

Jak vyšetřovat afázii v klinické praxi

doc. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.¹, prof. PaedDr. Zsolt Cséfalvay, Ph.D.^{1,2}

¹Neurologická klinika 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

²Katedra logopedie, Komenského univerzita, Bratislava

I přes velkou variabilitu symptomů je možné většinu pacientů s vaskulární afázií zařadit do hlavních klinických syndromů afázie. Základní dichotomie afázií vychází z lokalizace mozkových lézí (u anteriorních lézí vznikají neplynulé/nonfluentní afázie, u posteriorních lézí mozkové kůry se objevují plynulé/fluentní afázie). Stupeň afázie většinou odpovídá rozsahu léze. Vzhledem k tomu, že anomie se vyskytuje u každého typu afázie, klinické vyšetření se následně zaměřuje na tři jazykové procesy: porozumění řeči, spontánní řeč a opakování. Předkládáme algoritmus vyšetření, který pomocí pěti postupných kroků umožňuje u lůžka pacienta rozpoznat klinické syndromy afázií: Brocovu, Wernickeovu, globální, kondukční, transkortikální motorickou nebo transkortikální senzickou a anomickou afázii.

Klíčová slova: řeč, klinické vyšetření, typy afázií.

How to assess aphasia in clinical practice

Despite the large variability of language symptoms, it is possible to cluster most patients with stroke induced aphasia into basic clinical syndromes of aphasia. The core dichotomy of aphasias is based on the localization of brain lesions (in anterior lesions, non-fluent aphasia occurs, while fluent aphasias develop in posterior lesions of the cerebral cortex). The degree of aphasia mostly corresponds to the extent of the lesion. Since anomia occurs in every type of aphasia, the clinical assessment consequently focuses on three language processes: speech comprehension, spontaneous speech, and repetition. We propose a simple roadmap for bedside examination, based on five steps. This algorithm allows clinicians to identify clinical syndromes of aphasias: Broca's, Wernicke's, global, conduction, transcortical motor, or transcortical sensory, and anomic aphasia.

Key words: language, clinical assessment, aphasia subtypes.

Language is where change is made.

Stephen Jenkinson

Úvod

Předkládaný text není koncipován jako přehledové sdělení, ani nemá ambice působit jako kapitola do učebnice neurologie nebo afaziologie. Text byl sepsán jako příspěvek do nové rubriky časopisu Neurologie pro praxi „Od symptomu k diagnóze“. Z úvodníku prof. Rektora k této rubrice citujeme „nechceme nahrazovat učebnice neurologie, smyslem rubriky je pomoci klinické praxi. Od symptomu k diagnóze bude rozvíjet do hloubky v kontextu práci se symptomy neurologických

onemocnění. Vzácnými, i s těmi, které řešíme v každodenní praxi. Obraz a čísla nestačí, především musíme vidět pacienta.“ (Rektor, 2020).

Jak číst tento článek

Jestliže klinické vyšetření v neurologii a interpretaci jeho nálezů můžeme považovat za relativně komplexní proces vyžadující určitou míru teoretických znalostí, tréninku a zkušenosti, tak pro vyšetřování kognitivních funkcí a řeči to platí obzvláště. Tento článek je primárně určen pro klinika, který by si rád u lůžka nemocného zařadil typ afázie u svého pacienta s cévní mozkovou příhodou i v korelaci s CT/MR nálezem, a může si svůj klinický

závěr ověřit na základě afaziologického rozboru provedeného logopedem.

Přesná diagnostika typu, rozsahu a tíže řečového postižení je plně v kompetenci logopeda, který využívá validované testové baterie, diagnostické nástroje a profesionální erudici, a náš text se nesnaží roli logopeda nahrazovat. Proto se nevěnujeme složitější diferencially-diagnostické rozvaze řečového postižení, problematiku agrafie a alexie zmiňujeme jen okrajově a nediskutujeme vývojové poruchy řeči.

Tabulka 1 ukazuje rozdělení afázií vaskulárního původu, které jsou podkladem široce používané tzv. Bostonské klasifikace afázií



doc. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.

Neurologická klinika, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha
robert.rusina@lf3.cuni.cz

Cit. zkr: *Neurol. praxi.* 2023;24(1):73-78

Článek přijat redakcí: 9. 9. 2022

Článek přijat k publikaci: 8. 11. 2022

(viz dále). Toto rozdělení vychází z hlavních klinických manifestací afázií, ale nevyplývá z něho, jak se můžeme k typologii afázií „dopracovat“. Klinický neurolog může používat standardizovaný Mississippi screening afázií v české verzi (MASTcz, Košťálová et al., 2008). Pro použití MASTcz by měl být použit testovací obrázek, přesné instrukce a testovací bodovací systém. Výhodou je, že výkon je kvantifikován a je k dispozici i referenční hodnota pro zdravé kontroly.

Jako alternativu nabízíme jednoduchý screenovací algoritmus pěti logických postupných kroků (Tab. 2), který umožní zájemci rozpoznat typ afázie u svého pacienta „prohloubeným“ klinickým vyšetřením bez nutnosti používat tabulky, obrázky a další pomůcky nutné ke standardizovanému logopedickému vyšetření.

