

Atipiniai Rolando epilepsijos bruožai bei elgesio ir mokymosi problemų įtaka ligos prognozei

V. Rutkauskas*
R. Samaitienė**

*Vilniaus universiteto
Medicinos fakultetas

**Vilniaus universiteto
Medicinos fakulteto
Vaikų ligų klinika;
Vilniaus universiteto ligoninės
Santariškių klinikų filialo
Vaikų ligoninės
Vaikų neurologijos skyrius

Santrauka. Tikslas. Mūsų tikslas buvo išnagrinėti atipinių Rolando epilepsijos (RE) bruožų, pasireiškiančių elgesio ir mokymosi problemomis, paplitimą tiriamųjų grupėje, įvertinti jų ryšį su kitomis atipinės RE charakteristikomis bei įvertinti mokymosi ir elgesio problemų įtaką ligos prognozei.

Metodai ir pacientai. Retrospektyviai išnagrinėtos istorijos pacientų, nuo 2008 m. sausio iki 2010 m. gruodžio tirtų Vaikų ligoninėje, Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filiale (iki 2011 m. – Vilniaus universiteto vaikų ligoninėje), kuriems buvo rasti „idiopatiniai rolandiniai iškrūviai“.

Rezultatai. Į tyrimą pateko 102 pacientai. Netipiniai traukuliai pasireiškė 34 (33,3 %) pacientams, 39 (38,2 %) pacientai turėjo tipinių ir netipinių epilepsiforminių iškrūvių. 17 (16,7 %) pacientų buvo keistas vaistas nuo epilepsijos arba skirtas gydymas dviem ar daugiau vaistų nuo epilepsijos dėl nepakankamos traukulių kontrolės. Mokymosi sunkumų buvo nustatyta 24 (23,5 %) pacientams, 13 (12,7 %) vaikų turėjo mokymosi ar raidos sutrikimą, 20 (19,6 %) pacientų turėjo elgesio problemų. Radome, kad gydymas dviem ar daugiau vaistų nuo epilepsijos skirtas arba vaistas nuo epilepsijos keistas dažniau tiems pacientams, kuriems buvo nustatytas mokymosi ar raidos sutrikimas ($p < 0,05$). Vaikai, turintys iškrūvių netipinėse smegenų žievės srityse, dažniau turėjo mokymosi ar raidos sutrikimą ($p < 0,05$). Elgesio problemos buvo dažnesnės vaikams su mokymosi sunkumais ($p < 0,05$).

Išvados. Tarp tirtų pacientų atipiniai RE bruožai bei mokymosi sunkumai ir elgesio problemos buvo dažni. Mokymosi sunkumų dažniau pasitaikė tiems RE sergantiems pacientams, kurie patiria sunkiau gydyti pasiduodančius traukulius. Netipinėse smegenų žievės vietose iškrūvių turintys vaikai dažniau turėjo mokymosi ar raidos sutrikimą.

Raktažodžiai: gerybinė vaikų Rolando epilepsija, mokymosi sunkumai, elgesio problemos. Neurologijos seminarai 2013; 17(56): 138–143

ĮVADAS

Gerybinė vaikų Rolando epilepsija (RE), arba BCECTS (angl. *Benign Childhood Epilepsy with Centro-temporal Spikes*) – viena dažniausių vaikų epilepsijos formų, pasitaikanti 15–24 % pediatriinių pacientų, sergančių epilepsija, ir prasidedanti 2–13 metų sulaukusiems vaikams [1]. RE būdinga genetinė predispozicija ir, dažniausiai, gerybinė eiga. Klasikiniu atveju liga prasideda vaikams, neturintiems kitos neurologinės patologijos, paprastais daliniais traukuliais dieninio ar naktinio miego metu, paprastai tik ką užmigus arba pabundant. Tipinis, dažniausiai pasitai-

kantis traukulių priepuolis pasireiškia padidėjusiu seilėtekiu, pakitusiais jutimais liežuvyje, gargaliavimo garsais, kloniniais burnos judesiais, kurie gali pereiti į toninius-kloninius traukulius. Kai kurie autoriai nurodo, kad dalis šių vaikų gali turėti didesnio ar mažesnio laipsnio intelekto pakenkimą [2]. Be to, daliai pacientų ligos eigoje gali keistis priepuolių ir elektroencefalogramos (EEG) pakeitimų pobūdis, išryškėti elektrinė epilepsinė būklė miego metu (angl. *Electrical Status Epilepticus in Sleep*, ESES). Elektroencefalogramoje sergantiesiems RE randama centro-temporalinių epilepsiforminių pikų iškrūvių. Pikų lokalizacija apima nusileidžiančiąją Rolando vagos dalį, vadinamą „centrotemporaline“ sritimi. Pikų iškrūvių gali būti randama ir kitose smegenų zonose [3, 4]. Pikų dažnis ir aukštis būna labai įvairūs ir kintantys ligos eigoje. Pikai išsidėsto pavieniui arba grupėmis. Pikų iškrūviai mieguistumo ir lėto miego metu ryškiai pagausėja ir gali būti randami tai viename, tai kitame pusrutulyje [3–5].

