

TA-SERVICE s.r.o. pořádá

XI. symposium o léčbě bolesti s mezinárodní účastí

8. - 9. dubna 2021

Orea Congress Hotel Brno
Křížkovského 47, Brno

PROGRAM SBORNÍK ABSTRAKT

Záštitu nad konáním symposia převzali:

**Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy ČNS ČLS JEP
(Czech Headache Society)**

MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D., předseda

Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP

doc. MUDr. Jiří Kozák, Ph.D., předseda



Záštitý

Vědecký výbor

MUDr. Andrea Bártková, Ph.D.
MUDr. David Doležil, Ph.D., MBA
MUDr. Markéta Grünermelová
MUDr. Radovan Hřib
doc. MUDr. Jiří Kozák, Ph.D.
MUDr. Rudolf Kotas, Ph.D.
MUDr. Jan Lejčko
MUDr. Jolana Marková, FEAN
MUDr. Petr Polidar
prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
MUDr. Dana Vondráčková
MUDr. Ivan Vrbá, Ph.D.

Organizační výbor

MUDr. Michal Adam
MUDr. Marek Hakl, Ph.D.
MUDr. Lukáš Klečka
MUDr. Jiří Mastík
MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D.
MUDr. Ingrid Niedermayerová
MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D.
Mgr. Ivana Tarabová

Organizační sekretariát kongresu

TA-SERVICE s.r.o.

Hlinky 48, 603 00 Brno

Kontakt: Mgr. Ivana Tarabová, Ing. Barbora Pejčevová

Tel. +420 543 211 134

E-mail: tarabova@ta-service.cz, conference@ta-service.cz

www.ta-service.cz

TA-SERVICE
CONGRESS AGENCY

VÍCE DNŮ BEZ MIGRÉNY

PRO ŠIROKÉ SPEKTRUM PACIENTŮ

Aimovig významně snižuje frekvenci¹
a intenzitu migrény^{1,2,3-5}

DLOUHODOBÁ ÚČINNOST,

NA KTEROU SE MŮŽETE SPOLEHNOUT^{6,7,*,**}

VÍCE JISTOTY

DÍKY JEDNODUCHÉ APLIKACI^{8,11,12}

PREVENCE



Jediná plně humánní biologická léčba migrény.^{8,10}

Jediný přímý blokátor CGRP receptoru.^{8,10}

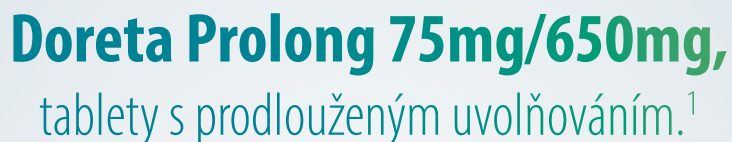
▽ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz Souhrn údajů o přípravku, bod 4.8.

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 prevenci 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. **Po uvedení přípravku na trh byly u erenumabu hlášeny závažné hypersenzitivní reakce včetně vyrážky, angioedému a anafylaktických reakcí. Zácpa je častým nežádoucím účinkem přípravku Aimovig a je obvykle lehká nebo středně těžká. Ve většině případů byl nástup hlášen po první dávce přípravku Aimovig; u některých pacientů se zácpa objevila i později během léčby. Ve většině případů zácpa odezněla do 4 dnů. V období po uvedení přípravku na trh byla u erenumabu hlášena zácpa se závažnými komplikacemi. V některých případech byla nutná hospitalizace, včetně případů, kdy byl nutný chirurgický zákrok. Zácpa v anamnéze nebo současně s užíváním léčivých přípravků spojených se sníženou gastrointestinální motilitou může zvýšit riziko závažnější zácpy a možnosti komplikací souvisejících se zácpou. Pacienti mají být upozorněni na riziko zácpy a musí být poučeni, aby vyhledali lékařskou pomoc v případě, že zácpa nezmizí nebo se zhorší. Pokud se u pacientů objeví zácpa, mají okamžitě vyhledat lékařskou pomoc. Zácpa musí být léčena neprodleně, jakmile je to z klinického hlediska vhodné. Při těžké zácpě má být zváženo přerušení léčby. **Interakce:** Vzhledem k metabolickým cestám monoklonálních protilátek se neočekává vliv na expozici současně podávaných léčivých přípravků. O používání přípravku Aimovig během kojení je možné uvažovat pouze v případech, kdy je to klinicky nezbytné. **Nežádoucí účinky:** Časté: **Reakce z předivlivosti včetně anafylaxe, angioedému, vyrážky, zduření/edému a kopřivky**; zácpa, pruritus, svalové křeče, reakce v místě vpichu. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chráněte 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 25 °C), nebo zneškodněn. Pokud je uchováván při vyšší teplotě nebo po delší dobu, musí být zneškodněn. **Dostupné lékové formy/vzhled léku:** Jedno předplněné injekční stříkačka / 1 předplněné pero nebo včepičné řešení obsahující 3 předplněné pera. Na trhu nemají být všechny velikosti balení. **Poznamenejme:** Dříve než lek předpíše, přečtěte si podléhající informace o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/18/1293/001-002, 004-005. **Datum registrace:** 26.2.2018. **Datum poslední revize textu SPC:** 25.8.2020. **Drobné rozdíly o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merton Road, Dublin 4, Irsko. **Vždy přípravek je vědět na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pouze v síle 140 mg.****

* NCT02174861 – v 52. týdnu byl podtl pacientů, kteří dosáhli $\geq 50\%$ snížení MMD oproti výchozí hodnotě DBTP (studie) – 61,0 % (u dávky 70 mg) a 64,9 % (u dávky 140 mg).

Reference: 1. Goadsby PJ, et al. N Engl J Med 2017; 377: 2123–2132. 2. Tepper SJ, et al. Lancet Neurol 2017; 16: 425–434. 3. Achina M, et al. Cephalalgia 2018; 38(10): 1611–1621. 4. Goadsby PJ, et al. Cephalalgia 2019; 39(7): 817–826. 5. Tepper SJ, et al. Neurology 2019; 92(20): e2309–e2320. 6. Tepper SJ, Achina M, Reuter U, et al. Long-term safety and efficacy of erenumab in patients with chronic migraine: Results from a 52-week, open-label extension study. Cephalalgia. 2020; 40(8): 543–553. doi:10.1177/0333102420912726. 7. Goadsby P.J., et al. (2020). One-year sustained efficacy of erenumab in episodic migraine: Results of the STRIVE study. Neurology, 95(5), e469–e478. 8. SPC Aimovig. 9. SPC Ajovy. 10. SPC Emgality. 11. Aimovig Instructions for Use. 12. Data on file. AMPX-038207. Migraine Experience Study Report. 2019.





**NOVĚ
NA TRHU
OD 3/2021²**

Doreta Prolong
tablety s prodlouženým uvolňováním

**75 mg/
650 mg**

tramadolium hydrochloridum/paracetamolum

30 TABLET S PRODLOUŽENÝM UVOLŇOVÁNÍM
Paracetamol podání

LEKARNA

**Doreta Prolong pro léčbu
symptomatické středně silné až
silné bolesti.** Tato forma přináší tablety
s prodlouženým uvolňováním, které umožňují
**dávkování po 12 hodinách bez
narušení spánku.**^{1,2}

DORETA Prolong 75 mg/ 650 mg, tablety s prodloužením uvolňováním

Základní informace pro předpis léčivých přípravků:

[illegible]

Dříve než přihravete předložíte, seznámte se prosím s ústředním zněním Souboru údajů o přihravku (SPC)

Datum poslednjé revízie textu SPC: 28. 8. 2020.
Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko.
Registrační číslo: 65/575/15-C.

Lečivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Lečivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Neoprávněná veřejná informační služba: tel./zázn.: +420 221 115 150, e-mail: info.cz@korka.biz, www.korka.cz/cz/leciwa-a-lin

Krka ČR, s.r.o.
Sokolovská 192/79
180 00 Praha 8 – Karlín
Tel. +420 221 115 115
www.krka.cz

Literatura:
1. SPC Doreta Prolong
2. www.sukl.cz

J. L. Med. Assoc. 1977; 237: 1071-1074.

ČTVRTEK 8. DUBNA

Čas	ODBORNÝ PROGRAM
14:30 - 15:00	Zahájení sympozia
15:00 - 16:00	Orofaciální bolesti hlavy
16:00 - 16:40	Diferenciální diagnostika bolestí hlavy
16:40 - 17:00	Přestávka
17:00 - 18:10	Novinky v opioidní terapii
18:10 - 19:10	Intervenční léčba v oblasti hlavy a krku + Varia

PÁTEK 9. DUBNA

Čas	ODBORNÝ PROGRAM
9:00 - 9:20	Zahájení
9:20 - 11:00	Indikační kritéria a organizace terapie monoklonálními CGRP protilátkami ve Střední Evropě
11:00 - 11:15	Novinky ve farmakoterapii bolesti
11:15 - 11:55	Satelitní sympozium NOVARTIS: Biologická léčba a její klíčová role
12:00 - 13:00	Obědová přestávka
13:00 - 13:30	Satelitní sympozium TEVA: Kardiovaskulární bezpečnost fremanezumabu
13:30 - 14:30	Cluster headache
14:30 - 15:00	Přestávka
15:00 - 15:30	Satelitní sympozium ELI LILLY
15:30 - 16:45	Léčebné konopí
17:00	Zakončení sympozia

*Invence a znalosti pro účinné
a bezpečné léky nejvyšší kvality*

Představujeme AJOVY[®]

jediný schválený anti-CGRP přípravek, který nabízí flexibilní čtvrtletní a měsíční dávkování.¹

Přípravek AJOVY je indikován k prevenci migrény u dospělých, kteří trpí migrénou 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
- ✓ Ve formě předplněné injekční stříkačky i předplněného pera.¹

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

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

teva

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

NÁZEV PŘÍPRAVKU: AJOVY; 225MG INJ SOL 1x1,5ML, síla 225 mg, léková forma: injekční roztok v předplněné stříkačce. AJOVY; 225MG INJ SOL 1x1,5ML, síla 225 mg, léková forma: injekční roztok v předplněném peru.

