

TA-SERVICE s.r.o. pořádá

XV. symposium o léčbě bolesti s mezinárodní účastí

10. - 12. dubna 2025

Courtyard by Marriot
Holandská 12, Brno

PROGRAM SBORNÍK ABSTRAKT

Odborní garanti sympozia

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



MIGRÉNA VÁS OKRÁDÁ O ŽIVOT

Emgality®
(galkanezumab) injekce

SNÍŽENÍ
MHD

Emgality prokázala ve studiích epizodické migrény **vyšší míry odpovědi o 50%, 75% a 100%** ve snížení průměrného počtu MHD v každém měsíci oproti placebu^{1,2}
Rychlý nástup účinku v 1. týdnu a setrvalá odpověď do 6. měsíce^{3,4}

Zkrácený souhrn údajů o přípravku:

EMGALITY 120mg injekční roztok v předplněném peru. **Účinná látka:** Galkanezumab 120mg v 1ml. **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. Tyto reakce se mohou vyskytnout do 1 dne po podání galkanezumabu, byly však také hlášeny případy se zpožděným nástupem (v rozmezí od 1 dne do 4 týdnů po podání). V případě závažné hypersenzitivní reakce ihned přípravek vysadte a zahajte odpovídající léčbu. Pacienti mají být o možnosti opožděného nástupu hypersenzitivní reakce informováni a mají být poučeni, aby kontaktovali svého lékaře. EMGALITY obsahuje méně než 1mmol (23mg) sodíku ve 120mg 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, závrať, 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 120mg subkutánně jednou za měsíc, s první úvodní dávkou 240mg. Přínos léčby má být zhodnocen po 3 měsících léčby. Farmakokinetika není ovlivněna věkem. U mírné až středně závažné poruchy ledvin či jater není třeba úprava 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 uchovávání:** 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 neprotřepávat. **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 2024.

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

Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku - úplné znění obdržíte na www.sukl.cz anebo na adrese: www.lilly.com/cz

ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobeřežní 12, 186 00 Praha 8, tel.: 234 664 111. PP-GZ-CZ-0250

Pro další informace kontaktujte: Organon Czech Republic s.r.o., sídlo: Národní 135/14, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, e-mail: dpoc.czech@organon.com, tel: +420 233 010 300, webová stránka: www.organoncare.cz.

CZ-EMG-110013. © 2024 Lilly and Organon. All rights reserved. EMGALITY, LILLY and the LILLY logo are registered trademarks of Lilly and Company.

ORGANON and the ORGANON logo are registered trademarks of N.V. Organon.

Reference:

1. Stauff er VL, Dodick DW, Zhang Q, Carter JN, Ailani J, Conley RR. Evaluation of galkanezumab for the prevention of episodic migraine: the EVOLVE-1 randomized clinical trial. *JAMA Neurol.* 2018;75(9):1080-1088. 2. Skljarevski V, Matharu M, Millen BA, Ossipov MH, Kim BK, Yang JY. Efficacy and safety of galkanezumab for the prevention of episodic migraine: results of the EVOLVE-2 phase 3 randomized controlled clinical trial. *Cephalalgia.* 2018;38(8):1442-1454. 3. Emgality SPC. 4. Detke HC, Millen BA, Zhang Q, et al. Rapid onset of effect of galkanezumab for the prevention of episodic migraine: analysis of the EVOLVE studies. *Headache.* 2019;60(2):348-359.

Lilly | ORGANON

Emgality®
(galkanezumab) injekce

Záštity

Vědecký výbor

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

Organizační výbor

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

Organizační sekretariát sympozia

TA-SERVICE s.r.o.

Hlinky 48, 603 00 Brno

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

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

Odborný program

ČTVRTEK 10. dubna 2025

- 15:00 - 18:00 **Schůze výboru CzHS**
Courtyard by Marriott
- 19:00 **Společná večere výborů CzHS a SSLB**
TA-archív

PÁTEK 11. dubna 2025

- 9:00 - 9:10 **Zahájení sympozia**
J. Kozák, T. Nežádal
- Orofaciální bolest**
J. Fricová, J. Kozák
- 9:10 - 9:20 **Historie léčby bolestí hlavy** 10 min
I. Vrba
- 9:20 - 9:30 **Patofyziologie vzniku orofaciální bolesti** 10 min
J. Fricová
- 9:30 - 9:40 **Orofaciální bolest, možnosti léčby** 10 min
J. Kozák
- 9:40 - 9:50 **Orofaciální bolest idiopatická** 10 min
P. Řehulka
- 9:50 - 10:00 **Diskuze** 10 min
- Satelitní sympozium PFIZER**
- 10:00 - 10:10 **Rimegepant a jeho role v léčbě migrény** 10 min
T. Nežádal
- 10:10 - 10:25 **Experiences with Rimegepant in the UK: Clinical Outcomes and Patient Stories (simultánní tlumočení do CZ)** 15 min
M. Weatherall
- 10:25 - 10:40 **Pro jaké pacienty je rimegepant vhodný?** 15 min
J. Marková
- 10:40 - 10:45 **Diskuze** 5 min
- 10:45 - 11:15 *Coffee Break*

Satelitní sympozium ORGANON

L. Klečka

- 11:15 - 11:35 **Galkanezumab – co nového jsme se dozvěděli – studie ORYGAM** 20 min
L. Klečka

- 11:35 - 11:45 **Diskuze** 5 min

Satelitní sympozium KRKA

M. Hák, J. Fricová

- 11:45 - 12:00 **Bezpečná léčba bolesti NSAID (naproxen)** 15 min
J. Fricová

- 12:00 - 12:15 **Fixní kombinace analgetik v léčbě bolesti (tramadol, paracetamol)** 15 min
M. Hák

Satelitní sympozium ORION

A. Bártková, T. Nežádal

- 12:15 - 12:30 **Fixní kombinace sumatriptan a naproxen v akutní léčbě migrény** 15 min
K. Blažková

- 12:30 - 13:30 *Oběd*

Intervenční léčba bolesti

J. Kozák, J. Procházka

- 13:30 - 13:50 **Bolesti sakroiliakálního kloubu, indikace k intervenčnímu výkonu** 20 min
J. Procházka

- 13:50 - 14:10 **Stimulace nervus occipitalis, indikace a efektivita** 20 min
Š. Kozák

- 14:10 - 14:25 **Retrospektivní analýza využití neuromodulace na našem pracovišti** 15 min
F. Blažek

- 14:25 - 14:30 **Kazuistika: Společné využití míšní stimulace a sakrální neuromodulace u komplexní dysfunkce pánevního dna** 5 min
F. Blažek

- 14:30 - 14:45 **Na whiplash syndrom invazivně? Kdy, jak, a proč.** 15 min
M. Adam, P. Vašek, M. Matias

- 14:45 - 15:00 **Kdy jsou intervenční metody neúčinné nebo nevhodné?** 15 min
P. Vašek

Migréna

I. Niedermayerová, P. Cvrček

15:00 - 15:15	Genetika migrény R. Kotas	15 min
15:15 - 15:20	Migréna a krční páteř I. Niedermayerová	15 min
15:30 - 15:45	Farmakorezistentní a refrakterní migréna A. Bártková	15 min
15:45 - 16:00	Negativní dopady chronické bolesti „Dnes ne, bolí mě hlava” P. Cvrček	15 min
16:00 - 16:20	Coffee Break	

Bolesti hlavy v klinické praxi

T. Nežádal, J. Marková

16:20 - 16:50	Anti-CGRP therapies: similar but not the same A. Maassen van den Brink	30 min
16:50 - 17:10	Kardiální bolest hlavy J. Mračková	20 min
17:10 - 17:30	Jak správně titrovat dávku verapamilu u cluster headache? P. Řehulka	20 min

Setkání center pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy CzHS

17:30 - 17:40	Registr ReMig 2024, switch protilátek T. Nežádal	10 min
17:40 - 17:50	Nadační fond Hedalga L. Klečka	10 min
17:50 - 18:00	Mladí specialisté (FHE), SAS, iHead D. Mikolajek	10 min
18:00 - 18:15	Prevence lokálních kožních reakcí při podání CGRP I. Matoušková	15 min
18:15 - 18:45	Diskuze	30 min
19:00	Diskuzní večere pro všechny účastníky	

SOBOTA 12. dubna 2025

Satelitní sympozium ABBVIE

T. Nežádal, D. Mikolajek

9:00 - 9:45	Dny bez migrény? Očekávání versus zkušenost	45 min
-------------	--	--------

Algeziologie – varia

R. Hříb, J. Málek

9:45 - 10:05	Konopí – aktuální informace R. Hříb	20 min
10:05 - 10:25	Ketamin: nebezpečná droga, nebo všelék? J. Málek	20 min
10:25 - 10:45	Eagle syndrom H. Pikulová, A. Šprláková, M. Smrčka	20 min
10:45 - 11:15	Coffee Break	

Satelitní sympozium LUNDBECK

11:15 - 11:35	Kapka po kapce – výhody i.v. podání pro pacienty i lékaře J. Marková	20 min
11:35 - 11:45	Diskuze	10 min

Bolesti hlavy v dětském věku

P. Danhofer, J. Beranová

11:45 - 12:05	Možnosti profylaktické léčby migrény u dětí L. Knedlíková, P. Danhofer	20 min
12:05 - 12:25	Využití obrázku v diagnostice bolestí hlavy u dětí J. Beranová	20 min
12:25 - 12:45	Migréna v dětském věku Z. Krška Kušnírová	20 min
12:45 - 13:00	Shrnutí sympozia J. Kozák, T. Nežádal	
13:00	Oběd	

Partneři

Platinový partner



Zlatý partner



Stříbrný partner



Bronzový partner



Vystavovatel

Novartis s.r.o.
SANDOZ s.r.o.

Plánek výstavních prostor



- | | |
|-------------|-------------|
| 1. Organon | 6. Orion |
| 2. Abbvie | 7. Teva |
| 3. Krka | 8. Novartis |
| 4. Pfizer | 9. Sandoz |
| 5. Lundbeck | |

Frimig® Duo

Sumatriptan 85 mg/ 500 mg sodná sůl naproxenu

Uzavírá cestu migréně

Unikátní kombinace dvou účinných látek pro efektivní úlevu od migréný¹

ORION
PHARMA

Sumatriptan 85mg
+ sodná sůl naproxenu 500mg



Zkrácená informace o přípravku
Frimig Duo, Frimig Duo 85 mg/500 mg potahované tablety

Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje 119 mg sumatriptan-sukcinátu (85 mg sumatriptanu) a 500 mg sodné soli naproxenu (457 mg naproxenu). **Terapeutické indikace:** Akutní léčba bolesti hlavy při záchvatech migrény s auroou nebo bez aury u dospělých pacientů, u kterých je léčba monokomponentním přípravkem nedostatečná. **Dávkování a způsob podání:** Přípravek se neužívá profylakticky, má být podán co nejdříve po propuknutí migrenózní bolesti hlavy, ale je stejně účinný, je-li podán v kterémkoliv stadiu záchvatu. Následující doporučené dávkování nesmí být překročeno. Dospělí: 1 tableta 85 mg/500 mg. Nedoje-li po první dávce ke zlepšení obtíží, neměla by být v průběhu téhož záchvatu podána druhá dávka. Pokud se po přechodném zlepšení po první dávce znovu objeví obtíže, lze podat další dávku při dodržení minimálního intervalu 2 hodin mezi dávkami. Maximální doporučená dávka v průběhu 24 hodin jsou 2 tablety užitě s odstupem nejméně 2 hodin. Užívání přípravku u dětí do 18 let není doporučeno. Podávání pacientům nad 65 let se nedoporučuje. U pacientů s lehkou poruchou funkce jater nebo s lehkou až středně těžkou poruchou funkce ledvin má být použita pouze jedna dávka během 24 hodin. Tablety se polykají celé, nezavíraje na jídle, zapíjejí se vodou. Viz: úplná informace o přípravku. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo kleroukovi pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1 SPC. Závažné srdeční selhání, anamnéza infarktu myokardu nebo ischemické choroby srdeční (ICHS), koronárních vazospazmů (Prinzmetalova angína), onemocnění periferních cév nebo příznaky odpovídající ischemické chorobě srdeční, anamnéza ischemické cévní mozkové příhody (CMP) nebo tranzitorní ischemické ataky (TIA), anamnéza hypersenzitivních reakcí na NSAID. Anamnéza krvácení nebo perforace v horní části GI traktu související s předchozí léčbou NSAID, aktivní akutní peptický vřed, krvácení z GI traktu nebo 2 a více předchozích epizod. Střední až závažná hypertenze nebo mírná nekontrolovaná hypertenze. Těžká porucha funkce ledvin (GFR < 30 ml/min/1,73 m²). Středně těžké a těžké poškození funkce jater. Poslední trimestr těhotenství. Kombinace s ergotaminem, deriváty ergotaminu (včetně methysergidu), s jakýmkoli triptanem/agonistou 5-hydroxytryptamin-1 receptoru (5-HT₁), s reverzibilními (např. moksibemidil) nebo ireverzibilními (např. selegrin) inhibitory monoaminooxidázy (MAO) a 2 týdny po ukončení léčby IMAO. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Sumatriptan/naproxen není indikován k léčbě pacientů s hemiplegickou, bazilární ani oftalmoplegickou formou migrény, před léčbou je třeba migrénu jednoznačně diagnostikovat. Užívání přípravků k léčbě akutní nebo symptomatické migrény po dobu delší než 9 dní v měsíci a déle než 3 měsíce predisponovat k bolesti hlavy z nadužívání léků. Přípravek se nedoporučuje u pacientů s rodinnou anamnézou nebo rizikovými faktory predikujícími onemocnění koronárních tepen, nesmí se podávat bez předchozího kardiovaskulárního vyšetření pacientům s rizikovými faktory pro vznik ischemické choroby srdeční, včetně silných kuřáků a pacientů podstupujících substituční léčbu nikotinem. Přípravek může způsobit zvýšení krevního tlaku a/nebo exacerbaci městnavého srdečního selhání. Riziko gastrointestinálního krvácení, ulcerací a perforací stoupá se zvyšující se dávkou přípravku. Při současné léčbě triptany a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a norepinefrinu (SNRI) byl hlášen serotoninový syndrom. V souvislosti s léčbou se mohou vyskytnout závažné kožní reakce, epileptické záchvaty, poruchy funkce ledvin nebo jater, bronchospasmus, prodloužení doby krvácení, poruchy zraku, lehký periferní edém. Viz úplná informace o přípravku. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Použití 5-HT₁ agonistů a přípravků námoletového typu (např. dihydroergotamin nebo methysergid) je v intervalu menším než 24 hodin od užití sumatriptanu/naproxenu kontraindikováno. Nedoporučuje se kombinace s dalšími NSAID, včetně selektivních inhibitorů cyklooxygenázy-2, a s antiagregancií. Při kombinaci se selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) se může objevit serotoninový syndrom. V kombinaci s NSAID existuje zvýšené riziko gastrointestinálního krvácení. Přípravek může potencovat účinek antikoagulačních, srdečních glykosidů, methotrexátu, měnit účinek lithia, cyklosporinu, takrolimu. Při kombinaci s třezalkou tečkovanou se nežádoucí účinky mohou vyskytnout častěji. Při laboratorních testech může naproxen interferovat s testy na 17-ketogenní steroidy a testy kyseliny 5-hydroxyindolové v moči. Viz úplná informace o přípravku. **Těhotenství a kojení:** Přípravek nemá být během prvního a druhého trimestru těhotenství podán, pokud to není zcela nezbytné, ve 3. trimestru je kontraindikován. Během léčby je třeba přerušit kojení, veškeré mateřské mléko odstříkané po dobu nejméně 12 hodin po léčbě má být zlikvidováno. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** V důsledku migrény nebo její léčby se mohou objevit závratě a ospalost. **Nežádoucí účinky:** Velmi často bolest horní části břicha, pálení žáhy, nauzea, zácpa. Často závrat, bolest hlavy, porucha zraku, sluchu, zhoršení srdečního selhávání, stomatitida, průjem, zvracení, dyspepsie, mravenčení, ospalost, smyslové poruchy včetně parestézie a hypestézie, přechodné zvýšení krevního tlaku brzy po podání léčby, zrudnutí, dyspnoe, kožní reakce, zvýšené pocení, bolest svalů, pocit tepla, chladu, tlaku, napětí, slabosti, únavy. Může se vyskytnout poleková reakce s eozinofilií a systémovými příznaky (DRESS) a tonní lékový exantém. Viz úplná informace o přípravku. **Doba použitelnosti:** 3 roky (lahvička), 2 roky (blister). **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Orion Corporation, Orionintie 1, FI-02200 Espoo, Finsko. **Registrační číslo:** 33/348/23-C. **Datum schválení:** 20. 2. 2024

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Přípravek hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Informace o podmínkách a aktuální výši úhrady vám podají zástupci společnosti Orion Pharma. Před předepsáním se seznámte s úplným souhrnem údajů o přípravku. Určeno pouze pro odbornou veřejnost. Další informace získáte na adrese: Orion Pharma s.r.o., Na Strži 21/02/61a, 140 00 Praha 4, nebo na tel: +420 234 703 305, e-mail: orion@orionpharma.cz, www.orionpharma.cz.

Literatura:

1. Brandes et al. Sumatriptan-Naproxen for Acute Treatment of Migraine A Randomized Trial JAMA 2007; 297: 1443-1454.

Datum zpracování zkrácené informace: 29. 1. 2025

ORION
PHARMA
Orion Pharma s.r.o.
Na strži 21/02/61a, 140 00 Praha 4, tel.: +420 234 703 305
e-mail: orion@orionpharma.cz, www.orionpharma.cz
Datum zpracování reklamního materiálu: 5. 3. 2025
02/PSY/NEU/2025/015_001

 VYROBENO VE FINSKU



ABSTRAKTA



Seznam abstrakt

strana

Na Whiplash syndrom invazivně? Kdy, jak, a proč. <i>Adam M., Vašek P., Matias M.</i>	16
Rezistentní a refrakterní migréna <i>Bártková A.</i>	17
Diagnostika bolestí hlavy u dětí pomocí obrázku <i>Beranová J.</i>	18
Kazuistika: společné využití míšní stimulace a sakrální neuromodulace u komplexní dysfunkce pánevního dna <i>Blažek F., Krahulík D., Gabryš M., Hrabálek L.</i>	19
Retrospektivní analýza využití neuromodulace na našem pracovišti <i>Blažek F., Krahulík D., Gabryš M., Hrabálek L.</i>	20
Fixní kombinace sumatriptan a naproxen v akutní léčbě migrény <i>Blažková K.</i>	21
Dnes ne, bolí mě hlava <i>Cvrček P., Nováková J., Waszniowska H.</i>	22
Patofyziologie vzniku orofaciální bolesti <i>Fricová J., Rokyta R.</i>	24
Bezpečná léčba bolesti nsaid (naproxen) <i>Fricová J.</i>	25
Léčebné konopí 2025 – aktuální informace <i>Hříb R.</i>	26
Profylaktická léčba migrény u dětí <i>Knedlíková L., Danhofer P.</i>	27
Význam genetiky migrény pro strategii profylaktické léčby <i>Kotas R.</i>	28
Orofaciální bolest a její léčba <i>Kozák J.</i>	29

Seznam abstrakt

strana

Ketamin: nebezpečná droga, nebo všelék? <i>Málek J.</i>	31
Je diagnóza: nová denní persistující bolest jasná? Kasuistika a diskuse. <i>Marková J.</i>	33
Kapka po kapce-výhody intravenozního podání eptinezumabu pro pacienty i lékaře <i>Marková J.</i>	34
Migréna v dětském věku <i>Krška Kušnířiková Z., Medřická H.</i>	35
Kardiální bolest hlavy <i>Mračková J.</i>	36
Migréna a krční páteř <i>Niedermayerová I.</i>	37
Eagle syndrom <i>Pikulová H., Šprláková A., Smrčka M.</i>	38
Bolesti si skloubení a indikace k intervencím <i>Procházka J.</i>	40
Idiopatická orofaciální bolest – diagnostická a terapeutická výzva <i>Řehulka P.</i>	42
Jak správně titrovat dávku verapamilu u cluster headache? <i>Řehulka P.</i>	43
Kdy jsou intervenční metody neúčinné nebo nevhodné? <i>Vašek P.</i>	44
Historie léčby bolestí hlavy a obličeje <i>Vrba I.</i>	45

NA WHIPLASH SYNDROM INVAZIVNĚ? KDY, JAK, A PROČ.

Adam M., Vašek P., Matias M.

Europainclinics Brno

Whiplash syndrom je v dnešní době poněkud časté, ale opomíjené postižení, které ale často vede k chronifikaci potíží.

Syndrom je vázaný na akceleračně-decelerační trauma krční oblasti a hlavy s rozmezím projevů od nespecifických, až po vážná neurologická postižení. Podle míry těchto potíží a jejich vlivu na denní aktivity rozdělujeme závažnost syndromu do čtyř stupňů.

Z povahy a trvání těchto potíží pak vyplývá management a léčba. Invazivní řešení potíží v tomto případě bývá většinou poslední možností, jak těmto pacientům pomoci k návratu do běžného života, ale někdy je vhodné o něm přemýšlet již v počátku jasné chronifikace symptomatiky.

Cílem přehledu bude objasnit i na kazuistikách, kdy a za jakých okolností, je vhodné přistoupit k invazivní léčbě u whiplash syndromu.

REZISTENTNÍ A REFRAKTERNÍ MIGRÉNA

Bártková A.

Neurologická klinika LFUP a FN v Olomouci

U malé části pacientů s migrénou se, navzdory pokročilým terapeutickým možnostem, nedostavuje dostatečná kompenzace onemocnění. Rezistentní a refrakterní migréna jsou relativně nově vymezené pojmy. Aktuálními se, při hodnocení efektu preventivních farmak, staly po příchodu biologické léčby. Evropská federace pro bolesti hlavy (EHF) z roku 2020 definuje rezistentní a refrakterní migrénu na základě selhání předchozích preventivních léků. Při selhání $\geq$ tří profylaktik z různých skupin hovoříme o rezistentní migréně a při selhání všech tříd preventivních léků o migréně refrakterní. Rezistentní migréna se může vyvinout v refrakterní, protože postupně více preventivních léčebných postupů nedosáhne žádoucího efektu.

DIAGNOSTIKA BOLESTÍ HLAVY U DĚTÍ POMOCÍ OBRÁZKU

Beranová J.

Nemocnice Jindřichův Hradec, centrum pro bolesti hlavy u dětí

Primární bolesti hlavy u dětí jsou velmi časté. Jsou nejčastější příčinou návštěvy ambulance dětského neurologa. Migréna u dětí se v mnohých parametrech liší od migrény u dospělých, proto mají děti také upravená diagnostická kritéria pro migrénu. Někdy je velmi obtížné získat od dětí dobrý popis svých bolestí, migréna mívá slabší intenzitu, bývá oboustranná a více se může podobat tenzním bolestem hlavy. Je velmi užitečné už v dětském věku rozlišit, zda dítě trpí migrénou nebo tenzními bolestmi hlavy, můžeme pak zvolit odlišný přístup v akutní a také preventivní terapii. Jako pomocnou metodu k rozlišení bolesti hlavy u dětí používám obrázek, ve kterém mi dítě namaluje pohled na své bolesti hlavy. Chtěla bych se s vámi podělit o mé první zkušenosti s používáním této metody a o velmi zajímavé výsledky. Zdá se, že z dětských obrázků se dá zjistit mnohem více informací, než jen o jaký typ bolesti hlavy se u dítěte jedná.

KAZUISTIKA: SPOLEČNÉ VYUŽITÍ MÍŠNÍ STIMULACE A SAKRÁLNÍ NEUROMODULACE U KOMPLEXNÍ DYSFUNKCE PÁNEVNÍHO DNA

Blažek F., Krahulík D., Gabryš M., Hrabálek L.

Neurochirurgická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: Chronické bolestivé syndromy spojené s komplexními patologií páteře a sakroiliakálního (SI) kloubu představují významnou klinickou výzvu, zejména pokud konvenční terapie neposkytuje úlevu.

