

Neurologie pro praxi

2020

A

www.solen.cz | Neurol. praxi 2020; 21(Suppl A) | ISBN 978-80-7471-296-8 | **2020**

ABSTRAKTA

7. KONFERENCE NEUROLOGIE PRO PRAXI V PLZNI

29.–30. ledna 2020
Parkhotel Plzeň

POŘADATEL:
společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Neurologie pro praxi
ZÁŠTITA: Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň



7.

**konference
Neurologie
pro praxi**

**29.–30. 1. 2020
PLZEŇ**

SOLEEN
MEDICAL EDUCATION

DISKRÉTNÍ LÉČBA RS*

AUBAGIO®
(teriflunomid)

*AUBAGIO®, jedna tableta jednou denně,
s jídlem nebo samostatně, pro pacienty
s relaps-remitentní RS¹

Zkrácená informace o přípravku

Název přípravku: AUBAGIO 14 mg potahované tablety. **Složení:** Teriflunomidum 14 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Léčba dospělých pacientů s relaps-remitentní roztroušenou sklerózou (RS). **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 14 mg jednou denně. **Porucha funkce jater:** Teriflunomid je kontraindikován u pacientů s těžkou poruchou jater. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku AUBAGIO u dětí a dospívajících ve věku od 10 do 18 let nebyla stanovena. **Způsob podání:** Tablety jsou určeny k perorálnímu podání, je třeba je polknout vcelku a zapít vodou. Lze užívat s jídlem nebo samostatně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Pacienti s těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh třídy C). Těhotné ženy a ženy ve fertilním věku, které během léčby teriflunomidem nepoužívají spolehlivou antikoncepci. Před začátkem léčby je nutné vyloučit těhotenství. Kojící ženy. Pacienti se závažnými imunodeficitními stavy, s významně narušenou funkcí kostní dřeně nebo významnou anémií, leukopenií, neutropenií nebo trombocytopenií, se závažnou aktivní infekcí, a to až do vyléčení tohoto stavu. Pacienti s těžkou poruchou funkce ledvin podstupující dialýzu, závažnou hypoproteinémií. **Zvláštní upozornění a opatření:** **Monitorování:** Před zahájením léčby a během léčby teriflunomidem je zapotřebí vyšetřit a monitorovat: krevní tlak, alaninaminotransferázu (ALT), úplný krevní obraz včetně diferenciálního počtu leukocytů a počtu trombocytů. Eliminace teriflunomidu z plazmy trvá v průměru 8 měsíců. Může však trvat až 2 roky. Po ukončení léčby teriflunomidem lze použít zrychlenou eliminaci. U pacientů léčených teriflunomidem byly pozorovány zvýšené hladiny jaterních enzymů, většinou v průběhu prvních 6 měsíců od začátku léčby. Hladinu jaterních enzymů je třeba monitorovat každé dva týdny v průběhu prvních 6 měsíců od začátku léčby a následně pak každých 8 týdnů nebo dle klinických známek a příznaků. Pokud existuje podezření na poškození jater, u závažných hematologických reakcí včetně pancytopenie nebo pokud se rozvine ulcerózní stomatitida nebo se objeví kožní a/nebo slizniční reakce s podezřením na možnost generalizace, léčbu teriflunomidem je nutné ukončit. Riziko zvýšených jaterních enzymů při užívání teriflunomidu může být vyšší u pacientů s již existujícím onemocněním jater a/nebo u pacientů konzumujících velké množství alkoholu, proto je třeba pečlivě monitorovat, zda se u těchto pacientů nerozvine známky jaterního onemocnění. Teriflunomid se nemá používat u pacientů se závažnou hypoproteinémií. Během léčby teriflunomidem může dojít ke zvýšení krevního tlaku. U pacientů se závažnou aktivní infekcí je nutné zahájení léčby teriflunomidem odložit až do vyléčení. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, je nutné zvážit pozastavení léčby, stejně tak, pokud se rozvine potvrzená periferní neuropatie. **Respirační reakce:** V klinických studiích nebyly hlášeny žádné případy intersticiálních plicních onemocnění při léčbě teriflunomidem. Plicní příznaky jako perzistující kašel nebo dyspnoe mohou být důvodem k přerušení léčby a dalšímu vyšetření. Byl zjištěn mírný pokles počtu bílých krvinek o méně než 15 % od výchozích hodnot. U pacientů s již existující anémií, leukopenií a/nebo trombocytopenií a u pacientů s narušenou funkcí kostní dřeně nebo pacientů s rizikem útlumu funkce kostní dřeně existuje zvýšené riziko rozvoje hematologických poruch. V průběhu sledování po uvedení přípravku na trh byly hlášeny případy závažných kožních reakcí (včetně Stevens-Johnsonova syndromu a toxické epidermální nekrolýzy). Při výskytu závažných kožních reakcí je třeba přerušit léčbu, zahájit rychlou eliminaci a dále nepodávat teriflunomid. Při přechodu pacientů z natalizumabu na přípravek je nutné postupovat opatrně. Na základě poločasů fingolimodu je třeba pacienta ponechat 6 týdnů bez léčby. Protože přípravek obsahuje laktosu, pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktosy, úplným nedostatkem laktázy nebo s malabsorpcí glukosy a galaktosy nemají tento přípravek užívat. **Interakce:** Silné induktory cytochromu CYP a transportérů (např. rifampicin, karbamazepin, fenobarbital, fenytoin a třezalka tečkovaná), je nutné během léčby teriflunomidem používat opatrně. Kolestyramin a aktivní uhlí způsobují rychlé a významné snížení plazmatické koncentrace teriflunomidu. Pokud není přímo vyžadována urychlená eliminace, doporučuje se pacientům během léčby tyto přípravky neužívat. Během léčby teriflunomidem je nutné používat opatrně léčivé přípravky metabolizované cytochromem CYP2C8 (např. repaglinid, paklitaxel, pioglitazon nebo rosiglitazon), CYP1A2 (např. duloxetin, alosetron, theofylin a tizanidin) i v kombinaci se substráty OAT3 (např. cefaklor, benzylpenicilin, ciprofloxacin, indometacin, ketoprofen, furosemid, cimetidin, metotrexát nebo zidovudin), při podávání substrátů BCRP (např. methotrexátu, topotekanu, sulfasalazinu, daunorubicinu nebo doxorubicinu) a inhibitorů HMG-CoA reduktázy, zejména ze skupiny OATP (např. simvastatinu, atorvastatinu, pravastatinu, methotrexátu, nateglinidu, repaglinidu či rifampicinu). Je nutné zvážit typ a dávku perorální antikoncepce, jež se bude v kombinaci s teriflunomidem užívat. Doporučuje se pečlivě monitorovat INR při kombinované léčbě warfarinem a teriflunomidem. Při podávání rosuvastatinu v kombinaci s teriflunomidem se doporučuje snížit dávku rosuvastatinu na 50 %. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Teriflunomid je v těhotenství a během kojení kontraindikován. Ženy ve fertilním věku musí během léčby teriflunomidem a po ní používat účinnou antikoncepci. Ženy, které užívají teriflunomid a chtějí otěhotnět, mají léčbu ukončit a doporučení se provést zrychlenou eliminaci. U mužů ani u žen se neočekává žádný účinek na fertilitu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek AUBAGIO nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. V případě výskytu nežádoucích účinků, které byly hlášeny u leflunomidu, tj. výchozí sloučeniny (např. závratě), může být narušena pacientova schopnost koncentrovat se a správně reagovat. V takových případech pacienti nemají řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** bolest hlavy, chřipka, infekce horních cest dýchacích, infekce močových cest, parestezie, zvýšená hladina ALT, průjem, nauzea, alopecie, bronchitida, sinusitida, faryngitida, cystitida, virová gastroenteritida, orální herpes, zubní infekce, laryngitida, tinea pedis, neutropenie, mírné alergické reakce, úzkost, ischias, syndrom karpálního tunelu, hyperestezie, neuralgie, artralgie, periferní neuropatie, hypertenze, zvracení, bolest zubů, vyrážka, akné, muskuloskeletální bolest, myalgie, polakisurie, menoragie, bolest, zvýšená gamaglutamyltransferáza (GGT), zvýšená aspartátaminotransferáza, zvýšená kreatinfosfokináza v krvi, snížení tělesné hmotnosti, snížený počet neutrofilů, snížený počet leukocytů, bolest po traumatu, závažné infekce včetně sepse, reakce z precitlivlosti (okamžitě nebo opožděně) včetně anafylaxe a angioedému, stomatitida, závažné kožní reakce. **Předávkování:** Při předávkování se doporučuje podání kolestyraminu nebo aktivního uhlí, které urychlí eliminaci. **Doba použitelnosti a podmínky pro uchovávání:** 3 roky, přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Druh obalu a obsah balení:** blistry v pouzdrech (14 a 28 potahovaných tablet) balených v krabičkách po 14, 28, 84. **Držitel rozhodnutí o registraci:** sanofi-aventis groupe, 54, rue La Boétie, F-75008 Paris, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/838/001-5. **Datum revize textu:** 16. 5. 2019. Přípravek je vydáván na lékařský předpis a je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku.

Souhrn údajů o přípravku obdržíte na adrese: sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/1764, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou rovněž k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky na adrese <http://www.ema.europa.eu>.

Reference: 1. SPC AUBAGIO®, poslední revize textu 05/2019

sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6
tel.: +420 233 086 111, fax: +420 233 086 222
e-mail: cz-info@sanofi.com

SANOFI GENZYME



7. konference Neurologie pro praxi

29.–30. 1. 2020
PLZEŇ



MÍSTO KONÁNÍ

Parkhotel Congress Center Plzeň,
U Borského parku 31, Plzeň



TIRÁŽ

7. KONFERENCE NEUROLOGIE PRO PRAXI V PLZNI

29.–30. ledna 2020 | Parkhotel Plzeň

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Neurologie pro praxi

Záštita

Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

Prezidenti akce

MUDr. Jiří Polívka, CSc.
doc. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lázecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Marta Boučková, 770 194 701, bouckova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Zdeňka Bartáková, 777 557 416, bartakova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Lucie Šilberská

Záštita

Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře.



Supplementum A Neurologie pro praxi

Citační zkratka:

Neurol. praxi 2020; 21(Suppl A).

ISBN 978-80-7471-296-8

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

Program – středa 29. ledna 2020

- 9.00–9.15 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ**
MUDr. Jiří Polívka, CSc., doc. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.
- 9.15–10.45 NEUROREVMATOLOGIE**
Odborná garantka MUDr. Dana Tegzová
- **IP Klinické asociace autoprotilátek u systémových revmatických nemocí** – MUDr. Olga Kryštůfková, Ph.D.
 - **IP Systémový lupus erytematoses a jeho neurologické komplikace** – MUDr. Dana Tegzová
 - **IP Revmatická polymyalgie jako mezioborový problém** – MUDr. Hana Ciferská, Ph.D.
- 10.45–11.15 IP SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI ROCHE s. r. o.**
- **Zkušenosti s ocrelizumabem z klinické praxe, kazuistiky** – MUDr. Marta Vachová
- 11.15–11.30 PŘESTÁVKA**
- 11.30–13.00 SPINÁLNÍ NEUROLOGIE**
Odborná garantka prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., FEAN, MHA
- **Cévní míšní poruchy** – MUDr. Ladislava Janoušková, CSc., prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., FEAN, MHA, MUDr. Jan Klener, MUDr. Jan Šroubek, MUDr. Martin Kovář
 - **Operace krční páteře** – MUDr. Jiří Chrobok, Ph.D.
 - **Cervikální myelopatie** – prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., FEAN, MHA
 - **Neurourologie** – MUDr. Václav Janda
- 13.00–13.40 VARIA I**
- **Psychofarmakologická léčba komorbidních depresivních poruch neurologických onemocnění** – doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.
 - **Léčiva rostlinného původu pro terapii úzkosti** – PharmDr. MVDr. Vilma Vranová, Ph.D.
- 13.40–14.45 PŘESTÁVKA, OBĚD**
- 14.45–16.15 IKTOVÁ PROBLEMATIKA V MLADÉM VĚKU**
Odborný garant MUDr. Petr Ševčík, Ph.D.
- **Cévní mozková příhoda u mladého nemocného – dif. dg.** – MUDr. Petr Ševčík, Ph.D.
 - **Vaskulitidy centrálního nervového systému** – MUDr. Aleš Tomek, Ph.D., FESO
 - **Disekce mozkových tepen, mozkové žilní trombózy** – MUDr. Vladimír Rohan, Ph.D.
 - **Kardiologické příčiny cévní mozkové příhody v mladém věku** – MUDr. Markéta Pešková
- 16.15–17.00 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI NOVARTIS S. R. O.**
- **Erenumab – nová perspektiva v léčbě migrény** – MUDr. Rudolf Kotas, Ph.D., MUDr. Jolana Marková, FEAN
 - **Průběh roztroušené sklerózy v čase** – MUDr. Marta Vachová
- 17.00–17.20 PŘESTÁVKA**
- 17.20–18.45 IP KULATÝ STŮL V EPILEPTOLOGII – POSUZOVÁNÍ ZPŮSOBILOSTI K ŘÍZENÍ U PACIENTŮ S EPILEPSIÍ A VÝZNAM EEG**
Odborný garant prof. MUDr. Petr Marusič, Ph.D.
- **Aktivní účastníci** – prof. MUDr. Petr Marusič, Ph.D., doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc., MUDr. Hana Vacovská, MUDr. Jana Zárubová

PŘÍSPĚJTE NA DOBROU VĚC!

Vraťte, prosím, při odchodu z této akce visačku.

Za každou vrácenou visačku věnujeme **10 Kč** na provoz Dětského centra Topolany. Každá vrácená visačka je recyklována a opět použita.

Více informací
o tomto projektu
naleznete na
www.solen.cz

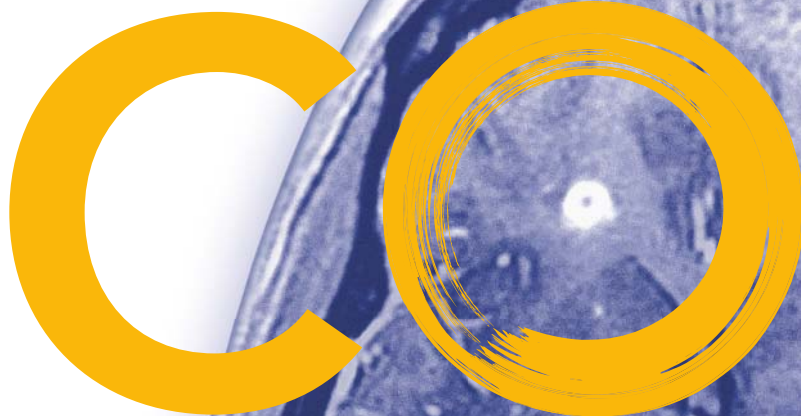
SOLEN
MEDICAL EDUCATION



Relabující forma roztroušené sklerózy (RRS)

Kdy je potřeba zahájit léčbu
vysoce účinnou terapií?

HRAZEN
od 1. 10. 2019
z prostředků veřejného
zdravotního pojištění
také v indikaci
PPRS.**



NEJDŘÍVE²⁻⁵

**U AKTIVNÍHO
ONEMOCNĚNÍ
je nutné zahájit léčbu
účinnou terapií
CO NEJDŘÍVE²⁻⁵**

Ve dvou identických dvouletých klinických studiích srovnávajících léčbu ocrelizumabem s vysokodávkovaným IFN β -1a * u pacientů s relabující formou RS:



**TÉMĚŘ ÚPLNÉ
POTLAČENÍ SUBKLINICKÉ
AKTIVITY** onemocnění na MRI
s potlačením klinických příhod
ve srovnání s vysokodávkovaným
IFN β -1a¹



SNÍŽENÍ RIZIKA RELAPSU
téměř o polovinu a **POKLES
RIZIKA PROGRESE
DISABILITY** ve srovnání
s vysokodávkovaným IFN β -1a¹



Má **OVĚŘENÝ
BEZPEČNOSTNÍ
PROFIL** na základě dvou
identických dvouletých
klinických studií¹⁻³



**DÁVKA je PODÁVANÁ
JEDNOU ZA 6 MĚSÍCŮ**
bez nutnosti dalšího rutinního
testování pacienta¹

Přípravek OCREVUS je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy (RRS) a jako **PRVNÍ** a **JEDINÝ** u pacientů s časnou primárně progresivní roztroušenou sklerózou (PPRS). Více na www.OCREVUS.cz.

JCV = virus Johna Cunninghama, PPRS = primárně progresivní roztroušená skleróza, * 3x týdně interferon β -1a 44 μ g s.c., ** Seznam cen a úhrad LP/PZLÚ k 1. 10. 2019

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky na www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek.

Reference: 1. SPC OCREVUS (ocrelizumab), datum poslední revize textu: 16. 12. 2019. 2. Hauser SL et al. N Engl J Med. 2017;376(3):221-234. 3. Hauser SL et al. (Supplementary appendix). N Engl J Med. 2016. http://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa1601277/suppl_file/nejm1601277_appendix.pdf. 4. Leray E, Yaouanq J, Le Page E, et al. Brain. 2010;133(Pt 7):1900-13. 5. KKNEU0031 - Klinický standard pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy a neuromyelitis optica, verze 1.0.

Nedílnou součástí inzerce je Zkrácená informace o přípravku uvedená na následující straně.

ROCHE s.r.o., Futurama Business Park Bld F, Sokolovská 685/136f, 186 00 Praha 8,
tel.: +420 220 382 111, e-mail: prague.info@roche.com, www.roche.cz



OCREVUS[®]
ocrelizumab



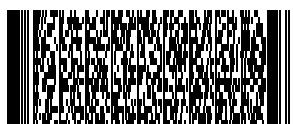
▼ **Zkrácená informace o přípravku Ocrevus 300 mg** – koncentrát pro infuzní roztok

Účinná látka: ocrelizumabum. **Indikace:** Přípravek Ocrevus je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy (RRS) s aktivním onemocněním definovaným klinicky nebo pomocí zobrazovacích metod. Přípravek Ocrevus je indikován k léčbě dospělých pacientů s časnou primárně progresivní roztroušenou sklerózou (PPRS), s ohledem na délku trvání onemocnění, stupeň disability a zobrazovacími metodami prokázanou zánětlivou aktivitu. **Dávkování:** Úvodní dávka 600 mg přípravku Ocrevus se podává jako dvě samostatné intravenózní infuze; první jako 300 mg infuze, následovaná po dvou týdnech druhou 300 mg infuzí. Následné dávky přípravku Ocrevus se poté podávají v podobě jednorázové 600 mg intravenózní infuze jednou za 6 měsíců. Doporučení pro úpravy dávkování u konkrétních nežádoucích účinků naleznete v SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, současná aktivní infekce, pacienti v závažném imunokompromitovaném stavu, známé aktivní maligní onemocnění. **Upozornění:** Reakce související s infuzí (IRR): u ocrelizumabu se vyskytly IRR. Příznaky mohou nastat v průběhu jakékoli infuze, ale byly častěji hlášeny během první infuze a v průběhu 24 hodin od podání infuze (pruritus, vyrážka, urtika, erytém, iritace hrdla, bolest orofaryngu, dyspnoe, faryngeální nebo laryngeální edém, zrudnutí, hypotenze, horečka, únava, bolest hlavy, závrať, nauzea a tachykardie). Hypersenzitivní reakce: se mohou projevit v průběhu jakékoli infuze, ale typicky se neprojevují v průběhu první infuze. U následných infuzí mají závažnější příznaky, než které nastaly dříve, nebo nové závažné příznaky, což má vést k úvahám o možné hypersenzitivní reakci. Pacienti se známou IgE zprostředkovanou hypersenzitivitou na ocrelizumab nesmějí být tímto přípravkem léčeni. Infekce: Podání přípravku Ocrevus musí být u pacientů s aktivní infekcí odloženo, dokud infekce neodezní. Těžce imunokompromitovaní pacienti (např. s lymfopenií, neutropenií, hypogamaglobulinemií) by neměli být tímto přípravkem léčeni. *Reaktivace hepatitidy B: U pacientů léčených anti-CD20 protilátkami byla hlášena reaktivace viru hepatitidy B (HBV), která měla v některých případech za následek fulminantní hepatitidu, jaterní selhání a úmrtí. Před zahájením léčby přípravkem Ocrevus musí být u všech pacientů proveden screening HBV podle místní praxe. Pacienti s aktivní HBV nesmějí být léčeni přípravkem Ocrevus. Malignity: Pacienti se známou aktivní malignitou nesmějí být léčeni přípravkem Ocrevus. Léčba závažně imunokompromitovaných pacientů: Pacienti v závažně imunokompromitovaném stavu nesmí být léčeni tímto přípravkem, dokud se stav nevyřeší. Očkování živými nebo atenuovanými vakcínami se v průběhu léčby a dokud nedojde k doplnění B-buněk nedoporučuje. Pacienti, kteří potřebují očkování, musí svou imunizaci dokončit nejméně 6 týdnů před zahájením léčby ocrelizumabem. Doporučuje se očkovat pacienty sezónními usmrčenými chřipkovými vakcínami. **Lékové interakce:** se nepředpokládají, protože ocrelizumab se z oběhu odstraňuje katabolismem. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musejí v průběhu doby, kdy dostávají přípravek Ocrevus a po dobu 12 měsíců po poslední infuzi přípravku Ocrevus používat antikoncepci. Přípravek Ocrevus je humanizovaná monoklonální protilátka G1 podtypu imunoglobulinů a o imunoglobulinech je známo, že prostupují placentární bariérou. Je třeba se vyvarovat podávání přípravku Ocrevus v těhotenství, pokud potenciální prospěch pro matku nepřevažuje nad potenciálními riziky pro plod. **Nežádoucí účinky:** Nejdůležitější a nejčastěji hlášené nežádoucí účinky byly IRR a infekce. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C–8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičky v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení přípravku:** 10 ml koncentrátu ve skleněné injekční lahvičce. **Držitel registračního rozhodnutí:** Roche Registration GmbH, Grenzach-Wyhlen, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/17/1231/001, EU/1/17/1231/002. **Datum první registrace:** 8. 1. 2018. **Poslední revize textu:** 16. 12. 2019. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku Ocrevus. Podrobné informace k dispozici na www.ema.europa.eu.

* Všímněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky na www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek.

ROCHE s.r.o., Futurama Business Park Bld F, Sokolovská 685/136f, 186 00 Praha 8
tel.: +420 220 382 111, e-mail: prague.info@roche.com, www.roche.cz



Program – čtvrtek 30. ledna 2020

- 9.00–10.30 KRANIÁLNÍ A SPINÁLNÍ NEUROTRAUMATOLOGIE**
Odborný garant doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc., FEAN
- **Lehké mozkové poranění** – doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc., FEAN
 - **Whiplash syndrom** – MUDr. Martina Kóvář, MHA
 - **Následky kraniotraumat – postkomoční syndrom** – MUDr. Filip Růžička, Ph.D.
 - **Míšní poranění** – prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., FEAN, MHA
- 10.30–11.00 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI BIOGEN (Czech Republic) s.r.o.**
- **První klinické projevy roztroušené sklerózy v kontextu stanovení včasné diagnózy** – MUDr. Marek Peterka
 - **Schéma terapie roztroušené sklerózy** – MUDr. Marta Vachová
- 11.00–11.15 PŘESTÁVKA**
- 11.15–11.45 LÉČBA MIGRÉNY**
(Blok sponzorovaný společností TEVA Pharmaceuticals CR, s. r. o.)
- **Fremanezumab – vlastní zkušenosti, kazuistika** – MUDr. Jolana Marková, FEAN
 - **CGRP monoklonální protilátky v profylaxi migrény – indikační kritéria, kazuistika** – MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D.
- 11.45–12.05 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI SANOFI GENZYME**
Perorální léčba pacientů s roztroušenou sklerózou v první linii
- **Současné možnosti léčby pacientů s roztroušenou sklerózou v první linii** – MUDr. Marek Peterka
 - **Zkušenosti s léčbou pacientů přípravkem Aubagio** – MUDr. Jaroslava Suchá
- 12.05–13.00 VARIA II**
- **Roztroušená skleróza a těhotenství** – MUDr. Pavel Hradílek, Ph.D.
 - **Včasná diagnostika spondyloartritid – nová koncepce** – MUDr. Jan Voříšek
(Přednáška sponzorovaná společností Novartis s. r. o.)
 - **Nové antiepileptikum v ambulantní praxi neurologa** – MUDr. Gizela Rytířová
- 13.00–14.00 PŘESTÁVKA, OBĚD**
- 14.00–15.35 IP KAZUISTIKY**
Odborní garanti MUDr. Jiří Polívka, CSc., doc. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.
- **Polohově vázaná závrať – diagnostická problematika** – Mgr. Klára Kučerová
 - **Jak vybírat další antiepileptikum do kombinace, kazuistika Michaely, 30 let, aktivní sportovkyně** – MUDr. Dana Vyskočilová
 - **Vždycky jde něco udělat** – MUDr. Hana Vacovská
 - **Když meningy svítí** – MUDr. Kateřina Matějová, MUDr. Eva Marešová
 - **Rychle progredující porucha kognice a rozsáhlý infiltrativní proces mozku** – MUDr. Petra Mištríková, Mgr. Kamila Šiffelová, MUDr. Radek Lakomý, Ph.D., MUDr. Aleš Neumann, Ph.D.
 - **Syndrom kaudy trochu jinak** – MUDr. Dušan Ospalík, MUDr. Ing. David Černík, Ph.D., MBA
- 15.35–16.20 IP KONTROVERZE V DIAGNOSTICE A ZAHÁJENÍ LÉČBY ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH**
Odborný garant doc. MUDr. Radomír Taláb, CSc.
- **Aktuální možnosti konvenční diagnostiky včetně úhradových kritérií** – MUDr. Pavel Hradílek, Ph.D.
 - **Nové poznatky a možnosti diagnostiky – její senzitivita a specifita pro roztroušenou sklerózu i v rámci diferenciální diagnostiky a významu pro zahájení léčby, nové návrhy algoritmů** – doc. MUDr. Tomáš Uher, Ph.D.
- 16.20–17.00 IP MŮŽEME PACIENTY PO INTRACEREBRÁLNÍM KRVÁCENÍ TRVALE ANTIKOAGULOVAT?**
Odborný garant MUDr. Aleš Tomek, Ph.D., FESO
- **ANO** – MUDr. Martin Šrámek
 - **NE** – MUDr. Aleš Tomek, Ph.D., FESO
- 17.00 ZÁVĚR KONFERENCE, LOSOVÁNÍ ANKETY**

Neurorevmatologie

odborná garantka MUDr. Dana Tegzová

středa / 29. ledna 2020 / 9.15–10.45 hod.

Klinické asociace autoprotilátek u systémových revmatických nemocí

MUDr. Olga Kryštůfková, Ph.D.

Revmatologický ústav a Revmatologická klinika 1. LF UK, Praha

Autoprotilátky jsou imunoglobuliny, jejichž specifita je namířena vůči vlastním tkáním. Orgánově specifické autoprotilátky, rozeznávají struktury vlastní jen určitému orgánu, zatímco orgánově nespecifické autoprotilátky reagují s nespecifickými součástmi buněk (jadernými, cytoplazmatickými či buněčnými membránami) nebo s extracelulárními komponentami, bez ohledu na to, ze kterého orgánu pocházejí. Tvoří se proti přirozeně se vyskytujícím i modifikovaným proteinům, např. protilátky proti citrulinovaným proteinům (ACPA) u revmatoidní artritidy (RA). Patogeneticky působí tkáňové poškození aktivací cytotoxických mechanismů (např. antierytrocytární protilátky u hemolytické anémie) a tvorbou imunokomplexů (glomerulonefritida u SLE). Vazbou na buněčné receptory působí jejich inhibici (acetylcholinový receptor u myastenia gravis), stimulaci (TSH receptor u Gravesovy choroby) nebo neutralizují funkci proteinů extracelulárních (antifosfolipidové protilátky u antifosfolipidového syndromu) či intracelulárních (anti-Ro52 protilátky u vrozený srdeční blok novorozenců).

Přítomnost určitých autoprotilátek je charakteristická pro jednotlivá systémová revmatická onemocnění (SRO) a jejich průkaz slouží k podpoře diagnózy a případně jsou součástí diagnostických kritérií (antinukleární protilátky u SLE, nebo anti-SSA/Ro u Sjögrenova syndromu). Je známo, že výskyt některých autoprotilátek předchází plnému rozvoji klinických manifestací a jejich přítomnost svědčí pro latentní či časnou fázi choroby (ACPA u RA). Díky asociacím autoprotilátek s klinickými fenotypy a kvantitativní korelaci s aktivitou klinických projevů, jsou vodítkem při sledování aktivity, odhadu prognózy a terapeutických rozhodnutích, například u idiopatických zánětlivých myopatií. I když jsou některé autoprotilátky specifické pro určitá onemocnění, mohou se vyskytovat u jiných SRO, kde mají odlišnou výpovědní hodnotu (anti-SSA/Ro, – PMScl, – RNP a další). Autoprotilátky se objevují i u zdravých osob, jedná se však o protilátky s nízkou afinitou, které mají nejspíše regulační úlohu. Zvýšené hladiny (např. revmatoidních faktorů) se mohou vyskytnout i u některých jiných akutních a chronických zánětlivých onemocnění, či ve vyšším věku. V interpretaci serologických vyšetření autoprotilátek je nutno zohlednit použité laboratorní metody a někdy je doporučeno kombinovat více metodických postupů. Příkladem je průkaz ANCA protilátek kombinací testů nepřímé imunofluorescence a ELISA.

V příspěvku bude podán přehled známých autoprotilátek podle diagnóz s větším důrazem na SRO s neuromuskulárními manifestacemi.

Podpořeno RVO MZČR 0021620812

Systémový lupus erytematodes a jeho neurologické komplikace

MUDr. Dana Tegzová

Revmatologický ústav v Praze

Systémový lupus erytematodes (SLE) je vzácnější autoimunitní systémové onemocnění pojiva, kdy na základě tvorby autoprotilátek dochází ke klinickým projevům, často s multiorgánovým rozsahem poškození. Nejčastější projevy jsou kožní a kloubní, závažné jsou ale zejména manifestace orgánové, jako je lupusová nefritida, serozitida, cytopenie, postižení plic, srdce a i neurologické projevy. Klinický obraz SLE je velice variabilní, zejména proto je nazýván „velkým imitátorem“ (magna simulatrix), a v mnohých případech je spektrum jeho projevů podobné a často i identické s projevy

některých jiných nemocí. Toto platí zejména pro formu SLE s neurologickou a psychiatrickou manifestací, tzv. neuropsychiatrický lupus. Jeho projevy obsahují velice variabilní spektrum neuropsychiatrických poruch od bolestí hlavy až po těžké postižení mozku s epilepsií, cévními mozkovými příhodami a s psychiatrickým postižením s psychotickými projevy, může dojít i k projevům organického psychosyndromu či progresivní demence. Tato podobnost může být zdrojem diagnostických problémů a i omylů. Velmi podobné spektrum projevů má i antifosfolipidový syndrom (APS), což je trombofilní stav autoimunitního podkladu, který je sice řazen mezi trombofilní stavy, nicméně relativně často může doprovázet i jiné onemocnění, konkrétně právě SLE, v tom případě hovoříme o sekundární formě APS. U onemocnění APS na základě přítomnosti antifosfolipidových protilátek dochází k projevům tromboembolie, jež mívá velmi variabilní klinický obraz a obsahuje projevy jak žilní, tak i tepenné trombózy a rovněž i může vést k opakovaným ztrátám plodu na podkladě trombotického mechanismu. Velmi pestré je spektrum neurologických projevů APS, které mohou být podobné jako u SLE, což může být zdrojem zmíněných diagnostických omylů. Diagnostiku může komplikovat i fakt, že společným rysem těchto dvou chorob je přítomnost antifosfolipidových protilátek, což je kritérium jak pro SLE, tak i pro APS. I když některé uvedené projevy obou nemocí mohou být často podobné, terapie obou těchto chorob je zcela odlišná a navzájem se nekryje: zatímco SLE je léčen imunosupresivní terapií, pro léčbu APS je nutná dlouhodobá, až celoživotní antikoagulační terapie. Úskalí těchto nemocí, jejich diagnostiky a terapie jsou prezentovány v několika kazuistikách.

Podporováno Výzkumnými záměry MZ ČR číslo: 000 000 23728

Revmatická polymyalgie jako mezioborový problém

MUDr. Hana Ciferská, Ph.D.

Revmatologický ústav, Praha

Revmatologická klinika 1. LF UK, Praha

Temporální arteritida (TA) a revmatická polymyalgie (polymyalgia rheumatica PMR) patří k onemocněním s typickou manifestací v populaci starší 50 let. Obě tyto jednotky mohou mít variabilní manifestace a jsou zvykle залечены glukokortikoidy (GK). Relapsy představují častý problém, pokud je terapie GK předčasně ukončena. Cílem terapie je potlačit zánětlivou aktivitu a navodit remisi onemocnění spojenou se zlepšením celkového stavu nemocných.

Diagnostika PMR může představovat určité obtíže, pokud není na tuto nosologickou jednotku pomýšleno v rámci diferenciálně diagnostické rozvaze. Diagnostiku ztěžuje fakt, že dosud neexistuje specifický diagnostický test (laboratorní, zobrazovací metody) a konečná diagnóza je založena na přítomnosti typických obtíží v rámci pohybového aparátu s difúzní bolestí spojenou se ztuhlostí pletenců pánevních a pažních spojenou s elevací reaktantů akutní fáze a dobré terapeutické odpovědi na GK. Jedná se o diagnózu per exclusionem tj. musí být vyloučeny ostatní příčiny například infekce, onkologická a neurologická problematika, či jiné revmatické zánětlivé onemocnění. PMR patří mezi systémová zánětlivá revmatická onemocnění, které může být sdružené s TA zhruba v 15 % případů. U nemocných s primární manifestací TA se může vyskytovat PMR až v 60 % případů. Etiologie PMR ani TA je zatím nejasná, předpokládá se kombinovaný podíl akcelerované imunitní odpovědi, genetické predispozice a vlivu zevního prostředí včetně možného podílu dosud neobjasněného infekčního agens. Základním lékem volby jsou GK u PMR, nejčastěji je využíván prednison. Iniciální dávka je doporučována mezi 10 a 20 mg prednisonu denně, někteří autoři udávají iniciální dávku 15 mg na základě dat, že pouze 1 % pacientů vyžadovalo dávku vyšší k dosažení remise. Nasazení GK u nemocných ve vyšším věku je spojeno s celou řadou nežádoucích účinků, mezi které patří akcelerace osteoporózy, dekompenzace hypertenzní nemoci či preexistujícího diabetu mellitu a dalších. Klinická odpověď na podání GK je poměrně rychlá a je spojená s poklesem reaktantů akutní fáze. Jestliže nedojde k terapeutické odpovědi na GK, je třeba pátrat po jiné příčině obtíží než PMR.

Délka terapie léčby je individuální, ale měla by trvat alespoň dva roky. Příliš rychlá detrakce GK vede k riziku relapsu PMR, u části pacientů je nutné počítat i s delší léčbou. Udává se, že relapsy PMR se vyskytují asi u 23–29 % v průběhu choroby.

Satelitní sympozium společnosti ROCHE s. r. o.

středa / 29. ledna 2020 / 10.45–11.15 hod.

Zkušenosti s ocrelizumabem z klinické praxe, kazuistiky

MUDr. Marta Vachová

MS centrum, Krajská zdravotní a. s., Nemocnice Teplice, o. z., Teplice

Klinické studie jsou nedílnou součástí medicíny založené na důkazech. Nespočet pacientů, kteří jsou do těchto rozsáhlých studií zařazováni, je poté analyzováno tak, aby bylo zřejmé, zda léčebný efekt té či oné nové molekuly, či jejich kombinace, má terapeutický efekt. Jejich nevýhodou je fakt, že tyto multicentrické mezinárodní studie neumožňují nahlédnout na výsledky pacientů z určité země, nebo dokonce až na jednotlivé pacienty. Léčivý přípravek Ocrevus je od 1. listopadu 2018 hrazen v indikaci RRRS, od 1. října 2019 jako první a jediný rovněž v indikaci PPRS. V našem RS centru při neurologickém oddělení Nemocnice v Teplicích máme kromě klinických studií, kde sledujeme více než 30 pacientů od roku 2012, i zkušenosti s 67 nemocnými z běžné populace RS, kteří jsou léčeni v rámci léčby hrazené ze zdravotního pojištění. Předmětem přednášky budou právě praktické zkušenosti s touto léčbou nemocných s RR i PP formou choroby.

Spinální neurologie

odborná garantka prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., FEAN, MHA

středa / 29. ledna 2020 / 11.30–13.00 hod.

Cévní míšní poruchy

MUDr. Ladislava Janoušková, CSc.¹, prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., FEAN, MHA⁴,
MUDr. Jan Klener², MUDr. Jan Šroubek², MUDr. Martin Kovář³

¹Radiodiagnostické oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

²Neurochirurgické oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

³Neurologické oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

⁴Neurologická klinika 3. LF UK a FNKV, Praha

Cévní míšní onemocnění jsou relativně vzácná onemocnění se závažnými neurologickými následky. Jejich prevalence v populaci se odhaduje na méně než 1 % všech cévních příhod. Nejčastější jsou následky míšní ischemie, představují přibližně 85 % všech cévních míšních příhod, méně časté je krvácení.

K míšní ischemii dochází při poruše krevního zásobení míchy. Může k němu dojít v důsledku aterosklerotických změn nebo vzácněji následkem embolie, nejčastěji kardiogenní (např. při fibrilaci síní). K ischemii míchy může vést sklerotické poškození aorty, segmentálních hrudních a lumbálních tepen; ateroskleróza přímo spinálních tepen je vzácná. Poškození segmentálních tepen může vzniknout při disekci aorty, traumatické nebo spontánní, vzácně při chirurgických výkonech na aortě. K chronické hypoperfuzi dochází také při míšních arteriovenózních malformacích. Z celkových příčin se uplatňují hypoxické stavy, nejčastěji chronické kardiální selhávání. Vzácněji může být příčinou venostáza, např. při sepsi, nádorovém poškození a žilní trombóze. Mezi rizikové faktory spontánního míšního infarktu patří hypertenze, diabetes mellitus a poruchy srdečního rytmu. Nejčastěji je poškozena torakolumbální oblast, zásobená jedinou silnější tepnou (Adamkiewiczova arterie). Pro klinický obraz je typický rychlý vznik paraparézy dolních končetin, vzácněji kvadruparézy při poškození krční oblasti, poruchy čítí a sfinkterů. Mohou předcházet stavy přechodné slabosti dolních končetin, někdy s jejich podklesnutím a pádem, označované jako míšní klaudikace.

Míšní krvácení může být intramedulární (hematomyelie) nebo extramedulární. Rizikovým faktorem je hypertenzní nemoc a vrozené nebo získané hypokoagulační stavy. Klinický obraz je

dán ložiskovým postižením míchy, projeví se náhle vzniklou paraplegií provázenou krutou bolestí se segmentálním vyzařováním do dolních končetin nebo odpovídajících míšních dermatomů.

Epidurální hematom, spontánní nebo traumatický, představuje 40 % všech spinálních krvácení. Může vzniknout také iatrogeně, jak po otevřených operacích, tak při miniinvazivních výkonech, jako jsou epidurální anestezie, zavedení lumbální jehly nebo intratékálního katétru, vertebroplastika, biopsie.

Subdurální hematom je extrémně vzácný. Spinální subarachnoidální krvácení tvoří 1 % všech SAK, jeho nejčastější příčinou je míšní kavernom a arteriovenózní malformace. Z nich jsou nejčastější durální arteriovenózní píštěle, s jednou nebo více zásobujícími arteriemi, lokalizované hl. v oblasti míšního konu. Postihují nejčastěji muže mezi 50–80 lety, ve 40 % jsou posttraumatické. Projeví se obvykle pozvolna progredující slabostí dolních končetin do paraparézy, s poruchami citlivosti a sfinkterů.

U všech míšních lézí je důležitá včasná diagnostika. Základním vyšetřením je magnetická rezonance, která zobrazí otok či ischemii míchy, arteriovenózní malformaci nebo jinou příčinu míšní komprese. U akutních stavů je nutné nalézt nebo vyloučit lézi vyžadující urgentní chirurgický výkon. Diagnostické zobrazování a terapeutické možnosti jsou rozvedeny v přednášce.

Operace krční páteře

MUDr. Jiří Chrobok, Ph.D.

Neurochirurgické oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

Podle databáze České spondylochirurgické společnosti se provádí ve všech páteřních centrech ČR ročně 15 tisíc operací páteře, z toho asi 350 operací horní krční páteře (Co–C2) a 2400 výkonů v subaxiální části krční páteře (C3–C7). Zatímco v horním úseku dominují v 70 % úrazy, tak ve střední a dolní části krční páteře tvoří traumata jen 10 % a více než v 80 % operujeme subaxiální krční páteř pro degenerativní postižení. V podstatě ve všech úsecích krční páteře se operační přístupy dělí na přední, zadní a kombinové.

V kraniocervikálním přechodu jsou přední výkony hlavně stabilizační, kde se jedná o přímou osteosyntézu zubu čepovce po jeho zlomenině. Méně často se provádějí dekompresivní výkony transforálně či transmanibulárně, které představují svou náročností vrchol spondylochirurgické operativy krční páteře. Zadní operační výkony KCP většinou stabilizují spodinu lebeční s krční páteří nebo C1–C2 obratle při primární nestabilitě nebo po extenzivních dekompresivních výkonech.

Majorita operačních výkonů na subaxiální krční páteři jsou následky degenerativní choroby s morfologickým nálezem výhřezů, osteofytů, diskopatie, instability až deformity s klinickými korelátami myelopatie, radikulopatie či cervikálního syndromu. Většina operací (cca 80 %) se provádí z předního přístupu, kdy mezi cévním svazkem a jícnem fyziologicky exponujeme přední plochu krční páteře a mikrochirurgicky odstraňujeme meziobratlovou ploténku, dekomprimujeme míchu a nervové kořeny. Odstraněná ploténka se nahrazuje fúzním či dynamickým implantátem. Preference jsou na straně fúze (kostního spojení), kde se vložený implantát ponechává bez dalšího zajištění (stand alone technika) nebo se fixuje menšími vruty, které jsou součástí vloženého košíku eventuálně se přemostuje samostatnou dlahou. Pohyblivý dynamický implantát zachovává fyziologickou hybnost krční páteře, snižuje možnost postižení sousedního segmentu, a tím počet reoperací, ale má své limity a její optimální indikace nepřesahuje 15 % všech výkonů pro degenerativní postižení.

Zadní výkony na subaxiální krční páteři zahrnují laminektomie, laminoplastiky a foraminotomie. Tyto výkony se indikují při míšních kompresích s korelátami myelopatie na rozdíl od foraminotomie, která je určena pouze pro ošetření radikulopatie.

Kombinované výkony jsou indikovány výjimečně v případě cirkulárních tumorů, kritických polysegmentálních stenóz, deformit či těžkých úrazů.

Závěrem lze konstatovat, že výsledky chirurgické léčby jsou v případě degenerativních chorob velmi uspokojivé s efektem cca 95 % a počtem reoperací pod 10 % v horizontu deseti let.

Cervikální myelopatie

prof. MUDr. Ivana Štětkářová, CS., FEAN, MHA

Neurologická klinika, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a FNKV, Praha

Degenerativní onemocnění páteře patří mezi civilizační choroby, jejichž výskyt se posouvá do stále mladších věkových skupin. Je velkým celospolečenským problémem, zejména pokud dochází k poškození nervového systému, a tím k dlouhodobé invalidizaci nemocného. Tyto obtíže jsou spojeny s degenerativními změnami páteře (spondylóza, spondylartróza, diskopatie) a nejčastěji se projevují jako prosté bolesti zad. Důležité je rozpoznat varovné příznaky (koncepte tzv. červených praporečků), jejichž přítomnost zvyšuje riziko závažného onemocnění páteře, vnitřních orgánů nebo poškození nervového systému.

