

## JAKÁ JE VAŠE DIAGNÓZA? - ODPOVĚDI

...dokončení ze str.: 283

### Jaká je diferenciální diagnóza onemocnění a jaká další vyšetření doporučujete?

Náhle vzniklá neurologická symptomatologie je vždy velmi závažným příznakem, může doprovázet onemocnění CNS nebo být projevem toxického účinku léků nebo jiných látek.

V diferenciální diagnóze akutně vzniklé extrapyramidové symptomatologie připadají v úvahu:

1. encefalitida
2. ložiskový proces v oblasti mezencefala (krvácení, ischemie, vzácně maligní onemocnění)
3. intoxikace.

Ad 1. Pacientka měla objektivní klinické i laboratorní známky zánětu: klinický nález faryngitidy, lehce vyšší CRP, lehkou leukopenii s nálezem reaktivních lymfocytů v nátěru, což by mohlo svědčit pro virovou infekci. Izolované zánětlivé postižení mozku v oblasti bazálních ganglií však bylo málo pravděpodobné. Po poradě se dvěma neurology jsme upustili od plánované lumbální punkce, a to vzhledem k negativnímu nálezu při vyšetření mozku magnetickou rezonancí i skutečnosti, že v akutní fázi encefalitidy s intracelulárním edémem, který nelze prokázat na MRI, nemusí být proteinorachie signifikantní.

Ad 2. Ložiskový proces v oblasti mezencefala byl u pacientky vyloučen zobrazovacím vyšetřením (MRI).

Ad 3. Toxikologické vyšetření prokázalo rutinní analýzou moči pouze přítomnost Guaifenezinu, který byl předtím podán intravenózně.

Extrapyramidové příznaky se mohou objevit jako první příznak také například u Wilsonovy choroby nebo vzácně u kompenzované cirhózy, nastupují však pozvolna a většinou bývají přítomny i jiné příznaky základního onemocnění.

Třetí den hospitalizace matka dodatečně sdělila, že dívka podala celkem dvě dražé Torecanu pro nauzeu, a to 12 a 6 hodin před nástupem neurologické symptomatologie.

Diagnóza: Akutní extrapyramidový syndrom jako nežádoucí účinek thiethylperazinu.

#### Literatura

1. Roth J, Růžicka E. Nemoci extrapyramidového systému. Sanofi Praha 1998: 52–54
2. Muniz AE. Prochlorperazine-induced extrapyramidal effects mimicking meningitis in a child. South Med J 2000; 93: 629–630

Další vyšetření nejsou nutná.

Thiethylperazin (Torecan), původně fenothiazinové sedativní neuroleptikum, je dnes používán převážně jako antiemetikum a antivertiginózum. Působí antagonisticky na centrálních dopaminových receptorech. Při jeho podávání se mohou vzácněji vyskytnout neurologické příznaky v podobě extrapyramidového syndromu, a to i po terapeutické dávce. Nejcitlivější k manifestaci těchto vedlejších účinků jsou děti a mladé ženy. Mohou se objevit různé extrapyramidové příznaky: záškubovité pohyby očí, mimovolní grimasy v obličeji, křeče svalů, zejména lícních, bolesti šíje s hyperextenzí, tremor a okulogyrické krize. Neurologická symptomatologie se objevuje za 4–72 hodin po podání léku. Do 24–72 hodin příznaky postupně odezní, léčba není nutná. Při současném podání tramadolu se mohou objevit křeče. Při požití větších dávek byly popsány i život ohrožující poruchy dýchání, které vyústily v kóma. Při závažných příznacích je možno použít antidotum, kterým je parasimpatikolytikum Akineton.

Thiethylperazin je indikován pouze u dětí starších 15 let. V praxi se však často setkáváme s tím, že je podáván malým dětem, někdy i na doporučení pediatra. Při jeho podávání je nutno pacienta vždy řádně poučit o možnosti vedlejších účinků, které mohou mít velmi dramatický průběh, a pacient je proto vyšetřován s podezřením na závažné neurologické onemocnění. Možné vedlejší účinky nejsou dostatečně specifikovány v příbalovém letáku.

Je nutno připomenout, že extrapyramidové příznaky se mohou objevit i po podání jiných antiemetik ze skupiny neuroleptik (Prochlorperazin), antagonistů dopaminových D2 receptorů (Cerucal), byly popsány i po podání některých antagonistů serotoninu na 5-HT<sub>3</sub> receptorech (setrony) užívaných hlavně v onkologii.

Diagnóza intoxikace je všeobecně velmi obtížná. I když na ni pomýšlíme a dotazujeme se cíleně na požití léků, anamnestické údaje od rodičů mohou být zavádějící nebo neúplné. Je rozhodně přínosné dotazovat se rodičů opakovaně. Tváří v tvář pacientovi s alarmujícími neurologickými příznaky je při nedostatku informací lékař nucen indikovat zatěžující a často nákladná vyšetření, která by byla jinak zcela zbytečná. V našem případě šlo o MRI a uvažovanou lumbální punkci, od které však bylo nakonec upuštěno.

3. Jover R, Company L, Gitierrez A, et al. Minimal hepatic encephalopathy and extrapyramidal signs in patients with cirrhosis. Am J Gastroenterol 2003; Jul, 98, 7: 1599–1604

4. Ritter MJ, Goodman BP, Sprung J, Wijdicks EF. Ondansetron-induced multifocal encephalopathy. Mayo Clin Proc 2003; 78, 3: 1150–1152.