

DIAGNOSTIKA A MOŽNOSTI TERAPIE DEPRESE V POKROČILÝCH STADIÍCH DEMENCE

MUDr. Henrieta Tondlová

Sanatorium Topas, Škvorec

Podle statistik ztrácí 30–50% gerontologických pacientů kvalitu života v důsledku deprese. Častý výskyt deprese vidíme zejména u demencí. Podle současných klinických studií trpí depresivním syndromem 20–40% těchto nemocných. Závažný problém představuje diferenciální diagnostika depresivního syndromu v pokročilých stádiích demence, což je předmětem tohoto příspěvku.

Klíčové slova MeSH: demencia – ľudia vyššieho veku; porucha depresívna – diagnostika, terapia, ľudia vyššieho veku; diagnostika diferenciálna.

Psychiatr. prax; 2006; 5: 240

Deprese u demencí může mít řadu příčin: celkové snížení mozkového metabolismu a obratu neurotransmitterů, somatická komorbidita (např. hypothyreóza aj.). U Alzheimerovy demence je deprese nejpravděpodobněji spojena se selektivní ztrátou noradrenergických buněk v locus coeruleus a zvýšením koncentrace mozkové monoaminoxidázy. Studie podporující užití antidepressiv v těchto indikacích jsou zatím řídké. Týkají se diagnostiky a léčby depresivního syndromu v mírných a středně těžkých stádiích demence (1).

Nedávno byly např. publikovány přesvědčivé výsledky dvanáctitýdenního podávání sertralinu u skupiny 44 ambulantních depresivních pacientů s Alzheimerovou nemocí (5). Konrád (3) ve své podnětné práci, týkající se syndromu pseudodemence upozorňuje na nutnost odlišení, zda se jedná ještě o depresi, nebo již demenci, nebo obojí, neboť u seniorů trpících depresí existuje riziko, že budou označeni za dementní a lékař rezignuje na léčbu. S touto problematikou je nutné seznámit především praktické lékaře.

Diagnostika depresivního syndromu u hlubokých demencí

Jak již bylo uvedeno, představuje diagnostika depresivního syndromu v pokročilých stádiích demence problém. Depresi u geriatrických pacientů diagnostikujeme např. Cornelovou stupnicí deprese, Hamiltonovou škálou deprese či geriatrickou škálou deprese ve zkrácené verzi podle Yesavage aj. Poskytují rychlou a spolehlivou orientaci o přítomnosti deprese a její závažnosti, vyžadují však spolupráci pacienta a možnost alespoň částečné verbální komunikace. V pokročilém stadiu demence nemůžeme u pacienta se spoluprací potřebnou pro tyto škály počítat.

Pro diagnózu deprese v hlubokých stádiích demence jsme empiricky zvolili následující příznaky pozorované u zhruba 30% dementních pacientů hospitalizovaných v sanatoriu Topas:

1. facies dolorosa
2. zcela vymizelá mimika i gestikulace
3. „schoulení se do sebe“ a neschopnost lokomoce
4. nepřijímání potravy a nápojů. Tato kritéria jsme použili po konzultaci s Křivohlavým (4) v následující studii.

Metodika a výsledky studie

V průběhu r. 2002 do února 2005 jsme v sanatoriu Topas sledovali 46 nemocných (37 žen a 9 mužů) s pokročilou formou Alzheimerovy demence (skóre v MMSE u převážně většiny nejvýše 8 bodů (5)), kdy spolupráce s nemocným byla prakticky nulová. Jednalo se o pacienty s Alzheimerovou demencí s časným i pozdním začátkem, kde jsme předpokládali depresi dle výše uvedených kritérií. Těmto pacientům byla v průběhu 3 týdnů podávána antidepressiva (7).

Lékem první volby byla antidepressiva skupiny SSRI z důvodu menšího výskytu nežádoucích účinků ve srovnání s antidepressivy 1. a 2. generace. To se týká účinků kardiotoxických a výskytu ortostatických kolapsů, tak i účinků anticholinergních s rizikem retence moče u mužů, negativním dopadem na zbytky kognitivních funkcí, včetně vzniku anticholinergního deliria a menšího rizika lékových interakcí při polymorbiditě těchto nemocných (6, 8).

Do studie nebyli zařazeni pacienti s alkoholickou demencí, demencí pourazovou či při Huntingtonově chorobě. Rovněž jsme nehodnotili stav 2 mužů a 2 žen, kteří již u nás nastoupili pobyt s nasazenými antidepressivy SSRI.

U většiny nemocných (74% pacientů) došlo za 2–3 týdny po nasazení SSRI (převážně Citalec 20 1x denně a Remood 20 mg, po pěti dnech 1 tbl. denně, u malého počtu jiná antidepressiva SSRI) ke zlepšení alespoň v jednom z dříve uvedených parametrů. U 16 žen a 6 mužů vymizely sledované parametry zcela, u 11 žen a 2 mužů v 1–2 kritériích. Bohužel u 9 žen a 2 mužů nebyly jmenované příznaky podáváním antidepressiv ovlivněny. Dle předpokladu skóre v MMSE nedoznalo žádných změn (tabulka 1). Rovněž nebyly pozorovány rozdíly v efektu podáváním antidepressiv.

Závěr

Zhruba 74% našich pacientů reagovalo na ordinaci antidepressiv částečným nebo úplným vymizením sledovaných behaviorálních příznaků. Z těchto pozorování můžeme soudit, že ačkoliv pacienti v pokročilých stádiích demence už nám nemohou o svém emočním prožívání slovy nic sdělit, jejich emoce nevymizely zcela a můžeme na ně alespoň částečně pozitivně působit. Zlepšením diagnostiky depresivního syndromu u dementních pacientů chceme přispět k zvýšení úrovně paliativní péče v této oblasti. Navrhujeme proto ověřit validitu našich kritérií deprese u těžce dementních pacientů v dalších studiích a jejich následné užití jako alternativní diagnostické škály s důsledky pro paliativní léčbu těchto nemocných a zlepšení kvality jejich života. To však vyžaduje vzestup celkových nákladů o 1045 až 1700 USD (2). Je tedy zřejmé, že terapie deprese gerontopsychiatrických pacientů je spojena s významně vyššími náklady na zdravotní péči, a to i po korekci na chronické fyzické choroby. Je otázka, jaký postoj zaujmou k tomuto problému, který je terapeutický i etický, zdravotní pojišťovny.

Tabulka 1.

zlepšení	ve všech kritériích	v 1–2 kritériích	žádné
ženy	16	11	9
muži	6	2	2
celkem	22	13	11

MUDr. Henrieta Tondlová

Sanatorium Topas
Zborovská 41, 250 83 Škvorec
e-mail: ales.tondl@volny.cz

Literatúra u autora