

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA V PEDIATRI

Diferenciální diagnostika poruch chování u dětí

Differential diagnosis of behavioral disturbances in children

Vladimír Komárek

Dětská neurologická klinika,
2. lékařská fakulta, Univerzita
Karlova a FN Motol, Praha

Korespondující autor:

prof. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.
Klinika dětské neurologie FN v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
vladimir.komarek@lfmotol.cuni.cz

Náhlé nebo pozvolné změny chování v dětském věku jsou časté a mohou mít různé projevy i příčiny. K hlavním příznakům patří změny nálad jako deprese, nesoustředěnost, apatie či neklid, zmatenost, agresivita, halucinace či obsedantní nebo úzkostné chování. Mezi nejzávažnější patří poruchy chování související se stacionárním či progresivním neurologickým onemocněním.

Diferenciální diagnostika není snadná, vyžaduje velmi podrobnou anamnézu a pečlivou analýzu příznaků. Kromě klinického vyšetření pediatrem či dětským neurologem bývá nezbytná konzultace psychologa a psychiatra. V některých případech mohou ke správné diagnóze přispět pomocné vyšetřovací metody (MRI, EEG, likvor aj.), nicméně základním stavebním kamenem pro postavení správné diagnózy je klinická analýza příznaků a následná dedukce možné etiopatogenetické podstaty onemocnění.

Honzík je devítiměsíční kojenec, narozený v termínu bez perinatálních komplikací, ve střídavé péči rodičů. Matka, zdravotní sestra, velmi důrazně vyžaduje podrobné a důkladné vyšetření pro změny chování dítěte, které je apatické až somnolentní, nesměje se, nesleduje a občas ublinkává. Udává, že dítě mělo virózu, pro kterou otec podával dítěti acylpyrin, a nevylučuje, že dítě mohlo nezodpovědnému otci upadnout či něco sníst. Která diagnóza je nejpravděpodobnější?

- A) chronický subdurální hematom
- B) Munchhausen by proxy syndrom
- C) intoxikace léky
- D) Reyův syndrom

Chronický subdurální hematom by mohl mít podobné příznaky a toto podezření by okamžitě vyloučilo či potvrdilo CT. Intoxikaci barbituráty či jinými léky nelze u devítiměsíčního dítěte vyloučit, ale varovná, a k diagnóze vedoucí, je informace o podání acetylsalicylové kyseliny, která v tomto věku může být (u predisponovaných jedinců

s metabolickým onemocněním) spouštěcím mechanismem rozvoje Reyova syndromu. Jde o velmi závažné onemocnění spojené s hypoglykemií, jaterním selháním, poruchou vědomí a křečemi při mozkovém edému. Syndrom „barona Prášila v zastoupení“ (Munchhausen by proxy syndrom) není vzácný a jeho diagnóza je extrémně obtížná. Obvykle se jedná o matky (často samoživitelky a/nebo pracovnice ve zdravotnictví), které vědomě poškozují své dítě a vyžadují řadu náročných vyšetření v mnoha zdravotnických zařízeních

S šestiletým Tobiášem přichází v říjnu matka pro jeho změněné chování, občas neodpovídá na otázky, nevnímá, téměř nemluví a je vzteklý až agresivní. Koncem léta měl několik klíšťat a v září nastoupil poprvé do školy. Která diagnóza je nejpravděpodobnější?

- A) neuroborelióza
- B) atypické absence
- C) Landauův–Kleffnerův syndrom
- D) selektivní mutismus

Neuroborelióza u dětí se nejčastěji projevuje periferní parézou lícního nervu a nebývá spojena s poruchou řeči. Mutismus může být obrannou reakcí u menších dětí na nepříjemnou či neznámou situaci. Nakupení atypických absencí v rámci Lennoxova–Gastautova syndromu bývá spojeno se setrhlým až nesrozumitelným slovním projevem, ne však se ztrátou řeči. Landauův–Kleffnerův syndrom (získaná afázie s epilepsií) se vyznačuje iniciální poruchou porozumění řečovému projevu a následnou úplnou ztrátou řečové komunikace. Diagnózu tohoto syndromu lze potvrdit celonočním monitorováním EEG a nálezem kontinuálních hrotů a vln v pomalém synchronním non-REM spánku.

Dosud zdravá velmi inteligentní a nadaná devítiletá Jana se dle učitelky chová několik týdnů divně, ve škole místo jedniček dostává pětky, je nesoustředěná a neklidná. Pedagogicko-psychologická poradna zvažuje diagnózu ADHD a matka si myslí, že je Jana líná a spolu s otcem se jí snaží přinutit, aby se lépe učila. Jaká je vaše diagnóza?

