

APOE a BDNF jako rizikové genetické markery pro predikci nástupu a rozvoje kognitivního deficitu při Alzheimerově nemoci

APOE and BDNF as genetic risk markers for predicting the onset and development of cognitive deficits due to Alzheimer's disease

Souhrn

Alzheimerova nemoc (AN) je progresivní neurodegenerativní onemocnění, pro které je charakteristické odumírání neuronů v oblasti hipokampu a mediotemporálních struktur s typicky narušenou epizodickou pamětí. U pacientů se však liší věkem rozvoje a rychlostí progresse onemocnění. Zdá se, že hlavními modifikátory těchto dvou faktorů jsou genetické polymorfizmy v genech pro apolipoprotein E (*APOE*) a brain-derived neurotrophic factor (*BDNF*). Hlavní rizikovou genetickou determinantou pro rozvoj AN s pozdním počátkem je alela *APOE* ε4. *BDNF* Val66Met polymorfismus se ukazuje jako rizikový pro rozvoj kognitivního deficitu a rychlost progresse onemocnění, ať už přímou nebo nepřímou interakcí s *APOE* genotypem. U nositelů kombinace obou rizikových polymorfizmů *APOE* ε4/*BDNF* Met byly pozorovány horší výkon v oblasti epizodické paměti a rychlejší progresse kognitivního deficitu v čase při porovnání s pacienty, kteří nejsou nositeli této rizikové kombinace nebo nejsou nositeli žádného z těchto polymorfizmů. Tato informace může být užitečná pro přesnější identifikaci jedinců v riziku rozvoje AN i pro pravděpodobnou prognózu a další vývoj onemocnění. Zároveň některé intervenční studie naznačují potenciál pro nefarmakologické intervence v prevenci onemocnění u rizikových jedinců.

Abstract

Alzheimer's disease (AD) is a progressive neurodegenerative disorder that is typically initialized by neuronal death in the hippocampus and mediotemporal structures with characteristic episodic memory impairment. However, what is different among AD patients is the age of onset and progression of the disease. It has been suggested that the major modulators of these factors appear to be genetic polymorphisms in apolipoprotein E (*APOE*) and brain-derived neurotrophic factor (*BDNF*) genes. *APOE* ε4 allele is the primary genetic determinant of risk for late-onset AD. *BDNF* Val66Met polymorphism has been shown to alter the risk for developing cognitive impairment and disease progression, both directly and indirectly through an interaction with the *APOE* genotype. The carriage of both risky variants *APOE* ε4/*BDNF* Met was associated with episodic memory impairment and faster memory decline compared to the presence of only one or none of these high-risk polymorphisms. This information may be useful for improving the early-detection capability of individuals at risk of developing AD, as well as advancing our understanding of polymorphic combinations that predict the rate of disease progression. Some interventional studies also indicate potential for non-pharmacological interventions in disease prevention in high-risk individuals.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.

K. Čechová^{1,2}, Z. Chmátalová^{2,3},
V. Matušková^{1,2}, V. Maťoška⁴,
J. Hort^{1,2}

¹ Kognitivní centrum, Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

² Mezinárodní centrum klinického výzkumu, FN u sv. Anny v Brně, Brno

³ Ústav lékařské chemie a klinické biochemie, 2. LF UK a FN Motol, Praha

⁴ Laboratoř molekulární diagnostiky, Nemocnice Na Homolce, Praha



Mgr. Kateřina Čechová

Kognitivní centrum

Neurologická klinika

2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5

e-mail:

katerina.cechova@lfmotol.cuni.cz

Přijato k recenzi: 4. 2. 2020

Přijato do tisku: 28. 4. 2020

Klíčová slova

apolipoprotein E – brain-derived neurotrophic factor – Alzheimerova nemoc – mírná kognitivní porucha – genetické polymorfizmy – kognice

Key words

apolipoprotein E – brain-derived neurotrophic factor – Alzheimer's disease – mild cognitive impairment – gene polymorphisms – cognition

Kontinuum Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova nemoc (AN) je závažné neurodegenerativní onemocnění mozku s celosvětově stoupající prevalencí. Charakteristickým rysem je odumírání (degenerace) neuronů v důsledku patologického extracelulárního hromadění beta amyloidu (A β) a intracelulární akumulace tau proteinu [1,2]. K patofyziologickým změnám dochází již přibližně 20–30 let před prvními klinickými projevy [3]. Toto období je označováno jako preklinická fáze nemoci. Na ni v kontinuu onemocnění navazuje časná klinická nebo také prodromální fáze nemoci, za kterou je považován syndrom tzv. mírné kognitivní poruchy (mild cognitive impairment; MCI). MCI je stadium, ve kterém je již objektivně narušena kognice měřená standardizovanými neuropsychologickými testy, ale jedinec je ještě zcela soběstačný [4]. MCI je považována za mezistupeň mezi zdravým stárnutím a syndromem demence. Ne vždy ale tomu tak je. Udává se, že 20–40 % pacientů s MCI konvertuje zpět do normy, což však ukazuje převážně populační studie [5,6]. Studie vycházející z klinické populace udávají nižší konverzi mezi 5–16 % [7,8]. Stadiu MCI často předchází stadium tzv. subjektivního kognitivního poklesu (subjective cognitive decline; SCD), což je období, kdy pacient vyhledá lékaře kvůli subjektivním stížnostem na kognici, ale objektivně ve standardizovaných neuropsychologických testech jsou jeho výkony ještě v normě a nesplňuje tedy kritéria MCI. Přesto jsou tito pacienti ve zvýšeném riziku rozvoje AN [9,10]. Někdy se tomuto stadiu říká, že „pacient již ví, zatímco lékař ještě ne“ [1,11].

