

Polyradikuloneuritis/PGS

< Polyradikuloneuritis

Verze k tisku již není podporovaná a může obsahovat chyby s vykreslováním. Aktualizujte si prosím záložky ve svém prohlížeči a použijte prosím zabudovanou funkci prohlížeče pro tisknutí.



Tento článek je určen pro postgraduální studium

Prosíme, neprovádějte věcné editace, nemáte-li potřebnou kvalifikaci. Editujte s rozvahou. Věcné změny nejprve projednejte v diskusi.

Akutní, multifokální zánětlivé demyelinizační postižení nervů a míšních kořenů.

Etiologie

- V 60 % 2-4 týdny předchází horečnatý infekt HCD, gastroenteritida – nejč. *Campylobacter jejuni*, CMV, EBV, VZV, Mycoplasma, očkování, operace.
- Autoimunní – primárně je napadena myelinová pochva periferních nervů (někdy primárně postižení pouze axonů – u infekce *C. jejuni*).

Klinický obraz

- *Svalová slabost* – rychle se rozvíjející (hodiny až dny), relativně symetrická, periferní paréza. Obvykle postupuje ascendentně na trup a HKK (ale DKK bývají více postižené), mohou být postižené dechové a bulbární svaly.
- *Poruchy čítí* – akrální, časté, *ale ne příliš těžké*, spíš parestezie, dysestezie, punčochovitého či rukavicovitého charakteru, mohou i několik dnů předcházet slabosti. CAVE poruchy čítí nikdy nejsou proporcionální ke svalové slabosti.
- Pacient je *afebrilní!*
- *Bolesti* – téměř pravidlem jsou intenzivní myalgie, atralgie, dorsalgie.
- *Areflexie* – zejména distálně L2/S2, SVALOVÁ HYPOTONIE.
- Progrese obtíží může trvat 2-4 týdny, následuje fáze plató s různě závažným motorickým deficitem a s rychle nastupujícími atrofiemi (klinický obraz značně variabilní!), *více proximálně bilaterální* (zpravidla kvadropostižení, i trup). CAVE pokud jsou postiženy dechové svaly a bránice – respirační insuficience, pokud hlavové nervy, jedná se nejčastěji o diplegii facialis (ta může být i dominantním příznakem s minimálním nálezem na DKK). Následuje fáze klinického zlepšování (6-12 měsíců). Záleží na tíži postižení, může končit smrtí.
- *Dysautonomie* – arytmie, hypertenze, posturální hypotenze, ataky profuzního pocení, **nebývá porucha sfinkterů**.
- *Respirační insuficience* – 60 % pacientů potřebuje JIP lůžko, z toho více než polovina dechovou podporu. Ležící může být bez obtíží, s dobrou saturací a eupnoe i při VC 800 ml, ale s minimální dechovou rezervou, není schopen řádně odkašlat, má dysfunkci polykacích svalů a hrozí aspirace.

Subtypy Guillan Barré syndromu

- Millerův-Fisherův syndrom – oftalmoplegie, areflexie, ataxie a pozitivita IgG protilátek proti gangliosidu.
- Axonální varianty – akutní motorická (AMN) a akutní motoricko sensorická neuropatie (AMSAN), akutní pandysautonomie.

Citováno z „<https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Polyradikuloneuritis/PGS&oldid=456170>“