

Antihypertenziva v léčbě akutní ischemické cévní mozkové příhody

Systémová hypertenze v akutním stadiu ischemické CMP je pokládána za fyziologickou odpověď kardiiovaskulárního aparátu, která tak zajišťuje dostatečnou cerebrální perfuzi v zóně ischemického polostínu. Zatímco má snížení zvýšeného krevního tlaku svůj význam v rámci primární i sekundární prevence CMP, tak v akutním stadiu CMP vede tento postup ke zvětšení rozsahu ložiskové ischemie mozku a ke zhoršení klinického deficitu, a to s důsledky při hodnocení krátkodobého i dlouhodobého výsledného stavu. V přístupu k akutním ischemickým CMP je nejen antihypertenzní léčba kontraindikována, ale na podkladě výsledků nevelkých studií se stále častěji používá zvýšení TK, a to jak cestou hyperhydratace, tak i podáním vazopresorických léků. V doporučení Americké asociace pro CMP se v prvních dnech ischemické CMP nemá hypertenze léčit, a to až na několik výjimek (protokol trombolytické léčby, retinální krvácení, infarkt myokardu, TK > 220/130).

Autoři se snažili ve své studii zjistit, jak často jsou v klinické praxi používána antihypertenziva u akutního ischemického iktu. Autoři (Springfield, MA) retrospektivně vyhodnotili antihypertenzní léčbu v prvních 4 dnech u 154 nemocných. Sto z nich (65%) bylo léčeno antihypertenzivy. U 42% nemocných, kteří již byli léčeni antihypertenzivy před přijetím, byla antihypertenzní léčba zvýšena, a u 36% (předtím bez hypotenziv) byla tato léčba zahájena. U 11% nemocných byla hypertenze již při přijetí a u 22% se objevila nejméně jedna hypertenzní epizoda v průběhu prvních 4 dnů. U 65% léčebných antihypertenziv se však objevila nejméně jedna epizoda hypotenze. Autoři konstatují, že nemocní s akutní ischemickou CMP jsou v klinické praxi často léčeni antihypertenzivy (chybně), ale že se hypotenze (s možností zhoršení ložiskového ischemického deficitu) přesto objevuje zřídka u těchto nemocných.

Lindenauer PK, Mathew MC, Ntuli TS.
Neurology 2004; 63: 318–323.
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.

Charakteristiky užívání kanabisu u nemocných s roztroušenou sklerózou

Již téměř 100 let jsou v odborné literatuře publikována klinická pozorování svědčící pro terapeutický efekt kanabisu u nemocných trpících spasticitou. Epidemiologická data užívání kanabinoidů u nemocných s roztroušenou

sklerózou (RS) však dosud nebyla dostatečně zmapována. V roce 2000 byla publikována studie z jižní Alaberty (Kanada), kdy byl zaslán dotazník 420 nemocným s RS. Návratnost dosáhla 60% a z nich 16% udalo používání kanabinoidů z terapeutických důvodů.

Autoři sdělení (Halifax, Kanada) se pomocí dotazníku obrátili na 220 nemocných s RS ve státu Nova Scotia. Dotazník obsahoval jak demografické údaje, informaci o užívání kanabinoidů, tak i hodnocení jejich účinků (Lickertova škála s hodnocením bolesti, spasticity, pohyblivosti, spánku, nálady), vedlejší účinky kanabinoidů, aplikační způsob, frekvenci i dávky. Návratnost dotazníků byla 93%. Přitom 72 nemocných (36%) udalo léčebné použití a 29 nemocných (14%) trvale užívá kanabinoidy s efektem na jednotlivé symptomy nemoci. Opakované užívání kanabinoidů za účelem potlačení příznaků nemoci se vyskytovalo více u mužů, spojeno s kouřením tabáku i s rekreačním užíváním kanabinoidů. Největší efekt mají kanabinoidy na odstranění stresu, na poruchy spánku, nálad, ztuhlosti, spasmů a na bolest.

Clark AJ, Ware MA, Yazer E.
Neurology 2004; 62: 2098–2100.
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.