Pro časnou fázi AN je typická neurodegenerace v oblasti hipokampů a mediotemporálních struktur s charakteristicky narušenou funkcí epizodické paměti [12]. To, v čem se ovšem toto onemocnění mezi jedinci liší, je věk nástupu prvních klinických obtíží a rychlost progresu nemoci. Nedávné studie poukazují na důležitost různých faktorů ovlivňujících nástup a progresi AN, vč. socioekonomického statusu nebo životního stylu jedince. Přesto se ale zdá, že nejzásadnějšími z nich jsou genetické predispozice. Již dříve bylo prokázáno, že rizikové genetické polymorfismy v genech pro apolipoprotein E (APOE) a TOMM40 zhoršují výkonnost v prostorové navigaci u pacientů s MCI [13–15], a tím zvyšují riziko rozvoje AN u svých nositelů. Existují ale i další intenzivně studované polymorfismy v patofyziologii AN. V tomto přehledovém článku se zaměříme na poly-

morfismy v genech pro APOE a brain-derived neurotrophic factor (BDNF), jejich synergetický vliv na kognitivní funkce a s tím spojené riziko rozvoje AN.

Polymorfismy v genech pro APOE a BDNF

Jednonukleotidový polymorfismus (single nucleotide polymorphism; SNP) v genu pro APOE vede k substituci aminokyseliny cysteinu (Cys) za arginin (Arg) na kodonech 112 a 158. Dle daného polymorfismu jsou alely označovány jako ϵ 2 (Cys112, Cys158), ϵ 3 (Cys112, Arg158) a ϵ 4 (Arg112, Arg158), přičemž riziková pro rozvoj AN je prezentace alely ϵ 4. APOE ϵ 4 je považována za hlavní genetický rizikový faktor pro nástup AN s pozdním počátkem, tedy po 65. roce života, kdy nositelé jedné rizikové alely (APOE ϵ 3/ ϵ 4) mají 3–4x vyšší pravděpodobnost rozvoje AN. U homozygotů ϵ 4 (APOE ϵ 4/ ϵ 4) je toto riziko dokonce až 15x vyšší v porovnání s jedinci bez rizikové alely [16–18]. Zároveň se udává, že pravděpodobnost klinické manifestace AN je u těchto jedinců 80 % do 80 let života [16,19]. Také věk nástupu klinických příznaků se snižuje se zvyšujícím se počtem rizikových APOE ϵ 4 [20]. Apolipoprotein E (ApoE) je v mozku produkován převážně astrocyty (a částečně mikroglie a buňkami choroidálního plexu [21]) a jeho hlavní funkcí je transport cholesterolu a jiných lipidů k neuronům skrze vazbu na ApoE receptory [22]. Cholesterol je v mozkové tkáni klíčový pro tvorbu a udržování synaptických spojů mezi neurony, ApoE se tedy podílí na synaptické plasticitě. V případě narušení lipidové homeostázy dochází k degeneraci synapsí a dendritických trnů a zhoršení neurotransmise, což významně přispívá k neurodegenerativním změnám [23]. Mechanismy, kterými se odlišné ApoE izoformy podílí na lipidovém metabolismu v mozkové tkáni, mohou být skrze jejich rozdíly v konformaci, posttranslačních modifikacích, odlišnou preferencí lipoproteinů nebo afinitou k receptorům. Nicméně jejich přesná role nebyla doposud objasněna [24]. Je ale známo, že izoformy ApoE se liší ve své afinitě k A β v mozkové tkáni. Akumulace A β je považována za počátek toxické kaskády, která vede k synaptické dysfunkci a následnému odumírání neuronů a neurodegeneraci [25], přestože tato teorie byla některými autory zpochybnována [26]. Nejvyšší afinitu k A β má ApoE2, poté ApoE3 a nejnižší ApoE4 protein. Předpokládá se, že díky silnější vazbě se ApoE2 a ApoE3 podílí na efek-

tivnějším odstraňování extracelulárního A β ve srovnání s ApoE4, u kterého je akumulace nejvýraznější [27]. U nositelů rizikové APOE ϵ 4 alely bylo opakovaně pozorováno vyšší hromadění patologického A β a zároveň bylo v mozku narušeno jeho odbourávání [28,29]. Mezi pacienty s pozitivním nálezem A β v mozku je prevalence této rizikové alely vysoká. Konkrétně 66% u pacientů s demencí při AN a dokonce 64 % u jedinců ve stádiu MCI [30]. Kromě toho byl u jedinců s APOE ϵ 4 pozorován vztah mezi prezentací A β plaků a kognitivní výkonností. Ukázalo se, větší množství A β plaků v mozkové tkáni u nositelů APOE ϵ 4 je spojeno s výraznějším poklesem v kognitivní výkonnosti, zejména v oblasti globálního kognitivního výkonu, epizodické paměti a vizuospatálních funkcích [31]. V longitudinálním sledování kognitivně zdravých jedinců byl zaznamenán počátek poklesu epizodické paměti kolem 60. roku věku, který byl u nositelů APOE ϵ 4 následován výrazně rychlejší progresí paměťového deficitu v porovnání s nositeli ϵ 3 a ϵ 2 alel. Podobný trend, ale méně významný, byl pozorován i v oblasti globálního hodnocení kognice a vizuospatálních funkcí [32].

Nositelé APOE ϵ 4 tedy rozvinou nemoc častěji, v nižším věku a může mít u nich rychlejší průběh.

Nicméně rychlost progresu onemocnění se v kombinaci s dalšími genetickými polymorfismy liší. V této souvislosti je studován zejména polymorfismus v genu pro BDNF. SNP vede k nahrazení aminokyseliny valinu (Val) methioninem (Met) na 66. kodonu, což negativně ovlivňuje produkci a sekreci BDNF proteinu [33]. BDNF patří do rodiny proteinů označovaných jako neurotrofiny, což jsou látky, které v rámci nervového systému ovlivňují růst, diferenciaci a buněčný cyklus neuronů i glií [34]. Během ontogeneze centrální nervové soustavy je BDNF klíčový pro růst a směřování axonů [35], podporuje růst dendritických trnů a moduluje tvorbu synapsí [36]. Nicméně se ukazuje, že i během dospělého života se tento neurotrofin podílí na vzniku nových neuronů, tzv. neurogenезi, a to zejména v oblasti hipokampu [37], čímž se významně účastní na tvorbě paměťové stopy [38,39]. BDNF v organismu vzniká enzymatickým štěpením ze svého prekursoru zvaného proBDNF pomocí plazminu. Uvedená přeměna z proBDNF na BDNF je důležitým procesem regulujícím neuronální aktivitu a paměťové procesy z důvodu zcela opačného efektu na funkce neuronu.

