

Depotný olanzapín a jeho využitie v praxi

MUDr. Marek Zelman

Psychiatrická ambulancia NsP Brezno, Psychiatrická nemocnica Hronovce

Už od čias objavenia prvej antipsychotickej medikácie v 50. rokoch minulého storočia sa pacienti so schizofréniou a psychiatri stretávajú s fenoménom non-kompliancie vedúcim k častejším relapsom ochorenia s negatívnym dopadom na všetky sféry fungovania. Depotné formy klasických neuroleptík uvádzané od roku 1964 flufenazínom dokážu minimálne u istej časti pacientov významne ovplyvniť pravidelné užívanie potrebnej dávky antipsychotika. Posledných 10 rokov vývoja nám prinieslo v depotnej forme aj nové antipsychotické preparáty druhej generácie (v súčasnosti dostupný dlhopôsobiaci risperidón a depotný olanzapín), v ktorých sa spájajú výhody atypických antipsychotík s vyššou účinnosťou a nižším výskytom nežiaducich účinkov oproti prvej generácii s možnosťou ich podávania v niekoľkotýždňových intervaloch s pozitívnym vplyvom na komplianciu.

Kľúčové slová: depotné atypické antipsychotiká, olanzapín, kompliancia.

Depot olanzapine and its utilisation in practice

Since discovery of first antipsychotic pharmacological treatment in 1950s schizophrenic patients and psychiatrist deal with noncompliance. Non-compliance is an important issue in managing schizophrenia that leads to an increased likelihood of relapse which is associated with adverse clinical, social and economic consequences. The first depot neuroleptic drug introduced in 1964 fluphenazine can have (at least with some patients) significant impact on treatment when administrated in sufficient dose of antipsychotic medication. Drug development during the last decade brings out a new generation of antipsychotic depot medication (currently available long-acting risperidone and depot form of olanzapine). They are more efficient and have fewer adverse side effects compare to first generation. Also its benefit is coupled with several week interval of depot administration which leads to better compliance.

Key words: depot atypical antipsychotics, olanzapine, compliance.

Depotné antipsychotiká a non-kompliancia

Non-kompliancia (nonadherencia, nespolupráca pacienta) sú často používané ako synonymá pre situáciu, ak pacient so schizofréniou neužíva odporúčenú medikáciu, resp. nedodríava liečebný režim v miere potrebnej pre zabránenie relapsu. Táto rovnica vyzerá na prvý pohľad jednoducho: schizofrénia – účinná liečba – ochorenie v remisii.

Z rutínnej praxe je však jasné, že dospieť k takýmto „lineárnym“ vzťahom je často otázka niekoľkých intenzívnych mesiacov až rokov a spočíva v mnohých medzikrokoch počínajúc diagnostikou ochorenia, liečbou akútnych príznakov, cez psychoterapeutické zvládnutie akútnej fázy ochorenia, prácu s anozognóziou až po optimalizáciu liečby pre obdobie remisie, psychoedukáciu, psychosociálnu rehabilitáciu, riešenie eventúálnych relapsov etc (2).

Rozsah aktívneho zapájania pacienta do rozhodovania o liečbe závisí od jeho postoja k vlastnej duševnej poruche, samozrejme sa môže pohybovať od hostilného odmietania liečby až po „uvedomeľú“ aktívnu spoluprácu a navyše často závisí od stavu, v ktorom sa pacient aktuálne nachádza. Od miery aktívnej spolupráce pacienta závisí aj jeho „ochota“ užívať odporúčené antipsychotiká v odporúčených intervaloch a v odporúčenom

dávkovaní. Neužívanie antipsychotík je pritom najvýznamnejším prediktorom relapsu schizofrénneho ochorenia, ďalším problémom je parciálna kompliancia, teda okrem iného aj nepravidelné užívanie liekov (3). Pri oboch týchto situáciách dokážu depotné formy liečby zvýšiť pravdepodobnosť podávania dostatočnej dávky antipsychotika na zabránenie hroziacim relapsom.

