

دراسة إحصائية لحالات الصرع التي راجعت الوحدة المهنية للأمراض العصبية في كلية الطب بجامعة تشرين عام 1992

الدكتور عيسى لايقة*

□ الملخص □

تمت دراسة 173 حالة صرع راجعت الوحدة المهنية العصبية لكلية الطب - جامعة تشرين - عام 1992 وشكلت نسبة 6.61 من مجمل مراجعي العيادة. كانت نسبة الذكور إلى الإناث 1:1.25 ونسبة الحالات المشاهدة دون عمر 5 سنوات 33% ودون عمر 10 سنوات 43% ودون العشرين 67% شكل الصرع الجزئي 73.44% من الحالات والصرع المعمم 26.56%. يأتي الرض ما قبل الولادة في طليعة الأسباب 16.66% والإنتان الدماغي بالتساوي مع سوابق حوادث وعائية دماغية في 2.87% والرض المتأخر في 1.77% وحالة واحدة مرافقة للتصلب لاحديبي أما عدم وجود سبب فوجد 79.17%. كانت الاستجابة للعلاج جيدة في 79.51% من الحالات المراقبة وغير جيدة في 20.49% ولم تتوفر معلومات في 28.16%.

* مدرس في قسم الأمراض الباطنة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Etude statistique des cas d'épilepsie qui ont consulté l'unité professionnelle de neurologie de la Faculté de Médecine, Université de Tichrine, en 1992

Dr. Issa LAIKA*

□ RÉSUMÉ □

Nous avons étudié 174 cas d'épilepsie diagnostiqués et Traités à l'unité professionnelle de Neurologie de la Faculté de Médecine de l'Université Tichrine en 1992.

Cela constiue un pourcentage de 6.61 de l'ensemble des consultants durant la période de l'étude. La proportion des homme par rapport aux femme etaib de 1:1.25 le pourcentage des cas est 33% pour les malades de moius de 5 ano 43% pour les moius de la ans et 67% pour les moius de 20 ans. Lépilepsie partielle constiute 73.44% des cas et l'épilepsie générale 26.56%. Le traumatisme prénatal vient en tété des causes: 16.66%. Les antécédents d'AVC ainsi pue l'infection cérébrale en seconde place avec 2.87% des cas. Et le traumatisme cranien retardé en 1.77%. enfin un seul cas est trouvé en arrociation avec la scheroge fuberense de Bovaneville. 0.57% de cas et 79.17 d'étiologie inconnue la réponse au traitement était bon en 79.51% des cas contrôlés et moins bon en 20.41% des mêmes cas mais un grand pourcentage est resté inconnu 28.16% fante de renseignements.

* Enseignant au Département de Internal Medicine, Faculté de Médecine Université de Tichrine, Lattaquié, Syrie.

المقدمة والهدف من البحث:

الصرع مرض كثير الشبوع ويتظاهر بتكرار النوب الصرعية التي تأخذ أشكالاً سريرية مختلفة حسب وظيفة الباحة القشرية التي ينشأ فيها وينجم عن زيادة الفعالية الكهربائية لمجموعة من العصبونات الدماغية (الصرع الجزئي) أو كلها (الصرع المعمم).

والصرع مرض معروف منذ القدم ونجد في شريعة حمورابي نصاً يمنع بيع العبيد المصابين بالصرع في ساحات بابل. وقد اعتبرت كل الحضارات، لفترة من الزمن، حدوث الصرع كتعبير عن غضب الآلهة التي ترسل شيطاناً إلى داخل الجسم البشري فيهزه ونجد في عصرنا الحاضر بعض الممارسات التي تنحو في الاتجاه نفسه بأن يعالج هؤلاء المرضى من قبل رجال الدين بالأرقيات والتعاويذ في أكثر من بقعة في وطننا العربي.

وقد تطور علم الصرع كثيراً عبر تاريخه باكتشاف تخطيط الدماغ وتخطيط القشر الكهربائي وباكتشافات مهمة في الكيمياء والفارماكولوجيا ووسائل تشخيص الأسباب بالتصوير الطبقي المحوري والمرنان وتصوير الشرايين. وهناك الكثير من المنشورات حول الموضوع في مجلات متخصصة بالصرع أو في اختصاص الأعصاب الأخرى إضافة إلى كتب ضخمة في هذا المجال وتشكيل جمعيات دولية إلى درجة أصبح علم الصرع تخصصاً مستقلاً. ويأتي هذا البحث كإسهام متواضع في كشف المعطيات المحلية لهذا الموضوع ومحاولة إيجاد تفسير للاختلاف الواقع بين إحصائياتنا ومثيلاتها العالمية.