SLOŽENÍ: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje fremanezumabum 225 mg. Jedno předplněné pero obsahuje fremanezumabum 225 mg. Fremanezumabum je humanizovaná monoklonální protilátka vyráběná technologií rekombinantní DNA v ovariálních buňkách křečička čínské (CHO buňky). Úplný seznam pomocných látek viz bod 6.1. plného znění SPC. **Terapeutické indikace:** Přípravek AJOVY je indikován k prevenci migrény u dospělých, kteří trpí migrénou nejméně 4 dny v měsíci. **Dávkování a způsob podání:** Léčbu má zahájit lékař, který má zkušenosti s diagnostikou a léčbou migrény. Léčba je určena pro pacienty, kteří v době zahájení léčby fremanezumabem trpí migrénou 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). Při zahájení léčby fremanezumabem je možné pokračovat v konkomitantní preventivní léčbě migrény, pokud to předepisující lékař pokládá za nezbytné (viz bod 5.1). Přínos léčby je třeba vyhodnotit do 3 měsíců po jejím zahájení. Další rozhodnutí o případném pokračování léčby je třeba činit individuálně na základě stavu pacienta. **Starší pacienti:** Údaje o použití fremanezumabu u pacientů ve věku ≥ 65 let jsou omezené. Na základě výsledků populační farmakokinetické analýzy není nutná žádná úprava dávky (viz bod 5.2). **Porucha funkce ledvin nebo jater:** není nutná žádná úprava dávky (viz bod 5.2). **Pediatrická po-**

pulace: Bezpečnost a účinnost přípravku AJOVY 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. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hypersenzitivní reakce byly hlášeny u méně než 1 % pacientů. **Závažná kardiovaskulární onemocnění:** Pacienti s určitými závažnými kardiovaskulárními onemocněními byli z klinických studií vyloučeni (viz bod 5.1). Pro tyto pacienty nejsou k dispozici žádné údaje o bezpečnosti. Interakce s jinými léčivými přípravky: Na základě vlastností fremanezumabu se neočekávají žádné farmakokinetické lékové interakce. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Studie reprodukční toxicity na zvířatech nenaznačují přímé nebo nepřímé škodlivé účinky (viz bod 5.3). Podávání AJOVY v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. **Kojení:** Není známo, zda se fremanezumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené děti proto nelze vyloučit. **Fertilita:** Dostupné neklínicke údaje nenaznačují vliv na fertilitu (viz bod 5.3). **Nežádoucí účinky:** Často hlášenými nežádoucími účinky léčiva byly lokální reakce v místě aplikace injekce (indurace [17 %], erytém [16 %] a pruritus [2 %]). Hypersenzitivita, **Imunogenita:** v studiích se u 0,4 % pacientů vyvinuly protilátky (anti-drug antibodies, ADA). Měly velmi nízké titry. Bezpečnost a účinnost fremanezumabu nebyly vývojem protilátek ADA ovlivněny. **Hlášení podezření na nežádoucí účinky:** Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím národního systému hlášení nežádoucích účinků uvedeného v Dodatku V. **Seznam pomocných látek:** Histidin, Monohydrát histidin-hydrochloridu, Sacharóza, Dihydrát dinatrium-edetátu (EDTA), Polysorbát 80 (E 433), Voda pro injekci. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Druh obalu a obsah balení:** Před-

Méně migrény.
Více zážitků.

Honzikova oslava narozenin

☐ Ne, migréna mě nutí lehnout si doma ve tmě

☒ Ano, zúčastním se

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

plněná injekční stříkačka 1,5 ml roztoku v injekční stříkačce ze skla typu I o objemu 2,25 ml s pístovou zátkou (z brombutylové pryže) a jehlou. **Předplněné pero** obsahuje 1,5 ml roztoku o objemu 2,25 ml.

Zvláštní opatření pro uchování: Uchovávejte v chladničce (2°C–8°C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte předplněné injekční stříkačky nebo předplněná pera v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem.

DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:
TEVA GmbH, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm Německo.

REGISTRAČNÍ ČÍSLO/REGISTRAČNÍ ČÍSLO:
Předplněná injekční stříkačka: EU/1/19/1358/001 – 1 předplněná injekční stříkačka, U/1/19/1358/002 – 3 předplněné injekční stříkačky **Předplněné pero:** EU/1/19/1358/003 – 1 předplněné pero EU/1/19/1358/004 – 3 předplněná pera.

DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE/ AKTUALIZACE TEXTU: Datum první registrace: 28. března 2019. Aktualizace 09/2020.

Výdej AJOVY je vázán na lékařský předpis.

Lék je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

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

Literatura: 1. AJOVY; 225MG INJ SOL 1x1,5ML, síla 225 mg, léková forma: injekční roztok v předplněné stříkačce. AJOVY; 225MG INJ SOL 1x1,5ML, síla 225 mg, léková forma: injekční roztok v předplněném peru. Souhrn údajů o přípravku. Aktualizace textu 09/2020. 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.

Odborný program

ČTVRTEK 8. DUBNA

14:30 – 15:00 **Zahájení sympozia**
Hakl M., Nežádal T.

15:00 – 16:00 **Orofaciální bolesti hlavy**

První vydání Mezinárodní klasifikace orofaciální bolesti (ICOP)
Řehulka P.

20 min

Orofaciální bolest:
Diagnostika a léčba z pohledu algeziologa
Vondráčková D.

20 min

Nová mezinárodní klasifikace orofaciální bolesti z pohledu algeziologa (od teorie k praxi)
Fricová J., Rokyta R.

20 min

16:00 – 16:40 **Diferenciální diagnostika bolestí hlavy**

Kazuistiky pacientů s postcovidovými bolestmi hlavy
Migařová P.

20 min

Diferenciální diagnostika akutních intenzivních bolestí hlavy
Kubecová T.

15 min

16:40 – 17:00 *Přestávka*

17:00 – 18:10 **Novinky v opioidní terapii**

Satelitní sympozium KRKA:

„Doreta Prolong - opět dostupná”
Hakl M.

30 min

Methadon
Sláma O.

20 min

Zásady použití opioidů v léčbě chronických bolestí hlavy
Vrba I.

20 min

18:10 - 19:10	Intervenční léčba v oblasti hlavy a krku + Varia	
	Bolest v okcipitální oblasti a invazivní metody	20 min
	<i>Kozák J.</i>	
	Neuralgie trigeminu	20 min
	<i>Masopust V.</i>	
	Když jsou analgetika na bolesti zad krátká...	20 min
	<i>Procházka J.</i>	

PÁTEK 9. DUBNA

9:00 - 9:20	Zahájení	
	<i>Brázdil M.</i>	
9:20 - 11:00	Indikační kritéria a organizace terapie monoklonálními CGRP protilátkami ve Střední Evropě (angl.)	
	Česká republika	20 min
	<i>Nežádal T.</i>	
	Německo	20 min
	Přednáška je sponzorována společností Novartis	
	<i>Reuter U.</i>	
	Slovensko	20 min
	<i>Valkovič P.</i>	
	Diskuse	20 min
11:00 - 11:15	<i>Přestávka</i>	
11:15 - 11:55	Satelitní sympozium NOVARTIS: Biologická léčba a její klíčová role v dlouhodobé terapii migrény	40 min
	Úvodní slovo, přivítání	
	<i>Marková J.</i>	
	Dlouhodobá zkušenost s erenumabem	15 min
	<i>Nežádal T.</i>	
	Faktory ovlivňující včasné zahájení biologické léčby migrény	10 min
	<i>Řehulka P.</i>	
	Centrová péče, vhodný pacient, potřebná dokumentace	10 min
	<i>Marková J.</i>	

12:00 - 13:00	<i>Obědová přestávka</i>	
13:00 - 13:30	Satelitní sympozium TEVA: Management pacienta s migrénou v souvislosti s kardiovaskulárním rizikem	30 min
	<i>Lampl Ch.</i>	
13:30 - 14:30	Cluster headache	
	Cluster headache - klinika, klasifikační kritéria, diferenciální diagnóza	20 min
	<i>Marková J.</i>	
	Současná terapie cluster headache	20 min
	<i>Klečka L.</i>	
	Invazivní metody v léčbě cluster headache	20 min
	<i>Urgošík D.</i>	
14:30 - 15:00	<i>Přestávka</i>	
15:00 - 15:30	Satelitní sympozium ELI LILLY	
	Emgality - od teorie ze studií k praxi	15 min
	<i>Niedermayerová I.</i>	
	První zkušenosti s Emgality	15 min
	<i>Klečka L.</i>	
15:30 - 16:45	Léčebné konopí	
	Zkušenosti s léčbou léčebným konopím z pohledu neurologa	20 min
	<i>Vachová M.</i>	
	Zkušenosti s léčbou léčebným konopím z pohledu algeziologa	20 min
	<i>Hříb R.</i>	
	Kritický pohled na terapii léčebným konopím	20 min
	<i>Cvrček P.</i>	
17:00	Zakončení sympozia	



JELEŇ, KTERÝ
VYHRÁL MISTROVSTVÍ SVĚTA

ŽENA, KTERÁ PROŽILA
MĚSÍC BEZ MIGRÉNY

JEDNO Z TOHO EMGALITY UMOŽŇUJE

Přípravek Emgality je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří trpí migrénou nejméně 4 dny v měsíci.¹

DEJTE PACIENTŮM ŠANCI ŽÍT MĚSÍCE BEZ MIGRÉNY²

Emgality byla speciálně vyvinuta k prevenci migrény¹

- **Emgality se váže na ligand CGRP** a zabraňuje jeho biologické aktivitě, aniž by blokovala CGRP receptor^{1, 3}
- Emgality **signifikantně snížila** po dobu studií s epizodickou migrénou **průměrný počet MHD o ≥ 50 %, ≥ 75 % a 100 %** v každém měsíci^{1, 2, 4}
- **Rychlý nástup účinku v 1. týdnu** a setrvalá odpověď do 6. měsíce^{1, 4}
- **Konzistentní účinnost** mezi jednotlivými měsíčními dávkami⁵
- Emgality nabízí pacientům statisticky významné **zlepšení kvality života**^{1, 6}

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím národního systému hlášení nežádoucích účinků.

