

Zaburzenia napadowe niepadaczkowe u dzieci

Dr n.med.Jolanta Bielicka-Cymerman

Wiek niemowlęcy, dzieciństwo, to okres występowania różnorodnych zaburzeń napadowych. Uwarunkowane jest to niedojrzałością rosnącego, rozwijającego się organizmu, a zwłaszcza jego ośrodkowego układu nerwowego.

Dlaczego tyle uwagi poświęca się stanom napadowym niepadaczkowym?. Są one nierzadko rozpoznawane i przez wiele lat leczone jako padaczka. Ponad 20% a nawet 30% chorych zgłaszających się do ośrodka specjalistycznego z rozpoznaniem padaczki w rzeczywistości ma inne napady. Większość z nich ma charakter łagodny, ustępują samoistnie i najczęściej nie wymagają leczenia farmakologicznego. Są one dość ściśle związane z przedziałami wiekowymi w których występują (tab.1) i mogą być wyrazem niedojrzałości ośrodkowego układu nerwowego, nieprawidłowej funkcji poszczególnych narządów lub układów lub zaburzeń psychogennych.

We wczesnym okresie niemowlęcym częstym objawem są drżenia mięśniowe, które ustępują w miarę dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego. Kliniczne objawy różnicujące drżenia od drgawek polegają na ustępowaniu drżenia po przytrzymaniu kończyny, niewystępowaniu ruchów gałek ocznych ani objawów wegetatywnych i dużej wrażliwości na bodźce z otoczenia.

Napady afektywnego bezdechu tzw. "sine" są najczęstszą postacią stanów napadowych niepadaczkowych występującą u niemowląt, jakkolwiek występują one również u dzieci w późniejszym wieku. Początek występowania waha się między 6 a 18 miesiącem życia, ze szczytem ok. 1 roku życia. Czynnikiem prowokującym jest płacz, dziecko na szczycie wdechu traci oddech, następuje krótkotrwała utrata świadomości z obniżeniem napięcia mięśniowego, sinica, zwolnienie czynności serca

Rzadszą postacią napadów afektywnego bezdechu są tzw. "blade" określane, również mianem odruchowych drgawek anoksemicznych. Rozpoznanie ich i różnicowanie z padaczką może być trudniejsze. Tu również występuje czynnik prowokujący np. łagodny uraz głowy, gorączka, po którym dziecko blednie, następuje bezdech (nie poprzedzony płaczem), utrata świadomości z obniżeniem napięcia mięśniowego. Częstym objawem są krótkotrwałe drgawki. Napady „blade” występują zazwyczaj w wieku poniemowlęcym i wczesnodziecięcym. Częstotliwość napadów afektywnego bezdechu jest bardzo różna i waha

się od kilku do kilkunastu na rok. Ustępują zazwyczaj przed 7 rokiem życia. Częściej występują u chłopców.

Częstą przyczyną rozpoznawania padaczki u młodzieży w wieku dojrzewania są omdlenia. Manifestują się krótkotrwałą utratą świadomości, zwiótczeniem i osunięciem na podłoże. Najczęstsze są omdlenia wazowagalne (neurogenne, neurokardiogenne), które występują w ok. 50% przypadków omdleń u dzieci. Czynnikiem wyzwalającym jest długotrwałe utrzymywanie pozycji stojącej (np. w kościele), ale również może do niego prowadzić stres, wysiłek fizyczny, widok krwi, wysoka temperatura otoczenia. Omdlenie wazowagalne najczęściej jest poprzedzone objawami pod postacią szumu w uszach, zaburzeń widzenia, nudności, zawrotów głowy. Około 41% omdleń towarzyszą drgawki.

Z omdleniami wazowagalnymi należy różnicować omdlenia ortostatyczne, które najczęściej są spowodowane nagłą zmianą pozycji z leżącej na stojącą, która prowadzi do spadku ciśnienia.

