

ZE ZAHRANIČNÍHO TISKU

Výsledný stav ischemického iktu. Rasové rozdíly v klinické studii s danaparoidem u akutního iktu (TOAST)

Při srovnání s americkými bělochy je u Afroameričanů dvojnásobné riziko výskytu mozkových iktů a toto riziko je ještě vyšší u mladších věkových skupin. Přes tuto vysokou incidenci CMP jsou Afroameričané v klinických studiích zaměřených na problematiku iktu zastoupeni pouze 2–30 %. Důvodem tak malé účasti v klinických studiích této vysoce rizikové subpopulace v USA je určitá nedůvěra zdravotnického personálu k americkým černochům, komunikační bariéry, ekonomické faktory i sociální izolace. Autoři se pokusili vyhodnotit rozdíly v rizikových faktorech mezi bělošskou a černošskou populací v USA v rámci studie TOAST (nízko-molekulární heparin – danaparoid – v léčbě akutního iktu). Tato studie se totiž zúčastnilo 292 Afroameričanů (27 % souboru) a 810 bělochů. U nemocných, kterým byl nasazen danaparoid v prvních 24 hodinách po vzniku iktu, byly posuzovány také další parametry – demografická data, prodělané i současně se vyskytující nemoci, předchozí ikty, výsledky fyzikálního i neurologického vyšetření, počítačová tomografie mozku i laboratorní hodnoty. Afroameričané byli mladší, častěji se u nich vyskytovala hypertenze, diabetes mellitus, městnavá srdeční slabost a předchozí ikty. Dále se u nich zjistil vyšší průměrný diastolický krevní tlak, měli více lakunárních iktů a těžší disabilitu již před hodnoceným iktem. Mezi černochy a bělochy však nebyly prokázány rozdíly v úrovni výsledného stavu 7 dnů po iktu, podíl nežádoucích příhod či výskyt závažného krvácení či hemoragické transformace malatického iktu. Mezi bělošským podílem účastníků studie TOAST však byla prokázána tendence k výskytu „lepšího výsledného stavu“ pro 7. den. Nebyly prokázány rozdíly pro velmi úspěšný výsledný stav po 3 měsících a pouze pro kategorii „úspěšný výsledný stav“ (favorable outcome) byl signifikantně vyšší podíl bělochů.

I když se mezi Afroameričany vyskytuje podstatně více rizikových faktorů (s výjimkou hypercholesterolemie – ta se více vyskytovala u bělochů – 27,5 %: 15,4 %), přesto je výsledný stav po iktu téměř stejný jako u bělošské populace. Snad právě mladší věk a větší podíl lakunárních iktů jsou těmi faktory, které se nejvíce podílejí na úspěšném zvládnutí iktu u této rizikovější černošské populace USA.

Hassaballa H, Gorelick PB, West CP, Hansen MD, Adams HP. Neurology 2001; 57: 691–697. MUDr. Edward Ehler, CSc.

Akutní léčba iktu: jsou „stroke units“ příčinou rozdílu?

Mozkový iktus je již v medicíně obecně uznávanou akutní příhodou, která vyžaduje jak adekvátní organizaci péče o tyto akutně nemocné (rozpoznání iktu – osvěta, transport do příslušně vybavené nemocnice, kapacity a přístupnost diagnostických i léčebných segmentů), tak i intenzivní léčbu v průběhu akutního stádia. Zpočátku byli nemocní s akutními ikty léčeni na neurologických (ale také interních a kardiologických) jednotkách intenzivní péče. V průběhu 70-tých let se podle vzoru koronárních jednotek

vytvořily první iktové jednotky (stroke units – SU) a v 90. letech se začal vytvářet specializovaný tým zdravotníků, který se zabývá léčbou akutních iktů – stroke team (ST). Organizace SU je definována prostorově (vlastními místnostmi), kapacitou diagnostických a terapeutických služeb po 24 hodin denně a zejména vyčleněnými zdravotníky. Základem péče o nemocné s ikty na SU je neurolog, dále proškolené a specializované zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci (včetně logopedické péče) a k dosažení po 24 hodin musí být kardiolog, neuroradiolog, eventuálně neurochirurg a cévní chirurg.