EMGALITY 120 mg injekční roztok v předplněném peru. **Účinná látka:** Galcanezumabum 120 mg v 1 ml. Indikace: Profylaxe migrény u dospělých, kteří trpí migrénou nejméně 4 dny v měsíci. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** O názvu a šarži podávaného přípravku má být veden jednoznačný záznam z důvodu sledovatelnosti. U pacientů s významnými kardiovaskulárními onemocněními nejsou k dispozici údaje o bezpečnosti. Byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce včetně anafylaxe, angioedému a kopřivky. V případě závažné hypersenzitivní reakce ihned přípravek vysaďte a zahajte odpovídající léčbu. EMGALITY obsahuje méně než 1 mg sodíku ve 120 mg dávce. EMGALITY může mít mírný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí příhody:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky byly bolest a reakce v místě vpichu injekce, závrat, zácpa, pruritus, vyrážka a kopřivka. Po 12 měsících léčby se objevily až u 12,5 % pacientů protilátky proti léčivé látce, avšak jejich přítomnost neovlivňovala farmakokinetiku, účinnost nebo bezpečnost. **Interakce:** Lékové interakce nebyly hodnoceny, nepředpokládají se farmakokinetické interakce. **Dostupné lékové formy:** Balení s 1 předplněným perem. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 120 mg subkutánně jednou za měsíc, s první úvodní dávkou 240 mg. První léčbu má být zhodnocen po 3 měsících léčby. Farmakokinetika není ovlivněna věkem. U mírně až středně závažné poruchy ledvin či jater není třeba úpravy dávky. Existují jen omezené informace o pacientech ≥ 65 let. **Těhotenství a kojení:** Z preventivních důvodů je vhodné se podávání EMGALITY v těhotenství vyhnout. Nelze vyloučit riziko pro kojené děti, zejména v prvních dnech po porodu. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C), chraňte před mrazem a před světlem. Emgality je možné uchovávat mimo chladničku až po dobu 7 dní při teplotách do 30 °C. Roztok neprotrpěvat. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Nizozemsko. Registrační číslo: EU/1/18/1330/001. **Poslední revize SPC:** Březen 2020.

Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Před předepsáním se prosím seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku - úplné znění obdržíte na www.sukl.cz anebo na adrese: ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobežní 12, 186 00 Praha 8, tel.: 234 664 111.

Tento materiál je určen výhradně odborníkům ve zdravotnictví.

Reference:

1. SPC Emgality 2. Rosen N, Pearlman E, Ruff D, Day K, Nagy AJ. 100% response rate to galcanezumab in patients with episodic migraine: A post hoc analysis of the results from phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled EVOLVE-1 and EVOLVE-2 studies. Headache. 2018;58(9):1347-1357. 3. Stauffer VL, Dodick DW, Zhang Q, Carter JN, Allani J, Conley RR. Evaluation of galcanezumab for the prevention of episodic migraine: the EVOLVE-1 randomized clinical trial. JAMA Neurol. 2018;75(9):1080-1088. 4. Detke HC, Millen BA, Zhang Q, et al. Rapid Onset of Galcanezumab for the Prevention of Episodic Migraine: Analysis of the EVOLVE Studies. Headache. 2019;60:348-359. 5. Samaan K, Pozo-Rosich P, Nicholson R, Rathmann S, Pearlman E. Consistency of galcanezumab efficacy throughout a month over time. IHC 2019 Late Breaking Abstracts. Cephalalgia. 2019;39(S1):358-427. Poster prezentován na konferenci IHC 2019. 6. Ford JH, Ayer DW, Zhang Q, et al. Two randomized migraine studies of galcanezumab: Effects on patient functioning and disability. Neurology. 2019;93(5):e508-e517.

MHD = monthly migraine headache days, tj. počet dní s migrenózní bolestí hlavy za měsíc.



ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobežní 12, 186 00 Praha 8, tel.: 234 664 111.

PP-GZ-CZ-0085

Emgality
(galcanezumab) injekce

ABSTRAKTA

Seznam abstrakt	strana
Kritický pohled na terapii léčebným konopím <i>Cvrček Petr</i>	14
Nová mezinárodní klasifikace(ICHD-3) orofaciální bolesti z pohledu algeziologa (od teorie k praxi) <i>Fricová Jitka, Rokyta Richard</i>	16
Zkušenosti s léčbou léčebným konopím z pohledu algeziologa <i>Hříb Radovan</i>	18
Léčba Cluster headache <i>Klečka Lukáš</i>	19
ELI LILLY ČR, s.r.o. - První zkušenosti s Emgality <i>Klečka Lukáš</i>	20
ELI LILLY ČR, s.r.o. Emgality - od teorie ze studií k praxi <i>Niedermayerová Ingrid</i>	21
Bolesti v okcipitální oblasti a invazivní postupy <i>Kozák Jiří</i>	22
Diferenciální diagnostika akutních intenzivních bolestí hlavy <i>Kubecová Tereza, Niedermayerová Ingrid, Bednařík Josef</i>	24
Cluster headache- klinika, klasifikační kritéria, diferenciální diagnóza <i>Marková Jolana</i>	25
Neuralgie trigeminu <i>Masopust Václav</i>	26
Kazuistiky pacientů s postcovidovými bolestmi hlavy <i>Migal'ová Petra</i>	27
Indikační kritéria a organizace terapie monoklonálními CGRP protilátkami ve střední Evropě - Česká republika <i>Nežádal Tomáš</i>	28

Seznam abstrakt	strana
Dlouhodobá zkušenost s erenumabem <i>Nežádal Tomáš</i>	30
Když jsou analgetika na bolesti zad krátká... <i>Procházka Jan</i>	32
První vydání Mezinárodní klasifikace orofaciální bolesti (ICOP) <i>Řehulka Pavel</i>	33
Faktory ovlivňující včasné zahájení biologické léčby migrény <i>Řehulka Pavel</i>	34
Metadon v léčbě chronické bolesti <i>Sláma Ondřej</i>	35
Zkušenosti s léčbou léčebným konopím z pohledu neurologa <i>Vachová Marta</i>	36
Orofaciální bolest: diagnostika a léčba z pohledu algeziologa <i>Vondráčková Dana</i>	37
Zásady použití opioidů v léčbě chronických bolestí hlavy <i>Vrba Ivan</i>	38

Kritický pohled na terapii léčebným konopím

Cvrček Petr

Ambulance bolesti ARO Nemocnice Jihlava, přísp. org.

Úvod: Léčebné konopí je používáno již téměř 5000 let (první zmínka pochází z Číny a je datována rokem 2737 př.n.l.). V České republice bylo pro léčbu a výzkum legalizováno zákonem s platností od 1.4.2013. I po 8 letech platnosti tohoto zákona nejsou naše zkušenosti s konopím příliš velké, což bylo zapříčiněno hlavně jeho omezenou dostupností, jakož i počtem lékařů jej předepisujícím. V poslední době se však objem předepisované drogy zvětšuje a tak získáváme i více zkušeností. V následujícím přehledu podrobujeme kritickému zhodnocení vlastní zkušenost, terapeutický efekt, vedlejší účinky, dávkovací schéma a použitou odrůdu léčebného konopí při léčbě konkrétních bolestivých stavů.

Metodika: Popisujeme soubor 40 pacientů, jimž bylo léčebné konopí předepsáno na naší ambulanci od 1.7. do 31.12.2020. Bolestivý stav, použitá odrůda a terapeutický efekt byl komplexně posuzován z několika hledisek:

Diagnóza – bolest somatická, neuropatická, smíšená nebo bolest hlavy.

Odrůda – vyšší obsah THC a nižší obsah CBD nebo vyrovnaný poměr obou základních kanabinoidů.

Aplikační forma – perorální kapsle nebo inhalace vaporizované drogy.

Doprovodná medikace – léčebné konopí pacienti nedoplňovali žádným jiným (ko) analgetikem nebo doplňovali neopioidní analgetika, slabé opioidy, silné opioidy, antiepileptika nebo jinou formu medikace.

Průměrná denní dávka léčebného konopí.

Efekt léčby – zda nemocní léčbu ukončili nebo v ní pokračují, pokračují-li, jak jsou s ní spokojeni, jaký je analgetický efekt, jak se zlepšila kvalita spánku nebo jaké udávají nežádoucí účinky.

Důvod ukončení léčby – z jakého důvodu byla léčba ukončena.

Výsledky: Konopí bylo předepisováno 40 nemocným - 16 mužů (40%) a 24 žen (60%). Jedna žena však konopí vůbec nezačala užívat z obavy z psychotropního účinku, proto dále hodnotíme pouze 39 respondentů.

