

TERAPIE ÚZKOSTI V AKUTNÍ GERONTOPSYCHIATRII, MOŽNOSTI LÉČBY A JEJICH ÚSKALÍ

MUDr. Hana Drástová, MUDr. Richard Krombholz

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

V článku se autoři pokoušejí zmapovat současnou situaci v oblasti léčby úzkosti u akutně hospitalizovaných gerontopsychiatrických pacientů. Jsou uváděny indikační okruhy, vhodnost a případná rizika jednotlivých účinných látek.

Cílem je jednak upozornit na nebezpečí, která s sebou nese nevhodná preskripce zejména benzodiazepinů u seniorů a pokus o nalezení přijatelného kompromisu v terapii úzkosti.

Klíčové slova MeSH: úzkost – farmakoterapie, ľudia vyššieho veku; psychiatria geriatrická.

Psychiatr. prax, 2005, roč. 6 (6): 292–293

Úvod

V klinické praxi se při léčbě gerontopsychiatrických pacientů ve valné většině neobejdeme bez použití anxiolytik. Léčba úzkosti u starých lidí má svá specifika.

U pacientů vyššího věku je menší výskyt serotoninergní úzkosti, jak se s ní setkáváme v mladších věkových skupinách, zejména u fobických poruch. Četnost fobických poruch klesá se zvyšujícím se věkem. Naopak se zvyšuje podíl převážně gabaergní úzkosti. Gabaergní úzkost provází poruchy typické pro vyšší věk – organické poruchy, afektivní poruchy, demence.

Z uvedeného vyplývá, že se v léčbě úzkosti vyššího věku neobejdeme vzhledem k jejímu původu bez ovlivnění gabaergního přenosu, to znamená v praxi bez použití benzodiazepinů (BZD).

Přijetí tohoto faktu neznamena, že léčba BZD nemá svá rizika a že je pro seniory zcela bezpečná. Otázkou je, zda máme alternativu.

Současný stav můžeme zdokumentovat na souboru našich pacientů z roku 2004. Za dobu tří měsíců bylo na akutní otevřené gerontopsychiatrické oddělení PL přijato 76 nemocných, z toho 71% z nich byla podána anxiolytika.

Diagnosticky se jednalo nejčastěji o organické duševní poruchy, z nichž dle četnosti byla nejvíce zastoupená organická depresivní porucha, dále funkční afektivní poruchy,

psychózy a poruchy přizpůsobení a osobnosti (graf 1).

Průměrný věk pacientů v souboru byl 76,5 let. Nejmladšímu pacientovi bylo 65 let, nejstaršímu 89 let. Ve věku 80–89 lety byla téměř pětina sledovaných pacientů. Ženy převažovaly nad muži v poměru 4:1.

Nejčastěji podaným anxiolytikem byly benzodiazepiny (BZD) téměř v 76%, dále hydroxyzin ve 20% a buspiron ve 4% (graf 2).

Z BZD byl nejčastěji podáván clonazepam, a to u 30% všech pacientů v průměrné denní dávce 1,5 mg (v rozmezí 0,5–2 mg), alprazolam byl podán 26% pacientů v průměrné denní dávce 1 mg pro die (0,25–2 mg), oxazepam byl podán 20% pacientů v průměrné denní dávce 10 mg (5–30 mg) – (graf 3).

Hydroxyzin byl podán v průměrné denní dávce 62,5 mg (v rozmezí 25–75 mg) a buspiron v průměrné denní dávce 15 mg.

Tři čtvrtiny pacientů, kterým byla podána anxiolytika, byly léčeny nějakým anxiolytikem již před přijetím do léčebny.

Zcela vysadit anxiolytika se během hospitalizace podařilo u 7,5% pacientů, významně snižena byla dávka u 28% pacientů.

Diskuze

Léčba úzkosti u gerontopsychiatrických pacientů má svá úskalí. I přes relativně ome-

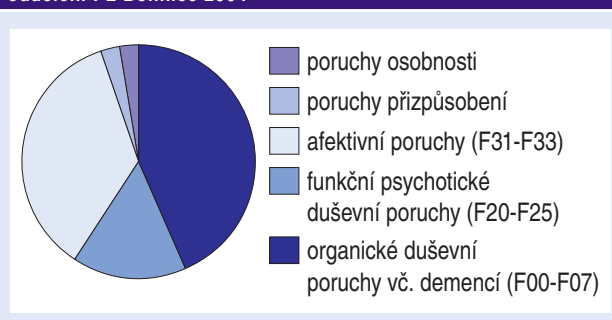
zenou paletu účinných látek a jejich rizikovosti se vzhledem k vysokému počtu úzkostných poruch u seniorů neobejdeme bez medikamentózní podpory.

