proLékaře.cz | 2.5.2024

Komentář k pilotní studii autorů D. Školoudíka et al. Změny kognitivních funkcí u pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou testovaných pomocí Mini-Mental State Examination (MMSE) a Clock Drawing Test (CDT)

PhDr. Milena Košťálová
Neurologická klinika LF MU a FN Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Práce D. Školoudíka a spoluautorů je cenná, poněvadž upozornila na téma *fatických funkcí* stojících v medicíně poněkud na okraji zájmu a současně odhalila několik souvisejících problémů, které čekají na své řešení. **Poruchy fatických funkcí** jsou téma zpravidla zastoupené v neurologické literatuře, ale v klinické praxi jsou často opomíjeným fenoménem mnohdy jen formálně nebo nepřesně diagnostikovaným. **Jejich nedoceňovaný význam může zásadním způsobem zkreslit získávané** informace o pacientovi a **výsledky,** ať již se jedná o zjišťování anamnestických dat, stavu nebo vyšetření dalších kognitivních funkcí.

Problematická je různorodá terminologie, jež je výsledkem různých aspektů odborností zainteresovaných na diagnostice těchto poruch. Jedná se například o neurologii, neurolingvistiku, neuropsychologii, foniatrii, v neposlední řadě klinickou logopedii. Snaha kategorizovat fatické poruchy vedla k vytvoření mnohých klasifikačních systémů. Ve světě nejrozšířenější je třídění dle **Bostonské školy**, vzniklé v 60. letech minulého století, které se v naší klinické praxi velmi obtížně prosazuje ve větší míře od přelomu století. Užívání některých pojmů z této klasifikace je však bohužel mnohdy nesprávné např. *globální afázie je spojení příznaků Wernickeovy a* Brocovy *afázie*. S tímto názorem nelze souhlasit. Charakteristickým symptomem Wernickeovy afázie je fluentní produkce řeči, naopak Brocova afázie je reprezentantem neplynulých afázií.

V klinické praxi se tradují také **mýty** jako např. *pacient s* Brocovou *afázií má intaktní rozumění mluvené řeči a* jedná *se o* tzv. *expresivní, motorický typ afázie.* Je však zcela běžné, že poruchy v percepční složce řeči mohou být u pacientů postižených tímto typem afázie až v rozsahu středně těžkém. Ilustrujme si takový případ na příkladu – pacient s Brocovou afázií může v důsledku přítomných poruch percepce dekódovat pouze část následující verbální informace a svých problémů si nemusí být vědom: *„Nakreslete tužkou na tento papír kompletní ciferník hodin a* vyznačte *na něj čas jedenáct hodin deset minut."* Pacient může mít zúženou kapacitu verbální paměti v jejímž důsledku si nezapamatuje celou instrukci a některá slova ignoruje (např. *deset minut*) nebo možné poruchy dekódování logicko gramatických struktur zapříčiní nesprávnou identifikaci významu neplnovýznamových slov *na něj* a zamění nesprávně jejich vztah např. ke slovům *na papír*, mohou se vyskytovat i poruchy v oblasti lexikální sémantiky (tj. nepochopí význam slova). A pokud se examinátor po zadání verbální informace dotyčného pacienta s Brocovou afázií zeptá jednoduchou větou: „Rozumíte zadání?" Pacient může klidně odpovědět: „Ano".

Pacienta s afázií může při zadávání úkolů z obou testů například dosahovat výsledků jako cizinec, který se učí půl roku česky. Přibližně takový může být stav jazykových dovedností i pacienta s Brocovou afázií. Jaký by mohl být jeho výkon v subtestu 2 Zapamatování – citováno z testu MMSE: „Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na ta slova zeptám." A v subtestu 4 Výbavnost „Nyní se pokuste vzpomenout na tři slova, která jste si měl zapamatovat." Velmi obtížně můžeme odlišit, proč pacient případně v úkolu selhal, ale především se nemusí jednat o poruchu paměti ani výbavnosti, ale pouze o nepochopení zadávané instrukce. V případě, že vyšetřovaná osoba produkuje slova nesprávně např. s fonémickou parafázií (zamění hlásku) u slova *šátek – sáček*, pak skórujeme mínus jeden bod.

Fatické funkce mají specifické postavení v rámci kognitivních funkcí. **Intaktní jazykové funkce jsou do značné míry podmínkou pro kvalitní vyšetření kognitivních funkcí,** a to především v případě, pokud použijeme testovací metody založené na verbálním bázi. Oba testy, Clock Test i MMSE, jsou takto koncipovány. Poruchy fatických funkcí omezují porozumění, zpracování i produkci mnohých subtestů výše zmíněných testů, které jsou primárně určeny ke zjišťování stavu především jiných kognitivních funkcí. **Pacienti s afázií** (ale i alexií, agrafií, apraxií, agnozií) v nich **častěji selhávají z důvodu poruch fatických funkcí a vznikají tak falešně pozitivní výsledky.**

Výskyt fatických poruch u pacientů po CMP se odhaduje v akutní fázi asi na 30 %, značná část jich spontánně odeznívá i během několika málo hodin. Tento fakt by měl být

proLékaře.cz | 2.5.2024

dostatečným důvodem pro **vytvoření a používání speciálních diagnostických nástrojů**, které je možno u této nemalé skupiny pacientů použít ke zjištění stavu kognitivních funkcí.

