



16. valašsko-lašské neurologické sympozium

Hotel Soláň, Karolinka

13.–14. 9. 2024

ABSTRAKTA

SOLEN MEDICAL EDUCATION



*partner v léčbě
neurologických onemocnění*

16. VALAŠSKO-LAŠSKÉ NEUROLOGICKÉ SYMPOZIUM

13.–14. 9. 2024 | Hotel Soláň, Karolinka

Vychází jako supplementum E časopisu Neurologie pro praxi

Neurol. praxi. 2024;25(Suppl. E)

Vydavatelství a nakladatelství:

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

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

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

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

Distribuce: SOLEN, s.r.o., 2024

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

Reprodukce obsahu je povolena jen s přímým souhlasem redakce.

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

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

ISBN 978-80-7471-501-3



PROGRAM / pátek / 13. 9. 2024

17.00–17.10 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

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

17.10–19.00 BLOK I

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

- **Status epilepticus, jeho management a monitorace** –
doc. MUDr. Irena Doležalová, Ph.D. (45 min.)
- **Intravenózní trombolýza a antikoagulační terapie** –
MUDr. Ing. David Černík, Ph.D., MBA (45 min.)

PROGRAM / sobota / 14. 9. 2024

8.30–10.30 BLOK II

předsedající MUDr. Pavel Ressner, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.

- **Jak se dostat pod kůži pacientovi s Parkinsonovou nemocí** –
doc. MUDr. Marek Baláž, Ph.D. (30 min.)
- **Amyotrofická laterální skleróza: aktuální stav poznatků a platná doporučení** –
doc. MUDr. Eva Vlčková, Ph.D. (30 min.)
- **Autoimunitní encefalitidy (AIE) – klinický obraz, diagnostika, terapie** –
MUDr. Jana Slonková, Ph.D. (30 min.)
- **Trombóza žilních splavů a hlubokých mozkových žil – diagnostika a léčba** –
prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D. (30 min.)

10.30–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–13.00 BLOK III

předsedající MUDr. Pavel Ressner, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.

- **Periferní paréza n. facialis – co o ní víme a nevíme** – MUDr. Jana Junkerová (30 min.)
- **Pokroky ve výzkumu genové terapie neurologických onemocnění pomocí CRISPRu a etické otázky** – Alžběta Ressnerová, MSc., Ph.D. (30 min.)
- **Léčba bolesti** – MUDr. Marek Hakl, Ph.D. (30 min.)
- **Neuropodiatrie** – MUDr. Miroslav Havrda (30 min.)

13.00–14.00 PŘESTÁVKA, OBĚD

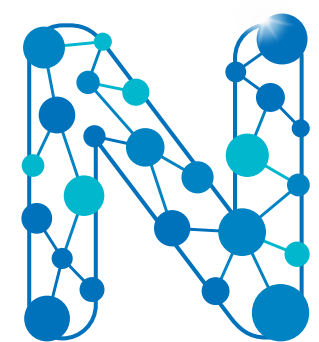
14.00–15.15 WORKSHOP – KARPÁLNÍ TUNEL

- **Ucelená rehabilitace syndromu karpálního tunelu** –
doc. MUDr. Petr Konečný, Ph.D., MBA (20 min.)
- **Syndrom karpálního tunelu – srovnání vyšetřovacích metod** –
MUDr. Eva Roubcová (20 min.)
- **Chirurgická léčba syndromu karpálního tunelu** (35 min.)
 - **Endoskopický přístup** – doc. MUDr. Michal Filip, Ph.D.
 - **Klasický přístup** – MUDr. Slavomír Potičný

POSTERY – NEKOMENTOVANÁ SEKCE:

- **Endovaskulární léčba trombózy mozkových splavů jako poslední terapeutická možnost** – MUDr. David Černík, Ph.D., MBA, MUDr. Jarmila Neradová, MUDr. Vojtěch Smolka, MUDr. Filip Cihlář, Ph.D.
- **Ischemická CMP typu ESUS, překvapivé odhalení (Vena cava superior sinistra persistens)** – MUDr. Robert Rezek





NEUROBION®

Život se zdravějšími nervy



NEUROBION®

k prevenci a léčbě deficitu vitaminů B1, B6 a B12, který se může projevovat poruchami citlivosti a brněním v rukou a nohou.* Léčí častou příčinu těchto příznaků.**



Jen 1 tableta denně.

*Způsobené nedostatkem vitaminů B1, B6 a B12. **Nedostatek vitaminů B1, B6 a B12

Neurobion 100 mg / 50 mg / 1 mg potahované tablety. Složení: 1 potahovaná tableta obsahuje 100 mg thiamin-nitrátu, 50 mg pyridoxin-hydrochloridu a 1 mg kyanokobalaminu. **Indikace:** U dospělých k prevenci a léčbě deficitu vitaminů B1, B6 a B12, který může vést ke smíšené senzorio-motorické polyneuropatii při nedostatečném příjmu, narušení absorpce, zvýšené ztrátě/požadavku na tyto vitaminy. **Dávkování:** 1 tableta denně, polknout celou, s jídlem nebo po jídle. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé nebo pomocné látky; děti a dospívající do 18 let. **Interakce:** Vitamin B6 může snižovat účinek L-DOPA; inhibitory DOPA-dekarboxylázy (karbidopa, benserazid) mohou vést k depleci vitaminu B6; antagonisté pyridoxinu (isoniazid, cykloserin, penicilamin, hydralazin) mohou snížit účinnost vitaminu B6; dlouhodobé užívání kličkových diuretik (furosemid) může snížit sérové hladiny vitaminu B1 a B6. Alkohol snižuje absorpci a reabsorpci vitaminu B1 (thiaminu). **Fertilita:** žádné studie; **těhotenství:** riziko není známo, je třeba zvážit poměr přínosů a rizik; **kojení:** vitaminy B1, B6 a B12 jsou vylučovány do mateřského mléka, rizika předávkování pro novorozence a kojence nejsou známa, je třeba zvážit poměr přínosů a rizik. **Nežádoucí účinky:** Poruchy imunitního systému (pocení, tachykardie a kožní reakce); bolesti hlavy; gastrointestinální poruchy; poruchy ledvin a močových cest (chromaturie – odezní po vysazení přípravku). Frekvence nejsou známy. **Předávkování:** Literárně popsané neuropatie po dlouhodobém příjmu (6 a více měsíců) více než 50 mg vitaminu B6, zlepšují se po vysazení. **Druh obalu:** PVC blistr zakrytý hliníkovou fólií, 30 tablet. **Podmínky uchování:** žádné zvláštní. **Držitel rozhodnutí o registraci:** P&G Health Germany GmbH, Sulzbacher Strasse 40, 65824 Schwalbach am Taunus, Německo. **Registrační číslo:** 86/492/18-C. **Datum poslední revize textu:** 18.12.2023. Volně prodejné léčivé přípravky. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přečtěte si prosím úplnou informaci o přípravku, kterou poskytneme na adrese společnosti Procter & Gamble Czech Republic s.r.o., Ottova 402, 269 01 Rakovník.

