

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA EPILEPTICKÝCH A NEPILEPTICKÝCH (pseudoepileptických) ZÁCHVATŮ V KLINICKÉ PRAXI

MUDr. Milan Brázdil, Ph.D.

Centrum pro epilepsie, 1. neurologická klinika LF MU, FN U sv. Anny v Brně

Tématem přehledného článku je diagnostika neepileptických (pseudoepileptických) záchvatů a postupy k jejich odlišení od záchvatů epileptických. Neepileptické záchvaty jsou rozděleny podle etiologie na somaticky a psychogenně podmíněné, je podán výčet nejčastějších patologických jednotek klinicky se manifestujících pod obrazem „pseudoepileptického“ záchvatu. Zvýšená pozornost je věnována především psychogenně podmíněným neepileptickým záchvatům, jejichž diagnostika představuje v neurologické praxi největší obtíže. Je uveden seznam doporučených klinických a paraklinických vyšetření v diagnostice záchvatových onemocnění a závěrem ve stručnosti také možnosti léčby postižených pacientů.

Klíčová slova: Neepileptické záchvaty, epilepsie, diagnostika, terapie.

Záchvatová onemocnění se v dětské i dospělé populaci vyskytují s vysokou prevalencí. Diferenciální diagnostika záchvatů epileptických (EZ) a neepileptických (NEZ) proto představuje velmi aktuální téma v každodenní klinické neurologické praxi. Naneštěstí správné stanovení etiologie záchvatů je mnohdy značně obtížné, při absenci detailních klinických a paraklinických dat pak téměř nemožné. Hlavním důvodem je skutečnost, že vlastní klinické projevy obou typů záchvatů se do značné míry shodují. Jsou jimi především přechodná ztráta kontaktu s okolím, krátkodobá alterace vědomí, motorické projevy nejčastěji charakteru konvulzí, vegetativní či psychické symptomy a přibližně stejná délka záchvatů. Složitost diferenciální diagnostiky bývá navíc akcentována možným výskytem epileptických i neepileptických záchvatů u téhož pacienta současně (10–25% pacientů s NEZ), existencí psychicky indukovaných EZ či opakovaně pozorovanými případy, kdy u téhož pacienta typický epileptický záchvat plynule přejde v záchvat neepileptický. Snaha poskytnout zájemci jednoduchý přehled problematiky NEZ pro využití v ambulanci praxi byla důvodem k sestavení předkládaného textu.

Pro záchvaty epileptického vzhledu avšak neepileptického původu byla v minulosti užívána různá označení. Mezi ta nejčastější patří hysterioepilepsie, psychogenní záchvaty, pseudozáchvaty či pseudoepileptické záchvaty. Vzhledem k jejich velmi rozmanité etiologii se v posledních letech nejvíce vžil název **neepileptické záchvaty**. Přesný podíl NEZ ve skupině záchvatových onemocnění lze jen těžko odhadovat, nicméně jen mezi pacienty léčenými pro zdánlivě farmakorezistentní epilepsii se incidence NEZ podle různých autorů pohybuje mezi 10 až 40%. Není proto divu, že významné množství NEZ je ve vyspělých zemích diagnostikováno právě specializovanými epileptologickými centry, která jsou pro diferenciální diagnostiku záchvatů také nejlépe personálně a přístrojově vybavena.

Podle etiologie dělíme neepileptické záchvaty na somaticky podmíněné a psychogenně podmíněné (3,4).

Somaticky podmíněné neepileptické záchvaty:

- synkopy nejrozumnější etiologie (především „konvulzivní“ synkopy),
Pozn.: Asi u poloviny pacientů s diagnostikovanou neurokardiogenní synkopou bývají pozorovány myoklonie, tonicko-klonické křeče či generalizované tonické flekční a extenční postury! Nejvýznamnějšími faktory, které predikují rozvoj konvulzí v průběhu poruchy vědomí, se přitom zdají být trvání asystolie a délka presynkopální fáze (5).
- kardiovaskulární onemocnění, zejména arytmie,
- poruchy spánku (narkolepsie-kataplexie, somnambulismus, noční děs, fyziologická myoklonie při usínání, iactatio capitis nocturna, enuresis,...),
- paroxysmální dystonie a paroxysmální kinesiogenní chorea,
- neepileptický myoklonus a patologická úleková reakce,
- tetanie,
- migrény (zejména pokud bolesti hlavy jsou minimální nebo chybí) (2),
- paroxysmální vertigo,
- tranzitorní ischemické ataky,
- tranzitorní globální amnézie,
- paroxysmální endokrinní dysbalance,
- jiné.

Psychogenně podmíněné neepileptické záchvaty:

- nevědomě navozené záchvaty (především projev konverzních a somatoformních onemocnění),
- panické ataky,
- Münchausenův syndrom „by proxy“,
- Münchausenův syndrom,
- vědomě navozené (simulované) záchvaty.

