

SBORNÍK ABSTRAKT



48. ČESKÝ A SLOVENSKÝ CEREBROVASKULÁRNÍ KONGRES

9. - 11. prosince 2020

Virtuální kongres

Záštita:



Cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP
Sekcia pre cerebrovaskulárne ochorenia Slovenskej neurologickej spoločnosti

Programový výbor:

doc. MUDr. Michal Bar, Ph.D., FESO
prof. MUDr. Zuzana Gdovinová, Ph.D., FESO, FEAN
MUDr. Ján Kothaj
MUDr. Martin Kovář
MUDr. Georgi Krastev, PhD.
prof. MUDr. Egon Kurča, Ph.D., FESO
MUDr. Miroslav Mako
prof. MUDr. Robert Mikulík, Ph.D., FESO
MUDr. Jiří Neumann
doc. MUDr. Vladimír Nosál, Ph.D., FESO
MUDr. Andrea Petrovičová, PhD.
MUDr. Petra Reková
MUDr. Dagmar Součková
MUDr. Ondřej Škoda, Ph.D.
prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D., FESO, FEAN
MUDr. Martin Šrámek
doc. MUDr. Aleš Tomek, Ph.D., FESO
MUDr. Daniel Václavík, Ph.D.

Organizátor:

MH Consulting s.r.o.
Narcisová 2850
106 00 Praha 10
www.mhconsulting.cz



Pořadatel:

Iktus o.p.s.

Prezident kongresu



prof. MUDr. Roman Herzig, Ph.D., FESO, FEAN

Viceprezident kongresu



doc. MUDr. Daniel Šaňák, Ph.D., FESO

ZAHÁJENÍ KONGRESU

ZAHÁJENÍ KONGRESU

Roman Herzig ,

Úvodní slovo

COVID-19 A IKTUS

COVID-19 A IKTUS

Roman Herzig ¹, Robert Mikulík ³, Aleš Tomek ⁴, Jiří Neumann ²,

¹ Neurologická klinika, Komplexní cerebrovaskulární centrum, LF UK a FN Hradec Králové

² Neurologické oddělení, Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o.z.

³ Neurologická klinika FN u sv.Anny, Brno

⁴ Neurologická klinika 2.LF UK a Fakultní nemocnice v Motole

Abstrakt není k dispozici

VPLYV EPIDÉMIE COVID NA MANAŽMENT CMP NA SLOVENSKU

Zuzana Gdovinová ², Marianna Vitková ², Anna Baráková ³, Alena Cvopová ³,

² Neurologická klinika LF UPJŠ a UNLP Košice

³ Národné centrum zdravotníckych informácií Bratislava

Abstrakt není k dispozici

AKUTNÍ IKTOVÁ PÉČE V DOBĚ UZAVŘENÉ IKTOVÉ JEDNOTKY (NAPŘ. KVŮLI COVIDU)

Martin Kovář¹, Pavel Mencl¹, Michal Panský¹,

¹ Komplexní cerebrovaskulární centrum Nemocnice Na Homolce, Praha

Věstník MZ stanovuje iktovým a komplexním cerebrovaskulárním centřům spádová území. Je obvyklé, že pokud nemá spádové centrum kapacitu nebo možnost pacienta s akutním iktem od záchranné služby převzít, převezme ho jiné centrum anebo je pacient přijat na jiné oddělení příslušné nemocnice. Tyto dvě možnosti se uplatňují v případě přístrojového nebo personálního výpadku nebo během sanitárních dní. V nynějším období transformace celých oddělení nemocnic na oddělení péče o pacienty s COVID onemocněním postihuje tato změna současně více pracovišť a způsob jejího zvládnutí se může rychle měnit. Autoři podají přehled aktuálního stavu v iktových centrech v České republice a možnosti určení náhradní péče o pacienty s akutním iktem a její účinnosti, a budou prezentovat způsob zvládnutí přijímání a léčby pacientů ve svém centru.

STAV PÉČE O CMP V ČR A SR

STAV PÉČE O CMP V ČR V ROCE 2019

Aleš Tomek¹,

¹ za výbor Cerebrovaskulární sekce ČNS ČLS JEP

Abstrakt není k dispozici

STAROSTLIVOST O CMP V SR

Vladimír Nosál¹,

¹ Výbor Sekcie pre cerebrovaskulárne ochorenia SNeS

² Neurologická klinika JLF UK a UNM

Abstrakt není k dispozici

RESQ V ČESKÉ REPUBLICE

Martin Šrámek ⁴, Robert Mikulík ³,

¹ Komplexní cerebrovaskulární centrum, Ústav klinických neurooborů, ÚVN – VFN, Praha

² Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

³ International Clinical Research Centre, St Anne's University Hospital, Brno, Czech Republic; Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno, Czech Republic; Department of Neurology, St Anne's University Hospital, Brno, Czech Republic.

⁴ Komplexní cerebrovaskulární centrum, Ústav klinických neurooborů, ÚVN – VFN, Praha, Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Představení současného stavu registru RESQ v České Republice, způsob jeho kontinuálního vylepšování na základě zpětná vazby od uživatelů a výhled dalšího vývoje

RES-Q-MEZINÁRODNÍ SROVÁNÍ

Abstrakt není k dispozici

ESO ANGELS OCENĚNÍ PRO ČESKO A SLOVENKO ZA ROK 2019 - SYMPOZIUM ANGELS

ESO ANGELS OCENĚNÍ PRO ČESKO A SLOVENKO ZA ROK 2019 - SYMPOZIUM ANGELS

,

Abstrakt není k dispozici

INTRAVENÓZNÍ TROMBOLÝZA

INTRAVENÓZNÍ TROMBOLÝZA AKUTNÍHO MOZKOVÉHO INFARKTU PO 4,5 HODINÁCH

Jiří Neumann ¹,

¹ Neurologické oddělení, Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o.z.

Abstrakt není k dispozici

TROMBOLYTICKÁ LIEČBA iCMP – „SKUTOČNÉ“ KONTRAINDIKÁCIE ?

Georgi Krastev ¹, Miroslav Mako ¹, Haring Jozef ¹, Nosál' Vladimír ², Petrovičová Andrea ³, Hanáčková Eva ⁴, Boyda Marek ⁵, Stareček Peter ⁶, Leško Norbert ⁷, Garayová Barbora ⁸,

¹ 1 Neurologické oddelenie, KCC FN Trnava

² 2 Neurologická klinika UN Martin

³ 3 Neurologická klinika FN Nitra

⁴ 4 Neurologické oddelenie NsP Komárno

⁵ 5 Neurologické oddelenie FN Trenčín

⁶ 6 Neurologické oddelenie NsP Považská Bystrica

⁷ 7 Neurologická klinika UN Košice

⁸ 8 Neurologická klinika SZU FN Banská Bystrica

Abstrakt není k dispozici

ISCHEMICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA S OKLUZÍ INTRAKRANIÁLNÍHO ÚSEKU VERTEBRÁLNÍ TEPNY - RETROSPEKTIVNÍ ANALÝZA DAT Z LET 2014-2019

Ondřej Krtička ¹, Svatopluk Ostrý ¹,

¹ Neurologické oddělení Nemocnice České budějovice, a.s.