Spondylogenní cervikální myelopatie (SCM) se vyskytuje v 5–10 % pacientů se symptomatickou krční spondylózou. Kromě míšního poškození bývá u spondylózy také radikulopatie (samostatně) nebo v kombinaci. V rozvinutém stadiu diagnostika nedělá obtíže, ale na začátku je třeba vyloučit jiné nemoci s podobným klinickým obrazem, například syringomyelii, míšní nádor či ALS.

SCM vzniká v rámci zhoršujících se degenerativních změn zejména krční páteře, které zužují páteřní kanál. Podílí se na tom dorzální osteofyty, výhřezy meziobratlových plotének, posuny obratlů s nestabilitou. SCM je nečastější příčinou poškození míchy u osob nad 50 let. Rizikovými faktory vzniku jsou vyšší věk, mužské pohlaví, kouření, mikrotraumata krční páteře. Důležitou roli při vzniku manifestních klinických obtíží má vrozeně úzký páteřní kanál a zhoršené cévní zásobení v oblasti krční intumescence. Kompresi míšních struktur nastává také při degenerativních změnách vazů, zejména při zbytnění a osifikaci ligamentum longitudinale posterior a ligamentum flavum.

Zlatým standardem v diagnostice je použití zobrazovacích metod (magnetická rezonance, CT, rtg, myeloCT, apod.). Tyto metody spolehlivě určí anatomické poměry v páteřním kanále včetně struktur, které se nacházejí v blízkosti míchy a kořenů. K finální diagnostice SCM je však stále nutná vzájemná korelace morfologických a funkčních metod, doplněná podrobnou anamnézou a objektivním klinickým nálezem.

V případě lehkého poškození s malým neurologickým nálezem a bez významné poruchy chůze a neobratnosti prstů se u SCM doporučuje konzervativní postup. Pokud je přítomný středně těžký a těžký neurologický deficit, trvají neztížitelné bolesti (zejména kořenové) a zhoršuje se původně lehký nález, pak je indikována relativně rychle chirurgická léčba.

Podpořeno Výzkumným projektem Karlovy Univerzity v Praze PROGRES Q 35.

Varia I

středa / 29. ledna 2020 / 13.00–13.40 hod.

Psychofarmakologická léčba komorbidních depresivních poruch neurologických onemocnění

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Praha

Léčba depresivních a úzkostných poruch může být pro specialisty jiných oborů velmi užitečným a prospěšným nástrojem, kterým mohou pozitivně ovlivnit psychický stav a kvalitu života svých pacientů, umožnit jim snášet potíže spojené se základním onemocněním, ale také v řadě případů i kladně modifikovat průběh základního onemocnění. Vhodně zvolená terapie je účinná u většiny z nich a dlouhodobou farmakoterapií lze předcházet opakování potíží nebo významně snížit počet sebevražd. Léčba by měla samozřejmě zahrnovat adekvátní terapii somatického onemocnění, a měla by být vedena komplexním, ideálně precizním, multidimenzionálním přístupem, který může zahrnovat i psychoterapii.



Znovu se probouzet do jasných dnů...

Brintellix
vortioxetin

O krok dál v léčbě deprese

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU. NÁZEV A LÉKOVÁ FORMA: Brintellix 10 mg potahované tablety a Brintellix 5 mg potahované tablety **LÉČIVÁ LÁTKA:** Jedna potahovaná tableta obsahuje vortioxetini hydrobromidum, což odpovídá vortioxetinum 10 mg (pro Brintellix 10 mg) a 5 mg (pro Brintellix 5 mg). **INDIKACE:** Brintellix je indikován k léčbě depresivních epizod u dospělých. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Úvodní a doporučená dávka je 10 mg jednou denně, užitá perorálně s jídlem nebo nalačno. Starší pacienti ≥ 65 let: Úvodní dávka je 5 mg jednou denně. **Pediatrická populace (< 18 let):** Nemá se používat. **Ukončení léčby:** Pacienti mohou užívání léčivého přípravku Brintellix ukončit náhle bez nutnosti postupného snižování dávky. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Současné užívání s neselektivními inhibitory monoaminooxidázy (IMAO) nebo selektivními MAO-A inhibitory:** ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ: Deprese je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškozování a sebevraždy. Pacienti, a zvláště ti, kteří mají zvýšené riziko sebevraždy, by měli být během léčby pečlivě sledováni, a to především na začátku léčby a po změně dávkování. Pacienti (a jejich ošetřovatele) by měli být upozorněni na to, že je nutné sledovat jakékoli zhoršení jejich stavu, vznik sebevražedného chování nebo myšlenek a neobvyklých změn chování a na to, že pokud se tyto příznaky objeví, musí okamžitě vyhledat lékařskou pomoc. U pacientů se záchvaty v anamnéze, případně nestabilní epilepsii, má být léčba zahájena s opatrností. Pacienti musí být sledováni pro případné známky a příznaky serotoninového syndromu nebo neuroleptického maligního syndromu. Brintellix by měl být používán s opatrností u pacientů s anamnézou mánie/hypománie. U pacientů, kteří vstoupí do manické fáze, je nutno léčbu tímto přípravkem ukončit. Při užívání antidepresiv se serotoninem účinnkem, včetně vortioxetinu, byly hlášeny vzácné poruchy krvácení (ekchymóza, purpura, gastrointestinální nebo gynekologické krvácení) a vzácně byla pozorována hyponatremie. Je třeba postupovat s opatrností u pacientů s těžkou poruchou ledvin a jater. **INTERAKCE:** Vzhledem k riziku serotoninového syndromu je vortioxetin kontraindikován v jakékoli kombinaci s ireverzibilními neselektivními IMAO, s reverzibilními selektivními inhibitory MAO-A nebo se slabým reverzibilním neselektivním inhibitem MAO. Kombinace vortioxetinu s ireverzibilním inhibitorem MAO-B nebo serotoninem působícími léčivými přípravky může vést k serotoninovému syndromu, kombinace s tréžalkou tečkovanou může vést k vyššímu výskytu nežádoucích účinků včetně serotoninového syndromu. Antidepresiva se serotoninem účinnkem mohou snižovat práh pro vznik záchvatů. Při současném podávání silných inhibitorů CYP3A4 a inhibitorů CYP2C9 a vortioxetinu, osobám s pomalým metabolismem CYP2D6, se předpokládá mírné zvýšení expozice vortioxetinem. Existují hlášení o výraznějším účinku, pokud byla podávána serotoninem antidepresiva současně s lithiem nebo tryptofanem. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Podání těhotným ženám pouze tehdy, pokud očekávaný přínos převažuje nad potenciálním rizikem pro plod.* Je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání přípravku. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Žádný nebo zanedbatelný vliv. S ohledem na hlášené nežádoucí účinky, např. závratě, je doporučena opatrnost pacientů. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Nežádoucí účinky byly zpravidla mírné nebo střední intenzity a vyskytly se během prvních dvou týdnů léčby. Účinky byly obvykle přechodné a nevedly obvykle k ukončení terapie. Velmi časté: nauzea. Časté: abnormální sny, závratě, diareja, obštpace, zvracení, prinitus. Méně časté: návaly horka, noční pocení. Není známo: anafylaktická reakce, * hyponatremie, serotoninový syndrom, krvácení (včetně kontuze, ekchymózy, epistaxe, gastrointestinálního nebo vaginálního krvácení), * angioedém, urtikarie, vyrážka *. **PODMINKY UCHOVÁVÁNÍ:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **VELIKOST BALENÍ:** 28 potahovaných tablet. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Zkušenosti s předávkováním omezené. Doporučena symptomatická léčba a odpovídající monitoring. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** H.Lundbeck A/S, Østlillevej 9, 2500 Valby, Dánsko. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** EU/1/13/891/010. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU SPC:** 28. 6. 2019. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE ZKRÁCENÉ INFORMACE:** 3. 7. 2019. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek Brintellix předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách www.lundbeck.cz a www.sukl.cz. * Visměte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Nové objevy mění i nároky na ideální mechanismy účinku antidepresiv, která musí být nejen efektivní, ale i dobře tolerovaná, a to především v dlouhodobé léčbě. Vyvíjená antidepresiva jsou shodně účinná jako předchozí generace, nevyvolávají sedaci, nemají negativní vliv na kardiovaskulární či endokrinní systém, nepůsobí anticholinergně, ani antihistaminově. Jak muži, tak ženy ocení, že nenarušují sexuální život. Z hlediska běžné praxe je také důležité, že nejmodernější generace přípravků nemá významný interakční potenciál s jinými léčivými přípravky.

Posledním z nově registrovaných přípravků je vortioxetin, moderní multimodální antidepresivum s unikátním receptorovým působením, které máme nyní již několik let k dispozici, představuje „nový proud“ v oblasti léčby depresivních poruch, možná podobný, jaký jsme již prožívali v období, kdy tricyklická antidepresiva vystřídalý přípravky inhibující zpětné vychytávání serotoninu. Kromě výše zmíněných vlastností moderního antidepresiva je jeho užívání spojováno s pozitivním ovlivněním kognitivních funkcí, což otevírá novou dimenzi diferenciální indikace léčby, kterou lze v klinické praxi široce využít.

Práce byla podpořena výzkumnými projekty MZ ČR – RVO VFN64165, Q27/LF1.

Léčiva rostlinného původu pro terapii úzkosti

PharmDr. MVDr. Vilma Vranová, Ph.D.

Farmaceutická fakulta VFU Brno

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější duševní poruchy vůbec. K léčbě úzkosti se používají především anxiolytika a antidepresiva, velká pozornost se věnuje vývoji nových léčiv, pokud možno bez nežádoucích účinků, zejména sedace a vyvolání závislosti. Bylinné přípravky se v této indikaci hojně využívají i v dnešní době, farmaceutický výzkum účinků těchto rostlin a jejich obsahových látek pak vede k vývoji nových léčiv. Příkladem může být levandule úzkolistá, rostlina dlouhodobě užívaná pro uklidnění, zejména formou aromaterapie, relaxačních masáží apod. Klinické studie potvrzují anxiolytický účinek levandulového oleje a to i formou inhalační, dokonce i ve veterinární medicíně; perorální aplikace je pochopitelně mnohem účinnější. Mechanismus účinku levandulové silice je vysvětlován inhibicí presynaptických vápníkových kanálů na neuronálních synapsích a snížením vazebného potenciálu receptoru pro serotonin 1A (5-HT_{1A}), anxiolytický efekt užívání extraktu levandule byl srovnatelný s efektem lorazepamu a paroxetinu u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou.

Sdělení se věnuje popisu léčiv rostlinného původu určených pro terapii úzkosti.

Iktová problematika v mladém věku

odborný garant MUDr. Petr Ševčík, Ph.D.

středa / 29. ledna 2020 / 14.45–16.15 hod.

Cévní mozková příhoda u mladého nemocného – dif. dg.

MUDr. Petr Ševčík, Ph.D.

Neurologická klinika FN Plzeň

Přestože většina ischemických cévních mozkových příhod (iCMP) se vyskytuje u starších dospělých, můžeme se s nimi setkat i u novorozenců, kojenců, dětí i mladých dospělých. Mají za následek významnou morbiditu a mortalitu v období aktivního života. Od 80. let minulého století došlo k významnému vzestupu incidence iCMP jednak z důvodu zlepšení znalostí a identifikace klinických příznaků, pokroku v neurozobrazení, jednak i pro zvýšení četnosti výskytu vyvolávajících faktorů a onemocnění. V přednášce bude podán přehled epidemiologie, rizikových faktorů, etiologie, klinických příznaků a diferenciální diagnostiky u nemocných s iCMP u nemocných do 50 let věku. U dětí jsou nejčastějšími příčinami iCMP srdeční abnormality, cévní a hematologická onemocnění, infekce a poranění krku/hlavy. U mladých dospělých jsou příčinami iCMP defekty

Lavekan®

bezpečná
cesta z
úzkosti

inovativní
anxiolytikum



Lavekan 80 mg měkké tobolky. **Složení:** Jedna měkká tobolka obsahuje Lavandula angustifolia Mill., aetheroleum (levandulová sílice) 80 mg. **Indikace:** Rostlinný léčivý přípravek k léčbě přechodných úzkostných nálad u dospělých. **Dávkování:** Dospělí užijí jednu měkkou tobolku jednou denně v přibližně stejnou dobu. Délka léčby nemá přesáhnout 3 měsíce. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Porucha funkce jater. **Upozornění:** U pacientů starších 65 let jsou k dispozici pouze omezené údaje o bezpečnosti a účinnosti. Použití přípravku Lavekan se u pacientů, kteří vyžadují dialýzu, kvůli chybějícím klinickým údajům nedoporučuje. Pokud příznaky přetrvávají nezměněny po 1 měsíci léčby nebo se zhoršují, je třeba se poradit s lékařem. **Interakce:** Nebyly hlášeny. V koktejlové studii Lavekan nevykazoval klinicky významný vliv na aktivitu izoenzymů cytochromu P-450 CYP1A2 (kofein), CYP2C9 (tolbutamid), CYP2C19 (omeprazol), CYP2D6 (dextrometorfan) a CYP3A4 (midazolam). Pokud jde o CYP2C19, horní hranice 90% intervalu spolehlivosti pro poměr přípravku Lavekan k placebu mírně překročila prahovou hodnotu přijatelnosti předem stanovenou pro tuto studii. Nebyl zjištěn žádný relevantní klinický vliv týkající se antikoncepční účinnosti kombinované perorální antikoncepce (ethinylestradiol/levonorgestrel). Dostupné neklinické údaje neposkytují žádné důkazy týkající se interakcí s jinými látkami účinnými na CNS. Preventivně se nemá přípravek Lavekan užívat spolu s jinými anxiolytiky, sedativními léky nebo alkoholem vzhledem k tomu, že chybí klinické údaje o potenciálních interakcích. **Nežádoucí účinky:** Říhání (časté). Další gastrointestinální potíže, alergické kožní reakce (frekvence neznámá). **Uchovávání:** do 30 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, 76227 Karlsruhe, Německo. **Datum registrace a revize textu:** 17. 7. 2019. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Lék je k dispozici v lékárnách bez receptu.



150 let
Dr. Willmar Schwabe
From nature. For Health.

Schwabe Czech Republic s.r.o.
Pod Klikovkou 1917/4, 150 00 Praha 5 - Smíchov
tel.: +420 241 740 447, e-mail: info@schwabe.cz

www.lavekan.cz

septa síní, vaskulitidy, tepenné disekce, těhotenství, vrozené hyperkoagulační stavy, mozkové žilní trombózy, kouření, předčasná ateroskleróza, arteriální hypertenze, metabolická onemocnění a případně i migréna. Přes pestrou etiologii zůstávají možnosti léčby mozkové ischemie podobné, jako je tomu u nemocných ve vyšším věku.

Vaskulitidy centrálního nervového systému

MUDr. Aleš Tomek, Ph.D., FESO

Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Vaskulitidy CNS způsobují buď ischemii distálně od zánětu cévní stěny (okluze cévy, embolizace) nebo může v místě poškození méně často dojít k ruptuře cévy a krvácení. Klinicky lze vymezit tři základní obrazy manifestace CNS vaskulitid: akutní teritoriální ischemická CMP, postižení velkých tepen s typickým obrazem podle postiženého povodí, ale často s doprovodnými atypickými příznaky v předchorobí (cefalea, encefalopatie nebo epileptické záchvaty); „atypická roztroušená skleróza (MS-plus)“ při postižení malých tepen s relabujícím remitujícím průběhem s pro RS netypickými příznaky (epileptické záchvaty, bolesti hlavy) a obraz akutní encefalopatie s progredující poruchou vědomí. Kauzální léčba je imunosupresivní: k navození remise v první linii kortikoidy a cyklofosamid, v druhé rituximab s následnou chronickou léčbou azathioprinem nebo mykofenolát mofetilem. Imunosupresi je vždy nutné doplnit o léčbu antitrombotickou. Agresivně korigujeme vaskulární rizika (statiny ve vysoké dávce, antihypertenziva, korekce diabetu aj.). Na diagnózu vaskulitidy CNS je vhodné myslet, i přes její velmi nízkou incidenci, vzhledem k možnostem cílené léčby s dobrou šancí na zlepšení prognózy postižených pacientů.

Disekce mozkových tepen, mozkové žilní trombózy

MUDr. Vladimír Rohan, Ph.D.

Neurologická klinika FN Plzeň a LF UK v Plzni

Disekce karotické či vertebrální tepny je řídká, ale stále častěji rozpoznaná příčina ischemické cévní mozkové příhody (iCMP) zvláště v mladém věku, kdy je diagnostikována až ve 20 % případů. Ačkoliv příčina disekce často není zcela objasněna, na většině případů se podílí mechanické síly (přímé poranění, tupé trauma nebo natažení) samostatně či v kombinaci s preexistující arteriopatií. Trhlina v cévní stěně (tunica intima či media) vede ke vzniku intramurálního hematomu, který působí zúžení lumen často s porušením endotelu, nasedající trombóze a distální embolizaci. Klinická manifestace může být zvláště z počátku nespecifická, proto je nutné na možnost disekce pomýšlet vždy v případě neobvyklých ložiskových příznaků, zvláště s postižením hlavových nervů a u pacientů, kteří utrpěli vysokoenergetické poranění, hyperflexi, hyperextenzi, rotaci krční páteře, či přímé poranění krku. Mezi typické symptomy karotické disekce patří bolest hlavy či krku, Hornerův sy., amaurosis fugax, pulzující tinitus, poruchy chuti, hemisferální příznaky, které se často manifestují s odstupem i několika dní. Při disekci vertebrální tepny velké trauma většinou nebývá v popředí, většinou v návaznosti na malé poranění se rozvíjí silná bolest záhlaví a šíje, s odstupem pak rozvoj ložiskových příznaků, nejčastěji odpovídající laterálnímu medulárnímu sy. (Walenbergův sy.) a cerebellárnímu sy. Diagnostické je zobrazovací vyšetření, optimálně multimodální CT ev. MR mozku, které potvrdí diagnózu disekce, rozsah poškození mozkové tkáně a hemodynamickou významnost disekce pro optimální výběr léčebné strategie. Při akutní klinické manifestaci se léčba neliší od akutní iCMP jiné etiologie, je indikována rekanalizační léčba intravenózní trombolýzou. Intraarteriální léčba stentínem je primárně indikována pouze k zajištění přístupu při trombektomii z intrakraniálního řečiště, případně při selhání medikamentózní antitrombotické léčby, kdy je volba mezi protidestičkovou a antikoagulační léčbou na dobu 3–6 měsíců.

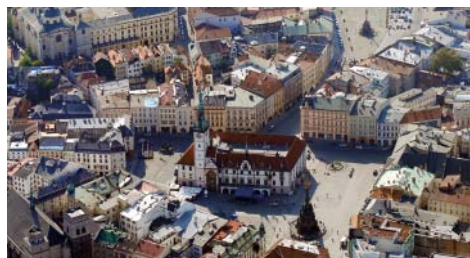
Mozková žilní trombóza (CVT) je ve srovnání s postižením tepenného řečiště podstatně méně častá, ale vzhledem k potencionální morbiditě neméně významná příčina iCMP. Incidence CVT není přesně známa, s pokrokem v zobrazovacích vyšetřeních ale stále stoupá. Na vzniku DVT se může

Vydáváme publikace oceňované odbornými společnostmi

Vydáme knihu i vám

EKG v klinické praxi

Čestmír Číhalík, Miloš Táborský



SOLEN

edice MEDUCA

Variabilita EKG nálezů ve vnitřním lékařství a pediatrii

Čestmír Číhalík, Eva Klášková, Miloš Táborský



SOLEN

edice MEDUCA

Multimodální přístup k nádorům močového měchýře a prostaty



Michaela Matoušková,
Tomáš Svoboda a kol.

SOLEN

edice MEDUCA

Kniha EKG v klinické praxi autorského kolektivu Číhalík Č., Táborský M. získala v kategorii monografie **Cenu děkana LF UP** za významnou publikační činnost za rok 2013 a **2. místo v literární soutěži České internistické společnosti**.

Kniha Multimodální přístup k nádorům močového měchýře a prostaty Matouškové M., Svobody T. a kolektivu získala **Cenu České onkologické společnosti za nejlepší knižní publikaci 2017** a také **1. místo v soutěži České urologické společnosti o nejlepší vědeckou publikaci za rok 2017** v kategorii „Monografie nebo postgraduální učební text“ (v rozsahu min. 50 stran, s ISBN).



ZKOORDINUJEME VEŠKERÉ
REDAKČNÍ PRÁCE, PRECIZNĚ
ZPRACUJEME DODANÉ TEXTY
(jazykové, typografické
a autorské korektury)



PŘIPRAVÍME KOMPLETNÍ
GRAFICKÉ NÁVRHY A SAZBU
včetně zpracování obrazové
dokumentace a tabulek



ZAJISTÍME PŘEDTISKOVOU
PŘÍPRAVU A **TISK**



ZORGANIZUJEME **KŘEST** NA
VÝZNAMNÉ OBOROVÉ AKCI



VAŠI KNIHU **BUDEME INTENZIVNĚ
PROPAGOVAT** V ČASOPISECH A NA
KONGRESECH SPOLEČNOSTI SOLEN
I NA JINÝCH OBOROVÝCH AKCÍCH



UMOŽNÍME **PRODEJ** KNIHY
V NAŠEM E-SHOPU



podílet celá řada příčin samostatně či v kombinaci jako vrozené či získané prokoagulační stavy, medikace, zvl. užívání kontraceptiv, těhotenství a puerperium, sinusitidy, systémová onemocnění úrazy a další. Klinická manifestace je vysoce variabilní v závislosti na lokalizaci a stupni uzávěru žilního systému od bolestí hlavy, syndrom nitrolební hypertenze, epileptický záchvat po ložiskový neurologický deficit či poruchu vědomí. Vedle klinického vyšetření je diagnostickým vyšetření zobrazovací vyšetření – MR mozku, případně CT v kombinaci s CT angiografií. Laboratorní vyšetření zaměřené na zjištění etiologie, včetně genetického vyšetření prokoagulačních stavů (F V. Leiden, prothrombin G20212A) a s odstupem v závislosti na aktuální léčbě i speciální koagluace (deficit proteinu C, S, antifosfolipidový sy., deficit AT III). Léčba zahrnuje antikoagulační léčbu, v těžkých případech lze zvažovat transvenózní trombektomii či trombolýzu, v léčbě refrakterní nitrolební hypertenze též dekompresivní kraniektomii. V případech epileptických projevů či průkazu epileptické aktivity je součástí léčby antiepileptické terapie, u infekční etiologie též adekvátní antibiotická léčba. V antikoagulační léčbě v akutním stadiu je indikován LMWH s následným převodem na warfarin či DOAC, délka antikoagulační léčby je závislá na vyvolávající příčině – u provokované DVT 3–6 měsíců, u neprovokované 6–12, u rekurentní či při průkazu trombofilie trvalá. DVT není kontraindikací dalšího těhotenství, nutné je však profylaktické zajištění LMWH po celou dobu těhotenství vč. puerperia.

