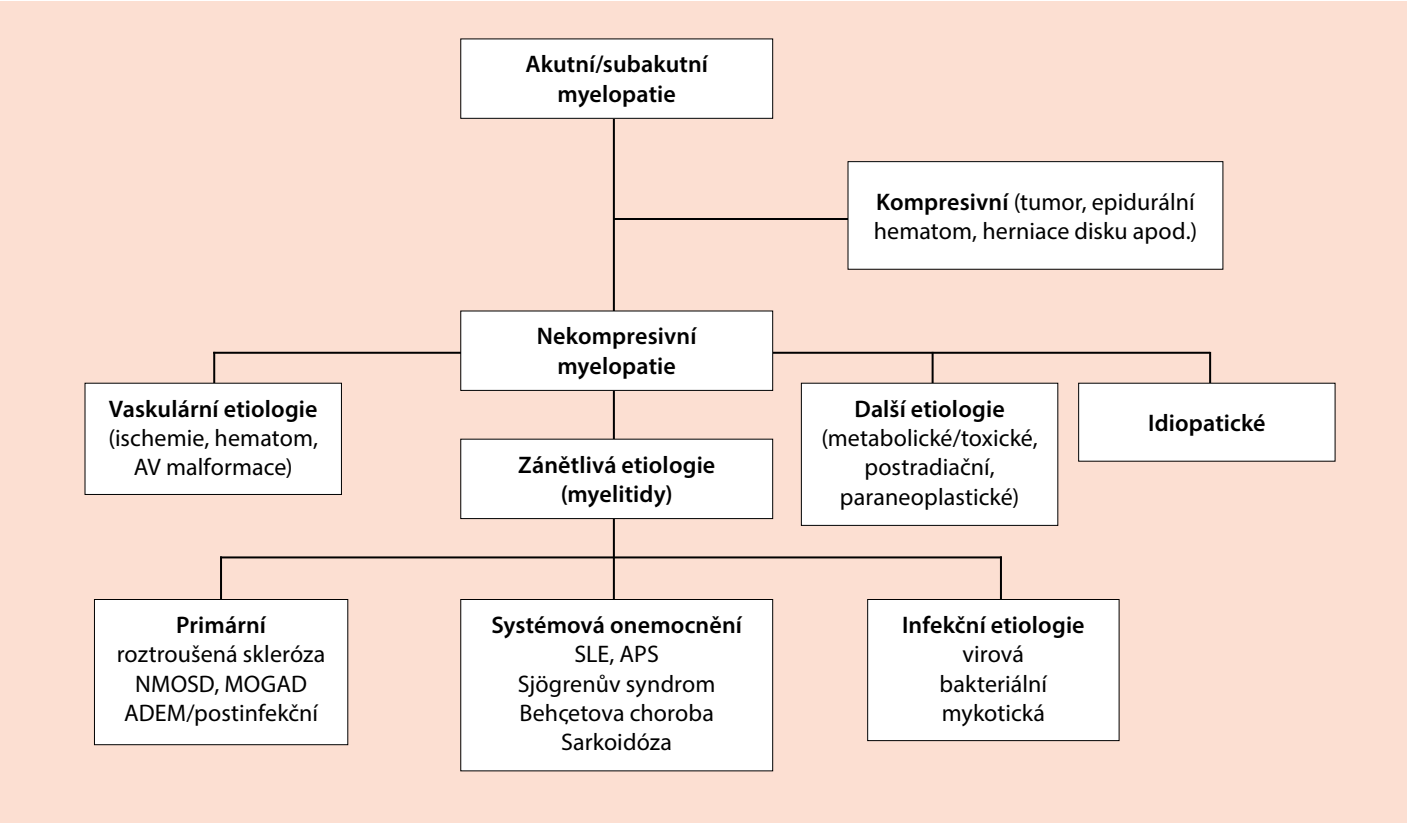
**Schéma 1.** *Zjednodušený algoritmus vyšetření akutních myelopatií. V prvním kroku je nutné vyloučení kompresivní etiologie. V případě nálezu myelopatie se sycením kontrastní látkou a/nebo pozitivního zánětlivého nálezu v likvoru doplňujeme další vyšetření k určení etiologie myelitidy (stanovení autoprotilátek, vyloučení infekčního agens pomocí sérologických a molekulárně genetických metod či kultivace, doplnění MR mozku, evokovaných potenciálů apod.) (volně převzato dle (Marignier, 2021))*