Dla wieku przedszkolnego charakterystyczne są łagodne napadowe zawroty głowy, które manifestują się powtarzającymi się wielokrotnie w ciągu dnia zawrotami głowy, zaburzeniami równowagi z upadkiem lub bez, oczopląsem, zblednięciem, niepokojem, krzykiem. Objawom tym nie towarzyszą nudności ani wymioty. W czasie napadu dziecko nie traci świadomości, leży bez ruchu lub próbuje przytulić się do matki, czasami przytrzymuje się różnych przedmiotów, co zapewnia mu poczucie równowagi. Jest zazwyczaj przestraszone i blade. Napad trwa nie dłużej niż kilka minut, po czym objawy całkowicie ustępują. Opisane objawy samorzutnie ustępują lub przechodzą w typowe napady migreny.

Cykliczne wymioty, nazywane także migreną brzuszną, charakteryzują się nawracającymi epizodami uporczywych wymiotów, którym towarzyszy błądliwość skóry. Występują najczęściej w nocy lub nad ranem. Objawy utrzymują się przez kilka godzin i mogą prowadzić do odwodnienia. Dzieci skarżą się na bóle brzucha. Po epizodzie wymiotów dziecko często zasypia i budzi się bez dolegliwości. Występują w wieku od 4-15 lat. Mogą być wyzwalane przez infekcje, stres.

Migrena jest częstym zaburzeniem napadowym niepadaczkowym u dzieci. Szacuje się, że na migrenę choruje 5-10% populacji dziecięcej.

Głównym objawem migreny bez aury jest silny, napadowy ból głowy, któremu towarzyszą nudności i wymioty. Ból głowy najczęściej ustępuje po śnie.

Migrena z aurą charakteryzuje się ostrym, napadowym bólem głowy, obejmującym głównie połowę głowy, połączonym z aurą:

- wzrokową: mroczki migocące, układające się zygzakowato, ubytki w polu widzenia, widzenie przedmiotów zmniejszonych lub zwiększonych. Rzadką postacią aury wzrokowej, występującą niemal wyłącznie w wieku dziecięcym jest tzw. zespół Alicji w krainie czarów. Polega on na zaburzeniach postrzegania obrazu własnego ciała (zniekształcenie) i zaburzeniach w percepcji upływającego czasu, któremu mogą także towarzyszyć omamy wzrokowe.
- czuciową: odznacza się drętwieniem, najczęściej kącika ust i kończyny górnej.
- ruchową: objawia się niedowładem jednej kończyny, rzadziej niedowładem połowicznym.

Dużą grupę zaburzeń napadowych niepadaczkowych stanowią zaburzenia snu. Są one dość częstym zjawiskiem w wieku dziecięcym. Mają najczęściej charakter przejściowy i są związane z dojrzewaniem ośrodkowego układu nerwowego.

Lęki nocne występują w pierwszej połowie nocy, najczęściej 2-3 godziny po zaśnięciu. Dziecko budzi się z krzykiem, sprawia wrażenia przerażonego, nie poznaje matki, wykonuje gwałtowne ruchy (bije, wstaje itp.). Mogą temu towarzyszyć objawy wegetatywne. Czas trwania napadu jest różny, najczęściej kilkanaście minut. Po napadzie zasypia spokojnie, rano nie pamięta zdarzenia. Zaburzenie to występuje u ok. 3% populacji, najczęściej między 4 a 12 rokiem życia. Lęki nocne są częstsze u chłopców.

Sennowłóctwo (somnambulizm) - polega na wychodzeniu z łóżka i chodzeniu, któremu może towarzyszyć wykonywanie różnych czynności. Dziecko nie reaguje wówczas na polecenia, ale jest spokojne, nie stwierdza się objawów pobudzenia. Rano ma całkowitą niepamięć zdarzenia. Somnambulizm występuje u ok. 15-40% populacji dziecięcej, z największym nasileniem objawów między 4 a 8 rokiem życia. W obu wymienionych parasomniach obserwuje się predyspozycję genetyczną. Epizody te trwają od 1 do 30 min.