Kardiologické příčiny cévní mozkové příhody v mladém věku

MUDr. Markéta Pešková

Kardiologická klinika FN a LF Plzeň

Kardioembolizace je podle různých zdrojů příčinou 15–40% ischemických cévních mozkových příhod (iCMP) nebo tranzitorních ischemických atak (TIA). Stanovení správné diagnózy má zásadní význam pro další léčbu nemocného a sekundární prevenci iCMP/TIA.

Onemocnění a abnormální nálezy, které mohou být zdrojem kardioembolizace, tvoří heterogenní skupinu. Patofyziologicky je můžeme rozdělit na onemocnění predisponující k tvorbě nitrosrdečního trombu (fibrilace síní, dysfunkce levé komory, chlopenní protězy), patologické nitrosrdeční útvary (tumory, vegetace) nebo zkratky, které umožňují paradoxní embolizaci (foramen ovale patens, defekt septa síní).

Onemocnění mají různý kardioembolizační potenciál a rozdílný je i jejich výskyt v různých věkových skupinách. Obecně lze ale říci, že žádná z těchto příčin není u mladých pacientů vyloučena.

Základní vyšetření, která by měl nemocný podstoupit, jsou monitorace rytmu (s myšlenkou potvrzení či vyloučení paroxysmální fibrilace síní) a echokardiografické vyšetření, pomocí něhož dokážeme stanovit přítomnost potenciálního zdroje kardioembolizace. U většiny starších nemocných je postačující transthorakální echokardie. Semiinvasivní vyšetření jícnovou sondou volíme u mladých nemocných s kryptogenním iktem (tj. u nemocných s podezřením na kardioembolizační etiologii iCMP/TIA, bez průkazu fibrilace síní a s normálním nálezem při transthorakální echokardiografii) – umožní nám přesné zhodnocení síňové přepážky a posouzení event. přítomnosti foramen ovale patens. Dále u pacientů s chlopenní náhradou nebo jiným cizím materiálem v levostranných srdečních oddílech a u nemocných s podezřením na infekční endokarditidu.

Satelitní sympozium společnosti Novartis s. r. o.

středa / 29. ledna 2020 / 16.15–17.00 hod.

Průběh roztroušené sklerózy v čase

MUDr. Marta Vachová

Neurologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s. – Nemocnice Teplice, o. z., Teplice

Prezentace mapuje jednotlivé fáze průběhu roztroušené sklerózy (RS). Klasické je dělení na přesně definovaná stadia. Někdy je popisován radiologicky izolovaný syndrom ještě před prvními klinickými



VYSOCE ÚČINNÁ
PERORÁLNÍ LÉČBA
PRO VČASNOU ESKALAČNÍ
TERAPII AKTIVNÍ RS¹⁻³

008606127

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz Souhrn údajů o přípravku, bod 4.8.

GILENYA 0,25 mg tvrdé tobolky, GILENYA 0,5 mg tvrdé tobolky

Zkrácená informace • Složení: Jedna tvrdá tobolka obsahuje fingolimodum 0,25 mg nebo 0,5 mg (ve formě hydrochloridu). **Indikace:** Přípravek Gilenya je indikován v monoterapii jako léčba modifikující průběh onemocnění u vysoce aktivní relabující-remitentní formy roztroušené sklerózy u následujících skupin dospělých: "a pediatrických pacientů ve věku 10 let a starších"; u pacientů, kteří mají vysoce aktivní formu onemocnění i přes úplnou a odpovídající terapii nejméně jedním chorobu modifikujícím lékem nebo u pacientů s rychle progresivní závažnou relabující-remitentní formou roztroušené sklerózy definovanou 2 nebo více těžkými relapsy během jednoho roku a s 1 nebo více gadolinium enhancing lézemi na MRI mozku nebo s významně zvýšeným výskytem T2 lézí ve srovnání s předchozím vyšetřením MRI. **Dávkování:** U dospělých je doporučená dávka jedna 0,5 mg tobolka podávaná perorálně jednou denně. "U pediatrických pacientů (ve věku 10 let a starších) závisí doporučená dávka na tělesné hmotnosti - jedna 0,25 mg tobolka podávaná perorálně jednou denně (hmotnost ≤ 40 kg) nebo jedna 0,5 mg tobolka podávaná perorálně jednou denně (hmotnost > 40 kg)". Přípravek Gilenya může být užíván s jídlem nebo nalačno. **Kontraindikace:** Známý syndrom imunodeficiency. Pacienti se zvýšeným rizikem oportunních infekcí, včetně pacientů se sníženou imunitou (včetně těch, kteří jsou v současné době na imunosupresivní léčbě nebo pacientů s imunitou oslabenou předchozími terapiemi). Závažné aktivní infekce, aktivní chronické infekce (hepatitida, tuberkulóza). Známé aktivní maligní onemocnění. Těžká porucha funkce jater (Child-Pugh třída C). "Pacienti, kteří měli během předchozích 6 měsíců s infarktem myokardu (IM), nestabilní anginou pectoris, cévní mozkovou příhodou/transitorní ischemickou atakou (TIA), srdeční selhání (vyžadujícím hospitalizaci), srdeční selhání třídy III/IV. Pacienti se závažnou srdeční arytmií vyžadující léčbu antiarytmiky třídy Ia nebo III (viz bod 4.4). Pacienti s atrioventrikulárním (AV) blokem druhého stupně typu Mobitz II nebo AV blokem třetího stupně, sick-sinus syndromem, pokud nemají zavedený kardiostimulátor (viz bod 4.4). Pacienti s výchozí hodnotou QTc intervalu ≥ 500 ms (viz bod 4.4). Během těhotenství a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají účinnou antikoncepci." Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. **Zvláštní upozornění/varování:** Zahájení léčby vede k přechodnému zpomalení srdeční frekvence. Všichni pacienti musí mít provedeno EKG vyšetření a mít změřen krevní tlak před a 6 hodin po podání první dávky přípravku Gilenya. "Stejně preventivní opatření jako při podání první dávky je doporučeno, pokud se pacient převádí z denní dávky 0,25 mg na dávku 0,5 mg." Všichni pacienti by měli být monitorováni s ohledem na subjektivní a objektivní příznaky bradykardie po dobu 6 hodin s měřením srdeční frekvence a krevního tlaku každou hodinu. Pokud by pacient během monitorování po první dávce vyžadoval farmakologickou intervenci, je nutné zajistit monitorování přes noc ve zdravotnickém zařízení a je nutno po podání druhé dávky přípravku Gilenya opakovat monitorování. Je doporučeno totéž monitorování jako po podání první dávky při zahájení léčby, pokud je léčba přerušena: na 1 den nebo více během prvních 2 týdnů léčby, na více než 7 dní během 3. a 4. týdne léčby, na více než 2 týdny po jednom měsíci léčby. Pokud je přerušena léčba kratší než uvedeno výše, může léčba pokračovat následující dávkou podle plánu. S ohledem na riziko závažných poruch rytmu nesmí přípravek Gilenya užívat pacienti s poruchami atrioventrikulárního vedení. Před zahájením léčby u pacientů s anamnézou významného kardiovaskulárního onemocnění se doporučuje konzultace kardiologa. Během léčby je doporučeno pravidelně kontrolovat krevní obraz, po třech měsících a poté nejméně jedenkrát ročně, a provést kontrolu krevního obrazu v případě výskytu známek infekce. Je-li absolutní počet lymfocytů < 0,2 × 10⁹ /l, je třeba léčbu až do zotavení přerušit. U pacientů bez protilátk proti VZV je před zahájením léčby doporučena vakcinace. Po uvedení na trh byly hlášeny izolované případy kryptokokové meningitidy. Pokud se potvrdí diagnóza kryptokokové meningitidy, fingolimod může být vysazen a má být zahájena vhodná léčba. Makulární léze byly hlášeny u 0,5 mg pacientů léčených fingolimodem 0,5 mg. Po 3 - 4 měsících od zahájení léčby se doporučuje provést oční vyšetření. Je doporučeno monitorovat sérové hladiny jaterních transamináz a bilirubinu před zahájením léčby a dále v 1., 3., 6., 9. a 12. měsíci terapie a pravidelně poté. Při opakovaném průkazu hodnot jaterních transamináz nad 5násobek ULN by měla být přerušena terapie přípravkem Gilenya. Při převádění z jiných chorob modifikujících léků na přípravek Gilenya je nutné zvážit eliminační poločas a mechanismus působení těchto látek, aby se zabránilo aditivním účinkům na imunitu za současně minimalizace rizika reaktivace choroby. Léčbu přípravkem Gilenya lze většinou zahájit bezprostředně po vysazení interferonu nebo glatirameru acetať. U dimethylfumarátu je před zahájením léčby přípravkem Gilenya nutná dostatečně dlouhá washout perioda k normalizaci krevního obrazu. Kvůli možným souběžným účinkům na imunitu je při převádění pacientů z natalizumabu nebo teriflunomidu na přípravek Gilenya nutná obezřetnost. Eliminace natalizumabu trvá obvykle 2 - 3 měsíce od ukončení léčby. Bez zrychlené eliminační procedury může eliminace teriflunomidu z plazmy trvat několik měsíců až 2 roky. Zahájení léčby přípravkem Gilenya po převedení z alemtuzumabu se nedoporučuje, pokud prospěch z této léčby jasně nevyváží riziko pro konkrétního pacienta. V klinických studiích i během postmarketingového sledování byly hlášeny vzácné případy posteriorního reverzibilního encefalopatického syndromu (PRES). Pokud existuje podezření na PRES, je nutné přerušit léčbu přípravkem Gilenya. "U pacientů léčených přípravkem Gilenya byl hlášen karcinom bazálních buněk. Pozornost vůči kožním lézím je zcela namístě a při zahájení léčby, nejdříve po roce od zahájení a dále v ročních intervalech se doporučuje vyhodnocení stavu pokožky ošetřujícím lékařem s ohledem na klinický stav. Po uvedení na trh byla hlášena při léčbě fingolimodem progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML). Před zahájením léčby fingolimodem je nutné mít k dispozici MRI sken (ne starší 3 měsíce) jako referenci. Pokud je podezření na PML, musí být MRI provedeno neprodleně k diagnostickým účelům a léčba fingolimodem musí být přerušena do vyloučení diagnózy PML. "Po uvedení na trh byly hlášeny vzácné případy tumoralkálních lézí se vztahem k relapsu RS." Návrat aktivity onemocnění (rebound fenomén): Po uvedení na trh byly po přerušení léčby fingolimodem u některých pacientů vzácně pozorovány závažné exacerbace onemocnění. Po uvedení na trh byly v souvislosti s léčbou fingolimodem hlášeny infekce humánním papilomavírem (HPV), včetně papillomu, dysplazie, tvorby bradavic a karcinomu souvisejícího s HPV. Vzhledem k imunosupresivním vlastnostem fingolimodu je při zohlednění očkovacích doporučení vhodné před zahájením léčby fingolimodem zvážit vakcinaci proti HPV. Jako standardní opatření se doporučuje pravidelné vyšetření, včetně PAP testu. "Interakce: Antineoplastická, imunosupresivní nebo imunomodulační léčba by neměla být současně s přípravkem Gilenya podávána vzhledem k riziku aditivních účinků na imunitní systém. Během léčby přípravkem Gilenya a až dva měsíce po ní může být vakcinace méně účinná. Použití živých oslabených vakcín může vést k riziku infekcí a je třeba se mu vyhnout. U pacientů léčených betablokatory nebo jinými látkami, které mohou snižovat srdeční frekvenci, jako například antiarytmika třídy Ia a III, blokátory kalciových kanálů (jako ivabradin, verapamil nebo diltazem), digoxin, inhibitory cholinesterázy nebo pilokarpin, nesmí být zahájena léčba přípravkem Gilenya. Měla by být zvážena potenciální rizika a přínosy zahájení léčby fingolimodem u pacientů, kteří jsou již léčeni látkami snižujícími srdeční frekvenci. Je třeba dbát opatrnosti u látek, které mohou inhibovat CYP3A4 (inhibitory proteázy, azolové antimykotika, některé makrolidy jako například klaritromycin nebo telitromycin). **Těhotenství a kojení:** Během léčby by pacientka neměla otěhotnět a doporučuje se aktivní antikoncepce. Pokud žena otěhotní v průběhu užívání přípravku Gilenya, doporučuje se léčbu přerušit. S ohledem na možnost závažných nežádoucích účinků fingolimodu na kojené děti by neměly ženy léčené přípravkem Gilenya kojit. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Chřipka, sinusitida, bolest hlavy, kašel, průjem, bolest zad, zvýšení jaterních enzymů (ALT, GGT, AST). Časté: "Karcinom bazálních buněk", infekce herpetickým virem, bronchitida, gastroenteritida, tinea, lymfopenie, leukopenie, deprese, závrat, migréna, rozmazané vidění, bradykardie, atrioventrikulární blokáda, hypertenze, dušnost, ekzém, alopecie, svědění, "myalgie, artralgie", astenie, zvýšení triglyceridů v krvi, snížení tělesné hmotnosti. U pacientů léčených fingolimodem byly v souvislosti s infekcí hlášeny velmi vzácné fatální případy hemofagocytárního syndromu. **Podmínky uchovávání:** Neuchovávat při teplotě nad 25°C. Uchovávat v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Gilenya 0,25 mg: PVC/PVDC/Al blistry v balení obsahujícím 28 tvrdých tobolek nebo 7 × 1 tvrdou tobolku. Gilenya 0,5 mg: PVC/PVDC/Al blistry v balení obsahujícím 7, 28 nebo 98 tvrdých tobolek nebo víceúčelová balení obsahující 84 (3 balení po 28) tvrdých tobolek nebo PVC/PVDC/Al perforované jednodávkové blistry v balení obsahujícím 7 × 1 tvrdou tobolku. Gilenya **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/11/677/001-006. **Datum registrace:** 17.03.2011. **Datum poslední revize textu SPC:** 3.9.2019. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merlion Road, Dublin 4, Irsko. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis, hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.** * Víměňte si prosím změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.

REFERENCE: 1. Kappos L, et al. N Engl J Med 2010;362:387-401. 2. Cohen JA, et al. N Engl J Med 2010;362:402-15. 3. Agius M, et al. CNS Neurosci Ther. 2014;20(5):446-51. 4. SPC Gilenya.

Gilenya® je registrovaná obchodní značka společnosti Novartis AG.

CZ191173466/11/2019

projevy choroby. Tyto pak začínají první atakou, označovanou jako klinicky izolovaný syndrom a po dalších atakách pokračují přechodem do klinicky definitivní RS. Správná diagnóza definovaných atak je zásadní pro vedení léčby nemoci a její eskalaci. Nemocní mohou být různě aktivní s rozdílným počtem atak až po přechod do sekundárně progresivní formy (SP). Právě diagnostika a stanovení přechodu do SP je velkým diagnostickým problémem. Do tohoto typu dělení patří i definice primárně progresivní formy choroby.

Toto klasické schéma je dnes ale vnímáno jako příliš zjednodušující, a proto jsou hledány nové definice a pohledy na průběh a progresi i aktivitu nemoci, tak jak je prezentuje například Lublin. Přehodnocování různých fází a forem nemoci bude stále důležitější zejména z pohledu nových terapeutických možností v rámci progresivních forem.

Kulatý stůl v epileptologii – posuzování způsobilosti k řízení u pacientů s epilepsií a význam EEG

odborný garant prof. MUDr. Petr Marusič, Ph.D.

středa / 29. ledna 2020 / 17.20–18.45 hod.

Kulatý stůl v epileptologii – posuzování způsobilosti k řízení u pacientů s epilepsií a význam EEG

prof. MUDr. Petr Marusič, Ph.D.¹, doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.^{2,3,4},

MUDr. Hana Vacovská⁵, MUDr. Jana Zárubová¹

¹Neurologická klinika, 2. LF UK a FN Motol, Praha

²Confort Care, Praha

³Tulsia Clinic Anděl – neurologie, psychiatrie, psychosomatika, Praha

⁴Soudní znalec, oddělení neurologie, stanovení nemateriální újmy na zdraví

⁵Neurologická klinika FN, Plzeň

Posuzování je nyní upravené přílohou č. 3 k vyhlášce č. 277/2004 Sb., která celkem jasně stanoví nemoci, vady, nebo stavy, které vylučují nebo podmiňují zdravotní způsobilost k řízení. U pacientů se záchvaty nebo s epilepsií není při posuzování způsobilosti k řízení pro skupinu 1 nutné zohledňovat EEG nález, přesto někteří neurologové abnormní EEG nález při posouzení v některých případech zohlední. Je to správný nebo nesprávný postup? Případně, za jakých okolností to je správný postup? Jak dosáhnout toho, aby byli pacienti posuzováni jednotně? Doufáme, že na tyto otázky zodpoví aspoň částečně náš diskuzní panel.

Kraniální a spinální neurotraumatologie

odborný garant doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc., FEAN

čtvrtek / 30. ledna 2020 / 9.00–10.30 hod.

Lehké mozkové poranění

doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc., FEAN

Neurologická klinika FZS Univerzity Pardubice a PKN, Pardubice

Lehké mozkové poranění se manifestuje amnézií, poruchou vědomí a nepřítomností výraznějších cerebrálních ložiskových příznaků. Tito nemocní dosahují 15–13 bodů při hodnocení dle Glasgowské škály. Incidence lehkého mozkového poranění je u nás 100–300/100 000 obyvatel za rok; přitom v USA dosahuje 500–600 osob/100 000 za rok. Incidence se liší podle věku i podle dalších rizikových faktorů (určité sporty, časté pády, diabetes, abúzus alkoholu a drog). Až u 10 % nemocných se však vyskytují abnormality na CT či MRI mozku (kontuze, edém, krvácení), u 1 %

je provedena neurochirurgická intervence a 0,1 % přesto zemírá v důsledku komplikací lehkého poranění mozku. Až u 30 % nemocných s lehkým mozkovým poraněním přetrvávají klinické příznaky a potíže i po šesti měsících.

V péči o nemocné s lehkým mozkovým poraněním je velmi důležitá stratifikace pacientů podle rizika rozvoje časných i pozdních komplikací – triáž. Jen u části nemocných je indikováno CT mozku. U dětí a mladistvých je nutno zvážit riziko CT – expozici krania ionizujícímu záření s následnou zvýšenou incidencí nádorových onemocnění. Proto se u dětí stále více využívá MR, která není zatížena těmito nežádoucími vedlejšími účinky.

Pojem komoce mozku je nahrazen lehkým mozkovým poraněním, které je lépe definováno a zahrnuje i řadu anatomických poškození (např. poruchu mozkových drah dle MRI technik zpracování). Komoce mozku se na podkladě tradice používá ve sportovní medicíně, kdy se předpokládá, že dochází k lehkému mozkovému poranění s přechodnou poruchou kognitivních funkcí, a to i bez zřejmé poruchy vědomí. V pojišťovnictví se převzal trojstupňový systém hodnocení komocí od německých pojišťoven, kdy se definuje lehká, střední a těžká komoce, a to zejména podle délky hospitalizace. Podle stupně komoce se pak nemocní odškodňují za dobu léčení akutního stadia poranění.

Pro indikaci provedení CT hlavy existuje celá řada různě závažných faktorů, které zvyšují riziko vzniku intrakraniálních komplikací. Je nutno však vzít v úvahu, že ionizující záření je škodlivé, CT je finančně náročná metoda a v mnoha situacích dochází k nadužívání CT hlavy. Poměrně přesně jsou definována kritéria přijetí nemocného k observaci. Frekvence cíleného vyšetření u hospitalizovaného nemocného (Glasgowské schéma, neurolog) má zpočátku vyšší četnost (každých 30 minut po 2 hodiny), pak se frekvence snižuje (po hodině po 4 dobu hodin) a pak co 4 hodiny.

Původní názor, že u lehkého mozkového poranění se nejedná o anatomickou lézi, se zásadně změnil. Nejčastěji jsou poraněny kortikální a subkortikální struktury (axonální léze drah – průkaz pomocí specializovaných MR technik). V důsledku léze drah vzniká dysfunkce propojení mezi frontální, parietální a temporální krajinou. V „postkomočním syndromu“ pak dominují poruchy paměti, koncentrace, spánku, dále bolesti hlavy, předrážděnost, únava, snížená tolerance stresu. Závažnější a často již trvalou komplikací těžších či opakovaných lehkých poranění mozku je posttraumatická encefalopatie – u profesionálních boxerů, fotbalistů, vojáků. U těchto osob pak dochází k rozvoji neurodegenerativních změn mozku s poruchou kognitivních funkcí a s rozvojem behaviorálních příznaků, s přítomností tau proteinů a s atrofickými změnami mozku (MR).