Diagnóza: samostatnou somatickou bolest (artralgie, dorsalgie, fibromyalgie) udávalo 13 nemocných (33%), čistě neuropatickou bolest (polyneuropatie, neuralgie trigeminu, centrální neuropatická bolest) 16 pacientů (41%), kombinovanou bolest (VAS+LIS, FBSS, komorbiditu artralgie nebo dorsalgie a polyneuropatie) 13 nemocných (33%), migrénu 1 žena (2,6%).

Odrůda: 6 respondentů (15,4%) medikovalo odrůdu s vysokým obsahem THC a nízkým obsahem CBD, 34 (87%) nemocných užívalo konopí s vyváženým poměrem THC a CBD. Je to dáno tím, že jeden pacient užíval ve sledovaném období obě odrůdy.

Aplikační forma: 38 nemocných (97,4%) mělo konopí předepisováno ve formě perorálních kapslí, 1 pacientka (2,5%) jej vaporizuje a inhaluje.

Doprovodná medikace: bez doprovodné (ko)analgetické léčby bylo 6 (15,4%) nemocných, doprovodná medikace měla následující podobu – neopioidní analgetika 16x (41%), slabé opioidy 15x (38,5%), silné opioidy 17x (43,6%), antiepileptika (48,7%), jinou doprovodnou medikaci (myorelaxancia, biologickou léčbu) mělo 6 (15,4%) nemocných. Průměrná denní dávka: průměrná denní spotřeba drogy byla 0,225 g (nejnižší účinná dávka – 0,0625 g, nejvyšší účinná dávka 0,630 g denně).

Efekt léčby: léčbu ukončilo 5 (13%) pacientů, spokojeno je 25 (64%) respondentů, nežádoucí účinky byly popisovány 8x (20,5%). Snížení intenzity bolesti udávalo 21 (54%) a zlepšení spánku 8 (20,5%) nemocných.

Důvod ukončení léčby: léčba konopím byla ukončena v 5 (13%) případech – 1x pro úmrtí (terminální fáze HIV), 1x pro netolerovatelné vedlejší účinky, 2x pro neúčinnost, 1x při účinné léčbě byl nemocný nucen ukončit užívání konopí, neboť začal pracovat jako řidič z povolání.

Diskuse: Obavy z legálního využití léčebného konopí v algesiologické praxi, obzvláště pak varování před jeho kombinací se slabými a silnými opioidy, se ukázaly jako liché. Přesto je potřeba k němu přistupovat velmi obezřetně, pečlivě zvažovat indikaci, volbu vhodné (a dostupné) odrůdy, jakož i dávkovací schéma. Platí-li v léčbě chronické bolesti, že musí být individualizovaná, platí to u léčebného konopí dvojnásob. A nejde jen o titrování účinné dávky, ale hlavně o důslednou monitoraci vedlejších a nežádoucích účinků.

Závěr: Léčebné konopí představuje nadějnou léčebnou modalitu ke zvládnutí některých typů chronické bolesti. I navzdory tomu, že od jeho legalizace pro léčebné a výzkumné účely uplynulo již 8 let, jsou naše zkušenosti stále velmi omezené, a proto je třeba hledat nové cesty jak rozšířit možnosti jeho využití (rozšíření indikačního spektra, nové lékové formy – perorální kapky, tinktury apod.)

Literatura: Landa L. a kolektiv: Léčebné konopí v současné medicínské praxi, Grada Publishing, a.s., Praha, 2020, 144 stran.

MacCallum CA, Russo EB: Practical considerations in medical cannabis administration and dosing. European Journal of Internal Medicine 2018; 12-19.

Nová mezinárodní klasifikace(ICHD-3) orofaciální bolesti z pohledu algeziologa (od teorie k praxi)

Fricová Jitka^{1,2}, Rokyta Richard¹

¹ Univerzita Karlova, 3.Lékařská fakulta, Ústav fyziologie, Praha

² Univerzita Karlova, 1.Lékařská Fakulta, KARIM, Centrum pro léčbu bolesti, Praha

Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD-3) byla publikována v časopise Cephalalgia Mezinárodní společností pro bolesti hlavy (International Headache Society; IHS) v lednu 2018. Nová klasifikace dělí bolesti hlavy celkem do 4 skupin: I. Primární bolesti hlavy; II. Sekundární bolesti hlavy; III. Neuropatie, obličejové bolesti a jiné bolesti hlavy a IV. Appendix.

Tato klasifikace bude součástí mezinárodní klasifikace nemoci MKN-11, která byla schválena v roce 2019 a bude platná od 1. 1. 2022. Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy (Czech Headache Society) tuto klasifikaci přeložila a publikovala v české verzi v časopise Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie. Autoři upozorňují, že tato klasifikace je hierarchická, to znamená, že jedna diagnóza bolesti je hlavní a je stanovena na základě “fenotypu “ bolesti hlavy, další diagnózy jsou stanovené na základě preciznější diagnostiky a měly by být používány zejména ve specializovaných centrech pro léčbu bolestí hlavy.

Z pohledu algeziologa tak lépe můžeme diagnostikovat, spíše zařadit jednotlivé typy, nejen bolestí hlavy, ale zejména orofaciálních, uvedených ve třetí skupině a to včetně sekundárních neuralgií trigeminu, idiopatických (také perzistentních) neuralgií nebo syndromu palčivých úst a/ nebo syndromu pálení v ústech (glossodynii). Dosud byly pro orofaciální bolesti dle platné MKN klasifikace nejvíce využívány diagnózy G50.1 atypická bolest obličeje nebo G50.0 neuralgie trojklanného nervu a G 50.9 jiné poruchy trojklanného nervu. S používáním této nové klasifikace se jistě dočkáme správného a detailnějšího pojmenovávání a zařazení jednotlivých bolestí. Pro sekundární bolesti hlavy se změnilo také rozdělení na akutní a chronické na nové rozdělení akutní (podobně jako dříve do 7 dnů od vzniku) a perzistující (trvajících 3 měsíce) bolesti.

Nově byla zavedena jednotka bolest hlavy v souvislosti s radiačně-neurochirurgickým výkonem v ICHD 3-beta, je uvedena v Appendixu. Tento doplněk, IV skupina by dle autorů měla sloužit k „vědeckým“ účelům a bude v další verzi zrevidována. Byly přidány bolest hlavy v souvislosti se somatizační (somatoformní) poruchou a bolesti hlavy v souvislosti s psychotickou poruchou, které již dříve byly uvedeny u psychiatrických kódů. Velká pozornost v nové klasifikaci ICHD 3 je věnována bolestem hlavy v souvislosti s farmakologicky účinnou látkou nebo s jejím vysazením, většina látek,

nejen léků, ale také návykových látek byla již součástí verze z roku 2004, ale jsou zde některé novinky.

Nová klasifikace ICHD 3 je nepochybně přínosem k optimálnějšímu zařazení různých bolestí hlavy, zejména orofaciálních. Detailní třídění bolestivých syndromů hlavy doufejme napomůže k preciznější klasifikaci bolesti a usnadní diagnostiku v rámci multioborové spolupráce. ICHD 3, nová verze bude mít také velký význam na změny v posudkové problematice a usnadní a zpřesní práci posudkových lékařů. Podle autorů má správné používání této klasifikace pozitivní vliv pro využití při vědecko-výzkumných účelech, uplatní se zejména při studiu patofyziologických a/ nebo bio-chemických mechanismů vzniku bolesti.

Zkušenosti s léčbou léčebným konopím z pohledu algeziologa

Hřib Radovan

Centrum pro léčbu bolesti, ARK, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Použití léčebného konopí se stává v posledních letech pomalu nedílnou součástí běžné algeziologické praxe. Přes všechny možné administrativní překážky se daří zvyšovat počet předepisujících lékařů a množství pacientů i množství předepsaného léčebného konopí.

Pracoviště předepisuje léčebné konopí od roku 2015 s dobrými zkušenostmi. V současné době léčíme přibližně 250 pacientů s chronickou bolestí pomocí léčebného konopí. Je to asi 20% pacientů našeho pracoviště. Léčení probíhá v několika režimech. Léčíme pacienty jak v monoterapii konopím, tak v kombinaci s klasickými analgetiky opioidními či neopiodními. Dále se daří, zatím v individuálních případech, snižovat významně i spotřebu opioidů nutných k tlumení chronické bolesti.

Je ovšem třeba dalších dat k potvrzení účinnosti. Zatím nelze jednoznačně říct, k jakému typu bolesti či jakému typu pacientů léčebné konopí preferujeme. Soubor diagnóz pacientů je hodně různorodý. Nicméně si dovolím konstatovat, že drtivá většina pacientů z užívání léčebného konopí k tlumení bolesti profituje. Případné vysazení léčebného konopí je častěji z důvodů nižší účinnosti, než je očekáváno od pacienta, než z důvodů nežádoucích účinků.

Stejně jako IASP (The International Association for the Study of Pain) ve vyjádření z 18. 3. 2021, musíme konstatovat, že je třeba dalšího intenzivního zkoumání pozitivních i případných negativních účinků konopí a jeho derivátů. Proto byla v rámci ICRC FNUSA založena výzkumná platforma CRC (Cannabis Research Centre), která má za úkol práci na získávání vědeckých důkazů v intencích medicíny založené na důkazech. A to nejen v léčbě bolesti, ale i v jiných medicínských oborech.