Kazuistika

Benefit depotnej liečby depotným atypickým antipsychotikom budem ilustrovať na kazuistike 43-ročnej pacientky. Je čerstvo rozvedená, má jedno dieťa zverené do výchovy otcovi, je invalidná dôchodkyňa pre duševnú poruchu, má stredné chemické vzdelanie, pracovala ako poštová doručovateľka, žije sama. V rodine sa nevykytli duševné poruchy, doteraz nebola liečená pre závažnejšie somatické ochorenia. Prvýkrát bola hospitalizovaná v rokoch 1990 a 1993 so záverom zmiešaná psychóza, liečená bola perorálnym haloperidolom, potom až do roku 2007 bola liečba prerušená, pri spätnej rekonštrukcii tohto obdobia ale zjavne trpela pretrvávajúcimi prejavmi psychózy, v roku 2007 bola hospitalizovaná so záverom akútna schizoforná porucha suspektné inveterované procesuálne ochorenie. Preliečená bola elektrokonvulzívnu terapiou (ECT), nastavená bola na olanzapín a citalopram

s dobrým efektom, užívala ich asi len jeden mesiac. V rokoch 2007 až 2010 bola štyrikrát hospitalizovaná pre relaps akútnej symptomatiky, vždy po prerušení perorálnej liečby (olanzapín, neskôr depotný flufenazín a amisulprid), najdlhšie užívala medikáciu asi pol roka. Diagnosticky bol stav uzatvorený ako reziduálna schizofrénia.

Od poslednej hospitalizácie, od januára 2010 bola do mája nastavená na depotný flufenazín a perorálny olanzapín, napriek pravidelnému dochádzaniu na depot sme ale zistili, že olanzapín bol predpísaný len v dávke postačujúcej na dva mesiace. Pre výpadok flufenazínu bola prestavená na depotný cisklopentixol, na ktorý ale zareagovala ťažkou EPS dystóniou s nutnosťou kupírovať ju vysokými dávkami antiparkinsoník. Preto bol v liečbe ponechaný len perorálny olanzapín v dávke 10 mg pro die a zabezpečili sme ambulantné kontroly á jeden týždeň.

Dohodnúť si s pacientkou „pravidlá hry“ pred nastavením na depotný olanzapín, vysvetliť jej a poučiť ju o nutných bezpečnostných opatreniach liečby trvalo dve sedenia, na ktorých sa zúčastnili aj jej rodičia. Od júna 2010 je pacientka nastavená na depotný olanzapín 405 mg/28 dní, v súčasnosti je kompenzovaná na úrovni dobrej remisie, pretrváva len relatívne ľahké reziduuum, počas leta dokázala brigádnicky pracovať ako predavačka slnečných okuliarov a bez vážnej-

Psychiatr. prax; 2010; 11 (5–6): 181–182

šieho zakolísania zvládla administratívne absolvovať rozvodové konanie.

Aj keď bol v minulosti robený pokus o nastavenie na depotný flufenazín, na dostatočnú kompenzáciu stavu bolo nevyhnutné podávať v kombinácii vždy aj atypické antipsychotikum (amisulprid, olanzapín), teda liečba samotnými depotnými klasickými neuroleptikami nebola dostatočne účinná (resp. bola zle tolerovaná – cisklopenditol). Voľba depotného olanzapínu bola v prvom rade podmienená dobrou reakciou pacientky na predchádzajúcu perorálnu liečbu olanzapínom. Bohužiaľ táto trvala ale najdlhšie asi pol roka.

Využitie depotného antipsychotika druhej generácie teda v tomto prípade spája výhodu vyššej účinnosti atypika a výhodu kontrolovateľnejšej depotnej aplikácie farmaka, ktoré dostatočne prevážili nevýhodu nutnosti trojhodinového sledovania a potrebu sprievodu domov. Naše prvotné obavy (a priznajme si, že nielen na strane pacientky a príbuzných, ale aj na strane lekára) sa rozplynuli s podstatne väčšou pravdepodobnosťou, že sme narušili bludný kruh neužívania liekov, relapsov a hospitalizácií.

Depotný olanzapín v ambulantnej praxi

Pri každej liečbe, a to nielen antipsychotickej, je nevyhnutné dodržiavať isté bezpečnostné pravidlá, týka sa to samozrejme nielen správnej indikácie lieku, jeho podania a patričnej edukácie pacienta o jeho užívaní, ale aj dodržiavania postupov, ku ktorým nás zaväzuje SPC. V prípade atypických antipsychotik je nám známa nutnosť sledovania zmien bieleho krvného obrazu pri užívaní klopazínu, povinnosť sledovania zmien EKG v prípade sertindolu a mnohé ďalšie.

Pri depotnom olanzapíne sa tieto bezpečnostné pravidlá týkajú najmä postinjekčného syndrómu, tento sa prejavuje príznakmi zodpovedajúcimi predávkovaniu olanzapínom. Pred podaním injekcie sa má zdravotnícky pracovník uistiť, že pacient nebude cestovať späť do miesta určenia osamote. Primerane vyškolený zdravot-

nícky personál v zdravotníckom zariadení má sledovať u pacienta znaky a príznaky zodpovedajúce predávkovaniu olanzapínom minimálne 3 hodiny po každej injekcii. Je potrebné sa uistiť, že pacient je bdely, zorientovaný a nemá žiadne znaky a príznaky predávkovania.

