

II. SYMPOZIUM PRAKTICKÉ NEUROLOGIE, BRNO, 1.–2. 6. 2005

doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.

Neurologické oddělení, neuropsychiatrické a epileptologické centrum, Nemocnice Na Františku s poliklinikou, Praha

Symposium konané ve spolupráci s vydavatelstvem Solen, s.r.o., slavnostně zahájili předseda a místopředseda redakční rady časopisu *Neurologie pro praxi*, prof. I. Rektor a prof. P. Traubner. Symposium bylo obsahově věnováno publikovaným tématickým okruhům v *Neurologii pro praxi* v roce 2004.

Na zahájení bezprostředně navázala první odborná část sympozia, jejímž tématem bylo **zdravotnické právo v praxi**. Autor sdělení, Mgr. Ing. Prudil, Ph.D., se projevem pro lékaře srozumitelným, věnoval v první části problematice pracovně a trestně právní, posuzování postupu lege a non-lege artis. Vymezil nezbytné podmínky pro posuzování příčinné souvislosti mezi protiprávním jednáním a škodlivým následkem (zhoršení zdraví), které by měli lékaři znát. Upozornil na skutečnost, že stížnosti ze strany pacientů nejen přibývá, ale zvyšuje se i jejich odborná a právní úroveň. Lékaři by proto měli mít adekvátní smlouvu s pojišťovnou, postihující nejen bolestné, ztížené společenské uplatnění, ale také škody nehmotného, mravního charakteru. Právě tyto posledně jmenované nejsou legislativně konkretizovány, ale mohou být předmětem velmi vysokého odškodného. Odškodné tedy může dosahovat vysokých finančních položek a lékař by k jeho vyrovnání neměl nikdy přistoupit bez předchozího projednání s pojišťovnou. V opačném případě nemusí být vyrovnání pojišťovnou akceptováno. V další části se pak autor věnoval návrhu nového zákona o zdravotní péči, který míří opět směrem k rozšíření práv pacientů a navazujících povinností lékaře.

Podvečerní hodiny byly pro tuto nepřilíh radostně vyznívající tematiku výstižně vybrány. Jistou oporu lékařům, kteří překonají obavy a u své profese přece jen vydrží, nabídl vedle již zmíněného pojištění prim. J. Hromada. Připomenul, že ČLK poskytuje lékařům zdarma dostupný právní servis.

Druhý den sympozia byl zahájen tématickým blokem, který byl věnován **polyneuropatiím a svalovým onemocněním**. Prof. Z. Ambler ve své již tradičně didakticky pevně ukotvené přednášce definoval polyneuropatie, jejich klinické příznaky, klasifikaci a základní patofyziologické komponenty. Hlavním cílem dnes rozpracované diagnostiky je vždy etiologické objasnění polyneuropatií, nicméně i v současné době jsou idiopatické (kryptogen-

ní) polyneuropatie relativně časté. Optimální léčba by měla ovlivnit základní příčinu, dále pak symptomy a jejich úpravu.

Prof. J. Bednařík podal ucelený přehled **komplexní diagnostiky myopatií**. Specifickou diagnózu dnes nelze stanovit pouze na základě klinického vyšetření. Přesto však zůstává podstatně zejména ze dvou důvodů: umožňuje odlišení myopatií od neuropatií a poruch nervosvalového přenosu, dále pak přispívá k diferenciaci jednotlivých základních podtypů myopatií a je důležitým vodítkem pro indikaci dalších diagnostických postupů. Nejvýznamnějším symptomem myopatického postižení je svalová slabost, dalšími jsou pak svalová ztuhlost či tuhost (včetně myotonickeho fenoménu), hypotonie, atrofie, hypertrofie, pseudohypertrofie, kontraktury, myalgie a krampy. Oproti častým neuropatiím není přítomen senzitivní a autonomní deficit.