Koszmary senne są najczęstszym z zaburzeń przysennych. Występują między 3-6 r. ż., ale sporadycznie mogą dotyczyć osób w każdym wieku. Występują głównie w drugiej połowie nocy. Zaburzenie polega na występowaniu przerażających marzeń sennych, które prowadzą do wybudzenia dziecka. Dziecko ma całkowitą pamięć zdarzenia. Przy powtarzających się koszmarach, często boi się zasnąć. Ich duża częstość i nasilenie może świadczyć o istotnych problemach emocjonalnych dziecka. Nie należy ich zatem bagatelizować, ale spokojnie porozmawiać z dzieckiem o koszmarach i przeanalizować jego tryb życia, zwracając szczególną uwagę na oglądane filmy, książeczki i przykre zdarzenia. W niektórych przypadkach może być potrzebna pomoc psychologiczna.

Mioklonie zasypiania mogą występować począwszy od okresu niemowlęcego. Występują w I, II fazie snu i polegają na krótkotrwałym skurczu mięśnia lub grup mięśniowych występujących w seriach. Mioklonie mogą być symetryczne lub asymetryczne, trwają kilka minut. Mioklonie periodyczne mogą występować przez całą noc, przy pełnej niepamięci zdarzenia.

Zaburzenia powyższe różnicuje się z drgawkami mioklonicznymi. Bardzo pomocny jest zapis wideoeeg. W miokloniach niepadaczkowych zapis eeg w czasie ich trwania jest prawidłowy.

Zespół Sandifera - występuje u dzieci z odpływami żołądkowo-przełykowymi i charakteryzuje się nawracającymi wymiotami z napadami sinicy, bezdechu nasilającymi się lub ustępującymi przy zmianie pozycji ciała, współistniejące z przymusowym ustawieniem głowy i tułowia oraz ruchami przeczenia i potakiwania. Zaburzenie to występuje zarówno w dzień jak i w nocy. Ustępowanie lub nasilanie się tych objawów wraz ze zmianą pozycji ciała dziecka sugeruje rozpoznanie. Badaniem różnicującym jest gastroscopia i 24-godz. PH-metria

Napady wstrząśnienia (Shuddering attacks) są prawdopodobnie tą samą chorobą, którą określa się mianem łagodnych mioklonii niemowlęcych. Napadowe, drżenia głowy, ramion, tułowia, kończyn występują przy zachowanej świadomości. Mogą występować w postaci krótkich napadów, setki razy w ciągu dnia. Intensywność napadów jest różna.. Zazwyczaj są miernie nasilone, ale mogą przybierać postać ciężką, przypominającą napady zgięciowe. Elementem różnicującym napady jest badanie EEG, które w łagodnych miokloniach jest prawidłowe. Schorzenie rozpoczyna się w niemowlęctwie albo we wczesnym dzieciństwie i zwykle ustępuje samoistnie w pierwszej dekadzie życia.

Tiki występują u ok. 4-25 % dzieci w wieku szkolnym i polegają na powtarzających się nierytmicznych, stereotypowych nagłych, szybkich ruchach lub wokalizacjach, które częściowo podlegają kontroli woli. Tiki występują w ciągu dnia, nasilają się pod wpływem stresu, zanikają podczas snu. Tiki ruchowe dzielimy na proste (marszczenie czoła, mruganie oczami, grymasy twarzy, ruchy żucia i in.) oraz złożone (kopanie, podskakiwanie, dotykanie nosa, wachanie przedmiotów). Tiki wokalne proste polegają na wydawaniu krótkich dźwięków (chrząkanie, pociąganie nosem, cmokanie, gwizdanie, czkawka i in.).

Ze względu na czas trwania choroby dzielimy tiki na przemijające i przewlekłe. Szczególną postacią choroby tikowej jest zespół Gilles'a de la Tourette'a, charakteryzujący się znacznym nasileniem tików ruchowych ze współistnieniem tików wokalnych.

