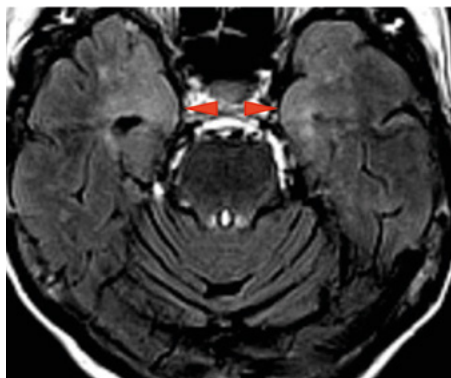


**Obr. 3a.** Charakteristický MR obraz limbické encefalitidy (zvýšení signálu na FLAIR sekvencích mediálně temporálně bilaterálně)



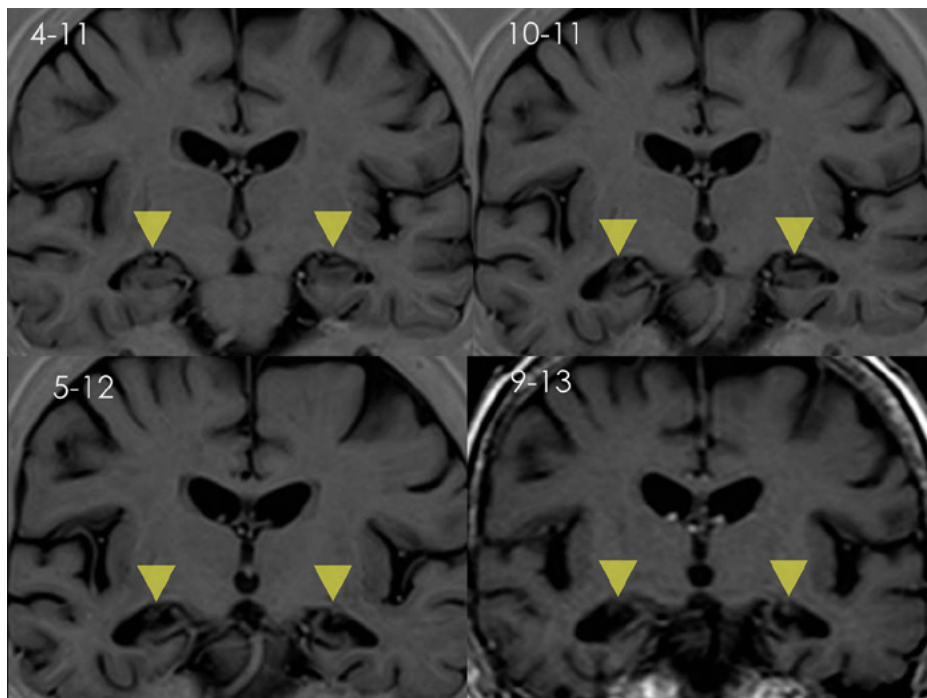
-subkortikálně temporálně, frontálně a v oblasti bazálních ganglií. U cca 1/3 pacientů může být přítomen periferní nádor, obvykle thymom. Imunomodulační a případně onkologická léčba bývá úspěšná.

Anti-GFAP syndrom je autoimunitní meningo-encefalomyelitida s dobrou odezvou na kortikosteroidy. Postihuje většinu pacientů ve 4. a 5. deceniu, projevuje se kognitivními a kmenovými příznaky v kombinaci s ataxií a myelitidou. U cca 20 % je přítomen periferní tumor. Na MR mozku je asi v 1/3 případů přítomen charakteristický obraz s mnohočetnými T2 hyperintenzními lézemi a perivaskulární radiální enhancement po podání Gd (Obr. 3c). Diagnostická je přítomnost anti-GFAP protilátek (vyšetření není dostupné v podobě komerčních kitů). Efekt léčby je dobrý, nicméně rekonvalescence bývá protražovaná.

