

Psihogeni neepileptički napadaji u djece - prikaz dviju bolesnica

Radić, Jelena; Prpić, Igor; Vukelić, Petar; Sasso, Antun

Source / Izvornik: **Liječnički vjesnik, 2013, 135, 209 - 212**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:371918>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial 4.0 International](#)/[Imenovanje-Nekomercijalno 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-24**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



PSIHOGENI NEPILEPTIČKI NAPADAJI U DJECE
– PRIKAZ DVIJU BOLESNICA

PSYCHOGENIC NON-EPILEPTIC SEIZURES IN CHILDREN – A CASE REPORT

JELENA RADIĆ, IGOR PRPIĆ, PETAR VUKELIĆ, ANTUN SASSO*

Deskriptori: Epilepsija – psihologija, dijagnoza; Konverzivni poremećaj – psihologija, dijagnoza, komplikacije; Konvulzije – etiologija, dijagnoza, psihologija; Psihofiziološki poremećaji – dijagnoza, psihologija; Diferencijalna dijagnoza

Sažetak. Psihogeni neepileptički napadaji (engl. Psychogenic Nonepileptic Seizures – PNES) paroksizmalni su napadaji koji nalikuju i često se pogrešno dijagnosticiraju kao epileptički napadaji, ali nisu povezani s abnormalnim kortikalnim električnim pražnjenjem. PNES čine jednu od najvažnijih diferencijalnih dijagnoza epilepsije. Unatoč činjenici da su prepoznate kao karakterističan klinički fenomen i da je pojava videoEEG-a omogućila kliničarima postavljanje definitivne dijagnoze, naše razumijevanje etiologije, podležućih moždanih procesa i posljedične klasifikacije, nozologije i liječenja prilično je manjkavo. PNES je fizička manifestacija psiholoških poremećaja i kao takva se ubraja u vrstu konverzivnih poremećaja koji nisu pod utjecajem voljne kontrole. Studije na pedijatrijskoj populaciji pokazuju bolju prognozu i veću učestalost remisije nego u odraslih, vjerojatno zbog kraćeg trajanja bolesti i psihopatologije, jer su i uzroci stresa različiti u pedijatrijskih i odraslih bolesnika. Ovim radom prikazana su dva slučaja kod djece sa psihogenim ne-epileptičkim napadajem koja su liječena u Klinici za pedijatriju Kliničkoga bolničkog centra Rijeka.

Descriptors: Epilepsy – psychology, diagnosis; Conversion disorder – psychology, diagnosis, complications; Seizures – etiology, diagnosis, psychology; Psychophysiological disorders – diagnosis, psychology; Diagnosis, differential

Summary. Psychogenic non-epileptic seizures (PNES) are paroxysmal attacks that resemble and are often misdiagnosed as epileptic seizures, but are not associated with abnormal cortical electrical discharge. PNES are one of the most important differential diagnosis of epilepsy. However, despite the fact that they are recognized as a specific clinical phenomenon and that the appearance of video-EEG enabled clinicians to set a definitive diagnosis, our understanding of the etiology, present brain processes and resulting classification, nosology and treatment are quite deficient. PNES is a physical manifestation of psychological disorders, and as such belongs to the type of conversion disorders which are not under the influence of voluntary control. Studies in the pediatric population showed a higher incidence of remission than in adults, probably due to the shorter duration of illness and psychopathology, as the causes of stress are different in pediatric patients than in adults. This paper shows two cases in children with PNES, which were treated at the Department of Pediatrics, Clinical Hospital Center Rijeka.

Liječ Vjesn 2013;135:209–212

Psihogeni neepileptički napadaji (engl. Psychogenic Nonepileptic Seizures – PNES) paroksizmalni su napadaji koji nalikuju i često se pogrešno dijagnosticiraju kao epileptički napadaji, ali nisu povezani s abnormalnim kortikalnim električnim pražnjenjem.¹ Vremenski ograničene promjene ponašanja, motornih, senzornih, kognitivnih i emocionalnih funkcija zajedničke su značajke i epilepsije, što promatrača i kliničara često pogrešno navede da posumnjaju na epilepsiju. PNES je fizička manifestacija psiholoških poremećaja i kao takva se ubraja u vrstu konverzivnih poremećaja koji nisu pod utjecajem voljne kontrole.²

Različite studije pokazuju da prevalencija PNES-a kod djece i adolescenata iznosi od 15,2 do 23,6%, dok kod djece s epilepsijom učestalost raste do čak 30,3%.^{3–5}

S obzirom na to da se psihogeni neepileptički napadaji često pogrešno dijagnosticiraju kao epilepsija i posljedično tretiraju antiepileptičkim lijekovima tijekom više godina, to rezultira nepotrebnim izlaganjem i nuspojavama tih lijekova.

