

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA NEPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ U DĚTÍ

MUDr. Jan Hadač

Oddělení dětské neurologie, Centrum pro epileptologii a epileptochirurgii, FTN, Praha

Podobně jako u dospělých se i u dětí setkáváme s nejrůznějšími poruchami záchvatovitěho rázu, které se více či méně podobají záchvatům epileptickým. Chybně stanovená diagnóza epilepsie vystavuje dítě zbytečné zátěži a rizikům spojených s užíváním antiepileptik, nehledě na negativní odraz v oblasti psychické a sociální. U mnoha jednotek je navíc dostupná vhodná léčba.

Mezi neepileptickými záchvaty u dětí jednoznačně převažují záchvaty somaticky podmíněné. Řada z nich se typicky váže k určitému období vývoje dítěte. Psychicky podmíněné záchvaty se objevují spíše ve starším školním věku či adolescenci.

Při diferenciálně diagnostické rozvaze hraje rozhodující roli pečlivě odebraná anamnéza, indikované je většinou vyšetření EEG a v některých případech i monitorování EEG synchronně s videem.

Klíčová slova: neepileptické záchvaty, děti, epilepsie, diferenciální diagnóza.

Klíčové slova MeSH: záchvaty – dieťa; epilepsia – dieťa; diagnostika diferenciálna.

NONEPILEPTIC SEIZURES IN CHILDREN

Similarly as in adults we can encounter various disorders of seizure character that more or less resemble epileptic attacks. An incorrect diagnosis of epilepsy places a child into an unnecessary stress and risks associated with antiepileptic treatment, regardless the negative consequences in psychological and social area. In addition, many clinical entities have a suitable treatment. Somatically dependant attacks prevail among nonepileptic seizures. Many of them are related to a certain period of child development. Psychologically dependent attacks manifest rather in older school age or adolescence.

A carefully taken history plays a decisive role in a differential diagnostic analysis. EEG is usually indicated and in some cases a monitored EEG simultaneously with video recording.

Key words: nonepileptic seizures, children, epilepsy, differential diagnosis.

Key words MeSH: seizures – child; epilepsy – child; diagnosis, differential.

Pediatr. prax, 2006; 1: 27–30

Diferenciální diagnostika záchvatovitých stavů, jež někdy velice věrně napodobují epileptické záchvaty, může být svízelná. Navíc se u některých nemocných s epilepsií objevují současně i záchvaty neepileptické. Četnost výskytu neepileptických záchvatů v dětské populaci není známá, ale literatura obecně udává, že asi 15–25% pacientů vyšetřovaných na specializovaných pracovištích pro „refrakterní epilepsii“ trpí neepileptickými záchvaty. Většina z nich užívá – pochopitelně bez efektu – antiepileptickou léčbu.

Základní diferenciálně diagnostická rozvaha vychází z pečlivě odebrané anamnézy a výsledku EEG vyšetření (a neúplná anamnéza nebo chybná interpretace EEG nálezů je příčinou většiny diagnostických omylů). Další postup vyšetření je individuální a závisí na charakteru obtíží. V řadě případů, zejména u psychicky podmíněných záchvatů, je přínosná metoda EEG videomonitoringu s možností zachytit průběh a EEG korelát typického paroxysmu.

Klasifikace neepileptických záchvatů

Stávající klasifikace dělí neepileptické záchvaty na dvě podskupiny – paroxyzmální stavy podmíněné somaticky (organicky) a psychicky (tabulka 1). Většina neepileptických záchvatů v dětství spadá do první kategorie. S psychicky podmíněnými záchvaty se setkáme spíše u dětí staršího školního věku či adolescentů.

1. Somaticky podmíněné

neepileptické záchvatové projevy

Řada somaticky podmíněných neepileptických záchvatů se typicky manifestuje v určitých obdobích vývoje dítěte. Při rozvaze o původu záchvatových stavů proto vycházíme především ze semiologie a věku dítěte.

