proLékaře.cz | 10.11.2026

doi: 10.14735/amcsnn2019381

Spektrum MR nálezů progresivní multifokální leukoencefalopatie u kohorty pacientů s roztroušenou sklerózou v ČR

The spectrum of MRI findings of progressive multifocal leukoencephalopathy in patients with multiple sclerosis in the Czech Republic

M. Vaněčková[1], A. Martinková[2], R. Tupý[3], J. Fiedler[4], I. Štětkářová[5], E. Medová[5], M. Vachová[6], J. Marková[7], M. Grunermelová[7], E. Meluzínová[8], J. Adámková[9], J. Kubále[10], M. Talábová[11], D. Horáková[12], E. Kubala Havrdová[12]

[1] Oddělení MR, Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN v Praze
[2] MS centrum, Neurologická klinika Pardubická krajská nemocnice
[3] Klinika zobrazovacích metod LF v Plzni UK a FN Plzeň
[4] Neurologická klinika LF v Plzni UK a FN Plzeň
[5] Neurologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady, Praha
[6] Neurologické oddělení, Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Teplice, o.z.
[7] Neurologická klinika 3. LF UK a Thomayerova nemocnice
[8] Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol
[9] Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
[10] Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.
[11] MS centrum, Neurologická klinika FN Hradec Králové
[12] RS centrum, Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. LF UK a VFN v Praze

Souhrn

Cíl: Ukázat celé spektrum nálezů na MR u pacientů z ČR s progresivní multifokální leukoencefalopatií (PML) asociovanou s podáváním natalizumabu u RS. *Soubor a metodika:* První případ byl popsán v roce 2009, poslední případ v prosinci 2018, celkem bylo diagnostikováno 14 případů PML u pacientů s RS. Práce hodnotí MR nález, který vykazoval známky přítomnosti PML a bylo vysloveno podezření na toto onemocnění následně konfirmované pomocí detekce DNA viru Johna Cunninghama (JCV) z mozkomíšního moku pomocí polymerázové řetězové reakce. Všichni pacienti splnili kritéria Americké akademie neurologie z roku 2013 pro diagnózu tohoto onemocnění. MR protokol se lišil, pacienti byli vyšetřeni na různých MR pracovištích z celé ČR, dále i protokol odpovídal době, kdy k vyšetření došlo. *Výsledky:* Celkem 13 pacientů (92,9 %) mělo pozitivní nález na MR. Nejčastěji se jednalo o typické postižení bílé hmoty v subkortikální oblasti frontálního laloku (42,9 %), následované parietálním (28,6 %) a temporálním lalokem (28,6 %). Rozsah postižení byl také značně variabilní od drobného diskrétního ložiska až po rozsáhlé difuzní postižení postihující více laloků. U dvou pacientů byla zachycena ložiska v oblasti mozečku a pontu (14,3 %), jeden pacient ze souboru měl postižení v oblasti mezencefalon a další v oblongátě. Ve dvou případech se vyskytovala ložiska v talamech, v jednom případu v putamen. V některých případech byl nález na MR velmi podobný nálezu u RS a na možné PML ukázala především progrese nálezu MR oproti předchozím kontrolám MR, kdy byl nález stacionární. Jeden pacient se zcela vymykal skupině s pozitivním MR nálezem. PML u něho byla diagnostikována z kontrolní lumbální punkce při změně terapie a MR nález v této době byl negativní. Pozitivní nález se objevil až po 6 měsících a jednalo se o podtyp infekce JCV – granulocytární neuronopatie s postižením mozečku. *Závěr:* Na českém souboru pacientů s PML byla potvrzena velká variabilita v MR nálezech, jež poukázala na důležitost pečlivé monitorace pomocí MR pro zachycení onemocnění optimálně v subklinické fázi.

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.
The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.
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.

✉ prof. MUDr. Manuela Vaněčková, Ph.D.
Oddělení MR,
Radiodiagnostická klinika
1. LF UK a VFN v Praze
Kateřinská 30
128 08 Praha
e-mail: man.van@post.cz

Přijato k recenzi: 25. 4. 2019
Přijato do tisku: 4. 7. 2019

Klíčová slova

roztroušená skleróza – progresivní multifokální leukoencefalopatie – MR – asymptomatický nález

Key words

multiple sclerosis – progressive multifocal leukoencephalopathy – MRI – asymptomatic imaging

Práce byla podpořena Ministerstvem zdravotnictví ČR – RVO-VFN64165, NV18-04-00168 a Ministerstvem školství – Progres Q27/LF1.

proLékaře.cz | 10.11.2026

Abstract

Aim: To show the full spectrum of MRI findings in all patients ever diagnosed with progressive multifocal leukoencephalopathy (PML), which is associated with natalizumab therapy in patients with MS in the Czech Republic. *Patients and methods:* The first case was described in 2009, the last case in December 2018, with a total of 14 diagnosed cases of PML in MS patients. This paper evaluates the MRI findings that showed the presence of PML; the diagnosis was subsequently confirmed by detection of the John Cunningham virus (JCV) DNA from cerebrospinal fluid using polymerase chain reaction. All patients met the American Academy of Neurology criteria from 2013 for diagnosis of this disease. The MRI protocol used was variable, both because patients were examined at different MRI sites across the Czech Republic, and because of evolution of protocols over time. In all patients, the protocol contained fluid attenuated inversion recovery (FLAIR), which is the most sensitive sequence for early PML detection. *Results:* 13 patients (92.9%) had a positive MRI finding. The most frequent finding was typical white matter involvement in the subcortical area of the frontal lobe (42.9%), followed by the parietal (28.6%) and temporal lobes (28.6%). The extent of the pathology was also very variable, from very small discrete lesions to extensive diffuse lesions affecting multiple lobes. Two patients were found to have cerebellar and pons foci (14.3%), one patient in the mesencephalon and another in the medula oblongata. There were thalamic lesions in two cases, and one case of putamen lesions. In some cases, MRI presentation of PML was very similar to the MRI presentation of MS and suspicion of PML was considered because there was new progression of MRI. One patient was completely atypical compared to the rest of the group. PML was diagnosed from a routine lumbar puncture done when therapy was changed, and the MRI finding at that time was negative. Positive findings appeared only 6 months after the PML diagnosis. This case involved the JCV-granulocytic neuronopathy with cerebellum affection subtype. *Conclusion:* The Czech cohort of PML patients confirms the great variability in MRI findings and points out the importance of careful MRI monitoring to detect the disease in the subclinical phase.

Úvod

Progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML) je oportunní infekce způsobená John Cunnighamovým virem (JCV) patřícím k polyoma virům. JCV získal svůj název podle prvního pacienta, u něhož byl virus izolován – Johna Cunninghama. Primoinfekce probíhá nejčastěji v dětství inaparentně, poté virus perzistuje v ledvinách, kostní dřeni a lymfatické tkáni. Aby došlo k rozvoji PML, je nutná mutace viru, jejíž mechanizmus není přesně znám. Virus tak získá schopnost neurovirulence, vcestování do CNS, kde se nekontrolovaně množí v oligodendrocytech a astrocytech a způsobuje lytické léze neuronálních buněk a glie [1,2]. Poslední epidemiologická data u pacientů s RS a neuromyelitis optica udávají séroprevalenci JCV v populaci 57,1 % (rozmezí 40–69 %), 1–3 % ročně sérokonverze. Pacienti léčení natalizumabem ji mají vyšší (5–10 %); nejnovější práce Fragosa et al udává ještě vyšší sérokonverzi (až 22 %) [3,4].

Onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1958. Až do roku 1984 bylo vysoce raritní, celosvětově bylo zaznamenáno jen 230 případů. S objevením syndromu získaného selhání imunity (acquired immune deficiency syndrome; AIDS) to není tak raritní onemocnění, vyskytuje se u 4–10 % dospělých pacientů s AIDS. K onemocnění dále dochází u pacientů po transplantaci, chemoterapii a v posledních letech v souvislosti s podáváním monoklonálních protilátek. V roce 2005 byl popsán první případ ve vztahu k podávání natalizumabu. Byly zaznamenány i případy po podání rituximabu, efalizumabu, alemtuzumabu, infliximabu, dimetyl fumarátu a fingolimodu [5–9]. Onemocnění

Tab. 1. Nález u PML asociované s podáváním monoklonálních protilátek v MR obraze.

