
Kvalita života po resekční operaci pro farmakorezistentní epilepsii

Preiss J., Vojtěch Z.

Nemocnice Na Homolce, Praha,
ředitel MUDr. V.Dbalý

SOUHRN

Subjektivní kvalita života 50 dospělých pacientů před a po epileptochirurgické resekční operaci byla hodnocena psychometricky ověřenými českými překlady dotazníkových metod WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory), QOLIE-89 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-89) a ESI-55 (Epilepsy Surgery Inventory-55) a původními české metodami DSF (Dotazník spokojenosti a frustrace), SUPOS (Subjektivní pocity a stavy) a SUPOS-z (Subjektivní pocity a stavy-změna). Po operaci došlo v řadě oblastí ke statisticky významnému zlepšení kvality života, nejvýrazněji u pacientů, u kterých zcela vymizely záchvaty. Pro celý soubor nebyly zjištěny statisticky významné vztahy mezi předoperačními hodnotami kvality života a výsledky operace. Jsou však uvedeny dvě kazuistiky, ve kterých po nápadnostech v předoperačních odpovědích následovaly výrazné problémy po úspěšné operaci, zcela odstraňující záchvaty (nově vzniklé psychogenní záchvaty a nově vzniklé paranoidní projevy). Pooperační bezzáchvatové období je důležitým, avšak nikoliv jediným faktorem určujícím pooperační zlepšení kvality života. Sledování subjektivní kvality života může pomoci předcházet psychosociálním komplikacím po operaci.

Klíčová slova: epilepsie, neurochirurgická operace, kvalita života, WPSI, QOLIE-89, ESI-55.

SUMMARY

Preiss J., Vojtěch Z.: The Quality of Life after Resective Surgery for Medical Refractory Epilepsy

Goal: The presentation assesses the subjective quality of life of 50 adults with intractable epilepsy before and after neurosurgical resective surgery.

Methods: Psychometrically validated Czech translations of questionnaires WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory), QOLIE-89 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-89), ESI-55 (Epilepsy Surgery Inventory-55), and the original Czech methods DSF (Questionnaire of satisfaction and frustration), SUPOS (Subjective feelings and states), and SUPOS-z (Subjective feelings and states - change) were used for the evaluation.

Results: After surgery, significant improvement in quality of life in many areas occurred, most strikingly in patients in whom seizures disappeared completely. In the whole sample, there were no statistically significant relations between presurgical values of quality of life and results of surgery. However, we present two case reports, in which, after conspicuous manifestations in presurgical evaluations, striking problems appeared after successful surgery which completely removed seizures, namely new psychogenic seizures and new paranoid manifestations occurred for the first time.

Conclusion: Postsurgery period without seizures is important, but not the only factor which determines postoperative improvement of quality of life. The investigation of the subjective quality of life can help to prevent the psychosocial complications after surgery.

Key words: epilepsy, neurosurgery, quality of life, WPSI, QOLIE-89, ESI-55.

Čes. a slov. Psychiat., 103, 2007, No. 4, pp. 175–183.

ÚVOD

Resekční operace mozku pro farmakorezistentní ložiskové epilepsie je v současnosti považována za metodu volby a jejich účinnost byla prokázána zejména pro mezeitemporální epilepsie [57]. Cílem epileptochirurgické léčby není jen snaha o vymizení záchvatů, ale především o zlepšení kvality živo-

ta nemocných [48]. Proto se hodnocení změn v kvalitě života stalo nezbytnou součástí komplexního pooperačního sledování [2, 18, 32].

V předkládané práci kombinujeme výsledky šesti metod, tří přeložených a tří původních českých, které se nám osvědčily v předchozích (dále citovaných) studiích. Postupné ověřování a zavádění přeložených metod vedlo k tomu, že počet vyšetřených jednotlivými metodami kolísá.

Cílem tohoto sdělení je zodpovědět následující otázky:

1. Jaké jsou celkové změny v subjektivním vnímání kvality života po epileptochirurgických výkonech u sledovaného souboru pacientů?
2. Jak se liší kvalita života u nemocných s úspěšným ovlivněním frekvence záchvatů od pacientů s méně úspěšným výsledkem?
3. Existují vztahy předoperačních hodnot kvality života k epileptologickým výsledkům operace?

METODIKA

Metody byly předkládány pacientům individuálně psychologem v průběhu předoperačního a pooperačního neuropsychologického vyšetření v Nemocnici Na Homolce v Praze, případné nejasnosti byly pacientům vysvětlovány a doba vyplňování nebyla limitována.

1. WPSI (Washington Psychosocial Seizure Inventory, Dodrill et al., 1980) má 132 položek (samostatných otázek vyjádřených jednou větou), 10 klinických škál a tři kontrolní škály k ověření validity odpovědí. S jeho českým převodem je dostatek zkušeností [36, 40, 42].

2. QOLIE-89 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-89, Vickrey et al., 1993) obsahuje 89 položek, ze kterých je počítáno 17 dílčích škál a celkový skóre [53, 54]. Validita českého převodu byla prověřena [47].

3. ESI-55 (Epilepsy Surgery Inventory-55, Devinski et al., 1995) tvoří 55 položek (otázek). Podle odpovědí se dochází ke skórum pro 11 dimenzí. Uspokojivé psychometrické kvality českého převodu byly ověřeny [37], jsou také české zkušenosti s vlivem psychiatrických proměnných na touto metodou měřenou kvalitu života [38].

4. DSF (Dotazník spokojenosti a frustrace, Mikšík, Břicháček, 1980, 1981) se skládá z 24 položek, rozdíl mezi subjektivní důležitostí uvedených životních okolností a subjektivní spokojeností v dané oblasti určuje stupeň frustrace. Dotazník byl u nemocných epilepsií použit v několika pracích [39, 43, 44].

5. SUPOS (Subjektivní pocity a stavy-7, Mikšík, Břicháček, 1981) je sebesposuzovací dotazník obvyklých psychických stavů. Obsahuje 7 škál, a to P-vnitřní psychická pohoda, pocit spokojenosti, A-činnost, aktivita, O-impulzivní reaktivita, odreagování se, N-psychický nepokoj, rozlada, D-psychické deprese a pocity vyčerpání, U-úzkostné očekávání, obavy, S-Sklíčenost. S metodou jsou zkušenosti i u nemocných epilepsií [35, 44, 45, 46].

6. SUPOS-z (Subjektivní pocity a stavy-změna, Mikšík, Břicháček, 1984) je posuzovací škála k měření změn v obvyklých psychických stavech. Jsou s ní též zkušenosti i u nemocných epilepsií [35, 44].

