



Lupus a neuropsychiatrické postižení

Nervový systém bývá postižen u SLE poměrně často, označuje se jako neuropsychiatrický lupus nebo krátce neurolupus. Podle některých autorů je nervový systém dokonce nejčastěji postiženým orgánem. Postižení se projevuje širokou škálou různých neurologických, psychologických nebo psychiatrických obtíží, záleží na tom, jaká část nervového systému je postižena, a také na tom, zda je vyvoláno zánětem nebo spíše poruchou prokrvení (trombóza apod.). Žádný z neurologických projevů není pro lupus specifický, tj. může být projevem i jiného onemocnění nebo nežádoucím účinkem nějakého léku. Proto může diagnózu neurolupusu potvrdit pouze podrobné neurologické a revmatologické vyšetření, zaměřené i na vyloučení jiných příčin (infekce, metabolické poruchy apod.). To se samozřejmě neobejde bez řady pomocných vyšetření a zobrazovacích metod. Centrální nervový systém je uložen v lebce a páteři, periferní nervy jsou ve většině svého průběhu zanořeny hluboko ve tkáních, a proto je nelze vyšetřit přímo – klinicky. Velký význam mají proto různé zobrazovací metody a elektrofyziologická vyšetření (viz dále).

Jak postižení nervového systému vzniká?

Neuropsychiatrické postižení se objevuje častěji u nemocných s vyšší aktivitou lupusu, často se může kombinovat současně i více typů postižení. Některé formy neurolupusu vznikají přímo poškozením nervové tkáně autoprotilátkami, např. psychické poruchy. Takto působí např. protilátky proti ribozomálnímu proteinu (tzv. anti-P). V jiných případech dochází k difúznímu zánětu nervové tkáně (např. meningoencefalitida). U velké části neuropsychiatrických projevů hrají roli cévní změny – oblenění průtoku při trombóze, embolii či ateroskleróze – s následným zhoršením prokrvení zásobované tkáně a jejímu poškození. Tímto typem postižení jsou ohroženi zejména pacienti s antifosfolipidovým syndromem či pozitivními antifosfolipidovými protilátkami. Oba mechanismy – zánětlivé i nezápětlivé – se rovněž často kombinují.

Jak se postižení nervového systému u lupusu projevuje?

Nejčastěji se u pacientů s lupusem vyskytují bolesti hlavy. Mají stejný charakter jako bolesti hlavy v běžné populaci, jen jsou u lupusu o něco častější. Mohou mít charakter migrény nebo tenzní bolesti. Vzácně se vyskytuje tzv. lupusová bolest hlavy, což je silná bolest hlavy, na kterou nezabírají ani silná analgetika včetně opiátů.

Dalšími nejčastějšími neuropsychiatrickými projevy jsou změny nálady, depresivní a úzkostné poruchy, ale mohou se objevit i stavy manie, tedy nepřírozeně pozvedlé nálady. Rovněž relativně častým problémem mohou být tzv. poruchy kognitivních funkcí, jako je paměť, soustředění apod. Tyto příznaky se mohou vyvíjet plíživě a pacient jim z počátku nemusí věnovat pozornost nebo je nepřičítá lupusu. Psychotická onemocnění s halucinacemi a bludy jsou u lupusu vzácná.

Postižení mozkové tkáně je méně časté a může se projevit křečemi, podobnými epilepsií, autoimunitním zánětem mozkových plen a mozkové tkáně (meminoencefalitida), cévní mozkovou příhodou, aj.

Postižení periferních nervů je vzácné, objevuje se zhruba u 5 % nemocných. Projevuje se porušenou funkcí jednoho či více nervů (mononeuritis simplex, multiplex, radikulopatie aj.), demyelinizačním postižením periferních nervů nebo zvýšenou únavností svalů (myasthenia gravis).

Mezi neuropsychiatrické postižení SLE však nepatří uskřinutí či podráždění nervu mechanickými příčinami, např. při výhřezu ploténky nebo útlaku nervů výrůstky.



Jaká vyšetření se při podezření na neurolupus provádějí?

U všech neurologických a psychiatrických projevů je třeba provést podrobné klinické neurologické, psychiatrické, případně psychologické vyšetření v závislosti na charakteru příznaků. Podle nich navrhne lékař specialista další vyšetřovací postup.

Magnetická rezonance mozku může odhalit i velmi drobné změny v mozkové tkáni a stanovit jejich metabolickou aktivitu. Nedokáže však zjistit jejich původ (zánět, porucha prokrvení) ani nedokáže bezpečně odlišit neurolupus od jiných neurologických onemocnění. Pomocí magnetické rezonance je možné také vyšetřit i průtok cévami mozkového řečiště (tzv. rezonanční angiografie mozku). Magnetická rezonance měří magnetismus tkání, nezatěžuje tedy pacienta žádným radioaktivním zářením. Vyšetření však nejde provést u pacientů, kteří mají v těle kovové předměty z magnetického kovu a u pacientů s klaustrofobií.

