

krku nebo páteře. U „izolovaných“ parestezií mezi varovné signály patří především jejich distribuce, charakter nástupu a doba trvání: náhle vzniklá jednostranná symptomatologie (senzitivní hemisyndrom), jak s persistující, tak s přechodnou i záchvatovitou symptomatologií nebo progredující distální symetrické parestezie dolních končetin s postupným vzestupem.

Diferenciální diagnostika parestezií

Diferenciální diagnostika parestezií je velmi bohatá, protože mohou být vyvolány mnoha nemocemi. V následující části jsou uvedeny ty, které se ve spojení s paresteziemi vyskytují nejčastěji (2, 5, 6, 7, 8, 9).

Postižení mozku: cévní mozková příhoda, tranzitorní ischemická ataka, roztroušená skleróza, fokální epileptické záchvaty, migréna s aurou, mozkový nádor, mozkový absces.

Postižení míchy: roztroušená skleróza, spondylogenní cervikální myelopatie, neuroanemický syndrom (při perniciózní anémii), syringomyelie, nádor, hernie disku.

Postižení nervového kořene: hernie disku (v popředí stojí kořenová léze spojená s bolestmi, event. i motorickým výpadkem, ale jen vzácně se vyskytuje izolovaná senzitivní porucha), nádor, radikulitida (např. neuroborelióza), polyradikuloneuritidy (akutní zánětlivá demyelinizační polyradikuloneuritida – syndrom Guillain-Barré, chronická zánětlivá demyelinizační polyneuropatie).

Postižení nervové pleteně: poranění, nádor (např. Pancoastův tumor postihující brachiální plexus, nádory v malé pánvi komprimující plexus ischiadicus).

Postižení periferního nervu (periferní neuropatie)

- Kompresivní úžinové syndromy: syndrom karpálního tunelu (komprese n. medianus), syndrom Guyonova kanálu (útlak n. ulnaris v oblasti lokte), meralgia paraesthetica (komprese n. cutaneus femoris lateralis s paresteziemi nebo palčivými bolestmi na zevní straně stehna)
- Metabolické a endokrinní neuropatie: diabetes mellitus (diabetická polyneuropatie se vyskytuje u 50–70 % diabetiků, až u 10 % nemocných je prvním příznakem ještě před stanovením diagnózy DM), renální selhání (zpravidla při chronické uremii, převažují senzitivní projevy), hepatopatie, hypotyreóza
- Nutriční: deficit vitaminu B₁₂, B₁, malnutrice, malabsorpce
- Toxické: chronický ethylismus („alkoholová“ polyneuropatie se vyskytuje až u pětiny alkoholiků, především v důsledku toxického působení alkoholu a malnutrice s deficitem thiaminu), léky (např. cytostatika, amiodaron, phenytoin), rozpouštědla, těžké kovy
- Zánětlivé autoimunitní: akutní zánětlivá demyelinizační polyradikuloneuritida (syndrom Guillain-Barré), chronická zánětlivá demyelinizační polyradikuloneuritida, multifokální motorická neuropatie, monoklonální gamapatie, vaskulitidy, sarkoidóza, Sjögrenův syndrom, systémový lupus erythematosus
- Zánětlivé infekční: neuroborelióza, neurosyfilis, HIV, lepra, postcovidový syndrom
- Malignity: mnohočetný myelom, lymfoproliferativní nemoci, paraneoplázie (např. malobuněčný bronchogenní kar-

cinom, lymfom, sarkom, karcinom prsu, ovaria)

- Hereditární a kryptogenní (idiopatické, až 25 % periferních neuropatií)

Parestezie úst, rukou, nohou mohou provázet i řadu jiných stavů, aniž by jejich přítomnost znamenala významnější postižení nervového systému. Jedná se např. o hypoglykemii, dehydrataci, tetanický syndrom, hyperventilaci, panickou ataku, úzkostné stavy, deprese či fibromyalgie. K interním onemocněním, u kterých jsou parestezie jedním z průvodních příznaků, patří mj. Raynaudův syndrom, hypokalcemie, revmatoidní artritida či ischemická choroba dolních končetin.

Závěr

Diferenciální diagnostika parestezií může být v řadě případů složitou problematikou pro různorodost příčin jejich vzniku. Parestezie mohou být vyvolány celou řadou nemocí, ale nejsou patognomickým příznakem žádné z nich. Pro diagnostiku příčin vzniku parestezií je důležitá cílená anamnéza včetně pečlivého posouzení a nepodcenění přidružených onemocnění a asociovaných neurologických příznaků. Účelně zaměřené základní neurologické vyšetření doplněné o testování citlivosti má být provedeno již v ordinaci praktického lékaře. I přes izolovaný výskyt parestezií je jejich náhlý či akutní vznik, lokalizace na jedné polovině těla (hemiparestezie) nebo symetrický začátek na dolních končetinách s ascendentním průběhem signálem k okamžitému odeslání pacienta na neurologické pracoviště.

LITERATURA

1. Mysliveček J, Pretl M, Hrabovská A. Základy neurověd. Praha: Triton; 2009. 2. vydání, 390 s., ISBN 978-80-7387-088-1.
2. Ambler Z. Základy neurologie. Praha: Galén; 2011. 7. vydání, 351 s., ISBN 978-80-7262-707-3.
3. Vlčková E, Šrotová I. Vyšetření senzitivity. Česká Slov. Neurol. 2014;77(100(4)):402–418.
4. Rokyta R, Kršík M, Kozák J. Bolest. Praha: Tigis; 2012. 2. vydání,

748 s., ISBN 978-80-87323-02-01.

5. Bednařík J. Senzitivní systém. In: Ambler Z, Bednařík J, Růžička E (editors). Klinická neurologie. I. Část obecná. Praha: Triton; 2004: 167–198.
6. Bhidayasiri R, Waters MF, Giza CC. Neurological differential diagnosis: A prioritized approach. Wiley-Blackwell; 2008. 562 s., ISBN 978-1-4051-7284-4.

7. Lukáš K, Žák A. Chorobné znaky a příznaky. Diferenciální diagnostika. Praha: Grada Publishing, a. s.; 2015. 928 s., ISBN 9788024750675.
8. Otruba P. Periferní neuropatie – diagnostika v ordinaci praktického lékaře. Med. praxi. 2011;8(6):285–287.
9. Manji H, Connolly S, Kitchen N, et al. Oxford Handbook of Neurology. New York: Oxford University Press; 2014. 2. vydání, 623 s., ISBN 978-0-19-960117-2.