

mennyiségi meghatározása mellett az SM diagnózisához elengedhetetlenül szükséges a liquorfehérjék minőségi analízise is. Agar-elektroforézissel a következő ferogramtípusokat kapjuk: normál, alfa, diffúz. gamma, subfrakcionált gamma, diffúz béta, keverék és tau típusú vagy paraprotein tartalmú.

A legáltalánosabban diagnosztikus értékkel elterjedt ferogramtípus a subfrakcionált (oligoklonális) gamma, amely az SM-es betegek 70-90%-a esetében pozitív<sup>3</sup>.

### Irodalom

1. *Link H, Tibbling G.* Principles of albumin and IgG analyses in neurological disorders. III. Evaluation of IgG synthesis within the central nervous system in multiple sclerosis. *Scand J Clin Lab Invest* 1977;37:397-401.
2. *Blennow K, Fredman P, Wallin A, Gottfries C, Skoog I, Wikkelso C, Svennerholm L.* Protein analysis in cerebrospinal fluid. *Eu Neurology* 1993;33:134-142.
3. *Kerényi L, Hegedüs K, Pálffy G.* Characteristic gamma globulin, subfractions of native CSF in multiple sclerosis. *Brain Res* 1975;87:123-125.

### Akut paraplégia mint első shubtünet (esettanulmány)

#### Klivényi Péter

SZOTE, Neurológia

43 éves férfibetegünk felvételére akut paraplégia tünetei miatt került sor. Felvétele napján reggel ébredéskor lábait nem tudta mozgatni, vizeletét nem tudta elindítani. Lázas állapot miatt antibiotikumot szedett. Távlabbi kórelőzményében (gyermek- és ifjúkorában) 3 alkalommal lázas állapothoz kapcsolódóan átmeneti alsó végtagi gyengeség szerepelt.

Neurológiai statusában paraplégiát találtunk, spasztikus tónusfokozódással, tónusbelövelésekkel. Mindkét oldalon igen élénk patella reflex, polikinetikus Achilles-reflex, sarokklónus, spontán Babinszki-jel volt kiváltható. Érzőköri eltérése nem volt. A tünetekhez retentio urinae társult. A felmerült intraspinalis térszűkítés (discus intervertebralis-herniatio, tumor, abscessus) kizárására azonnal a nyaki szakaszra felgörgetett myelográfiát végeztünk, mely tüneteit magyarázó intraspinalis folyamatot (stop) nem igazolt. A thoracolumbalis szakasz MRI vizsgálata során a myelonban vascularis myelopathiára utaló kóros elváltozás nem ábrázolódtott. A myelográfia kapcsán nyert liquor vizsgálatokor emelkedett IgG-indexet, intrathecalis IgG-szintézist és erősen emelkedett ferogramon gamma-frakciót (béta-1 globulin) találtunk, emelkedett összfehérjeérték mellett. A felmerült demyelinizációs folyamat bizonyítására elektrofiziológiai vizsgálatot (VEP) és koponya MRI vizsgálatot végeztünk. A visualis kiváltott válasz (VEP) vizsgálat nervus opticus laesiot nem mutatott. A koponya MRI vizsgálat során a capsula interna hátsó szarvában szimmetrikusan, a pedunculus cerebrin keresztül húzódó, T2-súlyozott képeken hyperintenzív jelet adó 1-1,5 cm átmérőjű elváltozások ábrázolódtak. Hasonló jelettérést mutató képletek láthatók a IV. kamra körül is.

A fenti vizsgálatok a sclerosis multiplex diagnózist igazolták. Az alkalmazott megadózisú (3x1gr) metilprednisolon terápiára a beteg neurológiai statusa nagy mértékben javult. Távozásakor szubjektív alsó végtagi gyengeségen és polikinetikus Achilles reflexen kívül kóros eltérés nem volt. Az észlelése óta eltelt egy év alatt relapsus nem volt.

Esetünket azért tartottuk érdemesnek bemutatni, mert a beteg tünetei ilyen életkorban az intraspinalis térszűkítésre vagy vascularis myelopathiára utalnak, valamint akut paraplégia mint első shubtünet az esetek kis százalékában fordul elő.

### **Devic-szindróma** (esetismertetés)

**Benedek Krisztina**  
SZOTE, Neurológia

Előadásom a sclerosis multiplex egy nagyon ritka, de prognózisában egyik legsúlyosabb formájának, az ún. Devic-szindrómának egy előfordulását ismerteti. A Devic-szindróma, más néven neuromyelitis optica, az egyik legkritkább demyelinizációs betegség. A sclerosis multiplex krónikus progresszív formájához hasonló, rapidan progrediáló kórkép.

Esetünk egy 32 éves nőbeteg, akinek 1991-ben (28 éves korában) egy gastrointestinalis fertőzés kapcsán bal oldali látótérkiesése jelentkezett, ami félév alatt spontán gyógyult. Három év múlva szülést és szoptatást követően jobb szemén látása elhomályosult, majd megvakult. Ettől kezdődően egy év alatt fokozatosan para- majd tetraparesis, vizeletretenció, valamint a talptól a mell vonaláig és a könyöktől distal felé terjedő hypaesthesia, paraesthesia és mélyérzékiesés fejlődött ki.

Az MRI vizsgálat a thoracalis gerincen a thoracalis V.-VI. csigolya magasságában a T2-súlyozott felvételen jelintenzív gócot mutatott. A koponya MRI negatív, a liquor sejtmertes volt, normális albuminindexet és enyhén emelkedett *Link-indexet* találtunk 21%-os lokális IgG-szintézissel. A visualis kiváltott válasz jobb oldalon nem volt értékelhető, a bal oldalon a latencia enyhén a normál határ felett volt.

Esetünk ismertetésére azért került sor, mert a sclerosis multiplexnek egy nagyon ritka, ugyanakkor nagyon súlyos formáját képezi. Felhívjuk a figyelmet diagnosztikai szempontból a klinikai lefolyásra, mert típusos klinikai lefolyás mellett az enyhén kóros liquor, a félreérthető visualis kiváltott válasz és a negatív koponya MRI esetleg más differenciáldiagnosztikai útra is vezethet.

### **Újabb adatok a demyelinizáció pathomechanizmusához**

**Klivényi P., Bencsik K., Boda B., Kékesi K., Juhász G., Vécsei L.**  
SZOTE, Neurológia; ELTE, Összehasonlító Élettani Tanszék

A sclerosis multiplexben észlelt demyelinizáció etiológiája és pontos pathomechanizmusa napjainkban sem ismert. Számatalan elmélet próbálja megmagyarázni az észlelt morfológiai és neurokémiai elváltozásokat, de egyik sem tekinthető