

Kazuistika 30-ročného pacienta s diagnózou bipolárnej afektívnej poruchy

MUDr. Lenka Kucharová

Psychiatrické oddelenie, FNŠP Žilina

Bipolárna afektívna porucha patrí do skupiny afektívnych porúch, ktorá je veľmi špecifická a rozmanitá z hľadiska etiopatogenézy, diagnostiky aj liečebného postupu. V tejto kazuistike opisujeme priebeh ochorenia a terapeutický prístup u jedného z pacientov s týmto ochorením, prinášame tak priamy pohľad z praxe. Naším cieľom je nielen vyliečiť akútnu fázu ochorenia, ale zamerať sa na stabilizáciu stavu a prevenciu relapsu a pokúsiť sa ponúknuť pacientovi lepšiu kvalitu života. V prípade bipolárnej afektívnej poruchy je to o to zložitejšie, keďže ide o ochorenie, pri ktorom sú výkyvy nálady periodického charakteru. Terapia „ušitá na mieru“ zlepšuje spoluprácu pacienta s psychiatrom.

Kľúčové slová: bipolárna afektívna porucha, terapia, quetiapín

Case report of 30-year old patient with diagnosis of bipolar affective disorder

Bipolar disorder belongs to a group of affective disorders that is very specific and various in the aspect of etiopathogenesis, diagnosis and treatment. In this case report, we describe the course of the disease and the therapeutic approach in one of the patients with this disease, bringing a direct view of practice. Our goal is not only to cure the acute phase of the disease but to focus on stabilizing the condition and preventing relapse and try to offer the patient a better quality of life. In the case of a bipolar affective disorder, this is all the more complicated as it is a disease in which the mood swings of periodic character. „Tailor-made“ therapy improves patient cooperation with a psychiatrist.

Key words: bipolar affective disorder, therapy, quetiapine

Psychiatr. prax, 2018;19(2):78-80

Úvod

Bipolárna afektívna porucha (BAP) sa vyznačuje dvoma alebo viacerými epizódami, pri ktorých sú úroveň nálady a aktivita pacienta zreteľne narušené. Toto narušenie spočíva striedavo vo zvýšení nálady, vzraste energie a aktivity, inokedy v poklese nálady a úbytku energie a aktivity (1).

Podľa americkej klasifikácie DSM-5 sa hovorí o bipolárnej poruche I (BP I) a bipolárnej poruche II (BP II). Pre diagnózu BP I je nevyhnutná aspoň jedna manická epizóda v živote. Vo väčšine prípadov sa v priebehu BP I objavujú aj depresívne epizódy, resp. hypomanické epizódy, pričom všetky spomenuté epizódy môžu mať zmiešané rysy (podľa DSM-IV zmiešaná epizóda). Bipolárna porucha (BP II) je charakterizovaná aspoň jednou veľkou depresívnou epizódou a aspoň jednou hypomanickou epizódou v priebehu života, pričom nikdy v priebehu života sa nesmie objaviť plne rozvinutá manická epizóda (ak áno, je nutné diagnosticky kódovať bipolárnu poruchu I) (2).

Výskyt bipolárnej afektívnej poruchy v populácii je od 1,7 % až do 4 % pacientov, ako udáva L. Vavrušová (3).

Pri BAP nikdy neliečime len aktuálnu epizódu, liečime afektívnu poruchu zvyčajne s celoživotným trvaním. Táto liečba je skutočne komplikovaná, jej základom by mal byť pevný terapeutický vzťah lekára a pacienta v spolupráci s príbuznými (4).

Kazuistika

Ide o 30-ročného pacienta, u ktorého sa v jeho 20tich rokoch vyskytla prvá afektívna epizóda v zmysle mánie so psychotickými príznakmi. Pochádza z priemerne psychostimulujúceho prostredia, viacpočetnej rodiny, t. č. žije s rodičmi v spoločnej domácnosti.

Rodinná anamnéza: bez neuro-psychiatrickej záťaže, pochádza z piatich súrodencov – zdraví.

Osobná anamnéza: tehotenstvo matky bez komplikácií, partus v termíne, raný psychomotorický vývoj primeraný, v detstve len bežné choroby, netrpí závažnejším somatickým ochorením, operovaný nebol, úrazy vrátane kraniotraumy nemal, alergik nie je.

Sociálna anamnéza: býva s rodičmi v rodinnom dome, súrodenci už samostatní, vyštudoval gymnázium s výborným prospechom, následne nastúpil na štúdium na vysokej škole, nedokončil ani prvý ročník pre psychické ochorenie, je slobodný, bezdetný.

