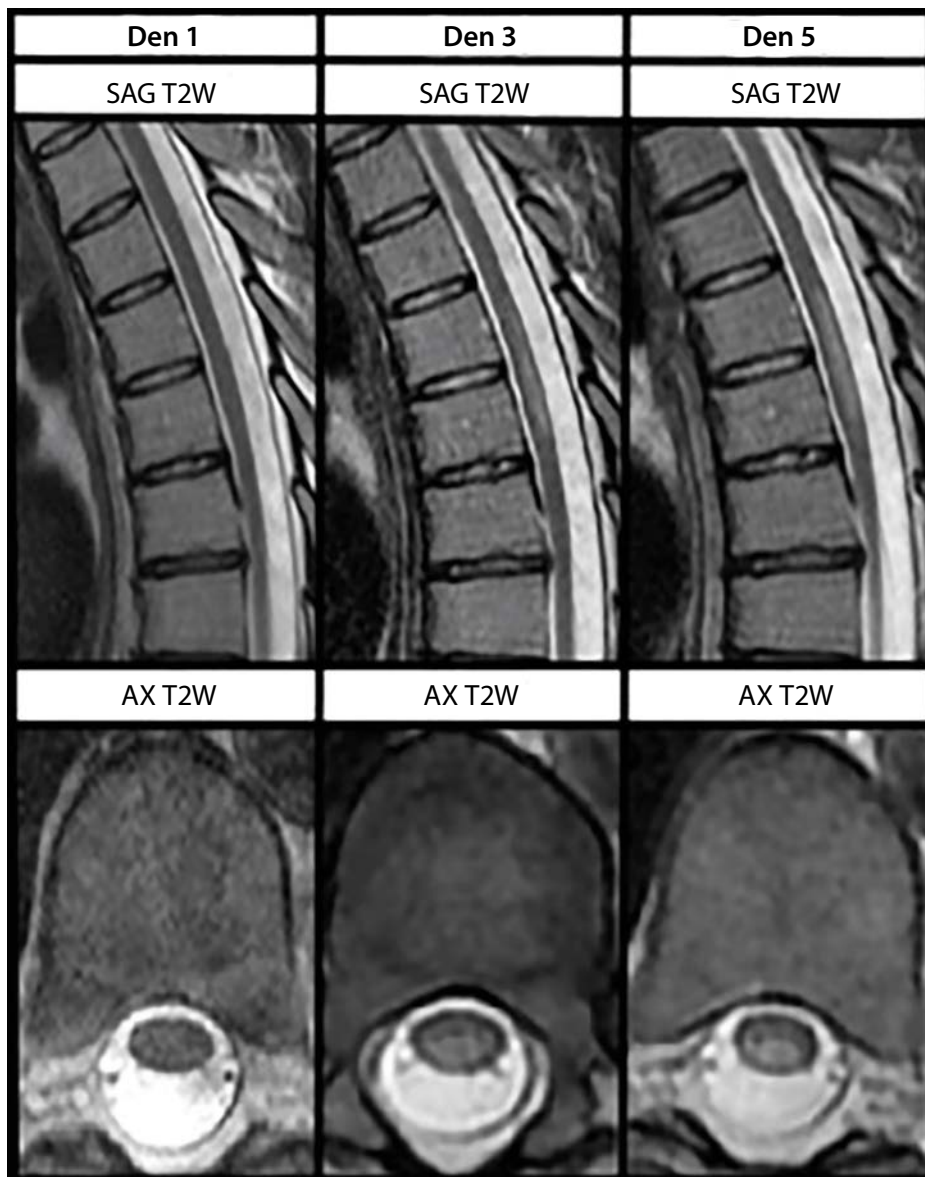


Obr. 1. Vývoj obrazu míšní ischemie v čase na MR v T2 vážených sekvencích



Den 1: normální nález na MR v T2W sekvencích, den 3: T2 hyperintenzní ložisko myelopatie dorzální lokalizace v úrovni Th5–6, den 5: T2 hyperintenzní ložisko myelopatie bez vývoje

Tab 1. Diagnostická kritéria míšní ischemie (Zalewski et al., 2019)

1) Akutní netraumatická míšní léze	nejhlubší deficit do 12 h od vzniku příznaků rychlé zhoršení deficitu v průběhu méně než 12 h
2) MR	a) žádná komprese míchy b) T2-hyperintenzní ložisko myelopatie c) restrikce difuze v DWI sekvencích, přidružený infarkt obratlového těla, disekce/okluze odpovídající arterie
3) Mozkomíšní mok	nezánětlivý
4) Jiné možné diagnózy	nepravděpodobné
Typy spontánní míšní ischemie	
Jistá	1, 2a, 2b, 2c, 4
Pravděpodobná	1, 2a, 2b, 3, 4
Možná	1, 4

halili otevřené foramen ovale. Na následně neurosonograficky provedeném bubble testu jsme prokázali high-grade permanentní pravo-levý zkrat. RoPE (Risk of Paradoxical

Embolism) skóre bylo 8, což znamená 84% pravděpodobnost otevřeného foramen ovale jako příčiny ischemické příhody (Kent et al., 2013). EKG vyšetření bylo se sinu-

sovým rytmem. Sonografie extrakraniálních tepen byla s normálním nálezem na karotických i vertebrálních tepnách. Vyšetření Fabryho nemoci metodou suché kapky bylo negativní.

Pacientka byla po 10 dnech hospitalizace přeložena na spinální jednotku. Subjektivně byla bez bolestí, sfinkterové potíže se neobjevily. Porucha čítí byla bez vývoje. Nepříjemné parestezie přetrvávaly, ale byly tlumeny antineuropatickou medikací. Svalová síla dolních končetin se mírně zlepšila zejména akrálně. Pacientka byla schopna samostatné chůze s pomocí nízkého chodítka i mimo pokoj. Byl započat nácvik chůze o dvou francouzských holích, s těmito byla ale chůze zatím nejistá a nestabilní.

Následně podstupovala několikátýdenní intenzivní rehabilitaci s dalším zlepšováním stavu, byla schopna samostatné chůze o dvou francouzských holích. V mezidobí proběhl katetrizační uzávěr otevřeného foramen ovale s nasazením duální antiagregace (ASA + clopidogrel) po dobu šesti měsíců.

Dále byla na vyšším pracovišti provedena kontrolní lumbální punkce a magnetická rezonance bez dalšího vývoje v nálezech a beze změny diagnostického závěru.

Závěr a diskuze

Hlavní argumenty pro míšní ischemii jsou následující:

- **Osobní a rodinná anamnéza:** Pacientka má primární trombofilii a hlubokou žilní trombózu v anamnéze (tj. je riziková stran trombózy a případné embolie).
- **Dynamika nástupu:** Příznaky se rozvinuly v rámci desítek minut z plného zdraví.
- **Lokalizace:** Ložisko myelopatie se nacházelo ve střední části hrudní míchy, což je lokalizace vulnerabilní pro ischemii kvůli menšímu kolaterálnímu krevnímu zásobení dané oblasti (Živković et al., 2017).
- **Zobrazovací vyšetření:** MR byla vstupně negativní, což v časných fázích míšní ischemie bývá častým nálezem (Pawar et al. 2017). Klinický obraz i obraz na MR byl následně bez dalšího vývoje.
- **Terapeutický pokus:** Parenterální podání 4 g Solu-Medrol bylo bez efektu.

Dle diagnostických kritérií z roku 2019 (Zalewski et al., 2019) (Tab. 1) byla míšní is-