Epidemiologie a patofyziologie

Funkční/disociativní záchvaty (functional seizures, FS) řadíme do kategorie neepileptických záchvatů. Patofyziologie FS zatím není zcela jasně popsána, nicméně faktor disociace je zvažován jako stěžejní (Anzellotti et al., 2020). Disociace představuje psychický jev, který umožňuje překonat subjektivně náročné psychické obsahy (silné emoce, nepříjemné situace či vzpomínky) bez toho, aby tyto obsahy musely vstoupit do vědomí. Typická je pro pacienty absence uvědomění a současné popírání pocitů strachu, stresu, či jiného emočního diskomfortu. Jelikož se jedná o nevědomý proces, nelze uvažovat o záměrném úsilí pacienta vyvinout záchvat. Tento fakt je nutné zdůrazňovat jak pacientům a jejich rodinným příslušníkům, tak i některým lékařům. Setkáváme se i s pacienty simulujícími příznaky nemoci, kterých je však minimum.

Funkčními záchvaty trpí 23,8 pacientů/100 000 (Villagrán et al., 2021 – studie z Norska); v USA je to 108,5/100 000 (Asadi-Pooya, 2023)); pro porovnání prevalence myasthenie gravis je v závislosti na geografické lokalitě 1,5–36,7/100 000 (Bubuioc et al., 2021). Incidence FS je u dětských pacientů vyšší než u dospělých (7,4/100 000) (Hansen et al., 2020), v dospělé populaci je incidence poloviční (Asadi-Pooya, 2023), přičemž nejvíce postižená věková skupina je mezi 20–40 lety (Reuber et al., 2003; Villagrán et al., 2021), tj. mladí jedinci v produktivním věku. Z tohoto pohledu se nejedná o vzácné onemocnění a znalost této klinické jednotky by měla patřit do výbavy každého neurologa.

Diagnostika funkčních záchvatů

Diagnostika FS patří do rukou zkušených epileptologů. K přesnému stanovení definitivní diagnózy je nutné sledovat samotný záchvat a EEG nález během něj. To je možné provést pouze v prostředí video EEG laboratoře. U epileptických záchvatů je často přítomen typický vývoj klinických projevů; např. u meziotemporální epilepsie v úvodu pacient často referuje typickou auru, poté následují oroalimentární automatismy, lateralizované končetinové automatismy (ipsilaterální k místu počátku záchvatů) a dystonická postura (kontralaterální k místu počátku záchvatů), v EEG nacházíme typicky rytmickou aktivitu nad temporální oblastí. U FS tento typický vývoj klinických projevů není a v EEG není iktální korelát. Je vhodné zdůraznit, že ne všechny epileptické záchvaty mají jednoznačný EEG korelát, resp. v EEG pozorujeme např. pouze svalové artefakty (např. u hypermotorických/hyperkinetických záchvatů). Diagnostika FS tedy není jednoduchá, je ale pro pacienta klíčová – je důležité, aby byl nemocný správně léčen.

Úlohou neurologa (bez specializace v epileptologii) je vyjádřit podezření na možnou funkční etiologii obtíží. Toto je možné provést na základě vlastního pozorování např. na urgentních příjmech, popisu od svědků události či na základě domácího videozáznamu. Myslet na FS je zvláště důležité v urgentních stavech při dlouhotrvající a fluktuující motorické aktivitě, při absenci reakce na podávanou ASM či při nejasných poruchách vědomí. V těchto situacích je nutné se řídit klinickými projevy (semiologií) a při pochybnostech pacienta konzultovat na pracovišti, které se diagnostikou FS zabývá. Lze se opřít i o doporučení pediatrické sekce ILAE pro kategorizaci FS dle diagnostické pravděpodobnosti (viz Reilly et al., 2023).

V rámci České republiky existují dvě centra vysoce specializované péče pro pacienty (CVSP) s epilepsií, které se diferenciální diagnostice rovněž věnují, jedná se o Centrum pro epilepsie Brno a Centrum pro epilepsie Motol (součástí centra je i Nemocnice Na Homolce), obě CVSP disponují jak dětskou, tak i dospělou částí. Nicméně je zde větší množství pracovišť, která zajišťují video EEG monitoraci. Můžeme jmenovat Fakultní nemocnici Ostrava (dětská a dospělá část), Fakultní Thomayerovu nemocnici (dětská část), Fakultní nemocnici Plzeň (dětská a dospělá část), Fakultní nemocnice Hradec Králové (dětská a dospělá část) či Ústřední vojenskou nemocnici (dospělá část). Všechna jmenovaná pracoviště jsou schopná kvalitní diferenciální diagnostiky záchvatových stavů.

V současnosti je průměrná doba k potvrzení diagnózy FS 3–8 let (Reuber et al., 2002; Villagrán et al., 2021). Je vhodné rovněž zdůraznit, že čím dříve je pacientovi vysvětlen původ jeho potíží, tím vyšší je pravděpodobnost vymizení záchvatových projevů, respektive s délkou trvání onemocnění se snižují naše možnosti FS terapeuticky ovlivnit (Baslet et al., 2015). Nesmíme rovněž zapomínat, že i pacient s epilepsií může vyvinout v průběhu onemocnění FS – přibližně jedna pětina pacientů s epilepsií vyvine i FS (Massot-Tarrús et al., 2022). Tyto FS jsou poté příčinami tzv. pseudofarmakorezistence.

Při diagnostice FS nesmíme opomenout faktor stigmatizace pacienta při prožívání nejasných opakovaných záchvatových stavů a negativní vliv na kvalitu života (velká množství vyšetření, která neodhalují organickou příčinu onemocnění, sociální izolace, limitují možnosti pracovního uplatnění).

Kazuistika

Na naši kliniku byla přijata 19letá pacientka k došetření záchvatových projevů. Anamnesticky byl u pacientky popisován následující průběh záchvatů: před záchvaty aura (někdy přítomná, někdy ne, prezentace jako křeče v břiše) → motá se hlava → silná hyperventilace → udává poruchu vědomí → křeče končetin, nepravidelné záškuby, někdy

Schéma 1.

Jasný ES	Spíše ES	Nelze určit	Spíše FS	Jasný FS
	Pomočená, Pokousaný jazyk*	Aura Motání hlavy Porucha vědomí Křeče končetin	Nepravidelné záškuby končetin** Prohýbání zad do oblouku	

** pokousaný jazyk může mít i pacient po FS, morzury ale bývají na špičce jazyka, na rozdíl od ES, kdy bývají pokousány laterální strana/-y jazyka*

*** nepravidelné záškuby končetin chápeme jako projevy neodpovídající klinické manifestaci šíření a trvání epileptických výbojů v mozku – tzn. záškuby s fluktuujícím průběhem, migrující z jedné končetiny na druhou a zpátky, event. mizící a znovu se objevující, měnící svou intenzitu i frekvenci*