

KAZUISTIKA PACIENTA S BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHOU

MUDr. Libor Ustohal, MUDr. Vítězslav Pálenský

Psychiatrická klinika LF MU a FN, Brno

Tato kazuistika pojednává o padesátiletém vysokoškolsky vzdělaném muži, který se léčí několik let pro bipolární afektivní poruchu. Během této doby prodělal již celkem pět epizod onemocnění, z toho dvě manické a tři depresivní. Během tří epizod se léčil ambulantně, pouze během druhé manické a třetí depresivní epizody byl hospitalizován. Postupně byl léčen různými psychofarmaky, ne vždy zcela správně vybranými. Vzhledem k tomu, že jeho onemocnění je hodnoceno jako bipolární afektivní porucha I. typu bez atypických či psychotických příznaků a s vysokým rizikem suicidality, je pro něj dle současných doporučení optimální dlouhodobá léčba lithiem, na které se jej nakonec i podařilo stabilizovat.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 6: 300–301

Úvod

Bipolární afektivní porucha je choroba, která se vyznačuje dvěma nebo více epizodami, při nichž je úroveň nálady a aktivity pacienta zřetelně narušena, přičemž toto narušení spočívá střídavě ve zvýšení nálady, vzrůstu energie a aktivity, jindy v poklesu nálady a úbytku energie a aktivity. Podle DSM-IV se rozlišuje bipolární porucha I a bipolární porucha II, přičemž první z nich je charakterizovaná výskytem jedné nebo více manických či smíšených epizod, zatímco pro druhou je příznačný výskyt jedné nebo více depresivních epizod doprovázených minimálně jednou hypomanickou epizodou (3).

V praxi bývá tato porucha mnohdy chybně diagnostikovaná, protože pacienti často během hypomanické či manické epizody nevyhledají odbornou pomoc a později mají tendence ji bagatelizovat.

Podobně jako je nesnadná diagnostika, bývá obtížná i léčba. Britská asociace pro psychofarmakologii rozlišuje léčbu manické či smíšené epizody, depresivní epizody, dlouhodobou léčbu (long-term) a léčbu ve zvláštních případech. Pro léčbu manické či smíšené epizody u pacientů, kteří nepodstupují dlouhodobou léčbu, se doporučuje valproát vzhledem k jeho rychlému antimanickému efektu, pro pacienty v méně závažném stavu lithium nebo karbamazepin, naopak u agitovaných pacientů vyžadujících parenterální podávání léků je nezbytná léčba antipsychotiky a benzodiazepiny. U pacientů podstupujících dlouhodobou léčbu (obvykle tvořenou lithiem, karbamazepinem nebo valproátem) se jako první krok doporučuje zvýšení podávaného léku do maximální dobře tolerované dávky, v případě lithia za kontroly jeho hladiny v séru. Pouze není-li tento postup úspěšný, mají být iniciovány další kroky. Pro léčbu depresivní epizody u pacientů dlouhodobě neléčených se doporučuje terapie antidepressivem, ovšem pouze společně s látkou působící antimanicky (čili lithiem, valproátem nebo antipsychotikem). U pacientů podstupujících dlouhodobou léčbu by měl být postup obdobný jako v případě manické epizody

– tedy nejprve navýšení dávky užívaného léku. Jen v případě neúspěchu lze nasadit antidepressivum, ovšem opět za současného podávání léku bránícího přesmyku do mánie. Dlouhodobá terapie je doporučována zejména u bipolární afektivní poruchy I. typu. Za lék první volby bývá považováno lithium, které je účinné v prevenci relapsu mánie i deprese, i když jeho preventivně antimanické působení je výraznější. Důležitou předností dlouhodobé léčby lithiem je snížení rizika suicidality. V případě, že je lithium neúčinné či špatně tolerované, lze nasadit valproát, olanzapin (ten je o něco účinnější v prevenci mánie než deprese), dále karbamazepin (ten je o něco méně účinný než lithium, ale může být použit zvláště u pacientů s atypickými rysy mánie) a konečně i lamotrigin (ten je však účinný v prevenci depresivních epizod, ne manických) (1).