Léčba Cluster headache

Klečka Lukáš

Cluster headache je primární bolestí hlavy, patří mezi nejvýznamnější zástupce skupiny, kterou nazýváme trigeminové autonomní bolesti hlavy. Jedná se o extrémní bolest hlavy, častěji postihující muže. Klinický obraz je výrazně odlišný od migrény a výrazně odlišná je rovněž i léčba. Při přerušení záchvatu má dominantní postavení inhalace kyslíku ve vysoké dávce, případně injekčně podávané triptany. V útočné profylaxi je třeba užít krátkého pulzu kortikoidů či zvážít obstrukční velkého okcipitálního nervu. Dominantní postavení v profylaxi má pak Verapamil, další možností je pak užití antiepileptik, případně melatoninu. Svízelná je léčba zejména chronického cluster headache. Součástí přednášky je návrh léčebného postupu v podmínkách ČR. Probíráme rovněž některé alternativní možnosti terapie.

ELI LILLY ČR, s.r.o. - První zkušenosti s Emgality

Klečka Lukáš

Galkanezumab – monoklonální protilátka proti molekule CGRP je další z nově uvedených molekul k léčbě migrény. V přednášce prezentujeme první klinické zkušenosti s touto medikací. Z výsledků klinických studií vyplývá, že se jedná o molekulu s vysokou účinností, konzistentním efektem a zejména rychlým nástupem účinku. Vzhledem ke krátké dostupnosti na českém trhu se v několika kazuistikách zaměřujeme na prezentaci tohoto efektu v reálné praxi.

ELI LILLY ČR, s.r.o. Emgality - od teorie ze studií k praxi

Niedermayerová Ingrid

Emgality (galkanezumab) je humanizovaná monoklonální protilátka, která inhibuje calcitonin gene-related peptide (CGRP), který je považován za klíčový peptid v patogeneze migrény. Emgality je v ČR od 1.10.2020 hrazena pro léčbu epizodické i chronické migrény. Lék se podává ve specifickém režimu s úvodní nasycovací dávkou 240 mg subkutánně a pokračuje se v dávce 120 mg 1x za měsíc. Výsledky studií prokazují vysokou efektivitu a bezpečnost léku. V přednášce budou prezentovány výsledky studií s galkanezumabem se zaměřením na léčbu epizodické i chronické migrény, především ze studií REGAIN a CONQUER. Primárním cílem obou studií bylo snížení průměrného počtu dnů s migrénou za 1.-3. měsíc terapie u skupiny léčené galkanezumabem ve srovnání s placebem. Sekundárními cíli bylo zjištění podílu pacientů se zlepšením o $\geq 50\%$, $\geq 75\%$ a 100 %, spotřeba akutní medikace, rychlost nástupu a konzistentnost účinku, kvalita života. Dále budou prezentovány zkušenosti s léčbou vlastních pacientů - účastníků studie CONQUER.

Bolesti v okcipitální oblasti a invazivní postupy

Kozák Jiří

Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů při Klinice RHB a TV 2.LF UK a FN v Motole

Úvod: Bolesti v okcipitální oblasti jsou častým steskem pacientů s cefaleou. Etiologie je různorodá a terapie mnohdy obtížná. Nejčastější příčinou okcipitální bolesti jsou cervikogenní poruchy horní krční páteře, stavy související s úrazovým či pooperačním mechanismem a funkcí poruchy páteře a měkkých tkání. Vyjímkou nejsou ani stavy spojené s poruchami statodynamiky krčního úseku páteře, které se přenášejí s nižších etází páteře. Léčba těchto obtíží je prováděna dle etiologie obtíží, je nejčastěji medikamentózní a rehabilitační, zde zmiňujeme pouze intervenční postupy, které nebývají první terapeutickou modalitou. Intervenční postupy vycházejí z neuroanatomických souvislostí a ukazují na možnosti zásahu v oblasti horní C páteře i přímo na periferních nervech k ovlivnění okcipitální bolesti.

Metodika: Z terapeutických metod se zde zaměřujeme na invazivní postupy. Nejjednodušší a běžně používané jsou obstrukce a infiltrace lokálním anestetikem v oblastech výstupů n. occipitalis major, minor i tertius bez použití navigace s palpační identifikací citlivých bodů. K přesnější identifikaci nervových výstupů a k bezpečnějšímu a přesnějšímu využití invazivního postupu se používají různé způsoby navigace, zejména sonografie a rtg. Správnou polohu jehly v blízkosti periferního nervu ověřujeme pomocí jehlové neurostimulace. Neurostimulace senzitivní i a motorická předchází každý radiofrekvenční výkon. U okcipitálních blokad využíváme přednostně šetrnější pulzní radiofrekvencí. K ovlivnění okcipitálních bolestí se dají využít i velmi sofistikované metody - míšní. Či periferní analgetické neurostimulace, popisovány jsou i okřskové podkožní neurostimulace stimulace dle algických zón. Invazivní postupy uvádíme na dvou kazuistkách, první s použitím neurostimulatoru pod sonografickou navigací a dále méně obvyklý případ ovlivnění okcipitální bolesti pomocí míšní stimulace v krční oblasti.

Výsledky: Invazivní zákroky v okcipitální oblasti, zejména okcipitální nervová stimulace (ONS), mají při správné indikaci výkonů (po otestování pomocí TENS) velmi spolehlivé efekty na více typů cefaley, jak uvádíme v prezentaci. Je uváděn analgetický efekt až v 90 % správně indikovaných případů. Epidurální zavedení neurostimulační elektrody do výše C2-3 se též považuje za velmi spolehlivé. ale v indikaci okcipitální bolesti se užívá mnohem méně. Nejčastěji využívanou metodou pro svou jednoduchost, finanční dostupnost a vysokou bezpečnost je pulzní radiofrekvence okcipitálních nervů.

Diskuze a závěr: Bolesti v okcipitální oblasti jsou různorodé. mohou mít příčiny lokální i přenesené zejména z oblasti horní krční páteře (C1-C3 inervace okcipitálních nervů). Z této skutečnosti vychází i možnosti ovlivnění tohoto typu bolestí z hlediska zaměření invazivních postupů na nervové struktury. Byť tyto metody nepatří na první místo v terapeutických postupech nelze je opomíjet. pokud tento druh bolestí nereaguje na standardní, konzervativní léčbu. Rozmach intervenčních postupů je v posledních letech na vzestupu v důsledku rostoucí dostupnosti navigačních možností, jaké představuje zejména sonografie i díky technickému rozvoji sofistikovaných neurostimulačních systémů.

Diferenciální diagnostika akutních intenzivních bolestí hlavy

Kubecová Tereza¹, Niedermayerová Ingrid^{1,2}, Bednařík Josef¹

¹Neurologická klinika, Centrum pro diagnostiku léčbu bolestí hlavy, FN Brno

²Neurologie Brno s.r.o.

Úvod: Akutně vzniklé intenzivní bolesti hlavy (BH) mohou být způsobeny řadou onemocnění, a to jak ze skupiny primárních BH, tak sekundárních BH, z nichž některé (především subarachnoidální krvácení – SAK) mohou vést až k úmrtí.

Metodika: V rámci retrospektivní studie byl hodnocen výběr pacientů hospitalizovaných v období 1/2015–11/2019 na neurologické klinice FN Brno a to na základě údajů o subjektech vycházejících z dat informačního systému FN Brno. Hlavními kritérii výběru byly akutně vzniklá BH, CT vyšetření mozku a provedení lumbální punkce (LP). U vybraného souboru byla detailně prostudována dokumentace. Hodnoceny byly výsledky CT mozku a LP včetně spektrofotometrie, výsledná diagnóza BH, dále byly zjišťovány demografické údaje, komorbidita, rizikové cévní faktory, přítomnost BH v anamnéze.

Výsledky: Základní kritéria výběru splnilo 34 pacientů (21 mužů a 13 žen), medián věku 46 let. Sekundární BH byly zjištěny u 19 pacientů (55,1%), medián věku 50 let: SAK bylo potvrzeno vyšetřením likvoru včetně spektrofotometrie u 6 pacientů při současně normálním (3 pacienti) nebo nejasném nálezu na CT (3 pacienti). Aneurysmatické krvácení bylo prokázáno u 2 osob (následně ošetření clippingem), kryptogenní SAK byl u 4 osob. U 3 pacientů (všichni kryptogenní SAK) bylo podezření na SAK na CT, u 3 dalších (2 x aneurysma) bylo CT negativní a LP prokázala SAK. Další zjištěné diagnózy sekundárních BH byly: mozkový infarkt (4x) intrakraniální venózní trombóza (3x), psychogenní BH (3x), serózní meningidita (1x), hypertenzní encefalopatie (1x). Primární BH mělo 15 pac, (44,1%), medián věku 37 let: migréna s aurou (10x), migrenózní infarkt (1x), BH spojená se sexuální aktivitou (2x), thunderclap headache (1x), cluster headache (1x). Komorbidita mělo celkem 27 pacientů (79,4%), z nichž 17 pacientů (89,5%) bylo se sekundárními BH (u 11 pacientů vícečetné komorbidita) a 10 pacientů (66,6%) s primárními BH (vícečetné komorbidita u 3 pacientů), rizikové cévní faktory mělo 23 pacientů (67,6%), BH v anamnéze 12 pacientů (35,2%).

Závěr:

- 1/ Studie poukázala na vyšší četnost závažných sekundárních BH (SAK, intrakraniální venózní trombóza) u osob staršího věku s komorbiditami.
- 2/ Vyšetření likvoru vykazuje vysokou specifitu při diagnostice SAK a jeho využití má stále klíčové místo v případě negativního či nejasného nálezu na CT mozku.

