

dysfunkce. Mezi příznaky, které mohou být poněkud opomíjené, ale přesto velmi ovlivňují kvalitu života a celkový zdravotní stav, patří i poruchy polykání (Ansari et al., 2020).

Polykání (deglutice) je komplexní děj, závislý na přesné nervosvalové koordinaci oblasti dutiny ústní, hltanu, hrtanu a jícnu, který zajišťuje bezpečný posun soust všech konzistencí z úst do žaludku. Proces polykání probíhá ve fázi orální přípravné, orální transportní, faryngeální a esofageální (Ansari et al., 2020).

Dysfagie (porucha polykání) vzniká narušením některé z částí tohoto komplexního nervosvalového procesu, resp. narušením jedné či více fází polykacího aktu. Nejčastější dělení poruch polykání je podle lokalizace obtíží na dysfagii orofaryngeální a esofageální. Neurogenní dysfagie pak definuje poruchy polykání způsobené onemocněním centrálního a periferního nervového systému, nervosvalového přenosu anebo svalů (Tedla et al., 2018).

Neurogenní dysfagie je jedním z nejčastějších a zároveň nejnebezpečnějších příznaků mnoha neurologických onemocnění.

Celková míra prevalence dysfagie se velmi různí, protože vždy závisí na použité vyšetřovací metodě (screening, klinické vyšetření nebo objektivní vyšetření polykání). Na základě systematické přehledové studie, kde byly hodnoceny výsledky 54 studií, které se věnovaly diagnostice dysfagie u RS, prevalence činila 44,8 % (95 % CI: [40,4 % -49,2 %]), s vysokou mírou heterogenity ($Q=$; $I^2 = 94,96$ %; $p < 0,001$), protože byla velmi ovlivněna použitou vyšetřovací metodou (Aghaz et al., 2018).

Příčinou rozvoje dysfagie u pacientů s roztroušenou sklerózou je komplexní postižení senzomotorického komplexu odpovědného za kontrolu polykacího aktu. Dysfunkce tohoto komplexu může být podmíněna lézí mozečku, kortikobulbárního traktu či hlavových nervů. Nejčastěji jde o kombinaci postižení více zmíněných systémů (Ansari et al., 2020).

Dysfagie, v závislosti na tíži postižení, může vést k rozvoji dalších komplikací. Zpravidla se jedná o malnutrici, dehydrataci, a v případě těžké dysfagie i aspirační pneumonii. Dysfagie především v mírných formách bývá často poddiagnostikovaná, protože i prvotní symptomy nemusí být pro svoji nespecifičnost dány

do přímé souvislosti s poruchami polykání (Ansari et al., 2020).

V uvedené videokazuistice prezentujeme mladou pacientku, u které byla dysfagie jedním z prvních symptomů RS. V rámci kazuistiky popisujeme diagnostiku dysfagie a i následný komplexní terapeutický přístup, který zahrnoval jednak terapii RS, ale i cílenou pravidelnou logopedickou péči.