Terminologická vymezení poruch řeči

Afázie je získaná porucha jazykového systému (sémantika, fonologie a/nebo gramatika – angl. „language“) a vyznačuje se poruchami porozumění a produkce jazykového kódu, a narušená je i pragmatická rovina jazyka (používání jazyka). Afázie vznikají při získaných lézích mozkové kůry a s ní spojených níže uložených podkorových struktur v dominantní hemisféře.

Hlavní příznaky afázie jsou:

1. porucha plynulosti spontánní řeči,
2. anomie (pauzy v řeči, hledání náhradního vyjádření, opisy – cirkumlokuce, častější používání gest, ukazování),
3. porucha porozumění řeči,
4. narušené opakování,
5. neologismus – nově vytvořené neexistující slovo,
6. agramatismus (nesprávný gramatický tvar slov nebo věty),
7. parafázie (záměny hlásek nebo slov): fonemické (pes/ves); sémantické (kočka/pes),
8. verbální perseverace (nechtěné opakování slov i po změně podnětu).

Alexie a agrafie jsou získané poruchy čtení a psaní, často provázející poruchu mluvené řeči (afázie). Proces čtení (a psaní) je výsledkem interaktivního používání dvou procesů, kdy

se aktivují fonologické procesy (zvuková rovina) a sémantika (obsahová rovina). U mozkových lézí mohou být tyto procesy narušeny i selektivně, a proto vznikají minimálně dva klinické syndromy: povrchová a hloubková alexie a agrafie (surface/deep alexia, agraphia). Jedná se o tzv. centrální alexie (agrafie), kdy se dezintegrují zmíněné jazykové procesy (Papathanasiou et al., 2022).

Na rozdíl od afázie, centrální alexie nebo agrafie, jsou u čisté motorických poruch řeči (dysartrie a apraxie řeči) jazykové procesy zachovány.

U dysartrie je narušena motorická realizace řeči (angl. „speech“). Dysartrie vzniká při postižení inervace svalů, podílejících se na mluvení. Výsledkem je obtížná realizace řeči, bez narušení porozumění. Kromě zhoršené artikulace („pacient nedokáže správně vyslovovat“) se objevují i poruchy fonace, artikulace, rezonance a prozodie. U čisté dysartrie nejsou poruchy porozumění řeči (Cséfalvay, 2010).

Apraxie řeči je narušení plánování a programování pohybů nutných pro řeč. Tyto obtíže se nejnápadněji projevují při artikulaci („pacient neví, jak by měl vyslovovat, působí bezradně“). Typické je postižení rytmu, důrazu a intonace (dysprosodie), hledání správné artikulace (metodou „pokus-omyl“) s nekonzistentními chybami v artikulaci (různé chyby při opakování téže věty, delšího slova). Na rozdíl od apraxie řeči je postižení artikulace při dysartrii konzistentní (stále stejné obtíže při stejných hláskách).

V dalším textu budeme věnovat pozornost pouze afáziím, jejich rozdělení, hlavním klinickým projevům jednotlivých typů afázie, základním anatomickým korelátům, a představíme algoritmus orientačního vyšetření pacienta s afázií v klinické praxi s cílem upřesnit typ afázie.

Nejčastěji používaná (tzv. bostonská) klasifikace afázií vychází z validované testovací baterie The Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglass et Kaplan, 1983). Na tomto místě je nezbytné upřesnit, že „kanonické bostonské“ afázie (Brocova, Wernickeova, kondukční a transkortikální) vznikají na podkladě ischemické cévní mozkové příhody (Damasio, 1991; Copland et al., 2018).

U mozkových hemoragií nebo tumorů je klinická manifestace mnohem méně vy-

hraněná, symptomy se často překrývají a jen málokdy lze fatické postižení u těchto pacientů jednoznačně syndromologicky zařadit do některé z „kanonických“ typů afázie, navíc dynamika změn klinického obrazu se zejména u mozkových tumorů může výrazně dále měnit. Zcela samostatnou kapitolou jsou pak neurodegenerativní onemocnění ze skupiny primárních progresivních afázií, které mají poměrně vyhraněný řečový a kognitivní profil (Cséfalvay et al., 2020).

