

Dr. Móser Judit

# Gyermekkori görcsök differenciáldiagnosztikája

## Bevezetés

Mindenki rendelkezik valamilyen fokú veleszületett görcskészséggel. Bizonyos provokáló tényezők (pl. láz, kialvatlanság, alkohol) bárkinél kiválthatnak rohamot – ezt a rosszullétet alkalmi konvulzióknak nevezzük. Az epilepszia előfordulása gyermekkorban 1%-os, míg az alkalmi rohamok ennél jóval gyakoribbak. Gyermekkorban a leggyakrabban észlelt alkalmi roham a lázgörcs.

Gyermekeknél is számos olyan jelenség ismert, amely paroxizmálisan jelentkezik és epilepsziás roham gyanúját kelti. Ezek a nem epilepsziás eredetű paroxizmális kórképek több mint tízszer gyakrabban fordulnak elő, mint az epilepszia betegség. Az epilepsziás rohamok és a hasonló jelenségek elkülönítésében az anamnézis döntő fontosságú, az esetek többségében a szülőtől illetve szemtanútól kapott részletes leírás alapján a diagnózis felállítható. Rohamgyanús jelenség kapcsán a következő szempontok nagyon fontosak: Milyen körülmények között, milyen időpontban (alvás vagy ébredés idején) jelentkezett a rosszullét? A beteg érzett-e valamilyen aurajelenséget? Milyen volt közben a testhelyzet, ez változott-e? Milyen volt a gyermek bőrszíne, arckifejezése, tekintete? Fejfordítást, szájhúzórást, nyálzást, orális automatizmust tapasztaltak-e? Milyen volt a végtagok tónusa, hol észlelték rángást, látzott-e oldalkülönbség? A rosszullét járt-e valamilyen vegetatív tünettől? Mennyi ideig tartott? Hogyan szűnt meg, milyen állapotban volt a beteg a paroxizmális jelenséget követően?

A leggyakoribb epilepsziás rohamot utánzó kórképek, betegségcsoportok gyermekkorban a következők:

- Syncope (vasovagalis-vasodepressor, vasomotor, kardiális eredetű, anoxiás eredetű, affektív apnoe)

- Migrén és migrén-ekvivalensek
- Paroxizmális mozgászavarok (tic, choreoathetosis, myoclonus, hyperekplexia)
- Paroxizmális alvászavarok (pavor nocturnus, somnambulismus, narcolepszia)
- Pszichogén rohamok és hyperventilációs szindróma
- Csecsemő-és kisdedkori sztereotípiák, genitális manipuláció
- Metabolikus és toxikus eredetű görcsök
- Sandifer szindróma

## Lázgörcs

A lázgörcs kisgyermek korban 3–4%-os előfordulása, típusos esetben fél és öt éves kor között jelentkezik. Általában vírusos légúti infekciók, ritkábban enterális fertőzések kapcsán, a betegség 1–2. napján alakul ki magas láz idején, illetve a láz felszálló szakában. A betegség első tünete is lehet. A görcs többnyire rövid, generalizált tónusos-klónusos jellegű. A lázgörcs patomechanizmusa pontosan még nem ismert, feltehetően több tényező is szerepet játszhat létrejöttében, ezek a következők lehetnek: genetikum hajlam, a fejlődő idegrendszer fokozott görcskészsége, egyes kórokozók toxikus hatása. A lázas konvulziók háromnegyed része egyszerű lázgörcs, amely általában jó prognózissal (a gyermekek egyharmadánál recidívára lehet számítani, de háromnál több egyszerű lázgörcs ritkán fordul elő), a későbbi epilepszia kockázatát csak kis mértékben növeli (egyről három százalékra).

A komplikált lázgörcs ismérvei (valamelyik a felsoroltak közül): fokális roham, 15 percnél tovább tart, 24 órán belül ismétlődik, postictalis parézis észlelhető, korábbi neurológiai deficit illetve nem megfelelő pszichomotoros fejlődés tapasztalható.

