



15. valašsko-lašské neurologické sympozium

Hotel Soláň, Karolinka

3.–4. 11. 2023

ABSTRAKTA

SOLEEN MEDICAL EDUCATION

Vydura[®] 75mg

perorální lyofilizát
rimegepant



Jedno snadné řešení pro různé migrenózní stavy¹ Lék pro akutní léčbu i profylaxi migrény¹

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování.

Výdej léčivých přípravků je vázán na lékařský předpis.

Přípravek Vydura[®] není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Před předepsáním se prosím seznámte s úplnými informacemi o přípravcích na: <https://www.pfizer.cz/vpois>.

Tento elektronický materiál je určen pouze pro zdravotnické odborníky a není určen pro tisk a distribuci.

Pfizer, spol. s r.o.

Stroupežnického 17, 150 00, Praha 5,
tel.: +420 283 004 111, fax +420 251 610 270, www.pfizer.cz

REFERENCE: 1. SPC přípravku Vydura[®] • **ZKRATKY:** SPC – Souhrnná informace o přípravku.

PP-NNT-CZE-0148



15. VALAŠSKO-LAŠSKÉ NEUROLOGICKÉ SYMPOZIUM

3.–4. 11. 2023 | Hotel Soláň, Karolinka

Vychází jako supplementum G časopisu Neurologie pro praxi

Neurol. praxi. 2023;24(Suppl. G)

Vydavatelství a nakladatelství:

Solen, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc, IČ 25553933

Redakce: Mgr. Zdeňka Bartáková, bartakova@solen.cz

Výstavní plochy a satelitní sympozia: Ing. Lenka Mihulková,
mihulkova@solen.cz

Grafická úprava a sazba: Mgr. Tereza Krejčí, krejci@solen.cz

Distribuce: SOLEN, s.r.o., 2023

Vydavatel nenese odpovědnost za údaje a názory autorů textů či inzerátů.

Reprodukce obsahu je povolena jen s přímým souhlasem redakce.

Nejnovější informace o našich publikacích naleznete v e-shopu na **www.solen.cz**

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16 a bude ohodnocena v rámci postgraduálního vzdělávání 9 kredity pro lékaře.

ISBN 978-80-7471-469-6



PROGRAM / pátek / 3. 11. 2023

17.00–17.10 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

MUDr. Pavel Ressner, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.,
prof. MUDr. Milan Brázdil, Ph.D.

17.10–19.00 BLOK I

odborní garanti MUDr. Pavel Ressner, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.

- **Pumpové systémy v terapii Parkinsonovy nemoci** –
doc. MUDr. Marek Baláž, Ph.D.
- **Hematologie pro neurology aneb když krev teče příliš hodně
nebo příliš málo** – MUDr. Jaromír Gumulec

PROGRAM / sobota / 4. 11. 2023

8.30–10.30 BLOK II

odborní garanti MUDr. Pavel Ressner, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.

- **Orofaciální rehabilitace** – doc. MUDr. Petr Konečný, Ph.D., MBA,
MUDr. Gabriela Krejstová
- **Spontánní intrakraniální hypotenze** – MUDr. Hynek Lachmann, Ph.D.
- **Nitrolební hypertenze** – MUDr. Štefan Reguli, Ph.D., doc. MUDr. Radim Lipina, Ph.D.
- **Mozkové metastázy – nové paradigma z pohledu neurochirurga** –
MUDr. Štefan Reguli, Ph.D., doc. MUDr. Radim Lipina, Ph.D.

10.30–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–11.10 KŘEST KNIHY „MIGRÉNA – MODERNÍ DIAGNOSTIKA A LÉČBA“

PARTNER KŘTU:



11.10–13.15 BLOK III

odborní garanti MUDr. Pavel Ressner, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.

- **Význam výživy v prevenci a léčbě demenciálních onemocnění** –
doc. MUDr. Jiří Klempíř, Ph.D.
- **Nukleární medicína pro neurology** – MUDr. Zuzana Balážová, Ph.D.
- **Polyneuromyopatie kritického stavu** – MUDr. Tomáš Gescheidt, Ph.D.
- **Lymeská neuroborrelióza** – doc. MUDr. Lenka Krbková, Ph.D.

13.15–14.15 PŘESTÁVKA, OBĚD

14.15–15.15 WORKSHOP MIGRÉNA

Aktivní účastníci – MUDr. Andrea Bártková, Ph.D., MUDr. Petra Migařová,
MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D.

PARTNER WORKSHOPU:



15.15 ZÁVĚR PROGRAMU

Pro Vaše pacienty* s relabující roztroušenou sklerózou

OD ZÁŘÍ 2023

také

v 1. linii léčby¹ roztroušené sklerózy

MAVENCLAD® je nyní hrazen¹:

- u nově diagnostikovaných pacientů
- při eskalaci z DMD 1. linie
při MR nebo klinické aktivitě
- při pokračování v léčbě
po 4. roce od jejího zahájení

 **MAVENCLAD®**
cladribine tablets



* MAVENCLAD je indikován k léčbě dospělých pacientů s vysoce aktivní relabující roztroušenou sklerózou (RS), definovanou na základě klinických charakteristik nebo pomocí zobrazovacích metod².

