

صرع شکمی

درد شکمی در طب اطفال علامت شایعی است که میتواند علل بسیار متنوعی داشته باشد. یکی از علل نادر آن صرع شکمی است که نسبتاً به ندرت در سنین کودکی و نیز در بالغین گزارش شده است (۱۴). نگارندگان اخیراً "به سه مورد از این بیماری در کودکان برخوردند که در زیر به معرفی و بحث درباره آن میپردازند.

بیمار اول: آ. گ. دختر بچه ۹ ساله. حاملگی، زایمان و دوره نوزادی طبیعی و بدون حادثه بوده است. وزن تولد ۳۵۰۰ گرم. از حدود ۶ سالگی سابقه دل‌دردهای عود کننده دارد که با وجود مراجعات مکرر به پزشکان و درمان‌های مختلف بهبودی نیافته است. حدود ۶ ماه پیش بر مبنای یافته‌های نوار مغزی (شکل ۱) صرع شکمی تشخیص داده شد. بیمار تحت درمان با فئوباریتال فرار گرفت و پس از آن دیگر درد شکمی ندارد.

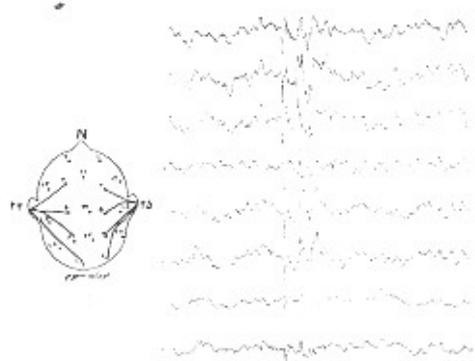
بیمار دوم: ک. ت. پسر بچه ۱۵ ساله. از طریق فرارین بدنیا آمده است. وزن تولد ۳۵۰۰ گرم. بیماری خصوصی از دوران شیرخوارگی و کودکی ذکر نمی‌شود. در حدود ۶ سالگی مبتلا

به دردهای عود کننده شکمی شده که معاینات بالینی و آزمایشگاهی مکرر علت آن را روشن نکرده و در ماه‌های انجام شده نتیجه‌ای نداشته است. بعد از گرفتن نوار مغزی در ۱۱ سالگی (شکل ۲) تشخیص صرع شکمی داده شده که با درمان فئوباریتال بهبود کامل یافته و از آن به بعد دردهای شکمی عود نکرده است.

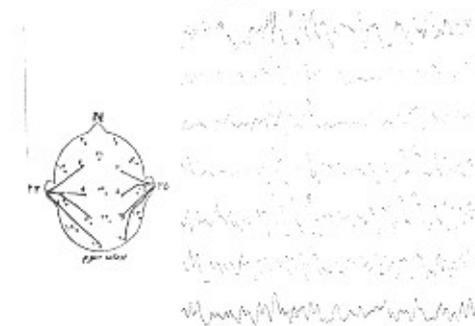
بیمار سوم: پ. پسر بچه ۷ ساله. یک برادر ۱۲ ساله به صرع "گراندمال" مبتلاست. مدت ۶ ماه است که دچار دردهای عود کننده شکمی و دورنمایی و گاهی تهوع میشود. آزمایشهای بالینی و پاراکلینیکی انجام شده غیر از نوار مغزی تماماً "طبیعی" بودند. در نوار مغزی (شکل ۳) تشخیص صرع شکمی داده شد که به درمان با پریمیدون بخوبی جواب داده و دیگر درد شکمی ندارد.

بحث: در سال ۱۹۱۲ Still عقیده داشت که درد دور نافی ممکن است نوعی صرع شکمی باشد (۱۶) و در سال ۱۹۴۰ Wilson بیان داشت که بعضی از ناراحتی‌های احشایی

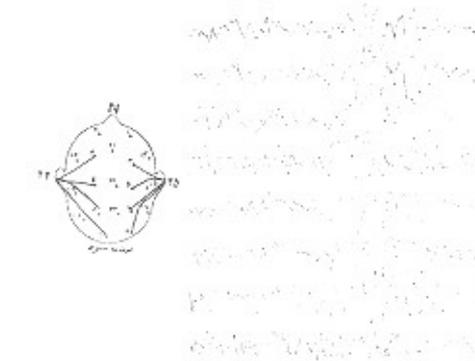
*دانشکده پزشکی دانشگاه تهران - بیمارستان امرکبیر



شکل ۱



شکل ۲



شکل ۳

ممکن است علت صرعی داشته باشد (۱۸). در سال ۱۹۴۱ Klingman و همکارانش در گزارشی به انجمن اعصاب آمریکا ۱۲ کودک را که فکر میکردند نوعی صرع شکمی داشته باشند معرفی کردند زیرا ۹ مورد از آنان یافته‌هایی مثل حمله‌های ضعف، میگرن یا تشنجات صرعی واقعی همزمان با دردهای شکمی نشان می‌داد. هر ۱۲ بیمار الکتروانسفالوگرام غیر طبیعی داشتند (۸).