Adresas:

R. Samaitienė
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinika
Santariškių g. 7, LT-08406 Vilnius
Tel. (8 5) 272 0379, el. paštas ruta.samaitiene@vuvl.lt

RE ilgą laiką buvo apibūdinama kaip gerybinė epilepsijos forma dėl nesunkiai kontroliuojamų traukulių, geros pasveikimo ir psichomotorinės raidos prognozės. Vis tik pastaruoju metu daugėja duomenų, rodančių, kad neretai pasitaiko ir atipinių RE klinikinių bruožų. Nors atipinė RE eiga pasitaiko nedažnai, kyla abejonių, ar šioje vaikų grupėje RE prognozė išlieka tokia gera, kaip manyta iki šiol. Skirtingi autoriai nurodo nevienodą atipinių RE formų paplitimą: duomenys svyruoja tarp 1 ir 7 %, jei įtraukiami vaikai, kuriems pasireiškė Landau-Kleffner sindromas ar elektrinė epilepsinė būklė lėto miego metu [6, 7]. Atipinių formų kiekis išauga iki 52 %, jei remiamasi mažiau griežtais kriterijais, tokiais kaip dėmesio sutrikimas, aktyvumo ir dėmesio sutrikimas, specifiniai mokymosi sutrikimai ir kt. [8–10]. Pastaraisiais metais sukaupiama vis daugiau duomenų, rodančių, kad dalis vaikų, sergančių RE, turi ir elgesio problemų bei mokymosi sunkumų ar turi mokymosi sutrikimą [11–14].

Remiantis šiais duomenimis, vis dar aktualus klausimas, ar minėtos būklės yra atipinės Rolando spektro epilepsijos išraiška, ar elgesio ir mokymosi problemos yra dalis klinikinių simptomų visumos, būdingos tipinei RE aktyvioje epilepsijos fazėje. Svarbu išskirti šias pacientų grupes ir kuo anksčiau diferencijuoti tarpusavyje, kadangi tokių vaikų ligos prognozė ir eiga gali skirtis.

Mūsų darbo tikslas buvo išnagrinėti mokymosi sunkumų ir elgesio problemų paplitimą tarp vaikų, kurie 2008–2010 metais buvo gydyti VŠĮ Vilniaus universiteto vaikų ligoninėje, Vaikų neurologijos skyriuje dėl idiopatinės židininės Rolando epilepsijos bei Rolando spektro epilepsijos, ir nustatyti, kokie RE eigos aspektai gali turėti įtakos mokymosi sunkumų ir elgesio problemų atsiradimui ir kokios įtakos pastarieji turi ligos eigai ir prognozei.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Retrospektyviai išnagrinėtos ligos istorijos vaikų, 2008–2010 m. gydytų VŠĮ Vilniaus universiteto Vaikų ligoninėje dėl idiopatinės židininės epilepsijos. Analizei buvo pasirinktos tos ligos istorijos, kurių EEG tyrimo apraše buvo rasti žodžiai „idiopatiniai židininiai ir (arba) rolandiniai iškrūviai“. Iš viso rastos 102 ligos istorijos, atitinkančios šiuos kriterijus.

Surinkti duomenys apie EEG tyrimo rezultatus, ligos klinikinius simptomus, ligos pradžios amžių, mokymosi sunkumus ir elgesio problemas, skirtą gydymą, priepuolių dažnį. Tiriamuosius suskirstėme į grupes: sergančius tipine Rolando epilepsijos forma ir sergančius Rolando epilepsijos arba Rolando spektro epilepsijos forma su atipiniais bruožais. Tipine BCECTS forma laikėme atvejus, atitinkančius Tarptautinės lygos prieš epilepsiją klasifikacijos ir terminologijos komisijos kriterijus, kuriuos papildėme Panayiotopoulos ir kt. pasiūlytais kriterijais [4, 15]:

- trumpi stereotipiniai paprasti židininiai, vienpusiai veido motoriniai traukuliai, susiję su somatosensoriniais simptomais ir turintys tendenciją generalizuotis, dažniausiai įvykstantys ryte;

- traukulių pradžia – 3–13 m. amžiuje;
- spontaninė remisija – iki 16 m. amžiaus;
- nėra anatominių centrinės nervų sistemos (CNS) pažeidimų, kurie būtų susiję su epilepsija;
- nėra esamo ar buvusio neurologinio ar intelektualinio deficito;

- EEG pagrindinis aktyvumas – normalus. Būdingi lokalūs aukšto voltažo besikartojantys pikų iškrūviai centro-temporalinėse (CT) srityse, kartais gali būti randama ir daugiažidininis pikų, kai kuriems pacientams randama trumpų generalizuotų pikas-banga kompleksų iškrūvių.

