



HYDROCEPHALUS

• onemocnění s různou etiologií

- definován jako **nadměrné nahromadění mozkomíšního moku (likvoru) v nitrolebním prostoru při poruše jeho tvorby, průtoku nebo vstřebávání**
- mozkový mok se hromadí v komorách a někdy i v subarachnoidálních prostorech mozku na úkor mozkové tkáně - dochází k rozšíření komor - ventrikulomegalii, která je většinou spojena s nitrolební hypertenzí
- výskyt hodnocen jako patologický stav a ne jako specifické onemocnění nebo etiopatogenetická jednotka
- z řečtiny: hydro - voda; kephale - hlava
- průtok moku může být narušen v kterémkoli místě systému - v případě překážky - **obstrukční hydrocefalus**; lokalizace obstrukce rozhoduje o morfologickém i klinickém obrazu
- při obstrukci za IV. komorou dochází k dilataci celého komorového systému - **normotenzní hydrocefalus** - jeho příčina tkví ve snížení resorpce/vstřebávání
- **atrofický hydrocefalus** - jedná se o stav při atrofii mozkové tkáně s normálním nitrolebním tlakem a rozšířením komor (při Alzheimerově nemoci)
- rychlost rozvoje a závažnost záleží na poměru produkce moku, stupni průtokové obstrukce a zachování kompenzatorní absorpce
- může být vrozený X získaný

- v případě **obstrukčního hydrocefalu** - většinou akutní a rychle nastupující stav
- úporné bolesti hlavy, nevolnost, poruchy až ztráta vědomí
- **normotenzní hydrocefalus** - pomalu se rozvíjející; až v 90% chybná diagnostika, zhoršující se stav zůstává neléčen nebo je veden pod diagnózou demence; není příliš časté onemocnění; prevalence 3-10%
- prognóza příznivá po zavedení drenáže (shunt) v 60-75% případů
- čím déle příznaky trvají, tím menší pravděpodobnost úspěchu léčby
- relativně velké % komplikací (38%) - revize shuntu 22%, 6% vážné neurologické komplikace

- KD pozorovaný u NPH je tzv. subkortikálního typu, napodobující postižení FL - termín subkortikální demence

Tab. 5.2 Porovnání symptomů kortikální a subkortikální demence, podle Vašiny a Diamanta (1994)

	Kortikální demence	Subkortikální demence (u hydrocefalu)
Řeč	normální	abnormální, motorická dysartrie, dysfonie
Jazyk	afázie	bez poruch
Paměť	amnézie	zapomnětlivost
Kognice	poruchy úsudku a abstrakce	abnormální, pomalá a zhoršující se
Početní výkony	akalkulie	narušeny pro zpomalení mentálních procesů
Zrakové vnímání	abnormální	normální
Prostorová orientace	abnormální	normální
Nálada	lhostejnost, apatie	odtlumení, deprese

- paměť a učení a to jak zrakových, tak verbálních obsahů, i když paměť pro nové i vzdálené události zůstává pravděpodobně neporušena (Lezak, 1995)
- intaktní zůstává epizodická paměť, zhoršení u učení a vybavování vizuálních i verbálních podnětů, později hlubší oslabení paměti (Luciano, 2001)
- pozornost - negativně ovlivňuje podávané kognitivní výkony
- poškozené fce FL - verbální fluence, kognitivní flexibilita, rychlost zpracování informací
- psychické poruchy - zejména v pokročilejších stádiích
- deprese již od počátku onemocnění, přidávají se úzkostné stavy a paranoidní představy
 - deprese může blokovat, jak kognitivní výkon, tak především úzdravu po chirurgickém zásahu

- v důsledku popsaných změn mozku se postupně vyvíjí **triáda** klinických příznaků
 - **poruchy rovnováhy a chůze** - od lehké nejistoty až po neschopnost; chůze o široké bázi, šouravá, pro otočení velké množství velmi krátkých krůčků, problém s překážkami,...
 - **inkontinence** - většinou částečná, častější frekvence močení, ze začátku imperativní mikce, inkontinence později
 - **zhoršení KF až demence** - v typických případech spolu s rozvojem poruch rovnováhy a chůze nebo záhy po něm nastupují kognitivní obtíže
- nejedná se o primárně degenerativní poruchu jako u demencí, ale o reverzibilní stav zahrnující poruchy KF
- začátek plíživý a nenápadný - ztráta zájmu o dosavadní činnost, zhoršení organizačních schopností, drobné výpadky paměti, hlavně krátkodobé; později zmatenost, poruchy orientace, zmenšení rozsahu pozornosti, zesílení poruch paměti (i dlouhodobé)
- relativně bez následků zachována schopnost sebeuvědomování a sebehodnocení, pacienti si zhoršování stavu uvědomují - přidružuje se depresivita a úzkostné poruchy, paranoidní sy

- pokud lze, tak komplexní Wechslerovy inteligenční testy a zejména detailní vyšetření paměti - umožní zmapovat úroveň různých typů paměti - WMS III
- samozřejmě rozhovor + škála depresivity
- návrh typizovaného vyšetření (Mohaplová, 2006)
 - rozhovor 20-30 min
 - Informace a Orientace z WMS III
 - Paměťový test učení: pokusy I-IV a vybavení po interferenci
 - Reyova figura (Taylorové) - figura - kopie; pak reprodukce po 3 minutách
 - Beckova sebeposuzovací škála depresivity
 - Test verbální fluence
 - Číselný čtverec nebo TMT
- podle trvání administrace se vřazuje - Paměťový test učení VII pokus, oddálené vybavení po 30 min.; Reyova figura - reprodukce po 30 min.

- neexistuje žádný jednotný postup
- rehabilitační ústavy
- kognitivní poruchy se lepší nejméně a nejpomaleji
- většina pozornosti věnována rehabilitaci motorických potíží
- ambulantní neurorehabilitační péče v ČR pro pacienty s mírnějším deficitem není zatím rozšířena
- doporučuje se - luštění křížovek, učení se slovíček, reprodukce přečtených slov,...
- v zahraničí PC programy - Rehabit, RehaCom, Train the brain,..