ProBDNF se na buněčné membráně váže na receptor p75^{NTR} (neurotrophin receptor p75), čímž v oblasti hipokampu spouští kaskádu vedoucí ke snižování synaptické aktivity, zvyšování dlouhodobé deprese mezi neurony a apoptotickému zániku buňky. Oproti tomu BDNF se na membráně váže na tyrozin kinázový receptor B (tropomyosin receptor kinase B; TrkB), kdy jeho navázáním dochází k dimerizaci a následně autofosforylaci, která posléze spustí zcela odlišnou kaskádu dějů. Výsledkem je posílení synaptické aktivity mezi neurony, zvýšení dlouhodobé potenciace, a tím posílení tvorby paměťové stopy [40–42]. Právě kvůli své roli v dlouhodobé potenciaci je BDNF považován za klíčovou molekulu podporující tvorbu a konsolidaci paměťové stopy.

Nižší hladiny sérového BDNF jsou spojovány s horšími výsledky v některých paměťových testech u zdravých jedinců [43]. Z těchto důvodů se začalo o sérovém BDNF uvažovat jako o možném rizikovém faktoru AN. A skutečně se ukazuje, že u pacientů ve stadiu MCI i ve stadiu syndromu demence při AN jsou ve srovnání se zdravými kontrolami patrný výrazně snížené sérové hladiny BDNF [44]. Tyto snížené hladiny se u pacientů ve stadiu AN ukázaly jako prediktory pro progresi kognitivního deficitu. Pacienti s nižší hladinou BDNF měli výrazně rychlejší pokles kognice během jednoho roku než pacienti s vyšší hladinou BDNF [45]. Podobně nižší hladiny BDNF v mozkomíšním moku měly za následek rychlejší progresi z MCI do AN [46].

Předpokládá se, že hladiny BDNF jsou ovlivněny genetickým polymorfismem v genu pro *BDNF* [33,47]. Samotné nositelství rizikové alely *BDNF* Met je spojováno s narušením výkonu v oblasti paměti u kognitivně zdravých, které je akcentováno v průběhu stárnutí. Paměťový deficit je přítomen v oblasti deklarativní epizodické paměti [48], která je závislá zejména na funkci hipokampu [49], pro jehož správnou funkci je neurotrofin BDNF klíčový [50]. Současně s horšími výsledky v testech epizodické paměti byla u kognitivně zdravých nositelů patologické *BDNF* Met alely pozorována abnormální aktivace hipokampu při snímání mozku pomocí funkční MR ve srovnání s nositeli fyziologické *BDNF* Val alely [33,51]. Výsledky v testech závislých na funkcích prefrontálních a frontálních oblastí se mezi oběma skupinami nelišily [33]. V 3letém pozorování kognitivně zdravých nositelů *BDNF* Met alely se zvýšeným množstvím A β plaků

Tab. 1. Funkce ApoE a BDNF a jejich polymorfismů.

Apolipoprotein E

- ApoE se podílí na metabolismu lipidů.

- tři varianty – *APOE* ϵ 2 „protektivní“, *APOE* ϵ 3 „neutrální“, *APOE* ϵ 4 „riziková“

- *APOE* ϵ 4 alela je považována za hlavní genetickou rizikovou determinantu pro rozvoj Alzheimerovy nemoci. U svých nositelů zvyšuje množství beta amyloidu plaků v mozkové tkáni, zhoršuje kognitivní výkonnost a vede k časnějšímu nástupu Alzheimerovy nemoci.

Brain-derived neurotrophic factor

- BDNF je neurotrofický faktor, klíčový pro neurogenezi, synaptickou plasticitu, udržování buněčné homeostázy a regulaci paměťových procesů.

- dvě varianty – *BDNF* Val „neutrální“, *BDNF* Met „riziková“

- Nositelé *BDNF* Met alely mají nižší hladiny BDNF proteinu, což je spojováno s horšími výkony v oblasti paměti a rychlejším kognitivním úbytkem v průběhu stárnutí.

ApoE – apolipoprotein E; BDNF – brain-derived neurotrophic factor

v mozku byl přítomen výraznější pokles v oblasti epizodické paměti, exekutivních funkcí, řeči a také výraznější atrofie v oblasti hipokampu v porovnání s *BDNF* Val nositeli, kteří měli rovněž zvýšené množství A β plaků v mozku [52]. Ačkoliv BDNF se nezdá být specifickým biomarkerem pro neurodegenerativní onemocnění kvůli jeho zapojení v mnoha patologických procesech, lze ho považovat za marker progresu paměťového deficitu [53,54].

Vliv kombinace *APOE* ϵ 4/ *BDNF* Met na kognitivní výkonnost

APOE ϵ 4 i *BDNF* Met jsou dva genetické polymorfizmy ovlivňující riziko nástupu a rozvoje AN. *APOE* jako nejrizikovější genetický prediktor pro rozvoj AN s pozdním nástupem a *BDNF* pro jeho roli v regulaci paměťových procesů (Tab. 1). V současnosti jsou intenzivně studovány interakce mezi těmito geny a vliv možného aditivního efektu *BDNF* na *APOE* [55]. Ukazuje se, že kombinace těchto rizikových polymorfismů se na rozvoji kognitivního deficitu podílí významněji než polymorfizmy samotné. U kognitivně zdravých stárnoucích osob nositelství *APOE* ϵ 4/ *BDNF* Met negativně ovlivňuje paměťové funkce, a to selektivně v oblasti epizodické paměti [56]. U jedinců v preklinickém stadiu AN, tedy u jedinců bez objektivizovatelného kognitivního deficitu, kteří byli kognitivně zdraví, ale s patologickou akumulací A β v mozku, byl pozorován výraznější pokles epizodické paměti v čase: 1) nositelé kombinace *APOE* ϵ 4/ *BDNF* Met dosáhli klinicky signifikantního poškození epizodické paměti během 3 let; 2) u nositelů kombinace *APOE*