Whiplash syndrom

MUDr. Martina Kóvář, MHA

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Whiplash syndrom (WS) je poměrně častým onemocněním krční oblasti vyvolané nejčastěji akceleračně-deceleračním mechanismem. Jeho diagnostika a léčba je v klinické praxi často nedostatečná. Whiplash syndrom mohou kromě samotné bolesti a omezení hybnosti krční páteře doprovázet také bolesti hlavy, bolesti a tuhost ramenních pletenců, závratě, únava, syndrom temporomandibulárního kloubu či tinnitus. Tyto obtíže, jsou-li chroničtějšího rázu, pak vedou často k depresi, frustraci, poruchám spánku a anxiety. Základním vyšetřením bezprostředně po inzultu by měl být rtg krční páteře, v případě neurologického deficitu či chronicitě obtíží pak jistě MRI krční páteře.

V rámci terapie se jeví jako nejdůležitější pečlivá edukace pacienta jak stran příčiny obtíží, tak stran farmakoterapie a možné rehabilitace. U pacientů bez edukace je daleko vyšší riziko rozvoje doprovodných symptomů, které řadíme do tzv. „whiplash associated disorder“.

Zpočátku je vhodné podat pacientovi dostatečnou dávku analgetik, event. myorelaxancií. Fixování krku krčním límcem a předpis myorelaxancií by mělo být však jen na krátkou dobu (cca jeden týden). Dřívější doporučení fixovat krční oblast měkkým límcem po dobu několika týdnů je již překonané. Prolongovaná imobilizace naopak reparační proces zpomaluje, dochází ke svalové atrofii příslušných svalů, sníženému krevnímu průtoku poraněných tkání a hojení poraněných svalů ve zkrácené pozici, což dlouhodobě zhoršuje ROM.

Rehabilitace by měla být zahájena po cca 1–2 týdnech po poranění. Pacienta by měl ideálně prohlédnout rehabilitační lékař, který indikuje komplexní rehabilitaci – tedy fyzioterapii, fyzikální terapii event. balneologické procedury. V rámci fyzioterapie používáme různé techniky – postizometrické relaxace hypertonických svalů, ruční trakce krční páteře, nacvičujeme správnou sagitální trupovou stabilizaci včetně nácviku bráničního dýchání, používají se také prvky Vojtovy reflexní lokomoce. Ucelený koncept pro whiplash syndrom má také cvičení dle McKenzie.

Následky kraniotraumat – postkomoční syndrom

MUDr. Filip Růžička, Ph.D.

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. LF UK a VFN, Praha

Dlouho udržovaný předpoklad, že lehká mozkové poranění (mTBI) vedou jen k funkčnímu poškození mozku a nezanedbatelné množství poraněných má trvalý postkomoční syndrom, se zásadně změnil. Důvodem jsou výsledky, které v posledních 15 letech přichází ze širokého spektra neurovědních oborů. Zaprve, klinicky zaměřené práce zjistily, že nezanedbatelné množství poraněných má trvalý postkomoční syndrom nebo prokazatelný kognitivní deficit déle než rok. V tomto ohledu patří bolesti hlavy, převážně charakteru migrén nebo tenzních bolestí, mezi nejčastěji referované stesky. Zadruhé, analýzy moderních zobrazovacích metod dokazují, že mTBI, zvláště pokud jsou opakovaná, mohou být spojena s různě dlouho přetrvávajícími nebo trvalými změnami šedé i bílé hmoty mozku. Anamnéza mTBI souvisí jak s redukcí šedé hmoty ve frontálních, mediotemporálních a parietálních lalocích, tak s poškozením bílé hmoty subkortikálně, v oblastech dlouhých asociálních a komisurálních spojů a v mesencealonu. Zatřetí, i když přímá asociace mezi opakovaným mTBI a vznikem neurodegenerativního poškození není zatím jednoznačně prokázána, existuje mnoho důkazů, které takový předpoklad podporují. Tzv. chronická traumatická encefalopatie (CTE) je neuropatologická jednotka, pro kterou je charakteristické ukládání hyperfosforylovaného τ -proteinu a dalších patologických proteinových agregátů na traumatem nejvíce zatížených místech, tj. v ohybu mozkových brázd a perivaskulárně, z nichž se potom předpokládá následné šíření patologie do nepoškozených částí mozku. Epidemiologie tohoto onemocnění není známa. V největší publikované neuropatologické studii bývalých amerických fotbalistů z řad amatérských i profesionálních týmů, kteří se rozhodli darovat svůj mozek na výzkum, byla v různém stupni diagnostikována přítomnost známek CTE v 87 % případů. Klinický obraz poškozených byl nespecifický a zahrnoval symptomy jednak motorické, jako jsou hybné zpomalení, poruchy chůze, dysartrie a třes, jednak neuropsychiatrické, nejčastěji úzkostné a depresivní příznaky, impulzivitu, agresivitu nebo prohlubující se poruchu kognitivních funkcí. A začtvrté, nálezy výše uvedených studií u lidí podporuje nemalé množství biomechanických a animálních modelů, které analyzují působení mechanických sil na nervovou tkáň v dobře kontrolovaných podmínkách laboratoře. Závěrem lze proto shrnout, že všechny směry současného výzkumu naznačují, že mTBI mohou být spojena jak s trvalými klinickými obtížemi, tak detekovatelným poškozením mozkové tkáně nebo rizikem vzniku progresivního neurodegenerativního onemocnění.

Míšní poranění

prof. MUDr. Ivana Štětkářová, CSc., FEAN, MHA

Neurologická klinika, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a FNKV, Praha

Míšní poranění je definováno jako částečná nebo trvalá změna postihující funkce motorické, senzitivní a autonomní včetně sfinkterových a reflexních funkcí pod místem léze. Podle závažnosti poškození míchy se rozlišuje komoce, kontuze, komprese, hematomyelie a flekčně-externí poranění páteře (whiplash syndrom). Incidence akutních úrazů míchy v České republice je cca 35/1 milion obyvatel, tj. kolem 350 úrazů míchy ročně.

Míšní poranění dělíme podle doby vzniku na akutní a chronické. Akutní míšní poranění vzniká nejčastěji v rámci úrazů páteře při autonehodách, po sportovních úrazech, nebo po pádu například v ebrietě. Je častější u starších osob i po menších úrazech páteře spojených s hyperextenzí krku. Za neurologickou hranici léze se považuje míšní segment, který má ještě zachovanou motorickou

VZDĚLÁVAČÍ AKCE PRO PRAKTICKÉ NEUROLOGY 2020



**29.–30. LEDNA
PLZEŇ**

Parkhotel

Aktuální registrační
poplatek **1800 Kč**



**4.–5. ČERVNA
BRNO**

Hotel International

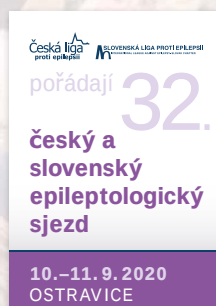
Při registraci **do 31. 3. 2020**
zvýhodněný registrační
poplatek **1400 Kč**



**17.–18. ZÁŘÍ
ÚSTÍ NAD LABEM**

Clarion Congress Hotel

Při registraci **do 30. 6. 2020**
zvýhodněný registrační
poplatek **1400 Kč**



**10.–11. ZÁŘÍ
OSTRAVICE**

Hotel Sepetná

Při registraci **do 31. 5. 2020**
zvýhodněný registrační
poplatek **1800 Kč**



**6.–7. LISTOPADU
KAROLINKA**

Hotel Soláň

Při registraci **do 31. 7. 2020**
zvýhodněný registrační
poplatek **900 Kč**

FANDÍME MLADÝM LÉKAŘŮM...

50% sleva pro lékaře do 35 let



a senzitivní funkci. Kompletních míšních lézí je kolem 45 %. Zástava dechu se vyskytuje u lézí nad míšním segmentem C3, ale endotracheální intubace je nutná i u míšních lézí nad segmentem C5.

Klinický obraz míšní léze může být kompletní či nekompletní. Kromě podrobného neurologického vyšetření lze k objektivizaci poruchy použít škálu AIS (American Spinal Cord Association Impairment Scale). Hodnota A značí kompletní míšní lézi. Závažný je akutní míšní šok, který se projevuje svalovou atonií, areflexií, autonomní dysfunkcí, ztrátou volní hybnosti a anestezií pro všechny kvality cití.

Při podezření na poranění míchy je třeba okamžitě imobilizovat páteř a pacienta rychle odeslat na magnetickou rezonanci, která stanoví rozsah míšní léze. Horší prognózu má vrozeně úzký páteřní kanál nebo predisponující degenerativní spondylogenní stenóza.

Pacient s akutním poraněním míchy vyžaduje specializovanou péči v traumacentrech se zajištěním včasného spondylochirurgického zákroku, nejlépe do 24 hodin od úrazu. Nutností léčba operační se stabilizací zlomenin, extrakcí disku nebo odsátí hematomu. Následně má být umístěn na jednotce intenzivní péče na specializovaných spinálních jednotkách, kde probíhá monitorace základních životních funkcí ve smyslu zajištění a podpory vitálních funkcí a zabránění vzniku dalších komplikací.

Pacient s chronickým míšním poraněním by měl být sledován dlouhodobě specialisty, kteří mají zkušenosti s péčí o pacienty s míšní lézí (neurolog, rehabilitační lékař, urolog, algeziolog, sexuolog, apod.).

Podpořeno Výzkumným projektem Karlovy Univerzity v Praze PROGRES Q 35.

Satelitní sympozium společnosti BIOGEN (Czech Republic) s. r. o.

čtvrtek / 30. ledna 2020 / 10.30–11.00 hod.

První klinické projevy roztroušené sklerózy v kontextu stanovení včasné diagnózy

MUDr. Marek Peterka

Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

Roztroušená skleróza (RS) je zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému (CNS), které v případě neléčení způsobuje jeho devastující postižení. Tento fakt vede k invalidizaci spojené s významným snížením kvality života nemocného. Včasně zahájená a správně vedená terapie je zcela klíčová pro příznivou prognózu pacienta. Přednáška se zaměřuje na možné klinické projevy RS v jejím začátku, které jsou prvním signálem o možném demyelinizačním onemocnění. Přináší výčet častých, méně častých, ale i některých vzácných klinických příznaků a zmiňuje jejich specifika. Cílem prezentace je ukázat výčet klinických příznaků, se kterými se může neurolog setkat u pacientů s RS v začátku onemocnění, a tím dopomoci k včasnému stanovení diagnózy a zahájení léčby.

Schéma terapie roztroušené sklerózy

MUDr. Marta Vachová

Neurologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s. – Nemocnice Teplice, o. z., Teplice

Prezentace shrnuje jednotlivé možnosti terapie roztroušené sklerózy. Jako základní se stále jeví eskalační terapie s postupným užitím léků s nižší aktivitou a následně vyšší aktivitou choroby. Možnosti převodů mezi jednotlivými preparáty stejné linie jsou aktuální zejména při řešení nežádoucích účinků léčiv.

Druhou variantou je indukční terapie, která ale není zatím reálně příliš využívána. Její limitací je zejména vyšší riziko závažnějších nežádoucích účinků léčby u preparátů k tomuto určených. Navíc většina léků ze skupiny vysoce efektivních léčiv nemá v České republice ani možnost této indikace z pohledu úhradových kritérií a tedy i plátců (zdravotních pojišťoven).

Tyto postupy jsou názorně prezentovány formou kazuistik.

VOLBA, KTERÁ NEBRÁNÍ BUDOUČÍM MOŽNOSTEM

Přípravek PLEGRIDY je
indikován k léčbě dospělých
pacientů s relabující-remitující
roztroušenou sklerózou¹

- **Přípravek Plegridy je jediný SC aplikovaný interferon beta, který se podává jednou za dva týdny¹**
- **Přípravek Plegridy má zavedený profil snášenlivosti zjištěný na základě údajů z klinických studií⁴⁻⁶**
- **Pokud je to klinicky indikováno, lze zvážit podání přípravku Plegridy v těhotenství.¹**
- **Přípravek Plegridy lze v období kojení podávat.¹**

↓ **ARR 36 %**

- Snížení četnosti o 36 % vs. placebo¹.
- Snížení rizika vzniku relapsu o 39 % vs. placebo¹.

↓ **EDSS 54 %**

- Snížení rizika progresse disability (12 týdnů) o 38 % vs. placebo¹.
- Snížení rizika progresse disability (24 týdnů) o 54 % vs. placebo¹.

↓ **MRI 86 %**

- Snížení Gd+ lézí o 86 % vs. placebo¹.
- Snížení nových nebo nově se zvětšujících T2 lézí o 67 % vs. placebo¹.
- Snížení nových T1 hypointenzních lézí o 53 % vs. placebo¹.

↓ **NAbs <1 %**

- Výskyt neutralizačních protilátek < 1 %¹ (u pacientů léčených 2 roky).¹

Je nutno si uvědomit, že stejně jako u většiny dalších předepisovaných léků je potřeba zvážit klinické potřeby matky s ohledem na bezpečnost nenarozeného dítěte.

 **plegridy**[®]
(peginterferon beta-1a)
SUBKUTÁNNÍ INJEKCE

KAŽDÉ 2 TÝDNY

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU PLEGRIDY

Název přípravku: Pegridy 63 mikrogramů injekční roztok v předplněném peru. Pegridy 94 mikrogramů injekční roztok v předplněném peru. Pegridy 125 mikrogramů injekční roztok v předplněném peru. **Složení:** Jedna 63/94/125 mikrogramová předplněná pero obsahuje peginterferon beta-1a 63/94/125 mikrogramů v 0,5 ml injekčního roztoku. Úplný seznam pomocných látek je uveden v SPC. **Terapeutické indikace:** Přípravek Pegridy je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabující-remitující roztroušenou sklerózou. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 125 mikrogramů podaných subkutánně každé 2 týdny (14 dní). Je doporučováno, aby pacienti zahájili léčbu 1. dávkou 63 mikrogramů (den 0), ve 2. dávce zvýšili na 94 mikrogramů (den 14) a 3. dávkou dosáhli plné dávky 125 mikrogramů (den 28), a potom pokračovali s plnou dávkou každé dva týdny (14 dní). Doporučuje se, aby zdravotnický pracovník zavedl pacienta ve správné technice samostatného podání subkutánní injekce za použití předplněného pera. Obvyklá místa podání subkutánní injekce jsou břicho, paže a stehno. Bezpečnost a účinnost přípravku Pegridy u dětí a dospívajících ve věku 0 až 18 let s roztroušenou sklerózou nebyly stanoveny. Předplněná pera jsou určena pouze na jedno použití. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na přirozený nebo rekombinantní interferon beta nebo peginterferon nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Pacienti se stávající těžkou depresí a/nebo sebevražednými myšlenkami. **Zvláštní upozornění:** Přípravek Pegridy má být podáván s opatrností u pacientů s depresivním onemocněním, těžkou poruchou funkce ledvin a jater, se záchvaty v anamnéze a u pacientů léčených antiepileptiky.* Pacienti je nutné poučit, aby v případě výskytu známek a příznaků anafylaxe nebo závažné hypersenzitivity ukončili léčbu přípravkem Pegridy a vyhledali okamžitou lékařskou péči. Léčba přípravkem Pegridy nesmí být obnovena. U pacientů léčených přípravkem Pegridy byly pozorovány cytopenie, včetně vzácně závažné neutropenie a trombocytopenie. V souvislosti s přípravky obsahujícími interferon beta byly hlášeny případy trombotické mikroangiopatie (TMA) projevující se jako trombotická trombocytopenická purpura (TTP) nebo hemolyticko-uremický syndrom (HUS), včetně fatálních případů. Jestliže je diagnostikována TMA, je třeba okamžitě zahájit léčbu (a zvážit výměnu plazmy), přičemž se doporučuje okamžitě přerušit léčbu přípravkem Pegridy. Během léčby přípravky obsahujícími interferon beta byly hlášeny případy nefrotického syndromu spojeného s různými základními nefropatiemi. Je nutná rychlá léčba nefrotického syndromu a je třeba zvážit ukončení léčby přípravkem Pegridy. U pacientů užívajících interferon beta bylo hlášeno zhoršení srdečního onemocnění. Pacienti mohou proti přípravku Pegridy vyvinout protilátky. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Se zvýšenou pozorností je třeba postupovat při podávání přípravku Pegridy v kombinaci s léčivými přípravky, které mají úzký terapeutický index a jejichž clearance je ve větší míře závislá na jaterním cytochromu P450. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Těhotenství: Velké množství údajů (více než 1000 ukončených těhotenství) z registrů a ze zkušeností po uvedení přípravku na trh nenaznačuje zvýšené riziko závažných vrozených anomálií po expozici interferonu beta před početím nebo během prvního trimestru těhotenství. Délka expozice během prvního trimestru však je nejistá, neboť údaje byly shromažďovány v době, kdy bylo použití interferonu beta v těhotenství kontraindikováno a léčba byla pravděpodobně přerušena, jakmile bylo těhotenství zjištěno a/nebo potvrzeno. Zkušenosti s expozicí během druhého a třetího trimestru jsou velmi omezené. Riziko spontánních potratů u těhotných žen vystavených interferonu beta nelze na základě aktuálně dostupných údajů adekvátně vyhodnotit, ale dosavadní údaje zvýšené riziko nenaznačují. Pokud je to klinicky indikováno, lze zvážit podání přípravku Pegridy v těhotenství. **Kojení:** Není známo, zda se peginterferon beta-1a vylučuje do lidského mateřského mléka. Dostupné omezené údaje o přestupu interferonu beta-1a do mateřského mléka spolu s chemickými/fyziologickými charakteristikami interonu beta naznačují, že hladina interferonu beta-1a vylučovaného do lidského mateřského mléka je zanedbatelná. Neočekávají se žádné škodlivé účinky na kojené novorozence/kojenice. Přípravek Pegridy lze v období kojení podávat. **Fertilita:** Nejsou k dispozici žádné údaje o účincích peginterferonu beta-1a na fertilitu lidí. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pegridy nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: bolest hlavy, myalgie, artralgie, chřipce podobné příznaky, horečka, zimnice, astenie, erytém, bolestivost a pruritus v místě podání. Časté: alopecie, nauzea, zvracení, pruritus, hypertermie, bolest, zvýšení tělesné teploty, zvýšení hladin alaninaminotransferázy, zvýšení hladin aspartátaminotransferázy, zvýšení hladin gama-glutamyl-transferázy, snížená hladina hemoglobinu, snížení počtu leukocytů, deprese; otok, pocit tepla, hematoma, vyrážka, zduření, změna barvy a zánět v místě podání. Méně časté: trombocytopenie, hypersenzitivní reakce, angioedém, záchvat, kopřivka, snížení počtu trombocytů. **Vzácné:** trombotická mikroangiopatie včetně trombotické trombocytopenické purpury / hemolyticko-uremického syndromu, nefrotický syndrom, glomeruloskleróza, nekroza v místě podání. **Není známo:** anafylaxe, plicní arteriální hypertenze.* U přípravků s interferonem beta byly hlášeny případy plicní arteriální hypertenze (PAH). **Předávkování:** V případě předávkování je možné pacienta hospitalizovat, aby mohl být sledován, a je třeba podávat vhodnou podpůrnou léčbu. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** Balení k zahájení léčby: 1x 63 mikrogramová (1. dávka) a 1x 94 mikrogramová (2. dávka) předplněná pero. **Balení k udržování léčby:** Předplněná pera s obsahem 125 mikrogramů v balení po 2 kusech. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Biogen Netherlands B.V., 1171 LP Badhoevedorp, Nizozemsko. **Reg. čísla:** EU/1/14/934/002, EU/1/14/934/005. **Způsob úhrady a výdeje:** Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek (ZULP). **Datum revize textu:** 09/2019.

Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Před předepsáním léku se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

*Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Název přípravku: Pegridy 63 mikrogramů injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. Pegridy 94 mikrogramů injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. Pegridy 125 mikrogramů injekční roztok v předplněné injekční stříkačce. **Složení:** Jedna 63/94/125 mikrogramová předplněná injekční stříkačka obsahuje peginterferon beta-1a 63/94/125 mikrogramů v 0,5 ml injekčního roztoku. Úplný seznam pomocných látek je uveden v SPC. **Terapeutické indikace:** Přípravek Pegridy je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabující-remitující roztroušenou sklerózou. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 125 mikrogramů podaných subkutánně každé 2 týdny (14 dní). Je doporučováno, aby pacienti zahájili léčbu 1. dávkou 63 mikrogramů (den 0), ve 2. dávce zvýšili na 94 mikrogramů (den 14) a 3. dávkou dosáhli plné dávky 125 mikrogramů (den 28), a potom pokračovali s plnou dávkou každé dva týdny (14 dní). Doporučuje se, aby zdravotnický pracovník zavedl pacienta ve správné technice samostatného podání subkutánní injekce za použití předplněné injekční stříkačky. Obvyklá místa podání subkutánní injekce jsou břicho, paže a stehno. Bezpečnost a účinnost přípravku Pegridy u dětí a dospívajících ve věku 0 až 18 let s roztroušenou sklerózou nebyly stanoveny. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na přirozený nebo rekombinantní interferon beta nebo peginterferon nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Pacienti se stávající těžkou depresí a/nebo sebevražednými myšlenkami. **Zvláštní upozornění:** Přípravek Pegridy má být podáván s opatrností u pacientů s depresivním onemocněním, těžkou poruchou funkce ledvin a jater, se záchvaty v anamnéze a u pacientů léčených antiepileptiky.* Pacienti je nutné poučit, aby v případě výskytu známek a příznaků anafylaxe nebo závažné hypersenzitivity ukončili léčbu přípravkem Pegridy a vyhledali okamžitou lékařskou péči. Léčba přípravkem Pegridy nesmí být obnovena. U pacientů léčených přípravkem Pegridy byly pozorovány cytopenie, včetně vzácně závažné neutropenie a trombocytopenie. V souvislosti s přípravky obsahujícími interferon beta byly hlášeny případy trombotické mikroangiopatie (TMA) projevující se jako trombotická trombocytopenická purpura (TTP) nebo hemolyticko-uremický syndrom (HUS), včetně fatálních případů. Jestliže je diagnostikována TMA, je třeba okamžitě zahájit léčbu (a zvážit výměnu plazmy), přičemž se doporučuje okamžitě přerušit léčbu přípravkem Pegridy. Během léčby přípravky obsahujícími interferon beta byly hlášeny případy nefrotického syndromu spojeného s různými základními nefropatiemi. Je nutná rychlá léčba nefrotického syndromu a je třeba zvážit ukončení léčby přípravkem Pegridy. U pacientů užívajících interferon beta bylo hlášeno zhoršení srdečního onemocnění. Pacienti mohou proti přípravku Pegridy vyvinout protilátky. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Se zvýšenou pozorností je třeba postupovat při podávání přípravku Pegridy v kombinaci s léčivými přípravky, které mají úzký terapeutický index a jejichž clearance je ve větší míře závislá na jaterním cytochromu P450. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Těhotenství: Velké množství údajů (více než 1000 ukončených těhotenství) z registrů a ze zkušeností po uvedení přípravku na trh nenaznačuje zvýšené riziko závažných vrozených anomálií po expozici interferonu beta před početím nebo během prvního trimestru těhotenství. Délka expozice během prvního trimestru však je nejistá, neboť údaje byly shromažďovány v době, kdy bylo použití interferonu beta v těhotenství kontraindikováno a léčba byla pravděpodobně přerušena, jakmile bylo těhotenství zjištěno a/nebo potvrzeno. Zkušenosti s expozicí během druhého a třetího trimestru jsou velmi omezené. Riziko spontánních potratů u těhotných žen vystavených interferonu beta nelze na základě aktuálně dostupných údajů adekvátně vyhodnotit, ale dosavadní údaje zvýšené riziko nenaznačují. Pokud je to klinicky indikováno, lze zvážit podání přípravku Pegridy v těhotenství. **Kojení:** Není známo, zda se peginterferon beta-1a vylučuje do lidského mateřského mléka. Dostupné omezené údaje o přestupu interferonu beta-1a do mateřského mléka spolu s chemickými/fyziologickými charakteristikami interonu beta naznačují, že hladina interferonu beta-1a vylučovaného do lidského mateřského mléka je zanedbatelná. Neočekávají se žádné škodlivé účinky na kojené novorozence/kojenice. Přípravek Pegridy lze v období kojení podávat. **Fertilita:** Nejsou k dispozici žádné údaje o účincích peginterferonu beta-1a na fertilitu lidí. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pegridy nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: bolest hlavy, myalgie, artralgie, chřipce podobné příznaky, horečka, zimnice, astenie, erytém, bolestivost a pruritus v místě podání. Časté: alopecie, nauzea, zvracení, pruritus, hypertermie, bolest, zvýšení tělesné teploty, zvýšení hladin alaninaminotransferázy, zvýšení hladin aspartátaminotransferázy, zvýšení hladin gama-glutamyl-transferázy, snížená hladina hemoglobinu, snížení počtu leukocytů, deprese; otok, pocit tepla, hematoma, vyrážka, zduření, změna barvy a zánět v místě podání. Méně časté: trombocytopenie, hypersenzitivní reakce, angioedém, záchvat, kopřivka, snížení počtu trombocytů. **Vzácné:** trombotická mikroangiopatie včetně trombotické trombocytopenické purpury / hemolyticko-uremického syndromu, nefrotický syndrom, glomeruloskleróza, nekroza v místě podání. **Není známo:** anafylaxe, plicní arteriální hypertenze.* U přípravků s interferonem beta byly hlášeny případy plicní arteriální hypertenze (PAH). **Předávkování:** V případě předávkování je možné pacienta hospitalizovat, aby mohl být sledován, a je třeba podávat vhodnou podpůrnou léčbu. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** Balení k zahájení léčby: 1x 63 mikrogramová (1. dávka) a 1x 94 mikrogramová (2. dávka) předplněná injekční stříkačka. **Balení k udržování léčby:** Předplněné injekční stříkačky s obsahem 125 mikrogramů v balení po 2 kusech. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Biogen Netherlands B.V., 1171 Badhoevedorp, Nizozemsko. **Reg. čísla:** EU/1/14/934/001, EU/1/14/934/003. **Způsob úhrady a výdeje:** Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění jako zvlášť účtovaný léčivý přípravek (ZULP). **Datum revize textu:** 09/2019.

Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Před předepsáním léku se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

*Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

Reference

1. PLEGRIDY SmPC 09/2019. 2. Scott T et al. Presented at ECTRIMS, 10-12 October, 2018; Berlin, Germany; EP1595. 3. Coyle PK, et al. Mult Scler Relat Disord. 2018; 22:134-8. 4. Calabresi PA, et al. Lancet Neurol. 2014;13(7):657-665. 5. Kieseier BC, et al. Mult Scler. 2015;21(8):1025-1035. 6. Newsome SD, et al. Ther Adv Neurol Disord. 2018;11:1-12. 7. AVONEX SmPC 09/2019. 8. REBIF SmPC July 2019. 9. BETAIFERON SmPC July 2019. 10. Seddighzadeh A, et al. Expert Opin Drug Deliv. 2014;11(11):1713-1720.

Jakékoli podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek a jiné skutečnosti závažné pro zdraví léčených osob musí být hlášeno Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv. Podrobnosti o hlášení najdete na: <http://www.sukl.cz/nahlasitnezadouci-ucinek>. Prosíme, do hlášení uvádějte přesný obchodní název a číslo šarže biologického léčiva. Hlášení může být také zasláno společnosti Biogen (Czech Republic) s.r.o. na adresu: Biogen (Czech Republic) s.r.o., Na Pankráži 1683/127, 140 00 Praha 4, e-mail: cz-safety@biogen.com, tel.: +420 255 706 217.

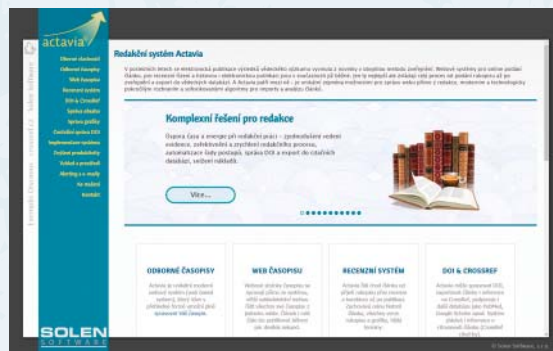
POZNÁMKA: všechna data vyplývají z nepřímých porovnání s použitím statistické metody MAIC a parovachého algoritmu. Nepřímá srovnávání umožňují porovnání výsledků bez klinických hodnocení typu head-to-head, která jsou zlatým standardem pro srovnávací výzkum účinnosti.



Biogen (Czech Republic) s.r.o., Na Pankráži 1683/127, 140 00 Praha 4
tel.: 255 706 200, fax: 255 706 229, www.biogen.com.cz
Biogen-35549, 12/2019



Časopisy vydavatelství SOLEN využívají unikátní redakční systém Actavia, který zajišťuje celý proces od podání rukopisu až po zveřejnění a export článku do vědeckých databází.



Využívejte redakční systém ACTAVIA naplno

Jste autor?

Přihlaste se

Přihlašovací údaje:

Jméno:

Heslo:

☐ Zapamatovat na tomto počítači

Pod přihlašovacími okénky naleznete i postup, co dělat, pokud jste zapomněli heslo nebo zatím jméno a heslo do systému nemáte.

Vložte článek do redakčního systému a odešlete jej redakci

S vloženým textem lze průběžně pracovat, ale nezapomeňte si jej ukládat (pozor na automatické odhlášení systému při delší nečinnosti – neuložené pasáže už nebudete mít k dispozici).



Tento krok je velmi důležitý.
Před odesláním redakce o vašem textu neví.

Další práce s vaším článkem probíhá kompletně v redakčním systému Actavia

- recenzní posudky dostanete z Actavie automaticky e-mailem
- novou verzi článku vložíte opět do Actavie
- potvrzení o přijetí článku k publikaci získáte e-mailem z Actavie

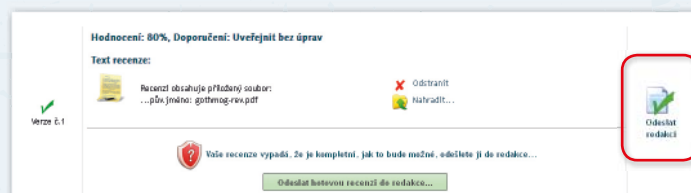
Jste recenzent?

Postupujte podle pokynů systému

Přijetí/odmítnutí žádosti o recenzi, vypracování recenze, informace o stavu recenzovaného článku...

Na co dát pozor?

Vloženou recenzi lze upravovat, ale nezapomeňte si ji průběžně ukládat (pozor na automatické odhlášení systému při delší nečinnosti – neuložené pasáže už nebudete mít k dispozici).



Hotovou recenzi je třeba **odeslat redakci** – před odesláním o ní redakce neví.

Kompletní představení
redakčního systému
ACTAVIA najdete na
www.actavia.cz



V případě nejasností kontaktujte vedoucí redakce:

Eva Dokoupilová

dokoupilova@solen.cz / +420 777 577 420

Léčba migrény

Blok sponzorovaný společností TEVA Pharmaceuticals CR, s. r. o.
čtvrtek / 30. ledna 2020 / 11.15–11.45 hod.

CGRP monoklonální protilátky v profylaxi migrény – indikační kritéria, kazuistika

MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D.

Neurologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha

Institut neuropsychiatrické péče, Praha

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Stávající perorální profylaktická léčba frekventní epizodické a chronické migrény, popřípadě s nadužíváním akutní terapie (medicine-overuse headache), je velmi často neúčinná nebo spojená s nežádoucími účinky. Počet respondérů pro všechna perorální profylaktika se pohybuje kolem 45 %. Ovšem pravděpodobnost, že pacient vydrží na terapii, je vlivem malého efektu, dlouhé doby jeho nástupu, nespecifity léčby, nežádoucích účinků nebo incompliance nízká, po šesti měsících léčbu užívá cca 25 %, po 12 měsících jen 14 % pacientů.

Klíčovým periferním i centrálním působkem v patofyziologii migrény je calcitonin gene-related peptid (CGRP). Specifická blokáda CGRP nebo CGRP receptoru monoklonálními protilátkami (mAb) poskytuje novou účinnou a bezpečnou, ale i nákladnější, léčbu migrény. Recentně byly mAb: erenumab, fremanezumab a galcanezumab registrovány v České republice (ČR).

Léčba je indikována u pacientů vyžadujících profylaktickou léčbu, tedy při frekvenci dnů s migrénou (MMD) ≥ 4 . Indikaci dále tvoří selhání efektu nebo tolerability dvou a více předchozích perorálních terapií různých skupin s dokázanou účinností (antiepileptika, betablokátory, kalciové blokátory a antidepresiva) v dostatečných dávkách. Podmínkou je i užití jednoho z antiepileptik (topiramát nebo valproát). Alespoň u jedné ze skupin léků by mělo být prokázáno selhání účinnosti při nejméně tříměsíčním užívání. Další terapie mohou selhat v efektu nebo pro přítomnost nežádoucích účinků. Efekt CGRP protilátek je přehodnocován po šesti měsících aplikace mAb. Nutné je pečlivé vyplňování kalendáře bolestí hlavy. V případě alespoň 50% snížení MMD redukcí škály HIT-6 o nejméně 5 bodů se v léčbě pokračuje. Při neúčinnosti přímé blokády CGRP lze po tříměsíční přestávce nasadit protilátku proti receptoru a obráceně. V současné době není ze studií známá doba podávání nutná k udržení efektu terapie. Indikace a aplikace protilátek je v ČR vázána na Centra pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy.

Přednáška bude doplněna kazuistikou podání fremanezumabu v praxi.

Satelitní sympozium společnosti SANOFI GENZYME

Perorální léčba pacientů s roztroušenou sklerózou v první linii
čtvrtek / 30. ledna 2020 / 11.45–12.05 hod.

Současné možnosti léčby pacientů s roztroušenou sklerózou v první linii

MUDr. Marek Peterka

Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

Roztroušená skleróza (RS) je druhou nejčastější příčinou invalidity u populace v produktivním věku s nejčastějším výskytem mezi 20.–40. rokem. Klíčovými pro dlouhodobou prognózu pacientů je včasné nasazení terapie. Aktuálně máme k dispozici léky v tzv. první a eskalační linii. Tato přednáška se zaměřuje na léky první linie. Její součástí je kompletní přehled těchto léků včetně historického vývoje. Dále informuje o účinnosti a bezpečnostním profilu jednotlivých léků. Cílem přednášky je

*Méně migrény.
Více zážitků.*

Honzíkova oslava narozenin

☐ Ne, migréna mě nutí
lehnout si doma ve tmě

☒ Ano, zúčastním se

Představujeme AJOVY[®] ▼

jediný schválený anti-CGRP přípravek, který
nabízí flexibilní čtvrtletní a měsíční dávkování¹

Přípravek AJOVY je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří mívají migrénu nejméně 4 dny v měsíci.¹

- ✓ Více dnů bez migrény ve srovnání s placebem, výsledky patrné již od 1. týdne.¹⁻³
- ✓ Dobře snášená léčba.¹⁻³
- ✓ Flexibilní čtvrtletní nebo měsíční dávkování, se souběžně podávanými perorálními profylaktiky nebo bez nich.¹

Pomozte pacientům říci **ANO** více zážitkům. Další informace naleznete na www.migrenaforum.cz



Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz. Souhrn údajů o přípravku bod 4.8.

Literatura:

1. AJOVY 225 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce – Souhrn údajů o přípravku. TEVA GmbH, Ulm, Německo, (duben 2019).
2. Dodick DW et al. JAMA. 2018; 319(19): 1999–2008.
3. Silberstein SD et al. N Engl J Med. 2017; 377(22): 2113–2122.

© Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o., Sokolovská 651/136A, 180 00 Praha 8, www.teva.cz
CGRP = calcitonin gene-related peptide

AJOVY[®]
(fremanezumab)
injekce 225 mg/1,5 ml

Zkrácený souhrn údajů o přípravku:

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování.

NÁZEV PŘÍPRAVKU: AJOVY 225 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce

SLOŽENÍ: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje fremanezumabum 225 mg. Fremanezumabum je humanizovaná monoklonální protilátka vyráběná technologií rekombinantní DNA v ovariálních buňkách křečírka čínské (CHO buňky). **LÉKOVÁ FORMA:** Injekční roztok (injekce). **Terapeutické indikace:** AJOVY je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří mívají migrénu nejméně 4 dny v měsíci. **Dávkování a způsob podání:** Léčbu má zahájit lékař, který má zkušenosti s diagnostikou a léčbou migrény. **Dávkování:** Léčba je určena pro pacienty, kteří v době zahájení léčby fremanezumabem mívají migrénu nejméně 4 dny v měsíci. Přípravek má dvě možné varianty dávkování: • 225 mg jednou měsíčně (měsíční dávkování) nebo • 675 mg každé tři měsíce (čtvrtletní dávkování). Přínos léčby je třeba vyhodnotit do 3 měsíců po jejím zahájení a pokračování léčby je třeba činit individuálně na základě stavu pacienta a potřeby pokračování v léčbě pravidelně přehodnocovat. **Vynechaná dávka:** Pokud je podání injekce fremanezumabu v plánovaném termínu vynecháno, dávkování v indikované dávce a režimu má být co nejdříve obnoveno. Nesmí být podána dvojnásobná dávka, aby se nahradila vynechaná dávka. **Starší pacienti:** Údaje o použití fremanezumabu u pacientů ve věku ≥ 65 let jsou omezené. Obecně není nutná žádná úprava dávky. **Porucha funkce ledvin nebo jater:** U pacientů s lehkou až středně těžkou poruchou funkce ledvin nebo s poruchou funkce jater není nutná žádná úprava dávky. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku u dětí a dospívajících ve věku do 18 let nebyla dosud stanovena. Nejsou dostupné žádné údaje. **Způsob podání:** Subkutánní podání. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1. **Závažná kardiovaskulární onemocnění:** Pro tyto pacienty nejsou k dispozici žádné údaje o bezpečnosti. **Pomocné látky:** Tento léčivý přípravek obsahuje méně než 1 mmol (23 mg) sodíku v jedné dávce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Fertilita, těhotenství a kojení** Těhotenství: Údaje o podávání AJOVY těhotným ženám jsou omezené. Studie reprodukční toxicity na zvířatech nenaznačují přímé nebo nepřímé škodlivé účinky. Podávání přípravku AJOVY v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. **Kojení:** Není známo, zda se fremanezumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Kojení se zváží pouze tehdy, pokud je to klinicky indikováno. **Fertilita:** Údaje u člověka

nejsou k dispozici. Dostupné neklinické údaje nenaznačují vliv na fertilitu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** AJOVY nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Často hlášenými byly lokální reakce v místě aplikace injekce (indurace [17 %], erytém [16 %] a pruritus [2 %]). **Předávkování:** V klinických hodnoceních byly intravenózně podávány dávky do 2000 mg bez projevů toxicity vedoucích k omezení dávky. V případě předávkování se doporučuje, aby u pacienta byly sledovány případné známky nebo příznaky nežádoucích účinků a v případě potřeby byla zahájena příslušná symptomatická léčba. **Mechanismus účinku:** Fremanezumab je humanizovaná monoklonální protilátka IgG2 Δ a/kappa, Fremanezumab se selektivně váže na ligand peptidu příbuzného kalcitoninového genu (calcitonin gene-related peptide, CGRP) a blokuje obě izoformy CGRP (α -a β -CGRP), takže se nemohou navázat na receptor pro CGRP. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem a přímým světlem. AJOVY lze uchovávat mimo chladničku po dobu až 24 hodin při teplotě do 25 °C. AJOVY se musí zlikvidovat, pokud se nachází mimo chladničku déle než 24 hodin. Pokyny k použití: Podrobné pokyny k použití uvedené v příbalové informaci je nutno pečlivě, krok za krokem dodržet. Předplněná injekční stříkačka je určena pouze k jednorázovému použití.

Přípravek AJOVY se nesmí použít, pokud je roztok zakalený, změnil barvu nebo obsahuje částice.

Přípravek AJOVY se nesmí použít, pokud byl roztok zmrazen. Předplněná injekční stříkačka se nesmí protřepávat.

DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:

TEVA GmbH, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm, Německo

REGISTRAČNÍ ČÍSLO(A):

EU/1/19/1358/001, EU/1/19/1358/002

DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE:
Duben 2019

Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky <http://www.ema.europa.eu>.

Výdej AJOVY je vázán na lékařský předpis.

Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

ukázat výhody a nevýhody terapie v první léčebné linii a nastínit základní rozhodovací postupy v začátku léčby RS.

Zkušenosti s léčbou pacientů přípravkem Aubagio

MUDr. Jaroslava Suchá

RS centrum FN Plzeň

Léčba roztroušené sklerózy (RS) v první linii léky ovlivňujícími onemocnění (DMD) byla od r. 2014 rozšířena o první tabletovou formu. V našem centru bylo od té doby zahájeno podávání účinné látky teriflunomidu v dávce 14 mg v jedné tabletě denně u 86 našich pacientů a z toho u 12 po první atace (CIS). Většina pacientů byla převedena na teriflunomid z léků první linie z důvodu lokálních vedlejších účinků a celkové únavy z dlouhodobé parenterální aplikace. Pokud byla léčba teriflunomidem ukončena, šlo u 12 pacientů o progresi RS s nutností další eskalace léčby, u čtyř o horší toleranci léku s polymorfními obtížemi, ojediněle prokázaná poléková polyneuropatie. Tři nespolupracující pacienti léčbu RS odmítli brzy po zahájení. Celkem tedy 80 % pacientů léčených teriflunomidem v uvedeném období nevykazuje progresi RS, která by vyžadovala eskalační léčbu. Uvádíme kazuistiku dívky, která onemocněla RS v 16 letech s výrazným MR nálezem. Po zaléčení kortikoidy a zahájení léčby interferony 3x týdně s.c. se stav stabilizoval, ale během několika měsíců byla pacientka traumatizovaná četnými lokálními reakcemi, proto provedena změna na interferon s podáváním s.c. 1x za dva týdny. Opět došlo k lokální reakci a dívka odmítla další parenterální aplikaci. Vzhledem k MR nálezu hrozila progresie nemoci při vynechání léčby. Proto po poučení o možnostech perorální léčby a doporučení ohledně antikoncepce jsme zahájili léčbu teriflunomidem. Za půl roku léčby je pacientka spokojená, bez progresie nemoci a bez komplikací léčby.

Závěr: perorální léčba RS v první linii, její účinnost i dobrá snášenlivost se v klinické praxi jednoznačně osvědčila.

Varia II

čtvrtek / 30. ledna 2020 / 12.05–13.00 hod.

Roztroušená skleróza a těhotenství

MUDr. Pavel Hradílek, Ph.D.

Neurologická klinika FN Ostrava

Vzhledem k tomu, že většinu nemocných s RS tvoří ženy v reprodukčním věku, je nutno již při prvním vyšetření v RS centru vést diskuzi o případné graviditě. S ohledem na možnost jejího výskytu je třeba plánovat specifickou terapii DMD („Disease Modifying Drugs“) léky. RS může mít vliv na plodnost, proto musíme být u nemocných připraveni řešit i otázku případné asistované reprodukce. Zde doporučujeme krátký stimulační protokol antagonisty GnRH. Hladiny hormonů, které mají různorodé účinky na imunitní systém, se během těhotenství a po porodu výrazně mění. V současné době diagnóza RS nepředstavuje sama o sobě zvýšené riziko pro vedení těhotenství a porodu. Laktaci můžeme doporučit, pokud je stav pacientky po porodu stabilní, a to zejména plné kojení, které umožňuje stabilizaci hladin prolaktinu, a tím i určitý projektivní vliv na průběh nemoci. Pokud se ale po porodu vyskytne aktivita nemoci, ať už klinická nebo radiologická, zpravidla je potřeba se vrátit k předchozí léčbě, nebo ji eskalovat. Z reálných dat běžné klinické praxe je patrné, že pacientky, které otěhotní již na eskalační terapii, mají větší riziko relapsů po porodu a také větší riziko těžšího neurologického deficitu vyjádřeného v EDSS škále, navíc věkový medián patientek s RS při porodu dosahuje 31,7 let. Z toho vyplývá, že pokud pacientky plánují rodinu, měly by být motivovány, aby tak učinily v době, kdy jsou ještě léčeny lékem první linie. V každém případě, pokud pacientka těhotenství aktuálně neplánuje, je nutno dodržovat adekvátní antikoncepci, protože případné arteficiální ukončení těhotenství představuje pro pacientku velmi překotnou imunologickou situaci, která je významně riziková pro relaps nebo progresi nemoci.

