

Przemijające zaburzenia świadomości – opis przypadku *Transient disorders of consciousness – case report*

Agnieszka Łuczak-Piątek, Urszula Skorupka

Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym, SPZOZ im. K. Wyszyńskiego w Sieradzu

Streszczenie

Wstęp. Artykuł omawia przypadek 75-letniego pacjenta z przemijającymi zaburzeniami świadomości. **Opis przypadku.** Przedstawiono objawy, jakie zgłaszał chory i proces diagnostyczny, który pozwolił na ostateczne postawienie rozpoznania oraz zastosowanie skutecznego leczenia. *Geriatrics 2010; 4: 214-216.*

Słowa kluczowe: zaburzenia świadomości, padaczka, diagnostyka różnicowa, podeszły wiek

Summary

Introduction. This article discusses the case of 75-year old patient with transient disorders of consciousness. **Case report.** The symptoms which he complained of, and diagnostics process, which allowed for making the final diagnosis and effective treatment, are presented. *Geriatrics 2010; 4: 214-216.*

Keywords: consciousness disorders, epilepsy, diagnosis, elderly

Opis przypadku

21.01. 2010 do oddziału neurologii został przyjęty 75-letni pacjent z powodu wystąpienia w ciągu ostatniego miesiąca dwukrotnie krótkotrwałych incydentów zaburzeń świadomości. Sam pacjent relacjonował je w ten sposób: - *Wyszedłem na ryneček niedaleko naszego bloku i gdy już wracałem, jak przechodziłem przez ulicę, to nagle nie pamiętałem skąd przyszedłem ani dokąd idę. Nie wiem, w jaki sposób znalazłem się na drugiej stronie ulicy. Spotkała mnie sąsiadka z klatki i odprowadziła do domu. Drugi raz, dwa tygodnie później, jechałem autobusem. I nawet nie wiem jak, przejechałem swój przystanek. Musiałem jakoś dziwnie wyglądać, po ludzie chcieli podobno pogotowie wezwać. Chyba coś do mnie mówili, ale nie pamiętam. Do domu w końcu sam wróciłem. Poszedłem do swojego lekarza rodzinnego, a ten skierował mnie do neurologa. A tam już dostałem skierowanie do szpitala.*

Chory leczył się wcześniej z powodu nadciśnienia tętniczego, przerostu gruczołu krokowego, hipercholesterolemii. Od kilku lat dokuczało mu także drżenie

kończyn górnych, które nasiliło się w ostatnim okresie. Negował przebycie poważniejszego urazu głowy.

Przy przyjęciu, w badaniu neurologicznym chory był zorientowany co do miejsca i czasu, nie miał objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, odruchów patologicznych ani wzmożonego napięcia mięśniowego. Widoczne było natomiast grubofaliste symetryczne drżenie kończyn górnych oraz spowolnienie chodu, bez bradykinezji, przodopochylenia, z zachowanym balansowaniem kończyn górnych podczas chodu. Pacjent nie miał istotnych deficytów poznawczych.

W podstawowych badaniach laboratoryjnych nie było odchyień od normy. W EKG stwierdzono lewoqram, rytm zatokowy o częstości 55/min. W związku z tą niewielką bradykardią zlecono przeprowadzenie badania Holter EKG. W tym czasie pacjent miał także wykonane przeglądowe badanie tomografii komputerowej głowy, w którym nie ujawniono zmiany ogniskowej. Układ komorowy był symetryczny, bez przemieszczenia. Struktury kostne czaszki bez zmiany urazowej. Po 24 godzinach monitorowania czynności

serca opisano rytm zatokowy miarowy o częstotści 48/min-83/min. Pojedyncze skurcze dodatkowe nadkomorowe. Analizując naczyniowe czynniki ryzyka wykonano USG-D naczyń szyi. Uwidoczniono na ścianach tętnic domózgowych rozproszone drobne blaszki miażdżycowe, bez odcinkowych zwężeń. Wreszcie w badaniu EEG stwierdzono obecny rytm alfa, zmniejszony dość dużą liczbą drżeń mięśniowych. Reakcja zatrzymania była nieobecna. W zapisie w odprowadzeniach skroniowych obustronnych obserwowano w sposób napadowy średnionapięciowe fale theta, zespoły fala ostra z falą theta o czasie trwania 0,5 sek. i uogólnianie się na odprowadzenia czołowe i potyliczne.

