

Tab. 1. Subjektivní příznaky DCM (dle Tracy et Bartleson, 2010)

<ul style="list-style-type: none"> ■ Bolesti (či ztuhlost) krční páteře ■ Jednostranná/oboustranná bolest horních končetin ■ Slabost, ztráta obratnosti a jemné motoriky horní končetiny ■ Ztuhlost dolních končetin, slabost či porucha senzitivity ■ Močová inkontinence či urgence ■ Nejistota při chůzi, pády ■ Lhermitteův příznak
--

Tab. 2. Objektivní příznaky DCM (dle Tracy et Bartleson, 2010)

<ul style="list-style-type: none"> ■ Spastická paréza jakékoliv končetiny (nejčastěji spastická paraparéza dolních končetin) ■ Hyperreflexie na končetinách/klonus nohy ■ Hoffmanův příznak ■ Babinského a/nebo Chaddockův příznak ■ Chabá paréza jedné nebo obou horních končetin (korespondující s místem komprese) ■ Ztráta senzitivity (končetin či trupu) ■ Porucha chůze, zejména při podezření ze spasticity
--

Tab. 3. mJOA škála (modifikovaná podle Benzela et al., 1991)

Body	Definice
Skóre poruch hybnosti horních končetin	
0	neschopnost pohybu rukama
1	neschopnost se najíst lžící, ale možnost pohybu rukama
2	neschopnost zapnutí knoflíků u košile, ale schopnost se najíst lžící
3	schopnost zapnout knoflíky u košile s velkými potížemi
4	schopnost zapnout knoflíky u košile s malými potížemi
5	žádná porucha funkce
Skóre poruch hybnosti dolních končetin	
0	úplná ztráta motorických a senzitivních funkcí
1	čítí zachováno, ale nemožnost pohnout dolními končetinami
2	schopnost pohnout dolními končetinami, ale neschopnost chůze
3	schopnost chůze po rovné podlaze s pomocí hole nebo berle
4	schopnost chůze po schodech nahoru i dolů za přidržování zábradlí
5	střední až význačná porucha stability, ale schopen chůze po schodech – bez přidržování zábradlí
6	střední porucha stability, ale schopnost chůze bez hole, plynulým střídáním dolních končetin
7	bez poruchy funkce
Skóre poruchy senzitivity horních končetin	
0	úplná ztráta čítí na horních končetinách
1	těžká ztráta čítí nebo bolest
2	mírná porucha čítí
3	bez poruchy čítí
Skóre poruch sfinkterových funkcí	
0	neschopnost volního spouštění mikce
1	značné obtíže při močení
2	mírné až středně těžké obtíže při močení
3	normální močení

Vyšetření chůze (a event. i běhu) a monitorace eventuálního zhoršení těchto parametrů by mělo být součástí rutinního vyšetření každého pacienta s DCM.

Poruchy močení

Vyskytují se u relativně malého počtu pacientů s DCM – zhruba u 20 % (Hilton et al., 2018). Vzhledem k tomu, že DCM postihuje především starší muže, tak mohou připomínat (či bývají kombinovány s) projevy onemocnění prostaty. Pacienti si obvykle stěžují na urgenci

(nebo naopak opožděné močení a menší frekvenci), jen zřídka na inkontinenci (Kelly et al., 2012). Různý stupeň postižení svalového napětí močového měchýře (často subklinický) bývá dokonce popisován až u 44 % pacientů (McCormick et al., 2020).

Další klinické známky myelopatie

Klonus nohy: může být projevem zvýšené spasticity při postižení kortikospinální dráhy. Tento klinický projev má v diagnostice DCM ní-

kou senzitivitu (11 %), ale vysokou specifitu (96 %) (Cook et al., 2009). **Lhermitteův příznak:** je charakterizován pocitem elektrických výbojů dolů podél páteře a do končetin po předklonu (méně často po záklonu) hlavy. Je způsoben lézí zadních míšních provazců krční nebo kaudální části prodloužené míchy. Je velmi specifický pro krční myelopatii (jakékoliv příčiny), ale jeho senzitivita není u DCM příliš velká – bývá uváděna asi v 27 % (Milligan et al., 2019). **Hoffmannův příznak:** při něm uchopíme pacientovu ruku a druhou rukou krátce cvrkneme do nehtu třetího prstu držené ruky. Odpovědí je krátká flexe palce nebo prstů. Tento iritační pyramidový jev má v běžné populaci prevalenci 2 %. V případě DCM má pozitivní prediktivní hodnotu 68 % a negativní prediktivní hodnotu 70 %, což jej činí užitečným nástrojem v její diagnostice (Fogarty et al., 2018). **Babinského příznak:** pozitivní Babinského reflex, typický pro centrální postižení, má vysokou specifitu (100 %), avšak nízkou senzitivitu (McCormick et al., 2020).

Diagnostika DCM

Současný zlatý standard diagnostiky DCM je průkaz míšní komprese na MR krční páteře (s nebo bez hyperintenzity na T2-vážených obrazech) a přítomnost alespoň jednoho objektivního a jednoho subjektivního příznaku myelopatie. Ty jsou shrnuty v následujícím přehledu (Tracy et Bartleson, 2010) (Tab. 1 a 2).

Ke zhodnocení klinického stavu pacientů s DCM se používají různé škály (Nurickova, Cooper myelopathy scale, European myelopathy scale apod.). Klinicky nejpraktičtější a nejvíce citovanou je tzv. mJOA (modified Japanese Orthopaedic Association) škála. Byla vytvořena Japonskou ortopedickou asociací v roce 1974. Pro celosvětové používání však musela být upravena, původní škála totiž hodnotila i schopnost pacientů jíst japonskými jídelními hůlkami (Benzel et al., 1991). Tato škála velmi dobře odráží poruchu hybnosti horních končetin, postižení chůze, hodnotí i poruchu citivosti na horních končetinách a potíže s močením (Tab. 3). Maximum bodů je 18, které bývá stanoveno u pacientů bez jakýchkoliv klinických známek myelopatie, minimum bodů je 0, které značí již extrémně těžké funkční omezení (prakticky kvadruple-