

Pacientka s mnohočetným nádorovým postižením CNS

MUDr. Richard Novobilský¹, MUDr. Linda Kašičková^{1,2}, MUDr. Ondřej Volný, Ph.D.^{1,3},
doc. MUDr. Michal Bar, Ph.D.^{1,3}, doc. MUDr. Petr Krupa, CSc.^{3,4}

¹Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

²Lékařská fakulta, Masarykova univerzita v Brně

³Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

⁴Ústav radiodiagnostický, Fakultní nemocnice Ostrava

Kazuistika

Mladá dosud zdravá žena, narozena v roce 1982, byla přijata akutně k došetření asi měsíc progredující poruchy chůze. Své potíže dávala do souvislosti s masáží pravého chodidla, po níž pozorovala sníženou citlivost a otok střední části plosky nohy. Při objektivním vyšetření bylo patrné frustní oslabení pravé dolní končetiny,

porucha povrchového i hlubokého citlivostních dolních končetin, bez nálezu iritačních jevů, chůze měla charakter těžké ataxie s nutností asistence dvou osob. Ve slovním projevu simplexní, své potíže bagatelizující. Vyšetření hlavových nervů a horních končetin bylo bez patologie. Laboratorní výsledky vč. vitamínu B₁₂ a folátů byly taktéž bez patologie. Z neurofyziologických

metod doplněny somatosenzorické evokované potenciály (SEP) a motorické evokované potenciály (MEP). SEP mediálního nervu byly s normálním periferním centrálním nálezem na horních končetinách, SEP tibialního nervu prokázaly hrubou lézi zadních provazců vlevo, vpravo nevybavena žádná odpověď. Motorické EP s ještě normálními parametry oboustranně.

Obr. 1. T2 vážený obraz (v. o.) – spinální kanál je na úrovni Th/L přechodu, L páteře a L/S přechodu subtotálně vyplněn tumorózní afekcí intraspinálního, extramedulárního charakteru heterogenní struktury s centrálním rozpadem s tlakem na intraspinální struktury; v etáži L4 je krátká část spinálního kanálu volná



Obr. 2. T2 vážený obraz (v. o.) – spinální kanál je na úrovni Th páteře a Th/L přechodu, ukazuje rozsáhlou až subtotální infiltraci intraspinální, extramedulární tumorózní afekcí heterogenní struktury s centrálním rozpadem s tlakem na intraspinální struktury především v kaudální třetině spinálního kanálu, na míchu a míšní konus s deviací jejich polohy dorzálně



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Richard Novobilský, richard.novobilsky@seznam.cz

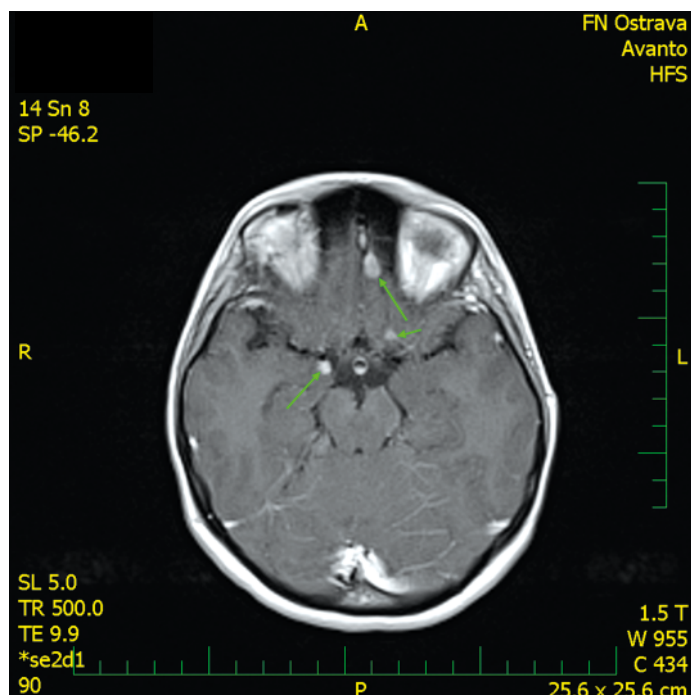
Neurologická klinika, Fakultní nemocnice, 17. listopadu 1 790, 708 52 Ostrava

