

Syncope: mi köze a neurológusnak?



Janszky József
Pécsi Tudományegyetem
Neurológiai Klinika



Ritka neurológiai kórképek ritkán járhatnak syncopével

- Parkinson kórban ritkán és a multiszipstémás atrófia (MSA-A) gyakrabban
- Herediter autonóm polineuropátia
- IX-X agyideg fájdalommal járó kórképei: agyalapi tumorok és glossopharyngeus-neuralgia
- Subclavia-steal szindróma (igazi syncope még e ritka szindrómában is extrém ritka)

Belgyógyászati kórképek neurológiai szövődményei:

- Diabeteses neuropátia 80%-ban autonóm érintettség

Ritka differenciáldiagnosztikai problémák

- Drop attack
 - Megtartott „tudat”
 - Sok ok:
 - Vestibuláris (vestibuláris tünetek is jelen vannak)
 - Kataplexia (narcolepsia része)
 - Vertebrobasiláris TIA (egyéb vertebrobasiláris tünetek is jelen vannak)
 - Basiláris migrén (fejfájás)
 - Tónusos axiális roham (Lennox-Gastat szindróma)
 - Posturális roham (frontális epilepszia)

NINCS SYNCOPE:

- Media területi stroke vagy TIA

Miért kerül a betegek jó része neurológiára?

- Auto/hetero anamnézis hiánya (hiba vagy csak információhiány) miatti defenzióból
- Holott: sürgős neurológiai kórkép NEM jár syncopéval, de még csak „nehezen differenciálható” állapot sem
- Milyen neurológiai sürgősségi probléma lehet, ha NEM neurológiára kerül a beteg?
 - Traumás intracraniális sérülés? (fejsérülés gyanúja esetén ügyis kop. CT: ehhez nem kell neurológiai osztály)
 - Mégis epilepsziás roham volt és status epilepticus alakul ki:
 - a második roham után nyilvánvaló
 - status epilepticus kezdeti ellátásához nem kell neurológus (iv. benzodiazepin)

Epilepszia (téves) diagnózis

- Epilepszia diagnózis: UK-ban min. 30%-os a téves diagnózis

Saturday 2 March 2002

BMJ

The misdiagnosis of epilepsy

The rate of misdiagnosis and wide treatment choices are arguments for specialist care of epilepsy