Unatoč činjenici da su prepoznate kao karakterističan klinički fenomen i da je pojava videoEEG-a omogućila kli-

ničarima postavljanje definitivne dijagnoze, naše razumijevanje etiologije, podležućih moždanih procesa i posljedične klasifikacije, nozologije i liječenja je prilično manjkavo.

Ovim radom prikazana su dva slučaja kod djece sa psihogenim ne-epileptičkim napadajem koja su liječena u Klinici za pedijatriju Kliničkoga bolničkog centra Rijeka.

Prikaz bolesnice 1.

Petogodišnja djevojčica rođena iz blizanačke trudnoće, urednoga psihomotornog razvoja i premorbidne anamneze hospitalizirana je zbog poremećaja vida u obliku dvoslika i »bježanja oka« koje opisuje majka. Roditelji negiraju potencijalne traumatske događaje za dijete.

Kliničkim pregledom utvrđen je uredan fizikalni i neurološki status, a nalazi laboratorijskih pretraga unutar su

* **Klinika za pedijatriju, KBC Rijeka** (Jelena Radić, dr. med.; prof. dr. sc. Igor Prpić, dr. med.; Petar Vukelić, dr. med.; prof. dr. sc. Antun Sasso, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. I. Prpić, Klinika za pedijatriju, KBC Rijeka, e-mail: igorp@medri.hr

Primljeno 5. veljače 2012., prihvaćeno 13. svibnja 2013.

referentnih vrijednosti. Oftalmološkim pregledom (pregled očne pozadine, vidnog polja, ispitivanje dvoslika svijetlom) potvrđeno je postojanje dvoslika u svim smjerovima pogleda uz urednu očnu pozadinu i nekoliko relativnih skotoma u vidnom polju koji nisu klinički relevantni. Intermitentni strabizam nije uočen. MRI mozga bio je uredan. EEG-zapis sniman u budnosti bio je bez specifičnih grafoelemenata.

Peti dan hospitalizacije kod djevojčice se javlja neritmično podrtavanje cijelog tijela uz iznenadne, nekontrolirane, besciljne trzaje ekstremiteta u obliku nekarakterističnih toničko-kloničkih trzaja uz održanu svijest, bez gubitka kontrole sfinktera, bez ugriza jezika i ozljede tijekom napadaja. Opisani događaj trajao je sljedeća dva sata pri čemu je bolesnica bila pri svijesti, suvislo odgovarala na postavljena pitanja, što je snimljeno i videoEEG-zapisom. Na EEG-zapisu evidentirani su mišićni artefakti, urednoga bazalnog zapisa i bez epileptogenog izbijanja. Ordiniran je i diazepam rektalno, no bez značajnijeg učinka.

Za vrijeme trajanja opisanog stanja djevojčicu je pregledao klinički psiholog. Tijekom psihološke evaluacije ona samostalno sjedi i suraduje na zadacima predstavljenim u obliku igre. Vizualna percepcija i okulomotorna koordinacija su uredne. Tijekom crtanja djevojčica nema trzaje tijela. Na upit o razlogu dolaska u bolnicu spominje »drhtanje« i počinje se trzati. Na osnovi opisane krize postavljena je sumnja na PNES, što je potpuno potvrđeno pregledavanjem videoEEG-materijala.

Djevojčica je upućena dječjem psihijatru koji nije našao patološke osnove u tome pregledu. Roditelji nisu bili skloni prihvatiti savjet o potrebi psihijatrijske evaluacije te daljnje praćenje nije bilo moguće.

Prikaz bolesnice 2.

Djevojka u dobi od 15 godina, uredne premorbidne anamneze, iz obitelji narušenih socijalnih odnosa iznenada je tijekom školskog sata izgubila svijest i pala te je zbog opisanog događaja upućena u našu Kliniku. Anamnestički nismo dobili podatak o konvulzivnim fenomenima. Na dan prijma tijekom rutinskog uzorkovanja krvi požalila se na malaksalost i mučninu. Iznenada gubi svijest i počinje trzati ekstremitetima u obliku neritmičnih, besciljnih i nesimetričnih pokreta velike amplitude tijekom sljedećih 10-ak sekundi. Za to vrijeme nije ugrizla jezik, sfinktere je kontrolirala, a dolaskom k svijesti nije bila smetena.