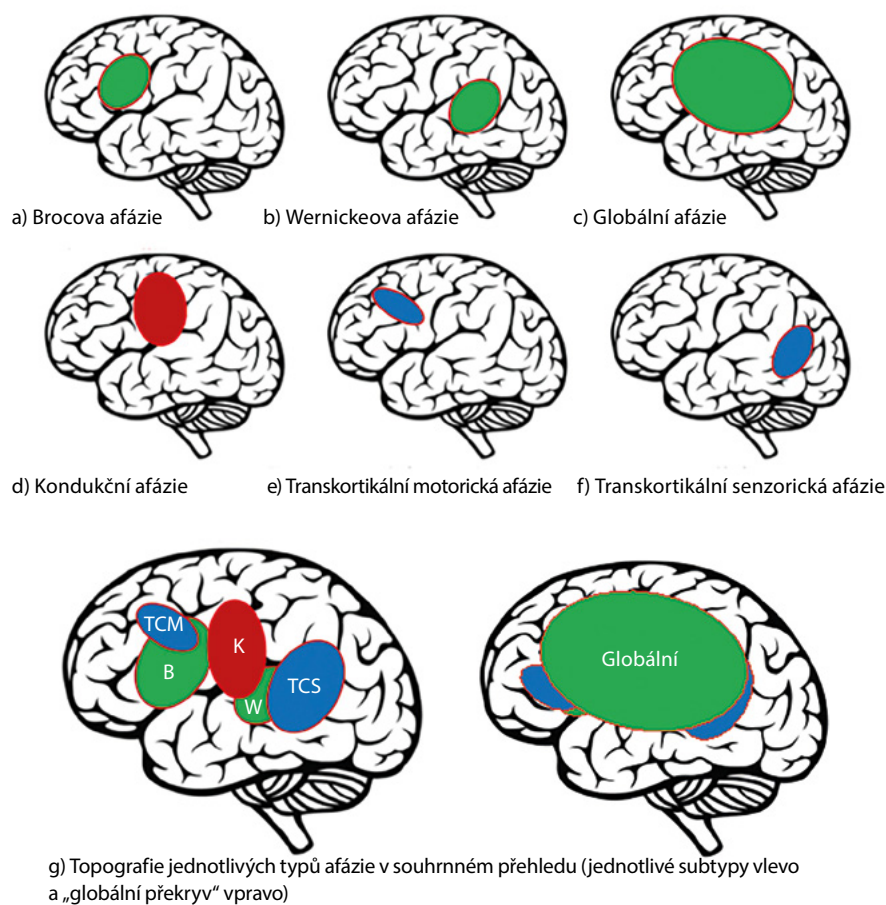
Typy afázií

Základní komunikační proces v dominantní hemisféře probíhá na ose „sluchové (zrakové) vstupy – porozumění slyšeného/psaného – analýza a koncepce odpovědi – formulace odpovědi – fonace a artikulace“ s odpovídající anatomickou distribucí „sluchová/zraková kůra – Wernickeovo centrum – fasciculus arcuatus – Brocovo centrum – motorická kůra – motorický systém (pyramidový, extrapyramidový, mozeček, periferní motorické neurony“).

Hlavní anatomické podklady řečových systémů zahrnují klíčové kortikální struktury a jejich propojení svazky drah v bílé hmotě dominantní hemisféry (Hickok et Poeppel, 2007; Friederici, 2015; Brazis et al., 2017). Dorzální okruh (gyrus frontalis inferior (IFG), gyrus precentralis, insula, gyrus supramarginalis, gyrus temporalis superior (STG) – a fasciculus longitudinalis superior (SLF)) je důležitý pro zpracovávání syntaktických procesů; zatímco ventrální okruh (gyrus temporalis inferior, gyrus angularis, temporální pól – a fasciculus longitudinalis inferior (ILF)) je zásadní pro sémantické procesy.

Porucha vyhledávání slov z mentálního lexikonu (anomie) je příznakem, který je přítomen u každého typu afázie. Přítomnost fokální léze a anomie jsou výchozím bodem pro bostonskou klasifikaci afázie. Klasifikace klinických syndromů afázií je založena na analýze následující trias: porozumění řeči, spontánní řeč a opakování. Základní rozdělení afázií je možné do dvou skupin: afázie neplynulá – nonfluentní vs. plynulá – fluentní (Tab. 1). Toto rozdělení nahrazuje starší terminologii afázie motorická (expresivní) versus afázie senzoric-ká, perceptivní. Každá afázie, i velmi plynulá, zahrnuje různou mírou zastoupenou poruchu exprese (!) řeči a u každé afázie se vyskytuje

Obr. 1. Základní typy afázií a jejich anatomické koreláty v dominantní hemisféře (velmi přibližná a orientační distribuce)



Zkratky: B – Brocova afázie, K – kondukční afázie, TCM – transkortikální motorická afázie, TCS – transkortikální sensorická afázie, W – Wernickeova afázie

porucha dekódování (porozumění) řeči od úrovně slov až po narušené porozumění složitějším syntaktickým strukturám (např. souvětí).

Pojem „smíšená afázie“ je nepřesný, nemá totiž jasně stanovená kritéria: většinou se takto označuje buď afázie globální (viz dále), nebo nevyhraněný případně neupřesněný klinický obraz fatické poruchy.

V následujícím přehledu neuvádíme subkortikální afázie (talamická afázie, lentikulární afázie apod.), protože tyto syndromy jsou vázány výrazně na okruhy pozornosti, emocí a extrapyramidový systém, nejsou součástí klasických „kanonických“ afázií, bývají v úzkém vztahu k poruchám hybnosti a klinická diagnostika vyžaduje detailnější logopedické vyšetření (Cséfalvay et Košťálová, 2013).