ST je definován specializovanými zdravotníky, kteří jsou vyčleněni pro léčbu akutních iktů a spolu navzájem při diagnostických i terapeutických úkonech spolupracují. Přitom nemocní s iktem mohou být hospitalizováni na různých odděleních a jednotkách. V případě ST se jedná o organizaci a nikoliv o přidělení prostoru, místnosti.

Autoři (z neurologické univerzitní kliniky v Madridu) hodnotí jak klasickou SU s podmínkami intenzivní péče (včetně metabolických a cirkulačních parametrů, ventilace), tak i novou koncepci „non-intensive-care-SU“. Také péče poskytovaná na této SU bez parametrů intenzivní péče vede ke statisticky průkazné redukci mortality a zkrácení dlouhodobé hospitalizace, jakož i ke zlepšení výsledného stavu nemocných po iktu. Vše je ve srovnání s péčí na běžném lůžkovém oddělení (neurologickém či interním). Ve své studii pak posoudili také efektivitu ST pro nemocné s iktem, kteří byli hospitalizováni na neurologickém oddělení. Sekvenční analýzou porovnali péči na SU a pomocí ST. U nemocných léčených na SU (bez parametrů intenzivní péče) byla statisticky významně zkrácena doba hospitalizace, snížen výskyt komplikací, sníženy náklady akutní léčby, zlepšen výsledný funkční stav nemocných i snížen podíl nemocných, kteří vyžadovali překlad do zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče. Celkem bylo ve studii 1 491 nemocných s iktem, kteří byli hospitalizováni v průběhu 3 let. Autoři zdůrazňují, že v léčbě iktů je efektivní SU a nikoliv ST.

Díez-Tejedor E, Fuentes B. Cerebrovasc Dis 2001; 11 (suppl 1): 31–39. MUDr. Edward Ehler, CSc.

Klinická charakteristika a prognóza syndromu

Miller – Fisher

Millerův a Fisherův syndrom (MFS) je charakterizován klinickou triádou skládající se z oftalmoplegie, ataxie a areflexie. Jedná se o variantu syndromu Guillaina a Barrého (GBS). Protože se MFS vyskytuje zřídka, existují tedy jen nečetné studie, které se zabývají frekvencí a obrazem jednotlivých příznaků, patofyziologií i prognózou tohoto zajímavého syndromu. Japonští autoři shromáždili 50 nemocných, kteří vyhovovali kritériím MFS. Z nich bylo 28 léčeno imunoterapií. V klinickém obraze se kromě klasické triasy vyskytovaly často i abnormality zornic, blefarooptóza i léze lícinního nervu. Naopak nebyly přítomny poruchy citlivosti, a to přes výraznou přítomnost ataxie. Nemocní s MFS mají dobrou prognózu a většina z nich se zcela upraví.

Incidence MFS se v Evropě a USA odhaduje na 1–5 %, zatímco na Taiwanu tvoří 19 % a v Japonsku 25 % nemocných s různými formami GBS. Přitom incidence GBS je na celém světě stejná. Z imunologického hlediska je typická produkce protilátek proti gangliosidům GQ1b a lipopolysacharidům *Campylobacter jejuni*. Avšak většina nemocných s MFS nasedá na infekce horních dýchacích cest a nikoliv na zažívací poruchy. V průběhu plazmaferézy se u několika nemocných s MFS objevila léze lícního nervu, která nereaagovala na imunosupresivní léčbu. U nemocných byla přítomna výrazná ataxie, ale přitom povrchní a většinou i hluboká citlivost byly zcela normální. Část autorů předpokládá lézi aferentních vláken ze svalého vřetenka. U MFS se však jedná nejspíše nejen o zánětlivé poškození periferních nervů, ale také mozkového kmene a mozečku. Příznaky MFS začínají mizet po 1–3 měsících a po 6 měsících již jen velmi malé procento nemocných má neurologické potíže.

Mori M, Kuwabara S, Fukutake T, Yuki N, Hattori T. Neurology 2001; 56: 1104–1106. MUDr. Edward Ehler, CSc.

