



měsíců (typ GBS), nevyhovují všem kritériím CIDP (klinická, biologická, elektrofyziologická). Své nemocné pak rozdělili do dvou skupin.

Na léčbě závislá skupina byla definovaná nemožností podstatné redukce léčby v průběhu 24 měsíců, a to během čtyř týdnů, aniž by se provokoval relaps v průběhu následujících tří měsíců. Tato skupina vyžadovala trvalé a pravidelné podání léčby.

Skupina s vysazením léčby byla definovaná úplným vysazením imunologické léčby v průběhu nejméně 18 měsíců, a to bez rozvoje relapsu.

Čtrnáct nemocných rovněž užívalo mykofenolát mofetil, a to pět ve skupině s vysazením léčby a devět ve skupině na léčbě závislé. Jedenáct bylo léčeno azathioprinem, a to dva ve skupině s vysazením léčby a devět ve skupině na léčbě závislých pacientů.

Kortikoidy byly úspěšně vysazeny u 15 z 18 nemocných (83 %), zatímco IVIG byl vysazen pouze u 11 z 38 nemocných (29 %). Skupina na léčbě závislých pacientů obsahovala 34 pacientů, z toho tři byli léčeni kortikoidy (9 %) a 27 (79 %) bylo léčeno IVIG. Skupina s vysazenou léčbou zahrnovala 36 pacientů, z toho bylo 15 léčeno kortikoidy (42 %) a 11 (31 %) léčeno IVIG.

Kuwabara et al. (2006) uvádí, že dobrá iniciální odpověď na léčbu kortikoidy je častější u těch, kteří jsou schopni zcela vysadit léčbu a dosáhnout kompletní remise. Uvádí také, že multifokální typ postižení (MADSAM) je klinický faktor, který se pojí s nemožností vysadit léčbu. Léčba kortikoidy u nemocných s MADSAM je jednak často neúspěšná, ale někdy dokonce může vést i ke zhoršení klinického nálezu (Attarian et al., 2011). Rabin et al. (2014) konstatují, že nemocní závislí na léčbě nejčastěji mají klinickou odpověď na IVIG, bývají rezistentní na léčbu kortikoidy jako primární terapii, mají delší interval do dosažení efektivní léčby a klinicky se vyznačují multifokálním deficitem. Nemocní schopní

pak ukončit léčbu mívají subakutní začátek a mívají dobrý efekt léčby kortikoidy jako primární terapie.

Ve snaze o redukci závažných vedlejších účinků chronické terapie kortikoidy se nasazují další imunosupresiva (azathioprin, mykofenolát mofetil, cyklosporin). Tato steroid-šetřící imunosupresiva pak dovolují snížit denní dávku steroidů. Existuje však celá řada studií, kdy by se s úpravou dávkovacího režimu kortikoidů měl snížit výskyt nežádoucích účinků. Byla provedena studie hodnotící účinnost a bezpečnost pulzního podávání methylprednisolonu, kdy bylo podáváno 500 mg methylprednisolonu per os jednou týdně, a to po dobu tří měsíců s následnou úpravou dávky o 50–100 mg podle klinického stavu. Při srovnání pulzního podání kortikoidů s kontinuální (každodenní) léčbou kortikoidy se dosáhne stejného efektu, avšak s nižším výskytem vedlejších účinků. Proto by se měla dát přednost pulznímu podávání (Muley et al., 2008). V rámci dvojité slepé randomizované studie byl jedné skupině nemocných perorálně podáván dexamethason 40 mg denně po dobu čtyř dnů v měsíci a další skupině prednison v počáteční dávce 60 mg denně, která byla postupně snižována. Tento dávkovací režim trval šest měsíců. Pulzní podání dexamethasonu vedlo k časnějšímu dosažení remise. Nežádoucí účinky se celkově nelišily mezi léčebnými skupinami, rozdíl byl jen ve výskytu některých nežádoucích účinků (cushingoidní habitus a nespavost se vyskytovaly častěji ve skupině léčené prednisolonem) (van Schaik et al., 2010).

Udržovací dávky kortikoidy by měly být co nejnižší a přitom se zachovanou účinností na tlumení zánětlivých změn a udržení nemoci v klinické remisi. Pokud však dojde k rozvoji nežádoucích vedlejších účinků – zejména osteoporózy, katarakty, diabetu – pak je indikována změna terapie: nasazení IVIG a vysazení kortikoidů (switch). Při terapii IVIG se udržovací dávka pohy-