Novorozenecký věk

Fyziologické i patologické pohyby, pohybové stereotypy, změny svalového tonu

Neonatální tremor (angl. jitter) je hrubý rytmický třes brady a končetin, jež vidáme jak u zdravých neklidných novorozenců, tak u novorozenců nemoc-

Tabulka 1. Dělení neepileptických záchvatů

1. Somaticky (organicky) podmíněné

- Synkopy (zejména konvulzivní typ)
- Kardiovaskulární (především arytmie)
- Cerebrovaskulární příhody (tranzitorní ischemické ataky, tranzitorní globální amnézie)
- Migréna a její varianty
- Dyskinézy (např. tiky, neepileptický myoklonus)
- Paroxyzmální dystonie a paroxyzmální kinezigenní chorea
- Patologické úlekové reakce
- Poruchy spánku
- Periodické obrny
- Metabolické a endokrinní poruchy
- Toxické a lékové vlivy, abstinenční příznaky
- U dětí navíc např. zažívací obtíže (GER), afektivní záchvaty, úlekové reakce, dystonické ataky, benigní dyskinetické syndromy a další

2. Psychicky podmíněné

- Panické ataky
- Nevědomě navozené záchvaty (především konverzní a somatoformní poruchy)
- Vědomě navozené (předstírané, simulované) záchvaty
- Poruchy osobnosti a chování – u dětí Münchausenův syndrom by proxy

ných (po hypoxii, při hypoglykémii, hypokalcémii či abstinenčním syndromu). Třes má stejnou složku flekční a extenční a ustává nebo se zmírní po převedení do klidové polohy.

Jako protahování označujeme fyziologický hybný projev nezralých novorozenců – tonické extenze dolních končetin s vějířem prstů.

Úlekové reakce (angl. startles) ve formě morovských kinéz můžeme pozorovat u zdravých novorozenců a kojenců zhruba do konce prvního trimestru. V rámci různých chorobných stavů mohou být úlekové reakce zmožené, provokovatelné i nepatrnými podněty, bez habituace a jejich intenzita a četnost s věkem neslábnu. Diferenciálně diagnosticky bychom měli především vyloučit nástup infantilních spazmů.

Jako dystonické ataky označujeme epizody extenčního hypertonu, pozorovatelné u původně nezralých novorozenců v období gestační zralosti. Přetrvávání těchto atak v nezměněné intenzitě a četnosti do dalších měsíců života obvykle naznačuje rozvoj závažnější formy dětské mozkové obrny. Lze je ztlumit převedením dítěte do relaxační flekční polohy („klubička“).

U patologických novorozenců se může centrální dezinhibice s autonomní reflexní aktivitou kmene a míchy projevit ve formě kmenových deliberačních fenoménů. Jedná se o tonické decerebračně-dekorační postury, neklid jazyka, akcentované asymetrické tonické šíjí reflexy. Tyto fenomény lze vyprovokovat zevní stimulací. Základní EEG aktivita bývá abnormní, avšak během epizod nevykazují typicky paroxysmální vzorce.

Příznaky abstinenčního syndromu (barbituráty, heroin, morfin, kokain a snad i benzodiazepiny) se dostaví brzy po porodu. Postižené děti bývají hypotrofičké, po porodu apatické, mají nízké skóre podle Apgarové, někdy mydriázu, jindy miózu. Záhy se dostaví třes, neklid, hypertonus, bývá narušený cyklus spánku-bdění. Skutečné křeče u těchto dětí však nejsou příliš časté. Pokud se objeví, mají klonický nebo jiný charakter a nechybí jim iktální EEG korelát.

Hyperekplexie (angl. startle disease) se může jako „stiff baby syndrome“ manifestovat již v novorozeneckém věku. Postižené děti jsou hypertonické, na drobné, někdy i nepozorovatelné podněty reagují bez habituace výraznými, tonicky prodlouženými úlekovými reakcemi. Ataku lze přerušit převedením dítěte do flekční polohy. Během spánku mohou být patrné myoklony. Běžné jsou apnoické pauzy, často v návaznosti na úlekovou reakci. Hypoxie při apnoii může vést k poškození mozku. Hyperekplexie má formy dědičné (AD, vzácněji AR) vyvolané mutacemi genu pro glycinový receptor, existují i formy získané přenosem maternálních

protilátek glycinovému receptoru. Klonazepam má dobrý terapeutický efekt.

Fyziologické fenomény ve spánku a poruchy spánku

V případě benigního neonatálního spánkového myoklonu se podobně jako u infantilní formy tohoto myoklonu jedná o nevinnou akcentaci fyziologického spánkového projevu bez EEG korelátu. Drobné i větší záškuby, ať již bilaterální, segmentální či multifokální, rytmické nebo arytmičné nastupují častěji v NREM fázi spánku. Někdy je lze vyprovokovat zevními podněty. Bývají i v sériích, které mohou trvat až 30 minut. Podávání benzodiazepinů je spíše zhorší.