از سال ۱۹۴۴ Moore سلسله مقالاتی که در آن درد حمله‌ای شکم بعنوان نوعی صرع علامتی کانونی (فوکال) تلقی میشد، نوشت و نتیجه‌گیری کرد که این بیماری میتواند بر پایه رد کردن بیماری احشائی، سابقه بیماری احتمالی مغزی، حمله‌ای بودن دردها، وجود پدیده‌های صرعی همراه، یافته مثبت در نوار مغزی و کاهش حمله‌ها در طی درمان با داروهای ضد تشنجی، تشنجی داده شود. او بر لزوم وجود سابقه ضایعه مغزی تأکید میکرد (۱۱، ۱۲). در سال ۱۹۴۹ هم او معتقد بود که میگرن شکمی هم در واقع نوعی صرع شکمی است (۱۳).

در سال ۱۹۵۱ Livingstone ۱۴ بیمار را معرفی کرد که همگی علاوه بر علائم دیگر، بعد از حمله‌ها حالت خستگی و خواب داشتند. او معتقد بود که اگر چه علائم سه گانه (درد عود کننده شکم، اختلالات الکتروانسفالوگرام، پاسخ مساعد به درمان ضد تشنجی) ارزش تشخیصی

دارند ولی برای تشخیص تنها وجود دردهای شکمی لازم است (۹). سه سال بعد Blumberg کودکی را گزارش کرد که به درمان با تری متادبون جواب داده بود (۲). بدنبال آن در سال ۱۹۵۵ Wallis یک سری از بیماران مبتلا به صرع نهفته را شرح داد که چند مورد از آنان استفراغ عادت‌ی و درد شکمی داشتند. در ۲ نفر از این بیماران الکتروانسفالوگرام به وضوح غیر طبیعی بود. هر دو کودک بخوبی به درمان ضد تشنجی جواب دادند (۱۷). در همان سال Milli-chap و همکارانش ۳۳ کودک را با استفراغ عادت‌ی و ناراحتی شکمی شرح دادند که معتقد بودند به نوعی صرع اتونومیک مبتلا هستند (۱۰). بنا بر عقیده آنان تشخیص صرع شکمی باید یک تشخیص مثبت باشد و نه تشخیصی که از طریق رد کردن علل احتمالی دیگر داده شود. آنان تأکید داشتند که علاوه بر سابقه اپیلیسی در خانواده علائم ضایعه مغزی و طبیعت عود کننده حمله‌های درد، باید یافته‌های غیر طبیعی در الکتروانسفالوگرام و پاسخ مساعد به مداوای ضد تشنجی هم وجود داشته باشد (۱۰).

در سال ۱۹۵۸ Prichard اظهار داشت که میتواند میگرن شکمی و صرع شکمی را از هم تمیز دهد. بنا به تعریف او صرع شکمی ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد که با تیره شدن هوش، اختلالات آروموتور، تهوع یا استفراغ

و دیستارژ در نواحی تامبورال همراه است در حالیکه بیمار مبتلا به میگرن الکتروانسفالوگرام طبیعی دارد (۱۵). Kellaway و همکارانش در مطالعاتی بر روی ۴۵۹ و ۵۵۰ کودک نتیجه گرفتند که سندرم مشخصی از دردهای حمله‌ای، سردرد و اختلالات رفتاری وجود دارد که میتواند آن را بعنوان یک اکیوالان تشنجی تلقی کرد (۷، ۶). این نتیجه‌گیری بر یافته‌های EEG مبتنی بود که امواج سوزنی مثبت ۱۴ و ۶ سیکل در ثانیه نشان میداد. بعضی از این کودکان اختلالات دیگر الکتروانسفالوگرام از نوع اختلالاتی که با بیماریهای تشنجی همراه است نشان میدادند. دیگران امواج سوزنی مثبت ۱۴ و ۶ سیکل در ثانیه را به صرع شکمی نسبت دادند (۱). Sheeby و همکاران این پدیده را در ۴۲ درصد از بیمارانی که صرع شکمی داشتند پیدا کردند و معتقد بودند که یکی از شرایط لازم برای تشخیص میباشد.

ضوابط تشخیصی صرع شکمی عبارتند از:

- ۱- دردهای شکمی حمله‌ای، ۲- رد شدن علل احشائی دردهای شکمی، ۳- تغییر وضع ذهنی در خلال بعضی از حمله‌ها، ۴- الکتروانسفالوگرام غیر طبیعی و ۵- جواب به درمان ضد صرعی. وجود هم‌این ضوابط برای تشخیص ضروری نمیشد (۶). محل درد در دورنایف ذکر میشود. درد ناگهانی شروع میشود و تا چند ساعت طول می‌کشد. شیوع علائم در کودکان متفاوت است. درد در

۸۸٪ موارد، تهوع با استفراغ یا بدون آن در ۸۰٪، رنگ پریدگی ۶۰٪، اسهال یا دفع ادرار ۱۴٪ و اختلال هوشیاری ۸٪ گزارش می‌شود (۱۴). بطور کلاسیک بیمار بعد از حمله احساس خواب آلودگی میکند و بعد از بیدار شدن حالتش خوب است. در مورد اهمیت امواج سوزنی مثبت ۱۴ و ۶ سیکل در ثانیه اختلاف عقیده شدید وجود دارد زیرا این تغییرات در ۱۶ تا ۵۸٪ مردم سالم هم دیده می‌شود (۱۴، ۵). بعضی از بیماران مبتلا به صرع شکمی EEG طبیعی دارند (۹).

