



buje mezi 0,4 a 1,2 g/kg (Yoon et al., 2011). I tyto udržovací dávky IVIGu se u více než 50 % nemocných ještě mohou dále snižovat bez toho, že by se provokovala exacerbace CIDP (MRC trial). Plazmaferéza se pro dlouhodobou terapii nehodí. Avšak u nemocných, kteří se postupně stávají rezistentní na léčbu IVIG, je indikována jedna kompletní kúra plazmaferézou. Po této kúře se může obnovit pozitivní reakce na podání IVIG (Berger et al., 1995).

V terapii se používají kortikoidy ve vysokých dávkách a pozitivní reakce – ústup potíží, klinického i neurofyzilogického nálezu – je jedním z diagnostických kritérií CIDP. V léčbě se používají intravenózní imunoglobuliny (opakovaná podání) a při výrazné atace je úspěšná i plazmaferéza. Asi 21 % všech nemocných s CIDP je refrakterních na všechny tyto typy terapie a vyznačují se těžkým postižením a nepříznivým průběhem (Kuwabara et al., 2015).

Doporučená terapie CIDP se v zásadě shoduje se Standardem terapie CIDP DGN – Německé neurologické společnosti:

- zahájit terapii intravenózním podáním methylprednisolonu 500–1 000 mg/den, po dobu 3–6 dnů, po vyloučení kontraindikací; pak převést na orální prednison v dávce 1 mg/kg váhy a pak postupně snižovat až na udržovací dávku,
- podat 500 mg methylprednisolonu per os po dobu čtyř dnů a každý měsíc tuto dávku opakovat,
- IVIG při kontraindikacích podání kortikoidů, při rozvoji netolerovatelných vedlejších účinků kortikoterapie či při neúčinnosti kortikoterapie (chybění terapeutického efektu po 2–4 týdnech kortikoterapie),
- při nedostatečném efektu kortikoterapie je indikována kombinovaná léčba (přidání imunosupresiv do medikace azathioprin, Cyclosporin A, metotrexát, mykofenolát mofetil),
- plazmaferéza při akutním zhoršení CIDP či při selhání léčby (kortikoidy či IVIG, dle 1, 2, 3).

LITERATURA

1. Amato AA, Russell JA. Neuromuscular disorders. New York: McGraw Hill Medical, 2008.
2. Attarian S, Verscheueren A, Franques J. Response to treatment in patients with Lewis Sumner syndrome. Muscle Nerve 2011; 44: 179–184.
3. Bednařík J. Chronická zánětlivá demyelinizační neuropatie. Neurol. praxi 2016; 17(1): 16–21.
4. Bednařík J, Vohánka S, Ehler E, Ambler Z, Piňha J, Veckovský J, Litzman J, Kořínek Z, Suchý M, Pátá M, Kožený P. Standard pro léčbu pacientů s autoimunitními nervosvalovými onemocněními intravenózním lidským imunoglobulinem a plazmaferézou. Česk Slov Neurol N 2010; 73/106: 579–589.
5. Berger AR, Herskovitz S, Sceissa S. The restoration of IVIG efficacy by plasma Exchange in CIDP. Neurology 1995; 45: 1628–1629.
6. Desai J, Ramois-Platt L, Mitchel WG. Treatment of pediatric chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy: challenges, controversies and questions. Ann Indian Acad Neurol 2015; 18: 327–330.
7. Ehler E. Chronická zánětlivá demyelinizační polyradikuloneuropatie. Neurol. praxi 2015; 16(4): 215–218.
8. Hughes RAC, Donofrio P, Brill V, Dalakas MC, Deng Ch, Hanna K, Hartung HP, Latov N, Merkies ISJ, van Doorn PA, on behalf of the ICE Study Group. Intravenous immune globulin (10 % caprylatechromatography purified) for the treatment of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (ICE study): a randomised placebo-controlled trial. Lancet Neurol 2008; 7: 136–144.
9. Kuwabara S, Missawa S, Mori M. Long term prognosis of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy: a five year follow-up of 38 cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006; 77: 60–70.
10. Kuwabara S, Iose S, Mori M, Mitsuma S, Sawai S, Beppu M, Sekiguchi Y, Misawa S. Different electrophysiological profiles in „typical“ and „atypical“ chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2015; 86: 1054–1059.
11. Muley SA, Kelkar P, Parry GJ. Treatment of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy with pulsed oral steroids. Arch Neurol 2008; 65: 1460–1464.
12. Nobile-Orazio E, Cocito D, Jann S, Uncini A, Beghi E, Messina P, Antonini G, Fazio R, Gallia F, Schenone A, Francia A, Pareyson D, Santoro L, Tamburin S, Macchia R, Cavaletti G,