Kojenecký a batolecí věk

Poruchy dechové či oběhové regulace

Afektivní záchvaty jsou častým problémem a vyskytují se u 4–5% dětí. Odlišuje se forma cyanotická a palidní. Cyanotické afektivní záchvaty se manifestují mezi 6. měsícem a 2.–3. rokem života, výjimečně mimo toto věkové rozmezí. Na vrcholu křiku se ve výdechu dostaví apnoická pauza, dítě promodrá, někdy ztratí vědomí. V bezvědomí bývá atonické, atonie může přejít do hypertonu. Epizoda obvykle netrvá déle nežli minutu, dítě se po ní brzy orientuje.

Vzácnější jsou afektivní záchvaty palidního typu (vagové). S nimi se setkáme nejspíše u batolat. Mají podobný patofyziologický podklad jako vasovagální synkopy. Vyprovokuje je úlek, nepříjemný podnět či úraz. Úvodní silný pláč chybí. Dítě náhle zbledne, ochabne a ztratí vědomí, ke konci se může objevit krátká tonická nebo klonická křeč. Na příhodu někdy navazuje spavost.

Obraz afektivních záchvatů bývá natolik typický, že EEG vyšetření není ani nutné. Diferenciálně diagnosticky bychom měli především u palidních záchvatů vyloučit poruchy srdečního rytmu, např. syndrom dlouhého QT intervalu.

Fyziologické i patologické pohyby či pohybové stereotypy

„Shuddering attacks“ jsou epizody otřásání s přechodným flekčním nebo naopak extenčním držením končetin, případně jejich tonickou addukcí, často i grimasou v obličeji. Typické jsou pro kojenecký věk, po 3. roce života se s nimi setkáme jen vzácně. Provokačním faktorem bývá strach, úlek, ale i pozitivní emoce. Chybí porucha vědomí, EEG nevykazuje žádné abnormality. Obtíže spontánně ustoupí.

Masturbace u kojenců a batolat bývá spojena s rytmickými pohyby dolní poloviny těla, s extenčním či flekčním držením nožek, zrudnutím v obličeji, pocením. Dítě však zůstává v kontaktu, jeho pozor-

nost lze alespoň částečně upoutat. Návazná únava a ospalost není výjimečná. Ke stanovení správné diagnózy většinou postačí rodiči pořízený videozáznam epizody.

Benigní paroxysmální torticollis se projevuje atakami dystonického stočení šíje a někdy i trupu, které trvají minuty až dny. Postihuje kojence od 2. měsíce života a batolata. Průvodním jevem bývá neklid, pláč, vzácněji zvracení, mozečkové příznaky. Snahám o úpravu dystonického držení se dítě brání s pláčem. Obtíže spontánně do 2–3 let vymizí. Diferenciálně diagnosticky musíme kromě prodloužených tonických záchvatů vylučovat i afekci zadní jámy, gastroesofageální reflux, anomálie v oblasti kraniocervikálního přechodu.

Benigní infantilní myoklonus-myoklonické záškuby ne nepodobné infantilním spazmům – se objevuje u dětí v prvním roce života. Záškuby mizí ve spánku. Vývoj dítěte zůstává nenápadný, v EEG chybí epileptiformní abnormalita. Porucha vymizí spontánně v batolecím věku.

Benigní paroxysmální vertigo s největším výskytem v batolecím a předškolním věku probíhá epizodicky pod obrazem úzkosti, tendence k pádům, bez poruchy vědomí, vzácněji s nystagmem a zvracením. Obtíže spontánně ustupují do několika měsíců až let. Benigní vertigo je považováno za variantu dětské migrény.

Jako Sandiferův syndrom se označují dystonické projevy u dětí trpících gastroesofageálním refluxem, hiátovou hernií nebo inkoordinací motility jícnu. Jedná se o ataky opistotonu nebo bizarní asymetrické změny držení trupu, šíje i končetin. Diferenciální diagnóza zahrnuje nejenom tonické epileptické záchvaty, ale i různé formy paroxysmálních dystonií. Léčba by měla být kauzální.