Prevalence bolesti u roztroušené sklerózy. Multicentrická průřezová studie

Výskyt bolesti u nemocných s roztroušenou sklerózou se udává v širokém rozmezí mezi 29% a 86%. Ve většině dosavadních studií se bolest hodnotila na podkladě časových kritérií a nikoliv podle doporučení pro léčbu bolesti (WHO). Ve směrnicích WHO je bolest hodnocena ve vztahu k příznakům a potížím a nikoliv podle příčiny bolesti (tedy na bolest neuropatickou, somatickou a psychogenní). A protože je obtížné zhodnotit riziko rozvoje bolesti v průběhu roztroušené sklerózy, je pak rovněž nereálné naplánovat prospektivní studie hodnotící bolest u nemocných s roztroušenou sklerózou. V rámci retrospektivních studií je zase velkým problémem pro nemocné, aby si přesně vzpomněli na typ, intenzitu, lokalizaci i původné příznaky již odeznělé bolesti.

V multicentrické průřezové studii se autoři pokusili zhodnotit bolest u nemocných s roztroušenou sklerózou na podkladě přístupu zaměřeného na příznaky. Ve studii bylo použito 2077 dotazníků a z nich byla provedena analýza dat u 1672. Podle typu a frekvence bolesti se jednalo o neuralgii trigeminu ve 2%, Lhermitteho příznak (9%), bolestivou dysesté-

zii (18,1%), bolesti v zádech (16,4%) a bolestivé tonické spazmy (11%). Srovnáním skupin nemocných s různým typem bolesti se prokázala závislost na věku, EDSS skóre, trvání nemoci a průběhu nemoci, ale nebyla prokázána ve vztahu k pohlaví nemocných. Tato studie zdůraznila význam bolesti v péči o nemocné s roztroušenou sklerózou.

Solaro C, Brichetto G, Amato MP, a ost.
Neurology 2004; 63: 919–921.
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.

Botulotoxin působí na slinění u dětí s mozkovou obrnou

Místní aplikace botulotoxinu do slinných žláz ovlivňuje produkci slin. Efekt botulotoxinu je obecně dán ovlivněním cholinergních synapsí, a to motorických i parasympatických nervů. Nebylo dosud blíže stanoveno, jak mohutný je efekt na redukci produkce slin, a jak dlouho tento účinek trvá. Autoři studie (Nijmegen, Nizozemí) se rozhodli zjistit účinnost botulotoxinu na produkci slin u dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO) s těžkým sliněním. Jednalo se o studii s jedinou aplikací botulotoxinu do submandibulárních žláz. U kontrolní skupiny bylo slinění ovlivněno skopolaminem v náplastové formě. Do studie bylo zahrnuto 45 dětí školního věku, u kterých byla změřena produkce slin ve všech velkých slinných žlázách. Měření se prováděla jednak při vstupu do studie a jednak v průběhu studie. Aplikace botulotoxinu (Botox firmy Allergan; u dětí nad 15 kg 30 IU rozdělených do obou stran) do submandibulárních žláz, a to pomocí identifikace žláz ultrazvukem. Při aplikaci použita krátkodobá anestezie. Tvorba slin se snížila o 25% u skopolaminu a o 42% u botulotoxinu. Maximální snížení (a maximální rozdíl proti skopolaminu) bylo ve 2., 4. a 8. týdnu po aplikaci. Přitom 95% dětí vykazovalo odpověď na skopolamin. Odpověď na botulotoxin byla signifikantně nižší a kolísala od 69% ve dvou týdnech až po 49% ve 24 týdnech. U čtyř dětí se musela léčba skopolaminem ukončit pro výrazné vedlejší účinky. Ve skupině léčené botulotoxinem se jen ojediněle vyskytly velmi mírné místní příznaky. Botulotoxin tedy významně snižuje produkci slin u dětí s DMO a efekt trvá až 24 týdnů. Anticholinergní efekt botulotoxinu předčí lokální aplikaci skopolaminu, a to zejména chyběním závažnějších vedlejších efektů. Botulotoxin je výhodnou alternativou v léčbě slinění.

Jongerius PH, Rotteveel JJ, van Limbeek J.
Neurology 2004; 63: 1371–1375.
doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc.