

Definitivní diagnózu TBC v CNS potvrdí identifikace *M. tuberculosis* z biologického materiálu histologicky, kulturačně nebo RT-PCR (Rock et al., 2008). U tuberkulomů stačí histologický nález nekrotizujícího epitelioidního granulomu tuberkulózního typu (Pagnoux et al., 2000).

## Terapie

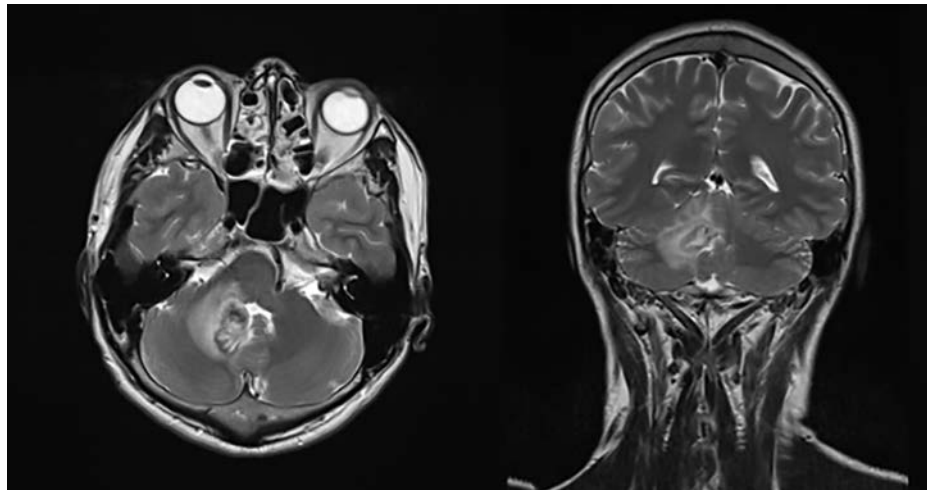
Léčba TBC meningitidy je kriticky závislá na včasnosti zahájení, což je obvyklým kamenem úrazu, neboť klinické příznaky progredují pomalu a symptomy někdy i 3–4 týdny i déle unikají správné diagnóze. Léčba běžné TBC meningitidy kombinací čtyř až pěti antituberkulotik obvykle trvá 9–12 měsíců, v případě tuberkulomu resp. abscesu je delší (18 měsíců). Opakované kontroly likvoru jsou nezbytné. Terapie obou solidních forem je většinou konzervativní, významnou roli hrají kortikoidy, které redukuje edém a hyperergickou imunitní reakci, která vytváří zářlivý tumor. V případě ložiskových forem je indikováno operační řešení při rozvoji nitrolební hypertenze, hydrocefalu nebo u farmakoresistentních epileptických záchvatů; riziko pooperační mortality je 10–20% (Garcia-Monco et al., 1999). K nárůstu tuberkulomu vyžadující akutní operační řešení může vést i paradoxní reakce na zahájenou terapii antituberkulotiky (Chandra Vemula et al., 2020).

Prognóza TBC infekce CNS je vždy vážná, smrtelnost jsou desítky procent, závisí na antimikrobní terapii, podpůrné léčbě a imunitním stavu pacienta. Samotná tuberkulomatózní forma infekce kupodivu nezhoršuje nutně celkovou prognózu a i rozsáhlé léze mohou relativně příznivě regredovat.