MAT-CZ-NEUROBION-23-000022

Blok I

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

Status epilepticus, jeho management a monitorace

doc. MUDr. Irena Doležalová, Ph.D.

Centrum pro epilepsie Brno, člen ERN EpiCare, I. neurologická klinika,
Fakultní nemocnice u sv. Anny a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Status epilepticus (SE) je obávaná neurologická diagnóza, která je spojená s nezanedbatelnou mortalitou. V rámci prezentace se budeme věnovat rozdělení SE na základě jeho charakteristik, konkrétně klinických projevů (konvulzivní SE versus nekonvulzivní SE), etiologie (akutní symptomatický versus s oddálenou příčinou) a EEG vzorcům, které u těchto pacientů nacházíme. EEG vyšetření je nezbytné pro stanovení diagnózy nekonvulzivního SE. Pro stanovení diagnózy nekonvulzivního SE je možné použít kritéria buď Americké neurofyzilogické společnosti nebo Salzburská (obě kritéria sdílí většinu pravidel, nicméně se liší v jednotlivých detailech). Vzhledem k jednoduchosti a lepší uchopitelnosti v praxi zmíníme Salzburská kritéria. Jasný SE je definován jako epileptiformní výboje o frekvenci vyšší než 2,5 Hz. O SE se může jednat rovněž při výskytu epileptiformních výbojů o frekvenci nižší než 2,5 Hz nebo při výskytu rytmické delta aktivity. V těchto případech je však nutné naplnit ještě jedno sekundární kritérium (přítomnost klinických příznaků, zlepšení klinického stavu a EEG

nálezu po podání intravenózních protizáchvatových léků nebo přítomnost vývoje EEG nálezu).

Ve druhé části prezentace se zaměříme na terapii SE. První linie terapie je představována benzodiazepiny, jedná se o léky s nejvyšší úrovní doporučení. Měl by být preferován intravenózní Diazepam nebo intramuskulární Midazolam. V případě jejich nedostupnosti je možné podat i rektální Diazepam či buktální Midazolam. Při selhání benzodiazepinů přichází na řadu podání intravenózních protizáchvatových léků (fenytoin, levetiracetam nebo valproát). Ve studiích nebyla prokázána vyšší efektivita žádného jmenovaného léku, nicméně je vhodné se zaměřit i na jejich farmakologické vlastnosti. O refrakterním SE hovoříme, pokud dojde k selhání dvou léků (jednoho benzodiazepinu a jednoho intravenózního protizáchvatového léku). V tomto případě je možné buď opakovat podání intravenózního protizáchvatového léku (na zvážení je rovněž podání lacosamidu či brivaracetamu) nebo zahájení terapeutického kómatu s použitím anestetik. Hloubku sedace monitorujeme pomocí EEG. V minulosti byl jednoznačně preferován burst-suppression vzorec. Nicméně v současnosti se objevují práce, které doporučují rovněž vzorec bez přítomnosti iktálních záznamů, tyto vzorce se jeví jako bezpečnější z hlediska komplikací, nicméně jsou častěji spojeny s recidivou SE.

PÁTEK / 13. září 2024 / 17.10–19.00 hod.

Intravenózní trombolýza a antikoagulační terapie

MUDr. David Černík, Ph.D., MBA

Komplexní cerebrovaskulární centrum, Neurologické odd.,

Masarykova nemocnice, o. z., Krajská zdravotní, a. s., Ústí nad Labem

Intravenózní trombolýza je dlouhodobě osvědčená léčba akutní ischemické cévní mozkové příhody. V průběhu času se postupně stále více relativizují či zcela mizí kontraindikace k jejímu použití. Jednou z posledních kontraindikací je předchozí užívání antikoagulační terapie. I zde se však v mnoha případech o kontraindikaci nejedná a pacienti mohou mít dobrou prognózu. Cílem sdělení je, krom rozboru vlivu jednotlivých druhů antikoagulační léčby, poukázat především na situace, kdy by neměla být intravenózní trombolýza mylně opomíjena. Diskutována je i návaznost na jiné typy reologické terapie.

SOBOTA / 14. září 2024 / 8.30–10.30 hod.

Blok II

předsedající MUDr. Pavel Ressner, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.

Jak se dostat pod kůži pacientovi s Parkinsonovou nemocí

doc. MUDr. Marek Baláž, Ph.D.

Neurologická klinika FN u sv. Anny v Brně

Od 18. 3. 2024 je v České republice klinicky využívána v léčbě fluktuací Parkinsonovy nemoci subkutánní forma foslevodopy/foskarbidopy. Tato nová forma levodopy umožňuje dosáhnout neutrální pH a je průlomem v možnosti aplikace dopaminergní terapie. Poprvé je možné podávat klasický a dobře známý lék subkutánní formou pomocí pumpy, která umožňuje 24hodinové zcela kontinuální podávání. Velká očekávání spojená s tímto lékem se naplnila i při podávání v našem centru.

