rezonance mozku s aplikací kontrastní látky). Zásadní roli v rychlém určení správné diagnózy hraje mezioborová spolupráce. Při včasném nasazení adekvátní terapie je možné významně ovlivnit průběh onemocnění a kvalitu života pacienta.

Kazuistika

Pacient, 48letý muž dosud bez významných zdravotních potíží, se dostavil na interní urgentní příjem se stížností na náhle vzniklou bolest hlavy, která trvala 24 hodin a měla intenzitu NRS (Numeric rating scale) 7/10. V rámci celkového klinického vyšetření byl pacientovi změřen krevní tlak 220/120 mm Hg, což odpovídalo těžce dekompenzované arteriální hypertenzi. Pro zajištění rychlé kontroly krevního tlaku byl pacientovi podán kaptopril, po kterém došlo k jeho úpravě na 150/90 mm Hg. Po kompenzaci krevního tlaku zároveň došlo k významnému snížení cefaley (NRS 1/10).

K vyloučení strukturálního postižení bylo provedeno akutní CT vyšetření mozku. Výsledek neprokázal přítomnost akutního krvácení ani expanzivních změn. Zaznamenána byla pouze lehce hypodenzní oblast v oblasti pravé capsula interna, jejíž klinický význam byl označen za sporný. V diferenciální diagnostice byly zvažovány možné poischemické změny. Neurologem bylo doporučeno doplnění magnetické rezonance (MR) mozku v ambulantním režimu.

Pacient byl přijat na interní oddělení k nastavení antihypertenzní terapie. Stav byl uzavřen jako cefalea při dekompenzované hypertenzi. Následující den se však klinický obraz zkomplikoval.

Po probuzení si pacient všiml kompletní ptózy levého víčka. Proběhla neurologická konzultace, v rámci které byla diagnostikována kompletní léze nervus oculomotorius vlevo. V rámci došetření byla indikována akutní MR mozku včetně MRV (Obr. 1).

Výsledky MR mozku neprokázaly čerstvou ischemii. Nicméně byla zjištěna hyperintenzní ložiska v T2 váženém obraze v oblasti mozkového kmene, drobná léze v levé mozečkové hemisféře a mnohočetná ložiska v bílé hmotě obou mozkových hemisfér. V rámci diferenciální diagnostiky byly zvažovány poischemické změny nebo i vzhledem k relativně nízkému věku pacienta demyelinizační proces. Nebyl však zjištěn žádný průkaz žilního uzávěru.

Neurologem nebyla indikována akutní intervence. Doporučeno bylo doplnění očního vyšetření, které vyloučilo známky nitrolební hypertenze a potvrdilo levostrannou parézu III. a IV. hlavového nervu. Během následujících 2 dnů se u pacienta objevila lehká paréza nervus abducens vpravo, senzitivní inervace n. V. postižena nebyla.

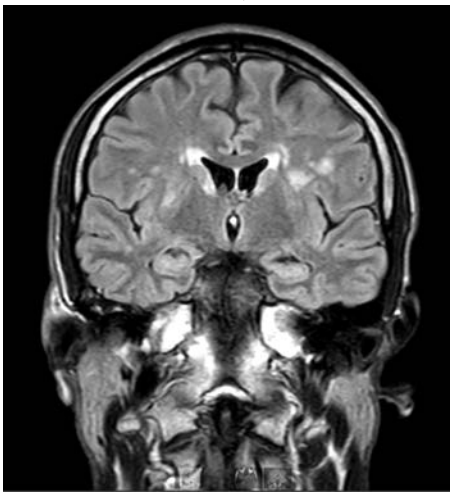
Doplněná lumbální punkce byla nezánětlivá (bez přítomnosti mononukleárních nebo polynukleárních buněk, normální hodnota celkové bílkoviny) a bez přítomnosti nádorových buněk. Sérologické vyšetření ukázalo, že pacientův imunitní systém byl v minulosti v kontaktu s borreliemi, ale chyběly příznaky aktivní infekce. Pacient nesplňoval kritéria pro neuroborreliózu, a proto nebyla indikována antibiotická terapie.