Lokalizace
subkortikálně zahrnující U vlákna, může postihovat přilehlou šedou hmotu, rovněž vyplňovat mozkový závit
může začínat jako postižení centrální šedi (5 %)
může začínat jako postižení zadní jámy (do 10 % případů) – typická je lokalizace ve středním mozečkovém pedunkulu
nepostihuje n. II., míchu
frontálně > okcipitálně > parietálně (v asymptomatickém stádiu frontálně > parietálně)
Vzhled ložiska
hypersignální v sekvenci FLAIR, T2 váženém obraze
nepravidelný tvar, mikrocystická ložiska (T2 vážený obraz), ložiskové postižení (časné stádium), splývající, difuzní (pozdní stádium)
nebývá expanzivita
po podání kontrastní látky enhancement v 30–40 % (tečkovitý, pruhovitý, nodulární, okrajový, nepravidelného tvaru)
při zobrazení difuze bývá zvýšený signál (typická aktivní PML léze – restrikce na periferii, centrum nízký signál na difuzním zobrazení, vysoký na ADC mapě)
při zobrazení s magnetizačním transferem výrazně snížený v patologických lézích
Ohraničení
ložiska neostře ohraničená vůči bílé hmotě, ložiska nerespektují ostrou hranici mezi bílou a šedou hmotou, relativně ostře ohraničená vůči šedé hmotě
Progrese PML
zvětšují se ložiska, bilaterální postižení, postižení centrální šedi, ložiska infratentoriálně, nejčastěji střední pedunkul, tvar půlměsíce, častější enhancement po aplikaci kontrastní látky
progreduje demyelinizace (hyposignální v T1 váženém obraze)
PML-IRIS zánětlivý syndrom imunitní obnovy
neurodegenerace, atrofie
není remyelinizace

ADC – aparentní difuzní koeficient; FLAIR – fluid attenuated inversion recovery; IRIS – zánětlivý syndrom imunitní obnovy; PML – progresivní multifokální leukoencefalopatie

proLékaře.cz | 10.11.2026

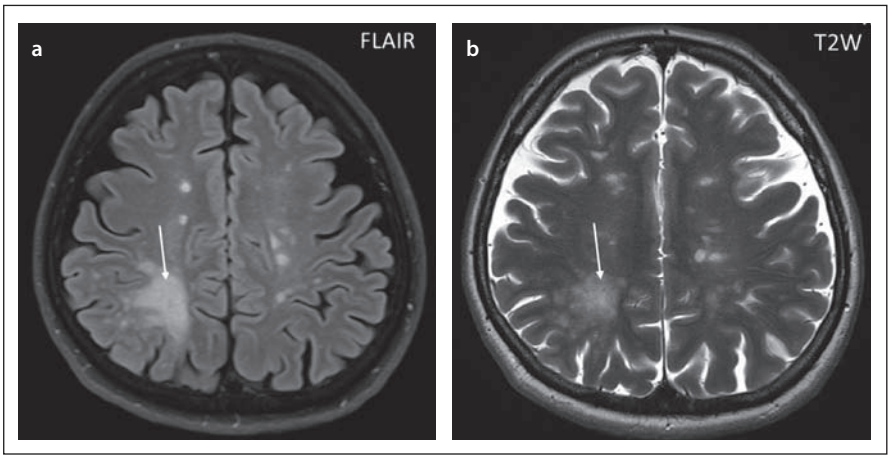
Tab. 2. PML kohorta pacientů.

číslo pacienta	pohlaví	PML dg	věk v době dg PML	sympto-matické	nález na MR	FLAIR	T2W	DWI	T1 + Gd	supra-tento-riálně	infra-tento-riálně	obě hemi-sféry	nález
1.	žena	2012	32	+	+	+	+	–	++	+	+	+	talamus, mezencefalon, enhancement ložisek frontálně bilaterálně
2.	žena	2013	44	–	+	+	+	+	+	+	–	–	temporální lalok l. dx
3.	muž	2016	40	–	+	+	+	+	+	+	–	–	frontální lalok l. sin
4.	žena	2017	30	–	+	+	+	+	++	–	+	–	mozeček, pons
5.	žena	2017	48	–	+	+	+	–	ND	+	–	+	parietální a okcipitální lalok l. sin, diskrétně i parietální lalok l. dx, putamen l. sin
6.	žena	2016	42	–	–	–	–	–	–	–	–	–	negativní (mozeček až po 6 měsících)
7.	muž	2016	29	+	+	+	+	+	ND	+	+	–	talamus, oblongáta
8.	žena	2017	54	+	+	+	+	+	–	+	–	+	parietální lalok l. dx, corpus callosum, mírně i parietální lalok l. sin
9.	žena	2013	48	–	+	+	ND	ND	ND	–	+	–	mozeček, pons
10.	žena	2009	43	+	+	+	+	+	ND	+	–	–	okcipitální lalok l. dx, mírně i temporální a parietální
11.	žena	2012	48	+	+	+	+	+	ND	+	–	–	frontální lalok l. dx, talamus
12.	muž	2018	50	+	+	+	+	+	ND	+	–	–	frontální l. sin
13.	žena	2011	46	+	+	+	+	ND	ND	+	–	+	frontální bilat., parietální a temporální lalok l. dx
14.	muž	2018	45	+	+	+	ND	ND	ND	+	–	–	frontální a temporální lalok l.dx

dg – diagnóza; DWI – difuzí vážené zobrazení (pozitivní při zvýšeném signálu); FLAIR – fluid attenuated inversion recovery; ND – nevyšetřeno; PML – progresivní multifokální leukoencefalopatie

je diagnostikováno pomocí diagnostických kritérií Americké akademie neurologie (AAN) z roku 2013, kdy diagnóza je možná dvěma cestami. Jednou je kombinace detekce DNA JCV z likvoru v kombinaci s MR vyšetřením a klinickým vyšetřením, kdy se rozlišuje jistá diagnóza, pravděpodobná a možná. Druhým přístupem je mozková biopsie s následným průkazem JCV elektronovým mikroskopem, imunohistochemicky nebo kvantitativní polymerázovou řetězovou reakcí (polymerase chain reaction; PCR) [10].

V této práci se věnujeme PML asociované s podáváním monoklonálních protilátek, která má oproti „klasické PML" odlišnou prognózu a i nález na MR. PML asociovaná s podáváním monoklonálních protilátek má letalitu výrazně nižší než klasická PML, v symptomatickém stadiu 24,6 %, v asymptomatickém stadiu téměř nulovou a jsou popsány i případy, kdy po odeznění PML onemocnění nedošlo ke zhoršení disability. Pro prognózu pacienta je vzhledem k nemožnosti kauzální léčby nejdůležitějším faktorem co nejčasnější diagnostika, optimálně v asymptomatickém stadiu [11–13]. Proto



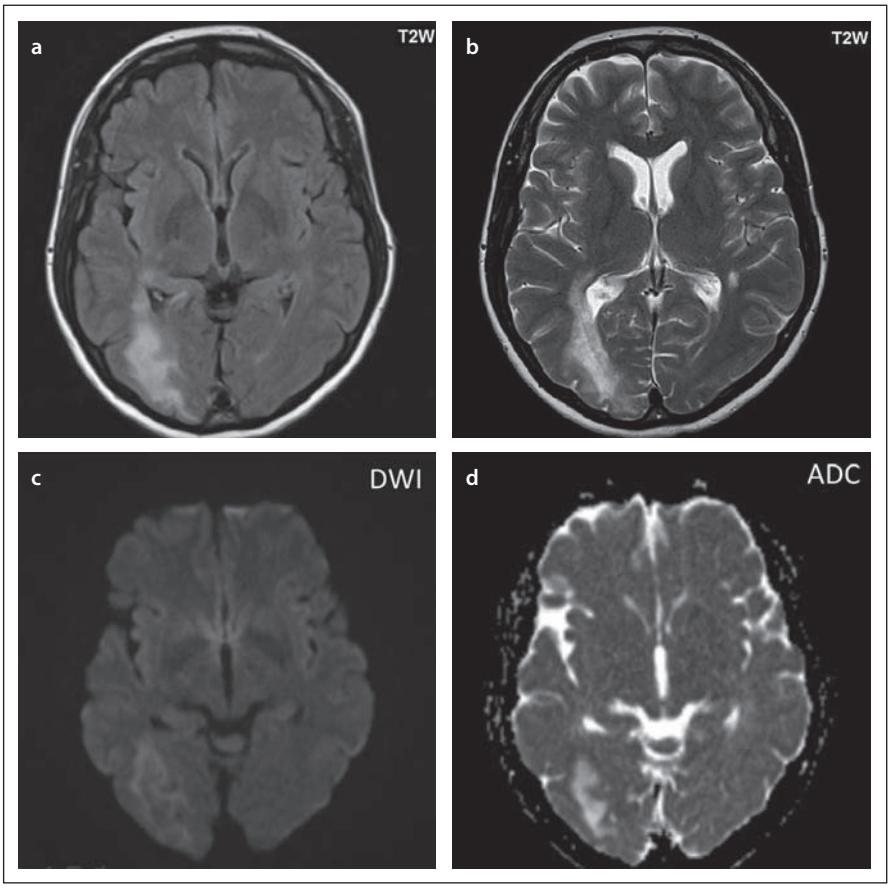
Obr. 1. Pacient č. 8: v sekvenci FLAIR je patrné hypersignální nepravidelné ložisko v bílé hmotě pravého parietálního laloku, zasahující subkortikálně – PML ložisko (šipka), dále jsou patrná drobná oválná hypersignální ložiska, která odpovídají lézím u RS (a). V T2 váženém obraze je patrný inhomogenní signál v oblasti výše popsané PML léze, naznačený drobnoložiskový charakter typický pro PML (šipka), dále jsou patrná ložiska RS (b).