Laboratorijskom analizom utvrđena je hiperglikemija (GUK 26,2 mmol/L), bez ketoacidoze, uz glukozuriju, povećani glikozilirani hemoglobin (HbA1c >14%), sniženu razinu vlastitog inzulina (inzulin 2,0 mU/L), pozitivna ICA-autoantitijela, haplotip HLA D,R 1,3. Postavljena je dijagnoza šećerne bolesti tipa I. Djevojka prethodno nije opisivala prekomjernu žeđu, glad ili gubitak težine. Započeta je terapija inzulinskim analizama. Ostatak rutinskih nalaza bio je uredan, kao i CT mozga. EEG-zapis u budnosti i spavanju uredne je osnovne aktivnosti, bez epileptogenih grafoelemenata.

Sljedećeg dana, dok je hodala s majkom u bolničkom dvorištu, iznenada gubi svijest, pada na tlo uz ponovno trzanje nekarakterističnim pokretima ekstremiteta i jecanje. No prilikom dozivanja imenom djevojka primjetno manje trza tijelom i prestaje jecati. Tijekom mjerenja krvnog tlaka ruka joj se prestaje trzati. Opisani napadaj trajao je 5-10 minuta. Oči su joj bile otvorene tijekom cijelog napadaja, nije se ozljeđila prilikom pada niti bila cijanotična.

Ponovno su učinjene pretrage. Glikemija i EEG-zapis nakon deprivacije spavanja bili su uredni.

Dva dana kasnije, tijekom telefonskog razgovora ponovno gubi svijest, no ovaj put bez trzaja tijelom. Uskoro dolazi k svijesti, a ponovljene su pretrage opet uredne.

Postavljena je dijagnoza psihogenih neepileptičkih napadaja.

Tijekom sljedećih mjeseci provedena je intenzivna psihoterapija, nisu se zabilježile ponovne epizode PNES-a. Pod redovitom je kontrolom pedijatrijskog endokrinologa uz primjerenu regulaciju glikemije.

Rasprava

Konverzivni je poremećaj gubitak ili promjena u osjetilnim ili voljnim funkcijama, koje se ne mogu potpuno objasniti poznatim patofiziološkim mehanizmima.² Često se prezentira tzv. »pseudoepileptičkim konvulzijama«, no taj termin ne zadovoljava potpuno s obzirom na to da logično uključuje i konvulzije uzrokovane primjerice kardijalnom sinkopom, kao što bi i termin »psihogene konvulzije« uključivao epileptičke napadaje trigerirane primjerice tjeskobom ili čitanjem.^{6,7} Iz toga razloga u literaturi je prihvaćen termin »psihogeni neepileptički napadaji« (engl. psychogenic non-epileptic seizures – PNES) koji opisuju epizodne, paroksizmalne događaje koji klinički oponašaju epileptičke napadaje, no razlikuju se od njih s obzirom na to da nisu povezani s abnormalnim kortikalnim električnim pražnjenjem.^{1,8,9}

Pretpostavlja se da su rezultat nesvjesnoga psihološkog konflikta koji se simbolički prezentira tjelesnim simptomima da bi smanjili anksioznost i zaštitili samosvijest od stresnih emocija. Djetetovi tjelesni simptomi pružaju mu i sekundarnu dobit s obzirom na to da uloga bolesnog djeteta generira pojačanu pozornost i simpatiju odraslih. Također omogućuje djetetu da minimizira osobnu odgovornost za propuste i pomaže u održavanju svog samopoštovanja.^{10,11}

Studije su pokazale sličnost između PNES-a i psihogenih poremećaja motorike (engl. psychogenic movement disorder – PMD) gdje postoji razlika u prezentiranju simptoma, a velika podudarnost u psihološkom profilu, sklonosti somatizaciji, depresiji i anksioznosti.¹²

