

relevantná vzhľadom na absenciu štandardných vyšetrovacích metód týchto protilátok v likvore (18). V prípade našich pacientok nebolo možné laboratórne stanoviť ich hladiny v mozgovo-miechovom moku. Neurozobrazovacie vyšetrenie mozgu má za úlohu vylúčiť iné príčiny encefalopatie. Podobne ako v prípade vyšetrenia likvoru, je aj neurozobrazovací nálež u pacientov so SREAT nešpecifický a môže zahŕňať prítomnosť demyelinizačných lézií bielej hmoty mozgu aj v difúznej forme, pod obrazom leukoencefalopatie. Polovica pacientov však nemá abnormálny MRI nálež (18, 20–21). Popisované zmeny sú často reverzibilné s ich regresiou po kortikoidnej liečbe (23–24). Takýto priebeh ochorenia a MRI nálezu bol typický aj v prípade našej pacientky, kde vstupné MRI vyšetrenie odhalilo difúzne prejavy leukoencefalopatie, s kompletnou regresiou po kortikoidnej liečbe s odstupom troch mesiacov. Neurozobrazovací nálež druhej pacientky bol negatívny na prítomnosť ložiskových zmien. Nielen vstupné, ale aj kontrolné neurozobrazovacie vyšetrenie, má význam v sledovaní priebehu ochorenia.

Vzhľadom na predpokladaný autoimunitný pôvod SREAT v liečbe sa uplatňuje imunosupresívna terapia. Vysokoučinná je kortikoidná liečba, kde až 91 % pacientov dosiahne kompletnú alebo parciálnu remisiu stavu. Spravidla sa liečba začína pulznou dávkou, metylprednisolonom (1 g/denne v trvaní 3 – 5 dní) s pokračovaním v perorálnej forme prednisonom (1 g/kg) s postupným redukovaním dávky (22, 25). V oboch

prípadoch našich pacientok sme po kortikoidnej liečbe zaznamenali rýchle zlepšenie neurologického stavu s regresiou symptómov a v prípade jednej pacientky aj regresiu MRI abnormalít mozgu. Približne štvrtina pacientov (59/228) bola liečených druhou líniou liečby (azathioprin, plazmaferéza, intravenózne imunoglobulíny a iné) či už z dôvodu nedostatočného efektu predchádzajúcej liečby (14/59), alebo relapsu ochorenia (5/59). Liečba vedie k rýchlemu zlepšeniu klinického stavu (v priemere päť dní), so súčasným poklesom hladín protilátok. Relapsy ochorenia sa vyskytujú u približne 16 % pacientov v prvom roku sledovania (18).

Záver

SREAT predstavuje zriedkavú formu encefalopatie, ktorej mechanizmus vzniku nie je úplne objasnený. Heterogenita symptómov často napodobňujúcich iné neurologické (extrapyramídové, autoimunitné, neurodegeneratívne) ochorenia predstavuje nevyspytateľnosť tejto diagnózy. Aj keď nemáme v súčasnosti špecifický test, ktorý by nám SREAT potvrdil, a nálež sa opiera o často nešpecifické výsledky laboratórnych alebo neurozobrazovacích vyšetrení, SREAT by mal byť zahrnutý do diferenciálnej diagnostiky akútne manifestovaných neurologických alebo neuropsychiatrických prejavov, aj keď prítomnosť protilátok proti štítnej žľaze v laboratórnom náleze sama o sebe ešte diagnózu SREAT nepotvrdzuje.

