

Diskusné fórum psychiatrov

Vážení čitatelia,

v Psychiatrii pre prax č. 1/2010 na otázku o bezpečnosti používania atypických antipsychotík v gerontopsychiatrii reagoval MUDr. Marek Zelman. Ide o vysoko aktuálnu tému, o čom svedčia aj podnety a reakcie zo strany čitateľov. Preto Vám v tomto čísle prinášame ďalší pohľad odborníka na túto problematiku, ktorá sa úzko dotýka klinickej psychiatrickej praxe. Tešíme sa na Vaše reakcie a ďalšie otázky, ktorými obohatíte rubriku Diskusné fórum.

V súvislosti so zvýšeným cerebrovaskulárnym rizikom a zvýšenou mortalitou sa veľa diskutuje o používaní antipsychotík druhej generácie v gerontopsychiatrickej populácii. Aká je miera rizika ich používania u starších ľudí, respektíve sú z tohto pohľadu bezpečnejšie klasické neuroleptiká?

Vaše otázky posielajte e-mailom na adresu:
repiska@solen.sk
alebo poštou na adresu:
 Ing. Jana Repiská, SOLEN s. r. o.,
 Lovinského 16, 811 04 Bratislava

Odpoveď na túto otázku vôbec nie je jednoduchá, aj keď všeobecne máme v tom jasno: atypiká sú pokrokom v liečbe a ich riziko proti klasickým neuroleptikám je výrazne nižšie. Vyplýva to všeobecne z nižšieho zastúpenia nežiaducich účinkov – výrazne redukované je riziko extrapyramídových syndrómov, tardívnych diskínéz, anticholinergného efektu klasických neuroleptík (NL), posturálnych hypotenzií a kolapsov a tým komplikácií úrazov vo vysokom senu, sedatívneho efektu s imobilizáciou pacienta atď.

V roku 2005 bola vykonaná analýza 17 veľkých (viac ako 5 000 objektov skúmania) placebom kontrolovaných štúdií s olanzapínom, aripiprazolom, risperidonom a quetiapiínom u starších pacientov s demenciou, ktorí mali behaviorálne poruchy. V 15 zo 17 štúdií sa ukázal numerický vzostup mortality u liečených atypikom verzus placebom. Vzostup bol 1,6 – 1,7-násobný. Ako príčina úmrtí prevažovali kardiovaskulárne poruchy a infekcie (najviac pneumónia), mechanizmus však nie je jasný.

Reaguje

MUDr. Elena Žigová

Psychiatrická nemocnica P. Pinela, Pezinok



Nasledovalo povinné zaradenie tejto informácie do SPC všetkých atypík. V praxi to dokonca viedlo k výmene pôvodne ordinovaných atypík na klasické (konvenčné, typické) neuroleptiká. Bolo to však potrebné revidovať: v roku 2008 výbor CHMP (Comitee Agency's for Medicinal Products for Human Use) posúdil 9 observačných štúdií, zaoberajúcich sa týmto rizikom v súvislosti s používaním konvenčných antipsychotík. Zo záverov tohto posúdenia vyplýva, že ako atypické, tak aj konvenčné antipsychotiká sú spojené so zvýšeným rizikom úmrtia u pacientov vyššieho veku trpiacich demenciou. Vydal stanovisko, že je tak isto potrebné u všetkých konvenčných antipsychotík do SPC zaradiť aj informáciu o zvýšenom riziku lieku pre pacientov vo vysokom veku s diagnózou demencie. (V ČR preto ŠUKL odporučil uviesť informácie o vyššom riziku úmrtí u starších pacientov s demenciou v texte SPC aj u všetkých konvenčných AP (týka sa to textov sprevádzajúcich registrované AP: chlorpromazín, flupentixol dekanoát, haloperidol, levopromazín, sulpirid, zuclopentixol, melperon, chlorprothixen). Tak isto u nás ŠUKL preberá odporúčenia EMEA (European Medicines Agency) a sekcia registrácie priamo vyzýva držiteľov registračných rozhodnutí o vykonanie odporučených zmien).

V októbri 2008 Britská agentúra pre kontrolu liekov na základe predostretých odborných stanovísk požiadala CHMP o zaujatie stanoviska k nasledujúcim otázkam:

- či ide o zvýšené riziko úmrtia u pacientov v senu s diagnózou demencie, liečených konvenčnými antipsychotikami,
- či je toto riziko vyššie pri atypických antipsychotikách,
- či je toto riziko aplikovateľné na všetky lieky tejto skupiny,
- či by mali byť v budúcnosti vykonané ďalšie štúdie.

V roku 2009 publikovala EMEA článok s podtitulom *Aspekty bezpečnosti antipsychotík u demen-*

ných pacientov, v ktorom uvádza, že pre súčasný nedostatok presnejších informácií zo štúdií väčších súborov nemožno presne stanoviť, či je riziko vyššie pri atypikách alebo klasických antipsychotikách. Taktiež nemožno presne určiť mieru rizika pri jednotlivých antipsychotikách, preto sa upozornenie na možné riziko vzťahuje rovnako na všetky AP. Pre lekárov, ktorí liečia starých pacientov, ktorí majú psychotické príznaky alebo agresívne chovanie, by mali byť vypracované národné guideliney pre manažment týchto epizód a diskusia o primeranosti rizík a benefitov liečby.

Na základe našich mnohoročných skúseností a literárnych zdrojov je možno pre prax uviesť platné všeobecné zásady pre liečbu pacientov vo vysokom veku s demenciou, ktorí majú psychotické symptómy, alebo závažné behaviorálne poruchy:

- liečiť antipsychotikami iba v nevyhnutných prípadoch, keď zlyhajú iné terapeutické postupy (i nefarmakologické),
- vybrať liek aj z hľadiska reálneho rizika pri konkrétnej morbidite toho-ktorého pacienta,
- začať minimálnou dávkou, dávky titrovať iba pomaly, postupne a redukovať komedikáciu inými psychofarmakami (najmä benzodiazepínmi),
- liek podávať iba na nevyhnutnú dobu a vysadiť už pri prvých príznakoch intolerancie, či zhoršenia somatického stavu,
- pozorne monitorovať stav vedomia, mobilitu, somatický stav, vitálne funkcie a parametre vnútorného prostredia;
- zvlášť opatrne pristupovať k pacientom, ktorí majú behaviorálne poruchy v rámci delirantných stavov – vykonať bedlivú diferenciálnu diagnostiku a zamerať liečbu kauzálne.

Vedomie zvýšeného rizika úmrtia na základe uvedených zistení sa podľa odporúčení CHMP nemá brať ako dôvod pre switching medzi atypickými a konvenčnými antipsychotikami.