W związku z tym rozpoznano u chorego padaczkę z napadami częściowymi złożonymi i włączono karbamazepinę jako lek pierwszego rzutu, w dawkach wzrastających do łącznej dawki dobowej 800 mg. Pierwsze dni terapii chory znosił źle, skarżył się na senność, zawroty głowy i ogólne osłabienie. W kolejnych dniach, przy powolnym stopniowym zwiększaniu dawki leku, tolerancja leczenia poprawiła się. Chory został wypisany do domu w dobrym stanie ogólnym z zaleceniem dalszej kontroli w poradni neurologicznej i regularnego przyjmowania leków. Obserwowane u chorego ruchy mimowolne zdiagnozowano jako drżenie samoistne. Ze względu na to, że objaw ten nie upośledzał codziennego funkcjonowania pacjenta, nie włączono leczenia. Kontynuowana jest natomiast farmakoterapia nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii i przerostu gruczołu krokowego. W dniu 22 maja 2010 przeprowadzono telefoniczną rozmowę z pacjentem, który potwierdził, że od dnia wyjścia ze szpitala zaburzenia świadomości nie wystąpiły.

Dyskusja

W ostatnim czasie obserwuje się wzrost zapadalności na padaczkę u osób w podeszłym wieku. Jest to związane ze starzeniem się społeczeństwa i wzrostem zachorowań na choroby naczyniowe i zwyrodnieniowe mózgu, które są główną przyczyną napadów w tej grupie wiekowej [1]. Po okresie wczesnego dzieciństwa drugi szczyt zachorowań na padaczkę przypada na okres starości [2,3]. Udar mózgowy stanowi 1/3 przyczyn wszystkich napadów padaczkowych występujących u osób po sześćdziesiątym roku życia [4].

Padaczka u osób w podeszłym wieku może stwarzać trudności diagnostyczne i terapeutyczne.

Napady padaczkowe mają u starszych osób najczęściej formę napadów częściowych złożonych [3], a nie uogólnionych toniczno-klonicznych. Może zatem nie dochodzić u nich do pełnej utraty przytomności, lecz występują tylko ilościowe lub jakościowe zaburzenia świadomości. Drgawki mogą nie występować lub pojawiać się tylko po jednej stronie, natomiast epizody są pokryte częściową lub całkowitą niepamięcią. Chory może długo (nawet kilka dni!) pozostawać splątany po napadzie. Łatwo zatem o pomyłkowe zaklasyfikowanie tych objawów jako psychozę lub otepienie [1]. Padaczkę należy zatem także podejrzewać u chorych, którzy mają na przykład napadowe zaburzenia świadomości bez drgawek, albo jedynie nawracające połowiczne drętwienie ciała. Trzeba pamiętać, że każde nagłe, napadowe, krótkotrwałe, stereotypowe zaburzenie ze strony układu nerwowego, pojawiające się bez jasnej przyczyny powinno być traktowane jako możliwy napad padaczkowy. Lekarz rodzinny, gdy taki chory zgłosi się do niego, powinien skierować wówczas pacjenta do neurologa. Warto poinformować, aby na wizytę u specjalisty stawiała się także osoba, która była świadkiem napadu i potrafi go opisać. Może ona udzielić wielu informacji, które wpłyną na skuteczność leczenia [5]. Neurologzy zwykle biorą pod uwagę padaczkę jako potencjalną przyczynę nawracających zaburzeń świadomości. U pacjentów w podeszłym wieku należy jednak wykluczyć przemijające niedokrwienie mózgu, zwłaszcza z tylnego kręgu unaczynienia, i zaburzenia rytmu serca jako pierwotną przyczynę przejściowego upośledzenia krążenia mózgowego. Zaburzenia świadomości są „czerwona flaga”, gdyż mogą być objawem, niekiedy jedynym, guza mózgu. Guz ten może być nowotworem pierwotnym ośrodkowego układu nerwowego, lecz w populacji starszych osób należy także myśleć o przerzutach. Zdarzają się też przewlekłe krwaki przymózgowe, które wykrywane są przez przypadek, gdy np. „nagle pogorszył się kontakt z dziadkiem/babcią” według relacji rodziny. Często sam chory nie pamięta urazu głowy, który mógłby wywołać krwawienie w obrębie OUN.

Nie zapominajmy, że u seniorów zdarzają się także neuroinfekcje, które mogą mieć nietypowy przebieg. Ich jedynym symptomem mogą być właśnie zaburzenia świadomości, a objawy oponowe mogą nie występować. Przy podejrzeniu zakażenia OUN należy pobrać do badania płyn mózgowo-rdzeniowy [1].

Należy też przeprowadzić wywiad odnośnie nadużywania alkoholu lub leków.

