

Clinica de neurologie a I.M.F. din Tg.-Mureș
(cond.: prof. T. Andrássofszky, doctor în științe medicale)

FORME RARE DE EPILEPSIE

O. Corfariu, L. Szabó

În literatura de specialitate comunicările ne relatează despre cazuri cu forme deosebite de manifestare a epilepsiei, lărgind astfel cadrul simptomatologic pe de o parte, iar pe de altă parte atrăgând atenția asupra unor forme de boală cu manifestări caduce, greu de recunoscut, dacă medicul nu întrezărește în complexul simptomatic caracterul epileptic al bolii.

Am ales un număr de cazuri care se încadrează în aceste forme cu manifestări rare și curioase ale epilepsiei.

Obs. nr. 1: O. L. de 77 ani, pensionar. Nu semnalează nici o maladie în antecedentele eredo-colaterale, iar în antecedentele personale, de 10 ani, este tratat pentru arterioscleroză generalizată și cardiomiopatie arteriosclerotică. Boala actuală a început cu doi ani în urmă, în timp ce stătea la masă, după ce a băut un pahar cu apă. În timpul înghițirii apa i-a dat o senzație neplăcută de arsură în regiunea epigastrică, care i-a cuprins imediat tot toracele, după care și-a pierdut cunoștința. Din relatările soției conchidem că a urmat o criză tonico-clonică generalizată cu emisie de urină, cu o durată de 2—3 minute, urmată de un somn de 30 de minute (criză majoră). Când își revine, acuză cefalee, dureri musculare și oboseală. După o perioadă de 2 luni, în care nu se semnalează nimic deosebit, apare în aceleași condiții — tot după înghițirea unui pahar cu apă — o criză cu pierderea cunoștinței, fără aură. În timpul înghițirii își pierde cunoștința, scapă paharul, devine palid, are privirea fixă, pentru ca totul să reîntre în normal după 20—30 secunde (criză minoră). Criza de „grand mal” se repetă încă de trei ori, iar criza minoră este din ce în ce mai frecventă și se declanșează numai când bolnavul bea apă, fără o strictă regularitate. Timp de doi ani, crizele epileptice s-au declanșat numai în timp ce bolnavul înghițea apă. Spălătul guri sau alte împrejurări nu au intrat în observația bolnavului ca și „cauze declanșatoare”.

Examenul neurologic obiectiv este negativ. EEG pune în evidență un traseu disritmic, difuz, încetinit, cu câteva descărcări de virfuri grupate pe derivațiile de linie mediană. După hiperpnee apar bufeuri de unde ample, hipervoltate, pe aceleași derivații cu o iradiere nelă spre regiunea temporală dreaptă, traseu cu caracter de tip comițial, cu descărcări de origine profundă (fig. 1).

Epilepsia reflexă este o corelație între acțiunea unui excitant senzitiv-sensorial și declanșarea paroxismului comițial. O gamă variată de stimuli pot să condiționeze apariția acestei forme de epilepsie, dar individualizat, stimulul este totdeauna același și condiționează aceeași formă de criză.

Literatura medicală semnalează cazuri de epilepsie reflexă, din care semnalăm numai pe cele descrise de *Goldstein* în 1932 și *Critchley* în 1937, sub numele de epilepsie muzicogenă, la care crizele se declanșau la auzul unor sunete sau melodii. Cazuri de epilepsie, la care crizele paroxistice se declanșau la vederea luminii solare, au fost descrise de *Radovici*. Menționăm și cazul publicat de *Kreindler*, epilepsie reflex-condiționată la care crizele paroxistice se declanșau inițial când bolnavul făcea baie, mai apoi la simpla vedere a băii.

Cazul pe care îl publicăm aparține grupului de epilepsii tardive și poate fi considerat ca un simptom rar în arterioscleroză. Leziunile cerebrale produse de arterioscleroză și hipertensiune arterială sînt capabile să devină focare epileptogene și să genereze crize paroxistice. Particularitatea cazului nostru constă în faptul, că aceiași stimul generează două feluri de crize paroxistice (crize majore și minore), ridicînd problema multiplicității focarelor sau posibilitatea producerii mai multor forme de boală de către același focar.