Psychopatologický rozbor: prvýkrát hospitalizovaný na akútnom psychiatrickom oddelení 4 – 5/2005 pre nástup manickej epizódy základného ochorenia so psychotickými príznakmi, v tom období bol študentom 3. ročníka cirkevného gymnázia. Premorbídne išlo o introvertovanú osobnosť s výborným prospechom. Podľa heteroanamnestických údajov šlo o niekoľkotýždňový vývoj zmeny v správaní s odbrzdenosťou, elevovaným ladením, narušením somnie, extrapotenčnými interpretáciami a religióznymi patickými kogníciami v myslení, narušením sociability a študijného prospechu. V rámci hospitalizácie realizované psychologické vyšetrenie, ktoré potvrdilo manický syndróm s odklonom od reality. Po úvodnej injekčnej aplikácii olanzapínu nastavený na perorálnu formu tohto prepará-

tu v dávke 15 mg pro die. Po prepustení pokračoval v doliečovaní v rámci DPS.

Druhá hospitalizácia realizovaná 9 – 10/2005. DPS navštevoval do júla 2005, následne vysadil medikáciu. Na psychiatrickú kontrolu sa dostavil až po opakovaných urgenciách v rámci predvolania, kde znovu nastavený na olanzapín, ale už v tom období prítomná subdepresívna symptomatika, ktorá sa prehĺbila s nástupom do školy v novom školskom roku. Pri kontrolnom psychiatrickom vyšetrení evidované prehlbovanie poklesu v ladení, bilančné úvahy, insuficienčné postoje, poruchy koncentrácie a tenacity pozornosti, narušenie procesu učenia, skrátenie spánku so skorým ranným prebúdzaním, odoslaný na ústavnú liečbu. Nastavený na kombinovanú liečbu olanzapínom (15 mg pro die) a escitalopramom (10 mg pro die), v závere hospitalizácie krátkotrvajúci prešmyk do hypománie, ktorý si vyžiadal redukcii dávok escitalopramu (na 5 mg pro die).

Tretia hospitalizácia 4 – 5/2012 pre recidívu mánie s psychotickými príznakmi. Pacient bol v regulérnom dispenzári ambulatným psychiatrom do decembra 2010, v medziobdobí ukončil strednú školu s maturitou, nastúpil na VŠ štúdium, ktoré však prerušil už v prvom ročníku pre recidívu hypománie, ktorá bola zvládnutá v ambulatných podmienkach. Zamestnal sa ako referent, bol medikovaný olanzapínom v dávke 10 mg pro die. Od začiatku roka 2011 medikáciu vynechal. V apríli 2012 sa na psychiatrickú ambulanciu dostavil otec. Podľa jeho údajov u syna išlo o asi trojmesačnú recidívu mánie bludnej hĺbky. Na základe odporúčenia ambulatným psychiatrom bol prijatý na akútne psychiatrické oddelenie cestou RZS. V priebehu liečby znovunastavený na orodispergovateľnú formu olanzapínu v kombinácii s tymoprofylaktikom – valproátom. Po prepustení od júna 2012 opätovne navštevoval DPS.

Na jeseň 2014 rozvoj ťažkej depresívnej fázy, prestal navštevovať DPS, v liečbe augmentované SSRI antidepresívum sertralín, avšak bez výraznejšieho terapeutického efektu. V klinickom obraze dominoval apaticko-hypobulický syndróm s hypodynamogéniou, bradypsichizmom, narušením sociálneho fungovania, anhedóniou a hypo-

energiou. Z dôvodu predchádzajúceho nedostatočného efektu SSRI a nižšieho rizika prešmyku do mánie zamieňame za antidepresívum bupropión, pričom maximálna dávka bola vytitrovaná na 300 mg pro die. V lete 2015 krátkodobý prešmyk do hypománie, vtedy najskôr redukovaná dávka bupropiónu na 150 mg a v ďalšom priebehu vysadený úplne. V tomto období vzhľadom na narušenie štruktúry spánku a nespokojnosť pacienta s olanzapínom pre hmotnostný prírastok tento zamenený za quetiapín s krátkotrvajúcim účinkom, ktorý bol po úprave somnie switchovaný na jeho prolongovanú formu v ekvivalentných dávkach, a to 500 mg pro die.

Odvtedy je pacient v pravidelnej ambulantnej psychiatrickej liečbe, jeho kompliance sa zlepšila, nedošlo k recidívam afektívnych epizód základného ochorenia. Aktuálne v popredí klinického obrazu zostáva istá miera rezidua s narušením výkonnostného potenciálu, čo si vynútilo invalidizáciu. Avšak pacient sa v sezóne brigádnicke zamestnáva, znovu nadviazal kontakty s priateľmi, venuje sa turistike, čítaniu beletrie, navštevoval kurz anglického jazyka. K ochoreniu je kritický a v terapii je kompliantný, najskôr vďaka vyváženému pomeru dostatočnej účinnosti a zároveň dobrej tolerancie liečby z jeho strany.