ϵ 4/ *BDNF* Val se stejný deficit objevil až v horizontu 10 let a 3) nositelé *APOE* ϵ 3 by srovnatelného kognitivního deficitu dosáhli za 27 let [57]. Otázkou však zůstává, jaký vliv má přítomnost těchto rizikových polymorfismů u jedinců v prodromálním stadiu onemocnění, tedy u těch, kteří již klinické symptomy rozvinuli. Tuto otázku se výzkumníci pokusili odpovědět v nedávné průřezové studii, která testovala vliv kombinace rizikových genetických polymorfismů na kognitivní výkonnost a mozkové struktury klíčové pro paměť. Specificky byly měřeny objem hipokampů a tloušťka parahipokampální a entorhinální kůry u pacientů ve stadiu amnestické MCI (aMCI). Bylo zjištěno, že přestože se jedinci nelišili v demografických charakteristikách, skóru Mini-Mental State Examination (MMSE) ani míře depresivity, nositelé *APOE* ϵ 4/ *BDNF* Met měli selektivně narušenou oddálenou výbavnost paměti. Ta bývá považována za reprezentaci epizodické paměti, která je typicky narušena u AN. U rizikových jedinců navíc nebyla pozorována výraznější atrofie v žádné z klíčových oblastí pro paměť. Je tedy pravděpodobné, že právě tito jedinci rozvinou syndrom demence v čase dříve, protože funkční změny v kognici jsou nejsilnějším prediktorem rozvoje syndromu demence [58].

Zdá se, že *APOE* je hlavní determinantou nástupu onemocnění a *BDNF* je regulátorem jeho progresu. Nicméně jakým způsobem tyto geny interagují, není v současné době zcela objasněno. Nedávná studie poprvé popsala epigenetickou interakci produktů těchto genů. Bylo demonstrováno, že odlišné ApoE izoformy regulují sekreci a štěpení BDNF proteinu v hipokampálních as-

trocytech. Sen et al [59] prokázali u těchto buněk 38,4x zvýšenou produkci BDNF proteinu, pokud byly v médiu s ApoE3 ve srovnání s kontrolní skupinou buněk. Buňky v médiu s ApoE4 proteinem produkovaly zanedbatelné množství BDNF proteinu. Výsledky dále prokázaly, že ApoE4 zvyšuje translokaci histon deacetylázy do jádra, což vede k deacetylaci histonů a negativně to ovlivňuje transkripci *BDNF* genu. V důsledku výše popsaných procesů dochází k nižší produkci BDNF proteinu. Jedním z možných vysvětlení negativního účinku pozorovaného u *APOE ɛ4/ BDNF* Met nositelů tedy je, že ApoE4 ještě více redukuje sekreci BDNF proteinu u Met nositelů. Pro ověření této hypotézy u klinické populace byla provedena pilotní studie a u podskupiny pacientů s aMCI, kde byly testovány hladiny BDNF v krevním séru. Výsledky naznačily, že společně se selektivně narušenou epizodickou pamětí je u pacientů s aMCI pozorováno signifikantně snížené množství BDNF proteinu v krevním séru u nositelů rizikové kombinace polymorfizmů *APOE ɛ4/ BDNF* Met [60,61]. Pokud vezmeme v úvahu roli BDNF proteinu v neuroprotekcii a synaptické plasticitě, zdá se tedy, že společné působení těchto polymorfizmů vede k vyššímu riziku rozvoje AN a její horší klinické manifestaci skrze snižování efektivního množství BDNF proteinu. Nicméně pro ověření této teorie bude zapotřebí více prací studujících interakci mezi proteiny ApoE a BDNF. Dále je pravděpodobné, že právě nositelé genu *APOE ɛ4* jsou ti, u kterých v mozku dochází k dřívější akumulaci patologického A β . S ohledem na tuto skutečnost je pravděpodobné, že se u těchto pacientů nejvíce projeví negativní efekt mutace genu pro BDNF protein. Zdá se totiž, že nositelství *BDNF* Met zvyšuje náchylnost mozku k toxickému efektu A β [62]. Negativní efekt pozorovaný u nositelů *APOE ɛ4/ BDNF* Met je tedy zřejmě zprostředkován skrze patologický A β v mozku.

Epigenetické ovlivnění kognitivní výkonnosti

Přestože genetické polymorfizmy jsou hlavní determinanty nástupu a progresu onemocnění, zdá se, že faktory životního stylu s nimi mohou interagovat. Pravidelná fyzická aktivita zvyšuje objem šedé hmoty v oblasti hipokampů, a tím i zlepšuje kognitivní výkonnost v oblasti paměti [63]. Studie zdravých stárnoucích jedinců ukázaly, že vyšší intenzita fyzické aktivity vede k lepší kognitivní výkonnosti, snižuje riziko kognitivního poklesu

a atrofie hipokampů, a to výrazněji právě u nositelů rizikové alely *APOE ɛ4* oproti neutrální ϵ 3 [64,65]. Podobné výsledky jsou pozorovány u pacientů ve stadiu MCI. Fyzicky aktivní ϵ 4 nositelé mají stabilní výkon v kognici, zatímco u neaktivních ϵ 4 nositelů dochází ke kognitivnímu poklesu [66]. Zároveň u fyzicky aktivních ϵ 4 nositelů bylo pozorováno nižší ukládání A β v mozku ve srovnání s méně aktivními nositeli rizikové alely, ale u nositelů ϵ 3 tento efekt pozorován nebyl [66].

Protein ApoE hraje důležitou roli také v metabolismu cholesterolu a lipidů. Přítomnost *APOE ɛ4* zvyšuje hladiny celkového cholesterolu a LDL (low-density lipoproteins) cholesterolu, a tím u svých nositelů negativně ovlivňuje efekt na nervové funkce [67]. Vysokokalorická dieta a zvýšený příjem tuků byl ve 4letém pozorování kognitivně zdravých stárnoucích spojen s častějším výskytem AN u nositelů ϵ 4 a nikoliv ϵ 3 alely [68]. Na druhé straně změna vysokokalorické diety za stravu obsahující sacharidy s nízkým glykemickým indexem (např. čerstvá zelenina, luštěniny, ořechy) vede u nositelů ϵ 4 ke snižování LDL cholesterolu ve srovnání s ϵ 3 nositeli [67].