S obzirom na to da se PNES često pogrešno dijagnosticira kao epileptički napadaj, za kliničara je izuzetno relevantno uočiti ove značajke tijekom napadaja: nedostatak cijanoze, nema gubitka kontrole sfinktera, uredna reakcija zjenica na svjetlost, normalan plantarni refleks, nema ugriza jezika ni ozljede tijekom napadaja, razjedinjena i nefiziološka progresija napadaja, nema EEG-promjena za vrijeme konvulzivne krize, rezistencija na terapiju antiepileptičkim, promptni klinički i EEG-oporavak nakon generalizirane konvulzivne krize, bez porasta prolaktina u serumu, nema postiktalne dezorijentiranosti i pospanosti, pojava napadaja u prisutnosti određenih osoba, napadaj moguće izazvati sugestijom, promjena u semiologiji napadaja nakon promatranja napadaja kod druge djece. Posebnu pozornost zahtijeva diferencijalna dijagnoza između PNES-a i epilepsije frontalnog režnja.¹³

Kliničke značajke mogu pomoći, ali nisu zlatni standard za dijagnozu osobito u djece s komorbidityetom epilepsije.

Naše obje djevojčice tijekom opisanih napadaja nisu bile cijanotične, kontrolirale su sfinktere. Druga je pacijentica tijekom napadaja izgubila svijest, no prilikom pada nije se ozljeđila. Kod obje pacijentice semiologija napadaja nije se uklapala ni u jedan oblik epileptičkog napadaja s obzirom na to da su imale nekarakteristične bizarne pokrete bez ste-

reotipnih mioklonih kontrakcija. Obje su imale promptni klinički oporavak, bez postiktalne somolentnosti.

Prva je pacijentica hospitalizirana zbog dvoslika pa je i početna obrada bila u tome smjeru, no obradom smo isključili organski uzrok tog simptoma koji se i opisuje kao simptom u sklopu konverzjskog poremećaja.²

Postavljanje dijagnoze PNES-a dijagnostički je izazov i može biti izrazito teško osobito kod djece s epilepsijom. No pojavom videoelektroencefalografije (videoEEG) koja postaje zlatni standard u dijagnozi PNES-a smanjuje se broj djece s pogrešno dijagnosticiranom epilepsijom.^{14,15}

Prema literaturi, neke od glavnih značajki za kliničku dijagnozu PNES-a jesu: ženski spol, starija dob, bizarna semiologija napadaja, uredan EEG i uredne neuroslikovne pretrage.¹⁵ Kod naše prve pacijentice učinjen je MR mozga kojim smo isključili ishemijske, hemoragične i tumorske promjene, a uočena je cista pinealne žlijezde promjera 8 mm koja nije klinički relevantna.

Što se tiče distribucije spola, predominacija ženskog spola je kontroverzna, što je i objavljeno u studijama pedijatrijske populacije,^{17,18} dok u drugima nije potvrđena.^{14,19} Te razlike mogu se djelomično objasniti uključivanjem u studiju mlade djece predškolske dobi kada spolna dominacija nije relevantna kao u adolescenata i odraslih.

Wyllie i sur. pokazali su da se PNES pojavljuje kod djece između 8 i 10 godina. Prema tim autorima mlade djetete sa PNES-om može biti pogrešno dijagnosticirano kao epilepsija ili drugi psihogeni događaji kao što su parasomnije, hiperventilacija, respiratorne afektivne krize, sinkopa, poremećaj pokreta.^{14,20} S druge strane, epizode psihogenoga gubitka svijesti ili konvulzija zabilježene su kasnije u životu, do kraja prve dekade.^{17,18,21,22}

Studije na pedijatrijskoj populaciji pokazuju veću učestalost remisije u odnosu na odrasle, vjerojatno zbog kraćeg trajanja bolesti i psihopatologije, jer su i uzroci stresa različitiji u pedijatrijskih bolesnika nego u odraslih.^{23,24}

Iako su PNES relativno učestale, zabilježeno je relativno dugo vrijeme do postavljanja dijagnoze, s obzirom na to da se napadaji pogrešno dijagnosticiraju kao epileptogeni. U naša opisana dva slučaja vrijeme postavljanja dijagnoze trajalo je nekoliko dana, no važno je istaknuti da su se višekratno radili laboratorijski nalazi i EEG-zapis s obzirom na kliničku sliku koja ipak nije bila karakteristična za epileptički napadaj. Budući da je drugoj pacijentici utvrđena šećerna bolest, diferencijalno-dijagnostički u obzir je dolazila i hiperglikemija/hipoglikemija kao uzrok poremećaja svijesti, no u kasnijim napadajima razina glukoze u krvi bila je uvijek u referentnim vrijednostima, što je sugeriralo dijagnozu PNES-a.

