

TA-SERVICE s.r.o. pořádá

XIV. symposium o léčbě bolesti s mezinárodní účastí

11. - 13. dubna 2024

Orea Congress Hotel Brno
Křížkovského 47, Brno

PROGRAM SBORNÍK ABSTRAKT

Odborní garantí symposia

MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D.
předseda Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy ČNS ČLS JEP
(Czech Headache Society)

doc. MUDr. Jiří Kozák, Ph.D.
předseda Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP



VÍCE DNŮ BEZ MIGRÉNY

PRO ŠIROKÉ SPEKTRUM PACIENTŮ

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

LEPŠÍ KONTROLA NAD MIGRÉNOU

V POROVNÁNÍ S TOPIRAMÁTEM⁶

Signifikantně vyšší účinnost pro více dnů bez migrény⁶
Příznivý bezpečnostní profil⁶

DLOUHODOBÁ ÚČINNOST,

NA KTEROU SE MŮŽETE SPOLEHNOUT^{7,8,*,**}

JEDNODUCHÁ APLIKACE

Jedna injekce každé 4 týdny⁹

Nástup účinku již od prvního týdne podávání^{9,10,*}

PREVENCE MIGRÉNY



aimovig
erenumab

PŘÍPRAVEK AIMOVIG (ERENUMAB) JE INDIKOVÁN
K PROFYLAXI MIGRÉNY U DOSPĚLÝCH,
KTERÍ TRPÍ MIGRÉNOU NEJMÉNĚ 4 DNY V MĚSÍCI.⁹

Plně humánní biologická léčba migrény.^{9,11,12}
Přímý blokátor CGRP receptoru.^{9,11,12}

Zkrácená informace • **Aimovig 140 mg injekční roztok v předplněném peru** • **Složení:** Jedno předplněné pero obsahuje erenumabum 140 mg. **Indikace:** Přípravek Aimovig je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří trpí migrénou nejméně 4 dny v měsíci. **Dávkování:** Doporučená dávka je 70 mg erenumabu každé 4 týdny. U některých pacientů může být prospěšné podat dávku 140 mg každé 4 týdny. Dávku 140 mg je nutné podat jako jednu podkožní 140 mg injekci. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** Sledovatelnost Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků, má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. **Osoby citlivé na kaučuk (latex)** Kryt jehly léčivého přípravku obsahuje kaučuk. Může způsobit těžké alergické reakce. **Hypersenzitivní reakce** Po uvedení přípravku na trh byly u erenumabu hlášeny závažné hypersenzitivní reakce včetně vyrážky, angioedému a anafylaktických reakcí. **Zácpa** Zácpa je častým nežádoucím účinkem erenumabu a je obvykle lehká nebo středně těžká. Ve většině případů byl nástup hlášen po první dávce erenumabu; nicméně u pacientů se zácpa objevila i později během léčby. Ve většině případů zácpa odezněla do tří měsíců. 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 současné užívání 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 podaných léčivých přípravků. Ve studii se zdravotními dobrovolníky nebyla pozorována interakce s perorálními kontraceptivy (ethinyl estradiol/norgestimat). **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Aimovig v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. O používání přípravku Aimovig během kojení je možné uvažovat pouze v případech, kdy je to klinicky nezbytné. **Nežádoucí účinky:** Časté: Reakce z přecitlivělosti včetně anafylaxe, angioedému, vyrážky, zduření/edému a kopřivky, zácpa, pruritus, svalové křeče, reakce v místě vpichu. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte předplněná pera v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po vyjmutí z chladničky musí být přípravek Aimovig použit během 7 dní, pokud bude uchovávan při pokojové teplotě (do 25°C), nebo znehodnocen. Pokud je uchovávan při vyšší teplotě nebo po delší dobu, musí být znehodnocen. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Přípravek Aimovig je dostupný v balení obsahujícím 1 předplněné pero. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/18/1293/004. **Datum první registrace:** 26.7.2018. **Datum poslední revize textu SPC:** 15.06.2023. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merriam Road, Dublin 4, Irsko. *Všeď přípravek je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.*

* NCT02174861 - v 52. týdnu byl podíl pacientů, kteří dosáhli $\geq 50\%$ snížení MMD oproti výchozí hodnotě DBTP (studie) - 53,3 % (u dávky 70 mg) a 67,3 % (u dávky 140 mg). ** NCT02456740 - v 52. týdnu byl podíl 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). * $\geq 50\%$ snížení WMD (Weekly Migraine days) u pacientů s CM (chronickou migrénou).

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. Ashina 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. Reuter, U, et al. Erenumab versus topiramate for the prevention of a randomized active-controlled double dummy trial (HER-MES). Poster presented at: 63rd American Headache Society (AHS), Virtual Annual Scientific Meeting, June 3-6, 2021. 7. Tepper SJ, Ashina 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(6): 543-553. doi:10.1177/0333102420912726. 8. Goadsby, P.J., et al. (2020). One-year sustained efficacy of erenumab in episodic migraine: Results of the STRIVE study. Neurology, 95(5), e469-e479. 9. SPC Aimovig. 10. Schwedt T, et al. Headache Pain. 2018;19:92. 11. SPC Ajovy. 12. SPC Emgality.

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

CZ2308085101/06/2023

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Záštiny

Vědecký výbor

MUDr. Andrea Bártková, PhD.
MUDr. Markéta Grünermelová
MUDr. Radovan Hříb
doc. MUDr. Jiří Kozák, Ph.D.
MUDr. Rudolf Kotas, PhD.
MUDr. Jan Lejško
MUDr. Jolana Marková, FEAN
MUDr. Eva Medová
prof. MUDr. Ivan Rektor, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
doc. MUDr. Jitka Fricová, Ph.D.
MUDr. Ivan Vrba, Ph.D.

Organizační výbor

MUDr. Radovan Hříb
MUDr. Lubica Jopeková
MUDr. Lukáš Klečka
MUDr. David Mikolajek
MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D.
MUDr. Ingrid Niedermayerová
MUDr. Petr Polidar
MUDr. Pavel Řehulka, PhD.
Mgr. Ivana Tarabová

Organizační sekretariát symposia

TA-SERVICE s.r.o.

Hlinky 48, 603 00 Brno

Kontakt: Mgr. Ivana Tarabová, Ing. Barbora Pejčevová, Bc. Kristián Bornaý

Tel. +420 543 211 134

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

www.ta-service.cz

TA-SERVICE
CONGRESS AGENCY

AJOVY ▼
(fremanezumab)
injekce 225 mg/1,5 ml

**MIGRÉNA UŽ VÁS
ŽIVOT NEZASTAVÍ**

Dobře tolerovaná léčba pro prevenci migrény.

✓
**Jediný schválený
anti-CGRP lék,
který nabízí flexibilní
čtvrtletní a měsíční
dávkování¹**

✓
**Dlouhodobý
účinek
a nízké riziko
wearing-off
efektu²**

✓
**Léčba AJOVY® je
bezpečná³⁻⁵
Nízké riziko interakcí⁶**

✓
**Pacientský program
a www.migrena-kompas.cz
web pro pacienty**

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

NÁZEV PŘÍPRAVKU: AJOVY 225 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, AJOVY 225 mg 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 čínského (CHO buňky). Pro úplný seznam pomocných látek viz bod 6.1 plného znění SPC. **Terapeutické indikace:** Přípravek AJOVY je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří mívají migrénu nejméně 4 dny v měsíci. **Dávkování a způsob podání:** Léčbu má zahájit lékař, který má zkušenosti s diagnostikou a léčbou migrény. Léčba je určena pro pacienty, kteří v době zahájení léčby fremanezumabem mívají migrénu nejméně 4 dny v měsíci. Přípravek má dvě možné varianty dávkování: 225 mg jednou měsíčně (měsíční dávkování), nebo 675 mg každé tři měsíce (čtvrtletní dávkování). 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 populace:** 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 ani 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 neklinické 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 a imunogenita:** Ve 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: Inj. pero:** 3 roky, **inj. stříkačka:** 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C–8 °C). Chraňte před mrazem. Předplněné injekční stříkačky nebo předplněná pera uchovávejte v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek AJOVY lze uchovávat mimo chladničku po dobu až 7 dní při teplotě do 30 °C. Přípravek AJOVY se musí zlikvidovat, pokud se nachází mimo chladničku déle než 7 dní. Jakmile začnete přípravek uchovávat při pokojové teplotě, nevracujte jej zpět do chladničky. **Druh obalu a obsah balení:** Předplněná injekční stříkačka obsahuje 15 ml roztoku v injekční stříkačce ze skla typu I o objemu 225 ml s pístovou zátkou (z brombutylové pryže) a jehlu. Předplněné pero obsahuje 15 ml roztoku v injekční stříkačce ze skla typu I o objemu 225 ml s pístovou zátkou (z brombutylové pryže) a jehlu. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** TEVA GmbH, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm, Německo. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO/REGISTRAČNÍ ČÍSLA:** Předplněná injekční stříkačka: EU/1/19/1358/001 – 1 předplněná injekční stříkačka, EU/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: 11/2023. Lék je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Výdej na lékařský předpis. 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 225 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, AJOVY 225 mg injekční roztok v předplněném peru. SPC, aktualizace textu 06/2022. 2. Cohen-Barak, et al. Cephalalgia 2018;18:1960–1971. 3. Silberstein, et al. The impact of fremanezumab on medication overuse in patients with chronic migraine: subgroup analysis of the HALO CM study. The Journal of Headache and Pain 2020. <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01173-8>. 4. Dodick DW, et al. JAMA 2018;319:1999–2008. 5. Nahas SJ, et al. Presented at: American Academy of Neurology (AAN) 2020 Annual Meeting; April 25–May 1, 2020. 6. Suchopár J. Lékové interakce antimigrenik (část 2). Remedia 2021; 31:391–397.