Obs. nr. 2: B. I. de 10 ani, elevă. În antecedentele eredo-colaterale nimic de semnalat. În antecedentele personale numeroase stări gripale și amigdalite acute. Copila este dreptace. Boala actuală debutează cu doi ani în urmă prin apariția bruscă pe hemifața stg. a unei contracturi tonice care a durat 1—2 minute, în care timp copila n-a putut vorbi, dar nu și-a pierdut cunoștința. După ce și-a revenit, declară că a văzut tot ce s-a întimplat în jurul ei, că a auzit-o pe mama ei, a înțeles ce i se vorbește, dar nu putea răspunde. Părinții nu au dat importanță acestui accident. După o lună se declanșează a doua criză, tot de tip tonic, dar de data aceasta pe lingă hemifața stg. sînt interesate și membrele inferior și superior stîng. Criza este însoțită de pierderea cunoștinței și durează 1—2 minute, fiind urmată de somnolență și stare de oboseală. În interval de două săptămîni după această criză urmează altele trei localizate numai pe hemifața stîngă, fără pierderea cunoștinței, anartrice, de aceeași durată. Copila afirmă că aceste crize au fost precedate cu 1—2 zile de amorteți numeroase în limbă, de durată foarte scurtă, fără a putea preciza dacă era interesată toată limba sau numai o parte. Rezultatul examenului neurologic obiectiv a fost negativ. Electroencefalograma arată un traseu neregulat, cu o ușoară încetinire a ritmului de bază. Asimetrie interemisferică cu mai multe unde lente pe derivațiile temporale drepte. După o hiperpnee de 3 minute se pun în evidență bufeuri de unde ample și virfuri lente hipervoltate pe aceleași derivații. Focar centro-temporal drept, cu o tendință de iradiere spre regiunea parieto-temporală dreaptă (fig. 2).

Cazul nostru prezintă crize tonice hemifaciale — fără pierderea cunoștinței, anartrice, precedate de un prodrom sub formă de crize senzitive ale limbii și crize de hemicorp tot de tip tonic, însoțite de pierderea cunoștinței. Acest caz, încadrat în formele de epilepsie focală, pe lingă faptul că este o manifestare destul de rară, ridică probleme de diagnostic diferențial și de patogenie. Crizele epileptice faciale se pot ușor confunda cu crizele de tetanie, mai ales cînd au un caracter altern, sau cu ticuri, constituînd o gravă eroare de diagnostic. *Lerique și Loscki* (3) publică 22 de cazuri de epilepsie cu crize numai la hemifața. Dintre acestea, 17 au fost crize ale hemifetei stîngi, însoțite de anartrie, iar din punct de vedere al EEG au fost focare temporale. Întrebarea care se pune atît la cazul nostru cît și la cazurile lui *Lerique* este asupra patogeniei anartriei în crizele hemifetei stîngi la dreptaci. Evoluția crizelor cazului nostru pare să corespundă ipotezei lui *Lerique* și anume că, crizele hemifetei sînt forme atenuate de manifestare ale hemiconvulsiilor.

Obs. nr. 3: M. K. de 46 ani, instalator de gaz. În antecedentele eredo-colaterale nu se semnalează nimic, în antecedentele personale un traumatism craniocerebral în 1946 și hepatită epidemică în 1962. Boala actuală se declanșează la 4—5 luni după traumatismul cranian, prin crize de pierdere a cunoștinței timp de 2—3 minute, însoțite de mici automatisme (frecarea mîinilor, mișcări de aranjare a patului), neprecedate de aură, cu o frecvență de o criză la 3—4 luni. Ulterior crizele își schimbă caracterul, apar simptome noi, ca senzații sexuale plăcute cu ejaculări consecutive, însoțite sau nu de halucinații vizuale. În timpul crizelor bolnavul vede o masă de culoare verde cu flori colorate. Dacă halucinațiile lipsesc, crizele sînt mereu însoțite de senzații sexuale urmate de ejaculare. Explorările făcute nu pun în evidență tulburări psihice, iar examenul neurologic obiectiv rămîne negativ. Electroencefalograma pune în evidență un traseu plat, neregulat, disritmic. După o doză de 0,30 g evipan apar descărcări de virfuri și de unde ample, hipervoltate pe derivațiile temporale stîngi, pe un fond difuz iritativ. Focar temporal stîng (fig. 3).

Cazurile de epilepsie temporală cu tulburări de comportament sexual sînt rare față de numărul mare de epilepsii temporale. *Gastaut* și *Collomb* citați de către *van Reeth* publică, la mai multe mii de epileptici, citeva cazuri cu accese confusionale și amnezice acompaniate de comportamente sexuale antisociale, ca exhibiționism și un caz de priapism inconștient, interpretat ca o formă particulară a epilepsiei vegetative. În cursul crizelor psihomotorii, ejacularea a fost semnalată într-un caz și de *Hallen*. Au fost publicate cazuri de crize temporale psihomotorii cu fetișism declanșate de emoția sexuală provocată de vederea obiectului fetic.

Crizele sînt însoțite de senzații de tip sexual, ejaculări, uneori și halucinații vizuale. Ele se încadrează în epilepsia temporală cu etiologie-traumatică.

Obs. nr. 4: G. L. de 10 ani, elev. În antecedentele eredo-colaterale nimic de semnalat. În antecedentele personale, la vîrsta de 5 ani o rujeolă cu evoluție gravă. După acest episod infecțios apar crize de pierdere a cunoștinței, fără aură, de 1—2 minute. În timpul crizelor, care pot ajunge pînă la 2—3 pe zi, bolnavul prezintă un sursum vergens (deviere în sus a globilor oculari), este palid, își pierde cunoștința, are mișcări de frecare a mîinilor și rîde în hohote. După criză se instalează un somn liniștit de cca. 10 minute. Mama copilului ne semnalează că de atunci copilul consumă o cantitate exagerată de apă (3—4 l/zi). Examenul neurologic obiectiv este negativ. Examenul de laborator pune în evidență semne care pledează pentru un diabet insipid. Electroencefalograma pune în evidență un traseu ușor disritmic. După o hiperpnee de un minut apar bufeuri de unde lente și vîrfuri lente, hipervoltate, bilaterale, sincrone, simetrice. Descărcări comițiale de origine profundă (fig. 4).