Textů korelujících subtypy afázií a lokalizaci byla publikována řada, pro prakticky zaměřené motivované čtenáře můžeme doporučit učební text v didakticky velmi zdařilé publikaci „Neurology Secrets“ určené především mladým lékařům v atestační přípravě v USA.

Kapitola věnovaná afáziím je srozumitelná a názorně přibližuje současnou klasifikaci afázií dle Damasia (Rosenfield, 2001).

Brocova afázie

Brocova afázie vzniká při kortikální nebo subkortikální lézi frontální (gyrus frontalis inferior, area 44, 45 – Brocovo centrum řeči) a inzulární krajiny (Obr. 1a).

Hlavním rysem je nápadně nonfluentní řeč s narušenou větnou stavbou, jsou přítomny četné anomie, cirkumlokuce a řeč je chudá, stereotypní, s chybami v gramatické stavbě. S tím kontrastu je celkem zachované porozumění slovům (ale vážně u složitějších vět) a je narušena schopnost opakovat, hlavně delší slova a věty. Neurologické vyšetření typicky nachází pravostrannou hemiparézu s brachiofaciální převahou.

Wernickeova afázie

Wernickeova afázie se vyznačuje špatným porozuměním pro věty – ale i jednotlivá slova, řeč je plynulá, ale nesrozumitelná, bezobsaž-

ná, vážně opakování a v řeči jsou četné parafázie, až nesmyslné neologismy. Vzniká při poruše parieto-temporálního pomezí – gyrus supramarginalis, lobus temporalis superior (Wernickeovo centrum řeči, Obr. 1 b) a v neurologickém nálezu může někdy být pravostranná homonymní hemianopsie.

Globální afázie

U globální afázie jsou přítomny závažné poruchy produkce řeči podobně jako u těžké Brocovy afázie a zároveň i výrazné poruchy porozumění řeči, podobně jako u Wernickeho afázie. Nezřídka jedinou řečovou produkcí je opakování slabiky („to-to-to“, „no-no-no“), nebo perseverace určitého slova, případně neologismu („zíbala-zabala“). Vzniká při rozsáhlejších lézích parietální, frontální a horní temporální oblasti dominantní hemisféry (Obr. 1c) a klinicky typicky nacházíme pravostrannou hemiplegii.

Míra postižení se postupem času může zlepšovat, ustupuje perifokální edém a diaschíza (dezintegrace funkce v části mozku spojená se vzdálenou, ale poškozenou oblastí mozku), rozvíjí se revaskularizace, neuronální plasticita apod. Globální afázie tak často přechází do Brocovy, méně často i do reziduální kondukční afázie. Dynamika změn v klinickém obrazu afázie může být také pozitivně ovlivněna systematickou logopedickou terapií.