Soubor:

Soubor tvoří 50 pacientů operovaných pro epilepsii v Nemocnici Na Homolce v Praze. V naprosté většině, u 41 osob, šlo o temporální epilepsie, operační výkony byly standardní (anteromeziální temporální resekcce a amygdalohippocampectomie), levostranných operací bylo 18, pravostranných operací bylo 23. Do souboru bylo zahrnuto i 9 pacientů s extratemporální epilepsií, protože řešené otázky nevyžadovaly homogenní etiologii onemocnění. Základní údaje o souboru shrnuje tabulka 1.

Tab. 1. Základní charakteristiky souboru.

Proměnné	Průměr	SD	min.-max.
Věk v době operace	32,8	(9,4)	16 57
Začátek nemoci (roky)	11,7	(9,0)	1 32
Doba nemoci (roky)	21,1	(11,7)	2 41
Vzdělání (roky)	11,7	(1,68)	8 17
Pohlaví	muži	24	(48 %)
	ženy	26	(52 %)
Vzdělání	základní	10	(20 %)
	učební obor	24	(48 %)
	střední s maturitou	15	(30 %)
	vyšší škola	1	(2 %)
Rodinný stav	svobodní do 29 let	17	(34,0 %)
	svobodní 30 let a více	4	(8,0 %)
	ženatí/vdané	20	(40,0 %)
	rozvedení	8	(16,0 %)
	vdovec/vdova	1	(2,0 %)
Důchod	ne	28	(56,0 %)
	částečný invalidní	9	(18,0 %)
	plný invalidní	12	(24,0 %)
	jiný	1	(2,0 %)
Kontakt s psychiatrií	ne	15	(30,0 %)
	jen soukromě	8	(16,0 %)
	ambulantně	26	(52,0 %)
	hospitalizace	1	(2,0 %)

Statistické vyhodnocení:

Kromě základní deskripce bylo provedeno srovnání průměrů pro nezávislé soubory a pro závislé soubory, v obou případech s přihlédnutím k varianci, počítány byly oboustranné t-testy. U některých proměnných byla provedena analýza variance ANOVA. Vzhledem k rozsáhlosti prováděných výpočtů je v předkládaném článku obsažena jenom jejich malá část, pro zájemce jsou další k dispozici u autorů.

VÝSLEDKY

1. Srovnání stavu před operací a po operaci

1.1. WPSI. Metodou bylo předoperačně vyšetře-

Tab. 2. Statisticky významné pooperační zlepšení kvality života podle QOLIE-89.

Škála	Před operací	Po operaci	t	p
Q1 Percepce zdraví	48,87 (16,99)	60,41 (20,58)	2,265	0,034
Q7 Sociální funkce	54,73 (15,72)	66,55 (18,73)	2,494	0,021
Q12 Obavy ze záchvatu	42,10 (18,12)	61,30 (31,42)	3,069	0,006

Tab. 3. Statisticky významné pooperační snížení v hodnotách frustrace podle DSF.

Životní oblast	Před operací M (SD)	Po operaci M (SD)	t	p
Přiměřenost životních nároků	0,957 (1,053)	0,565 (1,068)	2,114	0,040
Realizace životních cílů	1,457 (1,516)	0,826 (1,419)	3,080	0,004
Duševní zdraví	1,660 (1,785)	1,149 (1,250)	2,226	0,031

no 48 osob, pooperačně 49, obě měření byla k dispozici u 47 nemocných. Při párovém srovnání mají nemocní po operaci výrazně nižší psychosociální problémy s adaptací na záchvaty. Podle škály AS (adaptace na záchvaty) velikost problémů před operací byla 7,64 (sd=3,55), po operaci 6,11 (sd=3,43), $p=0,002$.

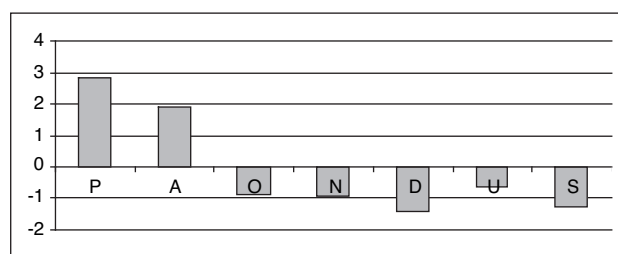
1.2. QOLIE-89. Metodou bylo předoperačně vyšetřeno 22 osob, po operaci 35, obě měření byla u 22 osob. Při párovém srovnání bylo zjištěno statisticky významné zlepšení ve škálách percepce zdraví, sociální funkce (práce, řízení motorových vozidel) a obavy ze záchvatu. Podrobnosti přináší tabulka 2. Ke zlepšení došlo i v celkové kvalitě života, které se blížilo statistické významnosti ($p=0,055$).

1.3. ESI-55. K dispozici jsou výsledky předoperačně od 15 nemocných, pooperačně u 19 osob, obě měření jsou srovnatelná u 13 osob. Párové srovnání svědčí o tom, že po operaci došlo k významnému zlepšení kvality života pokud jde o parametr percepce zdraví, který před operací byl 47,5 (sd=17,9), po operaci 64,5 (sd=18,1), $p=0,019$.

1.4. DSF: Metodou bylo předoperačně vyšetřeno 47 nemocných, po operaci 50 osob, obě měření jsou

u 47 osob. Párové srovnání ukázalo podstatné snížení frustrace především pokud jde o realizaci životních cílů, dále došlo k významnému snížení hodnot frustrace pokud jde o duševní zdraví a o přiměřenost životních nároků. Detaily přináší tabulka 3. Celková frustrace, počítaná jako průměr z 24 životních oblastí, byla snížena, avšak nikoliv statisticky významně ($p=0,079$).

1.5. SUPOS. Předoperačně bylo vyšetřeno 50 osob, po operaci 50 osob, u všech bylo k dispozici obojí měření. Jedinou významnou změnou, pokud jde o obvyklé psychické stavy a pocity, bylo zvýšené impulzivní odreagování (škála 0), před operací byla hodnota 9,9 (sd=5,1), po operaci 11,8 (sd=5,1), $p=0,015$. Nicméně tyto pooperační hodnoty jsou v rozsahu průměru pro normální zdravou populaci, tj. u mužů průměr $11,47 \pm 5,54$, u žen průměr $11,52 \pm 5,05$ (Mikšík, Břicháček, 1984)

**Graf 1.** Směr změn v obvyklých psychických stavech po operaci podle SUPOS-z.

P = psychická pohoda, A = aktivita, O = impulzivní odreagování, N = neklid, D = deprese, U = úzkostnost, S = sklíčenost

Tab. 4. Klasifikace pooperačního výsledku podle Engela.

