

Záchvatové stavy neepileptického původu

prof. MUDr. Milan Brázdil, Ph.D. – editor hlavního tématu

Centrum pro epilepsie Brno, 1. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Neurol. pro praxi 2010; 11(3): 144–145

Porucha vědomí s křečemi. Transzitorní amentní stav. Nepravidelné záškuby končetin v kvadrudistribuci. Recidivující pády. Jak často se tyto a jim podobné popisné závěry opakovane objevují ve zdravotnické dokumentaci! Závěry, které v konkrétních případech velmi výmluvně odrážejí diagnostické rozpaky, a které v obecnosti demonstrují opodstatněnost volby hlavního tématu tohoto čísla Neurologie pro praxi. Zaměříme se v něm na neepileptické záchvaty, a to především na ty, které více či méně zdařile napodobují záchvaty epileptické.

Záchvatová onemocnění představují jeden z nejběžnějších neurologických problémů, s nímž se prakticky denně setkává každý ambulantní neurolog dospělých, a stejně tak (v ještě větší míře) i dětský neurolog a jejich kolegové pracující na lůžkových odděleních. A i když pravděpodobnějším patofyziologickým podkladem výše uvedených záchvatových stavů je cerebrální epileptická aktivita a různorodost jejich klinických projevů pouze odráží šíři epilepsie jako takové, v řadě případů může jít o záchvaty neepileptické geneze. Tyto nejsou důsledkem patologických epileptických výbojů v mozku, avšak často mohou epileptické záchvaty zdařile imitovat. Chybná diagnostika jak epileptických, tak i neepileptických záchvatů (NES) pak má pro osud konkrétního pacienta dalekosáhlé důsledky. U pacientů s nerozpoznanými neepileptickými záchvaty zpravidla znamená zahájení neopodstatněné a neúčinné antiepileptické farmakoterapie (i s jejími nežádoucími účinky) řadu zbytečných společenských a pracovních omezení (včetně zákazu řídit motorová vozidla), přímé vystavení pacienta riziku dalších záchvatů a v některých případech i riziku závažného poškození zdraví v důsledku primární patologie či různých iatrogenních vlivů.

Diferenciální diagnostika epileptických a neepileptických záchvatů patří svým rozsahem, nároky na znalosti vyšetřujícího lékaře, i na interpretaci výsledků dalších klinických a paraklinických vyšetření k těm nejobtížně-

Tabulka 1. Nejčastější imitátoři epilepsie (modif. Vojtěch, Hadač, Nešpor, 2004)

Somaticky podmíněné neepileptické záchvaty
oběhové poruchy (synkopy, arytmie,...)
metabolické a endokrinní poruchy (hypoglykemie, hyperglykemie, hypokalcemie,...)
toxické a lékové vlivy
atypické migrény
cerebrovaskulární příhody (TIA)
transzitorní globální amnézie
periodické obrny
paroxysmální vertigo (benigní paroxysmální polohové vertigo,...)
gastroezofageální reflux (u dětí)
paroxysmální extrapyramidové poruchy (včetně neepileptického myoklonu)
poruchy spánku (kataplexie, narkolepsie, somnambulismus, pavor nocturnus, periodické pohyby dolních končetin ve spánku, na REM vázané poruchy chování, noční můra,...)
Psychicky podmíněné neepileptické záchvaty
panické ataky
afektivní záchvaty (u dětí)
nevědomě navozené záchvaty (disociativní záchvaty, disociativní fugy, somatoformní porucha)
poruchy osobnosti a chování (Münchausenův syndrom, Münchausenův syndrom by proxy)
vědomě navozené záchvaty (předstírané a simulované záchvaty)

ším. Velmi významnou roli v ní hraje pozornost věnovaná sběru anamnestických dat, a to jak od samotného pacienta (se zaměřením na krucální úvodní symptomy záchvatu), tak od osob, které byly svědky záchvatu (objektivní anamnéza). Nezbytná je dobře fungující spolupráce s motivovanými kolegy příbuzných oborů – internisty, kardiology, endokrinology, psychology, psychiatry atd. Jen u části záchvatů neepileptických je příčina zřejmá již na první pohled. Velkým diagnostickým problémem jsou zejména epilepsii imitujícími záchvaty, jimiž se může projevoval velké množství onemocnění neurologických, interních i psychiatrických. Ty nejčastější jsou uvedeny v tabulce 1 a následně popsány v přehledných článcích. Kromě standardního dělení NES na záchvaty somaticky a psychogenně podmíněné jsme záměrně zařadili i příspěvek věnovaný podrobněji NES v dětském věku, kterým se v minulosti věnovalo méně pozornosti. Naopak některé nozologické jednotky do předkládaného přehledu záměrně nebyly zařazeny. Mezi ně

patří například synkopy nebo panické ataky, které v poslední době opakovaně dostávají v českém písemnictví dostatek prostoru. Detailněji uvedeny nejsou ani některé vzácné či obskurní jednotky, jako pedunkulární halucinace, hyperekplexie, epizodická hypotalamická dysfunkce, tzv. „interkalátní“ ataky u pacientů s migrénou atd. Protože nebylo v lidských silách pokrýt beze zbytku na limitovaném počtu stran kompletně všechny příčiny NES, uvádím níže několik odkazů na relevantní odbornou literaturu.

Poslední článek hlavního tématu je věnovaný roli video-EEG vyšetření v diferenciální diagnostice epileptických záchvatů a NES, který souvisí s narůstajícím počtem pracovišť disponujících touto důležitou diagnostickou metodou a současně potřebou ujasnit indikace pro její použití. Bez dlouhodobé video-EEG monitorace je diferenciální diagnostika řady záchvatových stavů prakticky nemožná. To platí v plné míře také o diagnostice a terapeuticky nejsvízelnějších kombinacích epi-

leptických a neepileptických záchvatů u téhož pacienta. I u těchto nemocných (alespoň části z nich) však lze na základě správné diagnostiky a následném zahájení racionální terapie dosáhnout více či méně významného zlepšení kvality jejich života.

V problematice záchvatových onemocnění platí aktuálně pravidlo „neléčit naslepo“ téměř bez výjimky. Maximální úsilí věnované provedení všech potřebných kroků k určení příčiny

záchvatů je hlavním předpokladem jejich racionální léčby.

Literatura

1. Engel J, Pedley TA (Eds). *Epilepsy: A Comprehensive Textbook* (2nd Edition), Volume III. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2008: 2695–2845.
2. Kaplan PW and Fisher RS (Eds). *Imitators of Epilepsy* (2nd Edition), Demos Medical Publishing, New York 2005: 296.
3. Vojtěch Z, Hadač J, Nešpor E. Diferenciální diagnostika epileptických a neepileptických záchvatů. In: Brázdil M, Hadač J,

Marusič P, a kol. *Farmakorezistentní epilepsie*. Triton Praha 2004: 156–170.

prof. MUDr. Milan Brázdil, Ph.D.

*Centrum pro epilepsie Brno,
1. neurologická klinika LF MU
a FN u sv. Anny v Brně
Pekařská 53, 656 91 Brno
milan.brazdil@fnusa.cz*

