

# 15. EVROPSKÝ PSYCHIATRICKÝ KONGRES MADRID, 17.–21. BŘEZNA 2007

Psychiatr. prax; 2007; 3: 144–145

Letošní kongres Evropské psychiatrické společnosti (Association of European Psychiatrists, AEP) se konal v konferenčním středisku Campo De Las Naciones na okraji Madridu. Přítomno bylo 3400 účastníků z 89 zemí světa. Zastoupeny byly státy všech kontinentů s výjimkou Antarktidy, z těch exotičtějších lze uvést například Benin, Francouzskou Polynézií, Irán, Malajsií, Nepál, Novou Kaledonií, Qatar nebo Singapur. Šedesát pět českých psychiatrů se v tomto mezinárodním zastoupení rozhodně neztratilo, tím spíše že kongresu předsedal současný prezident Evropské psychiatrické společnosti profesor Höschl z Prahy.

Na konferenci zaznělo 6 plenárních přednášek, uspořádáno bylo 50 symposií, 17 workshopů a 7 firemních symposií. Ve formě posterů bylo prezentováno 834 sdělení. K aktivním účastníkům z ČR patřili například Brunovský, Čížek, Horáček, Hosák, Höschl, Janů, Jiráček, Kitzlerová, Kopeček, Libiger, Masopust, Motlová, Mohr, Novák, Pašková, Praško, Prašková, Raboch, Racková, Rodriguez, Španiel, Tůma a mnozí další. Evropská psychiatrická společnost má v současnosti 1 400 individuálních členů ze 63 zemí světa.

Z klinicky zaměřených přednášek bylo výborně hodnoceno například sdělení profesora Fleisshackera z Innsbrucku. Ten souhrnně hovořil o několika velkých dlouhodobých mezinárodních hodnoceních farmakoterapie schizofrenie v podmínkách skutečné praxe. K těm nejznámějším patří dvojité slepé randomizované studie CATIE (organizátor the National Institute of Mental Health, 460 pacientů, srovnání olanzapinu, perfenazinu, quetiapinu, risperidonu a ziprasidonu po dobu 18 měsíců) a CAFE (organizátor Astra Zeneca, 400 pacientů, srovnání olanzapinu, quetiapinu a risperidonu po dobu 12 měsíců). Randomizované, avšak otevřené výzkumy vždy s několika stovkami pacientů jsou známy například pod názvy BETA, CUTLASS, EUFEST nebo STAR. Typ otevřené nerandomizované studie představuje například SOHO, kdy byla sledována léčba více než 10 000 pacientů po dobu tří let. Hlavní myšlenky přednášejícího lze shrnout těmito slovy: Sebelepší jediná studie není schopna najít řešení komplexní problematiky léčby schizofrenie, při hodnocení výsledků jednotlivých prací je nutno znát dobře jejich metodiku, různé farmaceutické firmy mají sklon výsledky jednoho šetření interpretovat vždy ve svůj prospěch a rovněž neočekávané výsledky mohou mít logické zdůvodnění.

Ohlas posluchačů a četné diskuze vzbudilo symposium o omezovacích prostředcích v psychiatrii s přednášejícími z Německa, Skandinávie a Velké Británie (Steinert, Whittington, Putkonen, Bjorkdahl a Paterson). Bez omezení pacienta, pokud z důvodu duševní poruchy bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí, se v současnosti neobejde žádná země Evropy. Škála omezovacích prostředků, které jsou považovány za opatření bezpečnostní a nikoliv léčebná, je široká – injekce bez souhlasu pacienta, držení několika členy personálu na zemi, připoutání popruhy k lůžku, umístění pacienta na odluku nebo do síťového lůžka, užití svěrací kazajky, překlad na lépe zajištěné oddělení pro neklidné nemocné, případně vyžádání pomoci dalších zdravotníků nebo policie. Každá země se snaží o etický přístup k pacientům, přitom jeho pojetí bývá někdy zásadně odlišné. Ve Velké Británii jsou za neetická považována síťová lůžka, v Dánsku odluky a v Holandsku pro změnu fyzické omezení na lůžku. Britové doporučují psychiatrům v České republice držení pacienta několika zdravotníky na zemi (takedown) přibližně po dobu 10 minut do jeho zklidnění, přitom v letech 1994–2001 takto ve Velké Británii zahynulo 12 nemocných, nejčastěji mechanizmem uškrcení. Ve Spojených státech ve velkých psychiatrických zařízeních sjednává pořádek zdravotnická policie, v Německu nebo ČR však není k dispozici. Některé země Evropy přijaly zvláštní zákony o duševním zdraví, jiné státy nikoliv. I když je legislativa shodná, např. v Anglii a Walesu, praxe bývá odlišná, jelikož zákony jsou interpretovány různým způsobem. Co ovšem chybí v této oblasti zejména, jsou vědecké důkazy o účinnosti a nežádoucích účincích jednotlivých metod v podobě randomizovaných studií. V diskuzích pak převládají emoce nad odbornými argumenty. Jediné, v čem se diskutující shodli, je nepřijatelnost škrcení neklidného nemocného, jelikož snadno může dojít k jeho zdravotnímu poškození nebo úmrtí.