¹ www.sukl.cz, Sp. zn.: SUKLS24549/2023, rozhodnutí ze dne 3. 7. 2023; ² MAVENCLAD EU SmPC

DMD - léky ovlivňující průběh onemocnění, MR - magnetická rezonance

CZ-MAV-00107

Zkrácená informace o přípravku MAVENCLAD® (cladribinum)

Název přípravku a složení: MAVENCLAD® 10 mg tablety. Jedna tableta obsahuje cladribinum 10 mg. **Indikace:** Přípravek MAVENCLAD® je indikován k léčbě dospělých pacientů s vysoce aktivní relabující roztroušenou sklerózou (RS), definovanou na základě klinických charakteristik nebo pomocí zobrazovacích metod. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: lymfopenie. Časté: snížení počtu neutrofilů, labiální herpes, dermatomální herpes zoster, vyrážka, alopecie. Ostatní nežádoucí účinky byly hlášeny v nižších frekvencích. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená kumulativní dávka přípravku MAVENCLAD® je 3,5 mg/kg tělesné hmotnosti v průběhu 2 let podávaná jako 1 léčebný pulz v dávce 1,75 mg/kg za rok. Každý léčebný pulz zahrnuje 2 týdny léčby, jeden na začátku prvního měsíce a jeden na začátku druhého měsíce příslušného léčebného roku. Je-li to z lékařského pohledu nutné (např. než se hladina lymfocytů upraví), může se léčebný pulz v roce 2 odložit až o 6 měsíců. Každý léčebný týden zahrnuje 4 nebo 5 dnů, během kterých dostane pacient 10 mg nebo 20 mg (jednu nebo dvě tablety) v jedné denní dávce v závislosti na tělesné hmotnosti. Po dokončení 2 léčebných pulzů není nutná žádná další léčba cladribinem během 3. a 4. roku. Opakované zahájení léčby po 4. roce nebylo hodnoceno. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku, infekce virem lidské imunodeficiency, aktivní chronická infekce (tuberkulóza nebo hepatitida), zahájení léčby cladribinem u imunokompromitovaných pacientů, včetně pacientů dostávajících v současné době imunosupresivní nebo myelosupresivní léčbu, aktivní malignitida, středně těžká nebo těžká porucha funkce ledvin (clearance kreatininu <60 ml/min), těhotenství a kojení. **Těhotenství a kojení:** Zkušenosti získané u člověka s jinými látkami inhibujícími syntézu DNA naznačují, že cladribin podávaný během těhotenství by mohl způsobit vrozené vady. Studie na zvířatech prokázaly reprodukční toxicitu. Není známo, zda se cladribin vylučuje do lidského mateřského mléka. Vzhledem k možným závažným nežádoucím účinkům u kojených dětí je kojení během léčby přípravkem MAVENCLAD® a 1 týden po poslední dávce kontraindikováno. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** Blistr z orientovaného polyamidu (OPA)/aluminia (Al)/polyvinylchloridu (PVC) - aluminia (Al), zatavený do kartonové krabičky a upevněný do dětského bezpečnostního vnějšího obalu. Velikost balení: 1, 4, 5, 6, 7 nebo 8 tablet. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Registrační čísla:** EU/1/17/1212/001, 002, 003, 004, 005, 006. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Europe B.V., Amsterdam, Nizozemsko. **Datum poslední revize textu:** 04/2022. Lék je vydáván pouze na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného pojištění. Předpředepsáním léku si, prosím, přečtěte úplnou informaci o přípravku, kterou poskytneme na adrese společnosti Merck spol. s r.o.



Blok I

Odborní garanti MUDr. Pavel Ressler, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.

Pumpové systémy v terapii Parkinsonovy nemoci

doc. MUDr. Marek Baláž, Ph.D.

1. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Levodopa se naneštěstí po perorálním podání vstřebává až v oblasti duodena, a tím dochází ke kolísání jejich plazmatických hladin. V úvodních fázích Parkinsonovy nemoci (PN) to nepředstavuje obvykle problém, ale ve stadiu hybných fluktuací často dochází k nutnosti použít v léčbě PN invazivní postupy. Systémy, které přivádějí levodopu v různých formách do oblasti duodena prostřednictvím PEGu, nejsou výraznou novinkou a jejich použití je již vcelku standardním postupem. Novinkou je, že přibližně v době konání 15. valašsko-lašského neurologického sympozia má být v zemích EU zahájeno klinické podávání subkutánní formy fos-levodopy. Přednáška poskytne přehled indikačních kritérií, kontraindikací a klinické zkušenosti s pumpovými systémy v terapii Parkinsonovy nemoci.

Hematologie pro neurology aneb když krev teče příliš hodně nebo příliš málo

MUDr. Jaromír Gumulec

Klinika hematoonkologie FN Ostrava

Důsledky poruch hemostázy manifestovaných krvácením, trombózou nebo současným výskytem krvácení i trombózy bývají fatální. Proto je v klinické praxi potřeba reagovat rychle a efektivně. V těchto situacích se osvědčují jednoduché diagnosticko-terapeutické algoritmy. Na nejčastější manifestace zmiňovaných poruch (ischemický iktus, nitrolební krvácení nebo trombózy mozkových splavů) jsou klinici zpravidla dobře připraveni. Problémem bývají vzácná onemocnění s fatálními důsledky pozdní diagnózy a léčby. Patří sem například trombotická trombocytopenická purpura, hemolyticko-uremický syndrom, v graviditě preeklampsie, eklampsie nebo HELLP syndrom. Na tyto vzácné jednotky je potřeba myslet a pro jejich řešení nastavit a využívat interdisciplinární spolupráci.