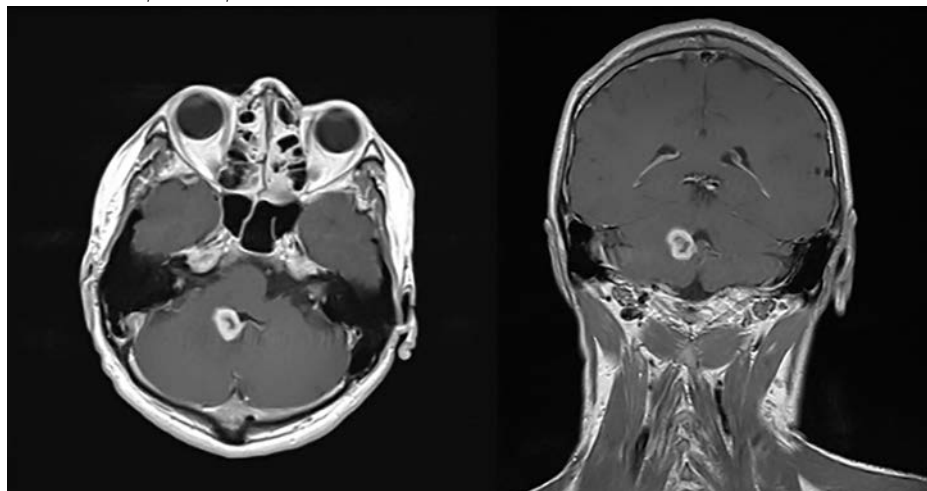
## Kazuistika 1

Dvaadvacetiletý muž, původem z Mongolska, v ČR žijící přes 10 let, byl hospitalizován pro čtyři měsíce narůstající pravostranné hemikranie a obtíže s rovnováhou. Neurologicky byl patrný lehký pravostranný neocerebelární syndrom. MR zobrazila hyposignální oválné ložisko pravého mozečkového pedunkulu s rozsáhlým perifokálním edémem a útlakem IV. komory (Obr. 1), s postkontrastním prstencitým sycením a centrální nekrotizací (Obr. 2). Po nasazení antiedematózní terapie kortikoidy a doplnění základního onkoscreeningu s ne-

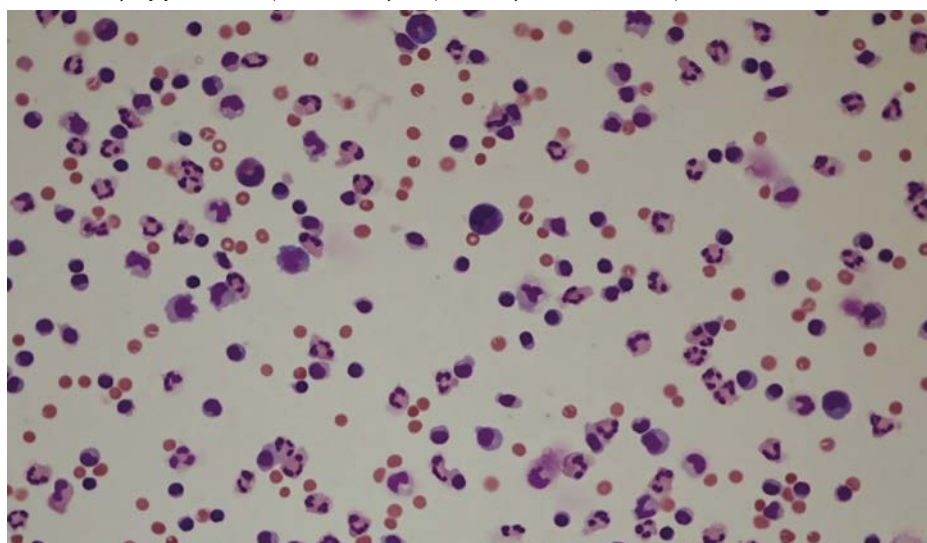
**Obr. 1.** MR T2, hyposignální oválné ložisko v pravém mozečkovém pedunklu s perifokálním edémem a útlakem 4. komory, axiální řez (vlevo), koronární řez (vpravo) u pacienta 1



**Obr. 2.** MR T1, postkontrastní periferní prstencité sycení ložiska s centrální nekrotizací, axiální řez (vlevo), koronární řez (vpravo) u pacienta 1



**Obr. 3.** Cytologický obraz v mozkomíšním moku, smíšená zánětlivá celulizace, s převahou lymfocytární buněčné řady a její aktivace s přítomností lymfoplazmocytních forem (u pacienta 1)



gativním nálezem byla provedena stereotaktická biopsie ložiska.

V odebrané tkáni byla zachycena nekrotická tkáň s kulatobuněčnou, převážně lymfocytární celulizací, četnými

makrofágy, někde až obrazu epitelioidní transformace, a materiál byl odeslán ke druhému čtení. V očekávání definitivního histopatologického závěru byl pacient propuštěn domů v dobrém stavu.