onemocněním) byla navržena již v r. 2002 (Barnes et al., 2002). Tato kritéria ve zkratce vyžadují – odpovídající klinickou bilaterální míšní symptomatologii, která se rozvíjí v průběhu 4 hodin až 21 dnů (interval 4 hodin byl navržen z důvodu odlišení akutního infarktu míchy, který má náhlý začátek). Aktivní zánětlivý proces musí být potvrzen přítomností zánětlivých znaků v mozkomíšním moku (pleocytóza či intratékální syntéza imunoglobulinů) nebo vychytáváním kontrastní látky na MR. Diagnózu transverzální myelitidy vylučuje/zpochybňuje anamnéza ozáření míchy v průběhu posledních 10 let, jasná distribuce léze v oblasti povodí přední spinální arterie, abnormální průtok na povrchu míchy odpovídající arteriovenózní malformaci.

Dělení myelitid dle etiologie zahrnuje zánětlivá onemocnění – infekční, idiopatické myelitidy (= diagnóza per exclusionem, kde i přes rozsáhlé diagnostické úsilí nebylo nalezeno jiné onemocnění), myelitidy vázané na jiná onemocnění, ke kterým patří zejména roztroušená skleróza (RS), neuromyelitis optica a onemocnění jejího širšího spektra (NMOSD), onemocnění asociovaná s protilátkami proti myelinovému oligodendrocytárnímu glykoproteinu (MOGAD) a dále skupina systémových autoimunitních onemocnění – systémový lupus erythematodes (SLE), Sjögrenův syndrom, antifosfolipidový syndrom, Behçetova nemoc a další. Nelze opomenout také skupinu postinfekčních a postvakcinačních myelitid, neurosarkoidózu a paraneoplastická postižení míchy (Passeri et al., 2022).

Určitým pomocným vodítkem v diferenciální diagnostice je dělení podle délky léze na: 1. longitudinálně extenzivní transverzální myelitidu (LETM), při které vidíme léze dosahující minimálně délky 3 obratlových segmentů (typické léze pro časnou fázi NMOSD) a 2. léze kratší s délkou 1 až 2 obratlových segmentů („short transverse myelitis – sTM“) typicky u RS. Na transverzálních řezech hodnotíme plochu postižení a lokalizaci ložiska (dominantně postihující bílou, popř. převážně šedou hmotu míšní, nebo jejich kombinace) (Obr. 2).

Níže budou probrány hlavní klinické jednotky, které je nutné v rámci diferenciální diagnostiky autoimunitních myelitid zvažovat.

## Roztroušená skleróza

Míšní postižení je u RS (Havrdová et al., 2013) častým projevem, často se vyskytuje již v úvodu onemocnění jako první příznak, kdy hovoříme o klinicky izolovaném syndromu. Vzhledem k četnosti výskytu RS (prevalence v České republice je asi 190–220 pacientů/ 100 000) se s touto etiologií myelitidy neurolog setkává často. První příznaky nemoci se projevují nejčastěji mezi 20. až 40. rokem života. Vlastní léze u RS jsou typicky v rozsahu 1–2 míšní segmenty, asymetrické, často v dorzolaterální oblasti, zejména v krční (postižení až v 60 %) a hrudní míše (Obr. 2C). V akutní fázi bývá sycení po podání kontrastní látky, enhancement je typicky prstenčitý nebo nodulární. Klinicky se projevují většinou jako inkompletní míšní léze s projevy centrální parézy, senzitivními obtížemi (velmi typické jsou Lhermittův příznak a pocity „obručového“ sevření), neurogenní poruchy sfinkterů. K diagnóze většinou vede nález na MR mozku (hyperintenzity v typické lokalizaci na FLAIR nebo T2 vážených obrazech) a nález intratékální syntézy imunoglobulinů G (IgG) nebo oligoklonálních pásů (OCB) při izoelek-