FLAIR – fluid attenuated inversion recovery; PML – prograsivní multifokální leukoencefalopatie

Fig. 1. Patient No. 8: FLAIR showing a hypersignal confluent lesion in the white matter, affecting the subcortical part in the right parietal lobe – a PML lesion (arrow), as well as small oval hypersignal lesions that correspond to MS lesions (a). T2WI; there is a non-homogeneous signal in the area of the PML described above, as indicated by the tiny marks characteristic of PML (arrow) (b).

FLAIR – fluid attenuated inversion recovery; PML – progressive multifocal leukoencephalopathy

proLékaře.cz | 10.11.2026

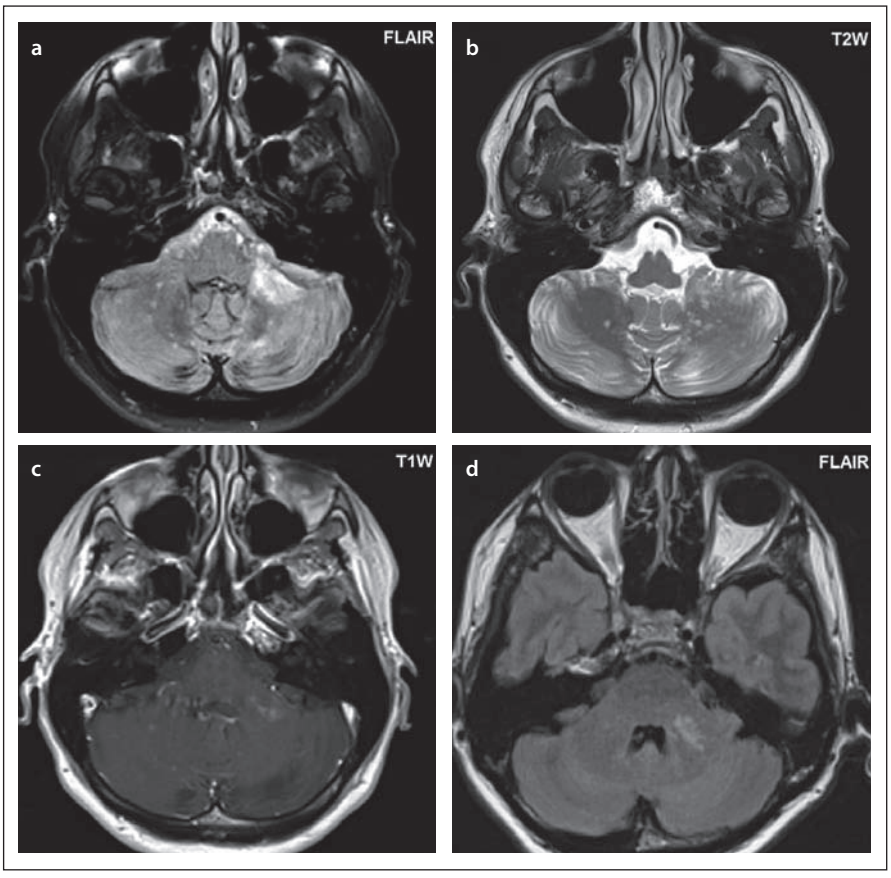


Obr. 2. Pacient č. 10: je patrné difuzní ložisko zvýšeného signálu okcipitálně l. dx, zasahující i temporálně v bílé hmotě, méně i parietálně a do kortexu (a), v T2 váženém obraze nehomogenní hypersignál (b), okrajově je patrná restrikce difuze (c), s hyposignálním korelátem na ADC mapě (d).

Fig. 2. Patient No. 10: a diffuse confluent hypersignal lesion in the right occipital lobe, and partial involvement of the temporal lobe white matter, extending partially pariatally and into the cortex (a), the above lesion in T2WI with a non-homogeneous hypersignal (b), the diffusion restriction marginally (c), with hyposignal correlate on the ADC map evident (d).

jsou v současnosti v ČR všichni pacienti, kteří jsou léčeni natalizumabem, zvýšeně monitorováni pomocí MR. Bylo vydáno doporučení radiologického panelu, aby pacienti z rizikové skupiny byli monitorováni v krátkém bezpečnostním protokolu MR optimálně každé 3 měsíce (max. 6 měsíců) od konce 2. roku léčby vzhledem k nárůstu rizika po 2 letech léčby natalizumabem. Bezpečnostní protokol se skládá ze sekvencí: fluid attenuated inversion recovery (FLAIR), T2 vážený obraz a difuzí vážený obraz (diffusion weighted imaging; DWI), které mají vysokou senzitivitu pro detekci lézí PML či mají význam pro odlišení od ložisek u RS [14,15]. Mimo MR vyšetření je pacientům určován index protilátek, který se ukázal jako klíčový pro stratifikaci rizika vzniku PML [16].

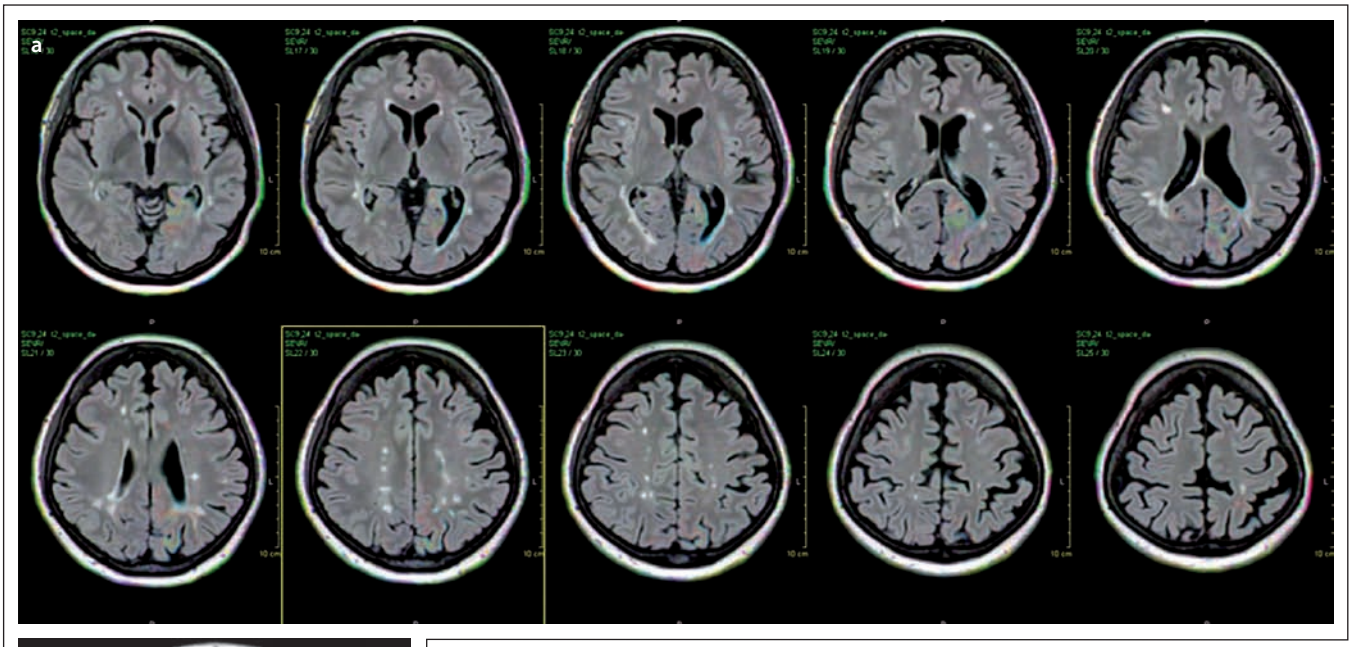
Ložiska PML jsou nejčastěji lokalizována subkortikálně, často zasahují i do kortexu. Bývají nepravidelného tvaru, neostře ohraničená vůči bílé hmotě, bez výraznější expanzivity. Jsou hypersignální ve FLAIR, v T2 váženém obraze můžou být vidět v blízkosti léze drobná ložiska připodobňovaná k mléčné dráze, která jsou typická pro PML. I v iniciálním stadiu může být patrný po podání

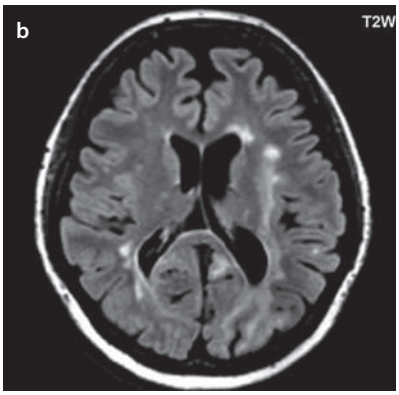


Obr. 3. Pacient č. 4: jsou patrná drobná hypersignální ložiska v obou mozečkových hemisférách v sekvenci FLAIR, rozsáhlejší ložisko ve středním mozečkovém pedunkulu l. sin (a, d), tečkovitá hypersignální ložiska v T2 váženém obraze (b), po podání kontrastní látky je patrný enhancement (c).