Úvod: Ischemická cévní mozková příhoda (iCMP) ve vertebrobasilárním (VB) povodí představuje přibližně 20-25 % všech iCMP. Cíl: Zhodnocení klinických výsledků léčby pacientů s okluzí V4 a posouzení vlivu způsobu rekanalizační léčby na klinický výsledek. Materiál a metodika: Byla provedena retrospektivní analýza dat pacientů s dg. I 63.x z elektronické zdravotnické dokumentace NIS Nemocnice České Budějovice v časovém období 1/2014–10/2019. Kritéria pro zařazení: ischemická cévní mozková příhoda (iCMP) ve vertebrobasilárním povodí, potvrzená okluze vertebrální tepny (VA) v intrakraniálním úseku (V4) dle CTAG. Mezi vylučující kritéria patřila: krvácivá cévní mozková příhoda, iCMP z karotického povodí, tandemová okluze VA, okluze basilární tepny (BA), premorbidní modifikované skóre dle Rankinové (mRS)>2. Sledované a hodnocené parametry byly: způsob léčby, komorbidita, NIHSS, mRS, objektivní neurologické příznaky a subjektivní obtíže vstupně a 3 měsíce po iktu, úspěšnost rekanalizace endovaskulární léčby pomocí modified trombolysis in cerebral infarction scale (mTICI). Výsledky: Vstupní kritéria splnilo celkem 24 pacientů. Příznivého klinického výsledku (mRS 0-2) dosáhlo 14 pacientů (61 %), funkčně závislých (mRS 3-5) zůstalo 3 (13 %), zemřelo 6 (26 %). Ve skupině léčené pouze IVT mělo příznivý klinický výsledek 6 pacientů (60 %). Ve skupině léčené pouze MT nebo MT a IVT měli příznivý klinický výsledek 2 pacienti (40 %). Ve skupině bez akutní rekanalizační léčby mělo příznivý klinický výsledek 6 pacientů (75 %). Závěr: Intrakraniální okluze vertebrální tepny je vzácná příčina ischemické CMP. NIHSS může podhodnocovat skutečné postižení pacienta. Indikace trombolytické léčby na základě „tkáňového okna“ dle DWI-FLAIR „mismatch“ se zdá být bezpečná. Časná rekanalizační terapie může předejít závažným komplikacím příslušného iktu. Velikost souboru neumožňuje stanovit jasná doporučení postupu v akutní fázi iktu.

ANTIKOAGULAČNÍ TERAPIE V SEKUNDÁRNÍ PREVENCI ISCHEMICKÉ CMP ANEB CO VŠECHNO SE MŮŽE STÁT

Aleš Tomek , Daniel Šaňák ,

Abstrakt není k dispozici

POSTEROVÁ SEKCE

AKUTNÍ ISCHEMICKÝ IKTUS ZPŮSOBENÝ MYXOMEM LEVÉ SÍNĚ A LÉČENÝ INTRAVENÓZNÍ TROMBOLÝZOU

Jiří Neumann ¹, Lenka Hönigová ¹, Jan Kubík ¹, Jan Malecha ², Martin Bláha ³, Marek Adamíra ⁴,

¹ Neurologické oddělení, Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o.z.

² Ordínace pro choroby srdce, Chomutov

³ Kardiocentrum - Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentální medicíny

⁴ Kardiocentrum - Klinika kardiiovaskulární chirurgie, Institut klinické a experimentální medicíny

Úvod: Akutní mozkový infarkt může být prvním klinickým projevem srdečního myxomu. Naším cílem je upozornit na tuto raritní příčinu ischemické cévní mozkové příhody (iCMP), která byla léčena intravenózní trombolyzou (IVT). Kazuistika: Prezентujeme případ 39leté ženy, která byla přijata do našeho iktového centra pro náhle vzniklou expresivní afázii a lehkou pravostrannou hemiparézu. Pacientka byla nekuřačka a v anamnéze neměla žádné konvenční vaskulární rizikové faktory. Vstupní NIHSS skóre bylo 6. Akutní vyšetření mozku nekontrastním CT bylo normální (ASPECT skóre 10). CT angiografie neprokázala okluzi velké mozkové tepny. Na DWI obrazech MRI mozku byla detekována akutní kortikální ischemie v levém čelním laloku. Všechna kritéria pro IVT byla splněna, takže pacientka byla léčena alteplázou v celkové dávce 67 mg (OTT = 118 min, DNT = 28 min). Kontrolní CT mozku neprokázalo ischemii nebo krvácení. Během hospitalizace se neurologický deficit významně zlepšil (NIHSS = 1, mRS = 1). K stanovení etiologie iCMP byla mj. provedena transtorakální (TTE) a transezofageální (TEE) echokardiografie. Vyšetření prokázala přítomnost kulovité masy v levé síni (průměr 25 mm), v.s. myxom. Pacientka podstoupila operaci, která proběhla bez komplikací. Histologicky byl verifikován myxom. Modifikovaná Rankinova škála po 3 měsících byla 0. Závěr: V našem případě byla IVT bezpečná a účinná. K včasnému a správnému určení příčiny iCMP u mladých pacientů je důležité provedení MRI mozku k lokalizaci ischemických změn a podrobné kardiologické vyšetření zahrnující i echokardiografii včetně jícnové. TEE umožňuje přesněji detekovat strukturální srdeční abnormality. Chirurgická resekce myxomu levé síně je metodou volby.

AKUTNÍ ENDOVASKULÁRNÍ REKANALIZACE

HRANIČNÉ SITUÁCIE V ENDOVASKULÁRNEJ LIEČBE LVO - SKÚSENOSTI JEDNÉHO CENTRA

Jozef Haring¹, Georgi Krastev¹, Andrej Klepanec², Miroslav Mako¹, Ján Haršány², Matúš Hoferica²,

¹ Neurologické oddelenie, Fakultná nemocnica Trnava, Slovensko

² Rádiologická klinika, Fakultná nemocnica Trnava, Slovensko

Abstrakt není k dispozici

ASPIRATION THROMBECTOMY AS THE FIRST-LINE TREATMENT OF M2 OCCLUSIONS

Ján Haršány¹, Jozef Haring², Hoferica Matúš¹, Miroslav Mako², Georgi Krastev², Andrej Klepanec¹,