Vlastní případ

V kazuistice je uveden případ muže ve věku padesáti let léčícího se pro bipolární afektivní poruchu. Z rodinné anamnézy je významné to, že jeho o dva roky mladší sestra se dlouhodobě léčí pro onemocnění ze schizofrenního okruhu. Sám pacient je několik let somaticky léčen pro esenciální hypertenzi antihypertenzivy, jinak je zdravý. Co se týče abúzu, je pro něj příznačné, že alkohol požívá epizodicky v máni, zatímco v depresi a remisi plně abstinuje; jinak je abúzus bezvýznamný. Z osobní anamnézy lze vybrat, že pacient dosáhl s vynikajícím prospěchem vysokoškolského vzdělání přírodovědného směru, celý profesní život pracuje v oboru a je ženatý. Jeho o rok mladší manželka pracuje ve školství. Jejich manželství lze charakterizovat jako harmonické, mají spolu tři děti – syna starého 24 let a dvě dcery ve věku 21 a 17 let. Pacient byl premorbidně společenský, veselý, měl mnoho zájmů – zejména sport, hudbu a literaturu.

První projevy onemocnění, zejména zhoršenou náladu, pacient pozoroval již od roku 1999, nebyly však závažné, a proto nevyhledal odbornou pomoc.

V průběhu roku 2000 se však jeho potíže zhoršily ve smyslu depresivní symptomatologie – pokleslé náladě bez denních výkyvů, hypohedonie, zvýšené únavy, nevykonnosti, hypoprosexie a hyposomie s časným probouzením. Na podzim proto vyhledal psychiatrickou ambulanci, kde byla zahájena terapie fluoxetinem. Na jaře 2001 pak pacientovy obtíže zcela ustoupily.

Na podzim 2001 u něj došlo k přesmyku do mánie – v popředí klinického obrazu byla nadnesená nálada, zrychlené psychomotorické tempo, pocit zvýšené energie, nezodpovědné chování apod. I nadále zůstal léčen ambulantně – a to konkrétně haloperidolem a karbamazepinem. Na jaře roku 2002 u něj došlo k další remisi, haloperidol byl vysazen a karbamazepin ponechán. O půl roku později se rozvíjela druhá depresivní epizoda, v klinickém obraze dominovala pokleslá nálada bez výraznějších denních výkyvů, hypohedonie, zvýšená únava, nevykonnost, objevovaly se i vážné úvahy o suicidiu. V psychiatrické ambulanci byl ke karbamazepinu přidán sertralin a za několik měsíců znovu došlo k pozvolnému ústupu depresivní symptomatologie. Sertralin byl tedy vysazen a stejně tak i karbamazepin z důvodu nadměrně tlumivého účinku. Pacient byl nově převeden na monoterapii lamotriginem, který dobře toleroval.

Za šest měsíců se však rozvinula v pořadí druhá manická epizoda, pacient byl tentokrát hospitalizován v psychiatrické léčebně; v tomto období byl stále léčen monoterapií lamotriginem. V klinickém obraze dominovala nadnesená nálada, zrychlené psychomotorické tempo, pocit zvýšené energie, snížená potřeba spánku, jeho odpovědi na dotazy byly zabíhavé a nevypravné... K terapii lamotriginem byl přidán ziprasidon a lithium. Stav pacienta se zlepšil, avšak hospitalizaci ukončil předčasně.

