

Změny v posuzování způsobilosti k řízení motorových vozidel u pacientů s epilepsií

doc. MUDr. Petr Marusič, Ph.D.

Centrum pro epilepsie Motol, Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Neurol. pro praxi 2010; 11(6): 432–433

Od začátku roku 2011 vejde v platnost *novela vyhlášky 277/2004*, která stanoví podmínky pro přiznání způsobilosti k řízení motorových vozidel u pacientů s epilepsií. Podnět ke změnám dala evropská direktiva ze srpna 2009, jejímž cílem je sjednotit kritéria pro posuzování mezi jednotlivými zeměmi Evropské unie. Podkladem pro tuto direktivu byla zpráva pracovní skupiny, která se touto problematikou detailně zabývala (Schmedding et al., 2005).

Struktura vyhlášky zůstává beze změn a vymezuje jako dosud nemoci, vady nebo stavy nervové soustavy vylučující a podmiňující zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel pro skupiny 1 a 2 (tabulka 1).

Pro skupinu 1 zůstává obecně délka bezzáchvatového období požadovaného pro přiznání způsobilosti 12 měsíců, pro skupinu 2 deset let. Epilepsií se pro účely této vyhlášky rozumí dva nebo více epileptických záchvatů, ke kterým došlo u posuzované osoby v odstupu nejvýše 5 let. Délku bezzáchvatového období stvrzuje žadatel svým podpisem. Nové body jsou v tabulce zvýrazněné a označené číselným indexem a níže jsou podrobněji komentovány.

Ad 1) V případě, že po neprovokovaném záchvatu nebyla nasazena léčba, je požadované bezzáchvatové období kratší (6 měsíců) než v případech, kdy léčba nasazena byla. Tato situace ve vyhlášce dosud chyběla. V některých

případech je léčba nasazena pouze na krátkou dobu (týdny) a po opětovném přehodnocení stavu je vysazena. Takové případy vyhláška výslovně nezmiňuje, ale logicky i v těchto případech postačuje bezzáchvatové období v délce 6 měsíců od vysazení.

Ad 2 a 3) Nově vyhláška řeší situaci, kdy se záchvaty vyskytují pouze ve vazbě na spánek, nebo kdy zjevně neomezují řízení, např. některé aury. Za předpokladu, že se v anamnéze nevyskytl jiný typ záchvatu a onemocnění trvá již nejméně 12 měsíců, je možné v těchto případech přiznat pacientům způsobilost k řízení.

Oproti situaci v některých evropských zemích je tato situace řešena přísněji a vyhláška

Tabulka 1. Přehled nemocí, stavů a vad vylučujících způsobilost k řízení a těch, u kterých lze uzнат způsobilým k řízení na základě závěrů odborného vyšetření. Položky, které jsou oproti předchozí vyhlášce nové, jsou zvýrazněné. Číselné indexy odkazují na podrobnější vysvětlení v textu. Převzato ze Souboru minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií, EpiStop 2010

	Skupina oprávnění 1 (A, B, B+E, AM a podskupiny A1 a B1)	Skupina oprávnění 2 (pracovně, OSVČ – např. taxi, sanitky, hasiči apod., C, C+E, D, D+E a T, C1, C1+E, D1 a D1+E)
Nemoci, vady a stavy vylučující způsobilost k řízení	Epilepsie, kdy délka bezzáchvatového období je kratší než 12 měsíců.	Nemoci, vady nebo stavy podle skupiny stanovené pro skupinu 1, pokud není dále stanoveno jinak.
	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 12 měsíců.	Epilepsie po dobu 10 let bezzáchvatového období od vysazení antiepileptické léčby.
	Stav po izolovaném nebo po prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po dobu 6 měsíců. ¹	Stavy po ojedinělém neprovokovaném epileptickém záchvatu, kdy nebyla nasazena antiepileptická léčba po dobu 5 let od tohoto záchvatu.
Nemoci, vady a stavy, u kterých lze uzнат způsobilým k řízení na základě závěrů odborného vyšetření	Epilepsie v případech, kdy délka bezzáchvatového období je delší než 12 měsíců.	Nemoci, vady nebo stavy podle skupiny stanovené pro skupinu 1, pokud není dále stanoveno jinak.
	Epilepsie se záchvaty vyskytujícími se pouze ve spánku, v anamnéze se nevyskytly záchvaty v bdělém stavu a epilepsie trvá nejméně 12 měsíců. ²	Ojedinělý neprovokovaný epileptický záchvat, pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba a při neurologickém vyšetření nebyla nalezena žádná související mozková patologie a na EEG nebyla zaznamenána žádná epileptiformní aktivita, po 5 letech od tohoto záchvatu.
	Epilepsie se záchvaty, které neovlivňují schopnost řízení, v anamnéze se nevyskytly jiné záchvaty než takové, u kterých bylo prokázáno, že neovlivňují schopnost řízení, a epilepsie trvá nejméně 12 měsíců. ³	Epilepsie nebo stav po epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena antiepileptická léčba, po 10 letech od vysazení léčby; v případě prognosticky příznivých stavů, například benigní epilepsie s rolandickými hroty, po 5 letech od vysazení léčby.
	Epileptické záchvaty, které se vyskytnou v důsledku změny antiepileptické léčby indikované lékařem; v případě obnovení dříve účinné léčby nutné zachovat období 3 měsíců, kdy posuzovaná osoba neřídí. ⁴	Provokovaný epileptický záchvat způsobený rozpoznatelným příčinným faktorem, který se při řízení zpravidla nevyskytuje. ⁶
	Stavy po izolovaném epileptickém záchvatu nebo po prvním neprovokovaném záchvatu, kdy byla nasazena antiepileptická léčba, po 12 měsících od tohoto záchvatu. Pokud nebyla nasazena antiepileptická léčba, po 6 měsících od tohoto záchvatu.	Nemoci, které provází zvýšené riziko epileptických záchvatů, přestože k samotným záchvatům ještě nedošlo; jde-li o strukturální poškození mozku, kdy je zvýšené riziko vzniku záchvatu, musí být riziko výskytu záchvatu nižší než 2% za rok. ⁷
	Stavy po provokovaném epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelným příčinným faktorem. ⁵	