Ve 2leté intervenční studii u zdravých stárnoucích nositelů *APOE ɛ4* vedla kombinace zvýšené fyzické aktivity, diety s nízkokalorickým příjmem a kognitivního tréninku ke zlepšení kognitivních funkcí oproti kontrolní skupině [69]. Z těchto výsledků je patrné, že jedinci ve zvýšeném riziku rozvoje AN mohou svým životním stylem toto riziko snižovat.

Ovšem jinak je tomu u polymorfizmu v genu pro *BDNF*. Uvažuje se, že příznivý efekt fyzické aktivity na mozek a kognici je mediován skrze zvýšenou expresi BDNF proteinu během cvičení, a to zejména v oblasti hipokampů, kde přispívá k neurogenезi a synaptické plasticitě [70]. Benefit pro mozek a kognici však přináší fyzická aktivita zřejmě pouze nositelům nerizikové *BDNF* Val alely. Pouze u fyzicky aktivních *BDNF* Val nositelů byly pozorovány zvýšené hladiny BDNF proteinu a zároveň výrazně lepší výsledky v testech epizodické paměti v porovnání se stejně aktivními nositeli rizikové Met alely [71]. Podobné výsledky zaznamenala intervenční studie s pacienty ve stadiu MCI. Po absolvování 16týdenního tréninku bylo pozorováno signifikantní zvýšení hladin tohoto proteinu pouze u nositelů *BDNF* Val, a nikoliv u nositelů rizikové Met alely. Nebyl sice pozorován žádný efekt na kognici [72], přesto se na základě znalostí efektu BDNF na

mozkové funkce dá předpokládat, že u pacientů s vyšší hladinou BDNF proteinu bude konverze do syndromu demence pomalejší. Dosud ale není známa studie, která by tuto hypotézu ověřila v longitudinálním sledování. Zdá se tedy, že zvýšení exprese BDNF při pohybové aktivitě naráží na určité limity v závislosti na daném polymorfizmu, a tak jedinci s rizikovou alelou nemohou fyzickou aktivitou kompenzovat sníženou produkci BDNF. Zvyšování hladin BDNF je pozorováno také při praktikování jógy nebo meditace [73], které jsou známy pro své neuroprotektivní účinky a prevenci kognitivního deficitu [74]. Není ale známa studie, která by tyto aktivity měřila ve vztahu k polymorfizmům.

Sdělení výsledků genetického vyšetření

Znalost polymorfizmu v genu pro *APOE* poskytuje lékařovi důležitou informaci o pravděpodobnosti rozvoje AN. Stanovení *APOE* polymorfizmu se ale v běžné klinické praxi nedoporučuje a je určeno spíše pro vědecké účely vzhledem k tomu, že se jedná o rizikový a nikoliv determinanční faktor onemocnění [75]. Informování pacientů také může vést k následnému ovlivnění jejich stížností, kognitivní výkonnosti i změnám životního stylu. Nedávná studie naznačila, že kognitivně zdraví stárnoucí nositelé *APOE ɛ4*, kteří znali svůj genotyp, subjektivně hodnotili svou paměť jako horší a zároveň skórovali v testech paměti výrazně hůře než nositelé *APOE ɛ4*, kteří tuto informaci nevěděli [76]. To může částečně souviset s faktem, že znalost nositelství ϵ 4 vede u jedinců k většímu stresu během kognitivního testování [77]. Přesto se neprokázalo, že by tato informace vedla k vyšší depresivní nebo úzkostné symptomatice [77], naopak vedla ke zlepšení životního stylu. U nositelů *APOE ɛ4* se téměř 3x zvýšila pravděpodobnost zvýšení fyzické aktivity, zdravějšího stravování a užívání vitaminů [78]. Proto je na lékařském úsudku, zda informaci o genotypu pacientovi sdělit.

Závěr

Genetika v mnoha oblastech medicíny determinuje vznik onemocnění. Ačkoliv u AN s pozdním počátkem takový gen nemáme, může nám genetický skrínig poskytnout důležité informace o nástupu a prognóze onemocnění. Rutinní stanovení *APOE* ani *BDNF* polymorfizmu není zatím součástí českých doporučených postupů pro diagnostiku AN z roku 2007 [79], ale my jej po-

važujeme za významný faktor pro predikci kognitivního deficitu u pacientů ve zvýšeném riziku rozvoje AN, zejména v kombinaci s dalšími rizikovými genetickými [58] nebo metabolickými biomarkery AN [80]. V souvislosti se současným vývojem nových farmakologických terapeutických intervencí také znalost genetického polymorfismu výrazně přispěje k přesnější identifikaci vhodných jedinců pro včasnou léčbu. Specificky stanovení *APOE* polymorfismu poskytne lékařům informaci o pravděpodobnosti rozvoje AN a stanovení polymorfismu *BDNF* o rychlosti jejího progresu. Znalost obojího zároveň pomůže doporučit účinnou intervenci. Přestože znalost nositelství rizikových genetických polymorfismů u jedinců ovlivňuje míru stížností i paměťové výkony, zároveň tato informace může vést ke zlepšení životního stylu jedince, a tím snížit riziko rozvoje AN nebo oddálit nástup prvních obtíží.

Konflikt zájmů

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádný konflikt zájmů.

Poděkování

Finančně podpořeno projektem č. LQ1605 z Národního programu udržitelosti II (MŠMT), MZ ČR – RVO, FN v Motole 00064203, projektem GA UK č. 176317, projektem AZV 19-04-00560, programem IPE 2. LF UK 699012 a Alzheimer nadačním fondem.