TEVA Pharmaceuticals CR, s.r.o.
Business park Futurama
Sokolovská 651/136A, 180 00 Praha 8
tel: +420 251 007 111,
fax: +420 251 007 110
www.teva.cz

teva

Časový harmonogram kongresu

PÁTEK 12. dubna 2024

Čas	Odborný program
9:00 - 9:10	Zahájení symposia
9:10 - 10:00	Orofaciální bolest
10:00 - 10:30	Satelitní symposium STADA
11:00 - 11:40	Satelitní symposium LUNDBECK
11:40 - 12:10	Satelitní symposium TEVA
12:10 - 12:45	Satelitní symposium NOVARTIS
13:30 - 14:55	Intervenční léčba bolesti
14:55 - 15:40	Opioidy
16:00 - 17:00	Bolesti hlavy v klinické praxi
17:00 - 18:30	Setkání center pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy CzHS
17:00 - 18:30	Výborová schůze SSLB

SOBOTA 13. dubna 2024

Čas	Odborný program
9:00 - 9:40	Satelitní symposium PFIZER
9:40 - 10:00	Algeziologie – varia
11:30 - 12:30	Bolesti hlavy a spánek
12:30 - 12:45	Shrnutí symposia

Odborný program

ČTVRTEK 11. dubna 2024

15:00 - 18:00 **Schůze výboru Czech Headache Society**
Orea Congress Hotel Brno

19:00 - 21:00 **Společná večeře výborů CzHS a SSLB**
TA-archív

PÁTEK 12. dubna 2024

9:00 - 9:10 **Zahájení symposia**
J. Kozák, T. Nežádal

Orofaciální bolest

J. Fricová, V. Masopust

9:10 - 9:25 **Orofaciální bolest pohledem algeziologa** 15 min
J. Fricová

9:25 - 9:40 **Orofaciální bolest pohledem neurochirurga** 15 min
V. Masopust

9:40 - 9:55 **Orofaciální bolest pohledem neurologa** 15 min
P. Řehulka

9:55 - 10:00 **Diskuze**

Satelitní symposium STADA

J. Fricová, J. Kozák

10:00 - 10:10 **Metodické pokyny – úvod** 10 min
J. Kozák

10:10 - 10:20 **Metodické pokyny SSLB ČLS JEP v léčbě chronické bolesti** 10 min
J. Fricová

10:20 - 10:30 **Tramadol + paracetamol** 10 min
R. Hřib

10:30 - 11:00 *Coffee Break*

Satelitní symposium LUNDBECK

T. Nežádal

11:00 - 11:20 **O svobodě volby** 20 min
J. Horáček

11:20 - 11:40 **Možnost volby v praxi** 20 min
J. Marková

Satelitní symposium TEVA

J. Marková, P. Doubek

11:40 - 11:55 **Migréna a duševní nemoci** 15 min
P. Doubek

11:55 - 12:10 **Migréna a depresivní pacientky** 15 min
J. Marková

Satelitní symposium NOVARTIS

A. Bártková, T. Nežádal

12:10 - 12:35 **CGRP antibody indication criteria in the real world – Germany experiences** 25 min
Z. Katsarava (DE)

12:35 - 12:45 **Diskuze** 10 min

12:45 - 13:30 *Oběd*

Intervenční léčba bolesti

J. Kozák, J. Procházka

13:30 - 13:50 **Postavení intervenčních metod v algeziologii** 20 min
J. Kozák

13:50 - 14:10 **Možnosti a úskalí neuroaxiální analgezie** 20 min
J. Procházka

14:10 - 14:30 **Intervenční metody v oblasti hlavy** 20 min
Š. Kozák

14:30 - 14:50 **Využití inovativních přístupů v invazivní léčbě bolestí hlavy** 20 min
M. Adam

Opioidy

I. Vrba, J. Málek

14:55 - 15:10	Atypické opioidy <i>I. Vrba</i>	15 min
15:10 - 15:25	Kratom – analgetikum pro domácí léčbu? <i>J. Málek</i>	15 min
15:25 - 15:40	Kratom a jeho adiktologické perspektivy <i>V. Kmoch</i>	15 min
15:40 - 16:00	<i>Coffee Break</i>	

Bolesti hlavy v klinické praxi

E. Medová, R. Kotas

16:00 - 16:20	Prediktory efektivity léčby migrény anti-CGRP protilátkami <i>I. Niedermayerová</i>	20 min
16:20 - 16:40	Bolest hlavy nad 50 let věku <i>R. Kotas</i>	20 min
16:40 - 17:00	Migréna versus cévní mozková příhoda – co dosud víme <i>J. Mračková</i>	20 min

PARALELNÍ ZASEDÁNÍ

Setkání center pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy CzHS

17:00 - 17:15	Přednáška prezidentky European Headache Federation <i>A. Maasen van den Brink</i>	15 min
17:15 - 17:25	Registr ReMig 2023 <i>T. Nežádal</i>	10 min
17:25 - 17:35	Nadační fond Hedalga <i>A. Bártková</i>	10 min
17:35 - 17:45	Mladí specialisté (FHE) <i>D. Míkolajek</i>	10 min
17:45 - 18:00	Aplikace Medevio – centrové zkušenosti – možné výhody pro praxi	15 min
18:00 - 18:30	Diskuze	30 min

17:00 - 18:30 Výborová schůze SSLB

19:00 Diskuzní večere pro všechny účastníky

SOBOTA 13. dubna 2024

Satelitní sympozium PFIZER

D. Čtrnáctá, M. Bajaček

9:00 - 9:30	Mohou gepanty vnést flexibilitu do léčby migrény?	30 min
9:30 - 9:40	Diskuze	10 min

Algeziologie – varia

D. Vondráčková, R. Hříb

9:40 - 10:00	Léčebné konopí 2024 – aktuální informace <i>R. Hříb</i>	20 min
10:00 - 10:20	Pohled algeziologa na užití léčebného konopí u bolestí hlavy <i>K. Klimešová</i>	20 min
10:20 - 10:40	Prediktory neúspěšné léčby bolesti <i>P. Cvrček</i>	20 min
10:40 - 11:00	Viscerální bolest v ordinaci algeziologa <i>D. Vondráčková</i>	20 min
11:00 - 11:30	<i>Coffee Break</i>	

Bolesti hlavy a spánek

P. Řehulka, P. Mígal'ová

11:30 - 11:50	Bolesti hlavy a spánek <i>P. Mígal'ová</i>	20 min
11:50 - 12:10	Bolesti hlavy u spánkových poruch <i>J. Slonková</i>	20 min
12:10 - 12:30	Dysfunkce glymfatického systému a bolesti hlavy <i>T. Nežádal</i>	20 min

12:30 - 12:45 Shrnutí sympozia

J. Kozák, T. Nežádal

12:45 *Oběd*

Partneři

Zlatý partner



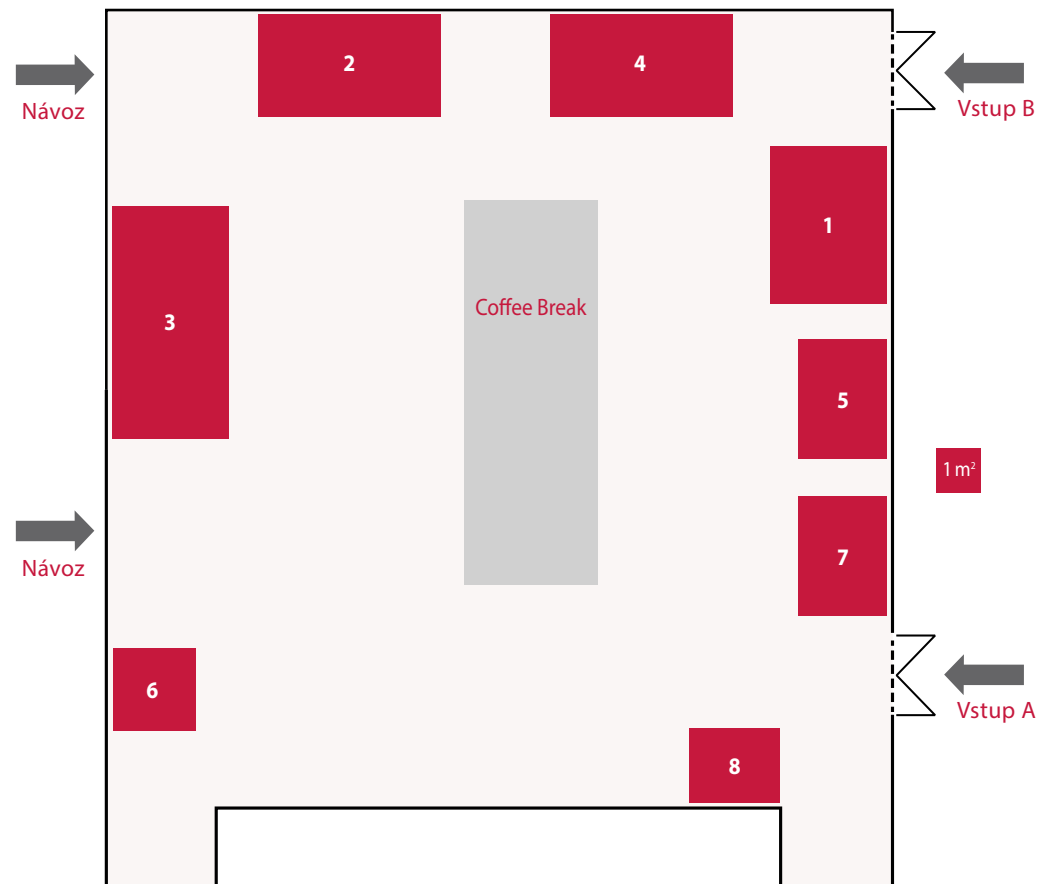
Bronzový partner



Vystavovatel

DEYMED Diagnostic s.r.o.
Czech Medical Herbs, s.r.o.
SANDOZ s.r.o.

Plánek výstavních prostor sál A+B



- | | |
|-------------|------------|
| 1. Novartis | 5. Krka |
| 2. Teva | 6. Deymed |
| 3. Lundbeck | 7. Organon |
| 4. Pfizer | 8. Sandoz |

ABSTRAKTA



Seznam abstrakt

strana

Využití inovativních přístupů v invazivní léčbě bolestí hlavy <i>M. Adam, L. Poliak, R. Rapčan</i>	16
Prediktory neúspěšné léčby bolesti <i>P. Cvrček</i>	17
Metodické pokyny SSLB ČLS JEP v léčbě chronické bolesti <i>J. Fricová</i>	19
Orofaciální bolest z pohledu algeziologa <i>J. Fricová</i>	20
Léčebné konopí 2024 – aktuální informace <i>R. Hřib</i>	21
Kratom a jeho adiktologické perspektivy <i>V. Kmoč</i>	22
Pohled algeziologa na užití léčebného konopí u bolestí hlavy <i>K. Klimešová</i>	23
Bolesti hlavy nad 50 let věku <i>R. Kotas, R. Tupý</i>	24
Postavení intervenčních metod v algeziologii <i>J. Kozák</i>	25
Intervenční metody v oblasti hlavy <i>Š. Kozák</i>	27
Kratom – analgetikum pro domácí léčbu? <i>J. Málek</i>	28
Orofaciální bolest pohledem neurochirurga <i>V. Masopust</i>	30
Bolesti hlavy a spánek <i>P. Migařová</i>	31
Migréna versus cévní mozková příhoda – co dosud víme <i>J. Mračková</i>	32

Seznam abstrakt

strana

Dysfunkce glymfatického systému a bolesti hlavy <i>T. Nežádal</i>	33
Prediktory efektivity léčby migrény anti-CGRP protilátkami <i>I. Niedermayerová</i>	35
Možnosti a úskalí neuroaxiální analgezie <i>J. Procházka</i>	37
Orofaciální bolest pohledem neurologa <i>P. Řehulka</i>	39
Bolesti hlavy u spánkových poruch <i>J. Slonková</i>	40
Viscerální bolest v ordinaci algeziologa <i>D. Vondráčková</i>	41
Atypické opioidy <i>I. Vrba</i>	42

VYUŽITÍ INOVATIVNÍCH PŘÍSTUPŮ V INVAZIVNÍ LÉČBĚ BOLESTÍ HLAVY

M. Adam¹, L. Poliak², R. Rapčan²

¹ Europainclinics Brno

² Europainclinics Bardejov

Péče o pacienty s bolestí hlavy přináší úskalí precizní diagnostiky a detailně cílené z možností využití moderní medicínské techniky k provádění diagnostiky a léčby bolestí hlavy a krku. Představíme si nejnovější strategie, vhodné k invazivnímu ošetřování pomocí mikroskopických optických zařízení, jako např. 7STARscope, s bližším zaměřením na diagnostiku patologických nálezů na nervus trigeminus. Předneseme aktuální stav možností neinvazivní léčby ultrazvukovou fokusovanou vlnou. Představíme preliminární výsledky a zkušenosti s novátorskými postupy na poli invazivní léčby bolestí hlavy a krku v našich podmínkách.

PREDIKTORY NEÚSPĚŠNÉ LÉČBY BOLESTI

P. Cvrček

Ambulance bolesti ARO, Nemocnice Jihlava, přísp. org.

Přesto, že je algeziologie etablovaným oborem současné medicíny, praktické naplňování jejích cílů nebývá vždy takové, jak bychom si my a hlavně naši pacienti představovali. Terapeutické neúspěchy mohou značně frustrovat nejenom nemocného, ale i lékaře samotného. Proto jsme se pokusili vytipovat určité rizikové faktory, které, jsou-li přítomny, predikují vysoce pravděpodobnou neúspěšnost našich léčebných snah.

Jedná se o:

- 1) nejasnou diagnosu,
- 2) předchozí neúspěšné terapeutické snahy,
- 3) psychiatrické komorbidity,
- 4) více zdrojů bolesti,
- 5) nízkou emoční inteligenci pacienta.

Nejasná diagnosa

Chronická bolest je bio-psycho-sociální fenomén a rozklíčování, která komponenta a jakým způsobem se podílí na etiologii a patogenezi pacientova utrpení, bývá velmi obtížné. Mnohdy neidentifikujeme ani žádnou somatickou příčinu, ani dysfunkci nervového systému, pak nezbyvá, než vytvořit novou nosologickou jednotku (*nociplastická bolest*). Pojmenujeme sice problém, ale naše terapeutická neúspěšnost se tím nevyřeší.

Předchozí neúspěšné terapeutické snahy

Vzhledem k tomu, že se často setkáváme s nemocnými s výraznou psychickou nadstavbou značně limitující jejich realistickou interpretaci úspěšnosti, resp. neúspěšnosti analgetické terapie, bývá většina, ne-li všechny předchozí snahy diskreditovány označením „neúspěšné“. Mimo to i v případech, kdy bychom úspěšní být mohli, musíme brát ohled na lékové interakce často polymorbidních pacientů zatížených polypragmazií, tudíž máme velmi omezené spektrum použitelných léčiv, či invazivních metod.

Psychiatrické komorbidity

Psychiatrický background velmi výrazně modifikuje komunikaci lékaře a pacienta. Jelikož jeden z dovětků definice bolesti dle WHO postuluje, že „je třeba respektovat sdělení jedince, že prožívá a cítí bolest“, pak musíme respektovat i jím udávanou intenzitu bolesti, což někdy představuje neřešitelný problém (může být intenzita zakoušené bolesti dle desetistupňové NPRS vyšší, než deset ?????).

Více zdrojů bolesti

Priority se mění. Většina našich nemocných má více zdrojů bolesti a průběhem času některé převažují a jiné ustupují do pozadí, což bývá dynamicky proměnné. Ne zřídka se setkáváme i s pacienty, u nichž může být chronické užívání analgetik nevhodné a zároveň nezbytné (např. MOH a souběžná těžká, pokročilá artróza nosných kloubů).

Intelligence pacienta

Někdy čelíme nízké, především emoční inteligenci nemocného. Pokud není schopen vžít se do svých vlastních pocitů, těžko od něj můžeme očekávat jejich adekvátní interpretaci.

Za rizikovou považujeme takovou situaci, kdy jsou přítomny **3 a více** výše zmíněných **prediktorů** a ani **po půl roce** nedosáhneme žádného pokroku. Naděje na zlepšení samozřejmě existuje stále, nicméně délka trvání neuspokojivé terapie je nepřímo úměrná pravděpodobnosti na zlepšení stavu.

A jaký smysl takové predikování má?

- 1) Je prevencí frustrace lékaře, protože má sice nedokonalý, ale přece jen nějaký nástroj varování, že jeho léčebné úsilí nepřinese žádoucí výsledky.
- 2) Racionalizuje provoz algeziologického pracoviště – plán kontrol a potřebný čas věnovaný péči o takového pacienta.
- 3) Mění naši strategii – neusilujeme o zmírnění bolesti, ale spíše povzbuzujeme nemocného k vyrovnání se s obtížnou životní situací. K tomu lze využít psychoterapie, nácviku copingových metod apod.

METODICKÉ POKYNY SSLB ČLS JEP V LÉČBĚ CHRONICKÉ BOLESTI

J. Fricová

Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice, KARIM, Centrum pro léčbu bolesti, Praha

SSLB ČLS JEP (Společnost pro studium a léčbu bolesti) vydala v roce 2022 aktualizované a doplněné vydání **Metodických pokynů pro farmakoterapii chronické bolesti**. Pokyny mají v úvodu novou a platnou definici chronickou definici podle Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (IASP) z roku 2020. Dovolím si upozornit na některé důležité body metodických pokynů. Zejména novou kombinaci tramadolu/dexketoprofenu v kapitole neopioidní analgetika. V kapitole opioidní analgetika jsme do textu zařadili novou klasifikaci opioidů, která se stále více prosazuje a je do jisté míry je to zjednodušující klasifikace, do které se řadí nejen silné, ale také slabé opioidy. V budoucnosti uvidíme, zda tato klasifikace bude v běžné praxi prospěšná. Pravidla pro léčbu opioidy jsou doplněna aktuální a platnou legislativou, uvádíme také důležité stanovisko ČLK (Česká Lékařská Komora) k posuzování schopnosti řízení motorového vozidla při léčbě návykovými látkami (opioidy). Zcela nově je zařazena kapitola o kanabioidech, kterou zpracoval velmi přehledně prakticky MUDr. Radek Hřib, opět jsou zde uvedena platná pravidla pro preskripci léčebného konopí dle platné legislativy. V kapitole nádorové bolesti jsou zpracována nová obecná pravidla farmakologické léčby podle NCCN 2022 (The National Comprehensive Cancer Network®), je podrobně představen metadon a možná rotace z jiného opioidního analgetika. Průlomová bolest je aktualizována a doplněna o nové lékové formy transukózních fentanylů. Rozsáhlou kapitolou je farmakoterapie bolesti u specifických bolestivých syndromů, ve které jsme se snažili zpracovat nejčastější bolestivé syndromy a doplnili přehlednými tabulkami. Posledními kapitolami jsou farmakoterapie během gravidity a laktace nebo farmakoterapie bolesti u seniorů a u dětí.

OROFACIÁLNÍ BOLEST Z POHLEDU ALGEZIOLOGA

J. Fricová

Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice, KARIM, Centrum pro léčbu bolesti, Praha

Prevalence orofaciální bolesti se značně liší dle různých zdrojů a studií a postihuje přibližně 10–50 % dospělé populace. Nejvyšší prevalence byla zjištěna mezi 51–55 rokem (2,2 %) a nejnižší mezi 66–73 rokem (1,4%). Prevalence orofaciální bolesti významně korelovala se společenským statutem, u nejchudších a nízkopříjmových skupin byla opakovaně prokázána nejvyšší prevalence. Bolest se vyskytuje častěji u jedinců, kteří se necítili šťastně a v anamnéze se objevila deprese a problémy se spánkem. Orofaciální bolest je velmi často spojena s anamnézou bolestivých dásní nebo zubů. Bolesti mohou vzniknout v návaznosti na stomatologický nebo stomatochirurgický výkon. Novější výzkumy předpokládají zapojení periferního a centrální nervového systému jako možných mechanismů v patofyziologii atypické odontalgie. V některých případech je nutná chirurgická léčba. Mezi nejčastější orofaciální bolesti v ordinaci algeziologa patří neuralgie trigeminu, které jsou typické svým záchvatovitým průběhem v typické lokalizaci obličeje zásobené trigeminálním nervem. Bolest při ní trvá několik vteřin až minut, charakter bolesti je nejčastěji popisován jako šlehavý, intenzita bolestí je silná, lokalizace bolesti je vždy jednostranná v okolí oka, tváře nebo dolní čelisti. Neuralgie trigeminu může být způsobena útlakem nervu cévou (neurovaskulární konflikt), který je řešen obvykle operací. Další příčinou obličejových bolestí, které řeší algeziolog ve své praxi je postherpetická neuralgie. Bolest trvá obvykle déle než 6 týdnů, může však trvat i déle než 4 měsíce a vyskytuje se až u 50 % pacientů po akutním výsevu pásového oparu. Postihuje zejména osoby starší 50 let. Bolest je trvalá, její charakter je nejčastěji popisován jako pálivý, bodavý, šlehavý, intenzita bolestí je silná. Přednáška bolesti hlavy se zabývá zejména orofaciální bolestí z pohledu algeziologa a také zahrnuje klasifikaci ICHD3. Detailní třídění bolestivých syndromů hlavy napomůže k preciznější klasifikaci bolesti a usnadní diagnostiku v rámci multioborové spolupráce. ICHD 3, nejnovější verze má velký význam na změny v posudkové problematice, usnadní a zpřesní práci posudkových lékařů. Prezentace upozorňuje na některé typy obličejových bolestí, které naopak nejsou příliš časté, jako je kardiální bolest, bolest z nadužívání léčiv nebo hypnickou či numulární bolest.