¹ Rádiologická klinika, Fakultná nemocnica Trnava, Slovensko

² Neurologická klinika, Fakultná nemocnica Trnava, Slovensko

Cieľ: Endovaskulárna liečba (EVL) je bezpečná a účinná metóda terapie u pacientov s akútnou cievnu mozgovou príhodou s uzáverom veľkej cievy v prednej cirkulácii. Meta analýza dát z 5 veľkých randomizovaných štúdií potvrdila dobrý výsledný funkčný stav pacientov po endovaskulárnej liečbe pri uzávere M1 segmentu a. cerebri media (ACM) a/alebo a. carotis interna (ACI). Napriek tomu, že viaceré retrospektívne štúdie potvrdili efektivitu EVL u distálnejších uzáverov (M2 segment) neexistuje randomizovaná štúdia, ktorá by sa zaoberala bezpečnosťou a efektivitou EVL u týchto pacientov a tak optimálny management zostáva stále nejasný. Podanie i.v. trombolytika je asociované s vyšším % rekanalizácie u distálnejších oklúzií. Na druhej strane, EVL môže byť technicky náročnejšia a spojená s vyšším rizikom periprocedurálnych komplikácií. AHA/ASA guidelines, publikované v roku 2018, odporúčajú u vhodne vybraných pacientov s oklúziou M2 segmentu ACM zvážiť stenttrombektómiu, avšak benefit liečby zostáva nejasný (EBM na úrovni IIb). Cieľom práce je analyzovať bezpečnosť a účinnosť aspiračnej trombektómie, ako aj rádiologické a klinické rozdiely pri rôznych postihnutiach M2 úsekov. Materiál a metodika: Monocentrická retrospektívna analýza 82 pacientov s akútnou ischemickou cievnu mozgovou príhodou s izolovaným uzáverom M2 segmentu ACM, ktorí boli liečení v Stroke centre Fakultnej nemocnice v Trnave od marca 2016 do júna 2019. V analýze sme dávali dôraz na zonálnu anatómiu, kde sme M2 segmenty ACM rozdelili vzhľadom na CTAG/DSA nález na dominantnú, kodominantnú alebo nedominantnú vetvu. Výsledky: Všetkých 82 pacientov s M2 oklúziou, ktorí podstúpili EVL spĺňali kritériá pre celkovú analýzu. Postihnutie M2 vetiev bolo nasledovné: dominantná 51%, kodominantná 44% a nedominantná u 5% pacientov, postihnutie ľavostranného riečiska bolo u 58,5% pacientov a 41,5% v pravostrannej cirkulácii. Priemerný vek pacientov bol $71,9 \pm 13,4$ rokov, 47,6% mužov, priemerné vstupné NIHSS skóre $11,11 \pm 5,14$. Na vstupnom natívnom CT mozgu (NTC) bolo vyhodnotené eASPECTS na úrovni $9,22 \pm 1,24$ bodu. Priemerný čas od začatia EVL po dosiahnutie rekanalizácie bolo $27,22 \pm 15,81$ min. Priemerný počet vykonaných trombektómii na jedného pacienta (počet passov) bol $2,06 \pm 1,18$. U 91,5% pacientov sme dosiahli dobrú rekanalizáciu na úrovni TIC12b/3. Aspiračnú trombektómiu ADAPT technikou sme vykonali u 72,5% pacientov, zvyšných 27,5% pacientov podstúpili stenttumbra trombektómiu využitím stentretrieveru a aspiračného katétra. Nepotvrdili sme významnú závislosť medzi závažnosťou neurologického deficitu a miestom oklúzie, $p=0,523$. V kontrole o 3 mesiace sme nezaznamenali štatisticky významnú koreláciu medzi dobrým (mRS 0-2) a zlým (mRS 3-6) funkčným stavom pacienta a miestom oklúzie, $p=0,662$. Celkovo 50% pacientov skončilo s dobrým funkčným stavom. Pacienti so zlým funkčným stavom po EVL mali významne vyšší vek ($p=0,001$), častejšie mali symptomatickú intrakraniálnu hemorágiu po zákroku ($p=0,05$), závažnejší neurologický deficit pred EVL ($p=0,001$), častejšie trpeli diabetom ($p=0,022$) a hypertenziou ($p=0,013$). Pri multivariačnej regresnej analýze vyšli nižší vek (OR 0,932, 95% CI 0,878-0,988) a nižšie NIHSS skóre pred EVL (OR 0,893, 95% CI 0,805-0,991) ako nezávislé prediktory dobrého funkčného stavu pacienta pri kontrole o 3 mesiace po zákroku. Symptomatickú intrakraniálnu hemorágiu sme zaznamenali u 6,1% pacientov. V našom súbore 50% pacientov bolo indikovaných na bridging terapiu a dostalo i.v. trombolytikum pred EVL, ale žiadny pacient (0%) nedosiahol rekanalizáciu na úrovni TIC12b/3 po i.v. trombolýze pred EVL. My sme však pacientov, ktorí sa klinicky zlepšili po aplikácii i.v. trombolýzy a následne nepodstúpili EVL neanalyzovali. Záver: Výsledky našej monocentrickej štúdie naznačujú, že aspiračná trombektómia je bezpečná a efektívna možnosť liečby u pacientov s akútnou iCMP s izolovaným uzáverom M2 segmentu ACM.

ANALÝZA FAKTOROV ÚSPĚŠNOSTI TROMBEKTÓMIE U PACIENTOV S ISCHEMICKOU NCMP NAD 80 ROKOV

Ján Kothaj ¹, Dušan Kanát ¹, Vladimír Donáth ¹, Michal Žilínčan ², Anna Baráková ³,

¹ II. neurologická klinika SZU FNsP F.D. Roosevelta, Banská Bystrica

² Rádiologické oddelenie, FNsP F.D. Roosevelta, Banská Bystrica

³ Národné centrum zdravotníckych informácií

Úvod: Endovaskulárna liečba akútnej fázy ischemickej CMP prináša jednoznačný benefit pre väčšinu pacientov. U staršej populácie, nad 80 rokov, je nižšia pravdepodobnosť funkčnej nezávislosti po výkone. Naším cieľom bolo zhodnotiť faktory, ktoré ovplyvňujú efekt endovaskulárnej liečby a selekciu pacientov v tejto vekovej skupine. Metodika: Spracúvame súbor 56 pacientov, liečených trombektómiou v akútnom štádiu ischemickej CMP, vo veku 80 rokov a viac, v období od januára 2019 do augusta 2020. Hodnotíme vstupné a výstupné klinické parametre, NIHSS, mRS, mieru rekanalizácie (TICI), čas od vzniku príznakov do rekanalizácie, stav arteriálneho riečiska a vplyv týchto faktorov na úspech rekanalizácie a funkčný stav u vybraných pacientov. Záver: Indikácia endovaskulárnej liečby u pacientov nad 80 rokov je opodstatnená, ale mala by byť podrobená hlbšej analýze faktorov vplyvujúcich na jej výsledný efekt .

ENDOVASKULÁRNA LIEČBA AKÚTNEJ CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODY U PEDIATRICKÝCH PACIENTOV V SR

Juraj Cisár ¹, Georgi Krastev ¹, Miroslav Mako ¹, Jozef Haring ¹, Andrej Klepanec ², Ján Haršány ², Dária Rabárová ³, Jarmila Železková ³, Miriam Kolníková ⁴, Jaroslava Payerová ⁴, Gonzalo Alonso Ramos Rivera ⁴, Ľudmila Podracká ⁸, Anna Hlavatá ⁸, Zuzana Pychová ⁸, Barbora Garajová ⁵, Vladimír Donáth ⁵, Ivan Vulev ⁶, Andrea Janegová ⁹,

¹ Neurologické oddelenie, Fakultná nemocnica Trnava

² Rádiologická klinika, Fakultná nemocnica Trnava

³ Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny, Fakultná nemocnica Trnava

⁴ Detská neurologická klinika, Národný ústav detských chorôb Bratislava

⁵ Neurologická klinika, Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

⁶ Centrum intervenčnej neurorádiologie a endovaskulárnej liečby, Bratislava

⁸ Detská klinika, Národný ústav detských chorôb Bratislava

⁹ Ústav klinickej patológie, LF UK a UNB a Patologicko-anatomické oddelenie, Fakultná nemocnica ,Trnava

Akútna cievna mozgová príhoda patrí medzi jednu z najčastejších príčin ťažkej invalidizácie v dospeljej populácii. Endovaskulárna liečba v kombinácii so systémovou trombolýzou je na základe výsledkov multicentrických štúdií najefektívnejšou terapiou u pacientov s uzáverom veľkých tepien.. U pacientov do 18 rokov veku údaje pochádzajú len z výsledkov menších prehľadových prác a kazuistík, vzhľadom na nízku incidenciu cievnej mozgovej príhody v tejto populácii, ktorá predstavuje 2,3-13 prípadov na 100 000 detí ročne. Na základe odhadu z demografických údajov z roku 2019 to predstavuje asi 23-130 prípadov akútnej cievnej mozgovej príhody u detí v Slovenskej republike. Podľa dostupných informácií boli doposiaľ na Slovensku od roku 2013 úspešne realizované 4 mechanické trombektómie u pediatrických pacientov s dobrým výsledným klinickým stavom (mRS 0-2). Prehľadovou prácou chceme poukázať na účinnosť a bezpečnosť endovaskulárnej terapie aj u pediatrických pacientov.

MECHANICKÁ TROMBEKTOMIE U CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY A DOSTUPNOST ENDOVASKULÁRNÍHO TÝMU V DOBĚ ÚSTAVNÍ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBY – TEORIE VERSUS REALITA

David Černík¹, Ľudmila Kmečová², Filip Cihlár³, Kateřina Bělinová⁴, Petra Janoušová⁴,

¹ 1. Komplexní cerebrovaskulární centrum, Neurologické odd., Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem, Krajská zdravotní a.s., Česká republika

² 2. Detská klinika Slovenskej zdravotníckej univerzity, Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Banská Bystrica

³ 3. Radiologická klinika Fakulty zdravotnických studií UJEP v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

⁴ 4. Komplexní cerebrovaskulární centrum, Emergency, Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem, Krajská zdravotní a.s., Česká republika

Cíle: Mechanická trombektomie (MT) je standardní léčbou cévní mozkové příhody při okluzi velké endovaskulárně dosažitelné tepny. Diskutovaným tématem je trvalá přítomnost endovaskulárního týmu v centru v režimu 24/7 pro redukci prodlev do začátku MT. Soubor a metody: Retrospektivně bylo analyzováno 355 pacientů, kterým byla v komplexním cerebrovaskulárním centru (KCC) provedena MT pro CMP při okluzi velké tepny v letech 2018-2019. Data byla konfrontována s teoretickými předpoklady dle kalendářního podílu pracovní doby a celkového ročního časového fondu. Výsledky: Doba ústavní pohotovostní služby (ÚPS) dle kalendářních dat v České republice je přibližně 76 % času z roku. Tato hodnota byla zvolena jako nejpesimističtější hodnota počtu pacientů potenciálně přijímaných v nepřítomnosti endovaskulárního týmu (při současném 100 % příjmu pacientů primárním transportem do KCC). Bylo zpracováno 355 pacientů léčených v KCC (171 za rok 2018 a 184 za rok 2019). V době ÚPS bylo přijato 227 pacientů (63,9 %). V době nepřítomnosti endovaskulárního týmu v době ÚPS se však jednalo pouze o 58 pacientů (16,3 %). Dalšími kroky lze tento počet redukovat pod 5 %. Závěr: I při nemožnosti zavedení přítomnosti endovaskulárního týmu v centru v režimu 24/7 je možné snížit počet pacientů přijatých v době nepřítomnosti týmu pod úroveň 5 %.

PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ PREVENCE. SRDCE A MOZEK.

ENDOVASCULAR LEFT ATRIAL APPENDAGE OCCLUSION IN NONVALVULAR ATRIAL FIBRILLATION PATIENTS FOR STROKE PREVENTION. STATE OF THE ART 2020. PILOT TRIAL.

Egon Kurča¹, Andrea Petrovičová², Peter Blaško³, Peter Kurray³,

¹ Neurologická klinika UNM a JLF UK Martin

² Neurologická Klinika FN Nitra

³ Kardiocentrum Nitra s.r.o.

Úvod: Uško ľavej predsieni (LAA) je u pacientov s nevalvulárnou fibriláciou predsiení (NVAF) najčastejším miestom tvorby trombov. Zlatým štandardom v prevencii ischemickej cievnnej mozgovej príhody (CMP) je perorálna antikoagulačná terapia (OAC). Dlhodobá OAC však môže byť u významnej časti pacientov kontraindikovaná. V takých prípadoch je potenciálnou možnosťou resp. alternatívnym nefarmakologickým riešením uzáver LAA (LAAO – left atrial appendage occlusion). LAAO sa dá dosiahnuť buď chirurgicky, alebo perkutánne pomocou epikardiálneho, endokardiálneho alebo kombinovaného prístupu. Optimálne zariadenie by malo znížiť embolické aj hemoragické CMP a ďalšie krvácanie s vysokou mierou úspešnosti implantátu a nízkou mierou komplikácií. Cieľom práce je predstaviť možnosti endovaskulárneho uzatvorenia uška ľavej predsieni, súčasné odporúčania, významné štúdie a pilotný súbor pacientov. Metodika: Identifikácia relevantných článkov sa uskutočnila pomocou PubMed, Cochran library. Použili sme nasledujúce hľadané výrazy: „fibrilácia predsiení“ (atrial fibrillation), „cievna mozgová príhoda“ (stroke), „uško ľavej predsieni“ (left atrial appendage), „perkutánny uzáver“ (percutaneous occlusion). Retrospektívne v pilotnej kohortovej štúdii v jednom centre sme hodnotili účinnosť a bezpečnosť LAAO u pacientov s NVAF a prekonanou CMP, u ktorých antikoagulačná liečba zlyhala alebo bola považovaná za kontraindikovanú. Výsledky: V období od 11.12.2017 do 30.9.2020 sa v Kardiocentre s.r.o. Nitra realizovalo LAAO u 15 pacientov s NVAF a cievnu mozgovou príhodou. Priemerný vek bol 76 rokov, priemerné skóre CHA2DS2-VASc = 5 a priemerné skóre HAS-BLED = 2. Úspešná implantácia sa dosiahla u všetkých pacientov (Amplatzer Amulet okludér). U 1 pacienta sa vyskytla včasná prechodná komplikácia – meléna, hemoptýza a recidíva iCMP (IVT) a u 1 pacienta akútna hyponatrémia. Žiadny pacient nemal komplikácie súvisiace s prístupom alebo samotným zariadením (dislokácia, perforácia, trombóza). U všetkých pacientov bola po LAAO nasadená antiagregačná liečba. Záver: U pacientov s NVAF, vysokým rizikom cievnej mozgovej príhody a kontraindikáciou OAC možno LAAO považovať za alternatívnu liečbu k OAC s vysokou uskutočniteľnosťou a bezpečnosťou. Kľúčové slová: fibrilácia predsiení, antikoagulačná liečba, uško ľavej predsieni, cievna mozgová príhoda

DETECTION OF SUBCLINICAL PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION AND ITS CORRELATION WITH CANDIDATE GENES IN CRYPTOGENIC STROKE AND TIA PATIENTS

Andrea Petrovičová¹, Egon Kurča², Andrea Andrášová³, Jaroslava Bernátová⁴, Peter Blaško³, Tatiana Burjanivová⁵, Daniel Čierny⁶, Tibor Ďuriš⁴, Marián Grendár⁷, Jozef Hasilla³, Bibiana Malicherová⁵, Vladimír Nosál², Peter Oboňa³, Lukáš Pátrovič⁹, Štefan Sivák², Peter Snopek⁸, Martin Svetlošák¹⁰, Pavel Vahala⁸,

¹ Neurologická Klinika FN Nitra

² Neurologická klinika UNM a JLF UK Martin

³ Kardiocentrum Nitra s.r.o.

⁴ Klinika vnútorného lekárstva FNsP Nové Zámky

⁵ Ústav molekulovej biológie Jesseniova lekárska fakulta UK Martin

⁶ Ústav klinickej biochémie Jesseniova lekárska fakulta UK Martin

⁷ Martinské centrum pre biomedicínu Jesseniova lekárska fakulta UK Martin

⁸ Kardiologická klinika Fakultná nemocnica Nitra

⁹ JESSENIUS-diagnostické centrum a.s.Nitra

¹⁰ Oddelenie arytmií a kardiostimulácie Národný Ústav Srdcových Chorôb Bratislava

Úvod: Kardioembolická etiológia je najčastejšou predpokladanou príčinou kryptogénneho mozgového infarktu. Detekcia subklinickej paroxyzmálnej fibrilácie predsiení (FP) je rozhodujúca pre výber vhodnej preventívnej liečby. Cieľom prospektívnej štúdie bolo zistiť, či pacienti s kryptogénnym mozgovým infarktom a tranzitórnym ischemickým atakom (TIA) u ktorých sa zistí FP, budú mať vyšší podiel jednonukleotidových polymorfizmov (SNP) asociovaných s FP. Hypotéza: Korelácia detegovanej subklinickej paroxyzmálnej FP predsiení dlhodobým EKG monitoringom s kandidátnymi jednonukleotidovými polymorfizmami u pacientov s kryptogénnym mozgovým infarktom a TIA. Metódy: Pacienti s kryptogénnym mozgovým infarktom / TIA a kontrolná skupina (n=15) dobrovoľníkov bez závažného kardiovaskulárneho ochorenia boli vybraní do sledovania v období rokov 2014–2018. Podstúpili 12 mesačný EKG monitoring implantovateľným slučkovým záznamníkom (ILR) (REVEAL LINQ/XT ®) a mali vyšetrené SNPs rs10033464, rs 2200733, rs225132 a rs2106261. Výsledky: 100 pacientov a 15 kontrolných jedincov dostalo ILR do 6 mesiacov od iCMP a vyšetrili sme im vybrané SNP. U 24 (24%) pacientov s kryptogénnym mozgovým infarktom / TIA sme zistili FP vs. 0 u kontrol. Z vyšetovaných SNP sme pri variante rs2106261 zachytili slabý signifikantný trend u pacientov so zistenou FP (x-kvadrát =1.3811, df=1, p=0.2399) (z=-1.4307, dim=2, p=0.07626). Pri variantoch rs10033464 (x-kvadrát=0.29159, df=1, p=0.5892), rs2200733 (x-kvadrát= 0.37194-30, df=1, p=1) resp. rs225132 (x-kvadrát=0.020319, df=1, p=0.8867) sme nepreukázali štatisticky signifikantnú asociáciu so zistenou FP. V kontrolnom súbore sme zistili štatisticky signifikantný pokles podielu rs2106261 (x-kvadrát=3.5829, df=1, p=0.05838) (z=2.2636, dim=2, p=0.0118) a rs10033464 (x-kvadrát=1.2648, df =1, p=0.2607) (z=-1.6726, dim=2, p=0.04721). Záver: V súbore pacientov s kryptogénnym mozgovým infarktom / TIA sme preukázali vyšší podiel polymorfizmu rs2106261 u pacientov so zistenou FP a nižší výskyt polymorfizmov rs10033464 a rs2106261 v kontrolnom súbore. Registrácia štúdie: www.clinicaltrials.gov, NCT02216370

