proLékaře.cz | 19.11.2026

doi: 10.48095/cccsnn2022509

Chronická zánětlivá senzitivní polyradikulopatie asociovaná s monoklonální gamapatií nejasného významu

Chronic immune sensory polyradiculopathy associated with monoclonal gammopathy of undetermined significance

Vážená redakce,
chronická zánětlivá senzitivní polyradikulopatie (chronic immune sensory polyradiculopathy; CISP) je vzácné onemocnění s chronickým zánětlivým fokálním senzitivním demyelinizačním postižením zadních míšních kořenů a s normálními elektromyografickými senzitivními kondukčními studiemi [1]. V roce 2021 byla publikována revidovaná diagnostická kritéria chronické zánětlivé demyelinizační polyneuropatie (chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy; CIDP), která CISP již neřadí mezi varianty CIDP, i když patofyziologicky mají tyto jednotky některé charakteristiky podobné.

Klinická kritéria typické CIDP zahrnují progresivní či relabující symetrickou slabost distálních a/nebo proximálních svalů dolních a horních končetin, senzitivní lézi alespoň na dvou končetinách, dobu trvání nemoci nejméně 8 týdnů a chybění či snížení šlachookosticových reflexů. K paraklinickým kritériím CIDP patří potvrzení demyelinizační polyneuropatie pomocí EMG, odpověď na léčbu, průkaz zesílení cervikálních a lumbosakrálních nervových kořenů či nervových pletení na MR a/nebo ultrasonograficky a/nebo průkaz enhancementu v těchto oblastech na MR po podání k. l. Pokud jsou diagnostická kritéria splněna, není již nutné doplňovat vyšetření mozkomíšního moku, ale je vhodné ho zvážit kvůli diferenciální diagnostice a podpoření diagnózy. Mezi diferenciální diagnostiku senzitivní CIDP patří CISP, CANVAS (syndrom cerebelární ataxie, neuropatie a vestibulární areflexie), postižení zadních provazců míšních, hereditární senzitivní neuropatie, idiopatická senzitivní polyneuropatie, senzorická neuronopatie a toxické neuropatie [2].

CISP se klinicky projevuje senzitivní ataxií. Do diagnostických kritérií patří průkaz preganglionární léze senzitivních míšních kořenů, jež je u této jednotky přítomna. Pomocná vyšetření zahrnují normální senzitivní a motorické kondukční studie a současné potvrzení senzitivní periferní léze na somatosenzorických evokovaných potenciálech (SSEP) a/nebo zesílení či kontrastní sycení míšních kořenů na MR [3]. Dle některých doporučení by pomocí zobrazovacích metod (mozku a míchy vč. míšních kořenů) měly být vyloučeny další možné příčiny ataxie [4]. Dle retrospektivní analýzy Shellyho et al je u 92 % pacientů s CISP v likvoru zvýšená proteinorachie [1].

V naší kazuistice popisujeme případ 75letého pacienta. Jedná se o kardiovaskulárně kompromitovaného nemocného léčeného mimo jiné i pro diabetes mellitus 2. typu.

Důvodem přijetí na neurologickou kliniku byla v řádu 4 měsíců subakutně progredující porucha stability s klinickým obrazem senzitivní ataxie s areflexií na dolních končetinách a ztrátou schopnosti samostatné chůze. Subjektivně pacient dále vnímal intermitentní senzitivní příznaky – brnění od kolen distálně, zejména v lýtkách a na nártech.

Vstupní nativní CT mozku prokázala pouze atrofii odpovídající věku, bez ložiskového nálezu. Laboratorně byla přítomna lehká renální insuficience suspektně při diabetické a hypertenzní nefropatii. EMG neprokázala polyneuropatii, ale nebyly výbavné H-reflexy. Doplněná MR C a LS páteře ozřejmila tandemovou absolutní stenózu s maximem nálezu v oblasti L4–S1 (obr. 1) a C3–7 (obr. 2), bez myelopatických změn a bez známek zesílení kořenů a jejich kontrastního sycení. Výsledky SSEP potvrdily klinicky přítomné periferní postižení všech končetin a absenci centrální léze. Tento nález tedy splňuje kritéria pro postižení pregangliové části senzitivních kořenů v rámci CISP. Lumbální punkce prokázala proteinocytologickou disociaci (celková bílkovina 0,73 g/l) bez průkazu oligoklonálních pásů. Širší laboratorní náběry (vč. kompletního krevního obrazu, biochemie, sedimentace erytrocytů, elektroforézy bílkovin, panelu autoimunitních systémových chorob a vaskulitid, imunoglobulinů, vitaminu B12, kyseliny listové, hormonů štítné žlázy a protilátek proti transglutamináze) ozřejmily gamapatii imunoblobulinu G (IgG). CT trupu doplněná v rámci onkoscreeningu byla bez neoplazie, paraneoplastické protilátky negativní. Pro nález gamapatie IgG lambda byla v režii hematoonkologie provedena trepanobiopsie s mírně hypercelulární kostní dření se zmnoženými plazmatickými buňkami s dominancí IgG lambda, dle cytoflowmetrie bez

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.
The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.