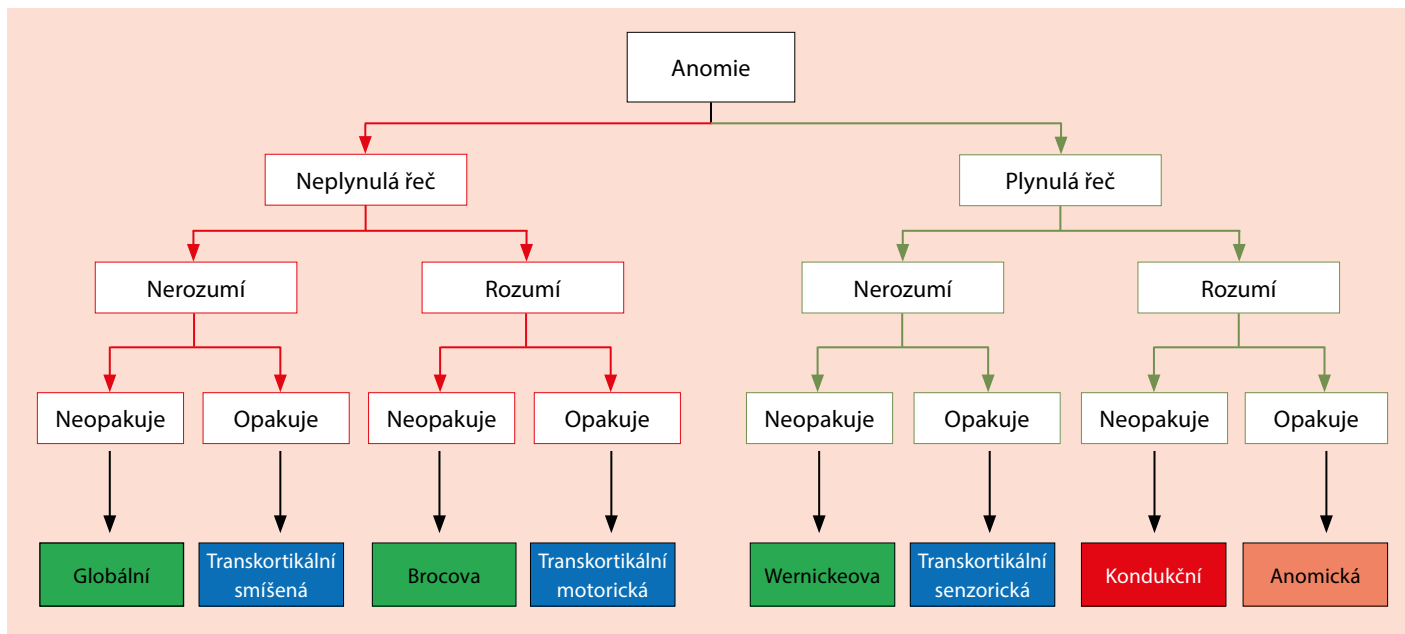
Kondukční afázie

Kondukční afázie při lézi fasciculus arcuatus (Obr. 1d), bývá častá jako trvalý následek částečně upravené globální afázie, ale může provázet i akutní iktus. Vyvolává typicky ztrátu schopnosti opakovat, přitom je však zachována exprese i porozumění řeči („pacient docela dobře mluví i rozumí, ale má velké problémy opakovat“) a typicky nacházíme anomické pauzy. Motorický deficit na pravostranných končetinách bývá mírný, může ale i zcela chybět.

Transkortikální motorická afázie

Transkortikální motorická afázie při postižení frontálního kortexu sousedícího s Brocovou zónou (Obr. 1e) svou málo fluentní řečí s anomii a cirkumlokucemi připomíná afázii Brocovu, má ale zachované opakování

Tab. 1. Rozdělení afází podle hlavních klinických kritérií: porozumění, plynulost řeči, anomie (narušené lexikální vyhledávání), a opakování



Barevné členění pro názornost reflektuje hlavní charakteristiky typů afázie: zeleně jsou označeny klasické a nejznámější typy afázie (Brocova, Wernickeova a globální), červeně označená konduční afázie má nejvíce postiženu schopnost opakování, zatímco společným rysem modře označených transkortikálních afází je naopak nápadně zachovaná schopnost opakování (viz i Obr. 1)

(„pacient moc nemluví, ale dokáže překvapivě dobře opakovat“), porozumění slovům a jednoduchým větám celkem zachované a pravostranná hemiparéza je jen mírná.

Transkortikální senzorická afázie

Transkortikální senzorická afázie při postižení zadní části temporálního kortexu blízko Wernickeovy zóny (Obr. 1f) má velmi fluentní nesrozumitelnou řeč připomínající Wernickeovu afázii, má ale výrazně zachované opakování („pacient opakuje i to, čemu nerozumí“, často až echolalicky, odtud starší kolokviální označení „papouščí afázie“). Porozumění je špatné (pro větné celky, ale i izolovaná slova) a pravidlem je pravostranná homonymní heminaopsie.

Anomická afázie

Anomická afázie je ve své podstatě poruchou deklarativní paměti. Jedná se o narušení přístupu do mentálního lexikonu, přitom význam (koncept) hledaného výrazu je pacientům jasný. Morfologický korelát anomické afázie je méně určitý, často se s ní setkáváme u rozsáhlých vaskulárních změn v bílé hmotě hemisfér a u neurodegenerativních onemocnění.

Při produkci řeči nebo na cílený dotaz se pacient snaží pojem opsat a z nabídnutých slov určí předmět správně. Porozumění ře-

či i vyjadřování nejsou výrazněji narušeny. Nemocný s touto poruchou například není schopen pojmenovat klíče, avšak pozná jejich účel: „to je to, čím se odemýká“, nebo „to je to, co se strká do dveří“, a je schopen správně předmět použít, například správně odemkne dveře.

Poruchy řeči při lézi nedominantní hemisféry

Řečová komunikace je komplexní děj a zdaleka není vázána jenom na dominantní hemisféru, výrazným způsobem se podílí i hemisféra nedominantní – především emocionálním doprovodem a kontextuálním obsahem v analýze slyšené a expresi mluvené řeči.

Při postižení předních oblastí nedominantní hemisféry (topograficky odpovídajících Brocově zóně dominantní hemisféry) je mluvená řeč monotónní, apozodická, stereotypní, bez slyšitelného projevu emocí. Pokud je pacient požádán, aby promluvil emotivně (hněv, rozhořčení, radost apod.), výstupem je zpravidla hlasitější řeč, ale nadále monotónní, „emocně indiferentní“.

