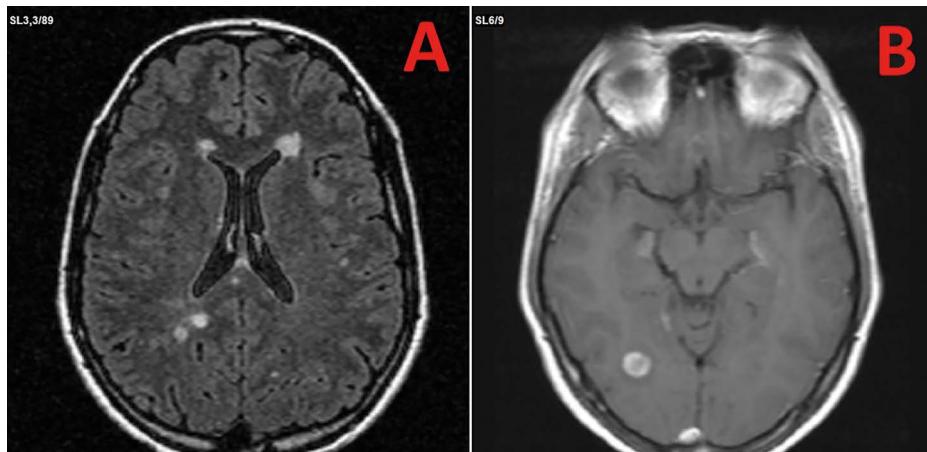
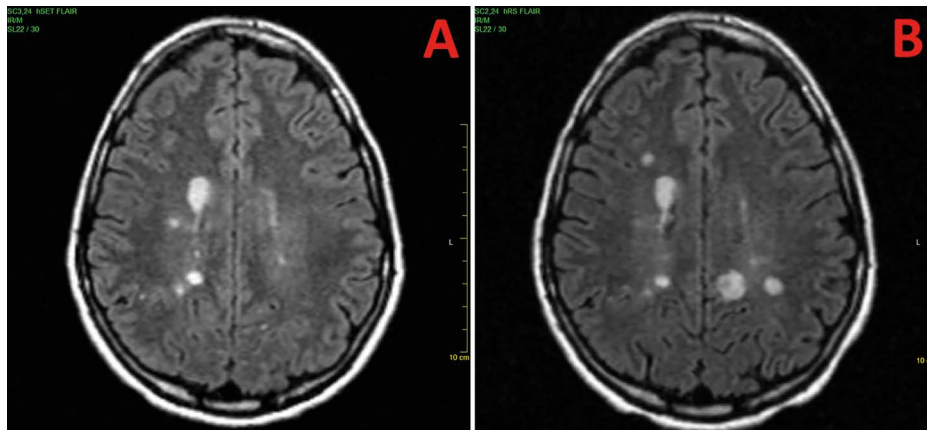


Obr. 1. Diagnostická magnetická rezonance mozku. V oblasti bílé hmoty jsou patrná vícečetná ložiska, především periventrikulárně, dále v hluboké bílé hmotě, drobné ložisko ve spleniu corporis callosi (A), enhancing ložisko temporálně vpravo (B) jako známka aktivity onemocnění



Obr. 2. Porovnání ložiskového nálezu na magnetické rezonanci mozku, vstupní vyšetření (A) a patrný nárůst počtu ložisek při kontrole v roce 2009 (B)



zvýšil z 2,75 cm³ na 7,02 cm³ a snížila se brain parenchymal fraction (BPF) z 88,035 na 85,086 (Obr. 2). Vzhledem k rozvoji depresivní symptomatiky byl psychiatrem nasazen selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Pacientka byla eskalována na intravenózní natalizumab. V dalším průběhu byla dlouhodobě stabilizována s EDSS 3, nové relapsy se neobjevily. Stabilní byl i nález na MR. Protilátkový index viru Johna Cunninghama (JCV) se držel pod hodnotou 0,9.