Literatura

- Čechová K, Marková H, Mazancova AF et al. V bludišti jménem Alzheimer. Praha: Albatros media a.s. 2019.
- Hort J, Glosová L, Vyhnanek M et al. Tau protein a beta amyloid v likvoru u Alzheimerovy choroby. *Cesk Slov Neurol N* 2007; 70/103(1): 30–36.
- Braak H, Thal DR, Ghebremedhin E et al. Stages of the pathologic process in Alzheimer disease: age categories from 1 to 100 years. *J Neuropathol Exp Neurol* 2011; 70(11): 960–969. doi: 10.1097/NEN.0b013e318232a379.
- Petersen RC. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 2011; 364(23): 2227–2234. doi: 10.1056/NEJMc0910237.
- Busse A, Hensel A, Guhne U et al. Mild cognitive impairment: long-term course of four clinical subtypes. *Neurology* 2006; 67(12): 2176–2185. doi: 10.1212/01.wnl.0000249117.23318.e1.
- Gao Q, Gwee X, Feng L et al. Mild Cognitive impairment reversion and progression: rates and predictors in community-living older persons in the Singapore longitudinal ageing studies cohort. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 2018; 8(2): 226–237. doi: 10.1159/000488936.
- Grande G, Cucumo V, Cova I et al. Reversible mild cognitive impairment: the role of comorbidities at baseline evaluation. *J Alzheimers Dis* 2016; 51(1): 57–67. doi: 10.3233/JAD-150786.
- Koepsell TD, Monsell SE. Reversion from mild cognitive impairment to normal or near-normal cognition: Risk factors and prognosis. *Neurology* 2012; 79(15): 1591–1598. doi: 10.1212/WNL.0b013e31826e26b7.
- Jessen F, Amariglio RE, van Bostel M et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2014; 10(6): 844–852. doi: 10.1016/j.jalz.2014.01.001.
- Markova H, Nikolai T, Mazancova AF et al. Differences in subjective cognitive complaints between non-demented older adults from a memory clinic and the community. *J Alzheimers Dis* 2019; 70(1): 61–73. doi: 10.3233/JAD-180630.
- Reisberg B, Pritchep L, Mosconi L et al. The pre-mild cognitive impairment, subjective cognitive impairment stage of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2008; 4(1 Suppl 1): S98–S108. doi: 10.1016/j.jalz.2007.11.017.
- Hort J, Laczó J, Vyhnanek M. Alzheimerova nemoc. In: Rusina R, Matěj R (eds). *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta 2014: 102–112.
- Laczó J, Andel R, Vyhnanek M et al. APOE and spatial navigation in amnesic MCI: results from a computer-based test. *Neuropsychology* 2014; 28(5): 676–684. doi: 10.1037/neu0000072.
- Laczó J, Andel R, Vyhnanek M et al. The effect of TOMM40 on spatial navigation in amnesic mild cognitive impairment. *Neurobiol Aging* 2015; 36(6): 2024–2033. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2015.03.004.
- Hort J, Laczó J, Vyhnanek M et al. Spatial navigation deficit in amnesic mild cognitive impairment. *Proc Natl Acad Sci* 2007; 104(10): 4042–4047. doi: 10.1073/pnas.0611314104.
- Corder EH, Saunders AM, Strittmatter WJ et al. Gene dose of apolipoprotein E type 4 allele and the risk of Alzheimer's disease in late onset families. *Science* 1993; 261(5123): 921–923. doi: 10.1126/science.8346443.
- Neu SC, Pa J, Kukull W et al. Apolipoprotein E genotype and sex risk factors for Alzheimer's disease. *JAMA Neurol* 2017; 74(10): 1178–1189. doi: 10.1001/jamaneurol.2017.2188.
- Farrer LA, Cupples LA, Haines JL et al. Effects of age, sex, and ethnicity on the association between apolipoprotein E genotype and Alzheimer disease. A meta-analysis. *APOE and Alzheimer Disease Meta Analysis Consortium*. *JAMA* 1997; 278(16): 1349–1356.
- Van Cauwenbergh C, Van Broeckhoven C, Sleegers K. The genetic landscape of Alzheimer disease: clinical implications and perspectives. *Genet Med* 2016; 18(5): 421–430. doi: 10.1038/gim.2015.117.
- Kwon OD, Khaleeq A, Chan W et al. Apolipoprotein E polymorphism and age at onset of Alzheimer's disease in a quadriethnic sample. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30(6): 486–491. doi: 10.1159/000322368.
- Xu Q, Bernardo A, Walker D et al. Profile and regulation of apolipoprotein E (ApoE) expression in the CNS in mice with targeting of green fluorescent protein gene to the ApoE locus. *J Neurosci* 2006; 26(19): 4985–4994. doi: 10.1523/JNEUROSCI.5476-05.2006.
- Grehan S, Tse E, Taylor JM. Two distal downstream enhancers direct expression of the human apolipoprotein E gene to astrocytes in the brain. *J Neurosci* 2001; 21(3): 812–822.
- Koudinov AR, Koudinova N V. Essential role for cholesterol in synaptic plasticity and neuronal degeneration. *FASEB J* 2001; 15(10): 1858–1860. doi: 10.1096/fj.00-0815fje.
