

záchvaty přetrvávají, hrozí u nemocných riziko předčasného úmrtí (obecně je 2–3× vyšší než u běžné populace), výskytu psychiatrických komorbidit (anxieta, deprese) či nežádoucích účinků vyplývajících z většího množství užívaných protizáchvatových léků. Podle starších publikací dosáhneme kompenzace prvním podávaným lékem přibližně v 50 %, druhým lékem v dalších asi 15 % a třetím lékem v dalších 5 % případů; přitom zhruba 30 % pacientů je refrakterních na léčbu protizáchvatových léků (anti-seizure medications, ASM) (Kwan, 2000; Olafsson, 2005). Toto paradigma však už zcela neplatí. Na samém začátku cesty pacienta je důležité určit správně etiologii epilepsie, abychom mohli pacientovi sdělit konkrétní prognózu. Podstatné změny doznala nabídka léků proti epilepsii. Velký rozmach nastal v devadesátých letech 20. století, dnes se pohybujeme v řádu několika desítek dostupných přípravků (red 2022).

Mění se rovněž doporučení pro terapii epilepsie podle typu záchvatů. K poslední aktualizaci doporučení v Česku došlo v roce 2021, avšak spíše v souvislosti s lepší tolerancí než s větší účinností nových léků (Epistop, 2021).

Práce z roku 2007 se zaměřila na systematické přidávání léků u souboru 155 pacientů s epilepsií trvající déle než pět let, kteří předtím nebyli kompenzováni. Autoři dosáhli u 28 % pacientů stavu bez záchvatů (první lék 17 %, druhý lék 14 %, třetí lék 15 %) (Luciano, 2007). S každým dalším lékem je tedy možné dospět k určitému úspěchu.

Snášelnost nových ASMs je obvykle lepší, než v případě starších léků, avšak je potřeba si uvědomit, že se objevují také nové nežádoucí účinky, na které jsme dosud nebyli zvyklí (např. behaviorální a psychické nežádoucí účinky).

Jedním z nejnovějších přírůstků do rodiny protizáchvatových léků je cenobamát. Jeho uvedení na trh ve Spojených státech amerických bylo schváleno americkým Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv (FDA) v listopadu 2019 pod firemním názvem Xcopri a na evropský trh vstoupil v březnu 2021 po schválení Evropskou lékovou agenturou (EMA) pod názvem Ontozry. Lék má duální mechanismus účinku, předpokládá se, že v terapeutických dávkách účinkuje nejspíše prostřednictvím

pozitivní alosterické modulace receptorů GABAA na nebenzodiazepinovém vazebném místě a také přednostní inhibicí perzistentních sodíkových proudů a posílením deaktivovaného stavu napěťově řízených sodíkových kanálů (Brázdil, 2022)

Plnit si sny i přes nepřízeň osudu, kazuistika

Paní Jitka, 52 let, výška 168 cm, hmotnost 97 kg

Matka pacientky zemřela na generalizaci gynekologického karcinomu v 58 letech, přičemž prodělala ischemickou CMP v 52 letech. Otec pacientky spáchal v 45 letech sebevraždu otravou neopioidními analgetiky.

Pacientka bydlí sama, má přítele, je bezdětná, pracuje jako administrativní pracovníce, v práci je spokojená. Nikdy neměla žádnou alergickou reakci.

Ve 34 letech prodělala operaci melanomu stehna vpravo.

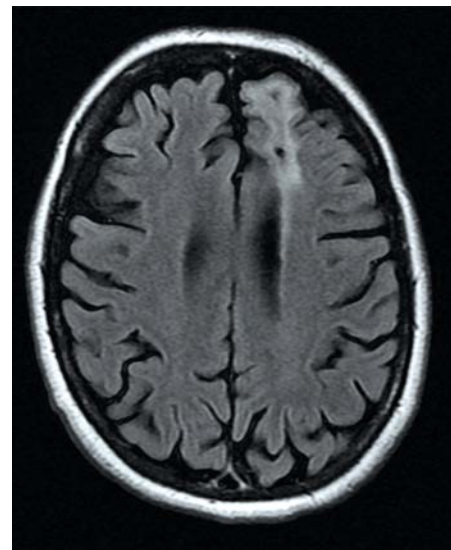
V 37 letech musela podstoupit další operaci, lymfadenektomii v oblasti pravého třísla, tehdy byla nalezena nádorová infiltrace melanomu v jedné uzlině.

V 38 letech následovala operace metastázy maligního melanomu v mozku vlevo frontálně o velikosti 6×3,5×4,5 cm. Tehdy bylo provedeno celotělové PET CT s negativním výsledkem.

V 39 letech byla hospitalizována na Neurologické klinice FTN pro nekonvulzivní epileptický status. Během epileptického statusu byla léčena VPA, LEV a PHE i.v. Domů byla propuštěna s medikací valproát 1 000 mg 1-0-1. Následně byla sledována ambulantně. Pacientka prodělala 2× fokální záchvat s poruchou vědomí (FIAS) během jednoho roku. Do medikace byl přidán lakosamid, na začátku 2×50 mg, titrace proběhla do dávky 2×150 mg, valproát zůstal ve stejné dávce 2×1 000 mg denně.

Ve 49 letech (od 6/2022) u pacientky nastalo zhoršení záchvatů. Byla opakovaně hospitalizována na Neurologické klinice FTN pro fokální epileptický paroxysmus s přechodem do BTCS. Během záchvatu byla popisována převážně tonická postura končetin, porucha řeči ve smyslu zárazu řeči, po záchvatu pacientka bývala dezorientovaná a měla oslabenou motoriku PHK.

Obr. 1. MRI paní Jitky; MRI, axiální FLAIR sekvence; zdroj Radiodiagnostické pracoviště, FTN, Praha



Pacientka své záchvaty popisovala následovně. Před záchvatem věděla, že záchvat přijde. Pociťovala tuhnutí v oblasti PHK, měla pocit, že se jí stáčí hlava doprava, což se opravdu během záchvatu stávalo. Mluvit nedokázala. Po záchvatu si stěžovala, že je velmi unavená. Záchvaty se zhoršovaly stresem, nevyspaním, úplňkem, menstruací. Menstruace byla v poslední době nepravidelná, během roku 2023 nastala v 50 letech menopauza. Je nám známo, že endogenní hormonální změny mohou ovlivnit výskyt, tíži a frekvenci záchvatů a u pacientek s epilepsií se menopauza může dostavit i v dřívějším věku (Zárubová, 2024). Frekvence těchto záchvatů byla 6× ročně.

V roce 2022 po zhoršení záchvatů byla provedena MRI mozku (T2 FSE, FLAIR a DWI a 3D T1 sekvencí) nativně a po aplikaci k. i. Byly popsány pooperační změny frontálně vlevo s gliózou a kalcifikacemi. Neprokázaná restrikce difuze. Nález stacionární. Bez nových ložisek (Obr. 1). Na EEG v roce 2022 byl abnormální nález, trvale pomalé vlny vlevo se superpozicí rychlejších aktivit s maximem F vlevo, kde byly i četnější epileptiformní grafoelementy (EPI GE), pozadí vpravo normální.

Postupně byla na kontrolách navýšena dávka lakosamidu (až na 200-0-300 mg), přidán perampnel 4 mg. Hladiny ASMs byly v terapeutickém rozmezí.

Nadále měla pacientka stavy tuhnutí a brnění PHK, které se šířily směrem k obličeji cca 2× za měsíc. V únoru 2024 byl přidán ke stávající léčbě cenobamát (Ontozry). Lék postupně titrován