

Neocerebelární syndrom

Je charakterizovaný poruchou koordinace složitých a jemných pohybů způsobených narušením funkce neocerebela, které obsahuje programy pro volnou motoriku.

Symptomy

Poškození funkce neocerebela se projeví **hypermetrií**. Pohyby jsou opožděně zahájeny a pozdě zastavovány. Je narušená koordinace mezi svalovými skupinami agonistů a antagonistů – **dysmetrie**. Tzv. **malá neocerebelární asynergie** postihuje přesné koordinované pohyby a **adiadochokineze** znemožňuje správně provázat rychle alternující pohyby. Při cílených pohybech pozorujeme **intenční třes** (3–5 Hz), který se s přibližováním k cíli zvětšuje. Objevuje se hlavně při destrukci nucleus dentatus. Mezi další patří **titubace** – kolísání trupu ve stoji či v sedě (2–3Hz). Člověk s tímto syndromem není schopen snížit svalovou sílu, proti které působí po náhlém snížení odporu. To se nazývá **rebound fenomén**. Pohyby těchto pacientů jsou trhavé a rozpadlé do jednotlivých komponent – pohybová dekompozice, která ovlivňuje řeč i písmo. Pacienti trpí poruchou artikulace s nepřírozeným oddělováním slabik a pomalou řečí – **sakadovaná řeč a makrografií**, která se projevuje změnou písma nebo i přestřelováním při spojování dvou bodů na nakreslené předloze. Při **odhadu váhy** se předměty na straně léze zdají lehčí. Častý je **nystagmus** ve směru poškození či **poruchy vidění** způsobené dysmetrií okohybných svalů. Podobné symptomy nacházíme také u paleocerebelárního syndromu.

Vyšetření

- Adiadochokineze – pacient bez kontroly zraku předpaží ruce a střídavě provádí pronaci a supinaci. Ruka na straně mozečkové léze vypadává z rytmu. Alternativou je flexe a extenze končetin;
- Malá neocerebelární asynergie – pacient se nedokáže při pokynu ke změně polohy z lehu do sedu bez pomoci rukou posadit a zdvihá dolní končetinu na straně mozečkové léze;
- Intenční třes – pacienta vyzveme, aby se ukazovákem dotkl nosu, přičemž pozorujeme viditelný třes;
- Stewart-Holmes test – testuje tzv. rebound fenomén. Pacient flektuje horní končetiny proti pasivnímu odporu. Po náhlém vymizení odporu končetina na straně mozečkové léze vystřelí nahoru.

Etiopatogeneze

Nejčastějším důvodem poruchy funkce je **intoxikace etanolem** způsobující poruchy rovnováhy, titubace a ataxie chůze. Porucha může nastat při **infarktu** či **hemoragii** s nástupem rychlých nespecifických příznaků jako jsou bolest hlavy, závratě, poruchy rovnováhy či ataxie na **trombem** či **embolií** postižené straně. **Nádory** zadní jámy lební mohou destruovat tkáň mozečku nebo ho růstem utlačit a narušit cirkulaci mozkomíšního moku, což může vést až k hydrocefalu. Ataxii končetin a poruchu rovnováhy může způsobit také **sclerosa multiplex** či difúzní mozečková demyelinizace po infekci virem **Varicella Zoster**. U farmakologické anamnézy je potřeba si všimnout léčby **hydantoiny** – antikonvulziva např. při léčbě epilepsie, jelikož mohou způsobovat cerebelární poruchy.

Odkazy

Související články

- Paleocerebelární syndrom

Použitá literatura

- NEČAS, Emanuel. *Patologická fyziologie orgánových systémů. Část 2*. 2. vydání. Praha : Karolinum, 2009. 760 s. ISBN 978-80-246-1712-1.
- SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG. *Atlas patofyziologie člověka*. 1. české vydání. Praha : Grada, 2001. 390 s. ISBN 80-7169-968-3.
- BOJAR, Martin, Rudolf ČERNÝ a Jan VEJVALKA. *Atlas neurologie* [online]. [cit. 2011-12-05]. <<http://camelot.lf2.cuni.cz/vejvalka/neursy/>>.
- WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ, et al. *Základy obecné neurologie*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0803-0.