Metodika: Tato kazuistika se zabývá inovativním současným použitím sakrální neuromodulace (SNM) a stimulace míšních nervů (SCS) při léčbě refrakterní spinopelvicke dysfunkce a poruch pánevního dna.

Výsledky: V prosinci 2023 byla zavedena SNM k léčbě dysfunkce pánevního dna, což vedlo ke zlepšení močových a střevních příznaků o 70–80 %. Následně byla v říjnu 2024 aplikována SCS pro refrakterní bederní a radikulární bolest, což vedlo k 90% snížení bolesti a zlepšení kvality života.

Diskuse: Strategie dvojí neuromodulace poskytla synergickou úlevu s trvalým zlepšením bolesti, pánevní funkce a kvality života. Tento případ zdůrazňuje komplementární mechanismy SNM a SCS a jejich potenciál při řešení složité interakce ortopedické, neuropatické a viscerální bolesti.

Závěr: Úspěch tohoto přístupu zdůrazňuje důležitost precizní medicíny a multidisciplinární péče v léčbě chronické bolesti. Přestože jsou výsledky slibné, je zapotřebí dalšího výzkumu pro upřesnění kritérií výběru pacientů, optimalizaci programování neuromodulace a zkoumání mechanismů terapeutické synergie.

Literatura

1. Kumar K, et al. Spinal cord stimulation in chronic pain management. Neurosurgery. 2007.
2. Siegfried J, et al. Sacral nerve stimulation for urinary control. J Urol. 1999.
3. Alo KM, et al. Combined neuromodulation for complex pain. Pain Med. 2011.

RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA VYUŽITÍ NEUROMODULACE NA NAŠEM PRACOVIŠTI

Blažek F., Krahulík D., Gabryš M., Hrabálek L.

Neurochirurgická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: Neuromodulace je pokročilá terapie pro zvládání chronické bolesti modulací nervové aktivity pomocí elektrické stimulace. Tato studie hodnotí klinické výsledky neuromodulačních terapií, včetně stimulace míšních nervů (SCS), stimulace okcipitálních nervů (ONS) a stimulace periferních nervových polí (PNFS) u pacientů s refrakterní chronickou bolestí.

Metodika: Byla provedena retrospektivní analýza na Neurochirurgické klinice Fakultní nemocnice Olomouc u 70 pacientů, kteří podstoupili neuromodulační terapii v letech 2019 až 2024. Indikace zahrnovaly Persistent Spinal Pain Syndrome Type 2 (PSPS-T2), Persistent Spinal Pain Syndrome Type 1 (PSPS-T1), syndrom komplexní regionální bolesti (CRPS) a syndrom selhání operace krční páteře. Úleva od bolesti byla hodnocena pomocí vizuální analogové škály (VAS) před a po implantaci.

Výsledky: Pacienti zaznamenali významné snížení bolesti po implantaci. U pacientů s PSPS-T2 (n=40) se průměrné skóre VAS snížilo z 5,58 na 1,80 (snížení o 67,2 %). Podobné trendy byly pozorovány u PSPS-T1 (snížení o 64,5 %), CRPS (snížení o 85 %) a dalších stavů s celkovým průměrným snížením bolesti o 58,3 %. Nejčastěji byly použity perkutánní elektrody a nedobíjitelné implantabilní pulzní generátory (IPG).

Diskuse: Neuromodulace je účinnou léčbou refrakterní chronické bolesti, která významně snižuje intenzitu bolesti při různých stavech. Optimalizace výběru pacientů a parametrů stimulace zůstává zásadní pro maximalizaci přínosu.

Závěr: Neuromodulace je účinnou léčbou refrakterní chronické bolesti, která významně snižuje intenzitu bolesti při různých stavech. Optimalizace výběru pacientů a parametrů stimulace zůstává zásadní pro maximalizaci přínosu. Budoucí studie by měly hodnotit dlouhodobou účinnost a nákladovou efektivitu.

Literatura

1. Kumar K, et al. Long-term outcomes of spinal cord stimulation. Pain. 2008.
2. Deer TR, et al. Peripheral nerve stimulation in chronic pain. Neuromodulation. 2013.
3. Melzack R, et al. Pain mechanisms and neuromodulation. Science. 2001.

FIXNÍ KOMBINACE SUMATRIPTAN A NAPROXEN V AKUTNÍ LÉČBĚ MIGRÉNY

Blažková K.

Neurologická klinika Fakultní Thomayerovy nemocnice a 3. LF UK, Centrum pro diagnostiku a terapii bolestí hlavy

Základním pilířem akutní terapie migrény jsou již více než 30 let triptany, specifictví agonisté serotoninových 5-HT_{1B,D} receptorů. Mechanismus jejich účinku spočívá především ve vazokonstrikci intrakraniálních arteriol, inhibici vyplavení vazoaktivních peptidů včetně CGRP a periferní inhibici nocicepce trigeminovaskulárního systému. Další účinnou možností akutní terapií jsou nesteroidní antiflogistika (NSAID), která inhibují enzym cyklooxygenázu, čímž zabraňují vyplavení prostaglandinů a zmírňují zánětlivé procesy v meningeálním prostoru a zabraňují centrální senzitivizaci.

Fixní kombinace sumatriptanu a naproxenu působí tedy multisystémově, na různá místa v patofyziologii migrenózní ataky a poskytuje tak výhody oproti monoterapii. Navíc je farmakokinetika přípravku Frimig duo modifikována tak, aby podpořila rychlejší vstřebávání sumatriptanu. Již řada studií prokázala, že Frimig duo poskytuje lepší a rychlejší úlevu od bolesti a doprovodných příznaků migrény než samotný sumatriptan, přičemž pacienti vykazovali nižší míru recidiv.

V přednášce jsou na několika kazuistikách demonstrovány modelové situace pacientů, u kterých je podání fixní kombinace sumatriptanu a naproxenu výhodné.

DNES NE, BOLÍ MĚ HLAVA

Cvrček P., Nováková J., Waszniowska H.

Centrum pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy a Ambulance bolesti,
Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace

Úvod: Bolesti hlavy, včetně migrény, výrazně negativně ovlivňují kvalitu života. Pacienti díky nim často strádají omezením pracovní výkonnosti, koníčků, nemožnosti soustředění se na činnost, kterou právě vykonávají, apod. Bohužel, jednou z takto postižených oblastí je i kvalita sexuálního života.

Nemocní při návštěvě lékaře referují hlavně o intenzitě a délce trvání bolesti, frekvenci jednotlivých atak, o doprovodných vegetativních příznacích, fotofobii, fonofobii, ale o zhoršení sexuálního života nikoliv. V rozporu s tím je zjevná souvislost mezi oběma fenomény, dokonce tak zjevná, že zlidověla v obecně známém rčení: „dnes ne, bolí mě hlava“.

Autoři studie vyšli z předešlého zjištění, že chronická bolest zhoršuje kvalitu pohlavního života a analgetická léčba, byť úspěšná, co se úlevy od bolesti týká, kvalitu sexu nezlepší, mnohdy ji dokonce zhorší (Cvrček, 2014). Zajímalo je, zda preventivní biologická léčba migrény, která významně snižuje počet MMD (monthly migraine days) a zároveň neovlivňuje produkci pohlavních hormonů jako silné opiody, přinese lepší výsledky.

Metodika: V prosinci 2024 a v lednu 2025 byl v Centrum pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy neurologického oddělení jihlavské nemocnice distribuován krátký anonymní dotazník, v němž měli respondenti zohlednit věk, jak dlouho se s migrénou léčí, zda nemoc ovlivňuje negativně kvalitu jejich pohlavního života a pokud ano, zda po nasazení biologické léčby došlo ke zlepšení nebo situace zůstala stejně neuspokojivá, či se dokonce zhoršila.

Výsledky: Dotazník vyplnilo celkem 44 pacientů (39 žen a 5 mužů). Jejich věk byl od 25 do 65 let (průměr 47,4 roku) a s migrénou se léčili od 3 do 49 let (průměr 21,1 roku). Negativní dopad nemoci na oblast sexu udávalo 35 respondentů (79,5% z celého souboru). Otázku efektu biologické léčby jsme tudíž hodnotili u skupiny oněch **35 migreniků**. 26 z nich (**74,3%** podskupiny referující zhoršení sexu) udávalo zlepšení, 9 (**25,7%** téže podskupiny) zlepšení nepozorovalo, ke zhoršení nedošlo u nikdo. Toto zjištění bylo ještě překvapivější při srovnání se zmiňovanou studií z roku 2014, kdy po nasazení analgetické medikace došlo ke zlepšení spokojenosti s kvalitou sexu ovlivněného chronickou bolestí pouze u 18,2% nemocných, nezměněna zůstala u 51,9% a zhoršení jich udávalo 29,9% !!!!

Diskuse: Zhoršení kvality pohlavního života u migreniků je podmíněno hlavně poklesem libida ve dnech, kdy nás bolí hlava. Pokud je biologická léčba úspěšná a klesne počet MMD, klesne i počet dní bez libida a my pak svůj sexuální život považujeme za uspokojivější. Biologická léčba, na rozdíl od silných opioidů, netlumí produkci sexagenů, tudíž její úspěšnost není nikterak „hormonálně devalvována“. A navíc, migrénou strádají povětšinou lidé v produktivním věku, tudíž oblast sexu je pro ně mnohem důležitější, než ve věku seniorním.

Závěr: Pokus nahlédnout efekt preventivní biologické léčby migrény z jiného úhlu pohledu – zhodnocením jejího účinku na kvalitu primárně zhoršeného sexuálního života – přinesl zajímavý výsledek, když ke zlepšení došlo téměř u ¾ respondentů. Jsme si vědomi, že soubor byl poměrně malý, nicméně se domníváme, že podobně optimistických výsledků by bylo dosaženo i při rozsáhlejší studii.

Literatura

Cvrček, P.: Vliv chronické bolesti na kvalitu sexuálního života (pilotní studie). Bolest, 2014, 17: 117-121.

PATOFYZIOLOGIE VZNIKU OROFACIÁLNÍ BOLESTI

Fricová J., Rokyta R.

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

Prevalence orofaciální bolesti se značně odlišuje dle různých zdrojů a studií a postihuje přibližně 10-50 % dospělé populace. Nervus trigeminus je zodpovědný za vnímání bolesti v ústech, zubech a obličeji a je zároveň největším hlavovým nervem, který je zásadní v patofyziologii orofaciální oblasti. Poranění nebo zánět nervu může mít za následek chronickou neuropatickou bolest, charakterizovanou jako akutní a/nebo chronickou bolest spojenou s hyperalgezií a alodynii. Mezi hlavní mechanismy přispívající k rozvoji a udržování orofaciální neuropatické bolesti patří periferní a centrální senzitivace, nesmíme také opomenout zapojení iontových kanálů, neurotransmiterů nebo přítomnost zánětu. Periferní senzitivace hraje klíčovou roli při iniciaci orofaciální neuropatické bolesti. Po poranění nebo poškození trojklaného nervu se primární aferentní neurony a nociceptory v postižené oblasti stávají hyperexcitabilními. Tato hyperexcitabilita je důsledkem různých molekulárních a buněčných změn, včetně upregulace iontových kanálů, modifikace receptorových funkcí a zvýšené exprese prozánětlivých mediátorů. Vznik orofaciální bolesti je závislý na synaptické plasticitě mozku. Dlouho známý fenomén wind-up (zprůvanění) se týká postupného zesilování neuronálních odpovědí během opakované stimulace vysokoprahových smyslových vláken, zejména C-vláken, poprvé fenomén popsali Mendell a Wall. Tento jev je charakterizován homosynaptickým mechanismem, což znamená, že se vyskytuje na stejné synapsi, kde je stimulace aplikována. Naproti tomu centrální senzitivace znamená zvýšenou odezvu neuronů po období opakované stimulace, a to i poté, co stimulace skončila. Recentní klinické studie týkající se funkcí a mechanismů kalcitoninových genů (CGRP), substance P, opioidního peptidu, galaninu a dalších neuropeptidů, jakož i slibných cílů pro kontrolu orofaciální bolesti. Tyto a další neuropeptidy mají odlišné pronociceptivní nebo analgetické účinky v patofyziologii orofaciální bolesti. V současné době jsou tato klinická hodnocení velkou nadějí na objasnění mechanismu orofaciální bolesti a s tím i možnosti nových léčebných přístupů.