Nitrolební krvácení nebo krvácení do páteřního kanálu může vést k devastaci citlivých struktur tlakem hematomu nebo prokrvácením tkání. V anamnéze a při fyzikálním vyšetření je u těchto pacientů třeba pátrat po okolnostech vzniku krvácení, po jiných krvácivých projevech (kožní, slizniční apod.),

5

perorální levodopa
alespoň 5krát denně

2

2 hodiny bdělého času
ve stavu OFF

1

1 hodina denně
s nepříjemnou dyskinezi

Konsenzus k určení pokročilého stadia Parkinsonovy nemoci¹

Identifikace pacientů progredujících do pokročilého stadia onemocnění a vhodnost pro intervenční léčbu, umožňuje všeobecným neurologům posoudit potřebu doporučení na specializované pracoviště a zlepšit tak kvalitu péče a stav pacienta.

Ukazatele pokročilého stadia PN¹

Pořadí klinicky nejvýznamnějších ukazatelů	Motorické příznaky	Nemotorické příznaky	Funkční dopad
1.	Středně závažné nepříjemné motorické výkyvy	Mírná demence	Opakované pády navzdory optimální léčbě
2.	Alespoň 2 hodiny bdělého času ve stavu OFF	Přetrvávající nepříjemné halucinace	Potřebuje pomoc s každodenními činnostmi alespoň po určitou dobu
3.	Alespoň 1 hodina denně s nepříjemnou dyskinezi	Středně závažná psychóza	Neschopnost provádět komplexní úkoly alespoň po určitou dobu
4.	Středně závažná dyskineze	Fluktuace nemotorických příznaků	Středně závažná porucha mobility
5.	Nepříjemná dysfagie	Středně závažné poruchy spánku	
6.	Každodenní podávání perorální levodopy více než 5krát denně		

Ukazatele vhodnosti pro intervenční léčbu¹

Motorické příznaky	Nemotorické příznaky	Funkční dopad
▪ Střídání stavů nepříjemných dyskinezí a OFF stavu ▪ Alespoň 2 hodiny času v OFF stavu ▪ Posturální nestabilita ve stavu OFF ▪ Dystonie s bolestí ▪ Zamrznutí chůze během OFF stavu (freezing)	▪ Poruchy spánku	▪ Omezení každodenních činností

Reference: 1. Antonini A, et al. Curr Med Res Opin. 2018;34(12):2063–73; PN – Parkinsonova nemoc, Intervenční léčba = v tomto případě přístrojem asistovaná léčba (pumpové systémy nebo hluboká mozková stimulace)

Levodopa
(20 mg/ml)

Entakapon
(20 mg/ml)

Karbidopa
(5 mg/ml)



Léčba pokročilé Parkinsonovy nemoci, která je doprovázena těžkými motorickými fluktuacemi a hyperkinezí nebo dyskinezí, pokud dostupné kombinace perorálních antiparkinsonik neposkytují uspokojivé výsledky.¹

LECIGIMON

Kontinuální dopaminergní stimulace (CDS)²

Z klinických studií vyplývá, že **kontinuální podávání levodopy je fyziologičtější než intermitentní (perorální) podávání** a snižuje riziko motorických komplikací^{2–4}



Reference: 1. Lecigimon Souhrn údajů o přípravku, poslední revize textu 8. 7. 2021 2. Olanow CW, et al. Mov Disord. 2020; Aug 20. doi: 10.1002/mds.28215; 3. Olanow CW, et al. Lancet Neurol. 2006;5(8):677–87; 4. Schwartz M, Sabatay S. Isr Med Assoc J. 2012;14(3):175–9.

Zkrácená informace o přípravku: Lecigimon 20 mg/ml + 5 mg/ml + 20 mg/ml intestinální gel