LÉČEBNÉ KONOPÍ 2024 – AKTUÁLNÍ INFORMACE

R. Hříb

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

Konopí pro léčebné použití se stalo v posledních několika letech nedílnou součástí algeziologické praxe a léčby. Naštěstí se pomalu dostává i do neurologické praxe, třebaže poněkud pomaleji.

Od roku 2023 máme naplno k dispozici i extrakty léčebného konopí. Rozšiřují spektrum použití a lékové formy.

Stále je problémem relativně nízká evidence. Pozitivní je, že se začínají objevovat první klinické studie v pravidlech EBM.

Léčebné konopí v ČR stále provází několik výrazných administrativních bariér. Tyto jsou dalším výrazným důvodem, který brání většímu rozšíření mezi lékaři a potažmo pacienty.

Posluchači budou seznámeni s použitím extraktů léčebného konopí a stavem legislativních změn, které mají výrazně zjednodušit práci s tímto zajímavým a účinným léčivem.

KRATOM A JEHO ADIKTOLOGICKÉ PERSPEKTIVY

V. Kmoch

Afiliace:

1-JT Psychiatrie-soukromá praxe Praha 10.

2-Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN,

3-INEP,

Kratom je thajský název pro drogu z listů (až 30cm) stromu *Mitragyna speciosa*, který v Thajsku Malajsii nebo Indonésii dorůstá 20 metrů. Do stejné čeledi mořenovitých řadíme i kávovník a chinovník. V lidovém léčení se využívá k léčbě kašle, k léčbě opioidních závislostí nebo průjmů v Malajsii. Listy jsou užívány žvýkáním, jako čaj, vzácně kouřením. Obsahuje více než 40 alkaloidů, primárně účinné jsou mitragynin (izolován 1921), 7-hydroxymitragynin a mitraphyllin. Nižší dávky jsou stimulační (cocaine like efekt), vyšší sedativní (Morphine-like...10-25g). Účinek serotonergní, adrenergní, dále opioidní (mí a delta parc. agonista). Pro stimulační, euforizující účinky až sedativní užíváno v Thajsku a jižní Asii po století. Vyšší dávky mohou způsobit nevolnost. Účinek nastupuje po 15-20 minutách, plný efekt kolem 60min, střední dávky trvají 2-4h. Riziko vzniká při řízení, nebo v kombinaci s jinými sedativy, IMAO. V ambulantní praxi pozorujeme nárůst hlavně mladých závislých pacientů, zájem nárůstu detoxifikací pozorujeme poslední 4 roky. Z odvykacích stavů dominuje podrážděnost, průjem, zívání, rýma, pocení nebo svalové bolesti. Dle Toxikologického informačního centra VFN, (osobní řešerše MUDr. Kotíkové) zaznamenali a konzultovali 14 předávkování v roce 2021, v roce 2022 pozorují hlavně nárůst komplikovaných intoxikací mladších od 13 let, což souvisí se snadnou dostupností této látky díky např. kratomatům, nákupům přes eshopy nebo darknet. Kratom, ač může mít přínos v některých indikacích jako je léčba bolesti, představuje nebezpečí zejména pro dospívající. Populace není dostatečně informována o rizicích, vhodná je regulace prodeje (dohled nad čistotou látky, prodej starším 18 let, podpora adiktologických a akutních psychiatrických služeb např. přímou daní z prodeje).

POHLED ALGEZIologa NA UŽITÍ LÉČEBNÉHO KONOPÍ U BOLESTÍ HLAVY

K. Klimešová

Bolesti hlavy patří mezi nejčastější příčiny chronických bolestivých stavů v ambulanci lékaře. Terapie bolestí pomocí léčebného konopí je i přes jeho problematické společenské přijetí stále běžnější a má velmi slibné výsledky. Přednáška se zabývá příznivým ovlivněním kvality života právě skupiny nemocných s chronickou bolestí hlavy, kde konvenční farmakologická terapie selhala. Téma přednášky je zaměřeno na léčebný potenciál konopí u migrénových bolestí hlavy s uvedením kazuistik.

BOLESTI HLAVY NAD 50 LET VĚKU

R. Kotas, R. Tupý

Neurologická klinika a klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Přednáška se zabývá bolestmi hlavy ve vyšším věku. Ve věku 70 let trpí ještě nějakými bolestmi hlavy 10% žen a 5% mužů. Prevalence primárních bolestí hlavy, jako je migréna, tenzní typ bolestí hlavy, případně cluster headache, s věkem klesá. Naopak prevalence sekundárních bolestí hlavy způsobených organickými, případně metabolickými onemocněními s věkem stoupá. Tyto mohou být zdraví nebo i život ohrožující.

První část přednášky pojednává o primárních bolestech hlavy. Klinický obraz migrény ve vyšším věku je často modifikován, pacienti častěji zažívají auru. Aura se může manifestovat i bez bolesti hlavy. V klinické praxi může být problém odlišit auru od TIA (tranzitorní ischemické ataky). Dále jsou zmíněna specifika akutní i profylaktické léčby migrény ve vyšším věku. Ve vyšším věku se setkáváme i s tenzním typem bolesti hlavy, vzácněji i s cluster headache. Specifickou jednotkou jednotkou ve vyšším věku je hypnická bolest hlavy.

Druhá část je věnována sekundárním bolestem hlavy. Častěji oproti mladým jedincům se setkáváme s mozkovými nádory, chronickým subdurálním hematomem, ischemickým iktem a intracerebrálním krvácením. Specifickou jednotkou vyššího věku je gigantocelulární arteritida. Samozřejmě se ve vyšším věku setkáváme častěji s bolestmi hlavy metabolického původu a bolestmi hlavy indukovanými léky. Zmíněna je i trigeminální neuralgie. Klasická trigeminální neuralgie se typicky vyskytuje ve věkové skupině nad 50 let. Ve vyšším věku se častěji vyskytuje též posttherpetická trigeminální neuralgie. Častější je též cervikogenní bolest hlavy.

Bolest hlavy je častým příznakem způsobujícím disabilitu u pacientů nad 50 let věku. U starších lidí v případě nového výskytu bolesti hlavy nebo změně charakteru dosavadních bolestí hlavy je třeba naléhavě pátrat po příčině sekundární bolesti hlavy a léčit podle základního onemocnění. Primární bolest hlavy léčíme s přihlédnutím ke specifitě vyššího věku.

Literatura

1. Van Oosterhout WPJ, Cheung C, Haan J. Primary headache syndromes in the elderly: epidemiology, diagnosis and treatment. *J Clin Transl Res* 2016;(2):45-51.
2. Kaniecki RG, Levin AD. Headache in the elderly. *Handb Clin Neurol*. 2019;167:511-528.

POSTAVENÍ INTERVENČNÍCH METOD V ALGEZIOLOGII

J. Kozák

Centrum pro léčeni a výzkum bolestivých stavů 2.LF UK a FN v Motole

Úvod: Intervenční metody jsou nedílnou součástí Algeziologie na jejich rozvoj je velmi rychlý, zejména při nových možnostech navigace pomocí USG, při rozvoji technických možností endoskopických pro intervenční postupy a dalších možnosti u neuromodulačních metod (NM) jejich programování i využití telemetrie. Intervenční metody mají svou úlohu nejen při cíleném ovlivnění bolesti, ale mají i svůj prokázaný žádoucí placebo efekt při léčbě bolesti, někdy i nocebo vliv. Mohou mít až skokový léčebný efekt ale i mnohé komplikace.

Metody: Intervenční postupy jako součást algeziologie a péče o pacienta s bolestí mají své zásady z hlediska správné praxe a v tomto smyslu Algeziologie prosazuje základní pravidla jejich používání:

- Komplexní algeziologické vyšetření před intervenčním výkonem s posouzením indikace nejen z hlediska správné lokalizace a techniky zákroku ale i zhodnocení pacienta, jeho celkového zdravotního stavu a rizik k výkonu.
- Poučení pacienta o výkonu a jeho přínosech a možných následcích.
- Nezbytná úvaha lékaře o přínosu metody nejen na bolestivý stav i na jeho psychosociální život (zejména u dlouhodobějších metod typu neuromodulací, kontinuálních metod)
- Dodržování follow-up - sledování pacienta a jeho zdravotního stavu i při jeho chronifikaci, ev. komplikacích stavu, při malé účinnosti výkonu, ev. i při komplikacích s technikou (u NM metod)
- Testování intervenčních metod pomocí jednorázových či kontinuálních blokad před jejich dlouhodobým zavedením techniky dle pravidel, která odpovídají uznávaným mezinárodním doporučením (hl. u NM metod)
- Dodržování technických zásad v indikacích a ošetření intervencí, např. při indikaci kontinuálních svodných metod k domácím aplikacím, s edukací pacienta o hygienicko-technických zásadách, pravidlech sledování zdravotního stavu a rizicích.
- Ambulantní způsob použití intervenční postupů je přípustný u většiny jednorázových technik s přiměřeným sledováním a monitorací pacienta, ev. s hospitalizací dle doporučení u specifických výkonů (NM), Zajištění zdravotní péče po výkonu s dohledem a dimise s doprovodem dle závažnosti zákroku je imperativem.
- Použití intervenčních metod pouze u edukovaných a vyškolených odborníků a na pracovištích oborů, které mají zajištěný provoz s dodržováním postupů lege artis.

Diskuze, závěr: Intervenční algeziologické postupy jsou prováděny stále častěji na různých pracovištích i ve více odbornostech. Na jednu stranu tento trend lze hodnotit jako přínos pro tyto metody, na druhé straně je nezbytné dodržování pravidel dle doporučení a vyškolení odborníků v těchto metodách. Probíhají kurzy v intervenčních metodách pod záštitou SSLB, kadaverové workshopy s certifikací. Algeziologie, jako samostatný obor propaguje edukace komplexních algeziologů s důrazem na multidisciplinární pojetí bolesti, na správné vyšetření bolestivých stavů a jejich diagnostiku jako nedílnou součást oboru. Intervence jsou tedy součástí erudice vzdělaného algeziologa který je vyškolen a certifikován v intervenčních technikách, zvládá správnou diagnostiku bolestivého stavu, zhodnocení indikací i rizik v jejich provádění a umí řešit možné komplikace Jeho péče o bolestivý stav nekončí u pacienta intervenční technikou bez následného sledování dalšího vývoje stavu.