Cazurile de epilepsie cu manifestări de ris, destul de rare, ridică problema localizării focarului generator. *Dereux* (1) publicînd cazul unui meningitic cu accese de ris, amintind maladia „Kuru” din Noua Guinee, ridică problema multiplicității focarelor responsabile de aceste manifestări. *Ionășescu* publică un caz de tumoare fronto-temporală care se manifesta numai prin accese de pierdere a cunoștinței însoțite de ris.

În cazul nostru este vorba de un copil la care se instalează, după un episod infecțios, crize de pierdere a cunoștinței, însoțite de explozii de ris. Totodată apare și un diabet insipid. *Geesink* în 1929 și *Greving* în 1932 au demonstrat că nu numai distrugerea segmentului hipofizar, care secretă principiul antidiuretic, poate produce diabet insipid ci chiar întreruperea căilor hipotalamo-hipofizare produc această boală. În cazul nostru este izbitoare asocierea celor două manifestări, epilepsia cu crize de ris și diabetul insipid, faptul convingător pentru localizarea hipotalamică a leziunii este pus în evidență și de aspectul bioelectric al cazului.

Din cei 1800 de epileptici dispensarizați de noi, cazurile amintite constituie manifestări rare de epilepsie, motiv pentru care le considerăm interesante de publicat. Menționăm faptul că fiecare caz a beneficiat de tratament anticonvulsivant, observînd ameliorare sau vindecare clinică precum și ameliorarea traseului bioelectric.

Sosit la redacție: 30 noiembrie 1964.

Bibliografie

1. DEREUX I., LECUYER R.: Rev. Neurolog. vol. 106, 305;
2. KREINDLER A., CRIGHEL E., STOICA I.: Epilepsia infantilă, Edit. Acad. 1960, 113;
3. LERIQUE A., LOSSKI I.: Rev. Neurolog. (1962), 2, 106, 119;
4. POLICI I., CRIGHEL E.: Studii și cercet. neurolog. (1960), 4, 635;
5. ROUSSY C., MOSIGNER M.: Traité de Neuro-endocrinologie, Ed. Masson, 1947, 707;
6. STOICA I., ȘERBANESCU T.: Studii și cercetări de neurolog. (1963), 4, 581;
7. VOINESCU I., VOICU AL.: Neurologia, Psihiatria și Neurochirurgia, (1963), 4.

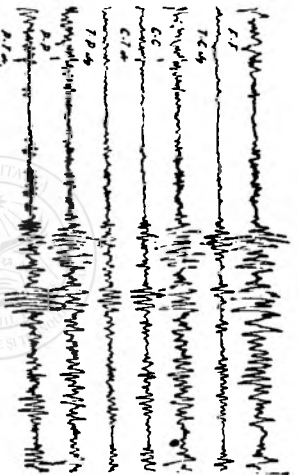


Fig. nr. 1.

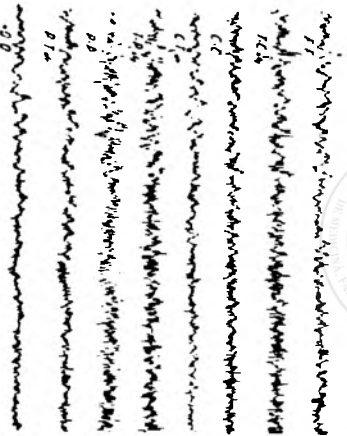


Fig. nr. 3.

ME RARE DE EPILEPSIE

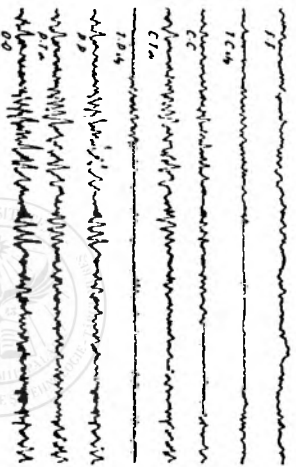


Fig. nr. 2.

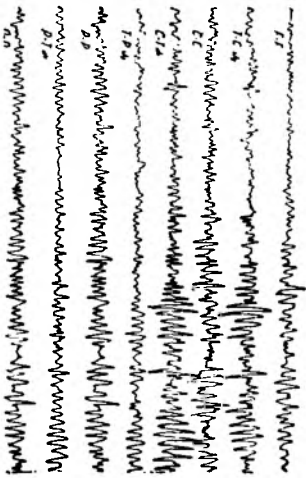


Fig. nr. 4.