
Markéta Hermanová

KLASIFIKACE

- Svalové dystrofie
 - Dystrofinopatie
 - * Duchenneovy svalová dystrofie
 - * Beckerova svalová dystrofie
 - * X recessivní dilatační kardiomyopatie
 - * Pletencové svalové dystrofie
 - * Facioskapulohumerální svalová dystrofie
 - * Emery-Dreifussova svalová dystrofie
 - * Kongenitální svalové dystrofie
 - Myopatie
 - Kongenitální strukturální myopatie
 - Mitochondriální myopatie
 - Metabolické myopatie
 - * Glykogenózy
 - * Poruchy lipidového metabolismu
 - Získané myopatie
 - Zánětlivé myopatie
 - * Dermatomyositida
 - * Polymyositida
 - * Myositida s inkluzními tělíska
 - * Myopatie u systémových onemocnění
 - * Endokrinní myopatie
 - * Lékové myopatie
 - * Toxické (nelékové) myopatie
 - * Alkoholická myopatie
 - * Myopatie kritického stavu
 - Poruchy nervosvalového přenosu a poruchy svalové dráždivosti
 - Myastenia gravis
 - Periodické paralýzy
 - Myotonie
 - Myotonická dystrofie
 - Myotonia congenita
 - Maligní hypertermie
 - Neurogenní léze
 - Spinální svalové atrofie a afekce předního rohu míšního
 - Onemocnění motorického kořene
 - Postižení periferního nervu

1 Úvod do problematiky svalové patologie

ÚVOD

Svalové poruchy patří mezi méně častá onemocnění, klinicky se však jedná o závažnou skupinu chorob. Diagnóza vyžaduje interdisciplinární spolupráci mezi klinickými specialisty (neurology) a na svalovou diagnostiku zaměřenými patology. Nezastupitelná je role genetiky, a to jak na úrovni klinické, tak na úrovni molekulární.

1.1 Odběr tkáně pro histologické vyšetření

ÚVOD

Svalová biopsie patří mezi metodicky i interpretačně náročné histopatologické disciplíny. Odebraný sval je zpravidla vyšetřován pomocí řady metodik, které vyžadují speciální postup při odběru svalové biopsie. Postup běžný u jiných orgánů (vložení odebrané tkáně do formolu) znamená zásadní metodické omezení pro další vyhodnocení; vyšetření je tak prakticky zmařeno. Proto je nutná domluva mezi spolupracujícími pracovišti (zpravidla neurologie, chirurgie a patologie) co se týče indikace, místa odběru, techniky odběru, zmražení odebrané tkáně a transportu na patologii.

Postup při odběru svalové biopsie:

1. výběr vhodného svalu (zpravidla se musí odebírat postižený sval, který ale není jiným způsobem změněný (injekce, místa vbodnutí jehly při elektromyografii)
2. správné provedení excise (šetrný odběr svalové tkáně po incisi nebo transkutánně silnou jehlou)
3. vhodné natažení odebrané tkáně a okamžité zmražení podchlazeným propan-butanem na teplotu kapalného dusíku
4. vložení malého množství tkáně do glutaraldehydu pro ev. pozdější vyšetření elektronovým mikroskopem

Tkáň dostává specializované pracoviště spolu s podrobnými klinickými údaji (údaje o pacientovi, místo odběru, průběh onemocnění, reakce na terapii, výsledky vyšetření elektromyografického, bichemického, např. hladina kreatinkinázy v séru aj.).

1.2 Zpracování svalové biopsie

ÚVOD

Pro zpracování svalové biopsie se používá jednak klasické barvení (HE), dále celá řada histochemických metod, metod imunohistochemických a metod molekulárně genetických.

Přehledné barvení HE dává informaci o celkovém stavu tkáně, o velikosti svalových vláken, o rozsahu případného svalového postižení, zánětlivého infiltrátu, cévních změnách, přítomnosti vaziva, tuku a dalších změnách.

Speciální enzymatické metody jako je kyselá fosfatáza identifikují enzymy aktivované při rozpadu svalových vláken.

NADH tetrazolium reduktáza, ATP-áza a některé další metody zobrazují různé typy svalových vláken a upřesní postižení (která vlákna jsou změněná, jak atd.), dále identifikují některé poruchy (např. na úrovni mitochondriální — NADH).