Nejčastější příčinou NEZ jsou záchvaty **psychogenně podmíněné** (8). Protože tento typ NEZ současně způsobuje nejzávažnější diagnostické obtíže, následuje několik poznámek k dané skupině záchvatů. Ženy jsou postiženy přibližně 3–4x častěji než muži, nejvyšší vý-

skyt onemocnění je ve 2. a 3. dekádě věku. I když zřejmě neexistuje žádný záchvatový příznak, který by byl zcela patognomický pro NEZ, můžeme u psychogenně podmíněných neepileptických záchvatů výrazně častěji pozorovat některé *charakteristické rysy*:

- dlouhé trvání záchvatu bez vývoje kliniky (často více než 5 minut),
- pozvolný začátek a konec záchvatu,
- jednotlivé záchvaty mají více či méně odlišný klinický obraz,
- během psychogenně podmíněných NEZ pozorujeme často hyperventilaci,
- oči bývají zavřené, při pokusu o jejich otevření se pacient aktivně brání,
- indiferentní výraz v obličeji během záchvatu (7),
- častý je stav, kdy pacient leží bez hnutí a nereaguje na zevní podněty (6),
- častý je nepravidelný třes,
- charakteristickými motorickými projevy jsou nepravidelné záškuby s měnlivou amplitudou,
- poměrně typický je výskyt motorických projevů bilaterálně při zachovaném vědomí,
- poměrně časté jsou i nepravidelné rotace hlavou do stran charakteru ne-ne,
- po psychogenně podmíněném NEZ se může častěji objevovat výrazná emoční reakce, například pláč.

Anamnesticky lze u psychogenně podmíněných NEZ obdobně zjistit některé charakteristické údaje. Řada pacientů má v anamnéze těžké psychické trauma event. sexuální zneužití v dětství. U významné části pacientů lze vystopovat kontakt s epilepsií před prvním výskytem jejich NEZ (v rodině nebo během předchozí hospitalizace). Záchvaty se vyskytují s vysokou frekvencí, nereagují na antiepileptickou medikaci, u části pacientů můžeme naopak pozorovat paradoxní zvýšení frekvence záchvatů po nasazení antiepileptik (např. po fenytoinu) (8). Typický je výskyt záchvatů pouze v přítomnosti jiných osob a dobrý efekt placebo aplikovaného během záchvatu. Diferenciálně diagnosticky velmi cenná je informace o výskytu záchvatů ve spánku. Pokud nějaký záchvat počíná během spánku (objektivizovaného současným EEG vyšetřením), pak se jedná o záchvat epileptický. Do současnosti silně tradovaný názor, podle něhož se u neepileptických záchvatů nevyskytují vážnější poranění, byl v posledních letech opakovaně revidovaný. Ve shodě s literaturou jsme sami opakovaně pozorovali závažná poranění včetně rozsáhlých tržných ran, fraktur a včetně komplikací intenzivní léčby status pseudoepilepticus u pacientů s psychogenně podmíněnými NEZ (7,9).

Doporučená vyšetření při podezření na neepileptické záchvatové onemocnění (3):

- pečlivý rozbor anamnestických dat včetně důkladné objektivní anamnézy,
- objektivní neurologické vyšetření,

- EEG vyšetření včetně EEG po spánkové deprivaci (Pozor na hodnocení nálezu! Ne všichni jedinci se záchvaty a nálezem hraničně specifických grafocementů musí nutně trpět epilepsií.),
 - magnetická rezonance vyšetření mozku,
 - *dlouhodobé video-EEG monitorování* s registrací pro pacienta typických záchvatů (důležité je bedlivé zhodnocení klinických záchvatových projevů a přítomnosti či absence specifické aktivity v EEG záznamu během záchvatu),
 - psychologické vyšetření (se zaměřením na testy osobnosti a testy na organicitu),
 - psychiatrické vyšetření,
 - fakultativně vyšetření koncentrací sérového prolaktinu interiktálně a iktálně.
- Pozn.: V průběhu epileptických záchvatů dochází často k několikanásobnému zvýšení sérové hladiny prolaktinu v porovnání s jeho hladinou v období mezizáchvatovém. Pozor však na falešně pozitivní nálezy – až 5% pacientů s neepileptickými záchvaty má také zvýšenou iktální hladinu prolaktinu (1)!
- interní a dle potřeby kardiologické nebo endokrinologické vyšetření, včetně funkčních testů (ortostatické testy, head up tilt table test, variabilita R-R intervalů).

