



III.4.3. Klinikai jellegzetességek

Az epilepsziás rohamok nagy része a klinikai jellegzetességek alapján jól leírható. Számos esetben a klinikai adatok és a roham megfigyelése alapján lehetőség van az epilepsziás roham fókuszának, ill. a roham terjedésének a meghatározására. Az alábbiakban ismertetjük a felnőttkorban, ill. fiatal felnőttkorban legfontosabb klinikai rohamtípusokat.

1. Szimplex parciális motoros roham

A precentrális gyrusból induló roham, mely attól függően, hogy a homunculus mely területén van a fókusz, az adott izomcsoportban klónusos mozgást hoz létre. Előfordul, hogy az epilepsziás fókusz „vándorol” a mozgató kéreg területén, ezért a szomszédos reprezentációs areáknak megfelelő izomcsoportok rángása figyelhető meg (Jackson-march). Ezt a jelenséget gyakran követi a klonizáló izomcsoportok átmeneti, posztiktális, néhány perctől akár több órán át tartó, gyengesége (Todd-paresis).

2. Epilepsia partialis continua (Kozsevnyikov roham)

Tartósan fennálló fokális motoros roham, amely egy adott kéregterületen belül marad, és megfelelő izmokban hoz létre akár több hétig is tartó klónusos mozgásokat. Gyakran jelentkezik embolizáció talaján kialakuló ischemiás károsodásban.

3. Temporális lebeny epilepszia

A fokális epilepsziás rohamok leggyakrabban a temporális lebenyből indulnak.

A roham jellegzetes szakaszai:

Aura jelenségek (epigasztriális vagy mellkasi érzések, szenzoros illúziók, szaglási hallucináció, félelem)

Tudat elhomályosodása, a beteg külső ingerekre nem reagál

Motoros automatizmusok jelennek meg (nyaló, csámcsogó mozgások, matatás stb).

4. Frontális lebeny epilepszia

Gyakran jár klinikailag bizarr jelenségekkel, ezért sokszor nehéz a diagnózis felállítása.

A rohamok általában fél percnél rövidebbek. Hirtelen sztereotip motoros akciók jelennek meg, gesztikulálás vagy szexuális automatizmusok. Kétoldali pedálozó mozgás is gyakran kíséri a rohamot. A szupplementer motoros areából induló rohamok esetében jellegzetes az ún. vívóállás-tartás: a rohammal ellenkező oldali felső végtagot a beteg kinyújtva, felemelve tartja, és a fej is ebbe az irányba fordul.

5. Absence rohamok

A kognitív működések hirtelen zavara jellemzi a rohamot, a beteg tudata zavart, a külső ingerekre nem reagál. Automatizmusok, és rövid klónusos rángások is megjelenhetnek. A rohamok általában 10 másodpercnél nem tartanak tovább. Hiperventilláció a rohamot provokálja.

Absence rohamok leggyakrabban 4-10 éves kor között jelennek meg (gyermekkori absence), illetve 10-17 éves korban (juvenilis absence). Az utóbbi esetben a betegeknek más jellegű rohamai is előfordulnak (myoklónus, grand-mal)

6. Myoklónus epilepszia

A rohamok gyors, akaratlan, a nyakban, vállakban, karokban jelentkező izom összehúzódásokkal járnak. A roham tudatzavarral általában nem jár. Myoklónus rohamok leggyakrabban epilepszia szindrómák részeként jelennek meg. Juvenilis myoklónus epilepsziában a rohamok általában 12-18 éves kor körül kezdődnek, jellegzetesen a felébredés után röviddel jelentkeznek. A betegek 90-ánál grand-mal roham is kialakul. Alvásmegvonás, alkohol és stressz a rohamokat provokálja, gyakori a fotoszenzitivitás.

7. Grand mal rohamok

Tudatvesztéssel járó tónusos-klónusos epilepsziás roham. A rohamot gyakran hangos kiáltás vezeti be (clavor epilepticus), majd a beteg elvágódik, izmai megfeszülnek, légzése leáll. A tónusos szakaszt a végtagok flexiós-extenziós mozgásával kísért klónusos szakasz követi. A beteg a nyelvét gyakran elharapja, enuresis gyakori, encopresis lehetséges. A rohamot követően posztkonvulzív alvás, ill. zavartság jelentkezik.