

ADOLESCENTNÍ NEUROLOGIE – ÚVOD DO PROBLEMATIKY

doc. MUDr. Vladimír Komárek, CSc. – editor hlavního tématu

Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

Neurol. prax, 2008; 6: 312

Adolescence je z neurologického hlediska obdobím, ve kterém se jednak objevují věkově vázané epileptické syndromy (např. juvenilní myoklonická epilepsie) a jednak se častěji vyskytují některé typy neepileptických záchvatů (např. disociativní záchvaty, migrenózní ataky a ortostatické synkopy). Specifickým problémem je výskyt tzv. incidentalomů a tzv. benigní intrakraniální hypertenze u predisponovaných jedinců. Rovněž poruchy chování v dospívání mají svébytný charakter a jejich znalost může pomoci při neurologické diferenciální diagnostice.

Zatímco dětská neurologie existuje jako samostatný obor více než 50 let, **adolescentní neurologie** je pojem spíše virtuální, který postihuje neurologickou problematiku v období dospívání. Dospívání/adolescence je proces psychosociálního zrání, které začíná na počátku druhé dekadý pubertou (cca kolem 12. až 13. roku) a končí kolem 18. až 19. roku. Někdy je užíván termín juvenilní či teenagerovské období a dospívající jsou označováni jako „náctiletí“. Z neuroendokrinního hlediska se jedná o harmonizaci souhry hypotalamicko-hypofyzárních systémů. Dalším neuroendokrinní významným systémem jsou temporolimbické struktury (amygdala), které modulují hypotalamus/hypofýza kaskádu a podílí se na hormonální zpětné vazbě. Z epileptologického hlediska je klíčový rozdílný vliv estrogenu a progesteronu na chování mozku v období dospívání.

Je známo, že estrogen je silně epileptogenní a má energizující i antidepressivní efekt. Jeho vyšší hladina vede k anxietě, agitaci a vzrušenosti. Progesteron inhibuje záchvaty a je mírně anxiolytický. Relativně pozdější vzestup progesteronu než estrogenu v období kolem menarche může hrát roli ve

zvýšené paroxyzmální pohotovosti, která klesá až po nástupu ovulačních cyklů. Není bez významu, že až 80 procent cyklů není v prvním roce po menarché doprovázeno ovulací a asi 50 procent v druhém roce, nicméně jen 10 procent dívek neovuluje po pěti letech. Z toho vyplývá, že se u dívek epileptogenicita na začátku dospívání zvyšuje a v dalších letech postupně snižuje. V dospívání se mohou některá neurologická onemocnění objevit (např. juvenilní ceroidlipofuscinóza či juvenilní myoklonická epilepsie) nebo mohou mít častější výskyt (např. disociativní poruchy či ortostatické mdloby), případně mohou některé věkově vázané v souvislosti s vyzríváním mozku vymizet (např. rolandické epilepsie) či se transformovat (temporální epilepsie). Kromě toho mohou tato onemocnění nebo jejich léčba negativně ovlivnit dospívající organizmus (např. riziko syndromu polycystických ovárií po některých antiepileptících). Z výše uvedeného vyplývá, že adolescentní období je mnohdy problematické jak pro dětské, tak pro „dospělé“ neurology. Dalším specifickým problémem může být náhodný nález fyziologického zvětšení (zduření) hypofýzy u dospívajících dívek. Jedná se o tzv. incidentalomy, nebo-li náhodně objevené ložiskové procesy v oblasti hypofýzy, které jsou zachyceny pomocí počítačové tomografie (CT) či magnetické rezonance (MR) při vyšetřování jiné nemoci a nemají dosud vyjádřenou svou vlastní klinickou symptomatologii. Vyskytují se podle různých sdělení u 4–20 % všech vyšetřovaných. **Incidentalomy** jsou z velké části afunkční anebo produkují hormony, které se klinicky neprojeví (gonadotropinomy). Jen část jinak sekrečních adenomů je zachycena ve fázi, kdy ještě nepůsobí klinickou symptomatologií (v preklinické fázi). Přesto však vzhledem k těmto adenomům je

nutno všechny náhodné nálezy v oblasti hypofýzy vyšetřit vyhledávacími vyšetřeními k vyloučení prolaktinomů (sérový prolaktin), akromegalie (sérové IGF I), Cushingovy choroby (plazmatický kortizol po supresi dexametazonem), TSH secernujícího adenomu (TSH, fT4) a gonadotropinomu (LH, FSH, a pokud možno i α -podjednotku a β řetězce). Otázkou je rozlišení fyziologické hypertrofie malého rozsahu (do 9 mm) a větších nálezů označovaných jako makroincidentalomy, u kterých se doporučuje pravidelné endokrinní, zobrazovací a oftalmologické sledování.

Do určité míry je pro dospívání specifickým problémem také tzv. **pseudotumor cerebri** neboli benigní intrakraniální hypertenze, která se vyskytuje 10–20x častěji u obézních adolescentních dívek. Na míru šitý postup vyžadují i první ataky roztroušené sklerózy v pubescenci, kdy je pro další osud pacienta zásadní včasná diagnóza a případné zahájení dlouhodobé terapie. V úvahu přichází ještě řada dalších neurologických onemocnění se svérázným obrazem v průběhu dospívání, nicméně v rámci adolescentního tématu bude hlavní pozornost věnována těm nejčastějším a nejvýznamnějším. V prvním článku to jsou juvenilní epileptické záchvaty a syndromy, dále neepileptické záchvaty migrenózního původu a disociativní stavy. Ve druhém sdělení se budeme zabývat problematikou kardiovaskulárních synkop a třetí práce je přehledem neuropsychiatrických obtíží u dospívajících.

doc. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.

Klinika dětské neurologie, 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84, 150 18 Praha
e-mail: vladimir.komarek@lfmotol.cz