Možno na prvý pohľad komplikovaná záležitosť zahŕňa niekoľko krokov. V prvom rade, už keď uvažujeme o nastavovaní na depotný olanzapín, je nevyhnutné porozprávať sa s pacientom a jeho najbližšími o ich ochote (a schopnosti!) podriať sa týmto podmienkam. Potom je potrebné zariadiť vyplnenie týchto troch hodín sledovania. Tento čas síce na jednej strane môže znamenať, že pacient bude sedieť v čakárni a „strihať meter“, na druhej strane sú to cca tri hodiny využiteľné na to, aby sme sa venovali aj aktivitám, ktoré pri štandardne preplnených čakárňach nechávame na druhej koľaji.

V praxi to na ambulancii v Brezne vyzerá takto: Pacienti prichádzajúci na injekciu sú pozvaní ráno a sú vybavovaní prednostne, tento systém už fungoval aj dávnejšie v minulosti, keď všetci pacienti dostávajúci depoty či dlhopôsobiaci risperidón prichádzali jeden deň v týždni. Po podaní injekcie si ich preberie psychológ z psychologicko-ambulancie na skupinu, tu sme „oprášili“ staré podklady k Prelapsu či iným edukačným aktivitám a obnovili sme už v minulosti fungujúce otvorené skupiny pre psychózy (len sme ich presunuli kvôli praktickosti do dopoludňajších hodín). Skupina je určená potenciálne všetkým pacientom so psychózami. Po jej absolvovaní zostáva z troch hodín sledovania len relatívne krátky čas do záverečnej kontroly a odchodu pacienta v sprievode príbuzných domov.

Rovnaký systém je realizovateľný samozrejme aj v inom čase (dopoludnia, poobede), v podstate je viazaný len na organizáciu času na objednanie pacientov, preskripciu injekcie a skupinu, ktorú môže viesť lekár, zaškolená sestra či spolupracujúci psychológ. Na tomto mieste je možné pripomenúť aj fakt, že skupinová psychoterapia a psychoedukácia sú výkonmi hrađenými zo zdravotného poistenia.

Treba si ale uvedomiť, že depotná medicína sama o sebe ešte nezabezpečí komplianciu. Psychoterapeutická a edukačná práca naďalej zostávajú faktorom, od ktorého bude závisieť úroveň nozognózie. Na tieto aktivity na našich ambulanciách asi trochu zabúdame. Možno práve „depotné dni“ spojené so skupinami by mohli byť efektívnym riešením tohto problému. Samozrejme nesie to so sebou nevyhnutnosť nájsť si čas na tieto aktivity a zo strany platiteľov zdravotnej starostlivosti istú mieru zvýšených nákladov, ktoré sa nám ale bohato vrátia tým, že sa bude jednať okrem adekvátnej farmakoterapie i o skutočne komplexnú liečbu schizofrénie vo forme miery spolupráce s pacientmi a ich rodinami.

Záver

Tak ako atypické antipsychotiká rozšírili možnosť efektívnej liečby pacientov so schizofréniou o širší záber na nielen pozitívne príznaky ochorenia, tak depotné atypiká ponúkajú možnosť rozšíriť využitie tejto liečby na prevenciu relapsu pre skupinu pacientov s obmedzenou schopnosťou kompliancie. Bola by škoda nechopiť sa týchto možností len pre uchovanie našej pohodlnosti. A týka sa to rovnako napríklad kratšieho dvojtýždňového intervalu potrebného pre podávanie dlhopôsobiaceho risperidónu a tiež aj potreby zabezpečenia trojhodinového sledovania pacienta po podaní depotného olanzapínu.

Literatúra

1. Súhrn charakteristických vlastností lieku (SPC) Zypadhera.
2. Eikelmann B. Sociálna psychiatria – základné poznatky a prax. Vydavateľstvo F 1999.
3. Falloon IR. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. Optimal Treatment Project Collaborators. Psychiatr Serv 1999; 50: 615–618.

MUDr. Marek Zelman

Psychiatrická nemocnica Hronovce
Ul. Dr. J. Zelenyáka 65, 935 61 Hronovce
zelman@inmail.sk



Viac informácií nájdete na

www.psychiatriapreprax.sk