درمان: درمان صرع شکمی درمان ضد تشنجی است. بیشتر از فنیتوئین سدیم (۳۰۰ میلیگرم در روز) استفاده شده است. فنوباریتال هم میتواند مؤثر باشد. جالب است ذکر شود که اثرات معدی رودهای فنیتوئین سدیم در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مطالعه شده است و نتیجه این بوده که این مداوا برخلاف تأثیر آن در صرع شکمی، اثری بیشتر از داروهای دیگر در کاهش تعداد دفعات اجابت مزاج نداشته است (۴) که این خود میتواند بعنوان وسیله‌ای برای تشخیص افتراقی بکار گرفته شود.

خلاصه: صرع شکمی یک علت نادر دردهای شکمی عود کننده می‌باشد که بیشتر در کودکان یا بالغین جوان دیده میشود. ضوابط تشخیص عبارتند از: دردهای دورنایفی عود

Summary

H. Ehsani, M.D.

M. Khalili, M.D.

Abdominal Epilepsy

Abdominal epilepsy is a rare cause of abdominal pain that occurs predominantly in children and young adults. The diagnostic criteria consist in recurrent periumbilical pain occasionally associated with nausea and vomiting, personal or family history of epilepsy, abnormal findings in EEG and positive response to anti-convulsive therapy. Not all patients show all the mentioned signs and symptoms. The differentiation of this disease from abdominal migraine is possible by presence of abnormal discharges in EEG.

شده در همه بیماران وجود نداشته باشد. گاهی اشکال تشخیصی بین میگرن شکمی و صرع شکمی پیش می‌آید که تغییرات غیر طبیعی الکتروانسفالوگرام در صرع شکمی آن را از میگرن شکمی متمایز میکند.

کننده گاهی همراه با تهوع و استفراغ، سابقه شخصی یا فامیلی اپیلهسی، تغییرات غیر طبیعی الکتروانسفالوگرام و بالاخره پاسخ به درمان با داروهای ضد تشنج، ممکن است همه علائم ذکر

12. Moore, M.T.: Paroxysmal abdominal pain: A form of focal symptomatic epilepsy. Part II. J.A.M.A. 1233, 1945.
13. Moore, M.T.: Abdominal epilepsy versus "abdominal migraine". Ann. Intern. Med. 33: 122, 1950.
14. Papatheophilou, R. et al.: Recurrent abdominal pain: A clinical and electroencephalographic study. Dev. Med. Child. Neurol. 14: 31-44, 1972.
15. Prichard, J.S.: Abdominal pain of cerebral origin in children. Canad. Med. Assoc. J. 78: 665-667, 1958.
16. Still, G.F.: Common Disorders and Diseases of Childhood. P. 642. Frowde, London 1912.
17. Wallis, H.R.E.: Masked epilepsy. Lancet 1: 70, 1955.
18. Wilson, S.A.K.: Epileptic variants. J. Neurol. Psychopathol. 8: 223, 1927-1928.

ماخذ

1. Acker, C.M., Ziegler, D.K.: Clinical significance of 14 and 6 positive spike complexes. Neurology (Minneap.) 8: 903, 1958.
2. Blumberg, M.L.: Abdominal epilepsy. Report of a case controlled with Tridione. J. Pediatrics 45: 89, 1954.
3. Douglas, E.F., White, P.T.: Abdominal epilepsy- a reappraisal. J. Pediatrics 78: 59-67, 1971.
4. Greenbaum, D.S. et al.: A controlled therapeutic study of the irritable bowel syndrome. N. Engl. J. Med. 288: 13-16, 1973.
5. Hughes, J.R.: A review of the positive spike phenomenon: Recent studies. In: Hughes, J., Wilson, W.P. (eds.): EEG and Evoked Potentials in Psychiatry and Behavioral Neurology. Pp. 295-324. Butterworths, Boston 1983.
6. Kellaway, P. et al.: Paroxysmal pain and autonomic disturbances of cerebral origin: A specific electroclinical syndrome. Epilepsia 1: 466, 1960.
7. Kellaway, P. et al.: A specific electroencephalographic correlate of convulsive equivalent disorders in children. J. Pediatr. 55: 582, 1959.
8. Klingman, W.O. et al.: Paroxysmal attacks of abdominal pain, an epileptic equivalent in children. Trans. Amer. Neurol. Ass. 67: 228, 1941.
9. Livingston, S.: Abdominal pain as a manifestation of epilepsy (abdominal epilepsy) in children. J. Pediatr. 38: 687-695, 1955.
10. Millichap, J.G. et al.: Cyclic vomiting as a form of epilepsy in children. Pediatrics 15: 705-714, 1955.
11. Moore, M.T.: Paroxysmal abdominal pain: A form of focal symptomatic epilepsy. J.M.M.A. 124: 561, 1944.