مواد الدراسة ووسائلها:

تتناول هذه الدراسة جميع حالات الصرع من الجنسين التي راجعت الوحدة المهنية العصبية لكلية الطب بجامعة تشرين خلال عام 1992 دون تحديد العمر. وقد استبعدت من الدراسة الاختلاجات الحرارية وتشنج البكاء عند الأطفال حتى لو ترافقت بارتجاجات اختلاجية في آخر نوبة العشي كما استبعدت كل الحالات التي لم يكن الاقتناع بطبيعتها الصرعية مؤكداً. واعتمد في تشخيص الصرع على وصف الأهل أو الشهود للنوبة واعتبر الصرع جزئياً إذا توفرت النسمة حتى لو كان التخطيط طبيعياً أو أبدى انقراغات معممة، وفي حال عدم توفر القناعة التامة بالطبيعة الصرعية للنوبة كان يفضل الانتظار حتى تتكرر الحادثة وتتوفر معلومات أدق لصالح التشخيص. وبالنسبة للأسباب فقد اعتمدت الدراسة أساساً على السوابق بالنسبة لرضوض ما حول الولادة والانتان الدماغية والرضوض الدماغية المتأخرة وعلى التصوير الطبقي عند توفره لكشف التشوهات الدماغية والأورام وتقسيم الصرع إلى جزئي ومعمم فقد اعتمد التصنيف الدولي للنوبات الصرعية عام 1981 وتعديلاته اللاحقة وبالنسبة للقصة العائلية فإن معلوماتنا عنها مقتصرة على استجواب الأهل حول هذا الموضوع مع ما في ذلك من احتمال ميل الأهل إلى الإقلال من الاعتراف بذلك رغبة منهم في إنكار "تهمة" الوراثة ووصم العائلة بها نظراً لما قد يترتب على ذلك من انعكاسات اجتماعية. واختيار العلاج تم بناءً على المسلمات المتفق عليها في هذا الموضوع من حيث اختيار العلاج حسب النوبة Carbamazepine للصرع الجزئي بأعراض معقدة Phenytoin للصرع الجزئي بأعراض بسيطة، فينوباربيتال وديباكين للصرع المعمم مع ميل لهذا الأخير عند الأطفال تجنباً لحدوث متلازمة فرط الحركة المألوفة في صغار السن عند استخدام الفينوباربيتال كما أن الديباكين هو الدواء الأول المستخدم في علاج الداء الصغير والحركات السريعة Myoclonia مع الميل إلى استخدام دواء وحيد في بدء العلاج والميل

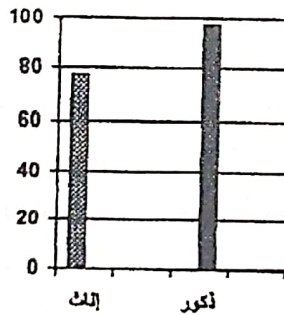
للتفتيش عن دواء آخر في حال عدم الاستجابة قبل التفكير بإضافة دواء جديد. وقد تم تحديد الاستجابة على النحو الآتي:

- الاستجابة جيدة في حال النوب كلياً أو بنسبة أعلى من 75% عما كان عليه قبل العلاج.
 - الاستجابة غير جيدة في حال تناقص النوب أقل من 75% عما كان عليه قبل العلاج.
- وقد اقتصر تحديد أنماط الصرع على الحالات بعد عمر 4 سنوات نظراً لخصوصية الصرع عند الأطفال تحت هذا العمر من جهة وكونه يشتمل على أكثر من نوبة مما يجعل التقسيم صعباً.
- وقد تجنبنا عن قصد تناول موضوع الوفيات وعلاقتها بالصرع وأيضاً دراسة الهجوع التام للصرع بعد إيقاف العلاج بسبب كون الدراسة محدودة زمنياً من جهة ولأن الانتظام في المراجعة لم يكن كافياً من جهة أخرى الأمر الذي يهدد بأخطاء كبيرة.