Cluster headache- klinika, klasifikační kritéria, diferenciální diagnóza

Marková Jolana

Neurologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Trigeminové autonomní bolesti hlavy (TACs) jsou v poslední verzi klasifikace International Headache Society (IHS) uvedeny jako třetí skupina za migrénou a tenzní bolestí hlavy. TACs jsou afekcí s významným dopadem na život postiženého člověka, intenzita bolesti při záchvatu je často extrémní. Patří sem cluster headache, paroxysmální hemikranie, krátce trvající jednostranné neuralgiformní bolesti hlavy (SUNCT, SUNA) a hemikrania continua. Jedná se o jednostranné záchvatovité bolesti hlavy se současně se objevujícími stejnostrannými autonomními projevy, jako je slzení, začervenání spojivek, kongesce nosní sliznice nebo sekrece z nosní dírk. Většina TACs se projevuje v atakách, ale u některých pacientů zůstává i interparoxysmální bolest různé intenzity. Někdy je pozorována i allodynie a hyperalgie, podobně jako u migrény. Rovněž typická je periodicitata atak.

Cluster headache (CH).

Perioda nejčastěji přichází jedenkrát do roka, začíná většinou v předjaří nebo na jaře či na podzim. Perioda trvá nejčastěji od 4 do 8 týdnů, pak bolesti mizí. Postižení jsou podstatně častěji muži než ženy. Asi u 10 % pacientů se objevuje chronický typ CH, kde nedochází během jednoho roku k remisi. Důležitým projevem je i vegetativní doprovod ataky, slzení, zčervenání spojivky, sekrece z nosní dírk nebo kongesce nosní sliznice.

Jednotlivé TACs se liší délkou trvání ataky, frekvencí atak a efektem léčby. Cluster headache má nejdelší trvání ataky a relativně nízkou frekvenci atak. Paroxysmální hemikranie má středně dlouhé trvání ataky a střední frekvenci atak. SUNCT/SUNA má nejkratší trvání a nejvyšší frekvenci atak. Hemikrania continua je charakterizována trvalou bolestí s přechodným zmírněním a opětovnou exacerbací bolesti.

Neuralgie trigeminu

Masopust Václav

Neurochirurgická a neuroonkologická klinika ÚVN, 1.LF UK a IPVZ

Neuralgie trigeminu je jednoduchý název pro složité onemocnění. V léčbě chronické bolesti je jen málo onemocnění, kde ve výzkumu nalezení příčin a možností léčby bylo vykonáno tolik práce jako právě zde.

Problém neuralgie trigeminu je dán poruchou v jeho přechodové zóně, a je jenom otázkou, která noxa tuto přechodovou zónu poškodí. Přesto není problém tak jednoznačný. Existuje několik teorií. Nejznámější je teorie Mollerové dvou důsledků působících současně.

Typická neuralgie trigeminu (primární či esenciální) je představována záchvatovitou bolestí, která má charakter šlehu bolesti. Typická je spouštěvá zóna (trigger zone). Bolest se spouští chladem, mluvením, žvýkáním. Nemocný je bez patologického neurologického nálezu. Převážně je postižena 2. a 3. větev, vzácně 1. - ve 4 %. Ve většině případů je bolest jednostranná, více vpravo. Výskyt je v 60-70 letech. Objevuje se v preferenčních obdobích (jaro a léto). Diagnosticko-terapeutický test: podání carbamazepinu.

V moderní farmakologii v současnosti převládá kombinace efektivně působícího carbamazepinu spolu s gabapentinem či pregabalinem, zvyšující účinky prvního a snižující jeho nežádoucí efekty. Tyto léky však potlačují pouze centrální složku bolesti u neuralgie, a nikoliv složku periferní, která je jejím základem. Proto není divu, že ne všechny pacienty lze konzervativní medikamentózní terapií vyléčit. Pak přichází v úvahu jediná možnost, a tou je chirurgická léčba bolesti.

Mezi základní modalit chirurgické léčby patří: mikrovaskulární dekomprese, glycerolová neurolyza, gamanůž a v neposlední řadě kortikální stimulace.

Kazuistiky pacientů s postcovidovými bolestmi hlavy

Migal'ová Petra

Neurologická klinika Fakultní nemocnice Ostrava; Katedra klinických neurověd, Ostravská univerzita

Poslední rok se potýkáme s pandemií viru SARS-CoV-2. Častým příznakem infekce koronavirem jsou i bolesti hlavy. U většiny pacientů tyto bolesti odeznívají s ústupem onemocnění. U části pacientů, častěji s lehkým průběhem, však bolesti hlavy přetrvávají dlouhodobě. V posledních týdnech přibývá počet pacientů vyhledávajících pohotovost nebo specializované ambulance pro několikátý denní nové bolesti hlavy. Někteří o prodělání infekce informují ihned, některých se musíme cíleně ptát. Na kazuistikách 3 našich pacientů bych chtěla demonstrovat možné typy postcovidových bolestí hlavy.

První kazuistika popisuje nově vzniklé denní bolesti hlavy u 29leté ženy po prodělání covidu. Bolesti hlavy jsou spojené se zhoršeným soustředěním a nadměrnou únavou. Druhá kazuistika pojednává o vývoji postcovidových bolestí hlavy u 45leté migreničky léčené monoklonálními protilátkami antiCGRP. Třetí kazuistika je o 60ti letém muži, u kterého se po prodělání covidu objevily bolesti hlavy podobné jeho předchozím bolestem hlavy. Ty v průběhu týdnů gradovaly do urputných bolestí hlavy s rozvojem bradykardie. U pacienta byla následně diagnostikována trombóza splavů. Kromě prodělání covid-19 nebyl zjištěna žádná příčina ani rizikový faktor.

Epidemie SARS-CoV-2 v České republice probíhá již rok a počet infikovaných neustále narůstá. Nemocných s následnými dlouhodobými bolestmi hlavy bude nejspíše přibývat. Při vyšetření nového pacienta, ale i při zhoršení dlouhodobě sledovaných pacientů je vhodné pátrat, zda infekci prodělali. V případech netypických bolestí a příznaků pak vyloučit trombotické postižení CNS. Prozatím nemáme dostatečné informace o tom, jak dlouho budou tyto bolesti trvat, zda budou trvalé nebo po čase odezní. Léčba těchto bolestí hlavy je prozatím symptomatická. Budou-li však bolesti dlouhodobé, bude třeba nejspíše nasazovat profylaktickou léčbu.

Indikační kritéria a organizace terapie monoklonálními CGRP protilátkami ve střední Evropě - Česká republika

Nežádal Tomáš^{1,2,3}

¹Neurologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha

²Institut neuropsychiatrické péče, Praha

³1.lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Stávající perorální profylaktická léčba frekventní epizodické (EM) a chronické migrény (CM), popřípadě s nadužíváním akutní terapie (medicine-overuse headache, MOH), 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 6 měsících tak v uvedené studii užívá profylaxi 26 % - 29 % a po 12 měsících jen 17 % - 20 %. 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 (Tabulka 1).

Tabulka 1. Monoklonální CGRP protilátky v profylaxi migrény

mAb	Eptinezumab	Erenumab	Fremanezumab	Galcanezumab
Typ protilátky	Humanizovaná	Plně humánní	Humanizovaná	Humanizovaná
Místo působení	Přímá vazba na CGRP	Vazba na CGRP receptor	Přímá vazba na CGRP	Přímá vazba na CGRP
Indikace	EM/CM	EM/CM	EM/CM	EM/CM
Podání	i.v. à 3 měsíce	s.c. à 28 dní	s.c. à 1 měsíc s.c. à 3 měsíce*	s.c. à 1 měsíc
Dávkování (mg)	100, 300	70, 140	225, *675	120, *240
Registrace v ČR	Studie 3:fáze	Aimovig	Ajovy	Emgality
Úhrada ZP	ne	od 1.2.2020	od 1.5.2020	1.10.2020

CGRP – calcitonin gene-related peptide; mAb – monoklonální protilátka, EM/CM – epizodická/chronická migréna; i.v. – intravenózně; s.c. – subkutánně, úvodní dávka; *úvodní dávka

- Indikace a aplikace protilátek je v ČR vázána na **Centra pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy** (<http://czech-headache.cz/centra-pro-lecby-bolesti-hlavy/>). Při splnění kritérií jsou plně hrazeny zdravotními pojišťovnami.
- Léčba je indikována u pacientů vyžadujících profylaktickou léčbu, tedy při frekvenci dní s migrénou (**MMD**) ≥ 4 .

- Indikaci dále tvoří **selhání efektu nebo tolerability 2 a více předchozích perorálních terapií různých skupin** s dokázanou účinností (antiepileptika, betablokátory, kalciové blokátory a antidepresiva) v dostatečných dávkách (Tabulka 2).

Podmínkou je i **užití jednoho z antiepileptik** (topiramát nebo valproát).

Tabulka 2. Skupiny perorální profylaktické léčby migrény v ČR (podle SPC)

Skupina 1	Topiramát
Skupina 2	Valproát*
Skupina 3	Betablokátory (metoprolol, propranolol [§] , bisoprolol [§])
Skupina 4	Antidepresiva (amitriptylin a venlafaxin [§])
Skupina 5	Blokátory kalciových kanálů (flunarizin [#] a cinarizin)

*kontraindikován u dívek a žen ve fertilním věku, [§]léky neregistrované k léčbě migrény, ale s prokázanou účinností, [#]dříve registrovaný v ČR pro terapii migrény

Alespoň **u jedné ze skupin léků** by mělo být prokázáno **selhání účinku** při nejméně tříměsíčním užívání.

Další terapie mohou selhat v efektu nebo pro přítomnost nežádoucích účinků.

Předchozí profylaktická terapie je před nasazením CGRP zpravidla vysazena u EM, u CM a MOH je ponechání profylaxe na zvážení indikujícího lékaře.