Třída 1: Bez záchvatu	A: Od operace zcela bez záchvatů (a) B: Od operace jen aury C: Několik pooperačních záchvatů, ale nyní bez záchvatů alespoň 2 roky D: Atypické generalizované záchvaty jen při vysazování medikace
Třída 2: Řídké záchvaty („téměř bez záchvatů“)	A: Zpočátku bez záchvatu, ale nyní s řídkými záchvaty B: Od operace řídké záchvaty C: Po operaci záchvaty častější než řídké, ale nyní alespoň 2 roky řídké D: Pouze noční záchvaty, které neovlivňují kvalitu života
Třída 3: Užitečné zlepšení	A: Užitečné snížení frekvence záchvatů (b) B: Dlouhá období bez záchvatů (delší než polovina období sledování, které však není kratší než 2 roky)
Třída 4: Žádné užitečné zlepšení	A: Významné snížení počtu záchvatů B: Žádná hodnotitelná změna C: Záchvaty jsou horší

a) Nepočítají se časné pooperační záchvaty (několik málo prvních týdnů po operaci.)

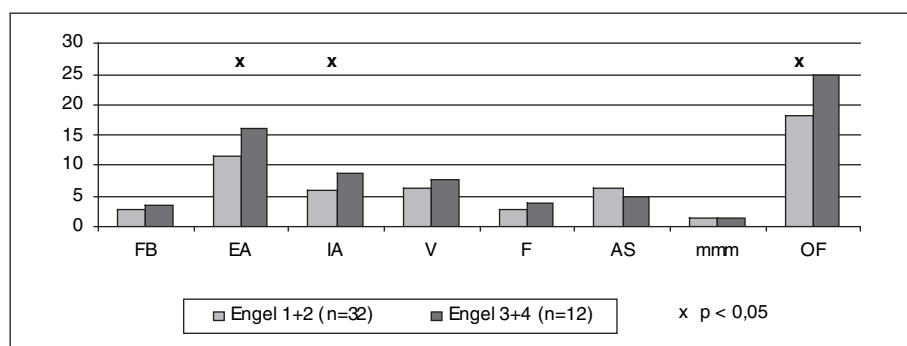
b) Určení „významného zlepšení“ vyžaduje kvantifikaci dalších dat jako procento redukce počtu záchvatů, kognitivních funkcí a kvalita života.

Tab. 5. Výsledky operace podle Engelových kritérií.

Skupina	Charakteristika	Počet osob	%
1.	Bez záchvatu		
1. A		17	40,0 %
1. B		6	13,0 %
1. C		1	2,2 %
1. D		3	6,5 %
2.	Řídké záchvaty ("téměř bez záchvatů")		
2. A		1	2,2 %
2. B		6	13,0 %
3.	Užitečné zlepšení, celkem	3	6,5 %
4.	Žádné užitečné zlepšení, celkem	9	19,6 %
Celkem		46	100,0 %

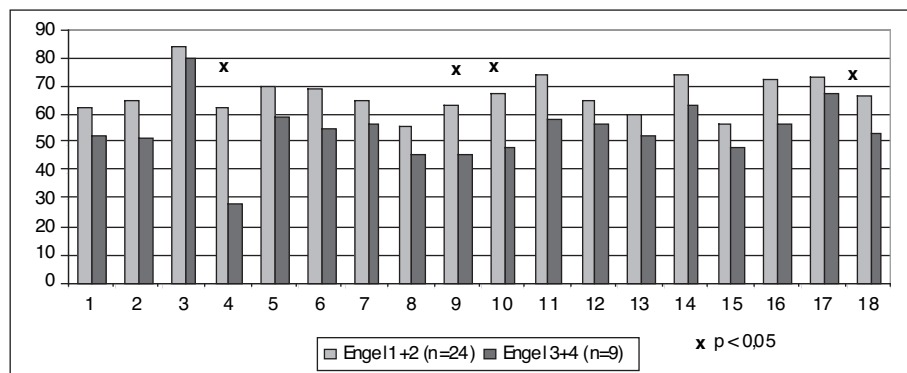
a změna tedy spíše odráží snížení pasivity pacientů.

1.6. SUPOS-z. Metodou bylo po operaci vyšetřeno 45 osob. Celkově v průměrných hodnotách došlo pro celý soubor k posunu v žádoucím směru ve všech parametrech, tj. ke zvýšení psychické pohody (P), aktivity (A), a naopak, neklidu (N), deprese (D), úzkosti (U) a sklíčenosti (S) a také, v rozporu s výsledky metody SUPOS, k nepatrnému snížení



Graf 2. Psychosociální problémy podle WPSI ve vztahu k úspěšnosti operace.

FB=rodinné zázemí, EA=emocionální adaptace, IA=interpersonální adaptace, V=adaptace v zaměstnání, F=finanční situace, AS=adaptace na záchvaty, mmm=léky a lékařské vedení, OF=celková psychosociální adaptace



Graf 3. Kvalita života podle QOLIE-89 ve vztahu k výsledkům operace.

1=percepce zdraví, 2=celková kvalita života, 3=tělesné funkce, 4=omezení ve výkonu rolí pro tělesné problémy, 5=omezení ve výkonu rolí pro emocionální problémy, 6=bolest, 7=sociální funkce, práce, řízení, 8=energie-únava, 9=emocionální well-being, 10=pozornost, 11=deprese ve vztahu ke zdraví, 12=obava ze záchvatu, 13=paměť, 14=řeč, 15=vlivly léků, 16=sociální opora, 17=sociální izolace, 18=celkový skóre QOLIE-89

impulzivního odreagování (O). Průměrné změny pro celý soubor předkládá graf 1. Jde však v tomto případě pouze o směry změn, o kvalitativní posuny, nikoliv o absolutní hodnoty.

2. Srovnání podle úspěšnosti operace

U 46 pacientů bylo k dispozici neurologické posouzení zdravotního stavu po operaci podle Engelových kritérií [14] (tab. 4). U čtyř pacientů toto posouzení nebylo dosažitelné. Přehled o výsledcích operací v našem souboru poskytuje tabulka 5.

Sloučené skupiny 1+2 se neliší od sloučených skupin 3+4 pokud jde o věk, ve kterém pacienti měli první paroxysmus, věk, ve kterém došlo k operaci, dobu nemoci a roky vzdělání. Při hodnocení změn v kvalitě života jsme prováděli srovnání skupiny 1A s ostatními, 1A+1B s ostatními, 1A+1B+1C+1D s ostatními atd., z velkého množství kombinací a výpočtů uvádíme pouze nejvýraznější výsledky.