Včasná diagnostika spondyloartritid – nová koncepce Přednáška sponzorovaná společností Novartis s. r. o.

MUDr. Jan Voříšek

Oddělení klinické farmakologie, FN Plzeň

Spondylartritidy (SpA) je souhrnný název pro heterogenní skupinu zánětlivých onemocnění, které mají společné klinické rysy, ale také i genetickou predispozici. Mezi tyto společné příznaky patří familiární agregace, častý výskyt antigenu HLA B27, tendence ke vzniku sakroiliitidy a spondylitidy, periferní asymetrická oligoartritida predilekčně postihující klouby dolních končetin, entezitidy, daktylitidy a časté mimoskeletální projevy – především postižení gastrointestinálního traktu, oční a kardiální postižení. Podle převažujícího postižení je můžeme dělit na převážně axiální formu a převážně periferní formu. Druhým možným hlediskem je dělení na jednotlivé klinické jednotky (mezi tradiční jednotky patří především ankylozující spondylitida a psoriatická artritida). Pojem axiální spondylartritida zahrnuje všechny axiální formy onemocnění, včetně časného onemocnění bez rentgenového průkazu poškození tzv. non-radiografická axiální spondylartritida. V současné době pak můžeme využít nová moderní klasifikační kritéria ASAS pro axiální SpA, hlavní význam této nové klasifikace spočívá především v umožnění časné diagnostiky axiální formy onemocnění. Při časném stanovení diagnózy je větší šance na úspěch léčby a snížení rizika vzniku nevratných poškození. Odlišení predominantního axiálního a periferního postižení je důležité z pohledu terapeutického přístupu, neboť periferní artritidy jsou vesměs úspěšně ovlivnitelné konvenčními chorobu modifikujícími léky (např. methotrexát či sulfasalazin), zatímco u axiální formy nejsou tyto léky příliš úspěšné. Axiální SpA se typicky začíná projevovat již v rané dospělosti, kdy dominantním příznakem bývá bolest zad. Zánětlivá bolest zad se u těchto pacientů projevuje pozvolným nástupem obtíží, mírní se rozcvíčením, maximum obtíží bývá v druhé polovině noci, v klidu se pak nedostavuje úleva. V České republice se průměrná doba od prvních bolestí zad k diagnóze ankylozující spondylitidy pohybuje kolem 9 let. Až 60 % pacientů bylo v průměru při desetiletém trvání onemocnění invalidních a 34 % vyžadovalo dopomoc druhé osoby při běžných denních činnostech. Z těchto dat vyplývá nutnost časné diagnostiky onemocnění. Nerozpoznání onemocnění je spojeno s trvalým postižením pacienta, přičemž nevratné poškození se objevuje již při relativně krátké době trvání nemoci. Argumentem pro časnou diagnostiku je prokázána lepší odpověď na léčbu při krátkém trvání onemocnění.

Nové antiepileptikum v ambulantní praxi neurologa

MUDr. Gisela Rytířová

Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

Cílem léčby pacientů s epilepsií je dosažení kompenzace s minimem nežádoucích účinků léčby. Dovolte mi představit brivaracetam, novou účinnou látku, která je v zemích EU zaregistrovaná k přídatné léčbě parciálních záchvatů s nebo bez sekundární generalizace u dospělých, dospívajících a dětí s epilepsií ve věku od 4 let a dostupná v ČR od 1. 1. 2019 s plnou úhradou pro dospělé a děti od 6 let. Hlavním mechanismem účinku je vazba na SV2A protein, podobně jako u levetiracetamu, je však selektivnější a jeho vazebná afinita je 15–30x vyšší než u levetiracetamu. Nástup účinku je rychlý. Klinická účinnost a příznivý profil snášenlivosti byly prokázány ve třech randomizovaných klinických studiích fáze III a následně předběžně potvrzeny i v reálné klinické praxi. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou ospalost a závratě. Významnou výhodou brivaracetamu je možnost zahájit léčbu bez titrace, nasazením terapeutické dávky hned od prvního dne. V současné době jsou v ČR dostupné potahované tablety v síle 10, 25, 50 mg. Doporučená počáteční dávka pro dospělé pacienty je 50 mg/den nebo 100 mg/den na základě posouzení lékaře. Dávka má být podána ve dvou rovnoměrně rozdělených dávkách. Na základě individuální odpovědi pacienta a snášenlivosti lze dávku upravit v dávkovém rozmezí 50 mg/den až 200 mg/den.

Brivaracetam, s ohledem na podobný mechanismus účinku, se zdá být také rychlou a bezpečnou alternativou pro pacienty, kteří na levetiracetamu vykazují behaviorální nežádoucí účinky. Na kazuistice pacientky bude prezentována naše zkušenost s užitím brivaracetamu v ambulantní praxi.



BRIVIACT®
(brivaracetam)



Podle studie považuje
51 % pacientů
„zkrácení titračního
období“ za velmi důležitý
cíl léčby.²

Terapeutická dávka od prvního dne¹

BRIVIACT® 10 mg, 25 mg a 50 mg, potahované tablety.

Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje brivaracetamum 10 mg, 25 mg a 50 mg a pomocnou látku se známým účinkem – 88 mg, 94 mg nebo 189 mg laktózy. **Indikace:** Přídavná terapie při léčbě parciálních záchvatů s nebo bez sekundární generalizace u dospělých, dospívajících a dětí s epilepsií ve věku od 4 let. * **Dávkování:** Dospělí: Doporučená počáteční dávka je buď 50 mg/den nebo 100 mg/den, potřebná ke snížení počtu záchvatů na základě posouzení lékaře oproti potenciálním nežádoucím účinkům. Dávka se podává ve dvou stejných rozdělených dávkách, jednou ráno a jednou večer. Na základě individuální odpovědi pacienta a snášenlivosti lze dávku upravit v dávkovém rozmezí 50 mg/den až 200 mg/den. Při opomenutí dávky se doporučuje užít 1 dávku hned a následující v obvyklou dobu ráno nebo večer. U pacientů s poruchou funkce ledvin není třeba dávku nijak upravovat. U pacientů s chronickým onemocněním jater by měla být zvážena počáteční dávka 50 mg/den. U dětí a dospívajících s tělesnou hmotností 50 kg nebo vyšší je doporučena počáteční dávka 50 mg/den. Ve všech fázích poruchy funkce jater se doporučuje maximální denní dávka 150 mg podávaná ve 2 rozdělených dávkách. U dětí a dospívajících s tělesnou hmotností nižší než 50 kg je doporučena počáteční dávka 1 mg/kg/den. Maximální dávka nemá překročit 3 mg/kg/den. **Pediatrická populace:** Lékař má předepsat nejvhodnější lékovou formu a sílu podle tělesné hmotnosti a dávky. Děti (ve věku od 4 let) a dospívající s tělesnou hmotností 50 kg nebo vyšší: Doporučená počáteční dávka je 50 mg/den. Podávání brivaracetamu může být také zahájeno v dávce 100 mg/den na základě posouzení lékaře ohledně potřeby kontroly záchvatů. Dávka má být podána ve dvou rovnoměrně rozdělených dávkách, jedna ráno a jedna večer. Doporučená udržovací dávka je 100 mg/den. Na základě individuální odpovědi pacienta může být dávka upravena v rozsahu účinných dávek 50 mg/den až 200 mg/den. Děti (ve věku od 4 let) a dospívající s tělesnou hmotností nižší než 50 kg: Doporučená počáteční dávka je 1 mg/kg/den. Podávání brivaracetamu může být také zahájeno v dávce 2 mg/kg/den na základě posouzení lékaře ohledně potřeby kontroly záchvatů. Dávka má být podávána ve dvou rovnoměrně rozdělených dávkách, jedna ráno a jedna večer. Doporučená udržovací dávka je 2 mg/kg/den. Na základě individuální odpovědi pacienta lze dávku upravit v rozmezí účinných dávek 1 mg/kg/den až 4 mg/kg/den. Bezpečnost a účinnost brivaracetamu u dětí ve věku méně než 4 roky nebyly dosud stanoveny.* Brivaracetam lze užívat spolu s jídlem nebo na lačno. Pokud je brivaracetam vysazován, mělo by to být podle současné klinické praxe pro-

vedeno postupně, o 50 mg/den v týdenním intervalu, po týdnu léčby dávkou 50 mg/den se doporučuje v posledním týdnu léčby dávka 20 mg/den. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku, jiné deriváty pyrrolidonu nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření při používání:** U pacientů léčených antiepileptiky v různých indikacích byly hlášeny případy sebevražedných představ a chování, včetně brivaracetamu. U pacientů by měly být sledovány příznaky sebevražedných představ a chování a zvážena vhodná léčba. U pacientů s poruchou funkce jater se doporučuje úprava dávky. Potahované tablety brivaracetamu obsahují laktózu. Brivaracetam by neměl být užíván v těhotenství, pokud prospěch z používání přípravku pro matku jasně nepřeváží možné riziko pro plod, užívání v době kojení či přerušování léčby je třeba zvážit. Brivaracetam má zanedbatelný nebo mírný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje, pacienti mohou pociťovat somnolenci, závrať nebo jiné CNS příznaky. **Interakce:** Podávání brivaracetamu s alkoholem se nedoporučuje. Lékaři musí zvážit úpravu dávky brivaracetamu u pacientů, u kterých se zahajuje nebo ukončuje léčba rifampicinem. Zahájení nebo ukončení léčby třezalkou tečkovanou má být provedeno s opatrností. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: závrať, somnolence; časté: chřipka, snížená chuť k jídlu, deprese, anxieta, insomnie, iritabilita, konvulze, vertigo, infekce horních cest dýchacích, kašel, nauzea, zvracení, zácpa, únava; méně časté: neutropenie, hypersenzitivní reakce typu I, sebevražedné představy, psychotické poruchy, agresivita, agitovanost. Bezpečnostní profil brivaracetamu pozorovaný u dětí odpovídal bezpečnostnímu profilu pozorovanému u dospělých. **Doba použitelnosti:** 4 roky. Registrované velikosti balení: 14, 56 potahovaných tablet nebo 14 x 1 nebo 100 x 1 potahovaná tableta nebo multipack (vícečetné balení) obsahující 168 (3 balení po 56) potahovaných tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** UCB Pharma S.A., Brusel, Belgie. **Registrační čísla:** EU/1/15/1073/001 – 012, EU/1/15/1073/023 – 025. **Datum revize textu:** 11.7.2018. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro dospělé, dospívající a děti s epilepsií ve věku od 6 let.

Podrobné údaje najdete v Souhrnu údajů o přípravku.

*Všimněte si prosím změny v informacích o léčivém přípravku.

Reference:

1. Brivact® (brivaracetam) Souhrn údajů o přípravku 11. 7. 2018.
2. Ross J et al. Epilepsy Behav 2010;19:36-42

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.



Inspired by patients.
Driven by science.

© UCB Pharma SPRL 2019. Všechna práva vyhrazena.
Datum přípravky: leden 2020. Kód schválení: CZ-P-BR-EPOS-2000001

Kazuistiky

odborní garanti MUDr. Jiří Polívka, CSc.,

doc. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.

čtvrtek / 30. ledna 2020 / 14.00–15.35 hod.

Polohově vázaná závrať – diagnostická problematika

Mgr. Klára Kučerová

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Praha

Benigní paroxysmální polohové vertigo (BPPV) je jednou z nejčastějších příčin závratí. Závrať se typicky objevuje při změně polohy hlavy například při uléhání či otáčení se v posteli. Důležitý je zde důkladný odběr anamnézy a diagnostika pomocí provokačních testů. Léčba spočívá v provedení repositionálních manévrů dle postiženého polokruhovitěho kanálku vestibulárního aparátu. Cílem tohoto sdělení je přiblížit problematiku diagnostiky polohových závratí.

Kazuistika popisuje 38letého pacienta, který je interně zdravý. Přichází k obvodnímu lékaři pro bolesti krční páteře a týden trvající vertigo po pádu z motorky. Je provedena MRI s diagnózou vertebrogenního algického syndromu krční páteře. Pacient je odeslán na fyzikální terapii – elektroterapii, která je bez efektu. Pacient se vrací k lékaři znovu s bolestí levé kyčle. Je odeslán na fyzioterapii. Následně po odebrání anamnézy a pozitivním výsledku Dix-Hallpikeva manévru na pravý zadní polokruhovitý kanálek, je dvakrát provedena repozice pomocí Epleyho manévru a pacient je bez obtíží.

Jak vybírat další antiepileptikum do kombinace, kazuistika Michaely, 30 let, aktivní sportovkyně

MUDr. Dana Vyskočilová

Neurologická klinika TN, Praha

Jako ukázka praktického klinického uvažování v léčbě epilepsie uvádím kazuistiku třicetileté Michaely, aktivní sportovkyně. U této pacientky došlo ke kompenzaci epilepsie při kombinaci eslikarbazepinu Zebinixu (400 mg) a perampanelu Fycompy (4 mg denně).

Fycompa byla přidávána do kombinace k Zebinixu 1 200 mg s pomalou titrací (po dobu jednoho měsíce).

V 3/2016 měla dosud zdravá Michaela úraz na lyžích ve Francii, kraniocerebrální trauma s frakturou pravé parietální kosti, měla epidurální hematom vpravo, kontuzním ložisko T bilat. více vpravo, frakturu pyramidu vlevo. Rozvinul se maligní edém, Michaela prodělala operaci hlavy. Byla týden v bezvědomí.

Od 9/2016 se u pacientky objevují fokální záchvaty, s poruchou vědomí a téměř vždy s přechodem do bilaterálního tonicko-klonického záchvatu. Frekvence záchvatů 4x/měsíc.

Po prvním záchvatu v 9/2016, na jiném pracovišti, nasazen Neurotop R 300–0–600 mg, po léku nastalo výrazné zlepšení záchvatů. Pacientka přestala mít generalizované záchvaty. Přetrvává lehká deprese. Karbamazepin se ukázal jako účinný lék, ale objevily se nežádoucí účinky: nechutenství, spavost, únava, rozostřené vidění (Michaela váží 54 kg).

V 11/2016 na kontrole jsem se rozhodla pro výměnu karbamazepinu za eslikarbazepin. Přidávám do terapie Zebinix, který titrován do dávky 0–0–1 200 mg, Neurotop postupně během měsíce vysazen.

Z pomocných vyšetření proveden EEG video-monitoring v 11/2016, záchvat nezastižen, v EEG je četný výskyt EPI GE T vpravo, kde i prakticky trvale pomalé vlny.

Psychologické vyšetření odhalilo akcentovanou osobnost s rysy hypersenzitivity, aktuálně sklon k dysforii, lehká depresivní reakce.

Na MRI popsána posttraumatická pseudocysta T–F vpravo s atrofií přilehlé kůry i bílé hmoty. Postkontuzní změny i v levém T laloku s atrofií přilehlých gyrů i bílé hmoty, s gliózou a rozšířením

POMOZME PACIENTŮM S EPILEPSIÍ BÝT SAMI SEBOU

Fycompa je indikovaná k přidatné léčbě **parciálních záchvatů s nebo bez sekundární generalizace** u pacientů s epilepsií ve věku od 12 let.

Fycompa je indikovaná k přidatné léčbě **primárně generalizovaných tonicko-klonických záchvatů** u dospělých a dospívajících pacientů ve věku od 12 let s idiopatickou generalizovanou epilepsií.



1× denně

Fycompa®
perampanel

Zkrácená informace pro preskripci:

Fycompa® 2, 4, 6, 8, 10, 12 mg potahované tablety

Složení: perampanel. **Charakteristika:** Perampanel je selektivní, nekompetitivní antagonist ionotropního glutamátového AMPA receptoru na postsynaptických neuronech. Předpokládá se, že je aktivace AMPA receptorů glutamátem zodpovědná za většinu rychlých excitačních synaptických přenosů v mozku. V podmínkách in vivo perampanel výrazně prodlužoval latenci záchvatu u modelu záchvatu indukovaného AMPA. Přesný mechanismus, jakým perampanel vykonává své antiepileptické účinky u lidí, ještě není zcela objasněn. **Indikace:** Přípravek Fycompa je indikován k přidatné léčbě parciálních záchvatů s nebo bez sekundární generalizace u pacientů s epilepsií ve věku od 12 let. Přípravek Fycompa je indikován k přidatné léčbě primárně generalizovaných tonicko-klonických záchvatů u dospělých a dospívajících pacientů ve věku od 12 let s idiopatickou generalizovanou epilepsií. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Dávkování:** Přípravek Fycompa musí být dávkován podle individuální odpovědi pacienta. Perampanel by se měl užívat perorálně jednou denně před spaním. Léčba přípravkem Fycompa by měla být zahájena dávkou 2 mg/den. Dávku je možné zvýšit na základě klinické odpovědi a snášenlivosti, a to o 2 mg/den na udržovací dávku 4 mg/den až 8 mg/den. V závislosti na individuální klinické odpovědi a snášenlivosti při dávce 8 mg/den může být dávka postupně zvyšována vždy o 2 mg/den až na 12 mg/den. U pacientů, kteří souběžně užívají léčivé přípravky, které nezkracují poločas perampanelu, nemá být titrace prováděna častěji než v týdenních intervalech. Při vysazování přípravku Fycompa je nutné dávku postupně snižovat. **Interakce:** U zdravých žen, kterým byly podávány dávky 12 mg (ale nikoliv 4 nebo 8 mg/den) po dobu 21 dní souběžně s kombinovanými perorálními kontraceptivy, se ukázalo, že přípravek Fycompa snižuje expozici levonorgestrelu. U některých antiepileptik známých jako induktory enzymů (karbamazepin, fenytoin, oxkarbazepin) bylo prokázáno, že zvyšují clearance perampanelu a tím tedy snižují plazmatické koncentrace perampanelu. Karbamazepin, známý silný induktor enzymů, snížil ve studii provedené u zdravých subjektů hladiny perampanelu o dvě třetiny. Farmakodynamická interakční studie u zdravých subjektů ukázala, že účinky perampanelu na činnosti vyžadující pozornost a ostražitost, jako je řízení dopravních prostředků, byly aditivní nebo supraaditivní k účinkům samotného alkoholu. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími nežádoucími účinky v kontrolovaných studiích přidatné terapie byly agrese, zlost, úzkost, stav zmatenosti, závratě, ospalost, ataxie, dysartrie, porucha rovnováhy, podrážděnost, diplopie, rozostřené vidění, vertigo, nauzea. **Upozornění:** U pacientů léčených antiepileptiky byly v několika případech zaznamenány sebevražedné myšlenky a chování. Metaanalýzy randomizovaných placebem kontrolovaných studií antiepileptických léčivých přípravků také prokázaly mírně zvýšené riziko sebevražedných představ a chování. U perampanelu není mechanismus tohoto rizika znám a dostupné údaje nevylučují možnost zvýšeného rizika. Perampanel může způsobovat závratě a ospalost a může tedy mít vliv na schopnost řídit a obsluhovat stroje. Při dávkách 12 mg/den může přípravek Fycompa snižovat účinnost antikoncepce s obsahem progestačního hormonu. V takovém případě se při používání přípravku Fycompa doporučuje používat jinou, nehormonální formu antikoncepce. Při používání přípravku bylo zaznamenáno zvýšené riziko pádů, především u starších pacientů; základní příčina není známa. U pacientů léčených perampanelem bylo hlášeno agresivní a nepřátelské chování. U pacientů léčených perampanelem v klinických studiích byly agrese, zlost a podrážděnost hlášeny častěji při vyšších dávkách. Většina hlášených příhod byla buď mírná, nebo středně závažná a pacienti se zotavili buď spontánně, nebo po úpravě dávky. Dávka perampanelu u pacientů s mírnou a středně závažnou poruchou jater by neměla překročit 8 mg. Použití u pacientů se závažnou poruchou funkce jater se nedoporučuje. Údaje o podávání perampanelu těhotným ženám jsou omezené. Podávání přípravku Fycompa v těhotenství se nedoporučuje. Není známo, zda se perampanel vylučuje do lidského mateřského mléka. Riziko pro novorozence/kojence nelze vyloučit. Na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání přípravku Fycompa. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků ZP. Před předepsáním přípravku se seznáme s indikačním omezením. **Datum poslední revize SPC:** 08/2018. Registrační čísla: EU/1/12/776/001 EU/1/12/776/003 EU/1/12/776/006 EU/1/12/776/009 EU/1/12/776/012 EU/1/12/776/015. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Eisai GmbH, Lyoner Straße 36, 60528 Frankfurt am Main, Německo. Podrobnější údaje najdete v příbalové informaci nebo jsou k dispozici na adrese Eisai GesmbH organizační složka, Holušická 2253/1, 148 00 Praha 4, tel. +420 242 485 839, kontakt_praha@eisai.net.

temporálního rohu pravé komory. Drobná hemosiderinová depozita v bílé hmotě supratentoriálně a v mezencefalu vpravo svědčí pro difuzní axonální poranění.

V průběhu onemocnění v 8/2017, kdy bylo tropické horko a pacientka hrála tenis, méně pila, proběhla kumulace generalizovaných (bilaterálních tonicko-klonických) epileptických záchvatů. Pacientka si nestačila vzít diazepam, i když měla auru, při které popsala „honící se myšky v hlavě“, zrychlené myšlení. Pacientka byla krátce hospitalizována na Neurologické klinice VFN Praha 2.

V 8/2017 po hospitalizaci přichází pacientka ke mne na kontrolu, upravuji léčbu. Pacientka preferuje lék, který se užívá jednou denně. Přidána Fycompa 0–0–2 mg večer před usnutím.

V 9/2017 proběhla titrace Fycompy během měsíce na 0–0–4 mg. Pacientka je zcela bez generalizovaných záchvatů, má pouze ojedinělé aury, charakteru zrychleného dýchání, palpitací.

