

dostupné ve specializovaných centrech, a tudíž by nemocní měli být směřováni právě do nich.

Kazuistika č. 8: Od telefonické resuscitace přes psychogenní synkopu k definitivní diagnóze

Muž, 66 let, přivezen na urgentní příjem posádkou RLP. Manželka udává náhle vzniklou zmatenost, ale stále zdírazňuje velkou psychickou zátež v poslední době, dvě úmrtí v rodině, v den příjmu se vracel z pohřbu, manželiv stav přičítá stresorům. K tomu, že jde o dissociativní stav, se kloní i lékař RLP.

Z anamnézy: pacient je v důchodu, ale stále ještě pracovní aktivní, s ničím se neléčí, bez trvalé medicíny, nekouří, bez abúzu alkoholu.

Nynější onemocnění: během cesty autem pacient nemluvil, podle manželky řídil neopatrně, náhle nečekaně zaparkoval a točil volantem stále doprava, přitom nereagoval, manželka popisuje „cukání“ úst, stočení hlavy dolů, následně pěnu u úst a přechodnou cyanózu. Rodina vytáhla pacienta z auta a podle instrukcí operátorky ZZS prováděli chvíli laickou resuscitaci, ale záhy (ještě před dojezdem ZZS) se u pacienta obnovilo vědomí. Klinické vyšetření pacienta: stav vědomí kolísá – chvílemi v kontaktu, ale chvílemi nereaguje a výzvě nevyhoví, neodpovídá na dotazy, GCS 4/15. Ostatní fyzikální vyšetření bez odchylek.

Vzhledem k pracovní diagnóze vyhodnoceno jako stav po konvulzivním paroxysmu se sekundární generalizací, první záchvat. Pacient odeslán na CT vyšetření s kontrastem, kde nález dvou subakutních, pravděpodobně ischemických ložisek. Pacient byl přijat na neurologickou jednotku intenzivní péče, byla nasazena antiepileptická medikace a druhý den bylo doplněno EEG vyšetření – normální graf s projevem kolísání vigility. Třetí den hospitalizace bylo ještě provedeno vyšetření magnetickou rezonancí, která objasnila, že parietooccipitální ložisko je kavernom. Pacient je od té doby sledován na neurochirurgii, postupuje se konzervativně, kontrolní MRI bez progresu.

Kazuistika dokládá postup diagnostiky od akutního začátku, kdy operátorka ZZS vyhodnotila stav na základě těšové výzvy jako indikovaný k TANR, lékař RLP se ve shodě s manželkou přiklonil k psychogennímu původu příhody, pracovní diagnóza na urgentním příjmu byla primozáhyt epileptického paroxysmu, na neurologickou JIP byl pacient přijímán s diagnózou subakutní ischemická mozková příhoda. Léčba v každé fázi odpovídala stavu a reagovala na aktuální příznaky a byla lege artis. Výsledná diagnóza byla kavernom, který patří k cévním malformacím. V populaci se vyskytuje přibližně v 0,5 %, jde tedy o poměrně raritní diagnózu. Většina kavernomů je asymptomatická. Klinicky mohou mít tyto malformace různé manifestace, od bolesti hlavy, nespecifických příznaků charakteru slabosti, nauzey apod. až po iniciaci CMP při krvácení do kavernomu; u příznakových kavernomů se křeče vyskytují poměrně často.

vyskytu křečí, příznacích dalších onemocnění, možnostech intoxikace, známkách úrazu hlavy i staršího data. Zjišťujeme i chronickou medikaci, která může potvrdit již diagnostikovanou epilepsii. Pokud jde o již potvrzenou diagnózu epilepsie, je management pacienta po záchvatu. Transport do nemocnice je potřebný, pokud jde o první záchvat v životě, došlo k výskytu kumulativních paroxysmů, jde o status epilepticus, charakter záchvatu je odlišný od běžného průběhu, dezorientace je delší než obvykle nebo došlo k poranění, které vyžaduje chirurgické ošetření.

Fyzikálním vyšetřením zjišťujeme stav vitálních funkcí, objektivní známky proběhlého záchvatu (laterální pokousání jazyka, pomoočení). U pacienta monitorujeme dostupné parametry (kyslíkovou saturaci periferní krve, oběhové parametry, glykémii, EKG rytmus, dále podle možnosti). Jakmile je to možné, provede se laboratorní vyšetření: elektrolyty, jaterní testy, kreatininkináza (CK) při podezření na možnou rhabdomyolýzu, toxikologické vyšetření včetně hladiny alkoholu v krvi, vyšetření krevních plynů (výskyt křečí může vyvolat i acidóza či hyperkapnie). Při podezření na infekci provedeme odběr na hemokulturu, v případě febrilního pacienta s normálním CT nálezem se provede i lumbální punkce. Ze zobrazovacích komplementárních vyšetření bývá zpravidla indikováno CT mozku nebo magnetická rezonance k vyloučení nebo potvrzení strukturální léze. V případě výskytu prvního záchvatu je potřeba provést podrobné vyšetření včetně tomografického vyšetření (CT) a elektroencefalografického vyšetření mozku (EEG). Elektrokardiograf či EKG monitorování může zachytit výskyt arytmií. Laboratorní vyšetření potvrdí či vyloučí metabolické a toxikologické příčiny, při podezření na tumor je kromě provedení CT včetně kontrastu vhodné zvažit i magnetickou rezonanci. Ta je vhodnější i tam, kde je možný odklad zobrazovacího vyšetření.

8.5.5 Terapie

V první řadě musíme zajistit a stabilizovat vitální funkce, dále zastavit záchvatový projev, objasnit etiologii a léčit kauzálně, včas řešit komplikace.

Při typickém epileptickém záchvatu nebývá alterace oběhu, pravidlem je zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence. Bývá ohrožena ventilace pacienta. Dokud křeče trvají, bývá obtížné zajištění průchodnosti dýchacích cest. Při trisnu pacienta ve fázi probíhajícího záchvatu, je-li dlouhý, lze použít nazofaryngeální airway. Je nutná i prevence hypoxie a zábrana poranění při probíhajícím křečovém záchvatu. Problematické může být zajištění žilní linky z důvodů motorické aktivity pacienta, pro další terapii je však přístup do krevního oběhu nezbytný. Pokud selžou dva pokusy o zajištění žilní linky, je indikován intraosální vstup – zejména při přetrvávajících konvulzích. Ke zvládnutí křečí je možné podání léků rektálně (*diazepam*). Používá se převážně u dětí, kde se vyhýbáme zbytečné traumatizaci dítěte pokusy o žilní vstup, ale rektální přístup je možné v nouzi použít i u dospělých. Další alternativní přístup je intranasální aplikátor. Je potřeba změřit glykémii a v případě hypoglykémie aplikovat 40% glukózu.

Lékem volby je u výskytu křečí *diazepam*. Léčbu zahajujeme aplikací 10–20 mg (0,2 mg/kg) pomalu i.v., intramuskulární podání není vhodné. Alternativou k diazepamu je *midazolam* 5–15 mg i.m. nebo i.v., u dětí 0,2–0,3 mg/kg. Jestliže křeče trvají