VYBRANÉ EPIDEMIOLOGICKÉ A SOCIOEKONOMICKÉ UKAZATELE A PARAMETRY ŽIVOTNÍHO STYLU MLADÝCH PACIENTŮ S ISCHEMICKÝM IKTEM A JEJICH MOŽNÝ VLV NA ZOTAVENÍ A RIZIKO RECIDIVY

Daniel Šaňák ¹, David Franc ¹, Petra Divišová ¹, Lucie Lysková ¹, Michal Král ¹, Tomáš Dorňák ¹, Tomáš Veverka ¹,

¹ KCC, Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc

Úvod: Ischemické cévní mozkové příhody (iCMP) postihují také mladé jedince v produktivním věku, přičemž u většiny pacientů není příčina iktu zjištěna. V souvislosti se vznikem iCMP je známa celá řada epidemiologických a socioekonomických charakteristik a vybraných aspektů životního stylu, nicméně dosud chybí dostatečná data možném vlivu na zotavení a riziko recidivy iktu u mladých pacientů s iCMP. Cíle: Posouzení vlivu vybraných epidemiologických a socioekonomických ukazatelů a parametrů životního stylu na zotavení a riziko recidivy iktu u pacientů s iCMP do 50 let věku. Metodika: Data byla získána od konsektivních pacientů s iCMP do 50 let věku zařazených do prospektivní studie HISTORY, registrované na ClinicalTrials.gov (NCT01541163). Všichni pacienti vyplnili anonymizovaný strukturovaný „multiple choice“ dotazník, který obsahoval celkem 49 položek zahrnující epidemiologické a socioekonomické parametry a charakteristiky životního stylu. Výsledný klinický stav po iktu byl hodnocen po 3 měsících pomocí modifikované Rankinovy škály (mRS) a všichni pacienti byli dále sledováni. Etiologie iktu byla u všech pacientů určena dle ASCOD klasifikace. Výsledky: Dotazník vyplnilo celkem 297 pacientů (163 mužů, průměrný věk 39,6 ± 7,8 let). U 210 (70,7 %) pacientů byla etiologie iktu kryptogenní. Celkem 52 (17,5 %) pacientů mělo VŠ a 123 (41,4 %) SŠ vzdělání, 85,9 % pacientů bylo zaměstnáno a 56,9 % žilo v manželství. 53,5 % pacientů žilo ve městě, 70,7 % pravidelně sportovalo a 39,1 % chodilo na pravidelné preventivní prohlídky. Alkohol konzumovalo alespoň jednou týdně 138 (46,5 %) pacientů a 74 (24,9 %) kouřilo. 206 (69,3 %) pacientů dosáhlo mRS 0 po 3 měsících, přičemž tito pacienti méně kouřili (12,1 vs. 53,8 %; p<0,001), měli častěji VŠ vzdělání (23,3 vs. 4,4 %; p=0,001) častěji pravidelně sportovali (79,1 vs. 51,6 %; p=0,02) a chodili na pravidelné preventivní prohlídky (45,6 vs. 24,2 %; p=0,01). Během sledování (medián 19 měsíců) utrpělo 12 (4 %) pacientů recidivu. Pacienti s recidivou iCMP měli vyšší BMI (31,6 vs. 26,7; p=0,007), méně jich pravidelně sportovalo (16,7 vs. 73,0 %; p<0,0001) a chodilo na pravidelné preventivní prohlídky (8,3 vs. 40,0 %; p=0,04) ve srovnání s ostatními pacienty. Závěr: Úplného zotavení po iCMP dosáhli častěji pacienti s VŠ vzděláním, kteří méně kouřili a častěji pravidelně sportovali a chodili na preventivní prohlídky. Recidivu iktu utrpěli častěji pacienti s vyšším BMI, kteří méně sportovali a chodili méně na preventivní prohlídky. Poděkování: Práce byla podpořena grantem AZV MZ ČR č. 17-30101A a grantem IGA LF UP_006_2020.

PERSONAL EXPERIENCE WITH TICAGRELOR AS A SECONDARY STROKE PREVENTION AFTER PRIMARY ANTIPLATELET THERAPY FAILURE

MUDr. Veronika Vargová¹, MUDr. Andrea Petrovičová, PhD.¹, MUDr. Monika Virágová¹, MUDr. Gabriel Hajaš, PhD.¹,

¹ Neurologická klinika, Fakultná nemocnica Nitra

Úvod : Antiagregačná liečba kyselinou acetylsalicylovou a klopidoogrelom predstavuje u pacientov s nekardioembolickou ischemickou cievnu mozgovou príhodou (iCMP) základ sekundárnej prevencie. Zlyhanie štandardne používanej antiagregačnej terapie v sekundárnej prevencii býva jednou z príčin recidívy ischemického iktu. Možnosti náhrady antiagregancií sú obmedzené. Tikagrelor zatiaľ nebol schválený pre liečbu iCMP, ale výsledky štúdie Thales podporujú jeho použitie aj v tejto indikácii. Cieľom práce bola retrospektívna analýza vlastného súboru pacientov, ktorým bol nasadený tikagrelor v sekundárnej prevencii iCMP. Metodika: V súbore bolo zahrnutých 15 pacientov s nekardioembolickou ischemickou cievnu mozgovou príhodou, hospitalizovaných na Neurologickej klinike FN Nitra od decembra 2017 do júla 2020. Etiologicky išlo o aterotrombotické, kryptogénne a jednu embolickú cievnu príhodu z neznámeho zdroja s dôkazom foramen ovale apertum. Tikagrelor bol indikovaný po prvej iCMP pre laboratórny dôkaz rezistencie na primárne nasadenú antiagregačnú terapiu, prípadne pre zlyhanie antiagregačnej liečby po recidíve iCMP. Cieľom práce počas užívania tikagreloru bolo zistiť 1. Výskyt recidívy iCMP 2. Výskyt krvácajúcich komplikácií 3. Iné nežiadúce účinky. Výsledky: V súbore bolo zahrnutých 12 mužov a 3 ženy. Priemerný vek pacientov v čase primárnej iCMP bol 60 rokov a 6 mesiacov. Najviac, celkovo 6 pacientov bolo vo veku 51-60 rokov, najmladší pacient mal 18 rokov a 1 mesiac, najstarší 85 rokov a 7 mesiacov. Z rizikových faktorov sa najčastejšie vyskytovala arteriálna hypertenzia (12/80,00%), ICHS (5/33,33%), DM (6/40,00%) a nikotinizmus (11/73,34%). Priemerné NIHSS bolo 6b. Stenting extra/intrakraniálnych artérií bol indikovaný u 5 pacientov, karotická endarterektómia u 1 pacienta zo súboru za sledované obdobie. Dôvodom nasadenia tikagreloru bol dôkaz rezistencie na klopidoogrel v 11 prípadoch alebo na klopidoogrel + kyselinu acetylsalicylovú v 3 prípadoch. 4 pacienti mali nasadený tikagrelor po prvej iCMP, 7 pacienti po 1. recidíve a 4 pacienti po 2. recidíve v sledovanom období. Počas liečby tikagrelorom žiadny z našich pacientov nemal zaznamenanú recidívu iCMP, hemoragické komplikácie mal 1 pacient, nadmerné vypadávanie vlasov 1 pacient, dyspnoe 0 pacientov. Nešpecifické ťažkosti vo forme únavy, celkovej slabosti u 5 pacientov, prechodné poruchy krátkodobej pamäti u 2 pacientov nie je možné jednoznačne vyhodnotiť ako nežiadúci účinok liečby. Môže ísť o následok iCMP s možnou rozvíjajúcou sa organickou poruchou osobnosti. U 5 pacientov zo súboru sme tikagrelor indikovali v prechodnom období od 3 mesiacov do 1,5 roka s následným prechodom na inú antiagregačnú terapiu, 2 pacienti v sledovanom období zomreli z dôvodu veku a komorbidít, 8 pacienti stále pokračujú v terapii tikagrelorom. Zhrnutie: V analyzovanom súbore pacientov sme preukázali efektivitu a relatívnu bezpečnosť tikagreloru ako off-label liečby pri rezistencii štandardnej antiagregačnej terapie. Vzhľadom na pozitívne skúsenosti očakávame v blízkej budúcnosti jeho schválenie v indikácii antiagregačnej terapie nekardioembolických iCMP. Kľúčové slová: tikagrelor, klopidoogrel, rezistencia na klopidoogrel, cievna mozgová príhoda