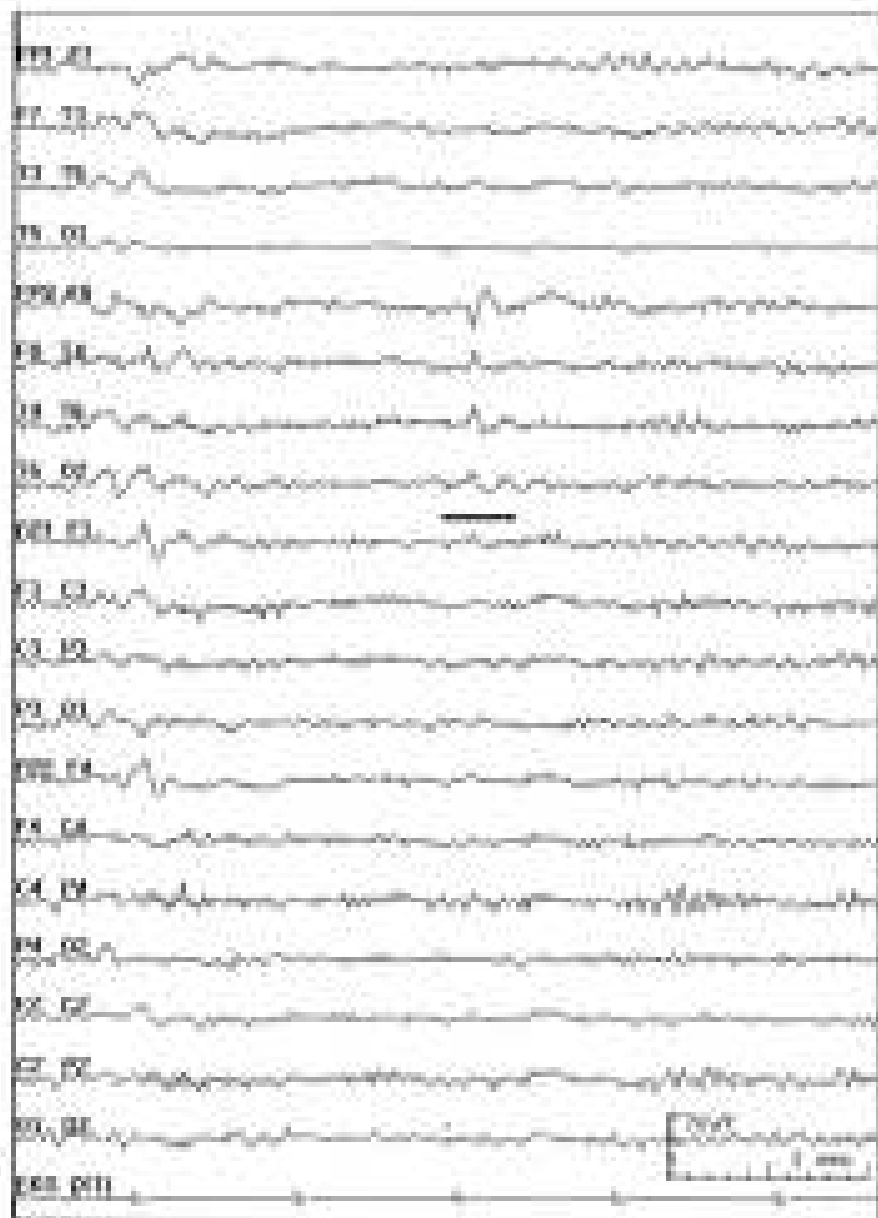
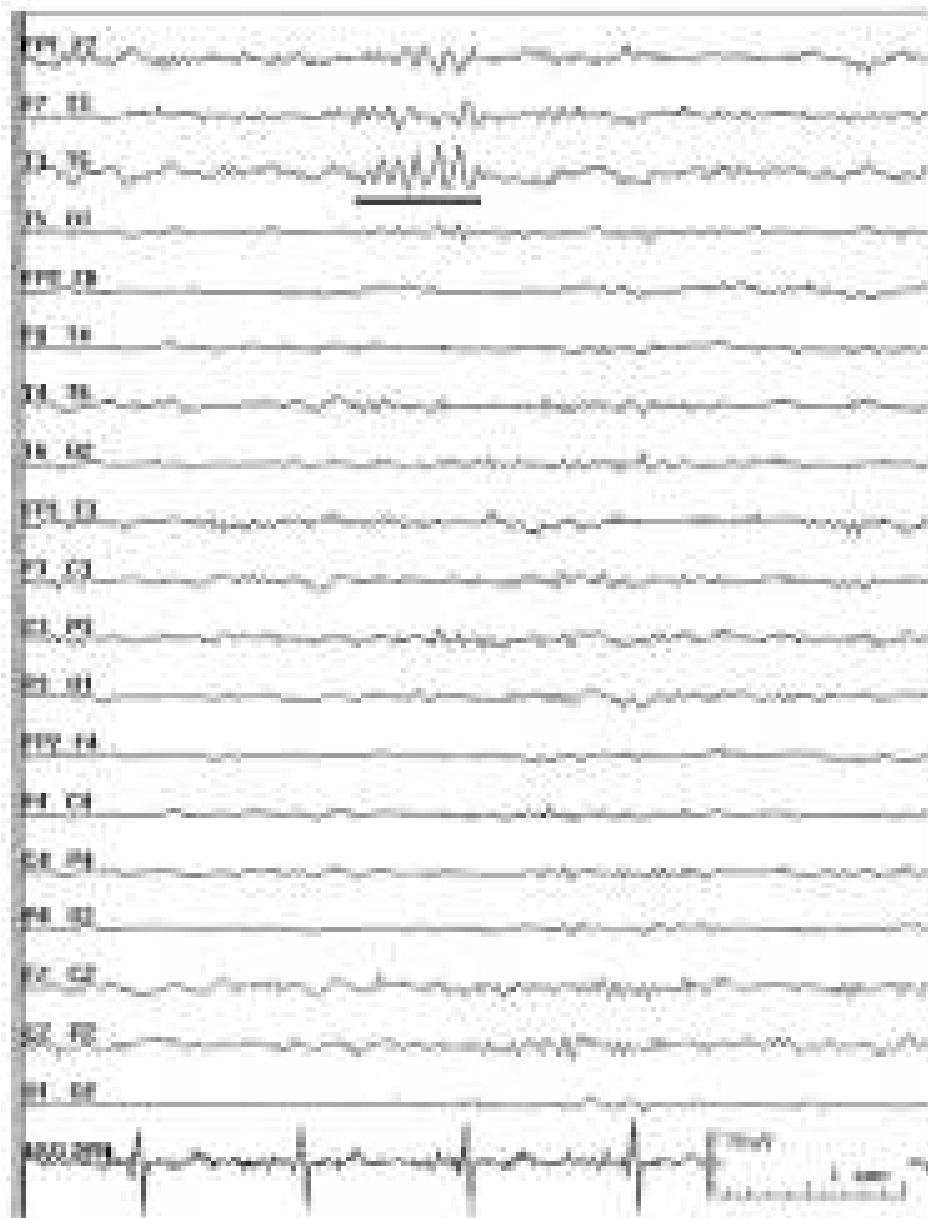
The case of Dr Andrew Holton, consultant paediatrician at Leicester Royal Infirmary, highlights once again some of the dangers and pitfalls in the diagnosis and management of epilepsy. He has been suspended and referred to the General Medical Council after a review of 214 children seen by him showed that 171 gave definite or possible "cause for concern." Just over a third of the children were not thought to have had epilepsy, and just under a third were thought to have been overtreated.¹ Both are common pitfalls in the management of epilepsy.