Cerebrální žilní trombóza a intrakraniální hypertenze bez edému papil zrakového nervu u chronické denní bolesti hlavy

Chronická denní bolest hlavy (CDH) je syndrom charakterizovaný denní či téměř denní bolestí hlavy, která zahrnuje transformovanou migrénu, chronickou tenzní cefaleu, trvalou hemikranii i denní perzistentní bolest hlavy. CDH je celosvětovým problémem. Podle novějších údajů se vyskytuje až u 5 % obyvatelstva. U těchto nemocných je v posledních letech opakovaně prokazována idiopatická intrakraniální hypertenze bez edému papil (IHWOP), a to na podkladě měření tlaku moku při lumbální punkci. U idiopatického syndromu IHWOP se nevyskytuje edém papil ani žádné další neurologické onemocnění. Přesto se nyní u těchto nemocných opakovaně popisují cerebrální venózní trombózy (CVT), a to na podkladě cerebrální venografie či MR venografie (MRV).

Ve své studii se italští autoři pokusili prokázat CVT u nemocných s IHWOP. U svých 114 nemocných s CDH provedli lumbální punkci a MRV. Tatáž vyšetření byla zhotovena u 28 zdravých kontrolních jedinců. U všech 28 dobrovolníků byly nálezy při lumbální punkci i MRV v normě. U 103 ze 114 nemocných s CDH byla MRV normální. U 27 byla provedena lumbální punkce s normálním nálezem. Jedenáct nemocných mělo na MRV trombózu jednoho či obou příčných splavů.

U této skupiny 11 nemocných byl tlak mozkomíšního moku vyšší. Nejvyšší tlak moku byl u 5 nemocných s oboustrannou trombózou sinus transversus. Avšak denní profil bolesti hlavy se nelišil mezi skupinami s trombózou jednoho či obou příčných splavů či nemocných bez prokázané žilní intrakraniální trombózy. Závěrem autoři shrnují, že mozková žilní trombóza se vyskytuje u 9,6 % nemocných s CDH. Proto by měli být nemocní s CDH vyšetřeni jak MRV, tak by se měla provést lumbální punkce s tenzimetrií moku.

Quattrone A, Bono F, Olivieri RL, Gambardella A, Pirritano D. Neurology 2001; 57: 31–36. MUDr. Edward Ehler, CSc.

Účinky oboustranné stimulace subthalamického jádra na parkinsonskou chůzi

Oboustranná stimulace subthalamického jádra (STN) vede k úpravě chůze a freezingu v obdobném stupni jako L-Dopa (na podkladě hodnocení škálou UPDRS). Je redukován čas nutný k provedení testu stoj-chůze-sed. Oboustranná chirurgická léze či stimulace jak vnitřního pallida (Gpi) tak STN je nutná ke zlepšení axiálních příznaků jako jsou poruchy chůze u parkinsoniků. Dosud však chybí studie, která by kvantifikovala efekt stimulace STN na chůzi u nemocných s Parkinsonovou nemocí.

Po několika letech léčby se freezing stává rezistentní na L-Dopu. V dostupných studiích zatím nebylo zhodnoceno, zda L-Dopa-rezistentní freezing má příznivou odpověď na STN stimulaci. Protože se všeobecně předpokládá, že předoperační odpověď na podání L-Dopy předpovídá klinický efekt po STN stimulaci, soustředil se zájem autorů na nemocné, kteří měli poruchy chůze s těžkým freezingem dokonce i na vrcholu „on“ efektu léčby před plánovanou operací.

Autoři (Kiel, SRN) pečlivě vyhodnotili 9 parkinsoniků před operací. Hodnotili rychlost chůze, kadenci, délku kroků a kinematiku chůze. Po bilaterální stimulaci STN došlo ke zvýšení rychlosti chůze a prodloužení délky kroků. Tyto parametry jsou kompatibilní s efektem nadprahové dávky L-Dopy. Přitom je délka kroků více zlepšována L-Dopou a naopak kadence kroků STN stimulací. U dvou nemocných s freezingem v „on“ fázi selhala i stimulace STN a nedošlo ke zmírnění tohoto obtížného příznaku.

Stolze H, Klebe S, Poepping M, Lorenz D, Deuschl G. Neurology 2001; 57: 144–146. MUDr. Edward Ehler, CSc.