LITERATÚRA

- Brain EH, Jellinek KB. Hashimoto's disease and encephalopathy. *The Lancet*.1966;288(7462):512-514.
- Castillo P, Woodruff B, Caselli R, et al. Steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis. *Arch Neurol*.2006;63:197-202.
- Ferracci F, Bertiato G, Moretto G. Hashimoto's encephalopathy: epidemiologic data and pathogenetic considerations. *J Neurol Sci*.2004;217(2):165-168.
- Sharan A, Sengupta S, Mukhopadhyay S, et al. Hashimoto's encephalopathy presenting with chorea. *J Assoc Physicians India*.2015;63(9):83-84.
- Salazar R, Mehta C, Zaher N, et al. Opsoclonus as a manifestation of Hashimoto's encephalopathy. *J Clin Neurosci*.2012;19(10):1465-1466.
- Arya R, Anand V, Chansoria M. Hashimoto encephalopathy presenting as progressive myoclonus epilepsy syndrome. *Eur J Pediatr Neurol*.2013;17(1):102-104.
- Gauthier AC, Baehring JM. Hashimoto's encephalopathy mimicking Creutzfeldt-Jakob disease. *J Clin Neurosci*.2017;35:72-73.
- Müssig K, Bartels M, Gallwitz B, et al. Hashimoto's encephalopathy presenting with bipolar affective disorder. *Bipolar disorders*.2005;7(3):292-297.
- Lin YT, Liao SC. Hashimoto encephalopathy presenting as schizophrenia-like disorder. *Cogn Affect Behav Neurosci*.2009;22(3):197-201.
- Arrojo M, Perez-Rodriguez M, Mota M, et al. Psychiatric presentation of Hashimoto's encephalopathy. *Psychosomatic medicine* 2007;69(2): 200-201.
- Tyler KL, Rüegg S. The neuromyology of Hashimoto encephalopathy: The emperor has no clothes. *Neurology*.2020;94(2):55-56.
- Mattozzi S, Sabater L, Escudero D, et al. Hashimoto encephalopathy in the 21st century. *Neurology* 2020;94(2):e217-e224.
- Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD. Serum TSH, T4, and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab*.2002;87(2):489-499.
- Payer J, Lisý L, Baqi L, et al. Hashimotova encefalopatia–vzácnny a neobvyklý syndróm. *Vnitř Lék*.2007;53(3):300-306.
- Graus F, Titulaer M, Balu R. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol*.2016;15:391-404.
- Waliszewska-Proszó M, Ejma M. Hashimoto Encephalopathy—Still More Questions than Answers. *Cells* 2022;11(18):2873.
- Ragusa F, Fallahi P, Elia G, Gonnella D, Paparo SR, Giusti C, Churilov LP, Ferrari SM, Antonelli A. Hashimoto's thyroiditis: Epidemiology, pathogenesis, clinic and therapy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2019;33:101367
- Laurent C, Capron J, Quillerou B, et al. Steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis (SREAT): characteristics, treatment and outcome in 251 cases from the literature. *Autoimmun Rev*.2016;15(12):1129-1133.
- Kothbauer-Margreiter I, Sturzenegger M, Komor J, et al. Encephalopathy associated with Hashimoto thyroiditis: diagnosis and treatment. *J Neurol*.1996;243(8):585-593.
- Castillo P, Woodruff B, Caselli R, et al. Steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis. *Arch Neurol*.2006;63(2):197-202.
- Mocellin R, Walterfang M, Velakoulis D. Hashimoto's encephalopathy. *CNS drugs* 2007;21(10):799-811.
- Montagna G, Imperiali M, Agazzi P, et al. Hashimoto's encephalopathy: A rare protein disorder. *Autoimmun Rev*.2016;15(5):466-476.
- Bohnen NILJ, Parnell KJ, Harper CM. Reversible MRI findings in a patient with Hashimoto's encephalopathy. *Neurology*.1997;49(1):246-247.
- Chang T, Riffys MTM, Gunaratne PS. Hashimoto encephalopathy: clinical and MRI improvement following high-dose corticosteroid therapy. *The neurologist*.2010;16(6):394-396.
- Zhou JY, Xu B, Lopes J, et al. Hashimoto encephalopathy: literature review. *Acta Neurol Scand*. 2017;135(3):285-290.