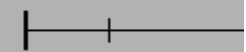
The review also made clear that Dr Holton's train-

history will usually be all that is required by an experienced clinician to differentiate this from seizures. Unfortunately, in inexperienced hands inappropriate investigation often takes precedence. Fainting is probably the single commonest reason for requesting an electroencephalogram, which in 20% of the population will reveal non specific abnormalities open to misinterpretation.⁶ Given that most requests emanate from non-specialist settings and most electroencephalograms are reported by neurophysiologists without great experience of epilepsy and its management, there is considerable potential for misdiagnosing faints

Miért pont az epilepsziás roham?

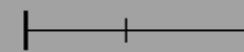
- „misztikum”
- EEG: a legtöbbet abúzált orvosi vizsgálóeljárás
- Ha az EEG nem EGYÉRTELMŰEN patológiás, akkor normális
- Ha patológiás az EEG, akkor sem biztos, hogy van jelentősége
 - Mintahordozás: genetikailag determinált epilepsziások családjában





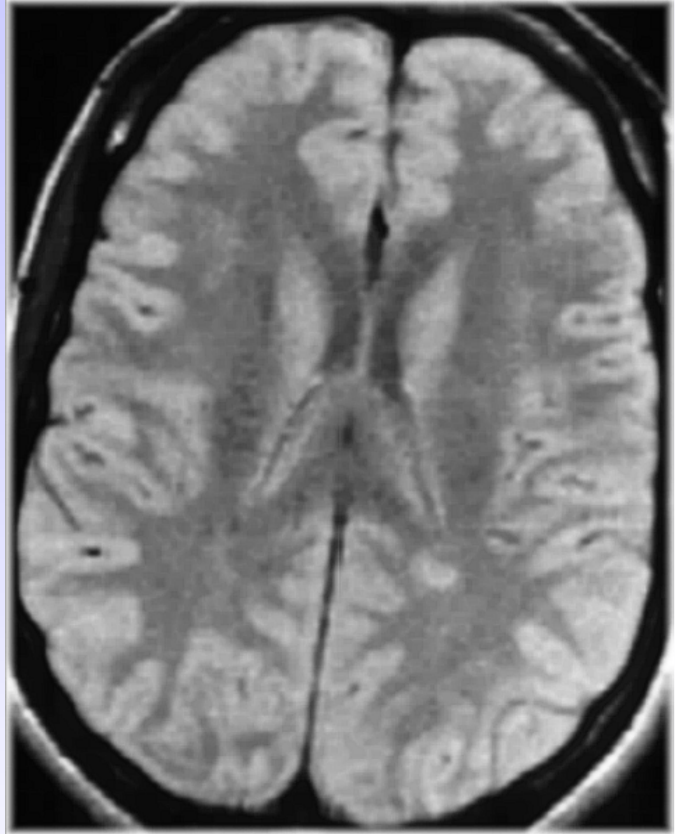