Syndrom kývací panenky – intermitentní rytmické kývací pohyby hlavou 2–3 Hz, jež mohou signalizovat expanzivní lézi v okolí 3. komory a mokovodu, lze zastavit vůlí, fixací hlavy.

Spasmus nutans je vzácná jednotka s horizontálním (výjimečně vertikálním) pokyvováním hlavy, asymetrickým nystagmem a někdy i torticollis. Pohyby hlavy jsou kompenzační k nystagmu. Obtíže mají intermitentní charakter, typicky se objevují ve druhém půlroce života a spontánní remise nastává do 3–4 let. Většinou se jedná o benigní afekci, ale stejné příznaky mohou mít organické léze v zadní jámě a perichiasmasticky, případně syndrom opsoklonus-myoklonus. Diferenciálně diagnosticky připadá v úvahu hlavně kongenitální nystagmus, který se ale manifestuje dříve a je trvalý.

Paroxysmální nonkinezigenní dystonie (PKND): Jednotku, jež se někdy manifestuje již v kojeneckém nebo batolecím věku, charakterizuje paroxysmálně se objevující chorea, atetóza či dystonie, někdy s úvodními parestéziemi. Záchvaty trvají minuty až

hodiny. Během ataky je dítě čilé, pouze na pokusy o korekci držení reaguje pláčem. Jako provokační faktor se uplatňuje stres, vyčerpání, horečnaté stavy, později alkohol nebo kofein. Příznaky se s věkem nehorší. U familiárních autosomálně dominantně dědičných forem jsou nacházeny mutace v oblasti 2q33-35. V léčbě se doporučují benzodiazepiny.

Syndrom opsoklonus-myoklonus je akutně nastupující onemocnění provázené nepravidelnými záškuby bulbů, mozečkovou ataxií a myoklony. Etiologie poruchy je infekční, parainfekční, toxická nebo paraneoplastická. Jednotka poměrně často provází neuroblastom, proto vždy musíme vyloučovat i skrytý tumor. V symptomatické léčbě se uplatňují kortikosteroidy, u některých dětí však vznikne kortikodependence.

Fyziologické fenomény ve spánku a poruchy spánku

O benigním infantilním spánkovém myoklonu jsme se zmínili výše.

Rytmické pohybové automatizmy. Častější jsou u dětí, obvykle v podobě iactatio capitis, převahování nebo kývání trupu. Nemívají vazbu na některou z fází spánku.

Již u batolat, ale hlavně u předškoláků a mladších školních dětí se mohou objevit poruchy spánku typu nočního děsu nebo noční můry.

Pavor nocturnus (noční děs) se projevuje v non-REM fázi spánku, spíše v první polovině noci. Jedná se o obvykle dramatické příhody neúplného probuzení s křikem a pláčem, dítě se silně brání pokusům o zklidnění. Po nějaké době usíná a ráno si na příhodu nepamatuje, „zaspí jí“. Noční můra je vlastně děsivý sen v REM spánku, poněkud ve druhé polovině noci. Dítě bývá probuditelné, lze je zklidnit, na sen si pamatuje.

Předškolní a školní věk

Synkopy

Příčinou synkopy je náhlý pokles mozkové perfuze při vegetativní dysregulaci oběhu nebo poruše srdeční činnosti. Odlišují se v zásadě dvě větší podskupiny synkop – reflexní a kardiogenní.

Spouštěcím mechanismem reflexní synkopy může být vazovagální reflex, někdy navozený nepříjemným podnětem, jindy Valsalvovým manévrem, třeba při kašli nebo mikci. Při ortostatické synkopě vede přesun většího objemu krve do dolních končetin a splachnické oblasti k nedostatečnému diastolickému plnění srdce a hypotenzi.

Nízký srdeční výdej a hypotenze například při myokarditidě, srdečních vadách, perikardiálním výpotku nebo arytmií je příčinou synkopy kardiogenní. Z převodních poruch u dětí stojí za zmínku syndrom dlouhého intervalu QT. Jeho příčinou mo-

hou být mutace genů pro iontové kanály. Synkopy provázející tento syndrom mají často konvulzivní charakter.

Synkopu zpravidla uvádějí typické vegetativní příznaky, jako nevolnost, pocení, bledost, rozmazané vidění. Následuje porucha vědomí s atonickým pádem. Déletrvající synkopa může končit klonickými záškuby nebo tonickou křečí (synkopa konvulzivní). Porucha vědomí bývá krátká, obvykle v řádu vteřin či desítek vteřin.

