

Kasuistik

Funktionelle anfald hos en fireårig

Simone Abildgaard Tøt-Strate^{1, 2}, Jette Asmussen^{1, 2} & Ditte Roth Hulgaard^{2, 3, 4}

1) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Syddanmark, Psykiatrien i Region Syddanmark, 2) Forskningsenhed for børne- og ungdomspsykiatri, Klinisk Institut, Syddansk Universitet, 3) Psykiatrisk forskningsenhed Sydvest, Institut for Regional Sundhedstjenesteforskning, SDU, 4) Børne- og ungeafdelingen, Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt

Ugeskr Læger 2025;187:V07240459. doi: 10.61409/V07240459

Funktionelle anfald (FA) kan forekomme med et bredt spektrum af anfaldsfænomener, der kan ligne epileptiske anfald [1].

Ætiologien bag FA er kompleks og menes at være multifaktorielt udløst af både biologiske, psykologiske og sociale faktorer, som er af betydning for både udvikling og vedligeholdelse af FA.

Der er usikkerhed om forekomsten af FA blandt børn og unge, men i Danmark er en incidens på 2,4 pr. 100.000 børn og unge i alderen 5-17 år rapporteret [2]. Kun få tilfælde af FA hos børn under fem år er tidligere beskrevet [1, 3].

SYGEHISTORIE

En dreng på fire år og en måned blev indlagt på børneafdelingen med mistanke om krampetilfælde. Han var tidligere diagnosticeret med to tilfælde af feberkrampe, ellers i det væsentlige rask. Mater var kendt med et enkelt krampetilfælde tidligere, derudover fandtes ingen disposition til epilepsi.

Der blev beskrevet svære psykosociale belastninger, herunder problematisk forældre-barn-relation, forældres separation og grov mobning i børnehaven. Efter en episode i børnehaven med uforståelig tale, manglende evne til at støtte på benene og ukontaktbarhed blev drengen indlagt på en børneafdeling. Der var ingen umiddelbar trigger inden anfaldet. Ved ankomst til afdelingen var symptomerne remitteret, og efter observation blev han udskrevet velbefindende til ambulant udredning (**Figur 1**). Ambulant EEG var normalt.

FIGUR 1 Oversigt over rapporterede anfald, undersøgelser, behandling og diagnostik.

Rapporterede anfald, n	Tid	Undersøgelser/behandling	ICD-10-diagnoser
10	Okt-dec 2015	1-1-2, indlæggelse i pædiatrisk regi/ambulant kontakt, observation i pædiatrisk modtagelse, 1 x normal EEG, valproat	DG409 ^b /DG403 ^c
17	Jan-mar 2016	1-1-2, Indlæggelse i pædiatrisk regi, valproat, oxcarbazepin, midazolam, diazepam, 2 x normal EEG, 1 x normal MRC, henvisning til Filadelfia ^a på baggrund af epilepsi	DG403/DG409
2	Apr-jun 2016	Indlæggelse på Filadelfia ^a , ambulante kontakter i pædiatrisk regi, 1 x normal EEG	DG409
0	Jul-sep 2016	Ambulante kontakter i pædiatrisk regi	DG409
41	Okt-dec 2016	1-1-2, Indlæggelse i pædiatrisk regi, observation i pædiatrisk modtagelse, midazolam, diazepam, 1 x normal EEG, seponering af al antiepileptisk medicin	DR252A ^d /DG409/ DR568D ^e /DR560 ^f / DR559 ^g
22	Jan-mar 2017	1-1-2, midazolam, Indlæggelse i pædiatrisk regi, observation i pædiatrisk modtagelse, 2 x normal EEG, henvisning til Filadelfia ^a til vurdering af anfald. Anbefaling om reduktion af belastninger og andre vedligeholdende faktorer	DR560/DF442 ^h
8	Apr-jun 2017	1-1-2, midazolam, indlæggelser i pædiatrisk regi, observation i pædiatrisk modtagelse, 1 x normal EEG, ambulante kontakter i pædiatrisk regi, ambulant kontakt med Filadelfia ^a , al antiepileptisk medicinsk behandling stoppes, og drengen henvises til børne- og ungdomspsykiatrisk afd.	DF442
5	Jul-sep 2017	1-1-2, midazolam, indlæggelse i pædiatrisk regi, netværksmøde med skole og Filadelfia ^a	DR252A/DF442
14	Okt-dec 2017	1-1-2, indlæggelse i pædiatrisk regi, ambulante kontakter pædiatrisk regi, afsluttes fra Filadelfia ^a	DF442 /DR560
9	Jan-mar 2018	1-1-2, indlæggelse i pædiatrisk regi, observation i pædiatrisk modtagelse	DF442/DR568G ⁱ
9	Apr-jun 2018	1-1-2, indlæggelse pædiatrisk regi, observation i pædiatrisk modtagelse, familierapi i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, netværksmøde med behandlere på børne- og ungdomspsykiatrisk afd., forældre, skolelærere og sagsbehandler	DR568G
3	Jul-sep 2018	Familierapi i børne- og ungdomspsykiatrisk regi, ambulante kontakter i pædiatrisk regi.	DF458 ^j
5	Okt-dec 2018	1-1-2, indlæggelse i pædiatrisk regi/ambulant kontakt, familierapi i børne- og ungdomspsykiatrisk regi	DR568G/DF458
10	Jan-mar 2019	Familierapi i børne- og ungdomspsykiatrisk regi med efterfølgende afslutning	DF458
0	Apr 2019 – mar 2020	Ingen anfald, afsluttes fra pædiatrisk regi	DF458/DR568G