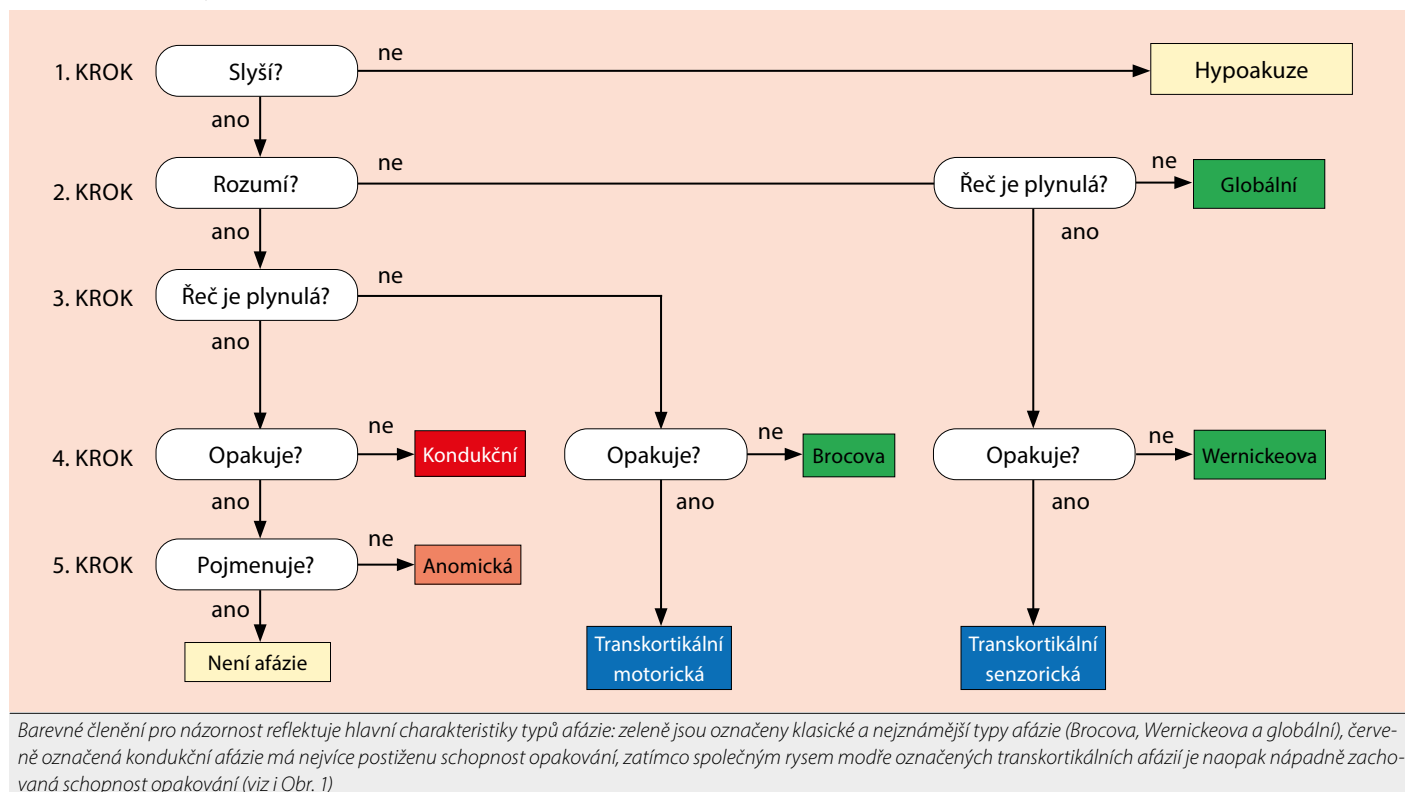
Důsledkem poškození zadních oblastí nedominantní hemisféry (analogie Wernickeovy zóny dominantní hemisféry) je zachované porozumění pouze slovnímu obsahu řeči, nikoliv emocionálnímu obsahu (ironie, nadsázka) nebo situačnímu kontextu.

Jak vyšetřovat pacienta s afázií

Před vlastním cíleným klinickým vyšetřením pacienta s afázií, zejména v časné fázi po vzniku iktu jako příčiny afázie, je důležité posoudit celkový klinický stav (včetně kognitivního výkonu, motorického deficitu a schopnosti spolupráce při vyšetření). Především je nutno zhodnotit míru unavitelnosti a pozornosti, výskyt deliria a případně postižení dalších kognitivních funkcí (paměť, praxe, gnosie, exekutivní funkce), které mohou negativně ovlivnit řečové postižení a někdy mohou být i překážkou pro posouzení typu a míry afázie.

Při hodnocení jazykových schopností posuzujeme hlavně obsah (co pacient říká) a hledáme symptomy afázie (Rusina, 2019). Při klinickém vyšetření afázie vždy hodnotíme porozumění řeči, spontánní řeč a opakování. Anomie, typický příznak pro každý typ afázie, se projevuje i ve spontánní řeči, ale také je cíleně hodnocena v úkolu pojmenování (praktický postup u lůžka pacienta shrnuje Tab. 2). Součástí logopedického vyšetření je i zhodnocení psaní a čtení.

Na začátku vyšetření probíhá krátký rozhovor s pacientem, který už naznačuje, zda má pacient poruchu řeči a komunikace, a zda je schopen adekvátně reagovat na běžné konverzační otázky (Cséfalvay et Košťálová, 2013).

Tab. 2. Algoritmus vyšetření pacienta s afázií v klinické praxi u lůžka („bed-side“)

1. KROK: Lateralita a posouzení sluchu

U pacientů s postižením řeči může být obtížné odebrání anamnézy, proto je velmi důležitá heteroanamnéza (údaje od příbuzných, známých). Vždy je nutné určit, zda je pacient pravák nebo levák a jaká je jeho rodná řeč.