Indikováno je kardiologické vyšetření, podle potřeby doplněné echokardiografií, testy s ortostatickou zátěží, holterovským monitorováním. V EEG se během synkopy objevuje pouze zpomalení pozadí, které se s trváním synkopy zvyrazňuje.

Migrény

Epizodu migrény může, podobně jako epileptický záchvat, uvádět aura, obvykle však s pomalejším rozvojem. Pokud se po auře dostaví bolest hlavy, je situace jednodušší. Bolest však může u některých forem migrény chybět a v klinice převažuje např. mozečková nebo vestibulární symptomatologie, porucha vědomí (bazilární migréna), porucha zrakové percepce (syndrom Alenky v říši divů) nebo závrať (benigní paroxysmální vertigo).

Hemiplegická migréna může začít již v předškolním věku – na auru navazuje zpravidla do hodiny (ale i dny až týdny) trvající hemiparéza, hemikranie, u třetiny postižených se dostavuje porucha vědomí. U poloviny nalezneme v mezidobí nystagmus, mozečkovou symptomatologii, narušenou kognici. Příčinou jsou mutace genu pro podjednotku Ca kanálu na 19. chromozomu nebo genu pro alfa2 podjednotku Na/K pumpy na 1. chromozomu.

Ložisková epilepsie vycházející z okcipitálního laloku může mít projevy téměř nerozeznatelné od migrény. Význam má hlavně pečlivě odebraná anamnéza a vyšetření EEG, které ukáže nejčastěji regionální zpomalení pozadí během a návazně na migrenózní ataku, u epilepsie pak epileptiformní abnormalitu. Je ale třeba si uvědomit, že s epileptiformními změnami v EEG se setkáváme také u nezanebatelné části migreniků.

Alternující hemiplegie je alelickou variantou zmíněné formy hemiplegické migrény se vztahem k mutacím na 1. chromozomu. Již v batolecím věku se mohou objevovat ataky hemi či kvadruparézy, někdy provázené stočením bulbů, trvající minuty až dny. Před nástupem bývá patrný neklid, zmatenost. Hemiparéza typicky chybí ve spánku a obnovuje se v bdělosti. Ataky střídají strany. V mezidobí se projevuje choreoatetóza, nystagmus, autonomní dysfunkce, u poloviny dětí epileptické záchvaty. Postupně narůstá mentální defekt. Udává se dobrý efekt blokátorů Ca kanálů.

Extrapyramidové poruchy

Tíková porucha se projevuje stereotypními náhlými kinézami, většinou jednoduchého, vzácněji komplexního charakteru. Lze je částečně ovlivnit vůlí, mizí nebo se zmírňují při zajímavé činnosti, naopak stres je provokuje. Mnohé děti s tiky trpí syndromem ADHD nebo obsedantně kompulzivní poruchou. Většina tiků je snadno odlišitelná od epileptických záchvatů, snad jen některé složitější vzorce jednání mohou vzdáleně připomínat záchvaty vycházející z frontálního laloku.

Paroxysmální kinezigenní choreoatetóza (PKC)

Ataky PKC mají obdobnou symptomatologii jako PKND. Bývají ale vyprovokovány pohybem či úlekem. Trvají kratší dobu – vteřiny až minuty – a mohou být velice četné. Symptomatické PKC jsou u dětí vzácností, spíše se setkáme s PKC idiopatickou, jež ve své familiární autozomálně dominantně dědičné formě častěji postihuje chlapce. Příčinou je porucha iontových kanálů při mutaci v oblasti 16p11.2-q12.1. Až u 40 % postižených se objeví i časné afebrilní epileptické záchvaty. Patrně se jedná o alelickou variantu benigní familiární infantilní epilepsie a syndromu této epilepsie spojené s paroxysmální choreoatetózou. Jednotka dobře reaguje na léčbu antiepileptiky.