- Effekt CGRP protilátek je **přehodnocován po 3 měsících** aplikace mAb. Nutné je pečlivé vyplňování kalendáře bolestí hlavy. V případě alespoň 50 % snížení MMD ve 3. měsíci se v léčbě pokračuje.
- CGRP protilátka je vysazena **při selhání efektu** (méně než 50% redukce) **ve 3 po sobě jdoucích měsících**.
- Při dosažení částečného efektu nad 50 % je možné přidat perorální profylaxi.
- V současné době není ze studií známá doba podávání nutná k udržení efektu terapie.
- Uvedená terapie je **kontraindikována** v těhotenství a při kojení, při závislosti na alkoholu a drogách, u závažných cerebro- nebo kardiovaskulárních chorob podle vyjádření odborníka a u osob s těžkým mentálním postižením.

Klíčová slova: migréna – profylaktická terapie - CGRP protilátky – terapeutická doporučení

Dlouhodobá zkušenost s erenumabem

Nežádal Tomáš^{1,2,3}

¹Neurologické oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha

²Institut neuropsychiatrické péče, Praha

³1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Erenumab (Aimovig®) je CGRP monoklonální protilátka s vazbou na CGRP receptor. Na základě úspěšných randomizovaných studií u epizodické (EM) i chronické migrény (CM) byl v roce 2018 registrován k léčbě obou typů migrény a od 1.2.2020 má v České republice schválenou plnou úhradu pojišťovnami při splnění platných indikačních kritérií u migrény rezistentní na perorální profylaxi. Postupně pak získáváme data i o dlouhodobé efektivitě a tolerabilitě.

Epizodická migréna

Po dobu 1 roku byla sledována převážná část pacientů s EM ze studie STRIVE při podávání 70 nebo 140 mg erenumabu s.c. standardně po 28 dnech. Redukce počtu dní s migrénou za měsíc (MMD) o $\geq 50\%$, $\geq 75\%$ a $\geq 100\%$ bylo dosaženo u 61.0%, 38.5%, a 19.8% pacientů na 70 mg, respektive 64.9%, 40.8%, a 21.2% na 140 mg. U 86% pacientů trvá zlepšení o $\geq 50\%$ během posledních 3 měsíců sledování s obdobnou tolerancí jako v úvodní fázi (Goadsby et al., 2020).

Chronická migréna

Erenumab prokázal též konzistentní účinnost u pacientů s CM po selhání 1–2 profylaktických terapií a u pacientů s nadužíváním akutní medikace (MOH). Setrvalý efekt terapie byl zachován i po roce od počátku studie, s tím, že v týdnu 40 i 52 byl numericky vyšší u dávky 140 mg (Tepper et al., 2020). V následné práci z výše uvedeného souboru pacientů s CM doplňují autoři, že aktuální zlepšení, tzn. redukce MMD, bylo u responderů téměř dvojnásobné oproti celkové studijní populaci (Brandes et al., 2020).

Rezistentní migréna

V prezentaci interim analýzy dvouleté otevřené extenze studie LIBERTY u populace pacientů s EM a předchozím selháním 2–4 perorálních profylaxí prof. Reubera et al. na Migraine Trust Virtual Symposiumu **v říjnu 2020 byl efekt setrvalý s obdobným bezpečnostním profilem jako v předchozí krátkodobé fázi.**

První ch pět let s erenumabem

Pětileté otevřené sledování (N=383) následuje po 12-ti týdenní zaslepené fázi studie s EM (AMGEN). Pacientům byla iniciálně aplikována dávka 70 mg v 4týdenních intervalech a po aktualizaci protokolu 140 mg. Léčba vedla k dlouhodobému stabilnímu efektu erenumabu s trvajícím redukcí MMD a užití akutní medikace s redukcí disability, vlivu bolesti na denní činnosti a zlepšení kvality života. Výskyt nežádoucích účinků se během let nezvyšoval, při dávce 140 mg (N=250) předčasně ukončilo studii 36 pacientů – jen 3 pro nežádoucí účinky, 0 pro neúčinnost. V zaslepené studii popisovaná obstrukce u některých pacientů byla redukována v průběhu let (1.8 vs. 7.0/100 pac. let). a nevedla k ukončení studie u žádného pacientu (Ashina et al., 2021).

Potenciální kardiovaskulární riziko erenumabu je minimální

Potenciální vliv erenumabu na prokrvení myokardu byl sledován v zaslepené studii u pacientů se stabilní anginou pectoris. Čas do vzniku anginózní bolesti a ST deprese po intravenózním podání erenumabu 140 mg nebo placebo byl v obou skupinách obdobný (500 versus 508 s, respektive 407 versus 420 s), tedy negativní vliv nebyl u rizikové skupiny pacientů prokázán (Depre et al., 2018). Erenumab byl v předchozích studiích podáván celkem 1400 pacientům a placebo 1043. Incidence vaskulárních NÚ, po vyloučení těchto potíží v anamnéze, byla obdobná v obou skupinách: např. arteriální hypertenze v 0.9% u placebo, 0.8% erenumabu 70 mg a 0.2% u 140 mg. otevřené fázi studií se objevily pouze 4 kardiovaskulární příhody u rizikových pacientů (Kudrow et al., 2020) Trend k mírnému zvýšení TK (2–3 mm Hg)

5-letém sledování odpovídá běžné populaci dle Framinghamské studie (Ashina et al., 2021).

V prezentaci budou uvedeny i osobní zkušenosti s dlouhodobou terapií erenumabem (N=125).

Když jsou analgetika na bolesti zad krátká...

Procházka Jan

Centrum léčby chronické bolesti při Klinice anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny Univerzity J. E. Purkyně, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice o.z., Ústí nad Labem

Úvod: Každý se již ve své praxi setkal s pacienty s chronickými bolestmi zad, které neustupovaly po žádných analgetikách. U těchto pacientů často bývá příčina ve svalové dysbalanci a insuficienci posturálního svalstva, což vede k rozvoji myofasciálních spouštěcích bodů.

Metodika: Základem vyšetření těchto pacientů je zhodnocení celkového postoje a rozsahu pohybu v krčním i v bederním úseku páteře, vyšetření svalové hmoty posturálního svalstva se zaměřením na šíjové svaly včetně pletenců ramenních, hluboký stabilizační systém a gluteální svalstvo. Zde pak je možné najít kromě přetížených a hypotrofických svalových skupin též řadu spouštěcích bodů, které mohou vyvolávat lokální i přenesenou bolest často imitující bolest kořenovou.

Výsledky: Ošetření spouštěcích bodů pomocí směsi lokálního anestetika s depotním kortikoidem může přinést pacientovi dočasnou úlevu, kterou pak může využít k intenzivnímu cvičení. Doba trvání účinku závisí pak zejména na dodržování správné pohybové životosprávy, vždy je však delší než vlastní doba účinku použitého lokálního anestetika.

Závěr: Zázračné analgetikum neexistuje, pacient musí sám se aktivně zapojit do procesu léčby. Základem léčby je cvičení na uvolnění ztuhlých a na posílení uvolnění svalových skupin, bez kterého nelze očekávat požadované zlepšení. Zmírnění bolesti je možné usnadnit a nastartovat prostřednictvím cílených obstrukcí spouštěcích bodů v oblasti posturálního svalstva.

Literatura:

Travell JG, Simons DG: Myofascial pain and dysfunction. Trigger points manual. Upper and lower extremities. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, 1997
Richter P, Hebgen E. Trigger points and muscle chains in osteopathy. Thieme New York, 2009
Dvořák J, Dvořák V, Gilliar W, Schneider W, Spring H, Tritschler T. Musculoskeletal manual medicine. Thieme New York, 2008

První vydání Mezinárodní klasifikace orofaciální bolesti (ICOP)

Řehulka Pavel

Centrum pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, I. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Příspěvek v souhrnu představuje oficiální český překlad první verze Mezinárodní klasifikace orofaciální bolesti (International Classification of Orofacial Pain, 1st edition-ICOP), která stanovuje terminologii a kritéria pro diagnostiku orofaciální bolesti. Orofaciální bolest je definována jako bolest v oblasti obličeje pod úrovní orbitomeatální linie a v oblasti dutiny ústní. Klasifikace je rozčleněna do sedmi oddílů: 1. Orofaciální bolest v souvislosti s poruchami dentoalveolárních a anatomicky blízkých struktur, 2. Myofasciální orofaciální bolest, 3. Bolest temporomandibulárního kloubu, 4. Orofaciální bolest v souvislosti s lézí nebo onemocněním kraniálních nervů, 5. Orofaciální bolesti s příznaky připomínajícími primární bolesti hlavy, 6. Idiopatická orofaciální bolest a 7. Hodnocení psychosociálních faktorů u pacientů s orofaciální bolestí.

Faktory ovlivňující včasné zahájení biologické léčby migrény

Řehulka Pavel

Centrum pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, I. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Migréna je časté onemocnění se závažným dopadem na život pacientů. Pro pacienty s nedostatečnou účinností a/nebo intolerancí konvenční léčby je k dispozici účinnější a specificky působící biologická léčba. Preskripce biologik v indikaci profylaktické léčby migrény je v ČR vázána na centra pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy. Toto koncepční řešení v rámci zdravotnického systému umožňuje pacientům s migrénou přístup ke specializované péči a moderní léčbě, zároveň ale limituje počet pracovišť s možností preskripce centrové léčby. Překážky, které mají v běžné klinické praxi vliv na dostupnost a včasné zahájení biologické léčby, jsou mnohé a lze je pozorovat na ekonomické, organizační, logistické, klinické, sociální a psychologické úrovni. Jejich ovlivnění může, v jisté míře, přispět ke zlepšení managementu pacientů s migrénou.