Zlom nastal až v roce 2019. JCV index stoupl na 1,8 (resp. 1,7 v kontrolním odběru s odstupem měsíce), doplněné vyšetření mozkomíšního moku včetně polymerázové řetězové reakce (PCR) testu na detekci JCV bylo bez pozoruhodností, stejně tak byl stacionární nález rozsahu ložiskového poškození, bez podezření na progresivní multifokální leukoencefalopatii (PML) (Obr. 3). Z důvodu zvýšeného rizika možného rozvoje PML byla indikována změna terapie. I s ohledem na riziko rebound fenoménu volba padla na intravenózní okrel-

zumab a po zaočkování proti tetanu (z důvodu nedostatečné ochranné hladiny protilátek) byla za 52 dní po poslední infuzi natalizumabu terapie zahájena. Kromě opakovaných nekomplikovaných zaléčených labiálních herpetických infekcí (přibližně 2x ročně) a několika lehkých infekcí horních cest dýchacích byl zdravotní stav pacientky během dalšího sledování bez výskytu relapsů a zcela stacionární, a to včetně MR nálezu, kde byly od roku 2009 stacionární vedle počtu ložisek i hodnoty LL a BPF (Obr. 3). V roce 2023 přetrvává EDSS 3.

Diskuze

Popisovaná kazuistika se může zdát triviální, názorně však ukazuje hned několik skutečností. Jednak příznivý průběh RS po relativně časném nasazení HET (z hlediska klinických i paraklinických charakteristik), jednak bezpečnostní rizika plynoucí z využitích DMT a důležitost pravidelného sledování efektivity i nežádoucích událostí s včasnou reakcí ošetřujícího lékaře. Opomenout nesmíme ani

nutnost ostražitosti u pacientů s pozitivní rodninou anamnézou – RS je sice onemocnění multifaktoriální, přímí příbuzní pacientů však mají riziko rozvoje tohoto onemocnění až sedmkrát vyšší (Nielsen et al., 2005). V neposlední řadě pak poukazuje na důležitost režimových opatření ze strany pacienta, konkrétně zde zanechání kouření a pravidelná fyzická aktivita.

Superiorní efektivitu časného nasazení HET prokázala již řada studií zejména z reálné klinické praxe. Příkladem jsou retrospektivní data z mezinárodního registru MSBase a švédského národního registru, která po 6–10 letech zaznamenala nižší nárůst EDSS u pacientů, kteří HET zahájili stejně jako pacientka v této kazuistice – do dvou let od začátku RS – oproti těm, kteří HET začali užívat až po 4–6 letech (He et al., 2020). Menší nárůst EDSS u pacientů časně léčených HET ve srovnání s těmi vedenými eskalačním přístupem potvrdila také populační studie z východního Walesu (Harding et al., 2019) nebo desetiletá multicentrická studie u dříve neléčených italských pacientů (Prosperini et al., 2020). Velmi zajímavou prací je pak studie porovnávající efektivitu časně intenzivní a eskalační strategie na základě dat ze švédského a dánského národního registru. Švédská strategie preferující časnou intenzivní terapii byla ve srovnání s dánskou strategií využívající více eskalační terapii spojena s o 29 % nižším výskytem 24týdenní konfirmované progresse, s o 24 % nižší mírou dosažení EDSS 3 a o 25 % nižší mírou dosažení EDSS 4 (Spelman et al., 2021). I v České republice byla, podobně jako v Dánsku, dlouhou dobou preferována strategie eskalační, a to dílem i kvůli úhradovým kritériím. Není proto divu, že při porovnání výstupu národních registrů švédská strategie preferující časnou intenzivní terapii přinesla ve srovnání s českou redukcí rizika dosažení EDSS 4 o 26 % a snížení rizika relapsu o 66 % (Hrnciarova et al., 2023). Zmiňovaná velmi slibná data z reálné klinické praxe by pak v budoucnu mohla podpořit i závěry z probíhajících randomizovaných klinických studií TREAT-MS (ClinicalTrials.gov, 2023) a DELIVER-MS (ClinicalTrials.gov, 2023) přímo porovnávajících klinické a radiologické dopady časně intenzivní a eskalační strategie. Jejich první výsledky lze očekávat v průběhu roku 2024.