Tokiems pacientams buvo tipiška klinika, pasireiškianti paprastais židininiais traukuliais, lydymais somatosensorinių simptomų, kai kuriems pacientams pereinančiais į generalizuotus toninius-kloninius traukulius.

Visus sergančiuosius RE suskirstėme į grupes pagal atipinių bruožų pasireiškimą: A grupė – turintys atipinių bruožų ir B grupė – neturintys atipinių bruožų.

Vertinome šiuos atipinius bruožus:

1. atipiniai klinikiniai bruožai (A1 ir B1 grupės),
2. atipiniai pakitimai EEG (A2 ir B2 grupės),
3. mokymosi sunkumai (A3 ir B3 grupės),
4. elgesio problemos (A4 ir B4 grupės),
5. mokymosi ar raidos sutrikimai (A5 ir B5 grupės).

Atipiniai klinikiniai bruožai buvo nustatomi, remiantis Wirrell pasiūlytais kriterijais [9]:

- tipinis BCECTS priepuolis, užsitęsęs > 30 min. (epilepsinė būklė);
- Todd'o parėzė po priepuolio;
- dieniniai priepuoliai;
- riksmas priepuolio metu;
- auros būseną prieš priepuolį;

Atipiniai EEG bruožai buvo nustatomi pagal Wirrell pasiūlytus kriterijus (netipinė pikų lokalizacija, atipinė pikų morfologija, nenormalus pagrindinis ritmas) [9], kuriuos savo tyrime papildėme ir vertinome šiuos EEG bruožus:

- EEG tyrimo metu fiksuojami iškrūviai ne tik centro-temporalinėje smegenų žievės srityje, bet ir kitose srityse arba buvo fiksuojami daugiau negu 2 asinchroniniai iškrovų židiniai;

- generalizuoti pikas-banga iškrūviai arba elektrinė epilepsinė būklė miego metu.

Elgesio problemoms ir mokymosi sunkumams vertinti buvo panaudoti anamnezės duomenys ir Vaiko elgesio klausimyno (*Child Behavior Checklist*, CBCL) [16] lietuviška standartizuota versija [17], leidžianti įvertinti vaiko elgesio problemas per pastaruosius 6 mėnesius. CBCL sudaro 112 klausimų, kurių kiekvienas leidžia įvertinti atskiras elgesio problemas skalėje nuo 0 iki 3, bei klausimai, vertinantys vaiko kompetencijas ir adaptyvų elgesį. Lietuviška CBCL versija leidžia įtarti elgesio problemas, kai bendrų įverčių suma yra > 50,72 berniukams ir > 46,11 mergaitėms iki 12 metų amžiaus bei > 49 berniukams ir > 51,43 mergaitėms daugiau kaip 12 metų amžiaus (vidurkis ± standartinis nuokrypis). Jei bendrų įverčių suma buvo didesnė už minėtą normą, vertinome, kad pacientas turi elgesio problemų. Klausimynas buvo pateiktas 78

pacientų tėvams. Kitiems pacientams elgesio ir mokymosi problemos buvo nustatytos iš anamnezės duomenų.

Pacientas buvo vertinamas kaip turintis elgesio problemų (A4 grupė), jei:

1. tėvai anamnezėje nurodydavo, kad vaikui dėl elgesio problemų buvo teikiama psichologinė pagalba arba

2. CBCL klausimyne bendra įverčių suma buvo didesnė už normą.

Mūsų tyrime pacientas buvo pažymimas kaip turintis mokymosi sunkumų (A3 grupė), jei:

1. anamnezėje buvo pažymėta, kad vaikas turi mokymosi sunkumų, mokosi pagal adaptuotą ar modifikuotą programą, arba

2. CBCL klausimyne tėvai pažymėjo, kad vaikas mokosi pagal adaptuotą ar modifikuotą programą, turėjo kartoti mokymosi kursą, arba

3. ikimokyklinio amžiaus vaikui buvo diagnozuotas specifinis mišrus raidos sutrikimas.

Vaikai, besimokantys pagal adaptuotą ar modifikuotą programą (11 vaikų), ir ikimokyklinio amžiaus vaikai, turintys specifinį mišrų raidos sutrikimą (2 vaikai), buvo traktuojami kaip turintys mokymosi sutrikimą ir pateko į A5 grupę (toliau vadinama vaikų su mokymosi ar raidos sutrikimais grupė).

EEG buvo registruota pagal tarptautinę elektrodų išdėstymo 10–20 sistemą, standartiniu monopoliarinio montažu su referentiniu suvidurkintu visų elektrodų potencialu. Užrašytos kreivės buvo analizuojamos dviem montažais: bipoliarinis ir monopoliarinis. Naudota „Cadwell“ ir „Galileo NT Software“ programinė įranga. Tyrimas buvo atliekamas pacientui būdruojant ir I–III lėtojo miego fazių metu.