Záver

U pôvodne insuficientne kooperujúceho pacienta sa quetiapín s predĺženým pôsobením osvedčil ako dostatočne účinná liečba a aj profylaxia oscilácií afektivity. Je pacientom výborne znášaný, bez vedľajších a nežiaducich účinkov, prispel k úprave štruktúry spánku a čo je najdôležitejšie, uplatnil sa aj napriek monoterapii v prevencii rekurencie afektívnych epizód bipolárnej poruchy, bez nutnosti zaťažovať pacienta ďalšou prídavnou tymostabilizačnou liečbou. Quetiapín je totiž nielen antipsychotikum, ale aj stabilizátor nálady, preto často v monoterapii postačuje. V neposlednom rade podstatnou mierou k zlepšeniu kvality liečby a compliance pacienta prispela psychoedukácia a rodinná terapia. Pacient akceptoval svoje ochorenie, bol edukovaný o varovných príznakoch, otvorene

diskutujeme o možných vedľajších účinkoch liečby, nacvičoval sociálne zručnosti v rámci DPS, zároveň sa zlepšila vzájomná komunikácia v rodine.

Antipsychotiká majú v liečbe bipolárnej poruchy nezastupiteľnú úlohu. Antipsychotiká druhej generácie v porovnaní s antipsychotikami prvej generácie majú výhodnejší bezpečnostný profil, sú účinné aj v liečbe farmakorezistentných pacientov, majú širšie spektrum pôsobenia a menej nežiaducich účinkov, nevyvolávajú farmakogénnu depresiu, niektoré majú tymostabilizujúci účinok a analogicky možno predpokladať, že aj celkovo vyššiu účinnosť (8). Antipsychotiká druhej generácie vykazujú dobrý antimanický efekt, redukujú psychotické a zmiešané príznaky, vykazujú menej prešmykov do mánie aj do depresívnych symptómov. Ak sa budeme zaujímať o liečbu manickej epizódy, majú takmer všetky antipsychotiká druhej generácie dôkaz účinnosti na základe výsledkov dvojito slepých, placebom kontrolovaných štúdií. Pri sledovaní účinnosti v liečbe bipolárnej depresie je už situácia iná. Iba dve antipsychotiká možno v tejto oblasti odporučiť – olanzapín a quetiapín (5).

Najsilnejšia je pozícia quetiapínu, keď vo všetkých piatich veľkých dvojito zaslepených, placebom kontrolovaných štúdiách bola preukázaná účinnosť v dávke 300 alebo 600 mg denne (s okamžitým alebo pozvoľným uvoľňovaním), z toho dve štúdie mali tiež vetvy s aktívnym komparátorom (paroxetín, lítium). Quetiapín je jediná látka schválená FDA (Food and Drug Administration) a EMA (European Medicines Agency) v tejto indikácii (6). Podľa ďalšej dvojito slepej štúdie bola miera účinnosti (effect size) pri quetiapíne podávanom v dávke 300 mg denne 0,67, v dávke 600 mg denne 0,81, teda vysoká. V prípade sledovania iba BPII však bola iba 0,28, resp. 0,39, naopak v prípade sledovania len liečby BPI bola dokonca 0,91, resp. 1,09. Prínos quetiapínu sa teda ukázal ako výrazne vyšší v liečbe BP I než pri BP II (7).

Quetiapín bol sledovaný aj u osôb v adolescentom veku s diagnózou bipolárnej poruchy (Del Bello, 2002) a signifikantne lepšie ovplyvnil príznaky mánie

(54,3 %) ako placebo (32,6 %). Quetiapín nevedie pri liečbe mánie k prešmykom do depresie (Sachs, 2002). Má najmenej extrapyramídových nežiaducich účinkov a pacienti pri ňom priberajú podstatne menej ako pri liečbe inými antipsychotikami druhej generácie. Bývajú však somnolentní, čo na druhej strane môže byť v liečbe manických a agresívnych pacientov výhodné (Möller a Nasrallah, 2003) (8).

Literatúra

1. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf Jessenius; 1996.
2. Moťovský B, Breznoščáková D, Divéky T. Bipolárna porucha v DSM-5. Psychiat. prax. 2014;(2).
3. Vavrušová L. Diagnóza F31. Bipolárna afektívna porucha. Neuro magazín. 2009;(3).
4. Breznoščáková D, Moťovský B. Súčasný možnosti farmakoterapie bipolárnej afektívnej poruchy. Prakt. lek. 2016;(1).
5. Janů L, Racková S. Dlouhodobá léčba bipolární poruchy atypickými antipsychotiky. Remedia. 2006;(6).
6. Češková E. Léčba bipolární deprese v klinické praxi. Česká a slovenská psychiatrie. 2012;(4).

7. Calabrese JR, Keck PE Jr, Macfadden W, et al. A Randomized, Double-blind, Controlled Clinical Trial of Quetiapin in the Treatment of Bipolar I or II Depression. Am J Psychiatry. 2005.
8. Vavrušová L a kol. Bipolárna porucha. Martin: Osveta; 2004.

MUDr. Lenka Kucharová

Psychiatrické oddelenie, FNsP Žilina
Ul. Vojtecha Spanyola 43, 012 07 Žilina
lenka.kucharova@fnspza.sk