Protilátky proti některým svalovým proteinům (antigenům) průkazem jejich přítomnosti či nepřítomnosti identifikují případnou poruchu (dystrofíopatie).

Molekulárně genetické metody lokalizují přímo genové poruchy a klasifikují tak některé poruchy s definitivní přesností.

Pro průkaz některých chorob je nutný elektronový mikroskop; někdy se používají i kvantitativní metody na hodnocení velikostních změn svalových vláken.

1.3 Základní typy svalových vláken

U člověka existují dva základní typy svalových vláken, typ I. a typ II. Typ II. se dále dělí na typ II.a, II.b a II.c. Pro rozlišení jednotlivých typů je nutné provést vhodnou histochemickou reakci (ATP, NADH) nebo použít vhodnou protilátku.

V reakci na ATP-ázu (obrázek vpravo) je reakční produkt hnědý a vlákna typu I. se barví světle, vlákna typu II. tmavě. Při různém pH se odliší podtypy vláken II.a, II.b, II.c.

V reakci na NADH tetrazolium reduktázu (obrázek vlevo) je reakční produkt modrý, zrnitý a situace je opačná: vlákna typu I. jsou tmavá, vlákna typu II. jsou světlá.

Rozlišení jednotlivých typů svalových vláken je pro diagnostiku nutné, protože některé změny postihují jen některé typy vláken (například atrofie z inaktivity postihuje jen vlákna II.a) a také proto, že distribuce jednotlivých typů se může měnit (jak bude popsáno dále).

Za normálních okolností jsou u většiny kosterních svalů zastoupeny oba typy vláken (ale podíl může kolísat), oba typy vláken mají stejnou velikost a na příčném řezu tvoří víceméně pravidelnou mozaiku.

Typ svalového vlákna je dán způsobem inervace a může se měnit.

1.4 Základní změny v histologickém obraze kosterního svalu

Základní změny při chorobách svalu lze rozdělit do několika skupin:

- změny ve svalu při poruchách inervace
- změny ve svalu při poruchách svalu samotného
- změny při poruchách nervosvalového přenosu (zpravidla jsou nespecifické, minimální)

1.4.1 Změny při poruchách svalové inervace

Základní funkční jednotkou kosterního svalu je nervosvalová jednotka, což je skupina vláken inervovaná jedním motorickým neuronem. Tato vlákna nebývají nutně vedle sebe, spíše se střídají vlákna několika motorických jednotek navzájem.

Pro periferní inervační poruchy bývá charakteristické, že v prvních fázích nastává *denervace* (úbytek nervových vláken). Vlákna, která ztratila nervové zásobení, atrofují (silně se zmenšují, na příčném řezu mají triangularní tvar).

Později dochází k regeneraci, kdy ze sousedních, zachovalých neuronů vyruštají nové nervové terminály do denervovaných, atrofických vláken: *reinervace*. Atrofická svalová vlákna tak mohou regenerovat a nabýt své původní velikosti. Protože je počet nervů snížen, velikost motorických jednotek se zvyšuje: jeden nerv inervuje více svalových vláken. A protože se typ vlákna přizpůsobuje inervaci, histologicky se tento proces projeví jako narušení pravidelného střídání různých typů svalových vláken — typové seskupování.

1.4.2 Myopatické změny

KLASIFIKACE

Myopatické změny nastávají u procesů, kde proces postihuje svalová vlákna samotná. Mezi myopatické změny patří:

- zmnožení vnitřních jader (normálně jsou v kosterním svalu vlákna na periferii buněk)
- štěpení svalových vláken (ale může být i u některých neurogenních lézí) [s]
- regresivní změny: degenerace, nekrózy, hyalinní vlákna
- regenerace vláken (bazofilie sarkoplasmy) [r]
- zmnožení endomysia a perimysia (fibróza f)
- změny velikosti vláken, atrofie [a]
- zánětlivý infiltrát (T lymfocyty, histiocyty)

Na obrázku vlevo jsou zachycena svalová vlákna s vnitřními jádry.