Prieuolių pasikartojimo dažnis iki patekimo į ligoninę buvo vertintas remiantis anamnezės duomenimis. Pacientai buvo suskirstyti į grupes: patyrę 1 priepuolį, patyrę 2–5 priepuolius, patyrę 6–9 priepuolius, patyrę 10–20 priepuolių ir patyrę > 20 priepuolių.

Nagrinėjome, kokie atipinės RE eigos bruožai turi ryšį su vaikų, sergančių RE, mokymosi ir elgesio problemomis. Statistinė duomenų analizė buvo atlikta naudojant „Microsoft Excel 2007“ ir „SPSS 17.0“ programas. Skirtumui tarp kintamųjų įvertinti naudotas ² testas, koreliacijai nustatyti naudoti Spearmano ir Pearsono koeficientai, atsižvelgiant į duomenų kintamųjų tipą. Duomenys buvo laikomi statistiškai reikšmingi, kai reikšmingumo lygmuo – $p < 0,05$.

REZULTATAI

Tiriamųjų grupę sudarė 102 pacientai, iš kurių 61 (59,8 %) berniukas ir 41 (40,2 %) mergaitė. Dešimčiai (9,8 %) vaikų Rolando epilepsijos eigoje kai kuriose EEG buvo nustatyti epilepsiforminių iškrūvių generalizacijos epizodai. Tarp jų dviem vaikams (1,96 %) buvo diagnozuota atipinė Rolando epilepsija (pseudo-Lennox sindromas). Šiems pacientams liga prasidėjo tipiniais simptomais, tačiau ligos eigoje gana greitai išryškėjo polimorfiniai, netipiniai traukuliai ir laikina ar pastovi elektrinė epilepsinė būklė miego metu. 13 (12,7 %) vaikų turėjo mokymosi ar raidos sutrikimą (A5 grupė).

Remiantis pasirinktais kriterijais, į A1 grupę pateko 34 (33,3 %) tiriamieji, į A2 grupę – 39 (38,2 %) pacientai. Kiti kiekybiniai tyrimo rezultatai pavaizduoti 1 lentelėje.

Atlikę ² testą, nustatėme, kad statistiškai reikšmingai dažniau gydymas dviem vaistais nuo epilepsijos buvo skiriamas vaikams, kuriems EEG buvo fiksuojami netipiniai epilepsiforminiai iškrūviai. Be to, pacientai iš A5 grupės dažniau turėjo tokių iškrūvių (2 lentelė). Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp ankstyvesnės priepuolių pradžios ir elgesio problemų paplitimo tarp vaikų, patenkančių į A1 ar A2 grupes, ir į jas nepatenkančių tiriamųjų (B1 ir B2 grupės) neradome (2, 3 lentelės).

1 lentelė. Pagrindinės pacientų charakteristikos

Požymis	Požymio dažnis (n = 102)
Lytis	
Berniukai	59,8 % (61)
Mergaitės	40,2 % (41)
Prieuolių pradžia iki 5 metų amžiaus	16,7 % (17)
Atipiniai pakitimai elektroencefalogramoje (A2 grupė)	38,2 % (39)
Atipiniai klinikiniai bruožai (A1 grupė)	33,3 % (34)
Skirtas gydymas dviem ar daugiau vaistų arba keistas vaistas nuo epilepsijos dėl besikartojančių priepuolių	16,7 % (17)
Nustatyti mokymosi sunkumai (A3 grupė)	23,5 % (24)
Nustatyta, kad vaikas turi mokymosi ar raidos sutrikimą (A5 grupė)	12,7 % (13)
Nustatytos elgesio problemos (A4 grupė)	19,6 % (20)
Prieuolių dažnis anamnezėje	
1 priepuolis	9,8 % (10)
2–5 priepuoliai	60,8 % (62)
6–9 priepuoliai	12,7 % (13)
10–20 priepuolių	8,8 % (9)
Daugiau nei 20 priepuolių	7,8 % (8)

2 lentelė. Klinikinių ypatumų skirtumai tarp pacientų su tipiniais ir atipiniais EEG pakitimais

Tirtų pacientų epilepsijos eigos ypatumai	Nėra atipinių pakitimų EEG (B2 grupė), N = 63	Yra atipinių pakitimų EEG (A2 grupė), N = 39	P reikšmė, remiantis ² testu
Skirtas gydymas dviem ar daugiau vaistų arba keistas vaistas nuo epilepsijos dėl besikartojančių priepuolių	9,5 % (6)	28,2 % (11)	p = 0,014*
Nustatyti mokymosi sunkumai (A3 grupė)	20,6 % (13)	28,2 % (11)	p = 0,381
Nustatytos elgesio problemos (A4 grupė)	14,3 % (9)	28,2 % (11)	p = 0,085
Priepuolių pradžia iki 5 metų amžiaus	12,7 % (8)	23,1 % (9)	p = 0,172
Nustatyti atipiniai klinikiniai bruožai (A1 grupė)	31,7 % (20)	35,9 % (14)	p = 0,666
Nustatyta, kad vaikas turi mokymosi ar raidos sutrikimą (A5 grupė)	6,3 % (4)	23,1 % (9)	p = 0,014*

EEG – elektroencefalograma. Žvaigždute pažymėti statistiškai reikšmingi skirtumai.