V prezentaci přinášíme klinické informace, včetně údajů o efektu, dávkování, nežádoucích účincích a náhled další perspektivy aplikace této efektivní terapie.

Amyotrofická laterální skleróza: aktuální stav poznatků a platná doporučení

doc. MUDr. Eva Vlčková, Ph.D.

Neurologická klinika, ERN-EURO NMD Centrum, Fakultní nemocnice Brno
Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity v Brně

Amyotrofická laterální skleróza (ALS) je závažné neurodegenerativní onemocnění manifestující se progredující nejčastěji smíšenou kvadraparézou v důsledku progredující neurodegenerace centrálních a/nebo periferních motoneuronů.

Onemocnění je vzácné a jeho prevalence signifikantně narůstá s věkem. Při věku dožití 85 let mají ženy pravděpodobnost rozvoje ALS 1 : 400 a muži dokonce 1 : 250.

Patofyziologie onemocnění je nadále považována za komplexní (multifaktoriální) s podílem genetické predispozice v interakci s faktory zevního prostředí. Podle současných poznatků lze patofyziologii popsat jako přibližně 6stupňový proces, v němž nejzávažnější geny podmiňující monogenně dědičné formy onemocnění mohou představovat až 3–4 stupně. Zbylé kroky představují faktory zevního prostředí. Výsledkem je akcelerovaná neurodegenerace motoneuronů. Dědivost (heritabilita) onemocnění (parametr udávající, jak velká část proměnlivosti znaku je zapříčiněna genetickými faktory) je až 60 %, jen



DUODOPA SC[®]

240 mg/ml + 12 mg/ml infuzní roztok
foslevodopa/foskarbidopa



První **subkutánní** kontinuální
24h léčba pro pacienty s pokročilou
Parkinsonovou nemocí ¹

Nyní mohu více.

Zkrácené informace o léčivém přípravku

Název: Duodopa SC 240 mg/ml + 12 mg/ml infuzní roztok. **Složení:** Jeden ml obsahuje 240 mg foslevodopy a 12 mg foskarbidopy. **Indikace:** Léčba pokročilé Parkinsonovy nemoci, která reaguje na léčbu levodopou a je doprovázena těžkými motorickými fluktuacemi a hyperkinezi nebo dyskinezi, pokud dostupné kombinace antiparkinsonik neposkytují uspokojivé výsledky. **Dávkování:** Duodopa SC se podává jako kontinuální subkutánní infuze, 24 hodin denně. Doporučená počáteční rychlost infuze přípravku Duodopa SC se stanoví přepočtem denního příjmu levodopy na ekvivalenty levodopy (LE) pomocí příslušných koeficientů násobících dávku (pro výpočet se bere v úvahu pouze levodopa a inhibitory COMT) a následným výpočtem zohledňujícím vyšší biologickou dostupnost subkutánní foslevodopy, poměr molekulových hmotností foslevodopy a levodopy, obsah foslevodopy v 1 ml a počet hodin bdělosti použitý pro stanovení LE. Dávku lze upravit tak, aby bylo dosaženo klinické odpovědi, která maximalizuje funkční „on“ periodu a minimalizuje počet a trvání „off“ period a „on“ period s obtížující dyskinezi. Maximální doporučená denní dávka foslevodopy je 6 000 mg (nebo 25 ml přípravku Duodopa SC denně, což odpovídá přibližně 4 260 mg levodopy denně). K **zahájení** léčby přípravkem Duodopa SC je také potřebné určit objem nasycovací dávky. Pumpa umožňuje naprogramovat 2 **alternativní rychlosti** infuze pro pacienta (nízká/vysoká). Pokud to zdravotnický pracovník umožní, mohou si pacienti sami podat **extra dávku** ke zvládnutí akutních „off“ příznaků, které se objeví během kontinuální infuze. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku, glaukom s uzavřeným úhlem, těžké srdeční selhání, akutní cévní mozková příhoda, těžká srdeční arytmie, současné užití neselektivních inhibitorů MAO a selektivních inhibitorů MAO typu A (jejich podávání musí být přerušeno min. dva týdny před zahájením léčby přípravkem Duodopa SC), stavu, za kterých jsou kontraindikovány látky s adrenergickým účinkem, např. feochromocytom, hyperthyreoidismus a Cushingův syndrom. Jelikož levodopa může aktivovat rozvoj maligního melanomu, nesmí být přípravek Duodopa SC používán u pacientů s podezřenou neurčenou kožní lézí nebo s melanomem v anamnéze. **Zvláštní upozornění:** Duodopa SC se nedoporučuje k léčbě extrapyramidových účinků vyvolaných léky. Pacienti s těžkým kardiovaskulárním nebo plicním onemocněním, bronchiálním astmatem, ledvinovým, jaterním nebo endokrinním onemocněním nebo s anamnézou vředové choroby nebo konvulzí mají být léčeni přípravkem Duodopa SC s opatrností. U pacientů s anamnézou infarktu myokardu, kteří mají zbytkové arytmie, má být pečlivě sledována srdeční činnost. U všech pacientů léčených přípravkem Duodopa SC má být pečlivě sledován rozvoj změn duševního stavu, deprese s tendencemi k sebevraždě a jiných závažných duševních změn. Pacienti s dřívější nebo současnou psychózou mají být léčeni s opatrností. Pacienti s chronickým glaukomem s otevřeným úhlem mají být léčeni přípravkem Duodopa SC s opatrností a pouze za předpokladu, že nitrooční tlak je dobře kontrolován. Duodopa SC může vyvolat ortostatickou hypotenzi. Levodopa je spojována se somnolencí a epizodami náhlého nástupu spánku. Při náhlém vysazení antiparkinsonik byl hlášen komplex příznaků podobných neuroleptickému malignímu syndromu. Pacienti mají být pravidelně monitorováni z důvodu možnosti rozvoje impulzivních poruch. Dopaminový dysregulační syndrom je návyková porucha, která u některých pacientů léčených kombinací karbidopa/levodopa vede k nadměrnému užívání přípravku. Duodopa SC obsahuje hydrazin, který může být genotoxický a možná kancerogenní. Snížená schopnost zacházet se systémem pro podávání přípravku může způsobit komplikace. Takovým pacientům má asistovat pečovatel. Náhlé nebo postupné zhoršování bradykineze může být znamením obstrukce zařízení z jakýchkoli důvodů, a je třeba to vyšetřit. U pacientů léčených kombinací přípravky s obsahem levodopy s karbidopou byla hlášena polyneuropatie. Duodopa SC obsahuje 42,4 mg (přibližně 1,84 mmol) sodíku v jednom ml. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Studie interakcí nebyly s přípravkem Duodopa SC prováděny. U generických kombinací levodopy s karbidopou jsou interakce obecně známy. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání přípravku Duodopa SC těhotným ženám nejsou k dispozici. Podávání v těhotenství a u žen ve fertilním věku, které neužívají antikoncepci, se nedoporučuje. Levodopa je vylučována do lidského mateřského mléka. Kojení má být během léčby přípravkem Duodopa SC přerušeno. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Levodopa a karbidopa mohou vyvolat závratě a ortostatickou hypotenzi. Proto má být řízení a obsluha strojů vykonávána s opatrností. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: flegmóna, infekce, erytém, uzlík, edém, bolest a reakce v místě podání infuze, infekce močových cest, úzkost, deprese, halucinace, pády. Časté: absces v místě podání infuze, anémie, snížená chuť k jídlu, abnormální sny, agitovanost, stav zmatenosti, bludy, impulzivní porucha, insomnie, paranoia, psychotická porucha, spánkové ataky, porucha spánku, suicidální představa, kognitivní porucha, závrat, posturální závrat, dyskineze, dystonie, bolest hlavy, hypestezie, „on“ a „off“ fenomén, parestézie, polyneuropatie, somnolence, synkopa, tremor, nepravidelná srdeční frekvence, hypertenze, hypotenze, ortostatická hypotenze, dyspnoe, orofaryngeální bolest, břišní distenze, bolest břicha, zácpa, průjem, sucho v ústech, dysgeuzie, dyspepsie, dysfagie, flatulence, nauzea, zvracení, kontaktní dermatitida, hyperhidróza, pruritus, vyrážka, svalové křeče, bolest šje, inkontinence moči, retence moči, astenie, únava, malátnost, periferní edémy, bolest, následující reakce v místě podání infuze: modřina, exfoliace, extravazace, hematom, krvácení, indurace, zánět, podráždění, rezistence, papula, pruritus, vyrážka, otok, zvýšená hladina aminokyselin, zvýšená hladina homocysteinu v krvi, snížená hladina vitamínu B6, deficiencie vitamínu B12, snížení nebo zvýšení tělesné hmotnosti.