2 Hereditární myopatie

2.1 Svalové dystrofie

ÚVOD

Geneticky podmíněné myopatie vyznačující se progresivní svalovou slabostí.

2.1.1 Dystrofinopatie

KLASIFIKACE

Klinické syndromy:

- Duchenneova svalová dystrofie (DMD)
- Beckerova svalová dystrofie (BMD)
- X recesivní dilatační kardiomyopatie (XRDCKMP)
- přenašečky dystrofinopatií

KLINIKA

- DMD: nástup onemocnění do 3 let věku, poruchy chůze zejména do schodů, dominující proximální svalová slabost predilekčně na dolních končetinách, později rozšíření na horní končetiny, krk a dýchací svaly. Průměrné dožití 20 let
- BMD: mírnější alelická forma, nejmírnější v podobě syndromu krampů, myalgií a myoglobinurií
- XRDCKMP: progresivní dilatační kardiomyopatie bez klinického postižení kosterního svalstva, terapeutická je transplantace srdce
- přenašečky dystrofinopatií: asymtotické i symptomatické s dominující atrofií a svalovou slabostí v oblasti pletenců

ETIOLOGIE

- na X chromosom vázané recesivně dědičné onemocnění
- mutace v genu pro bílkovinu dystrofin a její následná abnormální exprese
- DMD: mutace narušující integritu čtecího rámce
- BMD: mutace nenarušující integritu čtecího rámce
- XRDCKMP: mutace v promotorové oblasti dystrofinového genu

HISTOLOGIE

- DMD: Myogenní léze s regresivními změnami svalových vláken, absence dystrofinu v sarkolematické lokalizaci prokazatelná imuno-histochemicky
- BMD: Myogenní léze mírnějšího stupně, dystrofin přítomen na většině vláken, Western blottingem prokazatelná zkrácená molekula dystrofinu
- XRDCKMP: absence dystrofinu sarkolematicky na materiálu endomyokardiální biopsie, relevantní je molekulárně-genetická diagnostika
- přenašečky: u asymptomatických většinou normální nález, u symptomatických myogenní léze s mozaikou dystrofin negativních a pozitivních vláken

2.1.2 Pletencové svalové dystrofie (LGMD; limb girdle muscular dystrophy)**KLINIKA**

- geneticky heterogenní skupina progresivních svalových dystrofií, které postihují převážně pletencové svaly

ETIOLOGIE

- podmíněné mutacemi v genech, které kódují proteiny svalové tkáně
- dosud definováno 6 AD LGMD (1A-1F) a 10 AR (2A-2J)
- nejčastěji se vyskytuje AR LGMD 2A podmíněná mutacemi v genu capn3, který kóduje nelysosomální svalově specifickou proteázu calpain 3

HISTOLOGIE

Obraz myogenní léze variabilně vyjádřený v závislosti na typu LGMD a na závažnosti mutace. Imunohistochemicky a Western blottingem je prokazatelný deficit zodpovědných proteinů svalové tkáně.

(obr.)

2.1.3 Facioskapulohumerální svalová dystrofie**KLINIKA**

- typicky asymetrické postižení s primární manifestací na dominantní končetině
- pomalá progrese choroby kraniokaudálně, neomezuje délku života
- slabost mimického svalstva

ETIOLOGIE

AD dědičná choroba podmíněná delecí v tandemovém repeatu telomerické oblasti 4q35

(obr.)

HISTOLOGIE

Myogenní léze s regresivními změnami svalových vláken i jejich regenerací, častá je přítomnost angulárně-atrofických vláken, které nevytvářejí svazky ani typové skupiny.

(obr.)

2.1.4 Emery-Dreifussova svalová dystrofie

KLINIKA

- kontraktury flexorů loktů, nohou a šíjvého svalstva
- atrofie a slabost svalů v oblasti paží a běrců
- srdeční postižení — kondukční porucha

ETIOLOGIE

- geneticky heterogenní choroba, vyskytuje se v X vázané, AD i AR formě, podmíněná mutacemi v genu pro emerin a v genu pro lamin A/C.