Lázgörcs észlelése esetén gondolni kell neuroinfekció lehetőségére is – 6 hónapos kor alatt illetve gyanújelek esetén lumbálpunkció javasolt. Egyszerű lázgörcs esetén jó állapotú gyermeknél kivizsgálás nem szükséges, EEG vizsgálat sem indokolt.

## Syncope

Syncope során az agyi vérátáramlás hirtelen csökken, a corticalis hypoxia eszméletvesztést és tónusvesztést okoz. Ha a jelenség elhúzódóbb, a corticalis gátlás alól felszabaduló agytörzsi központok a törzs megfeszülését, opisthotonust okozhatnak. Elhúzódó syncope esetén néhány végtárgás jelentkezhet (convulsiv syncope), enuresis is előfordulhat.

Vasovagalis vagy vasodepressor mechanizmus eredményezi a gyermekkorban *ájulások* nagy részét. A kiváltó szituációk jellegzetesek: vérvételkor vagy vér látványára, hirtelen fájdalom jelentkezésekor, stresszhelyzetben, tömegben, melegben, hosszabb állást követően jelentkezik a rosszullét. Köhögés, mictio vagy egyéb Valsalva manóval összefüggő epizód kapcsán is létrejöhet syncope. A bevezető tünetek jellemzőek: ájulás előtt gyengeségérzés, hasi diszkomfort, hányinger, verejtékezés, szédülés, sápadtság, a látótér elsötétedése vagy fényesség válása lehetséges. Syncope alatt a vérnyomás alacsony, a pulzus könnyen elnyomható.

Serdülőkorú lányoknál gyakran okoz ájulást a hirtelen testhelyzet változtatás (orthostaticus hypotensio). Ismétlődő syncope esetén Shelton teszt és „tilt table” teszt elvégzése javasolt. Shelton teszt során fekvő, majd álló helyzetben tíz percen át mérjük a pulzust és a vérnyomást. A head-up tilt table teszt billenőasztalon történő orthostaticus terhelés vizsgálat, amely a vasovagalis syncope diagnosztizálására alkalmas.

Gyermekkorban *kardiális eredetű syncope* ritkán fordul elő – Adams-Stokes roham, valamint a szívritmuszavarok közül leginkább hosszú QT szindróma lehetséges. Sok esetben a rutin EKG nem elégséges a diagnózis felállításához, Holter EKG és terheléses EKG is szükséges lehet. Kardiális syncope-ra a hirtelen összesülés jellemző, motoros tünet nem jellemző.

*Affektív apnoéval* csecsemő-és kisdedkorban találkozunk, már újszül-

Dr. Móser Judit  
Heim Pál Gyermekkorház  
Neurológiai Osztály  
1089 Budapest, Üllői út 86.

lötteknél is előfordulhat, de típusosan fél éves és négy éves kor között jelentkezik, leginkább egy éves kor táján.

A jelenségek gyakorisága nagyon változó lehet. Két formája ismert: pallid és cyanoticus (ez utóbbi kb. háromszor gyakoribb). A pallid típusnál nincs mindig megelőző sírás, általában hirtelen fájdalmas esemény előzi meg, pl. a fej beütése. A gyermek sápadt, eszméletlen és tónustalan, elhúzódó esetben megfeszülés és rángás is lehetséges. A cyanosissal járó formánál a gyermek düh, frusztráció, félelem, ijedtség kapcsán erősen sír, exspiriumban légzésszünet következik be, a cyanosis gyorsan kialakul, a gyermek rövid ideig eszméletlen, hosszabb epizódnál tónusos megfeszülés, rángás, felfelé fixálás jelentkezhet. Elhúzódó rosszullet után a gyermek általában bágyadt és álmos. Az ijesztő kép ellenére az affektív apnoe ártalmatlan jelenség.

### Migrén

A migrén és az epilepszia kapcsolata régóta ismert – családon belüli halmozódás előfordul, mindkét betegség paroxizmusokban jelentkezik, aurajelenségek lehetnek, neurológiai deficit tünetek alakulhatnak ki. A két kórkép együtt is előfordulhat egy betegnél, az egyik provokálhatja a másikat, akár közös aura is lehet. A két betegség elkülönítése kisgyermek korban okozhat nehézséget, főleg a basilaris migrén és a benignus occipitalis epilepszia differenciálása jelent problémát a hasonló tünetek miatt. A migrén-ekvivalensnek tartott kisdedkori benignus paroxizmális vertigo (sápadtsággal, egyensúlyzavarral, esetenként eleséssel és nystagmussal jár, néhány percig tart) is differenciáldiagnosztikus nehézséget okozhat. Az EEG vizsgálat (szükség esetén long term EEG illetve rohamregisztrálás) ad segítséget.