BEZPEČNÁ LÉČBA BOLESTI NSAID (NAPROXEN)

Fricová J.

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

NSAID tlumí bolest podle meta-analýz se stejnou pravděpodobností jako morfin u akutní bolesti, a proto se řadí mezi velmi účinná analgetika. Základním mechanismem účinku NSAID je, že blokují enzymy cyklooxygenázy (COX), které jsou zapojeny do produkce prostaglandinů. Prostaglandiny přispívají rozvoji k bolesti, zánětu a horečce. Existují dvě hlavní formy tohoto enzymu COX1 a COX 2. Některé NSAID (např. celecoxib) jsou selektivní COX-2 inhibitory, což znamená, že blokují pouze COX-2. Předpokládá se, že zvýšené kardiovaskulární riziko související s použitím NSAID může souviset se stupněm vazebnosti COX-1 a COX-2, které určuje inhibici antitrombotického prostacyklinu (PGI₂) a protrombotického, vazokonstrikčního agens tromboxanu A₂ (TXA₂). Dosavadní poznatky dokazují, že analgetická účinnost četných NSA se v průměru příliš neodlišuje, nicméně se u jednotlivých pacientů může značně lišit. Přestože NSAID jsou účinná analgetika, jejich dlouhodobé užívání nebo nadměrné dávkování může způsobit některé nežádoucí účinky. Analgetický efekt těchto neopioidních analgetik je závislý na velikosti dávky. Nespornou výhodou vlastností u NSAID je minimální rozvoj tolerance i při dlouhodobém používání a rovněž není riziko fyzické závislosti. Naopak. Jednou z hlavních nevýhod této lékové skupiny je riziko závažných gastrointestinálních nežádoucích účinků, zejména krvácení do gastrointestinálního traktu. To je zvýšené nejen u vředové choroby a po užívání vyšších dávek, ale i u starších osob (nad 65 let), při současném podávání kortikoidů, antikoagancií nebo dalších NSA. Naopak kardiovaskulární riziko je dle některých klinických hodnocení relativně nižší než u ostatních léků této skupiny. Naproxen má na rozdíl od dalších NSA delší biologický poločas 12-15 hodin a je deklarován ástup analgetického efektu do 1 hodiny. Naproxen je indikován ke krátkodobé léčbě určené ke zmírnění zánětu a k úlevě od mírné až středně silné bolesti. Nejčastějšími bolestmi, u kterých je vhodné zvážit indikaci naproxenu a které jsou obvykle spojeny se zánětem jsou bolesti zubů, kloubů, zad, svalů nebo bolesti po úrazech a operacích. Naproxen je dostupný nejen na lékařský předpis, ale i v nižších dávkách bez předpisu. Obecná doporučení se shodují na faktu, že při užívání i nesteroidních protizánětlivých léků je potřeba indikovat nejnižší účinnou dávkou a léčbu ponechat na co nejkratší dobu.

LÉČEBNÉ KONOPÍ 2025 – AKTUÁLNÍ INFORMACE

Hříb R.

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.

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 legislativními změnami od 1. 4. 2025, které jsou spíše pozitivní směrem k pacientům, ale pro lékaře budou mít určitá úskalí. V době konání symposia již budou i první zkušenosti s předepisováním léčebného konopí dle novely vyhlášky.

PROFYLAKTICKÁ LÉČBA MIGRÉNY U DĚTÍ

Knedlíková L., Danhofer P.

Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno

Migréna je jedním z nejčastějších neurologických onemocnění u dětské populace a může mít vážný dopad na kvalitu života dětí i jejich rodin. Profylaktická léčba migrény je indikována zejména u dětí s častými, dlouhotrvajícími nebo invalidizujícími záchvaty, které neadekvátně reagují na akutní terapii. Cílem preventivní léčby je snížení frekvence a intenzity bolestí hlavy a zlepšení fungování dětí v každodenním životě. Profylaktická farmakoterapie u dětí je limitována nedostatkem robustních důkazů o účinnosti běžně používaných léků. Studie naznačují, že některé farmakologické přístupy mohou vést ke snížení frekvence záchvatů, avšak vysoká odpověď dětí na placebo komplikuje hodnocení jejich efektivity. Kombinace farmakoterapie s kognitivně-behaviorální terapií se jeví jako přínosná. Nezbytnou součástí profylaktické léčby jsou i další nefarmakologické intervence, zahrnující edukaci pacienta a jeho rodiny, záznamy bolestí hlavy, optimalizaci spánkového režimu a redukci spouštěcích faktorů. Vzhledem k nejasnostem ohledně účinnosti a bezpečnosti jednotlivých léčiv u dětí je klíčové rozhodování založené na sdílené diskusi mezi lékařem, dítětem a jeho pečovateli. Cílem přednášky je poskytnout přehled aktuálních poznatků o profylaktické léčbě migrén u dětí, jejích limitech a možných budoucích směrech v klinické praxi.

VÝZNAM GENETIKY MIGRÉNY PRO STRATEGII PROFYLAKTICKÉ LÉČBY

Kotas R.

Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

Migréna je vysoce disabilizující, komplexní mozková porucha se silnou akumulací výskytu v postižených rodinách. Relativní riziko migrény pro příbuzné prvního stupně je až 4x vyšší v porovnání s všeobecnou populací. Novější studie odhalují heritabilitu migrény kolem 43%, je vyšší u migrény s aurou než bez aury.

Jen malá část migrény je monogenní. Klasickým příkladem je familiární hemiplegická migréna (FHM) dědičná autozomálně dominantně. Zde patogenní mutace v jednom genu s vysokým efektem je dostatečná, aby způsobila onemocnění. FHM je geneticky heterogenní a dělí se na FHM 1 až 4 na základě mutací v genech CACNA1A, ATP1A2, SNC1A a PRRT2.

U běžněji se vyskytujících forem migrény, jako je migréna bez aury a s aurou, je situace odlišná. Identifikace genových variant, které jsou zodpovědné za běžné formy migrény je obtížná. Pozornost se obrátila k tzv. genome-wide association studies (GWAS), které vyšetřují miliony polymorfismů, zvaných single nucleotide polymorphisms (SNPs) na velmi velkých souborech pacientů s migrénou a ty se porovnávaly s velmi velkými soubory zdravých kontrol. Lze pak určit, že určité polymorfismy se statisticky signifikantně více vyskytují ve skupině nemocných.

Podle posledních dvou GWAS studií (Hautakangas 2022 a Choquet 2022) bylo identifikováno nyní kolem 180 rizikových migrenózních lokusů neboli genetických variant s nízkým efektem, přičemž součet jejich efektů je dostatečný, aby vyvolal onemocnění.

Tato významná genetická dispozice také vysvětluje, proč dochází po vysazení jak klasické profylaktické léčby (Kotas 1999), tak léčby monoklonálními anti-CGRP protilátkami (studie PEARL s fremanezumabem – Mitsikostas, Ashina...Nežádal et al. 2024) k opětovnému významnému nárůstu průměrného počtu MMD již během několika málo měsíců (ve studii PEARL byla pauza v léčbě průměrně 2,6 měsíce). Navíc po znovuzahájení léčby fremanezumabem byla účinnost relativně nižší v porovnání s prvním léčebným cyklem.

Závěrem lze říci, že migréna je polygeneticky podmíněné onemocnění s trvalou významnou genetickou dispozicí vedle faktorů zevního prostředí a nelze předpokládat, že časově omezenou léčbou onemocnění vyléčíme. Proto léčba monoklonálními anti-CGRP protilátkami by měla být kontinuální obdobně jako při léčbě epilepsie s možností vysazení léčby individuálně v případech dlouhodobé naprosté kompenzace bez záchvatů.

OROFACIÁLNÍ BOLEST A JEJÍ LÉČBA

Kozák J.

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

Orofaciální bolesti (OFB) patří mezi bolesti, které jsou často obtížně terapeuticky řešitelné, diagnosticky svízelné, alterují psychický stav pacientů a mohou vyvolat těžké psychosociální následky při své chronifikaci. OFB je většinou chápána ve vztahu se somatickými příčinami a to zejména v souvislosti s neuropatickým typem bolesti při postižení nervového systému somatickým onemocněním, či po chirurgickém i jiném intervenčním zákroku. Psychologické faktory s rizikem chronifikaci stavu jsou méně zkoumány a často i podceněny jejich korelace s orofaciální bolestí.

Základním krokem při zvládání chronické orofaciální bolesti je identifikace základní příčiny vzniku OFB, což zahrnuje komplexní klinické vyšetření, pomocné zobrazovací i laboratorní vyšetření a velmi důležitá je konzultace s odbornostmi, které se této problematice věnují, o chronifikace obtíží i s psychologem a psychiatry. Pokud je identifikována základní příčina bolestí a obtíží je nezbytné vypracovat plán léčby. Při jasné definici somatických příčin je nezbytná spolupráce zejména se stomatology, stomatochirurgy a ev. ORL specialisty.

OFB mívá multifaktoriální etiologii. Jako příčina OFB mohou být temporomandibulární poruchy a onemocnění, neuropatické bolesti s postižením senzitivní složky hlavových nervů, různé druhy chronických bolestí hlavy tensního i migrenózního původu, myofasciální bolesti v obličeji v přilehlých měkkých tkáních hlavy a krku. Velkou skupinou onemocnění, která mohou OFB vyvolat jsou stomatologické afekce a onemocnění dutiny ústní, včetně traumat a intervenčních zákroků. Méně častý výskyt OFB je při některých autoimunních onemocněních, revmatoidní artritidě, lupus erythematosus a dalších primárně kloubních a interních onemocněních. V diagnostice OFB a rozvaze o její etiologii nelze opomenout ani kategorii idiopatické orofaciální bolesti. Idiopatická orofaciální bolest (IOFB) je skupina bolestivých onemocnění obličeje nebo dutiny ústní nejasné etiologie.

Diagnostika OFB je založena na zhodnocení klinických charakteristik bolesti a ev. stanovení či vyloučení sekundární příčiny. Časná diagnostika a účinná farmakologická terapie je pozitivním prognostickým faktorem, naopak opakované invazivní zákroky často prognózu zhoršují zejména u IOFB. Depresivní a úzkostné symptomy postihují až polovinu pacientů s OFB. Psychologické terapeutické přístupy vedle základních farmakologických postupů jsou často nezbytné.

Ke komplexnímu algeziologickému postupu patří zejména farmakoterapie, méně často jsou indikovány intervenční algeziologické techniky a obštriky v oblasti hlavy a obličeje. Dokumentovány jsou i neurostimulační metody. Technika Motor Cortex Stimulation (MCS) přímo modifikuje mozkovou aktivitu pomocí intrakraniálně zavedených elektrod. Méně intervenční a zatěžující metody pro pacienta jsou metody, které nevyžadují operační přístup ke stimulaci mozku - transkraniální magnetická stimulace (TMS) a transkraniální stimulace stejnosměrným proudem (tDCS), tDCS používá povrchové elektrody s anodou a katodovými póly k dodávání stabilního nízkoproudového elektrického proudu do centrálního nervového systému. Naproti tomu TMS mění magnetická pole za účelem zvýšení nebo snížení neuronální aktivity. Literární údaje o dlouhodobých analgetických účincích těchto metod nejsou jednotné a proto se v algeziologické praxi používají spíše méně invazivní neoperační aplikace neurostimulace jaké představuje hlavně TMS a tDCS.

Diagnostika i léčba orofaciálních bolestivých stavů bývá složitá, zejména pokud se tyto stavy chronifikují a představují velký problém a výzvu pro všechny odborníky, kteří se touto problematikou zabývají.

KETAMIN: NEBEZPEČNÁ DROGA, NEBO VŠELÉK?

Málek J.

Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV Praha

Úvod: Ketamin je derivát fencyklidinu (PCP). PCP byl původně vyvinutý pro krátkodobé anestezie (1957, Sernylan), ale záhy se ukázaly jeho nežádoucí psychomimetické účinky, pro které byl z medicínského použití stažen a později nahrazen právě ketaminem. PCP začal být zneužíván jako rekreační droga (andělský prach) s maximem uživatelů v 70. a 80. letech. Má však zcela nepředvídatelný účinek a jeho užívání vedlo k řadě úmrtí („Když vezmeš a přežiješ, jseš správně tvrdý chlap.“) a v současné době je ve srovnání s jinými nelegálními látkami méně populární. Běžný ketamin je racemát, kromě toho je registrován i jeho analgeticky a anesteticky účinnější enantiomer S-ketamin, zatímco R-ketamin zatím registrován není, ale je předmětem intenzivního výzkumu, protože má větší a setrvalejší účinky v léčbě depresí.