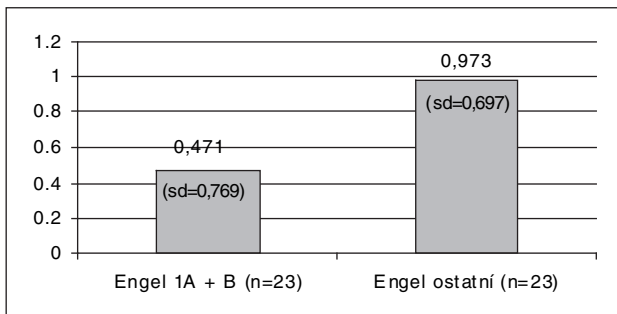
2.1. WPSI. Při srovnání sloučených skupin 1 a 2 se sloučenými skupinami 3 a 4 měli pacienti s lepšími výsledky operace

významně menší problémy pokud jde o emocionální adaptaci (EA, $p=0,042$), interpersonální adaptaci (IA, $p=0,023$) a celkovou psychosociální adaptaci (OF, $p=0,030$). Výsledky shrnuje graf 2.

2.2. QOLIE-89. Při srovnání sloučených skupin 1 a 2 se sloučenými skupinami 3 a 4 (n=9) měli pacienti s lepšími výsledky operace významně vyšší kvalitu života pokud jde o omezení ve výkonu rolí pro tělesné problémy (Q4), lepší emocionální well-being (Q9), lepší spokojenost s úrovní pozornosti (Q10) a lepší celkový skóre QOLIE-89 (Q18). Výsledky shrnuje graf 3.

Významné rozdíly ve prospěch vyšší kvality života ve spojení s příznivějšími výsledky operace byly zjištěny také při srovnání skupiny 1A s ostatními pacienty, při srovnání sloučených skupin 1A+B s ostatními a při srovnání sloučených skupin 1A+B+C+D s ostatními.

2.3. ESI-55. Nejsou významné rozdíly, velmi pravděpodobně pro nízký počet vyšetřených touto



Graf 4. Celková životní frustrace podle DSF ve vztahu k výsledkům operace ($p=0,025$).

metodou.

2.4. DSF. Celková frustrace, počítaná jako průměr z 24 životních oblastí, byla významně nižší při srovnání skupiny 1A ($n=17$) se zbytkem pacientů

($n=29$), tj. 0,409 ($sd=0,494$) vs. 0,905 ($sd=0,846$), $p=0,033$, anebo při porovnání sloučených skupin 1A+1B se zbytkem pacientů, jak to ilustruje graf 4.

Významné rozdíly v úrovni frustrace v jednotlivých životních oblastech byly zjištěny nejenom při porovnávání skupiny 1A nebo sloučených skupin 1A+B s ostatními, ale též při srovnání sloučených skupin 1+2 ($n=33$) se sloučenými skupinami 3+4 ($n=11$), jak ilustruje graf 5. Nemocní s velmi úspěšnými výsledky operace pocítují jako významně nižší frustraci pokud jde základní materiální zabezpečení, životní úroveň, kulturní vyžití, zabezpečení dětí, tělesné zdraví a životní spokojenost.

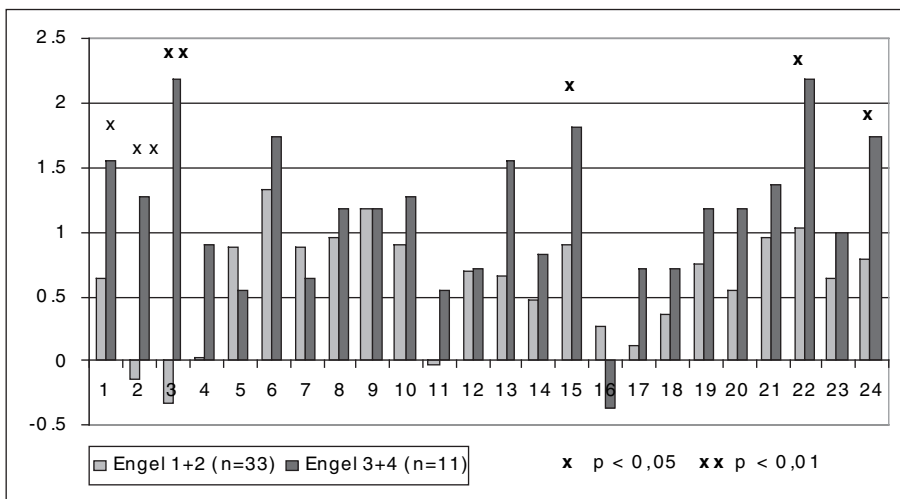
2.5. SUPOS. Nebyly zjištěny významné rozdíly.

2.6. SUPOS-z. U pacientů s dobrými výsledky operace je významné průměrné snížení úzkostnosti a sklíčenosti ve srovnání s méně příznivými výsledky, jak to ilustruje graf 6.

3. Vztah předoperačních hodnot k úspěšnosti operace

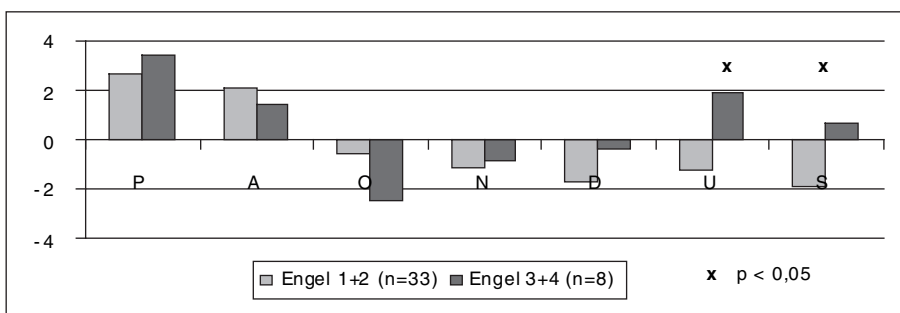
Jasnější psychometricky ověřené vztahy v našem relativně malém souboru zjištěny nebyly. Nejprve jsme sice zjistili, že (překvapivě a v nesouladu s většinou literatury) se později úspěšně operovaní pacienti (ze skupiny 1A) předoperačně lišili od ostatních většími problémy podle dvou škál z metody WPSI a podle jiných dvou škál z metody QOLIE-89. Další rozbor však ukázal, že šlo o artefakt, pouze o důsledek většího zastoupení osob podávajících (dle škály L z WPSI) validní odpovědi ve skupině 1A (71 % oproti 43 %). Takové osoby pravidelně uvádějí vyšší psychosociální problémy, kdežto jedinci s nevalidními odpověďmi ($L>3$) nerealisticky popírají nepochybně existující obtíže [11, 12, 36, 40, 42, 44].

Přesto u jednotlivých pacientů jsme opakovaně pozorovali souvislost mezi jejich odpověďmi v použitých metodách před operací a pooperačním vývojem, což demonstrujeme alespoň na dvou stručných kazuistikách.