INTERVENČNÍ METODY V OBLASTI HLAVY

Š. Kozák

Intervenční algeziologie prožívá strmý rozvoj v několika posledních letech, stala se nedílnou součástí kvalitní komplexní algeziologické péče dokonce i v tak obtížné lokalizaci jako jsou algické stavy a hlavy a krku. V souhrnné přehledové přednášce shrnuji rozsah intervencí, které se na mezinárodní scéně provádějí s EBM výsledky a standardizovaným přístupem se očekávanými výsledky u daných diagnóz. Oblast hlavy a krku je problematická z hlediska koncentrace nervových a cévních struktur v těsném topografickém prostoru, často vyžadující precizní CT, RTG či minimálně UZ navigaci.

V přehledové přednášce přináším a uvádím nejčastější postupy a relevantní klinické poznámky k zákrokům typu ggl. sphenopalatinum blokáde, ggl. Gasseti blokáde, blokáde n. nasociliaris a supraorbitalis, blokáde n. auriculotemporalis, blokáde nn. occipitales a dalších. Přednáška má charakter přehledového souborného review.

KRATOM – ANALGETIKUM PRO DOMÁCÍ LÉČBU?

J. Málek

Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV Praha

Kratom (*Mitragyna speciosa*) je rostlina s psychoaktivními účinky rostoucí v zemích jihovýchodní Asie, kde se používala v lidové medicíně pro své údajné analgetické a euforizující účinky, také na střevní infekce, průjem, kašel i jako náhražka opia při jeho odvykání. Z domorodé kultury se kratom dostal v průběhu několika desetiletí masivně do Spojených států a následně i do Evropy. Podle Národního průzkumu užívání drog a zdraví, který provedl Úřad pro zneužívání návykových látek a duševní zdraví v USA, užívalo v roce 2021 kratom odhadem 1,7 milionu Američanů ve věku 12 let a starších [1]. V ČR je kratom oblíbený zejména u mladých dospělých, kteří se chtějí odlišit užíváním exotické drogy, a jeho obliba je na vzestupu. Nutno podotknout, že mnoho uživatelů „rekreačních drog“ nemá vůbec ponětí o toxicitě, zdravotních účincích, příznacích předávkování a první pomoci. Touha uživatelů odlišit se je silnější než vlastní pud ochrany zdraví.

V řadě států je kratom ilegální, včetně Thajska, Malajsie, Barmy, Austrálie i v mnoha zemích Evropy, jako např. Dánsku, Polsku a Švédsku [2]. Naopak v Indonésii je kratom legální a odtud se exportuje. V ČR není prodej ani užívání kratomu zatím zakázán, nicméně dle současné legislativy není kratom schválen ani jako lék, ani jako potravina a ani jako doplněk stravy. Kratom si lze koupit, ale teoreticky by neměl být konzumován – jedná se o tzv. „sběratelský předmět“ [2].

Kratom se používá též k samoléčbě stavů, jako jsou bolest, kašel, průjem, úzkost a deprese, poruchy způsobené užíváním opioidů a odvykání od opioidů. Kromě využívání jeho stimulačních a euforizujících účinků začal být používán hlavně v USA částečně následkem kampaně za snížení předepisování opioidů k samoléčbě chronické bolesti, deprese a zvládnutí odvykání od opioidů [1]. Užívání kratomu může odrážet zvyšující se zájem o alternativní léčbu chronických zdravotních problémů. S ohledem na osvětu v USA cílené proti „opioidní epidemii“ mohou někteří pacienti s chronickou bolestí rovněž vnímat, že standardní léčba opioidy je může stigmatizovat jako uživatele nelegálních látek. Mezi jedinci s chronickou bolestí léčenými opioidními analgetiky se kratom dostává do povědomí jako „přirozená“ alternativa k náhradě opioidů pod dohledem lékaře [1].

Propagace kratomu v laickém tisku jako bezpečné a účinné alternativy opioidů si získala pozornost lékařské komunity, což vedlo k nárůstu počtu vědeckých publikací. V databázi PubMed v prosinci 2021 bylo po zadání klíčových slov „kratom“ nebo „Mitragyna speciosa“ nalezeno 590 článků, z nichž více než 70 % bylo publikováno v posledních 10 letech [1]. Farmakologická aktivita kratomu je komplexní, s převažujícími stimulačními

účinky nízkých dávek a analgeticko-sedativními účinky vyšších dávek. Rostlinná droga obsahuje 40 farmakologicky aktivních alkaloidů. Nejhojněji zastoupeným je mitragynin, ale metabolit 7-hydroxymitragynin je mnohem farmakologicky aktivnější, s antinociceptivními účinky 5x silnějšími než perorálně podaný morfin. Mitragynin má agonistický efekt na μ -opioidním receptoru s primárním účinkem na G proteiny bez stimulace β -arrestinu a antagonistický efekt na κ - a δ -opioidních receptorech [1]. Dále účinkuje na dopaminergních, alfa-ergních a serotoninergních drahách, tlumí cyklooxygenázu COX-2, má protizánětlivé a antimikrobiální účinky [1, 3]. Zvyšující se počet kasuistik však potvrzuje, že užívání kratomu jako samoléčby bolesti nebo odstranění syndromu z odnětí opioidu či alkoholu je problematické a přináší s sebou celou řadu nežádoucích účinků: agitovanost, anorexie, zácpa, hyperpigmentaci obličeje, ospalost, sucho v ústech, hypertenze, tachykardie, polyurie, nespavost, svědění, ztráta chuti k jídlu, nevolnost, pocení, psychotické příznaky (halucinace, bludy, zmatenost) [1, 3]. Užívání kratomu může navíc zvýšit riziko návyku, zneužívání a závislosti a po vysazení způsobit abstinenční příznaky s dalšími příznaky. Nebezpečím je nestandardizovaný obsah účinných látek v komerčních přípravcích (rozdíl až trojnásobný [2]) a zejména kombinace s dalšími psychoaktivními látkami [1-3]. V ČR bylo v letech 2019-2022 deset případů intoxikace kratodem vyžadujících přijetí na resuscitační oddělení, z toho 1krát i po srdeční zástavě [3]. Dominovala porucha vědomí, bolest hlavy, zástava dýchání. Je třeba dodat, že vždy šlo o kombinaci kratomu s dalšími psychoaktivními látkami včetně alkoholu. Závěrem lze shrnout, že výzkum kratomu může vést k syntéze nových analgetik, ale jako alternativní a bezpečnou samoléčbu bolesti a deprese ho nelze doporučit.

Literatura

1. Boyer E et al. Self-treatment of opioid withdrawal with a dietary supplement, Kratom. *Am J Addict.* 2007;16:352–6
2. Roubík L Šindelář M. Kratom – zázračná bylina, nebo nebezpečná droga? *Výživa a potraviny.* 2023(2):18-21
3. Peřan D, et al. *Mitragyna speciosa* (Kratom) poisoning: Findings from ten cases. *Toxicol.* 2023 Mar 15;225: 107054.

OROFACIÁLNÍ BOLEST POHLEDEM NEUROCHIRURGA

V. Masopust

Neurochirurgická a neuroonkologická klinika 1.LF UK a ÚVN Praha

Bolest obličeje má mnoho podob. V případě neuralgie trigeminu pak představuje jednu z nejhrošších bolestí, se kterou se člověk jako druh mohl setkat. Pacienti, kteří s touto bolestí přicházejí jsou doslova na konci svých sil. Bolest jim nedovoluje jíst ani pít, proto jsou vyhublí a dehydratovaní. Bolest jim nedovoluje opouštět své bydliště, protože i závan větru jim může vyvolat záchvat silných bolestí.

Abychom dokázali s touto bolestí lépe pracovat a léčit ji, pak musíme přesně určit její charakter a pokud možno nalézt příčinu. Na začátku si musíme jednotlivé bolesti rozřadit do tří základních skupin:

- typická (esenciální) neuralgie trigeminu
- atypická neuralgie trigeminu
- atypická obličejová bolest

Rozdělení je velmi důležité, protože zaměnit jednotlivé skupiny by znamenala poškození pacienta neadekvátním chirurgickým výkonem.

Neuralgie trigeminu je léčitelná konzervativně. Pokud konzervativní terapie již nemá efekt, pak připadá v úvahu výkon chirurgický, a to v menším nebo větším rozsahu. Někdy se hovoří o výkonech, které pouze potlačují bolest a výkonech, které řeší příčinu bolesti. Jestliže je tedy bolest dána útlakem nervu cévou, pak jedinou logickou možností, jak tuto bolest léčit, je cévu přesunout. Výkon je efektivní a přinese více jak 80 % nemocným úlevu od bolesti. Pokud nemocný k tomu výkonu není vhodný, pak připadá v úvahu další metoda, která však již není cílená, ale pouze zamezuje vedení bolesti a tou je glycerolová neurolyza. Výkon je vhodný pro starší interně nemocné pacienty. Nemá však již tak vysokou úspěšnost a trvání stavu bez bolestí se pohybuje od několika měsíců po řadu let. Při selhání předchozích metod a při splnění indikačních kritérií připadá v úvahu kortikální stimulace.

BOLESTI HLAVY A SPÁNEK

P. Migařová

Bolesti hlavy a spánek mají vzájemně se ovlivňující vztah. Jejich souvislost je známa od 19. století. Nedostatek nebo naopak nadbytek spánku může vést k bolestem hlavy – migrenózním i tenzním. Některé typy bolestí hlavy (cluster headache, hypnická bolest hlavy, paroxysmální hemikranie) naopak spánek ruší. Bolesti hlavy a porucha spánku mohou být sekundárním projevem jiného onemocnění - anémie, syndromu obstrukční spánkové apnoe, deprese a jiných psychiatrických komorbidit nebo při nadužívání analgetické medikace nebo stimulantů.

V prezentaci budou probrány souvislosti jednotlivých primárních i sekundárních bolestí hlavy a spánku.