Fig. 3. Patient No. 4: small hypersignal foci in both cerebellar hemispheres in the FLAIR sequence, with larger focus in the left middle cerebellar peduncle (a, d), dot hypersignal foci in T2WI (b), enhancement is evident after administration of contrast medium (c).

proLékaře.cz | 10.11.2026





Obr. 4. Pacient č. 5: prostorová koregistrace, barevné mapování, červeně jsou označena nová nebo zvětšená ložiska v sekvenci FLAIR, červená barva je v oblasti okcipitálního laloku, částečně i parietálně bilaterálně, v putamen l. dx – PML léze, kontrolní vyšetření PML – jsou patrné rozsáhlé ložiskové změny okcipitálně bilat, temporálně a parietálně l. sin (b).
PML – progresivní multifokální leukoencefalopatie

Patient No. 5: spatial co-registration, colour mapping, new leions on FLAIR sequence are marked in red. Red in the left occipital lobe, bilaterally in the parietal lobes, and in the right putamen – PML (a), follow-up – big lesions in occipital lobes and left temporal a parietal lobe (b).
PML – progressive multifocal leukoencephalopathy

kontrastní látky enhancement (udává se přibližně ve 30 %). Na rozdíl od RS bývá nepravidelného tvaru, okrajový, mohou být i drobné enhancující tečkovité léze. Onemocnění může začínat i v oblasti centrální šedi (5 %) a v mozečku (10 %), nikdy ale nepostihuje n. II. a míchu (platí jen pro PML asociovanou s podáváním monoklonálních protilátek). Nález na MR a klinické postižení během týdnů progreduje, ložiska se zvětšují, narůstá bilateralita, postižení centrální šedi, mozečku. Typické je postižení středního mozečkového pedunkulu, často poloměsíčitého tvaru. Může být infiltrováno i corpus callosum, nebývá však postiženo izolovaně. Jak onemocnění postupuje, narůstá i atrofie, ložiska se stávají více hyposignálními v T1 váženém obraze. Na rozdíl od RS zde nedochází k remyelinizaci (tab. 1) [2,5,13,14,17].

U většiny pacientů, kde je PML asociována s podáváním monoklonálních protilátek, se vyvine zánětlivý syndrom imunitní obnovy (immune reconstitution inflammatory syndrome; IRIS). IRIS je definován jako objevení se nového symptomu a/nebo zhoršení stávajících klinických příznaků doprovázené progresí v MR obraze. Objevuje se za týdny až měsíce, nejčastěji okolo 4 týdnů od ukončení léčby natalizumabem. Na MR se po podání kontrastní látky vyznačuje častějším a rozsáhlejším enhancementem ložisek, edémem, expanzivitou, což může vést až k fatálním mozkovým herniacím. Pro jeho diagnostiku je důležitý MR nález, i když ne vždy je na MR spolehlivě rozpoznatelný [18,19].

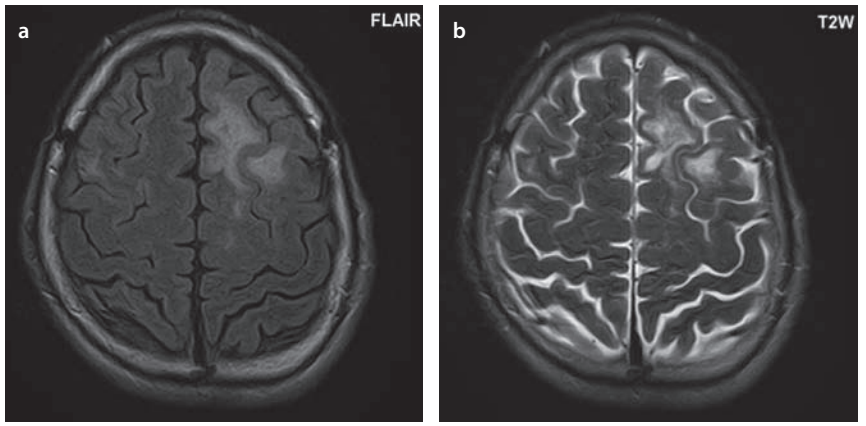
Cílem práce je prezentovat šíři patologických nálezů, které se vyskytly v ČR, prezentovat jak nejčastější nálezy, tak i zobrazení, které bylo obtížně diferencovatelné od progrese RS. Dále ukázat typické MR znaky, které pomáhají v diferenciaci PML od progrese RS, což je nejčastější diferenciálně diagnostický problém.

Soubor pacientů a metodika

Celkem bylo do března 2019 v ČR diagnostikováno 14 pacientů s oportunní infekcí PML asociovanou s podáváním monoklonálních protilátek. Dva pacienti byli z RS centra VFN v Praze, 3 pacienti z RS centra Nemocnice Pardubice, 3 pacienti z RS centra FN Plzeň, 1 pacient z RS centra Nemocnice České Budějovice, 1 pacient z RS centra Thomayerovy nemocnice, 1 pacient z RS centra FN Královské Vinohrady, 1 pacient z RS centra FN Motol, 1 pacient z RS centra Nemocnice Teplice a poslední případ pacient z RS centra FN Hradec Králové [20]. První diagnostikovaný pacient byl v roce 2009 (FN Plzeň). Průměrný věk v době diagnózy byl 43 let (rozptyl 29–54), 71 % bylo žen (tab. 2).

Pacienti byli vyšetřeni na různých typech přístrojů MR o síle magnetického pole 1,5–3T. Všechny protokoly obsahovaly sekvenci FLAIR, která je nejvíce senzitivní pro detekci PML ložisek, dále se protokol různil, reflektoval i dobu vyšetření (rozdíl v monitoraci v roce 2009 a v současnosti, kdy je bezpečnostní MR monitorace standardem), ve většině případů obsahoval i T2 vážený obraz [14,15,21]. Především tam, kde již bylo podezření na PML z klinického obrazu, byla podána kontrastní látka na bázi gadolinia v množství 0,2 ml/kg, celkem byla aplikována v 7 případech. Zobrazení difuze bylo provedeno u 11 pacientů. Retrospektivně

proLékaře.cz | 10.11.2026



Obr. 5. Pacient č. 3: typické postižení frontálního laloku l. sin, ložisko je nepravidelného tvaru, především subkortikálně (a), v T2 váženém obrazu, nehomogenně hypersignální (b).

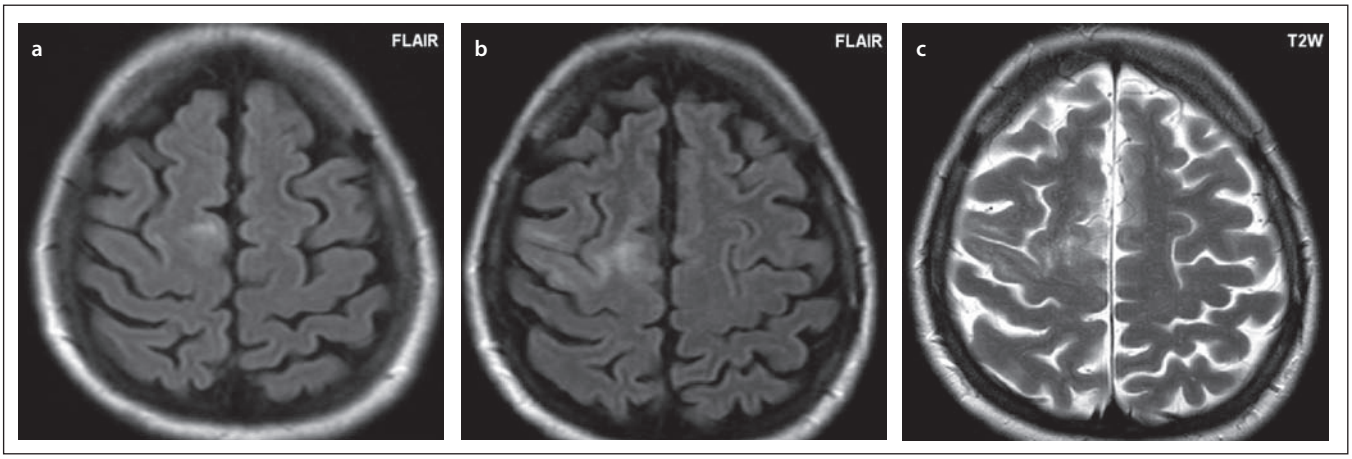
Fig. 5. Patient No. 3: typical involvement of the left frontal lobe, where the lesion is irregular in shape and mainly subcortical (a), in T2WI, a non-homogeneous hypersignal lesion (b).

byl hodnocen MR nález, který svědčil pro přítomnost oportunní infekce PML. PML byla ve všech 14 případech verifikována PCR detekcí DNA JCV z likvoru a naplnila tak diagnostická kritéria AAN 2013 (kategorie pravděpodobná, po rozvoji klinických příznaků – jistá diagnóza PML) [10]. Bylo hodnoceno, zda pacient byl již v době MR klinicky symptomatický či nikoliv. Byla postupně zjišťována pozitivita na jednotlivých sekvencích, u vyšetření difuze, i vzhledem k nejednoznačnosti hodnocení, byla klasifikace mimo základní pozitivní/ negativní, dělena i na pozitivní DWI bez hyposignálního korelátu na mapě ADC (aparentní difuzní koeficient; apparent diffision coefficient). U každého pacienta byl podrobně popsán rozsah postižení: zda je postižena pouze jedna hemisféra nebo již obě, kde všude se patologická ložiska vyskytují. U jednoho pacienta byl použit software, který umožňuje barevné označení nových ložisek. Jedná se o barevné mapování, kdy po prostorové koregistraci dojde k porovnání třech vyšetření, vstupního a posledních dvou kontrol, červeně jsou následně označena nová ložiska vzniklá od poslední kontroly [21].