HISTOLOGIE

- Kosterní sval: většinou mírný myogenní nález, deficit emerinu na jaderné membráně u X vázané formy
- Srdeční sval: tuková a vazivová degenerace svaloviny dilatované pravé síně, intersticiální fibróza i ve svalovině komor

2.2 Kongenitální svalové dystrofie (CMD)

KLINIKA

- manifestace v době narození či v průběhu prvních 6 měsíců svalovou hypotonii, slabostí a variabilním výskytem kontraktur
- asociace svalového postižení se strukturálními lézemi mozku a retinou u některých typů

ETIOLOGIE

- fenotypicky i genotypicky heterogenní AR dědičné svalové dystrofie
- dosud popsáno 11 forem CMD
- 40 % všech CMD představuje merosin deficientní forma

HISTOLOGIE

Myogenní léze, některé formy v časných stádiích morfologicky imitující polymyositidu.

(obr.)

2.3 Kongenitální strukturální myopatie

KLINIKA

- skupina kongenitálních myopatií definovaných zvláštními strukturálními změnami svalových vláken
- typická manifestace kolem 5. roku svalovou slabostí, hypotonii se zpomalením motorického vývoje, ale s normálním intelektem, průběh benigní, s mírnou progresí či zcela bez progrese
- těžká forma se projevuje již při porodu těžkou hypotonii, hypovenitalací či apnoí

ETIOLOGIE

- geneticky podmíněné myopatie (AD, AR i X vázané)
- genetika jednotlivých typů rozdílná, u většiny dosud definovaných jednotek bylo identifikováno více genových lokusů

KLASIFIKACE

Typy kongenitálních strukturálních myopatií:

(obr.)

- Central core myopatie
- Mini/multicore myopatie
- Nemaline myopatie
- Centronukleární myopatie

- Kongenitální typová disproporce svalových vláken

HISTOLOGIE

Svalová biopsie je u jednotlivých typů diagnostická. Histochemická vyšetření prokazují přítomnost diagnostických strukturálních změn (např. jader čili „cores“, tyčinek čili „rods“).

(obr.)

2.4 Mitochondriální myopatie

ÚVOD

Heterogenní skupina onemocnění podmíněná poruchami mitochondrií.

(obr.)

KLINKA

- typické jsou myopatické symptomy ve spojení s multiorgánivým postižením
- nejčatěji je postižen kromě kosterního svalstva centrální a periferní nervový systém (časté označení encefalomyopatie)

ETIOLOGIE

- geneticky podmíněné vrozené mitochondriální myopatie podmíněné defekty nukleární DNA (deficity karnitinového systému, efekty v utilizaci mitochondriálních substrátů, defekty beta-oxidace mastných kyselin, defekty citrátového cyklu) a defekty mitochondriální DNA
- získané mitochondriální myopatie (vliv infekce — Reyův syndrom, toxických látek, léků)

HISTOLOGIE

- Fokální subsarkolemální akumulace mitochondrií charakteru tzv. „ragged red fibres“ (RRF)
- Negativita cytochromoxidázy v RRF
- Strukturální abnormality mitochondrií prokazatelné elektronopticky

2.5 Metabolické myopatie

2.5.1 Glykogenózy

KLINKA

- únavnost, myalgie, křeče
- dynamická intolerance svalové zátěže — příznaky závislé na zvyšujících se energetických nárocích během cvičení

ETIOLOGIE

- geneticky podmíněné AR dědičné enzymatické poruchy metabolismu glycidů
- hromaděním substrátu ve svalech a myopatickými projevy se vyznačují glykogenózy II, III, IV, V, VII

HISTOLOGIE

- Obraz vakuolární myopatie ve svalové biospií
- Zvýšený obsah PAS+ glycogenu ve svalech

2.5.2 Poruchy lipidového metabolismu

KLINIKA

- metabolická dekompenzace během hladovění, infekce, prodlouženého cvičení, expozice hladu a stresu
- familiární výskyt, opakování epizod
- postižení svalů, srdce, jater tj. tkání závislých na oxidaci mastných kyselin

KLASIFIKACE

Klinické syndromy:

(obr.)

