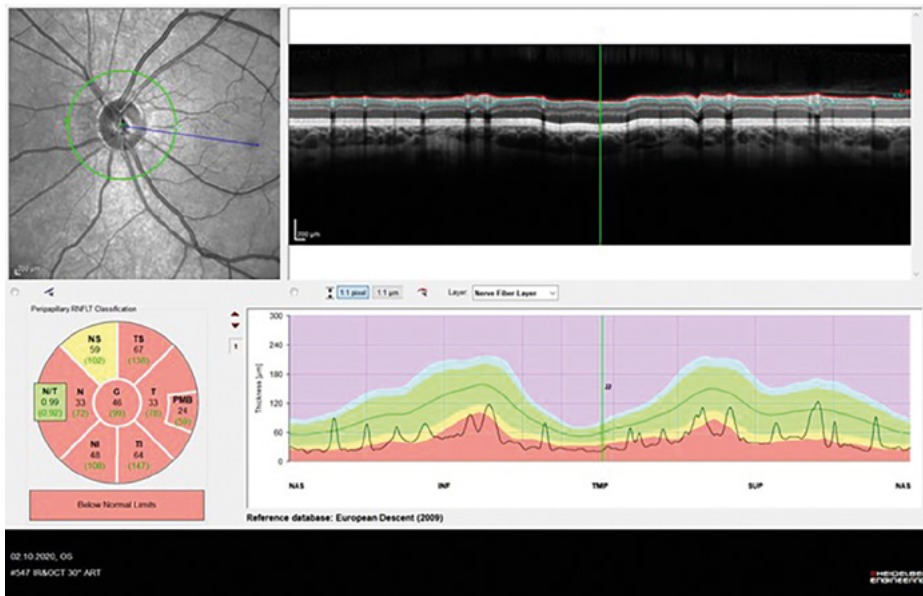
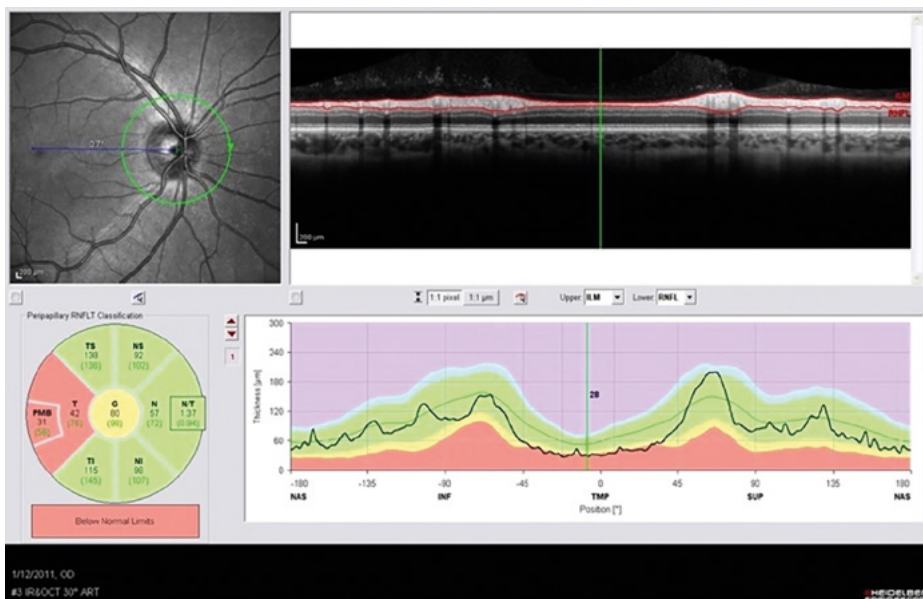


Obr. 5. SD-OCT pRNFL: oko levé po proběhlé optické neuritidě u pacienta s diagnózou MOGAD (Přístroj: Heidelberg Spectralis; zdroj: archiv autorky); linie tloušťky pRNFL je zobrazena jako teč, o šesti sektorech, různých barevných výstupů. Dle barev (zelená, červená, žlutá, modrá, fialová) lze usuzovat na normální, suspektní či patologické oblasti. Sektory jsou nasální (N), superonasální (NS), inferonasální (NI), temporální (T), superotemporální (TS), inferotemporální (TI) a kruhovitým středem G



