیستند.

تعدادی از کودکان دچار آبسانس، ممکن است فرآیندهای رفتاری و یا اتونوم همراه نیز داشته باشند. حرکاتی مثل: مالیدن دست به صورت، مکیدن لب‌ها، جویدن، جمع کردن صورت، خارش، گرفتن گوشه لباس، از گونه حرکات اتوماتیسم همراه در زمان تشنج است. در زمان تشنج ممکن است حرف زدن کاملاً قطع شود ولی در مواردی نیز تکلم کندتر شده یا به صورت بریده بریده می‌شود. در مواردی حتی تکلم باقی می‌ماند. به طور کلی در مواردی که این نوع تشنج طولانی شود اتوماتیسم بیشتر امکان بروز دارد.

حرکات همراه صرع آبسانس معمولاً محدود بوده و شیوع کمتری دارد. حملات کلونیک و یا میوکلونیک گاهی به صورت بسیار محدود و به شکل پلک زدن مشاهده می‌شود.

نیستاکموس، حرکات پرشی ناگهانی دست‌ها و یا لرزش سر گزارش شده است.

در طی روز ایجاد شود. نوار مغزی این کودکان به خصوص وقتی با هیپرونتیلیسیون گرفته شود به صورت حملات امواج سوزنی با فرکانس ۲/۵ تا ۳ بار در ثانیه در تمام سطوح مغزی است.

۲- صرع آبنانس جوانان Juvenile Absence:

معمولاً در سنین قبل از بلوغ شروع شده و معمولاً به صورت همراهی با حملات صرع ژنرالیزه و میوکلونیک در ابتدای بیدار شدن از خواب است. در این نوع صرع تشنج های ژنرالیزه همراه با حرکات تونیک و کلونیک اندام ها شایع بوده و پسرها و دختران به یک میزان گرفتار می شوند. نوار مغزی این بیماران بیشتر از فرکانس ۳ بار در ثانیه می باشد.

۳- صرع همراه با آبنانس میوکلونیک:

که این نوع صرع حملات آبنانس با حملات مکرر میوکلونوس و انقباض کلونیک رخ می دهد و معمولاً مقاوم به درمان نیز می باشد.

۴- juvenile myoclonic epilepsy یا صرع میوکلونیک جوانان:

این نوع بیماری به طور مشخص در دهه دوم زندگی بروز نموده و با حملات میوکلونیک و یا ژنرالیزه مخصوص ابتدای بلند شدن از خواب همراهی داشته و درمان آن معمولاً با مشکلات بیشتری روبرو می شود.

اتیولوژی:

عوامل محیطی و ژنتیکی هر دو در ایجاد صرع آبنانس دخیل می باشند. فاکتورهای ژنتیکی در صرع نوع تیبیک کودکان بیشتر مطرح بوده و مقابلاً در صرع های آبنانس آتیبیک «عوامل محیطی» علت اصلی را تشکیل می دهند.

EEG:

نوار مغزی در نوع آبنانس تیبیک بسیار مشخص و راه گشا است. امواج سوزنی بلند دامنه که در یک لحظه در تمامی سطوح مغز با سرعت ۳ بار در ثانیه منتشر می شوند و همچنین بعد از چند ثانیه در یک لحظه فروکش می نمایند، مشخصه نوار مغزی صرع آبنانس است. در فواصل حمله صرعی نوار مغز کاملاً طبیعی است. جهت تحریک این نوع امواج کافی است که کودک در حد ۳-۲ دقیقه هیپرونتیلیسیون مداوم انجام دهد.

در یک گزارش ۱۳٪ کودکان با صرع کوچک تیبیک این نوع حرکات را ذکر نموده اند ولی در انواع دیگر صرع میوکلونیک که آبنانس نیز به طور همراه آن وجود دارد این گونه حملات حرکتی بیشتر دیده می شود. بعضی از اختلالات اتونوم مثل دیلاتاسیون مردمک ها، رنگ پریدگی، گرفتگی صورت، تعریق، بزاق زیاد دهان و بی اختیاری ادراری نیز در همراهی با آبنانس مشاهده شده است.

تعداد حملات صرع آبنانس در روزهای مختلف و حتی در شرایط متفاوت تغییر می کند.

به طور کلی در شرایطی که کودک بدون تحرک و در حال استراحت است بیشتر از موارد فعالیت، بروز می نماید و همچنین ضعف و بی حالی به طور مشخص باعث افزایش تعداد حملات خواهد شد.

به عنوان یک اصل، صرع تیبیک آبنانس، اختلال واضح و شدید در فعالیت های روزمره ایجاد نمی نماید و باعث بروز اختلالات عصبی نمی شود و حتی در صورت بروز مشکل خفیف معمولاً قابل درمان بوده و پیشرونده نیست. عموم کودکان میزان ضریب هوشی نرمالی دارند ولی به طور کلی کودکان مبتلا به این نوع بیماری از نظر اختلالات رفتاری و روانپزشکی به نسبت سایر افراد میزان ابتلای بیشتری دارند.