Graf 5. Frustrace ve 24 životních oblastech podle DSF ve vztahu k úspěšnosti operace.

1. Základní mater. zabezpečení, 2. životní úroveň, 3.kulturní vyžití, 4.kvalita služeb, 5.mobilita, 6.pracovní možnosti, 7.vztahy na pracovišti, 8. perspektiva pracovního růstu, 9.pracovní uspokojení, 10. ohodnocení práce, 11.uspokojení zájmů, 12. výběr vhodného partnera, 13. kvalita soužití partnerů, 14. soulad v rodině, 15. zabezpečení dětí, 16. kvalita sousedských vztahů, 17. kvalita přátelských vztahů, 18. přiměřenost životních nároků, 19. optimismus a sebedůvěra, 20. realizace životních cílů, 21. duševní zdraví, 22. tělesné zdraví, 23. sociální a zdravotní péče, 24. životní spokojenost.



Graf 6. Změny v subjektivních pocitech a stavech podle SUPOS-z ve vztahu k výsledkům operace.

P = psychická pohoda, A = aktivita, O = impulzivní odregování, N = neklid, D = deprese, U = úzkostnost, S = sklíčenost

Kazuistika č. 1: Pacientka před operací i po ní měla dle rozhovoru i podle použitých psychometrických metod výrazné osobní problémy. V dotazníkových metodách zaměřených na kvalitu života byly před operací nápadně stereotypní odpovědi, snížená validita, odmítla provést jednu z metod. Po operaci zcela vymizely epileptické záchvaty. Pacientka však vyvinula nové záchvatové projevy, které po hospitalizaci na monitorovací epileptické jednotce byly jednoznačně diagnostikovány jako neepileptické (psychogenní) záchvaty. Zvýšené psychosociální problémy měly odraz i v použitých metodách.

Kazuistika č. 2: Pacient předoperačně se značnými interpersonálními obtížemi měl před operací v dotazníkových metodách zaměřených na kvalitu života řadu zcela neobvyklých odpovědí a hodnot. Po velmi dobrém výsledku operace bylo možné doporučit i navrácení řidičského průkazu. Podle členů rodiny byl to po operaci úplně jiný člověk – mnohem sebevědomější a podstatně více se prosazující, nebyli si však jistí, zda jde o změnu k lepšímu. S narůstajícími konflikty v řadě situací narůstala jeho životní nespokojenost „dotazníková“ i podle rozhovoru a chování a psychiatr potvrdil podezření na postupně se rozvíjející paranoidní projevy až psychotické hloubky.

DISKUSE

Celkové změny v kvalitě života po operaci u sledovaného souboru pacientů jsou příznivé. Nemocní s úspěšným ovlivněním frekvence záchvatů (především ale ti, u nichž došlo k úplnému vymizení záchvatů) mají v průměru výrazně lepší výsledky.

Nebyly zjištěny statisticky významné vztahy předoperačních hodnot kvality života k výsledkům operace pro celý soubor, pravděpodobně proto, že je relativně malý.

Z použitých šesti metod pouze dvě (ESI-55 a QOLIE-89) byly výslovně vytvořeny jako měřítka kvality života nemocných epilepsií po operaci. WPSI byla původně zamýšlena jako nástroj k posouzení psychosociálních problémů nemocných epilepsií bez vztahu k operaci. Další tři metody (české) byly vytvořeny bez vztahu ke specifické diagnóze: DSF k hodnocení životních frustrací, SUPOS k posuzování subjektivních pocitů a stavů a SUPOS-z k hodnocení změn v subjektivních pocitech a stavech bez vztahu k diagnóze. V předkládané práci všech šest metod bylo dostatečně citlivých při hodnocení alespoň některých ze tří položených otázek. Relativní neúspěšnost metody SUPOS při řešení otázek 2 a 3 byla pravděpodobně způsobena použitím instrukce vyžadující v obou případech, před operací i po operaci, sebesouzení obvyklých psychických stavů, bez časového omezení (přesnější časové vymezení by možná přineslo lepší výsled-

ky). Relativní menší senzitivita metody SUPOS-z (změna) mohla být podobně ovlivněna příliš dlouhými srovnávanými časovými obdobími (pro hodnocení je snazší a osvědčilo se v řadě prací srovnávání například den po dni, nebo např. před začátkem směny a na konci). Rozpor mezi statisticky výrazným zvýšením impulzivního odražení (O) po operaci, zjištěném metodou SUPOS, a lehkým (nepodstatným) snížením průměrného impulzivního odražení, zjištěného podle metody SUPOS-z, ukazuje na potřebu nespolehat se na jedinou metodu hodnocení, a pokud možno je kombinovat. V podrobném přehledu literatury o kvalitě života u epilepsie, shrnujícím 205 studií, které užily 45 metod, jsou námi použité metody WPSI, ESI-55 a QOLIE-89 na prvních třech místech ze šesti, doporučených přednostně při plánování výzkumu o kvalitě života u epilepsie [24].

Další rozbor našich psychometrických výsledků, se zaměřením na jednotlivce, nikoliv na průměrné hodnoty souboru, ukazuje, že kromě celkově příznivých průměrných výsledků jsou i jedinci, u nichž dochází k psychosociálním problémům přesto, že došlo k úplnému nebo podstatnému vymizení záchvatů.

Epilepsie je příkladem poruchy, ve které kvalita života ve vztahu ke zdraví má podstatnou úlohu. Zatímco záchvaty samotné představují svým trváním jen zlomek pacientova života, jejich praktické důsledky (životospráva, omezení, sociální stigma, nepříznivé vedlejší účinky léků atd.) jsou dlouhodobé. Přitom není vždy jednoznačný vztah mezi vážností a frekvencí záchvatů a kvalitou pacientova života. Je otázkou, jak velká musí být změna objektivních klinických příznaků, aby došlo k důležité změně v subjektivní kvalitě života a jak velké změny v hodnotě škál kvality života představují individuálně významnou změnu [58]. U pacientů léčených pouze farmakoterapií bylo při použití QOLIE-89 a QOLIE-31 zjištěno, že ani 50 % redukce záchvatů nevede ke změně v subjektivně pocíťované kvalitě života a že zřetelná změna je teprve při úplném vymizení záchvatů [4]. Pacienti, kteří měli psychické problémy před operací, mají také tendenci projevovat postoperační psychosociální těžkosti, dokonce i když operace vedla ke kontrole záchvatů [20].

Při subjektivně pocíťovaném snížení kvality života nepochybně hrají podstatnou úlohu depresivní a dysforické poruchy [6, 17, 19, 25] a obava ze záchvatů [25], řadu dalších údajů o psychiatrické problematice jsme uvedli v předchozí práci [38] spolu s doklady o stupni vlivu psychiatrických proměnných na kvalitu života u nemocných epilepsií. Předoperační a postoperační psychiatrické (resp. neuropsychiatrické) a psychologické sledování a event. léčba může zlepšit kvalitu života nemocných po operaci [6, 8, 9, 15, 16, 17, 23, 34, 50, 56, 60].