Prisutnost kliničkih znakova koji su povezani s epileptičkim napadajem (ugriz jezika, ozljeda pri padu, inkontinencija) govorili bi protiv dijagnoze PNES-a. Međutim, studija deTimary i sur. pokazala je da je barem jedan od tih znakova zabilježen u 66% pacijenata kojima je definitivno postavljena dijagnoza PNES-a. Također abnormalni interiktalni EEG-zapis govorio bi u prilog epilepsiji, no ista studija je pokazala da 16% pacijenata sa PNES-om ima promijenjen interiktalni EEG.²⁵

Obje naše pacijentice imale su uredan interiktalni EEG-zapis, prva uredan i iktalni EEG. Uzimajući tu u obzir, kao i nekarakterističnu prirodu napadaja i učinjeni videoEEG kod prve djevojčice, postavili smo sumnju na PNES.

Psihološka obilježja koja upućuju na moguću psihogeni etiologiju napadaja jesu: anksioznost, depresija, ravnodušnost, somatizacijski poremećaj i nenormalna interakcija sa članovima obitelji.²⁶ Ovo posljednje zabilježeno je kod dru-

ge pacijentice. Također, psihološka i psihijatrijska procjena pokazala je poremećaj ponašanja i anksiozno-depresivno stanje zbog čega je započeta terapija antidepressivima te intenzivna psihoterapija.

Kod prve djevojčice daljnje praćenje PNES-a nije bilo moguće s obzirom na to da su roditelji izrazili negativan stav prema dijagnozi PNES-a zbog čega nisu dolazili na kontrolne preglede.

Ishod je bolji u odnosu na odrasle, vjerojatno zbog vanjskog uzroka u pedijatrijskoj populaciji, koji se lakše identificira i podložan je bržoj intervenciji.^{26,27}

Zaključak

Na PNES treba posumnjati kod djece s nekontroliranim napadajima atipične kliničke prezentacije, koji imaju teškoće u učenju, mentalnu retardaciju i anamnezu fizičkog ili seksualnog zlostavljanja.²⁸

Odgodena dijagnoza PNES-a koči djetetovo obrazovanje i golem je socioekonomski teret obitelji osobito ako se pogrešno dijagnosticira kao epilepsija i počne s uzimanjem antiepileptičkih lijekova. Iznimno je važna dobra procjena samog pacijenta i svih čimbenika rizika. Na temelju takve procjene u suradnji sa psihologom i psihijatrom treba postaviti plan liječenja koji uključuje kupiranje simptoma i identifikaciju uzročnog čimbenika. Redovitim praćenjem bolesnika retrogradno se može s velikom sigurnosti utvrditi stresni faktor koji je povezan s takvim ponašanjem djeteta.

LITERATURA

- Holmes GL, Sackellares JC, McKiernan J i sur. Evaluation of childhood pseudoepilepsies using EEG telemetry and videotape telemetry. *J Pediatr* 1980;97:554-8.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. izd. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Kotagal P, Costa M, Wyllie E, Wolgemuth B. Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents. *Pediatrics* 2002;110:E46.
- Ritter FJ, Kotagal P. Non-epileptic seizures in children. U: Gates JR, Rowan AJ, ur. Non-epileptic seizures. Boston: Butterworth & Heinemann 2000:95-110.
- Vincintis S, Valente KD, Thome-Souza S, Kuczyński E, Fiore LA, Negro N. Risk factors for psychogenic nonepileptic seizures in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2006;8(1):294-8.
- Trimble M. Pseudoepilepsies. *Neurol Clin* 1986;4:531-48.
- Scull D. Pseudoepilepsies or PNES (NES); 15 synonyms [letter]. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997;62:200.
- Okara C, Dreiffuss FE. Differential diagnosis in pseudoepileptic seizures. *Epilepsia* 1993;34:294-8.
- Leser RP. Psychogenic seizures. *Neurology* 1996;46:1499-507.
- Maisani M, Freeman JM. Conversion reaction in children as body language: A combined child psychiatry / neurology team approach to the management of functional neurologic disorders in children. *Pediatrics* 1987;80:46-52.
- Organista PB, Miranda J. Psychosomatic symptoms in medical outpatients: An investigation of self-handicapping theory. *Health Psychol* 1991;10:427-31.
- Hopp JL, Anderson KE, Kramholz A, Gruber-Baldini AL, Shulman LM. Psychogenic seizures and psychogenic movement disorders: Are they the same patients? *Epilepsy Behav* 2012;25(4):666-9.
- Mostacci B, Bisulli F, Avvisi L, Licchetta L, Baruzzi A, Tinuper P. Ictal characteristics of psychogenic nonepileptic seizures: what we have learned from video/EEG recordings – a literature review. *Epilepsy Behav* 2011;22(2):144-53.
- Wyllie E, Friedman D, Rothner D i sur. Psychogenic seizures in children and adolescents: outcome after diagnosis by ictal video and electroencephalographic recording. *Pediatrics* 1990;85:480-4.
- Boon PA, Williamson PD. The diagnosis of pseudoepilepsies. *Clin Neurol Neurosurg* 1993;95:1-8.
- Kramholz A. Nonepileptic seizures: diagnosis and management. *Neurology* 1999;53(Suppl 2):S76-83.
- Lancman ME, Lambrikis CC, Steinhardt MI. Psychogenic pseudoepilepsies: a general overview. U: Ettinger AB, Kanner AM, ur. Psychiatric issues in epilepsy. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2001, str. 341-54.