Diagnostyka różnicowa powinna obejmować także schorzenia ogólnoustrojowe czy metaboliczne. Badania laboratoryjne i fizykalne we wstępnej fazie mogą wykazać inne potencjalne przyczyny zaburzeń świadomości (np. infekcja, dekompensacja cukrzycy, mocznica, hipoksja, hipotonia).

Kluczowym badaniem w diagnostyce padaczki jest EEG [5]. Jeśli w fazie międzypadkowej nie rejestruje się w tym badaniu czynności napadowej, można przeprowadzić próby prowokacyjne (fotostymulacją, hiperwentylacją lub deprywacją snu). Czasem przydatne jest przeprowadzenie badania tzw. Holter EEG, czyli kilkugodzinnego lub nawet kilkudniowego stałego zapisywania czynności bioelektrycznej mózgu [1].

U każdego pacjenta z napadami ogniskowymi należy przeprowadzić badanie neuroobrazowe, które może ujawnić opisane wcześniej patologie OUN (udary, nowotwory, krwiaki, zmiany zwyrodnieniowe) [1].

Chory w podeszłym wieku zwykle obciążony jest innymi chorobami. Gdy rozpoznana zostaje u niego także padaczka, wdrożenie farmakoterapii napotyka na kilka poważnych problemów. Pierwszym z nich jest zmiana metabolizmu i farmakokinetyki leków, a co za tym idzie, częściej i dłużej występujące działania niepożądane [6]. Kolejną przeszkodą jest polipragmazja i liczne interakcje lekowe [2]. Nowoczesne leki przeciwpadaczkowe mają znacznie mniej niekorzystnych interakcji, a ich właściwości farmakokinetyczne są lepsze. Niestety, są one drogie, a refundowane jedynie w przypadku padaczki lekoopornej [3]. Starsi pacjenci mogą mieć też problem z przestrzeganiem zaleceń lekarskich, na przykład ze względu na niedowład, zaburzenia poznawcze lub choroby oczu. Jeśli pacjent nie jest w stanie samodzielnie przyjmować leków, powinno się odpowiednio poinstruować opiekuna.

Choroby naczyń mózgowych są najczęstszą przyczyną padaczki w starszym wieku [3]. Wykazano, że wystąpieniu padaczki w późnym wieku sprzyja nie tylko dokonany udar mózgu, ale sama obecność czynników ryzyka chorób naczyniowych mózgu (np. nadciśnienia tętniczego krwi, zaburzeń gospodarki lipidowej) [1].

U opisanego wyżej chorego prawdopodobną przyczyną padaczki były drobne zmiany poniedokrwiennie w płatach skroniowych. Być może ujawnionoby je w badaniu rezonansu magnetycznego głowy. Badania tego nie przeprowadzono, gdyż nie zmieniłoby to dalszego postępowania. Niewykluczone jednak, że po dalszej obserwacji, jeśli stan chorego pogorszy się, napady będą się powtarzały lub pojawią się deficyty w badaniu neurologicznym, rezonans magnetyczny głowy będzie wykonany. Głównym wskazaniem byłoby w tym wypadku wykluczenie obecności guza mózgu. Obecność czynników ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych spowodowała początkowe skierowanie diagnostyki w stronę chorób kardiologicznych. Jednakże ujawnienie w EEG ogniskowej czynności napadowej z uogólnianiem się pomogło postawić właściwe rozpoznanie. Chory otrzymuje leczenie zmniejszające ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych i lek przeciwpadaczkowy, co z dużym prawdopodobieństwem zapobiegnie wystąpieniu kolejnych napadów.

Nie zgłaszamy konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Agnieszka Łuczak-Piątek
ul. Wysoka 2; 98-200 Sieradz
Tel.: (+48 22) 627 39 86
E-mail: agalucz@o2.pl

Piśmiennictwo

1. Zagrajek M, Pokryszko-Dragan A, Bilińska M. Padaczka u osób w podeszłym wieku. *Wiad Lek* 2006;59:411-5.
2. Chmielewska B. Padaczka i jej leczenie w okresie starości: *Neurologia Praktyczna* 2008;1:9-16.
3. Ryglewicz D. Padaczka wieku starszego. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2005;1(2). <http://www.ppn.viamedica.pl>
4. Jędrzejczak J. Padaczka - najtrudniejsze są odpowiedzi na proste pytania. Poznań: Termedia 2008;9:43-5.
5. Sander JW, Hart YM. Padaczka-pytania i odpowiedzi. Bielsko-Biała: Alfa medica Press; 2002;85-100.
6. Rowland LP. *Neurologia Merritta*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008. str. 1011-36.