Možná, že určitý vliv může mít též lateralizace léze, u pacientů s pravostrannou lézí snad s pře-

ňováním vlastní výkonnosti a podceňováním vlastních deficitů [1, 3], u nemocných s levostrannými lézemi s možná častějším vlivem deprese [33]. V našich starších sledováních jsme v tomto směru nedošli k jednoznačným závěrům [22, 41], novější nálezy připravujeme k publikaci.

K predikci pooperační psychosociální adaptace může pomoci posouzení v psychosociální oblasti. Předoperační zhodnocení psychosociální adaptace na nemoc může být i prediktorem výsledku: dobrá předoperační adaptace na nemoc naznačuje, že se jedinec dobře přizpůsobí také k pooperačním změnám. Podle literárních údajů dobré předoperační přizpůsobení (měřené podle WPSI) bývá spojeno s nižším výskytem deprese po operaci [52]. Lepší předoperační psychosociální výkonnost podle WPSI predikuje lepší kontrolu záchvatů po operaci [56]. Na možný vznik pooperační deprese mohou upozornit zvýšené předoperační hodnoty ve škále problémů s emocionálním přizpůsobením podle WPSI [8]. Informace přináší také řada dalších prací [5, 9, 15, 16, 21, 23, 26, 49, 51].

Wilsonová a spolupracovníci [59] dlouhodobě sledovali pacienty po operacích pro farmakorezistentní epilepsii a soustředili se na paradoxní výsledky. Užívají termín „tíha normality“ („burden of normality“) pro situaci, kdy léčebný zákrok vede k vyléčení dlouhodobě chronické nemoci (např. také chronických kardiologických obtíží po operaci nebo dlouhodobé narkolepsie po úspěšné farmakoterapii), ale nastávají nové komplikace. Za rozhodující pro celkový výsledek považují: 1. očekávání pacienta a jeho rodiny před léčbou, 2. to, jak se po léčbě pacient zbavuje rolí spojených s chronickou nemocí a 3. emocionální stav pacienta. To dohromady ovlivňuje pohled na léčebný výsledek a může vést k paradoxním klinickým důsledkům, jako je zhoršování psychosociální výkonnosti po léčebném úspěchu. Ke klinickým projevům „tíhy normality“ patří projevy psychologické (např. nadměrné očekávání od druhých i od sebe, smutek nad předchozím životem ovlivněným nemocí), behaviorální (např. excesivní aktivita a naopak „ulejvání se“ a stížnosti na nové somatické obtíže) a sociologické (změna rodinné dynamiky, např. pacient se rozhodne k rozvodu s „příliš panovačnou“ partnerkou, těžkosti s plněním nároků nového zaměstnání a s osvojováním nových sociálních dovedností). Dlouhodobě uskutečňují program pro sledování vývoje po operacích spojený s rehabilitačním programem, který zahrnuje mj. i psychiatrická (před operací a 3 měsíce po operaci), neuropsychologická (před operací, po 1 měsíci a po 12 měsících po operaci) a psychosociální sledování (před operací, při propouštění z nemocnice po operaci, dále po 1, 3, 6, 12 a 24 měsících po operaci).

Komplexní pooperační sledování ukazují, že faktory určujícími pooperační kvalitu života jsou vedle vývoje frekvence záchvatů i pooperační kogni-

tivní výkonnost [13], emoční stav [28] a psychiatrická komorbidita [7].

Metody, které hodnotí před- a pooperační kvalitu života, vycházejí hlavně ze subjektivního posouzení dopadů operace na různé stránky života nemocných epilepsií [27]. Tato subjektivita může být jejich nedostatkem, ale i předností. Objektivnější metody, sledující např. objektivní změny v ekonomické, sociální, partnerské či jiných oblastech, mohou pak vedle metod subjektivních přinést nový, a někdy i odlišný pohled na pooperační kvalitu života nemocných [21]. Např. obyčejně po operacích nenacházejí významné změny v sociální oblasti [55]. Čistě subjektivní hodnocení efektu operace může být dále zatíženo mnoha mimomedicínskými faktory (rentové tendence, tzv. syndrom naučené bezmocnosti aj.).

Přesto je hodnocení subjektivní kvality života důležité, a to zejména v těch případech, kdy dochází k výraznému pooperačnímu zhoršení. U některých nemocných totiž může dojít k dramatickým rozporům mezi uspokojivým epileptologickým efektem (vymizením záchvatů či výrazná redukce jejich frekvence) a podstatným zhoršením v subjektivním prožívání, vedoucím k vyvinutí nových, čistě psychogenních neepileptických záchvatů [34] a v extrémních případech až sebevraždám [6]. Nález subjektivního zhoršení kvality života může tyto nemocné identifikovat, což po dalších vyšetřeních může umožnit jejich kauzální léčbu (psychiatrickou, psychologickou, změnu ve vedení antiepileptické medikamentózní léčby).

ZÁVĚR

1. Celkové změny v kvalitě života po operaci u sledovaného souboru pacientů jsou příznivé v řadě parametrů.

2. Nemocní s úspěšným ovlivněním frekvence záchvatů (především ale ti, u nichž došlo k úplnému vymizení záchvatů) mají v průměru výrazně příznivější výsledky.

3. Nebyly zjištěny statisticky významné vztahy předoperačních hodnot kvality života k výsledkům operace pro celý soubor, pravděpodobně proto, že je relativně malý. Jsou však uvedeny dvě kazuistiky, ve kterých po nápadnostech v předoperačních odpovědích pacientů následovaly po úspěšné operaci (zcela odstraňující záchvaty) výrazné problémy (nově vzniklé psychogenní záchvaty a nově vzniklé paranoidní projevy).

Přes celkově příznivé průměrné hodnoty je vhodné soustředit se na případy těch pacientů, kteří se negativně odlišují od průměru souboru, i když výsledek jejich operace byl velmi dobrý. Sledování změn v subjektivní kvalitě života pomáhá předcházet psychosociálním komplikacím po operaci, ke kterým může docházet i přes úspěšnost neurochirurgického zákroku.