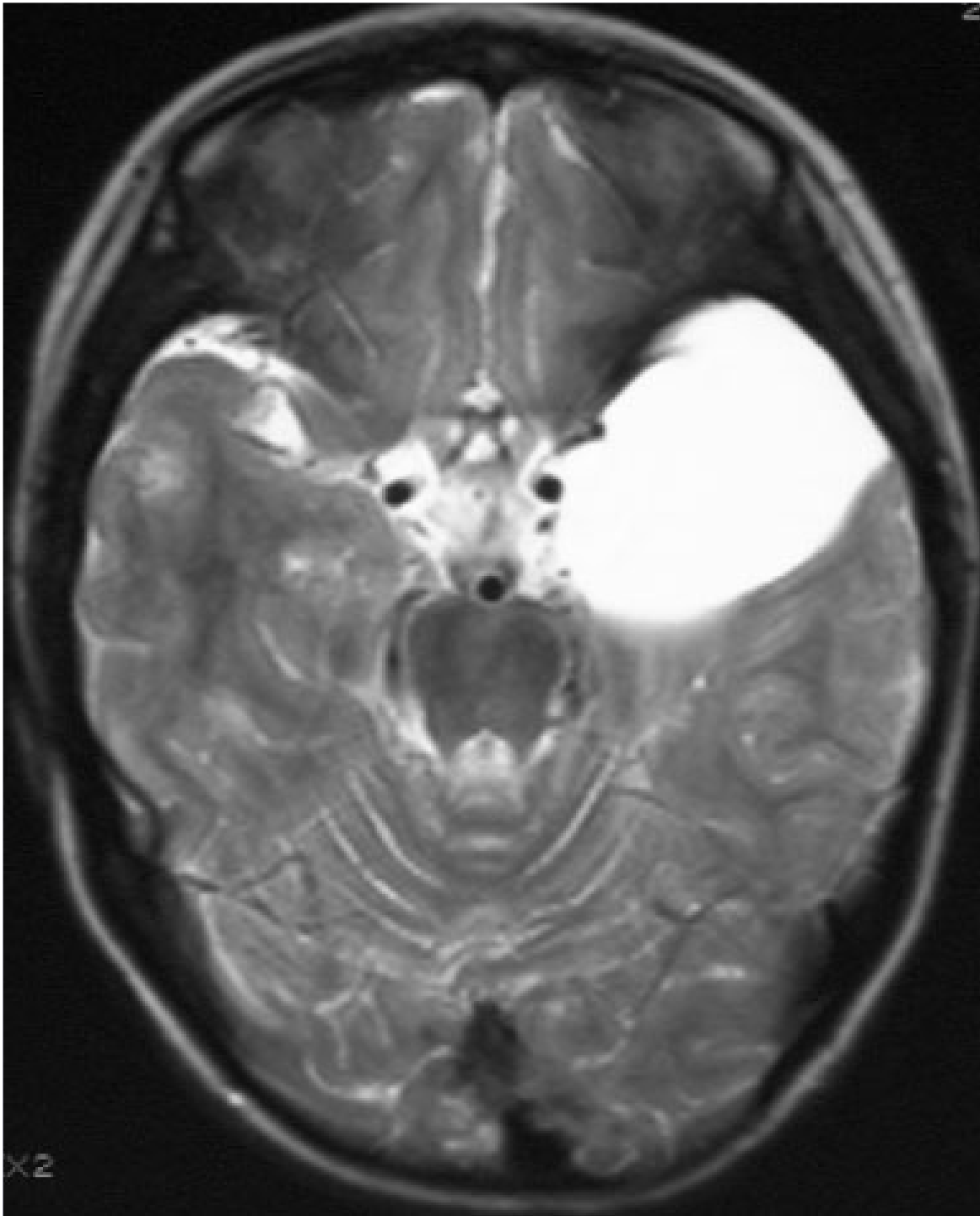


HyperV Secs 66



Paroxysmus + EEG eltérés \neq epilepszia

Paroxysmus + MRI eltérés \neq epilepszia



Paroxysmusok?

- Pszichogén nem-epilepsziás roham
- Convulsiv syncope

Epilepszia és epilepsziás rohamok diagnózisa

1. Anamnesis

2. Heteroanamnesis

3. Fizikális vizsgálat
4. MRI
5. EEG

Epilepsziás rohamok legfontosabb differenciáldiagnózisa

	Tudatzavar	Motoros jelenség	Szem	Nyelv-harapás	Enuresis	Roham vége
Syncope	> 5sec feletti CBF↓	> 10 sec feletti CBF↓	Nyitva vagy zárva, szűk pupillák	Ritka	ritka	Gyors
Pseudo-roham	+ (fájdalom)	hullámzó	Csukva vagy nyitva + pislog	Ritka	Igen ritka	Hullámzó + emóciók
EPI ROHAM	+	Tónus-klónus	Nyitva	+	+	Tenebros. Izomláz Amnesia

**Extrém ritkaságok
(tessék elfelejteni)**

Ma 10 éves kislány

- 5 éves korában
 - hasa kezdett el fájni
 - utána hányt
 - arca elsápadt
 - összeesett,
 - magához tért gyorsan.
 - mindez 5 másodpercig tartott.
 - Enuresis, nyelvharapás, megfeszülés, rángatózás nem volt.
- MR: neg
- EEG alapján valproát terápiát indítottak, rohammentes

