

ZE ZAHRANIČNÍHO TISKU

Typy hemodynamických změn hodnocené pomocí transkraniální barevné duplexní sonografie po STA-MCA by-passu pro uzávěr vnitřní karotidy

Extrakraniální-intrakraniální by-pass (EC-IC) – tato chirurgická metoda se již před mnoha lety užívala pro léčbu nemocných s úplným uzávěrem vnitřní karotidy. Je ovšem obtížné předpovídat, jakým způsobem přítok krve do nitrolební přes spojku přispěje ke stabilizaci intrakraniální cirkulace. Japonští autoři vyšetřovali nemocné pomocí transkraniální barevné duplexní sonografie (TCCD) po operaci – STA-MCA by-passu a snažili se určit přínos takto arteriálně přivedené krve pro perfuzi mozku – u 10 nemocných. Své nemocné mohli rozdělit do 3 skupin. Ve skupině A byla perfuze celé oblasti MCA (a. cerebri media) kompletně závislá na EC-IC. Vzorec B představovali ti nemocní, jejichž segment M2 byl závislý na krvi převedené EC-IC a segment M1 byl přítom na by-passu nezávislý. Při typu C byla celá oblast MCA zásobena krví z kontralaterálního karotického řečiště pomocí kolaterál a EC-IC bypass u těchto nemocných neměl žádnou hemodynamickou funkci.

Chybění kolaterálního toku přes a. communicans anterior a vzorec 3 cerebrální perfuze (redukovaný regionální průtok a redukovaná regionální vazoreaktivita) mohou představovat hemodynamickou situaci, kdy bude EC-IC by-pass hemodynamicky významný. TCCD je jednoduchou a neinvazivní metodou hodnotící interkranální hemodynamiku po operaci EC-IC by-passu.

*Umemura A, Yamada K, Masago A, Kanda Y, Matsumoto T, Shimazu N. Cerebrovasc Dis 2002; 14: 143-147.
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.*

Dlouhodobé riziko mozkového iktu a jiných vaskulárních příhod u nemocných s asymptomatickou stenózou karotidy

Arterioskleróza v oblasti vnitřní krkavice je příčinou 20–30 % všech ischemických cévních mozkových příhod (CMP). Klinické studie dokončené v posledních letech prokázaly větší efektivitu karotické endarterektomie (CEA) ve srovnání s medikamentózní léčbou u nemocných s předchozí ischemickou CMP. Avšak role CEA u asymptomatické stenózy karotidy představuje stále kontroverzní problém. Částečně proto, že není přesně zmapován přirozený průběh rozvoje cerebrovaskulárních projevů u těchto nemocných, kteří byli léčeni pouze medikamentózně. CEA redukuje relativní riziko ipsilaterální ischemické CMP a úmrtí asi o 50 %. To ovšem není v absolutních číslech nijak podstatné množství, uvažujeme-li, že roční riziko vzniku ipsilaterální CMP je pouze 1–2 %.

Autoři prezentují svou vlastní studii 106 nemocných s asymptomatickým šelestem na karotidě, kteří byli sledováni v průměru po dobu 10 let v ultrazvukové laboratoři. Na konci studie se hodnotilo 1 506 Dopplerovských sonografických vyšetření. U všech nemocných se provedl rozbor po 5 letech, u poloviny po 10, u 25 % po 15 a u 5 % po

18 letech. Při vstupu do studie mělo 70 % nemocných hypertenzi, 23 % diabetes a 11 % nemocných kouřilo. Méně nemocných mělo lehkou stenózu (<30 %), více se středně těžkou stenózou (30–74 %) a těžkou (> 75 %). Riziko CMP pro 10 a 15letý interval bylo u nemocných se stenózou karotidy do 50 %, 5,7 % a 8,7 %. U nemocných se stenózou 50–99 % bylo riziko CMP 9,3 % a 16,6 %. Zemřelo 17 nemocných, z nich 2 na CMP a 10 z kardiální příčiny (IM). Dle Dopplerovské sonografie došlo k progresi stenózy karotidy u 55 nemocných a stabilní stenóza byla u 126 nemocných. Progrese stenózy karotidy představovala rizikový faktor pro vznik ipsilaterální CMP. 10- a 15-leté riziko infarktu myokardu a vaskulární smrti (jiné než na CMP) bylo 10,1 % a 24 %. Věk, diabetes a stenóza karotidy větší než 50 % byly rizikové faktory pro infarkt myokardu a vaskulární smrt.

Autoři jsou toho názoru, že nemocní s asymptomatickou stenózou vnitřní karotidy mají malé riziko vzniku ischemické CMP na straně stenózy, a to i při dlouhodobém sledování. Tito nemocní mají naopak vysoké riziko infarktu myokardu a vaskulární smrti (mimo CMP), a proto autoři zdůrazňují koncentrovat léčebný postup na redukcii rizika koronární příhody a nikoliv na cerebrovaskulární aspekty u těchto nemocných. CEA u těchto nemocných není indikována.