نوع دیگری از صرع آبنانس، "atypical absence" نام دارد و اگر چه نوع دیگری از تشنج محسوب می شود ولی به علت شباهت هایی که بین این دو دسته وجود دارد حائز اهمیت است. کاهش تونیسیته بدن، اختلال حرکتی تونیک و یا میوکلونیک همراه در این بیماری بیشتر دیده می شود. اختلالات اتونومیک کمتر گزارش شده است و معمولاً مدت زمان تشنج بیشتر می باشد، ولی تعداد حملات آن در یک روز کمتر از نوع تیبیک است. صرع آتیبیک آبنانس معمولاً در سنین زیر ۵ سال بروز نموده و به طور شایع همراه عقب ماندگی ذهنی و اختلالات نرولژیک واضح می باشد. همچنین این نوع تشنج با سایر انواع صرع نیز همراهی دارد. تعداد زیادی از بیماران مبتلا به سندرم لنوکس دچار تشنج آبنانس غیر تیبیک هستند.

چهار نوع سندرم صرعی همراه با صرع آبنانس تیبیک هستند:

۱- سندرم صرعی آبنانس کودکی:

که همان (petit mal) است و در کودکان ۳ ساله تا سن بلوغ بروز می نماید، کودک معمولاً کاملاً طبیعی بوده و استعداد ژنتیکی بسیار قوی با وراثت AD در خانواده وجود دارد و در دخترها شایع تر است. روزانه بارها تکرار می شود و تمایل دارد به صورت ناگهانی با تعداد بسیار زیادی

تلقی می شوند و حدود ۹۰٪ کودکان با این مشخصات بهبودی کامل می یابند.

انواع دیگر صرع همراه با آسانس مثلاً صرع آسانس جوانان احتمال عود بیشتری داشته و صرع میوکلونوس جوانان ممکن است بارها عود نماید.

به عنوان قانون وجود حملات تشنج های ژنرالیزه تونیک کلونیک قبل از بروز صرع آسانس باعث بدتر شدن پیش آگهی نسبت به موارد برعکس آن می شود. ■

اوایل شروع حمله ممکن است امواج با فرکانس 4HZ بوده و در اواخر آن آهسته تر شده و به میزان 2HZ برسد.

درمان:

تشخیص صحیح و به موقع بیماری راه گشای اصلی درمان است. شرح حال دقیق و تاریخچه ی آن، مانند تمامی بیماری ها همیشه از اهمیت زیاد برخوردار است. در همه بیماران بایستی معاینه کامل نورولوژیک انجام شود و یک نوار مغزی با هیپرونتیلیسیون انجام شود. و در موارد غیر تیبیک آسانس نیاز به بررسی های تکمیلی مثل MRI و CT یا بررسی های آزمایشگاهی نیز وجود دارد.

بعد از تشخیص صرع تیبیک آسانس این بیماران حتماً بایستی تحت درمان دارویی ضد تشنج قرار گیرند. در صورت عدم درمان این نوع تشنج اختلالات یادگیری، تصادف و صدمه جسمی ممکن است بروز نماید. اولین داروی صرع آسانس والپروات سدیم، اتوسوکساماید و یا لاموتریزین است.

متأسفانه در تعداد زیادی از بیماران، اولین دارو نمی تواند به طور کامل تشنج را کنترل نماید. معمولاً در کودکان اولین دارو اتوسوکساماید انتخاب می شود، زیرا این دارو از سایر داروها عوارض کمتری دارد. در مواردی که کودک دچار تشنج آسانس و تشنج ژنرالیزه می شود داروی والپروات سدیم، بیشتر کاربرد دارد.

در موارد مقاوم به درمان و یا در مواردی که نتوانیم از والپروات استفاده کنیم داروهای بنزودیازپین هانز مؤثر است.

طول مدت درمان این بیماری معمولاً متغیر است ولی به طور کلی معمولاً ۲ سال بعد از آخرین حمله صرعی، به شرطی که نوار مغزی نرمال باشد در نظر گرفته می شود. اما معمولاً به علت احتمال عود بعد از قطع درمان بیمار در مقاطع زمانی مشخصی با EEG پیگیری می شود، زیرا بیمارانی که امواج تشنجی داشته باشند احتمال عود بیشتری دارند.

پروگنوز:

متأسفانه یک سوم بیماران با صرع آسانس وارد مرحله های طولانی تری از درمان شده و دچار عود بیماری می شوند. ولی دو سوم بقیه با یک دوره درمان مناسب کاملاً بهبودی می یابند.

سابقه فAMILIاری منفی پروگنوز را بهتر می کند؛ در ضمن وجود EEG زمینه ای نرمال و ضریب هوشی خوب نیز به عنوان عوامل خوب و مثبت

با عرض پوزش از جناب آقای دکتر سید شهاب الدین طباطبایی متخصص محترم مغز و اعصاب، که در مقاله ایشان با عنوان «**هروری بر بیماری صرع**» چند غلط تایپی وجود داشت که به شرح زیر اصلاح می گردد:

«۵/۰ تا یک درصد انسان ها به صرع دچارند ولی ۵-۱٪ انسان ها

ممکن است لااقل یک بار در عمر خود تشنج نمایند»