3 lentelė. Klinikinių ypatumų skirtumai tarp tipinių ir atipinių klinikinių bruožų turinčių pacientų

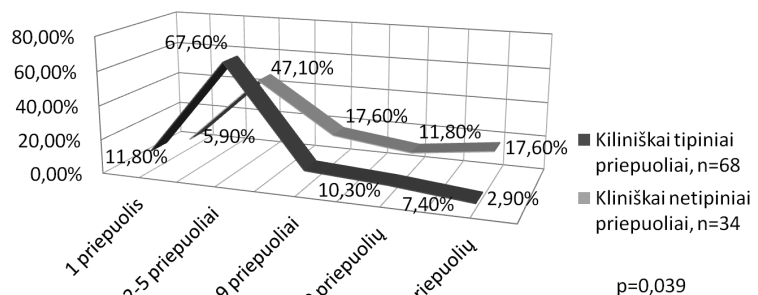
Tirtų pacientų epilepsijos eigos ypatumai	Tipiniai klinikiniai bruožai (B1 grupė), N = 68	Atipiniai klinikiniai bruožai (A1 grupė), N = 34	P reikšmė, remiantis ² testu
Nustatyti atipiniai pakitimai EEG (A2 grupė)	36,8 % (25)	41,2 % (14)	p = 0,322
Skirtas gydymas dviem ar daugiau vaistų arba keistas vaistas nuo epilepsijos dėl besikartojančių priepuolių	13,2 % (9)	23,5 % (8)	p = 0,188
Nustatyti mokymosi sunkumai (A3 grupė)	20,6 % (14)	29,4 % (10)	p = 0,322
Nustatytos elgesio problemos (A4 grupė)	14,7 % (10)	29,4 % (10)	p = 0,078
Priepuolių pradžia iki 5 metų amžiaus	11,8 % (8)	26,5 % (9)	p = 0,060
Nustatyta, kad vaikas turi mokymosi ar raidos sutrikimą (A5 grupė)	8,8 % (6)	20,6 % (7)	p = 0,093

EEG – elektroencefalograma.

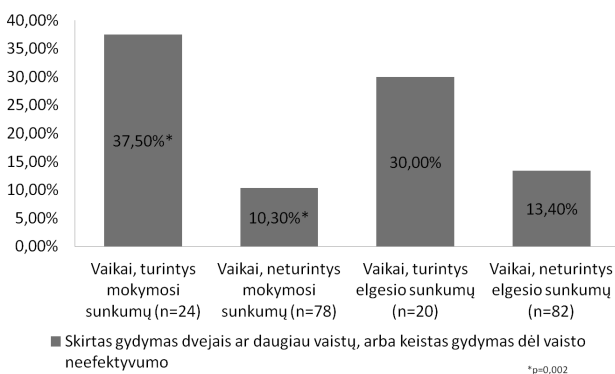
Atipinių bruožų turintys priepuoliai kartojosi dažniau nei tipiški priepuoliai: daugiau nei 20 priepuolių yra patyrę 18,9 % sergančiųjų pagal klinikinius požymius atipine forma ir 2,8 % sergančiųjų tipine forma (1 pav.). Paminėtina, kad vaikai, kurie pateko į A5 grupę, dažniau buvo gydyti antruoju vaistu nuo epilepsijos (VNE) (2 pav.).

Tarp pacientų, patekusių į A3 grupę, elgesio problemos buvo labiau paplitusios (3 pav.).

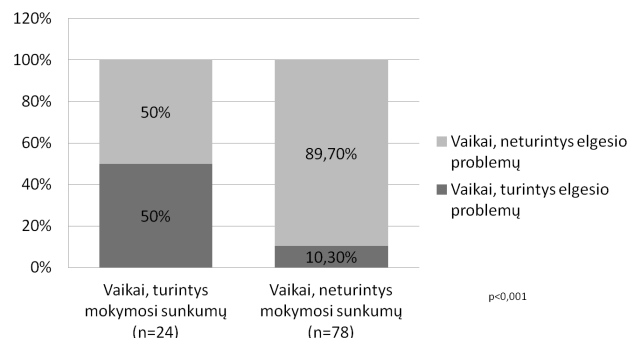
Nustatyta silpna teigiama koreliacija tarp kliniškai netipiškos RE ir priepuolių dažnio (Spearman'o koeficientas, $r = 0,281$, $p = 0,004$).