Jeden případ se zcela vymykal ostatním. Došlo k prvotnímu záchytu PML při kontrolním vyšetření mozkomíšního moku z důvodu změny terapie. U pacienta bylo recentně provedeno vyšetření MR, které bylo z hlediska PML negativní. U pacienta bylo dále opakováno vyšetření MR v krátkých intervalech, pozitivní nález se objevil až po 6 měsících od diagnostické lumbální punkce.

Výsledky

V době diagnózy, která byla verifikována následnou detekcí DNA pomocí PCR z likvoru, mělo 13 pacientů pozitivní nález na MR (92,9 %), jeden pacient měl pouze pozitivní PCR z likvoru a pozitivní MR nález byl detekován až po 6 měsících. Všech 13 pacientů mělo nález pozitivní v sekvenci FLAIR (92,9 %), T2 vážený obraz nebyl proveden u 2 pacientů, pozitivní byl celkem u 11 pacientů (91,7 %) (obr. 1). Difuzní vyšetření bylo provedeno u 11 pacientů, 8 pacientů mělo zvýšený signál na DWI (72,7 %), z toho jeden pacient i vč. hyposignálního korelátu na ADC mapě. Ostatní měli většinou různý stupeň zvýšení signálu na ADC mapě (obr. 2). Vyšetření s kontrastní látkou bylo provedeno u 6 pacientů, alespoň minimální enhancement byl detekován u 4 pacientů (66,7 %) (obr. 3). Nález svědčící pro PML byl shledán v obou mozkových hemisférách u 4 pacientů (28,6 %) (obr. 4). Postižení lokalizované supratentoriálně bylo u 11 pacientů (78,6 %). Infratentoriální postižení se zjistilo u 4 pacientů (28,6 %), z toho 2 pacienti měli jak postižení supratentoriálně, tak i infratentoriálně. Frontální lalok byl postižen u 6 pacientů (42,9 %), parietální u 4 pacientů (28,6 %), 4 × temporální lalok (28,6 %) a 2× okcipitální lalok



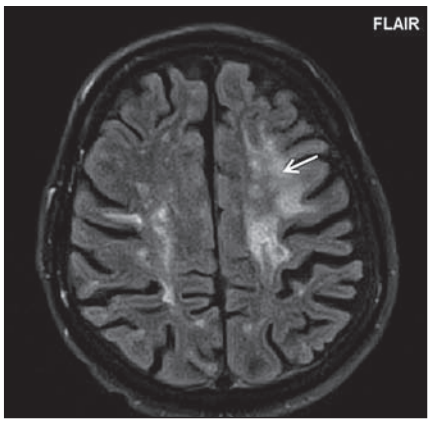
Obr. 6. Pacient č. 11: diskrétní neostře ohraničené ložisko subkortikálně frontálně vpravo, incipientní postižení PML (a). MR po 2 a půl měsících, kde byla PML popsána, je patrné zvětšení ložiska a typický drobnoložiskový charakter ložiska (b) v T2 váženém obraze, typický pro PML (c).

PML – progresivní multifokální leukoencefalopatie

Fig. 6. Patient No 11: a discrete subcortical lesion in the right frontal lobe, incipient PML (a), MRI control after 2 and half months, when PML was described on MRI; the lesion is enlarged (b); on T2WI see the small foci throughout the lesion (c).

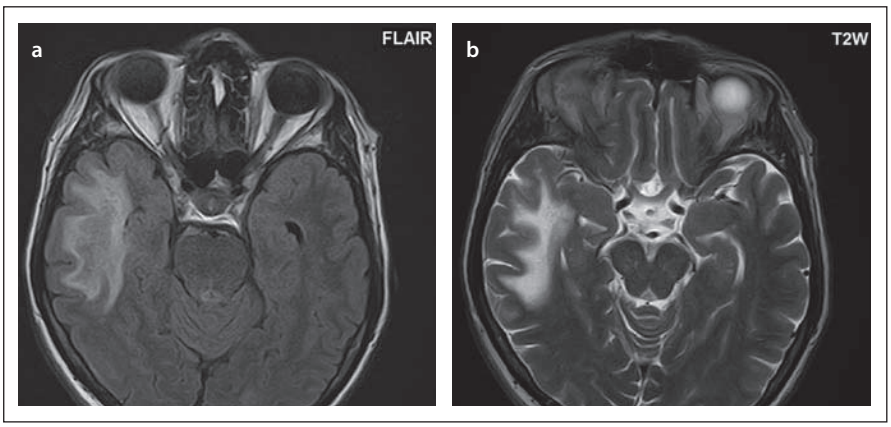
PML – progressive multifocal leukoencephalopathy

proLékaře.cz | 10.11.2026



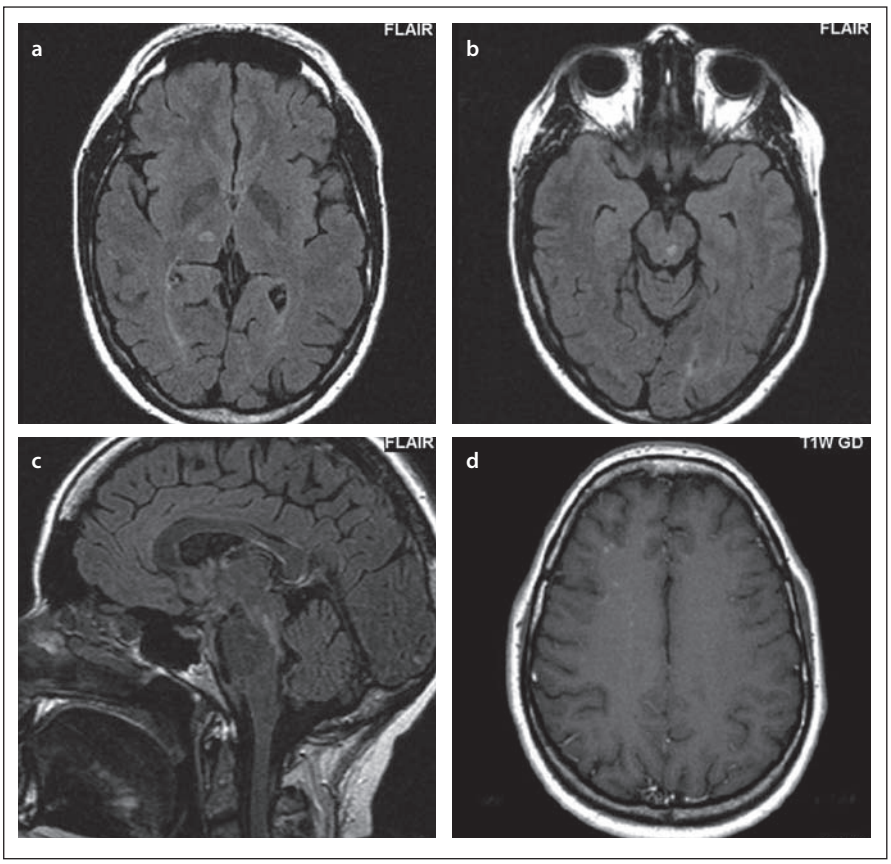
Obr. 7. Pacient č. 12: v oblasti bílé hmoty frontálně l. sin je patrné nepravidelné, neostře ohraničené ložisko vůči okolní bílé hmotě (šipka), dále jsou patrná splývavá ložiska v bílé hmotě, která jsou více ohraničená vůči bílé hmotě, nález u progresivní multifokální leukoencefalopatie je zde jen částečně odlišný, od okolních splývavých ložisek u RS, dominantní pro diagnostiku progresivní multifokální leukoencefalopatie, zde bylo porovnání s předchozí kontrolou.

Fig. 7. Patient No. 12: in the left frontal lobe white matter, there is an irregular hyperintensity lesions (arrow) and also confluent MS lesion, which are more limited to white matter; the findings in progressive multifocal leukoencephalopathy are only partially different from the accompanying MS lesions, so comparison with a previous control was crucial for progressive multifocal leukoencephalopathy diagnosis.



Obr. 8. Pacient č. 2: temporálně l. dx je patrné rozsáhlé hypersignální ložisko ve FLAIR (a), v T2 váženém obraze (b).