النتائج:

بلغ العدد الكلي لمراجعي الوحدة المهنية من 1992/1/1 ولغاية 1992/12/31 (2632 مريضاً) وبلغ عدد حالات الصرع 174 حالة أي نسبة مئوية قدرها 6.61% ويأتي الصرع في المرتبة الثالثة بين مراجعي الوحدة المهنية بعد الصداع وآلام العمود الفقري الرقبي والقطني ويمكن أن النسبة أكثر لو حذفنا الحالات غير العصبية كآلام المفاصل والأمراض النفسية بتظاهرات جسدية والتي حُبت ضمن العدد الكلي لمراجعي الوحدة المهنية.

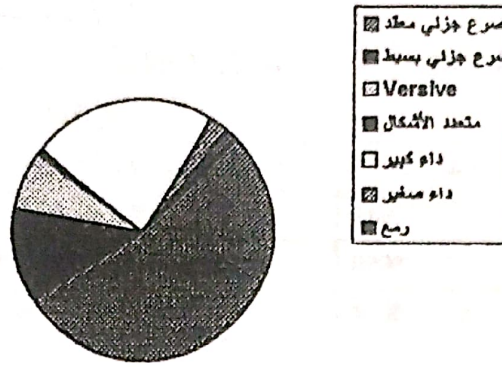
بلغ عدد الذكور 97 حالة والإناث 77 أي بمعدل 1:1.25 لصالح الذكور.



بلغ عدد الحالات دون عمر 58 سنة 58 حالة أي 33%، ودون عشر سنوات 75 حالة أي 43% ودون عشرين سنة 117 حالة أي 67% وبين عشر سنوات و29 سنة 79 حالة أي 45%. وقد تم توزيع حالات الصرع لأعمار فوق 4 سنوات وعددها 128 حالة على النحو التالي:

| عدد الحالات | نسبة مئوية (%) | صرع جزئي معقد | صرع جزئي بسيط | Versive | متعدد الأشكال | داء كبير | داء صغير | رمع |
|-------------|----------------|---------------|---------------|---------|---------------|----------|----------|-----|
| 68 | 53.12% | 16 | 9 | 1 | 29 | 3 | 2 | |
| | | 12.5% | 7.03% | 0.78% | 22.65% | 2.34% | 1.56% | |

وهكذا فإن عدد حالات الصرع الجزئي 94 حالة أي نسبة 73.44% بين عدد حالات الصرع المعمم 34 حالة أي نسبة 26.56%.



فيما يتعلق بالأسباب نجد أن الرض ما حول الولادة سواء ترافق الصرع مع تأخر تطور روحي حركي أم لا موجود في 29 حالة أي نسبة 16.66% بينما تقاسمت المرتبة الثانية كل من الإنتان الدماغي وسوابق حوادث وعائية دماغية بمجموع 5 حالات لكل منها أي نسبة 2.87% ويأتي الرض الدماغي المتأخر ثالثاً (3 حالات 1.73%) وسُجلت حالة واحدة مرافقة للتصلب الحدبي لبورنفيل 0.75% ولم تُسجل أية حالة مرافقة لورم وبقي التشخيص غير معروف السبب في 132 حالة أي 79.17%.

| غير معروف | رض حول الولادة | سوابق حوادث وعائية دماغية | انتان دماغي | رض متأخر | تصلب حبيبي | عدد الحالات |
|-----------|----------------|---------------------------|-------------|----------|------------|----------------|
| 132 | 29 | 5 | 5 | 3 | 1 | 132 |
| 79.17 | 16.66 | 2.87 | 2.87 | 1.73 | 0.57 | النسبة المئوية |

كانت الاستجابة للعلاج جيدة في 66 حالة 79.51% وغير جيدة في 20.49% من الحالات المراقبة ولم تتوفر معلومات عن الاستجابة في 49 حالة 28.16% وقد استعمل دواء وحيد في 143 حالة، وأكثر من دواء في 14 حالة فقط في حال عدم الاستجابة للعلاج بدواء وحيد.

المناقشة:

رغم تباين الإحصائيات بين بلد وآخر فإن معدل الحدوث السنوي Incidence يتراوح بين 11 و100 حالة سنوياً لكل 100000 من السكان. فإذا اعتبرنا أن تعداد سكان محافظة اللاذقية 700000 نسمة فإن المعدل الناتج يكون حوالي 25 حالة كل 100000 نسمة وهذا الرقم أقل من الواقع بسبب وجود أكثر من وحدة مهنية عصبية مماثلة في المحافظة. ولكن يجب الأخذ بعين الاعتبار أيضاً أن مرضى الصرع قد يراجعون أكثر من وحدة مهنية في العام الواحد كما أن دراستنا تضم عدداً غير معروف من المرضى الذين لا ينتمون إلى المحافظة وإنما إلى المحافظات المجاورة. وفي جميع الأحوال فإن نسبة الصرع عندنا تعتبر من أعلى المعدلات العالمية ويُعزى ذلك على الأرجح إلى كثرة حدوث رضوض ما حول الولادة باعتبار أن معظم الولادات مازالت تتم خارج المشافي كما أن التأخر في تشخيص الانتانات الدماغية وخاصة في الأعمار الصغيرة لعدم وجود سياسة منهجية للتعامل مع الترفع الحروري يفسر جزئياً هذا الارتفاع في معدل الصرع.

