

CIPRALEX A PANICKÁ PORUCHA

MUDr. Petr Augustin

Psychiatrická léčebna, Opava

Psychiatrická ambulance, Železniční poliklinika, Ostrava

V tomto sdělení je prezentována kazuistika ambulantní pacientky, která trpěla panickými atakami. Nejdříve byla léčena asi tři měsíce praktickým lékařem, neurologem a dalšími specialisty převážně benzodiazepinovou kúrou, která se jevila z dlouhodobého pohledu neúspěšná. V kazuistice je nastíněn výřez jednoho roku, kdy byla sledována v psychiatrické ambulanci. Prvoplánově byl nasazen escitalopram a po navázání terapeutického vztahu dochází k velmi pozvolnému zlepšování duševního stavu.

Anamnéza

Čtyřiatřicetiletá pacientka byla odeslána svým gynekologem pro úzkostné fenomény k psychiatrovi. Na gynekologii chodila pravidelně, od ledna do srpna 2003 1x měsíčně, pro dysmenoreu. Veškeré objektivní nálezy, včetně zobrazovacích vyšetření a stěrů, byly negativní.

Somatické potíže jiného druhu (kardiální, neurologické) v minulosti nikdy neměla. Psychiatrická heredita u příbuzných I. řádu nejištěna. Vyrůstala jako mladší ze dvou dcer v ochranném prostředí, závislost na matce je i nyní zřejmá. Navštěvuje ji pravidelně, radí se s ní o všech osobních i zdravotních problémech, blízkost matky vnímá sama více než manželovu. Společně s manželem a 9letým synem bydlí v rodinném domku. Pracuje jako učitelka v mateřské školce, ovšem nyní je v pracovní neschopnosti pro tetanické křeče. Abúzus návykových látek je bezvýznamný, považuje se za občasného konzumenta alkoholu.

Vlastní kazuistika: Od srpna 2003 údajně po alkoholovém excessu se objevují tetanické záchvaty, které byly důvodem opakovaného vyšetření specialistů v nemocnici. Na EMG se objevují typické tetanické projevy, EEG záznam je v normě, oční pozadí je bez pozoruhodností, duplexní SONO karotid je také v referenčních mezích. Gastrofibroskopické vyšetření je uzavřeno jako axiální hiátová hernie nezávažného rozsahu, endokrinolog diagnostikuje syndrom vegetativní lability s atributy tetanický, neurastenický, funkční, hyperventilační. Můžeme tedy říci, že somatické nálezy nevysvětlují příznaky, které pacientka prožívá. Těžiště léčby doposud spočívalo v podávání magnezia a clonazepamu.

Na psychiatrii odeslána koncem listopadu 2003 (tedy po 3 měsících diagnostického hledání). Gynekolog si všiml delší dobu trvající nepohody pacientky, permanentní úzkosti, strachu ze ztráty vědomí, proto vypsál doporučení k psychiatrickému vyšetření. Když přišla pacientka do psychiatrické ambulance, měla naordinován clonazepam v dávce 1,5 mg denně, magnezium 3 x 0,5 g denně a zolpidem 10 mg při nespavosti. Předepsal jí to praktický

lékař ve spolupráci s neurologem, magnezium společně s nesteroidními analgetiky dostala od gynekologa na bolestivou menstruaci. Pacientka se přiznává, že to brala pouze při potížích. K účinku těchto léků se vyjadřuje nepříliš pozitivně, snad jí jen trochu uklidnily. Tvrdila také, že asi tři týdny měla nasazen fluoxetin v dávce 20 mg denně od praktického lékaře, ale nepomáhal jí. Neobjevil se ani parciální efekt léku, dotýčná však nevěděla o nutnosti dlouhodobého podávání. Pravděpodobně nebyla poučena o délce a pravidelnosti užívání antidepresiv.

Co se týče symptomatologie, popisuje záchvaty bez vyvolávajícího momentu trvající několik minut, frekvence 5–6x měsíčně, poté anticipační úzkost. Během záchvatu měla pocity mravenčení a brnění v konečcích prstů, palpitace a pocit dušnosti, dále mírné bolesti hlavy se závratěmi a provázející strach ze ztráty vědomí. Byl nasazen escitalopram (také vzhledem k tomu, že již předtím zkoušela antidepresivum ze skupiny antagonistů zpětného vychytávání serotoninu) v dávce 5 mg na den, clonazepam ponechán v dávce 1 mg na den, podpora magnezium a hypnotiky zůstala. Byla poučena o záchvatech a panické poruše – jak vzniká, jaké jsou projevy a že sama o sobě není životu nebezpečná. Velká část pohovoru byla věnována farmakoterapii, byla zdůrazněna především nutnost pravidelného užívání preparátu. Zmíněno také, že se pozitivní efekt v prvním týdnu vůbec nemusí objevit. Největším problémem bylo přesvědčit pacientku o tom, že léky je nutné užívat pravidelně a dlouhodobě, nejen při potížích.