18. *Lancman ME, Asconape JJ, Graves S, Gibson PA.* Psychogenic seizures in children: long-term analysis of 43 cases. *J Child Neurol* 1994; 9(4):404-7.
19. *Pakalnis A, Paolicchi J.* Psychogenic seizures after head injury in children. *J Child Neurol* 2000;15(2):78-80.
20. *Wyllie E, Friedman D, Luders H, i sur.* Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology* 1991;41:742-4.
21. *Gummit RJ.* Psychogenic seizures. U: *Wyllie E, ur.* Treatment of epilepsy: principles and practice. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2001, str. 699-703.
22. *Weisbrot D, Ettinger AB.* Psychiatric aspects of pediatric epilepsy. U: *Ettinger AB, Kanner AM, ur.* Psychiatric issues in epilepsy. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2001, str. 127-46.
23. *Pakalnis A, Drake ME, Phillips BB.* Neuropsychiatric aspects of psychogenic status epilepticus. *Neurology* 1991; 41:1104-6.
24. *Dickinson P, Looper KJ.* Psychogenic nonepileptic seizures: a current overview. *Epilepsia* 2012;53(10):1679-89.
25. *de Timary P, Fouchet P, Sylon M, Indriets JP, de Barsy T, Lefebvre A i sur.* Non-epileptic seizures: delayed diagnosis in patients presenting with electroencephalographic (EEG) or clinical signs of epileptic seizures. *Seizure* 2002;11:193-197.
26. *Irwin K, Edwards M, Robinson R.* Psychogenic non-epileptic seizures: management and prognosis. *Arch Dis Child* 2000;82: 474-8.
27. *Durrant J, Rickards H, Cavanna AE.* Prognosis and outcome predictors in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Res Treat* 2011;2011: 274736.
28. *Betts I, Boden S.* Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part II. Previous childhood sexual abuse in the aetiology of these disorders. *Seizure* 1992; 1(1):27-32.

* * *

Vijesti

News



HRVATSKO DRUŠTVO OBITELJSKIH DOKTORA
HRVATSKOGA LJEČNIČKOG ZBORA

u suradnji s DOMOVIMA ZDRAVLJA ISTRE

pod pokroviteljstvom

Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske
i Poglavarstva Istarske Županije

organizira

XIII. KONGRES HDOD HLZ-a

na teme

1. Gastrointestinalne bolesti u obiteljskoj medicini
2. Preventivna zdravstvena zaštita u novom sustavu ugovaranja
3. Naša iskustva i problemi s konzilijarnim pregledima
4. Slobodne teme

PRVA OBAVIJEST

Kongresna dvorana hotela Istra – Crveni otok Rovinj
Rovinj, 3.-5. listopada 2013.

Voditelj skupa: prim. mr. sc. Bruno Mazzi, dr. med.; tel./fax 052 846 878; mob.098 224 900
Rezervacije: Hotel Istra **** Crveni otok Rovinj, tel.052 802 564, fax.052 813 484

Kotizacija: za članove 800, za ostale 1000, za pratnju 200. Ako niste bili na ovogodišnjem kongresu,