- Kanekiyo T, Xu H, Bu G. ApoE and Aβ in Alzheimer's disease: accidental encounters or partners? *Neuron* 2014; 81(4): 740–754. doi: 10.1016/j.neuron.2014.01.045.
- Castellano JM, Kim J, Stewart FR et al. Human apoE isoforms differentially regulate brain amyloid-peptide clearance. *Sci Transl Med* 2011; 3(89): 89ra57–89ra57. doi: 10.1126/scitranslmed.3002156.
- Kalvach P, Kupka K, Vogner M. Je amyloid podstatný pro senilní demenci? *Cesk Slov Neurol N* 2018; 81/114(2): 164–170. doi: 10.14735/amcsnn2018csnn.eu1
- Tokuda T, Calero M, Matsubara E et al. Lipidation of apolipoprotein E influences its isoform-specific interaction with Alzheimer's amyloid beta peptides. *Biochem J* 2000; 348(Pt 2): 359–365.
- Verghese PB, Castellano JM, Garai K et al. ApoE influences amyloid-β (Aβ) clearance despite minimal apoE/Aβ association in physiological conditions. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2013; 110(19): E1807–E1816. doi: 10.1073/pnas.1220484110.
- Lim YY, Mormino EC, Alzheimer's disease neuroimaging initiative. APOE genotype and early β-amyloid accumulation in older adults without dementia. *Neurology* 2017; 89(10): 1028–1034. doi: 10.1212/WNL.0000000000004336.
- Mattsson N, Groot C, Jansen WJ et al. Prevalence of the apolipoprotein E ε4 allele in amyloid β positive subjects across the spectrum of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2018; 14(7): 913–924. doi: 10.1016/j.jalz.2018.02.009.
- Kantarci K, Lowe V, Przybelski SA et al. APOE modifies the association between A load and cognition in cognitively normal older adults. *Neurology* 2012; 78(4): 232–240. doi: 10.1212/WNL.0b013e31824365ab.
- Caselli RJ, Dueck AC, Osborne D et al. Longitudinal modeling of age-related memory decline and the APOE ε4 Effect. *N Engl J Med* 2009; 361(3): 255–263. doi: 10.1056/NEJMoa0809437.
- Egan MF, Kojima M, Callicott JH et al. The BDNF val66met polymorphism affects activity-dependent secretion of BDNF and human memory and hippocampal function. *Cell* 2003; 112(2): 257–269. doi: 10.1016/s0092-8674(03)00035-7.
- Huang EJ, Reichardt LF. Neurotrophins: roles in neuronal development and function. *Annu Rev Neurosci* 2001; 24: 677–736. doi: 10.1146/annurev.neuro.24.1.677.
- Liao GY, Bouyer K, Kamitakahara A et al. Brain-derived neurotrophic factor is required for axonal growth of selective groups of neurons in the arcuate nucleus. *Mol Metab* 2015; 4(6): 471–482. doi: 10.1016/j.molmet.2015.03.003.
- Gao X, Smith GM, Chen J. Impaired dendritic development and synaptic formation of postnatal-born dentate gyrus granular neurons in the absence of brain-derived neurotrophic factor signaling. *Exp Neurol* 2009; 215(1): 178–190. doi: 10.1016/j.expneurol.2008.10.009.
- Li T, Jiang L, Zhang X et al. In-vitro effects of brain-derived neurotrophic factor on neural progenitor/stem cells from rat hippocampus. *Neuroreport* 2009; 20(3): 295–300. doi: 10.1097/WNR.0b013e318232000c8.
- Deinhardt K, Chao M V. Shaping neurons: long and short range effects of mature and proBDNF signalling upon neuronal structure. *Neuropharmacology* 2014; 76(Pt C): 603–609. doi: 10.1016/j.neuropharm.2013.04.054.
- Panja D, Bramham CR. BDNF mechanisms in late LTP formation: a synthesis and breakdown. *Neuropharmacology* 2014; 76(Pt C): 664–676. doi: 10.1016/j.neuropharm.2013.06.024.
- Angelucci F, Čechová K, Průša R et al. Amyloid beta soluble forms and plasminogen activation system in Alzheimer's disease: consequences on extracellular maturation of brain-derived neurotrophic factor and therapeutic implications. *CNS Neurosci Ther* 2019; 25(3): 303–313. doi: 10.1111/cns.13082.
- Hashimoto K. Regulation of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and its precursor proBDNF in the brain by serotonin. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2016; 266(3): 195–197. doi: 10.1007/s00406-016-0682-9.
- Yang J, Harte-Hargrove LC, Siao CJ et al. proBDNF negatively regulates neuronal remodeling, synaptic transmission, and synaptic plasticity in hippocampus. *Cell Rep* 2014; 7(3): 796–806. doi: 10.1016/j.celrep.2014.03.040.
- Yu H, Zhang Z, Shi Y et al. Cognitive function, serum BDNF levels and BDNF gene Val66Met polymorphism in amnesic mild cognitive impairment. *J Cent South Univ Med Sci* 2008; 33(4): 321–325.
- Forlenza OV, Miranda AS, Guimar I et al. Decreased neurotrophic support is associated with cognitive de-