KOINCIDENCE ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY A AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU

Lubomír Jurák¹,

¹ Neurocentrum, Krajská nemocnice Liberec

Srdeční komplikace se podílejí na velkém procentu předčasné smrti u pacientů s nitrolebním krvácením, nicméně jejich souvislost s úmrtností za hospitalizace pro akutní ischemickou cévní mozkovou příhodu je mnohem méně prostudována. 66letá žena byla přijata do nemocnice pro příznaky cévní mozkové příhody v podobě těžké parézy LHK, centrální parézy levého faciální nervu a dysartrie, NIHSS 7. Počítačová tomografie mozku byla bez akutní patologie. Dle CT angiografie byla zjištěna nevýznamná 30 % stenóza pravé vnitřní karotické tepny. Po podání intravenózní trombolýzy (DNT 34 minut) došlo k postupnému zlepšení stavu pacientky, NIHSS 1. Druhého dne se u pacientky objevily stenokardie, opocení, hypotenze, bradykardie. Na EKG byly zachyceny elevace ST úseku ve svodech I, aVL a V1-5. Hodnota troponinu T byla 5766. Byla stanovena diagnóza akutního infarktu myokardu přední stěny. Kontrolní CT mozku ukázalo menší ischemii v pravém parietálním laloku. Po provedení koronarografie se zjištěním uzávěru ramus interventricularis anterior a po jeho znovuotevření pomocí PCI s implantací stentu došlo ke kompletní regresi pacientčinych potíží. Po celkové sedmidenní hospitalizaci byla pacientka propuštěna s lehkou reziduální parézou dvou prstů LHK bez srdečních potíží. Její tříměsíční modifikované Rankinovo skóre mělo hodnotu 1. 69letý muž byl přijat do nemocnice pro příznaky cévní mozkové příhody v podobě somnolence, levostranné hemiplegie a hemihypestézie, centrální parézy levého faciální nervu, parézy pohledu vlevo, neglect syndromu vlevo a těžké dysartrie, NIHSS 19. Počítačová tomografie mozku byla bez akutní patologie. Dle CT angiografie byla zjištěna okluze pravé střední mozkové tepny v úseku M2. Po podání intravenózní trombolýzy (DNT 13 minut) a provedení graficky úspěšné (mTICI 3) mechanické embolektomie (DGT 56 minut, DRT 100 minut) došlo k postupnému zlepšení stavu pacienta, NIHSS 2. Druhého dne se u pacienta objevily bolesti v epigastriu. Jiné příznaky negoval. Na EKG byly zachyceny elevace ST úseku ve svodech II, III, aVF i v hrudních svodech. Hodnota troponinu T byla 6517. Byla stanovena diagnóza akutního infarktu myokardu spodní stěny. Navíc byl diagnostikován atrioventrikulární blok třetího stupně. Kontrolní CT mozku neukázalo žádnou akutní ischemii. Po provedení koronarografie se zjištěním 90 % stenózy pravé koronární tepny a po obnovení jejího dostatečného průtoku pomocí PCI s implantací stentu došlo ke parciální regresi pacientových potíží – bez stenokardií, menší dušnost. Na EKG stále přetrvávala atrioventrikulární blokáda třetího stupně. Po dvou dnech od kardiologické intervence došlo u pacienta k náhlé srdeční zástavě s neúspěšnou kardiopulmonální resuscitací. Dle provedené zdravotní pitvy byla příčinou smrti srdeční tamponáda při trhlině zadní stěny levé komory. Akutní infarkt myokardu komplikující ischemickou cévní mozkovou příhodu není častý, avšak v případě jeho koexistence je spojen s trojnásobným zvýšením úmrtnosti a 50 % zvýšením délky pobytu v nemocnici a nákladů na péči. Invazivní diagnostika v podobě koronarografie a léčba ve smyslu perkutánní koronární intervence může vést ke zlepšení přežití u pacientů s akutním infarktem myokardu po ischemické cévní mozkové příhodě.

CMP & FIBRILACE SÍNÍ V DIAGNOSTICE - SYMPOZIUM MEDTRONIC

SYNKOPA CENTRUM NEMOCNICE NA HOMOLCE – MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP

L. Dujka ,

Abstrakt není k dispozici

M. Škorňa ,

Abstrakt není k dispozici

INTRACEREBRÁLNÍ A SUBARACHNOIDÁLNÍ HEMORAGIE, CÉVNÍ MALFORMACE, CÉVNÍ CHIRURGIE

VYUŽITÍ KVANTITATIVNÍ FLOWMETRIE PŘI OPERACÍCH INCIDENTÁLNÍCH ANEURYZMAT STŘEDNÍ MOZKOVÉ TEPNY

V Příbáň ¹, J Mraček ¹, J Dostál ¹, I Holečková ¹,

¹ Neurochirurgická klinika LF UK v Plzni a FN Plzeň

Úvod: Kvantitativní flowmetrie (TTFM) dokáže detekovat peroperační průtok v magistralní tepně před a po zaklipování aneuryzmatu. Patologické hodnoty mohou vést operátora k přesazení svorky a tím prevenci ischemie v teritoriu postižené tepny. Naším cílem bylo porovnat prospektivně vedený soubor pacientů, u kterých byla flowmetrie prováděna s retrospektivně hodnocenou skupinou bez TTFM. □Soubor a metodika: Ve skupině s provedenou TTFM bylo 33 pacientů, ve skupině bez flowmetrie 22 pacientů. Oba soubory byly homogenní z hlediska věku, pohlaví a velikosti aneuryzmat. Ta byla rozdělena na malá (do 7 mm) střední (8-15 mm) velká (16-24) a gigantická (25 mm a více). Klinický outcome byl hodnocen 30.den pomocí mRS. Kvantitativní hodnocení průtoku v magistralních tepnách bylo prováděno pomocí flowmetru Transonic HT331 fy Transonic Systems Inc. Velikost sond byla obvykle 2 mm, výjimečně 1,5 mm. Statistické zpracování bylo provedeno pomocí Statistica SAS. □Výsledky: Oba soubory byly homogenní z hlediska věku, pohlaví a velikosti aneuryzmat. □mRS 30. den nevykazovalo mezi oběma soubory statistickou signifikanci. Nicméně riziko špatného výsledku bylo ve skupině non-flow 5x vyšší než ve skupině pacientů s provedenou kvantitativní flowmetrií. Autoři nezaznamenali komplikaci v souvislosti s využitím peroperační TTFM. Zároveň je třeba přiznat, že v určitých případech anatomická situace neumožnila využití TTFM. □Závěr: Kvantitativní flowmetrie představuje bezpečnou metodu, která vede k eliminaci potenciálních chyb při mikrochirurgických operacích incidentálních aneuryzmat střední mozkové tepny. Podpořeno MZ ČR - RVO (Fakultní nemocnice Plzeň - FNPL, 00669806)