### Paroxizmális mozgászavarok

A tic főleg iskolás korban fordul elő, de ritkábban kisgyermek korban is találkozhatunk vele. Jellemzője az akaratlan, gyors, céltalan, ismétlődő mozgás illetve mozgássorozat. A jelenség naponta számtalan alkalommal jelentkezik, leggyakrabban az arcot érinti (ocularis tic, pislogás,

grimaszolás), fejfördítés, vállrángatás is társulhat. Izgalom, szorongás ront a helyzeten, erős koncentráció esetén azonban a kóros mozgás ritkul vagy megszűnik. Alvás alatt sohasem észlelhető.

A paroxizmális extrapyramidalis mozgászavarok több típusa ismert:

Familiaris kinesthiás *choreoathetosis* esetén a kóros mozgásokat hirtelen mozdulat vagy ijedtség precipitálja, a jelenség lehet egy- vagy kétoldali choreoathetosis, dystonia vagy ballismus (proximális dobáló mozgás), néhány percig tart, naponta többször észlelhető. Kifejezett túlmozgás eleséssel is járhat. A szintén paroxizmálisan jelentkező nem kinesthiás choreoathetosisnál fáradtság, éhség, stressz, koffein vagy alkohol provokálhatja a kóros mozgásokat, amelyek az előző formával ellentétben hosszabb (több óra) ideig tartanak és ritkábbak, átlag napi 3-4 alkalommal jelentkeznek, a köztes időszakban a gyermekek tünetmentesek. Mindkét betegség általában iskolás korban indul és fiúknál gyakoribb.

A *myoclonus* (rövid, nem akaratlagos izomkontrakció) igen sokféle etiológiájú – epilepsziás mechanizmus mellett corticalis (pl. neuronalis ceroid lipofuscinosisban, postanoxiás cerebrális léziókban), agytörzsi vagy gerincvelői eredetű is lehet. Az alvási myoclonus fiziológiai jelenség, főként az elalvás kezdetén észlelhető, intenzitása és időtartama változó, esetenként epilepsziás roham gyanúját keltheti. A benignus újszülöttkori alvási myoclonus szintén ártalmatlan jelenség, de hetekig eltarthat, kezelést nem igényel.

A *hyperekplexia* (más néven startle betegség, stiff baby szindróma) ritka, örökletes mozgásbetegség, amelyben váratlan ingerre a normálnál sokkal hevesebb válasz, izomtónus fokozódás, rigiditás következik be, sokszor kis stimulusokra is. A betegség csecsemőkorban indul. A súlyosabb forma a hirtelen feszesség következtében eleséssel jár, amely után a gyermek azonnal feláll. A startle betegség nem azonos a startle epilepsziával – a differenciálás EEG segítségével lehetséges.

### Paroxizmális alvászavarok

A *pavor nocturnus* többnyire óvodás és iskoláskorú gyermekeknél észlelhető. Elalvás után kb. 2 órával,

non-REM alvásban a gyermek hirtelen megébred, pánikszerű félelem látszik rajta, sírás, kiabálás, hadonászás, vegetatív tünet (kipirulás, tachycardia) gyakori, ködös tudatállapot észlelhető – a jelenség néhány percig tart, utána a gyermek visszaalszik, reggel már nem emlékszik a történetekre. A pavor komplex parciális epilepsziás rohamra hasonlíthat, kérdéses esetben video-EEG végezhető. *Somnambulismus* szintén non-REM alvásban jelentkezik, részleges ébredésnek felel meg, az alvójárás közben a gyermek nehezen ébreszthető fel. A *narcolepsia* komplex tünetegyüttes, ritka, általában 10 éves kor felett kezdődik. Jellemzői a narcolepsián (monoton tevékenység közben hirtelen elalvás rövid időre, napi 3-4 alkalommal) kívül a kataplexia (emocionális hatásra hirtelen tónusvesztés megtartott tudat mellett), az alvási paralysis (elalváskor illetve ébredéskor átmeneti mozgásképtelenség) és a hypnagog hallucinációk. A diagnózishoz speciális alvászvizsgálat szükséges (MSLT: multiple sleep latency test).

