

❖ Czulość badania MRI do oceny niedokrwienia rdzenia kręgowego nie została dobrze udokumentowana. Obrazowanie MRI było diagnostyczne zaledwie u 45% z 54 kolejno poddanych badaniu pacjentów (w okresie 45 dni od początku objawów) z objawami ostrego niedokrwienia rdzenia kręgowego (mediana 1 dzień) [7]. DWI było przeprowadzone zaledwie u 5 pacjentów, a wielu z nich miało objawy o niewielkim nasileniu. W kolejnym badaniu na grupie 28 kolejnych pacjentów, MRI przeprowadzono (nie wykonano badania DWI) w ciągu 10 dni od początku objawów i było ono diagnostyczne w 24 przypadkach (86%). W czterech przypadkach kontrolny MRI nie wykazywał zmian, nawet mimo podania środka kontrastowego oraz braku zmian niedokrwieniowych w pierwszym badaniu MRI. W pozostałych publikacjach

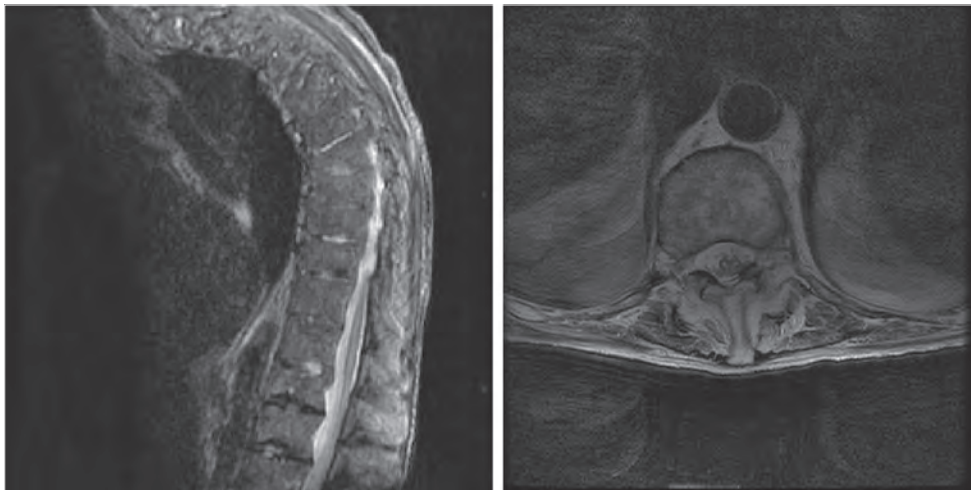
nie przedstawiono grup pacjentów badanych kolejno, dlatego też selekcja pacjentów może tłumaczyć wysoką czulość badania MRI w tych badaniach [8, 9, 14, 16]. Według naszych doświadczeń czulość MRI może być często zakłócona przez ruch oraz prawdopodobne artefakty.

❖ Angiografia nie jest zwykle wykonywana u pacjentów z niedokrwieniem rdzenia kręgowego tak długo, jak nie jest podejrzany jego związek z malformacją naczyniową. Selektywna katetyzacja tętnic rdzeniowych jest technicznie trudna i związana z możliwością uszkodzenia bądź okluzji naczynia. Angiografia nieinwazyjna (najczęściej angiografia MR) jest czasami wykorzystywana w celu wykluczenia współistniejących nieprawidłowości naczyniowych, ale ich wartość diagnostyczna pozostaje nieokreślona [20].

Opis przypadku

74-letni mężczyzna obciążony naczyniowo, po zabiegu pomostowania biodrowo-udowego, został przyjęty do szpitala celem chirurgicznego zaopatrzenia powiększającego się tętniaka w odcinku piersiowo-brzusznym. Przed zabiegiem założono cewnik dokanałowy. Przebieg operacji bez powikłań. Jednakże po interwencji chirurgicznej u chorego zaobserwowano paraplegię. W badaniu neurologicznym zaobserwowano niedowład kończyn dolnych z zachowaną jedynie ruchomością paluchów. Nie stwierdzono jednoznacznego poziomu zaburzeń czucia. MRI rdzenia kręgowego wykonane w drugiej dobie po zabiegu było wysoce niediagnostyczne z uwagi na liczne artefakty ru-

chowe. W kontrolnym badaniu MRI 10 dni po interwencji chirurgicznej (ryc. 9-4), potwierdzono obecność ogniska niedokrwieniowego w obrębie rdzenia ciągnącego się od poziomu Th10-11 do stożka. Stan neurologiczny pacjenta nie uległ poprawie i został on wypisany 2 tygodnie później z utrzymującą się paraplegią, neurogennymi zaburzeniami zwieraczy oraz leczeniem przeciwbólowym w związku z dolegliwościami bólowymi w obrębie pleców. Pacjent zmarł 2 miesiące po wypisie z powodu domniemanej zatorowości płucnej (profilaktyki przeciwzakrzepowej zaniechano po incydencie krwawienia do przewodu pokarmowego – melena).



Rycina 9-4. W badaniu MRI kręgosłupa piersiowego w sekwencji FSE T2-zależnej w przekroju strzałkowym w obrębie rdzenia kręgowego stwierdzono zmianę hiperintensywną rozciągającą się od poziomu Th10-Th11 do stożka rdzenia. Nasilona skolioza pozwala jedynie na częściowe uwidocznienie długości rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (obraz po lewej stronie). W przekroju poprzecznym widoczne jest zajęcie w przewodzie części przedniej rdzenia kręgowego (obraz po prawej stronie).