LITERATURA

1. **Andelman, F., Fried, I., Neufeld, M. I.:** Quality of life self-assessment as a function of lateralization of lesion in candidates for epilepsy surgery. *Epilepsia*, 42, 2001, pp. 549–555.
2. **Baker, G. A., Smith, D. F., Dewey, M. et al.:** The initial development of health-related quality of life model as an outcome measure in epilepsy. *Epilepsy Research*, 16, 1993, pp. 65–81.
3. **Bear, D., Fedio, P.:** Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch. Neurol.*, 34, 1977, pp. 454–467.
4. **Birbeck, G. L., Hays, R. D., Cui, X., Vickrey, B. G.:** Seizure reduction and quality of life improvement in people with epilepsy. *Epilepsia*, 43, 2002, pp. 535–538.
5. **Bjørnæs, H., Stabell, K. E., Heminghyt, E., Rønste, G. K., Bakke, S. J.:** Resective surgery for intractable focal epilepsy in patients with low IQ: Predictors for seizure control and outcome with respect to seizures and neuropsychological and psychosocial functioning. *Epilepsia*, 45, 2004, pp. 131–139.
6. **Blumer, D.:** Epilepsy and suicide: a neuropsychiatric analysis. In: Trimble, M. R., Schmitz, B. (eds): *The neuropsychiatry of epilepsy*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002, pp. 107–116.
7. **Cankurtaran, E. S., Ulug, B., Saygi, S., Tiryaki, A., Akalan, N.:** Psychiatric morbidity, quality of life, and disability in mesial temporal lobe epilepsy patients before and after anterior temporal lobectomy. *Epilepsy & Behavior*, 7, 2005, pp. 116–122.
8. **Derry, P. A., Wiebe, S.:** Psychological adjustment to success and to failure following epilepsy surgery. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 27, 2000, 27, (Suppl 1), pp. S116–S120, discussion pp. S30–S34.
9. **Derry, P. A., McLachlan, R. S.:** Causal attributions for seizures: relation to preoperative psychological adjustment and postoperative psychosocial function in temporal lobe epilepsy. *J. Epilepsy*, 8, 1995, pp. 74–82.
10. **Devinski, O., Vickrey, B. G., Cramer, J. A., Perrine, K., Hermann, B., Meador, K., Hays, R. D.:** Development of the quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*, 36, 1995, pp. 1089–1094.
11. **Dodrill, C. B., Batzel, L. W., Queisser, H. R., Temkin, N.:** An objective method for the assessment of psychological and social problems among epileptics. *Epilepsia*, 21, 1980, pp. 123–135.
12. **Dodrill, C. B., Beier, R., Kasparick, M., Tacke, U., Tan, S. Y.:** Psychosocial problems in adults with epilepsy: Comparison of findings from four countries. *Epilepsia*, 25, 1984, pp. 176–183.
13. **Drake, E. B.:** Cognitive functioning following epilepsy surgery. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.*, 6, 2006, pp. 319–326.
14. **Engel, J. Jr., Van Ness, P. C., Rasmussen, T. B., Ojemann, L. M.:** Outcome with respect to epileptic seizures. In: Engel, J. Jr. (ed.): *Surgical treatment of the epilepsies*. Second edition. New York: Raven Press, 1993, pp. 609–621.
15. **Fraser, R. T., Thorbecke, R.:** Postoperative rehabilitation. In: Engel, J. Jr., Pedley, T. A. (eds): *Epilepsy: a comprehensive textbook 1997*, New York, Raven Press, pp. 1901–1910.
16. **Fraser, R. T., Gumnit, R. J., Thorbecke, R., Dobkin, B. H.:** Psychosocial rehabilitation. A pre- and postoperative perspective. In: Engel Jr., J. (ed), *Surgical treatment of epilepsies*, 2nd ed., New York, Raven Press, 1993, pp. 669–677.
17. **Glosser, G., Zvil, A. S., Glosser, D. S., O'Connor, M. J., Sperling, M. R.:** Psychiatric aspects of temporal lobe epilepsy before and after anterior temporal lobectomy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 68, 2000, pp. 53–58.
18. **Hamberger, M. J., Drake, E. B.:** Cognitive functioning following epilepsy surgery. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 6, 2006, pp. 319–326.
19. **Hermann, B. P., Sidenberg, M., Bell, B. B., Woodard, A., Rutecki, P., Sheth, R.:** Comorbid psychiatric symptoms in temporal lobe epilepsy: Association with chronicity of epilepsy and impact on quality of life. *Epilepsy & Behavior*, 1, 2000, pp. 184–190.
20. **Hermann, B. P., Wyler, A. R., Somes, G.:** Preoperative psychological adjustment and surgical outcome are determinants of psychosocial status after anterior temporal lobectomy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 55, 1992, pp. 491–496.
21. **Kirsch, H. E.:** Social cognition and epilepsy surgery. *Epilepsy & Behavior*, 2006, 8, pp. 71–80.
22. **Krištof, M., Preiss, J., Servit, Z.:** Physiological asymmetry of brain functions – its influence on the lateralization, symptomatology and course of the epileptic process. *Physiologia Bohemoslovaca*, 35, 1986, pp. 447–455.
23. **Langfitt, J. T., Wood, B. L., Brand, K. L., Brand, J., Erba, G.:** Family interactions as targets for intervention to improve social adjustment after epilepsy surgery. *Epilepsia*, 40, 1999, 40, pp. 735–744.
24. **Leone, M. A., Beghi, E., Righini, C., Apolone, G., Mosconi, P.:** Epilepsy and quality of life in adults: A review of instruments. *Epilepsy Research*, 66, 2005, pp. 23–44.
25. **Loring, D. W., Meador, K. J., Lee, G. P.:** Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 5, 2004, pp. 976–980.
26. **Markand, O. N., Salanova, W., Whelihan, E., Emsley, C. L.:** Health-related quality of life outcome in medically refractory epilepsy treated with anterior temporal lobectomy. *Epilepsia*, 2000, 41, pp. 749–759.
27. **Martin, R., Griffith, H. R., Sawrie, S., Knowlton, R., Faught, E.:** Determining empirically based self-reported cognitive change: development of reliable change indices and standardized regression-based change norms for the multiple abilities self-report questionnaire in an epilepsy sample. *Epilepsy & Behavior*, 8, 2006, pp. 239–245.
28. **Meldolesi, G. N., Picardi, A., Quarato, P. P., Grammaldo, L. G., Esposito, V., Mascia, A., Sparano, A., Morosini, P., Di Gennaro, G.:** Factors associated with generic and disease-specific quality of life in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Research*, 6, 2006, pp. 135–146.
29. **Mikšík, O., Břicháček, V.:** Detekce osob náchylných k psychickému selhávání. Zprávy č. 59, Výzkumný ústav psychiatrický, 1981.
30. **Mikšík, O., Břicháček, V.:** K postihování struktury a dynamiky psychických stavů subjektivní posuzovací škálou SUPOS 7. *Československá psychologie*, 36, 1984, pp. 543–561.
31. **Mikšík, O., Břicháček, V.:** Změny v životní frustraci mužů ve věku od 20 do 60 let. *Československá psychologie*, 34, 1980; pp. 268–275.
32. **National institutes of health consensus development conference statement on surgery for epilepsy March 19–21, 1990. *Journal of Epilepsy*, 3, 1990, pp. 215–220.**
33. **Paradiso, S., Hermann, B. P., Blumer, D., Davies, K., Robinson, R. G.:** Impact of depressed mood on neuropsychological status in temporal lobe epilepsy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 2001, 70, pp. 180–185.
34. **Parra, J., Iroiarte, J., Kanner, A. M., Bergen, D. C.:** De novo psychogenic nonepileptic seizures after epilepsy surgery. *Epilepsia*, 39, 1988, pp. 474–477.