Diagnostice a léčbě myastenien se věnoval prim. S. Vohánka. Klinicky jde nejčastěji o slabost okulobulbárního svalstva, méně často o slabost generalizovanou, kolísající v závislosti na svalové zátěži. Až 88% nemocných trpí seropozitivní myastenii (IGG protilátky proti alfa podjednotce acetylcholinového receptoru), která je asociována s chorobami thymu (thymom, u mladších hyperplazie). Asi polovina seronegativních nemocných má pozitivní protilátky proti svalově specifické tyrozinokináze. Myastenie bývá asociována s dalšími autoimunitními chorobami např. štítné žlázy a revmatoidní artritidou, na které je nutno pomyslet. Potvrzení diagnózy je nadále elektrofyziologické, součástí je vyšetření uvedených protilátek, zobrazení mediastinu (CT, MRI) a farmakologický test s inhibitory cholinesterázy. Presentován byl stratifikovaný terapeutický postup podle formy, tíže a fáze onemocnění, od léčby symptomatické až po léčbu patogeneticky orientovanou a akutní.

Demencím byla věnována další část zasedání. As. I. Rektorová prezentovala ucelený pohled na diagnostiku, diferenciální diagnostiku a klasifikaci demencí. Nutno je hledat ovlivnitelné a kauzálně léčitelné příčiny demencí. Důležitá je i cílená léčba časté psychiatrické komorbidity, deprese, úzkosti, psychotických příznaků a poruch chování. Zdůrazněn byl imperativ včasné diagnostiky a zahájení komplexní léčby kognitivních poruch a demencí.

Jde o dosažení co nejdelšího optimálního funkčního stavu nemocných. Cílem včasné diagnostiky a léčby je setrvání pokud možno soběstačného pacienta v přirozeném domácím prostředí.

Zejména význam včasné diagnostiky a léčby idiopatické lehké kognitivní dysfunkce, jako předstupně nejčastěji se vyvíjející Alzheimerovy nemoci, podpořila i další přednáška, kterou prezentoval doc. E. Kurča. Nutno je vždy vyloučit formy symptomatické, způsobené i kauzálně léčitelnou příčinou. Autor vyzdvihl údaje o epidemiologii, diagnostice a prognóze této poruchy. Zdá se, že v běžné klinické praxi je tato diagnóza dosud nedoceněna a tak je dobře, že na prakticky zaměřeném sympoziu toto téma zaznělo.

Cíleně se problematice diagnostiky a zejména léčby Alzheimerovy nemoci věnoval dr. Ressner. S nadčasovým pohledem byly kriticky prezentovány minulé, současné a teoretické budoucí možnosti léčby.

Problematika **kognitivní a behaviorální neurologie** byla blízká předešlým sdělením.

Líbila se mi obsahově a také prezentačně přednáška dr. Rusiny, týkající se poruch paměti. Na konkrétních kazuistikách běžného života dokázal neformálně, jednoduše a ilustrativně dokumentovat poruchy paměti explicitní (deklarativní) a implicitní. Pro neurologie byly jistě zajímavé i souvislosti anatomické.

Další sdělení autorů J. Hovorka a E. Herman bylo věnováno poruchám chování u pacientů s epilepsií. Ve světové literatuře uváděný termín „Epilepsy & Behavior Impairment“ zdůrazňuje dopad psychické poruchy na poruchy chování, tedy chování mimo obecně pojatou normu. Tyto poruchy jsou v epileptologii klasifikovány a léčeny jako epizodické (iktální – vlastní epileptický záchvat, nekonvulzivní epileptický status a interiktální – například panická porucha) a déle trvající interiktální (interiktální depresivní porucha, generalizovaná úzkostná porucha, poruchy osobnosti – organická, úzkostná, závislá, emočně nestabilní p. o. aj.). Oproti stigmatizujícímu a poněkud nihilistickému pojetí nemocných s epilepsií v rámci Gastaud-Geschwindova syndromu doporučují autoři dle vlastních zkušeností cílenou diagnostiku a léčbu v rámci psychiatrické klasifikace (MKN 10, DSM IV) a ve vztahu k fázi epileptického onemocnění (iktální, periiktální,

interiktální). Tomu odpovídá i léčba antiepileptiky (iktální, periiktální příznaky), antidepresivy z řady SSRI (úzkostné, depresivní příznaky), stabilizátory nálad, VPA, CBZ, LTG, atypická antipsychotika (emoční nestabilita, impulzivita), atypická antipsychotika (kognitivně percepční, psychotické příznaky). Konkrétní léky volíme s ohledem na minimální prokonvulzivní účinky, potenciální lékové interakce a celkový stav nemocných.