Za týden při další kontrole přichází s pláčem, že se to nelepší. Popisuje, že se opět objevil záchvat toho dne nad ránem, bála se, že se jí něco stane. Během dne zůstává úzkost. Odpoledne se rozhodla, že půjde s rodinou na procházku, kde úzkost polevila. Podrobným pohovorem zjištěno, že antidepresivum nebere pravidelně, ale pouze v době, kdy je jí nejhůř. Edukováno opět o pravidelnosti medikace, byla poučena o delší latenci od začátku užívání do plného účinku léku. Podán návod, jak se má zachovat při dalším podobném záchvatu

akutní úzkosti. Vyzkoušeny relaxační techniky (svalová relaxace a pravidelné dýchání atd.).

V prosinci 2003 (za dalších 14 dní) udává zlepšení. Úzkosti sice zůstávají, ale svěří se s nimi jak matce, tak manželovi a tchyni, kteří jí naslouchají a tím jí zčásti uleví. Rodina začíná brát její problémy vážně, jak pacientka podotkla. Medikaci již bere pravidelně, akceptuje lékařovo doporučení. Přiznává v prvním týdnu medikování escitalopramu zvýšenou tenzi, úzkost a nechutenství, které se však v dalších 14 dnech upravilo. Stále medikuje clonazepam, ale již jen 0,5 mg večer před spaním, magnezium 2 x 0,5 g denně, hypnotika již nebere vůbec.

V lednu 2004 (po 9 týdnech od začátku podávání escitalopramu) přichází usměvavá, udává výrazné zlepšení, ubylo panických atak. Nakonec se však přiznává, že kolem Vánoc měla další záchvat, který nepolevoval uklidňováním rodiny ani relaxačními technikami. Musela být volána sanitka a pacientka byla odvezena do nemocnice. Zde byla vyšetřena neurologicky, dostala infúzi s magnezium, opět uzavřeno jako neurogenní tetanie. V rychlém souběhu událostí pacientka nesdělila, že již dochází k psychiatrovi, a tudíž nebyla podána terapie, kterou bych očekával, třeba parenterálně benzodiazepiny. Od té doby již nepopisuje zvýšenou tenzi ani nechutenství či jiné nežádoucí účinky léku. Byl tedy navýšen escitalopram na 10 mg denně. Clonazepam je úplně vysazen, magnesium lacticum bere pouze 1 tabletu navečer.

V únoru 2004 společně s pacientkou rekapitulujeme, že za dobu 4 měsíců, co chodí do psychiatrické ambulance, ubylo záchvatů i úzkosti, postupně začala chodit do práce. Při pracovním zatížení měla pouze 2 záchvaty, které trvaly asi minutu, ale vyřešila to tím, že se začala procházet a zhluboka dýchat u otevřeného okna. Sama si pomáhá relaxací a pravidelným dýcháním, když je to třeba. Jeví se afektivně klidnější, vyrovnanější, přirozeně spontánní, trpělivější při brání léků. Domluvili jsme se na celkové délce léčby 1 rok a pravidelných kontrolách co 6 týdnů.

Za další 3 měsíce v květnu 2004 se pacientka dostavila pro znovuoobjevení sympto-

matiky po vysazení medikace (svévolně bez předchozí domluvy s lékařem). Objevují se opět panické záchvaty, frekvence je nižší než předtím, asi 3–4× měsíčně, intenzita úzkosti je dle pacientky vyšší. Navíc má výčitky svědomí z toho, že si lék sama vysadila. Nově se objevuje také strach z budoucnosti, že už nebude moci pracovat, a tím nebude nikomu potřebná. Proveden abreakční pohovor, pacientka se částečně zklidňuje. Poté je jí vysvětleno, že se takové věci stávají, přičemž problém není bagatelizován. Apelováno opět na pravidelné a dlouhodobé medikování antidepresiv. Nasazen znovu escitalopram, tentokrát v plné dávce 10 mg pro die pro depresivní skluz, přikombinován buspiron v dávce 7,5 mg pro die na pokrytí event. nežádoucí tenze v prvním týdnu. Během prázdnin pacientka funguje dobře, dokonce s rodinou absolvovala 14denní dovolenou v Chorvatsku. Léky bere pravidelně, poučena o nežádoucích účincích – tyto neguje. Zlepšení potvrzuje i gynekolog, ke kterému pacientka dochází častěji než do psychiatrické ambulance.