Jelikož se nepotvrdilo z lumbální punkce demyelinizační onemocnění (přítomnost oligoklonálních pásů byla 4 v likvoru a 4 v séru, anti-MOG i anti-aquaporin 4 byli negativní), pátralo se nadále po systémovém onemocnění. Byly provedeny odběry na vaskulitidy i paraneoplastické protilátky, které taktéž byly v normě.

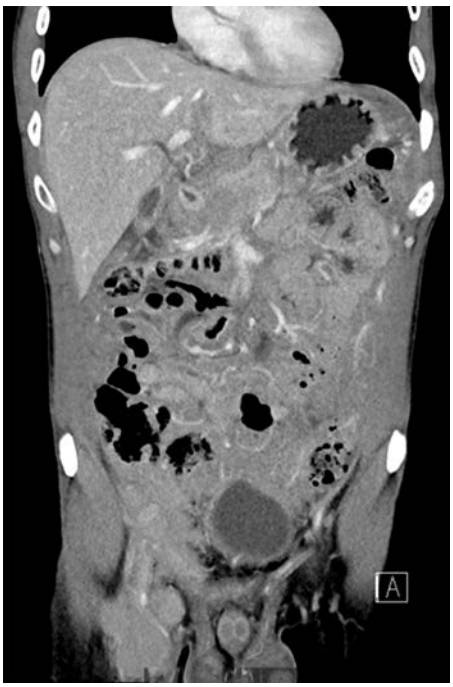
V rámci dalšího došetřování případného systémového onemocnění byl proveden rentgenový snímek srdce a plic a ultrazvuk břicha. Zatímco nález na rtg srdce a plic byl zcela v normě, tak ultrazvuk břicha odhalil rozsáhlou patologickou expanzi maligního vzhledu v pravém hypogastriu, pravděpodobně vycházející z caeka, maligní infiltraci velkého omenta a mnohočetná ložiska v játrech, hodnocená jako metastatická. Bylo doplněné CT břicha, které ultrazvukový nález potvrdilo (Obr. 2). Biopsie z lymfatických uzlin pravého třísla odhalila přítomnost nádorových buněk s typickou genetickou translokací c-myc protoonkogenu (chromozom 8 na 2, 14 nebo 22). Histologicky byl přítomen obraz tzv. hvězdného nebe (jedná se o mikroskopický obraz, kdy převažují tmavě zbarvené nádorové lymfocyty a v menší míře jsou přítomny světle zbarvené makrofágy, které odbourávají nádorové buňky).

S odstupem měsíce od vstupní MR mozku byla provedena kontrolní MR mozku s aplikací kontrastní látky, která potvrdila

Obr. 1. *Vstupní MR mozku – okrsky abnormálního signálu v oblasti mozkového kmene, drobná léze v levé mozečkové hemisféře a mnohočetná ložiska v bílé hmotě obou mozkových hemisfér*



Obr. 2. *CT břicha – nález rozsáhlé patologické expanze maligního vzhledu v pravém hypogastriu, pravděpodobně vycházející z caeka, maligní infiltrace velkého omenta a mnohočetná ložiska v játrech*



patologickou infiltraci v okolí kavernózních splavů a karotických sifonů (Obr. 3). Kontrolní vyšetření mozkomíšního moku již prokázalo přítomnost nádorových buněk a lehce zvýšené celkové bílkoviny (hodnota 0,5 g/l, fyziologické rozmezí 0,15–0,45g/l) a mononukleárních buněk (30/µl, norma do 0,3/µl), a vyšetření flowcytometrií potvrdilo přítomnost pleiocytózy. Cca 99 % z leukocytů tvořily klonální B-lymfocyty fenotypu CD10dim19+20+. Flowcytometrické vyšetření svědčilo pro infiltraci CNS při Burkittově non-hodgkinském lymfomu.