1 pav. Priepuolių dažnis iki patekimo į ligoninę kliniškai tipinių ir netipinių Rolando epilepsijos bruožų turinčių vaikų grupėse.



2 pav. Vaistų nuo epilepsijos korekcijos dažnis turinčių mokymosi ar elgesio sunkumų ir jų neturinčių vaikų grupėse. Žvaigždute pažymėti statistiškai reikšmingi skirtumai ($p < 0,05$).



3 pav. Elgesio problemų dažnis tarp vaikų, turinčių mokymosi sunkumų ir jų neturinčių.

DISKUSIJA

Mūsų duomenys patvirtina hipotezę, kad atipiniai RE klinikiniai ir EEG požymiai yra gana dažni. Trečdalis mūsų tirtų pacientų (33,3 %) turėjo kliniškai netipiškų RE simptomų. Tirdami mažesnę, 42 vaikų, imtį, Wirell ir kiti netipiškų RE klinikinių požymių nustatė 50 % tiriamųjų [9]. Antra vertus, Verotti ir kitų autorių tyrime atipiškų RE formų dalis, remiantis identiškais kriterijais, tesudarė 13 % [18]. Svarbu atkreipti dėmesį, kad į mūsų tiriamųjų grupę pateko pacientai, turintys sunkesnės eigos, sunkiau kontroliuojamą RE, kadangi tyrimas buvo atliekamas tretinio lygio gydymo įstaigoje. Panašu, kad rezultatai, gauti iš skirtingo lygio ligoninių, galėjo būti tokio mūsų ir minėtų autorių rezultatų skirtumo priežastis: Wirell, gavusio kiek didesnę atipinių RE formų dalį, tyrimas taip pat buvo atliekamas tretinio lygio ligoninėje, o Verotti straipsnyje ligoninių, kuriose buvo tirti pacientai, tyrimo atlikimo vieta nenurodyta.

Remiantis RE apibrėžimu, į šios ligos diagnostinius kriterijus neįtraukiami vaiko intelekto ar elgesio sutrikimai. Vis tik mūsų tiriamųjų grupėje 19,6 % vaikų turėjo elgesio problemų. Mūsų tyrime tik daliai vaikų elgesio problemos buvo nustatytos remiantis CBCL klausimyno duomenimis. Kitiems pacientams jos buvo nustatytos remiantis anamnezės duomenimis, todėl tiriamoji grupė nebuvo vienalytė pagal elgesio problemų nustatymo kriterijus ir daliai vaikų elgesio problemos galėjo likti nenustatytos. Yung, Tovia [2, 7] pateiktuose rezultatuose teigiama, kad vaikų, sergančių RE, populiacijoje elgesio problemos, kai jau reikalinga korekcija siekia 11,7–31,0 % ir yra labiau paplitusios nei bendroje to paties amžiaus vaikų populiacijoje (2–3 %) [19]. Yung ir kt. [2] darbe elgesio problemų turintys vaikai sudarė 31 % visų RE sergančių pacientų. Tiesa, į studiją buvo įtraukti ir tie vaikai, kuriems kliniškai nebuvo pasitaikę traukulių, bet buvo fiksuojami tik elektriškai iškrūviai, būdingi RE. Mūsų darbe visi tiriamieji buvo patyrę bent vieną traukulių priepuolį. Tovia ir kt. [7] panašioje studijoje elgesio problemų turintys vaikai sudarė mažesnę dalį (11,7 %). Pastarieji autoriai elgesio sutrikimams įvertinti taikė kiek kitokius kriterijus: vaikų elgesio patologija buvo vertinama atlikus psichiatrinį vaiko ištyrimą, tik agresijos priepuoliai buvo patvirtinami remiantis iš tėvų surinktos anamnezės duomenimis, be papildomų tyrimų.

Gunduz [20] studijoje didelei daliai RE sergančių pacientų buvo nustatyta didesnio ar mažesnio laipsnio kognityvinių funkcijų sutrikimų. Yung, Mizaira [2, 14], palyginę RE sergančių ir sveikų vaikų grupes, nustatė daug silpnesnius RE sergančių vaikų akademinis sugebėjimus nei kontrolinėje grupėje. Jų dažnis tarp RE sergančiųjų svyravo nuo 17,0 iki 53,3 %. Minėtų autorių darbuose taikyti skirtingi kriterijai mokymosi problemoms vertinti. Tarp mūsų tirtų vaikų mokymosi sunkumų turintieji taip pat sudarė panašią dalį (23,5 %) visų 2008–2010 VUVL dėl RE tirtų pacientų. Remiantis autorių duomenimis [21, 22], bendroje populiacijoje mokymosi sutrikimų pasitaiko gerokai rečiau – 2–10 % vaikų, priklauso nuo to, kokie diagnostiniai kriterijai ir vertinimo metodai taikomi.