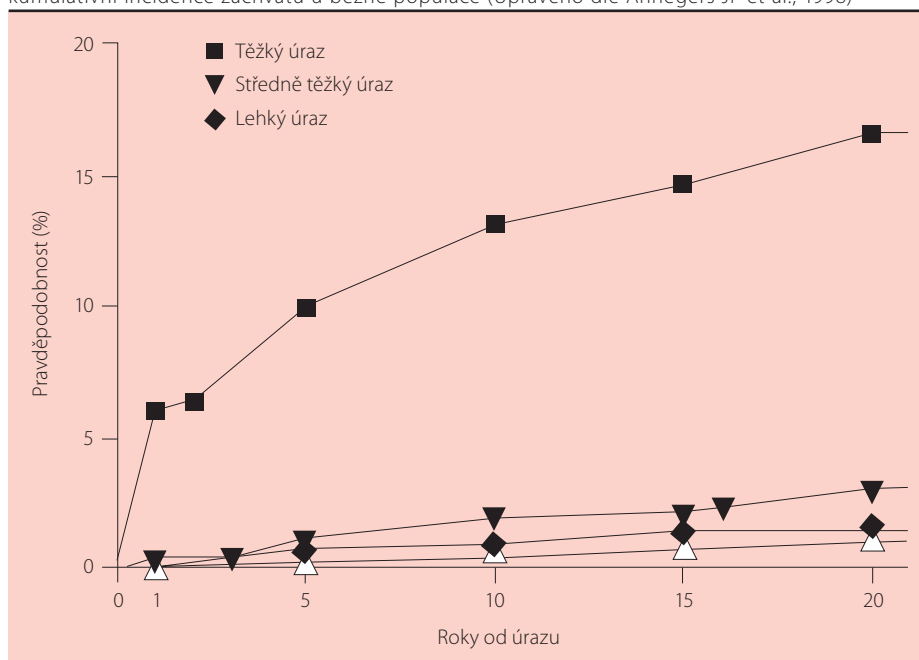
neumožňuje příznat způsobilost k řízení pacientům, kteří měli i jiné typy záchvatů v minulosti.

Ad 4) Pokud se objeví epileptické záchvaty u dosud kompenzovaného pacienta v důsledku změny antiepileptické léčby indikované lékařem, je nutné zachovat po obnovení dříve účinné léčby období 3 měsíců, kdy posuzovaná osoba neřídí. Vyhláška není (a nemůže být) zcela detailní a nepokryje všechny situace, které mohou nastat. Např. pokud je pacient vysazován z jednoho léku a poté z léku dalšího a až poté se objeví záchvat, není jednoznačně stanoveno, zda „obnovení dříve účinné léčby“ zahrnuje navrácení naposledy vysazovaného léku, nebo navrácení všech léků. Zde musí lékař posoudit situaci vždy individuálně a rozhodnout o nutnosti delšího období bez záchvatů. Vyhláška také výslovně nestanoví, že při vysazování léčby a po určité období od jeho ukončení by pacient neměl řídit. Tato situace byla sice v původní verzi zmíněna, ale vzhledem k tomu, že byla formulována pouze jako doporučení, nebyla do naší legislativy zapracována. Pacientům je nicméně v odůvodněných případech vhodné doporučit, aby neřídili při vysazování léčby a po 6 měsících od jeho ukončení.

