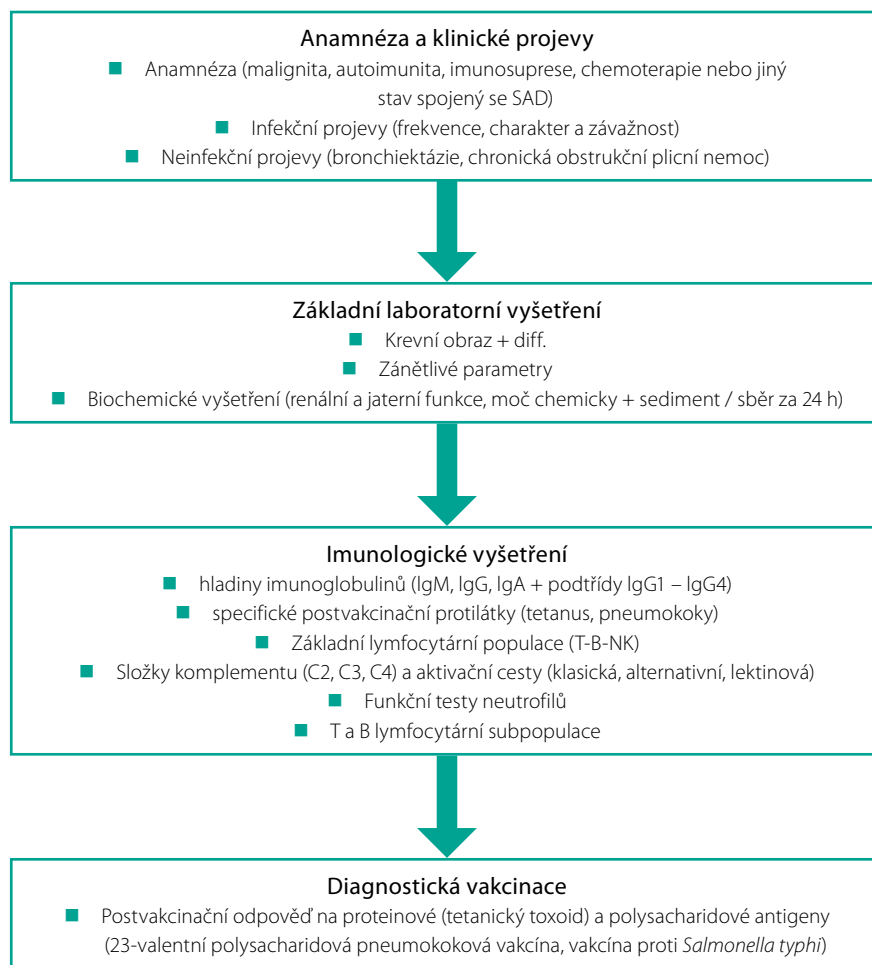


Obr. 3. Schéma diagnostického postupu u sekundárních protilátkových imunodeficiency

terapií můžeme detekovat falešně pozitivní výsledky. K diagnostice infekcí bychom tak měli využívat výhradně přímé diagnostické metody, jako je detekce nukleových kyselin polymerázovou řetězovou reakcí nebo antigenu (17). Imunologické parametry pak sledujeme v pravidelných, obvykle ve 3–6měsíčních intervalech. Aktivně také pátráme po možných dlouhodobých následcích infekcí, jako jsou bronchiektázie či chronická obstrukční plicní nemoc. U vybraných pacientů tak zvažujeme provedení zobrazovacích metod a funkčního plicního vyšetření (14).

Léčba

Základním terapeutickým cílem je prevence závažných infekcí. Mimo režimových opatření zahrnujících snížení rizika infekce patří mezi základní pilíře antibiotická profylaxe, vakcinace a imunoglobulinová substituční terapie. V případě závažných infekcí by naše snaha měla vést také k optimalizaci imunosupresivní a cytostatické léčby, pokud je to v rámci terapie základního onemocnění možné. Pátráme také po komorbiditách, které mohou průběh infekcí zhoršovat, jako je bronchiální astma, gastroezofageální refluxní choroba nebo diabetes mellitus. Antibiotická profylaxe je obvykle první linií léčby a nezbytným krokem k indikaci imunoglobulinové substituční terapie. I přes negativa, jako jsou možné nežádoucí účinky a rozvoj rezistence, má antibiotická terapie své opodstatnění. RATIONAL, otevřená, randomizovaná studie fáze 2 hodnotila po dobu 12 měsíců u kohorty 63 pacientů se sekundárním protilátkovým deficitem (po léčbě CLL, MM nebo NHL)

Tab. 2. Hodnocení postvaccinační odpovědi

Vakcína	Protektivní titer protilátek
Tetanický toxoid	> 0,1–0,2 IU/ml (ELISA)
Difterický toxoid	> 0,1–0,2 IU/ml (ELISA)
Hepatitida B	10 mIU/ml
<i>Haemophilus influenzae</i> typ B	1 mg/ml
Pneumokoková vakcína polysacharidová (23-valentní)	0,35 mg/ml
Pneumokoková vakcína konjugovaná (13-valentní)	1,3 mg/ml

Tab. 3. Příklady profylaktických režimů

Infekce	ATB režim
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	Kotrimoxazol (400/80 denně)
<i>Staphylococcus</i> spp.	Kotrimoxazol (400/80 denně)
<i>Streptococcus</i> spp.	Azithromycin (250–500 mg 3x týdně)
<i>Aspergillus</i> spp.	Itrakonazol (200 mg denně)
<i>Kandida</i> spp.	Flukonazol (400 mg denně)
HSV/VZV	Acyklovir (800 mg 2x denně)
CMV	Valgancyklovir (900 mg denně)

efektivitu imunoglobulinové substituční terapie (v dávce 400 mg/kg/měsíc) ve srovnání s antibiotickou profylaxí (kotrimoxazol 960 mg nebo doxycyklin 100 mg denně). Studie prokázala srovnatelný účinek obou přístupů. Na konci sledování bylo na léčbě imunoglobuliny 71 % a na antibiotické profylaxi 76 % pacientů. Dolní kvartil doby do první závažné infekce byl 11,1 měsíce v rameni s imunoglobulinem ve srovnání