Diskutuojama, ar ankstesnis RE priepuolių pradžios amžius yra susijęs su dažnesniu atipinių RE formų pasireiškimu. Kai kurie autoriai teigia, kad anksčiau prasidėję priepuoliai siejasi su dažnesniu atipinių formų pasireiškimu, ypač atsparumu gydymui, dažnesniais priepuolių pasikartojimais ir kognityvinių funkcijų sutrikimais [6, 23]. Vis tik mūsų darbo duomenys paremia tokio ryšio nenustatytų rezultatų [24, 25], kadangi negavome statistiškai reikšmingo ryšio tarp jaunesnio priepuolių pradžios amžiaus ir atipinės RE klinikos ar atipinių EEG tyrimo rezultatų. Skirtingai nei kai kurie autoriai [26], savo tiriamųjų grupėje ryšio tarp mokymosi problemų ir priepuolių pradžios amžiaus taip pat neradome. Literatūroje patikimų duomenų apie sunkiau gydomas RE formas ir mokymosi sutrikimų ryšį rasti nepavyko.

Mūsų tiriamųjų grupėje pacientai, turėję mokymosi sutrikimą, dažniau buvo gydomi antruoju VNE arba dažniau buvo keičiamas VNE dėl nepakankamos priepuolių kontrolės, nei pacientai, kuriems mokymosi sutrikimų nebuvo nustatyta (2 pav.).

Manome, kad vaikų, turinčių mokymosi sutrikimą ir sergančių RE, būklę gydytojas turi stebėti atidžiau ir laiku skirti adekvatų gydymą. Tam, kad tokie vaikai būtų laiku pastebėti, gydytojui būtų tikslinga, renkant anamnezę, didesnę dėmesį skirti vaiko mokymosi ir elgesio problemoms identifikuoti, skatinti ir mokyti tėvus šiuos sutrikimus atpažinti ir laiku informuoti gydytoją.

IŠVADOS

Netipiški Rolando epilepsijos bruožai ir mokymosi sunkumai bei elgesio problemos buvo paplitę tarp tirtų pacientų. Mokymosi sunkumų dažniau pasitaikė tiems RE sergantiems pacientams, kurie patiria sunkiau gydymui pasiduodančius traukulius. Netipinėse smegenų žievės vietose iškrūvių turintys vaikai dažniau turėjo mokymosi ar raidos sutrikimą.

Gauta:
2013 03 05

Primta spaudai:
2013 03 19

Literatūra

1. Larsson K, Eeg-Olofsson O. A population based study of epilepsy in children from a Swedish county. *Eur J Paediatr Neurol* 2006; 10(3): 107–13.
2. Yung AW, Park YD, Cohen MJ, Garrison TN. Cognitive and behavioral problems in children with centrotemporal spikes. *Pediatr Neurol* 2000; 23(5): 391–5.
3. Chahine LM, Mikati MA. Benign pediatric localization-related epilepsies. Part I. Syndromes in infancy. *Epileptic Disord* 2006; 8(3): 169–83.
4. Panayiotopoulos CP, Michael M, Sanders S, Valeta T, Koutroumanidis M. Benign childhood focal epilepsies: assessment of established and newly recognized syndromes. *Brain* 2008; 131(Pt 9): 2264–86.
5. Wirell EC. Benign epilepsy of childhood with centrotemporal spikes. *Epilepsia* 1998; 39(Suppl 4): S32–41.

