

Tab. 1. Klasický typ CIDP a nejčastější varianty CIDP (Kuwabara, 2015)

Klinický nález	Charakteristika	Neurofyziologický nález	Výskyt
Klasická symetrická CIDP	Distální i proximální parézy, poruchy cití	DML, MCV, bloky vedení, chronodisperze, SCV	60 %
MADSAM (Multifocal Acquired Demyelinating Sensory And Motor Polyneuropathy)	Asymetrické parézy i poruchy cití převážně na HK	Bloky vedení, snížení amplitudy či arey CMAP, snížení až nevýbavnost SNAP	25–34 %
DADS (Demyelinating Acquired Distal Symmetric Neuropathy)	Parézy a poruchy cití akrálně na končetinách	Prodloužení DML, snížení MCV, amplitudy CMAP i SNAP, SCV	8 %
Čistě motorická forma	Více na DK	Nízká amplituda – CMAP, bloky vedení, nízká MCV	1 %
Čistě senzitivní forma	Hypestezie na akrech končetin, často ataxie	Snížení SCV a A-SNAP	1 %
Fokální postižení plexus brachialis či lumbosacralis	Parézy lokalizovány v oblasti pletenců	Snížení A-CMAP, MCV, SCV	vzácná
ALS-like	Parézy a rozvoj atrofií svalů	Nižší CMAP a snížená MCV	vzácná

DML – distální motorická latence; MCV – rychlost vedení motorickými vlákny; SCV – rychlost vedení senzitivními vlákny; CMAP – složený motorický akční potenciál; SNAP – senzitivní nervový akční potenciál; A – amplituda

Pokud je diagnóza CIDP jistá či pravděpodobná, pak se léčba CIDP zahajuje tzv. indukční léčbou. V současné době existují tři léčebné postupy, jejichž efekt byl prokázán a jejichž terapeutický efekt je ekvivalentní – léčba kortikosteroidy, IVIG (intravenózní podání imunoglobulinů), TPF (terapeutická plazmaferéza). Vzhledem k výrazně vyšším nárokům na technické vybavení a k významně vyššímu výskytu nežádoucích účinků je TPF považována za léčbu druhé volby. Podání kortikosteroidů a IVIG představuje léčbu první volby (Bednařík et al., 2010; Pourmad, 2009).

Vzhledem k výrazně vyšším nákladům na terapii IVIG či TPF je léčba kortikoidy přes závažné nežádoucí účinky tím obvyklým lékem první volby (Bednařík, 2016).

Nejčastěji se terapie CIDP zahajuje vysokými dávkami kortikosteroidů. Kuwabara et al. (2015) doporučují intravenózní podání 1 g metylprednisonu po dobu 3 dnů a pak pokračovat perorální dávkou 100 mg prednisonu obden. Každý měsíc se snižuje dávka prednisonu o 5–10 mg. Léčba kortikosteroidy trvá 19–20 měsíců. Intravenózní podání i vysokých dávek kortikosteroidů je zatíženo relativně nižším výskytem vedlejších nežádoucích reakcí. Rovněž intermitentní podávání kortikoidů intravenózně má nižší výskyt nežádoucích reakcí.

Pro perorální léčbu doporučují Amato a Russell (2008) zahájit terapii dávkou 1,5 mg/kg váhy (až 100 mg), tuto dávku udržet po dobu 2–4 týdnů a přejít na dávkování obden 100 mg prednisonu. Tato dávka by měla být