Segawa syndrom – DOPA senzitivní dystonie s cirkadiánním kolísáním: Jedná o vrozenou poruchu syntézy dopaminu při mutaci genu pro tyrosin-hydroxylázu (recesivní forma), nebo u častější formy dominantní s mutacemi v genu pro syntézu GTP-cyklohydrolázy. Onemocnění začíná v první dekádě života dystonickými projevy na jedné dolní končetině, ataky provokuje posturální zátěž. Intenzita obtíží během dne kolísá. Během let se dystonie rozšíří i na ostatní končetiny. Může být současně patrný tremor a rigidita. Obtíže výborně reagují na léčbu levodopou.

Poruchy spánku

Somnambulismus typicky začíná z hlubokého NREM spánku v první třetině noci. Bývá spojen s komplexním jednáním, které může být velmi složité, až po např. řízení auta. Někdy bývají na epizodu nejasné vzpomínky.

Narkolepsii, geneticky nehomogenní jednotku, charakterizují ataky nepotlačitelné ospalosti během dne, hypnagogické halucinace, spánková paralýza a kataplexie. Za epileptické záchvaty mohou být považovány jak záchvaty imperativního spánku během dne, tak spánkové obrny, které se objevují u nadpoloviční části narkoleptiků při usínání nebo probouzení. Izolované kataplektické záchvaty – tedy atonie vyvolaná pozitivním i negativním afektem nebo úlekem – se u dětí mohou manifestovat nejenom v rámci narkolepsie, ale také např. jako průvodní příznak

neurometabolického onemocnění (Niemann-Pickovy choroby), syndromu Prader-Willi nebo sarkoidózy. Typický provokační faktor a chybněji iktální korelát odliší kataplektické a epileptické paroxysmy.

Syndrom neklidných nohou postihuje až 10% populace. I když se porucha manifestuje spíše v dospělosti, můžeme se i u dětí a adolescentů setkat s obrazem nepřijemných parestézií na dolních končetinách, které se objevují z klidu – většinou ve spánku a zmírňují se při pohybu. Obtíže narušují spánek a vedou k chronickému nevyspání.

Ostatní paroxyzmální poruchy bez typické vazby na věk

S rytmickými stereotypy v bdělosti se setkáváme u dětí zdravých i mentálně retardovaných, s autizmem nebo smyslovými vadami. Autostimulační stereotypy jako kývání nebo převalování se objevují hlavně v období poklesu pozornosti nebo vigility. Slepým nebo mentálně subnormálním dětem rytmické pohyby přinášejí náhradní či zklidňující smyslový prožitek. Stereotypní mycí nebo ždímací pohyby rukou jsou typické pro Rettův syndrom.

Získané metabolické a endokrinní choroby: Metabolické encefalopatie (např. hepatální nebo renální) provázejí buď myoklony, jež jsou zpravidla subkortikálního, tedy neepileptického původu, nebo generalizované konvulzivní záchvaty. Hypoglykémii uvádí vegetativní rozlada s pocitem hladu, u menších dětí třes, zvýšená dráždivost. Hypokalcémii s tetanii signalizují parestézie končetin, karpopedální spasmus. U adolescentů se nezdáka setkáváme s hyperventilačními tetanickými projevy, spojenými s poklesem hladiny ionizovaného vápníku.

Toxické vlivy: U dětí nejsou nijak vzácné akutní polékové dystonie, snad nejčastěji po podání metoklopramidu, promethazinu, fenothiazinů, karbamazepinu, droperidolu. K odlišení pomůže chybění poruchy vědomí (nejde-li o závažnou intoxikaci) a jejich promptní reakce na diazepam.

Příznaky intoxikace a u starších dětí intoxikace návykovými látkami mohou být velice pestré – od poruch vnímání, přes kvantitativní poruchy vědomí po příznaky orgánového selhání včetně epileptických záchvatů, zpravidla generalizovaných.

2. Psychicky podmíněné neepileptické záchvaty u dětí

Psychicky podmíněné záchvaty, jimž chybí organický substrát, se typicky objevují u mlad-

ších dospělých jedinců, převážně (zhruba v 70%) u žen. V dětství jsou vzácnější, jejich zastoupení se zvyšuje ve starším školním věku a dále v adolescenci.

Geneze psychicky podmíněných záchvatů je různorodá. Může se jednat o nevědomou snahu o nastolení ztracené duševní rovnováhy, řešení intrapsychoického konfliktu, ale také o předstíranou či simulovanou poruchu s předem vypočteným ziskem.

