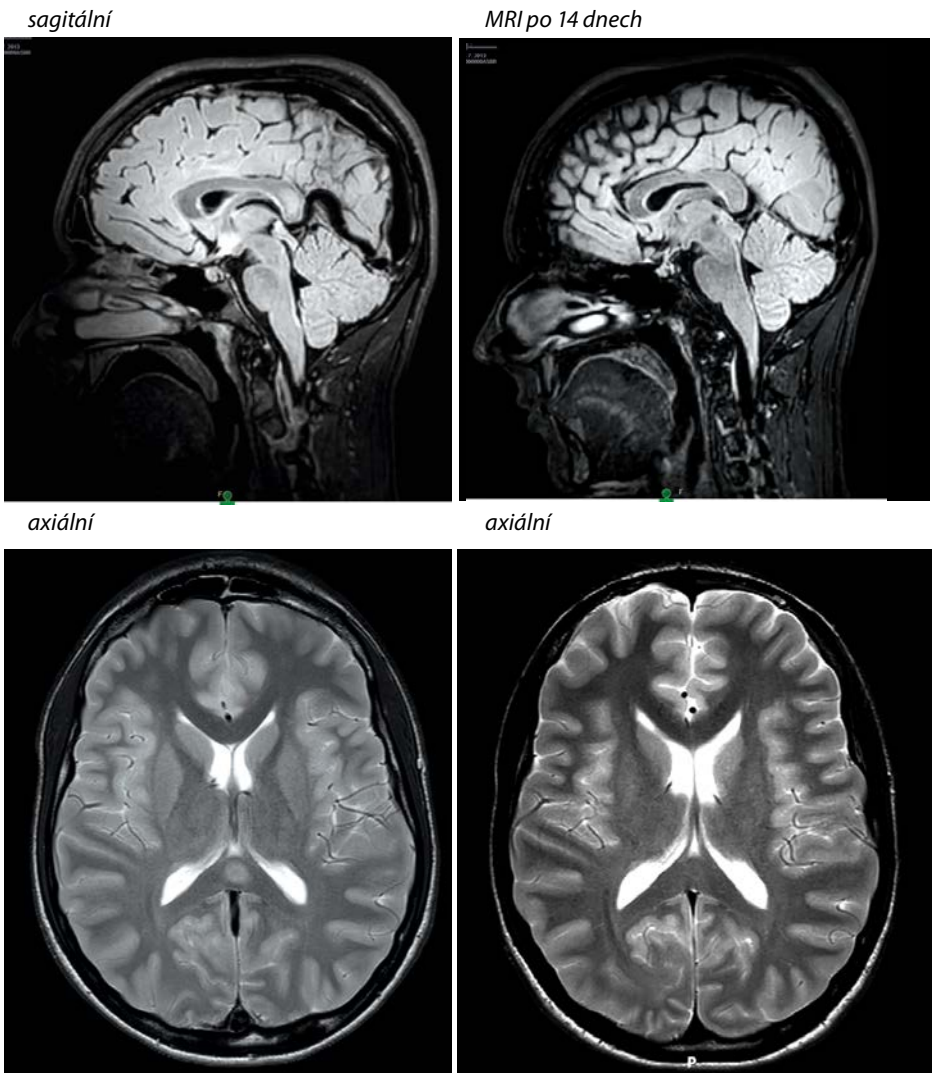
a pacient byl po dohodě přivezen na CT pracoviště s plánem CT angiografického vyšetření mozku a neurologického vyšetření za spolupráce pediatra. V objektivním nálezu nebyly zjevné známky lateralizace, poruch hybnosti, citlivosti ani fatické poruchy, okohybné svaly byly intaktní s plynulými sledovacími očními pohyby, normální konvergencí. Zornice však byly mydriatické, reaktivní a byla tužší anteflexe šíje. Pacient nejevil známky poruchy vědomí ani psychické deteriorace. Dle kliniky bylo v diferenciální diagnostice usuzováno na možnou intoxikaci, případně encefalitidu (infekční či autoimunitní), vaskulitidu nebo epileptický projev. CT angiografie mozku prokázala gracilní vertebrobazilární povodí, nález však nevysvětloval klinické obtíže. Oční vyšetření proběhlo v interiktálním období při subjektivně normálním vizu. Oční lékař neshledal v základním vyšetření oční patologii, papila popisována ohraničená, růžová, makula klidná, oční pozadí s normální vaskularizací. Pacient při záchvatu referoval kompletní poruchu zraku charakteru bílé mlhy, usuzováno bylo tedy spíše na iritační symptom než zánikový. Na základě naší diferenciálně diagnostické rozvahy jsme se tedy s pediatrem domluvili na vyšetření mozkomíšního moku a MR zobrazení mozku. Základní toxikologie vyšla negativní, i anamnesticky byly návykové látky negovány. Likvor byl odebrán nekomplikovaně s normální buněčností i proteinorhachií, neuroinfekt nebyl prokázán, z normy vybočovalo jen lehce vyšší AST (0,34 µkat/l) a LD (0,38 µkat/l). V biochemickém rozboru krve byla lehce vyšší hodnota CRP 7,5 mg/l. Likvor jsme odeslali na další zpracování imunologické (vyloučení demyelinizačního procesu a autoimunitních encefalitid) a vyšetření mikrobiologické. Anamnéza respiračního infektu u pacienta a matky nás vedla k vyšetření i běžných infekcí, přičemž jsme prokázali metodou PCR pozitivitu chřipky A, v mozkomíšním moku i HSV 1. Zobrazovací metodou volby byla magnetická rezonance, ve které radiolog popsal cytotoxickou lézi ve spleniu corpus callosum, jiné změny na MR patrny nebyly. Terapeuticky byl empiricky podáván intravenózní aciclovir. Invalidizující porucha zraku na této terapii odezněla do druhého dne. MR zobrazení mozku se zaměřením na corpus callosum bylo opakováno po dvou týdnech s normalizací grafického nálezu.

