na IVIg, preto sa v usmernení odporúča testovať protilátky u pacientov, ktorí nereagujú na liečbu prvej línie, najmä ak majú atypické príznaky, ako sú bolesť, tras a závažná ataxia (Querol et al., 2017; Vural et al., 2018; Collet et al., 2023; Turčanová Koprušáková et al., 2023).

Rutinné testovanie na protilátky sa zatiaľ neodporúča, ale v Európe a Japonsku je čoraz bežnejšie. Treba však poznamenať, že na testovanie autoprotilátok sa používajú rôzne techniky s rôznym diagnostickým výkonom a nie každá testovacia technika je bežne dostupná alebo spĺňa normy kvality.

EAN/PNS 2021 odporúča klasifikovať „autoimunitné nodopatie" ako samostatné ochorenie. Toto odlíšenie je založené na ich jedinečných klinických znakoch, patofyziologických rozdieloch a slabej odpovedi na IVIg (van den Bergh et al., 2021).

Skríning na monoklonálne proteíny (M-proteín) vrátane imunofixácie sa odporúča u všetkých pacientov s klinickým podozrením na CIDP (van den Bergh et al., 2021).

V prípade, že nedôjde k odpovedi na liečbu a je prítomný distálny fenotyp, malo by sa zvážiť opakovanie analýzy M-proteínu a vyšetrenie protilátok proti glykoproteínu asociovanému s myelínom (MAG), aby sa znížilo riziko nesprávnej diagnózy. V dvoch predchádzajúcich štúdiách, ktoré zahŕňali spolu 113 pacientov, bolo identifikovaných šesť pacientov, ktorí spĺňali diagnostické kritériá CIDP a boli pozitívni na anti-MAG protilátky bez paraproteinémie IgM (Sakamoto et al., 2017; Pascual-Goni et al., 2019).

Biopsia nervu

Biopsia nervu je užitočná pri podozrení na CIDP, ak ju nie je možné dokázať pomocou NCS, zobrazovacích metód a/alebo vyšetrenia CSF. Tiež môže pomôcť v odlíšení CIDP od iných neuropatií, najmä vtedy, ak nereagujú na konvenčnú liečbu a zvažuje sa alternatívna diagnóza (vaskulitická neuropatia, amyloidóza, sarkoidóza, neurolymfomatóza, nádory nervo-

Tab. 3. *Nálezy pomocných vyšetrovacích metód podporujúce/nepodporujúce diagnózu CIDP*

Diagnostický test	Nálezy typické pre CIDP	Kedy testovať	Chyby a omyly
LP	Proteinorachia Normálna koncentrácia buniek	Ak podozrenie na infekciu a malignitu Ak splnené klinické kritériá pre CIDP, ale slabo podporujúce nálezy na NCS	Proteinorachia prítomná aj pri DM Koncentrácia bielkovín v CSF sa môže zvyšovať s vekom Ak splnené klinické a NCS kritériá, nie je potrebná LP LP nemá prídavný diagnostický význam, ak pacient nespĺňa klinické a NCS kritériá pre CIDP
UZ PNS	Zväčšenie CSA priemeru periférnych nervov, koreňov, brachiálneho plexu	Ak podozrenie na fokálnu kompresiu nervu Ak NCS nálezy slabo podporujú CIDP pri splnení klinických kritérií, alebo na vylúčenie CIDP	Nie je možné odlíšiť CIDP od iných zápalových a hereditárnych PNP (MMN, CMT, vaskulitída) Vyžaduje erudíciu a skúsenosť v UZ hodnotení nervov Nemá prídavný diagnostický benefit, ak nie sú splnené klinické a NCS kritériá pre CIDP
MRI	Hypertrofia alebo patologický enhancement cervikálnych/lumbálnych koreňov alebo CB/LS plexu	Diferenciálna diagnostika, ak podozrenie na patologický proces v spinálnej mieche	Vyžaduje erudíciu a skúsenosť v MRI hodnotení PNS Vysoká variabilita medzi hodnotiacimi Nemá prídavný diagnostický benefit, ak nie sú splnené klinické a NCS kritériá pre CIDP
Biopsia nervu	Cibuľovité formácie, makrofágmi indukovaná demyelinizácia a remyelinizácia nervových vlákien	Vysoké (klinické) podozrenie na CIDP, ale nemožnosť potvrdenia CIDP pomocou NCS, laboratórne alebo zobrazením PNS Ak podozrenie na vaskulitídu, amyloidózu, sarkoidózu, tumory PNS	Vysoké riziko trvalého poškodenia bioptizovaného nervu Známky demyelinizácie často nie sú zachytené pri biopsii, čo vedie k nízkej diagnostickej výťažnosti
Skríning M-proteín	Nie je prítomný (žiadne monoklonálne protilátky)	U všetkých pacientov, ak podozrenie na CIDP Opakovať v prípade, keď pacient nereaguje na terapiu, hlavne ak distálny variant CIDP alebo ataxia	Monoklonálne M-proteíny sú často prítomné, ale nemajú vždy klinický význam (MGUS)
Autoprotilátky	Žiadne	V prípade klinických známok, tzv. red flags: tremor, ataxia Ak žiadna/nedostatočná odpoveď na liečbu Ak pozitivita IgM, doplň vyšetrenie anti-MAG protilátok	Nemajú prínos u pacientov s dobrou odpoveďou na liečbu Analýza protilátok asociovaných s nodo-/paranodopatiami musí byť realizovaná v špecializovaných laboratóriách
SSEP	Žiaden/limitovaný dôkaz o ich prínose pri CIDP	Ak klinicky prítomná senzitívna CIDP (CISP), ak senzitívna ataxia a normálne nálezy pri vyšetrení CMAP a SNAP	Senzitivita pre CIDP nie je známa, nie sú odporúčané SSEP, iba v prípade podozrenia na CISP

CIDP – chronická zápalová demyelinizačná polyneuropatia; CISP – chronická zápalová senzitívna polyradikulopatia; CK – kreatínkináza; CMAP – komplexný motorický akčný potenciál; CMT – Charcot-Marie-Tooth polyneuropatia; CSF – cerebrospinálny likvor; DM – diabetes mellitus; GBS – Guillainov-Barrého syndróm; HNPP – hereditárna neuropatia so sklonom k tlakovým obrnám; IVIg – intravenózne imunoglobulíny; LEMS – Lambertov-Eatonov myastenický syndróm; LP – lumbálna punkcia; MG – myasténia gravis; MMN – multifokálna motorická neuropatia; MND – ochorenie motorického neurónu; MRI – magnetická rezonancia; NCS – vodivostné štúdie; NM – nervovosvalové; PNS – periférny nervový systém; POEMS – syndróm polyneuropatie, organomegálie, endokrinopatie, monoklonálny proteín a kožné zmeny; RA – rodinná anamnéza; RŠO – šľachovo-okosticové reflexy; SNAP – senzitívny akčný potenciál; SSEP – somatosenzitívne evokované potenciály; UZ – ultrasonografia