*Nadareishvili ZG, Rothwell PM, Beletsky V, Pagniello A, Norris JW. Arch Neurol 2002; 59: 1162-1166.
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.*

Morbidita nemocných přijatých na jednotku intenzivní péče se syndromem Guillain-Barré

Nemocní se syndromem Guillain-Barré (GBS) vyžadují hospitalizaci na jednotce intenzivní péče (ICU) jednak kvůli potížím přímo souvisejícím s GBS (slabost dýchacích svalů, instabilita hemodynamiky v důsledku dysautonomie – léze periferních struktur vegetativního systému) a jednak pro koincidující onemocnění a další obecné důvody indikace intenzivní péče. Až 30 % nemocných s GBS vyžaduje mechanickou ventilaci (MV). Mortalita nemocných s GBS hospitalizovaných na ICU není častá a vyskytuje se u nemocných s těžkým průběhem nemoci, a to zejména u starších polymorbidních pacientů. Morbidita – výskyt dalších komplikujících onemocnění – nemocných s GBS hospitalizovaných na ICU je v mnoha literárních pracích spojována s MV, dlouhodobou imobilizací, či se specifickou léčbou. Autoři (Rochester, MN) se v předložené studii pokusili zjistit vztah mezi různými komplikacemi a faktory v souvislosti s morbiditou u nemocných s GBS na ICU.

V souboru 114 nemocných s GBS přijatých na ICU v období 1976–1996 se vyskytla závažná morbidita v 60 %. Komplikace byly jen málo časté u nemocných hospitalizovaných na ICU po dobu kratší než 3 týdny. Respirační komplikace – pneumonie či tracheobronchitis – se vyskytly u poloviny nemocných vyžadujících MV. Systémové infekce se objevily u 20 % nemocných a byly častější u těch

nemocných, kteří byli přijati na ICU až po delším odstupu od začátku onemocnění. Bezprostřední komplikace léčby a invazivních procedur se vyskytovaly jen vzácně. Velmi zřídka docházelo k tak závažným komplikacím jako gastrointestinální krvácení či embolie plic. Celkově převažovaly plicní komplikace u nemocných na ICU. Je nutno věnovat náležitou péči MV a rovněž postupnému odpojování od ventilátoru s cílem minimalizovat výskyt komplikací. Jiné příčiny morbidit jsou v ICU terciárních center vzácné.

V souboru 114 nemocných s GBS bylo 60 % mužů, průměrný věk 52 let (4–87), z nich 10 dětí (pod 16 let). Průměrná doba pobytu na ICU byla 30 dnů a 53 % vyžadovalo MV. Jako závažnou morbiditu autoři hodnotili respirační komplikace (tracheobronchitida 32 případů, pneumonie 18, pneumonie + absces 9, pneumothorax 6, ve vztahu k tracheostomii – 2), infekce (bakterémie 21, sepse 3) a různé příčiny (gastrointestinální krvácení 6, hluboká žilná trombóza 5, vicesystémové poškození 4, embolie plic 3, hepatitis, pseudomembranózní kolitis). Pod pojmem malá morbidita jsou hodnoceny kultivační nálezy v moči (75), hyponatrémie (pod 130 mml/l, 28 nemocných) a hyperglykémie vyžadující léčbu (5).

*Henderson RD, Lawn ND, Fletcher DD, McClelland RL, Wijdicks EFM. Neurology 2003; 60: 17–21.
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.*

Sonografie mozkového parenchymu diferencuje Parkinsonovu nemoc od atypických parkinsonských syndromů

Je obtížné pouze na podkladě klinického obrazu odlišit idiopatickou Parkinsonovu nemoc (IPD) od atypických parkinsonských syndromů (APS), jako jsou multisystémová atrofie (MSA), či progresivní supranukleární obrna (PSP), a to zejména v časném stádiu nemoci. Ani L-Do-

pa test či apomorfinový test nemají vždy jednoznačnou výpovědní hodnotu. Funkční a zobrazovací metody (MRI, SPECT, PET) nevykazují v časných stádiích ty očekávané charakteristické nálezy, a kromě toho jsou výrazně drahé a mohou být i zdrojem určité expozice záření. Moderní sonografické přístroje jsou již dostatečně citlivé a jsou schopny znázornit bazální ganglia a diferencovat dále změny těchto ganglií. Sonografie mozkového parenchymu (BPS) se již osvědčila jako diagnostické vyšetření pro celou řadu chorob bazálních ganglií. Byly publikovány práce o průkazu degenerativních změn substantia nigra (SN) u IPD, o průkazu léze nucleus lentiformis u idipatické dystonie, o degenerativních změnách SN a nucleus caudatus u Huntingtonovy chorey.

Autoři sdělení prezentují svůj soubor 25 nemocných s APS (PSP 9, MSA 16), který srovnávali se souborem 25 nemocných s IPD (věkově přiřazených). Oba soubory vyšetřili BPS dle standardizovaného protokolu. Nejzávažnějším a statisticky vysoce významným rozlišujícím nálezem byla hyperechogenita SN, která byla prokázána u 24 nemocných s IPD (96 %) a pouze u 2 ze skupiny APS (9 %). Také u těchto 2 nemocných ze skupiny APS byla hyperechogenita SN jen středního stupně. Naopak u 21 pacientů ze skupiny APS byla echogenita SN zcela normální. O něco méně statisticky významná hyperechogenita nucleus lentiformis byla prokázána u 17 z 22 nemocných s APS (77 %) a pouze u 2 z 22 nemocných s IPD (23 %). Přitom echogenita nucleus caudatus a thalamu, a také šíře třetí komory či frontálních rohů neměly rozlišovací hodnotu mezi IPD a APS. Autoři doporučují BPS jako neinvazivní a spolehlivou metodu k rozlišení APS od IPD.

*Walter U, Niehaus L, Probst T, Benecke R, Meyer BU, Dressler D. Neurology 2003; 60: 74–77.
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.*