Doc. M. Brázdil prezentoval problematiku „alien hand syndromu“. Nejprve obecně a posléze i vlastní kazuistiku. Fenomenologicky jde subjektivně o vnímání horní končetiny jako cizí, objektivně tomu odpovídá i automatické, vůlí neovlivnitelné, bizární chování – svého nositele neposlouchá, škrábe, hladí, různě pošťuchuje a chňapá. V dané kazuistice šlo o vzácnější paroxysmální formu, která provázela ohraničenou maláci v kontralaterálním rostrálním motorickém cingulu. Diagnóza byla potvrzena iktálním video-EEG, fúzí korespondujícího MRI nálezu a fokálního hypermetabolizmu PET. Jak již to v neurologii bývá, byl podkladem vzácné a neobvyklé kazuistiky vlastně jen fokální simplexní motorický epileptický záchvat. Stav se zcela upravil po změně antiepileptické léčby z karbamazepinu na levetiracetam (Keppra). Kazuistika přináší kromě své výjimečnosti i obecné poznání o roli rostrálního motorického cingula v semiologii iktálních automatizmů na kontralaterální horní končetině.

V další části prof. I. Rektor slavnostně uvedl udělení ceny Arnolda Picka za již publikované práce v časopise *Neurologie pro praxi*. Mimo jiné zdůraznil, že Arnold Pick je ve světovém neurologickém písemnictví nejznámějším českým autorem moravského původu.

V ČR byla cena udělena kolektivu autorů P. Chlebus, M. Mikl, M. Brázdil, M. Pažourová, P. Krupa, I. Rektor za práci: Lokalizace korových řečových center a hodnocení jejich lateralizace pomocí fMRI. Ve SR byla cena udělena F. Cibulčíkovi za práci: Elektromyografie paravertebrálních svalů v diagnostice lumbosakrální oblasti.

Výsledky obou originálních prací byly stručně prezentovány.

Tématem satelitního symposia firmy **Pfizer** bylo představení nového nadějněho léku s poetickým názvem Lyrica (pregabalin). Přednášející, doc. M. Brázdil a prof. Z. Ambler prezentovali zejména výsledky studií léčby pregabalinem u parciální epilepsie a u periferní neuropatické bolesti. U obou onemocnění je pregabalin významně účinný, navíc je velmi dobře tolerován. Pregabalin příznivě ovlivňuje i psychiku, má vlastní anxiolytické účinky. U obou uvedených okruhů onemocnění je výskyt úzkostných příznaků častý.

Neurochirurgický blok byl věnován funkčním metodikám, respektive neuroendoskopické problematice. Doc. Z. Novák podal historický přehled milníků rozvoje zobrazovacích metod (ventrikulografie, angiografie, CT, MRI) a operačních technik (zejména implantabilní drenážní systémy, neuroendoskopická technika) v problematice řešení obstrukce likvorových cest a hydrocefalu. Zavedení neuroendoskopické techniky do operativy umožnilo kauzální řešení obstrukce mokových cest při možnosti přímé vizualizace patologických nálezů v oblasti komorového systému, které jsou zodpovědné za rozvoj hydrocefalu. Ve vlastním souboru 330 endoskopicky operovaných pacientů byl hydrocefalus nejčastější indikací endoskopických operací a to ve 48%. Nejčastěji byla zjištěna stenóza mokovodu (25%), dále tumory (supra i infratentoriální) a krvácení. Metodou volby je endoskopická ventrikulocisternostomie, septostomie je metodou volby u jednodukového hydrocefalu. Pozitivní přínos operace, ve smyslu redukce až vymizení klinické symptomatologie nastupuje již v časném pooperačním období, zvláště u nemocných se stenózou mokovodu. Neuroendoskopické ošetření je u těchto pacientů první metodou volby, z hlediska efektivity léčby, dlouhodobě lepšího životního stylu i z ekonomického aspektu oproti systémům drenážním.

