

VENLAFAXIN – TŘI A PŮL ROKU PODÁVÁNÍ V PSYCHIATRICKÉ AMBULANCI

MUDr. Helena Kučerová

Hranice na Moravě

Je uvedena kazuistika 60leté ženy s diagnózou periodické depresivní poruchy (F 33) a komorbiditou několika somatických onemocnění včetně borreliózy. Pacientka je tři a půl roku léčena venlafaxinem v dávce 150 mg denně (100-0-50). V průběhu léčby nebyly zaznamenány výkyvy depresivní poruchy a venlafaxin byl dobře snášen bez vedlejších účinků. Nemocná také bez problémů přestála urologickou operaci.

Venlafaxin je antidepresivum čtvrté generace a patří do skupiny NSRI (noradrenalin a serotonin reuptake inhibitors), tj. inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu. Působí na různé druhy depresí, na anxieta, obsese a kompulze (1, 3, 6, 7), není tlumivý, je spíše budivý, ale upravuje spánek. Účinkuje relativně rychle. Z nežádoucích účinků se uvádějí: nauzea, nechutenství, zácpa, nespavost – ospalost, palpitace, zvýšený krevní tlak, úzkost, cefalea, sexuální dysfunkce.

O venlafaxinu je poměrně bohatá literatura. Vzhledem k tomu, že studie vznikají převážně v intramurálních zařízeních, jsou obvykle sledování krátkodobá (2, 8). S dlouhodobým podáváním venlafaxinu je zkušeností méně (5). Z tohoto pohledu se mi zdá zajímavá následující kazuistika.

Kazuistika

Šedesátiletá žena, vdaná, matka dvou dětí, vzděláná základní. Pracovala jako školnice do svých 46 let, kdy dostala plný invalidní důchod pro onemocnění očí: degenerace a odchlípení sítnice, afakie po operaci pravého oka a katarakta levého oka. Ve svých 46 letech (1990) pacientka prodělala hysterektomii, v 55 letech (1999) operaci perforovaného apendixu a v 59 letech (2003) operaci ledvinových kamenů ve spinální anestézii.

Psychiatrická přítež v rodině nebyla zjištěna. Pacientka byla prvně psychiatricky vyšetřena ve svých 53 letech (1997), a to v mé ordinaci, kdy jsem stanovila diagnózu „středně těžká depresivní fáze smíšené etiologie (endogenní a somatogenní)“, č. F 32.1 podle Mezinárodní klasifikace nemocí, desáté revize. Pacientka

byla celkem třikrát psychiatricky hospitalizována, a to v rozmezí červenec 2000 až květen 2001. První hospitalizace byla vynucena sebevražedným pokusem medikamenty, který pacientka motivovala zhoršením oční choroby a který provedla v době, kdy si sama vysadila léky. Mezi první a druhou hospitalizací udávala příznaky, jež byly dodatečně kvalifikovány jako encefalitida, etiologicky zřejmě borreliová – v únoru 2001 bylo totiž zjištěno pozitivní serologické vyšetření na borreliózu (4).

Borrelióza poněkud modifikovala původní psychopatologický obraz, který odpovídal depresi, dříve nazývané endogenní, resp. velké (major depression): nálada smutná, neodklonitelná, pláčivost, špatný spánek s probouzením mezi 2. a 3. hodinou ranní, ráno neodpočatá, vnitřně rozechvělá, úzkostná, přestala zvládat domácnost. Borrelióza rozpoznána pozdě (pacientka neudávala bodnutí hmyzem) se naštěstí sama upravila i bez antibiotické léčby. Serologické vyšetření v únoru 2002, tedy s ročním odstupem, již bylo negativní.

Literatura

1. Bandelow B, Ruther E. Treatment resistant panic disorder. *CNS Spectr.* 2004; 10: 725–739.
2. Benedictis E. Double blind comparison of venlafaxine and amitriptyline in outpatients with major depression with or without melancholia. *J Psychopharmacol* 2000; 1: 61–66.
3. Češková E, Pálenský V, Skotáková S. Současné možnosti farmakoterapie deprese. *Čes a slov Psychiat* 2004; 3: 148–152.
4. Kučerová H (Hranice). Periodická depresivní porucha s komorbiditou borreliózy (Kazuistika). In Raboch J, Doubek P, Zrzavecká I (pořad.): *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. Sborník IV. sjezdu ČPS ČSL JEP, Špindlerův Mlýn 2002; Galén, Praha 2002: 129–130.
5. Montgomery SA. New developments in the treatment of depression *J Clin Psychiatry*, 1999; 60 (Suppl.) 14: 10–15.
6. Stahl SM. At long last, long lasting psychiatric medication: an overview of controlled-release technologies. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 355–356.
7. Thase ME, Entsuah AR, Rudolph RL. Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 234–241.
8. Tzanakaki M, Guazzelli M, Nimatoudis I, et al. Increased remission rates with venlafaxine compared with fluoxetine in hospitalized patients with major depression and melancholia. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 1: 29–34.

Pacientka byla léčena zpočátku sertralinem, při třetí hospitalizaci byla terapie změněna na venlafaxin v dávce 150 mg denně (květen 2001). Tato medikace je udržována dosud, tedy tři a půl roku. Po psychické stránce je pacientka po celou dobu dobře kompenzována, veselá, hovorná a domácnost zvládá dobře i přes své zrakové postižení. Vidí sice méně a méně, ale vyrovnává se s tím. Také urologickou operaci přestála bez výkyvů psychické pohody. Dávkování venlafaxinu je 150 mg denně (100 mg ráno a 50 mg večer), což pacientka snáší lépe než jiné varianty, včetně převodu na venlafaxin s pozvolným uvolňováním ve stejné dávce. Nežádoucí účinky léku nebyly zaznamenány.

Závěr

Uvedená kazuistika je příkladem nemocné s velkou depresí a značnou somatickou komorbiditou včetně prodělané borreliózy, u níž je venlafaxin s úspěchem podáván po dobu tří a půl roku v dávce 150 mg denně bez výkyvů psychického stavu a bez vedlejších účinků.