- deficit karnitinu
- deficit karnitinpalmityltransferázy

ETIOLOGIE

- geneticky podmíněné metabolické defekty oxidace mastných kyselin

HISTOLOGIE

- Mezi atakami myoglobinurie může být normální nález
- Po atace přítomny svalové nekrózy a akumulace tukových kapének zejména ve vláknech typ I

3 Získané myopatie

3.1 Zánětlivé myopatie

3.1.1 Dermatomyositida

KLINIKA

- subakutní rozvoj proximální symetrické svalové slabosti často provázený celkovými příznaky
- dysfagie u 30 % pacientů
- svalové bolesti zejména u dětských pacientů
- typický kožní exantém
- asociace s jinými autoimunními chorobami

ETIOLOGIE

- patologická imunitní reakce, při níž dochází k aktivaci membránolytického komplexu protilátkami, které se vážou na endotelie kapilár a malých cév
- humorálně podmíněná mikroangiopatie

HISTOLOGIE

- Myogenní léze s perivaskuárními a perimysiálními lymfocytárními infiltráty (CD20+ B lymfocyty a CD4+ T lymfocyty)
- Perifascikulární atrofie

3.1.2 Polymyositida

KLINIKA

- subakutní rozvoj proximální symetrické svalové slabosti často provázený celkovými příznaky
- svalové bolesti u 50 % pacientů
- postižení myokardu u 1/3 pacientů
- častá asociace se zánětlivými nemocemi pojiva, polyartritidou a intersticiální pneumonií

ETIOLOGIE

Idiopatická inflamatorní myopatie podmíněná autoimunitním procesem, při níž destrukce svalových vláken je výsledkem přímé reakce cytotoxických CD8+ T lymfocytů.

(obr.)

HISTOLOGIE

- Myogenní léze s regresivními změnami svalových vláken
- Intersticiální endomysiální zánětlivý infiltrát tvořený CD8+ T lymfocyty a makrofágy

3.1.3 Myositida s inkluzními tělíska**KLINIKA**

- pomalu progredující nebolestivá myopatie s dominantně rhizomelicky lokalizovanou slabostí dolních končetin s predilekčním postzením kvadricepsů, časté je postižení akrálních svalů
- nebývá asociace s jinými autoimunními chorobami

ETIOLOGIE

- etiologicky nejasná inflamatorní myopatie rezistentní na imunosupresivní terapii
- jsou známy formy hereditární i sporadické

HISTOLOGIE

- Endomysiální zánětlivá infiltrace tvořená makrofágy a CD8+ T lymfocyty
- Lemované vakuoly s pozitivní reakcí na amyloid
- Elektronopticky cytoplazmatická i nukleární vláknitá inkluzní tělíska

3.2 Myopatie u systémových onemocnění.**3.2.1 Endokrinní myopatie****KLINIKA**

Projevy svalové slabosti, úmavnosti; křeče, myalgie při endokrinopatiích.

Zahrnuje tyto jednotky:

(obr.)

- steroidní myopatie
- myopatie při adrenální insuficienci
- tyreopatické myopatie při hypo- i hypertyreóze
- myopatie asociované s hyper a hypoparathyreoidismem
- myopatie při diabetu-diabetický svalový infarkt
- myopatie při akromegalii
- myopatie při panhypopituitarismu

ETIOLOGIE

- v závislosti na základním onemocnění

HISTOLOGIE

U některých je histologický obraz víceméně specifický:

(obr.)

- Nespecifická selektivní atrofie vláken typu II u steroidní myopatie
- Zvýšený počet vláken typu I a atrofie vláken typu II u hypothyreózy
- Blokáda glykolýzy a akumulace glycogenu ve svalech u akromegalie
- Atrofie vláken typu II, vakuolární degenerace a ložiskové atrofie u hyperparathyreoidismu

3.3 Lékové myopatie

KLINIKA

- zvýšená hladina CK
- myalgie, myotonie, křeče
- rhabdomyolyza s myoglobinurií
- myositida

ETIOLOGIE

Toxicický vliv léků na svaly může mít různý mechanismus.

(obr.)