Panayiotopoulos syndrome: A clinical, EEG, and neuropsychological study of 93 consecutive patients

***Nicola Specchio, †Marina Trivisano, ‡Vincenzo Di Ciommo, §Simona Cappelletti, *Giovanni Masciarelli, ¶Josiv Volkov, *Lucia Fusco, and *Federico Vigevano**

Epilepsia, 51(10):2098–2107, 2010

- 5%-os előfordulás (gyermek epilepszián belül)
- Életkori kezdet: 1-8 év (átlag 4)
- Autonóm Rohamok: hányinger, hányás, elsápadás, hypotensió miatti ájulás-szerű események
- EEG: 80%-ban egyértelműen pozitív
- Abszolút jó a hosszútávú prognózis, átmeneti antiepileptikum adás szükséges

Gyerekkorától TLE epilepsziás beteg : 31 évesen ÚJ rohamtípus

- a korábbi kisrosszullétek HELYETT „ájulás-szerű” rosszullétek: összeesik, összecsukszik, karját könyökben behajlítja, arca sápadt, enuresis, nyelvaharapás, izomlát NINCS,
- gyors feltisztulás
- 1-8/hó
- Kop MR: negatív
- EEG: intermittáló bal temporális lassulás

Ictal asystole with convulsive syncope mimicking secondary generalisation: a depth electrode study

A O Rossetti, B A Dworetzky, J R Madsen, O Golub, J A Beckman, E B Bromfield

J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:885–887. doi: 10.1136

Two invasive and five surface monitored seizures recorded over two years in a 51 year old woman with post-traumatic epilepsy characterised by seizure-triggered asystole were analysed. All seven seizures showed left temporal onset. Both intracranially recorded events started in the left anterior hippocampus/amygdala, spreading to the contralateral hippocampus in 35 and 25 seconds. Within 10 seconds an electrocardiogram showed asystole lasting 21 and 28 seconds, associated with suppression of recorded cerebral electrical activity, except a polyspike suppression pattern remaining in the hippocampi. Clinically, the patient, concomitantly with the cerebral suppression, developed myoclonic twitches of the limbs. A dual chamber cardiac pacemaker was implanted; at 11 months follow up, the patient has experienced only infrequent partial seizures, with none involving falls or shaking.

