

ZE ZAHRANIČNÍHO TISKU

Manipulační léčba krční páteře je nezávislým rizikovým faktorem pro disekci vertebrální arterie

Přibližně 16–19 % iktů u mladších osob je způsobeno spontánní disekcí krčních arterií. Tyto disekce jsou často provázeny bolestí šíje či hlavy. Opravdová incidence není známa, protože disekce většinou nevede k rozvoji neurologických příznaků. Incidence disekce se odhaduje na 2,6 případů na 100 000 obyvatel. Většina spontánních disekcí je idiopatická. Existuje však celá řada stavů, které disponují ke vzniku disekce cervikální tepen – fibromuskulární dysplazie, syndrom Ehlers-Danlos typ IV, mutace genu pro kolagen, cystická mediální nekróza. I když je známo, že závažné kraniocerebrální poranění může být provázeno tepennou disekcí, není zřejmé, zda i malé trauma či náhlé pohyby hlavy a krku mohou tyto disekce způsobit. Z dosavadních studií není jasné, zda nemocní s disekcí krčních tepen vyhledávají manipulační léčbu krční páteře (MLKP) či MLKP sama o sobě je příčinou disekce.

Autoři studie se snažili zjistit, zda MLKP je nezávislým rizikovým faktorem pro arteriální disekci. Autoři vyčlenili skupinu 151 nemocných ve věku pod 60 let s prokázanou disekcí cervikálních tepen a ischemickým iktem či TIA, kteří byli léčeni v rozmezí let 1995–2000 ve dvou akademických centrech. Kontrolní skupinu tvořilo 306 nemocných s TIA či ischemickým iktem, přiřazených na podkladě věku a pohlaví. Nemocní byli kontaktováni a vyplnili dotazník. Zdravotnická dokumentace nemocných byla znovu vyhodnocena dvěma nezávislými odborníky. Po zhodnocení a vyřazení nemocných a kontrol s neúplnou dokumentací bylo hodnoceno 51 nemocných s disekcí (41±10 let, 59 % byly ženy) a 100 kontrolních nemocných (44±9 let, 58 % ženy). Po statistickém zhodnocení měli nemocní s disekcí větší výskyt MLKP v průběhu 30 dnů před vznikem CMP (14 % proti 3 %), měli častěji bolesti hlavy či krku, předcházející rozvoji iktu (76 : 40 %) a častěji konzumovali alkohol (76 : 57 %). MLKP je tedy nezávislý rizikový faktor pro arteriální disekci krčních tepen. Zvýšení bolesti v šíji po manipulaci vyvolává podezření na disekci cervikálních arterií.

*Smith WS, Johnston SC, Skalabrin EJ, Weaver M, Azari P, Albers GW, Gress DR. Neurology 2003; 60: 1424–1428.
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.*

Kolaterální oběh a ischemické léze mozku u nemocných s jednostranným uzávěrem karotidy

Nejčastější příčina cerebrálních infarktů u nemocných s uzávěrem vnitřní karotidy (ICA) není známá. Může se jednat jak o hemodynamicky podmíněné ischemie při poklesu TK, tak o embolizace do mozkových tepen či o kombinaci obou těchto mechanismů. V patogenezi těchto příhod hraje důležitou úlohu kolaterální oběh, a to jak z kontralaterální hemisféry pomocí přední komunikanty (ACoA), tak i ze zadního mozkové řečiště (PCoA). Pokud nestačí tento kolaterální oběh, pak nastupují sekundární kolaterály – obrací se tok v a. ophthalmica (OphthA) a otevírají se rovněž leptomeningeální spojky. Skutečný přínos těchto sekundárních kolaterál není jasný, ale jejich přítomnost svědčí pro deterioraci hemodynamiky mozkové hemisféry. U primárních kolaterál není prokázáno, zda z hemodynamického hlediska dodají dostatečné množství krve mozku, a kterému typu ischemie dovedou zabránit.

Autoři studie se snažili prokázat primární i sekundární kolaterály ve vztahu k prevalenci a objemu ischemických lézí u nemocných s uzávěrem ICA.

Soubor tvořilo 68 nemocných s uzávěrem ICA a čerstvou ischemickou CMP, kteří byli postupně přijímáni na Neurologickou kliniku v Utrechtu. U všech nemocných byla provedena MR mozku a vypočítáno volum ischemických lézí. Intrakraniální kolaterální oběh byl posouzen MR angiografií, DSA a transkrální dopplerometrií (TCD). Přítomnost oběhu přes ACoA byla spojena s redukcí prevalence a volumu ischemických lézí v oblasti vnitřních hraničních zón, a to v hemisféře s okluzí ICA. Nepřítomnost kolaterálního oběhu přes Willisův okruh byla spojena se zvýšením prevalence i objemu ischemických lézí ve vnitřních hraničních zónách. Nebyl nalezen vztah mezi kolaterálním tokem přes Willisův okruh a periventrikulárními lézemi, lakunárními, teritoriálními či externími hraničními zónami. Nebyl prokázán vztah mezi kolaterálním oběhem přes OphthA či leptomeningeální cévy a prevalencí či objemem vnitřní hraničních zón či jinými typy mozkové ischemie.

*Bisschops RHC, Klijn CJM, Kappelle LJ, van Huffelen AC, Grond J. Neurology 2003; 60: 1435–1441.
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.*