Počítačová tomografie (CT) je rentgenová zobrazovací metoda, která poskytuje v porovnání s rezonancí hrubší obraz struktury mozku, je vhodná např. k diagnostice krvácení do mozku, ale jemné změny v mozkové tkáni rozlišit nedokáže.

Tzv. elektrofyziologické vyšetřovací metody hodnotí elektrickou aktivitu nervové tkáně na různých úrovních. Elektroencefalografie (EEG) snímá elektrickou aktivitu mozkové tkáně, slouží zejména k diagnostice křečových stavů. Elektromyografie (EMG) studuje vodivost periferních nervů a aktivitu svalové tkáně, je proto doporučována u poruch periferních nervů a svalů. Dalšími vyšetřovacími metodami jsou tzv. evokované potenciály, které slouží zejména k diagnostice demyelinizačních onemocnění.

Musí všichni pacienti s neurolupusem na lumbální punkci?

Nejcennějším vyšetřením pro diagnózu neurolupusu, jakož i pro vyloučení jiných, zejména infekčních příčin, je vyšetření mozkomíšního moku. Jeho odběr se provádí za hospitalizace tzv. lumbální punkcí. Po výkonu musí pacient ležet a je pod dohledem zdravotnického personálu. V mozkomíšním moku je možné prohlédnout a spočítat různé buňky, např. červené a bílé krvinky a určit jejich typ. Dále je možné změřit hladiny různých prozánětlivých bílkovin, hladiny protilátek apod. Mozkomíšní mok poskytuje jedinečnou informaci o všech patologických reakcích v mozkové tkáni, např. o zánětu, infekci, proběhlém krvácení apod. Toto vyšetření je vhodné u všech pacientů se závažnějšími příznaky nebo u stavů, kdy je třeba vyloučit jiné příčiny onemocnění, zejména infekce. Pokud se lumbální punkce provádí na specializovaném neurologickém pracovišti a pacient dodrží po vyšetření doporučený režim, je obvykle lumbální punkce snášena velmi dobře.

Jak se neurolupus léčí?

Pacienti s neuropsychiatrickými poruchami by měli mít pravidelný režim bdění a spánku, měla by se v rámci možností vyhýbat stresu a psychickému vypětí a neměli by kouřit.

Terapie neuropsychiatrických projevů závisí na typu a závažnosti postižení. Bolesti hlavy se léčí stejně, jako bolesti hlavy u běžné populace – tedy souborem režimových opatření, léky na bolest, případně na migrénu. Pouze u lupusové bolesti hlavy, pro niž je typické, že tyto léky na ni nezabírají, pomáhá spíše protizánětlivá a imunosupresivní léčba (glukokortikoidy).

Psychické poruchy se rovněž léčí příslušnými léky, jako jsou antidepresiva, léky proti úzkosti apod., avšak současně se základní léčbou imunosupresivní. Pacienti s křečemi užívají antiepileptika.



U některých poruch, kde je prokázána nebo se předpokládá závažná porucha prokrvení, se doporučuje rovněž protisrážlivá léčba (aspirin, antikoagulační léky).

U klinicky nejzávažnějších neuropsychiatrických poruch je třeba podat intenzivní imunosupresivní léčbu, případně v kombinaci s léčbou antikoagulační. Tato léčba zpravidla vyžaduje hospitalizaci.

Bolesti hlavy má skoro každý. Jaké příznaky má tedy pacient hlásit lékaři?

Pacienti, u kterých byl diagnostikován systémový lupus, by měli svému revmatologovi hlásit všechny nové nervové či psychické obtíže. U dříve diagnostikovaných projevů pak hlásit jejich častější výskyt. Na lékaře je třeba se rovněž obrátit v případě, kdy navržená léčba nepomáhá, a také v případech, kdy na změnu chování upozorňuje blízké okolí pacienta.

U těžších forem postižení, jako jsou epileptické křeče, cévní mozková příhody, poruchy hybnosti apod., pacient lékaře vyhledá zpravidla sám. U nevýrazných či plíživých projevů, jako jsou např. změny nálady, kognitivní dysfunkce, lehčí depresivní porucha, však tomu tak být nemusí. I zde platí – čím dříve, tím lépe. Žádný neurologický příznak proto nepodceňujte a informujte o něm včas svého revmatologa.

Poslední aktualizace: 9/2014

Zpracoval: MUDr. Marta Olejárová, CSc.