

## Časový vztah tranzientních ischemických atak předcházejících CMP. Časové okno pro prevenci je velmi krátké

Asi 15–30 % nemocných s ischemickým iktem udává TIA (tranzientní ischemické ataky), které předcházely tuto CMP. Tyto „varovné příznaky“ poskytují příležitost k zahájení preventivní léčby a v doporučených postupech se zdůrazňuje nezbytnost rychlého klinického vyšetření a zhodnocení nemocných s TIA. Není však jasné, jak urgentní jsou tyto nemocní, aby prevence ischemické CMP byla co nejefektivnější. Směrnice v USA doporučují vyřešit nemocné s TIA v průběhu jednoho týdne a ve Velké Británii v průběhu dvou týdnů. V klinické praxi se mnohdy kompletní vyšetření a zavedení racionální léčby u těchto nemocných táhne i po několik týdnů. Riziko ischemického iktu u nemocných s TIA představuje 2 % v 7 dnech a 4 % v průběhu prvního měsíce.

Autoři výzkumu vybrali ty nemocné s ischemickou CMP, u kterých předcházela TIA. Tyto nemocné vybrali ze dvou na populaci zaměřených studií (OXVASC – Oxford Vascular Study) a OSCP (Oxfordshire Community Stroke Project) a ze dvou randomizovaných studií – UK-TIA (UK TIA Aspirin Trial) a ECST (European Carotid Surgery Trial). Z 2 416 nemocných s ischemickým iktem udávalo 549 (23 %) předcházející TIA (18 % v OXVASC, 15 % v OSCP, 23 % v UK-TIA a 26 % v ECST). Kde se objevila TIA, tam mělo časování ischemické CMP jasnou charakteristiku – 17 % TIA se objevilo v den CMP, 9 % TIA předchozího dne, 43 % v průběhu 7 dnů před vznikem CMP. Autoři však nenašli žádné klinické charakteristiky ani vaskulární rizikové faktory, které by mohly vydělit ty nemocné s TIA, u kterých se pak ischemická CMP rozvine. TIA se tedy objevuje v průběhu hodin a dnů před vznikem CMP.

*Rothwell PM, Warlow CP. Neurology 2005; 64: 817–820. doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.*

## Vzorové a následné změny elektrodiagnostických abnormit u axonální formy syndromu Guillaina a Barrého

Na podkladě klinických, elektrofyziologických a patologicko-anatomických studií byl syndrom Guillaina a Barrého (GBS) rozčleněn na primární axonální formy i formu demyelinizační: akutní motorická axonální neuropatie (AMAN), akutní motorická a senzitivní axonální neuropatie (AMSAN) a akutní zánětlivá demyelinizační polyneuropatie (AIDP). Frekvence výskytu

těchto podtypů se velmi liší v různých zemích. AMAN se vyskytuje pouze u 7 % nemocných s GBS v Anglii, u 3 % v západních zemích (v rámci multicentrických studií v 11 západních zemích) a v 65 % v severní Číně. Rozvoj EMG změn u nemocných s AIDP je dobře znám, avšak je dosud málo poznatků o změnách elektrodiagnostických parametrů u nemocných s AMAN. U těchto nemocných se často prokázou protilátky proti gangliosidům (anti GM1, anti GM1b, anti-GD1a, anti-GalNAc-GD1a).

Autoři se pokusili o interpretaci vztahu EMG změn u nemocných s AMAN a přítomnosti antigangliosidových protilátek. Jednalo se o následná EMG vyšetření u 51 nemocných s GBS. Antigangliosidové protilátky byly stanoveny pomocí ELISA. Protilátky byly prokázány u 25 nemocných. Z nich 12 (48 %) mělo klinicky a EMG průkaz AMAN s rychlou normalizací nálezu. U zbylých dvou nemocných je stále prodloužena DML, a to i po 6 týdnů onemocnění. Vedle degenerace axonální se u nemocných s pozitivními antigangliosidovými protilátkami vyskytují ložisková snížení rychlosti vedení, bloky vedení v distálních i proximálních úsecích nervů, až dochází k napodobení demyelinizační formy GBS.

