

Tab. 3. Klinické projevy NCSE

Změna mentálního stavu, náhle vzniklá, často fluktuující, trvání minimálně 10 minut
Porucha vědomí (až 80 %)
Kvantitativní i kvalitativní (zmatenost, kognitivní porucha až letargie, stupor, kóma)
Porucha řeči
Afázie, parafázie, mutismus, pokles verbální fluence, echolálie
Psychiatrické projevy
Psychóza, poruchy nálady – strach, agitovanost
Motorické projevy
Jemné záškuby, deviace bulbů
Paréza – „stroke-like“
Katatonie
Autonomní
Mydriáza, nadměrné pocení, hypertenze, zrudnutí
Senzorické – subjektivní – změna vnímání (aura continua)
Halucinace – „aura continua“
Slepoty, bolest

přítomny fokální hroty, pomalá a rytmická aktivita. Vzácněji, pokud je záchvatová aktivita ohraničena na hluboce uložené kortikální oblasti, nemusí mít aura continua ve skalpovém EEG žádný korelát.

4.1.2.2. Fokální NCSE s dominujícími negativními symptomy, afatický SE

Projevuje se ložiskovým neurologickým nálezem, např. fatickou poruchou, hemiparézou, vzácněji „hemineglektem“, katatonii či „alien hand“ syndromem. Jedná se o významný stroke mimic, zvláště proto, že se může jednat o oddáleně symptomatický typ SE u pacientů po předchozí CMP. Pacient s afatickým SE typicky přijíždí do iktového centra jako kandidát rekanalizační léčby. U těchto pacientů však může být přítomna hyperperfuze na perfuzním CT (pokud je provedeno). Na EEG jsou fokální repetitivní rytmické ostré vlny, nebo LPDs v kombinaci s pomalou aktivitou. Důležitou diferenciální diagnózou tohoto typu SE je také herpetická encefalitida, zvláště, je-li pacient febrilní. V typických případech reaguje afatický SE obvykle příznivě na i. v. ASM.

4.1.2.3. Fokální NCSE s poruchou vědomí

Je poměrně častý – tvoří až 1/3 všech NCSE a jeho etiologie bývá nejčastěji akutní symptomatická. Vzhledem k závažnosti vyvolávajících příčin (strukturálních lézí, zánětů, systémových poruch) má významnou morbiditu i mortalitu. Klinicky dominuje porucha vědomí, buď kontinuální, nebo s cyklickou fluktuací, kdy v mezidobí se stav vědomí nikdy zcela neupraví. Mohou být přítomny automa-

tismy, verze hlavy a bulbů nebo další příznaky v závislosti na lokalizaci záchvatové aktivity. Fokální NCSE s poruchou vědomí by měl být diferenciálně diagnosticky zvažován zejména u seniorů s náhle vzniklou nebo fluktuující zmateností – v jedné z prací byl příčinou až u 16 % těchto pacientů (Veran et al., 2010). Léčba bývá svízelná a prognosticky je zásadní léčitelnost (a adekvátní léčba) vyvolávající etiologie.

4.1.3. Neurčený NCSE

4.1.3.1. Autonomní NCSE

Charakteristickým dětským epileptickým syndromem s výskytem autonomního NCSE je Panayiotopoulosův syndrom (dle nové klasifikace Self-limited epilepsy with autonomic seizures), viz následující článek tématu.

4.2. NCSE při kómatu

V naprosté většině případů jde o akutní symptomatickou etiologii a tento typ NCSE má vysokou mortalitu. Zvláštním typem je „subtle status“, tedy NCSE, který se rozvíjí v návaznosti na CSE. Postupné vymizení konvulzivní aktivity a rozvoj NCSE bylo dříve vysvětlováno vyčerpáním energetických mechanismů, nicméně nyní je známo, že některé skupiny neuronů v substantia nigra a nucleus subthalamicus dokáží „zablokovat“ motorické dráhy („gating“), aniž by došlo k ukončení samotného SE (Lado et Moshé, 2008). Klinicky má pacient těžkou kvantitativní poruchu vědomí mnohdy s nevýraznými motorickými projevy (drobnými záškuby

v obličeji nebo na těle, nystagmem, abnormálními pohyby očí apod.). V EEG je výrazná abnormita pozadí grafu obvykle s periodickými výboji – generalizované periodické výboje (GPDs), bilaterální nezávislé periodické výboje (BIPDs) nebo LPDs. Efekt léčby se opět odvíjí od léčitelnosti vyvolávající etiologie.

5. Diagnostika

Klinické příznaky NCSE jsou nespecifické a mohou mít i jiné příčiny. Hlavní diferenciální diagnózy jsou (Meierkord et Holtkamp, 2007):

- encefalopatie (zejména metabolické)
- encefalidity (infekční i autoimunitní)
- intoxikace a abstinční syndrom
- cévní mozkové příhody
- přetrvávající postiktální zmatenost
- psychiatrické diagnózy (např. katatonie)
- tranzitorní globální amnézie (TGA)
- migréna
- posttraumatická amnézie

Zásadní je na diagnózu NCSE vůbec pomyslet a indikovat EEG, které je nezbytnou podmínkou pro jeho rozpoznání.

5.1. Kdy pomyslet na NCSE?

Na NCSE je třeba myslet v situacích, které jsou z hlediska jeho vzniku rizikové. Jedná se jednak o pacienty s epilepsií nebo epileptickými záchvaty v anamnéze, dále o pacienty s akutními mozkovými infarkty a o pacienty v kómatu. Podezření na NCSE by mělo vzniknout při náhlé jinak nevysvětlené změně mentálního stavu (stavu vědomí či chování), zvláště pokud tato změna navazuje na prodělaný tonicko-klonický záchvat (TCS). Toto podezření bude dále podporovat fluktuace této poruchy a přítomnost dalších objektivních symptomů, jakou jsou epizody se zárazem v činnosti, areaktivitou, automaticity či perseveracemi, nebo diskretními motorickými projevy charakteru drobných záškubů v obličeji, na končetinách nebo mimovolními očními pohyby.

NCSE by měl být dále zvážen v případě ložiskového neurologického nálezu bez korelátu na zobrazovacím vyšetření nebo v případě, kdy je tíže ložiskového deficitu větší, než by odpovídalo zobrazené akutní lézi. Pokud je pro přítomný neurologický nálezu vyvoláva-