Použitelnost: Neotevřené: 20 měsíců. Přípravek musí být použit do 24 hodin po přenesení z injekční lahvičky do stříkačky. **Uchovávání:** Uchovávejte a převázejte v chladu (2 °C – 8 °C). Uchovávejte injekční lahvičku v krabici, aby byly chráněny před rozbitím. Mohou být uchovávány při pokojové teplotě do maximálně 30 °C po jedno období v délce až 28 dní. **Balení:** 7 injekčních lahviček po 10 ml. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie s.r.o., Praha, Česká republika. **Registrační číslo:** 27/341/21-C. **Datum poslední revize SmPC:** 9. 11. 2023. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen smluvním zdravotnickým zařízením z veřejného zdravotního pojištění. *Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.*

Reference: 1. SmPC Duodopa SC [9. 11. 2023]

AbbVie s.r.o., Metronom Business Center, Bucharova 2817/13, 158 00 Praha 5. Tel.: 233 098 111, www.abbvie.cz

02/2024 CZ-PRODD-240004

abbvie

SOBOTA / 14. září 2024 / 8.30–10.30 hod.

asi 11 % z toho je však u sporadických forem podmíněno známými monogenně dědičnými variantami s velkým vlivem.

Rychlost progresu úzce souvisí s genetickými vlivy a konkrétní formou onemocnění u daného pacienta. U pacientů s bulbární formou onemocnění a zejména s formou s respiračním začátkem je progres obecně rychlejší. Naopak flail arm (ev. flail leg) syndrom je obvykle spojen s pomalejším průběhem onemocnění. Jednoznačně lepší prognózu mají také formy s izolovaným postižením dolního a zejména horního motoneuronu (tedy progresivní svalová atrofie a především primární laterální skleróza).

Ačkoli bylo onemocnění po dlouhou dobu považováno za čistě motorické, v současnosti je jednoznačně prokázáno, že existuje spojitost ALS s frontotemporální demencí (FTD): až 50 % pacientů s ALS vykazuje signifikantní narušení frontálních exekutivních či jazykových funkcí, asi 15 % má plně vyjádřenou FTD. Naopak pacienti s FTD mají až v 50 % (často subklinické) postižení motoneuronů. FTD i ALS sdílejí z genetického hlediska některé identické mutace a jsou nyní považovány za součást identického spektra onemocnění. Kognitivní dysfunkce je prognosticky nepříznivým faktorem u ALS pacientů.

Diagnostika ALS je nadále klinická (vycházející z tzv. revidovaných ElEscorial kritérií) s podporou elektromyografického (EMG) vyšetření, které prokazuje známky čistě motorického postižení se současných záchytem reinervací a denervačních změn a/ nebo fascikulací (dle tzv. Awaji doporučení k výše zmíněným kritériím). V r. 2020 pak byla publikována nová tzv. Gold Coast kritéria (Kiernan et al., 2020) vycházející nadále z klinického a EMG vyšetření a usnadňující diagnostiku zejména pro potřeby klinických studií. Tato kritéria umožňují časnější stanovení diagnózy a je možné je využít i pro účel klinické praxe.