KOGNITIVNÍ FUNKCE PO KAROTICKÉ ENDARTEREKTOMII – VLIV NOVÝCH LÉZÍ NA DIFUZNÍM VÁŽENÍ MAGNETICKÉ ROZONANCE

Daniel Václavík¹, Markéta Tkáčová¹, David Školoudík², Gabriela Solná¹, Táňa Fadrná²,

¹ Vzdělávací a výzkumný institut AGEL, nemocnice Ostrava Vítkovice, Iktové centrum, neurologické oddělení

² Fakulta zdravotnických věd, Universita Palackého, Olomouc

Úvod: Efekt karotické endarterektomie (CEA) na kognitivní funkce je zatím nejasný. Vlivem mikroembolizací a/nebo narušením hemodynamiky během operace vznikají nové léze na magnetické rezonanci - difuzním vážení (MR-DWI). Cíl práce : Zjistit zda přítomnost nových MRI-DWI lézí po CEA má vliv na kognitivní deficit. Materiál a metodika: Zařazení byli pacienti s informovaným souhlasem bez demence, psychiatrických poruch včetně deprese a bez cévní příhody během operace, bez kontraindikace k MRI. Byla analyzována data u 247 pacientů před a po operaci vnitřní karotidy v období leden 2011 až prosinec 2018 ve Vítkovické nemocnici Ostrava. Byly srovnány kognitivní testy u pacientů s DWI lézemi a bez nich. Sledovali jsme demografická a anamnestická data. Addenbrookský test kognice (ACE - r), Mini-Mental State Examination (MMSE), test kreslení hodin (KH), test plynulosti řeči(PŘ) byly provedeny před operací, po 24 hodinách , 30 dnů a jeden rok od operace. U všech pacientů bylo provedeno MRI mozku před CEA a do 24 hodin po operaci. Byly srovnány kognitivní testy u pacientů s novými DWI lézemi a bez nich. Ke statistickému zpracování byl použit statistický software IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp. Výsledky: Na DWI MRI mozku mělo nález ischemie celkem 36 pacientů, 211 pacientů bylo bez nové léze. Průměrné hodnoty kognitivních testů u skupiny pacientů s novou lézí na MRI DWI a bez byly: před operací, 24 h po operaci, 30 dní, rok ACE-r (83/85,83/90, 87/90, 85/89), p (0,3; 0,07; 0,2; 0,15), MMSE (27/28, 27/29, 28/29, 27/29), p (0,3; 0,1; 0,45; 0,1), KH (5/5, 5/5, 4/5, 5/5), p (0,2; 0,3; 0,04; 0,2), PŘ (9/10, 10/10, 10/11, 11/11), p (0,9; 0,5; 0,5; 0,2). Statisticky významný rozdíl byl pouze v dílčím testu kreslení hodin po 1 měsíci. Závěr: Nové DWI léze po karotické endarterektomii neměly v naší studii po jednom roce vliv na kognitivní funkce pacientů. Grant: Podpořeno grantem ministerstva zdravotnictví ČR č.: 17-31016A.

SYMPOZIUM TAKEDA

VÝSLEDKY SCREENINGU FABRYHO NEMOCI U CEREBROVASKULÁRNÍCH PACIENTŮ

Aleš Tomek ,

Abstrakt není k dispozici

SYMPOZIUM PFIZER

NOVÁ ESC DOPORUČENÍ V PRAXI: AKTIVNÍ SCREENING FIBRILACE SÍNÍ PRO PREVENCI ISCHEMICKÉ CMP

Daniel Šaňák ,

Abstrakt není k dispozici

NOVÁ ESC DOPORUČENÍ V PRAXI: REALITA VŠEDNÍCH DNÍ - POLYMORBIDNÍ PACIENT.

Jiří Orság ,

Abstrakt není k dispozici

NEUROSONOLOGIE

SONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ FUNKČNÍ VAZOMOTORICKÉ REZERVY, MOŽNOSTI VYUŽITÍ

Ondřej Škoda ¹,

¹ Neurologické oddělení, Nemocnice Jihlava

² Neurologická klinika 3.LF Univerzity Karlovy a FNKV, Praha

Zvaný příspěvek.

KOMPLIKACE IKTU. REHABILITACE, LOGOPEDIE, NEUROPSYCHOLOGIE, MANAGEMENT NÁSLEDKŮ IKTU.

VLIV POHYBU NA KOGNITIVNÍ FUNKCE U PACIENTŮ PO IKTU

¹ Fakulta zdravotnických věd Univerzita Palackého Olomouc

² Neurologická klinika lékařská fakulta UP Olomouc

³ Oddělení neurologie a rehabilitace Agel nemocnice Prostějov

Abstrakt není k dispozici

SPONZOROVANÁ PŘEDNÁŠKA - NOVARTIS

BOLESTI HLAVY U CMP

Michal Bar ¹,

¹ Neurologická klinika FN v Ostravě a LF Ostravské university

Zkrácená informace: Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz Souhrn údajů o přípravku, bod 4.8. Aimovig 70 mg injekční roztok v předplněném peru Aimovig 140 mg injekční roztok v předplněném peru Složení: Jedno předplněné pero obsahuje erenumabum 70 mg nebo 140 mg. Indikace: Přípravek Aimovig je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří trpí migrénou nejméně 4 dny v měsíci. Dávkování: Doporučená dávka je 70 mg erenumabu každé 4 týdny. U některých pacientů může být prospěšné podat dávku 140 mg každé 4 týdny. Dávku 140 mg je nutné podat buď jako jednu podkožní 140 mg injekci nebo jako dvě podkožní 70 mg injekce. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Zvláštní upozornění/varování: Krytka hrotu předplněné injekční stříkačky/pera přípravku Aimovig obsahuje sušený přírodní latex (kaučuk), který může vyvolat alergickou reakci u osob citlivých na latex. *Po uvedení přípravku na trh byly u erenumabu hlášeny závažné hypersenzitivní reakce včetně vyrážky, angioedému a anafylaktických reakcí. Zácpa je častým nežádoucím účinkem přípravku Aimovig a je obvykle lehká nebo středně těžká. Ve většině případů byl nástup hlášen po první dávce přípravku Aimovig; nicméně u pacientů se zácpa objevila i později během léčby. Ve většině případů zácpa odezněla do tří měsíců. V období po uvedení přípravku na trh byla u erenumabu hlášena zácpa se závažnými komplikacemi. V některých případech byla nutná hospitalizace, včetně případů, kdy byl nutný chirurgický zákrok. Zácpa v anamnéze nebo současné užívání léčivých přípravků spojených se sníženou gastrointestinální motilitou může zvýšit riziko závažnější zácpy a možnosti komplikací souvisejících se zácpou. Pacienti mají být upozorněni na riziko zácpy a musí být poučeni, aby vyhledali lékařskou pomoc v případě, že zácpa nezmizí nebo se zhorší. Pokud se u pacientů objeví zácpa, mají okamžitě vyhledat lékařskou pomoc. Zácpa musí být léčena neprodleně, jakmile je to z klinického hlediska vhodné. Při těžké zácpě má být zváženo přerušení léčby.* Interakce: Vzhledem k metabolickým cestám monoklonálních protilátek se neočekává vliv na expozici současně podaných léčivých přípravků. Ve studii na zdravých dobrovolnících nebyla pozorována interakce s perorálními kontraceptivy (ethinyl estradiol/norgestimát). Těhotenství a kojení: Podávání přípravku Aimovig v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. O používání přípravku Aimovig během kojení je možné uvažovat pouze v případech, kdy je to klinicky nezbytné. Nežádoucí účinky: Časté: *Reakce z přecitlivělosti včetně anafylaxe, angioedému, vyrážky, zduření/edému a kopřivky*, zácpa, pruritus, svalové křeče, reakce v místě vpichu. Podmínky uchovávání: Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte předplněná pera v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po vyjmutí z chladničky musí být přípravek Aimovig použit během 14 dní, pokud bude uchováván při pokojové teplotě (do 25°C), nebo znehodnocen. Pokud je uchováván při vyšší teplotě nebo po delší dobu, musí být znehodnocen. Dostupné lékové formy/velikosti balení: Jedna předplněná injekční stříkačka, 1 předplněné pero nebo vícečetné balení obsahující 3 předplněná pera. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. Poznámka: Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. Reg. č.: EU/1/18/1293/001-002, 004-005. Datum registrace: 26.7.2018. Datum poslední revize textu SPC: 25.8.2020. Držitel rozhodnutí o registraci: Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merrion Road, Dublin 4, Irsko. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pouze v síle 140 mg.

