

alebo nemajú známy čas nástupu príznakov, je ich prognóza dokonca horšia (Sommer et al., 2018). Mortalita na PCS je 3,6–18,6 % (Flossmann et Rothwell, 2003). Pacienti s ne-liečenou BAO majú mortalitu 85–95 % (Hacke et al., 1988).

Pacienti s PCS často predstavujú diagnostickú výzvu pre ich variabilné a mnohokrát nešpecifické klinické prejavy, čo je dôsledkom rozsahu zásobeného mozgového tkaniva, komplexnosti štruktúr a anatomickej variability (Hoyer et al., 2021). Spektrum klinických príznakov môže byť široké v závislosti od lokalizácie a rozsahu poškodenia, počnúc minimálnymi klinickými prejavmi až po hlbokú poruchu vedomia na úrovni kómy vedúcu k smrti pacienta. Symptómy môžu vzniknúť náhle, môžeme pozorovať fluktuujúci alebo progresívny priebeh, prípadne môžu byť prechodné. Až 50 % pacientov môže mať prechodné ischemické ataky alebo fluktuáciu príznakov počas niekoľkých dní až týždňov pred uzatvorením tepny. Toto je typické najmä pre artériosklerotický uzáver. Naproti tomu sú embolické udalosti náhle, bez prodrómov, s akútnym a často dramatickým klinickým obrazom (Demel et Broderick, 2015).

BAO môže mať podľa časového rozvoja príznakov najmenej tri klinické priebehy:

- náhly vznik závažných motorických a bulbárnych symptómov s poruchou vedomia,
- postupný alebo fluktuujúci priebeh, ktorý končí závažnými motorickými alebo bulbárnymi príznakmi, poruchou vedomia alebo ich kombináciou,
- prodromálne príznaky, ktoré predchádzajú monofázickú trombozu bazilárnej artérie (Reinemyer et al., 2020).

Podľa analýzy New England Medical Center Posterior Circulation Registry sú najčastejšími príznakmi PCS závraty (47 %), jednostranná slabosť končatín (41 %), porucha artikulácie (31 %), bolesť hlavy (28 %), nevoľnosť alebo vracanie (27 %) a rozmazané videnie (20 %). V klinickom obraze býva najčastejšie prítomná jednostranná slabosť končatín (38 %), ataxia chôdze (31 %), ataxia končatín (30 %), dyzartria (28 %), nystagmus (24 %) a Babinského príznak (24 %) (Searls et al., 2012).

Najväčším diagnostickým problémom sú nešpecifické príznaky, ako sú závraty, bolesti

hlavy, nevoľnosť alebo vracanie. Najmä pri miernej intenzite často nie sú interpretované ako príznaky PCS, čo môže viesť k oddialeniu správnej diagnózy a liečby (Sarraj et al., 2015).

Ďalším potenciálnym zdrojom neistoty sú zobrazovacie metódy v akútnej fáze PCS. Najčastejšie sa využíva CT vyšetrenie pre najlepšiu dostupnosť a krátke trvanie vyšetrenia. Na hodnotenie skorých ischemických zmien na nektrastnom CT vyšetrení mozgu podľa vzoru ASPECTS bolo v zadnej cirkulácii etablované pc-ASPECTS. Používa sa na predikciu funkčného výsledného stavu u pacientov s BAO. Ak nie sú prítomné žiadne skoré ischemické zmeny, je nález hodnotený plným skóre desať bodov. Ak sú ischemické zmeny prítomné, odrátava sa po jednom bode za oblasť talamu, okcipitálneho kortexu a mozčkových hemisfér a po dva body za zmeny v oblasti ponsu alebo medzimizgu (Puetz et al., 2008).

Medzi nevýhody CT vyšetrenia patrí najmä nízka senzitivita zobrazenia skorej ischemie infratentoriálne, časté artefakty z kostných štruktúr v okolí mozgového kmeňa a mozôčka a ionizujúce žiarenie. Pri podozrení na PCS a najmä BAO vždy, ak je to možné, využívame podrobné zobrazenie cievneho riečiska pomocou CT angiografie (CTA). Dokáže zobrazit' prípadný uzáver tepny, zhodnotit' cievne riečisko vrátane kolateralizácie a zobrazit' potenciálny zdroj embolizácie. Ak pacient nemôže absolvovať CTA, je potrebné doplniť vyšetrenie arteriálneho systému pomocou ultrazvuku.