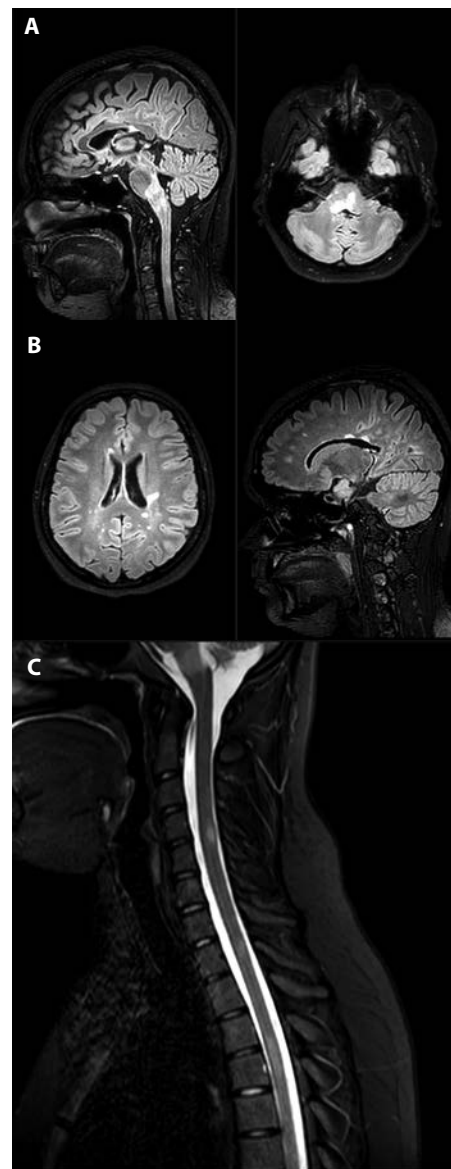
Kazuistika

Pacientka, 21 let, se v průběhu tří měsíců potýkala s obtížemi při polykání a problémy se zrakem, které se projevovaly občasným „roztrášeným“ a dvojitým viděním. Subjektivně popisovala dysfagické potíže jako kašláni při polykání tekutin, potřebu opakovaného polykání soust a občasně bolesti při polykání. Měla pocit, že se jí jídlo zastavuje v krku, což se snažila řešit odkašláváním nebo zapíjením. Tyto potíže se vyskytovaly několikrát denně, ačkoli konzistence stravy ani tekutin nebyla upravována. Jídlo konzumovala v běžném tempu a dbala na důkladné žvýkání. Někdy měla pocit, že tekutiny nebo pyré unikají nosem, což vyžadovalo vysmrkání. Pacientka neudávala úbytek hmotnosti.

Objektivní neurologické vyšetření odhalilo internukleární oftalmoplegii, mírnou ataxii horních i dolních končetin, zcela diskrétní centrální kvadruparézu a mírné paleocerebelární příznaky. Magnetická rezonance mozku a krční míchy ukázala T2/FLAIR hyperintenzní léze v oblasti pontu, prodloužené míchy, mezencephala a obou mozečkových hemisfér. Supratentoriálně byly patrné četné demyelinizační léze v bílé hmotě, zejména periventriculárně a paraventriculárně, méně výrazná pak juxtakortikální ložiska. V krční míše byly detekovány hyperintenzní léze v dorzální části v úrovních C3/4 a C4/5 (Obr. 1).

Vyšetření mozkomíšního moku podpořilo diagnózu roztroušené sklerózy (RS). V likvoru byla prokázána mírná lymfocytární pleocytóza a 12 oligoklonálních páسů, které nekorespondovaly se sérem. Současně byl zjištěn pozitivní FLC ("Free Light Chains", tedy volné lehké řetězce) kappa index, který reflektuje zvýšenou hladinu volných lehkých řetězců kappa v mozkomíšním moku. Uvedený nález také souvisí s intratékální imunitní aktivitou, což je jedním z charakteristických znaků roz-

Obr. 1. Demyelinizační léze na magnetické rezonanci mozku a míchy; A) MR mozku T2/FLAIR hyperintenzní léze v oblasti pontu, prodloužené míchy, mezencephala a obou mozečkových hemisfér; B) MR mozku T2/FLAIR hyperintenzní léze v periventriculární a paraventriculární lokalizaci; C) MR míchy T2/STIR hyperintenzní demyelinizační léze v dorzální části míchy v etáži C3/4, C4/5 a dále Th1 a Th 3-4



troušené sklerózy. Recentní studie ukazují, že tento index je svojí specificitou a senzitivitou srovnatelný s OP pásy (Hegen et al., 2023; Rosenstein et al., 2023).

Nález z magnetické rezonance mozku a míchy splňoval McDonaldova kritéria z roku 2017 (Thomson et al., 2018).

Terapeuticky bylo podáno 5 g methylprednisolonu intravenózně, po kterých se potíže částečně zlepšily. Z původního EDSS (Expanded Disability Status Scale, škála kvantifikující postižení nervového systému u pacientů s RS) 3,5 na 2,5. Vzhledem k přítom-