Indikační skupina: antiparkinsonika, dopa a její deriváty. **Složení:** 1 ml obsahuje levodopum 20 mg, carbidopum monohydricum 5 mg (odpovídá carbidopum anhydricum 4,6 mg) a entacaponum 20 mg. 47 ml (1 kazeta) obsahuje levodopum 940 mg, carbidopum monohydricum 235 mg a entacaponum 940 mg. **Indikace:** léčba pokročilé Parkinsonovy nemoci, která reaguje na léčbu levodopou a je doprovázena těžkými motorickými fluktuacemi a hyperkinezí nebo dyskinezí, pokud dostupné kombinace perorálních antiparkinsonik neposkytují uspokojivé výsledky. **Dávkování a způsob užívání:** k intestinálnímu podání. Dávka má být titrována tak, aby se dosáhlo optimální klinické odpovědi pro konkrétního pacienta. Celková denní dávka přípravku Lecigimon je složena ze tří individuálně přizpůsobených dávek: ranního bolusu, průběžné udržovací dávky a dalších bolusových dávek. Lecigimon lze podávat až 24 hod/den, je-li takové podání lékařsky odůvodněno. Maximální doporučená denní dávka je 100 ml (což odpovídá 2000 mg levodopy, 500 mg monohydrátu karbidopy a 2000 mg entakaponu – viz SPC bod 4.4). **Ranní dávka:** je podávána pumpou pro rychlé dosažení terapeutické hladiny (během 30 minut). Dávka se upravuje v přírůstcích po 0,1 ml (2 mg). Celková ranní dávka je obvykle 5–10 ml, což odpovídá 100–200 mg levodopy a nemá přesáhnout 15 ml (300 mg levodopy). **Kontinuální udržovací dávka:** je podávána pumpou, aby byla udržována terapeutická hladina. Udržovací dávka se upravuje v přírůstcích po 2 mg za hodinu (0,1 ml/h) a je obvykle 0,7–5 ml za hodinu (15–100 mg levodopy za hodinu). Maximální doporučená denní dávka je 100 ml (2000 mg levodopy). **Další bolusové dávky a Titrace během převodu z kombinace levodopa/karbidopa na přípravek Lecigimon** – viz SPC bod 4.3. Lecigimon je gel pro kontinuální intestinální podání (podání do duodena nebo horního jejunu). Pro podávání přípravku smí být používána pouze pumpa Crono LECIG (CE 0476). Návod s instrukcemi pro používání přenosné pumpy je dodáván spolu s pumpou. Kazeta je určena pouze k jednorázovému použití a nesmí se používat déle než 24 hodin. Dávkovací pumpu s vloženou kazetou je možné nosit na těle až 16 hodin. Po otevření je možné kazetu používat i následující den, avšak nejdéle 24 hodin po prvním otevření. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1., glaukom s uzavřeným úhlem, těžké srdeční selhání, těžká srdeční arytmie, akutní cévní mozková příhoda, těžká porucha funkce jater, užívání neselektivních inhibitorů MAO a selektivních inhibitorů MAO typu A, feochromocytom, hypertyreóza, Cushingův syndrom, neuroleptický maligní syndrom (NMS) a/nebo netraumatická rhabdomyolýza, suspektní neurčené kožní léze nebo melanom v anamnéze. Interakce: při používání současně s následujícími léčivými přípravky je třeba opatrnosti: antihipertenziva, antidepresiva, anticholinergika, jiná antiparkinsonika, antagonisté dopaminových receptorů (některá antipsychotika, např. fenothiaziny, butyrofenony a risperidon, a antiemetika, např. metoklopramid), benzodiazepiny, isoniazid, fenytoin a papaverin mohou snižovat terapeutický účinek levodopy. **Hlavní nežádoucí účinky:** snížení tělesné hmotnosti, úzkost, deprese, insomnie, dyskineze, zhoršení Parkinsonovy choroby/ zhoršení parkinsonismu, ortostatická hypotenze, nauzea, zácpa, průjem, bolest svalů a tkání a muskuloskeletální bolest, chromaturie. Nežádoucí účinky spojené se systémem k aplikaci a s jeho zavedením do organismu - viz SPC bod 4.8. **Upozornění:** Lecigimon se nedoporučuje k léčbě polékových extrapyramidových účinků. Lecigimon podávat s opatrností pacientům s ischemickou chorobou srdeční, s těžkým kardiovaskulárním nebo pulmonálním onemocněním, bronchiálním astmatem, renálním, hepatálním nebo endokrinním onemocněním nebo s anamnézou žaludeční vředové choroby nebo konvulzí. U všech pacientů má být pečlivě sledován rozvoj změn duševního stavu, deprese s tendencemi k sebevraždě a jiné závažné duševní změny. Pacienti mají být pravidelně monitorováni z důvodu možnosti rozvoje impulzivních poruch. Dopaminový dysregulační syndrom (DDS) je návyková porucha, která u některých pacientů léčených kombinací karbidopa/levodopa vede k nadměrnému užívání přípravku. **Těhotenství a kojení:** přípravek se nedoporučuje během těhotenství ani u žen ve fertilním věku nepoužívajících antikoncepci, pokud přínos pro matku nepřevažuje nad možnými riziky pro plod. V průběhu léčby přípravkem je třeba se vyvarovat kojení. **Balení na trhu:** 47 ml gelu v polypropylenové kazetě. Širší konec je opatřen pístovým uzávěrem z polyisoprenové pryže a otvor vývodu ENFit konektoru je opatřen uzávěrem z polypropylenem. Balení obsahuje 7 kazet. **Podmínky uchovávání:** uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Datum poslední revize textu:** 31. 1. 2023. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LobSor Pharmaceuticals AB, Kålsångsgränd 10 D, SE-753 19 Uppsala, Švédsko. **Registrační číslo:** 27/480/20-C. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznámete s úplným souhrnem údajů o přípravku.

po traumatech a interních onemocněních spojených s krvácením (jednotky spojené s trombocytopenií, hematologické malignity, pokročilá onemocnění jater apod.), po léčích s krvácivými riziky (obecně všechna antitrombotika, do jisté míry i nesteroidní antirevmatika) a v neposlední řadě po vrozených krvácivých chorobách. Z laboratorních testů je potřeba bezodkladně vyšetřit krevní obraz a koagulační testy v rozsahu protrombinový test (PT), aktivovaný parciální tromboplastinový čas (APTT) a fibrinogen. U pacientů léčených antitrombotiky testy popisující jejich aktuální antitrombotický účinek (v případě warfarinu PT), u nízkomolekulárních heparinů a přímých inhibitorů faktoru X anti-Xa (nutná informace pro laboratoř o podávaném léku, podle kterého se volí varianta testu), u dabigatranu trombinový čas (TT) nebo lépe ředěný trombinový čas (dTT, komerční test Hemoclot), u protidestičkových testů event. vyšetření na přístroji PFA-100 nebo 200 (cartridge APP/kolagen a EPI/kolagen). Nečekanou patologií je třeba neprodleně konzultovat s hematologem.