Ďalšou modalitou CT vyšetrenia je perfúzne CT, ktoré môže zvýšiť senzitivitu vyšetrenia. Jeho hlavnou úlohou je odlíšenie zachrániteľného tkaniva od nekrózy (Goyal et al., 2013). Napomáha v odlíšení PCS od iných ochorení, najmä v prípade ľahkých alebo nešpecifických príznakov, predovšetkým v diferenciálnej diagnostike vestibulárneho syndrómu.

Alternatívou k CT vyšetreniu je MR, ktorá má vyššiu citlivosť na zobrazenie ICMP, v akútnej fáze je však dostupnosť podstatne menšia. Ďalšími výhodami sú dostatočná schopnosť spoľahlivo identifikovať ischemiu vrátane lokalizovanej infratentoriálne a tiež malé ischemické lézie. Dokáže odlíšiť akútne ischemické lézie od starších zmien, ischemické lézie od „stroke-mimics“, presne identifikuje objem

a lokalizáciu akútnej ischemie. Vyšetrenie trvá dlhšie, má viac kontraindikácií ako CT a je finančne náročnejšie (Nosál et al., 2006).

Liečebný postup u pacientov s PCS je rovnaký ako pri ICMP v prednej mozgovej cirkulácii. Všetci by mali byť liečení na špecializovanej jednotke. Pacienti indikovaní na rekanalizačnú liečbu, s nestabilnými alebo fluktuujúcimi neurologickými príznakmi, poruchou vedomia, hemodynamicky nestabilní alebo v prípade akútnej kardiálnej alebo respiračnej insuficiencie by mali byť umiestnení na intenzívnu jednotku. Dôležitá je stabilizácia vitálnych funkcií pacienta a zabezpečenie dostatočnej mozgovej perfúzie (Kaye et Brandstater, 2024).

Intravenózna trombolýza s rekombinantným tkanivovým aktivátorom plazminogénu (rt-PA) je bezpečnou a účinnou liečbou ICMP. Rozhodnutie o podaní IVT je často ovplyvnené posúdením závažnosti príznakov ICMP pomocou NIHSS, ktorá bola vyvinutá pre ICMP v prednej mozgovej cirkulácii a často neadekvátne hodnotí príznaky PCS. Neboli realizované randomizované klinické štúdie sledujúce efekt intravenózne trombolýzy (IVT) výhradne u pacientov s PCS. Na základe metaanalýzy dát z retrospektívnych štúdií a kazuistik sa predpokladá, že použitie rtPA je bezpečnejšie ako v prednej mozgovej cirkulácii, riziko hemoragických komplikácií je asi polovičné a výsledný klinický stav je podobný. U pacientov s ischemiou v oblasti mozgového kmeňa, uzáverom VA (bez BAO alebo oklúzie PCA) sa zdá, že časové okno nie je tak dôležité ako v prednej mozgovej cirkulácii, a preto môže IVT priniesť benefit aj po 4,5 hodiny od vzniku príznakov (Keselman et al., 2020).

Účinnosť a bezpečnosť alteplázy pri BAO sledovalo niekoľko klinických štúdií a podobne ako pri použití endovaskulárnej liečby (EVL) bol dobrý výsledný klinický stav (mRS 0–2) u 21–53 %, resp. mRS 0–3 u 26–63 % liečených pacientov (Dorňák et al., 2019).

Intravenóza altepláza bola schopná rekanalizovať cievu v 52–78 % prípadoch. Hodnota je porovnateľná ako pri podaní intraarteriálnej trombolýzy (IAT), pri ktorej bola rekanalizácia dosiahnutá u 63–94 % pacientov (Dorňák et al., 2014). Podľa údajov z medzinárodného registra BASICS IAT nie je štatisticky signifikantne účinnejšia a bezpečnejšia ako IVT (Schonewille et al., 2009).