- změna propustnosti svalové membrány
- porucha syntézy proteinů svalové tkáně
- degenerace svalů s autofagíí
- nerovnováha elektrolytů
- narušení oxidativní fosforylace

HISTOLOGIE

- nekróza svalových vláken
- obraz zánětlivé myopatie
- vakuolární myopatie
- mitochondriální myopatie

3.4 Nelékové toxicické myopatie

3.4.1 Alkoholická myopatie

KLINIKA

- bolest, otoky svalů dolních končetin, křeče
- akutní rhabdomyolyza a myoglobinurie

ETIOLOGIE

- Alkohol; přesný mechanismus není objasněn

HISTOLOGIE

Zduření a hyalinizace svalových vláken s následnou segmentální nekrózou.

Predilekční postižení vláken typu I.

(obr.)

3.4.2 Myopatie kritického stavu.

KLINIKA

- generalizovaná svalová slabost postihující proximální i distální svaly nebo dominuje distální slabost
- postupný rozvoj svalových atrofií

ETIOLOGIE

Heterogenní, zvažuje se myotoxické působení kortikosteroidů a nedepolarizujících kurarimimetiků.

(obr.)

HISTOLOGIE

3 typy patologických změn:

(obr.)

- atrofie vláken typ II
- nekróza svalových vláken
- selektivní ztráta myosinových filament

4 Poruchy nervosvalového přenosu a poruchy svalové dráždivosti

4.1 Myastenia gravis

KLINIKA

- abnormální únavnost po déle trvající či opakováné aktivitě svalu a zlepšení po odpočinku
- asociace s hyperplazií thymu a thymomem
- jsou popsány i kongenitální myastenické syndromy, které jsou podmíněny mutacemi v genech, které kódují komponenty nervosvalové junkce

ETIOLOGIE

- autoimunní choroba s tvorbou autoprotiletík proti acetylcholinovému receptoru

HISTOLOGIE

Pro diagnózu je nepřínosná a nespecifická.

(obr.)

4.2 Periodické paralýzy (PP)

KLINIKA

- ataky svalové slabosti objevující se po tělesném klidu či spánku, kterému předcházela fyzická námaha
- slabost nepostihuje dýchací svaly, postižený je bdělý

ETIOLOGIE

- primární kongenitální periodické paralýzy jsou AD dědičná onemocnění podmíněné mutacemi v genech, které kódují proteiny iontových kanálů — tzv. „kanalopatie“
- sekundární periodická paralýza při iontových dysbalancích z jiných příčin

HISTOLOGIE

Je nepřínosná, nález je obvykle normální, u chronické slabosti se může vyskytnout vakuolární myopatie

(obr.)

4.3 Myotonie

ÚVOD

Heterogenní skupina geneticky podmíněných onemocnění vyznačujících se zvýšenou excitabilitou svalového vlákna. Charakteristická je svalová ztuhlost a neschopnost rychlé relaxace svalu pro přetrvávající kontrakci v důsledku vzniku repetitivních akčních potenciálů jako reakce na jednotlivý stimulus.

(obr.)

4.3.1 Myotonická dystrofie

KLINIKA

- svalová slabost, atrofie, myotonie
- variabilně katarakta, gonadální atrofie, plešatost, kardiomyopatie, defekt intelektu
- nástup klinických příznaků vysoko variabilní

ETIOLOGIE

- dědičnost všech jednotek z okruhu myotonických dystrofií AD

HISTOLOGIE

- Nespecifické změny: zvýšená frekvence vnitřních jader, atrofie vláken typ I, prsténčitá vlákna
- Normální nález nevylučuje diagnózu myotonické dystrofie

4.3.2 Myotonia congenita

KLINIKA

- myotonie bez asociace se svalovou slabostí či endokrinními a jinými abnormitami

ETIOLOGIE

- AD i AR dědičné formy tohoto onemocnění jsou podmíněné mutacemi v genu, který kóduje chloridový kanál

HISTOLOGIE

Většinou normální nález.

(obr.)

4.4 Maligní hypertermie

KLINIKA

- epizoda hypertermie a hypertonie s rozvojem svalové nekrózy po aplikaci halotanových anestetik nebo sukcinylcholinu
- komplikace: DIK, renální selhání, mortalita 10 %, bez léčby až 70 %

ETIOLOGIE

- dědičné AD dědičné onemocnění podmíněné mutacemi v genu pro ryanodinový receptor

HISTOLOGIE

Nepřímosná pro diagnózu, validní je in vitro kontrakční test a mutační analýza zodpovědného genu.

