

Neurologové se ptají



DOTAZ:

Jaká antiepileptika byste volili u poúrazové epilepsie?

tazatel L.G., Prostějov

Pokud se zabýváme otázkou léčby posttraumatické epilepsie, je nutno začít od její diagnózy. Posttraumatická epilepsie v širokém slova smyslu zahrnuje dvě patofyziologicky a prognosticky odlišné situace:

1. Časné záchvaty vznikající v přímé časové návaznosti na trauma, nejčastěji v prvních dnech po traumatu, někdy se připouští i v období 1–2 týdnů. Jde o příznak akutního, ještě nezhojeného poranění CNS. Tyto záchvaty samozřejmě vyžadují léčbu, nejčastěji phenytoinem nebo karbamazepinem, nejsou však indikací léčby dlouhodobé. Obvyklým postupem je pokrytí takového pacienta antiepileptickou léčbou po dobu několika týdnů a následně její vysazení. Léčbu vysazujeme za klinického a EEG sledování pacienta. Výskyt časných poúrazových záchvatů sice je jistým rizikovým faktorem pro vznik skutečné posttraumatické epilepsie (pozdní záchvaty dostane asi 25 % pacientů s časnými záchvaty), nikoli však tak významným, aby opravňoval k paušálnímu dlouhodobému podání antiepileptik.
2. Skutečná posttraumatická epilepsie, vznikající s časovým odstupem nejčastěji půl až dva

roky od traumatu a jejíž patofyziologie je jen částečně objasněna. Diagnóza posttraumatické epilepsie je dána opakovaným výskytem neprovokovaných epileptických záchvatů v časové a hlavně kauzální návaznosti na trauma. Největším problémem a zdrojem chyb je záměna časové návaznosti za kauzální vztah, tedy aplikace myšlení „post hoc ergo propter hoc“. Tento problém se netýká těžších traumat s jasnou lézí prokázanou na zobrazovacích vyšetřeních, kde o kauzální souvislosti není obvykle rozumných pochyb. Týká se hlavně lehkých traumat charakteru komocí nebo povrchných traumat měkkých pokrývek hlavy, která jsou hlavně u dětí velmi častá a která jsou často velmi úporně uváděna jako příčina epilepsie. Svou roli při tom jistě hrají faktory psychologické a často i forenzní. Zde je jisté nebezpečí chyby, protože terapeutická taktika i strategie může být například zcela odlišná u primárně generalizované hereditárně podmíněné epilepsie, o kterou skutečně jde, než u posttraumatické epilepsie, jak je onemocnění eventuálně mylně klasifikováno.

Pokud otevíráme otázku léčby posttraumatické epilepsie, je vhodné zmínit i o takzvané preventivní léčbě, protože v zemi s živou tradicí Servítovou je dodnes místy zvykem tuto léčbu podávat. Původní představa, že včasným podáním antiepileptika zabráníme rozvoji posttraumatické epilepsie, se uká-

zala jako chybnou. Preventivní léčba je na místě jen u závažných, hlavně penetrujících poranění, kde je vysoká pravděpodobnost výskytu časných záchvatů. Podáme ji ale jen po omezenou dobu několika týdnů. Jen zcela vzácně (těžké poranění, chybění kostní ploténky) můžeme podat i dlouhodobou preventivní léčbu. Podávat však takzvanou preventivní léčbu paušálně je chyba.

Posttraumatická epilepsie, je-li správně diagnostikována, je vždy parciální, často se sekundární generalizací. Její problematika ani léčba se nijak neliší od léčby jakékoli parciální epilepsie. Antiepileptikum volíme podle typu záchvatu a dalších okolností, jako je věk, pohlaví a interní komorbidita. Nejčastěji používanými látkami jsou karbamazepin, valproát, phenytoin. Možno je použít i levetiracetam, topiramat nebo lamotrigine. Zkušenost učí, že syndrom je obvykle úporný a remise jsou vzácné. Léčba je tedy téměř vždy celoživotní a k pokusům o její vysazení přistoupíme jen výjimečně.

MUDr. Evžen Nešpor

Neurologická klinika 1. LF UK
Kateřinská 30, 128 21 Praha 2
e-mail: E.Nespor@seznam.cz



Otázky můžete posílat e-mailem na adresu: kultanova@solen.cz

či poštou na adresu: Mgr. Eva Kultanová
Vydavatelství SOLEN
Lazecká 297/51
779 00 Olomouc

