

# Polyradikuloneuritis/PGS



## 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 infekční 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 cití** – akraální, časté, *ale ne příliš těžké*, spíše parestezie, dysestezie, punčochovitého či rukavicovitého charakteru, mohou i několik dnů předcházet slabosti. CAVE poruchy cití nikdy nejsou proporcionální ke svalové slabosti.
- Pacient je *afebrilní!*
- **Bolesti** – téměř pravidlem jsou intenzivní myalgie, atalgie, 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 kvadrupostžení, 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.