Ketamin jako droga

Ketamin je používán jako anestetikum ve veterinární medicíně od r. 1962 a v humánní medicíně od r. 1963. V USA byl nejprve testován na věznicích, kteří jako první popsali jeho psychomimetické účinky. Velkého rozšíření doznal za války ve Vietnamu, kde američtí vojáci rovněž záhy rozpoznali jeho účinky na změnu prožívání reality a začali ho zneužívat k rekreačním účelům. V současnosti je používán jako tzv. taneční droga pro své vlastnosti zesilovat senzorické vjemy, měnit vnímání času a prostoru, ale i jako tzv. date-rape drug. Nebezpečí při předávkování spočívá v hypertermii, dehydrataci, sympatikotonii a v kombinaci s dalšími látkami v poruše dýchání. Dlouhodobé podávání vede k hemorragické cystitidě, poruše detrusoru měchýře, biliárním potížím a bolestem břicha, také může vést k psychickým příznakům podobným schizofrenii. USA se snažily omezit jeho obchodování, ale vzhledem k tomu, že v málo rozvinutých zemích je to často jediné dostupné anestetikum, tento návrh ve WHO neprošel. Zvláštní místo zaujímají tzv. psychedelické kliniky a pracoviště nabízející za úplatu psychologicko-psychiatrické vyšetření s následnou kombinací psychoterapie a ketaminu. Na svých reklamních webových stránkách nicméně přiznávají, že jde o off-label použití (především indikací, méně zdůrazňují podání neanesteziologem).

Ketamin jako lék

Ketamin je lék s mnoha možnostmi využití v nejrůznějších lékařských oborech, ačkoliv dle SmPC ho smí podávat pouze lékař školený v anesteziologii a s vybavením k neodkladné resuscitaci. V ČR je registrován pro intravenózní a intramuskulární anestezii a pro léčbu akutní somatické bolesti i nazálně. K často užívaným indikacím patří i léčba akutní a chronické bolesti, Další, méně známé a studované indikace jsou

bronchospasmus rezistentní na běžnou terapii, adjuvantní léčba u astmatického stavu, úporná škytavka a také priapismus. Existují i ojedinělé studie potvrzující jeho efekt na potlačení rekurence nádorů, kontroverzní výsledky se týkají jeho neuroprotektce, resp. neurotoxicity. Kromě intravenózního a intramuskulárního podání jsou v SmPC uvedeny i aplikace alternativními metodami: transbukální a nazální. Nazální aplikace S-ketaminu je v EU registrována pro léčbu deprese (SPRAVATO, Janssen-Cilag).

Ketamin má pozoruhodné spektrum účinků v závislosti na dávce. Zatímco anestetické dávky (1-2 mg/kg i.v., 4-10 mg/kg i.m.) vyvolá celkovou anestezii často se zachovanou průchodností dýchacích cest, dávky poloviční až třetinové působí analgezií bez vyřazení vědomí. Subanestetické dávky (0,1-0,3 mg/kg/h) již nemají vlastní anestetické, ani analgetické účinky, ale využívají se k odstranění tolerance na analgetické účinky opioidů, v léčbě chronické i neuropatické bolesti (1), v posledních letech k terapii deprese. V neurologii byly popsány dobré výsledky u migrén, refrakterních bolestí hlavy a u status epilepticus (2, 3).

Závěrem lze konstatovat, že ketamin je unikátní látka s mnoha medicínskými benefity, ale jako podobné preparáty s účinkem na CNS by neměl být hračkou v rukách laických experimentátorů.

Literatura

1. Málek J et al. Efekt perioperačního podávání ketaminu na potlačení vzniku chronické bolesti po operaci prsu - prospektivní studie. Anest. intenziv. Med. 2006;17(1):34-37.
2. Cvrček P. Ketamin - nové antimigrenikum? Bolest 2002;(5)4: 244-246
3. Rueda Carrillo et al. Ketamine and its emergence in the field of neurology. Cureus. 2022 Jul 28;14(7):e27389. doi: 10.7759/cureus.27389.

JE DIAGNÓZA: NOVÁ DENNÍ PERSISTUJÍCÍ BOLEST JASNÁ? KASUISTIKA A DISKUSE.

Marková J.

Neurologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Podle klasifikace ICHD 3 je Nová denní persistující bolest hlavy zařazena do skupiny primárních bolestí hlavy do skupiny Další primární bolesti hlavy za migrénu, tenzní bolesti hlavy a trigeminové autonomní neuralgie.

Dříve užívané názvy jsou chronická bolest s náhlým začátkem; de novo chronická bolest. Je to trvalá bolest hlavy, vyskytující se denně od náhlého začátku, který je jasně zapamatován. Bolest nemá typické charakteristiky, může být „migraine-like” nebo „tension-type-like” nebo má rysy obou těchto bolestí. Diagnostická kritéria jsou:

A/ Persistující bolest hlavy splňující kritéria B a C

B/ Zřetelný a jasně si uvědomovaný začátek, s bolestí, která je od té doby stálá a neremitující

C/ Přítomna více jak 3 měsíce

D/ Není lépe vysvětlitelná jinou ICHD-3 diagnózou

V prezentaci je popsán příběh pacienta, u něhož bolest vznikla náhle v červenci roku 2023, trvala od té doby bez remise, byl léčen pregabalinem, karbamazepinem a amitriptylinem, bez efektu, pomáhal jen Novalgin, který bral 2-3 tablety denně. Zobrazení i všechna pomocná vyšetření na jaře 2024 byla s normálními nálezy, jen lehká abnormita v jaterních testech, která byla vysvětlována nadužíváním Novalginu. Na podzim pak byla zjištěna trombocytóza a zvětšení sleziny. Bylo diagnostikováno chronické krevní onemocnění, nasazena léčba ASA, po které došlo k téměř okamžité úlevě od bolestí hlavy. Jednalo se tedy o sekundární bolest hlavy. Diskutovány možnosti správné diagnostiky, pravděpodobně i v souladu s literaturou připuštěno, že diagnóza: Náhlá denní persistující bolest hlavy může být jak primární, tak i sekundární.

KAPKA PO KAPCE-VÝHODY INTRAVENOZNÍHO PODÁNÍ EPTINEZUMABU PRO PACIENTY I LÉKAŘE

Marková J.

Neurologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Prezentace podává přehled o podávání eptinezumabu a klade důraz na možnosti pacienta spolurozhodovat o léčbě. Toto sdílené rozhodování umožní pacientovi také přijmout lépe odpovědnost za svůj zdravotní stav. Jsou citovány aktivity SHARE (seek, help, asses, reach, evaluate), tedy účast pacienta na rozhodování, pomoci prozkoumat možnosti léčby, zjistit preference pacienta, dojít k rozhodnutí o dalším postupu a toto zhodnotit. Důležitý je dopad léčby na kvalitu života a naplnění očekávání pacienta.

Referovány časté otázky pacientů na léčbu eptinetumabem

„Za jak dlouho to zabere?, „Jak často budu na infuze docházet? „Budu mít po vykapání infuze nějaká omezení? Budu pak moci jít do práce? Budu pak moci řídit?“

Dále je zmíněna observační studie REVIEW ze Spojených států, kde byly zjišťovány zkušenosti pacientů i zdravotníků s podáváním infuzí eptinezumabu. Jednalo se o pacienty, kteří byli předtím léčeni jak monoklonálními protilátkami proti CGRP, tak i gepanty, botulotoxinem i standardní perorální medikací. Zajímavá byl počet udávaných „dobrých dnů“, který se po nasazení eptinezumabu zvýšil o 10 za měsíc. Považujeme za prokázané, že léčba eptinezumabem je migreniky obecně dobře tolerována a má vysokou účinnost.

MIGRÉNA V DĚTSKÉM VĚKU

Krška Kušnířiková Z.^{1,2}, Medřická H.^{1,2}

¹ Oddělení dětské neurologie FN Ostrava

² Katedra klinických neurověd, Lékařská fakulta Ostravské univerzity

Bolesti hlavy patří celosvětově mezi nejčastější příčiny disability a morbidit. Vyskytují se v každém věku. Přibližně 1 z 10-ti dětí s bolestí hlavy má migrénu, která zhoršuje jeho kvalitu života i školní výkonnost. Klinická manifestace migrény v dětském věku je variabilní a kromě samotné bolesti hlavy jsou časté i doprovodné příznaky (vizuální, senzitivní, motorické, vegetativní a jiné). Poznáme i několik fenotypů migrény, kde v klinickém obraze nedomnuje bolest hlavy. Terapie migrény je i v dětském věku rozdělena na akutní a profylaktickou, ale ve srovnání s dospělými pacienty má svá specifika, které jsou dané samotným dětským pacientem a dostupností daných léčivých preparátů pro dětský věk.

KARDIÁLNÍ BOLEST HLAVY

Mračková J.

Kardiální bolest hlavy (cardiac cephalgia – CC) je typem sekundární bolesti hlavy nejčastěji související s ischemií myokardu. V literatuře jsou zatím dokumentovány maximálně desítky případů, ač podle některých autorů se udává výskyt až u jedné třetiny nemocných s kardiovaskulární příhodou. Ohledně možných patofyziologických mechanismů existují různé teorie, přesná podstata není dosud zcela objasněna. Ačkoli typickým projevem akutního koronárního syndromu jsou bolesti na hrudi, někteří pacienti mohou pociťovat bolest hlavy jako doprovodný příznak, u části z nich se pak dokonce může jednat o příznak jediný. Klinické projevy kardiální cefaleje se často překrývají s projevy primárních bolestí hlavy, jak migrény, tak tenzní cefaleje. Lokalizace bolesti je poměrně variabilní, může být jednostranná i oboustranná, autonomní příznaky mohou, ale nemusí být vyjádřeny. Kardiální cefalea může být zaměněná také za bolest hlavy způsobenou fyzickou či sexuální aktivitou, což může působit diagnostické rozpaky a v případě nesprávného rozpoznání mít i fatální následky. Zvláště rizikovým je v případě kardiální bolesti hlavy užití vazokonstriktorů, které mohou svým působením dále zhoršit ischemické poškození myokardu. Z podstaty svojí příčiny může kardiální bolest hlavy signalizovat život ohrožující stav, proto je dobré mít tuto klinickou jednotku v povědomí a nepodceňovat ji.

MIGRÉNA A KRČNÍ PÁTEŘ

Niedermayerová I.

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

Bolesti krční páteře (CP) mají vysokou prevalenci v celé populaci. V rámci mezinárodní klasifikace bolestí hlavy je cervikogenní bolest hlavy samostatnou diagnostickou jednotkou sekundární bolesti hlavy. Je charakterizována jako bolest, která je podmíněna poškozením nebo poruchou oblasti cervikogenní, je přítomna významná porucha dynamiky CP, bolest může být zmírněna farmakologickou bloádou CP a zlepšena či odstraněna po vyřešení strukturální či funkční příčiny. Definice migrény nezahrnuje bolest v oblasti krku či krční páteře (CP). Klinická pozorování i studie ukazují, že bolesti CP se vyskytují asi 3x častěji u pacientů s migrénou než u osob s nemigrenózními bolestmi hlavy. Přitom definice migrény dle mezinárodní klasifikace bolestí hlavy nezahrnuje symptom bolesti v oblasti krku či CP. Bylo také prokázáno, že u osob s chronickou migrénou je vyšší pravděpodobnost výskytu bolesti CP než u osob s epizodickou migrénou. Byla nalezena pozitivní korelace mezi frekvencí atak migrény a bolestí CP. Bolest CP se vyskytuje ve všech stádiích migrenózní ataky, ale většina studií ukazuje, bolest CP je součástí preiktální fáze migrény. Bolest CP je tak součástí migrenózní epizody a nikoliv jen symptom koexistujícího onemocnění CP. Patofyziologickým podkladem je trigeminocervikální komplex zahrnující dorzální rohy v úrovni segmentů C1, C2 a C3 krční míchy a trigeminální nucleus caudalis. Neurony této oblasti vysílají nociceptivní aferentní vzruchy do mozkového kmene, stejně jako aferentace trigeminovaskulárního komplexu. Předmětem diskusí je, zda bolest CP je primárním symptomem v rámci migrenózní ataky anebo vzniká až sekundárně descendentní aktivací trigeminocervikálního komplexu.