Ad 5) a 6) Vyhláška nově zmiňuje stavy po provokovaném (akutním symptomatickém) epileptickém záchvatu způsobeném rozpoznatelnou příčinou, kdy nemusí být po důkladném posouzení řízení omezeno, a to nejen ve skupině 1, ale i ve skupině 2. Zde je zejména nutné správně pochopit výraz „provokovaný záchvat“. Takovým se rozumí záchvat, který vznikne bezprostředně v souvislosti s akutním postižením mozku, ať již z příčiny cerebrální či extracerebrální. Nejedná se tedy o záchvaty „provokované“ spánkovou deprivací, fotostimulací, psychickým stresem, apod. V případě provokovaného (akutního symptomatického) záchvatu je nutné posuzovat pacienty individuálně na základě příčiny, která záchvat vyvolala. Např. pokud byl záchvat způsoben podáním léků nebo metabolickou příčinou, je riziko opakování této situace a tedy i opakování záchvatu při řízení nízké. Některé provokované záchvaty ale zvyšují riziko vzniku záchvatu neprovokovaného, např. při kraniocerebrálním traumatu, a v takových případech zejména pro skupinu 2 podmiňují nezpůsobilost k řízení, viz dále bod 7.

Ad 7) Způsobilost k řízení pro skupinu 2 je v novele vyhlášky omezena také při onemocnění, které provází zvýšené riziko epileptických záchvatů, přestože k samotným záchvatům ještě nedošlo. Obecně pro skupinu 2 platí, že jde-li o strukturální poškození mozku, kdy je zvýše-

Graf 1. Kumulativní pravděpodobnost vzniku neprovokovaného záchvatu u 4 541 pacientů po kraniocerebrálním traumatu. Rozděleno podle závažnosti úrazu. Bílými trojúhelníky je znázorněna kumulativní incidence záchvatů u běžné populace (Upraveno dle Annegers JF et al., 1998)



né riziko vzniku záchvatu, musí být toto riziko nižší než 2 % za rok. Jako typické příklady uvádí vyhláška arteriovenózní malformace nebo nitrolební krvácení. Tato onemocnění mohou ale jistě sama o sobě způsobit funkční deficit motorický, sensorický nebo kognitivní, který podmiňuje nezpůsobilost k řízení. Pro rozhodování lze v některých případech použít data z publikovaných studií. Např. dle jedné z prací vyplývá, že po těžkém kraniocerebrálním traumatu definovaném jako kontuze, intrakraniální krvácení nebo ztráta vědomí nebo mnestický výpadek trvající déle než 24 hodin, je riziko vzniku neprovokovaného záchvatu zvýšené po více než 10 let (Annegers et al., 1998). Toto riziko je nejvyšší v prvním roce po úrazu – cca 6 % a v následujících letech již klesá pod 2 % ročně (graf 1). Neexistují ale údaje o riziku rozvoje epilepsie pro všechny možné situace a jejich varianty, rozhodování bude u těchto pacientů vždy individuální.

V tomto příspěvku jsou výše uvedeny změny týkající se pacientů s epileptickými záchvaty nebo s epilepsií. Vyhláška ale nově upravuje některá další neurologická onemocnění, která vylučují nebo podmiňují způsobilost k řízení. Řízení ve skupině 1 tak vylučují i jiné záchvatové stavy s poruchou vědomí nebo hybnosti, například nekompenzovaná narkolepsie nebo kataplexie. Řízení ve skupině 2 vylučují tyto stavy, i pokud se vyskytovaly v anamnéze, dále v této skupině vylučují řízení poruchy spánku závažně ovlivňující bdělost, nebo stavy spojené s nemocemi, úrazy nebo chirurgickými zákroky,

kteří ovlivňují centrální nebo periferní nervový systém, a způsobují závažné psychické, smyslové nebo motorické poruchy. Pozornosti čtenářů doporučuji proto plné znění vyhlášky.

Poděkování: MUDr. Haně Krijtové za pomoc s překladem textu evropské direktivy a za připomínky k textu tohoto článku. MUDr. Janě Zárubové za zapracování novely vyhlášky do Minimálních diagnostických a terapeutických standardů, Epistop 2010 a za připomínky k textu tohoto článku. Prof. MUDr. Karlovi Šonkovi, DrSc., za spolupráci při definování „neepileptologických“ bodů. Členům výboru ČLPE a ČNS, kteří návrh textu vyhlášky připomínkovali.

Literatura

- Schmedding E, et al. Epilepsy and Driving in Europe: A report of the Second European Working Group on Epilepsy and Driving, an advisory board to the Driving Licence Committee of the European Union. Final report; 3 April 2005.
- Annegers JF, Hauser WA, Coan S, Rocca WA. A population-based study of seizures after traumatic brain injuries. N Engl J Med 1998; 338: 20–24.

doc. MUDr. Petr Marusič, Ph.D.

Centrum pro epilepsie Motol,
Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84, 150 06 Praha
petr.marusic@fnmotol.cz