(obr.)

5 Neurogenní léze

5.1 Afekce předního rohu míšního

5.1.1 Spinální svalové atrofie (SMA)

KLINIKA

- svalová hypotonie postihující dolní končetiny a proximální svalstvo v důsledku zániku motorických neuronů předních rohů míšních
- podle nástupu prvních klinických příznaků a vážnosti postižení 3 typy:
 - typ I: Infantilní maligní forma Werdnig-Hoffmann (závažná generalizovaná svalová slabost a hypotonie při porodu nebo v průběhu prvních 6 měsíců, smrt v důsledku respiračního selhání nastává do dvou let)
 - typ II: Intermediární forma SMA
 - typ III: Juvenilní typ Kugelberg-Welander (proximální svalová slabost s rozvojem po 18 měsíci života)

ETIOLOGIE

- autosomálně recesivně dědičné onemocnění podmíněné u 90 % SMA pacientů mutacemi v genech pro „survival motor neurone gene“ (SMN)

HISTOLOGIE

- U infantilní maligní formy jsou konstantním nálezem velké skupiny atrofických vláken, které naleží oběma základním typům, hypertrofická vlákna naleží většinou typ I a vyskytují se ojediněle či v menších skupinkách.
- Juvenilní forma je charakterizována přítomností skupina atrofických i hypertrofických vláken, které vykazují i strukturální změny (vnitřní jádra, štěpení svalových vláken a regresivní změny).

5.1.2 Amyotrofická laterální skleróza (ALS)

ÚVOD

Progresivní degenerace horních i dolních motoneuronů.

(obr.)

KLINIKA

- svalová slabost, atrofie, křeče, fascikulace, dysarthrie
- postižení bulbárních svalů, svalů trupu i končetin
- distribuce predilekčně distální, může být i asymetrická

ETIOLOGIE

- sporadické i familiární formy ALS
- dědičnost familiárních forem ALS převážně dominantní
- zvažována je účast virové infekce a patologických imunitních mechanismů

HISTOLOGIE

- Přítomnost angulárních atrofických vláken ojediněle či v nevelkých skupinkách
- Atrofická vlákna naleží oběma typům svalových vláken
- Vyjímečně je i typové seskupování a přítomnost terčovitých vláken

5.1.3 Poliomyelitis acuta anterior

ÚVOD

Mezi získané afekce předního rohu míšního řadíme i poliomyelitis acuta anterior.

(obr.)

5.2 Postižení motorického kořene

5.2.1 Polyradikuloneuritis Guillain-Barré

KLINIKA

- symetrická distální i proximální svalová slabost predilekčně postižující dolní končetiny
- svalová bolest, ztráta šlachových reflexů, distální parestézie, oběhové poruchy
- respirační selhání, 30 % pacientů na umělé ventilaci
- 30 % pacientů kvadriplegických
- mortalita 3 – 10 %, imunomodulační terapie

ETIOLOGIE

- zánětlivé demyelinizační onemocnění autoimunní povahy

HISTOLOGIE

- Angulární atrofická vlákna samostatně i ve skupinách
- Známky reinervace: typové seskupování a terčovitá vlákna

5.2.2 Další postižení

ÚVOD

Do této skupiny onemocnění řadíme i komprese kořenů při diskopatiích, deformačních změnách páteře a extramedulárních tumorech.

(obr.)

5.3 Postižení periferního nervu

5.3.1 Hereditární senzomotorické neuropatie

KLINIKA

- progresivní slabost a atrofie distálních svalů horních i dolních končetin
- poruchy citlivosti, kožní troficity
- deformity nohou typu pes cavus

ETIOLOGIE

- geneticky heterogenní onemocnění
- dědičnost autosomálně dominantní, recesivní i vázaná na X chromosom

HISTOLOGIE

- hypertrofie vláken typu I
- přítomnost angulárně atrofických vláken, skupinových atrofií, typového seskupování a terčovitých vláken
- přítomnost regresivních a strukturálních změn svalových vláken

5.3.2 Získaná postižení periferního nervu

ÚVOD

Mezi získaná postižení periferního nervu řadíme traumatické, zánětlivé, toxické, metabolické či ischemické postižení.

(obr.)