V červnu 2004 u něj došlo ke zhoršování psychického stavu – rozvíjela se depresivní nálada, narůstala intrapsychická tenze, objevily se suicidální myšlenky; pacient nadále pokračoval v zavede-

né medikaci lamotriginem, lithiem a ziprasidonem a sám si navíc obstarával trazodon a alprazolam. Na konci srpna spáchal TS benzodiazepiny a hypnotiky poté, co mu bylo sděleno, že nadále nebude moci pokračovat v dosavadním zaměstnání. Po krátkodobé hospitalizaci na ARO byl přeložen na naši kliniku. V klinickém obraze u něj dominovala depresivní nálada bez projasnění s mírnými ranními pesimy, anhedonie, intrapsychická tenze, dysforie, pesimismus, obavy z budoucnosti, insomnie, nechutenství s váhovým úbytkem, nadále přetrvávaly suicidální úvahy, avšak již bez tendence k realizaci. Při přijetí užíval výše zmíněnou kombinaci léků, o compliance při jejich užívání nebyly objektivní informace, i když pacient uvedl, že léky bral pravidelně. Zjištěná hladina lithia v séru se pohybovala v terapeutickém rozmezí, byl zde ale rozhodně prostor ke zvýšení dávky, který jsme také využili. Zvýšenou dávkou však pacient špatně toleroval, z nežádoucích účinků se objevil především tremor, ale i gastrointestinální obtíže. V terapii jsme tedy ponechali pouze lamotrigin v dávce 200 mg denně a nově přidali olanzapin v dávce 10 mg denně jako druhý stabilizátor nálady. Ostatní léky jsme vysadili (lithium kvůli jeho špatné toleranci po navýšené dávce, ostatní hned). Stav pacienta se postupně zlepšil, narůstala jeho kritičnost na onemocnění, důležitou roli hrála i podpora ze strany rodiny. Bylo dosaženo neúplné remise, ale pacient i jeho rodina naléhali na propuštění, a tak byl tedy propuštěn do ambulantní péče k doléčení.

V PA došlo k úpravě medikace – snížení dávky olanzapinu na polovinu, nově byl přidán escitalopram v dávce 5 mg pro die, podávání lamotriginu zůstalo beze změn. Pacientův stav se ale nelepšil, naopak se dále zhoršoval. Došlo u něj k prohlubování depresivní nálady, bilancování života a necelý měsíc po propuštění z kliniky spáchal další TS hypnotiky. O požití léků se svěřil manželce, načež byl znovu hospitalizován na ARO a následně na naší klinice. Zde jsme mu vysadili veškerou dosud užívanou medikaci a nasadili lithium do dávky 1 000 mg pro die. Tentokrát se u pacienta žádné nežádoucí účinky neobjevily a lithium snášel dobře. V průběhu hospitalizace mu pak byl přiřazen bupropion ke zlepšení efektu léčby. Díky této dvojkombinaci se pacientova nálada výrazně zlepšila, jeho celkový stav upravil, podařilo se dosáhnout úplné remise. Pro riziko přesmyku do mánie byl pacientovi vysazen bupropion, který zůstal jako terapeutická možnost při léčbě dalších depresivní epizody. Pacient byl tedy počátkem roku 2005 propuštěn do ambulantní péče s medikací lithiem v dávce 1 000 mg pro die a zolpidemem na

noc. Podle informací, které máme k dispozici, pacient nadále užívá lithium a zolpidem, k tomu mu byl v PA přidán citalopram (10 mg pro die) a amisulprid (50 mg pro die); přesný důvod této změny neznáme, snad došlo k mírnému zakolísání nálady. Pacient se v podstatě od propuštění z naší kliniky cítí dobře, svou náladu označuje jako normální, nadále pracuje ve svém oboru a práci bez obtíží zvládá (skutečnost, že svou práci zvládá, máme i ověřenu).

Jeho onemocnění je diagnosticky hodnoceno jako bipolární afektivní porucha I. typu, přičemž celkem prodělal pět epizod, z toho dvě manické a tři depresivní.