Fig. 8. Patient No. 2: FLAIR (a) and T2WI (b) showing a big hypersignal lesion in the right temporal lobe.



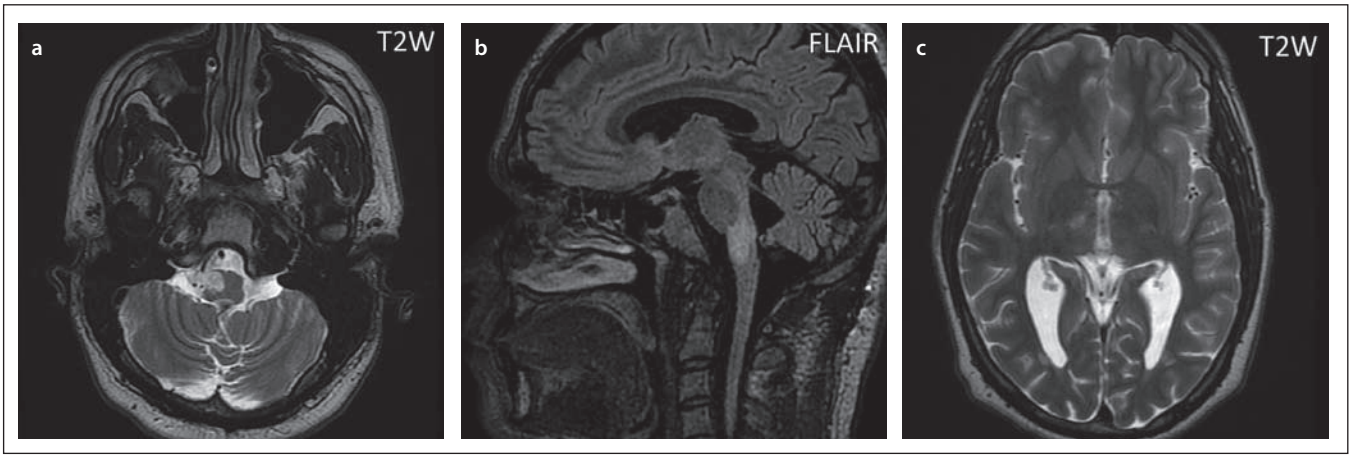
Obr. 9. Pacient č. 1: hypersignální oválné ložisko v pravém talamu (a), v mezencefalon (b), kde v sagitálním řezu je patrné (c), jak je ložisko oproti obvyklým ložiskům u roztroušené sklerózy více protáhlé, jinak ale obě ložiska imitují plaky u roztroušené sklerózy, jsou ostře ohraničená, u ložiska v talamu přichází v rámci diferenciálně diagnostické úvahy i lakunární infarkt. Po podání kontrastní látky byl patrný enhancement drobných tečkovitých ložisek subkortikálně, především frontálně vpravo (d).

Fig. 9. Patient No. 1: a hypersignal ovoid lesion in the right thalamus (a); in the mesencephalon (b), where elongation of the lesion in the sagittal section is evident (c). Both lesions mimic plaques in multiple sclerosis and are sharply delineated. Lacunar infarction is also a possible differential diagnosis of thalamic lesion. After contrast medium administration, the enhancement of the miniscule spotted foci was observed subcortically, mainly in the right frontal lobe (d).

(14,3 %) (obr. 5–8). U části pacientů nebylo ložisko lokalizováno jen v jednom mozkovém laloku, ale zasahovalo i do dalších laloků (obr. 2, 4). Zasahování do kortexu bylo přítomno u 6 pacientů (42,9 %). Ložiska v talamu se vyskytovala u 3 pacientů (21,4 %), vždy v kombinaci s dalšími ložisky. Jeden pacient měl ložiskové postižení putamen, také v kombinaci s dalším postižením subkortiko-kortikálně. Další pacient měl postižení splenium corporis callosi (7,1 %). Infratentoriálně u 2 pacientů bylo postižení mozečku a pontu (14,3 %) (obr. 3), jeden pacient měl ložiska v mezencefalon a jeden v oblongatě (7,1 %) (obr. 9, 10). U pacienta č. 5 byl použit software barevného mapování pro detekci ložisek, která byla patrná při barevném označení, ale bez použití tohoto softwaru byla jen obtížně diferencovatelná (obr. 4).

Pacient. č. 6, který měl v době diagnózy PML nález na MR negativní, po půl roce vy-

proLékaře.cz | 10.11.2026



Obr. 10. Pacient č. 7: hypersignální ostře ohraničené ložisko v T2 váženém obraze (a), ve FLAIR je patrný rozsah postižení oblongáty, v této sekvenci již není ohraničení tak ostré jako v T2 váženém obraze (b), hypersignální ložisko v pravém talamu, imitující lakunární infarkt (c).

Fig. 10. Patient No. 7: a hypersignal ovoid lesion in T2WI (a), in FLAIR the extent of involvement of the medulla oblongata is evident; in this sequence, the boundary is no longer as sharp as in T2WI (b); a hypersignal lesion in the right thalamus imitating lacunar infarction (c).

vinul atrofii a ložiskové postižení vermis, do statistiky nebyl zahrnut, protože bylo hodnoceno první vyšetření MR, na kterém nebyla PML patrná a které předcházelo nebo bylo ve stejnou dobu jako vyšetření PCR (obr. 11). Nález svědčící pro PML byl na vyšetření MR v 6 případech v asymptomatickém stadiu (42,9 %) (tab. 2).

Diskuze

Typickým obrazem na MR v počátečních stadiích bývá ložisko lokalizované subkortikálně, postihující U-vlákna. V asymptomatickém stadiu je postižení nejčastěji lokalizováno ve frontálním laloku, sestupně jsou dále postiženy parietální, okcipitální lalok (resp. v symptomatickém stadiu: frontální > okcipitální > parietální) [17,22]. V našem souboru bylo postižení frontálního laloku také nejčastější. Následovalo postižení v parietálním a temporálním laloku, postižení okcipitálního laloku bylo nejméně časté. V našem souboru se vyskytla jen ta odchylka oproti publikovaným studiím, že častější byla lokalizace temporálně než v okcipitálním laloku. V literatuře se udává výskyt jak v symptomatickém, tak asymptomatickém stadiu nejméně často v temporálním laloku [17,22]. Limitací naší studie i publikovaných dat jsou většinou malé soubory pacientů [2,6,13,17,22–25]. Ložiska PML jsou hypersignální ve FLAIR a v T2 váženém obraze. Ložiska bývají nepravidelného tvaru, mohou vyplňovat mozkový závit, nejsou ostře ohraničena vůči bílé hmotě, jsou relativně ostře ohraničena vůči šedé hmotě, nerespektují hranice mezi bílou a šedou hmotou, nebývá výraznější expanzivita [17–19]. Na začátku může být nález velmi diskrétní, což byl příklad pacienta č. 11. Byla zde zjištěna velmi drobná léze frontálně, na ní je patrné typické neostré ohraničení vůči bílé hmotě. To může i u takto drobné léze pomoci při odlišení od plaky u RS, pro kterou je naopak typické ostré ohraničení [17,22,23]. V oblasti centrální šedi, která je u PML iniciálně postižena v 5 %, to však neplatí. Tam bývá ložisko PML často dobře ohraničeno, oválného tvaru, stejně jako plaka u RS nebo lakunární infarkt, od nichž se při první kontrole PML obtížně odlišuje. Tato ložiska v talamu jsme v našem souboru detekovali u dvou pacientů (č. 1 a 7) a u obou byla nejednoznačná interpretace. Další vývoj ložisek již umožňuje odlišení, neboť ložiska PML se zvětšují a šíří se v průběhu kortikospinálního traktu [17,22,23].

V naší kohortě pacientů bylo zasahování subkortikálních ložisek do kortexu přítomno v 6 případech (42,9 %), což bylo méně než v publikovaných souborech, a to dokonce i v asymptomatickém stadiu, kde bylo přítomno v 72,2 % [17,22,25]. Zasahování do kortexu je také jedním z důležitých znaků, které pomáhají diferencovat PML léze od ložisek u RS [26,27].

Typická pro PML na rozdíl od RS je přítomnost drobných mikrocystických ložisek, dobře patrných v T2 váženém obraze, která jsou připodobňována k mléčné dráze. Tato ložiska jsou korelátem perivaskulárního zánětu [17,22,26]. I v našem souboru sledovaných pacientů bylo prokázáno, že přítomnost těchto drobných ložisek v blízkosti PML léze nebo nehomogenní drobnoložiskový charakter rozsáhlé léze v T2 váženém obraze mohou pomoci odlišit PML od splývajících ložisek u RS, kde toto nebývá [26,27]. Wijburg et al se zabývali nálezy na MR, které pomáhají diskriminovat PML léze v asymptomatickém stadiu od lézí u RS; a právě tečkovitá ložiska v T2 váženém obraze se ukázala být jako jedna z nejdůležitějších [27]. Tato drobná ložiska jsou v okolí léze s perivaskulárním šířením, ale nacházejí se i ve vlastním ložisku, což se v našem souboru pacientů také zvýšeně vyskytovalo [22,27]. Je to i důvod, proč bezpečnostní protokol obsahuje T2 vážený obraz, kde jsou tečkovité léze nejlépe patrné [14].