Tyto testy nám v Česku i na Slovensku chybí. Jeden z důvodů je problematické zavádění testových baterií z anglicky či německy mluvících zemí. Ojediněle používané experimentální verze, ve světě používaných testů, jsou u nás sice jazykově adaptované, ale jsou určeny k výzkumným a výukovým účelům, jejich rozšíření či publikace je limitováno autorskými právy. V České republice dosud neexistuje standardizovaná testová baterie včetně norem sloužící pro komplexní vyšetření afázií příbuzných kognitivních funkcí. Vyšetřit a klasifikovat jednotlivé afatické syndromy je nelehký úkol pro řečového specialistu, poněvadž symptomy fatických poruch nejsou specifické a typy afázií máme možnost v našich podmínkách stanovit pouze empiricky dle klinického vyšetření. Diagnostický závěr je přímo úměrný především klinické zkušenosti vyšetřující osoby, zpravidla klinického logopeda.

Diagnostika kognitivních **funkcí** včetně **fatických v akutní a subakutní fázi onemocnění** u lůžka je velmi problematická, obtížná a nelze ji řešit bez interdisciplinární spolupráce. Při sestavení metodiky výzkumných prací, které se týkají pacientů s cévním onemocněním mozku, by mělo být samozřejmostí vyšetření stavu fatických funkcí pacientů erudovaným odborníkem. Je třeba si uvědomit, že fatické poruchy jsou variabilní pestrá paletu syndromů a často se pojí s příbuznými poruchami, které je zastírají. Zachytit, mapovat a stanovit míru postižení všech dílčích funkcí není možné v celé šíři a také snaha o jejich **klasifikaci v časné fázi je v mnohých případech neproveditelná především pro časový limit, který je dán omezenou možností zátěže pacienta vyšetřením.** Afázie mají řadu vzorců svého průběhu a často výraznou dynamiku změn klinického obrazu. Od progrese poruchy funkcí, manifestující se na vrcholu těžce narušenou komunikační schopností při globální afázii, často s koexistující apraxií a dysartrií, relativně stabilizovaného nebo kolísajícího klinického obrazu, vymizení všech obtíží v případě TIA, diskrétní reziduum, které je možno detekovat jen speciálními testy a nelze je provést u lůžka. **Nejvýraznější dynamika změn** nastává právě **v akutní a subakutní fázi po CMP**. Detekci symptomů afázie a dalších fatických poruch mohou komplikovat další faktory

- chybějící důležité anamnestické detaily (rodný jazyk, vývojové dys-obtíže, úroveň znalosti gramatiky jazyka...)
- febrilie
- bolest
- deprese
- osobnost a druh psychické reakce na vzniklé onemocnění
- anxieta
- negativní vlivy rušného prostředí JIP a IJ
- poruchy zraku a sluchu
- preexistující mírný kognitivní deficit či počínající příznaky demence, které si nikdo z blízkých ani vyšetřovaná osoba sama neuvědomovali
- u CMP také častý výskyt poddiagnostikovaných symptomů delirií, které kolísají a mění svou intenzitu
- nesprávné odpovědi mohou být důsledkem perseverací, a to verbálních i motorických.
- diferenciální diagnostika – komplex často koexistujících poruch těžkého stupně – dysartrie, apraxie a afázie. Jejich vyšetření a přesné rozlišení prolínání jejich symptomů je obtížně řešitelným problémem pro zkušeného klinika. Zvláště pak u osob vyššího věku – s počínajícím kognitivním deficitem, obtíže, které ani nejbližší pacienta nevnímali
- poruchy rozumění čtené řeči
- nedoceněné poruchy rozumění mluvené řeči – mohou mít vliv na výsledek např. zjišťování anamnestických dat či diagnostiku opírající se o informace získané ústní cestou od pacienta. Velmi problematické jsou například odpovědi na alternativní otázky tj. padesátiprocentní šance odpovědět správně. Otázku v češtině vnímáme aniž bychom museli porozumět obsahu, intonace otázky nás automaticky vybízí k automatické odpovědi „ano". Odpověď „ano–ne" je velmi snadná, tato slova patří mezi vysoce frekventovaná, automatizovaná, krátká, jednoduchá a snadno vyjádřitelná pro značnou část pacientů s afázií s doprovodem pohybu hlavy. Odpověď je často mechanická, mimovolní. Rozumění mluvené řeči bývá postiženo i u anomické afázie. U afázií je frekventní poruchou také porucha syntézy a analýzy fonémů – výkon hláskovat slovo je problémem pro většinu afatiků. Také výsledky CDT jsou přímo závislé na porozumění slovní instrukci při zadání úkolu. Instrukce v případě CDT je složitější syntaktická struktura a značná část pacientů s fatickou poruchou ji nesprávně nebo neúplně pochopí.

Test MMSE a CDT není vhodný pro standardní vyšetření stavu kognitivních funkcí u pacientů s fatickými poruchami. Relativně validní výsledek může zajistit erudovaný investigátor afaziolog, který lépe zvládne specifiku komunikace v rámci intervence u pacienta s afázií s lehkých až středním deficitem fatických funkcí. Přesnou míru tohoto deficitu však prozatím nemůžeme stanovit, nemáme k dispozici standardizovaný diagnostický nástroj včetně norem v češtině a slovenštině jako flektivních jazyků. Věřím, že **práce** Davida Školoudíka a jeho spolupracovníků **zvýší zájem o hlubší poznávání fenoménu zvaného afázie** a povede ke zvládnutí naznačených úskalí.