6. Fejerman N, Caraballo R, Tenenbaum SN. Atypical evolutions of benign localization-related epilepsies in children: are they predictable? *Epilepsia* 2000; 41(4): 380–90.
7. Tovia E, Goldberg-Stern H, Ben Zeev B, Heyman E, Waternberg N, Fattal-Valevski A, et al. The prevalence of atypical presentations and comorbidities of benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes. *Epilepsia* 2011; 52(8): 1483–8.
8. Datta A, Sinclair DB. Benign epilepsy of childhood with rolandic spikes: typical and atypical variants. *Pediatr Neurol* 2007; 36(3): 141–5.
9. Wirrell EC, Camfield PR, Gordon KE, Dooley JM, Camfield CS. Benign rolandic epilepsy: atypical features are very common. *J Child Neurol* 1995; 10(6): 455–8.
10. Massa R, de Saint-Martin A, Carcangiu R, Rudolf G, Seegmuller C, Kleitz C, et al. EEG criteria predictive of complicated evolution in idiopathic rolandic epilepsy. *Neurology* 2001; 57(6): 1071–9.
11. Danielsson J, Petermann F. Cognitive deficits in children with benign rolandic epilepsy of childhood or rolandic discharges: a study of children between 4 and 7 years of age with and without seizures compared with healthy controls. *Epilepsy Behav* 2009; 16(4): 646–51.
12. Sarco DP, Boyer K, Lundy-Krigbaum SM, Takeoka M, Jensen F, Gregas M, et al. Benign rolandic epileptiform discharges are associated with mood and behavior problems. *Epilepsy Behav* 2011; 22(2): 298–303.
13. Genizi J, Shamay-Tsoory SG, Shahar E, Yaniv S, Aharon-Perez J. Impaired social behavior in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes. *J Child Neurol* 2012; 27(2): 156–61.
14. Miziara CSMG, de Manreza MLG, Mansur L, Reed UC, Guilhoto LMFF, Serrano VAG, et al. Impact of benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BECTS) on school performance. *Seizure* 2012; 21(2): 87–91.
15. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 1989; 30(4): 389–99.
16. Achenbach T. Child behavior checklist for ages 6–18. 2001.
17. Žukauskienė R, Kajokienė I. CBCL TRF ir YSR metodikų standartizavimas naudojant 6–18 metų Lietuvos vaikų imties duomenis. *Psichologija* 2006; 33: 31–46.
18. Verrotti A, Latini G, Trotta D, Giannuzzi R, Cutarella R, Morgese G, et al. Typical and atypical rolandic epilepsy in childhood: a follow-up study. *Pediatr Neurol* 2002; 26(1): 26–9.
19. Pastor PN, Reuben CA, Duran CR. Identifying emotional and behavioral problems in children aged 4–17 years: United States, 2001–2007. *Natl Health Stat Report* 2012; (48): 1–17.
20. Gündüz E, Demirbilek V, Korkmaz B. Benign rolandic epilepsy: neuropsychological findings. *Seizure* 1999; 8(4): 246–9.
21. Lyon GR. Learning disabilities. *Future Child* 1996; 6(1): 54–76.
22. Beghi M, Cornaggia CM, Frigeni B, Beghi E. Learning disorders in epilepsy. *Epilepsia* 2006; 47: 14–8.
23. Al-Twajri WA, Shevell MI. Atypical benign epilepsy of childhood with rolandic spikes: features of a subset requiring more than one medication for seizure control. *Journal of Child Neurology* 2002; 17(12): 900.
24. Ong HT, Wyllie E. Benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes: is it always benign? *Neurology* 2000; 54(5): 1182–5.
25. Kramer U, Zelnik N, Lerman-Sagie T, Shahar E. Benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes: clinical characteristics and identification of patients at risk for multiple seizures. *J Child Neurol* 2002; 17(1): 17–9.
26. Piccinelli P, Borgatti R, Aldini A, Bindelli D, Ferri M, Perna S, et al. Academic performance in children with rolandic epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 2008; 50(5): 353–6.

V. Rutkauskas, R. Samaitienė

ATYPICAL FEATURES OF ROLANDIC EPILEPSY, BEHAVIORAL AND LEARNING DIFFICULTIES IMPACT ON DISEASE PROGNOSIS

Summary

Purpose. The aim of this study was to evaluate the frequency of atypical features of benign Rolandic epilepsy (RE) including learning difficulties and behavioral problems. Furthermore, we aimed to evaluate the links between learning difficulties and behavioral problems and other features of atypical RE and their influence on the prognosis of RE.

Methods and patients. We performed a retrospective case study of patients who were found to have “idiopathic Rolandic discharges” from January 2008 to December 2010 in Children’s Hospital, Affiliate of Vilnius University Hospital Santariskiu Clinics (named Childrens’ Hospital of Vilnius University until 2011).

Results. The study included 102 patients. Clinically atypical form of RE seizures was observed in 34 (33.3%) patients meanwhile 39 (38.2%) patients had typical and atypical epileptiform discharges. Seventeen (16.7%) patients had second-line monotherapy or underwent treatment of at least two antiepileptic drugs because of insufficient control of seizures. Twenty four (23.5%) patients were reported to have learning difficulties, twenty (19.6%) patients were found to have behavioral problems, and 13 (12.7%) patients had learning/developmental disorder. Second-line monotherapy or polytherapy was prescribed for patients with learning/developmental disorder more often ($p < 0.05$). Patients having discharges in atypical regions of cortex had learning disorder/developmental disorder more often ($p < 0.05$). Furthermore, we found that behavioral problems are more frequent in children with learning difficulties ($p < 0.05$).

Conclusions. Atypical features of RE including learning difficulties and behavioral problems were frequent in the population we observed. Learning difficulties were more common for those patients with RE who suffered from seizures more difficult to treat. Children with discharges in atypical parts of cortex had learning/developmental disorder more often.

Keywords: Rolandic epilepsy, learning difficulties, behavioral problems.