V klinické praxi se ukazuje, že nejčastěji medikamentózně ovlivňujeme úzkost seniorů BZD. Výběr konkrétní účinné látky jistě podléhá místním zvyklostem a osobním zkušenostem psychiatra. Za nejzávažnější rizika podávání BZD seniorům jsou považovány nepříznivý vliv na kognitivní funkce, možnost vzniku tolerance a závislosti, interakce a možnost kumulace. S těmito komplikacemi léčby se nejčastěji setkáme, pokud je podán nevhodný BZD, případně relativně bezpečný, ale v nevhodné dávce. Obecně by měly být preferovány BZD s kratším vylučovacím poločasem (alprazolam, bromazepam, oxazepam), menším rizikem interakcí a vzniku lékové závislosti. Za zcela nevhodné pro seniory považujeme BZD s dlouhým biologickým poločasem a tedy možností kumulace jako diazepam, a to jak v perorální, tak injekční formě.

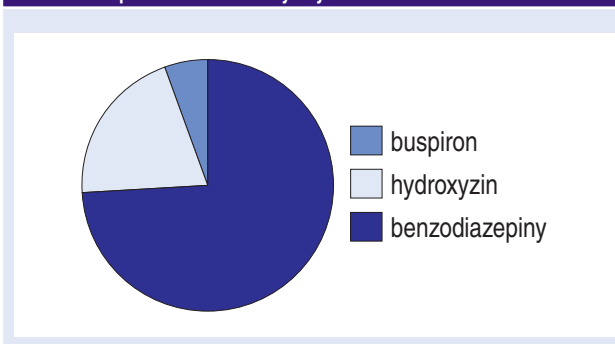
Na našem pracovišti nejvíce používáme z BZD clonazepam, alprazolam a oxazepam.

Clonazepam považujeme za výhodný jednak vzhledem k jeho přijatelnému biologickému poločasu, jeho antikonvulzivnímu, sedativnímu a mírně thymostabilizačnímu účinku. Navíc u něj máme k dispozici jak perorální (tablety i kapky), tak injekční formu.

Graf 1. Diagnostika souboru pacientů – gerontopsychiatrické oddělení PL Bohnice 2004



Graf 2. Terapie úzkosti anxiolytiky



Pomerně vysoké zastoupení alprazolamu si vysvětlujeme tím, že mnoho pacientů je na něm nasazeno dlouhodobě již v ambulanci a neradi se ho vzdávají. Pravdou je, že s tolerancí a potřebou zvyšování dávek se nesetkáváme tak často, jak někdy bývá uváděno. Za výhodu u alprazolamu považujeme kromě jeho dobrých anxiolytických účinků i jeho částečný antidepresivní potenciál. Dále možnost podávat ho v jedné denní dávce v retardované formě (Xanax SR), kdy nám velmi dobře splní i funkci hypnotika, je-li podán navečer.

Oxazepam považujeme za jeden z nejpřijatelnějších BZD pro seniory vzhledem k jeho krátkému biologickému poločasem, nízkému riziku interakcí a velmi dobrému anxiolytickému účinku. Interakce uváděné pro jiné BZD se u oxazepamu neuplatňují, protože v játrech podléhá jiné biotransformaci.

Alternativ benzodiazepinů v léčbě úzkosti nemáme mnoho.

Hydroxyzin stejně jako buspiron jsou zatíženy nevýhodou delšího nástupu účinku. Jejich anxiolytický účinek se v klinické praxi jeví jako slabší než u BZD. Výhodou hydroxyzinu

je nízké riziko interakcí. U buspironu je kontraindikace podávání souběžně s MAO a je-li podáván s thymoleptiky, existuje riziko vzniku serotoninového syndromu.

Další možností je podání malých dávek anxiolyticky působících neuroleptik, nejčastěji potom chlorprothixenu. Snažíme se vystačit s dávkou do 30 mg denně vzhledem k riziku ortostázy a pádů.