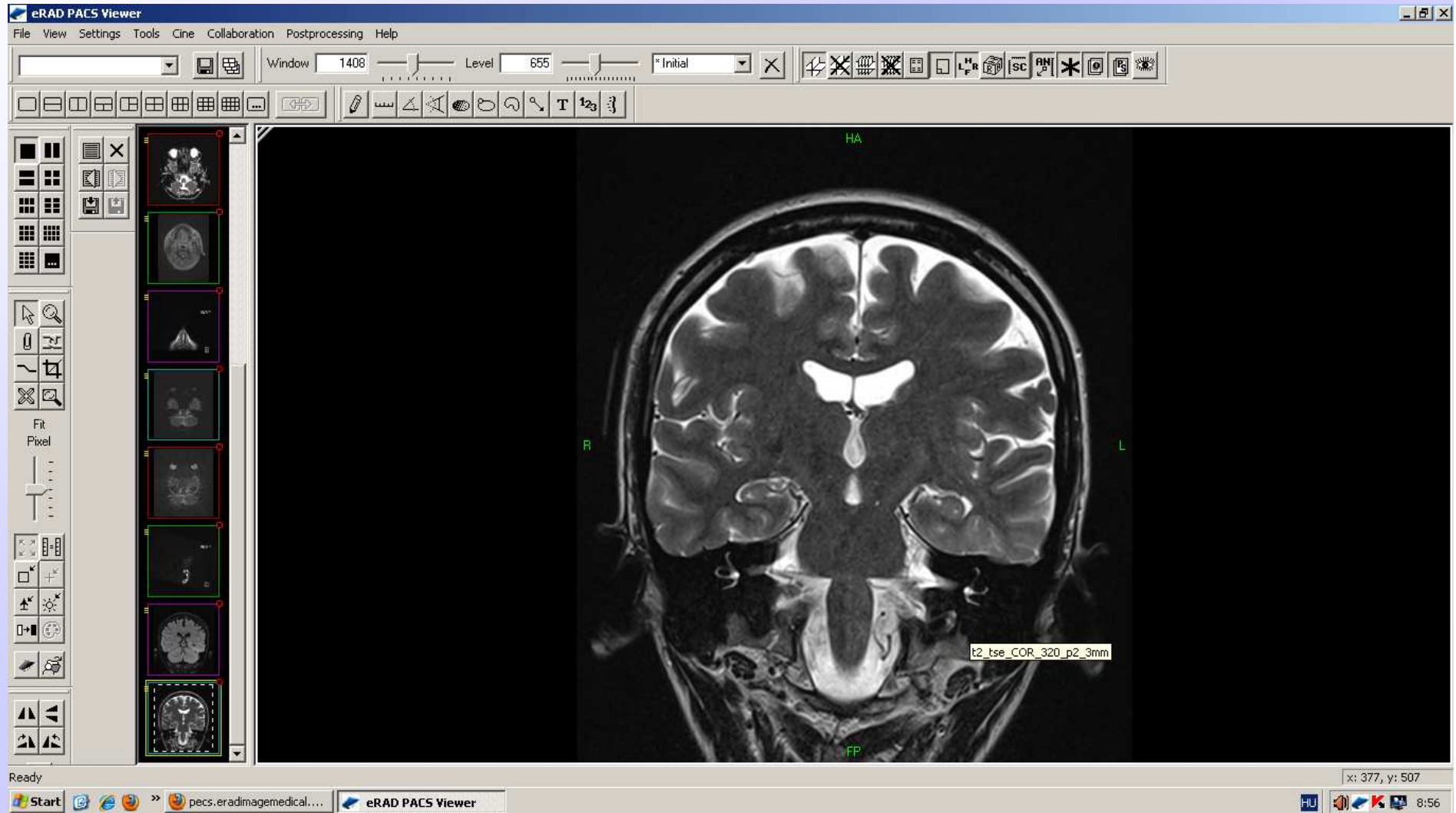
Végleges pacemaker-implantáció

- Előző rohamok megszűntek
- Kisrosszullétek jóval ritkábban (2 havonta 1) megjelentek
- HOGYAN TOVÁBB?

Epilepszia műtét lehetséges-e?

- MR vizsgálat:
- Pacemaker „MR kompatibilis” volt

MR: epilepsia protokoll



2013 ősze: bal oldali temporális rezekció
(azóta rohammentes)