Prim. J. Jakubec a ost. ve svém poutavém sdělení demonstrovali syndrom kývavé panenky u dětí, který provází 10% jinak se klinicky projevujících a vzácně se vyskytujících cyst ve III. komoře. Za patofyziologicky významný je pokládána komprese dorzolaterálního jádra talamu. Klinicky jde o rytmický pohyb hlavou s frekvencí 2–3/s, na MRI je patrný v axiálních řezech typický obraz Mickey-Mause. Endoskopické řešení supraselárních cyst (fenestrace) je dnes upřednostňovanou metodou, bezpečnější a s dlouhodobou úspěšností v 89%, oproti otevřeným operacím z kraniotomie (33–76%), kde je naopak vyšší riziko krvácení, neurologických deficitů, epilepsie. Metoda byla úspěšná i ve vlastním souboru dětí.

Doc. M. Tichý a ost. v souladu s předešlými autory potvrdili trend stále více se uplatňujících neuroendoskopických technik v léčbě arachnoidálních cyst (1% intrakraniálních expanzí). Úspěšnost této metody autor demonstroval na vlastním souboru 16 dětí s arachnoidálními cystami v oblasti III. komory, kdy většinu tvořily supraselární cysty. Čtyři děti měli již zmíněný syndrom kývavé panenky. Ve všech případech došlo k vymizení či k významné regresi neurologických symptomů. Vedle této indikace jsou neuroendoskopické techniky využívány též v léčbě obstrukčního hydrocefalu, intraventrikulárních procesů a řešení

chronických subdurálních hematomů, a to při minimální invazivitě, morbiditě menším počtu reoperací u tohoto způsobu léčby.

Celý tento blok se vyznačoval perfektní peroperační videodokumentací. Neurologové tak měli možnost reálně nahlédnout do likvorových prostor, jinak jim utajených. A také měli šanci nechat se unášet profesionálním okouzlením při pohledu na reálný proud mozkomíšního moku.

Další část jednání byla věnována některým **aspektům cervikogenních syndromů**.

Doc. I. Rybář připomenul neurologům významné mezioborové téma a to atlantoaxiální postižení – subluxaci při revmatické artritidě. Příčinou je synoviální zánět se vznikem granulární tkáně, erozí a instabilitou. Atlantoaxiální subluxace postihuje 70% nemocných s revmatoidní artritidou, ke zřetelné dyslokaci dochází u 25% nemocných a 11% má příznaky cervikální myelopatie. Ta pak negativně koreluje s délkou života, 5 roků přežívá 80% nemocných a 10 let jen 28%. Nejčastější je posun ventrální, ale vertikální je častěji spojený s neurologickými komplikacemi. Diagnosticky jsou významné dynamické snímky krční páteře v maximální flexi a extenzi. Prodloužení předního atlantoaxiálního posunu nad 3,5 mm je průkazem instability, kritická je hodnota nad 6 mm a nad 9 mm již bývají přítomny neurologické příznaky. Těžší stupeň změn, případně jejich progresu při komplexní revmatologické léčbě jsou důvodem k další včasné terapeutické intervenci, atlantoaxiální či cervikookcipitální fúzi.

Prof. Lisý zdůraznil nutnost komplexního pohledu na příčiny a léčbu bolesti u vertebrogenních onemocnění. Vedle nociceptivní bolesti zde může docházet současně k rozvoji bolesti neuropatické (např. podráždění, poškození aferentních vláken, centrální deaferenční bolest spojená s hypersenzitizací aj.). Na přítomnost neuropatické bolesti může ukazovat již pozitivita napínacích manévřů a také neurofyziologická vyšetření. Mechanizmy vzniku neuropatické bolesti u vertebrogenních onemocnění mohou být různorodé a ne vždy je možné je identifikovat. Léčebně mohou být účinná jak antiflogistika, tak další symptomatické léky užívané u neuropatické bolesti. Jde o problém nejen teoretický ale i praktický.