Z pohledu léčby a obecného managementu pacientů s ALS byla recentně publikována doporučení Evropské neurologické akademie (EAN) (van Damme et al., 2023). Management stojí na mezioborové péči o tyto pacienty. Z hlediska ovlivnění průběhu onemocnění zůstává jediným doporučeným lékem vhodným pro všechny pacienty s ALS riluzol v dávce 50 mg 2× denně. Pro pacienty s prokázanou patogenní mutací v genu SOD1 a progresivní formou ALS je doporučena intratékální aplikace tofersenu. Naopak další léky, které dosáhly dokonce registrace americkou Food and Drug Administration, tedy edaravon a preparát Relyvrio (obsahující kombinaci fenylobutyrátu sodného a tauroursodiolu), neprokázaly dostatečnou účinnost a jejich použití se nedoporučuje. Totéž platí pro transplantaci kmenových buněk. Aktuálně probíhá velké množství dalších klinických studií s novými preparáty, žádný z nich však doposud nedosáhl výsledků opravňujících jeho klinické využití.

Naopak jednoznačně doporučena je symptomatická terapie a podpora pacientů. K té patří možnosti využití alternativní a augmentativní komunikace, management poruch polykání (vč. úpravy konzistence stravy mletím či naopak zahušťováním tekutin, nebo zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie), terapie sialorhei, křečí, fascikulací, emoční lability, poruch odkašlání, případně podpora dechových funkcí. Velmi důležitá je také psychologická a emocionální podpora pacientů i jejich pečovatелů. Důraz je kladen i na využití paliativní péče, a to zejména v pokročilých fázích onemocnění. Akcentováno je plánování procesu péče v terminálních stádiích, možnost vyslovení tzv. dříve vysloveného přání, vč. přání nebýt resuscitován, nebo jmenování zástupce pro případné rozhodování v situacích, kdy již pacient nebude takového rozhodování samostatně schopen.

SOBOTA / 14. září 2024 / 8.30–10.30 hod.

Autoimunitní encefalitidy (AIE) – klinický obraz, diagnostika, terapie

MUDr. Jana Slonková, Ph.D.

Neurologická klinika FN Ostrava

Katedra klinických neurověd, LF OU, Ostrava

Autoimunitní encefalitidy jsou akutní nebo subakutní heterogenní skupinou onemocnění s monofázickým nebo progresivním průběhem postihující mozkovou kůru zánětem spojeným s produkcí protilátek paraneoplastického či neparaneoplastického původu.

V současnosti dělíme AIE z patofyziologického hlediska na AIE s přítomností antineuronálních protilátek proti intracelulárním antigenům, jako jsou Hu, Ma2, CRMP5/CV2, ANNA 3 či amfifyzin (tzv. klasickou paraneoplastickou encefalitidu, často spojenou s přítomností vzdáleného tumoru), a na AIE s přítomností antineuronálních protilátek proti membránovým antigenům, mezi které patří napětově řízené draslíkové kanály, N metyl D aspartátové receptory.

Klinický obraz je velmi rozmanitý. Pro dominující příznaky postižení limbického systému se setkáváme i s názvem limbická encefalitida (LE). Základní příznaky jsou paměťový deficit (anterográdní amnézie) a častý výskyt epileptických záchvatů vycházejících z jednoho či obou temporálních laloků. Prvním příznakem bývají změny nálad, u pacienta dosud neobvyklé, jako iritabilita, deprese, někdy až agitace s halucinacemi. Na počátku onemocnění mohou být přítomny také kvalitativní a kvantitativní poruchy vědomí, topická, mívá pacient negativní nález. Nezřídka se setkáváme s atypickou poruchou řeči.

Mezi základní diagnostická vyšetření při podezření na AIE patří magnetická rezonance mozku, vyšetření mozkomíšního moku a elektroencefalografie.

Terapii dělíme na léčbu 1. a 2. linie. K první linii patří kortikosteroidy, výměnná plazmaferéza (PLEX nebo imunoadsorpce) nebo IVIG. K léčbě 2. linie cytostatiky přistupujeme u pacientů s nedostatečnou odpovědí na léčbu 1. linie (cyklofosfamid, rituximab).

Souběžně léčíme symptomatické příznaky AIE – epileptické záchvaty, psychiatrické komplikace, kognitivní deficit a u paraneoplastických AIE je nastavena onkologická léčba.

Prognóza onemocnění závisí na včasné diagnostice, celkové kondici pacienta a odpovědi na zvolenou terapii.

Ve druhé části sdělení budou prezentovány případy pacientů s AIE.

Trombóza žilních splavů a hlubokých mozkových žil – diagnostika a léčba

prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D.

Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, Ostrava

Cerebrální žilní trombóza je vzácný, ale potenciálně život ohrožující stav, který zahrnuje tvorbu krevní sraženiny v žilních splavech anebo v hlubokých mozkových žilách. Představuje méně než 1 % všech cévních mozkových příhod. Vzhledem k velmi variabilnímu a nespecifickému klinickému obrazu přináší často diagnostické problémy. Ke klinickým projevům patří bolesti hlavy,

SOBOTA / 14. září 2024 / 8.30–10.30 hod.

epileptické záchvaty, fokální neurologický deficit a v nejtěžších případech i kvalitativní a kvantitativní poruchy vědomí. Postihuje převážně mladší populaci, často ženy s reprodukčním obdobím. K rizikovým faktorům patří užívání perorální antikoncepce, těhotenství či základní hyperkoagulační stavy. Cílem této prezentace je poskytnout komplexní přehled o trombóze žilních splavů a hlubokých mozkových žil se zaměřením na jeho patofyziologii, klinické projevy, diagnostiku a možnosti léčby.