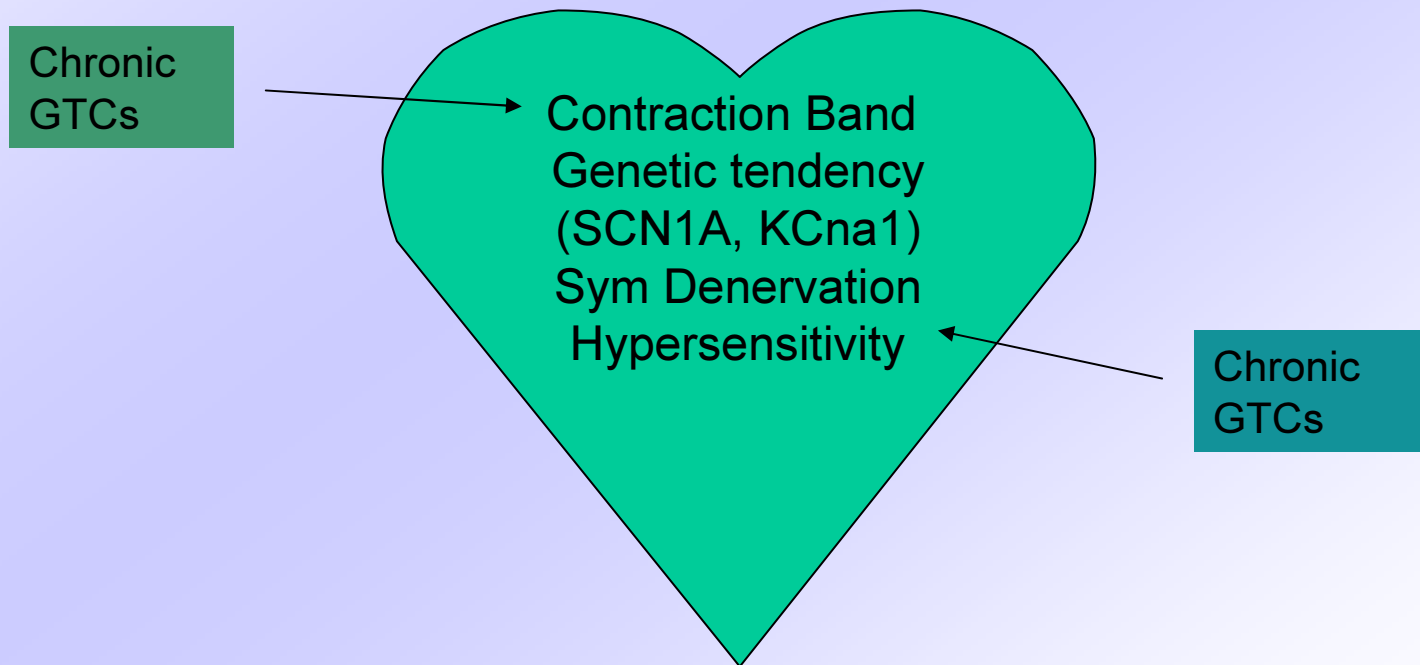
Rohamok miatt halálozás epilepsziában

(4,001 halál elemzése svéd epiedemiológiai adatok alapján)

Causes	Percent of deaths	SMR
Transport accident	0.3%	1.8 (0.9-3.4)
Accidental falls	1.7%	4.6 (3.5-5.8)
Accidents (fire/flame)	0.4%	10.3 (5.8-17.0)
Accidents (drowning, suffocation, foreign body)	0.6%	8.2 (5.2-12.1)
Other injuries	1.6%	11.1 (8.5-14.1)
SUDEP	8.6%	20.3

Kardiális teória

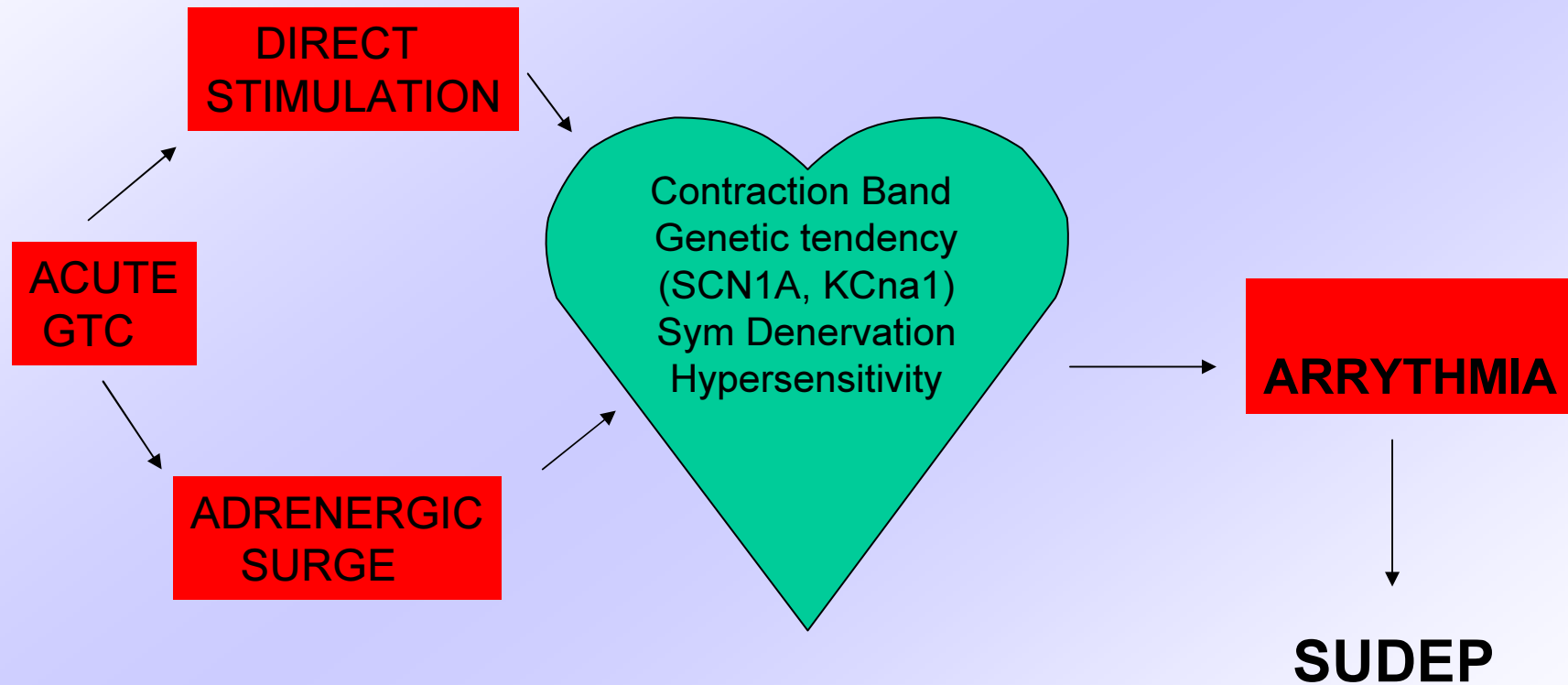
1. Chronic GTCs set up substrate for fatal arrhythmia (Walczak T. ábrája)