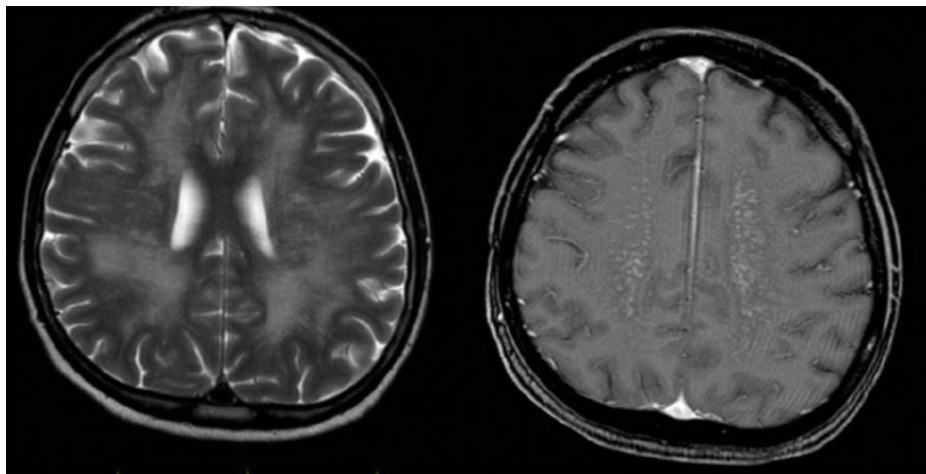
### 1. 6. 3. Likvor

Kromě MR mozku je vyšetření likvoru druhou významnou pomocnou metodou při podezření na AIE. Jednak je velmi důležité vyšetřovat přítomnost NAbů párově ze séra a likvoru (viz výše), ale další součástí likvorového vyšetření mohou přinést podpůrné argumenty pro přítomnost imunopatie. V případě patologického nálezu bývá u AIE přítomna mírná lymfo-monocytární pleocytóza (20–200 buněk/μl), může být vyšší bílkovina a albumin v likvoru a mohou být přítomny známky intratékální syntézy IgG (zvýšený IgG index,  $\geq 2$  izolovaných OCB v likvoru). Výraznější pleocytóza (maximálně 900 buněk/μl) byla u AIE publikována ve zcela ojedinělých kazuistikách a počet buněk

**Obr. 3b.** Charakteristický vývoj mediotemporální atrofie u limbické encefalitidy; na T1 vážených sekvencích je patrná postupná atrofizace hipokampů bilat (snímky zleva doprava a odshora dolů ukazují vývoj u limbické encefalitidy anti-Hu během cca 2,5 roku)



**Obr. 3c.** Charakteristický MR obraz u anti-GFAP syndromu; na T2 vážených sekvencích (vlevo) jsou patrné difúzní hypersignální změny v bílé hmotě, na postkontrastních T1 vážených obrazech je patrný charakteristický radiální enhancement periventrikulárně



nad 1 000/μl je třeba považovat za nález svědčící spíše proti diagnóze AIE a ve prospěch jiné, obvykle infekční příčiny. Pleocytóza bývá výraznější na počátku onemocnění, známky intratékální syntézy IgG se objevují s odstupem, u OCB většinou až několika týdnů. Nález likvoru však u AIE může být normální – např. u značného procenta pacientů s LG11 encefalitidou – a vyšetření likvoru proto nelze využít k vyloučení AIE.

### 1. 6. 4. EEG

EEG je dobře dostupné, neinvazivní vyšetření, které u pacientů se suspektní AIE

přináší řadu užitečných informací. V první řadě pomáhá při odlišení AIE od psychiatrické diagnózy – u pacientů s AIE je EEG nález v naprosté většině případů abnormní. Pokud jsou psychiatrické příznaky atypické nebo jsou přítomny anamnestické red flags svědčící pro možnou AIE, abnormní EEG může podpořit podezření na AIE a posílit motivaci k doplnění dalších vyšetření (likvor, protilátky).

U řady pacientů s AIE se vyskytují, zvláště v časných fázích encefalitidy, epileptické záchvaty a SE, včetně nekonvulzivního SE. EEG pomáhá subklinické záchvaty a NCSE odhalit a nastavit patřičnou léčbu. U AIE probíhajících