U úzkostí provázejících demence často uspějeme více s malou dávkou tiapridu než s klasickým anxiolytikem. Zde se nejčastěji pohybujeme v dávkách do 200 mg denně.

Ovlivnění úzkostí antidepresivy nejčastěji ze skupiny SSRI má své nevýhody. Jednak musíme počítat s pozdějším nástupem účinku, který se u starších pacientů ještě prodlužuje vzhledem ke slábnutí serotonininého přenosu ve stárnoucím mozku. Dále pak SSRI významněji neovlivní poměrně velkou část úzkostí starých lidí, která má původ v poruše gabaergního přenosu.

Zvláštní postavení mezi antidepresivy s dobrým anxiolytickým účinkem má tianeptin. Platí však u něj nevýhoda delšího nástupu účinku než u BZD

Závěr

Anxieta jako syndrom je jeden z důležitých rizikových faktorů zejména s ohledem na možnost suicidiálního jednání. Proto je její ovlivnění klinicky velmi významné.

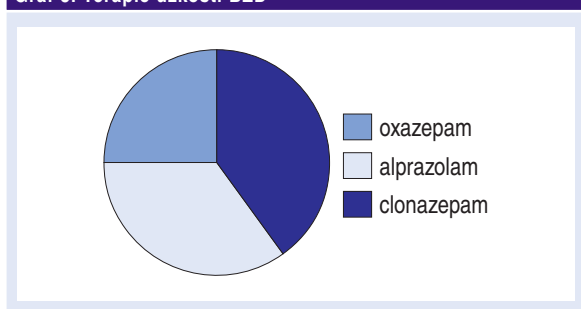
BZD se nám i přes jejich nevýhody jeví jako terapeuticky nejúčinnější v léčbě akutní úzkosti u seniorů. Akutně přijatý úzkostný pacient očekává od lékaře rychlou pomoc. Úleva od obtíží v prvních dnech hospitalizace nám vytváří dobrý odrazový můstek pro další spolupráci s pacientem.

Snažíme se používat relativně bezpečné BZD s krátkým biologickým poločasem, nízkým rizikem interakcí a v co nejnižších ještě účinných dávkách.

Alternativní způsoby léčby nejsou zatíženy takovými potenciálními riziky jako léčba BZD, subjektivní profit pro pacienty je však výrazně nižší. Jsou spíše vhodné pro léčbu chronické úzkosti.

Problematika vzniku tolerance a závislosti u našich pacientů je často zbytečně přeceňovaná. Odstranění úzkostných prožitků, i když ne zcela ideální cestou, výrazně zvyšuje kvalitu jejich života. A to by měl být konec konců cíl našeho snažení.

Graf 3. Terapie úzkosti BZD



Literatura

1. Baštecký J, Kúmpel Q, Vojtěchovský M, et al. Gerontopsychiatrie, Grada Publishing, 1994.
2. Bouček J, Pidman V. Psychofarmaka v medicíně, Grada Publishing, 2005.
3. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie, Tigris, 2002.
4. Janicak PG. Handbook of Psychopharmacotherapy, Lippincott-Williams and Wilkins, 1999.
5. Pidman V. Deprese u seniorů, Maxdorf, 2003.
6. Plevová J, Boleloucký Z. Psychofarmakoterapie vyššího věku, Grada Publishing, 2000.
7. Raboch J, Pavlovský P. Psychiatrie, Triton, 2003.
8. Seifertová D, Praško J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch, Academia Medica Pragensis, 2004.
9. Spaar JE, La Rue A. Geriatrická psychiatrie, Vydavatelstvo F, Trenčín, 2003.
10. Švestka J, a kol. Psychofarmaka v klinické praxi, Grada Publishing, 1995.
11. Švestka J. SSRI léky první volby, Maxdorf, 1998.
12. Turner T. Deprese a úzkost, Servier, 2001.
13. Vinař O. Psychofarmaka, Triton, 1999.