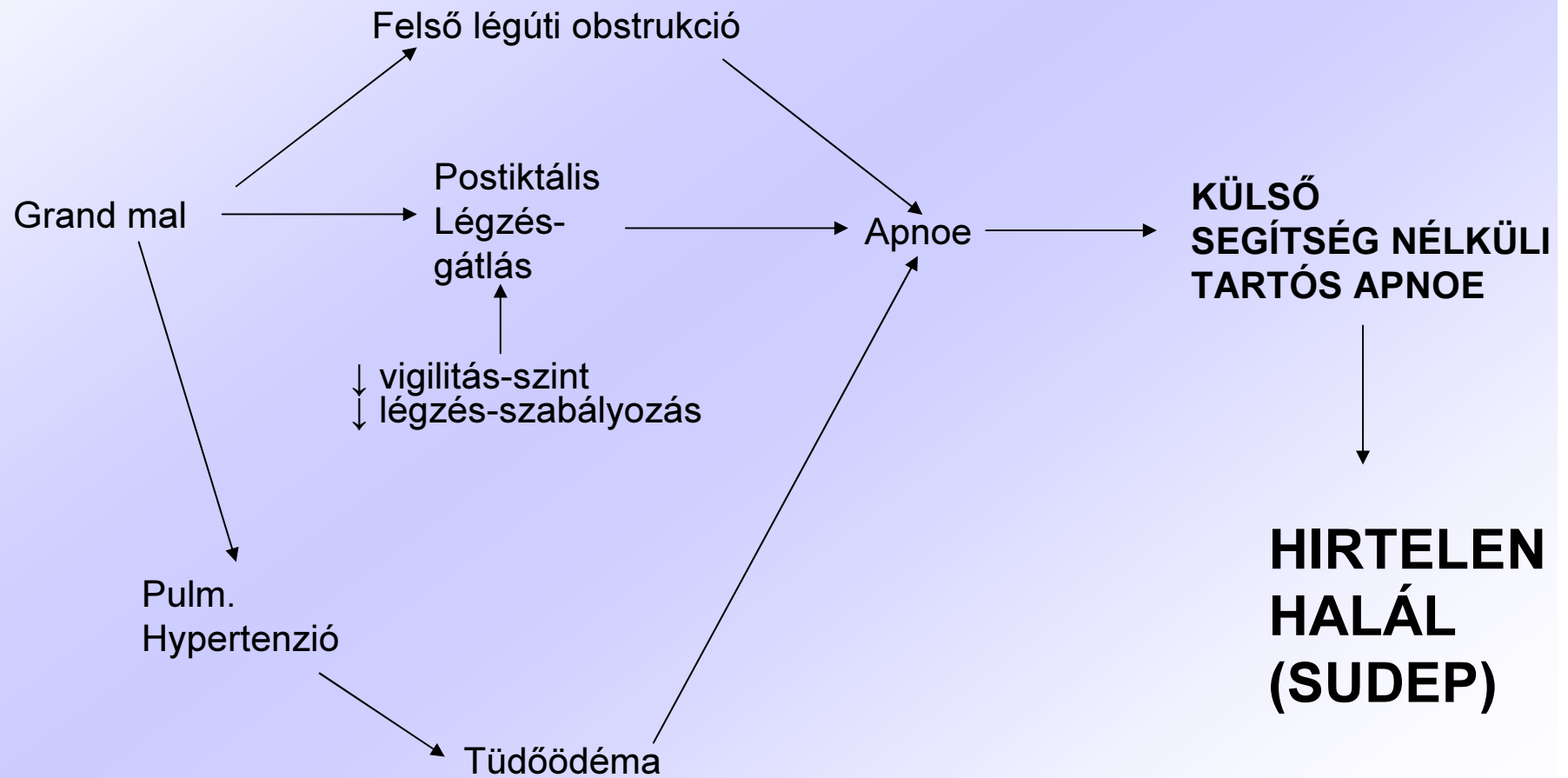
Kardiális teória

2. Acute GTC causes fatal arrhythmia

(Walczak T. ábrája)



Respiratorikus teória (Walczak T. ábrája) : Perzisztáló roham utáni apnoe



Köszönöm a figyelmet!