Diagnosticke-terapeutický postup u neurologických pacientů s trombotickými projevy je potřeba doplnit o pátrání po event. trombofilii s respektem k patogenezi trombózy. U mladých pacientů s ischemickou mozkovou příhodou s minimálním nebo žádným aterosklerotickým postižením je indikované vyloučení antifosfolipidových protilátek (lupus antikoagulans, antikardioliipinové protilátky (ACLA) a protilátky proti B2 glykoproteinu I – anti-B2GPI) a významné hyperhomocysteinemie (více než 30 mmol/L). Ostatní trombofilie nehrají u těchto nemocných významnou roli. Průkaz vysoce rizikového antifosfolipidového syndromu (APS, tzn. perzistující přítomnost lupus antikoagulans a nejméně středně vysoký titr ACLA nebo anti-B2GPI nebo současný průkaz

všech třech typů antifosfolipidových protilátek) je kromě vysokého rizika rekurence trombotických epizod spojen se selháváním přímých antitrombotik (DOAC). U pacientů s trombózou mozkových splavů je potřeba vyloučit kromě ostatních významných trombofilií (Leidenská mutace FV, mutace genu protrombinu, deficit antitrombinu, proteinu C, proteinu S, APS a významné hyperhomocysteinemie), nádorů a zánětů i další hematologické jednotky (JAK2 pozitivní myeloproliferace, paroxysmální noční hemoglobinurie a další příčiny intravaskulární hemolýzy). Pro bezprostřední léčebnou strategii je potřeba co možná nejdříve vyloučit deficit antitrombinu (vede k selhání efektu heparinů) a vysoce rizikový APS (výše popsané riziko selhání efektu DOAC).

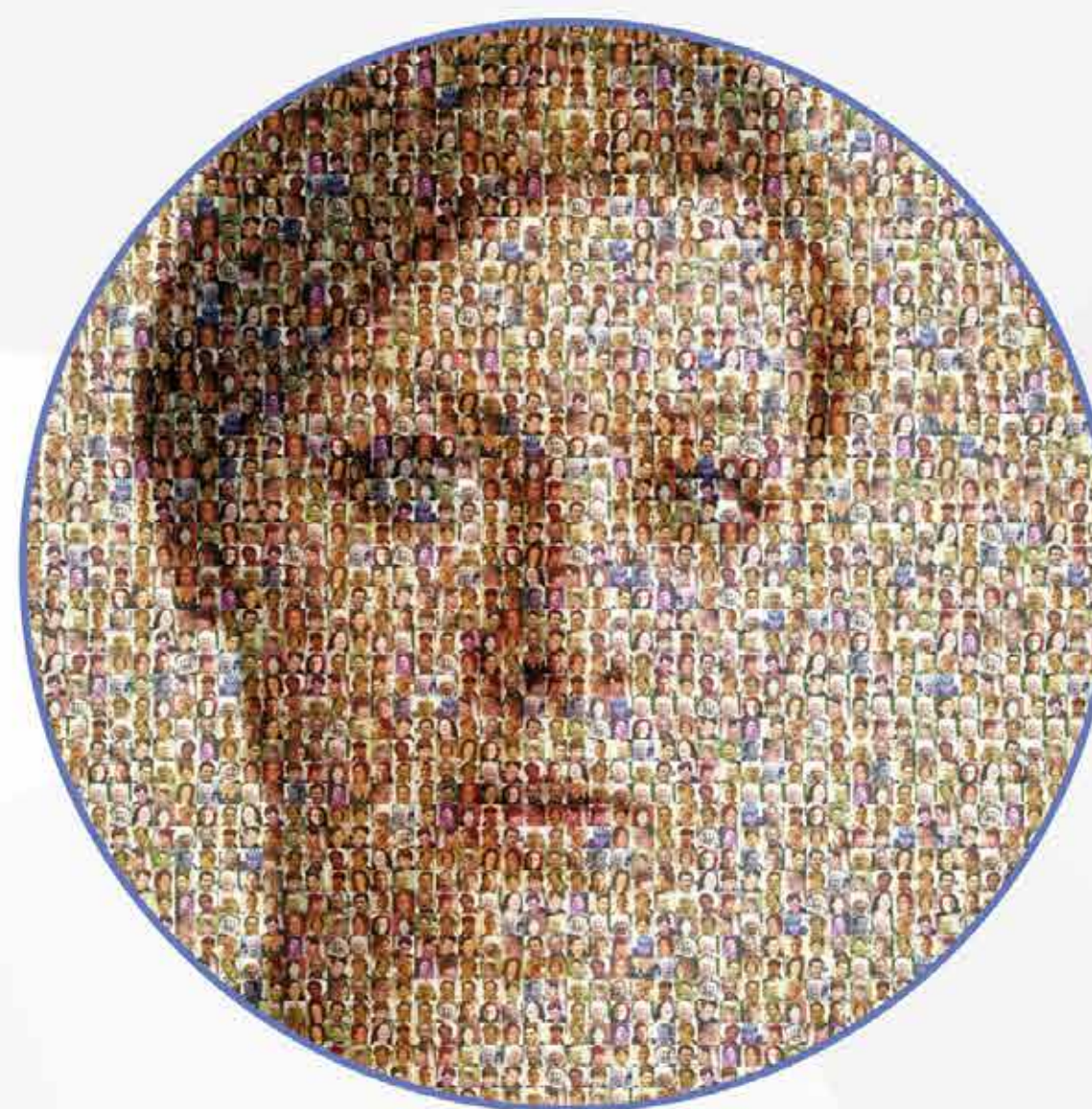
Při významném a zpravidla prudce se rozvíjejícím postižení mikrocirkulace je třeba myslet na mikroangiopatický APS a na trombotické mikroangiopatie. Trombotické mikroangiopatie (TMA) jsou patologické jednotky spojené s trombotickým uzávěrem mikrocirkulace (především arteriol a kapilár), s mikroangiopatickou hemolytickou anémií, konsumpční trombocytopenií a s poruchou mikrocirkulace souvisejícím ischemickým postižením tkání a orgánů. Nejcitovanější TMA jsou trombotická trombocytopenická purpura (TTP, mimo jiné spojená s významnými neurologickými projevy) a hemolyticko-uremický syndrom (dominuje postižení ledvin). U těhotných žen bývají s neurologickými projevy spojeny těžká preeklampsie, eklampsie a tzv. HELLP syndrom (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets). Průkaz TMA je možné snadno a rychle udělat kdykoli a kdekoli, pokud se na TMA myslí. Pro diagnózu stačí vyšetření krevního obrazu (hemolytická anémie a trombocytopenie), základní biochemické testy včetně stanovení aktivity laktátdehydrogenázy a přímý



elicea[®]



asentra[®] :)