Ostatnią grupę omawianych stanów niepadaczkowych stanowią zaburzenia emocjonalno-psychiczne .

Onanizm niemowlęcy jest zaburzeniem nawykowym przypominającym napady zgięciowe, stąd bywa niekiedy rozpoznawany jako padaczka. Nierzadko spotykany jest zwłaszcza u niemowląt płci żeńskiej często zaniedbanych wychowawczo lub pielęgnacyjnie. Polega na krzyżowaniu i zginaniu kończyn dolnych często z zaczerwienieniem twarzy, przyspieszonym oddechem. Zaburzeniom nigdy nie towarzyszy utrata świadomości, niekiedy obserwuje się obniżoną reaktywność na bodźce. Często zdarza się, że bezpośrednim czynnikiem prowokującym może być zakażenie dróg moczowych. Obserwacja niemowlęcia, ustępowanie niepokojących objawów po zainteresowaniu się dzieckiem, wzięcie go na ręce pozwala na zorientowanie się co do ich charakteru. Ponieważ onanizm zazwyczaj występuje w sytuacjach bezczynności, zmęczenia, należy odwracać uwagę dziecka przez zainteresowanie go zabawą oraz unikanie zakładania ciasnych pieluszek.

Napady rzekomopadaczkowe są problemem stale towarzyszącym epileptologii. Najczęściej dotyczą młodzieży w okresie dojrzewania, ale mogą również występować w wieku wczesnodziecięcym. Napady rzekomopadaczkowe są trudnym problemem diagnostyczno-terapeutycznym, zwłaszcza gdy współistnieją z napadami padaczkowymi. Umiejętnie zebrany wywiad odgrywa niezwykle istotną rolę w diagnostyce różnicowej napadów psychogennych i padaczkowych. Istotne są wszystkie okoliczności napadu, czas jego trwania, zaburzenia ponapadowe. O podejrzeniu napadów rzekomopadaczkowych należy myśleć, gdy napady mają charakter demonstracyjny, zawsze występują w obecności osób trzecich, lub przeciwnie są zgłaszane tylko przez chorego, ale zawsze w okolicznościach, w których nikt z otoczenia nie ma możliwości zaobserwowania napadu. O napadach rzekomopadaczkowych myślimy również w przypadku braku efektu terapeutycznego, przy prawidłowym leczeniu przeciwpadaczkowym. Obraz kliniczny napadu jest zazwyczaj zmienny, a jego ekspresja bardziej wyrażona niż w napadach padaczkowych. Dłuższy jest też czas jego trwania, jakkolwiek zdarzają się napady rzekomopadaczkowe trwające kilkadziesiąt sekund. Istotnym elementem różnicującym napady jest fakt, że mięśnie mimiczne twarzy nie są włączone w napad rzekomopadaczkowy, nie występują one również w nocy. Najbardziej użyteczną metodą w diagnostyce napadów padaczkowych i rzekomopadaczkowych jest wideometria.

Podsumowując zagadnienie należy podkreślić, że w wielu przypadkach zaburzeń napadowych niepadaczkowych, dobrze zebrany wywiad pozwala na postawienie rozpoznania bez potrzeby wykonywania wielu specjalistycznych badań, nawet eeg.

Tabela 1. Podział zaburzeń napadowych niepadaczkowych w zależności od wieku

Wiek noworodkowy

- drżenia
- bezdechy
- noworodkowe mioklonie snu

Wiek niemowlęcy

- napady afektywnego bezdechu
- onanizm niemowlęcy
- zespół Sandifera

Wiek poniemowlęcy i wczesnodziecięcy

- Leki nocne, koszmary senne
- mioklonie zasypiania i periodyczne

Wiek szkolny

- tiki
- migrena
- sennowłódtwo

Wiek dojrzewania

- omdlenia
- napady rzekomopadaczkowe
- zespół hyperwentylacyjny
- migrena