VARIA

PREHĽAD NAJNOVŠÍCH KLINICKÝCH ŠTÚDIÍ V OBLASTI NCMP

Miroslav Mako ¹, Georgi Krastev ¹, Jozef Haring ¹,

¹ Neurologické oddelenie FN Trnava

Abstrakt není k dispozici

LONG-TERM FOLLOW-UP OF PATIENTS AFTER ISCHEMIC HEMISPHERIC STROKE

Marek Bašista ², Kamil Zeleňák ³, Egon Kurča ¹, Lucia Babalová ¹, Vladimír Nosál ¹,

¹ Neurologická klinika JLF UK a UNM

² Jesseniova lékařská fakulta UK

³ Radiologická klinika JLF UK a UNM

Background And Aims: Short-term follow-up (within 90 days) of stroke patients is common in the evaluation of results of the most clinical studies. Long-term evaluation of such patients is relatively rare. Aim of our study was to evaluate ischemic stroke patients after minimally two years period after incident (27-43 months). **Methods:** From 262 records of stroke patients hospitalised during year 2016 we identified 107 patients with well-defined acute ischaemic hemispheric stroke. Patients were contacted via phone, and positive response or death confirmation we received from 86 patients which underwent further analysis. Patients were divided into two groups – reperfusion therapy (RT) group (28%) received rt-PA and/or mechanical thrombectomy, and conservative therapy (CT) group (72%) received other than reperfusion therapy. Functional outcome and mortality were evaluated. **Results:** 38 (44%) patients died (27 CT vs. 11 RT, p=0.84). From all deaths, 21 (55%) patients died (14 CT, 7 RT) within 3 months. From 48 survivors 3 (3.5%) patients (3 CT) returned to work, 13 (15%) were independent (10 CT, 3 RT), partially dependent at home care were 18 (21%) patients (11 CT, 7 RT), 9 (10.5%) were completely dependent at home care (7 CT, 2 RT), and 5 (6%) patients were at long-term healthcare/retirement house (4 CT, 1 RT). **Conclusions:** Despite modern therapy ischemic stroke still has high long-term mortality and negative impact on functional outcome.

NEMOC MOYAMOYA A SYNDROM MOYAMOYA – DVĚ KAZUISTIKY A PŘEHLED LITERATURY

V Příbáň ¹, J Dostál ¹, J Mraček ¹, J Baxa ², P Duras ²,

¹ Neurochirurgická klinika LF UK v Plzni a FN Plzeň

² Klinika zobrazovacích metod LF UK v Plzni a FN Plzeň

nemoc moyamoya (MMD) je chronické progresivní stenookluzivní onemocnění terminálních úseků vnitřních karotid a iniciálních úseků předních a středních mozkových tepen doprovázené tvorbou kolaterál na bazi mozku. Vzhled těchto kolaterál dal nemoci název. Na DSA připomínají prchavý „obláček kouře“-japonsky moyamoya. Další kolaterály mohou být leptomeningeální a dále transdurální ze zevního karotického povodí (rete mirabile, vault moyamoya). První zmínky o MMD pocházejí z Japonska z konce 50. let 20. století a dlouho byla nemoc považována za endemickou. Koncem 60. let byly publikovány první případy u neasijské populace. Syndrom moyamoya je jednostranné nebo oboustranné postižení mozkového řečiště, doprovázené přidruženou chorobou (nejčastěji NF1, Downovým syndromem, primordiálním nanismem...). Autoři prezentují pacientku s nemocí moyamoya, úspěšně léčenou kombinovanou revaskularizací a dále pacientku se syndromem moyamoya s přidruženým Stein-Leventhalovým syndromem. Podpořeno MZ ČR - RVO (Fakultní nemocnice Plzeň - FNPL, 00669806)

CHIRURGICKÁ LÉČBA ESENCIÁLNÍ GLOSSOPHARYNGEÁLNÍ NEURALGIE: KAZUISTIKA A PŘEHLED TERAPEUTICKÝCH MODALIT

V Příbáň ¹, J Dostál ¹, J Mraček ¹, I Holečková ¹, D Štěpánek ¹,

¹ Neurochirurgická klinika LF UK v Plzni a FN Plzeň

Esenciální glossopharyngeální neuralgie (GPN) je charakterizována ostrou paroxysmální bolestí v senzitivním teritoriu n. glossopharyngeu a vagu. Ve srovnání s neuralgií trigeminu je vzácná. Jedná se o bolest lokalizovanou izolovaně nebo v kombinaci v oblasti kořene jazyka, tonsily, patrových oblouku a ucha. Bolest je ostrá, paroxyzmální, šlehavého charakteru, trvající sekundy až minuty. Vzhledem k podílu n. vagu na jejím vzniku může být doprovázena kardiovaskulárními příznaky v podobě arytmií, synkop až asystolie s fatálními důsledky. Chirurgická léčba je metodou druhé volby. Přichází v úvahu při selhání medikamentózní terapie antikonvulziv. Historicky byly nejprve prováděny rizotomie a neurotomie n.IX. Nejprve extradurálně, posléze intradurálně při výstupu nervu z mozkového kmene. Četné komplikace vedly k hledání jiných postupů. V dalším období se uplatnila trigeminální traktotomie/nukleotomie a perkutánní radiofrekvenční termokoagulace. Kauzální řešení v případě neurovaskulárního konfliktu coby příčiny GPN přinesla technika mikrovaskulární dekomprese. V posledních letech nachází své místo při terapii GPN gama nůž, který má výhodu u pacientů nevhodných pro operační řešení z důvodů vyššího věku nebo komorbidit. Autoři prezentují případ pacientky úspěšně léčené mikrovaskulární dekompresí po selhání medikamentózní léčby a přehled současných chirurgických modalit. Práce byla podpořena MZ ČR - RVO (Fakultní nemocnice Plzeň - FNPL, 00669806)

ESENCIÁLNÍ TROMBOCYTEMIE A MOZKOVÁ VENÓZNÍ I ARTERIÁLNÍ TROMBÓZA U MLADÉ ŽENY

Alena Táboříková ¹, Jiří Neumann ¹,

¹ Neurologické oddělení, Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o.z.

Esenciální trombocytémie je vzácné hematologické onemocnění, jehož příčina není dosud plně objasněna. Závažnými klinickými projevy jsou trombózy v žilním a tepenném řečišti. Žilní trombózy se u pacientů s esenciální trombocytémií častěji objevují i v méně obvyklých lokalizacích, kterými jsou lienální žíla, mezenterické žíly, portální žíla, hepatální žíly nebo mozkové žíly a splavy. Z tepenných trombóz převažují akutní koronární syndromy a ischemické cévní mozkové příhody. Výskyt esenciální trombocytémie je v mladším věku ojedinělý, stejně tak jako výskyt cévních mozkových příhod. Prezentujeme případ 22leté ženy s mozkovou žilní trombózou, v anamnéze bez významnějších rizikových faktorů. Za hlavní příčinu vzniku mozkové žilní trombózy byla určena trombocytóza, která byla následně verifikována jako esenciální trombocytémie. S odstupem 3 let se tato nemoc projevila akutním mozkovým infarktem, který byl úspěšně léčen rekombinantním tkáňovým aktivátorem plasminogenu a eptifibatide (inhibitor glykoproteinu IIb/IIIa).

ZAKONČENÍ KONGRESU

ZAKONČENÍ

Roman Herzig ,

Abstrakt není k dispozici

Zlatý partner



Medtronic



Stříbrný partner



Bronzový partner



Vystavovatelé



Děkujeme všem zúčastněným firmám za podporu této akce