Diskuze

Pacient popisovaný v této kazuistice podstupoval terapii různými psychofarmaky. První depresivní epizoda byla léčena pouze antidepresivem, což je pochopitelné vzhledem k tomu, že nebylo ještě možné stanovit diagnózu bipolární afektivní poruchy. Při první manické epizodě se terapie změnila na karbamazepin a haloperidol, i když vzhledem k tomu, že se jednalo o mánie bez atypických či psychotických rysů, by bylo dle doporučení Britské asociace pro psychofarmakologii, ale i Americké psychiatrické asociace (APA) lepší nasadit lithium (1, 2). Druhá depresivní epizoda byla léčena sertralinem přidaným ke karbamazepinu, což nelze označit za chybu, i když zde bylo riziko přesmyku do mánie. Sporné ovšem bylo ponechání pacienta pouze na terapii lamotriginem, protože ten sice brání relapsu deprese, ale v prevenci mánie dostatečně účinný není (1). O půl roku později pak také došlo k relapsu mánie, během něhož začal být pacient léčen lithiem v kombinaci se ziprasidonem; lamotrigin zůstal ponechán. Za dalšího půl roku se rozvíjí v pořadí třetí depresivní epizoda se závažným suicidálním jednáním. Nelze jednoznačně říci, že by terapie lithiem selhala, vzhledem k tomu, že není zcela prokázána pacientova compliance při jeho užívání. Každopádně po pacientově hospitalizaci na naší klinice jsme zjistili dle hladiny lithia v séru, že je zde prostor ke zvýšení dávky, tu však pacient špatně toleroval, proto jsme v souladu s doporučeními přistoupili k jeho nahrazení – k tomu jsme zvolili olanzapin. Pacientův stav se zlepšil, avšak ke kompletní remisi nedošlo, přesto

ale trval na svém propuštění. V domácím léčení se však jeho stav znovu zhoršil a po dalším TS byl rehospitalizován. Zde jsme se znovu pokusili nasadit lithium, protože to se vzhledem k průběhu pacientovy choroby jeví jako optimální varianta (pacient s bipolární afektivní poruchou I. typu bez atypických rysů a s vysokým rizikem závažného suicidálního jednání). Tentokrát pacient lithium vcelku dobře toleroval. Rovněž v souladu s doporučeními Britské asociace pro psychofarmakologii i APA jsme ke zvládnutí depresivní epizody nasadili antidepresivum bupropion, které bylo po dosažení remise vysazeno (1, 2). K nasazení citalopramu a amisulpridu v ambulanci se nelze jednoznačně vyjádřit, avšak zvláště antidepresivum by vzhledem k riziku přesmyku do mánie mělo být vysazeno co možná nejdříve.

Závěr

Tato kazuistika dokládá obtížnost léčby bipolární afektivní poruchy. V tomto konkrétním případě se jednalo o pacienta s bipolární afektivní poruchou I. typu s vysokým rizikem suicidálního jednání. Dle současných doporučení je pro takového pacienta optimální dlouhodobá léčba lithiem, což se i v praxi potvrdilo a projevilo na jeho stavu; v současnosti je pacient již rok a půl v remisi, která v předchozích případech nikdy netrvala déle než půl roku. Nutnou podmínkou pro úspěšnou léčbu lithiem je jeho dostatečná dávka kontrolovaná dle hladiny v séru. V případě relapsu proto má být prvním krokem její zvýšení do maximální dobře tolerované dávky, která se ale má nacházet v terapeutickém rozmezí. Teprve poté je účelné přistupovat k dalším krokům, jako je záměna stabilizátoru nálady, jejich kombinace, nasazení antipsychotika a podobně. Zvláště opatrně je třeba postupovat při nasazování antidepresiv u depresivních epizod – použita by měla být pouze v nezbytném případě, po co nejkratší dobu a za současného podávání stabilizátoru nálady s dostatečným antimanickým působením.

MUDr. Libor Ustohal

Psychiatrická klinika LF MU a FN
Jihlavská 20, 625 00 Brno
e-mail: lustohal@fnbrno.cz

Literatura

1. Goodwin GM a kol. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 2003; 2: 149–173.
2. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder (Revision). *American Journal of Psychiatry* 2002 April; 159 (4 Supp): 1–50.
3. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Olomouc: Maxdorf 2002; 506 s.