Metadon v léčbě chronické bolesti

Sláma Ondřej

Centrum paliativní péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Metadon je silný opioid s unikátními farmakologickými vlastnostmi, které z něj činí zajímavou léčebnou alternativu u pacientů s komplikovanými bolestivými stavy (např. neuropatická bolest, tolerancí k jiným opioidům, hyperalgezií). Na rozdíl od morfinu a některých dalších opioidů je významný díl analgetického účinku metadonu zprostředkován působením na delta opioidní receptory a NMDA receptory. Nejčastější indikací metadonu je použití jako opioidu druhé volby v rámci tzv. rotace opioidů. Metadon lze ale využít také jako opioid první volby u opioid naivních pacientů. Zajímavou možností představuje přidání metadonu k jinému silnému opioidu (tzv. „add on strategy“) v rámci duální opioidní terapie. Vzhledem k poměrně specifické farmakologii patří metadon především do rukou zkušených paliatrů a algeziologů, kteří jsou schopni zajistit správný výběr pacientů, bezpečnou titraci dávky a pečlivé sledování v průběhu léčby.

Literatura:

Sláma O. Metadon v léčbě nádorové bolesti, *Bolest (Tigis)* 2020; 23 (2);52-56

McPherson ML, Walker KA, Davis MP, Bruera E, Reddy A, Paice J, et al. Safe and appropriate use of methadone in hospice and palliative care: expert consensus white paper. *J Pain Symptom Manag.* 2019;57(3):635–45.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.001>

Chou R, Cruciani RA, Fiellin DA, et al. Methadone safety: a clinical practice guideline from the American Pain Society and College on Problems of Drug Dependence, in collaboration with the Heart Rhythm Society. *JPain* 2014;15:321-337

Zkušenosti s léčbou léčebným konopím z pohledu neurologa

Vachová Marta

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

Krátká prezentace shrnuje možnosti předpisu konopí pro lékařské účely z pohledu neurologa. Nejčastější použití v klinické praxi je z indikace chronické nezišitelné bolesti a spasticity, méně pak z důvodu mimovolných pohybů.

Použití léčebného konopí se zakládá na dobrém výsledku studií s léčbou bolesti a spasticity u nemocných s RS přírodním extraktem z konopí (nabiximol). Vzhledem k ceně tohoto léčiva se však v běžné klinické praxi ujala léčba rostlinou. Extrakt zatím není možné v rámci českého lékopisu připravit, proto se užívá konopí formou inhalace, nebo ve formě kapslí.

Vzhledem zkušenostem s použitím nabiximolu, kdy je v přípravku vyvážený poměr dvou základních složek THC a CBD volíme v léčbě bolesti a spasticity spíše rostliny s tímto zastoupením. Důležité je najít vhodnou rostlinu pro jednotlivé pacienty. Problémem je neustále se měnící situace na českém trhu. Další přídatné látky v rostlině mohou i při stejném poměrném zastoupení THC a CBD změnit účinnost stran kontroly zejména stran bolesti, méně pak i spasticity.

Léčba však musí být pečlivě zvážena s ohledem na možné vedlejší účinky a celkový zdravotní stav nemocného. V případech špatně tolerované či nedostatečné účinné klasické léčby může pomoci vyřešit stav nemocného a zmírnit jeho bolestivé potíže.

Orofaciální bolest: diagnostika a léčba z pohledu algeziologa

Vondráčková Dana

Ambulance pro léčbu bolesti neurochirurgické a neuroonkologické kliniky Ústřední vojenské nemocnice

Úvod: Orofaciální bolest (OFB) není častým bolestivým syndromem na ambulancích pro léčbu bolesti, ale je vždy výzvou. Incidence v populaci se velmi liší, hlavně pro nejednotnou diagnostiku. Diagnostika je obtížná, protože OFB je multifaktoriální a její příčina je často neznámá, jindy pravděpodobná, někdy jasná. Pacient často přichází do ambulance po mnoha měsících i letech od začátku onemocnění. Léčba po diagnostické rozvaze musí být komplexní, farmakologická, psychologická a např. u poruch TMK i rehabilitační.

Stat: Z patofyziologického hlediska se u OFB jedná o bolest nociceptivní, muskuloskeletální, například u poruch TMK, neuropatickou (neuralgie kraniálních nervů, PHN, poúrazové stavy) a specifickou bolest odontogenní nebo dentoalveolární. Bolesti v obličejové oblasti omezují funkce (mluvení, kousání, polykání, otvírání úst). Jsou přítomné pozitivní i negativní neurologické známky. Zvláštním syndromem je pálení úst, které se častěji objevuje ve starším věku. U persistentní idiopatické faciální bolesti (PIFB) většinou neznáme příčinu.

Diagnostika: Pacient často prošel rukama několika specialistů, prodělal mnoho různých vyšetření, s nejednoznačným nebo žádným závěrem o původu bolesti byl odeslán v lepším případě, k algeziologovi. Algeziolog potřebuje informace somatické, i psychosociální, musí znát detaily bolesti a často je třeba po správné diagnóze pátrat i v průběhu léčby bolesti. Pacient si stěžuje na bolesti, ale má i psychické problémy, problémy se spánkem, je často depresivní.

Léčení: Terapii OFB je třeba pečlivě zvažovat, aby se předešlo nejen nežádoucím účinkům ordinovaných léků, ale také nadužívání, závislosti, nebo jiným projevům z nedostatečně kontrolované bolesti.

Léky volíme podle patofyziologie bolesti a dalších příznaků které pacient vykazuje. U neuralgie trigeminu je první volba karbamazepin, který má i diferenciálně diagnostický význam. Součástí léčby by měla být psychoterapie a rehabilitace (poruchy TMK). U torpidních bolestivých stavů jsou možné i další postupy jako repetitivně transkraniální stimulace, gama nůž, glycerolová neurolyza a dokonce i korová stimulace.

Závěr: OFB je komplikovaný syndrom s často vágní etiologií, je velkým utrpením pro pacienty, kteří mají problémy fyzické, psychické a velmi často i sociální. Navíc je trápí původ jejich bolesti. Často hledají cokoliv, aby se jim ulevilo, nadužívají benzodiazepiny, analgetika a stále dokola navštěvují různé lékaře. Zlepšit situaci těchto pacientů může jen včasné zahájení účinné komplexní péče s pravidelnými kontrolami.

Zásady použití opioidů v léčbě chronických bolestí hlavy

Vrba Ivan

Úvod: Opioidy stále patří k nezbytnému léčebnému instrumentariu při léčbě mnoha bolestivých stavů. V léčbě chronických bolestí hlavy je jejich použití často problematické a většinou se nedoporučuje. Samozřejmě záleží na typu bolesti hlavy (např. akutní-chronická, primární-sekundární...).

Metodika: Tak jako u jiných bolestivých stavů, zejména nenádorové etiologie, je nutné pečlivě uvážit, zda nasazení opioidů u daného nemocného s bolestí hlavy je vhodné, tedy potřebné a indikované. K tomu nám slouží velmi přísná indikační kritéria, která byla, zejména s ohledem na vzniklou opioidní epidemii, celosvětově vytvořena a která jsou samozřejmě využívána i v naší klinické praxi při léčbě složitých bolestivých stavů v České republice. Tyto kritéria jsou v přednášce rozebrána se zaměřením na problematiku použití opioidů při ovlivnění různých typů bolestí hlavy.

Výsledky: V současné době se možnosti léčby chronických bolestí hlavy, zejména migrény, velmi rozšířily nové léčebné přístupy a tím pádem jiné, klasické medikamentózní i mnohé intervenční přístupy ustoupily do pozadí. Ale stále jsou mnohé bolestivé syndromy, kdy i použití opioidů může přinést nemocnému analgetický efekt a zkvalitnění života. Jedná se zejména i různé typy sekundárních bolestí, kam patří i velmi bolestivé akutní bolestivé stavy, posttraumatické bolesti hlavy a též i velmi často velmi léčebně problematické orofaciální bolesti. V našem sdělení uvádíme 2 kasuistiky pacientek léčených v ambulanci léčby bolesti (ALB) ARO NNH s těmito typy bolestí, které se nám dlouhodobě daří zvládat i s využitím opioidní terapie.

Diskuse: Orofaciální bolesti již dlouhodobě patří k nejhůře a nejsložitěji ovlivnitelným chronickým bolestem v oblasti hlavy. Je to bolest často s nejasnou etiologií, velmi špatně reagující na nejrůznější léčebnou strategii, jak medikamentózní, tak intervenční. Určitou možností se ukazuje neintervenční neuromodulační přístupy. Samozřejmě nezbytnými souběžnými terapeutickými přístupy jsou i psycho - rehabilitační, příp. psychiatrické intervence. Určité možnosti jsou i ve využití alternativních přístupů. V každém případě se jedná o velmi problematické stavy, které bývají „strašákem“ na ALB i neurologických ambulancí.

Závěr: V našem příspěvku popisujeme možnosti použití opioidů u určitých typů bolestí hlavy, zejména u velmi problematické orofaciální bolesti. Ukazuje se, že i přes veškeré problémy s použitím opioidů (následky opioidní krize), indikované nasazení opioidní terapie a pečlivá monitorace léčby se zaměřením jak na výsledný komplexní, nejenom analgetický, pozitivní léčebný efekt s minimalizací všech možných nežádoucích účinků, může být u některých nemocných s bolestmi hlavy přínosné.

ISBN 978-80-88112-09-9

XI. sympozium o léčbě bolesti s mezinárodní účastí

Kolektiv autorů, sborník abstrakt

Vydal:
TA-SERVICE, s.r.o.
Hlinky 48, 603 00 Brno
2021