Doktorka Barrantes-Vidal z Barcelony popisovala výsledky svého výzkumu indikátorů rizika rozvoje schizofrenie. Do sledování bylo zahrnuto 63 osob se schizofrenií, 135 jejich příbuzných a 106 zdravých dobrovolníků. Jako nejzávažnější indikátor se jeví postižení neurokognitivních funkcí, hlavně pracovní paměti.

Obdobně doktor McIntosh z Edinburghu jako premorbidní indikátor schizofrenie uvedl nižší IQ a poruchu pracovní paměti. Svě tvrzení podložil

prospektivním hodnocením 160 osob vysoce rizikových pro schizofrenii z důvodu blízkého příbuzenství s pacientem trpícím schizofrenií. Ve 21 případech rizikových jedinců pak během 10 let schizofrenie skutečně propukla.

Doktorka Myin-Germeys z Maastrichtu na základě šetření u 1 290 dětí a jejich prospektivního sledování za nejvýznamnější zevní rizikový faktor pro budoucí rozvoj psychotických příznaků považuje sexuální zneužívání (odds ratio 5 oproti nepřítomnosti tohoto jevu) a šikanování (odds ratio 3).

Profesor Tyano z Tel Avivu se naopak zmiňoval o nejvýznamnějších protektivních faktorech duševních poruch v dětství – bezpečné citové zázemí v rodině, nepřítomnost závažných ekonomických problémů, vyšší IQ dítěte a nepřítomnost genetické zátěže. Většina dětských duševních poruch přechází do dospělosti, i když v některých případech v jiné formě. Předzvěsti schizofrenie v adolescenci mohou být poruchy chování a kognitivní dysfunkce u dítěte. Úbytek šedé hmoty mozku se u budoucích nemocných se schizofrenií projevuje již v dětském věku, kdy je patrný nejdříve parietálně a až poté v temporální a prefrontální oblasti.

Pro mě nejatraktivnější byla plenární přednáška profesora Aldy z Halifaxu o genetice poruch nálady. Řečník poukázal na chromozomy 14 a 18, jejichž vazba k poruchám nálady se na základě metaanalýzy 18 studií jeví jako významná. Z jednotlivých genů pak jsou „podezřelé“ například DISC1 (1q) a neuregulin (8p). Není bez zajímavosti, že u stejných genů se předpokládá vliv na rozvoj schizofrenie. Dle profesora Aldy jednotlivé geny obvykle mají pleiotropní vliv, tj. podmiňují více lidských duševních vlastností současně. Místo poruch nálady jako celku je proto vhodnější studovat jejich jednotlivé užší fenotypy, například poruchy spánku, psychotické příznaky, sebevražedné jednání, úzkost, zneužívání alkoholu, rychlé cyklování, léčebnou odpověď na lithium nebo indukci mánie antidepresivem. Zde bude genetická podmíněnost relativně jednodušší.