MIGRÉNA VERSUS CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA – CO DOSUD VÍME

J. Mračková

Existence vztahu mezi migrénou, především tou s aurou, a cévní mozkovou příhodou je již dlouho známá, a to zejména u mladších nemocných (cca do 45 let). Ač tyto diagnózy sdílejí jisté společné rysy, v mnohém se také liší. Tím nejzásadnějším rozdílem je, že v případě tranzitorní ischemické ataky (TIA)/cévní mozkové příhody (CMP) se jedná o lékařskou urgenci s nutností okamžitého zásahu. V zásadě každý nemocný s tranzitními neurologickými příznaky by měl být považován za nemocného s TIA, dokud není prokázána jiná příčina. Riziko dokonaného iktu je po TIA 10-30 %. Diferenciálně diagnosticky je nutné zvažovat krom migrény s aurou také auru bez migrény a fokální epileptické záchvaty.

Jedním ze základních mechanismů uplatňujícím se v patofyziologii migrény je neuronální excitabilita způsobena korovou šířící se depresí (CSD, cortical spreading depression). Šířící se depolarizace způsobuje zhroucení neuronální iontové homeostázy a vede k signifikantně vyšší vulnerabilitě neuronů a k ischemickému stresu v porovnání s ostatními buňkami v těle. Šířící se depolarizace vede k hyperexcitabilitě následované depresí. Endoteliální poškození způsobené CSD může vyústit v hyperkoagulační stav zvyšující riziko rozvoje cévní mozkové příhody.

Mozkový infarkt je možnou komplikací prolongované aury, na druhou stranu bolest hlavy (ne nutně migrenózního charakteru) doprovází cévní mozkovou příhodu až v jedné třetině případů. Existují také některé vzácnější geneticky podmíněné choroby, které mohou způsobit jak cévní mozkovou příhodu, tak migrénu. Panel vyšetření by měl zahrnovat CT/lépe MR včetně difúzně vážených obrazů, CTA/MRA, TTE/TEE, EKG, EEG, laboratorní vyšetření, případně oční vyšetření, v některých případech genetické vyšetření.

Zatímco sekundární prevence CMP/TIA závisí především na její etiologie, profylaktická léčba migrény by měla být co nejvíce uzpůsobená konkrétnímu pacientovi v závislosti na jeho věku, pohlaví a komorbiditách. Pro primární prevenci CMP u migreniků neexistují doporučené postupy. Pokud se ovšem jedná o migrenika s vaskulárními rizikovými faktory, je s výhodou volit taková farmaka, která optimálně ovlivňují jak migrény, tak tyto faktory.

Je velmi důležité sestavit spolehlivá kritéria pro lepší porozumění a management nemocných s přechodnými neurologickým deficitem, zejména pak identifikovat nemocné s rizikem rozvoje cévní mozkové příhody.

DYSFUNKCE GLYMFATICKÉHO SYSTÉMU A BOLESTI HLAVY

T. Nežádal

Neurologické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Institut neuropsychiatrické péče, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Pravidelný a dostatečný spánek přispívá k udržení celkového zdraví a pohody. V současnosti roste počet pacientů s bolestmi hlavy, které jsou významně provokovány nebo akcentovány změnami spánku, ať už se jedná o jeho deprivaci nebo naopak nadbytek. Nástup spánku zmírňuje pokračující bolest hlavy bolest. V současné době zůstává vztah bolestí hlavy a spánku nejasný, vysvětlení jsou nedostačující a kontroverzní.

Glymfatický systém (GS) je relativně nově objevená perivaskulární síť, která prostupuje celý mozek a je zodpovědná za odstraňování toxických proteinů a odpadních metabolitů z mozku a také doplňování výživy a energie. Nedávné studie prokázaly, že glymfatická dysfunkce je častou příčinou poruchy spánku a vzniku bolestí hlavy.

GS je aktivován ve spánku za účelem odstranění potenciálního toxického odpadu vzniklého během bdělosti. Ve spánku se snižuje objem glií a rozšiřuje velikost PVS, a to usnadňuje přítok CSF do peritubulárního prostoru. Pomocí intravitální 2 fotonové mikroskopie u myši bylo prokázáno snížení glymfatické clearance během bdělosti až o 90 %. U pacientů s poruchou spánku bylo v REM fázi zjištěno pomocí MR DTI (diffusion tensor imaging) protokolu zúžení perivaskulárních prostor (PVS) oproti zdravým kontrolám.

V případě migrény recentní studie prokázala, že kortikálně šířící se deprese (CSD) přispívá k uzavření PVS, které je zároveň akcentováno vlivem CSD na vznik otoku distálních pediklů astrocytů. Výsledkem uzavření PVS je zhoršená clearance a hromadění nyní nadbytečných excitačních a zánětlivých mediátorů, které hrají klíčovou roli v patogenezi migrény (např. CGRP, substance P).

U potraumatické bolesti hlavy byla také zjištěna dysfunkce GS jako možná primární příčina vedoucí k hromadění mediátorů, zejména CGRP.

Pacienti s cluster headache měli ve studii nižší index DTI než zdravé kontroly.

Mechanistický model glymfatické dysfunkce může vysvětlit obousměrný vztah mezi poruchami spánku a bolestí hlavy. V současné době se jedná o teoretický rámec, který vyžaduje další ověření.

Dysfunkce GS má pravděpodobný vliv i u jiných neurologických onemocnění, např. na hromadění beta-amyloidu u Alzheimerovy nemoci.

Literatura

1. Yi T, Gao P, Zhu T, Yin H, Jin S. Glymphatic System Dysfunction: A Novel Mediator of Sleep Disorders and Headaches. *Front Neurol.* 2022 May 19; 13:885020.
2. Schain AJ, Melo-Carrillo A, Strassman AM, Burstein R. Cortical Spreading Depression Closes Paravascular Space and Impairs Glymphatic Flow: Implications for Migraine Headache. *J Neurosci.* 2017 Mar 15;37(11):2904-2915.
3. Kim J, Lee DA, Lee HJ, Park BS, Ko J, Park SH, Lee YJ, Kim IH, Park JH, Park KM. Glymphatic system dysfunction in patients with cluster headache. *Brain Behav.* 2022 Jun;12(6): e2631.

PREDIKTORY EFEKTIVITY LÉČBY MIGRÉNY ANTI-CGRP PROTILÁTKAMI

I. Niedermayerová

Neurologie Brno s.r.o., II. Neurologická klinika LF MU a FN Brno

Hodnocení efektivity léčby migrény anti-CGRP protilátkami vychází z klinických studií. Respondér vykazuje minimálně 50 % redukci měsíčního počtu migrenózních dní (MMD) ve 3. měsíci léčby ve srovnání s obdobím před léčbou. Splnění této podmínky je vyžadováno zdravotními pojišťovnami. U superrespondéra pozorujeme 75 % a vyšší redukci MMD, kdežto v případě redukce MMD o 25 % a méně hovoříme o nonrespondérovi. Klinické studie vykazují 60 % respondérů, kdežto v klinické praxi je jich 70 % a více, a asi 30 % z nich tvoří podíl superresponderů. Podíl nonresponderů je podle některých údajů až 30 % (Ashina, 2021), v běžné klinické praxi zaznamenáváme tento podíl nižší.

Prediktory efektivity (PE) dělíme na pozitivní a negativní. Pozitivními PE jsou unilaterální bolest hlavy, přítomnost autonomních příznaků (fotofobie, nauzea, vomitus) a pozitivní odpověď na triptany, u chronické migrény (CM) je přítomnost alodynie iktálně pozitivní PE, kdežto její přítomnost interiktálně je negativní PE. Nižší frekvence MMD je pozitivní PE, kdežto denní bolest u CM je negativní PE. Nadužívání akutní medikace s vyšším počtem dní i množstvím spotřebované medikace je negativním PE. Vyšší počet předchozích selhaných profylaxí je negativní PE, z čehož vyplývá, že pokud by byla léčba anti-CGRP protilátkami nasazena v historii onemocnění dříve, byl by efekt lepší. Obezita je negativní PE, je také rizikovým faktorem pro CM. Tuková tkáň produkuje proinflatomní cytokiny a adipocytokiny zúčastněné v patofyziologii migrény. Obézní jedinci mají zvýšenou hladinu CGRP. Vyšší trigeminální produkce CGRP může vést k častějším migrénám. Psychiatrické komorbidity (zejména deprese), je významný negativní PE. Výskyt onemocnění gastrointestinálního traktu je negativní PE u CM a MOH. Demografické charakteristiky věk a pohlaví nemají vliv efekt léčby anti-CGRP protilátkami.

Ve vlastním souboru měli nonrespondéři nejčastěji nedostatečně kompenzované psychiatrické onemocnění (deprese, úzkosti) nebo se jednalo pacienty s CM a MOH, kteří užívali kombinaci analgetik se slabými opioidy (kodein).

Závěr: U pacientů s navyšující se frekvencí MMD je nutno časně nasadit adekvátní profylaxi. V případě opakované neefektivity je indikováno nasazení terapie anti-CGRP protilátkami. Doporučuje důsledná léčba komorbidit, zejména psychiatrických jednak před zahájením biologické léčby, ale i v jejím průběhu. Je nezbytné regulovat užívání slabých opioidů v léčbě migréně.

Literatura

Vernieri F et al. Maintenance of response and predictive factors of 1-year Galcanezumab Ab treatment (GARLIT one - year) Eur J Neurol 2023

Barbanti et al. Predictors to response to anti-CGRP monoclonal antibodies: a 24-week, multicenter, prospective study on 864 migraine patients. TJHP 2022

MOŽNOSTI A ÚSKALÍ NEUROAXIÁLNÍ ANALGEZIE

J. Procházka

Centrum léčby chronické bolesti při KAPIM, KZ a.s., Masarykova nemocnice
Ústí nad Labem

Úvod: Historie koncepce neuroaxiální (spinální) anestezie a analgezie sahá do konce 19.století. Mezníkem je pak objev přímého vlivu opioidů na míchu a oddělení analgezie od anestezie. V současné době se sem zahrnuje aplikace epidurální a intratékální a patří sem metody kontinuálního dávkování i aplikace jednorázové. Mohla by se zde zařadit i míšní stimulace.