Stanovení diagnózy NEZ má podobně jako v případě diagnózy epilepsie velice závažné důsledky pro pacienta a musí být proto provedeno velmi zodpovědně. Poměrně častou chybou v diagnostice záchvatových onemocnění je ukvapené přidělení diagnózy epilepsie pacientovi s NEZ. V takovém případě hrozí vysoké riziko iatrogenního poškození pacienta – riziko toxického poškození organismu při dlouhodobé (poly)terapii antiepileptiky, riziko invazivních zákroků a barbiturátových komat při léčbě status pseudoepilepticus (1,9) či potenciální riziko invazivního video-EEG monitorování (v případě koincidence neepileptických a epileptických záchvatů považované za farmakorezistentní epilepsii). Na druhé straně neméně závažné následky může mít nesprávně diagnostikovaná epilepsie. Nejsme-li si jisti původem záchvatového onemocnění, je vhodná konzultace případu na specializovaném pracovišti s možností video-EEG monitorování!

Terapie

Terapie neepileptických záchvatů vyžaduje podobně jako jejich diagnostika vysoce interdisciplinární přístup. Podobně jako diagnostika je terapie také svízelná a její úspěšnost je limitována především současnou praktickou absencí specializovaných neuropsychiatrických pracovišť a ambulantních psychiatrů věnujících se terapii psychogenních NEZ. Při průkazu neepileptické etiologie záchvatů je nutné léčit *podle příčiny*, nezbytné je *postupné vysazení antiepileptik*. Pro zdárný průběh další léčby psychogenně podmíněných NEZ je nanejvýše vhodné, aby „dobrou zprávu o neepileptickém původu pacientových obtíží“ podal odpo-

vidajícím způsobem zkušený epileptolog, který zdůrazní pozitivní aspekt takového závěru a výhody z něj plynoucí (např. ukončení nežádoucí léčby antiepileptiky). Zásadní chybou je bagatelizace pacientových záchvatů! Současně je nutné, aby pacient sám byl přesvědčen o předchozím důkladném a objektivním vyloučení epileptické etiologie potíží i o konečné platnosti dosaženého závěru. Následovat musí dlouhodobá a systematická *terapie psychiatrická* (psychoterapie, rodinná terapie, v indikovaných případech farmakoterapie). Pacient musí být pozitivně motivován k léčbě a musí věřit v její úspěch. V opačném případě je jen malá naděje na dobrý efekt léčby.

Při kombinaci epileptických a neepileptických záchvatů je nutná adekvátní terapie obou typů záchvatů, antiepileptika v takovém případě preferujeme v monoterapii.

Literatura

1. Alper K.: Nonepileptic seizures. *Neurologic Clinics* 1994; 12/1: 153-173
2. Andermann F. Overview: Disorders that can be confused with epilepsy. V *Epilepsy: A comprehensive Textbook*, J. Engel and T. Pedley, eds. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1997; 253: 2645-2648
3. Brázdil M., ed.: Minimální diagnostický a terapeutický standard u pacientů s epilepsií IV. Praha: Mediforum – Glaxo Wellcome, 1999
4. Gates JR.: Classification of non-epileptic seizures. V *Non-epileptic events (pseudoseizures)*. New York City: American Academy of Neurology, Annual Courses 1993; 1: 132.1-132.6
5. Kuba R., Kára T., Brázdil M. et al.: Neurokardiogenní synkopa – interiktální a iktální EEG studie. *Ces a slov Neurol. Neurochir.* 2000; v tisku
6. Majkowski J.: Epileptic and psychogenic pseudo-epileptic seizures: video EEG recordings. *Clin. Neurophysiol.* 2000; 111 (Suppl.1): 126
7. Rektor I., Tyršíková I., Brázdil M.: Psychicky indukované neepileptické (pseudoepileptické) záchvaty. *Čes a slov Neurol. Neurochir.* 1999; 62/95, 1: 44-49
8. Thomson LR.: Nonepileptic seizures: Avoid misdiagnosis and long-term morbidity. *Clinician Reviews* 1998; 8(3): 81-96
9. Vojtěch Z.: Naše zkušenosti s pseudozáchvaty (neepileptickými psychogenními záchvaty). *Čes. a slov. Neurol. Neurochir.* 2000; 63/96, 3: 152-161

Často důležitá je *péče sociální*, zejména v těch případech, kde tíživá sociální situace pacienta sehrála významnou roli v etiopatogenezi jeho záchvatů.

Závěr

Při řešení problematiky diagnostiky a léčby NEZ je vedle nezbytné interdisciplinární spolupráce absolutně nutná dostupnost výše zmíněných paraklinických vyšetření a u lékaře navíc notná dávka pečlivosti, trpělivosti a psychologických kvalit. Každopádně se jedná o nelehký úkol s minimálními vyhlídkami na návratnost investovaného času a úsilí. Přesto přese vše je nutno mít na paměti, že správná a včasná diagnostika neepileptických záchvatů má pro další péči o postižené jedince rozhodující význam a jako jediná může zabránit iatrogennímu poškození pacienta neadekvátní léčbou!