Obr. 1. *Vstupní MRI*



Diskuze

Nález na vstupním MR mozku lze interpretovat jako ischemickou cévní mozkovou příhodu, nicméně klinické obtíže byly atypické. Léze zadní části corpus callosum mohla odpovídat demyelinizační place, ale imunologické vyšetření tuto úvahu nepodporovalo (oligoklonální pásy, protilátky proti aquaporinovým receptorům, MOG). I zvažovanou vaskulitidu MR mozku nepotvrdilo. Doplnili jsme transkraniální sonografii, ve které jsme hledali urychlení toků mozkových tepen, spazmy, nicméně tyto nebyly shledány, jen v P2 úseku zadní mozkové tepny vpravo byl nižší rezistenční index. Stran možného epileptického projevu byl natočen EEG záznam, u kterého nebyly zachyceny specifické epileptické grafoelementy. Komplementární vyšetření doplnily evokované potenciály, které ukázaly nespecifickou nezkříženou asymetrii zrakových odpovědí v pravém postranním svodu s mírným prodloužením latence vlny P100. Srdeční echokardiografie neodhalila onemocnění srdce. Klinika respiračního infektu při PCR pozitivitě chřipky A nás vedla k úvaze, že chřipka je hlavní příčinou obtíží. Byť byla dokumentována i PCR pozitivita HSV1, klinický průběh, nález na magnetické rezonanci i nález v likvoru neodpovídal herpetické encefalitidě. Nutno podotknout, že i HSV infekt může být asociován s cytotoxickou lézí corpus callosum – CLOCCs (cytotoxic lessions of corpus callosum). Pojem CLOCCs popisuje jako jeden z prvních Starkey et al. v roce 2017 a je tedy relativně novou jednotkou. Označení CLOCCs bylo používáno zejména pro tranzientní léze v corpus callosum na MR zobrazení. V literatuře se můžeme setkat s klinickým ekvivalentem pod zkratkou RESLES (reversible splenial lesions syndrome), klinicko-radiologickou jednot-