- A) mozkový nádor
- B) ADHD
- C) syndrom přetíženého dítěte
- D) CAE (dětské absence)

Je málo pravděpodobné, že by pouhé přetížení vedlo u nadaného dítěte k tak nápadnému zhoršení prospěchu z jedniček na pětky. Syndrom dětských absencí (CAE – childhood absence epilepsy) se v tomto věku vyskytuje a občasné výpadky při diktátu by mohly vést k horším známkám. Nicméně učitelka či rodiče zahledění nepozorovali a tento syndrom nebývá provázen neklidem. Chybná je zřejmě i diagnóza poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD – attention deficit with hyperactivity). Děti s ADHD mají příznaky už v předškolním věku a není pravděpodobné, že by se objevily náhle u devítiletého dítěte, které nikdy nebylo hyperaktivní a nemělo poruchy pozornosti. Pediatr doporučil vyšetření dětským psychiatrem, ale dříve než k němu došlo, byla Jana přivezena v bezvědomí do fakultní nemocnice. Zobrazení mozku prokázalo závažnou nitrolební hypertenzi způsobenou rozsáhlým trojkomorovým hydrocefalem v důsledku postupného uzavírání akveduktu pomalu rostoucím benigním nádorem v oblasti tekta. I přes urgentní neurochirurgický výkon se dívku nepodařilo zachránit, příčinou úmrtí pacientky byl okcipitální konus – vtlačení mozečkových tonzil do páteřního kanálu.

Dvanáctiletého Roberta přivádí matka pro intermitentní bolesti břicha a občasné stavy zmatenosti či náhlé záchvaty zuřivosti až agrese, kdy kousl matku do ruky. Která diagnóza je na prvním místě?

- A) porucha autistického spektra
- B) akutní intermitentní porfýrie
- C) syndrom týraného dítěte
- D) temporální epilepsie

Agresivní ataky se mohou vyskytovat u dětí s nízkofunkční poruchou autistického spektra, a to v situacích, kdy dojde k nepochopení potřeby dítěte rodiči. Velmi vzácně se náhlá agresivita může objevit u mesiotemporální epilepsie s amygdalárním ohniskem a ještě vzácnější je abdominální epilepsie. Intermitentní bolesti břicha i stavy zmatenosti až zuřivosti mohou být projevem akutní intermitentní porfýrie, která byla u Roberta potvrzena nálezem zvýšených hodnot porfobilinogenu a delta-aminolevulové kyseliny v moči při atace. Agresi se může dítě bránit týráním ze strany rodičů, nicméně údaje o stavech zmatenosti a břišních kolikách vedly ke správné diagnóze.

Petra (16 let) přichází s matkou, které dělá starosti její změna chování, chvílemi je zmatená, z pláče přechází do neadekvátního smíchu, divně se jí kroutí pusa. Matka i dcera možné užívání návykových látek popírají. Která diagnóza je nejpravděpodobnější?

- A) schizofrenie
- B) anti-NMDA encefalitida
- C) abúzus návykových látek
- D) akutní mononukleóza

U mononukleózy bývají alterace vnímání ostatních osob i vlastního těla (Alice in Wonderland syndrom), změny chování a nálad (nesmyslné chování, halucinace a bludy) patří k pozitivním příznakům schizofrenie, ale zmatenost se střídáním nálad spojená s orofaciálními dyskinezemi svědčí pro diagnózu autoimunitní anti-NMDA encefalidity, která byla u Petry potvrzena vyšetřením mozkomíšního moku. Nicméně uvedené příznaky u adolescentního pacienta mohou vést k i úvaze o abúzu návykových látek. |

LITERATURA

1. Nevšímalova S, Komárek V, Hadač J, et al. Dětská neurologie. Praha: Galén 2021.
2. Lovett C, et al. Factors associated with paediatric and adolescent emergency department presentations involving acute behavioural disturbance events. J Paediatr Child Health 2022.
3. Benítez D, et al. Munchausen syndrome by proxy: best practice recommendations. Encyclopedia of Domestic Violence 2024.
4. Ferretti S, et al. Atypical Reye syndrome: three cases of a problem that paediatricians should consider and remember, Acta Biomed 2021; 92(Suppl. 1).
5. Libá V, Sebrónová V, Komárek V, et al. Prevalence and treatment of anti-NMDA receptor encephalitis. Lancet Neurology 2013; 12.
6. Bittmann S. The missing pages: the origin of Alice Wonderland syndrome. J Pediatr Perinatol Child Health 2025.
7. Sardh E, Barbaro M. Acute intermittent porphyria. GeneReviews® [Online]. 2024.