Nezbytnou podmínkou adekvátního posouzení řečové poruchy je ověření, že pacient nemá těžkou poruchu sluchu, která výrazně omezuje komunikační schopnosti (a přitom se nejedná o poruchu sémantiky ani syntaxe). Těžká porucha sluchu totiž může napodobovat poruchu porozumění nebo interferovat se schopností porozumět a případně i opakovat.

2. KROK: Porozumění

Pokud pacient při vstupním rozhovoru vykazuje nápadné potíže s porozuměním nebo téměř nemluví, je na místě položit na začátku vyšetřování jednoduché otázky („Jak se jmenujete? Kde bydlíte? Jaké máte povolání?“).

V případě, že pacient má potíže verbálně odpovědět na jednoduché otázky, je vhodné použít otázky s očekávanou odpovědí ANO/NE („Je toto pero?“, „Jsou moje kalhoty modré?“, nutno předložit více předmětů

na výběr). Nebo předložíme 2–3 předměty (pero, brýle, klíče) a vyzveme pacienta, aby je po výzvě postupně identifikoval („Ukažte pero!“). Pokud má pacient paretickou pravou horní končetinu, požádáme ho, aby předměty ukázal druhou rukou.

Pokračováním je ověřit porozumění jednoduchým příkazům („ukážete jazyk, pravou rukou si sáhněte na nos“), pokud se podaří, pak i složitějším příkazům („levou rukou si sáhněte na nos a pak pravou rukou na levé ucho“).

3. KROK: Plynulost spontánní řeči

Řečovou produkci nejlépe zhodnotíme tak, že pacienta vyzveme, aby krátce pohovořil o tom, jak a kdy vznikla řečová porucha a jaké má nyní potíže s mluvením. Pokud pacient rozumí, ale nemluví, je vhodné se zeptat, jestli má potíže najít správné slovo (kývne, usměje se, že byl pochopen). Hodnotí se, zda řeč je plynulá, zda používá slova a věty korektně, zda jsou přítomny parafázie a agramatismy.

4. KROK: Opakování

Při testování opakování je vhodné začít nejprve izolovanými slovy, pak jednoduchými, následně i složitějšími větami. Mírnou poruchu opakování můžeme odhalit větami,

kteří jsou významově nelogické (např. „dlouhonohý parostroj roztrpčeně přechyloval“), nebo sémanticky nepředvídatelné („vždy jedl polévku malou vidličkou“), takže si pacient nemůže usnadnit úkol využitím kontextu a porozumění. Užitečné jsou i logatomy (slabiky bez sémantického významu), např. „do-fal-mi-sek“.

5. KROK: Pojmenování

U pacientů s afázií pojmenování vyšetřujeme i tím, že jim ukazujeme běžné předměty, které máme v danou chvíli k dispozici. Citlivým testem je hodnocení verbální fluence (slovní plynulosti), tj. vyjmenování zvířat (aspoň 12–14 slov za minutu), a slov se stejným počátečním písmenem (Nikolai et al., 2015). Kromě jazykových deficitů (afázie) může být výkon i výrazně ovlivněn narušením exekutivních funkcí.

Dále je vhodné doplnit cílené vyšetření afázie krátkým zhodnocením čtení (hlasité čtení slov a porozumění písemné instrukce) a psaní (vlastní jméno, adresa pacienta a psaní nadiktované delší věty).

Detailní vyšetření afázie, dysartrie a apraxie řeči provádí klinický logoped, který má k dispozici standardizované testy afázie, a ty mu umožňují upřesnit nejen typ, ale i míru afá-

zie (stupeň narušení řeči) nebo zachytit i diskrétní narušení řeči, které se při orientačním klinickém vyšetření vůbec nemusí projevit. Klinický logoped se posléze účastní i v terapeutickém procesu těchto poruch a poradenství pro příbuzné.

Praktická doporučení

Na závěr přehledu klinického vyšetření uvádíme několik praktických tipů, které mohou usnadnit průběh vyšetření:

- pacient může mít poruchu sluchu, když nerozumí, někdy pomůže mluvit hlasitěji,
- pacient může mít poruchu tělesného schématu, navíc často je při vizitách žádán při orientačním vyšetření porozumění o zavření očí, vypláznutí jazyka nebo stisknutí ruky, tyto úkoly se pak následkem opakování může naučit vykonávat, i když má těžkou poruchu porozumění. Je proto vhodné zeptat se i na předměty v okolí („ukážete mi okno, dveře...“),
- při motorickém deficitu mohou být obtíže s vykonáváním jednoduchých příkazů zahrnujících motoriku. Proto je důležité

požadovat jen ty úkony, kterých je pacient hybně schopen,

- velmi důležité je aktivně vyhledávat parafázie. Přítomnost parafází je známkou fatické poruchy, nikoliv dysartrie,
- pokud má pacient nízkou slovní produkci, je užitečné nespěchat, dát mu čas,
- při testu pojmenování lze využít předmětů, které má lékař při vizitě na sobě nebo po ruce (hodinky, řetízky, košile, kalhoty, knoflík, náušnice, prsten, propiska...).