OLWEXYA[®]



 mirzaten[®]

antiglobulinový test (PAT, negativní výsledek znamená neimunní hemolýzu). Pro TTP je patognomický průkaz deficitu metaloproteázy ADAMTS13 pod 10 %, pro průkaz preeklampsie vysoký poměr sFlt-1/PlGF a při podezření na těžký APS nebo katastrofický antifosfolipidový syndrom je nezbytné bezodkladné

vyšetření antifosfolipidových protilátek. Pro průkaz ostatních typů TMA bohužel žádné specifické testy neexistují. V případě akutní ataky získané TTP je léčbou volby neodkladné zahájení série výměnných plazmaferéz v kombinaci s imunosupresí. Přidání kaplacizumabu zásadně zrychlí uvolnění mikrocirkula-

Tab. 1. *Laboratorní nálezy s nízkým rizikem krvácení a etablované intervence při patologii*

Lék nebo laboratorní nález	Bezpečné rozmezí	Poznámka	Léčebná intervence
Warfarin	INR < 1,3–1,5	V neurochirurgii s vysokým rizikem krvácení v normě	Koncentrát faktorů protrombinového komplexu (PCC) v dávce 30–50 j/kg
Nefrakcionovaný heparin (UFH)	APTT ratio < 1,2 Anti-Xa < 0,3 IU/ml	Varianta testu pro UFH	Protamin v dávce 1 000 j na každých 1 000 j podaného UFH
Nízkomolekulární heparin (LMWH)	Anti-Xa < 0,2 IU/ml		Protamin v dávce 1 000 j na každých 1 000 j podaného LMWH
Dabigatran	Hemoclot 30–40 µg/l TT ratio	V neurochirurgii s vysokým rizikem krvácení neměřitelné hodnoty TT v referenčním rozmezí znamená úplnou absenci účinku dabigatranu	Idarucizumab (Praxbind®) 5 g i. v., při nedostupnosti PCC v dávce 30–50 j/kg
Apixaban, edoxaban, rivoraxaban	Neměřitelné hodnoty anti-Xa	Varianta testu pro podávaný lék	PCC v dávce 30–50 j/kg
Protidestičkové léky	PFA-100 v normě		V indikovaných případech transfuze destičkových přípravků
Trombocytopenie	> 50 × 10 ⁹ /l	V neurochirurgii s vysokým rizikem krvácení ideálně > 100 × 10 ⁹ /l	Transfuze destičkových přípravků +/- další intervence podle etiologie trombocytopenie
Hypofibrinogenemie	> 1,5 g/l	V neurochirurgii s vysokým rizikem krvácení > 2 g/l	Infuze koncentráту fibrinogenu

lace. V případě atypického hemolyticko-uremického syndromu je indikována včasná léčba inhibitory komplementu (eculizumab). U žen s preeklampií, eklampií nebo HELLP syndromem je vedle podpůrné léčby nezbytný porod placenty a plodu.

Z uvedeného je zřejmé, že poruchy hemostázy se v neurologii mohou manifestovat nejrůzněji a že pro rychlou diagnostiku a správnou léčbu je nezbytná fungující interdisciplinární spolupráce.

Blok II

Odborní garanti MUDr. Pavel Ressler, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.

Orofaciální rehabilitace

doc. MUDr. Petr Konečný, Ph.D.^{1,2,3,4}, MBA, MUDr. Gabriela Krejstová⁴

¹Ústav klinické rehabilitace FZV UP Olomouc

²Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc

³Katedra fyzioterapie a rehabilitace LF MU Brno

⁴Centrum léčebné rehabilitace a neurologické oddělení Nemocnice Agel Prostějov

Orofaciální rehabilitace se zabývá diagnostikou a terapií poruch funkcí v oblasti obličeje, dutiny ústní, čelistního kloubu, jazyka. Orofaciální rehabilitace pomáhá v obnově poruch mimiky, hybnosti dolní čelisti, žvýkání, polykání, fonace a řeči, zaměřuje se na konzervativní léčbu bolesti obličeje a hlavy. Přednáška je zaměřena na nové trendy v orofaciální rehabilitaci.

Spontánní intrakraniální hypotenze

MUDr. Hynek Lachmann, Ph.D.

Neurologická klinika FN Motol, Praha

Syndrom nitrolební hypotenze je v neurologii znám jako jedna z komplikací lumbální punkce. Může se však objevit i spontánně. U třetiny pacientů se lze

v anamnéze dopátrat nezávažného úrazového děje předcházejícího rozvoji příznaků, další úlohu zde může hrát systémové onemocnění pojiva. Spontánní nitrolební hypotenze je onemocnění s odhadovanou roční incidencí 5/100 000, s častějším výskytem u žen (v poměru k mužům 2 : 1), nejčastěji ve věku kolem 40 let. Je způsobeno samovolným únikem mozkomíšního moku v oblasti páteře, jako příčina se předpokládá oslabení míšních obalů, zejména tvrdé pleny. Nejčastější lokalizace je v oblasti hrudní a dolní krční páteře. Jedná se o diagnózu, která zatím stále není v širším lékařském povědomí, přestože léčba je velmi efektivní a finančně nenáročná. V přednášce jsou uvedeny dvě kazuistiky lišící se lokalizací úniku.