وإذا كان Hauser لم يجد فرقاً بين الجنسين في تعرضهم للإصابة بالصرع فإننا وجدنا أن الذكور أكثر عرضة للإصابة من الإناث 1:1.25 وفي هذا نتفق مع Degroff وآخرون وربما يفسر الأمر بكثرة تعرض الذكور للرضوض أكثر من الإناث.

وكما هو الحال مع Gudmundsson فإن حدوث الصرع أعظمي الطفولة ويتناقص مع تقدم العمر ولكن أرقامنا تختلف عن الأرقام العالمية:

| دراسنا | أعمار دون 5 سنوات | دون 10 سنوات | دون 20 سنة |
|-------------|-------------------|--------------|------------|
| | %33 | %43 | %67 |
| Gudmundsson | | %50 | |
| Leibowitz | %44 | %54 | %70 |

وقد يبدو غير مفهوم أن تكون نسبة الحالات في دراستنا لأعمار أقل من 5 سنوات و 10 سنوات أقل من مثيلاتها العالمية رغم كثرة رضوض ما حول الولادة في دراستنا وهذا قد يعزى إلى وجود أسباب الصرع في دراستهم غير موجودة عندنا كالأورام الدماغية ارتفاع معدل رضوض الرأس في الطفولة الثانية ومن الدراسة بسبب تشجيع الأطفال عندهم للمغامرة وتوفير وسائل الترفيه والتسلية التي لا تخلو من بعض الأخطار أحياناً. وهذا يفسر تلاقي النسبتين تقريباً دون عمر العشرين سنة إضافة إلى انتشار الكحولية عندهم في الأعمار بين 10 و 20 سنة وهو غير مألوف عندنا.

وبالنسبة لتوزيع النوب الصرعية فإننا نجد تقارباً بين نتائجنا والنتائج العالمية 73.33% صرع جزئي في دراستنا مقابل 70% في دراسة Henry (60% صرع جزئي و 10% مع تعمم لاحق) و 26.55% صرع معمم مقابل 30% في دراسته.

ومما يلفت النظر قلة نسبة انداء الصغير في دراستنا (3 حالات فقط) بينما نسبته العالمية حالة لكل 10000 نسمة وربما يفسر ذلك بأمرين:

1- عدم انتباه الأهل أو عدم إعطاء الأهمية المطلوبة لهذه النوب القصيرة الأجل والتي لا تسبب السقوط والأذى.

2- بسبب عدم إجراء التخطيط لكل الحالات فيمكن أن تشخص بعض حالات الهراء الصفي كصرع جزئي بأعراض معقدة.

وبالنسبة للأسباب فإن رضوض ما حول الولادة أعلى من مثيلاتها العالمية (16.66% في دراستنا مقارنة مع 14% لـ Gudmundsson و 7% فقط (Roger) للأسباب التي ذكرناها آنفاً بينما نجد نسبة الانتان والحوادث الوعائية الدماغية 2.87% في دراستنا أقل من مثيلاتها العالمية 3% و 3.5% على التوالي بسبب عدم إجراء البذل القطني بشكل منهجي لكل حالات الترفع الحروري عند الأطفال وعدم إجراء التصوير الطبقي لكل حالات الصرع وقلة الرض الدماغى المتأخر في دراستنا 1.73% مقابل 5% مسطلياً في المعدلات العالمية يفسر بكثرة حوادث الطرق وانتشار الرياضات العنيفة عندهم مثل Rugby وتسلق الجبال... الخ.

وفيما يتعلق بارتفاع نسبة الحالات غير معروفة السبب فيرجع لعدم توفر التصوير الطبقي كفحص أساسي لكل حالات الصرع في تلك السنة ولكلفته العالية الأمر الذي دفعنا إلى عدم طلبه بشكل منهجي في كل الحالات التي اعتبرت صرعاً أساسياً.