SÚHRN CHARAKTERISTICKÝCH VLASTNOSTÍ LIEKU: TIAPRIDAL® tbl, TIAPRIDAL® inj., TIAPRIDAL® gtt: tbl: tiapridi hydrochloridum 111,10 mg (množstvo zodpovedajúce 100 mg bázy tiapridu), gtt: tiapridi hydrochloridum 153,21 mg v 1 ml, 4,5963 g v 30 ml. **Terapeutické indikácie:** Poruchy správania u dementných pacientov. Poruchy správania pri abstinencii alkoholu: akútny delirantný syndróm, abstinencný syndróm. Dyskinézy a iné abnormálne pohyby: spontánne dyskinézy, tardívnedyskinézy, Huntingtonovachorea. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Poruchy správania u pacientov s demenciou: 200-400 mg/deň Tablety: úvodná dávka 50 mg (t.j. 0,5 tablety) dvakrát denne, s postupným zvyšovaním počas 2-3 dní na 100 mg (t.j. 1 tableta) 3 krát denne. Priemerná dávka je 300 mg/deň (t.j. 3 tablety denne) maximálna odporúčaná dávka je 400 mg/deň (t.j. 4 tablety denne). **Poruchy správania pri abstinencii alkoholu:** Tablety: 300 - 400 mg/deň (t.j. 3 - 4 tablety denne) počas 1-2 mesiacov. Injekčný roztok: i.m. alebo i.v.: 300 - 400 mg/deň (t.j. 3 - 4 ampulky denne). Pri delíriu a predelíriu: 400-1200 mg/deň (jedna injekcia každých 4-6 hodín, t.j. 4-12 injekcií denne) môže byť zvýšená na 1800 mg/deň. Dyskinézy a iné abnormálne pohyby: Spontánne diskynézy: 150-400 mg/deň. Tablety: 150 - 400 mg/deň (1,5 - 4 tablety denne). Priemerná dávka je 300 mg/deň (3 tablety denne). Tardívnedyskinézy: 300-800 mg/deň Tablety: 300-800 mg/deň. Priemerná dávka je 600 mg/deň (6 tablety denne). Huntingtonova chorea: 300-1200 mg/deň Úvodná dávka: do 1200 mg/deň, t.j. 12 tablet, rozdelených na najmenej troch dávok, s postupným znižovaním na bežnú udržiavaciu dávku podľa individuálnej reakcie. Deti: Bežná dávka je 100-150 mg/deň, maximálne 300 mg/deň. Obličková insuficiencia: dávka by mala byť znížená na 75% normálnej dávky u pacientov s clearance kreatinínu 30-60 ml/min, na 50% normálnej dávky u pacientov s clearance kreatinínu 10-30 ml/min a na 25% normálnej dávky u pacientov s clearance kreatinínu menej ako 10 ml/min. Pečeňová insuficiencia: liek je minimálne metabolizovaný v pečeni, preto nie je potrebná redukcia dávky. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na účinnú alebo pomocnú látku obsiahnutú v prípravku. Súčasne prolaktin-dependentné tumory napr. tumor hypofýzy - prolaktinóm a rakovina prsníka. Feochromocytóm. Súčasné podávanie s levodopou. **Liekové a iné interakcie:** Kontraindikované kombinácie: Levodopa: recipročný antagonizmus levodopy a neuroleptik. Neodporované kombinácie: Alkohol: Alkohol zvyšuje sedatívny účinok neuroleptik. Predchádzaj konzumácii alkoholických nápojov liekov obsahujúcich alkohol. Iné kombinácie: Lieky znižujúce aktivitu CNS: morfinové deriváty (analgetiká a antitusiká), väčšina H1 antihistaminov, barbituráty, benzodiazepíny, anxiolytiká iné ako benzodiazepíny, klonidín a odvodené látky. **Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje:** Aj pri odporúčaných dávkach môže tiaprid ovplyvniť rýchlosť reakcie a tým schopnosť viesť motorové vozidlá a obsluhovať pracovné stroje. **Nežiaduce účinky:** V klinických štúdiách boli pozorované nežiaduce účinky (s výskytom ktorých sa uvažovalo alebo boli hlásené prostredníctvom postmarketingových štúdií. Spontánne hlásené nežiaduce účinky s incidenciou $\geq 5\%$ a nie menej ako 1% v porovnaní s placebom: a-sténia/únava (9.4%), ospalivosť/spavosť (6.6%). Nežiaduce účinky s incidenciou $\geq 2\%$ a nie menej ako 1% v porovnaní s placebom: nespavosť (4.4%), agitácia (3.7%), ľahostajnosť (2.8%), závraty (2.6%), bolesti hlavy (2%). **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Sanofi-Synthelabo France, Paríž, Francúzsko. **Dátum poslednej revízie textu:** Január 2001, Určené pre odbornú verejnosť. **Príprava materiálu:** November 2004