Citace

1. Lampl C et al. Neck pain in episodic migraine: premonitory symptom or part of the attack. The Journal of Headache and Pain (2015) 16:80 DOI 10.1186/s10194-015-0566-9
2. Al-Khazali HM et al. Prevalence of neck pain in migraine: A systematic review and meta-analysis. Cephalgia 2022, Vol. 42(7) 663–673

EAGLE SYNDROM

Pikulová H.¹, Šprláková A.², Smrčka M.¹

¹ Neurochirurgická klinika FN Brno a LF MU

² Radiologická klinika FN Brno a LF MU

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705)

Úvod: Eagle syndrom je vzácné onemocnění způsobené prodloužením nebo kalcifikací processus styloideus nebo stylohyoidního vazů. Klinické projevy zahrnují bolest v oblasti krku, obtíže při polykání, bolest hlavy a v některých případech i neurologické symptomy v důsledku komprese cév nebo nervů. Diagnóza se opírá o klinické vyšetření, zobrazovací metody, zejména RTG neb CT, a vyloučení jiných možných příčin obtíží. Léčba může být konzervativní (analgetika, fyzioterapie) nebo chirurgická, při které se odstraňuje prodloužený styloidní výběžek.

Mezi hlavní symptomy patří bolest v oblasti obličeje, krku a hrdla, která se často zhoršuje při žvýkání, zívání, mluvení či otáčení hlavy. Pacienti mohou rovněž pociťovat pocit, že se něco zaseklo v krku, mít potíže s polykáním, trpět tinnitem, bolestmi hlavy a závratěmi. Přestože je prodloužený styloidní výběžek někdy přítomen oboustranně, klinické příznaky se nejčastěji projevují pouze jednostranně.

Pouze cca 0,1-0,2 % lidí v běžné populaci trpí tímto vzácným bolestivým syndromem. Přibližně pouze 4 % lidí má prodloužený processus styloideus. Jeho normální délka je cca 2,5 cm, jako prodloužení se považuje délka nad 3 cm. Nicméně jen velmi malé procento z nich má příznaky Eagleova syndromu. U žen je pravděpodobnost Eagleůva syndromu třikrát vyšší. Většina pacientů je diagnostikována ve 30.- 40. letech.

Diskuze: Prezентujeme případ 59 lete pacientky, které začaly potíže v roce 2022 po podklouznutí na mokré podlaze. Této události předcházela implantace zubního impantátu, což bylo dlouho považováno za hlavní příčinu potíží. Objevily se prudké bolesti v oblasti ucha a dolní čelisti, vystřelovaly směrem do krku, zpočátku měla i závratě, což později odeznělo. Byly provedeny opakovaně magnetické rezonance mozku a C páteře, bez vysvětlující příčiny. V roce 2023 absolvovala i CT paranasálních dutin, na kterém byl zachycen processus styloideus elongatus.

Závěr: Eagleův syndrom je vzácný stav, který může výrazně ovlivnit kvalitu života pacienta. Přestože prodloužený styloidní výběžek se vyskytuje u určité části populace, pouze malá část jedinců vykazuje symptomy, což zdůrazňuje potřebu důkladného vyšetření a individuálního přístupu k léčbě.

Prezentací tohoto případu bychom rádi přiměli tuto vzácnou jednotku, aby se zlepšila péče o pacienty trpících tímto syndromem.

Literatura

1. Eagle Syndrome – Maria R. Bokhari; Charles Graham; Michael Mohseni. - NCBI Bookshelf
2. Eagle's Syndrome, from clinical presentation to diagnosis and surgical treatment: a case report, S. Saccomanno, F. Greco, E. De Corso, D. Lucidi, R. Deli, A. D'Addona, G. Paludetti. Acta Otorhinolaryngol Ital
3. Eagle Syndrome: Symptoms, Causes & Treatment – Cleveland Clinic

BOLESTI SI SKLOUBENÍ A INDIKACE K INTERVENCÍM

Procházka J.

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

Úvod: Sakroiliakální skloubení (SIS) je největší axiální kloub v těle, který přenáší hmotnost trupu na končetiny, podílí se na statické trupu a biomechanice chůze. Funkčně SIS tvoří vlastní kloub s chrupavčitou částí ventrálně a ligamentózní částí dorzálně, dále ligamenta vymezující pohyb v kloubu (tzv. nutaci) a svaly v oblasti pánve.

Metodika: Přibližně 10 až 30% bolestí dolních zad má souvislost se SIS, většinou bývají diagnostikovány jako „nespecifické bolesti zad“. Bolest bývá lokalizovaná do sakroilické oblasti, je provokovatelná diagnostickými manévry a je možné ji utlumit infiltrací anestetika do kloubu. Příčina bolesti SIS může být intraartikulární, extraartikulární nebo smíšená. Častější je extraartikulární etiologie, obvykle ligamentová (iliolumbální, sakrospinální, sakroilické a sakrotuberální ligamenta) nebo myofasciální (nejčastěji z m.piriformis, gluteů nebo z iliopsoatu). Typické pro ni bývají i nekořenové propagace bolesti do dolních končetin, bez ovlivnění šlachových reflexů a bez senzomotorického deficitu.

Výsledky: Základem terapie je vždy cvičení pro zpevnění hlubokého stabilizačního systému a běžná analgetika, což je možné doplnit různými intervencemi. Nejjednoduššími a přesto účinnými intervencemi jsou periartikulární obstruktory cílené do sakroiliakálních ligament. Intraartikulární intervence již vyžadují navigaci pomocí sonografie nebo CT, dalším stupněm jsou radiofrekvenční denervace dorsálních větvíček L4 a L5, případně laterálních větvíček S1 až S3. Vrcholem intervenční léčby jsou stabilizační operace zabraňující hypermobilitám v kloubu.

Závěr: Při klinickém vyšetření pacienta je nutné vždy na SIS jako příčinu bolestí dolních zad myslet. Periartikulární obstruktory SI skloubení jsou poměrně jednoduchou léčebnou metodou, která nevyžaduje žádné speciální vybavení, i když výhodná je sonografická kontrola. Účinek radiofrekvenčních metod je dlouhodobější, je však vázán na patřičné přístrojové vybavení.

Literatura

1. Kiapour A, Joukar A, Elgafy H, Erbulut DU, Agarwal AK, Goel VK: Biomechanics of the sacroiliac joint: anatomy, function, biomechanics, sexual dimorphism and causes of pain. Int J Spine Surg 2020; 14 (Suppl.1): S3-S13
2. Cohen SP: Sacroiliac joint pain. Essentials Pain Med 2018: 601-612.e2. doi:10.1016/b978-0-323-40196-8.00066-8
3. Booth J, Morris S: The sacroiliac joint – victim or culprit. Best Pract Res Clin Rheumatol 2019; 33 (1): 88-101

IDIOPATICKÁ OROFACIÁLNÍ BOLEST – DIAGNOSTICKÁ A TERAPEUTICKÁ VÝZVA

Řehulka P.

Centrum pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, I. neurologická klinika FN u sv. Anny a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno

Idiopatická orofaciální bolest je skupina onemocnění postihujících obličejovou oblast a dutinu ústní, jejichž etiologie není zcela objasněna. Do této skupiny patří syndrom palčivých úst, perzistující idiopatická dentoalveolární bolest, perzistující idiopatická obličejová bolest a trvalá jednostranná obličejová bolest s přidruženými atakami. Jedná se o získaná onemocnění dospělého věku, nejčastěji postihující ženy po menopauze. Příčiny těchto poruch pravděpodobně zahrnují změny jak na periferní, tak na centrální úrovni somatosenzorického systému. Mezi možné mechanismy patří neuropatie malých nervových vláken, subklinická periferní neuropatie, změny v mozgovém kmeni a poruchy centrální inhibiční modulace bolesti. Diagnostika spočívá v důkladném klinickém hodnocení a vyloučení sekundárních příčin (diagnóza je stanovena per exclusionem). Farmakologická léčba využívá off-label indikaci širokého spektra léčiv (antidepresiva, protizáchvatová medikace, topická aplikace). Efektivita farmakoterapie je však často omezena výskytem nežádoucích účinků. Přesto panuje shoda, že časná diagnostika a včasné zahájení farmakologické léčby mají pozitivní prognostický vliv, zatímco opakované invazivní zákroky vedou ke zhoršení průběhu onemocnění. Přidružené depresivní a úzkostné symptomy se vyskytují u přibližně jedné třetiny až poloviny pacientů, přičemž psychosociální stres může negativně ovlivnit průběh onemocnění. Spontánní zlepšení stavu je vzácné, obvykle nastává jen u menšiny pacientů (přibližně u jedné třetiny) a až po dvou až sedmi letech od začátku obtíží.

JAK SPRÁVNĚ TITROVAT DÁVKU VERAPAMILU U CLUSTER HEADACHE?

Řehulka P.

Centrum pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, I. neurologická klinika FN u sv. Anny a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno

Verapamil je lékem první volby pro preventivní léčbu cluster headache (off-label použití). Častým důvodem selhávání verapamilu je jeho nedostatečná dávka nebo příliš pomalá titrace. Preventivní léčbu je proto třeba zahájit co nejdříve na začátku clusterové periody, s cílem úplného zastavení atak. Standardní úvodní dávka verapamilu je 240 mg/den (retardovaná forma, ½ tablety 2× denně á 12h), podmínkou zahájení léčby je vyloučení kontraindikací a normální elektrokardiografický (EKG) nálezn. Před každým dalším navýšením dávky i během léčby je nutné provádět kontrolní EKG k vyloučení bradykardie a atrioventrikulárního (AV) bloku. Již 4. den léčby má být dosaženo obvyklé účinné dávky verapamilu 360 mg/den. Při výskytu dalších atak se navyšuje na dávku 480 mg/den nejdříve 11. den léčby. U dávek > 480 mg/den je nutné převedení verapamilu na normální formu tablet, protože lze dávku navyšovat maximálně o 80 mg každé 4 dny. Jen v individuálních případech je nutná léčba vysokou (≥ 480 mg/den), velmi vysokou (≥ 720 mg/den) nebo maximální dávkou (960 mg/den). Během léčby mohou nastat situace, které vyžadují EKG Holter monitorování (při dávce verapamilu ≥ 480 mg/den, bradykardie < 50/min, AV blok 1. stupně s PQ intervalem v rozmezí 201-250 ms). Ukončení léčby verapamilem je nutné při vzniku jasné kontraindikace (bradykardie < 40/min, AV blok 1. stupně s PQ intervalem > 250 ms, AV blok 2. a 3. stupně). Preventivní léčba v individuální účinné dávce pokračuje minimálně 1,5 násobek obvyklého trvání clusterové periody a vysazuje se postupně, nejdříve však 2 týdny od poslední ataky.

KDY JSOU INTERVENČNÍ METODY NEÚČINNÉ NEBO NEVHODNÉ?

Vašek P.

Úvod: Intervenční metody, jako jsou blokády nervů, kortikosteroidní injekce, blokády autonomních ganglií, radiofrekvenční ablace a další jsou součástí algoritmů využívaných v léčbě bolestí hlavy. Jejich účinnost a benefit pro pacienta může být limitován mimo známých kontraindikací i dalšími faktory. Cílem této přednášky je identifikovat situace, kdy jsou intervenční metody neúčinné nebo nevhodné na podkladě aktuálních dat.

Metodika: Byla provedena analýza dostupné literatury z databáze PubMed zaměřená na účinnost a vhodnost intervenčních postupů u různých typů bolestí hlavy u rozdílných populací pacientů. Hlavní důraz byl kladen na systematické přehledy, metaanalýzy a odborné doporučení publikované v posledních 4 letech.