FA = funktionelle anfald; MRC = MR-skanning af cerebrum.

a) Epilepsihospitalet Filadelfia og Center for Neurorehabilitering.

b) Epilepsi, uspecificeret.

c) Generaliseret idiopatisk epilepsi.

d) Krampes, uspecificeret.

e) Konvulsioner, uspecificeret.

f) Feberkrampes.

g) Besvimelse eller kollaps.

h) Dissociativ stupor.

i) Nonpileptiske anfald.

j) Anden somatoform tilstand. Skift i diagnosekode for FA skyldes formentlig manglende konsensus om brug af diagnosekoder for FA på tværs af specialer.

Over måneder udviklede drengen flere anfald af længere varighed og med varierende kliniske præsentationer, herunder sammenfald/stivhed i kroppen, tonisk-kloniske krampes i ekstremiteterne, ukontaktbarhed, træg pupilrespons, øget kæbetonus og postiktal fase. Et enkelt anfald beskrives med fæces- og urinafgang, hvor overflytning til intensivafdeling blev overvejet på grund af mistanke om langvarig status epilepticus.

Drengen begyndte at klage over ekstremitetssmerter forud for anfaldene, hvis varighed steg op til 11 timer. Der blev sjældent observeret anfald på hospitalet, og det lykkedes ikke at optage video af det. 85% af anfaldene skete i børnehaven uden postiktal fase, og drengen kort efter anfald fremstod habituel.

I det pædiatriske forløb var der kontakt til akut lægebil 41 gange, 23 pædiatriske vurderinger/observationer, otte ambulante fremmødekontakter, 41 indlæggelser, 31 telefoniske kontakter, og der blev 25 gange givet akutmedicin præhospitalt (midazolam/diazepam). Derudover udførtes syv EEG (herunder søvn-EEG og video EEG) samt MR-skanning af cerebrum, som alle var normale.

To måneder efter første indlæggelse opstartedes antiepileptisk behandling med valproat og efterfølgende tillæg af oxcarbazepin. Der blev givet anfaldsbrydende behandling med midazolam. Da mistanken om epilepsi blev afkræftet, afsluttedes forløbet på Filadelfia, antiepileptisk medicin blev udtrappet, og anfaldsbrydende medicin blev kun anbefalet ved tydelige generaliserede kramper. 1,2 år efter første anfald konkluderes det, at der var tale om FA (Figur 1).