Sdělení profesora Ruize z Houstonu, který je v současné době prezidentem Americké psychiatrické společnosti, jako posluchače přilákalo zejména psychiatry zabývající se pre- i postgraduálním vzděláváním v tomto oboru. Lékařská fakulta se v USA studuje čtyři roky, budoucí psychiatři pak musí absolvovat čtyřletý specializovaný výcvik zakončený atestační zkouškou. Budoucí psychiatr je v průběhu

výcviku hodnoten ze všech stran – pacienti, kolegy, školiteli i supervizory. Ani po úspěšné atestaci však nemá vyhráno. Každých deset let musí projít pravidelnou reatestací, kdy je mu položeno 200 písemných klinicky orientovaných otázek. Licence k provozování psychiatrie není v USA univerzální, jednotlivé státy mají vždy vlastní pravidla.

Doktorka Lindhardt z Kodaně poukázala na nejčastější chyby při školení budoucích psychiatrů v Evropě – výcvik probíhá v nemocnici, zatímco většina pacientů se léčí ambulantně, školení je cíleno zejména na psychopatologii a zanedbává sociální aspekty duševních poruch, předatestační příprava trvá různě dlouho (5 let v Dánsku s pracovní dobou 37 hodin týdně neodpovídá 5 letům ve Velké Británii s pracovní dobou 48 hodin týdně), není dořešena otázka financování výcviku rezidentů v psychoterapii apod.

Kuriozní pro mě byly přednášky doktorky Sharifi z Iránu (až 43 % žen v Iránu trpí poporodní depresí, jelikož nemají uspokojivý citový vztah k manželovi) a doktora Versonnena z Belgie (psychodynamickým rozbohem prokázal, že muž, rozprávějící se svou duší na papýru starém 4000 let, trpěl depresivní epizodou se somatickým syndromem).

Je obtížné na několika řádcích shrnout obsah téměř tisíce posterů. Mě zaujaly například prezentace Paparrigopoulose z Řecka (vhodnost podávání venlafaxinu, mirtazapinu, topiramátu nebo amisulpridu při úzkosti v rámci odvykacího stavu ethyliků),

Terána ze Španělska (quetiapin v dávce 25–225 mg na noc dobře navozuje spánek u osob závislých na návykových látkách), Mučiče z Dánska (u emigrantů s duševní poruchou, neovládajících dobře dánštinu, je vhodnější telekomunikační spojení s psychiatrem mluvícím shodným jazykem, než užití služeb tlumočnicka), Agüery ze Španělska (pregabalin v dávce 150–600 mg denně dobře tlumí příznaky generalizované úzkostné poruchy geriatrických nemocných), Bauera z Německa (metabolický syndrom považují za závažný problém u bipolární afektivní poruchy dvě třetiny psychiatrů v Evropě), Lombarda z USA (ziprasidon u bipolární afektivní poruchy neindukuje mánii ani nezhoršuje depresi), Tůmy z České republiky (šestiměsíční léčba schizofrenie injekcemi risperidonu s dlouhodobým účinkem významně snižuje potřebu hospitalizace pacientů a zlepšuje jejich sociální funkce), Sanginése ze Španělska (léčba klozapinem může navodit zánět srdečního svalu s poruchou dýchání, únavou, bolestí na hrudi nebo kolapsem, a to zejména během prvních týdnů terapie), van Genta z Holandska (oxcarbazepin podávaný v dávce 600–1800 mg denně v průměru po dobu dvou let měl příznivé účinky u čtyř ze sedmi pacientů s bipolární afektivní poruchou), Portilla ze Španělska (ze 142 nemocných s bipolární afektivní poruchou 57% bylo obézních, 37% mělo dyslipidemii, 25% vykazovalo zvýšený krevní tlak a u 13% byla zjištěna porucha glukózové tolerance), Hisanagy z Japonska (psychoedukace rodiny je významným přínosem

v léčbě schizofrenie), Gabrielse z Holandska (pomocí hluboké mozkové stimulace dva ze tří pacientů trpících chronickou farmakorezistentní depresí dosáhli remise), Mileva z Kanady (repetitivní transkraniální magnetická stimulace je výhodná u depresivních geriatrických nemocných) a další.

Na kongresu propagovalo své preparáty pouze osm farmaceutických firem, českým psychiatrům obvykle dobře známé (například aripiprazol, escitalopram, lamotrigin, olanzapin, quetiapin, injekce risperidonu s dlouhodobým účinkem, sertralin či tianeptin). Jen společnost Servier představila lék zásadně nový – agomelatin. Toto antidepresivum s melatoninergním (MT1 a MT2) a antiserotoninergním (5-HT2C) účinkem prokázalo dobrou účinnost u depresivní epizody včetně úzkosti a poruchy spánku, bez nežádoucích sexuologických účinků. Agomelatin má být v ČR dostupný v roce 2008.