SOBOTA / 14. září 2024 / 11.00–13.00 hod.

Blok III

předsedající MUDr. Pavel Ressner, Ph.D., MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D.

Periferní paréza n. facialis – co o ní víme a nevíme

MUDr. Jana Junkerová

Neurologická klinika FN Ostrava, Lékařská fakulta OU, Ostrava

Pacienty s nedostatečností mimiky poloviny tváře a čela řešíme v neurologických ambulancích často. Diagnóza periferní obrny lícního nervu je klinická, topicky přesnější, věnujeme-li pozornost funkci slzných a slinných žláz, kvalitě sluchu a chuti ipsilaterálně.

Bellova obrna je termín vyhrazený pro případy izolované léze lícního nervu, bez anamnézy traumatu hlavy a jiných příznaků, které nás nutí vyloučit strukturální afekci v průběhu nervu nebo možnost rozvoje polyneuropatie, dysimunní, či související s boreliózou. Často předchází prochlazení. Afebrilní průběh a absence klinických i laboratorních známek zánětu nevylučuje souvislost Bellovy obrny s reaktivací herpetických virů.

Často, ale nikoli paušálně, je rozvoj faciální parézy důvodem k provedení lumbální punkce. Elektromyografie je indikovaná u pacientů, kteří nevykazují předpokládané zlepšování funkce mimických svalů, a to nejdříve 6. den po vzniku parézy. Uvádíme možnosti elektrodiagnostiky a její význam pro kliniku z oboru neurologie a rehabilitace.

Není konsenzus stran léčebného efektu kortikoidů či antivirotik v časném období po vzniku parézy, o čemž můžeme rozvinout diskuzi.

Pokroky ve výzkumu genové terapie neurologických onemocnění pomocí CRISPRu a etické otázky

Alžběta Ressnerová, MSc., Ph.D.

Brno

CRISPR, přezdívaný též „molekulární nůžky“, je nástrojem genové editace, za který byla v roce 2020 udělena Nobelova cena. Od svého objevu zažil CRISPR raketový vzestup, s důležitým milníkem v roce 2023, kdy byl schválen pro genovou terapii srpkovité anémie ve Spojených státech a Velké Británii. CRISPR přináší také mnoho nadějí do výzkumu a léčby mnoha neurologických onemocnění, která mají hereditární nebo geneticky podmíněnou podstatu. V tomto příspěvku se podíváme na to, jak daleko pokročil výzkum CRISPR genové terapie u neurologických onemocnění, jako je Duchennova muskulární dystrofie, dědičné typy demencí, nebo Huntingtonova choroba. Dotkneme se také tématu etiky, jejíž vody se značně s objevem a aplikací CRISPRu rozvířily.

SOBOTA / 14. září 2024 / 11.00–13.00 hod.

Léčba bolesti

MUDr. Marek Hakl, Ph.D.

Centrum léčby bolesti, Medicinecare, s. r. o., Brno

Bolest je jedním z prvních vjemů, s nímž se člověk ve svém životě setkává a který ho doprovází po celou dobu jeho existence. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO) i Mezinárodní organizace pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain, IASP) definují bolest jako „nepříjemný senzorický a emocionální prožitek spojený se skutečným či možným poškozením tkání nebo zážitek, který je v termínech takového poškození popisován; bolest je vždy subjektivní“.

Chronická bolest patří k nejrozšířenějším medicínským problémům současnosti s výrazným socio-ekonomickým dopadem. Prevalence chronické bolesti v ekonomicky vyspělých státech se udává kolem 20 %. Frekvence výskytu chronické bolesti v jednotlivých evropských zemích se liší jen mírně. Jedna z mála celoevropských studií, provedená v roce 2006 v 15 evropských zemích a v Izraeli, prokázala, že 19 % dospělého obyvatelstva má zkušenosti s dlouhodobou bolestí. Studie ze severských zemí hovoří o 24,2% výskytu chronické bolesti v Norsku a 20,2% výskytu ve Švédsku. Nejnižší výskyt je ve Španělsku, Irsku a ve Velké Británii (12–30 %), nejvyšší naopak v Itálii, Polsku a v Norsku (26–30 %). Toto procento se v důsledku stárnutí populace postupně zvyšuje.

Cílem léčby bolesti je její zmírnění až odstranění bolesti, zvýšení funkční kapacity, zajištění nerušeného spánku a celkové zlepšení kvality života.

Strategie léčby bolesti vychází z třístupňového analgetického žebříčku WHO, publikovaného poprvé v roce 1986 a původně určeného pro léčbu nádorové bolesti. Záhy byl však zcela přejat pro léčbu bolesti nenádorové, akutní i chronické. Žebříček je tvořen třemi základními stupni léčby, první stupeň pro nejméně intenzivní bolest zahrnuje neopioidní analgetika, druhý stupeň pro intenzivnější bolest přidává k neopioidním analgetikům slabý opioid a ve třetím stupni je slabý opioid nahrazen opioidem silným. Celou léčbu je možné doplňovat koanalgetiky (antikonvulzivy, antidepresivy) pro léčbu specifických bolestivých stavů a adjuvantní medikací k potlačení nežádoucích účinků analgetik (antiemetiky, laxativy). V indikovaných případech nádorové bolesti lze nově použít systém „výtah“ („elevator“), kdy při velmi intenzivní bolesti analgetik je možné druhý stupeň léčby (slabý opioid + neopioidní analgetikum) přeskočit a na léčbu neopioidními analgetiky navázat přímo podáváním nízkých dávek silného opioidu.

Neuropodiatrie

MUDr. Miroslav Havrda

Podiatrická klinika Hradec Králové

Autor, lékař – neurolog objevil před 30 lety ve světě nový obor – podiatrii. Tento obor má velký diagnostický i léčebný potenciál pro další obory medicíny, neurologii nevyjímaje. V roce 2001 spoluzakládal Českou podiatrickou společnost (ČPS), je členem Světové podiatrické federace (FIP) a Americké podiatrické lékařské společnosti (APMA).