Nitrolební hypertenze

MUDr. Štefan Reguli, Ph.D., doc. MUDr. Radim Lipina, Ph.D.

Neurochirurgická klinika FN Ostrava

Nitrolební hypertenzí označujeme zvýšení tlaku v nitrolební dutině. De facto se jedná o intrakraniální kompartment syndrom, u kterého dekompenzace přichází velmi rychle a následky jsou fatální.

Naše sdělení vysvětluje podstatu vzniku nitrolební hypertenze pomocí Monroe-Kellieho doktríny. Popisujeme příčiny vzestupu intrakraniálního tlaku (ICP) a také omezený rozsah fyziologické kompenzace.

SOBOTA / 4. listopadu 2023 / 8.30–10.30 hod.

Diskutujeme možnosti diagnostiky pomocí zobrazovacích metod a indikace ke kontinuální monitoraci pomocí ICP čidla.

Největší pozornost pak věnujeme léčbě intrakraniální hypertenze, a to jak konzervativní (úprava polohy hlavy, osmotická léčba, nastavení ventilačních parametrů, analgosedace a relaxace), tak invazivní (drenáž mozkomíšního moku, zevní dekomprese).

Na konci sdělení diskutujeme o možnostech odhadnout riziko vzniku nitrolební hypertenze a způsobech využití preventivních opatření.

Mozkové metastázy – nové paradigma z pohledu neurochirurga

MUDr. Štefan Reguli, Ph.D., doc. MUDr. Radim Lipina, Ph.D.

Neurochirurgická klinika FN Ostrava

Diagnóza mozkové metastázy byla v onkologii dlouho považována za terminální stadium nádorového onemocnění. Pacienti s metastatickým postižením mozku byli většinou diagnostikováni v pokročilém stadiu nemoci, již s manifestními klinickými příznaky a větší masou intrakraniálního nádoru či mnohočetnými ložisky. Léčba se proto zaměřovala na tlumení příznaků.

Až ve druhé polovině minulého století se začala využívat radioterapie neurokrania jako léčebná metoda u těchto pacientů.

Později se etablovala neurochirurgická resekce a nejnovějším hráčem na poli neuroonkologie je radiochirurgie.

V našem sdělení se zamýšlíme nad organizací péče o neuroonkologické pacienty – popisujeme účinnost stávajících léčebných modalit a výsledky slibných nových přístupů (neoadjuvantní stereotaktická radioterapie, laserová intersticiální termoterapie).

Zdůrazňujeme důležitost časně diagnózy (zobrazovací, histologické) a návaznost onkologické léčby.

Na závěr probereme prognózu pacientů s mozkovým metastatickým postižením, včetně důrazu na hodnocení kvality života a tolerance nabízené léčby.

Blok III

Odborní garanti MUDr. Pavel Ressler, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.

Nukleární medicína pro neurology

MUDr. Zuzana Balážová

Oddělení nukleární medicíny Nemocnice Kyjov
a Centrum nukleární medicíny, Kyjov

Nukleární medicína je jako zobrazovací metoda komplementární ke standardním morfologickým zobrazovacím metodám a podává informaci o funkci zobrazovaného orgánu – jeho perfuzi, distribuci receptorů nebo metabolismu.

Přednáška poskytne přehled zobrazovacích metod, které by se mohly hodit v neurologické praxi, od různých metod zobrazování mozku a jejich základních indikací, až po zobrazování skeletu v dif. dg. bolestí zad.

Polyneuromyopatie kritického stavu

MUDr. Tomáš Gescheidt, Ph.D.

I. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

V přednášce bude pojednáno o polyneuropatii a o myopatii kritického stavu (další používané názvy jsou polyneuropatie/myopatie kriticky nemocných, anglicky critical illness polyneuropathy/myopathy). Obě tyto jednotky se na-

vzájem mohou kombinovat, jejich příznaky se do určité míry překrývají a jejich vzájemné odlišení je často obtížné – používá se tedy souhrnný termín polyneuromyopatie kritického stavu.

Polyneuropatie i myopatie kritického stavu souvisejí s multiorgánovým selháním – můžeme je chápat i jako selhání dalšího orgánového systému u pacienta v těžkém stavu. Jako důležitý faktor pro jejich rozvoj se jeví sepse, v případě myopatie kritického stavu patrně hraje velkou roli vliv medikace (kortikosteroidy + nedepolarizující myorelaxantia).

Budou shrnuty klinické aspekty těchto klinických jednotek. Léčebné možnosti jsou však velmi omezené, kauzální léčba není k dispozici a zásadním opatřením je zejména adekvátní komplexní léčba kritického stavu, v případě myopatie kritického stavu pak snaha minimalizovat užívání rizikové medikace. Pro pacienty s perzistujícím oslabením je hlavním a důležitým léčebným opatřením rehabilitace.

Zásadní význam má diferenciální diagnostika akutního snížení svalové síly u pacientů v kritickém stavu – je důležité včas odlišit jiné příčiny svalové slabosti, které je možné účinně ovlivnit kauzální léčbou.

SOBOTA / 4. listopadu 2023 / 11.10–13.15 hod.

Lymeská neuroborrelióza

doc. MUDr. Lenka Krbková, Ph.D.

Klinika dětských infekčních nemocí LF MU a FN Brno

Lymeská borrelióza (LB) je nejrozšířenější klíšťovou nákazou na severní polokouli. Riziko infekce je nízké (1–4 %). Mimo typické kožní a kloubní postižení představuje nervová forma v Evropě cca 15–20 % všech případů infekce. Původci jsou neurotropní genospecies *B. garinii* a *B. bavariensis*, jiné druhy borrelií méně často.

