

Vážené kolegyně a vážení kolegové,

na minulém Sympoziu Neurologie pro praxi v Tatranské Lomnici jsem vyzval kolegy, aby nespolehali automaticky na popisy neurozobrazovacích snímků radiologem, ale sami si je kriticky prohlíželi. Radiolog s všeobecným vzděláním někdy nemá dostatečné zkušenosti se zobrazováním CNS (typicky chybné popisy nacházíme u pacientů s epilepsií) a nezná klinické souvislosti. Z diskuze vyplynulo, že naši neurologové, především pracující mimo kliniku, mohou mít s hodnocením snímku CNS problém. Často chybí praxe a zkušenost. Rozhodli jsme se proto zavést do Neurologie pro praxi novou rubriku, ve které budeme stručně prezentovat zajímavé a poučné snímky. Rubriku bude editovat člen užší redakční rady Neurologie pro praxi prof. MUDr. Milan Brázdil, Ph.D.

Potěší nás, pokud se i Vy rozhodnete podělit se s námi o zajímavé snímky z Vaší praxe.

prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.

předseda redakční rady Neurologie pro praxi

Neurozobrazovací kazuistika

MUDr. Martin Pail, Ph.D.¹, MUDr. Marta Pažourková², prof. MUDr. Milan Brázdil, Ph.D.^{1,3}

¹Centrum pro epilepsie Brno, I. neurologická klinika, FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno

²Radiologická klinika, FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno

³Středoevropský technologický institut, CEITEC MU, Brno

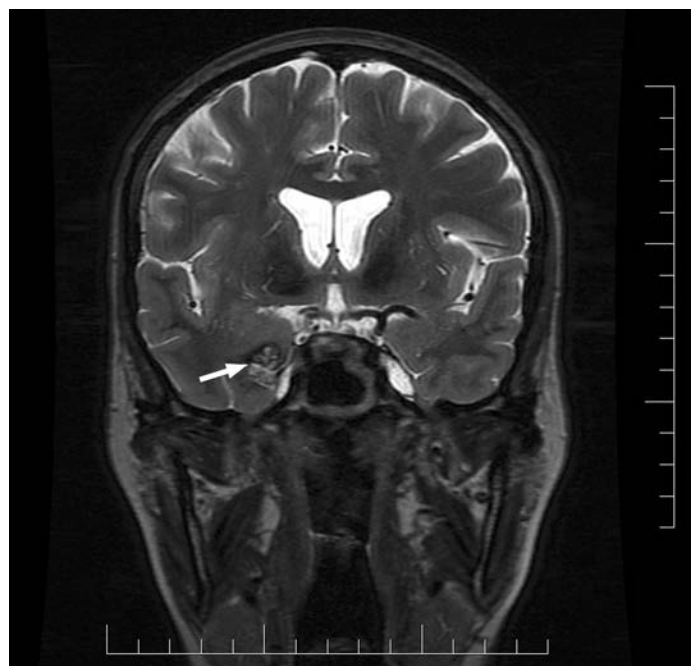
Pacientka, narozená v roce 1951, se symptomatickou epilepsií na podkladě strukturální léze (kavernom) v oblasti pólu a meziotemporálních struktur temporálního laloku vpravo.

Rozvoj epilepsie od 62 let, klinická manifestace parciálními záchvaty s komplexní symptomatologií temporálního charakteru, bez aury. Vysoká frekvence záchvatů (denní) s postupně narůstající četností. Terapie levetiracetamem v adekvátních dávkách byla bez efektu. V 64 letech pacientka podstoupila v rámci epileptochirurgického programu (Centrum pro epilepsie Brno) rozšířenou lezionektomii s peroperační elektrokortikografií. Histologicky kavernózní angiom, bez známek dysplazie. Nyní jeden rok po operaci je bez záchvatů (Engel IA), bez neurologického deficitu.

Obr. 1. T2 v.o. (fse = fast spin echo) v transverzální rovině – typický obraz kavernomu s „popcornovitou“ strukturou a asignálním lemem v pravém temporálním laloku meziotemporálně



Obr. 2. T2 v.o. (fse) v koronární rovině – koronární rovina je nutná pro posouzení meziotemporálních struktur a vztahu léze k nim; kavernom je uložen při ventrokaudálním okraji pravé amygdaly, okrajově zasahuje do gyrus parahippocampalis a do mediálního okraje gyrus temporalis sup. při pólu T laloku



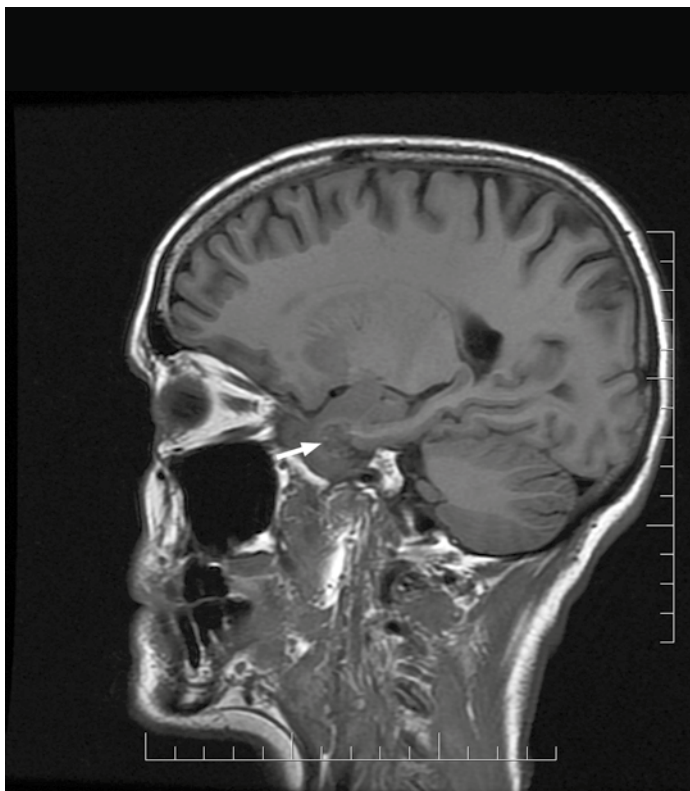
KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Martin Pail, Ph.D., martin.pail@fnusa.cz

I. neurologická klinika, FN u sv. Anny v Brně, Pekařská 53, 656 91 Brno

Cit. zkr: Neurol. praxi 2017; 18(1): 62–63

Obr. 3. T1 v.o. (flair) na T1 v.o. je zvl. v tomto případě léze podstatně méně nápadná s jen diskrétními tečkovitými centrálními hyperintenzitami, většinou bývá na T1 v.o. centrálně výrazněji hyperintenzní, také "popcornovité" struktury



Obr. 4. T2*gre (gradientní sekvence) podstatně citlivější na susceptibilní artefakty než klasická spinová nebo turbospinová sekvence; susceptibilního efektu se využívá při detekci drobných dep hemosiderinu po často nepatrných zakrváceních do kavernomů – tato sekvence má největší potenciál odhalit případně další i jen tečkovité léze (kavernomy bývají ve značném procentu vícečetné); léze je v této sekvenci téměř v celém rozsahu asignální, je nápadnější a zdá se objemnější