SOBOTA / 14. září 2024 / 11.00–13.00 hod.

Na přednášce bude přestavena podiatrická vyšetřovací technika: Podoskop s vlastním vyvinutým systémem PodoCam, PC podobarometrie na tenzometrické desce, popř. pohyblivém chodníku a zcela nová elektronická ladička pro verifikaci senzitivní neuropatie.

Autor pochopitelně plně využívá všechny možnosti neurologa, včetně všech dostupných diagnostických metod zejména v rámci FN Hradec Králové, a dále spolupracuje i s dalšími významnými klinikami, odděleními i odborníky z celé České republiky, která je jeho spádovou oblastí.

Podiatrická diagnostika a následná léčba velmi vhodně zapadá do celého spektra neurologických nemocí a pojďme se zastavit u některých z nich:

1. Diabetická (i jiná) neuropatie: Zde podiatrie dokáže klasifikovat stav plosek a nožních kleneb, stav nosných kloubů dolních končetin, stanovuje patologii náslapu a měří staticky i dynamicky tlaky chodidel. Následně dokáže kompletně (nechirurgicky) pečovat o nohu diabetika.

Velmi důležité je doporučení vhodného biomechanicky aktivního a designově správného obutí. Zde s velkým úspěchem využíváme speciální boty DiaWin, které jsou stabilní, dají se kvalitně dotahovat, mají vysokou vyjímatelnou stélkou a existují dokonce ve třech šířkách. Místo komerčních vložek vytváříme individuální termoplastické vložky (Formthotics – Nový Zéland), které dle vyšetření individuálně upravujeme tak, abychom některá místa odlehčili, některá naopak stabilizovali a zlepšili tak posturu i lokomoci pacienta. Léčbu doplňujeme o metody přístrojové pedikúry, kdy bez rizika dokážeme obrousit callusy, šponami řešit zarostlé nehty, či deformity prstců korigovat individuálními silikonovými korektory. Dále naši péči doplňujeme

o „sterilizaci“ obuvi, desinfekci obuvi a vhodnou „nemastnou“ kosmetiku s kyselinou močovou (Callusan, Allpresan).

2. Parézy periferní/centrální – různé etiologie: Máme diagnostické možnost vyšetřit tenzometricky nejen stoj, lokomoci, ale i těžiště a hodnotit parametry posturální stability. Na základě podiatrické diagnostiky potom doporučujeme vhodné (nikoliv zdravotní) boty, do nich vytváříme individuální footbedy s korekcí, popř. naši pomoc doplňujeme o různé typy nožních, hleznových nebo bérceových ortéz (PUSH, SAEBOstep, Aryse, Otto Bock). Na našem pracovišti máme k dispozici i ambulantní rehabilitační úsek.

Nestejná délka končetin vrozená/získaná, skoliózy – bolesti pateře, LI sy, stp. po HLE, po TEP kloubů dolních končetin: Zde naše podiatrické vyšetření doplňujeme o posturometrii dvoupaprskovým lineárním laserem s gonio-metrem a 3D statické vyšetření postury.

Pomocí vhodného asymetrického vypodložení nohou zespodu, ze strany nebo jenom v patní části správně vysokou podpatěnkou dokážeme ovlivnit těžiště, postavení pánve a trvale změnit posturu i pohybové vzorce při chůzi.

4. Podiatrie a její metody pomáhají při dalších primárních i sekundárních neurologických nemocech, jako RSM, parkinsonismus, mozečkové afekce, při poruchách pohybového aparátu spojených s bolestí, myopatiích, sklerodermii, myasthenii a mnoha dalších.

SOBOTA / 14. září 2024 / 14.00–15.15 hod.

WORKSHOP – KARPÁLNÍ TUNEL

Ucelená rehabilitace syndromu karpálního tunelu

doc. MUDr. Petr Konečný, Ph.D., MBA

Ústav klinické rehabilitace FZV UP Olomouc

Centrum léčebné rehabilitace nemocnice AGEL Prostějov

Syndrom karpálního tunelu je onemocnění, které může významně ovlivnit funkci ruky a kvalitu života pacientů. Workshop je zaměřen na moderní rehabilitační postupy, které poskytují komplexní přístup k léčbě tohoto syndromu. Účastníci se seznámí s pokročilými technikami neuromobilizace, které jsou klíčové pro obnovu funkčnosti nervového systému a zmírnění symptomů.

Během workshopu budou podrobně představeny následující oblasti:

Anatomie a patofyziologie syndromu karpálního tunelu k porozumění základním mechanismům a příčinám vzniku onemocnění. Diagnostické metody pro přesnou diagnózu a hodnocení závažnosti syndromu. Neuromobilizace – principy a praktické aplikace neuromobilizačních technik, které zahrnují mobilizaci mediálního nervu a optimalizaci klouzavého pohybu nervů. Ergonomie a prevence se stanovením strategie pro úpravu pracovního prostředí a prevenční opatření ke snížení rizika opakovaného výskytu.

Komplexní rehabilitační programy zahrnující kombinace cvičení, manuálních technik a dalších terapeutických intervencí pro dosažení maximálního funkčního zotavení.

Workshop je určen pro zdravotnické profesionály, kteří si chtějí prohloubit své znalosti a dovednosti v oblasti léčby syndromu karpálního tunelu. Účastníci získají praktické zkušenosti a budou mít příležitost diskutovat specifické klinické případy.

Cílem workshopu je poskytnout účastníkům nástroje a techniky, které mohou okamžitě aplikovat ve své praxi, s důrazem na individuální přístup k pacientům a efektivní rehabilitaci s využitím nejnovějších vědeckých poznatků.

