

gii). Fehlings et al. definovali tíži myelopatie na lehkou (mJOA ≥ 15), středně těžkou (mJOA 12–14) a těžkou (mJOA < 12) (Fehlings et al., 2017).

Zobrazovací a pomocná vyšetření

MR krční páteře je podle současných kritérií základním radiologickým vyšetřením pro stanovení diagnózy DCM, zobrazení míchy a jejích kořenů. Hyperintenzita signálu v T2-vážených obrazech v místě komprese, která bývá často považována za klasický projev DCM, však bývá přítomna v méně než 50 % případů (Matsumoto et al., 1998). Jakákoliv deformita krční míchy (vyklenutí, zploštění či zúžení přilehlými strukturami (zejména vyklenutím meziobratlové ploténky)) by měla být posuzována jako typ komprese, který může způsobit neurologické postižení (Obr. 1). Krční míšní komprese je však velmi častá a je přítomna i u zcela asymptomatických jedinců. Nazýváme ji pak asymptomatickou míšní degenerativní kompresí či lépe nemyelopatickou degenerativní míšní kompresí (NMDCC). U bělošské euroamerické populace nad 60 let dosahuje její prevalence dokonce až 40 % (Kovalova et al., 2016).

CT a nativní rtg snímky (včetně funkčních) poskytují důležité informace zejména o dynamice páteře a kostních změnách, které mohou být vodítkem pro zvolení správného typu operace (Martin et al., 2018). CT též poskytuje užitečné informace v případě kontraindikace MR či při přítomnosti kovových artefaktů, které znekvatňují MR obraz. CT může být přínosnou metodou v diagnostice a klasifikaci typu osifikace zadního podélného vazy (Abiola et al., 2016).

Elektrofyziologické vyšetření umožňuje hodnotit funkční stav nervových struktur (kořenů, míchy, resp. jednotlivých jejích drah). Přispívá tak k rozhodnutí o významnosti radiologických nálezů degenerativních změn, které vykazují v klinické praxi vysokou prevalenci, často však bez jasného klinického korelátu. Elektrofyziologické metody mohou odhalit subklinická postižení příslušných struktur, objektivizují a zpřesňují klinický nález a mohou poskytnout bližší informaci o lokalizaci postižení v případech, kdy to klinický nález neumožňuje. U pacientů s DCM prová-

díme kondukční studie z horních končetin (n. medianus, ulnaris a radialis) a jehlovou EMG se zaměřením na radikulopatii C5–8 na obou horních končetinách.

Nedílnou součástí diagnostického algoritmu u pacientů s míšní kompresí či myelopatií jsou kromě elektromyografie také motorické a somatosenzorické evokované potenciály. Motorické evokované potenciály (MEP) umožňují hodnocení rychle vedoucích kortikospinálních drah. Jsou odpovědí na magnetickou stimulaci motorických drah transkraniálně v oblasti primárního motorického kortexu a dále v oblasti míchy. Podstatou této stimulace je indukce proudu ve vodivé tkáni pulzním magnetickým polem. Odpovědí je aktivace odpovídajících svalových skupin snímaná na periférii, tedy nad cílovým svalem s využitím stejných elektrod a zapojení, jaké jsou užívány v běžných kondukčních studiích. Snímáme motorické odpovědi z m. abductor digiti minimi na horních končetinách a m. abductor hallucis či m. tibialis anterior na dolních končetinách. Somatosenzitivní evokované potenciály (SEP) vznikají jako odpověď struktur periferního nervového systému (brachiálního nebo lumbálního plexu), míchy a mozku na elektrickou stimulaci periferních nervů. Tím nás informují o funkci zadních provazců a tractus spino-bulbo-thalamo-corticalis/lemniscus medialis. Na horních končetinách nejčastěji vyšetřujeme SEP n. medianus při stimulaci v zápěstí, na dolních končetinách SEP n. tibialis při stimulaci za vnitřním kotníkem, v obou případech repetitivní elektrickou stimulací nízké intenzity. Evokované potenciály nás informují o stupni postižení periferní i centrální části senzitivní a motorické dráhy.

Nabývají na významu při průkazu subklinických změn, při sledování průběhu nemoci, efektu terapie a při diferenciální diagnostice. Působí však i jako prediktory rozvoje DCM u pacientů s NMDCC (Kadanka et al., 2017). Elektrofyziologické vyšetření je důležité i pro vyloučení jiné neurologické etiologie potíží (např. periferní mononeuropatie, amyotrofická laterální skleróza, roztroušená skleróza apod.).

Strategie léčby DCM

V průběhu let řada prací prokázala, že klinický vývoj onemocnění je velmi individuální a variabilní a že mnoho pacientů zůstává stabilních i po řadu let. Naopak poměrně velké množství z nich se klinicky horší, pokud není včas léčeno. Postupně docházelo k průběžné úpravě doporučení léčby pacientů s DCM i nemyelopatickou degenerativní míšní kompresí. Přestože existují některá data, která sledují rizikové faktory progresu NMDCC do symptomatické DCM, neexistuje jasný, vědecky podložený konsenzus léčebného postupu zejména u pacientů s mírnou myelopatií či NMDCC, který by zahrnoval i eventuální prospěšnost chirurgické dekomprese u vysoce rizikových pacientů s NMDCC.

Konzervativní léčba DCM spočívá v první řadě v úpravě životosprávy a změně životního stylu. K tomu patří především odstranění všech rizikových faktorů, které mohou progresi nemoci urychlit:

- těžká fyzická námaha,
- úprava lůžka tak, aby krční páteř nedosahovala během spánku krajních poloh,
- omezení takové aktivity, která by mohla vést k poranění páteře (pohyb na kluzkém teré-

Obr. 1. Pacient se středně těžkou DCM, mJOA 12; klinicky lehká kvadruparéza; T2-vážená sekvence, vlevo sagitální řez, vpravo axiální řez v úrovni maximální komprese