وبالنسبة للاستجابة للعلاج فقد كانت جيدة في 80% من الحالات تقريباً وهي مماثلة لأفضل الأرقام العالمية ولكن هذا التفاؤل يجب أن يعدل بسبب كثر الحالات التي لم يراجع أصحابها وإن كان عدم المراجعة يحتمل أحد الوجهين.

- تحسن المريض وبالتالي لا داعي للفحص الدوري الذي يعتبر ترفاً لا طاقة لهم به.
 - عدم الحصول على النتائج المرجوة وبالتالي التحول إلى وحدة مهنية أخرى.
- وقد يكون مفيداً أن نذكر هنا أن إحدى الحالات قد شخصت سريراً كصرع جزئي وأعطى المريض Cerbomazepine فلم تتحسن حالته وبإضافة Urbany حدثت استجابة جيدة وعند إجراء التخطيط ظهرت الذرى والأمواج المتعممة والمتزامنة بمعدل 3 دوران بالثانية النموذجية للداء الصغير الأمر الذي يطرح تساؤلاً حول دور Urbany في علاج الداء الصغير باعتبار أن الكاربامازيبين ليس له أي دور في علاج هذه الحالة.

التوصيات:

نخلص من هذه الدراسة إلى:

1. ضرورة إجراء دراسة إحصائية على مستوى المحافظة بإشراك كل الوحدات المهنية العصبية في اللاذقية ومن الأفضل إجراء دراسات إحصائية أكثر تخصصية كتناول الداء الصغير لوحدة مثلاً أو لأنماط الصرع تحت عمر خمس سنوات... الخ.
 2. ضرورة إنقاص معدل رضوض ما حول الولادة بتسهيل إجراء الولادة في المشافي أو المراكز الصحية وإجراء دراسة استباقية للعلاقة بين معدل Apgar عند الولادة و حدوث الصرع لاحقاً.
 3. زيادة حساسية الأطباء العامين حول ضرورة إجراء البزل القطني أمام أي ترفع حروري غير معروف السبب خاصة عند الأطفال لتلافي تأخر تشخيص إنتانات السحايا والدماغ. وفي هذا السياق نرى ضرورة تنقيف الأهل وإزالة مخاوفهم من هذا الإجراء الطبي الخالي من الخطورة.
 4. ضرورة إجراء تخطيط الدماغ في كل الحالات لتلافي أخطاء تشخيصية من جهة ولتحديد أنماط الصرع من جهة ثانية وكذلك إجراء التصوير الطبقي المحوري لكل حالات الصرع الجزئي على الأقل لإجراء دراسات مسببة كاملة. ومن الأفضل حالياً، إذا توفر إجراء تصوير بالمرنان الذي يعد أفضل وسيلة لكشف الحالات التي لا تكتشف بالتصوير الطبقي مثل الأذيات النديبة والتشوهات الوعائية الصغيرة للفص الصدغي.
 5. ضرورة البدء بإعطاء علاج وحيد وينتقى حسب نمط النوعية الصرعية وعدم تغييره أمر إضافة دواء جديد إلا بعد التأكد من التشخيص والجرعة وانضباط تناول العلاج.
- ضرورة خلق ثقة بين الطبيب ومريضه لضمان المراقبة الدورية التي تعتبر مفيدة لضمان الانضباط في تناول العلاج ولتكشف التأثيرات الجانبية التي تعتبر سبباً في الإيقاف غير الموفق للعلاج.

REFERENCES

المراجع

- [1]- Les Epilepsies P. Loisean P. Jallon 3e edition marron 1984.
- [2]- Havser W.A. Epidemiology of Epilepsy in Rochesten Minnesota Epilepsse 16, 1-66, 1975.
- [3]- DE Graaf A.S.: Epidemiological aspects to Epilepsy in Northern Norway Epilepsie 15, 291-299, 1974.
- [4]- Gudmundsson C. epilepsy in Iceland. Aclinical and Epidemiological investigation Acto Neurol. S land 43 supp 25, 2-244, 1970.
- [5]- Leibowitz et Alter, Epilepsy in Jerusalem Epilepsia 9, 87-105, 1968.
- [6]- P. Henry in Protique Neuralogique Flammarion 1984.
- [7]- Loiseau P. in Bi synohomes Epileptiques de l'enfant et de l'adolscnt.
- [8]- Medical Neurology, David Chadwick chur chill Livingston 1989.
- [9]- A Textbook of Epilepsy, chur chill Livingston 1993.