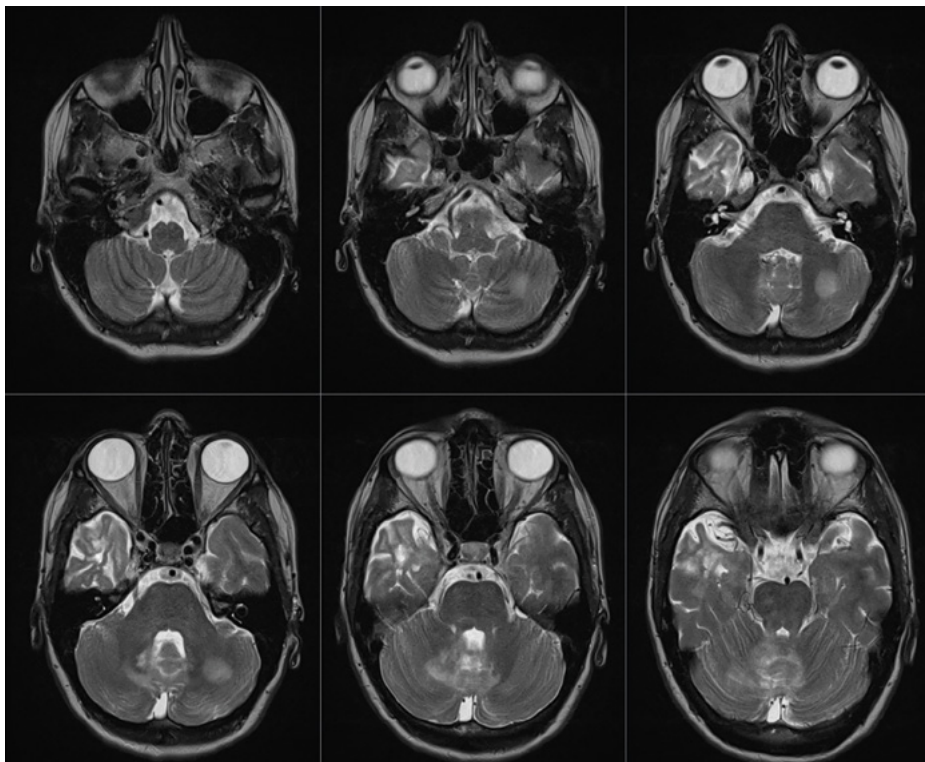
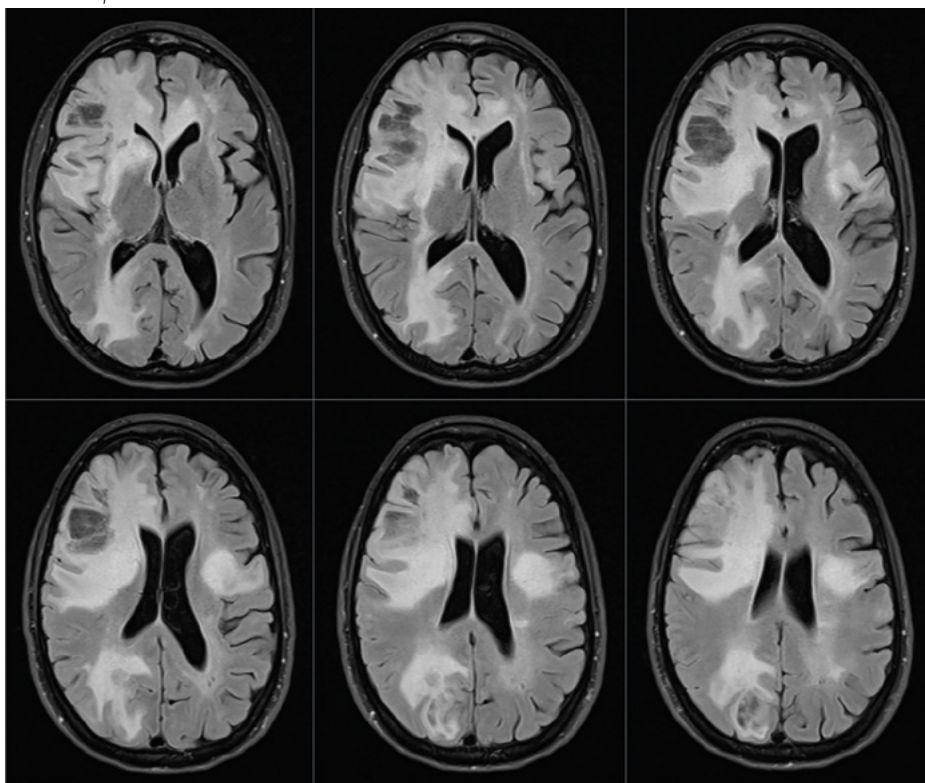