Obr. 6. SD-OCT pRNFL: oko pravé po optické neuritidě u pacienta s diagnózou roztroušené sklerózy (Přístroj: Heidelberg Spectralis; zdroj: archiv autorky); linie tloušťky pRNFL je zobrazena jako teč, o šesti sektorech, různých barevných výstupů. Dle barev (zelená, červená, žlutá, modrá, fialová) lze usuzovat na normální, suspektní či patologické oblasti. Sektory jsou nasální (N), superonasální (NS), inferonasální (NI), temporální (T), superotemporální (TS), inferotemporální (TI) a kruhovitým středem G



není v korelaci s relativně zachovanými zrakovými funkcemi. Dále si můžeme všimnout změn na sítnici. Změny ve vnitřních vrstvách sítnice jsou patrné zejména ve vrstvě gangliových buněk (GCL) a vnitřní plexiformní vrstvě (IPL) (Lízrová Preiningerová, 2020). Popisováno je ztenčení fovey, a to i bez ohledu na proběhlou optickou neuritidu (Oertel et al., 2017). Ztenčení je prokazatelné zejména ve vrstvě GCL a IPL (Obr. 4). Snížení

je výraznější u MOGAD pacientů ve srovnání s onemocněním RS (Filippatou et al., 2020; Costello et Chen, 2021). Ztenčení vrstvy nervových vláken pRNFL je u MOGAD a NMO (AQP-4) podobné, výsledné zrakové funkce se liší (Sechi et al., 2022). Snaha studií je odlišit MOGAD-ON od jiných demyelinizačních onemocnění projevujících se ON. Nově bylo zjištěno, že MOGAD-ON má vyšší hodnoty edému, tedy nárůst pRNFL, ve srovnání

s onemocněním RS. To se jeví jako nadějný znak k odlišení onemocnění v časných fázích (Chen et al., 2022). Následky po proběhlé ON svědčí pro výraznější úbytek pRNFL u MOGAD pacientů oproti pacientům s diagnózou RS (Obr. 5, 6). To potvrzuje 5 studií ze 6, které jsou zařazené v metaanalýze z roku 2020. Ve stejné metaanalýze je popsán výraznější reziduální deficit zrakových funkcí po MOGAD-ON ve srovnání s RS-ON (Filippatou et al., 2020). U MOGAD-ON nebyla pozorována preference úbytku pRNFL, jako je tomu u RS-ON, kde bývá typicky více postižen temporální kvadrant (Lízrová Preiningerová, 2020).

Terapie

Při léčbě jakékoliv optické neuritidy je nutné v první řadě vyloučit infekční etiologii. Po vyloučení infektu se terapie zahajuje podáním intravenózního pulzu methylprednisolonu, většinou 1 g/den, 3–5 dní po sobě jdoucí (Katz et al., 2007). Terapie akutní ataky MOGAD-ON je identická jako u jiné neinfekční ON (př. RS-ON). Steroidní léčba je u většiny MOGAD pacientů účinná, problémem zůstávají časté rychlé relapsy a rozvoj dalších lézí CNS (Hacohen et Banwell 2019). V určitých případech je indikována terapie intravenózními imunoglobuliny (IVIG), typicky 0,4 g/kg/den po dobu 5 dnů. Dle některých studií, může právě tato léčba vést ke snížení množství relapsů (Chen et al., 2022). Při neefektu předchozího či po časném relapsu po vysazení steroidní léčby se přistupuje k plazmaferéze (PLEX). Optimální léčba, jak předejít relapsům, není známa, důležitá je dlouhodobá imunosuprese jako prevence recidiv (Chen et al., 2020). Důležitost v odlišení typické a atypické ON je zejména pro odlišnou chronickou terapii MOGAD a RS pacientů (Chen et Bhatti, 2020). Chronická terapie je založena na imunosupresi různými preparáty dle odpovědi konkrétního pacienta. Podávají se udržovací infuze IVIG, zejména u dětských pacientů či pacientů chronicky nemocných, kde by nebyla dlouhodobá imunosuprese vhodná (Chen et al., 2022). Dále jsou v chronické terapii používány léky jako azathioprin, mykofenolát mofetil, rituximab (antiCD20), tocilizumab (anti IL-6 receptor), ekulizumab (komplement C5), inebilizumab (anti CD19) (Graf et al., 2021). Samotnou léčbu vede neurolog.