Der blev afholdt netværksmøde i pædiatrisk regi, og familiesamtaler indledtes på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, hvor der blev arbejdet med psykoedukation og reduktion af belastninger. Der fandtes ikke indikation for yderligere psykopatologisk udredning. Hyppigheden af anfald aftog, og størstedelen blev håndteret hjemme eller med kortvarig kontakt til hospital. Drengen blev afsluttet fra børnepsykiatrisk og pædiatrisk regi efter 11 måneders anfaldsfrihed.

Diskussion

Hos børn debuterer FA oftest fra ca. tiårsalderen [2, 3] og ses generelt hyppigere hos piger. Hos yngre børn beskrives en mere ligelig kønsfordeling [3] og mere diskrete symptomer, hvilket kan vanskeliggøre differentieringen fra epileptiforme anfald [3]. I sygehistorien beskrives tilfælde med fæces- og urinafgang samt et tilfælde med mistanke om status epilepticus. Begge dele kan forekomme under FA, men mindre hyppigt end ved epilepsi [3, 4].

Udredningen i denne sygehistorie stemmer overens med anbefalinger for udredning af FA, herunder grundig anamnese, beskrivelse af anfaldskarakteristika og afdækning af mulige belastninger. Dertil anbefales video-EEG og videooptagelse af anfald [4, 5]. I sygehistorien lykkedes det ikke at optage video af drengens anfald, og ligeledes lykkedes det ikke at udføre EEG under et anfald.

Det anbefales at behandle FA hos børn og unge via psykoedukation til familie og netværk, herunder med en plan for håndtering af anfaldene. Derudover anbefales også psykologisk behandling tilpasset barn og familie [5].

Denne sygehistorie demonstrerer de udfordringer, FA frembyder ved identifikation og differentiering fra epilepsi med øget risiko for overudredning og behandling. Små børn med FA synes at være særligt svære at identificere.

Korrespondance *Simone Abildgaard Tøt-Strate*. E-mail: simone.abildgaard@rsyd.dk

Antaget 12. november 2024

Publiceret på ugeskriftet.dk 13. januar 2025

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelser *Lars Kjærsgaard Hansen*, overlæge, H.C. Andersen Børne- og Ungehospital, Odense Universitetshospital og *Lone Walentin Laulund*, overlæge, H.C. Andersen Børne- og Ungehospital, Odense Universitetshospital takkes for bemærkninger til kasuistikken

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V07240459

doi 10.61409/V07240459

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Functional seizures in a 4-year-old

Functional seizures (FS) involve attacks resembling epilepsy-related seizures but without abnormal electric activity in the brain. The resemblance to epilepsy makes FS difficult to diagnose. In this case report, we present a 4-year-old boy suffering from FS. Elimination of seizures was reported after 4 years with 7 normal EEGs, 1 normal MRI of the cerebrum, several inefficient anticonvulsives, numerous pediatric in- and outpatient treatment, and family-based treatment. Conclusively, FS should be kept in mind as a rare cause of seizures in young children and family-based treatment may be relevant.

REFERENCER

1. Operto FF, Coppola G, Mazza R et al. Psychogenic nonepileptic seizures in pediatric population: a review. *Brain Behav.* 2019;9(12):e01406. <https://doi.org/10.1002/brb3.1406>
2. Hansen AS, Rask CU, Rodrigo-Domingo M et al. Incidence rates and characteristics of pediatric onset psychogenic nonepileptic seizures. *Pediatr Res.* 2020;88(5):796-803. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0945-z>
3. Patel H, Blake H, Dunn D. Psychogenic nonepileptic seizures in children and adolescents. *Indian Pediatr.* 2021;58(3):259-265
4. Wichaidit BT, Rask CU, Østergaard JR. Diagnostik af funktionelle anfald hos børn og unge. *Ugeskr Laeger.* 2014;176(18):V10130613
5. Reilly C, Jette N, Johnson EC et al. Scoping review and expert-based consensus recommendations for assessment and management of psychogenic non-epileptic (functional) seizures (PNES) in children: a report from the pediatric psychiatric issues task force of the international league against epilepsy. *Epilepsia.* 2023;64(12):3160-3195. <https://doi.org/10.1111/epi.17768>