Při kontrole 10/2018 proběhla úprava terapie, Fycompa zůstává 0–0–4 mg, Zebinix snížen na 0–0–400 mg.

Následují dvě další kontroly v 4/2019 a 10/2019, pacientka nemá žádné záchvaty, ani aury, léčbu neměním. Pacientce byl navrácen řidičský průkaz, opět lyžuje a jezdí na in-line bruslích, hraje tenis.

Perampanel byl u pacientky zvolen s ohledem na následující faktory: perampanel je účinný v terapii bilaterálních tonicko-klonických záchvatů i záchvatů fokálních, má unikátní mechanismus účinku. Je vhodné zdůraznit rovněž „pohodlí“ při užívání perampanelu z důvodu jedné denní tablety před spaním.

Vždycky jde něco udělat

MUDr. Hana Vacovská

Neurologická klinika FN a LF UK Plzeň

Diagnostické omyly jsou v epileptologii časté (nejčastěji jde o záměnu idiopatické generalizované epilepsie za epilepsii fokální, obvykle frontální a naopak). Přesné určení typu epileptického záchvatu a epileptického syndromu je jednoduché tam, kde známe přesný popis záchvatu, kterému odpovídá nález v EEG i výsledek neurovizuálních vyšetření (MR, PET, SPECT).

V klinické praxi nám však obvykle přesný popis záchvatu, zejména jeho začátku, chybí, interiktální EEG bývá často normální, nález na MR může být při nesprávné interpretaci zavádějící. Přitom co nejpřesnější klasifikace epileptického záchvatu a epilepsie či epileptického syndromu má zásadní význam pro volbu správné terapie a tedy i kompenzace. Některá antiepileptika mohou průběh onemocnění zhoršovat nebo dokonce vyprovokovat jiný, nový typ záchvatu.

Výše uvedené skutečnosti spolu s určitou neznalostí a možná i lhostejností, zbytečným nihilismem, předčasnou rezignací může být příčinou toho, že je epilepsie označena jako farmakorezistentní, ač se vlastně jedná o pseudofarmakorezistenci. Nemocný je „zakategorizován“ a lékař dál jeho případ neřeší. Nekompenzovaná epilepsie výrazně zhoršuje kvalitu života nemocných, přináší řadu komplikací a rizik včetně závažných úrazů a předčasného úmrtí ...

Pokud se nám nedaří epilepsii zkompenzovat do jednoho roku (maximálně dvou let) od počátku onemocnění, měli bychom provést revizi diagnózy a položit si zásadní otázku: „Je to, co léčím, skutečně epilepsie?“ Pokud jsme přesvědčeni že ano, měli bychom se zamyslet nad tím, zda se nám podařilo přesně určit typ epileptického záchvatu, typ epilepsie a zda nemocného léčíme správně zvoleným antiepileptikem (event. při polyterapii správně zvolenou kombinací antiepileptik), zda jsme při volbě antiepileptika přihlídlí ke všem biologickým charakteristikám nemocného, k jeho životnímu stylu, věku, komorbiditám. Skutečně jsme vyčerpali všechny současné terapeutické možnosti? Nevzdali jsme to předčasně a nevzdal to i nemocný, stejně jako spádový neurolog a jeho dnes již 30letý pacient v naší kazuistice, který čekal pod dg. farmakorezistentní epilepsie 13 let na změnu terapie a který je po převedení na dvojkombinaci antiepileptik nové generace konečně bez záchvatů a bez nežádoucích účinků?

Vždy, když je k dispozici nové antiepileptikum, bychom měli přemýšlet o tom, jestli právě ono není novou nadějí pro některého z našich dosud nekompenzovaných pacientů. Neměli bychom to tedy vzdávat ani my ani naši pacienti, protože možnosti tu jsou ...

Když meningy svítí

MUDr. Kateřina Matějová, MUDr. Eva Marešová

Neurologická klinika 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice, Praha

Nález postkontrastního sycení mozkových obalů na magnetické rezonanci by měl vyšetřujícího vždy zaujmout. S tímto nálezem se můžeme setkat v rámci chronického subdurálního hematomu nebo při karcinomatóze mening. V našem případě šlo o 84letou pacientku, která se na naše lůžkové oddělení dostala v 5/19 pro vícečetné periferní léze hlavových nervů. Pacientka s anamnézou zakrvácení do chronického subdurálního hematomu v 3/19, ale i s anamnézou karcinomu mammy na t.č. vysazené hormonální terapii pro trombocytopenii. Za hospitalizace jsme se snažili o objasnění příčiny právě u této pacientky. V podstatě denně se u pacientky objevil další příznak – porucha dalšího hlavového nervu, paréza PHK, paréza LDK. Naše vyšetřování se stalo bojem o čas. K diagnostice byla opakovaně prováděna lumbální punkce, kde byl zánětlivý obraz i záchyt atypických buněk. Buňky byly opakovaně vyšetřovány na svůj původ – buňky známého karcinomu mammy. Spolupráce s Infekční klinikou Na Bulovce – zvažována mykotická infekce, TBC, Listerie – vše negativní. Posledním příznakem byla anurie s nálezem hydronefrózy na UZ bez prokazatelné příčiny. V likvoru opět prokázány atypické buňky, tentokrát zachycena pozitivita LCA – susp. na hematologickou malignitu. Vzhledem k celkovému stavu pacientky byla terapie převedena na paliativní symptomatickou. Písemnou zprávou byl prokázán rozsáhlý lymfom peritonea infiltrující oba uretery, s diseminací do CNS.

Rychle progredující porucha kognice a rozsáhlý infiltrativní proces mozku

MUDr. Petra Mišířková¹, Mgr. Kamila Šíffelová², MUDr. Radek Lakomý, Ph.D.³,

MUDr. Aleš Neumann, Ph.D.⁴

¹Neurologické oddělení, Vojenská nemocnice Brno, p. o., Brno

²Psychologické oddělení, Vojenská nemocnice Brno, p. o., Brno

³Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

⁴Oddělení radiologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

Kazuistika prezentuje 68letou pacientku s rychle progredující poruchou kognitivních funkcí na vícedoménové úrovni manifestující se v průběhu třech týdnů. Běžné zobrazovací nativní CT mozku prokázalo pouze drobný infarkt v bazálních gangliích vlevo. Pacientka podstoupila kompletní psychologickou i rozsáhlou likvorologickou diagnostiku (včetně vyšetření neuroinfekcí, autoimunitní encefalitidy, CJD a neurodegenerativní onemocnění), k objasnění etiologie onemocnění. Na MR nativním i kontrastním vyšetření mozku splyvavý infiltrát supratentoriálně bilaterálně s postižením okolí komor a parafalcinně frontálně a parieto-okcipitálně s postkontrastním sycením, nejvíce v corpus calosum, mediotemporálně vpravo, v hippocampech. Nález pravděpodobně odpovídá gliomu. Po celou dobu klinického sledování pacientka vykazovala těžkou poruchu kognice, zpočátku i intermitentní delirantní stavy, bez vývoje symptomatiky na mozkových nervech či končetinách.

Stav pacientky i nález na zobrazovacím vyšetření konzultován s onkology, kteří vzhledem k celkovému stavu pacientky doporučili symptomatickou terapii. Ukázky snímků z CT a MR vyšetření i EEG jsou součástí prezentace kazuistiky.

Syndrom kaudy trochu jinak

MUDr. Dušan Ospalík^{1,2}, MUDr. Ing. David Černík, Ph.D., MBA²

¹1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

²Neurologické oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem

Úvod a cíl: Polyarteritis nodosa je vzácná systémová nekrotizující vaskulitida postihující především tepny středního kalibru. Cílem je ukázat atypickou manifestaci onemocnění imitující syndrom kaudy.

Metodika: Jedná se o kazuistiku muže (71 let) se séropozitivní revmatoidní artritidou a chronickými polytopními bolestmi. Na emergency nemocnice byl pacient vyšetřován pro silné lumbalgie s difuzními bolestmi levé dolní končetiny akcentovanými palpací, oslabením akra levé dolní končetiny a poruchou mikce. Magnetická rezonance nepotvrdila útlak nervových struktur v bederním úseku páteřního kanálu. Elevace C reaktivního proteinu svědčila pro zánětlivou etiologii stavu. Vyšetření likvoru lumbální punkcí neuroinfekt nepotvrdilo. Stav rychle zprogredoval do kvadruparézy. Pro kožní změny končetin bylo usuzováno na možnou zánětlivou myopatii – dermatomyositidu. Úvahu podpořila vysoká hladina sérového myoglobinu (nad měřicí limit laboratoře). I přes intravenózní kortikoterapii, intenzivní péči, stav zkomplikovalo renální, respirační a srdeční selhání s nutností ventilační podpory. Přes opakovanou resuscitaci došlo k úmrtí pacienta. Postmortem patologická analýza ve specializované laboratoři prokázala histologické změny charakteristické pro polyarteritis nodosa.

Diskuze: Dermatomyositida je zánětlivou myopatií, jehož kožní manifestací je heliotropní exantém a Gottronovy skvrny. Naproti tomu polyarteritis nodosa je vzácné onemocnění s kožními změnami charakteru livedo reticularis. Zdánlivý detail kožních změn může být klíčový pro přesnou diagnózu zánětlivé myopatie. Dle odborné literatury je však intravenózní kortikoterapie léčbou volby u obou diagnóz.

Závěr: Polyarteritis nodosa může být opomíjeným a rychle progredujícím onemocněním s fatálním koncem.

40% TADY A TEĎ

Chcete slevu na předplatné oblíbeného časopisu Neurologie pro praxi?

Získáte ji pouze v průběhu tohoto kongresu u našeho stánku.

Co dalšího u nás najdete?

PUBLIKACE z e-shopu – ušetříte poštovné

ANKETA – ovlivníte podobu dalších kongresů a třeba získáte i cenu

TWITTER – už vám nic neunikne



prof. MUDr.
Ivana Štětkařová,
CSc., MHA, FEAN



Zveme vás na výstavu obrazů „Krajina mé duše“



*„Tam někde uvnitř mne je další prostor,
oblast světél a stínů, zasutých pod clonou
nových zážitků, je to svébytné místo,
vlastní svět, kde jsou uloženy staré příběhy,
co nepotřebují slova.
Otevřu si, vejdu a objevím dávno zasutý příběh,
nápad, myšlenku, která se sama přetvoří
do podoby němému obrazu.
Představy jsou hluboce ukryté,
jak na staré babiččině půdě. Prach, šero,
obrysy dávno nepoužívaných předmětů;
v nose mne štípe, já jsem omámena
a opojena vůněmi s příchutí mého dětství.
Vezmu štětec a začínám malovat.“*



Profesorka Ivana Štětkařová se narodila v Praze, kde také žije. Vystudovala Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy a je vysokoškolským pedagogem. Profesním zaměřením je neurolog. Od roku 2011 vede Neurologickou kliniku 3. LF UK a Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze, kde přednáší a zabývá se vědeckou činností. Je autorkou několika úspěšných monografií z oblasti neurologie.

Od mládí se aktivně věnuje výtvarnému umění, hudbě a psaní. Zabývá se zkoumáním vzájemného vztahu člověka a přírody. Do jejích obrazů se promítá hluboká znalost lidského těla i duše. Autorka pojímá obrazy i básně jako jeden celek, o čemž svědčí i její básnická tvorba.

Je pravnučkou Fan Vařincové, která napsala román Eva tropí hloupost, a neteří lékaře Pavla Teisingera, autora populárních večerníčků Človíčkova dobrodružství.

SPOLEČNÉ VÝSTAVY OBRAZŮ

- 2011 / Křídla andělů – U vypáleného kotátka, Praha
- 2012 / Bytosti a nebytosti – Ateliér Kaštan, Praha
- 2012 / Světlo – Ateliér Kaštan, Praha
- 2013 / Tajemno – Ateliér Kaštan, Praha
- 2014 / Duše a krajina – Klub Samaří, Praha
- 2015 / Grafika roku, účast v celostátní soutěži

SAMOSTATNÉ VÝSTAVY OBRAZŮ A FOTOGRAFIÍ

- 1991 / Výstava obrazů, Thomayerova nemocnice, Praha
- 2014 / Fragmenty o životě a neživotě, kostel sv. Lukáše, Svárov
- 2015 / Fragmenty, Ateliér Kaštan, Praha

VÝTVARNÉ, FOTOGRAFICKÉ KURZY

- 2009 / Tužka I, akvarelová pastelka – Ateliér Serafin, Praha
- 2010 / Tužka II, uhl, akvarel – Ateliér Serafin, Praha
- 2011 / Portrétní fotografie – Ateliér Petra Nuce, Praha
- 2011 / Tempera, akryl, enkaustika – Ateliér Serafin, Telč
- 2011 / Olej – Babylonie, Ateliér Lenky Husárikové, Česov
- 2011/12 / Olej, tempera, pastel – Ateliér Kaštan, Praha, MgA. Jitka Hilská
- 2012/13 / Olej, pastel, uhl, akvarel – Ateliér Kaštan, Praha, Mgr. Jana Brabcová
- 2012/13 / Grafika – Ateliér Kaštan, Praha, Mgr. Helena Horálková
- 2014 / Grafika – Ateliér Kaštan, Praha, MgA. Robin Kaloč
- 2016 / Krajinářský plenér, Svárov, doc. Milan Perič, MgA. Kateřina Samková
- 2018/19 / Akvarel, Ateliér Jany Gregorové, Soběsuky u Nepomuka

SBÍRKY POEZIE

- 2015 / Fragmenty života a neživota, nakl. Maxdorf, Praha
- 2016 / Čáry draka, nakl. Maxdorf, Praha
- 2018 / Bez šatů lehčí, nakl. Maxdorf, Praha

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

PLATINOVÝ
PARTNER



ZLATÝ
PARTNER



HLAVNÍ
PARTNEŘI



PARTNEŘI

Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
AOP Orphan Pharmaceuticals AG – organizační složka
DESITIN PHARMA, spol. s r.o.
DEYMED Diagnostic s.r.o.
Eisai GesmbH – organizační složka
Ergoterapie Plzeň s.r.o.
Glenmark Pharmaceuticals Distribution s.r.o.
Lundbeck Česká republika s.r.o.
M.G.P. spol. s r.o.
Pfizer, spol. s r.o.
Sandoz s.r.o.
Schwabe Czech Republic s.r.o.
STADA PHARMA CZ s.r.o.
Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.
UCB s.r.o.

MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



Welcome to MAVENCLAD®

Přetrvávající vysoká účinnost

Pouze 20 dní perorální léčby přípravkem MAVENCLAD® v prvních 2 letech umožňuje zvládnout onemocnění po dobu 4 let^{1-4*}

Inovativní mechanismus účinku

MAVENCLAD® je selektivní imunorekonstituční terapie (SIRT) s minimálním dopadem na vrozenou imunitu^{1,5-10}

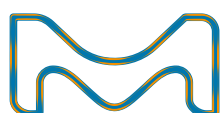
**Dobře charakterizovaný
profil bezpečnosti a snášenlivosti**

Více než 12 let klinických zkušeností v léčbě roztroušené sklerózy^{2,8,11-15}

Minimum kontrolních návštěv

MAVENCLAD® nevyžaduje náročné sledování pacienta^{1,16-19}

**Inovativní a snadná[†] léčba pro pacienty
s vysoce aktivní relabující roztroušenou sklerózou**



MAVENCLAD®
cladribine tablets

INNOVATIVELY SIMPLE®

Reference: 1. MAVENCLAD® SmPC, 2017. 2. Giovannoni G et al. N Engl J Med 2010;362:416-426. 3. Giovannoni G et al. EAN 2017; [P0542]. 4. Giovannoni G et al. Mult Scler J DOI: 10.1177/1352458517727603. 5. Muraro PA et al. J Clin Invest 2014; 124:1168-1172. 6. Williams T et al. BioDrugs 2013; 27:181-189. 7. Baker D et al. Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm 2017; 4:e360. 8. Giovannoni G et al. N Engl J Med 2010; 362: 416-426 (supplementary information). 9. Soelberg-Sorensen P et al. ENS 2009; [P359]. 10. Soelberg-Sorensen P et al. ENS 2010; [P442]. 11. Cook S et al. Mult Scler 2011; 17:578-593. 12. Soelberg-Sorensen P et al. EAN 2017; [P0544]. 13. Leist TP et al. Lancet Neurol 2014; 13:257-267. 14. Freedman M et al. AAN 2016; [P3456]. 15. Cook S et al. EAN 2017; [P0543]. 16. Techidero SmPC, 2017. 17. Gilya SmPC, 2017. 18. Lemtrada SmPC, 2016. 19. Tysabri SmPC, 2017.

*Zvládnutí onemocnění odkazuje na 75,6% pacientů bez relapsu při absenci následné léčby během roku 3 a 4.[†]

[†] Maximálně 20 dní perorální léčby v prvních dvou letech.

Zkrácená informace o přípravku MAVENCLAD® (cladribin)

Název přípravku a složení: MAVENCLAD® 10 mg tablety. Jedna tableta obsahuje cladribin 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, dermatomalní 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. 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 kladribinem 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 kladribinem u imunokompromitovaných pacientů, včetně pacientů dostávajících v současné době imunosupresivní nebo myelosupresivní léčbu, aktivní malignita, 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

kladribin podávaný během těhotenství by mohl způsobit vrozené vady. Studie na zvířatech prokázaly reprodukční toxicitu. Není známo, zda se kladribin vylučuje do lidského mateřského mléka. Vzhledem k možným závažným nežádoucím účinkům u kojenců 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 uzavřený do dětského bezpečnostního vnějšího obalu. **Velikost balení:** 1, 4, 5, 6, 7 nebo 8 tablet. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Registrační číslo:** EU/1/17/1212/001, 002, 003, 004, 005, 006. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Europe B.V., Amsterdam, Nizozemsko. **Datum poslední revize textu:** 07/2018. Lék je vydáván pouze na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného pojištění. Před předepsáním léku si, prosím, přečtěte úplnou informaci o přípravku, kterou poskytneme na adrese společnosti Merck spol. s r.o.

MERCK spol. s r.o., Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 Praha 4
telefon: +420 272 084 211, www.merck.cz, www.medicmerck.cz



aimovig[®] erenumab

První cílená profylaktická léčba migrény^{*1-4}

Méně migrény.
Více ze života.^{+2,5-7}



*Jediný plně humánní blokátor CGRP** receptoru^{1,2}

NYNÍ JIŽ V DISTRIBUCI: Pro více informací nás prosím kontaktujte na e-mailové adrese **cz.migrena@novartis.com** nebo na telefonním čísle **+420 296 504 356**.***

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz Souhrn údajů o přípravku, bod 4.8.

Zkrácená informace • **Aimovig 70 mg injekční roztok v předplněném peru** • **Aimovig 140 mg injekční roztok v předplněném peru** • **Složení:** Jedno předplněné pero obsahuje erenumabum 70 mg nebo 140 mg. **Indikace:** Přípravek Aimovig je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří trpí migrénou nejméně 4 dny v měsíci. **Dávkování:** Doporučená dávka je 70 mg erenumabu každé 4 týdny. U některých pacientů může být prospěšné podat dávku 140 mg každé 4 týdny. Dávku 140 mg je nutné podat buď jako jednu podkožní 140 mg injekci nebo jako dvě podkožní 70 mg injekce. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** Krytka hrotu předplněné injekční stříkačky/pera přípravku Aimovig obsahuje sušený přírodní latex (kaučuk), který může vyvolat alergickou reakci u osob citlivých na latex. **Interakce:** Vzhledem k metabolickým cestám monoklonálních protilátek se neočekává vliv na expozici současně podaných léčivých přípravků. Ve studii na zdravých dobrovolnících nebyla pozorována interakce s perorálními kontraceptivy (ethinyl estradiol/norgestimat). **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Aimovig v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. O používání přípravku Aimovig během kojení je možné uvažovat pouze v případech, kdy je to klinicky nezbytné. **Nežádoucí účinky:** Časté: * Reakce z precitlivlosti včetně vyrážky, zduření/edému a kopřivky*, zácpa, pruritus, svalové křeče, reakce v místě vpichu. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte předplněná pera v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po vyjmutí z chladničky musí být přípravek Aimovig použit během 14 dní, pokud bude uchováván při pokojové teplotě (do 26 °C), nebo znehodnocen. Pokud je uchováván při vyšší teplotě nebo po delší dobu, musí být znehodnocen. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Jedna předplněná injekční stříkačka, 1 předplněné pero nebo vícečetné balení obsahující 3 předplněná pera. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/18/1293/001-002, 004-005. **Datum registrace:** 26.7.2018. **Datum poslední revize textu SPC:** 23.8.2019. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merion Road, Dublin 4, Irsko. • **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

* Aimovig[®] ve studiích redukoval počet dní s migrénou a výrazně zvýšil kvalitu života ve srovnání s placebem⁴⁻⁶. ** CGRP = Calcitonin Gene-Related Peptide; *** Jakékoliv údaje, které nám poskytnete v souvislosti s Vaším dotazem a jeho vyřízením, budeme zpracovávat v souladu s Obecnými zásadami ochrany osobních údajů pro obchodní partnery uvedenými na stránkách www.novartis.cz.

Reference: 1. Sacco S et al. European headache federation guideline on the use of monoclonal antibodies acting on the calcitonin gene related peptide or its receptor for migraine prevention, The Journal of Headache and Pain, (2019) 20:6. 2. SPC Aimovig. 3. <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1330.htm#EndOfPage>. 4. <http://ir.tevapharm.com/investors/press-releases>. 5. Goadsby PJ et al. A controlled trial of erenumab for episodic migraine. N Engl J Med 2017; 377(22): 2123–2132. 6. Tepper S et al. Safety and efficacy of erenumab for preventive treatment of chronic migraine: a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 trial. Lancet Neurol 2017; 16(6): 425–434. 7. Dodick DW et al. ARISE: A phase 3 randomized trial of erenumab for episodic migraine. Cephalalgia 2018; 38(6): 1026–1037.

Novartis s. r. o., Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4, tel.: +420 225 775 111
www.novartis.cz, info.cz@novartis.com

 **NOVARTIS**