35. **Preiss, J.:** Kognitivní deficit u epilepsie. In: Preiss, M., Kučerová, H. (eds), Neuropsychologie v neurologii, Grada Publishing, Praha 2006, s. 17-85.
36. **Preiss, J., Haas, T.:** Některé psychometrické charakteristiky české verze Washingtonského psychosociálního dotazníku pro záchvatová onemocnění. Československá psychologie, 41, 1997, s. 334–346.
37. **Preiss, J., Haas, T.:** Kvalita života a epilepsie. Některé psychometrické charakteristiky české verze ESI-55, Dotazník pro operace epilepsie. Čs. Psychol., 43, 1999, s. 309–323.
38. **Preiss, J., Haas, T.:** Kvalita života nemocných epilepsií ve vztahu psychiatrickým proměnným. Čes. a slov. Psychiat., 96, 2000, s. 136–141.
39. **Preiss, J., Haas, T.:** Změny v kvalitě života nemocných epilepsií v období 1980–1998. Čs. Psychol., 44, 2000, s. 355–364.
40. **Preiss, J., Kolínová, M.:** Washingtonský psychosociální dotazník pro záchvatová onemocnění a jeho české aplikace. Čes. a Slov. Neurol. Neurochir., 58/91, 1995, s. 113-118.
41. **Preiss, J., Křištof, M.:** Lateralizace epileptického procesu a psychika. Čs. Psychiat., 85, 1989, s. 73-81.
42. **Preiss, J., Křištof, M., Kolínová, M.:** První zkušenosti s českou verzí Washingtonského psychosociálního dotazníku pro záchvatová onemocnění (WPSI). Čs. Psychiat., 85, 1989, s. 17-25.
43. **Preiss, J., Křištof, M., Kolínová, M., Břicháček, V., Mikšík, O.:** Struktura životních frustrací pacientů nemocných epilepsií. Čs. Psychol., 31, 1987, s. 89-98.
44. **Preiss, J., Vojtěch, Z., Vladyka, V.:** Kognitivní a psychosociální změny po radiochirurgii farmakorezistentní mezeitemporální epilepsie gama nožem. Čes. a slov. Neurol. Neurochir., 66/99, 2003, s. 183–190.
45. **Preiss, J., Zvárová, J.:** Epilepsie a osobnost I. Čs. Psychol., 33, 1989, s. 335-344.
46. **Preiss, J., Zvárová, J.:** Epilepsie a osobnost II. Čs. Psychol., 1990, s. 38-51.
47. **Preiss, J., Zvárová, J., Stanovská, Z.:** Kvalita života ve vztahu ke zdraví u nemocných epilepsií. Některé psychometrické charakteristiky české verze dotazníku QOLIE-89. Čs. Psychol., 49, 2005, s. 140–156.
48. **Rahi, A.:** Normalization of quality of life three years after temporal lobectomy: a controlled study. Epilepsy, 2006, pp. 928-933.
49. **Rausch, R.:** Factors affecting neuropsychological and psychosocial outcome of epilepsy surgery. In: Lüders, H. (eds.), Epilepsy surgery. Raven Press Ltds., New York, 1991, pp. 487–492.
50. **Ring, H. A., Moriarty, J., Trimble, M. R.:** A prospective study of the early postsurgical psychiatric associations of epilepsy surgery. J Neurol Neurosurg. Psychiatry, 64, 1998, pp. 601–604.
51. **Selai, C. E., Elstner, K., Trimble, M. R.:** Choosing measures to assess quality of life (QOL) in epilepsy. In: Trimble M, Schmitz B.: The neuropsychiatry of epilepsy. Cambridge University Press, New York, 2002, pp. 323–341.
52. **Taylor, D. C.:** Psychiatric and social issues in measuring the input and output of epilepsy surgery. In: Engel J. Jr., (ed.): Surgical treatment of the epilepsies. New York:Raven Press;1987, pp. 485-503.
53. **Vickrey, B. G., Hays, R. D., Hermann, B. P., Bladin, P. F., Batzel, L. W.:** Outcomes with respects to quality of life. In: Engel Jr.: Surgical treatment of epilepsies. Second edition. Raven Press, Ltd, New York, 1993, pp. 623–635.
54. **Vickrey, B. G., Perrine, K. R., Hays, R. D., Hermann, B., Cramer, J. A., Gordon, J., Meador, K., Devinski, O.:** Quality of Life in Epilepsy. QOLIE-89. (version 1.0). Scoring Manual and Patient Inventory. Santa Monica, RAND 1993.
55. **von Lehe, M., Lutz, M., Kral, T., Schramm, J., Elger, C. E., Clusmann, H.:** Correlation of health-related quality of life after surgery for mesial temporal lobe epilepsy with two seizure outcome scales. Epilepsy & Behavior, 9, 2006, pp. 73-82.
56. **Wheelock, I., Peterson, C., Buchtel, H. A.:** Presurgery expectations, postsurgery satisfaction, and psychosocial adjustment after epilepsy surgery. Epilepsia, 39, 1998, pp. 487–494.
57. **Wiebe, S., Blume, W. T., Girvin, J. P.:** A randomized, controlled trial of surgery for temporal-lobe epilepsy. N. Engl. J. Med., 345, 2001, pp. 311-318.
58. **Wiebe, S., Matijevic, S., Eliasziw, M., Derry, P. A.:** Clinically important change in quality of life in epilepsy. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 73, 2002, pp. 116–120.
59. **Wilson, S. J., Bladin, P. F., Saling, M. M.:** Paradoxical results in the cure of chronic illness: the “burden of normality” as exemplified following seizure surgery. Epilepsy & Behavior, 5, 2004, pp.13-21.
60. **Wilson, S. J., Bladin, P. F., Saling, M. M., McIntosh, A. M., Lawrence, J. A.:** The longitudinal course of adjustment after seizure surgery. Seizure, 10, 2001, pp. 165–172.

*PhDr. Jan Preiss
Choratická 2736 / 10
141 00 Praha 4
e-mail: jan.preiss@seznam.cz*