Jak zhodnotit projevy afázie

Závěrem lze shrnout, že Tab. 1 ukazuje přehlednou klasifikaci afází, ale není to vyšetřovací algoritmus, shrnuje nálezy a typické manifestace afází. Pokud vyšetřujeme pacienta u lůžka, je rozumné postupovat metodou několika kroků, jak demonstruje Tab. 2, kde algoritmičticky (formou ano/ne) se lze postupně už v průběhu vyšetření „dopracovat“ k syndromové diagnóze (subtyp afázie). Jedná se tedy o dva komplementární pohledy na tentýž klinický obraz (afázie) ze dvou různých perspektiv.

Vyšetření umožní shrnout semiologický obraz afázie, např. Brocova afázie, fonémické parafázie, agramatismus s narušeným opakováním, přidružená hloubková alexie a agrafie, se středně těžkými poruchami porozumění řeči (na úrovni vět apod).

Pokud je v klinickém obraze anomie, pokračujeme dále hodnocením porozumění řeči, spontánní řeči a opakování. Při vyšetřování afázie lze přihlídnout i k celkovému neurologickému nálezu (např. u Brocovy afázie bývá přidružená pravostranná hemiparéza s převahou brachiofaciální, globální afázie se druzí s pravostrannou hemiplegií, orální apraxií a poruchami polykání, u Wernickeovy afázie bývá pravidlem pravostranná homonymní hemianopsie a nezhřídka i anosognosie).

Poděkování

Autoři děkují kolegům a studentům za průběžně cenné zpětné vazby při vytváření a upravování algoritmu vyšetřování pacientů s afázií u lůžka.

Podpořeno grantem AZV NV18-04-00346.

LITERATURA

1. Brazis PW, Masdeu JC, Biller J. *Localization in clinical neurology*. 7th Edition. Philadelphia, New York: Wolters Kluwer. 2017. ISBN 978-1496319128.
2. Cséfalvay Z, Bajtošová R, Keller J, et al. Primární progresivní afázie. *Cesk Slov Neurol N*. 2020;83/116(3):127-139. doi:10.14735/amcsnn2020127.
3. Cséfalvay Z, Košťálová M. Diagnostika afázie. Cséfalvay Z, Lechta V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál. 2013; str. 84-112. ISBN 978-80-262-0364-3.
4. Cséfalvay Z. Afázie a jiné poruchy komunikace sprejádající mozgové ischemie a hemoragie. Kalvach P a kol. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3. přeprac. a doplněné vydání. Praha: Grada. 2010; str. 381-394. ISBN: 978-80-247-2765-3.
5. Copland DA, McNiel MR, Mienzer M. Aphasia Theory, Models, and Classification. LaPointe LL, Stierwart JAG. Aphasia

- and Related Neurogenic Communication Disorders, 5th Edition. New York: Thieme Publishers. 2018; str. 23-34. ISBN: 978-1626234413.
6. Damasio AR. Aphasia. *N Engl J Med*. 1992;326(8):531-539. doi:10.1056/NEJM199202203260806.
7. Friederici AD. White-matter pathways for speech and language processing. *Handb Clin Neurol*. 2015;129:177-186. doi: 10.1016/B978-0-444-62630-1.00010-X.
8. Goodglass H, Kaplan E. *Assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger. 1983. ISBN: 978-0812109016.
9. Hickok G, Poeppel D. The cortical organization of speech processing. *Nat Rev Neurosci*. 2007;8(5):393-402. doi: 10.1038/nrn2113.
10. Kostálová M, Bártková E, Sajgalíková K, et al. J. A standardized study of the Czech version of the Mississippi Aphasia Screening Test (MASTcz) in stroke patients

- and control subjects. *Brain Inj*. 2008;22(10):793-801. doi: 10.1080/02699050802372190.
11. Nikolai T, Štěpánková H, Michalec J, et al. Testy verbální fluence, česká normativní studie pro osoby vyššího věku. *Cesk Slov Neurol N*. 2015;78/111(3):292-299. doi: 10.14735/amcsnn2015292.
12. Rektor I. *Neurol. praxi*. 2020; 21(1):75.
13. Rosenfield DB. *Aphasia and behavioral neurology*. Rolak LA. *Neurology secrets*, 3rd editio. Philadelphia: Hanley and Belfus. 2001; str. 219-228. ISBN 1-56053-456-6.
14. Rusina R. *Poruchy řeči*. Růžička E. Praha: Triton. 2019; str. 23-31. ISBN 978-80-7553-681-5.
15. Papathanasiou I, Efstradiadou EA, Cséfalvay Z. *Written language and its impairments*. Papathanasiou I, Coppens P. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 3rd edition. Burlington (MA): Jones and Barlett, Learning. 2021; str. 267-294. ISBN: 978-1284184099.