**Obr. 3.** MR mozku v 3/2022: T2 vážený obraz s vícečetným hyperintenzními ložisky infratentoriálně**Obr. 4.** Kontrolní MR mozku 3/2022: FLAIR s pokročilými demyelinizačními změnami s cystoidní přestavbou supratentoriálně

periventrikulárně a juxtakortikálně (Obr. 7), což dále výrazně podpořilo diagnózu RR RS.

Pro těžkou ataku v úvodu onemocnění a významný nález na MR byla indikována léčba ofatumumabem z kategorie HET, zredukovali jsme protizáchvatovou terapii. Na nasazené léčbě je pacientka bez vedlejších nežádoucích účinků,

klinicky stabilní, v běžném životě bez omezení, s kontrolními MR mozku bez progresu demyelinizačního onemocnění.

### Diskuze

Na rozdíl od RS je ADEM většinou monofázické demyelinizační onemocnění, které se ale

asi u 30 % pacientů vyvine do RS. Multifázická diseminovaná encefalomyelitida (MDEM) je vzácná (Krupp et al., 2013).

Pro potvrzení diagnózy RS je nutný průkaz demyelinizačních ložisek na MR v odpovídající distribuci dle McDonaldových kritérií z roku 2017. Diseminace v prostoru znamená přítomnost alespoň jedné léze v T2 váženém obraze na MR ve 2 ze 4 oblastí typických pro postižení při RS (periventrikulární, juxtakortikální/kortikální, infratentoriální, míšní oblast). Pro průkaz diseminace v čase musí být na MR přítomna asymptomatická gadolinium vychytávající léze vedle nevychytávajících, nebo nová T2/gadolinium vychytávající léze oproti předchozímu vyšetření, nebo alespoň dva oligoklonální IgG pásy v likvoru nekorespondující se sérem (Thompson et al., 2018). U ADEM mívají léze na MR větší velikost, typická je i lokalizace infratentoriální, v centrální šedé hmotě (thalamy a bazální ganglia) a krční míše, bývá stranová asymetrie. Ložiska mají zvýšený signál v T2 váženém obraze a FLAIR, snížený signál v T1 váženém obraze, obvykle enhancují po aplikaci kontrastní látky (okrajově, nepravidelně, obláčkovitě) (Vaněčková, 2020). V čase regredují a na rozdíl od RS se jejich počet nezvyšuje.

V likvoru u ADEM bývá proteinocytologická asociace. U RS ve většině případů nacházíme mírnou pleocytózu a u 90 % pacientů oligoklonální pásy nekorespondující se sérem. U ADEM se vyskytují pouze v 10 % (Franciotta et al., 2008). Z dalších pomocných vyšetření vypadá pro RS jako nejspecifičtější MRZ reakce, je přítomna u 70–80 % pacientů se specificitou přes 90 %, v případě ADEM se nevyskytuje (Hottenrott et al., 2015).

Příznaky ADEM i RS dobře reagují na akutní terapii, první volbou jsou intravenózní vysokodávkované kortikosteroidy, při jejich nedostatečném efektu lze indikovat výměnné plazmaferézy, v případě ADEM i intravenózní imunoglobuliny.

Dlouhodobou léčbu zahajujeme pouze u RS, u relaps-remitentní formy vybíráme z široké škály DMT působících různými mechanismy účinku. Zpracovaná data z klinické praxe z národních a mezinárodních registrů prokazují lepší efekt včasného zahájení HET. Při zahájení léčby HET dochází k lepší