Přednáška prim. M. Dvoráka a kol. byla věnována neoperační léčbě cervikálních kořenových syndromů lokálním podáním kortikoidů, jejich epidurální či periradikulární aplikací. Jde o pacienty, u kterých selhává standardní farmakologicko-rehabilitační léčba v trvání nejméně 4 týdny a nejsou vhodnými kandidáty operační léčby. Při dodržení správných indikačních kritérií, vyloučení kontraindikací a správné technické realizaci mohou být oba

postupy velmi efektivní a to i dlouhodobě. Nejde jen o úlevu od bolesti, ale též o zlepšení spolupráce při rehabilitaci, zlepšení celkové kondice a kvality života nemocných. Přednáška prim. M. Dvoráka byla již tradičně doplněna instruktivními video prezentacemi technik epidurální a periradikulární kortikoterapie a navazovala na jeho předešlé práce týkající se bederní páteře. Prim. Dvorák je jeden z mála neurologů v zástupu algeziologů–anesteziologů, který se dané problematice cíleně a dlouhodobě věnuje.

Poslední blok sympozia byl věnován **léčbě bolesti**. MUDr. O. Sláma zasvětil své sdělení stinným stránkám léčby opioidy, totiž přehledu jejich nežádoucích účinků. Jejich spektrum rozdělil podle typu léčby krátkodobá/dlouhodobá, onkologická/neonkologická. Uvedl základní 4 postupy pro profylaxi a léčbu nežádoucích účinků opioidů: 1. farmakologická léčba konkrétních nežádoucích účinků, 2. rotace opioidů, 3. přidání koanalgetik, 4. využití metod regionální anestezie. Má-li být léčba bolesti pro kvalitu života nemocného přínosná, musí prospěch z úlevy převažovat nad nežádoucími účinky analgetické léčby. V diskuzi byl připomenut též serotoninergní syndrom, na který se v běžné praxi méně myslí a může vznikat

například při kombinaci často užívaných opioidů jako je tramadol a SSRI antidepressiv.

Prim. MUDr. J. Lejčko se věnoval problematice léčby bolesti v průběhu akutního herpes zoster a postherpetické neuralgie. Popsal klinické projevy akutního onemocnění. Postherpetická neuralgie (PHN) se objevuje po třech měsících, rizikem jsou věk nad 50 let, rozsáhlý kožní nález a intenzivní bolest při akutním zánětu. Preventivně působí včasná léčba bolesti v průběhu akutního herpes zoster antidepressivy (amitriptylin) a podání antivirové léčby.

PHN má pestrý klinický obraz se složkou konstantní, paroxysmální a provokovanou. Léčba PHN má obvyklý třístupňový žebříček, je však velmi komplexní včetně užití adjuvancií, psychofarmak, psychoterapie. Předmětem následné diskuze byl mechanismus účinku celkového infuzního podání lokálních anestetik (např. mezocain). Tato léčba je u některých nemocných překvapivě účinná i při jen sporadickém podávání infuzí v dlouhých časových intervalech.

Přednáška prim. M. Hakla navázala tématicky na prim. M. Dvoráka a to z algeziologického úhlu pohledu přitom se souhlasnými závěry. Přes rozporuplné názory na efektivitu

a místo epidurálních kortikoidů v algoritmu léčby vertebrogenních algických syndromů je u řady nemocných tato léčba velmi prospěšná. Dnes převažuje trend se současnou aplikací kortikoidů a lokálních anestetik. Předpokládané mechanismy účinku jsou účinky protizánětlivé, membránu stabilizační, dočasné přerušení aferentních impulzů. Léčba přináší výrazné zlepšení přibližně 70 % nemocných, toto může být i dlouhodobé, v trvání měsíců i let, léčbu lze opakovat podle autorů po 3–8 týdnech, po vlastní léčbě doporučují autoři 2–3 týdny relativně šetřící režim s „poleháváním“, následně dle aktuálního stavu plnou rehabilitaci. V abstraktu autoři podávají tabelární přehled užívaných kortikoidů. Potenciální riziko neurotoxicity kortikoidů je minimální či žádné, rizikem však mohou dle autorů být konzervační látky, např. benzyl alkohol použitý u Depo-Medrolu.

Sympozia se účastnilo okolo 250 posluchačů, jeho tématický rozsah byl široký a tempo svižné. Prezentace byly časově omezeny na 12 minut, byly výstižné a byly doplněny relativně širšími abstrakty. Domnívám se, že se sympozium vydařilo, že bylo přínosné pro běžnou klinickou praxi začínajících neurologů a v mnohém jistě zaujalo i neurology již zkušené.