U psychogenních záchvatů v užším slova smyslu hraje významnou roli disociace a konverze, tedy i vytěsnění konfliktu do nevědomí a převedení tohoto konfliktu do „řeči těla“. Somatický projev – v tomto případě neepileptický záchvat – se dostaví dříve, nežli si pacient uvědomí daný pocit, třeba strach, zlost nebo smutek.

U určité části psychicky podmíněných záchvatů se nejvýznamněji prosazuje psychosomatická složka. Zde obvykle známe nebo alespoň předpokládáme mechanismus vzniku tělesných příznaků – např. hyperventilační tetanii.

Předstírané záchvaty jsou z větší části kontrolované vědomím a jedinec dosahuje nějakých zisků přímo. U těchto pacientů nezřídka zjistíme známky disharmonického vývoje osobnosti nebo rozvíjející se poruchu osobnosti.

Simulace je jednoznačně vědomé předstírání potíží s předem vykalkulovaným ziskem. Může jít o nevinou záležitost, ale i projev závažné charakterové poruchy.

V rámci předstíraných a simulovaných poruch se málo myslí na nijak vzácný Münchausenův syndrom by proxy, kdy rodič (obvykle matka) trpící poruchou osobnosti navozuje, či v lepším případě si jenom vymyslí u dítěte falešné příznaky onemocnění a dožaduje se opakovaných hospitalizací a vyšetření, nezřídka invazivních. Rodič působí obvykle hyperprotektivním dojmem, zneužívané dítě typicky drží v izolaci od okolí, od jeho vrstevníků. Obtíže dítěte zpravidla mizí nebo se výrazně zmírňují, pokud se nám je podaří izolovat od rodiče. Syndrom provází vysoké riziko druhotné morbidity, a dokonce nezanedbatelné mortality. Jeho rozpoznání může být zvlášť obtížné, pokud rodič pracuje ve zdravotnictví.

Semiologie těchto záchvatů je nesmírně pestrá. Může je provázet poměrně jednoduchá symptomatologie – třeba pouhé pády či zárazy s areaktivitou, jindy se jedná o „generalizované křeče“ nebo slo-

žitější i bizarní pohybové vzorce, projevy emocí či agrese, jež se mohou podobat epileptickým záchvatům z frontálního laloku. Pro neepileptický záchvat svědčí například proměnlivá symptomatologie stejně jako příznaky, které během příhody ustupují a znovu se objevují, dále zavřené oči, chybění mydriázy či přítomnost prvků volní motoriky během „generalizovaného záchvatu“. Pokud dojde k pokousání jazyka, pak obvykle na jeho špičce, nikoliv po straně. Také mnohaminutové trvání záchvatu bez alterace stavu a dobrá kondice nemocného poté jsou podezřelé, stejně jako vazba na určité prostředí či přítomnost konkrétních osob.

V rámci vyšetření u dětí musíme od psychicky navozených záchvatů odlišit nejenom samotnou epilepsii, ale i řadu jiných, nijak vzácných typů somatických neepileptických paroxysmů. Pro stanovení správné diagnózy má opět největší význam podrobný anamnestický rozbor. Výtěžnost EEG je proměnlivá – ani u zřejmé epilepsie nemusí být prokazatelná interiktální EEG abnormalita, také některé ložiskové záchvaty probíhají bez zřetelného EEG korelátu. Významným přínosem je proto metoda EEG videomonitoringu s možností objektivní dokumentace průběhu a EEG korelátu typického záchvatového projevu. Neepileptické záchvaty mohou být spouštěny známým provokačním faktorem, objevovat se ve vazbě na určitou situaci či prostředí. Pokud je jejich četnost nízká, lze užít techniky provokace (není-li ovšem pro pacienta riziková). U psychicky podmíněných záchvatů se může uplatnit sugesce – tento postup má sice vysokou specifitu, ale jeho senzitivita se různí podle použité provokační metody. U konvulzivních příhod může určitou informaci přinést i vyšetření hladiny prolaktinu a kreatininkázy. Jejich normální hodnoty po záchvatu svědčí spíše pro neepileptický původ. Vyšetření má ale poměrně malou senzitivitu.

Kompletní diagnostika zahrnuje i psychologické, případně psychiatrické vyšetření.

MUDr. Jan Hadač

Oddělení dětské neurologie, Centrum pro epileptologii a epileptochirurgii, Fakultní Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, 146 22 Praha 4
e-mail: jan.hadac@ftn.cz