Výsledky: V přednášce jsou na základě dostupných dat z klinických studií a expertních doporučení analyzovány stavy a situace, kde intervenční modalita léčby nejsou účinné (tenzní bolesti hlavy, některých forem migrény bez neuropatické nebo cervikogenní složky, centrální senzitivizace, psychické komorbidity, nadužívání analgetik a další. Specificky jsou zmíněny specifické komplikace intervenční léčby, jako jsou syndrom pokleslé hlavy (dropped head syndrome) po extenzivní bilaterální radiofrekvenční denervaci krčních facetových kloubů, případová studie cerebelárního syndromu po bloádě okcipitálního nervu a další. Diskutován je placebo efekt intervenční léčby.

Diskuse: Analýza dostupných studií naznačuje, že nevhodné použití intervenčních metod může vést k nadměrné lékařské péči bez objektivního přínosu pro pacienta. Důležitá je pečlivá selekce pacientů a individualizace přístupu na základě charakteru bolesti a celkového klinického obrazu.

Závěr: Intervenční postupy, ačkoliv mohou plnit významnou roli v mozaice komplexní péče o pacienta s bolestí hlavy, nejsou uplatnitelné univerzálně. Je nutné zvážit nejen možný přínos, ale také potenciální neúčinnost a riziko komplikací u určitých skupin pacientů. Optimální léčba bolestí hlavy vyžaduje multidisciplinární přístup s důrazem na farmakologické i nefarmakologické strategie.

HISTORIE LÉČBY BOLESTÍ HLAVY A OBLIČEJE

Vrba I.

Úvod: Bolesti hlavy patří k nejčastějším bolestem vyskytujících se u lidí vůbec. Kolem 90 procent lidí zažije bolest hlavy alespoň jedenkrát za život. Jen v USA se odhaduje, že je kolem 45 milionů lidí trpících chronickou bolestí hlavy (více než 15 dnů za měsíc), 25-30 milionů má migrénu, stovky milionů lidí na celém světě má občasné bolesti v oblasti spánků či jiné části hlavy. Bolesti hlavy pronásledují lidstvo odjakživa

Metodika, výsledky, diskuse: Prehistorické trepanace lebky svědčí o tom, že již naši jeskynní předchůdci trpěli bolestmi hlavy. Již z doby 7000 před naším letopočtem pocházejí archeologická svědectví o provedených trepanacích, které měli nejspíše umožnit uniknutí démonů a jiných zlých duchů z hlavy. Naši předchůdci věřili, že právě oni jsou příčinami nejenom bolestí hlavy, ale i dalších onemocnění, jako např. šílenství a epilepsie. Trepanace byla ještě některými lékaři doporučována k léčbě bolestí hlavy a zvláště migrén ještě v 17. století.

Světznámý egyptský Eberský papyrus z doby 1200 před naším letopočtem zmiňuje migrénu a různé neuralgie a popisuje vystřelující bolesti hlavy. Zajímavé je léčebném využití elektřiny a to i k léčbě bolestí hlavy, zejména s využitím elektrických ryb, v Egyptě, tak i následně v Řecku a v Římě. Nejstarší dochovaný lidský záznam o elektrických rybách byl objeven na stěně egyptské hrobky a je datován 2750 před n.l.

Nejstarší starověké popisy bolestí obličeje jsou datovány z období asi 500 let před n.l. Avicennovi je přisuzován první popis neuralgie trigeminu. Významní řečtí lékaři, jako např. Galen a Hippocrates, též nerozlišovali mezi různými druhy bolesti hlavy, stejně jako následně Římané. Je nutné říci, že ve starověku vzhledem ke krátkému lidskému věku byla bolestivá onemocnění obličeje dosti zřídka. Jak popisuje i Galén, nejvíce zkušeností se vznikem bolestivých neuropatií, i v obličeji, bylo díky četným a těžkým poraněním gladiátorů.

Hippocrates popsal ve 400 letech před naším letopočtem zrakovou auru, která předchází migrenózním bolestem a též popsal úlevu od této bolesti díky zvracení. A byl též prvním, který věřil, že bolesti hlavy nejsou následkem působení zlých duchů, ale následkem problémů a disharmonie vlastního těla člověka. Migréna tedy byla ve starověku velmi dobře známá a velmi prozkoumávaná. Vlastní název migrény „migraine“ je odvozen z řeckého slova hemicrania a do praxe je zavedl další významný lékař té doby Galen.

Hippokratovsko-Galenovský koncept migrény přetrvával až do 17. století, kdy přišel s revoluční teorií Thomas Willis. Původ bolestí hlavy vyvozoval z přeplněných a rozšířených mozkových cév. Willisův předpoklad, že migréna vzniká na podkladě vasodilatace mozkových cév však ještě dlouho nezměnil léčbu bolestí hlavy.

Ve středověku se první popisy faciálních bolestí objevují až v pracích ze 17. století. Trojklaný nerv jako samostatnou jednotku popsal jako první Fallopio. V roce 1756 francouzský chirurg Nicolas André se velmi úzce zabíral hypotézami vzniku a léčby obličejových bolestí. André dociloval chirurgickými postupy u svých nemocných až desetiletého bezbolestného období. Ačkoliv Andrés vycházel ze zastaralé Galénovy teorie, jeho operační technika byla v té době zcela revoluční. Pro tento, zcela nový „fyziologický“ dekompresivní přístup k nervu, kterým předběhl svoji dobu, byl však nazýván mnohými svými kolegy šarlatánem. V roce 1802 navrhl Fothergill klinikou klasifikací faciální bolesti na tři části podle anatomické distribuce trojklaného nervu. Teprve výzkumy Charlese Bella a Francoise Magendieho rozlišily motorické a sensorické funkce kořenových nervů. Jasná klinická definice neuralgie trigeminu vedla k hledání různých přístupů, mezi nimiž začaly postupně hrát důležitou úlohu i chirurgické destruktivní postupy pro ovlivnění bolesti v této oblasti.

Ale tak jako v ostatních bolestivých stavech v tomto období, bylo základním terapeutickým přístupem použití morfia. Mnohými lékaři bylo doporučováno tření masť s opiem nad oblastí obličejové bolesti. Na základě předpokladu, že se jedná o křečovitě onemocnění, se začaly používat i léky, které se v té době předepisovaly k léčbě epilepsie. I v následných letech se k léčbě faciálních bolestí využívala různé antikonvulsiva. V roce 1942 Bergouignan použil diphenylhydantoin (phenytoin) a v roce 1962 Bloom začal používat pro léčbu neuralgie trigeminu carbamazepine. V roce 1915 byl vyroben rozpustný trichlorethylene, který se zkoušel inhalačně během neuralgických atak s občasným analgetickým efektem. Ve 40. letech minulého století se zkoušely i vysoké dávky B vitamínu. V roce 1884 byl objeven německými chemiky Antipyrin. Od roku 1890 byly k dispozici další dva účinné analgetické a antipyretické léky - Antifebrin a Phenacetin. V roce 1899 byl vyroben Aspirin, který se stal přelomem v léčbě bolestivých stavů.

Na konci 19. století pět chirurgů Rose, Horsley, Doyen, Hartley a Krause nezávisle na sobě provedli operační přístup ke Gasserskému gangliu skrze střední lebeční otvor.

Fraser v roce 1901 provedl suboccipitální retrogasserskou neurotomii. Frazier k tomuto postupu následně ještě přidal částečnou rhizotomii, aby ušetřil motorický kořen. Tento postup se stal standardním postupem pro operace neuralgie trigeminu až do roku 1952.

Retroganglionární radikotomie trigeminu pro indikaci je neuralgie trigeminu byla provedena Arsinem v roce 1926 a Frazierem v roce 1928. Juxtapontinní radikotomie trigeminu navrhl a poprvé provedl Dandy v roce 1929.

Ačkoliv subtemporální sekce retrogasserské zadních kořenů a i další chirurgické přístupy se staly vedly k hledání méně invazivních a zatěžujících postupů. K nim patřily zejména nervové obstrukce a blokády. Již v roce 1876 Bartholow prováděl obstrukce pro bolesti v oblasti obličeje pomocí chloroformu a Neuber použil osmic acid, v roce 1888 Pitres a Vaillard a následně Verger a Adabie použili alkohol. Již v roce 1884 Knapp provedl obstrukci ganglion ciliare pomocí kokainu. V roce 1910 Razumovský použil opakovaně úspěšně alkohol pro ovlivnění 2. a 3. větve pátého hlavového nervu. Harris v roce 1909 a Taptas v roce 1911 jako první použili alkohol k obstrukci Gasserského ganglia perkutánním přístupem.

Neurochirurgické přístupy se použily ale i k ovlivnění migrény. Operačně se ovlivňoval sympatikus a i větve trojklaného nervu, prováděly se obstrukce obličejových tepen a podvazovaly se spánkové tepny, ale došlo většinou k selhání těchto přístupů.

Velmi používanou metodou v léčbě neuralgií v oblasti obličeje bylo použití elektřiny. Již Samuel Fothergill použil elektřiny a magnetismu k ovlivnění neuralgie trigeminu, ale bez větších úspěchů. Bell v roce 1824 doporučoval opakované jemné elektrické šoky a v roce 1875 Sinkler použil v léčbě kontinuální galvanický proud. V roce 1931 Kirschner jako první navrhl elektrokoagulaci Gasserského ganglia pomocí izolované jehly. K navrácení k těmto metodám došlo až v roce 1965, kdy Sweet použil kontrolovanou radiofrekvenční metodu se speciálními jehlami s využitím mírné sedace a zejména rentgenové kontroly ke správnému umístění stimulační jehly,

Už v roce 1897 byla provedena první konvenční radioterapie pro ovlivnění neuralgie trigeminu. V roce 1971 Leksell oznámil efekt po jedné dávce 1650-2250 cGy fotonů pro krátkodobé ozáření Gasserského ganglia.

Závěr: Bolesti hlavy pronásledují lidstvo odjakživa. Diagnostika a léčba těchto obtíží se postupně vyvíjela ku prospěchu trpících lidí. Poznáním historie vývoje diagnostiky a léčby bolestí hlavy se učíme a obohacujeme i v současnosti a je nám výzvou k dalšímu zlepšení komplexní péče o takto trpící nemocné i do budoucnosti.

Literatura

1. R. Porter: Největší dobrodini lidstva- Historie medicíny od starověku po současnost, Prostor, 2001.
2. Rey. R.: History of Pain, Éditions la Découverte, Paris 1993.