Poslední kontrola proběhla v září 2004. Pacientce se daří dobře. Učí, věnuje se rodině, pro možné těhotenství do budoucna chce omezit užívání medikace. Akceptuje, že se nejdříve poradí s lékařem-psychiatrem.

Diskuze

Všiml jsem si během roční léčby pacientky několika zajímavých momentů, o které bych se chtěl podělit.

Za první je to latence od vzniku symptomatiky až po návštěvu psychiatra (3 měsíce). Většina pacientů s panickou poruchou u nás i ve světě přichází k psychiatrovi průměrně po 3 letech hledání adekvátní léčby, někdy značně

později. Důvodem může být stigma duševních onemocnění i psychiatrů samotných. V našem případě pacientka přichází, resp. je odeslána k psychiatrovi poměrně brzy, a léčba je zahájena záhy poté, takže by nemělo dojít k nežádoucí fixaci obtíží a panických vzorců chování do způsobu života postižené.

Za druhé v etiopatogenezi onemocnění hrají roli kromě objasněných spouštěcích faktorů (alkoholový exces spíše svou psychologickou rovinou – nikdy se neopila, nyní nad sebou v ebrietě ztratila kontrolu, ohlas okolí byl negativní, poté měla pocity viny) také psychologické faktory výchovy (hyperprotektivita matky zasahující do partnerského soužití dcery). Z literatury víme, že ne vzácně první panická ataka přichází v období přerušení partnerského soužití nebo s odtržením od rodiny. O ničem takovém z osobního života pacientky jsem nebyl informován, ač určité narušení partnerského života při zasahování matky pacientky se dá předpokládat.

Za třetí obecně je možno říci, že neurotická onemocnění jsou úporná v terapeutickém ovlivnění, mají náběh do chronicity, vztah lékaře a pacienta je velice křehký. Přitom jejich výskyt je poměrně častý. Celoživotní prevalence panické poruchy se pohybuje mezi 1,5–3,5%, některé zdroje uvádějí dokonce 4–6% populace s nebo bez agorafobie. Panické ataky samotné se popisují až u 16% osob. U žen se vyskytují 2× více než u mužů (1). Naše pacientka jakoby nechtěla slyšet o pravidelnosti

užívání medikace, i když je nasnadě, že při důsledném a dlouhodobém užívání došlo vždy k redukci symptomů a subjektivně dobrému pocitu. Zaměřili jsme se na zvládání akutní hyperventilace využitím relaxačních technik, které pacientka i sama s úspěchem použila. Vždy je třeba kombinovat farmakoterapii s psychoterapeutickými technikami a postupy.

Za čtvrté se objevily i nežádoucí účinky léku, které mohly pacientku odradit od další medikace. Nejčastěji se vyskytuje nauzea (15% léčených), insomnie (9%), sex. dysfunkce (9%), průjem (8%), somnolence (6%), suchost v ústech (6%), závratě (5%), pocení (5%), únava (5%) (2). U naší pacientky se objevuje nechutenství společně s nauzeou, insomnie na základě zvýšené tenze a úzkosti.

Závěr

Panická porucha patří mezi úzkostné poruchy. Čím frekventnější jsou návštěvy nemocného s neurotickým postižením v ambulanci psychiatra, tím je jeho choroba či fáze onemocnění závažnější. Věřme mu a nepodceňujeme symptomy! U neléčených jedinců s panickou poruchou se častěji rozvíjejí depresivní stavy. V literatuře je uvedeno, že 40–80% pacientů s tímto onemocněním někdy v průběhu života onemocní depresí. Riziko sebevražedného pokusu se touto komorbiditou zvyšuje až čtyřikrát (3). Takže čím dříve je panická porucha adekvátně léčena, tím více pacientů se vyvaruje následné deprese.

Literatura

1. Raboch J. Panická porucha in Psychiatrie učebnice, Galén 2001: 280–283.
2. Švestka J. Escitalopram – selektivní stereoizomer citalopramu in Psychiatrie, časopis pro moderní psychiatrii, reprint, 2003; číslo 1.
3. Praško J. a kol. Panická porucha in Postupy v léčbě psychických poruch, Amepra 2004, Medical Tribune CZ 2004: 139–157.