- cline in non-demented subjects. *J Alzheimers Dis* 2015; 46(2): 423–429. doi: 10.3233/JAD-150172.
45. Laske C, Stellos K, Hoffmann N et al. Higher BDNF serum levels predict slower cognitive decline in Alzheimer's disease patients. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011; 14(3): 399–404. doi: 10.1017/S1461145710001008.
46. Forlenza OV, Diniz BS, Teixeira AL et al. Lower cerebrospinal fluid concentration of brain-derived neurotrophic factor predicts progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *NeuroMolecular Med* 2015; 17(3): 326–332. doi: 10.1007/s12017-015-8361-y.
47. Ozan E, Okur H, Eker Ç et al. The effect of depression, BDNF gene val66met polymorphism and gender on serum BDNF levels. *Brain Res Bull* 2010; 81(1): 61–65. doi: 10.1016/j.brainresbull.2009.06.022.
48. Kennedy KM, Reese ED, Horn MM et al. BDNF val66met polymorphism affects aging of multiple types of memory. *Brain Res* 2015; 1612: 104–117. doi: 10.1016/j.brainres.2014.09.044.
49. Squire LR, Ojemann JG, Miezin FM et al. Activation of the hippocampus in normal humans: a functional anatomical study of memory. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1992; 89(5): 1837–1841. doi: 10.1073/pnas.89.5.1837.
50. Brown DT, Vickers JC, Stuart KE et al. The BDNF Val66Met polymorphism modulates resilience of neurological functioning to brain ageing and dementia: a narrative review. *Brain Sci* 2020; 10(4). pii: E195. doi: 10.3390/brainsci10040195.
51. Hariri AR, Goldberg TE, Mattay VS et al. Brain-derived neurotrophic factor val66met polymorphism affects human memory-related hippocampal activity and predicts memory performance. *J Neurosci* 2003; 23(17): 6690–6694.
52. Lim YY, Villemagne VL, Laws SM et al. BDNF Val66Met, A β amyloid, and cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 2013; 34(11): 2457–2464. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2013.05.006.
53. Combarros O, Infante J, Llorca J et al. Polymorphism at Codon 66 of the Brain-derived neurotrophic factor gene is not associated with sporadic Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 18(1): 55–58. doi: 10.1159/000077736.
54. Lambert JC, Ibrahim-Verbaas CA, Harold D et al. Meta-analysis of 74,046 individuals identifies 11 new susceptibility loci for Alzheimer's disease. *Nat Genet* 2013; 45(12): 1452–1458. doi: 10.1038/ng.2802.
55. Tsai SJ, Gau YT, Liu ME et al. Association study of brain-derived neurotrophic factor and apolipoprotein E polymorphisms and cognitive function in aged males without dementia. *Neurosci Lett* 2008; 433(2): 158–162. doi: 10.1016/j.neulet.2007.12.057.
56. Ward D, Summers MJ, Saunders NL et al. APOE and BDNF Val66Met polymorphisms combine to influence episodic memory function in older adults. *Behav Brain Res* 2014; 271: 309–315. doi: 10.1016/j.bbr.2014.06.022.
57. Lim YY, Villemagne VL, Laws SM et al. APOE and BDNF polymorphisms moderate amyloid β -related cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Mol Psychiatry* 2015; 20(11): 1322–1328. doi: 10.1038/mp.2014.123.
58. Cechova K, Andel R, Angelucci F et al. Impact of APOE and BDNF Val66Met gene polymorphisms on cognitive functions in patients with amnesic mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis* 2020; 73(1): 247–257. doi: 10.3233/JAD-190464.
59. Sen A, Nelson TJ, Alkon DL. ApoE4 and a oligomers reduce BDNF expression via HDAC nuclear translocation. *J Neurosci* 2015; 35(19): 7538–7551. doi: 10.1523/JNEUROSCI.0260-15.2015.
60. Cechova K, Chmatalova Z, Markova H et al. Impact of genetic variant of APOE E4 and BDNF Met on BDNF levels, cognition and brain morphometry in mild cognitive impairment. *J Neurol Sci* 2019; 405: 19–20. doi: 10.1016/j.jns.2019.10.247.
61. Cechova K, Chmatalova Z, Markova H et al. Effect of APOE E4 and BDNF Val66Met polymorphism on BDNF levels and cognitive performance in mild cognitive impairment patients. *Alzheimers Dement* 2019; 15: P629.
62. Franzmeier N, Ren J, Damm A et al. The BDNF Val66Met SNP modulates the association between beta-amyloid and hippocampal disconnection in Alzheimer's disease. *Mol Psychiatry* 2019 Mar 21 [Online ahead of print]. doi: 10.1038/s41380-019-0404-6.
63. Erickson KI, Voss MW, Prakash RS et al. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci* 2011; 108(7): 3017–3022. doi: 10.1073/pnas.1015950108.
64. Smith JC, Nielson KA, Woodard JL et al. Physical activity reduces hippocampal atrophy in elders at genetic risk for Alzheimer's disease. *Front Aging Neurosci* 2014; 6: 61. doi: 10.3389/fnagi.2014.00061.
65. Schuit A, Feskens E, Launer L et al. Physical activity and cognitive decline, the role of the apolipoprotein e4 allele. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33(5): 772–777. doi: 10.1097/00005768-200105000-00015.
66. Jensen CS, Simonsen AH, Siersma V et al. Patients with Alzheimer's disease who carry the APOE ϵ 4 allele benefit more from physical exercise. *Alzheimers Dement (N Y)* 2019; 5: 99–106. doi: 10.1016/j.trci.2019.02.007.
67. de Chaves EP, Narayanaswami V. Apolipoprotein E and cholesterol in aging and disease in the brain. *Future Lipidol* 2008; 3(5): 505–530. doi: 10.2217/17460875.3.5.505.
68. Luchsinger JA, Tang MX, Shea S et al. Caloric intake and the risk of Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2002; 59(8): 1258–1263. doi: 10.1001/archneur.59.8.1258.
69. Solomon A, Turunen H, Ngandu T et al. Effect of the apolipoprotein E genotype on cognitive change during a multidomain lifestyle intervention: a subgroup analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Neurol* 2018; 75(4): 462–470. doi: 10.1001/jamaneurol.2017.4365.
70. Coelho FG de M, Gobbi S, Andreatto CA et al. Physical exercise modulates peripheral levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF): a systematic review of experimental studies in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2013; 56(1): 10–15. doi: 10.1016/j.archger.2012.06.003.
71. Canivet A, Albinet CT, André N et al. Effects of BDNF polymorphism and physical activity on episodic memory in the elderly: a cross sectional study. *Eur Rev Aging Phys Act* 2015; 12: 15. doi: 10.1186/s11556-015-0159-2.
72. Nascimento CM, Pereira JR, Pires de Andrade L et al. Physical exercise improves peripheral BDNF levels and cognitive functions in mild cognitive impairment elderly with different BDNF Val66Met genotypes. *J Alzheimers Dis* 2014; 43(1): 81–91. doi: 10.3233/JAD-140576.
73. Cahn BR, Goodman MS, Peterson CT et al. Yoga, meditation and mind-body health: increased BDNF, cortisol awakening response, and altered inflammatory marker expression after a 3-month yoga and meditation retreat. *Front Hum Neurosci* 2017; 11: 315. doi: 10.3389/fnhum.2017.00315.
74. Marciniak R, Sheardova K, Cermáková P et al. Effect of meditation on cognitive functions in context of aging and neurodegenerative diseases. *Front Behav Neurosci* 2014; 8: 17. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00017.
75. Vyhňálek M, Vyhňáková E, Laczů J. Genetika Alzheimerovy nemoci pro klinickou praxi. *Neurol praxi* 2019; 20: 338–341.
76. Lineweaver TT, Bondi MW, Galasko D et al. Effect of knowledge of APOE genotype on subjective and objective memory performance in healthy older adults. *Am J Psychiatry* 2014; 171(2): 201–208. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121590.
77. Green RC, Roberts JS, Cupples LA et al. Disclosure of APOE genotype for risk of Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2009; 361(3): 245–254. doi: 10.1056/NEJMoa0809578.
78. Chao S, Roberts JS, Marteau TM et al. Health behavior changes after genetic risk assessment for Alzheimer disease: the REVEAL study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2008; 22(1): 94–97. doi: 10.1097/WAD.0b013e31815a9d9c.
79. Ressler P, Hort J, Rektorová I et al. Doporučené postupy pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí. *Cesk Slov Neurol N* 2008; 71/104(4): 494–501.
80. Ferda J, Ferdová E, Baxa J et al. PET/MR u neurodegenerativních onemocnění s kognitivním deficitem. *Ces Radiol* 2015; 69(4): 229–237.