Metodika: Indikacemi pro neuroaxiální analgezi jsou akutní i chronická bolest, která není zvládnutelná jinými méně invazivními metodami, a to jak bolest nociceptivní, tak i neuropatická či smíšená. Výhodou je cílená aplikace přímo do místa jejich účinku – tzn. do CNS. S tím souvisí možnost snížení dávky léku vpraveného do organismu. Nevýhodou jsou různá úskalí, ať již technického rázu (obtíže při zavádění, selhání katetru či dávkovacího zařízení) nebo rázu zdravotního (nežádoucí účinky farmak, úniky likvoru až likvorová hypotenze, zánětlivé komplikace). Samostatnou kategorií je pak otázka neurotoxicity.

Diskuse: Na neurotoxicitě se může podílet více faktorů: ovlivnění cévní reaktivity, poškození glie, poškození myelinu, poškození arachnoidey, případně nepřímé změny ovlivněním systémové hemodynamiky. Neurotoxicita se může projevit histologicky, fyziologickými změnami nebo klinicky. S tím úzce souvisí metodika testování různých použitých látek v laboratorních podmínkách, i potom klinická hodnocení. Přítomným rizikem může být nejen vlastní účinná látka, ale i různá adjuvancia a stabilizační látky obsažené v roztoku.

Nejčastěji používanými farmaky pro neuroaxiální analgezi jsou opioidy a lokální anestetika, schválený byl též zikonotid. Použití jiných látek je již v kategorii off-label, což ale neznamená, že za určitých okolností jejich aplikace není bezpečná. Vždy je třeba zhodnotit (1.) koncentraci látky, (2.) rychlost aplikace a její celková dávka, (3.) způsob aplikace – kontinuální či jednorázová, a (4.) přítomnost či absenci konzervačních látek.

Závěr: Zavádění a oficiální schválení nových spinálních analgetik je z ekonomických a eticko-legálních důvodů málo pravděpodobné, spíše se zkoumá účinnost a bezpečnost již registrovaných přípravků.

Literatura

Hermanns H, Bos EME, van Zuylen ML, Hollmann MW, Stevens MF: The options for neuraxial drug administration. *CNS Drugs* 2022; 36: 877-896

Hodgson PS, Neal JM, Pollock JE, Liu SS: The neurotoxicity of drugs given intrathecally (spinal). *Anesth Analg* 1999; 88: 797-809

Schultz DM, Abd-Elseyed A, Calodney A, Stromberg K, Weaver T, Spencer RJ: Targeted drug delivery for chronic nonmalignant pain: longitudinal data from the Product Surveillance Registry. *Neuromodulation* 2021; 24: 1167-1175

OROFACIÁLNÍ BOLEST POHLEDEM NEUROLOGA

P. Řehulka

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

Orofaciální bolest charakterizuje její lokalizace v oblasti dutiny ústní nebo obličeje. Diagnostická kritéria jsou stanovena Mezinárodní klasifikací orofaciální bolesti (International Classification of Orofacial Pain- ICOP). Tato klasifikace je členěna do sedmi oddílů, které nutně nezohledňují patofyziologický typ bolesti (nociceptivní, neuropatická, nociplastická): 1. Orofaciální bolest v souvislosti s poruchami dentoalveolárních a anatomicky blízkých struktur (zubů, ústní sliznice, slinných žláz a čelistí) je vyvolána lokálním patologickým procesem; 2. Myofasciální orofaciální bolest je provokovaná palpací (musculus temporalis a musculus masseter) nebo maximálním otevřením úst; 3. Bolest temporomandibulárního kloubu doprovází jeho dysfunkce; 4. Orofaciální bolest v souvislosti s lézí nebo onemocněním kraniálních nervů, kde se rozlišuje a) neuralgie trigeminu- klasická (neurovaskulární konflikt), sekundární (v souvislosti roztroušenou sklerózou, strukturální lézí nebo jinými poruchami) a idiopatická, b) trigeminová neuropatická bolest (v souvislosti s akutní infekcí herpes zoster, postherpetická, posttraumatická, v souvislosti s jiným onemocněním), c) neuralgie nervi glossopharyngei, d) glossofaryngeální neuropatická bolest; 5. Orofaciální bolesti s příznaky připomínajícími primární bolesti hlavy (orofaciální migréna, tenzní typ orofaciální bolesti, trigeminová autonomní orofaciální bolest) jsou velmi vzácné; 6. Idiopatická orofaciální bolest (syndrom palčivých úst, perzistující idiopatická obličejová bolest, perzistující idiopatická dentoalveolární bolest, trvalá jednostranná obličejová bolest s přidruženými atakami). Diagnostika orofaciální bolesti nejčastěji leží na stomatologovi a neurologovi a zahrnuje i paraklinické metody. Použití léčebných modalit (farmakoterapie, lokální nebo invazivní postupy, rehabilitace a psychoterapie) se odlišuje nejen u různých skupin orofaciálních bolestí, ale bývá specifická i pro jednotlivou diagnózu.

BOLESTI HLAVY U SPÁNKOVÝCH PORUCH

J. Slonková

Poruchy spánku mohou přispívat k rozvoji, obtížné léčbě nebo zhoršení bolestí hlavy. Obsahem přednášky bude krátký přehled nejvýznamnějších poruch spánku s možnou vazbou k bolestem hlavy.

Spánková apnoe: porucha dechu ve spánku s hyposaturacemi a intermitentními probouzecími reakcemi je často spojena s ranními bolestmi hlavy, které jsou typicky popisovány jako tupé a difúzní.

Nespavost: Chronická nespavost je stav charakterizovaný potížemi s usínáním nebo udržením spánkové kontinuity, nebo předčasným probouzením. Osoby trpící nedostatkem spánku mají větší pravděpodobnost výskytu bolestí hlavy tenzního typu nebo migrén.

Syndrom neklidných nohou (RLS): RLS je neurologická porucha charakterizovaná nekontrolovatelným nutkáním hýbat nohama, obvykle v důsledku nepříjemných pocitů. Příznaky RLS se často zhoršují v noci, což vede k potížím s usínáním a narušení spánkového režimu.

Periodické pohyby končetinami ve spánku (PLMD): PLMD zahrnuje opakované pohyby končetin během spánku, často doprovázené krátkým probuzením. Ačkoli PLMD sama o sobě není typicky spojena s bolestmi hlavy, poruchy spánku, které způsobuje, mohou nepřímo přispívat k rozvoji bolestí hlavy.

Narkolepsie: Narkolepsie je chronická neurologická porucha charakterizovaná nadměrnou denní spavostí, kataplexií (náhlou svalovou slabostí), spánkovou paralýzou a živými halucinacemi. Zatímco bolesti hlavy nejsou primárním příznakem narkolepsie, u některých jedinců s tímto onemocněním se mohou vyskytnout bolesti hlavy v důsledku narušeného spánkového režimu nebo jiných souvisejících faktorů.

Poruchy cirkadiálního rytmu: Poruchy cirkadiálního rytmu, jako je porucha fáze opožděného spánku a bdění nebo porucha spánku při práci na směny, mohou narušit přirozený cyklus spánku a bdění.

V neposlední řadě je třeba zmínit i **epilepsii se záchvaty s vazbou na spánek**. Porucha spánkové kontinuity a nedokonalá kompenzace záchvatů mohou vest u pacientů k bolestem hlavy.

Nepravidelný spánkový režim a nedostatečný nebo nekvalitní spánek spojený s těmito poruchami může přispět ke vzniku nebo zhoršení bolestí hlavy. Terapie základní poruchy spánku a příznaků bolesti hlavy často vyžaduje komplexní přístup, který může zahrnovat úpravu životního stylu, behaviorální intervence, medikaci a další léčbu přizpůsobenou specifickým potřebám pacienta.

VISCERÁLNÍ BOLEST V ORDINACI ALGEZIOLOGA

D. Vondráčková

Algeziologická ambulance NCHK ÚVN Praha 6 - Střešovice

Viscerální bolest vychází z orgánů 3 tělesných dutin: hrudní, břišní a pánevní. Z patofyziologického hlediska je to bolest nociceptivní, ale výrazně se liší od nociceptivní bolesti somatické. Reaguje na podněty mechanické, chemické, ischemické a zánětlivé. Intenzivní podněty z viscerálních orgánů vyvolají v CNS hypersenzitivitu, které se klinicky projeví jako funkční poruchy, např. syndrom dráždivého tračníku IBS, nebo pánevní syndromy. Senzitivita k bolesti se liší. Nejcitlivější na bolestivé podněty je seróza a minimálně citlivé, nebo necitlivé jsou plné orgány.

Klinicky je bolest špatně lokalizovaná, difúzní, přenesená do somatických oblastí. Příčinou je řídká síť viscerálních aferentů oproti somatickým. Důsledkem je konvergence viscero-somatická nebo viscero-viscerální. Opakovaná aferentace do CNS vede k hyperalgezií. Viscerální bolest zejména v akutním stavu, je provázena diskomfortem a vegetativními příznaky. Chronická viscerální bolest se projevuje příznaky viscerálními i neviscerálními, včetně psychogenních.

Podle lokalizace v tělesných dutinách rozeznáváme syndromy torakální (angina pectoris, GERD, pleurální bolesti...). Břišní syndromy reprezentuje chronická pankreatitis, nebo funkční bolestivé syndromy (IBS). Pánevní syndromy se projevují bolestí v horní ventrální části stehna, v oblasti perianální, a zevním genitálu.

Principy léčby chronické bolesti

Viscerální bolest je klasickým příkladem chronické bolesti, která vyžaduje spolupráci dalších specialistů, kteří primárně léčí příčinu viscerální bolesti. Přístup musí být vždy komplexní s přihlédnutím k somatickým, psychickým i sociálním faktorům. Stručně budou zmíněny bolestivé syndromy viscerální bolesti, s důrazem na pánevní bolest, která bude v další přednášce dokumentovaná kazuistikou.