Dalším typickým znakem pro PML je ložisko tvaru půlměsíce v oblasti středního mozečkového pedunkulu [2,17,22]. Zde bylo postižení středního pedunkulu zřejmé u pacientů č. 4 a č. 9, ale nemělo poloměsíčitý tvar. U obou pacientů byl velmi podobný nález na MR, který byl popsán v literatuře jako jeden ze vzorců postižení. V oblasti mozečku začíná PML přibližně v 10 % a typický je drobnoložiskový nález mnohočetných ložisek v mozečku [22,28].

V našem souboru se zvýšený signál na DWI vyskytl u 8 pacientů (72,7 %), z nichž u jednoho pacienta byla patrná okrajově restrikce difuze s korelátem v hypointenzitě na ADC mapě. U ostatních pacientů byl na DWI zvýšený signál s proměnlivě zvýšeným signálem na ADC mapě. Zvýšený signál na ADC mapě je u PML lézí vysvětlován nárůstem extracelulárních prostor nebo extracelulární tekutiny z perivaskulární lymfocytární infiltrace a/nebo reaktivací viru. Restrikce di-

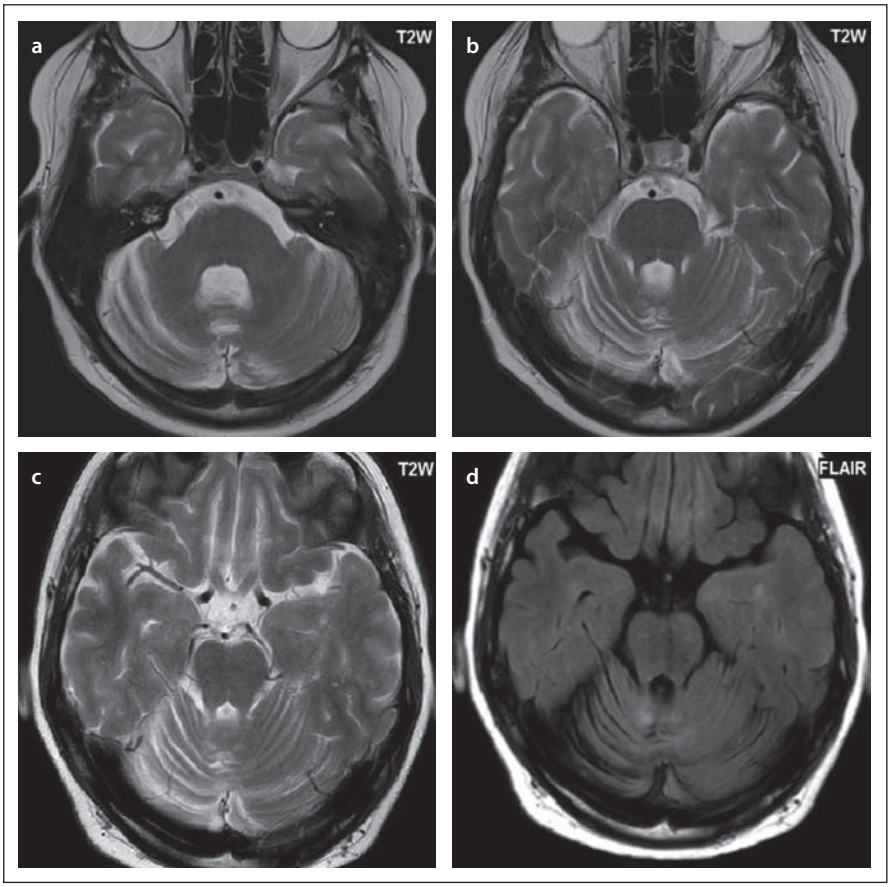
proLékaře.cz | 10.11.2026

fuze s typickým korelátem v hypointezitě na ADC mapě je u PML lézí spíše jen na periferii ložiska, centrálně bývá vysoký signál v DWI i ADC mapě, nebo je zvýšený v rozsahu celého ložiska [22,26]. DWI pomáhá také při odlišení PML léze od chronických splývavých ložisek u RS [17]. Dále se ukázalo, že zobrazení na DWI může mít význam při sledování průběhu PML a časném odhalení IRIS [26,29].

Po podání kontrastní látky ložiska PML méně často než u RS enhancují, v časném stadiu přibližně v 30 %. Některé práce uvádějí enhancement až ve 40 %, může být přítomen v časné fázi i v pozdní [17,21,22]. Tvar enhancementu může být tečkovitý, pruhovitý, nodulární nebo okrajový, je více nepravidelný než u RS a u PML není tvar neúplného prstence [21]. Okrajový enhancement mají především rozsáhlejší léze. Práce Hodela et al poukazuje na typické tečkovité enhancující léze, které pozoroval pouze u PML, nikoliv u RS [26]. Tato ložiska patrná v obraze MR jsou korelátem perivaskulárního zánětu, vyskytují se v hluboké bílé hmotě [26]. Ve své práci Taieb et al uvádějí, že drobné tečkovité enhancující léze ve frontálním a parientálním laloku a v talamu mohou předcházet objevení se hypersignálních ložisek v T2 váženém obraze [30]. Stejný nález jsme detekovali u pacienta č. 1, který měl ložisko v mezencefalon a talamu a velmi drobná enhancující ložiska frontálně, také bez zjevného korelátu v nativní sekvenci. Taieb et al pozorovali, že tato drobná enhancující ložiska byla pouze tranzientní, vymizela po 6 týdnech, nová ložiska v T2 váženém obraze se objevila za 2 měsíce [30].

Atypickým nálezem bylo postižení oblongaty, které je u PML raritní (bylo popsáno ojediněle u klasické PML) (pacient č. 7) [31]. Tento pacient měl i nález v oblasti talamu. Další pacient, u něhož bylo obtížné určit, zda se jedná o PML léze v oblasti kmene (pacient č. 1), měl v transverzálních řezech ostře ohraničená ložiska oválného tvaru zcela imitující plaky u RS, v sagitálních řezech však byla patrná nápadnější délka ložiska. Také u toho pacienta se vyskytovalo ložisko v talamu.

Kohortě sledovaných pacientů se vymykal případ pacienta s izolovaně diagnostikovanou PML v rámci kontrolní lumbální punkce (pacient č. 6). U něho bylo MR vyšetření prvních 6 měsíců od diagnózy negativní, poté se objevila atrofie mozečku a ložiskové postižení vermis. Nález byl hodnocen jako postižení u subtypu PML – JCV granulocytární neuronopatie. Wijburg et al popsali MR nálezy u tohoto onemocnění,



Obr. 11. Pacient č. 6, u kterého byla diagnostikována progresivní multifokální leukoencefalopatie při kontrolní lumbální punkci, MR v době vyšetření i následná MR byla negativní, nález se objevil až po 6 měsících – atrofie mozečku (a, b), až po dalším měsíci již byla patrná i diskrétní ložiska ve vermis (c, d). Jednalo se o JCV (virus Johna Cunninghama) granulocytární neuronopatii.

Fig. 11. Patient No. 6 in whom progressive multifocal leukoencephalopathy was diagnosed from a control lumbar puncture; simultaneous MRI and follow-up MRI were negative, and a pathological finding was only evident after 6 months – cerebellar atrophy (a, b); after another month, discreet small lesions were apparent i vermis (c, d). This was JCV (John Cunningham virus) granulocytic neuronopathy.

které jsou nejčastěji charakterizovány atrofií mozečku, ložiskovým postižením bílé hmoty především mozečku, méně často i pontu [32].

Jsou vyvíjeny softwarové aplikace, které pomáhají vizualizovat PML v preklinické fázi, což je klíčové z hlediska prognózy vývoje disability pacienta. Na MR pracovišti VFN a 1. LF byla vyvinuta technika barevného kódování/mapování, která po prostorové koregistraci a následné subtrakci porovnává tři kontroly (vstupní vyšetření a poslední dvě kontroly), a přiřazuje ložiskové patologii barvu podle doby jejího vzniku. Primárně byla vyvinuta na vyhodnocení aktivních ložisek u RS, ale je využitelná i pro detekci PML a časné odhalení IRIS [21,22]. U pacienta č. 5 pomohlo barevné mapování vizualizovat velmi diskrétní PML ložiska, která byla bez této softwarové aplikace jen obtížně detekovatelná. Některé MR přístroje a jejich postprocesingové softwarové aplikace již umožňují porovnání většinou dvou kontrol s odečtením obrazu a zvýrazněním nových lézí nebo také s barevným odlišením [33].