Syndrom karpálního tunelu – srovnání vyšetřovacích metod

MUDr. Eva Roubcová

Neurologická klinika FN Ostrava

Syndrom karpálního tunelu (SKT) je kompresivní neuropatií n. medianus v oblasti zápěstí a jde o nejčastější úžinový syndrom vůbec. V neurologických ambulancích jsou pacienti s paresteziemi prstů a bolestí v dlaních běžným denním chlebem. Jde o SKT? Pokud ano, jaká bude další léčba?

V rámci diagnostiky je zlatým standardem elektrofyzilogické vyšetření – zejména pak kondukční studie. Touto etablovanou metodou jsme schopni zjistit míru postižení funkce nervu. Jako každá metoda má ale svá úskalí... detekuje tedy již postižení funkce, tedy lézi nervových vláken, zato je při správném provedení metodou standardizovanou, umožňující dobré srovnání v rámci jednotlivých vyšetření i mezi laboratořemi.

SOBOTA / 14. září 2024 / 14.00–15.15 hod.

Ultrasonografie naopak umožní zobrazit anatomickou strukturu jak nervu, tak okolních tkání, jejich změny související s kompresí často ještě dříve, než dojde k poškození nervových vláken. Je také rychlá, bezbolestná... ale také závislá na vyšetřujícím, méně standardizována a rozsah anatomických změn nemusí tolik odpovídat poškození nervových vláken.

Která z uvedených metod je tedy lepší a dá nám přesnější odpovědi na naše otázky...?

POSTEROVÁ SEKCE

Endovaskulární léčba trombózy mozkových splavů jako poslední terapeutická možnost

MUDr. David Černík, Ph.D., MBA¹, MUDr. Jarmila Neradová¹,
MUDr. Vojtěch Smolka², MUDr. Filip Cihlár, Ph.D.²

¹Komplexní cerebrovaskulární centrum, Neurologie, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, KZ, a. s.

²Radiologická klinika Fakulty zdravotnických studií UJEP v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Úvod: Trombóza mozkových splavů se sekundární komplikací může být život ohrožujícím stavem s obtížnou léčbou. Jasná terapeutická doporučení nejsou k dispozici. Antikoagulační léčba má své limity a endovaskulární řešení může být poslední možností. Prezентujeme soubor pěti případů endovaskulárního ošetření trombózy splavů.

Soubor pacientů: Pacienti (4 ženy, 1 muž) byli přijati s vícečetnou trombózou mozkových splavů. Při selhání konzervativní terapie bylo přistoupeno k pokusu o endovaskulární řešení. Současně probíhala kombinovaná lokální trombolytická i systémová antikoagulační terapie. V jednom případě byl výkon rozložen do tří sezení. Po prvním nejrozsáhlejším bylo využito prolongovaného lokálního působení trombolytika k maceraci trombotických hmot s výrazným efektem na úspěch při následném endovaskulárním výkonu.

Ve výsledku u čtyřech pacientů měl endovaskulární výkon alespoň částečný efekt, jeden výkon nevedl ani k částečné rekanalizaci trombózovaných splavů. Ve dvou případech stav progredoval až k provedení dekompresní kraniektomie. Dobrého klinického stavu (mRS ≤ 2) se dočkali tři pacienti a jedna pacientka zemřela. Nezaznamenali jsme komplikaci způsobenou endovaskulárním výkonem.

Závěr: Trombóza mozkových splavů se sekundárními komplikacemi (hemoragickými i ischemickými) je invadizující urgentní život ohrožující stav, který je nutné řešit. Nejsou k dispozici jasné terapeutické postupy na podkladě výsledků randomizovaných studií, Zdá se, že je endovaskulární léčba, dle dostupných sdělení i našich výsledků, léčbou poslední volby při selhání standardní antikoagulační terapie. Endovaskulární léčba může být také efektivnější při rozložení do několika výkonů v kombinaci s prolongovaným lokálním působením trombolytika a systémovou antikoagulační léčbou.

Ischemická CMP typu ESUS, překvapivé odhalení (Vena cava superior sinistra persistens)

MUDr. Robert Rezek

Odd. neurologie, iktové centrum, Nemocnice Písek

Vena cava superior sinistra persistens (PLVCS) je nejčastější anomálií žilního systému v oblasti hrudníku. Podílí se 10 % na všech srdečních vývojových vadách. Prevalence v populaci se pohybuje od 0,3 do 0,5 %.

Jedná se o případy duplicitní vena cava superior, kdy je zároveň zachována i pravá vena cava superior. Situace, kdy není pravá vena cava superior přítomna a levá je tak solitární horní dutou žilou, je velmi vzácná a prevalence se pohybuje od 0,09 do 0,13 %. Vyústění perzistující levé horní duté žíly je možné do pravé srdeční síně, koronárního sinu, nebo do levé srdeční síně. Poslední případ reprezentuje významný pravolevý zkrat, který může být příčinou embolických CMP neurčeného zdroje, ESUS. Standardními vyšetřovacími postupy může souhrou několika dalších okolností tato příčina ESUS relativně dlouho unikat správné diagnostice a vystavit tak pacienta vyššímu riziku dalších recidiv ESUS.

Opatřením, které považujeme za přínosné k rozpoznání této anomálie včas, je aplikace kontrastní látky pro angio CT nebo sonografické vyšetření do žilního vstupu v levé horní končetině, která je drénována případnou levou horní dutou žilou. Také navrhuje dvojité čtení snímků se zaměřením se na tzv. „pozadí“. Kazuistika popisuje pacienta s duplicitní perzistující levou horní dutou žilou vyústující do levé srdeční síně a představující významný pravolevý zkrat a zdroj pro recidivující ESUS.

HLAVNÍ PARTNEŘI

The logo for Abbvie, featuring the word "abbvie" in a dark blue, lowercase, sans-serif font.

**POŘADATELÉ DĚKUJÍ HLAVNÍM PARTNERŮM
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SYMPOZIA**

PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ PARTNER

Neurologie
pro praxi

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SYMPOZIA