Literatura

La J.H., Gebhart G.F. Visceral pain in Encyclopedia of Neurological Science. Second edition) 2014

Vondráčková D. Opioidy u viscerální bolesti in Kozák J., Lejčko J, Vrba I. Opioidy 2. přepracované vydání, Maxdorf JESENIUS 2021 str: 238-286

Raj P.P. et al. Practical Management of Pain. Third edition 2000 Mosby inc. P. 223-238

ATYPICKÉ OPIOIDY

I. Vrba

ARO Nemocnice na Homolce

Opioidy jsou stále základem léčby nejsilnějších bolestí, jak akutních tak zvláště chronických. Opioidy s plným a exkluzivním μ - opioidním agonismem (konvenční opioidy - např. morfin, oxykodon, fentanyl) jsou používány pro léčbu bolesti již velmi dlouho. Ale nežádoucí účinky léčby konvenčními opioidy jsou často závažné, je jich hodně a jsou dostatečně zdokumentované. Vzhledem k přetrvávající opioidní krizi (epidemie), zejména v USA je celosvětově restriktivní postoj k použití opioidů, zejména plných antagonistů na μ -receptoru, které mají významně vyšší podíl na vzniku nejvýznamnějších a nejnebezpečnějších nežádoucích vedlejších účinků způsobené opioidy. Jedná se zejména o adiktivní potenciál a dechový útlum. Atypické opioidy se liší od konvenčních opioidů tím, že jejich protibolestivý účinek není způsoben pouze díky agonismu na μ -opioidním receptoru, ale účastní se ho i další opioidní receptory a i neopioidní mechanismy. Atypické opioidy (tramadol, buprenorfin a tapentadol a nově cebranopadol) mají dostatečný protibolestivý účinek se sníženými nežádoucími vedlejšími účinky, včetně vzniku závislosti ve srovnání s konvenčními opioidy. Mají lepší poměr riziko/benefit a tak zvyšují účinnost, snášenlivost a bezpečnost léčby bolesti. Tyto výhodné rozdílnosti ve srovnání s konvenčními opioidy zlepšují výsledky léčby chronické bolesti atypickými opioidy a snižují rizika této léčby jak pro každého jednotlivého pacienta, tak pro celou společnost.

Proto při nutnosti podávání opioidů k léčbě nejsilnějších bolestí celosvětově dochází k preferenci použití atypických opioidů. Je snaha o vznik a využití dalších těchto receptorově kombinovaných typů opioidů (cebranopadol ve vývoji) a zejména vývoj opioidů s minimálními či žádnými nežádoucími vedlejšími účinky.

Samozřejmě, že i při využití atypických opioidů je třeba se snažit vyhnout opioidní monoterapii. Tedy využít k léčbě bolesti multimodální přístup s vědomím určitých i závažných rizik opioidů v léčbě zejména chronické nenádorové bolesti, tedy použití opioidního realismu a všech možností neopioidních lékových i nelékových přístupů.

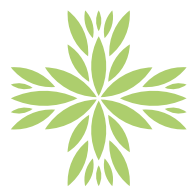
Výhody při použití atypických opioidů ve srovnání s konvenčními opioidy

1. Díky kombinovanému mechanismu účinku je vyšší účinnost u smíšené a zejména neuropatické bolesti
2. Nižší výskyt tolerance, tedy delší stabilita léčby při neměnné dávce
3. Skoro o 40% nižší výskyt zácpy
4. Nižší a méně nebezpečný výskyt dechové nedostatečnosti

5. Nižší ovlivnění behaviorálních a kognitivních funkcí
6. Určitý antidepressivní účinek
7. Nižší omezení léčby vzhledem renální a hepatální insuficienci
8. Nižší výskyt závislosti a vzniku OUD
9. Daleko nižší výskyt lékových interakcí

Literatura

Schug SA. The atypical opioids. Buprenorphine, tramadol and tapentadol. *Medicine Today* 2018,19:5-11.



CZECH MEDICAL HERBS

**DISTRIBUTOR KONOPÍ
PRO LÉČEBNÉ POUŽITÍ**

MeCann[®]
Medical Cannabis



AURORA[®]

Czech Medical Herbs, s.r.o. je distributorem léčebného konopí od roku 2013.
e-mail: kubalek@cmherbs.cz, tel.: 602 299 220
www.cmherbs.cz



MIGRÉNA

ŽIVOT

OFF

ON

vyepti
(eptinezumab)
100 mg/ml

Monoklonální protilátka proti CGRP vyvinutá pro i.v. podávání 1x za 3 měsíce k profylaxi migrény

Zkrácená informace o léčivém přípravku

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

Název a léková forma: Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok, Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok. **Léčivá látka:** Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok: Jedna injekční lahvička koncentrátu obsahuje 100 mg eptinezumabu v 1 ml. Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok: Jedna injekční lahvička koncentrátu obsahuje 300 mg eptinezumabu ve 3 ml. **Indikace:** Vyepti je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří mají nejméně 4 migrenózní dny v měsíci. **Dávkování:** Doporučená dávka je 100 mg podávaných ve formě intravenózní infuze každých 12 týdnů. Některým pacientům může prospívat dávka 300 mg podávaná ve formě intravenózní infuze každých 12 týdnů. **Způsob podání:** Intravenózní. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** **Kardiovaskulární riziko:** Pacienti s kardiovaskulárním onemocněním v anamnéze (např. hypertenze, ischemická choroba srdeční) byli z klinických studií vyloučeni. U těchto pacientů nejsou k dispozici žádné údaje o bezpečnosti. **Závažná hypersenzitivita:** Byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce, včetně anafylaktických reakcí, které se mohou objevit během několika minut po zahájení infuze. Většina hypersenzitivních reakcí se vyskytla během infuze a nebyla závažná. Pokud dojde k závažné hypersenzitivní reakci, je třeba podávání přípravku Vyepti okamžitě přerušit a zahájit vhodnou terapii. Pokud hypersenzitivní reakce není závažná, je pokračování v další léčbě přípravkem Vyepti na zvažení ošetřujícího lékaře s ohledem na poměr přínosu a rizika pro konkrétního pacienta. **Interakce:** Interakce eptinezumabu se současně podávanými léky, které jsou substráty, induktory nebo inhibitory enzymů cytochromu P450, se nepovažují za pravděpodobné. **Nežádoucí účinky:** Časté: Nafaryngitida, hypersenzitivní reakce, reakce související s infuzí, únava. **Méně časté:** Anafylaktická reakce. **Předávkování:** V případě předávkování má být pacient léčen symptomaticky a podle potřeby mají být zavedena podpůrná opatření. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem a neprotřepávejte. Uchovávejte injekční lahvičku v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po vyjmutí z chladničky musí být přípravek Vyepti při uchovávání v původní krabičce při pokojové teplotě (do 25 °C) spotřebován do 2 dnů, jinak musí být zlikvidován. Pokud je uchováván při vyšší teplotě nebo po delší dobu, musí být zlikvidován. Po naředění může být roztok uchováván při pokojové teplotě (do 25 °C) nebo v chladničce při teplotě 2–8 °C. Naředěný infuzní roztok musí být podán během 8 hodin. **Dostupné lékové formy a velikosti balení:** Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok je k dispozici v balení po 1 injekční lahvičce na jedno použití. Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok je k dispozici v balení po 1 injekční lahvičce k jednorázovému použití. **Držitel rozhodnutí o registraci:** H.Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, 2500 Valby, Dánsko. **Registrační číslo:** EU/1/21/1599/001-003. **Datum poslední revize textu SPC:** 7.12.2023. **Datum poslední revize zkrácené informace:** 12.2023. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis.** Přípravek Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok je od 1.5.2023 hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek Vyepti předepíšete, přečtěte si, prosím, úplné znění Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách www.lundbeck.cz a www.sukl.cz. Kód: CZ-VYEP-0025

XIV. symposium o léčbě bolesti s mezinárodní účastí
Kolektiv autorů, sborník abstrakt

ISBN 978-80-88112-17-4

Vydal:
TA-SERVICE s.r.o.
Hlinky 48, 603 00 Brno
2024

Vydura® 75 mg

perorální lyofilizát
rimegepant



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

 Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování.

Zkrácená informace o přípravku: VYDURA® 75 mg perorální lyofilizát • **Složení:** Rimegepant sulfát, ekvivalentní 75 mg rimegepantu; a další pomocné látky. **Indikace:** Akutní léčba migrény s aurou nebo bez aury u dospělých. Preventivní léčba epizodické migrény u dospělých, kteří mají nejméně 4 migrenóvé ataky za měsíc. **Dávkování a způsob podání:** Akutní léčba migrény: doporučená dávka je 75 mg rimegepantu dle potřeby 1× denně. Preventivní léčba migrény: doporučená dávka je 75 mg rimegepantu každý druhý den. Maximální dávka za den je 75 mg rimegepantu. Přípravek VYDURA lze užívat s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Hypersenzitivní reakce včetně závažné hypersenzitivity. Pokud dojde k hypersenzitivní reakci, má se léčba rimegepantem ukončit a má být zahájena vhodná terapie. Použití se nedoporučuje: u pacientů s těžkou poruchou funkce jater; u pacientů v konečném stádiu onemocnění ledvin (Cl_{cr} ≤ 15 ml/min); se souběžně podávanými silnými inhibitory CYP3A4 nebo se silnými inhibitory P-gp (při souběžném podání se nemá v průběhu 48 hodin podávat další dávka rimegepantu); se souběžně podávanými silnými nebo středně silnými induktory CYP3A4. Nadužívání jakýchkoli léčivých přípravků určených k léčbě bolesti hlavy může zhoršit bolesti hlavy spojené s nadužíváním léků (Medication overuse headache, MOH). **Interakce:** S inhibitory či induktory CYP3A4, se selektivními inhibitory P-gp a BCRP. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Jako preventivní opatření je vhodnější se během těhotenství užívání přípravku VYDURA vyhnout. Je třeba zvážit přínos kojení pro vývoj a zdraví dítěte, spolu s klinickou potřebou matky užívat přípravek VYDURA a případné nežádoucí účinky rimegepantu nebo základního onemocnění matky na kojené dítě. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Žádný nebo málo zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Časté (u akutní léčby i profylaxe): gastrointestinální poruchy (nauzea), méně časté (akutní léčba): poruchy imunitního systému (hypersenzitivita zahrnující dyspnoe a závažnou vyrážku), hypersenzitivní reakce se mohou vyskytnout několik dní po podání přípravku, vyskytl se i závažný případ opožděné hypersenzitivity. **Předávkování:** Léčba předávkování – podpůrné opatření zahrnujících monitorování životních funkcí a sledování klinického stavu pacienta. Specifické antidotum pro léčbu předávkování rimegepantem není k dispozici. Vzhledem k vysokému stupni vazby na sérové bílkoviny není pravděpodobná významná eliminace rimegepantu dialýzou. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Balení:** Perforovaný jednodávkový blister obsahující 2 × 1 nebo 8 × 1 nebo 16 × 1 perorální lyofilizát. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EEG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/22/1645/001 – 003. **Datum poslední revize textu:** 02.06.2023. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku.

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

Pfizer, spol. s r.o.

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

PP-WNT-CZE-0117