Další kongres Evropské psychiatrické společnosti se bude konat 5. až 9. dubna 2008 v Nice ve Francii ([www.kenes.com/aep2008](http://www.kenes.com/aep2008)).

**doc. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.**  
Psychiatrická klinika LF UK a FN  
Sokolská 581, Hradec Králové  
e-mail: [hosak@lfhk.cuni.cz](mailto:hosak@lfhk.cuni.cz)

## SKRÁTENÝ SÚHRN CHARAKTERISTICKÝCH VLASTNOSTÍ LIEKU

**NÁZOV LIEKU:** Plexxo® 25 mg, Plexxo® 50 mg, Plexxo®100 mg

**KVALITATÍVNE A KVANTITATÍVNE ZLOŽENIE LIEKU:**

Tablety obsahujúce 25mg, 50mg a 100 mg lamotriginumu.

**ATC:** N03AX09.

**Farmakoterapeutická skupina:** Antiepileptikum.

**LIEKOVÁ FORMA:** Tablety.

**Terapeutické indikácie:** Plexxo® je indikovaný ako prídavná liečba alebo monoterapia epilepsie pri parciálnych záchvatoch a generalizovaných záchvatoch zahrňujúcich tonicko-klonické kŕče a kŕče pri Lennoxom-Gastautovom syndróme, nedostatočne kontrolovaných klasickými AE.

**Dávkovanie a spôsob podávania:** Dávkovanie je prísne individuálne a dávkovacie schéma určí ošetrojúci lekár – špecialista, neurológ alebo psychiater. Zvyčajná udržiavacia dávka potrebná na dosiahnutie optimálnej odpovede je 100-200 mg denne podaných v jednej alebo dvoch dávkach. U niektorých pacientov je na dosiahnutie optimálnej odpovede potrebných 500 - 700 mg Plexxo®/deň.

**Kontraindikácie:** Plexxo® je kontraindikovaný u osôb so známou precitlivosťou na lamotrigin.

**Používanie v gravidite a počas laktácie**

**Gravidita:** Na posúdenie bezpečnosti podávania Plexxo® v gravidite u ľudí nie je dostatok údajov. Obdobne ako u väčšiny liekov, Plexxo® sa v gravidite nemá

podávať, pokiaľ podľa názoru predpisujúceho možný prospech liečby neprevyšuje nad možným rizikom ohrozenia vyvíjajúceho sa plodu.

**Laktácia:** Existujú len obmedzené údaje o užívaní lamotriginu pri laktácii. Predbežné údaje naznačujú, že prechádza do materského mlieka v koncentrácii obvyčajne v rozsahu od 40 do 60 % sérovej koncentrácie. U malého počtu detí, ktoré boli dočlenené, dosiahli sérové koncentrácie lamotriginu hodnoty, pri ktorých sa môžu objaviť farmakologické účinky. Možné výhody kojenia by mali byť porovnané s možným rizikom nežiaducich účinkov objavujúcich sa u detí.

**Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje:** Dve štúdie na dobrovoľníkoch ukázali, že účinok lamotriginu na jemnú motorickú koordináciu, pohyby očí, pohybovú istotu a subjektívne sedatívne účinky sa nelíšil od placeba. V klinických štúdiách s lamotriginom sa opísali nežiaduce účinky neurologického rázu ako závraty a diplopia. Pretože vnímavosť na antiepileptiká je individuálna, o vedení motorových vozidiel sa majú pacienti poradiť s lekárom.

**Inkompatibility:** Neboli popísané.

**Čas použiteľnosti:** 2 roky

**Upozornenie na podmienky a spôsob skladovania:** Uschovávať v suchu pri izbovej teplote

Neskrátený SPC pre liek Plexxo® možno získať od pracovníkov organizácie Desitin Arzneimittel GmbH organizačná zložka Bratislava ([desitin@desitin.sk](mailto:desitin@desitin.sk)), alebo na internetovej stránke [www.desitin.sk](http://www.desitin.sk), [www.sukl.sk](http://www.sukl.sk).