*Hiraga A, Kubawara S, Ogawara K, et al. Neurology 2005; 64: 856–860. doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.*

## Sonotrombolýza u akutního ischemického iktu u nemocných nezařaditelných do trombolytického léčebného programu

Nemocní s okluzí kmene a. cerebri media (MCA-M1), kteří nepodstoupili trombolytickou léčbu, mají špatnou prognózu. A není dosud žádná další léčebná možnost pro tyto nemocné. Již dlouho se diskutuje o léčebném efektu diagnostického ultrazvuku u nemocných s uzavřením MCA, kterým bylo podáno trombolitikum. Autoři článku (z Lübecku) předkládají svůj soubor 15 nemocných s okluzí M1, kterým z různých důvodů nebyla poskytnuta trombolýza. Průkaz ischemické CMP byl proveden pomocí CT. Zahájení léčby do 6 hodin od vzniku. Všichni nemocní měli kontraindikace trombolytické léčby (dle protokolu NINDS rt-PA studie). U 8 z nich použili transkraniální ultrazvukové ovlivnění – akceleraci trombolýzy. Pomocí transkraniálního barevně kódovaného ultrazvuku zaměřovali úsek M1 a pak 60 minut prováděli insonaci pomocí 2-MHz sondy. Kontrola cévy (a zaměření) byla po 20, 40 a 60 minutách. U 7 nemocných nepoužili ultrazvuk. Kontrolní ultrazvukové vyšetření následovalo po 24 hodinách u obou skupin. Konečné

hodnocení (klinický nálezní, NIH škála, ultrazvuk) bylo provedeno po 4 dnech. Výraznější zlepšení nastalo u skupiny léčené ultrazvukem (o 4 body a více dle NIHSS – proti původnímu skóre). Ve skupině bez insonace došlo u 3 nemocných k expanzivní se chovajícímu mozkovému infarktu a musela být u nich provedena kraniotomie. Rekanalizace MCA se častěji objevila u skupiny léčené insonací. Avšak po třech měsících nebyl nalezen významnější rozdíl mezi klinickým stavem obou skupin.

*Eggers J, Seidel G, Koch B, König IR. Neurology 2005; 64: 1052–1054. doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.*

## Dlouhodobé výsledky po stentování symptomatické stenózy arteria basilaris

Stenóza arteria basilaris (BA) představuje vysoké riziko TIA, mozkových infarktů i úmrtí. V prospektivní studii týkající se CMP v zadní cirkulaci se u nemocných s více než 50 % stenózou BA vyskytl těžší mozkový infarkt či úmrtí u 30 % do 30 dnů od propuštění z nemocnice. V jiné retrospektivní studii bylo jednorozhodné přežití bez mozkového infarktu pouze u 67 % těchto nemocných a riziko recidivy CMP dosahovalo 11 % ročně u stenotické BA, a to přes medikamentózní léčbu. Endovaskulární léčba stenózy BA se datuje od roku 1980. Periprocedurální morbidita v různých centrech dosahovala 7 až 50 % a mortalita byla vysoká – celkově 16,7 %. Mezi běžné komplikace balonkové antioplastiky patří akutní uzávěr, embolizace částí plaky, disekce či perforace arterie či okluze perforující větve v průběhu nafouknutí balonku. Části těchto nežádoucích příhod se zabránilo použitím kompaktního a flexibilního stentu. V mnoha studiích byly popsány příznivé efekty léčby a výsledky krátkodobého sledování těchto nemocných. Avšak dlouhodobé výsledky stentování BA dosud publikovány nebyly.

Autoři (UCSF) referují o svém souboru 18 nemocných stentovaných pro stenózu BA. Vyskytly se 3 velké periprocedurální komplikace (16,7 %) – bez úmrtí. Při průměrném sledování 26,7 ± 12,1 měsíců mělo zbylých 15 nemocných excelentní výsledek (83,3 %). Pouze jeden nemocný (5,6 %) měl středně velké následky po recidivě CMP a dva nemocní zemřeli na jiné onemocnění, a to 30 a 36 měsíců po zavedení stentu. Na podkladě svých výsledků autoři konstatují, že stentování stenotické BA redukuje riziko nové CMP a úmrtí.

*Yu W, Smith WS, Singh V, et al. Neurology 2005; 64: 1055–1057. doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.*