Závěr

Práce ukázala značnou variabilitu MR nálezů v kohortě pacientů z ČR. Nálezy MR kopírovaly celosvětová data, kde je nejčastěji postižena subkortikální bílá hmota, z mozkových laloků frontální lalok. Pro diskriminaci PML lézí od ložisek u RS byl důležitý nález tečkovitých ložisek v T2 váženém obraze uvnitř PML léze či v jejím okolí, zasahování do kortexu a zvýšený signál na DWI. Patologická ložiska

proLékaře.cz | 10.11.2026

se mohou nalézat i infratentoriálně nebo v centrální šedi. Tato lokalizace se vyskytla i v souboru námi sledovaných pacientů. Odlišení je zde obtížnější, nález na MR imitoval plaky (či lakunární infarkty). Úkolem MR je pečlivá monitorace pacientů s označením nových ložisek a vyhodnocením, zda se jedná o progresi RS nebo je podezření na PML. V tom nám mohou pomoci i nové softwarové aplikace se subtrakcí obrazu a označením nových lézí, jež jsou schopny zachytit i nejčasnější stadia PML. Zcela raritní byl případ pacienta s izolovaně diagnostikovanou PML v rámci kontrolní lumbální punkce, kde vyšetření MR v době diagnózy bylo negativní a nález na MR se objevil až po 6 měsících.

Literatura

1. Keen DL, Legare C, Taylor E et al. Monoclonal antibodies and progressive multifocal leukoencephalopathy. Can J Neurol Sci 2011; 38: 565–571.

2. Sahraian MA, Radue EW, Eshaghi A et al. Progressive multifocal leukoencephalopathy: a review of the neuroimaging features and differential diagnosis. Eur J Neurol 2012; 19(8): 1060–1069. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03597.x.

3. Paz SP, Branco L, Pereira MA et al. Systematic review of the published data on the worldwide prevalence of John Cunningham virus in patients with multiple sclerosis and neuromyelitis optica. Epidemiol Health 2018; 40: e2018001. doi: 10.4178/epih.e2018001.

4. Fragoso YD, Brooks JB, Eboni AC et al. Seroconversion of JCV antibodies is strongly associated to natalizumab therapy. J Clin Neurosci 2019; 61: 112–113. doi: 10.1016/j.jocn.2018.10.128.

5. Vaněčková M, Seidl Z. Roztroušená skleróza a onemocnění bílé hmoty v MR zobrazení. Praha: Mladá fronta 2018: 286.

6. Yousry TA, Pelletier D, Cadavid D et al. Magnetic resonance imaging pattern in natalizumab-associated progressive multifocal leukoencephalopathy. Ann Neurol 2012; 72(5): 779–787. doi: 10.1002/ana.23676.

7. Tan CS, Koralnik IJ. Progressive multifocal leukoencephalopathy and other disorders by JC virus: clinical features and pathogenesis. Lancet Neurol 2010; 9(4): 425–437. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70040-5.

8. Honce JM, Nagae L, Nyberg E. Neuroimaging of natalizumab complications in multiple sclerosis: PML and other associated entities. Mult Scler Int 2015; 2015: 809252. doi: 10.1155/2015/809252.

9. Rosenkrantz T, Novas M, Terborg C. PML in a patient with lymphocytopenia treated with dimethyl fumarate. N Engl J Med 2015; 372(15): 1476–1478. doi: 10.1056/NEJMc1415408.

10. Berger JR, Aksamit AJ, Clifford DB et al. PML diagnostic criteria: consensus statement from the AAN Neuroinfectious Disease Section. Neurology 2013; 80(15): 1430–1438. doi: 10.1212/WNL.0b013e31828c2fa1.

11. Dong-Si T, Richman S, Wattjes MP et al. Outcome and survival of asymptomatic PML in natalizumab-treated MS patients. Ann Clin Transl Neurol 2014; 1(10): 755–764. doi: 10.1002/acn3.114.

12. Dong-Si T, Gheuens S, Gangadharan A et al. Predictors of survival and functional outcomes in natalizumab-associated progressive multifocal leukoencephalopathy. J Neurovirol 2015; 21(6): 637–644. doi: 10.1007/s13365-015-0316-4.

13. Zhang Y, Wright C, Flores A. Asymptomatic progressive multifocal leukoencephalopathy: a case report and review of the literature. J Med Case Rep 2018; 12(1): 187. doi: 10.1186/s13256-018-1727-7.

14. Vaněčková M, Seidl Z, Čáp F et al. Návrh bezpečnostní MR monitorace pacientů s roztroušenou sklerózou léčených natalizumabem. Cesk Slov Neurol N 2016; 79/112(6): 663–669.

15. Wattjes MP, Steenwijk MD, Stangel M. MRI in the diagnosis and monitoring of multiple sclerosis: an update. Clin Neuroradiol 2015; 25 (Suppl 2): 157–165. doi: 10.1007/s00062-015-0430-y.

16. Ho PR, Koendgen H, Campbell N et al. Risk of natalizumab-associated progressive multifocal leukoencephalopathy in patients with multiple sclerosis: a retrospective analysis of data from four clinical studies. Lancet Neurol 2017; 16(11): 925–933. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30282-X.

17. Wattjes MP, Richert ND, Killestein J et al. The chameleon of neuroinflammation magnetic resonance paging characteristics of natalizumab – associated progressive multifocal leukoencephalopathy. Mult Scler 2013; 19(4): 1826–1840. doi: 10.1177/1352458513510224.

18. Tan IL, McArthur JC, Clifford DB et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome in natalizumab-associated PML. Neurology 2011; 77(11): 1061–1067. doi: 10.1212/WNL.0b013e31822e55e7.

19. Wattjes MP, Wijburg MT, Vennegoor A et al. MRI characteristics of early PML-IRIS after natalizumab treatment in patients with MS. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2016; 87(8): 879–884. doi: 10.1136/jnnp-2015-311411.

20. Štětkářová I, Medová E, Bučilová V et al. Progresivní multifokální leukoencefalopatie u nemocné s roztroušenou sklerózou léčenou natalizumabem. Ces Radiol 2013; 67(1): 577–583.

21. Vaněčková M, Seidl Z, Krásenský J et al. Naše zkušenosti s MR monitorací pacientů s roztroušenou sklerózou v klinické praxi. Cesk Slov Neurol N 2010; 73/106(6): 716–720.

22. Wattjes MP, Vennegoor A, Steenwijk MD et al. MRI pattern in asymptomatic natalizumab-associated PML. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2015; 86(7): 793–798. doi: 10.1136/jnnp-2014-308630.

23. Clifford DB, De Lucca A, Simpson DM et al. Natalizumab-associated progresive multifocal leukoencefalopathy in patiens with multiple sclerosis: lessons from 28 cases. Lancet Neurol 2010; 9(4): 438–446. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70028-4.

24. Sahraian MA, Radue EW, Eshaghi A et al. Progressive multifocal leukoencephalopathy: a review of the neuroimaging features and differential diagnosis. Eur J Neurol 2012; 19(8): 1060–1069. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03597.x.

25. Blair NF, Brew BJ, Halpern JP. Natalizumab-associated PML identified in the presymptomatic phase using MRI surveillance. Neurology 2012; 78(7): 507–508. doi: 10.1212/WNL.0b013e318246d6d8.

26. Hodel J, Outteryck O, Dubron C et al. Asymptomatic progressive multifocal leukoencephalopathy associated with natalizumab: diagnostic precision with MR imaging. Radiology 2016; 278(3): 863–872. doi: 10.1148/radiol.2015150673.

27. Wijburg MT, Witte BI, Vennegoor A et al. MRI criteria diffetentiating asymptomatic PML from new MS lesions during natalizumab pharmacovigilance. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2016; 87(10): 1138–1145. doi: 10.1136/jnnp-2016-313772.

28. Phan-Ba R, Lommers E, Tshibanda L et al. MRI preclinical detection and asymptomatic course of a progressive multifocal leucoencephalopathy (PML) under natalizumab therapy. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2012; 83(2): 224–226. doi: 10.1136/jnnp-2011-300511.

29. Hodel J, Bapst B, Outteryck O et al. Magnetic resonance imaging changes following natalizumab discontinuation in multiple sclerosis patients with progressive multifocal leukoencephalopathy. Mult Scler 2018: 1352458517750765. doi: 10.1177/1352458517750765.

30. Taieb G, Renard D, Thouvenont E et al. Transient punctate enhancing lesions preciding natalizumab-associated progressive multifocal leukoencephalopathy. J Neurol Sci 2014; 346(1–2): 364–365. doi: 10.1016/j.jns.2014.09.007.

31. Mathew RM, Murname M. MRI in PML: bilateral medullary lesions. Neurology 2004; 63(12): 2380. doi: 10.1212/01.wnl.0000141860.97900.8a.

32. Wijburg MT, van Oosten BW, Murk JL et al. Heterogeneous imaging characteristics of JC virus granule cell neuronopathy (GCN): a case series and review on the literature. J Neurol 2015; 262(1): 65–73. doi: 10.1007/s00415-014-7530-5.

33. Eichinger P, Schon S, Pongratz V et al. Accuracy of unenhanced MRI in the detection of new brain lesions in multiple sclerosis. Radiology 2019; 291(2): 429–435. doi: 10.1148/radiol.2019181568.

Na webu csnn.eu naleznete další přílohy k tomuto článku.