

Neurologové se ptají...

Jak co nejvhodněji snižovat kortikosteroidy u myasthenia gravis?

J.B., Brno

Léčba kortikosteroidy (KS) u myasthenia gravis (MG) včetně jejich snižování je vždy individuální. Záleží na stupni postižení, rychlosti vývoje onemocnění a tendenci k navození klinické remise, dále i na tom, zda jde o monoterapii, či kombinaci s imunosupresivy. Rozdílný postup bude u polymorbidních starších pacientů se zvýšenými riziky nežádoucích účinků oproti mladším nemocným po provedené tymektomii s nálezem hyperplastického tymu. Indikace k nasazení KS jsou obecně známé.

Útočnou dávku cca 0,8–1 mg/kg hmotnosti doporučujeme navyšovat postupně, např. od 10–15 mg o 5 mg každý 2. den. U minimálně 1/3 pacientů s MG, zejména s oslabením faciobulárních svalů a starších pacientů vede náhlé nasazení KS ke zhoršení choroby až k vývoji myasthenické krize! Zejména u starších nemocných se od počátku osvědčilo podávání obdení, které minimalizuje nežádoucí účinky KS. Obdení dávky podáváme i při vystoupení na maximální dávky, které ponecháváme minimálně 6–8 týdnů. U oční formy MG zpravidla postačuje dávka nižší, a sice 30–40 mg. Tento režim umožňuje při dob-

ré compliance léčbu ambulantní s pravidelným sledováním laboratorních parametrů (minerály, glykemie, urea, kreatinin, cholesterol, osmolalita apod.), zejména u starších nemocných.

Z klinické praxe plyne, že první známky ústupu myasthenické slabosti pozorujeme cca 3.–5. týden útočné dávky. Největší chybou je začít snižovat dávky KS předčasně, nebo dokonce KS náhle vysadit!

U mladších pacientů připravovaných k tymektomií snižujeme např. Prednison z plné dávky o 5–10 mg/týden na cca 20 mg a ponecháváme tuto dávku v období kolem operace. Pokud je pacient nadále v klinické remisi, můžeme po cca 6 týdnech od operace postupně a velmi pomalu snižovat dávky na 15 mg, po dalších 3–6 týdnech na 10 mg denně nebo obden. V dalším průběhu lze dávky KS dále snižovat tak, že do 9–15 měsíců od operace je lze velmi opatrně vysadit.

Jiná situace je u starších nemocných, kdy tymektomie není indikována a kdy jsme zpravidla nuceni zavést terapii KS jako trvalou. V těchto případech je výhodné nasadit současně i KS šetřící imunosupresiva (lékem první volby je azathioprin). Režim snižování je v tomto případě podobný jako u pacientů mladších, preferujeme však snižování pomalejší, např. o 5 mg Prednisonu denně či obden, 3–6 týdnů ponechat dávku 20 mg a pak velmi zvolna dále klesat na dávku výslednou. Udržovací

dávka se pohybuje mezi 5–10 mg Prednisonu obden. Vysazení KS po delší době užívání i při dlouhodobé klinické remisi je vždy krokem do neznáma a je opodstatněné snad jen v případech extrémních nežádoucích účinků. Neexistuje žádný laboratorní ukazatel, kterým bychom se mohli řídit. Týká se to i pacientů s oční formou MG, u nichž po vysazení KS pozorujeme velmi často relapsy onemocnění!

Preventivní navyšování KS, např. při plánovaných operačních výkonech, či během infekcí není u MG nutné.

U dlouhodobé terapie KS je velmi důležité kromě podávání H2 blokátorů, či lépe inhibitorů protonové pumpy spolu se suplementací kalia provést kostní denzitometrii se sledováním kostní denzity s odstupem 1–2 let. U pacientů s osteopenií je nutné preventivní užívání kombinovaných preparátů, obsahujících kalcium a vitamin D. Klinické i laboratorní kontroly musí být samozřejmostí.

Bližší informace lze nalézt, či na podrobnější dotazy odpovědět na www.myastheniagravis.cz

MUDr. Jiří Piřha

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 128 21 Praha 2
myadisp@seznam.cz



Jaké je požadováno rozmezí MMSE pro úhradu kognitiv v léčbě Alzheimerovy nemoci?

M.T., Brno

Inhibitory acetylcholinesterázy (iAChE: donepezil, rivastigmin, galantamin) jsou doporučeny pro léčbu lehké až středně těžké Alzheimerovy nemoci (AN) a rivastigmin také pro léčbu demence při Parkinsonově nemoci. Efekt léčby byl prokázán dvojími slepými studiemi, terapie příznivě ovlivňuje kognitivní funkce, poruchy chování a nálad i celkový funkční stav pacientů a schopnost vykonávat běžné denní aktivity (dle výsledků randomizovaných studií snižuje rychlost progresu ve srovnání s placebem). Ačkoliv byl prokázán efekt terapie iAChE ihned po stanovení diagnózy pravděpodobné AN, platí u nás regulační omezení pro úhradu léčby pojišťovnami. Pro úhradu léčby je požadováno

rozmezí *Mini-Mental State Testu (MMSE) 13–20 bodů*, dále je nutná kontrola kognitivního výkonu pacienta po 3 měsících a vysazení iAChE při poklesu MMSE o více než 2 body.

U pacientů se středně těžkou až těžkou AN je doporučeno nasazení *memantinu (nekompetitivního antagonisty N-metyl-D-aspartátových receptorů)* v monoterapii či v kombinaci s iAChE. Efekt memantinu byl opět prokázán dvojími slepými studiemi. Pro úhradu léčby pojišťovnami je požadováno *rozmezí MMSE 6–17 bodů*.

Názor autorky i stanovisko Sekce kognitivní neurologie ČNS se liší od současné strategie úhrady léčby kognitivní pojišťovnami. Vzhledem k tomu, že největší efekt přináší léčba v raných stádiích demence, měla by být posunuta horní hranice pro úhradu iAChE pojišťovnami z 20 na 24 bodů v MMSE. Také vysazení léčby kognitivní při poklesu MMSE o více než 2 body za 3 měsíce

není podloženo výsledky randomizovaných studií a medicíny založené na důkazech.

Detailněji viz též:

- Doporučené postupy pro léčbu Alzheimerovy nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí (Sheardová K. et al.) volně přístupné na webové stránce Sekce kognitivní neurologie ČNS: www.kognice.cz.
- Neurodegenerativní demence (Rektorová I.), *Cesk Slov Neurol N* 2009; 72/105(2): 97–109.

doc. MUDr. Irena Rektorová, Ph.D.

I. neurologická klinika LF MU
a FN u sv. Anny
Pekařská 53, 656 00 Brno
irena.rektorova@fnusa.cz