### Pszichogén rohamok

A *pszichogén rohamok* vagy *álrohamok* rendkívül sokfélék, színesek lehetnek – nem epilepsziás mechanizmus alapján jönnek létre, nem organikus eredetűek, de lefolyásukban többféle rohamtípust utánozhatnak. Lányoknál gyakrabban fordulnak elő, főleg serdülő kortól jelentkeznek, konverziós tünetképzési hajlam sok esetben észlelhető. A motoros jelenségek általában nem clonusok, hanem céltalan, hadonászó vagy csavaró mozgások, gyakran teátrálisak. A pszichogén roham során sérülés, nyelvarhapás, enuresis igen ritkán fordul elő. Nehezíti a megítélést, hogy a tudatállapot pszichogén rohamnál is beszűkült lehet. A diagnózis felállításához video-EEG rohamregisztrálás szükséges.

A *hyperventilációs szindróma* főleg serdülő lányoknál fordul elő: szorongás kapcsán illetve érzelmi hatásra bevezető tünetként palpitiatio, szív-táji fájdalom, nehézlégzés vagy a torokban gombóc-érzés jelentkezhet, ezt követi a hyperventilatio, amely hypocapniát eredményez. Ennek következtében alkalózis alakul ki, amely cerebrális vasoconstrictióhoz vezet, és cerebrális hypoxia, syncope jön létre eszméletvesztéssel.

Hyperventilációs tetania tünetei is észlelhetők (végtagzsibbadás, carpedalspasmus). Diagnosztikus (és egyben terápiás) értékű, ha a beteget papírzacskóba lélegeztetve a rosszullét oldódik.

### Sztereotípiák csecsemő- és kisded korban

Csecsemőknél és kisded korú gyermekeknél gyakran tapasztalnak különböző sztereotíp mozgásokat, amelyek esetenként epilepszia gyanúját kelthetik. A rituális jelenségek – mint például fejrázás, fejringatás, térdelő helyzetben végzett ütemes, ringató mozgás – nem tekinthetők kórosnak, a kisgyermek megnyugvását, jó közérzetét eredményezik. Általában unalmas szituációkban és elalvás előtt észlelhetők az említett mozgások. Szintén epilepsziás rohamra emlékeztethet a csecsemő-kisded korban észlelt genitális manipuláció, masturbatio: a gyermek megfeszíti, összeszorítja az alsó végtagjait, sztereotíp mozgást végez, arca kipirul, szaporán veszi a levegőt. A jelenség megítélésében

nagy segítség az otthoni videofelvétel, illetve a video-EEG vizsgálat.

### Metabolikus és toxikus eredetű görcsök

Hipoglikémia tünetei (verejtékezés, irritabilitás, zavartság, izomgyengeség, eszméletvesztés) önmagában kelthetik epilepsziás roham gyanúját. Esetenként, súlyos hipoglikémiában valódi grand mal roham is kialakulhat.

Rohamszerű jelenségekkel járhat a hypocalcaemia, hypomagnesaemia, porphyria is. Egyéb ioneltolódás (pl. hiponatraemia) szintén okozhat alkalmi görcsrohamot.

Bizonyos gyógyszerek – leginkább neuroleptikumok – nagyobb adagja vagy tartós adagolása esetén visszatérő extrapyramidalis mozgászavarokkal találkozhatunk (pl. oculogyriás krízis, a fej hátrafesztése, fájdalmas torticollis), amelyek nem járnak tudatzavarral.