Nově vypracované klinické definice a diagnostický postup pro Evropu zdůrazňují rozpoznání klinických manifestací a jejich relevantní laboratorní průkaz. Klinické projevy neuroborreliózy nejsou specifické, typickým klinickým nálezem je pouze meningoradikuloneuritida. Pacienti mají radikulární bolesti, následně se rozvine kraniální neuritida a při pozitivní anamnéze sání klíštěte je nutné myslet na neuroborreliózu. Pacienti s borreliovou meningoneuritidou mají mírnou bolest hlavy, minimálně vyznačené meningeální příznaky, ale překvapivě zánětlivé změny v likvoru. Příznaky nejsou akutní, bolest hlavy, únava, subfebrilie, bolesti zad mohou být intermitentní, což vede k opožděné diagnóze LNB. Periferní paréza n. facialis nebo jiná kraniální neuritida může být uni-/nebo bilaterální.

K diagnostickým kritériím nervové formy patří zánětlivé změny v likvoru (lymfocytární pleocytóza) a průkaz intratékální syntézy specifických protilátek stanovených výpočtem. Ostatní metody pro diagnostiku nervové formy jsou

pomocné (stanovení chemokinu CXCL13, detekce specifických antigenů, průkaz borreliové DNA apod.)

Všechny klinické formy LB mají být léčeny antibiotiky. Zkrácené terapeutické režimy vykazují stejný léčebný efekt a naproti tomu dlouhodobá či opakovaná léčba neprokazuje benefit. Neuroborrelióza je úspěšně léčena ceftriaxonem nebo penicilinem G 14 až 21 dní. Dle nových studií je možné léčit LNB také perorálně doxycyklinem. Důkazy pro perzistenci živých borrelií po doporučeném terapeutickém postupu nejsou dostatečné a neexistuje rovněž biologický důkaz probíhající infekce.

Workshop Migréna

MUDr. Andrea Bártková, Ph.D.¹, MUDr. Petra Migal'ová², MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D.³

¹Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc

²Centrum pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, Neurologická klinika FN Ostrava

³I. neurologická klinika FN u sv. Anny, Brno

Migréna se v posledním desetiletí dostává do popředí zájmu jako onemocnění se závažným individuálním a celospolečenským dopadem. Zároveň došlo k posunu ve vnímání migrény jako neurobiologického (či neurovaskulárního) onemocnění. Jistě to souvisí s objevem základních mechanismů a s příchodem nových léčiv, které do těchto biologických procesů přímo zasahují. Zároveň tak vzniká situace, kdy intenzivním výzkum v této oblasti vyžaduje změny lékařských postupů, které ještě před několika lety byly akceptovatelné. Jde zejména o správnou diagnostiku migrény a časný zahájení léčby – i s použitím inovativních farmak. Aktuální a praktické informace budou podány formou workshopu rozděleného do tří částí: 1. diagnostika migrény, 2. farmakologická léčba migrény a 3. specifika léčby pacientů s migrénou. Úvod bude věnován diagnostickým kritériím migrény a klasifikaci jejích podtypů. Také informace o epidemiologii jednotlivých bolestí hlavy mohou být užitečné pro identifikaci tohoto onemocnění. Diferenciální diagnostika bolestí hlavy a indikace neurovizuálních vyšetření je rovněž v kompetenci neurologa. Neopominutelnou součástí péče o pacienty s migrénou je edukace ohledně správného vedení kalendáře bolesti hlavy. Druhá část workshopu bude pokračovat v důrazu na úkony, které je potřeba uskutečnit před odesláním

pacienta do některého z center pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy. Akutní léčba migrény je nepostradatelná u všech pacientů; indikace preventivní léčby se týká jen těch, u kterých je akutní léčba nedostatečná nebo s frekvencí vyšší než 2–4 migrenózní dny v měsíci. Preventivní léčba konvenčními profylaktiky má jen omezenou účinnost a je zatížena relativně častými nežádoucími účinky. K selhání preventivní léčby dochází z důvodu chybějícího účinku (adekvátní dávka léčiva po dobu delší než 3 měsíce a chybějící pokles počtu migrenózních dnů v kalendáři bolesti hlavy) nebo z důvodu intolerance. Pro splnění úhradových podmínek pro léčiva s anti-CGRP účinkem (erenumab, fremanezumab, galkanezumab, eptinezumab) je nutné jednoduché, ale důsledné vedení zdravotnické dokumentace. I po odeslání pacienta do terciárního centra pacient obvykle pokračuje ve sledování u ambulantního specialisty – neurologa a jeho role v léčbě migrény je nezastupitelná a pro pacienta velmi cenná. Na závěr workshopu budou doplněny některé psychologické koncepty, které lékaři usnadňují komunikaci s pacientem trpícím migrénou (místo kontroly – locus of control), popisují vnitřní procesy pacienta před zahájením a během preventivní léčby (stadia změny) a přispívají k vyšší tolerabilitě akutní i preventivní léčby (placebo a nocebo odpověď).

GENERÁLNÍ PARTNER

The Merck logo is displayed in a bold, yellow, sans-serif font.

HLAVNÍ PARTNEŘI



POŘADATELÉ DĚKUJÍ GENERÁLNÍMU PARTNEROVI A HLAVNÍM PARTNERŮM
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SYMPOZIA

PARTNEŘI

abbvie

GL[®]Pharma

MEDIÁLNÍ PARTNER

Neurologie
pro praxi

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SYMPOZIA