Cit. zkr: Neurol. praxi 2020; 21(3): 237–238

Obr. 3. T2 v.o. – spinální kanál na úrovni C páteře ukazuje na úrovni segmentu C5–6 intraspinální, extramedulární tumorózní afekci v dorzální části spinálního kanálu s tlakem na míchu s minimální lokální myelopatií a dvě drobná ložiska v etáži C7–Th1 a Th17–2 v dorzální části spinálního kanálu bez kolize s míchou nebo jinými intraspinálními strukturami; bulging disku C37–4, kongenitální fuze segmentu Th17–2 typu Klippel-Feil



Obr. 4. T1 v.o. mozku po i.v. aplikaci 10 ml Dotarem – ukazuje vícečetná drobná ložiska na povrchu mozku se vztahem ke kortikální zóně i k cisternálnímu prostoru s enhancement po i. v. aplikaci Dotarem do 10 mm v rostrobazální a dorzolaterální části gyrus rectus sinister ve frontální oblasti a ventromediální části unku temporálního laloku vpravo, kromě zde šipkou označených dále popisován sytící se okresek v oblasti foramen luschkae vlevo a ložisko charakteru neurinomu akustiku intrameatálně vpravo



Dle MRI hrudní a bederní páteře nález rozsáhlých tumorózních ložisek v lumbosakrální oblasti s výrazným syčením po kontrastní látce, na hrudní míše pozorovány další ložiska extramedulárně. Obraz odpovídající myxopapilárnímu ependymomu. Doplněna také MRI krční páteře a mozku, kde nález vícečetných extraaxiálních ložisek v krčním úseku páteře, na bázi v oblasti přední, střední i zadní jámy, vč. ložiska v oblasti vnitřního zvukovodu. V dalším průběhu provedena biopsie ložiska v bederní oblasti, kterou byl histologicky verifikován světlobuňčný ependymom, WHO grade II. Pacientka byla následně přeložena na Onkologickou kliniku k radioterapii kraniospinální osy, poté dle ambulantních zpráv z kontrol klinicky mírně zlepšena. Pro suspekci na neurofibromatózu typu 2 bylo zajištěno genetické vyšetření, na které se však pacientka i přes telefonickou výzvu dosud nedostavila.

Ependymomy

Jedná se o relativně širokou skupinu gliálních tumorů vyvíjejících se z ependymálních buněk, celkově tvoří asi 5 % gliálních tumorů. Mohou se vyskytovat kdekoli v rámci centrálního nervového systému, ale nejčastěji se objevují v zadní jámě lební (60 %), v míšním kanále se nachází jen v desetině případů, přičemž zároveň spinální ependymomy patří k nejčastějším míšním nádorům v dospělosti. Existuje korelace mezi lokalizací a molekulární strukturou ependymomů.

Při provedení magnetické rezonance se struktura tumoru v T1 váženém obraze zobrazí izo- nebo hyposignálně, v T2 váženém obraze je struktura hypersignální a lépe ohraničená. Vcelku sugestivním nálezem bývá v T2 obraze tzv. „cap sign“ (příznak čepice), tvořený na kraniálním či kaudálním okraji hyposignálním lemem hemosiderinu. Po aplika-

ci kontrastní látky bývá v T1 obraze výrazný enhancement.

Neurofibromatóza typu 2

Neurofibromatóza je neurokutánní onemocnění charakterizované mnohočetnými nádory celého organismu, přičemž nejvíce je postižen nervový systém a kůže. Nejčastějšími podtypy jsou neurofibromatóza typ 1 (morbus von Recklinghausen) a neurofibromatóza typu 2, která je vzácnější, s prevalencí 1:30000 až 1:40000. Je podmíněna mutací NF2 tumor supresorového genu. Nejčastěji se manifestuje v rozmezí 18 až 24 let věku. Charakteristickým nálezem jsou bilaterální vestibulární schwannomy, jejichž samotná přítomnost již stačí k diagnóze, častá je i současná přítomnost meningeomů, ependymomů, neurofibromů a astrocytomů.

Děkujeme doc. MUDr. Petru Krupovi, CSc., za výstižné popisky MR snímků.