Kdykoliv to zabolí

Nalgesin® 550 mg
naproxenum natricum



Sodná sůl naproxenu má **rychlý efekt**¹



Protizánětlivý účinek¹



Dlouhotrvající účinek¹

NALGESIN 550 mg

Název přípravku: Nalgesin 550 mg potahované tablety. Složení: 1 potahovaná tableta obsahuje naproxenum natricum 550 mg (odpovídá naproxenu 500 mg). **Indikace:** Krátkodobá léčba určená ke zmírnění zánětu a k úlevě od mírně až středně silné bolesti jako je bolest hlavy, migréna, bolest zubů, bolest svalů, kloubů a zad a bolest doprovázející akutní záněty horních cest dýchacích. Primární dysmenorea. Bolest po chirurgických výkonech a po úrazech, např. extrakce zubů, podvrtnutí kloubů, natažení svalů. Bolest při chronických zánětlivých a degenerativních revmatických onemocněních (revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, artroza a akutní záchvat dny). Juvenilní idiopatická artritida u dětí s hmotností nad 55 kg. **Dávkování a způsob podávání:** Obecně má být k léčbě bolesti vybrána nejnižší možná účinná dávka. Nalgesin nemá být podáván déle, než je terapeuticky nezbytně nutné. Dospělí a dospívající od 16 let: Mírná až středně silná bolest, horečka, migréna, primární dysmenorea: Počáteční dávka je 550 mg, po které následuje dávka 275 mg každých 6 až 8 hodin. Obvyklá denní dávka je v rozmezí 550 mg až 1 100 mg sodné soli naproxenu. Při středně silných bolestech může být denní dávka u pacientů, kteří dobře tolerují nízké dávky a nemají v anamnéze gastrointestinální poruchu, zvýšena na maximální denní dávku 1 650 mg, po dobu maximálně 2 týdnů. K úlevě od migrenózních bolestí se při prvních příznacích nastupujícího záchvatu podává dávka 825 mg a poté se podává další dávka 275 mg až 550 mg každých 6 až 8 hodin podle potřeby. Revmatoidní artritida, artroza a ankylozující spondylitida: Obvyklá denní dávka je v rozmezí 550 mg až 1 100 mg, rozdělena na ranní a večerní dávku. Denní dávka může být zvýšena na 825 mg až maximálně 1 650 mg. Léčba má pokračovat s denními dávkami 550 mg až 1 100 mg, nejlépe rozdělené ve 2 dávkách. Ranní a večerní dávka nemusí být stejná. U některých pacientů je jednotlivá dávka, buď ranní nebo večerní, dostatečná. Akutní záchvat dny: Počáteční jednotlivá dávka je 825 mg, po které následuje dávka 275 mg každých 8 hodin, dokud záchvat neustoupí. Maximální denní dávka je 1 650 mg. Juvenilní idiopatická artritida u dospívajících s hmotností nad 55 kg do 16 let: Jednotlivá dávka nemá překročit 275 mg. Maximální denní dávka 10 mg/kg/den se podává ve 12hodinových intervalech. Pacienti starší 65 let mají tablety užívat podle potřeby v dávkách s minimálním časovým odstupem 12 hodin. U pacientů s mírnou až středně těžkou poruchou funkce ledvin a u pacientů s poruchou funkce jater je třeba podávat přípravek s opatrností a v co nejmenších účinných dávkách s minimálním časovým odstupem 12 hodin. Tablety se zapíjejí dostatečným množstvím tekutiny. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, na kteroukoli pomocnou látku, na salicyláty nebo jiné nesteroidní protizánětlivé léky projevující se jako bronchiální astma, kopřivka a rinitida. Anamnesticky gastrointestinální krvácení nebo perforace ve vztahu k předchozí léčbě nesteroidními antirevmatiky. Aktivní nebo anamnesticky rekurentní peptický vřed/hemoragie (dvě nebo více epizod prokázané ulcerace nebo krvácení), jiné aktivní krvácení. Těžká porucha funkce jater nebo ledvin. Těžké srdeční selhání. Třetí trimestr těhotenství. Nalgesin je kontraindikován u dětí s hmotností pod 55 kg. Zvláštní upozornění: Přípravek nemá být podáván společně s jinými NSA včetně selektivních inhibitorů cyklooxygenázy-2. U starších pacientů je zvýšený výskyt nežádoucích účinků, zejména gastrointestinálního krvácení a perforací, které mohou být fatální. Pokud se během léčby přípravkem objeví žaludeční nebo dvanáctníkový vřed nebo krvácení, musí být léčba ukončena. S opatrností musí být podávána NSA pacientům s gastrointestinálními chorobami v anamnéze (ulcerózní kolitida, Crohnova choroba), dále pacientům s epilepsi nebo porfýrií. Protizánětlivé a antipyretické účinky sodné soli naproxenu se mají vztít v úvahy při infekčních onemocněních, protože mohou maskovat příznaky těchto chorob. Pokud je clearance kreatininu menší než 30 ml/min (0,5 ml/s), je léčba sodnou solí naproxenu kontraindikována. Podávání naproxenu je třeba pečlivě zvážit u pacientů se špatně kompenzovanou hypertenzí, kongestivním srdečním selháním, ICHS, onemocněním periferních tepen a/nebo cerebrovaskulárním onemocněním. Obdobně je třeba zvážení zahájení dlouhodobé léčby u pacientů s rizikovými faktory pro kardiovaskulární choroby (např. hypertenze, hyperlipidémie, diabetes mellitus, kouření). Naproxen snižuje agregaci trombocytů a prodlužuje dobu krvácení. Velmi vzácně byly v souvislosti s podáváním NSA hlášeny závažné kožní reakce, některé i fatální, zahrnující exfoliativní dermatitidu, Stevens-Johnsonův syndrom a toxickou epidermální nekrolýzu. Pacienti, u kterých se během léčby přípravky obsahujícími naproxen rozvinou poruchy vidění, musí být vysvětleni omezení lékarem. 48 hodin před provedením testů funkce nadledvin se doporučuje dočasně přerušit léčbu naproxenem. Sodná sůl naproxenu nemá být užívána při závažných čerstvých zraněních a alespoň 48 hodin před větším chirurgickým zákrokem. Přípravek obsahuje ve své léčivé látce 50,16 mg sodíku v jedné tabletě, což odpovídá 2,5 % doporučeného maximálního denního příjmu sodíku potravou podle WHO pro dospělého, který činí 2 g sodíku. **Interakce:** Kyselina acetylsalicylová nebo jiné nesteroidní protizánětlivé léky, warfarin, heparin, deriváty hydroantoni a deriváty sulfonylmočoviny, furosemid, antihypertensiva, lithium, methotrexát, probenecid, cyklosporin, inhibitory ACE, zidovudin, kortikosteroidy, antiagregancia a SSRI, srdeční glykosidy, mifepriston. **Těhotenství a kojení:** Použití přípravku je kontraindikováno během posledního trimestru těhotenství. Přípravek nemá být užíván během prvních 2 trimestrů těhotenství, pokud to není zcela nezbytné; pokud je podání indikováno, musí být dávka co nejnižší a doba léčby co nejkratší. Naproxen byl přípravek v mléce kojících žen. U pacientek, které kojí, je třeba se vyhnout použití přípravku. U žen, které mají problém otěhotnět, nebo které podstupují vyšetření na plodnost, je třeba uvažovat o vysazení naproxenu. Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje: Pokud pacienti pociťují ospalost, závrat, nespavost, únavu, poruchy zraku nebo deprese nebo podobné nežádoucí účinky, nemají řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Často se vyskytl tyto nežádoucí účinky: bolest hlavy, závrat, somnolence, poruchy zraku, tinitus, poruchy sluchu, edém, palpitace, dyspnoe, zácpa, bolest břicha, nauzea, dyspepsie, průjem, stomatitida, svědění, kožní vyrážka, ekchymóza, purpura, žízeň, pocení. Balení: 20 a 60 potahovaných tablet. Doba použitelnosti: 5 let. Uchovávání: Uchovávejte blistr v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem.

Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.

Datum registrace: 20. 10. 2022.

Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko.

Reg. č.: 29/244/15-C.

Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis.

Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Neplzeřtžitá veřejná informační služba: tel: +420 221 115 150, e-mail: info.cz@krka.biz, www.krka.cz/cz/lecliva-a-jine-produkty

Krka ČR, s.r.o.
Sokolovská 192/79
186 00 Praha 8 - Karlín
Tel: +420 221 115 115
www.krka.cz

Literatura:
1) SPC Nalgesin 550 mg

PŘÍPRAVEK JE HRAZEN V AKUTNÍ LÉČBĚ MIGRÉNY OD 1. 10. 2024.²

Vydura® 75 mg
perorální lyofilizát
rimegepant



JEDNO SNADNÉ ŘEŠENÍ PRO RŮZNÉ MIGRENÓZNÍ STAVY¹ Lék pro akutní léčbu i profylaxi migrény¹

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 auroou 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 1x 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 (CLcr < 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 bolest hlavy spojenou s nadužíváním léků (Medication overuse headache, MOH). **Interakce:** Sinhibitory 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 má 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 - podřípné opatření zahrnující 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 blistr obsahující 2 x 1 nebo 8 x 1 nebo 16 x 1 perorální lyofilizát. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgique. **Registrační číslo:** EU/1/22/1645/001 - 003. **Datum posledního revize textu:** 02.06.2023. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění s omezením. S úhradou přípravku v konkrétní indikaci se seznámte na www.sukl.cz. Před předepsáním se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku.

REFERENCE: 1. SPC přípravku Vydura® 2. Rozhodnutí SÚKL ze dne 3. 9. 2024, sp. zn.: SUKLS43723/2023 týkající se změny výše a podmínek úhrady ze zdravotního pojištění léčivého přípravku Vydura®. **ZKRATKY:** SPC - Souhrnná informace o přípravku.

XV. sympozium o léčbě bolesti s mezinárodní účastí
Kolektiv autorů, sborník abstrakt

ISBN 978-80-88112-20-4

Vydal:
TA-SERVICE s.r.o.
Hlinky 48, 603 00 Brno
2025

AQUIPTA® ▼
(atogepant) tablets



Zkrácené informace o léčivém přípravku
Název: AQUIPTA 10 mg tablety, AQUIPTA 60 mg tablety

Složení: Jedna tableta obsahuje 10 mg nebo 60 mg atogepantu. **Indikace:** Profylaxe migrény u dospělých, kteří mívají nejméně 4 dny s migrénou za měsíc. **Dávkování:** Doporučená dávka je 60 mg jednou denně. Doporučená dávka při souběžném používání silných inhibitorů CYP3A4 nebo OATP je 10 mg jednou denně. U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin a v konečném stádiu onemocnění ledvin je doporučená dávka 10 mg jedenkrát denně. U pacientů s ESRD podstupujících intermitentní dialýzu se má přípravek AQUIPTA přednostně užívat po dialýze. Je třeba se vyhnout podávání atogepantu u pacientů s těžkou poruchou funkce jater. Bezpečnost a účinnost atogepantu u dětí (ve věku < 18 let) nebyly dosud stanoveny. Nejsou dostupné žádné údaje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** V souvislosti s užíváním přípravku AQUIPTA byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce, včetně anafylaxe, dyspnoe, vyrážky, pruritu, kopřivky a edému obličeje. Použití atogepantu se u pacientů s těžkou poruchou funkce jater nedoporučuje. AQUIPTA 10 mg obsahuje méně než 1 mmol (23 mg) sodíku v jedné tabletě, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. AQUIPTA 60 mg obsahuje 31,5 mg sodíku v jedné tabletě, což odpovídá 1,6 % doporučeného maximálního denního příjmu sodíku potravou podle WHO pro dospělého. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Silné inhibitory CYP3A4 (např. ketokonazol, itraconazol, klarithromycin, ritonavir) mohou významně zvýšit systémovou expozici atogepantu. Inhibitory OATP (např. rifampicin, cyklosporin, ritonavir) mohou významně zvýšit systémovou expozici atogepantu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání atogepantu těhotným ženám jsou omezené. Podávání se v těhotenství a u žen ve fertilním věku, které neužívají antikoncepci, nedopo-

ručuje. Není známo, zda se atogepant vylučuje do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence/děti nelze vyloučit. Na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro ženu je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání atogepantu. Údaje o vlivu atogepantu na fertilitu u člověka nejsou dostupné. Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje: Atogepant nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. U některých pacientů však může způsobit somnolenci. Pacienti mají dbát zvýšené opatrnosti před řízením dopravních prostředků nebo obsluhováním strojů, dokud si nebudou dostatečně jisti, že atogepant nemá nepříznivý vliv na jejich výkon. **Nežádoucí účinky:** Časté: snížená chuť k jídlu, nauzea, zácpa, únava/somnolence, snížení tělesné hmotnosti; méně časté: zvýšení hladiny ALT/AST. **Použitelnost:** 3 roky. **Uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** 28 nebo 98 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Německo. **Registrační čísla:** AQUIPTA 10 mg: EU/1/23/1750/001-002, AQUIPTA 60 mg: EU/1/23/1750/003-004. **Datum poslední revize SmPC:** 11/2024. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen smluvním zdravotnickým zařízením z veřejného zdravotního pojištění v indikaci profylaxe migrény u dospělých, kteří mívají nejméně 4 dny s migrénou za měsíc. ▼ **Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožňuje rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.** AbbVie s.r.o., Metronom Business Center, Bucharova 2817/13, 158 00 Praha 5. Tel: 233 098 111, www.abbvie.cz

abbvie

AQUIPTA[®] ▼
(atogepant) tablets

**PRVNÍ PERORÁLNÍ
ANTAGONISTA CGRP
RECEPTORU PRO
PREVENTIVNÍ LÉČBU
JAK EPIZODICKÉ,
TAK CHRONICKÉ
MIGRÉNY**



Indikace:

- profylaxe migrény u dospělých, kteří mívají nejméně 4 dny s migrénou za měsíc¹

abbvie

Reference: 1. SPC AQUIPTA.
CGRP = peptid příbuzný genu pro kalcitonin

Kód CZ-AQP-250008