P. Potužník, J. Vejskal
Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

✉
MUDr. Pavel Potužník Ph.D.
Neurologická klinika
LF UK a FN Plzeň
e-mail: potuznikp@fnplzen.cz

Přijato k recenzi: 19. 7. 2022
Přijato do tisku: 21. 11. 2022

proLékaře.cz | 19.11.2026



Obr. 1. MR lumbosakrální páteře, T1 vážený obraz, sagitální řez: stenóza bederní páteře L4–S1.

Fig. 1. MRI of lumbosacral spine, T1 weighted image, sagittal plane: lumbar spinal stenosis L4–S1.



Obr. 2. MR krční páteře, T2 vážený obraz, sagitální řez: stenóza krční páteře C3–7.

Fig. 2. MRI of cervical spine, T2 weighted image, sagittal plane: cervical spinal stenosis C3–7.

průkazu hematomalignity. Vyšetření karyotypu nenalezlo strukturální či početní aberace. Jedná se tedy o monoklonální gamapatii nejasného významu. V séru se prokázala pozitivita anti-GM2 IgG + M 89,4 %, ostatní protilátky proti gangliosidům byly negativní vč. anti-MAG.

CISP stejně jako CIDP a její varianty asociované s gamapatií IgG dle literárních údajů vykazují dobrou terapeutickou odpověď na standardní prvoliniovou imunosupresivní/modulační léčbu (intravenózní imunoglobuliny, výměnné plazmaferézy, kortikosteroidy), v některých případech byl indikován i azathioprin a rituximab [1,5]. V rámci imunosupresivní/modulační léčby byla zahájena kortikoterapie (5 g metylprednisolonu intravenózně s následným převodem na perorální prednison) s uspokojivými glykémiemi; symptomaticky nasazen pregabalin.

Při klinické kontrole s 3měsíčním odstupem od zahájení léčby se subjektivní potíže pacienta výrazně zlepšily, v objektivním nálezu nadále trvá senzitivní ataxie s pozitivní Rombergovou zkouškou, chůze je již na krátkou vzdálenost plně samostatná, s hůlkou ujde 1 km.

Na CISP, která patří do diferenciální diagnostiky senzitivní CIDP, bychom měli myslet při klinických příznacích a normálním EMG nálezu. V tomto případě je vždy nutné doplnit SSEP a/nebo MR se zaměřením na míšní kořeny a nervové plexy vč. podání k. l. Lékem první volby jsou kortikosteroidy, intravenózní imunoglobuliny nebo výměnné plazmaferézy [1]. Diferenciálně diagnostiky CISP odlišíme od senzitivní CIDP, CANVAS, hereditární senzitivní neuropatie, idiopatické senzitivní polyneuropatie, senzorické neuronopatie (vč. paraneoplastické) a toxických neuropatií elektrofyziologicky pomocí EMG. Na rozdíl od CISP jsou u výše uvedených jednotek patologické senzitivní kondukční studie (pouze u některých vzácných variant hereditární senzitivní neuropatie mohou být kondukční studie v normě).

Literatura

1. Shelly S, Shouman K, Paul P et al. Expanding the spectrum of chronic immune sensory polyradiculopathy: CISP-Plus. Neurology 2021; 96(16): e2078–e2089. doi: 10.1212/WNL.0000000000011792.

2. Van den Bergh PYK, van Doorn PA, Hadden RDM et al. European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society guideline on diagnosis and treatment of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy: Report of a joint Task Force-Second revision. J Peripher Nerv Syst 2021; 26(3): 242–268. doi: 10.1111/jns.12455.

3. Menon D, Katzberg HD, Bril V. Treatment approaches for atypical CIDP. Front Neurol 2021; 12: 653734. doi: 10.3389/fneur.2021.653734.

4. Sinnreich M, Klein CJ, Daube JR et al. Chronic immune sensory polyradiculopathy: a possibly treatable sensory ataxia. Neurology 2004; 63(9): 1662–1669. doi: 10.1212/01.wnl.0000142507.12763.58.

5. Cocito D, Durelli L, Isoardo G. Different clinical, electrophysiological and immunological features of CIDP associated with paraproteinaemia. Acta Neurol Scand 2003; 108(4): 274–280. doi: 10.1034/j.1600-0404.2003.00127.x.