### Sandifer szindróma

Hiatus herniában vagy gastro-

oesophagealis refluxban szenvedő csecsemőknél időnként étkezés után a nyak hirtelen extenziója, opisthotonus, a fej csavaró mozgása észlelhető – a jelenség esetleg epilepsziás rohamnak vagy dystóniának tűnik. Az egyéb tünetek (bukás, hányás, nem megfelelő súlygyarapodás) és a gasztroenterológiai vizsgálatok tisztázzák a diagnózist.

### Irodalomjegyzék:

1. Kálmánchey R., J. B. P. Stephenson: *Gyermekneurológiai útmutató* Medicina Könyvkiadó, Budapest 2007.
2. Farkas V.: *Nem epilepsziás paroxysmalis betegségek* in: Kálmánchey R.: *Gyermekneurológia* Medicina Könyvkiadó, Budapest 2000.
3. Fenichel G. M.: *Clinical pediatric neurology: a signs and symptoms approach* Fifth Edition Elsevier Saunders 2005.
4. Halász P., Rajna P.: *Epilepszia* Innomark 1990.
5. Halász P.: *Epilepszia* Medicina Könyvkiadó Budapest 2008.
6. Janszky J., Szűcs A.: *Az epilepsziás rohamok diagnózisa és kezelése* Hippocrates IV. évfolyam 2. szám 2002.

Dr. Rosdy Beáta

## A gyermekkori fejfájás mint tünet jelentősége az alapellátásban

A gyermekkori fejfájás komoly differenciáldiagnosztikai probléma lehet, amelynek megoldásába nem minden esetben szükséges gyermekneurológus bevonása.

Ha fejfájós gyermekkel találkozunk, végig kell gondolnunk, hogy **elsődleges vagy másodlagos** fejfájással állunk-e szemben. Fontos azt is tudnunk, hogy akut vagy krónikus-e a fájdalom.

**Ha a beteg gyermek akut fejfájása lázas állapotban lép fel**, rá kell kérdezni a kísérő tünetek jelenlétére: hányt-e, észlelte-e valamilyen görcstevékenységet, sztereotíp mozgást? Fontos adat az is, hogy a gyermek mikor volt beteg ezt megelőzően, mikor kapott oltást, kullancscsípés történt-e.

Gyakorisági sorrendben a következő típusú lázas betegségek járhatnak fejfájással:

1. Egyszerű vírusfertőzés
2. Súlyosabb vírusfertőzés
3. Fogászati gyulladások
4. Melléküreg gyulladások
5. Meningitis
6. Encephalitis
7. Agytályog

**Ha a gyermek akut fejfájása láz nélkül jelentkezik**, meg kell kérdeznünk azt, hogy érte-e fejsérülés, zajlott-e görcse (ne feledjük az erre utaló apró jeleket: vércsík a párnán, váratlan enuresis, reggeli kézrandulások az elmúlt időben). Fontos azt is tudnunk, hogy a fejfájás hogyan kezdődött, mióta tart, illetve progresszív-e. Rá kell kérdeznünk esetleges aura tünetek társulásra. Sokszor nagy megkönnyebülést jelent, ha a szülők jelzik, hogy

ők vagy a nagyszülők migrénesek. Erre tehát mindig kérdezzünk rá! Azt is fontos megfigyelni, hogy vegetatív kísérő tünet társul-e a fájdalomhoz. A vérnyomást minden esetben indokolt megmérni! A mai világban akár négyeszműközt maradvá a gyermekkel rá kell kérdeznünk az esetleges droghasználatra, alkoholfogyasztásra, illetve a rendszeres gyógyszeresedésre is (megjegyzendő, hogy a fogamzásgátlót sok serdülő nem tartja gyógyszernek!) Ha nem a saját praxisunkba tartozó gyermeket vizsgálunk, a kísérőtől azt is meg kell kérdezni, hogy a gyermek visel-e shuntöt és járnak-e ezzel rendszeresen ellenőrzésre. Amennyiben a gyermeket nem kíséri senki, vagy eszméletlen, illetve életkoránál fogva képtelen értékelhető választ adni, az egész koponyát át kell tapogatnunk szelepet keresve a fejbőr alatt. A koponya áttapintása és kopogtatása más esetben

Dr. Rosdy Beáta  
Heim Pál Kórház  
Neurológiai Osztály  
1089 Budapest, Üllői út 86.